

Funded
by the European Union

EUROPEAN UNION



COUNCIL, CONSEIL OF
EUROPE, DE L'EUROPE

Implemented
by the Council of Europe

Avrupa Konseyi/ Avrupa Birliği Ortak Programı "Türkiye'de Model Cezaevi Uygulamalarının Yaygınlaştırılması ve Cezaevi Reformunun Desteklenmesi Projesi" kapsamında basılmıştır.

CEZA İNFAZ SİSTEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ EL KİTABI

*Avrupa Konseyi
İnsan Hakları ve Hukukun Üstünlüğü Genel Müdürlüğü Bilgi
Toplumu ve Suçla Mücadele Müdürlüğü Suçla Mücadele Dairesi
Cezaevleri ve Polis Reformu Birimi*

F-67075 Strasbourg Cedex, Fransa

Bu kitapta yer alan değerlendirmeler, yazarların kişisel fikirleridir. Söz konusu değerlendirmelerden, bu değerlendirmelerde sözü edilen hukuki belgeler üzerinde Avrupa Konseyi'ne veya Avrupa Birliği'ne üye devletlerin yönetimlerini, Avrupa Konseyi'nin veya Avrupa Birliği'nin yasal organlarını ya da Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'ni veya Avrupa Konseyi'nin uluslar arası sözleşmelerine dayanılarak tesis edilmiş herhangi bir kurumu bağlayıcı nitelikte resmi yorumlar yapıldığı anlamı çıkarılmamalıdır.

2012, Ankara

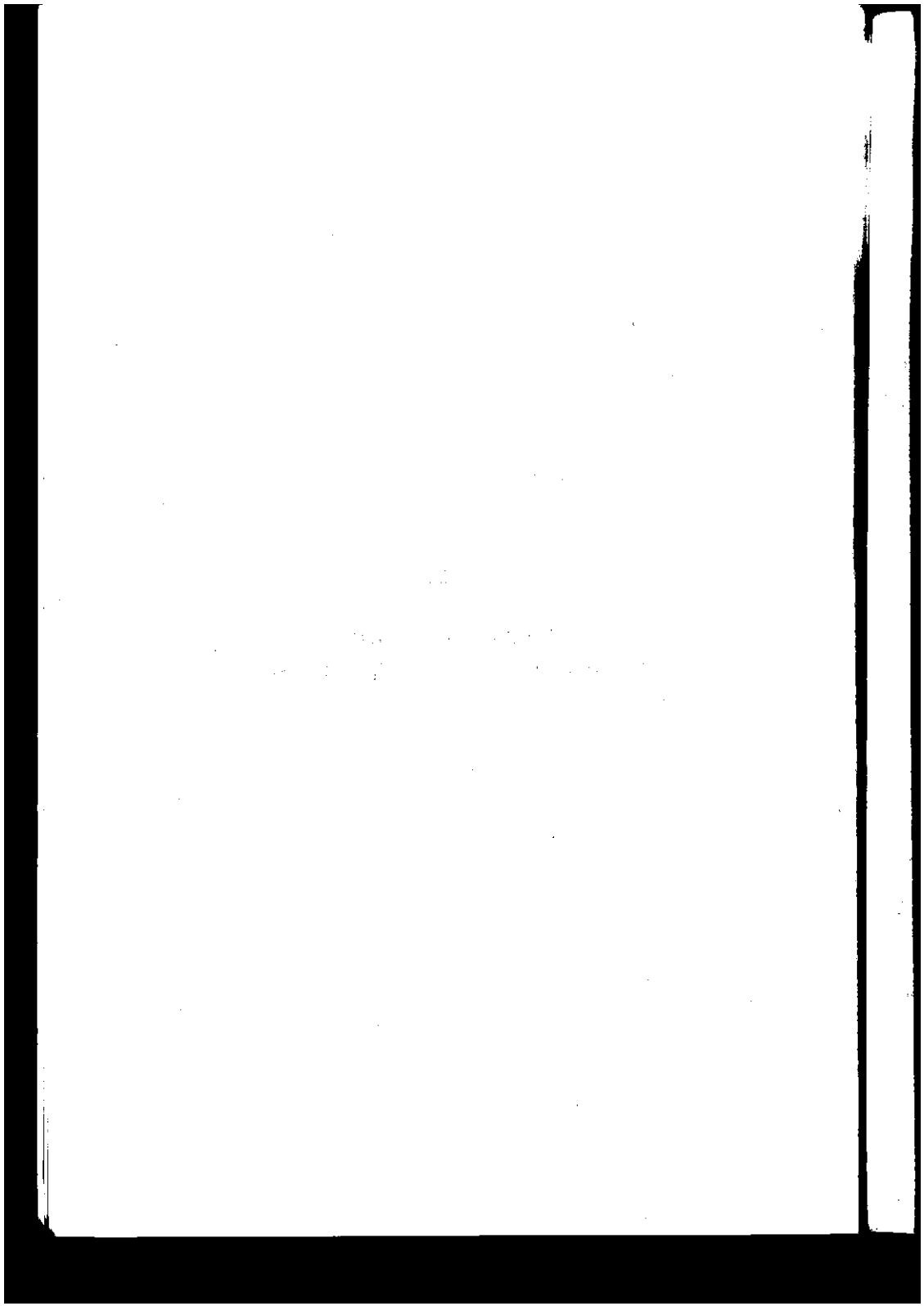
Baskı

ŞEN MATBAA

Özveren Sk. No: 25/A-B Demirtepe - ANKARA
Tel&Fax: 0.312 229 64 54 • wmsenmatbaa.com

Editör

**Prof. Dr. Zafer Öztekin Kısa Dönemli
Uzman, Avrupa Konseyi**



KİTABIN HAZIRLANMASI VE GÜNCELLENMESİ ÇALIŞMALARINDA KATKIDA BULUNANLAR

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN, Beslenme ve Diyetetik Uzmanı

Prof. Dr. Nazmi BİLİR, Halk Sağlığı Uzmanı

Prof. Dr. Osman SARAÇBAŞI, Biyoistatistik Uzmanı

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK, Halk Sağlığı Uzmanı

Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ, Halk Sağlığı Uzmanı

Prof. Dr. Fatma SAĞLAM, Beslenme ve Diyetetik Uzmanı

Doç. Dr. Erol GÖKA, Psikiyatri Uzmanı

Doç. Dr. Şeref ÖZKARA, Göğüs Hastalıkları Uzmanı

Doç. Dr. Fatih UYAR, Beslenme ve Diyetetik Uzmanı

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem AYDEMİR, Psikiyatri Uzmanı

Yrd. Doç. Dr. Saniye BİLİCİ, Beslenme ve Diyetetik Uzmanı Yrd.

Op. Dt. Esra EROĞLU ŞEN, Çene Cerrahisi

Dr. Selim ENGEZ, Aile Hekimi Uzmanı

Dr. Seçkin GÜÇLÜTEN, Aile Hekimi Uzmanı

Dr. Pınar KEFELİ, Aile Hekimi Uzmanı

Dr. Funda SEVENCAN, Halk Sağlığı Uzmanı

Dr. Rosemary WOOL, Psikiyatri Uzmanı

Dr. Barış YAĞCI

Roger HOUCHIN, AK Uzun Dönem Uzmanı

Hicran PARACI, Sağlık Memuru

EDİTÖRÜN ÖNSÖZÜ

Ceza infaz kurumlarındaki sağlık hizmetlerini diğer yerlerdeki hizmetlerden ayıran önemli farklılıklar vardır. Bu kurumlarda çalışan sağlık personelinin bu farklılıkları bilerek görev yapmaları ve hizmetlerini bu bilgilere göre sürdürmeleri hem hizmetin verimliliğini artıracak hem de yönetsel ve adli bazı sorunların ortaya çıkmasını önleyecektir. İşte bu kitap, ceza infaz kurumlarında görev yapan sağlık personelinin hizmet öncesi eğitimleri için bir kaynak ve hizmetlerin verilmesi sırasında başvurabilecekleri bir rehber olarak hazırlanmıştır.

Bu kitabın hazırlanmasında, uluslararası ilkeler ve ülkemizde adalet sisteminde yapılan yeni düzenlemeler dikkate alınmıştır. Ancak, adalet sistemi sürekli gelişmekte, yeni kurallar ve uygulamalar gündeme gelmektedir. Elbette, geçerli olan ve hizmetlerde asıl uyulması gereken kurallar, başta Adalet ve Sağlık Bakanlıkları olmak üzere yetkili organların kabul ettikleri en son kurallardır. O nedenle, bu kitap bir mevzuat kitabı gibi algılanmamalı, yalnızca bir yardımcı rehber olarak değerlendirilmelidir.

Bilindiği gibi, ülkemizdeki her ceza infaz kurumunun kendisine ait bir "iç yönetmeliği" vardır. Bu kitabın hazırlanmasında, Adalet Bakanlığı tarafından yayımlanmış olan rehber yönetmelikler esas alınmıştır. Her şeye karşın, bu kitapta yer alan hususlar ile çalışılan ceza infaz kurumunun iç yönetmeliği uyuşmuyorsa, iç yönetmeliğin geçerli olduğu unutulmamalıdır.

Tıbbi girişimler ve yönetsel uygulamalar zaman zaman değişmektedir. Bu değişiklikleri ve bilmediklerinizi öğrenmek için şu yollara başvurmak uygun olur:

1. Bakanlık genelgelerini sürekli izleyiniz. Yeni düzenlemeleri hem kendiniz öğreniniz hem de çalışma arkadaşlarınıza açıklayınız. Adalet Bakanlığı tarafından yayımlanan genelgeleri www.adalet.aov.tr. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan genelgeleri www.saglik.gov.tr adreslerinden elektronik ortamda da elde edebilirsiniz.

2. Resmi Gazete'yi mümkünse her gün, mümkün değilse, haftalık olarak izleyiniz. Bunun için Resmi Gazete'ye abone olabilir ya da kurumunuza gelen gazeteyi izleyebilirsiniz. Resmi Gazete'ye www.reqa.basbakanlik.aov.tr: ya da www.rega.com.tr adreslerinden elektronik ortamda da erişebilirsiniz.

3. Bilmediğiniz şeyleri ve uygulamaları öncelikle kitap, rapor, mevzuat, internet gibi yazılı kaynaklardan öğrenmeye çalışınız. Bu kaynaklarda bulamadığınız ya da doyurucu bilgi edinemediğiniz konuları sırasıyla sizinle eşit düzeydeki çalışma arkadaşlarınıza, daha sonra amirlerinize sorup öğrenebilirsiniz. Sizin maiyetinizde çalışan astlarınıza da sormanız ve öğrenmeniz gerekebilir.

Ancak, astlarınıza zorunluluk dışında sormamaya çalışınız. Çünkü, bir amirin otoritesini sağlayan en önemli niteliği bilgili olmasıdır. Astlarınız, sizin bazı konuları bilmediğiniz yargısına sahip olurlarsa bu kişiler üzerinde otorite kurmanız güçleşebilir.

Kitabın bundan sonraki baskılarında, sağlık personelinin gereksinimlerini ve beklentilerini daha iyi karşılayabilmesi için her türlü eleştirinin ve önerinin dikkate alınacağından emin olabilirsiniz.

Prof. Dr.Zafer Öztekin Editör

İÇİNDEKİLER

İLK SÖZ İnsan Olarak Mahkûm.....	15
1. ADALET UYGULAMALARINDA EVRENSEL İLKELER.....	17
1.1. Giriş	17
1.2. Türkiye'de Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi Konusundaki Mevzuat.....	17
1.3. Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetlerinin sağlanması konusunda uluslar arası çerçeve belgeler	19
1.3.1. Ceza infaz kurumundaki sağlık hizmetleri hakkının ana özellikleri ..21	
1.4. Ceza infaz kurumu hekimi ve diğer sağlık personelinin özel görevi	23
1.5. Ceza infaz kurumunda tıbbî bakım organizasyonu.....	24
1.6. Belirli sağlık konuları ile ilgili uluslar arası uluslar arası belgeler ve Türkiye'deki mevzuat.....	26
2. SAĞLIK HİZMETLERİ	43
2.1 Sağlık Kavramı	43
2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	46
2.2.1 Koruyucu sağlık hizmetleri	46
2.2.2 İyileştirici sağlık hizmetleri	48
2.2.3 Rehabilitasyon	50
2.3 Türkiye'de Sağlık Hizmetleri	50
2.4 Hekimin Yasal Sorumluluğu	52
2.5 Ceza İnfaz Kurumu Hekimliği	56
2.5.1 Atanma	56
2.5.2 Ceza infaz kurumu sağlık personelinin görev ve sorumlulukları.....	57
2.5.3 Çalışma ilkeleri	57
2.5.4 Revir hizmetleri	57
3. ÇEVRE SAĞLIĞI	58
3.1 Ceza İnfaz Kurumlarının Fiziksel Nitelikleri.....	58
3.1.1 Yaşam alanları	58
3.1.2 İç Ortamda hava kalitesi.....	60
3.1.3 Aydınlanma	62
3.1.4 Isınma.....	62
3.1.5 Su ve kanalizasyon tesisatı.....	62
3.1.6 Uğraşı alanları	64
3.2 Yaşam Alanlarının Temizliği	64
3.2.1 Koşulların temizliği.....	64
3.2.2 Ortak alanların temizliği	65
3.2.3 Tuvaletler ve lavaboların temizliği	66
3.2.4 Yatak bakımı	66
3.3 Kişisel Temizlik.....	67
3.3.1 Banyo ve kişisel temizlik	67
3.3.2 Çamaşır temizliği	68
3.4 Temiz İçme ve Kullanma Suyu	68
3.5 Katı Atıkların (çöplerin) Kontrolü	69
3.6 Vektör Kontrolü	70
3.7 Deratizasyon (Fare Mücadelesi).....	71

3.8 Gürültü Kontrolü.....	73
3.9 Spor ve Sağlıklı Yaşam.....	73
3.10 Çevre Sağlığını Geliştirme Planları	74
4. BESLENME	76
4.1. Beslenmenin Önemi - Yeterli ve Dengeli Beslenme	76
4.2. Besin Öğeleri ve Besin Bileşenleri	77
4.3. Besin Grupları ve Tüketilmesi Gereken Miktarlar.....	78
4.4. Toplu Beslenme Hizmetlerinin Önemi ve Kapsamı	81
4.4.1. Ceza İnfaz Kurumlarında toplu beslenmenin özellikleri	81
4.4.2. Toplu beslenme hizmetlerinin kapsamı	82
4.4.3. Toplu beslenme yönetimi ve organizasyonu	83
4.4.4. Mutfak planlama.....	85
4.4.5. Mutfak araç-gereçleri	87
4.4.6. Menü hazırlama	90
4.4.6.1. Menü çeşitleri	90
4.4.6.2. Dönüşümlü menülerin planlanmasında dikkat edilecek noktalar.....	91
4.4.6.3. Menülerin denetimi	92
4.4.6.4. Standart tarife geliştirme / Menü zenginleştirme.....	93
4.5. Besin Satın Alma İlkeleri.....	94
4.5.1. Besin satın almada kalite kriterleri.....	95
4.6. Besin Depolama İlkeleri.....	98
4.7. Yiyecek Hazırlama ve Pişirme İlkeleri	104
4.8. Yiyeceklerin Servis ve Dağıtım İşleri	107
4.9. Çöp ve Atıkların Kaldırılması ve Bulaşıkların Yıkınması	109
4.9.1. Bulaşıkların yıkınması	111
4.10. Toplu Beslenme Sisteminde Hijyen.....	111
4.10.1. Hijyenin sağlanması	113
4.10.2. Hijyenin sağlanmasında HACCP yaklaşımı	115
5. BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ.....	117
5.1 Yasal Durum	118
5.1.1 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK).....	118
5.1.2 Bildirimi zorunlu hastalıklar.....	119
5.2 Tanımlar	122
5.2.1. Enfeksiyon ve enfeksiyon hastalığı	122
5.2.2. Enfeksiyon zinciri (Bulaşma zinciri)	122
5.2.3. Salgın (Epidemi)	123
5.2.4. Filyasyon	123
5.3. Bulaşıcı Hastalık Çıkmadan Önce Alınacak Önlemler	123
5.3.1. Aşılama.....	124
5.3.1.1 Çocukların aşılınması.....	124
5.3.1.2. Erişkinlerin aşılınması	127
5.3.1.3. Aşı kontrendikasyonları	132
5.3.1.4. Aşı sağlama	133

5.3.2. Bilinmeyen vakaların ve taşıyıcıların bulunması	134
5.3.2.1.Kitle taramaları	134
5.3.2.2.Taşıyıcı aranması	135
5.4.Bulaşıcı Hastalık Çıktıktan Sonra Alınacak Önlemler.....	135
5.4.1.Hava yoluyla bulaşan hastalıklar	135
5.4.1.1. Verem kontrolü.....	136
5.4.2.Su ve besinlerle bulaşan hastalıklar	139
5.4.2.1. Besin zehirlenmesi.....	140
5.4.3.Temasla bulaşan hastalıklar	146
5.4.3.1.Uyuz (Sacabies)	146
5.4.3.2.Bitlenme (Pedikülozis)	146
5.4.3.3.Trahom	147
5.4.3.4. Mantar hastalıkları	148
5.4.4.Cinsel yolla bulaşan hastalıklar.....	148
5.4.4.1.Frenji ve gonore	148
5.4.4.2.HIV - AIDS, Hepatit B ve C.....	148
5.4.5.Vektörlerle bulaşan hastalıklar.....	149
5.4.5.1. Sıtma	150

6. MUAYENE İŞLEMLERİ	152
6.1 Hasta Hakları	152
6.2 Giriş Muayenesi	155
6.3 Nakil İşlemleri	155
6.4 Tahliye işlemleri	158
6.5. Periyodik Muayene.....	158
6.6. Aydınlatılmış Onam	158
6.6.1. Çocuklarda aydınlatılmış onam	159
6.6.2. Aydınlatılmış onam gerekmeyen durumlar.....	159
6.7. Hasta Muayenesi	159
6.7.1 Muayene saatleri	159
6.7.2 Polikliniğe başvuru	160
6.7.3 Tutuklu/Hükümlü hasta muayenesi	160
6.7.4 Reçete yazımı ve ilaç tedavisi	161
6.7.5 Hasta sevk işlemleri ve konsültasyon	162
6.7.6 Hasta personel muayenesi.....	163
6.7.7 Laboratuvar hizmetleri	163
6.8. Hastalık Taramaları	168
6.9. Hastalık Bildirimi.....	168
6.10. Hastalıkların Kodlanması	169
6.11. Temaruz	169
6.12. Diş Sağlığı	169
6.13 Revir Hizmetleri ve Hasta Gözetimi ..	171
6.13.1 Revirin fiziki yapısı	171
6.13.2 Tıbbi malzeme listesi ve sağlanması	171
6.13.3 Bulundurulması gerekli ilaçlar.....	174
6.13.4 Revir personeli	174
6.13.5 Revirde hasta gözetimi	174
6.14 İlk Yardım ve Acil Tedavi	174
6.15. Mahremiyet (gizlilik) İlkesi	175

7. RUH SAĞLIĞI.....	176
7.1. Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	176
7.2. Ruhsal Sorunların Teşhisi	176
7.2.1. Değerlendirme	176
7.2.2. İntihar eğiliminin belirlenmesi	176
7.2.3. Depresyonun belirlenmesi.....	177
7.2.4. Psikozun (şizofreni) belirlenmesi.....	177
7.2.5. Antisozyal kişilik belirlenmesi	180
7.3. Ceza İnfaz Kurumu Ortamında Ruh Sağlığı.....	180
7.4. Ceza İnfaz Kurumu Hekimleri ve Mahkemeler.....	181
7.5. Bağımlılık.....	181
7.5.1. Uyuşturucu stratejisi.....	181
7.5.2. Alkol ve uyuşturucu bağımlılığının belirlenmesi	182
7.5.3. Detoksifikasyon (detoks) programları	185
7.5.4. Toplum ile ilişkiler	185
7.5.5. Gebeler.....	185
7.6. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri	186
8. KAYIT VE İSTATİSTİK İŞLERİ.....	187
8.1 Kayıt Tutma Gerekçesi	187
8.2. Ulusa! Yargı Ağı Projesi (UYAP)	187
8.3. Muayene İşlemleri (MUI)	188
8.4. Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	188
8.5. Ceza İnfaz Kurumlarında Araştırma Yapılması	189
9. SAĞLIK EĞİTİMİ.....	191
9.1 Sağlık Eğitimi.....	191
9.2 Mahkûmların Sağlık Eğitimi.....	192
9.3. Yetişkinlerin Öğrenme Özellikleri.....	193
9.4. Sağlık Eğitimi İçin Program Geliştirme	195
9.5. Ceza İnfaz Kurumlarında Sağlık Eğitimi Konuları	197
10. ÖZEL DURUMLAR	200
10.1. Beslenme Reddi Olan Tutuklu ve Hükümlülere Yaklaşım.....	200
10.1.1. Ceza infaz kurumlarında meydana gelen açlık grevinin türleri	200
10.1.2. Açlık grevlerinin tıbbi yönü	201
10.1.3. Açlık grevlerinin yasal yönü	203
10.2. Tehdit Altındaki Tutuklu ve Hükümlüler	207
10.2.1. Tehdit altında olmayı artıran etmenler	207
10.2.2. Transseksüeller.....	208
10.2.3. Sübyancılar	208
10.2.4. Homoseksüeller	209
10.2.5. Uyuşturucu bağımlıları	209
10.3. Ceza İnfaz Kurumunda Tütün Kontrolü	209
10.4. Hücre Cezası Alan Mahkûmlar İçin Yapılacak İşlemler	211

10.5.Tutuklu/Hükümlünün Bakıma Muhtaç Çocuklarının Barındırılması	212
10.6.Ceza infaz Kurumunda Şiddet.....	212
10.7.Adli hekimlik.....	213
10.8.Ceza İnfaz Kurumunda Ölüm	214

SÖZLÜK	218
---------------------	------------

EKLER

EK 1 Genelge 21 : Hapis Cezalarının İnfazının Hastalık Nedeni İle Ertelenmesi	232
EK 2 Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Üye Devletlere Cezaevinde Tıbbi Bakımın Ahlaki ve Kurumsal Yönleri İle İlgili R (98) Sayılı Tavsiye Kararı	236

İLK SÖZ

İnsan Olarak Mahkûm

Türk ceza infaz kurumlarında çalışan hekimler için hazırlanmış olan bu kitap, hekimlerin görev ve sorumluluklarını kapsamakta ve onlara rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Her ceza infaz kurumu hekiminin masasının üstünde yer alması düşüncesiyle yazılmış ve her konuda danışılabilir bir kitapçıktır; uyulması gereken kuralların yazılı olduğu veya bir tıp ders kitabı değildir ve tıp etiği gibi konulara değinilmemiştir. Tabii ki, bu hekimlerin bazı temel mesleki ve etik kuralları göz önünde bulundurmayacağı anlamına gelmez. Bu konuda ceza infaz kurumu hekimlerinin gözetmesi gereken temel ilke hastalarının nerede ve ne şekilde yakalanmış olurlarsa olsunlar diğer tüm insanlar gibi temel hak ve özgürlüklere sahip insanlar olduğudur. Hastalar hayatlarını hekimlere emanet etmektedirler ve bu güvene saygı gösterilmelidir. Özgür kişilerin beklediği gibi her konuda yüksek standartlarda tıbbi bakım hizmetleri almaya hakları vardır.

Ceza infaz kurumu hekimlerinin sorumluluklarını ayrıntılı bir biçimde ele alan uluslararası belgeleri bilmeleri gerekir, bunlar arasında 1984 tarihli '*Birleşmiş Milletler Mahkûmlara Muamele İçin Asgari Standartlar*'; 1987 tarihli *Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin (87) 3 sayılı tavsiye kararı olan 'Avrupa Ceza İnfaz Kurumu Kuralları'* ve 1998 tarihli *Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin (98) 7 sayılı tavsiye kararı olan 'Ceza İnfaz Kurumunda Tıbbi Hizmetlerin Etiği ve Teşkilatlanması'* gibi metinler mevcuttur.

Ceza infaz kurumu hekimleri için özel bir önemi olan metin ise 37/194 1982 sayılı *Birleşmiş Milletler Genel Kurulu karar olan 'Tıp Etiği İlkeleri'*dir. Bu metindeki altı ilke çok önemli olduğundan buraya doğrudan aktarmamız doğru olacaktır:

1. *Mahkûmların sağlığından sorumlu sağlık personeli, özellikle de hekimler, mahkûmların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunmasını ve hastalıklarının tedavisini tutuklu ve hükümlü olmayan diğer kişilere verilen hizmetler ile aynı standartlarda ve kalitede temin etmek ile görevlidirler.*

2. *Sağlık personeli, özellikle de hekimler için aktif veya pasif olarak işkence veya diğer zalimane, insanlık dışı veya küçük düşürücü uygulamalara iştirak, ortaklık, teşvik veya teşebbüs tıp etiği kurallarının çiğnenmesi anlamına gelir ve uluslararası metinler nezdinde suç teşkil eder.*

3. *Sağlık personelinin, özellikle de hekimlerin tutuklu ve hükümlülerle, amacı ruhsal ve fiziksel sağlık değerlendirmesi, korunması veya iyileştirilmesi olmayan herhangi bir mesleki ilişki veya ilgide bulunması tıp etiği kullarına aykırılık teşkil eder.*

4. *Sağlık personeli, özellikle de hekimler için, aşağıdakiler tıp etiği kurallarının çiğnenmesi anlamına gelir:*

a. *Yetenek ve bilgilerini, mahkûmların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek ve konu ile ilgili uluslararası kurallara aykırı şekilde, tutuklu ve hükümlülerin sorgusuna katkıda bulunmak yönünde kullanmaları.*

b. *Tutuklu veya hükümlülerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek ve konu ile ilgili uluslararası kurallara aykırı şekilde herhangi bir*

uygulamaya veya cezaya mahkumların uygun olup olmadıklarını doğrulamaları veya doğrulanmasına iştirak etmeleri veya bu uygulama veya cezaların uygulanmasına herhangi bir şekilde ve konu ile ilgili uluslararası kurallara aykırı şekilde katılmaları.

5. Tutuklu ve hükümlülerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının korunması veya güvenliklerinin veya diğer mahkumların veya infaz koruma memurlarının güvenliklerinin korunması gereği tıbbi kriterler uyarınca mahkumların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının etkilenmeyecek şekilde belirlenmiş usuller dışında, tutuklu veya hükümlülere fiziksel güç kullanılmasına katkıda bulunmak, sağlık personelinin, özellikle de hekimlerin tıp etiği kurallarını çiğnediği anlamına gelir:

6. Aciliyet durumunda bile herhangi bir sebep yüzünden yukarıdaki kurallardan feragat edilemez.

Ceza infaz kurumu hekimleri görevlerini yukarıdaki Tıp Etiği Kurallarına göre değerlendirmeli ve bu kurallara ters düştükleri takdirde yerine getirmemelidirler.

Dr. Rosemary Wool
Kısa Dönemli Uzman,
Avrupa Konseyi

1. ADALET UYGULAMALARINDA EVRENSEL İLKELER

1.1. Giriş

Ceza infaz kurumlarının yönetim ve denetimlerine ilişkin ulusal düzenlemeler, meslek kuruluşlarının da katkısıyla uluslar arası ilkeler, antlaşmalar, beyannameler ve tavsiye kararları temelinde karmaşık bir yapıyla yıllardır gelişmektedir. Bu süreç bütün dünyada olmakla birlikte en çok Avrupa'da dikkat çekmektedir. Ceza infaz kurumlarındaki gelişmeler özellikle sağlık hizmetlerinde gözlenmektedir.

Söz konusu ilkeler arasında iki tanesi temel niteliktedir: 1. Ceza infaz kurumlarındaki sağlık hizmetleri toplumdaki sağlık hizmetleri ile aynı standartlarda ve aynı etik ilkelere uygun olarak verilmelidir. 2. Ceza infaz kurumları, sağlık görevlileri açısından etik sorunlar getiren, özel uzmanlık ve farklı bir dizi uygulamalar gerektiren ortamlardır.

Kitabın bu bölümünde, ceza infaz kurumlarındaki sağlık uygulamaları ile ilgili ulusal ve uluslar arası kanunların, antlaşmaların, içtihadın ve ilkelerin önemlileri açıklanacak, Türkiye'de hapis cezalarının infazı konusundaki yasal çerçeve ve ceza infaz kurumlarındaki sağlık hizmetlerinin uluslar arası ilkeler ile karşılaştırılması yapılacak ve bazı özel hususlarla ilgili öneriler ele alınacaktır.

1.2. Türkiye'de Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi Konusundaki Mevzuat

Türkiye'de konu hakkındaki başlıca yasa 13 Aralık 2004 tarihinde kabul edilen 5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanundur.

(<http://www.tbmm.aov.tr/kanunlar/k5275.html>)

Söz konusu kanun, ceza infaz kurumu yöneticilerinin ve ceza infaz kurumlarındaki kişilerin haklarını ve sorumluluklarını açıklamaktadır. Kanunda, sağlık hizmetleri ile ilgili bir bölüm bulunmakla birlikte, diğer pek çok bölümde de sağlık personelinin sorumluluklarına değinilmektedir.

Madde 6: Bu madde aşağıda belirtilen şartların temelini oluşturan bir dizi ilkeyi belirtmektedir:

Bent c) ceza infaz kurumlarındaki bütün fiillerde olması gereken kanunilik ve hukuka uygunluk ilkesini bildirmektedir.

Bent f) "hükümlülerin yaşam hakları ile beden ve ruh bütünlüklerini korumak üzere her türlü koruyucu önlemin alınması zorunludur" demektedir.

Kanunun Üçüncü Bölüm Dördüncü Kısmı, sağlığın korunması ve tıbbi müdahaleler hakkındadır:

Madde 78: Sağlık hizmetinin teminini kurum hekimi ile sınırlamakta ve bütün tıbbi muayene ve müdahalelerin tıbbi kayıtlarının tutulmasını şart koşmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile üniversitelerin sağlık bölümlerine, gerektiğinde ceza infaz kurumu sağlık hizmetlerine yardım etme görevi

vermektedir. Hükümlü/tutuklular üzerinde tıbbî deney yapılmasını yasaklamaktadır.

Madde 79: Bu madde, ceza infaz kurumu hekiminin kurumu ayda en az bir kez denetleyerek, hastalık ya da hijyen ile ilgili tespitlerini ve yapılacak iyileştirmeler için önerilerini içeren bir rapor sunmasını şart koşmaktadır.

Madde 80: Bu maddede, ceza infaz kurumu hekiminin hastaneye sevk edilmesi gereken bir hükümlüyü derhal bildirmesi şart koşulmaktadır.

Madde 81: Bu maddeye göre, hükümlünün sağlık durumu cezasını yerine getirmesine engel olduğunda ceza infaz kurumu hekiminin bunu bildirmesinin şart olduğunu ifade etmektedir.

Madde 82: Bu madde, hükümlünün yemek yemeyi reddetmesi halinde yapılacakları açıklamaktadır.

Kanunun bir çok maddesinde, hükümlülerin sağlık muayenesinden geçirilmesi gerektiği durumlar açıklanmaktadır. Bu durumlar şunlardır:

Madde 21: Bu maddeye göre, kabul sırasında, ilk aramadan sonra fakat kurum içi yerleştirme yapılmadan önce, hükümlünün tıbbi muayeneden geçirilmesi şarttır.

Madde 23: Bu madde, yerleştirmede temel alınacak ilk değerlendirmenin bir bölümü olarak "hükümlülerin kişisel özellikleri, fiziksel, ruhsal ve sağlık durumlarının" incelenmesini şart koşmaktadır.

Madde 48: Bu madde, hücre cezasından önce ve cezanın infazı sırasında tıbbi muayene yapılmasını öngörmektedir. Hekim gerekli görürse, hücre cezası ertelenebilir ya da askıya alınabilir.

Madde 53: Bu madde, hükümlülerin nakilden önce tıbbi muayeneden geçirilmesini şart koşmaktadır. Hastalığın nakil için geçerli bir neden teşkil edebileceğini de belirtmektedir.

Madde 73: Bu maddede, hükümlü için iyileştirme programı planlanırken, planın "hükümlünün fiziksel yeteneği ve ruhsal yapısı, kişisel doğası (ve) arz edebileceği tehlike hâllerini" dikkate alması gerektiği belirtilmektedir.

Bazı maddeler, ceza infaz kurumu hekimine özel yetkiler vermektedir. Bu maddeler şunlardır:

Madde 50: Bu madde, ceza infaz kurumu hekimine, tıbbi nedenlerle gerekli olduğunda hükümlüye fiziki hareketi kısıtlayıcı araçları kullanma yetkisi vermektedir.

Madde 53: Bu madde, ceza infaz kurumu hekimine hükümlünün nakil için elverişli olmadığını bildirme yetkisi vermektedir; ancak kurum hekimi, naklin ertelenmesini buyuramaz; ertelenmesi için resmi bir sağlık kurumuna başvurulması gerekir.

Madde 57: Bu madde, ceza infaz kurumu hekimi gerekli gördüğünde, hükümlünün bulunduğu ceza infaz kurumu için belirlenmiş olan hastaneye nakledilmesini şart koşmaktadır; Ancak kurum hekimine hükümlüyü bir başka hastaneye nakletme yetkisi vermemektedir.

Madde 72: Bu madde, ceza infaz kurumu hekimine hasta kişiler için sunulan diyeti reçete etme yetkisi vermektedir.

Madde 92: Bu madde, hükümlünün kapalı bir ceza infaz kurumunun dışına çıkmasına izin veren sınırlı bir dizi durumdan biri olarak hastaneye nakli bildirmektedir.

Söz konusu kanunda, hekime tanınan yetkiler yanı sıra, ceza infaz kurumu hekiminin yetkilerini sınırlayan maddeler de yer almaktadır. Bu maddeler şunlardır:

Madde 25: Bu madde, ceza infaz kurumu hekiminin yetkisini, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına mahkum olanların naklini "tam teşekküllü Devlet ya da üniversite hastanelerinin tek kişilik ve yüksek güvenlikli mahkum koşulları" ile sınırlamaktadır.

Madde 35: Bu madde, hükümlünün odasında hangi ilaçları bulundurabileceğini yönetmeliklere bağlamaktadır.

Kanundaki bazı maddeler, hükümlülere sağlıkla ilgili haklar vermektedir:

Madde 71. her hükümlüye normal şartlarda ceza infaz kurumunda, ancak gerekli olduğunda hastanede de sağlanabilecek tıbbi muayene ve tedavi hakkı vermektedir.

Madde 87. hükümlülere fiziki eğitim ve açık havada spor yapma hakkı tanımaktadır.

Madde 100. hükümlünün, cezasının infazı sırasında hastanede geçirdiği sürenin, nakil nedeninin kasti olduğunun ortaya çıkmaması halinde ceza süresinden indirileceğine açıklık getirmektedir.

Kanunun bir maddesinde (Madde 27) bütün hükümlülere, (a) Sağlığın korunması için ceza infaz kurumunda alınan bütün önlemlere uymak, (b) Yetkilileri sağlığı tehdit ettiği fark edilen durumlardan haberdar etmek, (c) Hem kendi, hem de diğerlerinin sağlık ve temizliğinin yararına davranışlarda bulunmak ve (d) Hem kendi, hem de diğer hükümlülerin sağlık ve güvenliğini tehlikeye düşürebilecek eylemlerden kaçınmak konularında sorumluluk vermektedir.

1.3. Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetlerinin sağlanması konusunda uluslar arası çerçeve belgeler

Bu bölümde 3 belge incelenecektir:

Madde 57: Bu madde, ceza infaz kurumu hekimi gerekli gördüğünde, hükümlünün bulunduğu ceza infaz kurumu için belirlenmiş olan hastaneye nakledilmesini şart koşmaktadır; Ancak kurum hekimine hükümlüyü bir başka hastaneye nakletme yetkisi vermemektedir.

Madde 72: Bu madde, ceza infaz kurumu hekimine hasta kişiler için sunulan diyeti reçete etme yetkisi vermektedir.

Madde 92: Bu madde, hükümlünün kapalı bir ceza infaz kurumunun dışına çıkmasına izin veren sınırlı bir dizi durumdan biri olarak hastaneye nakli bildirmektedir.

Söz konusu kanunda, hekime tanınan yetkiler yanı sıra, ceza infaz kurumu hekiminin yetkilerini sınırlayan maddeler de yer almaktadır. Bu maddeler şunlardır:

Madde 25: Bu madde, ceza infaz kurumu hekiminin yetkisini, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına mahkum olanların naklini "tam teşekküllü Devlet ya da üniversite

hastanelerinin tek kişilik ve yüksek güvenli mahkûm koşulları" ile sınırlamaktadır.

Madde 35: Bu madde, hükümlünün odasında hangi ilaçları bulundurabileceğini yönetmeliklere bağlamaktadır.

Kanundaki bazı maddeler, hükümlülere sağlıkla ilgili haklar vermektedir:

Madde 71. her hükümlüye normal şartlarda ceza infaz kurumunda, ancak gerekli olduğunda hastanede de sağlanabilecek tıbbi muayene ve tedavi hakkı vermektedir.

Madde 87. hükümlülere fiziki eğitim ve açık havada spor yapma hakkı tanımaktadır.

Madde 100. hükümlünün, cezasının infazı sırasında hastanede geçirdiği sürenin, nakil nedeninin kasti olduğunun ortaya çıkmaması halinde ceza süresinden indirileceğine açıklık getirmektedir.

Kanunun bir maddesinde (Madde 27) bütün hükümlülere, (a) Sağlığın korunması için ceza infaz kurumunda alınan bütün önlemlere uymak, (b) Yetkilileri sağlığı tehdit ettiği fark edilen durumlardan haberdar etmek, (c) Hem kendi, hem de diğerlerinin sağlık ve temizliğinin yararına davranışlarda bulunmak ve (d) Hem kendi, hem de diğer hükümlülerin sağlık ve güvenliğini tehlikeye düşürebilecek eylemlerden kaçınmak konularında sorumluluk vermektedir.

1.3. Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetlerinin sağlanması konusunda uluslar arası çerçeve belgeler

Bu bölümde 3 belge incelenecektir:

(1) Avrupa Konseyi (AK) Bakanlar Komitesinin Üye Devletlere Ceza İnfaz Kurumunda Tıbbi Hizmetlerin Ahlaki ve Kurumsal Yönleri İle İlgili R (98) 7 Sayılı Tavsiye Kararı

<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetMaae=530914&SecMode=1&DocId=463258&Lsaae=2>

(2) AK Bakanlar Komitesinin Üye Devletlere Avrupa Cezaevi Kuralları (ACK) hakkında R (2006) 2 Sayılı Tavsiye Kararı

<https://wcd.coe.int/ViewDocisp?id=955747&Site=CM&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogo=F5D383>

(3) Avrupa İşkencenin ve İnsanlık Dışı veya Onur Kırıcı Ceza veya Muamelenin Önlenmesi Komitesi (CPT), CPT 'Standartları' (Güncelleme 2009) (Türkçe)

<http://www.cpt.coe.int/lana/tur/tur-standards.pdf>

Bu belgeler, Konseye üye olan devletlerin uygulamalarından alınarak uzmanlardan oluşan komiteler tarafından hazırlanmış ve üye devletlerin Dış İşleri Bakanlarından oluşan Komite tarafından tavsiye dilen iyi

uygulama beyanlarıdır. Söz konusu belgeler, Avrupa genelinde uygulamaları giderek birbirine uyumlu hale getirmek için Konsey tarafından geliştirilen mekanizmaların önemli bir bileşenidir. Bu belgelerden hiçbirinin yasal gücü yoktur ve bağlayıcı değildir.

CPT, Avrupa Konseyi bünyesinde, bütün üye devletlerin imzaladığı bir antlaşmayla oluşturulan bir kurumdur. Görevi, her bir devletin bütün tutukevlerini yerlerini ziyaret etmek ve tespitlerini, gizli şekilde¹ üye devlete rapor etmektir. Hedefi, Avrupa'da gözaltında tutulan kişilere kötü muamele seviyesini kademeli olarak azaltmaktır. İşkencenin Önlenmesi Sözleşmesini imzalayan bütün devletler CPT ile işbirliği yapmayı taahhüt etmiştir. CPT, belirli aralıklarla Avrupa genelindeki tutukevlerinde kaygı yaratan yönetim unsurlarına dikkat çeken yıllık raporlar yayımlamaktadır. AK Tavsiye Kararları ve CPT Standartlarının yasal gücü olmasa da, her ikisine de Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinde (AIHM) görülen davalarda çoğunlukla atıfta bulunmaktadır. Mahkeme, dava edilen devletin garanti ettiği hakları ihlal ettiği iddiasıyla, Avrupa İnsan Hakları ve Temel Özgürlükler Sözleşmesini (AIHS) imzalayan devletlerdeki bireylerin başvurularını almaktadır. Mahkeme, Bakanlar Komitesinin uyguladığı kararları yayımlamaktadır. Sonuç olarak, AK Tavsiye Kararları ve CPT "Standartları", Avrupa Konseyine üye bütün devletlerdeki kişilerin yasal haklarının resmi tanımı olarak görülebilir. (1 CPT ve taraf devletler arasında yapılan iletişim gizli olsa da, uygulamada hem CPT raporları hem de "hükümetlerinin" bunlara verdiği yanıtlar yayınlanmaktadır. Rapor genel olarak ziyaretten 18 ay sonra yayınlanmaktadır. CPT'nin Türkiye'ye yaptığı ziyaretlerin raporlarına (yalnızca İngilizce olsa da) <http://www.cpt.coe.int/en/states/tur.htm> adresinden ulaşabilirsiniz.)

Yukarıda belirtilen 3 belgede açıklığa kavuşturulan Sağlık Hizmetleri ile ilgili haklar ve sorumluluklar, şu şekilde özetlenebilir:

1.3.1. Ceza infaz kurumundaki sağlık hizmetleri hakkının ana

özellikleri

Hekime erişim

- Statüleri ne olursa olsun gözaltında bulunan herkesin, gece ve gündüz temel profesyonel sağlık hizmetlerine zamanında erişim hakkı vardır. Hükümlülerin hekim tarafından muayeneleri gizlidir ve güvenlik personeli muayeneyi izlemez.
- *CPT ikinci Genel Raporu (CPT/Inf (92) 3) Fıkra 56'dan alıntı: 'talep üzerine böyle bir rejimin (tek başına hücre hapsi) yürürlüğe konması ya da uygulanması halinde, söz konusu hükümlü veya hükümlü adına bir infaz koruma memuru bir hekimin çağırılmasını istediğinde, hekimin hükümlüyü muayene etmesi amacıyla gecikmeden çağırılması temel bir önlemdir. Hükümlünün fiziksel ve ruhsal durumunun yanı sıra, gerekirse tecridin devamı durumunda ortaya*

çıkabilecek sonuçları içeren muayene bulguları, ilgili makamlara gönderilmek üzere yazılı olarak ifade edilmelidir."

- Bütün ceza infaz kurumları, temel, acil ve ilk yardım hizmetlerini sürekli sunabilmelidir. ilaç tedavisi dahil olmak üzere bütün tedaviler, mesleki açıdan vasıflı sağlık personelinin gözetiminde olmalıdır. Ceza infaz kurumu dışındaki genel kliniklere ve psikiyatri kliniklerine nakil imkanı dahil olmak üzere, tıbbi değerlendirme sonucunda ihtiyaç olduğu belirlendiğinde hastane veya poliklinikte bakım için ikinci seviye, acil ve uzman sağlık hizmetlerine erişim sağlanmalıdır. Ruh, diş ve göz sağlığı hizmetleri sağlanmalıdır.
- Kabul esnasında ve tahliyeden önce ve gözaltı sırasında gerekli olduğunda ya da hasta talep ettiğinde bütün tutuklular, ruh sağlığı, bulaşıcı ve kronik hastalıklara özellikle dikkat edilerek tıbbi muayeneden geçirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerine nasıl ulaşabilecekleri kabul sırasında bütün hükümlülere bildirilmeli ve tercihen sağlık hizmetlerinin sağlanması hakkında bir bilgi broşürü yayınlanmalıdır.

Bakımda eşitlik

- Psikiyatrik bakım dahil olmak üzere, sağlık hizmetleri politikası ve standartları ulusal uygulama ile bütünleştirilmeli ve Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmelidir.
- Psikiyatrik bakım dahil olmak üzere, ceza infaz kurumlarındaki personel sayısı, hizmet türleri ve sağlık ekipmanlarının kalitesi topluma sunulan sağlık hizmetleri ile eşdeğer yeterlilikte olmalıdır.
- Bireylerin sağlık dosyaları ve kayıtları gizli tutulmalıdır. Bir başka ceza infaz kurumuna nakledilirse, dosyası da kişi ile birlikte gönderilmelidir.
- Sağlık personeli kıdemli hekimin denetiminde ekip olarak düzenli bir şekilde bir araya gelmelidir.
- Bütün ceza infaz kurumu personeli, ruh hastalıklarının belirtilerini anlamak ve bunlara uygun şekilde cevap vermek üzere eğitim almalıdır.
- Hareketi engelleyici araçlar ancak hekim kontrolü altında nadiren ve kısa bir süre için kullanılmalıdır. Akıl hastası ya da saldırgan hükümlülere, yoğun hemşire desteği verilmelidir.

Hastanın onayı ve gizlilik

- Ruh sağlığı personeli hasta gizliliğine kesinlikle dikkat etmelidir. Sağlık dosyaları hekim tarafından gizli tutulmalı ve tıbbi muayeneler genellikle özel yapılmalıdır.
- Kanunun belirttiği haller dışında, muayene veya tedavi yalnızca hastanın onayı alındıktan sonra yapılmalıdır. Hastanın onayı gerekliliği hekimin hastanın sağlığını iyileştirme görevi ile uyumsuzluk halindeyse, ulusal yasa ve ilkelere uyulmalıdır.

- Sağlık personeli, iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurmalıdır.
- Duruşması devam eden tutukluların kendi hekimlerini görmelerine izin verilmelidir. Hükümlülerin bu konudaki talepleri anlayışla dikkate alınmalıdır.
- Hastalar kendi tıbbi belgelerine serbestçe erişebilmen ve tıbbi bilgileri ailelerine ve avukatlarına iletebilmelidirler.
- Salgından korunma konusunda tıbbi araştırma, sadece katılımcı hükümlülerin onayı ile yapılmalıdır.

Mesleki bağımsızlık

- Sağlık personeli sağlık konusunda toplumda sağlanan standartların aynısını uygulayacaktır. Ceza infaz kurumu hekimi, her hastanın kişisel hekimidir.
- Sağlık hizmetleri ile ilgili kararlar, yalnızca tıbbi değerlendirmelere dayanacaktır.
- Hekimler ve sağlık uzmanları, ceza infaz kurumlarının dışındaki meslektaşlarıyla ilişkilerini devam ettirecek ve ceza infaz kurumu sisteminden bağımsız olan kıdemli uzmanlar tarafından mesleki açıdan gözetileceklerdir.
- Acil durumlar dışında, hastalarının cezayı kaldırıp kaldırmayacağını tasdik etmeleri ve zorla vücut araması yapmaları hekimlerden istenmeyecektir.
- Hekimler, hastalar kabul edilemez davranışlar sergileseler bile onları tedavi etmeye devam etmelidir.

1.4. Ceza infaz kurumu hekimi ve diğer sağlık personelinin özel görevi

Genel gerekler

- Her ceza infaz kurumunda en az bir tam vasıflı hekim hizmet vermelidir. Tam zamanlı atama yapılması mümkün olmadığında, tam vasıflı bir hekimin hizmetine sürekli ulaşabilme imkânı olmalıdır.
- Hekimin birinci sorumluluğu, kurumdaki hastalarının tıbbi bakımınıdır.

Hekim:

- Düzenli teftişler yapacak ve hem sorumlu bireylere hem de yetkili mercilere beslenme, sanitasyon ve hijyen konularında önerilerde bulunacaktır.
- Diğer ceza infaz kurumu personeline mahkûmların tıbbi bakımı ile ilgili eğitimler sunacaktır.
- Yaralanmayı, fiziksel ve psikolojik şiddetin sonuçlarını teşhis edip bildirecektir.
- Hastaların uyuşturucu ve alkolü bırakmalarını sağlayacaktır.
- Özgürlüğün kaybından kaynaklanan psikolojik baskıyı teşhis edip yatıştıracaktır.
- Bulaşıcı hastalıkları teşhis edecek, gidermeye çalışacak ve yayılmalarını engellemek için önlemler alacaktır.
- HIV virüsü taşıyanların normal dolaşımda güvenle yaşamaları için kurum yönetimine önerilerde bulunacaktır.

- o Mahkûmların çalışma ve egzersize uygun olup olmadıklarını belirleyecektir.
- o Tahliye edilen mahkûmların tedavilerinin devamını sağlayacaktır.
- o Tecritte tutulan kişileri her gün ziyaret edecek, fiziki ve ruhsal sağlıklarını takip edecek, uygun tedaviyi sunacak ve fiziki ya da ruhsal sağlıklarının kötüye gitmesi söz konusu ise, bu durumu kurum yetkililerine bildirecektir.
- o Hasta tarafından istenmedikçe ya da mahkeme emri olmadıkça, hekim kovuşturma veya savunma için değerlendirme raporları hazırlamayacaktır.

Sağlıkla ilgili bilgilendirme, koruma ve eğitim

- o Hekimler, kabul sırasında sağlıkla ilgili haklarını ve bu hakları nasıl kullanacaklarını bütün hastalara anlatacaklardır.
- o Hekimler, toplum sağlığı hizmeti sunacak ve sağlıklı yaşam tarzları konusunda tavsiyelerde bulunacaklardır.
- o Hekimler, HIV testinin faydalarını bütün hastalara anlatacaklardır.

Ceza infaz kurumunda patolojik ve koruyucu tıbbî bakımın özel şekilleri

- o Hastaların kabul sırasında veya kurumdayken şiddete maruz kaldıklarına ilişkin herhangi bir kanıt varsa tam olarak kaydedilecek, değerlendirilecek ve kurum yetkililerine bildirilecektir.
- o Normalde sadece hastanın yazılı rızası ile rapor edilebilecektir. Ancak, şiddete ilişkin kanıtın soruşturulmasında bir bütün olarak kurumun yararı ağır basıyorsa, hastanın rızası gerekliliği daha geniş çaplı bir yarar için ikinci plana alınabilecektir.
- o Kurum hekimleri tarafından ceza infaz kurumu personeline şiddet ve ruhsal bunalım belirtilerinin fark edilmesi konusunda eğitim verilmelidir.

Ceza infaz kurumu sağlık personelinin mesleki eğitimi

- o Ceza infaz kurumu hekimlerinin hem genel tıp hem de psikiyatrik yetkinlikleri olmalıdır.
- o Sağlık elemanlarına göreve başladıklarında ceza infaz kurumlarında tıbbî bakım uygulamaları konusunda uzmanlık eğitimi verilmelidir.
- o Sağlık personeli, ceza infaz kurumu uygulamalarında deneyimli birinin gözetiminde çalışmalıdır.
- o Ceza infaz kurumu uygulamalarının kabul gören bir uzmanlık olarak tanınması dikkate alınmalıdır.
- o Özel dikkat gerektiren uzmanlık alanlarından biri, şiddet kanıtının belirlenmesi ve uygun tedavilerin kullanılmasıdır.
- o Tıbbî bakımla ilgili herhangi bir görevde sağlık mensubu olmayanların çalıştırılması halinde, bu kişilere farkındalık ve beceri eğitimleri verilmelidir.
- o Tıbbî bakımla ilgili herhangi bir görevde mahkûmların kullanılması hedefleniyorsa, azami özen gösterilmelidir. Onlara hiçbir zaman, ilaç uygulaması yaptırmayacaktır.

1.5. Ceza infaz kurumunda tıbbî bakım organizasyonu

Ceza infaz kurumlarında şiddet ve kötü muamele, sürekli hapse uygun olmayan kişilerin durumu ve ceza infaz kurumunda bulaşıcı hastalıkların kontrolü konuları için kitaptaki ilgili bölümlere bakınız.

Ceza infaz kurumunda bağımlılığı olanların yönetimi

- Ceza infaz kurumu hekimleri, bağımlılıkların belirlenmesi ve tedavisi konusundaki gelişmeler konusunda eğitim almalıdır.
- Bütün personel, bağımlılık belirtilerinin nasıl fark edileceğini bilmeli ve yardıma ihtiyacı olanların sevk edilmesinin gerekliliği konusunda uyarılmalıdır. Hekimler, personelin bu konudaki eğitimlerinde rol almalıdır.
- Bağımlılık sorunu olan hastalar, tedavi programlarına katılmaya teşvik edilmelidir.
- Tedavi programları, madde kullanımından vazgeçirme ve yeniden başlamanın önlenmesi şeklinde olmalıdır.
- Tutukevi dışındaki topluma sunulan hizmetlerin ceza infaz kurumunda da verilmesi teşvik edilmeli ve salıverilen mahkumlara dışarıdaki yaşamlarında da destek devam etmelidir.
- Uyuşturucu mücadelesi, uygun ve vasıflı sağlık uzmanlarının gözetiminde olmalıdır.
- Tek dozluk ilaç konusu, ancak doz aşımı riski olduğunda haklı gösterilebilir.

Ruhsal sorunları ve kişilik bozuklukları olan kişilerin yönetimi

Ceza infaz kurumlarının hepsinde, ruh hastalığı olanların teşhis, takip ve tedavileri yapılabilirdir.

- Hapis olma koşullarının yol açtığı psikolojik stres, ruh hastalığının bir çeşididir.
- Ceza infaz kurumu yetkilileri, sosyal çalışmacılar ve sağlık personeli, ruh hastalığı olanlar için bir dizi uygun tedavi geliştirilmesinde işbirliği etmelidir.
- Ciddi ruhsal hastalığı olanlar, ceza infaz kurumu içinde yer alan ya da dışarıdaki bir hastanede tedavi edilmelidir.
- Cinsel suçlulara, psikiyatrik ve psikolojik değerlendirme ve tedavi sunulmalıdır.
- Tecrit ya da kısıtlayıcılara bazen ihtiyaç olmasına rağmen, bunlar mümkün olduğunca az ve kısa süreliğine kullanılacaktır. Zor (inatçı) hastalar, yoğun hemşire desteği altında, gerekirse ilaç kullanılarak idare edilmelidir.
- Ruh hastalarının bakımlarının kurumdan tahliye edilmelerinden sonra da devam etmesi sağlanmalıdır.

İntiharın önlenmesi, tedaviyi reddedenlerin, tecrit koşullarında tutulması gerekenlerin, açlık grevi ya da ölüm orucunda olanların yönetimleri için kitabın ilgili bölümlerine bakınız.

Destekleyici aile ilişkilerinin geliştirilmesinde hekimin rolü

- Hekimler, özellikle kişilik bozuklukları olanlar için sosyo-terapik programlar geliştireceklerdir
- Hekimler, hüküm süreleri boyunca duygusal açıdan tatminkâr ve olumlu ilişkilerin sürdürülmesi için mahkûmlara ve ailelerine yardımcı olacaklardır. Eşlerin mahrem ziyaretlerine izin verilmesi dikkate alınacaktır.
- Hekimler, sosyal güvenlik yardımına başvurularında hastalarına yardım etmeyi düşüneceklerdir.
- Hekimler, hükümlü gebe bir kadının kurum dışındaki bir hastanede doğum yapması için düzenlemelere yardımcı olacaklardır.
- Hekimler, çok küçük çocukların ceza infaz kurumunda anneleriyle kalmaları ve kreş temini ile ilgili düzenlemelere yardımcı olacaklardır.
- Hekimler, çocukların hangi yaşta annelerinden ayrılacağı ile ilgili idari kararlara katılmayacaklardır.
- Hekimler, ceza infaz kurumundaki çocukların hassasiyetlerine, sağlık ve gelişim ihtiyaçlarına özel önem vereceklerdir.
- Hekimler, hastanın topluma başarılı bir biçimde dönmesini engelleyebilecek tıbbi veya psikolojik şartlara dikkat çekeceklerdir.
- Hekimler, hastalar salıverilmeden önce halk sağlığı kuruluşları ile iletişime geçecek ve bakımın devamını sağlayacaklardır.

Üst aramaları, sağlık raporları, tıbbi araştırma

- Hekimler, tıbbi nedenler haricinde hastaların izinsiz muayenelerine katılmayacaklardır.
- Mahkûm tarafından istenmedikçe ve mahkeme emriyle olmadıkça, hekimler savunma veya takibat için rapor hazırlamayacaklardır.
- Mahkûmların, tıbbi araştırmalar için kullanılması konusundaki sert kısıtlamalara uyulacaktır.
- Mahkûmlara zarar verebilecek ya da rızaları alınmadan deney yapılmayacaktır.

1.6. Belirli sağlık konuları ile ilgili uluslar arası uluslar arası belgeler ve Türkiye'deki mevzuat

Ceza infaz kurumlarında şiddet ve kötü muameleye karşı sağlık personelinin rolü

5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanunda, bir ceza infaz kurumunda yaralanma durumu ve şiddetin takibi ve rapor edilmesi konusunda özellikle hekimin rolü ile ilgili herhangi bir hüküm yer almamaktadır. Buna karşılık, bu konuda uluslar arası kurallara ilişkin oldukça geniş kaynaklar bulunmaktadır. Bu çerçevede, daha önce belirtilen üç genel belgedeki normlar, şu şekilde özetlenebilir:

- Kabul sırasındaki muayene veya hüküm süresince herhangi bir zamanda sağlık personelinin bilgisine ulaşan her türlü râralanma veya şiddet olayları ve kanıtları kayıt altına alınmalı ve değerlendirilmelidir;

- Hekimlerin kabul sırasında yaralanmalarla ilgili kayıtları, muayene edilen kişiye verilmelidir;
- Herhangi bir fiziki yaralanma veya şiddet uygulandığına ilişkin kanıt, hem kişisel dosyalara kaydedilmeli hem de istatistiksel inceleme değeri olan kayıtlarda yer almalıdır;
- Ceza infaz kurumu hekimi vaka, yaralanma ve şiddetin türü ve dağılımı konusunda ceza infaz kurumu yetkililerine düzenli rapor vermelidir;
- Bireye yönelik şiddet durumları ancak mağdurun onayı ile rapor edilmelidir. Ancak, vaka ceza infaz kurumundaki personel ve mahkûmlar açısından daha büyük bir tehdit kaynağı ise, hekim gizlilik görevini daha geniş olan sosyal sorumlulukları kapsamında ele alabilir;
- Hekimlerin, şiddet ve psikolojik stres işaretlerini anlamaları için ceza infaz kurumu personelinin eğitiminde rolleri vardır;
- Hekimler, güç kullanımı konusundaki kararlara ya da böyle faaliyetlere katılmamalıdır;
- Hekimler, cezaya tabi tutulacak mahkûmlara tıbbi değerlendirme ve bakım vermelidir.

Ceza infaz kurumunda çalışan hekimlerin bu alanda bilmeleri gereken ve gerektiğinde başvuracakları uluslar arası kılavuz belgeler aşağıda verilmiştir:

Tokyo Bildirgesi (1975):

<http://www.cirp.org/librarv/ethics/tokvo/>

BM Tıp Etiği Prensipleri (1982):

<http://www.un.org/documents/aa/res/37/a37r194.htm>

İstanbul Protokolü (1999):

<http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/40torture/index.html>

Tokyo Bildirgesi - Tutukluluk ve Hapsedilme ile ilgili İşkence ve Diğer Zalimce, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Muamele veya Cezalar Hakkında Hekimlere Yönelik Kılavuz İlkeler

Bu kılavuz, tıp mesleğine ilişkin uluslar arası bir meslek kuruluşu olan Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanmıştır.

Kılavuz, işkencenin tanımı ile başlamakta ve bazı ilkeleri sıralamaktadır:

- "İşkence, kendi başına ya da bir yetkilinin emri altında hareket eden bir ya da birden çok kişinin, bilgi edinmek, itiraf ettirmek ya da bir başka nedenle, kasıtlı, sistemli ya da keyfi olarak, bir başka kişiye zor kullanarak, ona fiziksel ya da ruhsal yönden acı çektirmesidir".
- Hiçbir hekimin hiçbir şekilde işkence, zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamelenin hiçbir biçimini onaylamayacağı, hoş görmeyeceği ve bunlara katılmayacağını, böyle uygulamaları kolaylaştırmaya-cağın veya bunlarda yer almayacağını bildirmektedir.

- Hekimin temel görevinin "takip ettiği kişilerin sıkıntılarını azaltmak" olduğunu ve başka hiçbir şeyin bu yükümlülüğünden daha üstün olmayacağını savunmaktadır.
- Mantıklı karar verebilecek durumda olan açlık grevi yapan bir kişinin onay vermezse yapay yolla beslenmeyeceğini ve böyle durumlarda hekimin görevinin, kişinin bilinçli karar verebilmesini sağlayacak şekilde kişiye yaptığı şeyin sonuçlarıyla ilgili bilgi vermek olacağını bildirmektedir. Hekim, kişinin mantıklı bir karar veremeyeceğini düşündüğünde, ikinci bir görüşe başvurmadan beslenmeyi başlatmayacaktır.
- Hekimlerin görevlerini Bildiride belirtildiği biçimde yerine getirmeleri konusunda baskı altında kalmaları halinde Dünya Tabipler Birliği'nden destek alacaklarını bildirmektedir.

Tutuklu ve hükümlülerin, işkence ve diğer zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezaya karşı korunmaları konusunda sağlık personelinin özellikle hekimlerin görevi ile ilgili Birleşmiş Milletler (BM) Tıp Etiği İlkeleri

Etik kurallar bildirisinin girişinde, hekim dışı sağlık personeli ya da sağlıkla ilgisi olmayan meslek mensuplarının tıp etiğine uymayan bazı faaliyetlerde bulunabilecekleri tehlikesine dikkat çekilmektedir.

Belgede altı ilke yer almaktadır:

1. Ceza infaz kurumu hekimleri, mahkum ve tutuklulara diğer hastalara sunulan sağlık hizmetlerine eşit bakım sunmaktan sorumludurlar.
2. Hekimin, işkence, zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezada yer alması ya da bunlarla herhangi bir ilgisinin olması tıp etiğine ve uluslar arası yasalara aykırıdır.
3. Sağlık personelinin ceza infaz kurumundaki kişilerle tıbbi bakımları dışında herhangi bir ilişkiye girmesi tıp etiğine aykırıdır.
4. Sağlık uzmanlarının uzmanlık bilgilerini mahkûmların sorgulanmalarına yardımcı olmak için kullanmaları tıp etiğine aykırıdır.
5. Sağlık uzmanlarının geçerli bir sağlık nedeni dışında bir mahkûmun fiziki olarak kısıtlanması ile ilgili herhangi bir prosedüre katılması tıp etiğine aykırıdır.
6. Bu prensipler kesinlikle ihlal edilemez.

İstanbul Protokolü (1999) (ISBN 92-1-154156-5) İşkence ve Diğer Zalimce, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması konusunda EI Kitabı

Söz konusu el kitabı, uzun ve ayrıntılı teknik bir belgedir ve bir hekimin ciddi bir kötü muamele kanıtı ile

karşı karşıya kaldığında, başvurabileceği son derece değerli bir başvuru belgesidir.

Sürekli hapse uygun olmayan kişilerin yönetimi

5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanun'da şu hükümler yer almaktadır:

Madde 17 (2'inci bent): "Üç yıl veya daha az süreli hapis cezaları hükümlünün hastalığının sürekli bir tedaviyi gerektirmesi halinde, Cumhuriyet Başsavcılığının kararıyla altı ayı geçmeyen sürelerle ara verilerek infaz edilebilir. Ancak bu ara verme iki defadan fazla olamaz".

Madde 81: "Kurum hekimi veya görevli bir başka hekim tarafından yapılan muayene ve incelemeler sonucunda hükümlünün cezasını yerine getirmesine engel olabilecek hastalığı saptanırsa, bu durum idareye bildirilir."

Bu kurallar, aşağıda belirtilen uluslararası ilkelere uygundur:

- Ceza infaz kurumu, hastaların, engellilerin ve yaşlıların diğer mahkûmlarla bir arada onurlu biçimde yaşamalarını sağlamalıdır;
- Ölümcül hastalığı olanlara, ceza infaz kurumunun içinde bakılacak ancak, bu kişilerin cezalarının infazına, kurum dışı hastanelerde/bakımevlerinde ara verilecektir;
- Hastalık veya güçsüzlük sebebiyle, sürekli hapsin insanlık dışı veya onur kırıcı olduğu düşünülen kişiler af edilip serbest bırakılabilir;
- Ceza infaz kurumu hekimleri, sağlık durumlarının sürekli hapse uygun olmadığını düşündükleri hastaları yetkililere bildireceklerdir;
- Her surette, ölümün yakın olduğu düşünüldüğünde, hastalar ceza infaz kurumundan hastaneye sevk edileceklerdir.

Sürekli hapsin ve ciddi veya ölümcül hastalığı olan mahkûmların tedavisinin, insanlık dışı veya aşağılayıcı muameleden korunmak için verilen teminatı ihlal ettiği iddiasıyla bugün AİHM'de değerlendirilen pek çok başvuru bulunmaktadır. Bunların içinde en önemlisi, 14 Aralık 2002 tarihinde Strazburg'ta karara bağlanan Fransa'ya karşı Mouisel davasıdır (AİHM Başvuru No. 67263/01). (Mahkeme kararının tümü için: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/portal.asp?sessionId=59288141&skin=hudoc-en&action=request>.)

M Mouisel; silahlı soygun, kişi hürriyetini haksız tahdit etme ve dolandırıcılık suçlarından 15 yıl hüküm giymişti. Sağlık durumu kötüye gitmiş ve kemoterapi için düzenli olarak hastaneye gitmesini gerektiren lenfomaya yakalanmıştı. Ceza infaz kurumu personelinin tedavi süresinin uzunluğu konusunda sabırsız olması yüzünden kendisine kötü muamele ettiklerini bildirdi. Hastane ziyaretleri sırasında büyük ağrı çektiğini iddia etti. İnsani nedenlerle ceza infaz kurumundan erken tahliye için yaptığı başvurular reddedilmişti. Çektiği ağrının dayanılmaz olduğu gerekçesiyle, tedaviyi reddetti. CPT; daha önce mahkûmların hastaneye naklinde kelepçe takılması, hastaların yataklarına kelepçelerle bağlanması ve kurum personelinin muayenelerin gizliliğini bozmaları

uygulamaları konusunda kurum hakkında olumsuz rapor verdi.

Davanın görülmesinde mahkeme, acının kasti olduğunu göstermek için gerekli olmasa da, bir kişiye yapılan muamelenin insanlık dışı veya aşağılayıcı olduğunu tespit etmek için acının belirli bir ciddiyet seviyesine ulaşması gerektiğiyle ilgili önceki içtihadını tekrarlamıştır. Mahkeme ayrıca, sürekli hapsin belli durumlarda insanlık dışı veya aşağılayıcı hale gelebileceği konusunda önceki tespitlerini de yinelemiştir.

Kararın 40. bendinde, mahkeme şu temel ilkeyi belirtmektedir: "Sözleşmenin 3. Maddesi tutukluların sağlık sebepleri nedeniyle salıverilmeleri konusunda genel bir yükümlülük koymasına rağmen, özgürlüklerinden yoksun bırakılmış kişilerin, örneğin onlara gerekli tıbbi yardımın sağlanması gibi fiziki refahlarının korunması konusunda Devlete yükümlülük getirmektedir. Mahkeme ayrıca; koyulan tedbirlerin infaz şekli ve yönteminin mahkumları tutuklu olmanın doğasından gelen kaçınılmaz acı seviyesini aşan yoğunlukta sıkıntıya veya mahrumiyete maruz bırakmaması için bütün mahkumların insan onuruna uygun tutukluluk şartlarına tabi olma haklarını; ayrıca, mahkumların sağlığının yanı sıra, hapislik durumunun uygulama gerekleri dikkate alınarak mahkumların refahının yeterli şekilde korunması gerektiğini vurgulamıştır.

M. Mouisel'in özel durumu ile ilgili olarak, mahkeme başvuru sahibinin sağlık durumunun giderek daha fazla ilgi gerektirdiği ve gün geçtikçe tutuklulukla bağdaşmaz hale geleceği tespitinde bulunmuştur. 28 Haziran 2000 tarihli rapor, ceza infaz kurumunda kanser tedavisi sağlamanın zorluğuna değinmiş ve hastanın uzman bir birime naklini tavsiye etmiştir. Rapor ayrıca; hasta olmanın yarattığı sıkıntının başvuru sahibinin psikolojik durumunu kötüleştirdiğini ve bunun yaşam umudunu etkileyerek sağlık durumunu çökerttiğini belirtmiştir. UÇSA hekiminin başvuru sahibine yazdığı 20 Kasım 2000 tarihli yazı, sağlık durumunun kötüye gittiğini onaylamış ve hastalığın sadece geçici gerileme ihtimaline değinmiştir. Bütün bu etkenler, başvuru sahibinin hastalığının ilerlemiş olduğunu ve ceza infaz kurumunun bu konuda pek de donanımlı olmadığını, buna rağmen kurum yetkilerinin özel hiçbir önlem almadıklarını göstermektedir. Böyle önlemler, başvuru sahibinin hastaneye kabulü veya özellikle geceleri takip ve gözlem altında tutulabileceği bir başka kuruluşa nakletmeyi içerebilirdi... Başvuru sahibinin hastaneye götürülme şartları da bir dizi soruna yol açmıştır. Başvuru sahibinin, muhafız kontrolünderken zincirlendiğine, ancak hekimlerle birlikte iken daha gevşek davranıldığına şüphe yoktur. Bununla birlikte; tedavi sırasında zincirlendiği veya tedavi sırasında ceza infaz kurumu muhafızlarının orada bulunduğu tespit edilmemiştir. Ancak; Mahkeme, kelepçe kullanımı konusunda Ceza İnfaz Kurumu Hizmetleri Bölge Müdüründen gelen cevabın başvuru sahibinin hastalığının onu kelepçelenmeden muaf tutmayacağını ve kelepçelerin kullanılma tarzının tutukluluk bağlamındaki standart uygulama olduğunu zımnen tavsiye ettiğini belirtmektedir.

Karar şu şekilde son bulmaktadır: "Son incelemede, Mahkeme Sözleşmenin 3. Maddesinin aksi yönünde bir muameleye maruz kalmamasının sağlanması konusunda ulusal makamların başvuru sahibinin sağlığına yeterince özen göstermediğini düşünmektedir. Özellikle haziran 2000'den bu yana sürekli hapis tutulması, hastanın onurunu ihlal etmiş ve çekilen sıkıntının hükümlü olma ve kanser tedavisi ile kaçınılmaz biçimde ilişkili olan sıkıntının ötesine geçmesine yol açan özellikle ağır bir zorluğa neden olmuştur. Sonuç olarak, Mahkeme yukarıda incelenen şartlar altında devam eden hapsi nedeniyle, başvuru sahibinin insanlık dışı ve aşağılayıcı muameleye tabi tutulduğunu düşünmektedir." Fransız makamlarının, AİHS'nin 3. Maddesini (işkence, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezayı yasaklayan) ihlal ettiği tespit edilmiştir.

Ceza infaz kurumunda bulaşıcı hastalıkların yönetimi

5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanunda hekimlerin bulaşıcı hastalıklar konusundaki sorumluluklarına özellikle atıfta bulunan maddeler yoktur. Buna karşılık, bu konuda önemli ölçüde uluslar arası rehber nitelikte bilgiler bulunmaktadır. Sözü edilen üç temel ana belgede yer alan rehber bilgiler şunları içermektedir:

- Ciddi bir hastalığı bulaştırma tehlikesi olanlar tecrit edilmelidir.
- HIV (+) olmak tek başına, bir mahkûmu diğerlerinden tecrit etme nedeni değildir.
- AIDS'li kişileri diğerlerinin bulaştırabileceği hastalıklardan korumak için tecrit etmek gerekebilir.
- Hekimlerin, bir dizi bulaşıcı hastalığın getirdiği riskler ve bu risklerle nasıl baş edileceği konusunda hem mahkûmlara hem de ceza infaz kurumu personeline eğitim verme görevleri vardır. Böyle bir eğitim, gizliliğin korunmasının önemini de içermelidir.
- Mahkûmlara, onayları alınmadan HIV testi yapılmamalıdır.
- Mahkûmlara HIV testi yaptırma imkânı sunulmalıdır.
- HIV testine her zaman test öncesi ve sonrası rehberlik hizmeti eşlik etmelidir.
- Tüberkülozun yayılmasını sınırlamaya ilişkin ulusal stratejiler ceza infaz kurumlarında uygulanmalıdır.
- Mahkûmlara, Hepatit B aşısı olmanın yararları anlatılmalı ve isterlerse onlara böyle bir bağışıklık kazandırılmalıdır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasını önlemek için uygun koruyucu önlemler alınmalıdır.

CPT 11. Yıllık Genel Kurul Raporunda bulaşıcı hastalıklar konusuna değinmiştir. [CPT/Inf (2001) 16], <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-11.htm> adresinden ulaşılabilir.]

Bu raporda şu hususlara yer verilmiştir:

Özellikle tüberküloz, hepatit ve HIV/AIDS olmak üzere bulaşıcı hastalıkların yayılması pek çok Avrupa ülkesinde büyük bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bütün halkı etkilemekle beraber, bu hastalıklar, belli ceza infaz kurumu sistemlerinde büyük bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. CPT pek çok vakada, bu sorunun çözülmesi konusunda yeterince önlemin alınmadığıyla ilgili ciddi kaygılarını bildirmek zorunda kalmıştır. Ayrıca; mahkûmların tutuldukları fiziki şartların genellikle bu hastalıkların bulaşmasını kolaylaştırabilecek nitelikte olduğu tespit edilmiştir.

CPT, ceza infaz kurumları dahil olmak üzere, bugün CPT'nin ziyaret ettiği pek çok ülkede karşılaşıldığı gibi ekonomik açıdan zor dönemlerde fedakarlık yapılması gerektiğinin farkındadır. Ancak, belli zamanlarda karşılaşılan zorluklar ne olursa olsun, bir insanı özgürlüğünden yoksun bırakmak her zaman etkili koruma, tarama ve tedavi yöntemlerini gerektiren bakım görevini de beraberinde getirir. Kamu yetkililerinin bu göreve uyması, yaşamı tehdit eden hastalıkların tedavisinde gereken bakım söz konusu olduğunda daha da önem kazanır.

Tarama için güncel yöntemlerin kullanılması, ilaçların ve ilgili malzemelerin düzenli olarak sağlanması, mahkûmların reçetelenen ilaçları doğru doz ve aralıklarda almalarını sağlayan personelin mevcudiyeti ve gerektiğinde özel diyetlerin temin edilmesi, yukarıda belirtilen hastalıklarla savaşmada ve ilgili mahkûmlara uygun tıbbi bakımın sağlanmasında etkili bir stratejinin temel öğeleridir. Benzer biçimde, bulaşıcı hastalığı olan mahkûmların fiziki barınma koşulları, sağlıklarının iyileşmesine yardımcı olmalıdır; Doğal ışık ve havalandırmanın yanı sıra, temizlik yeterli ölçüde olmalı ve aşırı kalabalıklık sorunu olmamalıdır.

Ayrıca, tıbbi veya diğer nedenlerle kesinlikle şart değilse, ilgili mahkûmlar kurumda bulunan diğer kişilerden ayrı yerde tutulmamalıdır. Bu nedenle, CPT, mahkûmların yalnızca HIV pozitif olmaları nedeniyle tecrit edilmelerinin hiçbir tıbbi gerekçesi olmadığını özellikle vurgulamıştır. .

Bu konulardaki yanlış fikirleri ortadan kaldırmak için, yetkili makamlar hem mahkûmlara hem de kurum personeline bulaşıcı hastalıklarla ilgili eğitim programı sağlamaktan sorumludur. Böyle bir program, bulaşmanın nasıl olduğu yanı sıra korunma yollarını da içermelidir. Özellikle de, cinsel yolla ve intravenöz ilaç kullanımı yoluyla HIV veya hepatit B/C bulaşma riskleri ve HIV ve hepatit virüslerinin taşıyıcısı olan vücut sıvılarının rolü açıklanmalıdır.

Herhangi bir tarama testi yapılmadan önce ve test sonucunun pozitif sonuçlanması halinde, kişilere yeterli bilgi ve rehberlik sağlanmalıdır. Ayrıca, hastayla ilgili tıbbi bilgilerin gizli tutulması bir kuraldır. İlke gereği, bu alandaki bütün müdahaleler ilgili kişilerin bilinçli olarak verecekleri onayları Ne yapılmalıdır.

Bununla birlikte, yukarıda belirtilen hastalıkların etkili bir şekilde kontrolü için, o ülkedeki bütün bakanlıklar ve o alanda çalışan bütün kuruluşlar mümkün olan en üst

düzeyde eşgüdüm sağlamalıdır. Bu nedenle, CPT tedavinin ceza infaz kurumundan tahliye edildikten sonra da devamının garanti edilmesini vurgulamaktadır.

Bakanlar Komitesinin **ceza infaz kurumlarında AİDS ve buna ilişkin sağlık sorunları dahil olmak üzere, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün ceza infaz kurumuna ait ve kriminolojik yönleri hakkında R (93) 6 Sayılı Tavsiye Kararında** verilen uzman tavsiyesi bu tavsiyelerin hepsine emsal oluşturmuştur. <https://wcdxoeJnWiewDoc.isp?id=622079&Site=CM&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLoaaed=F5D383>

Söz konusu tavsiyenin yanı sıra, başka pek çok tavsiye kararları da vardır. Bunlar; Genel İlkeler, Özel Önlemler ve Kriminolojik Durumlar başlıkları altında verilmiştir.

Genel İlkeler

- Ceza infaz kurumlarının politikaları, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili kuruluşlar ile sağlık bakanlıklarının işbirliği içinde oluşturulmalı ve ulusal düzeyde bir politikaya dönüştürülmelidir. Ulusal politika, ceza infaz kurumlarında HIV(+) / AİDS görülme oranını azaltacak önlemler içermelidir. Ulusal politika, bulaşıcı hastalıklarla ilgili sağlık eğitimi konusuna önemli bir yer vermelidir.
- HIV (+) olanların kuruma kabulleri sırasındaki değerlendirilmelerinde başka herhangi bir hastalıkları olup olmadığına da bakılacaktır.
- Diğer hastalarda olduğu gibi HIV(+) olanlar için de tıbbi gizlilik uygulanacaktır. Test sonuçlarının (+) olması bu bilgilerin açıklanmasını haklı çıkarmaz.
- HIV virüsü olduğu biliniyorsa, genel sanitasyon, hijyen ve temizlik büyük öneme sahiptir.
- Enfeksiyon riski varsa prezervatif sağlanmalıdır.
- Salıverilme üzerine tıbbi, psikolojik ve sosyal tam bakım sağlanmalıdır.
- HIV'li olmak, az güvenli ceza infaz kurumlarına naklin düşünülmesini engelleyemez.
- Ölümcül olanların erken tahliyesi düşünülmelidir.
- Bir ceza infaz kurumunda yüksek düzeyde bulaşıcı hastalığın, istenen düzeyde personel gerektirecek sonuçları olacağı bilinmelidir.
- Yalnızca üzerinde araştırma yapılanlara doğrudan fayda getirmeyi vaat eden araştırma veya epidemiyolojik çalışmalar haklı gösterilebilir.
- Bütün araştırma teklifleri resmi olarak ve etik açıdan değerlendirilmelidir.
- Ceza infaz kurumunda tedavi ve korumaya yönelik araştırmalar teşvik edilecektir.
- Mahkumlar, toplumdaki kişilerle aynı şekilde yeni tedavilerin klinik deneylerine erişebilmelidir. Mahkum epidemiyolojik araştırmalar yapıp yapılmadığından haberdar edilmelidir.
- Araştırma konularında mutlak gizlilik sağlanmalıdır.

Özel Önlemler

- Mahkumların, uyuşturucu madde ve enjektörlere erişiminin kısıtlanması için özel önlemler alınmalıdır.
- Dezenfektan temini dahil olmak üzere, mahkumların kullanabilecekleri önlemler tanıtılmalıdır.
- Bütün bağımlılık ve nüksün önlenmesi programları, mahkûmları tahliyeye hazırlamak üzere tasarlanmalıdır.
- Kadınlar için özel tıbbi programlar geliştirilmelidir. Gebe olan seropo-zitif kadınlara ve seropozitif doğan çocuklara yönelik özel tıbbi programlar uygulanmalıdır.
- HIV(+) mahkumların eşleriyle özel görüşme yapmalarına izin verildiğinde; eşlerine uygun tavsiyelerde bulunulmalı ve koruyucu önlemler almaları teşvik edilmelidir.
- Ceza infaz kurumunda sunulan genel sağlık eğitim programları, HIV(+) ve diğer yüksek riskli hastalıklara yakalanma riskini azaltacak davranışları tavsiye etmelidir.
- Yabancı mahkumlara, diğer kişilerle aynı kalitede tıbbi bakım ve danışmanlık sunulmalıdır.
- HIV(+) enfeksiyonu, Hükümlülerin Transferi Hakkında AK Sözleşmesine taraf olan devletler arasında iki taraflı transferleri etkilememelidir.
- Ciddi ve ölümcül HIV hastalarının sınır dışı edilme zamanı geldiğinde, bu emrin insani temellerde ertelenmesi göz önüne alınmalıdır.

Kriminolojik Durumlar

- Stratejik öncelik, HIV bulaşmasının nasıl önleneceği ve toplumda koruyucu önlemlerin kabulü hakkında halkın eğitilmesidir.
- Enfeksiyonu yayan mahkumlar için düşünülecek yaptırımlar mevcut yasa dahilinde olmalıdır. Yasal kovuşturma ancak son çare olarak başlatılmalı; eğitim programı uygulanmış ve koruyucu önlemlerin hazır bulunmasına rağmen enfeksiyonu yayma konusunda ısrarla dikkatsiz davrananlarla sınırlı olmalıdır.
- HIV(+) olanları tedavi etmeyi veya eğitim ya da koruyucu önlemleri uygulamayı reddeden sağlık görevlilerine disiplin cezası verilmeli veya haklarında takibata başvurulmalıdır.

İntihar ve Kendine Zarar Verme

5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanunda şu hususlar yer almaktadır:

Madde 6'ye göre hükümlülerin yaşam hakkı ile fiziksel ve ruhsal bütünlüklerinin korunması için tüm önlemler alınmalıdır;

Madde 27, mahkumların kendi sağlıklarını tehlikeye düşürecek herhangi bir eylemde bulunmalarını yasaklamaktadır.

Bununla birlikte, yasa intiharın önlenmesi veya kendine zarar verme davranışının önlenmesi ve tedavisi konusunda kurum hekimine özel bir görev vermemektedir. Bu durum, üç temel Avrupa belgesinde

verilen kılavuz bilgilerle çalışmaktadır. Bu belgeler şunları tavsiye etmektedir:

- İntiharın önlenmesi bir sağlık sorunudur. Hekimler, intihar riski yüksek hastaların teşhisi ve uygun tedavileri için süreçler geliştirmelidirler.
- Hekimler, personelin bu konudaki farkındalığını artırmaktan ve uygun eğitim sunmaktan sorumludurlar.
- Kabul sırasında yapılan görüşme, intihar riskinin tanımlanabileceği önemli bir fırsat olarak görülmelidir.
- İntihar riski yüksek olanların, kendilerine zarar verebilecek araçlara ulaşmaları engellenmelidir.
- İntihar riski yüksek olanlar hakkında, kurumda bütün bölümler arasında iyi bir bilgi alışverişinin sağlanmasına özen gösterilmelidir.

AİHM, tutuklu birinin intiharının devlet makamlarının hayatı koruma konusundaki teminatını (Madde 2) ihlal ettiği iddiasıyla pek çok dava görmüştür. AİHM'nin kuralına göre, devlet, vatandaşların yalnızca devlet görevlileri tarafından yasa dışı öldürülmelerinden değil diğerlerinin eylemlerinden de korunması konusunda sorumludur. AİHM 'ne göre, devletin adalet kuruluşlarındaki bir kişi eğer kendi hayatını tehdit edici davranışlar gösteriyorsa, devlet o kişinin hayatının korunmasından sorumludur.

İngiltere'ye karşı Keenan davasında, davanın karar gerekçesi olarak, İngiliz makamlarının yükümlülüklerini ihlal ettikleri tespit edilmemiş olmasına rağmen, mahkeme devlet gözetiminde olan bir kişinin öngörülebilir ve kaçınılmaz intihar riski altında olması durumunda, o kişiyi kendinden korumak için mümkün olan bütün önlemlerin alınmasının sözleşmeye göre devlet makamlarının görevi olduğu ilkesini belirtmiştir, (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&hiaht=keenan&sessionid=61689996&skin= hudoc-en>)

AİHM'nin devlet makamını suçlu bulduğu en son örneklerden biri, Fransa'ya karşı Renolde davasıdır (Başvuru 5608/05, Karar 2009) Ceza infaz kurumu yetkilileri Renolde'un hezeyanlı düşünceleri olduğunun ve bu durumun, kendine zarar verme ve diğer agresif davranışlarını artırdığının farkındaydılar.

Bunu **fark** etmelerine rağmen, mahkum tedavi için hastaneye gönderilmemiştir. Mahkeme, devlet makamının o kişiyi kendinden korumak için **makul** önlemleri almadığı kararına varmıştır. <http://cmiskD.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&Dortal=hbkm&action=html&hiaht=renolde&sessionid=61689229&skin=h udoc-en>

Açlık grevleri ve suni besleme

Her tür yiyeceği almayı reddettiğini bildiren mahkumlara Avrupa adalet sisteminde nadiren rastlanmaktadır. Beslemeyi reddeden mahkumların çoğu, çok geçmeden bu kararlarından vazgeçerler, ancak, bazıları ısrarcıdır. Az sayıda mahkum ölmek istedikleri için beslenmeyi reddeder, buna rağmen, hatırı sayılır bir çoğunluk ölüme yol açacağını bilseler de beslenmeyi

reddetmeye devam etmeye hazırdırlar. Bir olayı protesto ya da grup eylemi biçimindeki açlık grevlerinde beslenmeyi reddetme kararı güçlü olabilir. Besin maddelerini almayı reddetmeye devam etmenin sağlıklarında ne kadar hızlı ve geri dönülemez sonuçlar yaratacağını az kişi anlar.

Böyle durumlarda karar vermek hem ceza infaz kurumu yetkilileri hem de kurumda çalışan hekimler için zordur. Kurum yetkilileri, bir yandan herkesin hayatının korunması ile (AIHS Madde 2) diğer yandan mahkumların insanlık dışı veya aşağılayıcı muamelelerden korunması ile yükümlüdürler (Madde 3). Hekimler, hastanın onay vermediği herhangi bir tedaviyi verme konusunda kendilerine getirilen yasakla, hastalara tıbbi bakım sağlanması ve sağlıklarının geliştirilmesi konusundaki görevleri arasındaki dengeyi iyi korumalıdır.

5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanun, böyle durumlarda mahkumların idaresinden sorumlu olan kişilere yasal yükümlülükler getirmektedir. Söz konusu kanunun 82 inci maddesi şöyle demektedir:

Hükümlünün kendisine verilen yiyecek ve içecekleri reddetmesi

MADDE 82. (1) Hükümlüler, hangi nedenle olursa olsun, kendilerine verilen yiyecek ve içecekleri sürekli olarak reddettikleri takdirde; bu hareketlerinin kötü sonuçları ile bırakacağı bedensel ve ruhsal hasarlar konusunda ceza infaz kurumu hekimince bilgilendirilirler. Psiko-sosyal hizmet birimince de bu hareketlerinden vazgeçmeleri yolunda çalışmalar yapılır ve sonuç alınamaması hâlinde, beslenmelerine kurum hekimince belirlenen rejime göre uygun ortamda başlanır.

(2) Beslenmeyi reddederek açlık grevi veya ölüm orucunda bulunan hükümlülerden, birinci fıkraya gereğince alınan tedbirlere ve yapılan çalışmalara, rağmen hayatî tehlikeye girdiği veya bilincinin bozulduğu hekim tarafından belirlenenler hakkında, isteklerine bakılmaksızın kurumda, olanak bulunmadığı takdirde derhâl hastaneye kaldırılmak suretiyle muayene ve teşhise yönelik tıbbî araştırma, tedavi ve beslenme gibi tedbirler, sağlık ve hayatları için tehlike oluşturmamak şartıyla uygulanır.

(3) Yukarıda belirtilen hâller dışında, bir sağlık sorunu olup da muayene ve tedaviyi reddeden hükümlülerin sağlık veya hayatlarının ciddi tehlike içinde olması veya ceza infaz kurumunda bulunanların sağlık veya hayatları için tehlike oluşturan bir durumun varlığı hâlinde de ikinci fıkraya hükümleri uygulanır.

(4) Bu maddede öngörülen tedbirler, kurum hekiminin tavsiye ve yönetimi altında uygulanır. Ancak, kurum hekiminin zamanında müdahale edememesi veya gecikmesi hükümlü için hayatî tehlike doğurabilecek ise, bu tedbirlere ikinci fıkrada belirtilen şartlar aranmaksızın başvurulur.

(5) Bu madde uyarınca hükümlülerin sağlıklarının korunması ve tedavilerine yönelik zorlayıcı tedbirler, onur kırıcı nitelikte olmamak şartıyla uygulanır.

Avrupa Cezaevi Kuralları, beslenmeyi reddeden hastaların yönetimi konusuna özellikle atıfta bulunmamaktadır.

CPT 'Standartları', hekimlerin normalde hastanın onayı olmadan herhangi bir tedavi uygulayamayacakları konusundaki genel ilkeye ve ancak kanunun bu ilkenin özel durumlar için yetersiz olduğunu tanıması halinde bu ilkeden feragat edilebileceğine dikkat çekmektedir. Beslenmeyi reddeden mahkumlar böyle bir durum sergileyebilirler. Farklı adalet sistemlerinde yüklenen yasal görevler önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Mahkumlar tarafından yapılan toplu açlık grevi kampanyaları süresince, Aralık 2000 ve Mayıs 2001 [CPT/Inf (2001) 31]'de Türkiye'ye gerçekleştirdiği ziyaretin raporunda CPT şunları tespit etmiştir:

- Genel olarak, açlık grevi yapanların hastanelerde ve ceza infaz kurumlarında ele alınma şekliinden etkilenmişlerdir;
- Açlık grevi yönetiminin hekim/hasta ilişkisine dayanması gerektiği konusundaki politikaya sıcak bakmışlardır; ancak
- Hekimlere verilen yazılı talimatlarda yer alan "hızlı organ bozulması fark edildiğinden, tam bir parenteral besleme uygulanacaktır" ifadesine dikkat çekmiş ve şu yorumda bulunmuştur: "... Hekimlere açlık grevini özel bir tedavi yöntemi ile ele almaları dayatılarak, ilişkinin (hekim/hasta) etkilenmeye çalışılması konusunda Komitenin ciddi endişeleri vardır".

(98) 7 No'lu Tavsiye Kararı daha yoğun tavsiyelerde bulunmaktadır. Hekimlerin birincil sorumluluklarının;

- Açlık grevi yapan kişiye bu eyleme devam etmesinin olası fiziki ve psikolojik sonuçları hakkında derhal bilgi vermek;
- Test ve tedavi sunmak ve mahkumun onay verdiği tedaviyi uygulamak;
- Ruhen hasta olduğu kanaatindeyse, hastanın bir akıl hastalıkları hastanesine nakli için düzenlemeleri yapmak;
- Kurum yetkililerini hastanın durumundaki herhangi bir kötüleşmeden haberdar etmek olduğunu şeklinde ifade etmektedir.

Beslenmeyi reddeden mahkumların yapay yolla beslenmesinin insanlık dışı ve aşağılayıcı muamelesinin engellenmesi konulu Madde 3'ü ihlal ettiği iddiasıyla **AİHM**'ye çok fazla sayıda başvuru yapılmıştır. Emsal karar, Ukrayna'ya karşı Nevmerzitsky (Başvuru No 54825/00) davasında Nisan 2005'te verilmiştir

<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en> Dava Başlığı kısmına Nevmerzitsky yazınız).

Mahkeme, mahkumun beslenmeyi reddetmesi halinde hayatın korunması (Madde 2) ve kişilerin insani olmayan ve aşağılayıcı muameleden korunması (Madde 3) yükümlülükleri arasında ortaya çıkan olası çelişkinin Sözleşmede karara bağlanmadığını kabul etmiştir. Mahkeme daha sonra Yerleşik tıp ilkeleri bakımından tedavi açısından gerekli olan bir önlem prensip olarak insanlık dışı ve aşağılayıcı olarak görülemez" ilkesini ileri sürmüştür. Beslenmeyi bilinçli şekilde reddeden belli bir

tutuklunun hayatının kurtarılmasını hedefleyen zorla besleme için de aynı şey söylenebilir".

Bu nedenle, 3 kriterin karşılandığı durumlarda meşru biçimde yapay besleme yapılabilir:

- Beslenme için tıbbi bir ihtiyaç bulunmalıdır.
- Karar için prosedüre yönelik teminatlara uyulmalıdır.
- Kişinin zorla beslenme şekli insanlık dışı olmayabilir.

Tıbbi ihtiyaç ve prosedüre yönelik teminatlar konusu, Moldova'ya karşı Ci-orap davasında Haziran 2007'de verilen kararda daha fazla açıklanmıştır. (Başvuru No. 12066/02)

(<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en>) (Dava Başlığı kısmına Ciorap yazınız).

Bu davada mahkeme, Ciorap'ın tabi tutulduğu zorla beslemenin kişinin hayatını korumak için değil protestosundan vazgeçirmek için yapıldığını tespit etmiştir. Bu gerekçe, zorla muamelenin içindeki kötü muameleyi haklı göstermeye yetmemiş ve Moldova'nın yükümlülüklerini ihlal ettiği tespit edilmiştir.

Avrupa'da bu konuyla ilgili yasal yetki açık olsa da, hekimin hastanın isteklerine karşı hastanın hayatının korunmasına yardım etmede yüklenebileceği görev daha karmaşıktır. Mesleki rehber belgeler şunlardır:

Tokyo Bildirgesi (1975)

<http://www.cirp.ora/librarv/ethics/tokvo/>

- Hasta yapay beslenme konusunda onay vermiyorsa, hekim hastayı beslemeyecektir;
- Hekim öncelikle bağımsız ikinci bir görüş almadan, hastanın onay veremeyecek durumda olması ya da onaylamayı alıkoymayacak durumda olması gerekçesiyle yapay besleme yapamaz;
- Hekim aldığı kararın tıbbi ve psikiyatrik sonuçları hakkında hastaya kapsamlı bilgi verecektir.

Bu rehber belgenin arkasında yatan ilke ve hayatın korunması için yapay besleme ile ilgili AİHM tarafından geliştirilen kısıtlama, BM Tıp Etiği Prensipleri İlke 3'te desteklenmektedir,

(<http://www.un.org/documents/aa/res/37/a37r194.htm>). İlke 3 şöyle der: "Sağlık personelinin özellikle hekimlerin, tutuklu ve hükümlülerle yegâne amacı onların bedensel ve ruhsal sağlıklarını geliştirmek, korumak veya değerlendirmek olmayan herhangi bir mesleki ilişkiye girmesi tıp etiğine aykırıdır".

Buna dayanarak, **Dünya Tabipler Birliği, Açlık Grevleri Hakkında Malta Bildirgesi'nde** verilen ayrıntılı öneriler geliştirmiştir. (1991'de kabul edilmiş, deneyimler ışığında daha sonra 2006 yılında gözden geçirilip düzeltilmiştir).

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/index.html>).

Bu Bildirgeye göre, ceza infaz-kurumunda, açlık grevine devam etme konusunda ciddi bir biçimde ısrarcı olan hastayla karşı karşıya kalan bir hekim, Bildirgeye ve ilgili açıklayıcı kılavuzlara kendi başına ulaşabilmelidir. Uluslararası Kızılhaç Komitesinden (ICRC) de yardım alınabilir.

Bildirge, önsözden, ilkelerin bildiriminden oluşmakta ve belirli rehber ilkelerle devam etmektedir.

Önsöz

"Açlık grevleri çeşitli ortamlarda ortaya çıkmakla birlikte, esasen insanların gözaltında tutulduğu ortamlarda (ceza infaz kurumları, tutuk evleri ve göçmen tutukluluk merkezleri) olmaktadır. Açlık grevleri, taleplerini başka yollarla iletemeyen kişilerin protesto şeklidir. Önemli bir süre beslenmeyi reddederek, yetkilileri etkileyerek belirli amaçlara ulaşmayı hedefler. Beslenmeyi kısa vadeli veya sahte biçimde reddetme, nadiren etik sorunlara yol açar. Gerçek ve uzun oruç, ölüm veya kalıcı hasara yol açar ve hekimlerin kendi değerleri ve görevleri arasında kararsız kalmalarına neden olabilir. Açlık grevi yapanlar genellikle ölmek istemezler, ancak bazıları amaçları uğruna ölüme hazırlıklı olabilirler. Hekimlerin, özellikle arkadaş baskısının bir etmen olabileceği toplu grev veya benzer durumlarda bireyin gerçek niyetini belirlemeleri gerekir. Hayata döndürülmemek için açık bir şekilde talimatlar vermiş olan açlık grevcileri bilişsel bozulma aşamasına geldiklerinde etik bir ikilem ortaya çıkar. Yardım ilkesi, hekimleri bu kişileri hayata döndürmeye zorlar, fakat geçerli ve bilinçli bir red verilmişse, bireyin özerkliğine saygı hekimlerin müdahalesine sınır koyar. Nezaret ortamlarında ilave bir zorluk doğar, çünkü açlık grevcisinin ön talimatlarının gönüllü ve sonuçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olarak verilip verilmediği her zaman net değildir. Bu kılavuz ilkeler ve arkasında yatan belge bu tarz zor durumlara yöneliktir".

İlkeler

- Etik davranış - hiçbir hekim bir kişiye kötü muamele edilmesine göz yumamaz.
- Bilgi verilip onay alınmadan hiçbir tedavi verilemez. Açlık grevi olaylarında bilinçli onayın ne olacağını değerlendirmek oldukça zor olabilir.
- Tıp etiğinin temelini oluşturan fayda ve zarar kavramları, hastanın özerkliğine saygıyı içerir.
- Hekimin işverenine karşı yükümlülükleri olmakla birlikte, birincil ilgi odağı hastası olmalıdır.
- Hekimler kararlarında, maruz kalabilecekleri herhangi bir baskıdan bağımsız kalmalıdır.
- Güven tesis edilmesinde gizlilik önemlidir ve hastayla ilgili bilgiler paylaşılacaksa açıkça belirtilmelidir.
- Hastanın güvenini kazanmak, yardımı olabilecek ilişkinin kurulması açısından esastır.

Rehber İlkeler

- Hastanın ruh hali değerlendirilmelidir. Ruh hastalıkları varsa, bilinçli karar alabilecekleri

düşünülemez ve bu kişiler ruh hastalıkları için tedavi görmelidir.

- Hekim, hastanın anamnezini almalı ve önceden var olan sağlık sorunu ışığında beslenmenin sürekli reddinin olası etkisini değerlendirmelidir.
- Dönemin başında tam bir tıbbi değerlendirme yapılmalı ve grev devam edecekse hastanın isteklerinin bir kaydı tutulmalıdır.
- Hastaya, aralıklı yapay beslenme ve oruçtan bağımsız olarak bütün tedavilerin devamı sunulmalıdır, ilgisi olmayan tıbbi bakım beslenmenin kabulü şartına bağlanmamalıdır.
- Hastalar tek başlarına görülmelidir. Tercüman gerekiyorsa, yetkililerden bağımsız olmalı ve gizlilik gereğini anlamalıdır.
- Hekim, hastanın oruca devam etmek veya ara vermek konusunda her tür baskıdan korunduğundan emin olmalıdır. Tedavi, orucu bırakma şartına bağlanmamalıdır.
- Hekim hastanın isteklerine saygı göstermek istemiyorsa, vakayı kabul etmemeli ve bir meslektaşından görevi kabul etmesini istemelidir.
- Hekim, hastayla düzenli ve sık bir iletişim içinde olmalı ve tedavi amaçlı yapıcı bir ilişki kurmalıdır.
- Hekim hastanın bakımını hasta bilincini kaybettikten sonra üstlenmemişse, hastanın bilincini kaybetmeden önce bildirdiği isteklere saygı göstermelidir. Bu isteklerin hiçbir tarafın etkisinde kalmadan yapıldığından emin olmalıdır ve oruca yol açan durumlar fiziksel açıdan değişmedikçe bu isteklere saygı göstermeye devam etmelidir.
- Hasta hiçbir talimat bırakmamışsa, hekim hastanın menfaatine en iyi hizmet edecek şekilde diğerlerinden bağımsız olarak bir karara varmalıdır.

Diğer tarafların baskısı olmadan hastanın kesin isteği ölümse, hastanın ölümüne izin vermek etikdir.

- Hasta bilinçli onay vermişse ya da bilinçli onay veremeyecek durum-daysa, yapay besleme etik olabilir.
- Zorla besleme etik açıdan asla kabul edilemez.

Özellikle kısıtlayıcı güvenliğe tabi kişiler

Bütün ceza infaz kurumu sistemlerinde, genellikle çok az sayıda olmakla birlikte yüksek güvenlikli kısıtlı şartlarda tutulan bazı mahpuslar vardır. Bunlar genellikle, terör örgütü üyeleri, organize suç üyeleri, hükümleri sırasında sürekli olarak şiddet içeren davranışlarda bulunan veya İsyân çıkaran ya da rehin alan mahkumları ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu bazı adalet sistemlerinde kısıtlayıcı şartlarda tutulmanın mahkemenin haklarında verdiği cezanın bir parçasını oluşturduğu kişileri içermektedir. Kendi talepleri üzerine ya da diğerlerinden korunmak için veya yakın ortak yaşamdan bir süreliğine uzaklaşmak isteyen bazı mahkumlar da tecrit koşullarında tutulabilmektedir.

Söz konusu mahkumların idareleri konusunda uluslar arası rehber ilkeler vardır. Bu rehber, mahkumların beden ve ruh sağlıklarının bozulmaya yatkın olduğuna dikkat çekmekte ve mahkumların

durumlarını takip etmeleri, gerekli desteği vermeleri ve herhangi bir kötüleşmeye müdahalede bulunmaları konusunda hekimlere özel görevler yüklemektedir.

Örneğin, tehlikeli davranışları olan tutuklu ve hükümlülerin hapsedilmesi ve tedavisi hakkındaki **R (82) 17 Sayılı Tavsiye Kararı** şunu içermektedir;

- Arttırılmış güvenlik şartlarının muhtemel olumsuz etkilerini mümkün olduğu ölçüde gidermek;
- Arttırılmış güvenlik önleminde kaynaklanabilecek sağlık sorunlarına gerekli olan bütün dikkatin verilmesi;

5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanununun 48. maddesinde, hücre hapsi verilmesi düşünülen mahkumların ceza verilmeden önce ve hücre hapsi süresince hekimler tarafından tıbbi muayeneden geçirilmesinin gerekli olduğu belirtilmekte ve hekim gerekli gördüğü takdirde cezanın ertelenmesi ya da askıya alınması şart koşulmaktadır. Ancak, ceza haricinde benzer şartlarda tutulabilecek kişiler hakkında hekimlere özel görevler getirilmemektedir.

Avrupa Cezaevi Kuralları Madde 43.2, ceza infaz kurumu hekimlerine hücre hapsinde tutulan herkesi günlük olarak ziyaret etmeleri konusunda yükümlülük getirmekte ve Madde 43.3'te mahkumların beden ya da ruh sağlıklarında oluşan herhangi bir kötüleşmeyi bildirmeleri öngörülmektedir. Bu kurallar, ceza olarak hücre hapsinde tutulanlar ve diğerleri arasında herhangi bir fark gözetmemektedir.

Rec (98) 7 Sayılı Tavsiye Kararı, Madde 66: Ceza infaz kurumu hekiminin disiplin cezası veya diğer güvenlik önlemlerine tabi olan bütün mahkumların tıbbi durumlarını değerlendirmesini ve tıbbi bakım sunmasını tavsiye etmektedir.

CPT Standartları, tecrit şartlarında tutulan kişilerin özel ihtiyaçlarına atıfta bulunmamaktadır. Komite, bu gruptaki mahkumlara özel ilgi göstermektedir ve örneğin, 2002, 2004, 2005 (x2) ve 2007'de gerçekleştirilen özel ziyaretler süresince İngiltere'deki ceza infaz kurumlarında, polis gözaltısında ve ev hapsinde tutulan terör şüphelilerinin tıbbi bakımları ve 1999, 2003, 2006 ve 2007 yıllarındaki ziyaretlerde Türkiye'de İmralı adasında tutulan hükümlü teröristin tıbbi bakımı hakkında ayrıntılı gözlemlerde bulunmuştur.

AIHM, niteliği gereği insanlık dışı ve aşağılayıcı olduğu iddia edilen özellikle sıkı hapis şartları ile ilgili pek çok dava görmüştür. Mahkeme devlet makamının lehine karar vermiş olsa da, Mahkemenin yaklaşımı ile ilgili iyi bir örnek Fransa'ya karşı Sanchez davasıdır (*Başvuru No. 59450/00 Karar, 2006*)

http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/portal.asp?sessionid=59288095&skin=h_udoc-en&action=request

AIHM yıllar içinde içtihatlar geliştirmiş ve bu içtihatlarla ilgili gelişmeler şu dava raporlarında görülebilir: Almanya'ya karşı Ensslin, Baader ve Raspe (*Başvuru No'ları 7572/76, 7586/76 ve 7587/76, AIHM veri tabanında değil, Avrupa Komisyonu İnsan Hakları Kararları ve Raporlarında bulunabilir (DR) 14 (1978)*), İsviçre'ye karşı Kröcher ve Möller (*Başvuru No. 8463/78, AIHM veri tabanında değil, Avrupa Komisyonu İnsan*

Hakları Kararları ve Raporlarında bulunabilir (DR) (1982), DR 34), Moldova ve Rusya'ya karşı *İlaşcu davası* (Başvuru No. 48787/99,

<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&hiahliht=ilascu&sessionid=61689996&skin=hudoc-en> ve Hollanda'ya karşı Matheev, (Başvuru No. 24919/03, Karar 2005) <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&hiahliht=mathev&sessionid=61689996&skin=hudoc-en>.

Aralıksız devam eden temas ve sosyal faaliyetler sırasında hastanın beden ve ruh sağlığının takibinde ceza infaz kurumu hekiminin oynadığı rol tıbbi açıdan ilgi konusudur. Mahkeme, mahkumun ne ölçüde zihinsel, sosyal, psikolojik ve fiziksel uyaran aldığını değerlendirmektedir. Mahkumu uyaranlardan (açıklamalar, eğitim vb) tümüyle mahrum bırakılmak yasaktır. Hastaya verilen uyaran seviyesinin hastanın beden ve ruh sağlığı üzerindeki etkisini takip etmek hekimin görevidir. Sağlık durumunda meydana gelen herhangi bir kötüleşme, hem mahkumun tevkifinden doğrudan sorumlu kişilere hem de devlet yetkililerine derhal bildirilmelidir.

2. SAĞLIK HİZMETLE Rİ

2.1 Sağlık Kavramı

Sağlık ve hastalık kavramları hekimler ve kişiler tarafından çoğu zaman farklı biçimlerde anlaşılır. Kişilere göre sağlık, genellikle hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Bazı kişiler, kendilerini çok rahatsız etmeyen bağırsak paraziti, ishal gibi yakınmalarını hastalık olarak değerlendirmezler. Oysa, hekimlere göre en basit yakınma ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilir. Halkın eğitim düzeyi düştükçe ve halkla hekimler arasındaki kültür farkı arttıkça, bu gruplar arasındaki anlayış farklılığı da artar.

Çağımızda sağlık kavramı daha geniş bir görüşle tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında, **"sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik durumudur"** denilmektedir. Bu tanımda, bedenen ve ruhen tam iyilik durumunu anlamak kolaydır. Ancak, sosyal yönden iyilik durumu ve bunun sağlıkla olan ilişkisi üzerinde durmak gerekir.

Sağlıklılık ve hastalık durumları kişinin sosyal ve ekonomik durumu ile yakından ilgilidir. Bir çok hastalığın temel nedenleri arasında bozuk bir çevrede yaşamak, yanlış inanışlar, eğitim yetersizliği, ekonomik yetersizlikler sonucu iyi beslenememe, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sosyal faktörler sayılabilir. Bu olumsuz faktörlerle ilgilenmek ve onların kişilerin ve toplumun sağlığı üzerine yapabileceği etkileri ortadan kaldırmaya çalışmak ta, her hekimin ve sağlık çalışanının görevleri arasında kabul edilmelidir. Yukarıdaki tanımda saklı olan asıl nokta, kişinin yalnızca biyolojik olarak sağlam değil, mutlu, müreffeh ve toplum içinde saygın bir konumu olduğu ölçüde sağlıklı olarak kabul edilmesi gerektiğidir.

Sağlık hizmetlerindeki çağdaş yaklaşımlardan biri de herkesin kendi sağlığından sorumlu olması (öz sorumluluk) gerektiğidir. Yani, herkes, sağlığının önemini kavramış olmalı ve onu korumak için çaba göstermelidir. Ancak, kişilerin böyle davranmaları onların eğitim ve sosyal düzeyleri ile yakından ilişkilidir. Yapılması gereken şey, kişilerde bu bilinci yaratmak için onları eğitmeye devam etmektir. Bu görev, başta hekimler olmak üzere bütün sağlık çalışanlarına düşmektedir. Kişiler genellikle, hasta oldukları ya da ölümden korktukları zamanlarda sağlıklarının değerini anlar, durumları düzeldiğinde çoğu zaman bunu unuturlar. Barınma, güvende olma ve zevk alma güdülerini sağlığı koruma güdüsünden daha kuvvetlidir.

Bir de "önemli hastalık" kavramından söz etmek gerekir. Kişiler açısından önemli olan hastalık kendisinde ya da yakınında olan hastalıktır. Hekimler ise, genellikle tanı konulması ya da tedavisi güç olan ve tanı ve tedavi yönünden yüksek teknoloji gerektiren hastalıkları önemli hastalıklar olarak kabul ederler. Halk sağlığı açısından bakıldığında, önemli hastalıklar, en sık görülen, en çok ölüme ya da sakatlığa neden olan hastalıklardır.

Bu anlayışlar arasındaki çelişkiyi bilmek hekimlik uygulamaları yönünden önemlidir. İyi bir hekim, hastalarına kendisinin değer yargıları ile değil, hastasının değer yargıları ile yaklaşmalıdır.

Sağlık, hastalık ve sağlık hizmetleri kavramlarını tam olarak anlayabilmek için "halk sağlığı görüşü"nü de bilmek gerekir. Halk sağlığı görüşü denildiğinde, sağlık alanında görev yapan bütün çalışanlar tarafından bilinmesi ve uyulması gereken bazı ilkeler anlaşılır. Bu ilkelerin başlıcaları şunlardır:

1. Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet esastır:

Sağlık, doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. O nedenle, ırk, dil, din, cinsiyet, yerleşim yeri ve sosyal durum gözetilmeden herkes sağlık hizmetlerine erişebilme ve hizmetlerden yararlanma konusunda eşit şansa sahip olmalıdır.

Sağlık hizmeti alması gereken herkes bu hizmeti yeterince almalıdır. Toplumdaki kişilerden bazıları sağlık yönünden daha fazla risk altındadırlar ve daha sık hastalanıp, sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinim duyarlar. O nedenle, risk altındaki kişilerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları doğaldır. Bu yaklaşım "herkese biraz, gereksinmesi olana daha fazla sağlık hizmeti" biçiminde ifade edilmektedir.

Kişi çevresi ile bir bütündür: Kişiler, fiziksel, biyolojik ve sosyal çevrelerinden etkilenirler ve bu çevreden ayrı olarak ele alınamazlar. Sağlık hizmetinin her kademesinde, hizmet verilen kişinin (sağlam ya da hasta) içinde yaşadığı çevre öğrenilmeli ve hizmette dikkate alınmalıdır. Örneğin, bağırsak paraziti olan bir kişiye antiparazitik ilaçlar verilmesi yetmez, çünkü, o kişinin kullandığı tuvalet ve besin maddeleri sağlıklı duruma getirilmezse, tedavi sonucunda parazitler yok olsa bile, fiziksel çevre faktörleri bozuk olduğundan kişide yeniden parazit oluşacaktır.

2. Yaşam, doğum öncesinden ölüme kadar bir bütündür:

Uterus içi yaşamdan başlayarak, yaşamın her dönemi, sonraki yaşam dönemlerinde kişinin sağlığını olumlu ya da olumsuz etkiler. O nedenle, sağlık personeli, hizmet verdiği kişinin önceki yaşamında karşılaştığı olayları ve kendisine yapılacak müdahalelerin onun bundan sonraki yaşamını nasıl etkileyebileceğini göz önünde bulundurmak zorundadır. Örneğin, bebeklik dönemindeki beslenme alışkanlıkları, kişinin sonraki yaşam dönemlerinde hipertansiyon, obezite gibi sorunlarla karşılaşmasına zemin hazırlayabilir; Çocuklara tetrasiklin adlı antibiyotiğin verilmesi, ileride diş sorunlarının ortaya çıkmasına yol açabilir; Suçluların davranışlarında önceki yaşam dönemlerinde karşılaştıkları olumsuzlukların etkisi olabilir.

3. Koruma tedaviden üstündür:

Sağlık hizmetlerinin birinci amacı ve sağlık personelinin temel sorumluluğu, kişilerin sağlıklı yaşamaya

devam etmelerini sağlamak ve hasta olmamaları için çalışmaktır. Ancak, insanlar, bütün koruyucu önlemlere karşın hastalanabilirler. İşte o zaman, hekimin ikinci görevi hastaları tedavi ve rehabilite etmektir.

4. **En çok görülen, sakat bırakan ve öldüren hastalık "önemli hastalık"tır:** Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılacak planlarda sorunların önceliklendirilmesi kaçınılmazdır. Bu yapılırken, önemli hastalıklara öncelik verilmelidir. Bir başka deyişle, kaynakların harcanmasında ve hizmetin sunulmasında, söz konusu toplumda en sık görülen, en çok ölüme ve sakatlığa yol açan durumlara öncelik verilmesi, toplumun sağlık düzeyinin iyileşmesinde temel stratejidir.
5. **Hastalıkların nedenleri sosyal, biyolojik ve fizik nedenlerdir :**Hastalıklar tek nedeni değildir. Örneğin, tüberküloz hastalığının etkeni bir basildir. Ancak, basille karşılaşan her kişi hasta olmaz. Hasta olan kişiler, genellikle fakir, beslenmesi yetersiz, barınma koşulları kötü, kalabalık ailelerde yaşayan ve eğitim düzeyleri düşük olanlardır. O nedenle, tüberküloz savaşında, yalnızca tıbbi yaklaşımlar yeterli olamaz; bunların yanı sıra sosyal faktörlerin iyileştirilmesi de gerekir.
6. **Kişinin hastalığı, aynı zamanda ailenin sorunudur:** Aile bireylerinden birisinin hastalığı, ailenin düzenini, huzurunu, ekonomik ve sosyal durumunu olumsuz etkiler. O nedenle, yalnızca hasta olan ile ilgilenmek yetmez, o kişiyi tedavi ederken ailenin bütününe ele almak gerekir.
7. **Kişinin hastalığı aynı zamanda toplumun sorunudur:** Bir kişinin hastalığı çevresindeki kişileri de olumsuz etkileyebilir. O nedenle, bir kişinin tedavisini yapmaması ya da kendisini hastalıklardan korumaması yalnızca o kişinin sorunu olarak kabul edilip geçiştirilemez. Örneğin, bazı aileler çocuklarını poliomyelit hastalığına karşı aşılatmazlarsa, o toplumda poliomyelit hastalığı kontrol altına alınamaz. O nedenle, o ailelerin çocuklarını aşılatmalarını sağlamak toplumun sorumluluğudur: Aynı şekilde, verem, AİDS, sıtma, frengi gibi bulaşıcı hastalıkları olan kişiler tedavilerini yaptırmaz ya da aksatırlarsa, toplumdaki sağlam bireyler de tehlike altına girerler. Ayrıca, bir toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmek için, aynı toplumda yaşayan kişiler müşterek sorumluluk ve dayanışma duygusu içinde birbirlerini desteklemelidirler.
8. **Herkes kendi sağlığından sorumludur:** Özellikle hastalıklardan korunmada asıl yapılacak işler, kişilerin kendilerinin alacakları önlemlerdir. O nedenle, kişiler kendi sağlıklarının değerini bilmeli ve onu korumaya çalışmalıdırlar. Böyle olmazsa, sağlık hizmetlerinin sunumu zorlaşır ve başarılı olunamaz

9. **Sağlık hizmeti bir ekip işidir:** Hiçbir meslek üyesi (hekim dahil) sağlık hizmetlerini tek başına veremez. Çünkü, bu hizmetler çok boyutludur, yoğundur, karmaşıktır, sürekli olmalıdır ve giderek daha da teknik uzmanlık gerektirmektedir. Ekip üyelerinin her biri kendi işlerini uygun şekilde yaptıkları zaman sağlık hizmetinin bütünü ortaya çıkar. Üyelerden biri ya da bazıları işlerini düzgün yapmazlarsa, diğerleri düzgün yapsa bile sonuç başarısız olabilir. O nedenle, sağlık ekibinin her üyesi önemlidir ve değerlidir.
10. **Sağlık hizmetleri çok sektörlüdür:** Sağlık hizmetleri yalnızca "sağlık sektörü" (Sağlık Bakanlığı) tarafından verilemeyecek kadar geniş boyutludur. Örneğin, öğretmenlerin, din görevlilerinin, köy muhtarlarının, belediye yetkililerinin, veterinerlerin, tarım uzmanlarının, kaymakamların, ceza infaz kurumu müdürlerinin, apartman yöneticilerinin ve daha bir çok kişinin sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde az ya da çok sorumluluğu ve yetkileri vardır. O nedenle, sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlık, eğitim, tarım, iç işleri, diyanet işleri, yerel yönetimler, finans kuruluşları, ulaştırma, sanayi gibi sektörlerin eşgüdüm içinde hareket etmeleri kaçınılmazdır.
11. **Halkın sağlık hizmetlerine katılımı esastır:** Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve sunulmasında, hizmeti verenler kadar hizmeti alanların (halkın) da dikkate alınması gerekir. Eğer, halk, hizmetleri benimsemez ve tatmin olmazsa, hizmetlerde başarıya ulaşılamaz. O nedenle, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasında halk ile işbirliği yapmak, onların katılımını sağlamak gerekir.
12. **Sağlık hizmetlerinde entegrasyon esastır:** Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birbirlerinden kesin olarak ayrılamazlar. O nedenle, bu hizmetlerin bir arada verilmesi esastır. Örneğin, mamografi ile meme kanserinin erken tanısı, aile planlaması, sağlık eğitimi, beslenmenin düzeltilmesi, ilaçla koruma gibi hizmetler koruyucu hizmetlerdir ve sağlık hizmetlerinin verildiği her kuruluşta ve sağlık personeli ile kişilerin karşılaştığı her ortamda verilebilirler.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne "**sağlık hizmetleri**" denir. Sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır: Koruma, tedavi ve rehabilitasyon.

2.2.1 Koruyucu sağlık hizmetleri

Bu hizmetler kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınır. Çevreye yönelik olan hizmetler, genellikle mühendislik hizmetlerini içeren, hekimlerin doğrudan görev almadıkları hizmetlerdir. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerde hekimler danışmanlık ya da denetim hizmetleri ile görevlendirilebilirler. Ancak, kişiye yönelik olan koruyucu hizmetlerin tamamı başta hekimler olmak üzere sağlık personeli tarafından yapılması gereken hizmetlerdir. Bunların başlıcaları şunlardır:

(1) **Bağışıklama:** Bulaşıcı hastalıklardan korunmanın en etkili yollarından biri kişilerin bağışlanmalarıdır. Aktif bağışıklama "aşılama" yoluyla, pasif bağışıklama ise hazır antikorları içeren serumların sağlam kişilere verilmesi (se-roprofilaksi) ile olur. Bağışıklama hizmeti ile bireyler tek tek korundukları gibi, bir toplumun %90 - 95'i bir hastalığa karşı bağışık duruma getirilirse, o hastalık o toplumda kontrol altına alınabilir. Bu nedenle, aşılama hizmetleri bir toplumda ne kadar çok kişiye ulaştırılabilirce (kapsayıcılık) bulaşıcı hastalıklarla savaşta o derece başarılı olunur.

(2) **İlaçla koruma:** Her hastalığın aşısı yoktur. Bu tür hastalıkların bazılarında, tehlike altındaki kişileri ilaçla korumak (kemoprofilaksi) mümkündür. Tüberkülozlu annenin çocuğuna INH verilmesi, menegokoksik menenjitli hastanın yakınlarına slfamit verilmesi, sıtma hastalığının epidemik olduğu bölgelere gidecek yabancılara primetamin ve klorokin verilmesi ilaçla korumaya örneklerdir.

(3) **Erken tanı:** Hastalıklar ne kadar erken dönemlerinde teşhis edilirlerse, tedavileri de o kadar başarılı ve yüz güldürücü olur. Bu ilke bütün hastalıklar için geçerlidir. Hastalıkları erken dönemlerinde teşhis etmek güç fakat tedavileri o derece başarılıdır. Geç dönemlerinde hastalıkları teşhis etmek kolay olmakla birlikte tedavinin sonuçları her zaman başarılı olamaz. O nedenle, hastalıkları erken dönemlerde, mümkünse belirtileri ortaya çıkmadan ya da belirtili dönemlerinin başlangıcında teşhis etmek hastaları hastalıkların kötü prognozundan korumanın önemli yollarından birisidir. O nedenle, erken tanı hizmeti bir tür ikincil korumadır.

(4) **İyi beslenme:** Pek çok hastalığın altında yatan temel ve hazırlayıcı neden yetersiz ve dengesiz beslenmedir. Örneğin, her ocuk kızamık olabilir, fakat, kızamıktan ölenler genellikle beslenmesi bozuk (malntrsyonlu) olanlardır; tüberküloz yetersiz beslenen kişiler arasında daha yaygın olarak görülür.

Bütün enfeksiyon hastalıkları kötü beslenen kişilerde daha ağır klinik tablo gösterir. O halde, kişilerin beslenmelerinin düzeltilmeleri ve böylece bünyelerinin (vücut dirençlerinin) güçlendirilmesi, onları hastalıkların kötü sonuçlarından korunmanın bir yoludur.

(5) **Aile planlaması:** Sayısız aştırmalarla ve dünyanın her yerinde kanıtlanmıştır ki, çok ve sık doğum yapan kadınların ve bu kadınlardan doğan çocukların sağlıkları tehlike altındadır. Örneğin, bu kadınlarda implantasyon bozuklukları, atoni, prematüre doğumlar, demir eksikliği anemisi, rekto-sistosel, genital sistem enfeksiyonları daha sık görülür. Böyle annelerden doğan

çocuklarda ise prematürelilik, doğuştan anomaliler, malnütrüsyon, enfeksiyon hastalıkları daha sık görülür. Çok çocuklu ailelerde, özellikle aralarında iki yaştan daha az yaş farkı olan kardeşler arasında ölüm oranları yüksektir. Ayrıca, bir çok kadın istemeden gebe kaldıktan sonra kriminal yolla abortuslara kalkıştıklarından önemli sağlık sorunları ile karşı karşıya kalabilirler. İşte, bütün bu olumsuzlukları önlemek ve hem kadınları hem de onlardan doğacak çocukları koruyabilmek için aile planlaması hizmetleri önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

(6) **Sağlık eğitimi:** Kişilerin kendi sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri ve sağlık hizmetlerini uygun bir biçimde nasıl kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri ve olumlu davranışlar kazandırılabilmesi için yapılan planlı çabalara "sağlık eğitimi" denir. Sağlık eğitimi aynı zamanda kişilere, kendi sağlıklarından sorumlu oldukları bilincini de kazandırmayı amaçlar.

2.2.2 İyileştirici sağlık hizmetleri

İyileştirici (tedavi edici) sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınır:

(1) **Birinci basamak:** Hastaların tedavilerinin evde ve ayaktan yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Buralar, hasta ya da sağlam olsun, bütün kişilerin ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarıdır ve buralarda genellikle hasta yatağı yoktur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri entegre bir biçimde verilir; kişilerin yaşadıkları yerleşim yerlerine en yakın olan yerlerdeki kuruluşlardır; yataklı tedavi kuruluşlarının, yani hastanelerin önünde birer filtre görevi görürler. Bir başka deyişle, hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalı, buradaki hekimin uygun gördüğü hastalar hastanelere sevk edilmelidirler. Yapılan bir çok araştırmada, birinci basamağa başvuran hastaların yaklaşık % 90 'inin buralarda yeterli bakım ve tedavi gördüğünü, % 10 kadarının ise bir üst basamağa (hastane) şevklerinin gerekebileceğini göstermiştir. Sevk nedenleri arasında hastanede tedavinin gerekliliği, ileri laboratuvar incelemelerinin gerekliliği ya da birinci basamakta çalışan personelin bilgi ve deneyim yetersizliği sayılabilir.

Ülkemizde, yukarıda değinilen sevk zinciri uygulamalarının etkili ve verimli bir biçimde işletilebildiği söylenemez. Bunun nedenleri çok ve çeşitlidir. Ancak, sevk zincirinin çalıştırılmamasının en önemli nedeni birinci ve ikinci basamaktaki hekimlerin ve yöneticilerin bu konuya yeterli önemi vermemeleridir. Bu durum düzeltilemediği takdirde, hastanelerin verimli çalışmaları sağlanamaz, hastanelere başvuran hasta sayıları azaltılamaz, hastaların bekleme süreleri kısaltılamaz, muayene süreleri uzatılamaz ve bunların sonucu olarak doğru tanımlar konulup etkili tedaviler uygulanamaz. Kesin tanımları koymaya zaman ve olanak bulamayan hekimler zorunlu olarak "olası tanımlar" (ihtimali teşhisler) üzerinden tedavi yapma yoluna giderler. Bu da polifarmasinin temel nedenlerinden biridir. Sonuçta, hastalar uygun tedaviyi göremezler, hastaneler verimli çalıştırılmazlar, hizmeti alanlar da verenler de hizmetlerden tatmin olamazlar.

Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları aile sağlığı merkezleri (ASM), ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri (AÇS-AP), verem savaş dispanserleri (VSD), işyeri hekimlikleri ve yataksız özel tıp merkezleridir.

Sevk zinciri evrensel bir ilke olmakla birlikte ülkemizde 2007 tarihinden buyana uygulanmamaktadır. Buna göre hastalar istedikleri hekime veya kuruma başvurmakta serbesttirler; Buna karşılık, başvuru yere göre katkı payı öderler. Bu durumun geçici olduğu ve sevk zinciri uygulamasının yeniden başlayacağı ifade edilmektedir.

(2) **İkinci basamak**: Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Hastanelerin temel özelliği yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Poliklinik hizmetleri hastanelerin esas hizmetlerinden değildir. Birinci basamak hizmetlerinin verimli bir biçimde işletilebildiği yerlerde hastanelerde poliklinik hizmetlerinin verilmesi gerekmez. Nitekim, bazı ülkelerdeki bazı hastanelerde poliklinikler Türkiye'de olduğu gibi doğrudan hastanelere başvuran hastaları kabul etmezler.

(3) **Üçüncü basamak** : Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenirler ya da belli yaş gruplarına hizmet verirler.

Ülkemizdeki 3. basamak sağlık kuruluşlarının başlıcaları

Doğum ve çocuk bakımevi	Onkoloji hastanesi
Çocuk hastanesi	Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi
Göğüs hastalıkları hastanesi	Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi
Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi	Lepra hastanesi
Kemik hastalıkları hastanesi	Diş hastanesi <*>

(*) Hasta yatağı olmadığından, hastane olarak adlandırılmakla birlikte, aslında poliklinik hizmeti verirler.

Üniversite hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında kabul edilmelidir. Ancak, bu hastaneler aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler.

2.2.3 Rehabilitasyon

Rehabilitasyon (esenlendirme) bedenen ya da ruhen sakat kalmış olanları başkalarına bağımlı (muhtaç) olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmaları kapsar. İki türlü rehabilitasyon hizmeti vardır:

(a) **Tıbbi rehabilitasyon**, bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir. Ekstremiteler, protezleri, spastisiteğin yumuşatılması, işitme kusurlarının en aza indirilmesi gibi çalışmalar bu tür rehabilitasyona örneklerdir.

(b) **Sosyal (mesleki) rehabilitasyon**, sakatlıklarını nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte

çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsar.

2.3 Türkiye'de Sağlık Hizmetleri

Osmanlı İmparatorluğu'nun son yıllarında sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığı'na bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülmekteydi. Sağlık hizmetlerinin bağımsız bir bakanlık tarafından yürütülmesi, Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından 3 Mayıs 1920 tarihinde "Sıhhat ve İçtimai Muavenat Vekalet'i"nin kurulması ile olmuştur. Bakanlığın adı 1988 tarihinde Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiştir.

Cumhuriyet'in ilk yıllarında temel ilke "*koruyucu hizmetlere öncelik*" verilmesi idi. Sağlık Bakanlığı'nın asıl sorumluluğunun, sağlıklı olanların bu durumlarının korunması olduğu, tedavi edici hizmetlerin yerel yönetimler tarafından yürütülmesi görüşü benimsenmişti. O dönemde Bakanlık, yerel yönetimlere rehberlik yapmak üzere Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da "Numune (örnek) Hastaneleri" açmıştır. Bu yaklaşım sonucunda bir çok belediye hastanesi açılmış, fakat bunların birçoğu 1950-1960 yılları arasında ya Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ya da kapatılmıştır.

O dönemde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde "hükümet tabipliği" birimleri temel olarak kabul edilmiştir. Bu sistemde il valisi, bütün bakanlıkların olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'nın da o ildeki temsilcisidir. Ancak, il sağlık müdürü vali adına hizmetleri yürütür. İlçedeki sağlık hizmetlerinin sorumlusu ise kaymakamdır. Kaymakam adına işleri yürüten kişi hükümet tabibidir. Bu sistem, tümüyle, ülkemizdeki yönetsel bölünmeye (İl İdaresi Kanunu) paralel bir sistemdir.

Hükümet tabipliği koruyucu hizmetler yanı sıra fakir hastalara ayaktan tedavi hizmeti de verdiği için, "birinci basamak" hizmetler olarak kabul edilebilir. Ancak, bu örgütlenme gerek hekim ve diğer personel yetersizliği, gerekse daha sonraki yıllarda hastane hizmetlerine ağırlık verilmesi nedeniyle gelişmemiştir.

Cumhuriyetin ilk yıllarındaki ilkelere bir diğeri de "önemli" hastalıklarla savaşa öncelik vermesiydi. O dönemin (1920 li yıllar) önemli hastalıkları olan sıtma, trahom, frengi, lepra gibi hastalıklarla savaş için özel örgütler kurulmuştur. Bu hizmetler arasında 1940'lı yıllarda "verem savaşı", 1950'li yıllarda da "ana-çocuk sağlığı" hizmetleri eklenmiştir. "Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesine uygun olarak kurulan bu tür örgütlenme modeline "dikey örgütlenme" denir. Bu modelde Bakanlık merkezinden hizmet noktasına kadar olan birimler dikey bir hiyerarşik yapılaşma gösterir.

Sağlık hizmetlerindeki önemli gelişmelerden biri de, 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK) kurulmasıdır.

27 Mayıs 1960 tarihinde Silahlı Kuvvetlerin yönetime el koyusundan sonra ülkede bazı yeni düzenlemeler ve değişiklikler olmuştur. Bunlardan en önemlisi Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) kurulmasıdır. Planlama uzmanları, Türkiye'deki nüfus artışı kontrol edilmeden yeterli kalkınma sağlanamayacağını görmüşler ve aşırı

doğurganlığın önlenmesi gerektiği görüşünü ileri sürmüşlerdir. Bu görüşten hareketle, 1965 yılında, o güne kadar bir devlet politikası olarak sürdürülen "pro-natalist" (nüfusu arttırıcı) politikadan vazgeçilerek "anti-natalist" (nüfusu sınırlayıcı) politikaya geçilmiş ve "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" çıkartılmıştır.

Bu dönemde gerçekleştirilen bir diğer önemli iş, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 1961 yılında çıkartılmasıdır. 1963 yılında Muş ilinde başlatılan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması 1 Ocak 1984 tarihi itibarı ile bütün Türkiye'de uygulanmaya başlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasının en temel ilkesi nüfusa göre örgütlenme idi. Yasaya göre, her 5-10.000 kişi için bir sağlık ocağı, bölgedeki köylerde ya da mahallelerde ise yaklaşık her 2.500 kişi için bir sağlık evi kurulacaktır. Bölgede yaşayan her ailenin ve ailedeki her bireyin sağlık ocağında kaydı bulunur. Sağlık ocaklarında ekip anlayışı ile hizmet verilir. Ekipteki personelin sayıları sağlık ocağının türüne göre değişir. Sağlık ocağı hekimi, bu ekibin başı ve yöneticisidir. "Sağlık ocağında çalışanlar, ocak bölgesinde yaşayanların sağlığından sorumludur".

Ülkemizdeki sağlık örgütlenmesi 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile yeni bir döneme girmiştir. Bu kanuna göre sağlık ocakları kaldırılacak ve birinci basamak tedavi hizmetleri "aile hekimleri" tarafından verilecektir. Aile hekimleri il sağlık müdürlükleri ile yaptıkları sözleşme uyarınca en çok 4.000 kişiyi kayıt edebilirler ve bu kişilere koruyucu ve evde ve ayakta (birinci basamak) tedavi hizmeti verirler. Böylece, ülkemizde yaşayan herkesin bağlı olduğu bir aile hekimi olmalıdır. Kişiler, bağlı oldukları hekimleri değiştirebilirler.

Aile hekimlerinin hizmetleri ücretsizdir. Bu hekimlerin ödemeleri, listelerindeki kişi sayısı ve bu kişilerin gebe, yaşlı, bebek olmaları da dikkate alınarak (kapitasyon yöntemi) Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır. Ancak, daha önce söz edildiği gibi, halen, ülkemizde aile hekimlerine başvurma zorunluluğu yoktur ve herkes istediği hekime ve kuruma başvurmakta serbesttir.

Her aile hekimi ile birlikte çalışan bir "aile sağlığı elemanı" bulunmaktadır. Bu kişi bir hemşire, ebe ya da sağlık memuru olabilir. Aile sağlığı elemanları aile hekimine poliklinik hizmetlerinde ve kayıt işlemlerinde yardımcı olurlar. Ayrıca, aile hekiminin sorumlu olduğu kişilerin evlerinde ve buldukları yerlerde izlenmeleri de bu elemanlarca yapılabilir. Aile sağlığı elemanlarının ücretleri Sağlık Bakanlığı tarafından ödenir.

Aile hekimleri birden fazla belde veya köye gezici sağlık hizmeti vermek zorunda ise İl Sağlık Müdürlüğüne uygun görülen merkezi konumdaki yerleşim biriminde ikamet eder. Aile hekiminin gezici sağlık hizmeti vereceği belde ve köylerin tespitinde aynı güzergahta ve birbirine yakın konumda olması gibi coğrafi özellikler göz önünde bulundurulur. Bağlı olan yerleşim biriminde sağlık evi varsa, aile hekimi bu sağlık evinde hasta kabul edebilir.

Sağlık Bakanlığı ile Adalet Bakanlığı arasında 2009 yılında imzalanan protokol uyarınca, ceza infaz kurumları da aile hekimlerinin gezici hizmet vermesi gereken yerler olarak tanımlanmıştır. Buna göre, tutuklu ve hükümlüler de birinci basamak tedavi hizmetlerini buldukları infaz kurumunda hizmet veren aile hekimlerinden alırlar.

Yukarıda sözü edilen pilot kanun uyarınca, her ilçede en az bir "toplum sağlığı merkezi" (TSM) kurulur. Bu merkezler, çevre sağlığı, iş sağlığı, okul sağlığı, ulusal sağlık programları gibi hizmetleri yürütürler, sorumlu oldukları bölgedeki halkın sağlık durumlarını değerlendirir ve hizmetleri planlarlar. TSM aynı zamanda bulunduğu ilçede sağlık hizmetleri ile ilgili yönetsel işleri yürütür.

Sağlık Bakanlığı ile Adalet Bakanlığı arasında 2009 yılında imzalanan protokol uyarınca ceza ve infaz kurumları da aile hekimlerinin hizmet alanlarını içine girmektedir. Buna göre, tutuklu ve hükümlüler birinci basamak tedavi hizmetlerini o ceza ve tutukevinin bulunduğu bölgedeki aile hekimlerinden alırlar. Ayrıca, ceza infaz kurumu kampus biçiminde ise, bölgedeki semt polikliniklerinden de sağlık hizmeti alabilirler. Ceza infaz kurumunda tedavi işleri dışındaki sağlıkla ilişkili durumlarda başvurulacak birim, o ilçedeki toplum sağlığı merkezidir.

2.4. Hekimin Yasal Sorumluluğu

Yönetim hukuku açısından sorumluluk : Kamu görevi yapan bir devlet kurumunda hizmet veren hekimin, bu hizmetin yerine getirilmesi sırasında ve hizmet nedeniyle kişilere verdiği zararlardan, doğrudan doğruya yönetim sorumlu olur. Çünkü böyle bir durumda söz konusu olan "hizmet kusuru" dur. Yönetimin işveren olarak, çalıştırdığı hekimin eyleminden sorumluluğu, görülen hizmetin "kamu hizmeti" niteliğinde olmasından doğmaktadır.

Hizmet kusuru, sağlık hizmetlerinin kötü örgütlenmesinden, hastaya zarar vermekten, bakımla ilgili işlerden ya da diğer tıbbi girişimlerden kaynaklanır. Görevlilerin bireysel ve bağımsız varlıkları, örgütün bütünlüğü ile kaynaşmış bulunduğundan, hekimin iş ve eylemlerinin gerçek sahibi, hizmetin yükümlüsü olan yönetimdir. Bu nedenle de hizmetin geç ya da kötü işlemesinden, hiç işlememesinden yönetim sorumludur.

Ancak hekim, yönetimin hizmet kusuru nedeniyle sorumlu olduğu bir ortamda, kişisel olarak ve kamu görevlisi niteliği ile kusurlu ise, kurumu ile birlikte kendisi de sorumlu olur.

Hekim, kişisel kusurundan ötürü neden olduğu zararı, zarara katkısı oranında ödemek zorunda kalır. Ayrıca kişisel kusur (görev kusuru) yüzünden yönetim bir zarara uğramışsa bu zararda hekime ödettirilir.

Medeni hukuk açısından sorumluluk: Hekim, muayene ve tedavisini yüklediği hastaya karşı görevini "bağlılık ve özenle yapma" ile yükümlüdür. Hekimler, doğru olduğu genellikle kabul edilen ve tıp biliminin, uygulanması ru-inleşmiş ilkelerini bilmek, doğru tanı koyup bu tanıya uygun tedavi önermek ve bu tedaviyi, gerekli her türlü önlemi alarak uygulamak zorundadırlar.

Hekim tanının zorunlu kıldığı bütün inceleme ve muayeneleri yapmadan bir değerlendirmeye gitmemelidir. Değişik tedavi yöntemleri arasında seçim yapmak söz konusu olduğunda, hastanın ve çevresinin özellikleri göz önünde tutulmalıdır. Yeni bir tedavi yöntemi, yeteri kadar denenmiş olması koşulu ile uygulanabilir. Ancak bu konuda hasta uyarılmalı, izni alınmalıdır. Bununla birlikte hastanın rızası alınmış olsa bile, yanlış bir tedavi uygulanması hekimi sorumluluktan kurtarmaz. Hekimin tıbbi girişimleri ile verdiği zarar, bilgisizliğinden, ihmalden ya da beceriksizliğinden ileri gelmeyip, (bilimin eriştiği düzeye göre) zararın nedeni yeterli ve özenli bir inceleme ile anlaşılacak nitelikte ise, hekim sorumlu tutulamaz. Özel uzmanlığı gerektiren durumlarda hekim, acil bir durum olmadıkça hastayı uzmana göndermeli ya da en azından bir uzmana danışmalıdır.

Hekimin eyleminin hukuka aykırı sayılmaması için, yasal açıdan geçerli ve haklı bir nedenin bulunması gerekir. "Hastanın izninin alınması", "hastanın yararına davranılması" ve "hukuka uygun bir kamu gücünün kullanılması" durumunda haklı neden var sayılır.

1219 Sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanununun 70. maddesi, hastanın izni konusunu düzenlemektedir. Maddeden anlaşıldığına göre, her tür ameliyat için izin gerekmekte, ameliyatın önemli olması durumunda iznin yazılı olması aranmaktadır.

Geçerli bir izinden söz edebilmek için ilk koşul, hastanın bu konuda yeterli ölçüde aydınlatmasıdır. Aydınlatmanın ölçüsü konusunda iki ayrı görüş çatışmaktadır. Birinci görüşe göre, durum ne kadar umutsuz, ameliyatın sonuçları ne kadar sakıncalı olursa olsun, hastaya bildirilmelidir. Daha çok hekimlerce savunulan ikinci görüşe göre ise, hastaya her şeyin açıklanması (örneğin kanser olduğunun bildirilmesi) onu moral yönünden çökertir ve bu açıklama tek başına bile zarara neden olur. Bugün çoğunlukla benimsenen görüş, "hastadan hiçbir şey saklamaksızın izninin alınması" biçimindedir.

Hastanın izninin alınması olanağı bulunmayan durumlar da ortaya çıkabilir. Örneğin nefes borusu tıkanan, bilincini yitirmiş bir hastanın yaşamasını sağlamak amacıyla, trakeotomi yapmak gerektiğinde, hastanın izni var sayılacaktır.

Hastanın izni, her durumda hekimin eyleminin hukuka aykırılığını ortadan kaldıramaz:

- a. Hastayı ameliyatın riski konusunda aydınlatmadan izin alınması,
- b. İlgili yasa kurallarına aykırı olarak izin alınması, (hastanın kürtaja razı olması hekimin acı çeken bir hastayı rızası ile öldürmesi gibi).
- c. Hekimin bilgisizlik, meslekte acemilik, önlem almama ve benzeri nedenlerle zarara yol açması (eli titreyen ya da sarhoş bir hekimin izin var diye ameliyat yapması gibi) durumlarda izin alınsa bile, eylem hukuka aykırıdır.

Hekimin özen ve bağlılık (sadakât) borcu yanında sır saklama yükümlülüğü de vardır. Hastanın sırrı kişilik haklarının bir bölümünü oluşturur. O nedenle, açıklanmasını istemediği konular ve gizli kalmasında çıkarı olan olaylar, saklı tutulmalıdır. Ancak, hekimin, hastasının sırlarını açıklamakta haklı olduğu durumlar da vardır.

Örneğin:

a. Umumi Hıfzıssıhha Yasanının 58. maddesine göre her hekim salgın hastalıkları yetkililere bildirmek zorundadır.

b. Türk Ceza Kanununun 280. maddesine göre sağlık elemanları, kişiler aleyhine işlenmiş bir suç belirtisi görürlerse, gerekli tedaviyi yapmakla birlikte, durumu adliyeye ya da kolluk kuvvetlerine bildirmek zorundadırlar. Söz konusu madde aynen şöyledir : "Görevlerini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır."

c. Hekim, hastayı bilirkişi görevi ile muayene ediyorsa, doğal olarak sır söz konusu olmayacaktır.

d. Hekim, hastanın izni ile tanıklık yapar ve sırları açıklarsa, bu durumda da haklı neden var sayılacaktır.

Hekime tanıklıktan çekilme yetkisi de tanınmıştır. "Ceza Muhakemesi Kanununun 46. maddesine göre, sağlık elemanları, sanat ve meslekleri itibarıyla bir kimsenin sırrını bilenler" tanıklıktan kaçınabilirler. Tanıklık, hekimin kararına bırakılmıştır; kaçınmayıp tanıklık yaparlarsa, "sırrı ifşa" suçunu işlemiş sayılmazlar. Sonuç olarak hekimin davranışı, suç oluştursun ya da oluşturmasın genel olarak hizmeti "özen, bağlılık ve sır saklama" borcuna aykırı biçimde yerine getirmişse, maddi ya da manevi tazminat ile sorumlu olabilir.

Ceza hukuku açısından sorumluluk: Türkiye sınırları dahilinde hekimlik yapabilmek için:

a. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak (Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti vatandaşı olan hekimler bu kuralın dışındadır.),

b. Hekimlik diploması olmak,

c. Yerel Tabip Odalarına üye olmak (Tam süre kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin üyeliği isteğe bağlıdır. Askeri hekimler ise meslek örgütüne üye olamazlar.),

d. Belirli cezalarla mahkûm olmamak,

e. Akıl hastası olmamak gerekir.

1219 Sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun'un 70 inci maddesine göre, "Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler, yapacakları her türlü ameliyat için hastanın iznini alırlar. Hasta küçük ya da kısıtlı ise veli ya da vasisinin iznine gerek vardır. Büyük cerrahi ameliyatlara için bu iznin yazılı olması gerekir. Veli

ya da vasi yoksa, bulunamıyorsa ve ameliyat edilecek kişi konuşamayacak durumda ise izin gerekli değildir. Bu suçtan kovuşturma, ilgilinin şikâyetine bağlıdır."

Aynı kanunun 23 üncü maddesine göre de, genel ya da yerel duyu iptali ile yapılan ameliyatlar "büyük cerrahi ameliyat" sayılmış ve bir uzmanın eşliğinde yapılması zorunlu tutulmuştur.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ne göre, deney amacı ile insanlar üzerinde hiçbir cerrahi girişimde bulunulamayacağı gibi, kimyasal, fiziksel ya da biyolojik herhangi bir tedavi de uygulanamaz. Bu hükme aykırı davranılması disiplin cezasını gerektirdiği gibi ayrıca eylemin sonucunda doğacak duruma göre TCK. 81 ya da 86/2 maddeleri gereğince cezalandırma söz konusu olabilir.

2827 sayılı Aile Planlaması Hakkında Kanun'a göre, Türkiye'de insanlar üzerinde bir doğum kontrolü yöntemi konusunda araştırma yapmak Sağlık Bakanlığının iznine bağlıdır. Bakanlık bu konuda vereceği karara esas olmak üzere bir bilirkişi heyetinin görüşüne başvurur.

2.5. Ceza İnfaz

Kurumu Hekimliği

2.5.1. Atanma

Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı arasında Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokolün yürürlüğe girdiği 30/04/2009 tarihi itibarıyla ceza infaz kurumlarında Adalet Bakanlığı kadrosunda 66 hekim ve 81 diş hekimi bulunmakta iken, protokol gereğince hekim ve diş hekimlerinin önemli bir bölümü Sağlık Bakanlığına geçmişlerdir.

Ceza infaz kurumlarında hekim atamaları veya görevlendirmelerinde 30/04/2009 tarihinde yürürlüğe giren ilgili protokolün 5. Maddesinde yer alan "1000 ve üzerinde hükümlü ve tutuklu bulunan her kuruma aile hekimliği pozisyonu ihdas edilerek sağlık hizmeti sunulur. Kampus içerisinde bulunup 1000 ve üzerinde hükümlü ve tutuklu barındıran kurumlar da bu kapsamda değerlendirilir.

Hükümlü ve tutuklu sayısı 1000'e kadar olan kurumlar, durumu uygun olan en fazla üç aile hekimine bağlanır. İlgili aile hekimi sağlık hizmetini, gezici sağlık hizmeti kapsamında verir.

Aile hekimliği uygulamasına geçilmemiş illerde; hükümlü ve tutuklu ile personel sayısı 1000'in üzerinde olan kurumlarda haftada 5 tam gün, 500 ile 1000 arasında olan kurumlarda haftada yarım gün, 500 'ün altında olan kurumlarda haftada 2 yarım gün tabipli sağlık hizmeti verilir.

Kampus içerisinde bulunan ve 1000'in altında hükümlü ve tutuklu sayısı bulunan kurumlar da bu kapsamda değerlendirilir.

Diş üniti bulunan ceza ve İnfaz kurumlarında, il sağlık müdürlüğüne planlanmak suretiyle diş hekimliği hizmeti verilir.

Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünce görevlendirilmiş hekim ve dış hekimi bulunan ceza infaz kurumlarında Sağlık Bakanlığınca hekim görevlendirmesi yapılmaz. Sağlık Bakanlığının aile hekimliği uygulaması kapsamında görevlendirme yaptığı ceza infaz kurumlarına Adalet Bakanlığınca atama, nakil ve görevlendirme yapılmaz.

Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları Arasında Düzenlenen Protokol (2003) 'e göre personel atamaları hakkında bazı hükümler

UZMAN HEKİMLERİN GÖREVLENDİRİLMESİ :

MADDE 54- Hayatî tehlike arz eden acil hastalık halleri ile salgın hastalıkların baş gösterdiği tehlikeli durumlarda, cumhuriyet başsavcısının yazılı talebi ile mülkî amirliklerce, sağlık kuruluşlarında görevli ve ihtiyaç duyulan branşlardaki uzman tabiplerden yeteri kadar görevlendirilecektir.

YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN TEMİNİ :

MADDE 55- Cezaevlerinde yardımcı sağlık personelinin bulunmaması veya yetersiz kalması durumunda; cumhuriyet başsavcılığının yazılı talebi üzerine mülkî amirlikçe 5442 sayılı il idaresi kanununun 9/g maddesi uyarınca yardımcı sağlık personeli görevlendirilecektir.

2.5.2.Ceza infaz kurumu sağlık personelinin görev ve sorumlulukları

Adalet Bakanlığı Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük'te ceza infaz kurumlarındaki sağlık servisinin (biriminin) ve sağlık hizmetleri ile yakından ilgili olan psiko-sosyal yardım ile görevli biriminin görev ve sorumlulukları ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (bakınız sayfa 24-25)

2.5.3.Çalışma ilkeleri

Vardiya sisteminde görevlendirilenlerin dışında kalan diğer personel, gündüz mesai için belirlenen saatler arasında görev yapar.

Olağanüstü durumlarda gündüz mesai saatleri gözetilmez, bu gibi hallerde kurum en üst amirince uygun görülen çalışma programı uygulanır

2.5.4.Revir Hizmetleri

Her ceza infaz kurumunda bir revir bulunur. Revir, cezaevi tabibinin sorumluluğunda faaliyet gösterir.

Kurum revirinde bulundurulması gerekli tıbbî araç ve gereçler ile kurum revirinin çalışma esas ve usulleri kurum iç yönetmeliğinde gösterilir.

Kanun hükümlerine ve durumlarına göre, 5275 sayılı Kanunun 16'ncı maddesinin dördüncü fıkrasının uygulanmadığı hâllerde, gebe olan kadın hükümlülerin bulunduğu kurumlarda, doğum öncesi ve doğum sonrası

her türlü bakım ve tedavi için özel bir yer ayrılır. Doğumun kurum dışında bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmesi için gerekli tedbirler alınır. Ancak, doğum, kurumda gerçekleşmişse çocuğun kurumda doğduğu, doğum belgesine işlenmez.

3. ÇEVRE SAĞLIĞI

Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük'te ceza infaz kurumu hekiminin görevlerinin düzenlendiği maddede, *"kurumda ortaya çıkan hastalıklar ve bu hastalıkların önlenmesi için alınacak önlemler ile ayrıca işenin kalitesine, miktarına ve dağıtım şekillerine, hükümlülerle personelin temizliğine, 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 ilişkin hususları tespit etmek maksadıyla, kurumu ayda en az bir kez denetleyerek hazırlayacağı raporu kurum en üst amirine sunar ve sağlık istatistiklerini düzenler"* denilmektedir. Buna göre, cezaevlerinin ısınma, aydınlanma, havalanma, atıkların izalesi gibi çevreye ilişkin koşullarını denetlemek ve bu koşulları iyileştirmek için önlemler önermek ve bunların sağlanması doğrudan hekimin görevleri arasındadır.

3.1 Ceza İnfaz Kurumlarının Fiziksel Nitelikleri

Ceza infaz kurumlarının fiziksel olarak uygun olmasında asıl sorumluluk, binayı planlayan ve yapan mimar ve mühendisleredir. Ancak, gerek fiziksel koşulların iyileştirilmesinde gerekse sağlık sorunlarına neden olan faktörlerin ortadan kaldırılmasında ceza infaz kurumu hekimleri de doğrudan ya da dolaylı olarak sorumlu ve görevlidir.

Ceza infaz kurumlarında çevreden kaynaklanabilecek sağlık sorunlarının kontrolündeki temel ilke, fiziksel altyapının, yani binaların sağlık koşullarına uygun olarak yapılmasıdır. Ceza infaz kurumu binaları, yangından korunma, güvenlik, sağlıklı su sağlama, atıkların uygun biçimde toplanıp yok edilmesi, hava kirliliğinin kontrolü, gıda güvenliği gibi hususlar dikkate alınarak tasarlanmalı, yapılmalı ve işletilmelidir. Bu hususlar başlangıçta göz önüne alınmazsa, ileride sağlık sakıncalarının ortaya çıkmasına engel olunamaz ve pahalı bazı fiziksel düzeltmeler gerekir.

Örneğin, binada kullanılacak malzemenin, özellikle döşemelerin yangına dayanıklı olması cezaevleri gibi yangın riski yüksek binalarda daha da önemlidir. Yapı malzemesi ve döşemeler toksik ve boğucu gazların oluşumunu en aza indirilebilir; yüzeylerde kolayca temizlenebilen ve çabuk kuruyan malzemenin kullanılması ile algler, mantarlar ve mikroorganizmaların çoğalması engellenebilir; yapı tasarımı ve uygun malzeme seçimi ile gürültü ve titreşim sorunu önlenir.

3.1.1 Yaşam alanları

Hükümlü ve tutukluların barındıkları, uydukları, çalıştıkları, yemek yedikleri, spor yaptıkları ve diğer aktivitelerini gerçekleştirdikleri, yani günlerini geçirdikleri yerlere "yaşam alanları" denir.

Hükümlü ve tutuklular, buldukları ceza infaz kurumunun tipine göre tek kişilik odalarda, 2-3 kişilik ya da çok kişinin kaldığı koşullarda barınırlar ve uyurlar.

Koşuş sisteminin uygulandığı yerlerde, aym koşuşa bu şartlar altında birbirleri ile uyuşabilecek kişiler dikkatle seçilerek yerleştirilmelidir.

Hükümlü ve tutuklulara sağlanan ikamet ve özellikle tüm yatma yerleri, iklim koşullarına ve özellikle metreküpdeki hava miktarına, makul ölçüde taban alanına, ışıklandırma, ısıtma ve havalandırmaya gereken önem verilerek sağlık ve hijyen gereklerine uygun olmalıdır. Yüksekliği 2.5 m olan yaşama mekanlarında, yetişkinler için 6.4-9.6 m² yaşama alanı gereklidir.

Hükümlü ve tutukluların yaşamak ve çalışmak zorunda oldukları yerlerde;

- a) Pencereler, hükümlü ve tutuklunun gün ışığında okumasını ve çalışmasını sağlayacak büyüklükte olmalıdır. Yeterli havalandırma sistemi olsun ya da olmasın, pencereler temiz havanın girişini sağlayacak şekilde inşa edilmelidir. Pencereler, güvenlik gerekleri de göz önüne alınarak boyutları, konumu ve yapımı itibariyle mümkün olduğunca normal bir görünümde olmalıdır.
- b) Kişilerin görme duyusuna zarar vermeyecek ölçüde mevcut teknik standartlara uygun olarak suni ışıklandırma sağlanmalıdır.

Kurumun her yanı her zaman yeterince bakımlı ve temiz tutulmalıdır. Tuvalet olanakları, her mahkûmun ihtiyacını temiz ve kişi onuruna yakışır bir biçimde ve yeterli olmalıdır.

Sihhi tesisat, hükümlü ve tutuklunun doğal ihtiyaçlarını diledikleri zaman temiz ve uygun bir şekilde giderecekleri durumda olmalıdır. Bu tesisler temiz ve bakımlı tutulmalıdır. Her hükümlü ve tutuklunun yararlanabileceği yeterli banyo ya da duş tesisi bulunmalıdır. İklim şartlarına uygun bir sıcaklıkta, mevsimlere ve coğrafi bölgeye göre genel hijyenik koşullar için gerekli aralıklarda, ılık bir iklim varsa haftada en az bir kez banyo ya da duş almalarına imkan verilmelidir.

Banyo ve duşlar için en iyisi döşemeye gömülü olanıdır. Banyo küveti ya da teknesinin ve duşların, dökme demir ya da fayanstan yapılması ve etraflarının fayansla kaplanması uygun olur. Çevre duvarları suya dayanıklı ya da 2 m yüksekliğe kadar su geçirmez derzli plaklarla kaplanmalıdır. Tuvaletlerdeki lavabolar genellikle küçük ve kapı yanında olmalıdır. Tuvaletler 8-10 kişiye bir adet düşecek şekilde yapılmalı ve daha az koku için atığın doğrudan suya karıştığı tuvalet tipleri tercih edilmelidir. Tuvalette koku tutuculu bir döşeme süzgeci, hortum ağızlı musluk bulunmalıdır. Zemin, kaymaz, suya dayanıklı ve kolay temizlenebilir olmalıdır. Duvarlar 2 m'ye kadar yıkanabilir olmalıdır.

Çok katlı yaşam alanlarında, normal merdiven basamağının yüksekliği 16-17 cm, boyu 29-30 cm, genişliği yaklaşık 70-90 cm ve eğimi 45 derece olmalıdır.

Mutfak katında günlük erzak deposu olarak kullanılmak üzere serin ve dar mekanlar bulunmalıdır. Kiler, binanın kuzey tarafında, baca, soba ve tuvaletlerden uzak olmalıdır. Kilerlerin yüksekliğinin 2 m olması en iyisidir. Kilerlerin havalandırılması çok

önemlidir. Besin maddelerinin bulunduğu mutfak, kiler ve benzeri mekanların kapıları farelere karşı sıkıca kapanır olmalı ve pencerelere sinek teli konulmalıdır. Bu yerler, yağlı boya ile boyanmalı ya da badanalanmalıdır.

3.1.2 Kapalı ortamda hava kalitesi

Kapalı ortamlarda birçok kirleticinin oranı dış ortamdakinin çok üzerine çıkar. Kapalı ortamlarda sıcaklık, ışık, gürültü gibi faktörlerin yanı sıra ortam havasının da burada yaşayan kişilerin sağlıkları, rahatlıkları, verimlilikleri üzerine etkileri vardır. Ancak bu etkinin yeterince önemsenmemesinin nedeni, kapalı ortam hava kirliliği etkilerinin genellikle uzun sürede ortaya çıkması, yaşamı ve sağlığı acil olarak tehdit etmemesidir.

Yetersiz havalandırma, yüksek sıcaklık ve nem düzeyi de bazı kirleticilerin ortamdaki konsantrasyonlarının artmasına neden olmaktadır. Floresan aydınlatma ile bu gazlar ve asılı partiküller iritan bir fotokimyasal smog oluşturarak kronik konjunktivit ve nazal dolgunluğa neden olabilir.

Kapalı ortam hava kirliliğinin nedenleri kimyasal, biyolojik ve fiziksel olabilir:

a-Kimyasal nedenler: Karbondioksit, karbon monoksit, azot oksit, benzen ve sigara dumanı gibi birçok kimyasal madde kapalı ortamlarda hava kirliliğine neden olur.

b- Biyolojik nedenler: Küfler, ortamda oksijen ve nem olduğu sürece her türlü organik madde üzerinde kolayca çoğalabilen canlılardır. Bütün küf türlerinin gerek astım nedeni olarak, gerekse toksin oluşturarak sağlık üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Küfler baş ağrısı, solunum sıkıntısı, cilt iritasyonu, diğer aşırı duyarlılık durumlarına neden olabilir. Küflerden havaya salınan uçucu organik maddeler bu ortamlarda yaşayan kişilerde baş ağrısı, sersemlik, yorgunluk yapabilir. Küf kontrolünde ortamdaki nemin önlenmesi ya da azaltılması önemlidir. Önerilen kapalı ortam bağıl nem düzeyi. % 40-50 'dir.

c- Fiziksel nedenler: "Konfor alanı" denilen ve insanların en rahat yaşadıkları ortam, ortalama 18-20°C sıcaklık ve %50-60 bağıl nem gösteren ve optimal bir hava hareketi bulunan fiziksel ortamdır. Kapalı ortamın sıcaklığı ve nemi, hiç ısıtma yapılmasa bile içinde bulunanlardan dolayı kısa sürede yükselir, havadaki gazların ve mikroorganizmaların oranı artar, ve bunun sonucunda ortamın "konfor alanı" nitelikleri bozulur. Yani, bir kapalı ortamda (oda, koğuş, salon, vb) başka bir neden olmasa bile, içinde yaşayanların solumaları sonucunda ortamın havası kirlenir, konfor derecesi bozulur.

Bir odadaki hava % 0.1'den fazla CO₂ İhtiva etmemelidir. En uygun hava, bağıl nemi %50-60 arasında olan havadır.

Kapalı alanlarda hava kalitesini etkileyen faktörler şunlardır:

- Binanın on beş yıldan eski ve bakıma ihtiyacının olması,

- Bina yapı malzemeleri,
- Alçak ya da 2.5 metreden yüksek tavanlar,
- Binanın havalandırma ve ısı kontrolünün belli bir merkezden yapılıyor olması,
- Düşük oda nemi,
- Dış ortam havasının içeriye az ya da çok fazla miktarda girmesi,
- Kapalı ortamlarda sigara içilmesi,
- Nem olması ve mantar üremesi,
- Kullanılan temizlik malzemelerinden ortama salınan gazlar ve uçucu organik bileşikler.

Kapalı ortam hava kirlenmeleri ile mücadelede iki yöntem kullanılır:

1. Kapalı havayı bozan nedenleri ortadan kaldırmak,
2. Kapalı havayı temiz dış hava ile değiştirmek,

Kapalı ortam havasının temizlenmesi için, pencerelerin açılarak odaların ya da koğuşların havalandırması genellikle yeterlidir. Havalandırma açısından en uygun pencere tipi, sürmeli olanlardır. Bu havalandırma şeklinde temiz hava alttan girmekte, kirli hava ise üstten dışarıya çıkmaktadır.

Yeterli havalandırma için günde en az bir saat çift taraflı hava akımı sağlamak gerekir. En iyisi, havalandırmanın devamlı ve kendiliğinden olmasıdır. Mekan (odaya) girecek havanın miktarı, ortam genişliğine, kişi sayısına, fizyolojik durumlarına (çalışma, istirahat, hastalık halleri) göre ayarlanmalı ve içeri giren havanın akış hızı saniyede 0.5 m'yi aşmamalıdır. Kusursuz bir havalandırma yapılabildiğini söyleyebilmek için büyük mekanlarda kişi başına 3 m³ temiz havanın sağlandığından emin olmak gerekir.

Sıcak ve kuru iklimlerde, güneş ışınlarını engellemek için dış pencere koruyucuları kepenk ya da tente kullanılmalıdır. Sıcak ve nemli iklimlerde mekanik olarak soğutma sistemlerinin yokluğunda, uygun pencereler ve diğer duvar açıklıkları çapraz havalanmayı sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Havalandırmanın dış duvar açıklıklarıyla yapıldığı durumlarda, açıklıklar uyuma, yaşama, eğitim ve çalışma alanlarının taban genişliğinin en az 1/8(%12.5)'ine eşit olması gerekir. Spor salonları ve yüzme havuzlarında özel ısı, nem ve havalandırma denetimine gerek vardır. Bina tasarımı, ısıtma yalıtımı, dış yüzey ve rengi ısı emilimini en aza indirir. Çamaşırlar, havlular, çarşafklar, döşemelikler, posterler ve diğer nesnelere yaşama alanları içi ve dışında hava akımını engellememelidir.

Uygun bir havalandırma sağlayabilmede hekime düşen görev, hem ceza infaz kurumu personelini (infaz görevlilerini) hem de mahkûmları bu konuda eğitmek ve yaşam alanlarını zaman zaman denetlemektir.

3.1.3 Aydınlanma

Çalışma amaçlı aydınlanma derecesi belirlenirken, cisimlerin büyüklüğü, cisim ve zemin arasındaki renk farkı, gereken görüş keskinliği, dikkat edilmesi gereken ayrıntının derecesi ve kişinin görme yeteneği dikkate alınmalıdır. İçinde sürekli olarak insan bulunan mekanlarda aydınlık düzeyi 120 lüks ve üzerinde

olmalıdır. Çalışma mekanlarında mümkünse, genel aydınlatma yapılmalı, fakat diğer alternatif aydınlanma imkanları da hazır bulundurulmalıdır. Çalışma mekanlarındaki aydınlatmalar mümkünse soldan yapılmalıdır. Yeterli aydınlatılmış yaşama ve çalışma alanı göz ile ilgili şikayetleri ve kaza riskini azaltması, iş verimini artırması ve dinlenme sağlama bakımından özel bir öneme sahiptir.

Çeşitli görevler için çalışma yüzeylerinin aydınlatılmasında *Amerikan Aydınlatma Mühendisleri'nin Standartları'na* göre gereken ışık miktarları şöyledir:

Tablo 3.1: Minimum Işık Yoğunluğu (mum)

Yer	Işık yoğunluğu (Mum)
Okuma ve çalışma alanları	30
Yaşam alanları	30
Mutfak ve bulaşık alanları	20
Tuvalet ve banyo	20
Yiyecek depoları	10
Çıkış yolları	10

3.1.4 Isınma

Soğuk havalarda kurumlar ihtiyaç derecesinde ısıtılır. Kapalı bir alanda sıcaklık taban seviyesinde 18 derece, diz seviyesinde ya da 150 cm. yükseklikte 20 derece ve tavanda ise 26 derece ise istenilen termal konforu sağlar. Normal yetişkinlerin bulunduğu ortamın dinlenme durumundaki sıcaklığının 18-20 derece olması en uygundur. İdeal olarak banyo 22, doktor ve muayene odası 24, derslikler 20, spor ve eğitim odaları 15, yatılan yerler 20 derece olmalıdır. Bina içinde en soğuk aylarda en az 18,3 C iç hava ısısı sürekli kılınmalıdır.

Odayı ısıtırken, odanın en soğuk tarafındaki havanın ısınması dikkate alınmalıdır. Mekanı aşırı derecede ısıtıp, daha sonra pencereleri açarak soğutmaya çalışmaktansa, gereği kadar ısıtmaya çalışmak daha akılcı olur. Merkezi ya da kat kaloriferleri bu açıdan oldukça elverişlidir.

3.1.5 Su ve kanalizasyon tesisatı

Kanalizasyon sisteminde çapraz bağlantı olmamalı ve gereksinim duyulan yerlerde geri akıntıyı önlemeyici mekanizmalar bulunmalıdır. Donanımın temiz tutulması ceza infaz kurumu yönetiminin sorumluluğudur. Ancak, ceza infaz kurumu hekimi su toplama ve kanalizasyon sisteminin iyi işleyip işlemediğini, taşkınların olup olmadığını denetlemeli ve gerekli önerilerini yönetime iletmelidir.

Türkiye'deki bütün ceza infaz kurumlarında şebeke suyu mevcuttur. Ancak, şebeke suyunun yetersiz olduğu ya da uzun süren su kesintilerinde kurumu yönetiminin önlem alması gerekir. Bu konuda hekimin de önerileri dikkate alınmalıdır.

Bu önlemlerden birisi şebeke suyunun bulunmadığı durumlarda kuyu sularından yararlanılması olabilir. Eğer kuyular tuvaletlere yakın olarak yapılacak olursa hela

çukurlarından sızan kirletici etkenler kuyu suyunun kirlenmesine neden olabilir. Bu nedenle kuyu sularının ağız kısımlarının yerden 50 santimetreden az olmayacak biçimde yükseltilmesi, çevresine sızıntıları engelleyecek beton bir bölge yapılması, eğimli arazilerde kuyuların tuvaletlerden daha yukarı seviyeye açılması gerekmektedir.

Şebekedeki boru bağlantılarının sızdırmaz özellikte yapılması gerekmektedir. Şebeke borularının kanalizasyon borularıyla aynı çukurdan götürülmemesi, bu mümkün olamıyorsa şebeke borularının kanalizasyon borularının üstünden ve en az arada 60 santimetre uzaklık bulunacak biçimde geçirilmesi gerekir. Böylece, su kesintilerinde su borusu içinde oluşacak negatif basınç nedeniyle atık kanalizasyonundan sızan akıntı su borusu içine giremez ve bulaşıcı hastalık salgınlarının önüne geçilmiş olur. Unutulmamalıdır ki, özellikle bağırsak enfeksiyonu salgınlarının başlıca nedeni su kesintilerinde boru içinde oluşacak negatif basınçtır. Böyle bir durum olduğunda, su borusu sağlam görünse bile içine sızıntı olabilir.

Su kesintilerine karşı önlem olarak ihtiyaç fazlası su depolarda biriktirilir. Depolar ışık girmeyecek ve ısı geçirmeyecek şekilde yapılmalıdır. Çünkü, ışıklı ortamda su içinde mikroorganizmalar üreyebilir. Depolarda giriş ve çıkış boruları, vanaları, numune alma musluğu manevra odalarının içine konulur. Depo içerisindeki suyun sirkülasyonunu dalgıç perdeler, ara bölmeler, giriş ve çıkış yerlerinin konumu ayarlanarak suyun az ya da çok sürekli olarak yer değiştirmesi ya da klormadan sonra suyun gereği kadar depoda bekletilmesi sağlanır. Klormada gerektiğinde, bu işlemin hangi yöntemlerle ve nasıl yapılacağı konusunda Sağlık Bakanlığı'nın ilgili genelgelerinden ya da ilgili bilimsel kaynaklardan yararlanılmalıdır. Klormada ve diğer dezenfeksiyon işlemleri için ilçe sağlık grup başkanlığından, il sağlık müdürlüğü ya da belediye yetkililerinden de yardım alınabilir.

Su depoları ve sıhhi tesisatlarla ilgili uygulamalarda 2560 sayılı kanun gereğince ilgili genel müdürlüğe alt yönetmeliğin ilgili hükümlerine uyulacaktır. Genel olarak temiz ve pis su kuyuları ile fosseptikler, komşu hudutlarına beş metreden fazla yaklaştırılmaz. Ancak bahçe mesafelerinin uygun olmaması halinde özellikle bitişik nizamada tabi yerlerde fenni ve sağlık sakıncası bulunmadığı takdirde bu mesafeleri azaltmaya ya da bir kaç adet fosseptik bir arada ya da bitiştirerek yaptırmaya belediyeler yetkilidir.

3.1.6 Uğraşı alanları

İşyurtları Kurumunca izin verilen iş alanlarda mahkûmların çalışmaları hem ilgili mevzuat gereğidir hem de sosyal rehabilitasyon amacıyla uygulanır. Bu çalışmalarla mahkûmlar bir beceri kazanmaları yanı sıra kazanç ta sağlayabilirler. Ancak, bu uygulamalar iş sağlığı sakıncalarını da beraberinde taşımaktadır. Hükümlü ve tutuklular için ön görülecek iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri dışarıdaki işçilere uygulananlara benzer olacaktır. O nedenle, ceza infaz kurumu hekimi aynı zamanda bir işyeri hekimi gibi davranmalı ve iş

ortamında kazalara ve diğer sağlık sakıncalarına yol açabilecek durumları belirleyerek bunların giderilmesine çalışmalıdır.

İş ortamının sakıncaları yapılan işin türüne ve niteliğine göre değişir. Bu sakıncaların ve alınması gereken önlemlerin neler olabileceği konusunda ceza infaz kurumu hekimi "iş sağlığı" konularındaki bilimsel kitaplardan yararlanmalıdır. Uğraşı alanlarının yaygın biçimde ve yoğun olarak uygulandığı ceza infaz kurumu hekimlerinin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ya da Türk Tabipleri Birliği tarafından yürütölmekte olan işyeri hekimliği sertifika programlarına katılmalarında yarar vardır.

3.2 Yaşam Alanlarının Temizliği

Ceza infaz kurumu hekiminin denetlemesi gereken çok önemli bir şey, yaşam alanlarının temizliğidir. Bu görev yasal olarak hekime verilmenin ötesinde, bulaşıcı hastalıkların kontrolü için gereklidir ve hekimin öncelikli işlerindedir. Hekim, bu konuda ceza infaz kurumu yöneticilerine önerilerde bulunabileceği gibi, temizlik işlerinden doğrudan sorumlu personelin eğitimini de yapabilir.

Her tipteki ceza infaz kurumunda hükümlü ve tutuklular, kendi odalarından ve havalandırma avlularının temizliklerinden sorumludurlar. Yapılan temizlik, yönetim tarafından denetlenir ve aksayan yönleri giderilir. Kurumun diğer bölümlerinin temizliği, hizmetliler bulunmadığı takdirde, iyi halli hükümlü ve istekli tutuklular tarafından, görevli memurların denetiminde yapılır.

Kapalı ceza infaz kurumlarında, kurumun genel temizliği ve kişinin bakım ve temizliği için gerekli malzemeler kurum yönetimi tarafından verilir. Hükümlü ve tutuklular İstemleri halinde ayrıca kişisel temizlik malzemelerini kantinden temin edebilir. Asit, tuz ruhu gibi maddeler idarenin kontrolü altında kullanılır ve oda ve koğuşlarda bulundurulmasına izin verilmez.

3.2.1 Koğuşların temizliği

Koğuşların temizliği de hükümlü ve tutuklular tarafından yapılır ve yönetim tarafından denetlenir. Koğuşların en az haftada bir kez tam temizlenmesi uygun olur. Kirli ortamın yoğun olduğu durumlarda temizlik daha sık yapılmalıdır. Bu temizlik sırasında koğuşun zemini, duvarları, pencereleri ve içindeki eşyalar temizlenmelidir. Yönetim (ve ceza infaz kurumu hekimi) koğuşta yaşayanların bu temizliği yapmalarını sağlamak için öncelikle bu kişileri eğitmelidir.

Kirli zeminleri temizlerken kiri temiz alanlara yaymamak amaç olmalıdır. Temizlik gereçleri temizlenen yüzeylerden her zaman ve kesinlikle daha temiz olmalıdır. Önce görünen kirler temizlenmeli, ileri temizlik, aşamalı olarak uygun sırayla gerçekleştirilmelidir. Temizlik sırasında öncelikle sıcak su kullanılmalı ve temizliği yapılan yüzeyler sonunda kuru olarak bırakılmalıdır. Kullanılacak malzeme etkili, kullanım amacına ve standartlara uygun olmalıdır.

Temizlik sırasında olabildiğince çok yüzeye ulaşmak için, hareket edebilen eşyaların yerlerinden oynatılması gerekebilir. Süpürme işleminin vakumlu süpürge (elektrik süpürgesi) ile toz kaldırmadan yapılması en uygundur. Bu yapılmadığı durumlarda yerlerin ıslatılmış süpürge ile temizlenmesi iyi olur. Kuru süpürge ile ve zemindeki tozu havalandırarak yapılan süpürme işlemi etkisiz ve yanıltıcıdır. Toz kaldırılan süpürme işleminde toz daha sonra zemine çökeceğinden hem tozlanmanın önüne geçilemez hem de akciğer ya da alerji sorunları olan mahkûmların şikayetlerinin artmasına neden olunur.

Süpürme sonrası zemin deterjanlı su ile ıslatılmış paspasla silinmelidir. Uzun süre temizlenmemiş, kalıcı kirler bulunan ortamların temizliği özen ister. Yerlerin önce ıslatılarak, spatula gibi kazıyıcılar yardımıyla, mekanik olarak temizlenmesi gerekebilir; eşyaların tozları, nemli bezle silinir, lekeler varsa, yüzeyi bozmayacak özel temizleyiciler ya da deterjan kullanılarak temizlenir, kuru bez ya da nemli bezle son bakım yapılır. Çok kişinin ellerinin değdiği yüzeyler, önce sıcak su ve deterjanla, daha sonra dezenfektan eklenmiş suyla silinmelidir. Akıtmayan naylon torbalar ile birlikte kullanılan çöp kovaları, en geç haftada bir, mekanik temizlik yapıldıktan sonra deterjanlı su ile fırçalanarak temizlenmeli ve kurulanmalıdır.

Temizlik sırasında eldiven kullanmakta yarar vardır. Burada amaç el cildinin korunmasıdır. Eldiven giyilmeden önce eller kurallara uygun olarak yıkanır ve kurulanır. Atık bulaşmış eldivenler, kendileri de birer bulaştırıcı araç olurlar. Bu nedenle temizlik sırasında eldivenler, faras ve fırça gibi bir araç kullanmadan doğrudan, atıklarla temas ettirilmemelidir.

3.2.2 Ortak alanların temizliği

Koşu alanları, yatakhanelerin, atölyelerin ve diğer müşterek alanların temiz tutulmasına ve uygun zamanlarda havasının değiştirilmesine özen gösterilmelidir. Buraların temizlenmesi de koşu alanlarında olduğu gibidir. İç yönetmeliğe göre, oda ve koşu alanları dışındaki yemekhane, spor salonu gibi ortak alanların temizliği ceza infaz kurumu yönetiminin görevidir. Bu alanlar daha çok kişi tarafından kullanıldığından ve daha yoğun olarak kirlendiklerinden her gün temizlik yapılması uygun olur. Temizliğin, mahkûmların bu bölümleri kullanmadıkları sabah saatlerinde yapılması uygun olur. Bunun için yönetim, gereken araç ve gereçleri sağlar. Ceza infaz kurumu müdürü ya da onun yetkilendirdiği kişi, bakım ve temizlik kurallarına uygun davranılmasından şahsen sorumludur.

3.2.3 Tuvaletler ve lavaboların temizliği

Tuvalet temizliğindeki en önemli ilke, temizliğin, öncelikle tuvaleti kullanan kişilerce ve sürekli yapılmasıdır. Bu nedenle, ceza infaz kurumu yöneticilerinin ve sağlık görevlilerinin sorumluluklarından biri de, mahkûmlara ve personele tuvalet kullanımını ve temizliği konusunda eğitim yapmaktır. Elbette, tuvalet temizliği için gereken akarsu, tuvalet fırçası, tuvalet kağıdı gibi malzemenin sağlanması da yönetimin

görevlerindedir. Bu koşullar sağlanmadan mahkûmların tuvalet temizliğine uymaları beklenemez. Öte yandan, tuvaletlerin temizlenmesi için görevli personelin bulunması ve bu kişilerin her gün koşullardaki ve diğer yaşam alanlarındaki tuvaletleri denetleyerek gerekli temizlikleri yapmaları bir zorunluluktur. Tuvaletlerin pis olmalarına asla izin verilmemelidir. Buna izin veren yöneticiler, muhtemel bir hastalık salgını ya da mahkûmların fekal-oral yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmalarından sorumlu olurlar.

Tuvalet temizlenirken önce, görünür kirler ıslatılarak temizlik fırçalarının kazıyıcı kenarları da kullanılarak temizlenir. Sonra tuvalet toz ya da sıvı, ovucu bir deterjanla fırçalanarak temizlenir ve su ile durulanır. Musluk başları da toz ya da ovucu bir deterjanla, başka bir fırça ya da bez kullanılarak temizlenir. Sabunlukların dış yüzey temizliği her temizlikte yerine getirilmelidir. Sıvı sabunlar bittiğinde sabunluklar fırçalanarak temizlenip, kurulanmalı ve bu işlemlerden sonra yeniden doldurulmalıdır. Evyelerin dışında kalan yer ve yüzeyler yukarıda belirtildiği gibi temizlenir. Tuvalet ve lavabo fırçaları ayrı olmalı, başka yüzeylerde kullanılmamalı ve temas ettirilmemelidir. Muslukların temizliğine özellikle önem verilmelidir. Çünkü, taharetlenme sırasında elleri pislenen kişilerin muslukları tutması sonucu musluklarda kirlenir ve böylece hastalık etkenleri kolaylıkla yayılabilir.

3.2.4Yatak bakımı

Yataklar, düzenli olarak temizlenirse hastalık ya da enfeksiyon riski en aza indirilebilir. Bu nedenle, her tutuklu ve hükümlüye, sağlık açısından güvenli yatak takımları verilmesi esastır. Her tutuklu ve hükümlünün kullanımı için en azından bir karyola, bir yatak, temiz yatak örtüsü, iki çarşaf, yaştık, yastık kılıfı ve battaniye ya da yorganı olmalıdır. Hükümlü ve tutuklular, kendilerine yönetim tarafından verilen nevresim takımı ve battaniye dışında, kantinden sağlanmak koşuluyla bir adet nevresim takımı ve iklim koşulları değerlendirilerek iç yönetmelikte belirtilen sayıda battaniye bulundurabilir. Yatak örtüsü, çarşaf ve yastık kılıfı en az haftada bir değiştirilmelidir. Yorgan ve battaniler de birden fazla kişi tarafından kullanılıyorsa en az haftada bir kez temizlenmelidir. Tek kişinin kullandığı yorgan ve battaniler en az yılda bir kez ya da kirlendiği görüldüğünde temizlenmelidir. (Bkz. İç Yönetmelik)

Hükümlü ve tutuklular, giyim eşyaları ile yatak ve yatak takımlarını temiz tutmak zorundadırlar. Yönetim, bu eşyaları temizliğin ve sağlığın gerektirdiği şekilde değiştirilip yıkanması ve bunlarda hasıl olacak yırtık ve söküklerin onarılması için gerekli önlemleri almalıdır. Evvelce bir hükümlü ve tutukluya verilmiş olan eşyalar, fenni bir şekilde temizlenmedikçe, başka bir hükümlü ve tutukluya verilmemelidir.

Yüzeysel temasla ya da hava yoluyla bulaşmayı azaltmak için kullanıma alınmış ve depolanmış yeterli çarşaf stoku olmalıdır. Sağlık hizmeti için ayrılmış alanlardan kaynaklanan kirli çarşaf paketlenmiş ve tanımlanmış olmalıdır. Farklı derece ve işlemler belirtilmedikçe yıkama suyu genelde 60-70 C derece olarak aryanmalıdır.

Tutuklu ya da hükümlünün sağlık personeli tarafından intihar eğilimi olduğu değerlendirilmesi yapılırsa, yatak örtüsü ya da çarşaf bir süre alıkonulabilir. Bu durumda derhal bir psikiyatristin muayenesi sağlanmalıdır. Yatak donanımı, yoksun bırakma yoluyla bir ceza aracı olarak kullanılamaz.

3.3. Kişisel Temizlik

Ceza infaz kurumu yönetimlerinin ve sağlık personelinin öncelikli sorumluluklarından birisi, tutuklu ve hükümlülerin kişisel hijyenleri için gereken her türlü önlemi almalarıdır. Çünkü, enfeksiyon ve enfeksiyonlardan korunmanın temel koşulu kişisel hijyen kurallarına uyulmasıdır.

3.3.1. Banyo ve kişisel temizlik

Hükümlü ve tutukluların banyo ihtiyaçlarını gidermek ve kişisel eşyalarını yıkamalarını sağlamak için haftanın hangi günlerinde ve hangi saatler arasında sıcak su verileceği iç yönetmelikte belirtilmiştir. Kurumda merkezi sıcak su dağıtım sistemi bulunmuyorsa, banyonun hangi gün ve saatlerde yapılacağı, hamam varsa burasının kullanım gün ve saatleri de yönetmelikte yer alır.

Hükümlü ve tutukluların saç tıraşları, dilekçe karşılığında kurum berberi tarafından yine iç yönetmelikte belirtilen gün ve saatler arasında berberhane-de veya kurum yönetimince belirlenen yerlerde ücretsiz yaptırılır. Hükümlü ve tutuklular sakal tıraşlarını, kantinden temin edebilecekleri plastik saplı tıraş bıçakları ile kendileri günlük olarak yaparlar. Toplum içinde alışılmış hal dışında saç ve sakal bırakmalarına izin verilmez.

Kız hükümlü ve tutukluların ihtiyaçlarına yönelik temizlik malzemelerinin kurum kantininde bulundurulmasına özen gösterilir. Saç kesimleri dışarıdan getirilecek kuaför tarafından yaptırılabilir.

Hükümlü ve tutukluların kişisel temizlikleri için gereken su ve diğer malzeme sağlanmalı, genel hijyenin gerektirdiği aralıklarla, mevsime ve bölgenin coğrafi koşullarına uygun bir ısıda banyo ya da duş alma imkanı sağlanmalıdır. Sıcak mevsimlerde banyo haftada en az bir kez yapılabilirdir.

Saç ve sakal bakımı için genellikle mahkûmlara kesici aletler verilmediğinden infaz kurumlarında berber bulunması zorunludur. Bulaşıcı deri hastalıklarının doğrudan temas, makas ya da jilet gibi malzemelerin ortak kullanımı ile bulaşabilirliği göz önüne alındığında berberlerin hijyen kurallarına uymaları özel önem taşır. Tarak, tırnak makasları, jiletler ve benzeri nesnelere farklı kişilerde kullanımlar arasında düzenli olarak temizlenmeli ve el yıkamanın önemi özenle vurgulanmalıdır.

3.3.2. Çamaşır temizliği

Mahkûm ve tutukluların iç çamaşırlarının hangi sıklıkta değiştirileceği her ceza infaz kurumunun iç yönetmeliğinde belirlenmiştir. Kirli nevresimler sabah sayımlarında toplanır, temizleri verilir. Yatak takımları ve nevresimler kurum görevlileri tarafından yıkanır. Özel

eşya ve çamaşırları ile bulaşıklarını hükümlü ve tutuklular kendileri yıkarlar. Kuru temizlemeyi gerektiren giysiler aileler aracılığıyla dışarıda temizlettirilebilir. Temiz ve kirli çamaşırlarla giysilerin işleme, kullanım, depolama ve taşınması için uygun olanaklar ve hizmetler sağlanmalıdır. Hastalıkların yayılımını azaltmak için temiz giysi ve çarşaf gereklidir. Kişisel çamaşırların temizlenmesi için her ceza infaz kurumunda bir sistem kurulmuş olmalı ve mahkum ve tutukluların kirlenen çamaşırları merkezi bir sistem içinde temizlenmeli ve kurutulmalıdır. İç çamaşırların karışmaması için, her mahkûmun adının ya da kayıt numarasının iç çamaşırlarına işlenmesi ya da yazılması uygun olur.

Hükümlü ve tutuklular oda ve koşullarında, kendileri tarafından yıkanan çamaşırları kurutmak üzere iç yönetmelikte belirtilen uzunlukta çamaşır ipi bulundurulabilir. Ancak, güvenlik açısından sakınca görülen durumlarda, oda veya koşullarda bulundurulabilecek ipin toplam uzunluğu sınırlandırılabilir.

3.4. Temiz İçme ve Kullanma Suyu

Türkiye'deki ceza infaz kurumlarının tamamı yöredeki belediyeler tarafından sağlanan şebeke suyunu kullanmaktadır. Belediyeler şebeke suyunun mikrobiyolojik, kimyasal ve fiziksel kalitesini sürekli izlerler. Kent içindeki su şebekesinin bakım ve onarımı da belediyelere aittir. Ancak, ceza infaz kurumu içindeki su tesisatının yapımı, bakımı ve onarımından ceza infaz kurumu yönetimi sorumludur. Ceza infaz kurumu yönetimi her mevsimde en az bir kez olmak üzere dahili su dağıtım sistemindeki suyun kimyasal ve mikrobiyolojik analizlerini ve haftada bir klor ölçümlerini yaptırmalıdır. Bu amaçla, ceza infaz kurumunun bulunduğu ilçe sağlık grup başkanlığı ya da il sağlık müdürlüğü ile ilişki kurularak eleman ve teknik destek sağlanabilir. Analizler, il halk sağlığı laboratuvarında yaptırılabilir. Bu çalışmaların her aşamasında ceza infaz kurumu hekimi sorumluluk alır.

İçme ve kullanma suları, genel olarak içme, yemek yapma, temizlik vb. amaçlar için kullanılır. Bu sular, TS 266'daki koşullara uygun şehir şebekeleri, kuyu, çeşme ve yine aynı amaçlarla kullanılmak üzere teknik usullerle artırılmış dere, nehir ve göl, baraj suları ile kaynak sularıdır. İçme suları berrak, tortusuz, renksiz olmalıdır. Suyun kimyasal, fiziksel, bakteriyolojik özellikleri "*Su Kirliliği Kontrol Yönetmeliğinde*" ve "*İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik*" te ayrıntılı olarak bulunmaktadır.

Ceza infaz kurumlarında suların dezenfeksiyonu genellikle gerekmez, çünkü bu işlemler zaten yöredeki belediyeler tarafından sağlanmaktadır. Ancak, olağanüstü durumlarda, salgın kuşku varsa ya da şebeke suyunun kesintiye uğraması nedeniyle başka kaynaklardan su sağlandığı zamanlarda, içme suyunun dezenfeksiyonu gerekebilir. Dezenfeksiyon işlemi basit kaynatma-soğutma yöntemi ile yapılabileceği gibi klorlama ile de yapılabilir. Bu işlem teknik bir konudur ve kesinlikle ilçe sağlık grup başkanlığından ya da il sağlık müdürlüğünden teknik destek sağlanmalıdır. Bu

bağlantıyı kurmak ve dezenfeksiyon işlemini koordine etmek ve denetlemek ceza infaz kurumu yönetiminin ve özellikle hekimin görevidir.

3.5. Katı Atıkların (çöplerin) Kontrolü

İç yönetmeliğe göre, hükümlü ve tutukluların odalarındaki çöpler, imkânlar ölçüsünde çöp poşetleriyle, yokluğunda kapaklı plastik kovalar içinde görevlilerce sabah sayımlarında kontrol edilerek toplanır. Koridorlara çıkartılan çöpler, infaz ve koruma memurlarının gözetiminde görevlilere verilir. Çöpler, çöp toplama alanında günlük olarak biriktirilir. Toplanan çöpler belediye tarafından kaldırılır. Kontrol amacıyla mutfak personelinin bir görevli çöplerin kaldırılmasına nezaret eder. Çöp toplama alanı sık aralıklarla ilaçlanır ve temiz tutulur.

Katı atıklar, evsel, ticari ya da endüstriyel alanlardan oluşan, madencilik, tarımsal işlemler ve su arıtım ünitelerinin de dahil olduğu proseslerden kaynaklanan yarı-katı çamurları da içeren, hem ayrışabilen hem de ayrışma özelliği olmayan maddelerdir. Tüm atıkların aynı yerde depolandığı durumlarda organik atıklarla bir aradaki katı atıklar önemli bir kemirici ve vektör üreme bölgesi oluşturmaktadır. Ayrıca katı atıklar aracılığı ile yeraltı sularına ve yüzeysel sulara karışmakta olan kirleticiler önemli bir çevre kirliliği sorunudur.

Çevresel temizlik ve sağlık riskini azaltmak için katı atıkların uygun bir biçimde uzaklaştırılması ve zararsız duruma getirilmesi işlemlerinin tümüne "atık yönetimi" denilir. Atık kontrolünün uygun bir şekilde sağlanabilmesinde, bilgilendirilmiş, duyarlı ve motive edilmiş yöneticilere ve personele gerek vardır.

Eski uygulamalarda, katı atıklar (çöpler), genellikle binanın dışındaki bir alanda betondan yapılmış, sabit ve bir kapağı olan kabinlerde geçici olarak biriktirilir ve ondan sonra çöplük alanlarına taşınırdı. Bugün, bu yöntemin sakıncalı olduğunu, bu ara depoların vektörlerin ve hastalık etkenlerinin üremesine zemin hazırladığını biliyoruz. O nedenle bu uygulamadan vazgeçilmiştir. Artık, katı atıkların ağız kapaklı kaplar içindeki naylon çöp poşetlerinde biriktirildikten sonra, bu poşetlerin ağızları sıkıca kapatılıp uzaklaştırılmasının en uygunu olduğu görüşü hakimdir. Ceza infaz kurumlarında da bu yöntem uygulanmalıdır.

Katı atıkların geçici bir süre için biriktirildiği yerlerde, toplama süreleri arasında bu atıkların muhafaza edileceği yerlerin sayısı yeterli ve çöp toplanan kaplar nitelikli olmalıdır. Kaplar, su geçirmez, paslanmaya karşı dayanıklı ve kapakları yangına neden olmayacak şekilde kapanmış olmalıdır. Koşuş ya da odalardaki atıklar için kullanılan kaplar kullanıcıların sayısına göre 40-120 lt. arasında olabilir. Mutfak atıkları için de aynı büyüklükteki poşetler kullanılabilir. Çöpler, koşuş ve odalardan, mümkünse her gün (akşamları), bu olamıyorsa haftada en az üç kez toplanmalıdır. Bu kapların hacim ve ağırlıkları çöp işçilerine güçlük vermeyecek şekilde olmalı ve ağırlığı tercihen 35 kiloyu geçmemelidir. İçleri plastikte kaplanmış çöp kutuları, kolaylıkla temizlenmesi, kokuları

yaymaması ve haşeratın çoğalmasına meydan vermesi yönünden tercih edilir.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 20. maddesi belediyeleri çöplerin toplanması ve yok edilmesiyle görevli kılmaktadır. Çöplerin kutular içine yerleştirilen torbalarda biriktirilmesi de belediye işçilerinin işini basitleştirip hızlandırması yönünden yararlı olacaktır. Islak mutfak ve ev atıklarının biriktirildiği çöp kutuları özellikle yaz aylarında günlük olarak temizlenmelidir. Bu temizlik sıcak su, deterjan ve fırça ile yapılmalıdır.

Her türlü atık ve artığı, çevreye zarar verecek şekilde, ilgili yönetmeliklerde belirlenen standartlara ve yöntemlere aykırı olarak doğrudan ve dolaylı biçimde alıcı ortama vermek, depolamak, taşımak, uzaklaştırmak ve benzeri faaliyetlerde bulunmak 2872 Sayılı Çevre Kanunu'na göre yasaktır.

Ülkemizde, çöplerin geri dönüşümü ne yazık ki yeterli ve düzenli biçimde yapılamamaktadır. Çöplerin metal, plastik, cam, kağıt ve diğer gruplara ayrılıp yeniden değerlendirilmek üzere uygun sanayi tesislerine ulaştırılması belediyeler aracılığı ile yapılan ihaleler sonucunda ihaleyi kazanan kişiler ya da firmalar tarafından yapılmaktadır. Asıl yapılması gereken, çöplerin toplandığı yerlerde gruplandırılarak geriye dönüşüme yardımcı olunmasıdır. Ceza infaz kurumu, kışla, yatılı okul gibi toplu yaşanan yerlerde bu iş kolaylıkla yapılabilir. Ceza infaz kurumu yöneticilerinin ve sağlık görevlilerinin bu konuda duyarlılık göstermeleri beklenir.

3.6. Vektör Kontrolü

Vektör, enfekte bir konakçı ya da ortamdaki patojenleri diğer bir konakçıya ya da ortama taşıyan canlılardır. Değişik kimyasal maddeler kullanarak vektörlerle savaşılmasına rağmen, vektörlerin bunlara direnç kazanmaları nedeniyle tümüyle yok edilebilmesi mümkün değildir. Kaldı ki, vektörlere karşı kullanılan kimyasal maddeler de önemli bir kirlilik ögesidir. Vektörlerin direnç kazanmalarını engellemek ve çevre kirliliğini önleyebilmek için bu gibi maddelerin çok dikkatli ve denetimli kullanılması gerekir.

Vektörlerle mücadelede ilke, üremelerinin engellenmesi, gıdaların korunması, kontaminasyon kaynaklarının ve vektörlerin yok edilmesidir. Bir başka deyişle, vektör mücadelesinin temel ilkesi, vektörlerin üreme yerlerinin (jritlerin) kontrol edilmesidir. Ceza infaz kurumlarında bulunan ve hastalık bulaştırmada rolü olabilecek karasinek, hamam böceği gibi vektörler, çöplüklerde ve atıkların üzerinde ürediklerine göre iyi bir atık kontrolü ve çevre temizliği vektör savaşında yapılması gereken temel işlerdir. Özellikle insan dışı ve idrarının ve mutfaktaki organik atıkların sağlıklı bir şekilde ortamdaki uzaklaştırılması çok önemlidir. Ayrıca, gıdalar, özellikle pişirilmeden yenen yiyecekler, plastikten ya da metalden yapılmış kaplarda, yemekler ve artıkları kapalı dolap ya da soğutucularda saklanarak sineklerden korunmalıdır.

Eğer, ceza infaz kurumunda yoğun biçimde vektör mücadelesi gerekiyorsa, ilçe sağlık grup başkanlığı ya da

il sağlık m¼d¼rl¼ğ¼nden teknik destek sağlanmalıdır. Ç¼nk¼, vekt¼r m¼cadelesi amacıyla kullanılan ensektisitler insan sağlığına da zararlı maddelerdir ve hangi ensektisit in se¼ileceđi ve uygulama kuralları uzmanlık gerektiren konulardır.

Hamamb¼ceklere nemli, sıcak ve kuytu yerlerde yaşar ve yumurtalarını buralara bırakır. Bodrum ve kalorifer daireleri en çok sevdiği yerlerdir. Buraların olabildiğince temiz, kuru ve aydınlık yerler olması, organik atıkların bulunmaması hamamb¼ceklere yerleşmesini önler. Bir binada hamamb¼ceđi için ensektisit uygulaması yapılacak ise, tüm binaya ve eklerine aynı anda p¼sk¼rtme yapılması gerekir. Aksi takdirde etkili bir sonu¼ alınamaz.

3.7. Deratizasyon (Fare M¼cadelesi)

Fareler ekonomik kayıplara ve sağlık sorunlarına yol a¼malarının yanı sıra toplumsal olarak da istenilmeyen kemiricilerdir.

Farelerin ekonomik zararları şunlardır:

1. Kemirdikleri kablolar ve diğer ara¼ b¼l¼mleri edeniyle yangınlara ve elektrik çarpmalarına neden olmaktadır.
2. Ür¼nleri tüketerek önemli kayıplara yol a¼arlar. Bir fare yılda 8 kilo buğday , 20 kilo yiyecek tüketebilmektedir.
3. Gıda maddelerini idrar ve dışkılarını ile kirleterek ekonomik zararlara yol a¼arlar.

Farelerin sağlık zararları şunlardır:

1. Üzerlerindeki pireler aracılığı ile tif¼s yayılımını kolaylaştırmaktadır.
2. Isırıkları ile tetanos yayılımına neden olabilirler.
3. İdrarlarıyla leptospirozisi yayarlar.
4. Vebanın yayılmasında en önemli etmendirdir.
5. Yiyeceklere salmonella bulaşmasına neden olabilirler.

Vekt¼r m¼cadelesi için yapılan açıklamalar fare m¼cadelesi için de ge¼erlidir. Öte yandan, fare m¼cadelesi s¼rekli yapılması gereken bir şey olduğundan, ceza infaz kurumu yetkililerinin bu konuda bilgili olmaları uygun olur.

Fare m¼cadelesinde üç yaklaşım vardır ve bu yaklaşımlar bir arada kullanılmalıdır:

1. Yiyecek kaynaklarının ortadan kaldırılması,
2. Fare girmesini engelleyecek yapılar,
3. Tuzaklar, t¼ts¼ler ve zehirler,

Yiyecek kaynaklarının ortadan kaldırılması: Yiyecek kaynakları olmaksızın fareler yaşayamaz ve çoğalamazlar. Ç¼pler fareler için önemli bir üreme yeridir. Yetersiz yanmış ç¼plerdeki k¼m¼rleřmiş organik b¼l¼mler fareler için iyi bir besin kaynağı oluşturur. Ç¼pl¼k yeri se¼imi, biriktirilen ç¼plerin farelerin giremeyeceği kapaklı metal kaplardan yapılması bu a¼ıdan önemlidir. Ambarlara fare girmesini engelleyecek önlemler alınmalıdır. Atıklar, ağzı sıkıca kapalı ç¼p

kovalarına konmalı ve usulüne uygun bir şekilde boşaltılmalıdır. Sağlıksız ara depolar, mümkün olduğunca ortadan kaldırılmalı ya da uzaklaştırılmalıdır. Bir diğer önemli konu depolanan gıda maddelerinin farelerin giremeyecekleri kaplarda saklanmasıdır. Her çeşit üreme ve yuvalanmaya elverişli katı atıklar ortadan kaldırılmalıdır.

Fare girmesini engelleyecek yapı: Küçük bir sıçanın 1.25 cm lik bir delikten, küçük bir farenin ise 6 milimetrelilik bir delikten geçebilmesi mümkündür. Bu nedenle binaların fare girmesini önleyecek biçimde özellikle bina temelinin dışarıdan farenin kemiremeyeceği sertlikte betondan yapılması gerekmektedir. Bütün delikler tıkanmalı, gerekirse içleri cam kırığı katılmış dolgu maddesi ile kapatılmalıdır. Farelerin girebileceği bütün dolap ve masa altlarının en az 15 santimetre yükseklikte yapılması gerekmektedir. Farelerin boşluklardan girmesini önlemek için, pencere, havalandırma yerleri, bacalar ve havalandırma boruları farelerin kemirmesine dayanıklı, metalden yapılmış tel örgülerle kapatılmalıdır. Telefon tellerine, su oluklarına ve havalandırma borularına fare engelleri yerleştirilmeli ve eşikler metal plaklardan yapılmalıdır. Duvarlarda çatlaklar ve yarıklar olmamalı, suyun boşaldığı delikler süzgeçlerle korunmaya alınmalıdır.

Tuzaklar, kapanlar ve rodentisitler: Farelerle mücadelede kapanlar da kullanılacaksa, dikkat edilmesi gereken hususlar vardır. Birden fazla kapan kullanılmalıdır; kapanlar farelerin gidiş geliş yolları üzerine kurulmalıdır; kapanlar, kan, et parçası ve koku kalmaması için her seferinde iyice temizlendikten sonra, yeniden kullanılmalıdır; kapanların yerleşme yerleri çok önemlidir; kapanla yakalanan farelerin pirelerinin insanlara geçebileceği ve taşıdıkları hastalık etkenlerinin yayılabileceği unutulmamalıdır; kapana yakalanan farelerin yakılarak yok edilmesi gerekir.

Farelerle mücadelede rodentisitler etkin, etkili ve iyi sonuç veren bir yöntemdir. Sıvı ya da katı yem şeklinde kullanılabilir. Temiz, yeterli sayı ve hacimde yem kullanılması, yerleştirme yerlerinin seçimi, uygun doz ve tipte zehir, yemin etki zamanı, yemlerin yenilenme sıklığı dikkat edilmesi gereken noktalarlardır.

Fare zehirleri (rodentisitler) cinayetlerde ve intiharlarda da kullanılan çok zehirli maddelerdir. Bunlar, yeterli bilgi ve deneyimi olmayan kişiler tarafından kullanılmamalı ve başka kişilerin asla elde edilemeyecekleri biçimde saklanmalıdır. Rodentisit kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek kazalardan ve zehirlenmelerden ceza infaz kurumu yönetimleri sorumludur.

3.8. Gürültü Kontrolü

Gürültü, "belirgin bir yapısı olmayan, içerdiği öğelerle kişiyi bedensel ve psikolojik olarak etkileyebilen ses düzeni" olarak tanımlanmaktadır. İnsan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gürültünün önemli bir çevre sağlığı konusu olmasına neden olur. Kulak 0-140 dB arası sesleri algılamaktadır. 80 dB ve altı şiddetindeki sesler genellikle zararlı olmamaktadır; 90 dB'i aşan sesler genellikle işitme kaybına neden olmaktadır; 120 dB

değerinde kulakta rahatsızlık olur; 125-130 dB arası sesler kulakta belirgin ağrı nedenidir. Sese maruz kalma süresi de önemlidir. Kabul edilebilir gürültü seviyesi kişinin 1.5 metreden günlük konuşmaları anlamakta güçlük çekmeye başladığı noktadır. Kişilerin huzur ve sükununu, beden ve ruh sağlığını bozacak şekilde yönetmelikte belirlenen standartlar üzerinde gürültü çıkarılması yasaktır.

Ceza İnfaz kurumlarında gürültülü ortamlarının başında iş atölyeleri gelir. Buralardaki makinelerden doğan gürültü, "İş Güvenliği Tüzüğü" çerçevesinde ele alınmalıdır. Diğer bölümlerdeki gürültüler, genellikle tehlikeli boyutlara ulaşmaz. Ancak, ceza infaz kurumunda gürültünün değerlendirilmesi gerektiğinde, Çalışma Bakanlığı'nın il örgütünden, İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (İSGÜM) ya da bu konuda hizmet veren özel şirketlerden yardım alınabilir.

Gürültü kontrolünün ilk aşaması ses düzeyi ölçümü ve gürültü dozimetre-leri ile gürültünün frekans ve şiddetinin belirlenmesidir. Ses emici ve titreşimi azaltıcı bazı önlemlerle gürültünün azaltılmasına çalışılır. İş yerlerinde kişisel koruyucularla yapılan gürültü önleyici çabaların yanı sıra gürültünün kaynaktan azaltılmasına yönelik önlemler de alınması gerekmektedir. Ceza infaz kurumlarında gürültü kontrolü kurum yönetimi tarafından sağlanamıyorsa, yukarıda belirtilen kuruluşlardan yardım istenebilir.

3.9. Spor ve Sağlıklı Yaşam

Spor herkes ve her yaşta kişiler için gereklidir. Ceza infaz kurumu yönetimlerinin bir görevi de, hükümlü ve tutukluların spor yapabilmeleri için gerekli ortamı sağlamaktır. Spor, infaz kurumlarında sağlık için gerekli olmanın yanında, mahkumların zamanlarını değerlendirmeleri için bir meşgale, eğlence ve ceza infaz kurumunda sükuneti sağlamanın bir aracıdır.

Her ceza infaz kurumunda, spor için gereken alan, tesisler ve malzeme sağlanmalıdır. Bu programlara katılan hükümlü ve tutukluların fiziki olarak bunu yapmaya müsait oldukları ceza infaz kurumu hekimlerince saptanmalıdır. İyileştirici beden eğitimi ve terapiye ihtiyaç duyan hükümlü ve tutuklular için tıbbi direktif altında özel düzenlemeler yapılmalıdır. Açık havada çalışmayan her hükümlü ve tutuklu, hava elverişli ise açık havada ve günde en az 1 saat hava değişikliklerinden korunmuş olarak gezabilmeli ya da uygun egzersiz yapabilmelidir.

Ceza infaz kurumları açısından önemli bir kavram da **rekreasyondur**. Rekreasyon, yeniden tazelenme, biçimlenme anlamına gelmektedir. Günlük çalışma yaşamı için tekrar enerji kazanmak amacıyla yapılan, olumlu aktivite-leri içeren ve sosyal yaşamda kabul edilebilen serbest zaman etkinlikleridir. Bu aktiviteler içerisinde spor ve egzersiz çok geniş bir kapsamaktadır. Bütün egzersiz programları genelde ısınma, çalışma ve soğuma olarak üç başlıkta ele alınır ve incelenir. Isınmada amaç vücudu yapacağı çalışmaya hazırlamaktır. Dolayısıyla ısınma döneminde yapılacak

hareketlerin şiddeti ve yoğunluğu yavaş yavaş artırılmalıdır. Hareketler ritmik ve doğal olmalıdır. Bir hareketten diğerine yumuşak bir şekilde geçilmelidir. İdeal bir ısınma dönemi yaklaşık 20 dakikalık bir süreyi içermelidir. Aşırı kilolu, kas-eklem ya da ortopedik problemi olan ya da kondisyonu zayıf bir kişiye birinci düzeydeki yürüme programı (400 metreyi 7.5 dakikada yürümek) önerilmelidir. Zaman içerisinde yürüme süresi aynı düzey için artırılabilir. Soğuma dönemiyle hedeflenen, vücudu egzersiz öncesi döneme yavaş yavaş ulaştırmaktır. Gevşeme dönemi olarak da adlandırılan bu dönemin süresinin 10 dakika olması ve dönem sırasında kalp atım sayısının 110-120'nin altına dönmesi hedeflenmelidir. İstenilen bir sağlık düzeyine ulaşabilmek için egzersizleri haftada en az 2-3 gün yapmak gerekmektedir.

Genel spor tesislerinde nüfus başına düşen oyun sahası alanı 3 m² den fazla olmalıdır. Top oyunlarında zemin beton üzerine dökme asfalt ya da plastik ya da mantar kaplı ahşap zeminler olmalıdır. Oyun ve spor salonları için 4 tane soyunma odası, 12-15 arası duş alanı ve mümkünse omuz seviyesinde duş başlığı olmalıdır. Oyun ve spor salonları için 15 tane lavabo, erkekler için 2 adet tuvalet, 3 pisuar, kadınlar için 4 tuvalet bulunmalıdır. Duvarlar 2 m yüksekliğe kadar seramik cinsi malzemeden kaplama olmalı ve ızgaralar ayak mantarının bulaşmasını önlemek için plastik olmalıdır.

3.10. Çevre Sağlığını Geliştirme Planları

Ceza infaz kurumlarında yaşayanların bakımı ve desteklenmesi zorunlu olarak ceza infaz kurumu yönetimlerinin sorumluluğundadır. O nedenle, her ceza infaz kurumu kişilerin yaşaması için sağlıklı bir çevre oluşturmalıdır. Geçmişte ceza infaz kurumlarında kalabalıktan, sağlığı tehlikeye düşürecek pek çok durumdan ve kötü çevre koşullarından kaynaklanan sorunlar vardı. Günümüzde karşılaşılan sorunların başında, eski ve onarıma ihtiyacı olan, ısıtma ve havalandırma yönünden yetersiz ceza infaz kurumları gelmektedir.

Fizik çevredeki eksiklikler ve yetersizlikler, tutuklu ya da hükümlülerin yaralanmasına ya da hastalanmasına neden olan riskli durumlara yol açabilir. Bu tür riskleri en aza indirmek ve erken fark ederek önlem alabilmek için çevre sağlığı planları yapmak gerekmektedir. Bu planlama çalışmaları, merkezi yönetimin bu konuda eğitilmiş uzmanları, il düzeyindeki kamu personeli ya da ceza infaz kurumu personeli arasından seçilip eğitilmiş personel tarafından yapılabilir.

Planlama çalışmasının ilk aşaması sorunların belirlenmesi olduğundan, yerel personelin önemi ve değeri fazladır. Bu personel, sürekli olarak ceza infaz kurumunu denetlemeli ve sorunları belirlemeye çalışmalıdır. Daha sonra, belirlenen sorunların çözülmesi için gerek ceza infaz kurumu yönetimi, gerekse daha üst kurumlar düzeyinde girişimlerde bulunmalı ve düzeltici planlama yapılmalıdır. Elbette, ceza infaz kurumu sağlık

görevlileri, hükümlü ve tutukluların sağlıklarını bozabilecek olumsuzlukların belirlenmesi ve gereken girişimlerde bulunulması yönünde sorumluluk sahibidirler.

4. BESLENME

4.1. Beslenmenin Önemi - Yeterli ve Dengeli Beslenme

Beslenme canlıların yaşamının her döneminde vazgeçilemez temel gereksinmelerindendir. Büyüme ve gelişme, sağlığın korunması, sürdürülmesi, bir çok sağlık bozukluğunun tedavisi ve yaşam kalitesi, bireyin beslenme uygulamaları ile yakından ilgilidir. Beslenmeye ilişkin seçim, tutum ve davranışlar bireyin eğitim ve çalışma yaşamındaki performansını, dolayısıyla başarısını, bir ülkenin sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkiler. Halkın çoğunluğu yetersiz ve dengesiz beslenen toplumlarda, eğitim ve sağlık harcamaları artar, üretim ve verimlilik azalır ve ülke ekonomisi olumsuz yönde etkilenir, toplumun huzuru da bozulur.

Son yıllarda sağlıklı yaşam ve beslenmeye ilişkin yapılan bilimsel çalışmalarda hücre yaşlanması/yıpranması sonucu oluşan, başta kanser ve kalp damar hastalıkları olmak üzere birçok hastalığın oluşmasına zemin hazırlayan sağlık risklerinin başında sayılan serbest radikaller üzerinde önemle durulmaktadır. Serbest radikaller, vücutta oksidan strese yol açarak, başta bağışıklık sistemi olmak üzere vücudun pek çok işlevini olumsuz yönde etkileyecek sonuçlara yol açmaktadır. Gerek serbest radikal oluşumu, gerekse vücuttan serbest radikal temizleme potansiyeli, bireyin beslenme durumu ile yakından ilgilidir.

Kaliteli/yeterli ve dengeli beslenme, bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivite-si, bulunduğu özel durum ve genetik yatkınlıklarına göre gerek duyduğu besinleri alarak, vücudunda kullanılması olarak tanımlanabilir. Genel olarak kaliteli beslenmenin temel koşulları yedi ilkede toplanabilir.

1. **Miktar da yeterlilik:** Bireyin yaş, cinsiyet, vücut küçsesi, fiziksel akti-vitesi, özel durumu vb. özelliklerine göre gereksinim duyduğu besinlerin yeterli miktarlarda tüketilmesi gerekir.
2. **Çeşitlilik:** Gereksinim duyulan besinlerin seçiminde aynı besin grubundan bile olsa çeşitliliğin sağlanması gerekir. Beslenmemizde süt, yoğurt, peynir çeşitleri, çeşitli et ve ürünleri, balık, kanatlı hayvan etleri, kuru baklagil, tahıllar, sebze ve meyvelerden mevsiminde, bol ve ucuz olanların her birinden tüketecek şekilde yararlanılmalıdır.
3. **Öğün sayısı ve öğünlere dağılımda denge :** Gereksinim duyulan besinlerin çeşitlilik içerisinde, üç ana ve üç ara öğünde tüketilmesinin yararlılık açısından daha uygun olduğu bilinmektedir.
4. **Yüksek sübjektif kalite I tüketilebilirlik kalitesi:** Bireyin gereksinme duyduğu besinlerin en yüksek sübjektif kaliteye sahip olacak şekilde satın alınıp, hazırlanması, pişirilmesi ve sunumu gerekir. Sübjektif kalite, bir yemeğin tüketilebilirlik düzeyini etkileyen renk, koku,

lezzet, görünüm vb. özellikleri içerir, bu özellikler ise ancak doğru hazırlama ve pişirme uygulamaları ile sağlanabilir.

5. **Yüksek besin değeri korunumu:** Besinlerin yemek olarak üretiminde ya da hazırlanması sırasında beslenme ilkelerine uyulması, en az besin değeri kaybı ile sunulması ve tüketilmesi gerekir. Aksi halde, uygun olmayan yöntemlerle pişirilen yemeklerdeki besin değeri önemli ölçüde azalır. Yüksek besin değeri korunumu, besinlerin satın alınımından tüketimine dek geçirdiği süreçlerin beslenme ilkelerine uygunluk düzeyine bağlıdır.
6. **Yüksek hijyenik kalite:** Yukarıda belirtilen tüm kriterler olumlu olsa bile besinin hazırlanması, pişirilmesi, saklanması ya da servisi gibi aşamalarda oluşabilecek önemsiz gibi görünen bir ihmal ya da hata, kaliteli beslenme bir yana; tüketicilerin besin zehirlenmeleri nedeniyle sağlıklarını, daha da kötüsü yaşamlarını kaybetmelerine neden olabilir.
7. **Ekonomiklik:** Yeterli ve dengeli beslenmenin ekonomik şekilde sağlanması, özellikle ülkemiz açısından önemli bir kriterdir. Bunun için, kaliteli ve ekonomik beslenme seçenekleri önerileri dikkate alınmalıdır. Her besin grubundan, kaliteli ve ekonomik olanları, çeşitlilik ilkesini bozmadan satın alınıp, fiziksel kayba uğramayacak ve besin değeri korunumu sağlayacak yöntemlerle hazırlanıp tüketilmelidir.

4.2. Besin Öğeleri ve Besin Bileşenleri

Yeterli ve dengeli beslenerek sağlığı sürdürebilmek için insanların elliye yakın besin öğesine gereksinimi olduğu yapılan bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır. Yiyeceklerin bileşiminde bulunan başlıca besin öğeleri ve besin bileşenleri, proteinler, karbonhidratlar, yağlar, mineraller, vitaminler, su, posa ve bitkisel kimyasallardır.

Proteinler, yaşam için elzem organik bileşiklerdir ve hücrelerin yapıtaşısıdır. Enzim, hormon, antikor ve kasların yapısı proteindir. Gerektiğinde, karbonhidrat depolarının tükenmesi durumunda kan glikoz düzeyinin korunmasına katkıda bulunur. Karbonhidrat depolarının tükenmesi durumunda, amino asitler toplam enerji tüketiminin % 5-10 kadarını sağlar. Proteinler tüm bu özellikleri nedeniyle büyüme ve gelişme, hücre yenilenmesi, vücudun savunma sisteminin gelişmesi, bazı hormonların yapımı için başta gelen besin öğesidir.

Karbonhidratlar, kaslar için en elverişli enerji kaynağıdır. Aktivite sırasında karbondihdrattan gelen enerji kullanımı ile daha az oksijene gereksinim olduğundan, kas hareketinde karbonhidratlar yağlardan % 4-5 daha verimli enerji sağlar. Dokulardaki glikojen deposu ile çalışma performansı arasında pozitif bir ilişki vardır. Sağlıklı olabilmek ve çalışma performansı yönünden diyetteki karbonhidrat türü ve miktarı önemlidir.

Karbonhidratların günlük tüketilmesi gereken miktarının çoğunluğu bileşik (kompleks) karbonhidratlardan (kepekli tahıl, kuru baklagil, sebze ve meyveler) gelmelidir.

Yağlar, protein ve karbonhidratlara göre yaklaşık iki kat daha fazla fazla enerji verir. Gerekli durumlarda kaslar enerji kaynağı olarak yağ asitlerini kullanır. İnsan vücudunda yapılamayan elzem yağ asitlerini.yağda eriyen vitaminlerin vücuda alınmasını sağlar, organları dış etkilerden korur. Yağlar bazı hormonların yapımı için gereklidir. Ayrıca mide boşalmasını geciktirerek doygunluk sağlar.

Mineraller, kemik ve dişlerin yapıtaşdır. Bazı mineraller vücut çalışmasını düzenleyen enzimlerin bileşiminde yer alır, kas kasılması, sinir iletimi ve kan yapımı için gereklidir. Minerallerden demir ve çinkonun bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etkileri vardır. Özellikle selenyum vücudun antioksidan savunma sisteminde rol oynar.

Vitaminler, vücudun enerji metabolizmasını düzenler, sinir ve sindirim sisteminin normal çalışmasında görev alır. Bazı vitaminler bağışıklık ve vücudun antioksidan savunma sisteminde etkindir, böylece hücre hasarını önleyerek hücrelerin normal işlevlerini sürdürmeleri ve bazı zararlı maddelerin (serbest radikaller) etkilerinin azaltılmasında yardımcıdır. D vitamini kalsiyum ve fosfor gibi minerallerin kemik ve dişlere yerleşmesinde rol oynar.

Su, oksijenden sonra insan yaşamı için en önemli ögedir. Besinlerin sindirim, emilim ve metabolizması için gereklidir. Artık ürünlerin atılmasında, vücut ısısının denetiminde ve tüm yaşamsal olayların gerçekleşebilmesinde önemli görevleri vardır.

Posa, besinlerin sindirilmeyen kısmıdır. Posa barsak hareketlerini artırarak vücutta besinlerin sindirimi sonucu oluşan ya da dışarıdan alınan zararlı maddelerin bağırsakla fazla temasını önleyerek dışkı ile dışarı atılmasını sağlar, bu nedenle barsak sağlığı için gereklidir. Tokluk hissi sağlaması nedeniyle şişmanlığın , kan glikozunu dengeleyerek, diyabetin diyet tedavisinde posa içeriği yüksek besinler önerilmektedir.

Bitkisel kimyasallar, bazı besinlerin bileşiminde bulunan ve son yıllarda üzerinde önemle durulan, organizmada biyo-yararlılığı son derece güçlü bileşiklerdir. Bu bileşikler antioksidan özellikleri nedeniyle besinlerin bileşiminde yeterince tüketildiklerinde hücre yıpranması ve yaşlanmasını önlemekte, birçok hastalığın(kanser, kalp-damar hastalıkları, katarakt vb.)önlenmesinde ya da tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Bu bileşiklere birkaç örnek vermek gerekirse; sebze ve meyvelere beyaz, kırmızı, mor rengi veren renk verici moleküller, karnabahar, lahana vb. sebzelerde bulunan kükürtlü bileşikler ve soğan, sarım-

sakta bulunan bazı bileşikler bu olumlu özelliklere sahip besin bileşenleridir.

4.3. Besin Grupları ve Tüketilmesi Gereken Miktarlar

Besinlerin bileşiminde bulunan besin öğelerini ve bileşenlerini yeterli ve dengeli alabilmek için, bazı özellikleri yönünden birbirine benzeyen besinlerin bir araya getirilmesi ile oluşturulan besin gruplarından yeterince alınması gerekmektedir. Her grup içindeki besinler içerdikleri temel besin öğesi yönünden benzerlikleri nedeniyle, birbirinin eşdeğeri kabul edilebilir. Her öğünde, her gruptan gereksinme duyulan miktarda besin tüketilmesine dikkat edilmelidir. Her gruptan besin seçerken kanser ve diğer sağlık risklerini azaltıcı nitelikte olanlara öncelik verilmelidir. İçerdikleri besin öğeleri yönünden birbirine benzeyen dört besin grubu vardır:

1. Grup besinler: Süt ve sütten yapılan besinlerdir. Bu gruptaki besinler kalsiyum, protein, B2 ve B12 vitaminleri başta olmak üzere bir çok besin öğesinin önemli kaynağıdır. Bu gruba giren yağsız ya da az yağlı süt, yoğurt ve peynirin yağ ve kolesterolü az, yağlı olanların ise hem doymuş yağ, hem de kolesterolü yüksektir.

Bu gruptan ne kadar tüketilmelidir ?

Bu gruptan günde 2 porsiyon tüketilmelidir. 1 orta boy su bardağı süt ya da yoğurt, 1 kase sütten yapılan tatlı, 2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir 1 porsiyondur.

3. Grup besinler : Et, yumurta ve kuru baklagillerdir (kuru fasulye, mercimek, nohut vb.). Ceviz, fındık, fıstık vb. yağlı tohumlar da bu grupta yer alır. Yağlı tohumlar diğerlerine göre fazla yağ içerdiğinden tüketim miktarlarına dikkat etmek gerekir. Bu gruptaki besinler başta protein olmak üzere, B vitaminleri, demir ve çinkodan zengindirler.

Etler, beyaz ve kırmızı olmak üzere iki tiptir. Kırmızı etler kaliteli protein, demir ve çinko kaynağıdır. Ancak olumsuz bazı özellikleri de vardır. Yağlı olanların içerdiği yağın cins ve miktarı kalp-damar hastalıkları yönünden uygun değildir (doymuş yağ, kolesterol) ayrıca en pahalı protein kaynağıdır. Beyaz etler olarak bilinen tavuk ve balık etlerinde bu olumsuzluklar yoktur, yani daha ekonomik ve daha sağlıklıdır.

Yumurta, en ekonomik ve en kaliteli protein kaynağıdır. Sarısında kalp-damar sağlığı için zararlı olan kolesterol vardır. Ancak kırmızı etle birlikte tüketilmediği ya da fazla et tüketilmeyen durumlarda, protein gereksinimi yumurtadan karşılanabilir. Yumurta tüketilen öğünde sebze ya da meyvelerden birinin olması,

yumurtadaki özellikle minerallerin biyo-yararlılığını artırır, koyu çay tüketimi ise azaltır.

Kuru baklagiller, et ve yumurta kadar kaliteli protein içermez, ancak tahıllarla karıştırma işlemi bu olumsuzluğu ortadan kaldırır ve böylece ete göre daha ekonomik protein sağlar. Ayrıca kuru baklagiller barsak sağlığı için son derece önemli olan posa yönünden de zengindir.

Bu gruptan ne kadar tüketilmelidir?

Bu gruba giren besinlerden günde 2-3 porsiyon tüketilmelidir. 2-3 köfte kadar et, balık, tavuk; 2 adet yumurta, 1 tabak kuru baklagil yemeği ve 1 tabak etli ya da kıymalı sebze yemeği 1 porsiyon olarak kabul edilir.

3. Grup besinler: Sebze ve meyvelerdir. Bu gruptaki besinler günümüz yaşamının getirdiği olumsuz etmenler (hava, çevre ve besin kirliliği, stres vb.) üzerindeki olumlu etkileri yönünden oldukça önemli besinlerdir.

Yararları şöyle sıralanabilir:

- Antioksidan vitaminler olan, karotenoidler (A vitamininin ön maddesi), C ve E vitaminleri yönünden zengindirler. Böylece hem vücudun hastalıklara karşı direncini artırır, hem de sağlığı olumsuz etkileyen serbest radikallerin etkisini azaltır ya da yok ederler.
- İçerdikleri posa nedeniyle barsak sağlığı için yararlıdır.
- Su içerikleri yüksektir, bu nedenle vücudun sıvı gereksinimini sağlamada katkıları vardır. Mevsiminde tüketildiklerinde ekonomik, lezzetli ve besleyicidirler.

Beslenmedeki tüm bu olumlu etkileri nedeniyle sebze ve meyveler kanser, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, kabızlık, diyabet, şişmanlık ve daha bir çok sağlık bozukluklarının oluşumunu önlemede, oluşmalarını da tedavisinde etkin rol oynamaktadır.

Sebze ve meyvelerin tüketiminde dikkat edilmesi gereken 2 önemli nokta vardır:

1. Pestisit /tarım ilaçları riski nedeniyle iyice, akan temiz bol su ile yıkanmadan tüketilmemeleri gerekir

2. Kimyasal riskler taşıması, pahalı ve lezzetsiz oluşu, besin değeri azlığı nedeniyle sera ürünlerine beslenmede fazla yer verilmemelidir. Tüm besinler mevsiminde, bol ve ucuz olduğu dönemlerde tüketilmelidir.

Bu gruptan ne kadar tüketilmelidir?

Bu gruptaki besinlerden günde 5-6 porsiyon tüketilmesi sağlığı tehdit eden riskler yönünden önerilmektedir. Özellikle fiziksel ve psikolojik strese, zararlı kimyasallar, toz, gaz vb. maddelere maruz

kalanların sağlığı yönünden bu besinlerin önemi büyüktür. 1 orta büyüklükteki elma, portakal, yarım su bardağı çilek, kiraz vb., 3-6 adet kayısı, erik gibi meyveler ve 1 tabak sebze yemeği, 1 tabak salata 1 porsiyondur.

4. Grup besinler: Tahıl ve türevleridir. Un ve undan yapılan tüm besinler, piriç, bulgur, mısır bu gruptandır. Bu besinler beslenmemize daha çok enerji veren karbonhidratlar yönünden yararlıdır. Ayrıca kepekli olanlarda ve bulgurda daha çok B, E vitamini ve posa bulunur.

Bu gruptan ne kadar tüketilmelidir?

Bu gruba olan gereksinme bireyin fiziksel aktivitesine göre değişir. Yapılan aktiviteye göre günde 1-2 porsiyon pilav, makarna ve börek, 3-11 dilim arasında ekmek tüketilmelidir. 1 ince dilim ekmek, 3-5 yemek kaşığı pilav, makarna, 3-4 adet sigara böreği ve 1 orta dilim tepsi böreği 1 porsiyondur.

Diğer besinler: Yukarıda belirtilen besinlerin dışında tükettiğimiz diğer besinler şeker, tatlı ve yağlardır. Bu besinler vücuda daha çok enerji sağırlarlar. Ancak saf şeker ve tatlı tüketimi ile; tüketilecek yağın cins ve miktarlarını dikkate almak gerekir. Görünür yağ olarak 1 günde 30 gram kadar tüketilmesi önerilen yağın yarısının sıvı, yarısının katı olanlardan tercih edilmesi önerilir. Katı olan yağlardan margarin tüketilecekse, yumuşatılmış ya da akışkan/sıvı tipte olanları tercih edilmelidir. Bireyin kırmızı et tüketimi fazla ise, katı yağ tüketimi hiç olmamalı ya da oldukça sınırlı miktarlarda olmalıdır.

4.4. Toplu Beslenme Hizmetlerinin Önemi ve Kapsamı

Yukarıda önemi vurgulanan kaliteli beslenme uygulamaları insanların evde ve ev dışındaki beslenme şekilleri ile yakından ilgilidir. İnsanların ev dışında, başkaları tarafından planlanan ve gerçekleştirilen yiyeceklerle beslenmesi demek olan "Toplu Beslenme" günümüzde önemi giderek artan bir hizmet alanı haline gelmiştir. Beslenmeye ilişkin tüm kalite kriterleri, toplu beslenme alanları için de son derece önemlidir. Bu kriterlerin gerçekteşmesinde toplu beslenme hizmet süreçlerinin her biri ayrı önem taşımaktadır. Toplu beslenme son yıllarda bu hizmetten yararlananların sayısının artması, hizmetin özellikle hijyene ilişkin kalitesindeki bir sorunun önemli halk sağlığı sorunu olan besin zehirlenmelerine yol açması ve o öğünde tüketicilerin beslenme ve yaşam kalitesine etkileri yönünden önemlidir..

Toplu beslenme hizmetlerinin yürütüldüğu yerlere "Toplu Beslenme yapılan kuruluşlar" denir. Okullar, hastaneler, fabrikalar, ceza infaz kurumları vb. kuruluşlar toplu beslenme yapılan kuruluşlara örnektir. Her bir kuruluş hizmet verdiği tüketici kitlesinin özelliklerine uygun, kaliteli bir hizmet vermekle yükümlüdür. Tüketici

kitlesini çoğunlukla tutuklu ve hükümlüler oluşturan infaz kurumlarında da bu hizmetler ayrı bir önem taşımaktadır.

4.4.1. Ceza infaz kurumlarında toplu beslenmenin özellikleri

Ceza infaz kurumu yönetimi tutuklu ve hükümlülere yeterli ve dengeli bir beslenme hizmeti sunmakla yükümlüdür. Tutuklu ve hükümlüler üzerinde yapılan çalışmalar, bu kişilerin ceza infaz kurumuna girmeden önceki yaşamlarında beslenme durumlarının ve alışkanlıklarının olumsuz olduğunu göstermektedir. Ceza infaz kurumlarında verilen beslenme hizmetleri bu durumu daha da kötü-leştirmemelidir. Konunun önemli olmasında bir diğer faktör, beslenmenin fizyolojik gereksinimlerin karşılamasının yanı sıra, sosyal ve psikolojik boyutunun da olmasıdır. Yemek yeme saatleri bireyin olumsuz düşüncelerini azaltmak ya da yok etmek için önemli saatlerdir. İyi beslenen bireyler huzurlu olur, dolayısıyla kurumlarda verilecek kaliteli bir toplu beslenme hizmetinin kalitesi, ceza infaz kurumu ortamında huzuru sağlamada etkin rol oynar. Uygun menülerin olmayışı, porsiyon miktarlarının yetersizliği ve yemeklerde çeşitliliğin sağlanamaması gibi nedenlerin, tutuklu ve hükümlüler arasında huzursuzluğa, çatışmalara ve hatta isyanlara neden olduğu belirtilmektedir.

Ceza infaz kurumlarında yapılan bazı çalışmalar tutuklu ve hükümlülerde önemli sağlık sorunlarının C vitamini yetersizliğinden kaynaklanan Skorbüt, B grubu vitaminlerinden, özellikle B¹ vitamini (Tiamin) eksikliğinden ileri gelen Beriberi, tüberküloz başta olmak üzere çeşitli enfeksiyon hastalıkları olduğunu göstermektedir.

Yukarıda belirtilen önemli noktalar ile tutuklu ve hükümlülerin içerisinde bulunduğu psikolojik stres de göz önüne alınarak ceza infaz kurumlarında toplu beslenme hizmetleri enerji ve besin öğeleri gereksinimini karşılamalı, bu hizmetlerin psikolojik doyum sağlayıcı olmasına da önem verilmelidir. Genel olarak tutuklu ve hükümlüler için enerji gereksinimi, yetişkin kadınlar için 2000 kkal/ gün, erkekler için 2500 kkal/gün olarak belirtilmiştir. Vitamin ve mineral gereksinimleri de, antioksidan savunma sistemini güçlendirici nitelikte, sebze ve meyvelerden zengin olmalıdır. Özel durumu olanların (hastalar, gebe ve emziciler vb.) bu durumları dikkate alınmalıdır. Ceza infaz kurumlarında da diğer toplu beslenme yapılan kuruluşlarda olduğu gibi beslenme hizmetlerinin yönetim ve organizasyonunda konunun uzmanları olan yönetici diyetisyenler görev almalıdır.

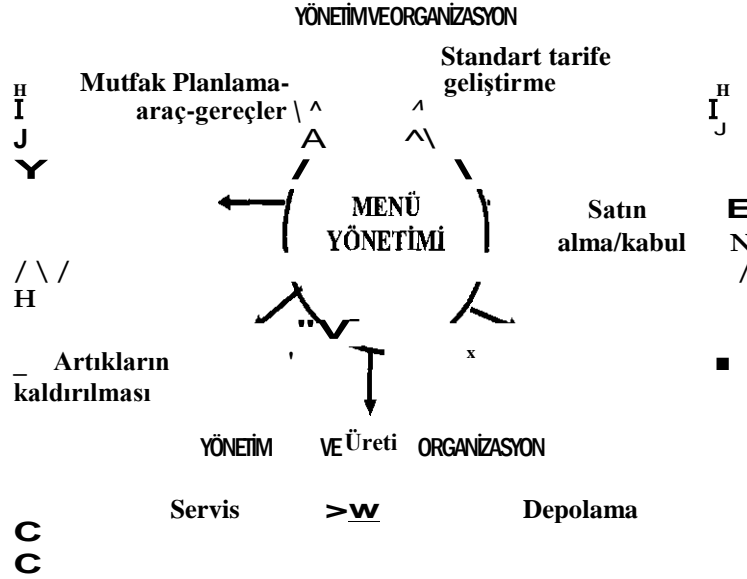
4.4.2. Toplu beslenme hizmetlerinin kapsamı

Toplu beslenme hizmeti birçok işlemi kapsayan karmaşık bir süreçtir. Hizmetin her bir aşaması ayrı bir önem taşır. Toplu beslenme hizmetlerinin kapsamı şu şekilde özetlenebilir: TBS'de yönetim ve organizasyon, mutfak planlama ve araç-gereçler, menü planlama, satın alma, depolama hazırlama, pişirme, servis, artıkların ve bulaşıkların kaldırılması, hijyen ve güvenliği.

Toplu beslenmede amaçlar: Toplu beslenme hizmetlerinde amaçlar genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

- Toplu beslenme hizmetlerinden yararlananların besin gereksinimlerini karşılamak ve alışkanlıklarına uygun, psikolojik ve sosyal yönden doyum sağlamak. En üst düzeyde tüketici ve çalışan memnuniyetini gerçekleştirmektir.
- Tüm toplu beslenme hizmetleri aşamalarında kalite ve hijyen standartları sağlamak.
- Artıkları minimum düzeye indirmek, ekonomik kayıpları önlemek.
- Eldeki olanakları en iyi şekilde değerlendirmek; en uygun hizmeti vermek.

Toplu beslenme hizmetleri birbirini izleyen ve oldukça geniş kapsamlı süreçlerin yönetim ve denetimini gerektirir. Şekil 1' de toplu beslenme hizmetlerinin kapsamı gösterilmiştir.



Şekil 4.1: Toplu beslenmede hizmetin kapsamı ve hizmet süreçleri

4.4.3. Toplu beslenme yönetimi ve organizasyonu

Yönetim, çalışanların faaliyetlerini ortak bir amaca yönlendirme ve kaynakları etkin bir şekilde kullanarak, amaçları gerçekleştirme sürecidir. Bugün yönetimin önemi uluslararası düzeyde benimsenmiş ve üretimdeki etkinliği konusunda görüş birliğine varılmıştır.

Her kuruluşta olduğu gibi toplu beslenme, hizmeti verilen da kuruluşların yönetim ve organizasyonunda rast gele bir yönetim anlayışı yerine, stratejik yönetim modelinin uygulanmasını gereklidir. Bunun için her şeyden önce toplu beslenme yapılan kuruluşun yönetim kademesindekilerin ve çalışanların toplu beslenme hizmetlerinin önemli ve bir uzmanlık alanı olduğu ile ilgili görüş birliğine varması gerekir. Toplu beslenmede stratejik yönetim modelinin geliştirilebilmesi için izlenmesi gereken adımlar şunlardır:

- Öncelikle uygun işe, uygun eleman politikası çerçevesinde seçilen personelden oluşan bir toplu beslenme ekibi kurulmalı, ekiptekilerin her birinin sorumluluk ve yetki alanları belirlenmeli, toplu beslenme süreçlerinden yönetsel düzeyde konunun uzmanı meslek grubu sorumlu ve yetkili kılınmalıdır.
- Kurulan bu ekiple aşağıda verilen soruların yanıtları aranmalı ve herkes tarafından onaylanan bu yanıtların yer aldığı bir "Toplu Beslenme Hizmetleri El Kitabı/Broşürü/Rehberi" basılarak tüm yönetim kademe-sindekilere ve çalışanlara bu el kitabı verilmelidir.

Toplu beslenme ekibi ile birlikte yanıtlanması gereken sorular şunlardır:

1. Kuruluşun/organizasyonun var oluş nedeni nedir? Hangi yüce amaç için hizmet verilmektedir?
2. Kuruluşun gelecekte varmayı hedeflediği başarı düzeyi nedir?
3. Kuruluşun şu andaki durumu nedir? Bununla ilgili olarak şunlar da yanıtlanmalıdır:
 - Kuruluşun faaliyetleri sırasında ilişkide olacağı tüm kişi ve kuruluşlar(iç-dış müşteriler vb) kimlerdir?
 - Üretilen ürün ve hizmetler nelerdir?
 - Görevler nelerdir?
 - Şimdiye dek ya da son beş yılda neler gerçekleştirilmiştir/başarılmıştır?
 - Kuruluşun öz değerleri nelerdir?
 - Zayıf /gelişmeye açık ve güçlü yönler nelerdir?
 - Kuruluşu dışarıdan politik, ekonomik ve sosyal yönden etkileyen tehdit ve fırsatlar nelerdir?
 - Kuruluşun gelecekte varmayı hedeflediği ve zayıf yönlerine yönelik olarak stratejik amaçları ve hedefleri nelerdir?
 - Stratejik amaç ve hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı nasıl ölçülecektir ? (Performans kriterleri)

Toplu beslenme ekibinin görev ve yetkileri çok iyi belirlenmiş olmalıdır. Bu açıdan bakıldığında genel anlamda toplu beslenme sistemlerinde yönetim/organizasyon şeması aşağıdaki gibi özetlenebilir.

GENEL YÖNETİCİ

I

YÖNETİCİ DİYETİSYEN

i

**MUTFAK, YEMEKHANE VE MUTFAKLA İLGİLİ OFİS
ÇALIŞANLARI**

Yönetici diyetisyen, toplu beslenme sistemlerinin yönetim ve denetiminden birinci derecede sorumlu ve yetkilidir. Kuruluşun toplu beslenme hizmetleri kapsamındaki tüm aşamalarında yönetim ve denetiminde görev alır. Toplu beslenme sistemlerinde yönetici diyetisyen sorumlu ve yetkili olduğu toplu beslenme kapsamındaki tüm süreçlerle ilgili olarak karar verme, stratejik planları hazırlama, organizasyon, koordinasyon, insan kaynakları (mutfak ve yemekhane personeli) yönetimi, iletişim, direktif verme, motivasyon, bütçe yönetimi, denetim ve raporlama gibi toplu beslenmeye ilişkin yönetsel fonksiyonları yerine getirmekle yükümlüdür.

4.4.4. Mutfak planlama

Toplu beslenme yapılan kuruluşlarda mutfak ve yemekhane planlaması, işlerin en az zaman, çaba ve maliyet ile yemek üretimi ve hizmetinin yürütülmesinde büyük önem taşır. Kuruluşlarda mutfak planlanırken göz önünde bulundurulması gereken faktörler; kuruluşun tipi, izlediği toplu beslenme plan ve politikası, servis yöntemi, yemek servisi yapılan grubun özellikleri, yemek verilen öğün ve kişi sayısı, servis saati ve süresi, uygulanan menü tipi, yiyecekleri satın alma ve depolama yöntemleri, yiyeceklerin hazırlanma, pişirilme ve servisinde kullanılan araç/gereçlerin sayı ve kapasiteleri, çalışan personelin sayısı, kuruluşun mutfak ve yemekhane için ayırdığı bütçedir.

Kuruluşlarda önce mutfağın yeri ve konumu saptanmalıdır. Kuruluşun yakınında ayrı bir binada kurulacak olan mutfak, havalandırma, aydınlatma, artıkların kaldırılması, tesisatlar ve satın almanın kolaylıkla yapılabilmesi açısından avantaj sağlarken, yemeklerin taşınması ve dağıtımı açısından bazı sakıncalar yaratır.

Mutfak alanı: Mutfak ve yemekhane için ayrılan toplam alan saptanmış-sa, genel olarak toplam alanın %35'i mutfak, %65'i yemekhane için ayrılmalıdır. Mutfak için ayrılan toplam alan belli değilse; hastaneler, cezaevleri vb. kuruluşlarda kişi başına yaklaşık olarak 1,8 m²'lik mutfak alanı önerilmektedir.

Mutfak bölümleri: Toplam mutfak alanı saptandıktan sonra yapılacak işlem, iş akımı doğrultusunda mutfak alanları şemasını çizmek ve bölümler için ayrılan alanları hesaplamaktır. İş akımı şemasına göre mutfak bölümleri ve bu bölümler için ayrılması gereken alanlar aşağıda belirtilmiştir.

- Toplam alanın %5'i satın alma/kalite kontrol bölümü,
- %10'u kuru depo, %10'u soğuk depo, %5'i günlük depo,
- %10'u sebze hazırlama, %10'u et hazırlama, %10'u pasta hazırlama,
- %15'i pişirme, %10'u servis, %5'i bulaşık yıkama ve %10'u yönetici ve personel için(soyunma odalar, tuvalet, duş vb.) ayrılmış olmalıdır.

Mutfaklarda verimli bir iş akışı, güvenilir ve hijyenik bir çalışma ortamının sağlanması için gerekli standartlar aşağıda özetlenmiştir.

ÖZELLİKLER	STANDARTLAR
Mutfak zemini	Dayanıklı, kolay temizlenebilir, kaymayan nitelikte, görünümü güzel ve ekonomik olmalıdır. Zemin, suların akabileceği şekilde yeterli eğimde olmalı ve yeterli sayı ve kapasitede ızgaralar bulunmalıdır. ızgaralar kolay temizlenebilir, paslanmaz metalden olmalıdır. Zeminde kırık, çatlak olmamalıdır.
Duvarlar	Mutfak duvarları kolay temizlenebilen, aydınlık, açık renkli/beyaz olmalı, duvarların mümkünse tamamı, ya da en az 2 m.'si fayansla kaplı olmalıdır. Duvar yüksekliği 4-6 m. olmalıdır.
Tesisatlar Elektrik tesisatı ve Aydınlatma Havalandırma ve Isıtma Su tesisatı Buhar tesisatı Doğalgaz/havagazi tesisatı Çöp tesisatı	Elektrik tesisatı elektrikli araç-gereçlerin yükünü kaldırabilecek kapasitede olmalı, kesintilere karşı mutfak bölümleri jeneratöre bağlı olmalıdır. Aydınlatma mümkünse doğal olmalı, pencereler üstte ve tellenmiş olmalıdır. Yapay aydınlatmada genel alanlarda m ² ye 20 watt lık, çalışma alanları, ocak ve musluk başlarında ise m ² ye 50 watt lık aydınlatma yeterlidir. Sıcaklık yazın 18 °C, kışın 22 °C olmalıdır, ideal bir havalandırma ile havanın temizlenmesi, ısıtılması, neminin kontrol edilmesi gibi fonksiyonlar sağlanabilmelidir. Hem sıcak, hem soğuk, temiz, güvenilir içme suyu niteliğinde akan su olmalı, su kesilmelerine karşı yeterli kapasitede temiz ve hijyenik su deposu bulunmalı, belirli aralıklarla bu depolar boşaltılıp temizlenmeli ve klorlanmalıdır. Musluklar mümkünse el değmeden açılır, kapanır nitelikte olmalıdır. Buharla çalışan ekipmanların (islim tencereleri, benmari vb) verimli şekilde çalışması için standartlara uygun buhar tesisatının bulunması gereklidir. Olası gaz kaçaklarına karşı uyarıcı alarm sistemi olan etkin gaz tesisatı bulunmalıdır. Mutfak içinde uygun yerlerde ve yeterli sayıda, üstü kapaklı, mümkünse pedallı, silindirik, uygun büyüklükte, tercihen paslanmaz metalden yapılmış, her yöne dönebilen tekerlekli çöp kutuları bulunmalıdır. Çöplerin atılana kadar beklenebileceği (çevre ve mutfak hijyenini bozmamak için) sıcaklığı en fazla 10°C olan çöp odaları bulunmalıdır.
Personel odaları ve duşlar	Personele rahatça soyunup, giyinebileceği odalar sağlanmalı, odalarda her personel için yeterli sayı ve nitelikte dolaplar bulundurulmalı ve personele işe başlarken ve iş bitiminde duş alma olanakları sağlanmalıdır.
Tuvaletler	Tuvaletler yeterli sayıda olmalı, kadın ve erkek için ayrı ayrı ve her 10-12 kişiye 1 tuvalet düşecek şekilde tuvalet olanağı sağlanmalıdır. Tuvaletlerde hijyenik el yıkama sağlayacak her türlü araç-gereç bulunmalıdır (sıcak su, lavabo, sabun, çöp kutusu, kağıt havlu vb.). Mümkünse tuvalet kapıları kendiliğinden kapanabilen cinsten olmalı, tuvaletlerin yiyecek alanlarından uygun uzaklıkta (10-12m) olmasına dikkat edilmelidir.

4.4.5. Mutfak araç-gereçleri

Mutfaklarda kullanılan araç-gereçlerin kalite ve miktarı, işlerin beklenen kalite ve sürede yürütülmesinde büyük önem taşır. Bu nedenle, toplu beslenme yapılan kurumlarda uygun araç-gereç seçimi oldukça önemlidir ve iyi bir planlamayı, inceleme ve araştırmayı, karar vermeyi gerektirir. Mutfak araç-gereçlerinin seçiminde amaç, günün hızla gelişen teknolojisini takip etmek ve uluslar arası standartlara uygun, sağlıklı ve verimli mutfaklar kurmak olmalıdır. Mutfağın çeşitli bölümleri ve bu bölümlerde bulunması gereken araç-gereçler aşağıda özetlenmiştir.

1. Satın alma ve kontrol bölümü

Bu bölüm, satın alınan malzemelerin kalite, miktar ve kabul işlemlerinin yapılabilmesi için ayrılan bölümdür. Satın alma bölümü personel girişinden, yiyecek hazırlama ve pişirme alanından geçmeyecek şekilde ayrı olmalıdır. Bu bölümde satın alınan malların mutfağa rahat girişini sağlayacak bir koridor ve koridorun dışarı açılan kısmında kamyon vb. araçların yanaşabileceği bir platform bulunmalıdır.

Satın alma bölümünde bulunması gereken araç-gereçler şunlardır:

- Probe termometre, dijital göstergeli elektrikli kantar, terazi
- Malzeme dolabı ve mal taşıma araçları, kancalı et arabası
- Kalite kontrolü için; çatal, bıçak, kaşık, numune çubuğu, konserve açacakları
- Işıklı kutu, laktodansimetre, alkol tabancası ve lavabo

Probe termometre; et, süt, balık gibi potansiyel riskli besinlerin iç sıcaklığını ölçmede kullanılır. Probe termometre satın alırken, paslanmaz çelikten yapılmış, daldırma, batırma, yüzey ve tirbuşon probaları olan, aynı zamanda te-massız ölçüm (infrared uçlu) yapabilen, geniş ölçüm aralığına (-50°C + 350°C) sahip, ±0.5°C hassasiyette olanları tercih edilmelidir. Probe termometrelerin temizlik ve bakımı, her kullanım öncesi ve sonrasında termometre probu sıcak sabunlu su ile temizlenerek ve saf alkollü pamuk ya da dezenfektan içerikli disposable kağıt ile dezenfekte edilerek yapılmalıdır.

Kantar ve terazilerin paslanmaz çelikten yapılmış olmasına ve satın alırken, muayene ve deneyi yapıldığına dair damgasının bulunmasına dikkat edilmelidir. Satın aldıktan sonra mutlaka bu cihazların, Belediye Ölçü Muayene ve Ayar Memurlukları ve / ya da Sanayi ve Ticaret Müdürlüğü'nün laboratuvarlarında belirli aralıklarla muayene ve kalibrasyon (cihazın uygun ölçüm yapıp yapmadığının belirlenmesi) işlemlerinin yaptırılması gerekmektedir.

Numune çubuğu; özellikle kuru baklagil ve tahıl gibi kuru erzak çuvallarından uygun numune alımı (çuvallın her tarafından) için ; **ışıklı kutu** ise yumurtanın taze olup olmadığını anlamak amacıyla, hava boşluğunun belirlenmesinde kullanılır.

Laktodansimetre, süte su katılıp katılmadığını, **alkol tabancası** ise sütün bozuk olup olmadığını belirlenmesinde kullanılır.

2. Depolama bölümü

Çiğ ve pişmiş yiyeceklerin hijyenik koşullarda saklanmasını sağlayan bölümdür. Toplu beslenme yapılan kuruluşlarda soğuk hava depoları (et deposu, süt-yoğurt-yumurta deposu, sebze ve meyve deposu vb.) ve kuru erzak deposu bulunmalıdır.

Soğuk depolama bölümünde bulunması gereken araç-gereçler şunlardır:

- Tüm depolarda dijital göstergeli termometre ve higrometre (nem ölçer)
- Et deposunda kancalı et arabası
- Paslanmaz çelikten yapılmış perfore tablalı istif rafları

Kuru depolama bölümünde bulunması gereken araç-gereçler şunlardır:

- Dijital göstergeli termometre ve higrometre
- İstif rafları, ağır çuval, torba vb. Malzemelerin konması için yerden 15cm yükseklikte, paslanmaz çelikten yapılmış izgaralı platformlar
- Şeker, un ve diğer tahılların saklanması için kullanılan alttan musluklu konteynirler, çeşitli ebatta kürekler, merdiven, mal çıkışı yaparken ölçüm yapmak amacıyla terazi, kantar, depo memuru için çalışma masası ve sandalye

3. Hazırlama bölümleri

Satın alınan yiyeceklerin pişirilmeye hazır hale getirildiği bölümlerdir. Mutfak hijyeni için özellikle çapraz bulaşmanın önlenmesi amacıyla, et hazırlama, sebze hazırlama ve pasta hazırlık bölümlerinin birbirinden ayrı olması gerekmektedir.

Et hazırlama bölümünde bulunması gereken araç-gereçler şunlardır:

- Tercihen gürgen yapıda, yekpare et kütüğü, et parçalama makinesi, iç haznesi soğutuculu et kıyma makinesi, et dövme aracı, et doğrama tezgâhı, taşıma arabaları
- Biley makinesi, çeşitli boylarda paslanmaz çelik saplı bıçak ve satırlar, bıçak, satır vb araçları sterilize etmek için ultraviyole sterilizatörler, evyeler, lavabo.

Sebze hazırlama bölümünde bulunması gereken araç-gereçler şunlardır:

- Patates soyma makinesi, sebze yıkama makinesi
- Sebze doğrama, dilimleme makinesi, sebze yıkama evyeleri
- Çöp öğütücüler, meyve presleri, sanayi tipi konserve ve kutu açacakları, kabak oyucu ve sıyıcı, paslanmaz çelikten yapılmış alt tarafı dolaplı çalışma tezgahları, çeşitli boy bıçaklar.

Hamur/pasta/tatlı hazırlama bölümünde bulunması gereken araç-gereçler şunlardır:

- Hamur yoğurma makinesi, hamur şekillendirme makinesi
- Taş tabanlı katlı fırınlar, konveksiyonlu fırınlar, mikser, blender, tulumba makinesi, mayalama dolabı
- Merdane, oklava, spatüller, fırça, pasta kalıpları, krema sıkma aracı, pasta bıçakları, paslanmaz metalden çeşitli ebatta tepsiler, çırpma teli, tahta kaşık ve karıştırıcılar, evyeler ve mermer tezgahlar.

4. Pişirme bölümü

Yemeklerin pişirilerek servise hazır hale getirildiği bölümdür. Pişirme bölümü hazırlama ile servis alanı arasında olmalıdır.

Pişirme bölümünde bulunması gereken araç-gereçler şunlardır:

- Pişmiş yemeklerin iç sıcaklık ölçümü amacıyla probe termometreler
- Kuzineler, fırınlar, ızgaralar, islim (basınçlı) tencereleri, devirmeli tavalar
- Paslanmaz çelikten çeşitli ebatta gastronomik küvetler, karıştırma tahtaları süzgeçler, kepeçler, kevgirler, çok katlı tepsi ve tencere taşıma arabaları

5. Yemek dağıtım ve servis bölümü

Pişen yemeklerin servis edildiği ya da servisin yapılacağı alanlara taşındığı bölümdür.

Yemek dağıtım ve servis bölümünde bulunması gereken araç-gereçler şunlardır:

- Probe termometre .elektrikli ya da buharlı sıcak ve soğuk servis bankoları
- Paslanmaz metalden yapılmış, raflı, sürgülü ve kapaklı servis bankoları
- Yemekleri diğer ünitelere taşıyacak sıcak araba ve/ya da thermobox/ thermoportlar karavana tepsiler, sefer tasları,çeşitli ebatta kevgir, kepeçler.

6. Bulaşıkhanne bölümü

Bu bölüm kazan bulaşıkları ve diğer bulaşıkların yıkandığı bir bölümdür. Bulaşıkhanne pişirme bölümüne yakın bir yerde olmalıdır.

Bulaşıkhanne bölümünde bulunması gereken araç-gereçler şunlardır:

- Kazanların sığabileceği kapasitede üç gözlü, ızgaralı, dayanıklı, paslanmaz metalden bulaşık yıkama hazneleri, bulaşık makinesi
- Bulaşıkların ters çevrilerek kurutulması amacıyla ızgaralı paslanmaz metalden raflar
- Kepçe ve kevgir askıları, bulaşık yıkama ve sıyırma fırçaları.

4.4.6. Menü hazırlama

Menü kısaca toplu beslenme sistemlerinde servis edilen yemeklerin listesi olarak tanımlanabilir. Menüler toplu beslenme hizmetlerinin temelini oluşturur. Sistemin başarısı menüler ve bu menülerde yer alan yemeklerle yakından ilgilidir. İyi planlanmış menüler;

- Tüketicilerin gereksinimlerini karşılar ve onları hoşnut eder.
- Yiyecek-içecek işlerinde çalışan personel arasında dengeli bir görev dağılımı sağlar.
- Çalışanları ve tüketicileri motive eder
- Satın almayı kolaylaştırır.
- Maliyet kontrolünü sağlar.

Menü planlama; kuruluş ve tüketicilere ilişkin birçok etmenin göz önünde bulundurularak yapılması gereken önemli ve ayrı bir uzmanlık işidir. Menü planlamada göz önünde bulundurulması gereken etmenler şunlardır:

Yönetime ait etmenler: Menü planlamada yönetime ilişkin aşağıda belirtilen etmenler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu etmenler şunlardır:

- Kuruluşun yiyecek-içeceğe ayırdığı bütçe
- Yiyecek - içeceklerle ilgili pazar / piyasa koşulları (iklim, mevsim, coğrafik özellikler vb.)
- Mutfak ve yemekhanenin fiziksel koşulları ve araç-gereçler olanakları
- Servis yöntemi
- Yiyecek-içecek işlerinde çalışan personelin sayısı ve niteliği.

Tüketicilere Ait Etmenler: Menü planlayıcı plan yaparken tüketicilere ilişkin bazı özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar tüketicilerin enerji ve besin öğeleri gereksinimleri, beslenme alışkanlıkları ve yemek tercihleridir.

4.4.6.1. Menü çeşitleri

Ticari olmayan kurum ve kuruluşlarda genellikle uygulanan menü çeşitleri sınırlıdır.

Bunlar aşağıda belirtilmiştir.

Sınırlı seçmeli menüler : Çeşitli gruplara ayrılmış yemeklerin bir ya da birden fazla gruba ait olanların içinden birini seçme şansı tanıyan menülerdir. "Tabldot" menüler bu tip menülere örnektir.

Ser seçimsiz menüler : Ülkemizde toplu beslenme yapılan kuruluşlarda yaygın olarak kullanılan menülerdir. Hastalara, işçilere, öğrencilere, tutuklu ve hükümlülere, yaşlılara vb. gruplara hizmet veren toplu beslenme yapılan kuruluşlardaki menüler genellikle bu tip menülerdir. Bu menüler çoğunlukla 3-4 kapla sınırlı ve tüketicilere yemek seçim şansı tanımayan menülerdir.

Planlanan menüler belirli süreler için planlanıp, dönüşümlü olarak tekrarlanabilir. Dönüşüm süreleri 6-8-15-20 ya da 30 günlük olabilir. Menüler öğünlere göre kahvaltı, öğle ve akşam menüleri olarak da sınıflandırılabilir.

Menü planlayıcı, planlama yapmadan önce yararlanabileceği kaynakları bir araya getirmelidir.

Menü planlarken yararlanılacak kaynaklar şunlardır:

- Yemek grupları ve bu yemek gruplarına ait yemek adları listesi
- Sebze ve meyvelerin bol bulunduğu aylara ait liste
- Boş menü formları, yemeklere ait standart tarifeler, yiyeceklere ait güncel fiyat listesi, daha önce uygulanmış menüler
- Varsa tüketicilerin yemeklere/menülere ilişkin görüşlerini belirten veriler
- Varsa yemeklerde oluşan servis artıklarına ilişkin kayıtlar.

4.4.6.2. Dönüşümlü menülerin planlanmasında dikkat edilecek noktalar

Kahvaltı menülerinin planlanmasında dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Kahvaltı menüsünde temel yiyecek olarak süt, peynir, yumurta yer alır. Ağır fiziksel aktiviteli olanların menülerinde haftada 1 kez temel yiyecek olarak tahin helva da verilebilir. Yumurtanın kahvaltıda haftada iki kez verilmesi önerilir.
- Kahvaltıda ikinci yiyecek olarak reçel-yağ, bal-yağ, tahin-pekmez ve zeytin kullanılır. Reçel-yağ vb. yiyecekler kahvaltıda tek yiyecek olarak düşünülmelidir.
- Kahvaltıda içecek olarak süt, taze sıkılmış meyve suları, çay, ıhlamur, adaçayı vb. içecekler kullanılır. Kahvaltı menülerinde çeşitliliği sağlamak için peynir, beyaz ya da kaşar; zeytin yeşil ya da siyah, reçeller de; vişne, gül, kayısı, çilek vb. değişik türlerde verilmelidir.

- Kahvaltılarda mevsime uygun olarak portakal, mandalina, elma, şeftali vb. meyvelerle; taze biber, domates, salatalık gibi sebzeler de yer almalıdır. Yumurta bulunan menülerde, yumurtadaki demirin vücutta emilimini olumlu yönde etkilediğinden, mevsimlik sebze ve meyvelerin yer alması oldukça yararlıdır.

Öğle/akşam yemeklerinin planlanmasında dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Set - seçimsiz menüler genellikle 3 kaptan oluşmaktadır. Bu nedenle 3 yemek grubunun her birinden birer tane seçilerek menü oluşturulur.
- Set-seçimsiz menüler 4 kaptan oluşuyorsa ilk üç kabı, ilk üç yemek grubundan oluşturulur, dördüncü kap yemek ise seçilen üç grup yemeğe uygun; II. ya da III. kap yemek ya da yiyeceklerden seçilir.
- Aynı öğündeki menü örüntüsünde yer alan yemekler arasında şekil, lezzet, tat, görünüm ve besin değeri yönünden çeşitlilik sağlanmalıdır. Örneğin hepsi sulu kıvamda ya da hepsi kırmızı renkli yemekler bir arada bulunmamalıdır.
- Yemek seçiminde menü örüntüsü açısından yemekler; birbirini izleyen günler itibariyle de çeşitlilik göstermeli; sık tekrarlardan kaçınılmalıdır.
- Haftanın aynı günlerine; aynı ya da benzer örüntüdeki menülerin gelmemesine dikkat edilmelidir.
- I. kap yemeklerin seçiminde bütçe ve kuruluşun olanakları dahilinde büyük parça et yemekleri, küçük parça et yemekleri, köfteler ve etli sebze yemekleri vb. yemekler birbirini izleyen günlerde dengeli bir şekilde dağıtılmalıdır. Örneğin bir gün maliyeti yüksek bir yemek yazıldıysa; ertesi gün bunu dengeleyecek şekilde orta ya da düşük maliyetli bir yemek yazılmalıdır. Menülerde maliyet kontrolü günlük değil, haftalık, aylık ya da bir menü dönüşüm süresinin ortalamasına ait olacak şekilde yapılmalıdır.
- I. kap yemeklerden etli sebze yemeklerinin yanına II. kap olarak zeytinyağlı sebze yemekleri, III. kap olarak da salatalar verilmemelidir.
- Etli dolma ve sarmaların yanına II. kap olarak pilav verilmemelidir.
- Etli kurubaklagil yemeklerinin yanında II. kap olarak makarna, börek ya da zeytinyağlı yemekler verilmemelidir.
- Enerji gereksinimi fazla olan gruplara II. kap olarak daha çok pilav, makarna tercih edilir. III. kap yemek/yiyecek olarak da daha çok enerji ve besin değeri yüksek sütü tatlılar tercih edilmelidir. Haftada en az iki kez tatlı verilmesi önerilebilir.
- Zeytinyağlı yemeklerin yanına III. kap olarak salata verilmemelidir.
- Çorbaların yanına, komposto - hoşaf lar verilmemelidir.
- Fiziksel ve psikolojik stres altında olanların menülerinde antioksidan vitamin ve besin bileşenlerince zengin yemeklerin yer almasına dikkat edilmelidir.
-

Menülerle birlikte verilecek günlük ekmek miktarları ise aktivite düzeyine göre: Orta düzeyde faaliyeti olan erkek için : 400 gr.- 8 orta dilim (O.D), kadın için ;150 gr. - 3 (O.D), genç erkek için : 500 gr. -10 (O.D), ağır fiziksel faaliyeti olan erkek için 700 gr. -14 (O.D) kadın için : 350 gr. - 7 (O.D) genç erkek için : 800 gr. -16(O.D)dir.

4.4.6.3.Menülerin denetimi

Menüler planlandıktan sonra oluşturulacak bir menü denetim formu yardımıyla gözden geçirilip, kontrol edildikten ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulanır. Uygulandıktan sonra da menülerin bu kez de tüketiciler açısından değerlendirilmesi gerekir. Bu denetim tüketicilere uygulanacak anketlerle, oluşan artıkların saptanmasıyla, ve gözlem ve tüketicilerle görüşme yoluyla yapılabilir. Bu yöntemlerle uygunluğu saptanan menüler uygulanmaya devam edilir. Artık oranı fazla olan ve tüketilmediği saptanan menü örüntüleri ise gerekli düzeltmeler yapılmak üzere tekrar gözden geçirilir. Ayrıca tüketicilere de olanaklar dahilinde konu ile ilgili gerekli eğitim verilerek onların doğru besin seçimi ve sağlıklı beslenme konularında bilinçlendirilmesi sağlanabilir. Zira yeterli ve dengeli, sağlıklı beslenme eğitimi ve bilincinden yoksun tüketicilerin beklentileri, yemek/yiyecek tercihleri beslenme ilkelerine uygun olmayabilir.

4.4.6.4. Standart tarife geliştirme / Menü zenginleştirme

Menüler planlandıktan sonra personelin üretimini bilmediği yemekler, kuruluşun toplu beslenme olanakları ve koşulları çerçevesinde geliştirilerek, o kuruluşa özgü yemek üretim standartları oluşturulur. Denenerek standartlaştırılmış yemek tarifelerine standart yeme tarifesi denir. Standart yemek tarifelerinin bir çok yararı vardır. Bunlar:

- Standart tarifeler yemeklerin her zaman beklenen kalitede olmasını sağlar, yöneticinin personeline iş bölümü yapmasını kolaylaştırır.
- Personel için iş çizelgesi hazırlamada yararlıdır. Yöneticilerin denetim yapmasını sağlar.
- Menülerdeki yemeklerin, dolayısıyla menülerin besin değerlerini ve maliyetlerini hesaplamaya yarar.
- Satın alma, menü planlama ve personelin eğitiminde yararlıdır.

Standart tarife geliştirmede yararlanılacak kaynaklar şunlardır:

- Bazı firmaların kendi ürünleri için hazırladıkları tarifeler
- Konu ile ilgili yazarların yayınladığı yemek kitapları
- Konu ile ilgili eğitim kurumlarında kullanılan tarifeler
- Konu ile ilgili deneyimli kişilerden alınan tarifeler

Standartlaştırılmış bir yemek sübjektif özellikleri yönünden beklenen düzeyde olmalı, besin değeri ve besin hijyeni yönünden korunmuş olmalı, tarifedeki potansiyel riskli besinler ve üretim aşamasındaki her bir kritik kontrol noktası belirtilmiş olmalıdır.

Standart tarife geliştirme aşamaları aşağıda belirtilmiştir:

1. Bu iş için gerekli kaynaklar toplanır.
2. Yemeğin pişirilmesi için gerekli optimum koşullar (besin, araç-gereç vb.) sağlanır
3. En az 10 porsiyonluk denemeler yapılır
4. Yemek konusunda deneyimli kişilerden kalite kontrol paneli oluşturulur.
5. Yemekler bu panel tarafından değerlendirilerek kalitesi onaylanana dek denenir
6. Kalitesi onaylanan ölçüler 2 katı alınarak çoğaltılır ve tekrar değerlendirilir ve standartlaştırılır. Toplu beslenme sistemlerinde tarifeler genellikle 100 porsiyon olarak standartlaştırılır, çoğaltma 100 porsiyon üzerinden yapılır.
7. Standart tarifeler kullanacak kişilerin kolay anlayabileceği şekilde ve standart bir formatta kartlara yazılır.

Standart tarife kartlarının ve özellikleri aşağıdaki gibi olmalıdır:

Tarifeler mutfak ortamından etkilenmeyecek ve plastikte kaplanmış kartlara o yemeği pişirecek kişinin kolay yararlanabileceği şekilde hazırlanır. Kartın ölçüleri genellikle 20x30 cm'dir. Aşağıdaki örnek standart tarifede kartın ön yüzünde bulunması gereken bilgiler gösterilmiştir. Kartın arka yüzünde ise yemeğin bir porsiyonunun besin değeri ve maliyeti yer almalıdır.

Şekil 4.2 : Örnek bir standart tarife

100 Porsiyon
Tarife adı: Yemek grubu:
Porsiyon ölçüsü: Toplam hazırlık süresi:
Porsiyon ölçü aracı: Toplam pişirme süresi:
Pişirildiği kap veya ocak: Total ağırlık:
İçindekiler
Miktar (net-kg , brüt-kg) Ortalama
ölçü (Ortaboy.kepçe vb) Yapılışı
Süre
Özel notlar:

4.5. Besin Satın Alma İlkeleri

Toplu beslenme sistemlerinde tüketicilerin günlük beslenme ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla yapılan yiyecek içeceklerle ilgili satın alma işlemleri büyük önem taşımaktadır. Satın almada temel amaç; mevcut bütçe olanakları ile en ekonomik ve en kaliteli besinlerin satın alınmasıdır. Günümüzde kurumların çoğunun içinde bulunduğu ekonomik durum göz önüne alındığında yemek maliyetlerinde önemli bir yer tutan ham maddelerin satın alınması ve büyük maliyetler getiren yemek ihaleleri deneyimli, bilgili uzman kadrolar tarafından yapılmalıdır.

Kamu kurumları, ceza infaz kurumları, devlet hastaneleri gibi resmi kurumlarda yapılan tüm satın alma işlemleri 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa göre yapılır. Satın alma işlemi, eksiltme usulü İhaleyle, ara alım ya da pazarlık yöntemi ile ya da AOC, EBK gibi resmi kuruluşlardan satın alma yöntemi ile yapılabilir. Satın alınacak gıda maddeleri Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış olmalıdır.

Uygun bir satın alma için dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Görevliler fiyat ve kalite konusunda yiyeceklerle ilgili yeterli bilgiye sahip olmalıdır.
- Fiyat değişiklikleri ve bunun kalite ile etkileşimi konusunda dikkatli olunmalıdır. Yiyecek fiyatları; Ticaret Odası, Tarım İl Müdürlükleri, Tüketici Bültenleri ve Belediyelerden sağlanabilir.
- Yiyeceklerin bol ve ucuz olduğu mevsim ve aylar iyi bilinmelidir.
- Satın almada kullanılacak belgeler hazırlanmalı ve yeterli nüshada düzenlenerek birinci nüshaları beslenme servisi bölümünde arşivlenmelidir.
- Kuruluşun depolarının sayısı ve kapasitesi göz önünde bulundurulmalıdır.

Satın alma süreci, önceden planlanmış olan menüler ve standart yemek tarifeleri kullanılarak alınacak malzemelerin miktarlarının belirlenmesi aşaması ile başlar. Bu süreç, tüm yiyeceklerin kalite kriterlerinin belirlendiği yiyecek spesifikasyonlarının (yiyecek teknik şartnameleri) hazırlanması, satıcı firmayla sözleşme yapılması (idari şartname), yiyecek siparişi, yiyeceğin kabulü ve teslim alınışı (kalite ve kantite kontrolü) ve yiyeceklerin mutfak ya da depolara taşınması işlemleri ile devam eder.

Satın alma sürecinde en önemli aşama teknik şartnamelerin hazırlanması aşamasıdır. Satın alınacak bir ürünün sahip olması gereken kalite standartlarını belirten belgeler; yani teknik şartnameler, satın alma komisyonu tarafından hazırlanmalıdır; Diyetisyenler bu komisyonun asil üyesidir. Teknik şartname hazırlanırken Gıda Kodeksi, TSE standartları, pazar, piyasa gözlemleri /bilgisi ve konu ile ilgili ticari gazete, bülten vb. yayınlardan yararlanılmalıdır. Teknik şartnamelerde genel olarak ürünün adı, kalite tanımı, standart gramajı, birim fiyatı, kalite kontrol yöntemleri yer alır.

4.5.1. Besin satınalmada kalite kriterleri

Yiyecekler satın alınırken önemli olan kalitedir. Genel olarak besinleri satın alırken dikkat edilecek özellikler aşağıda özetlenmiştir.

Besinleri satın alma ve teslim almada dikkat edilmesi gereken genel ilkeler şunlardır:

- Yiyecekler güvenilir kaynaklardan satın alınmalıdır.
- Potansiyel riskli besinler (et, balık, tavuk, süt vb.) 5 °C ve altında teslim alınmalı, sıcaklık ölçümleri için yemek termometresi kullanılmalıdır.
- Yiyeceklerin kuruluşu getiriliş biçimi uygun olmalı, ambalaj ve paketlerin temiz ve sağlam olmasına dikkat edilmelidir.
- Yiyecekler sağlam olmalı, ezik, çürük olmamalı, böcek, toz, çamur, küf vb. içermemelidir.
- Satın almada et, balık, tavuk gibi potansiyel riskli besinlerden herhangi bir sızıntı olmamalı ve bunlardan doğabilecek çapraz bulaşma kontrol altına alınmalıdır.
- Temizlik ve kalitesi onaylanmayan besinler geri gönderilmelidir.
- Dondurulmuş yiyecekler-18 °C ve daha altında teslim alınmalıdır.
- Yiyeceklerin kalitesi istenen düzeyde olmalı, bunun için her besinden beklenen kalite kriterleri önceden (teknik şartnameler) belirlenmiş olmalıdır.

Her çeşit yiyecek için kaliteyi etkileyen farklı özellikler vardır. Yiyecekler satın alınırken bu özelliklere uygun olanlar tercih edilmelidir. Aşağıda besin gruplarına göre yiyeceklerin satın alma kriterleri belirtilmiştir.

1. Süt ve türevleri

Süt satın alırken; pastörize olmasına, gözle görülür kirliliğin olmamasına, kaynatma ile hijyenik kalitesine bakılır ve tat yönünden kontrol edilir. Sütlerin getirildiği kapların paslanmaz çelikten yapılmış olması gerekir. İhtiyaca göre kuruma UHT süt alınacaksa, sütlerin ambalajlarının üzerinde üretici firmanın adı, adresi, varsa tescil edilmiş markası, sütün yağ oranı, gün, ay ve yıl olarak üretim ve son kullanma tarihleri kolayca okunabilir biçimde belirtilmiş olmasına dikkat edilmelidir.

Peynir satın alırken; peynirlerin pastörize sütten yapılmış olmasına,, tuzluluk derecesine, kendine has tat, lezzet ve kokuda olmasına ve taze peynir olmamasına (Brusella riski nedeniyle) dikkat edilmelidir. Peynirin yüzeyi kesildiği zaman görünüşünün kuru, çok çabuk dağılan özellikte olmamasına dikkat edilmeli, peynir kalıpları düzgün yapıda olmalıdır.

Yoğurt satın alırken, rengi, tadı, kıvamı ve görünüşünün doğal olmasına dikkat edilmelidir. Yoğurtlar kirlenmiş, küflenmiş, acımuş, kıvamı bozuk olmamalı ve yağsız kuru madde oranı 100 gramda en az 12 gram olmalıdır.

2. Et-yumurta ve kuru baklagiller

Et satın alırken; damgalı olmasına, denetimli, güvenilir yerden satın alınmasına, rengi, kokusu, elastikiyeti, kayganlık vb niteliklerine önem verilmelidir. Gövde halinde satın alınan etlerde özellikle but ve kolun eşit oranda olması (et randımanı yönünden) ve yağ oranı önemlidir. İyi kaliteli bir etin kesit yüzeyi mer-merimsi görünümde

olmalıdır. Potansiyel riskli bir besin olması nedeniyle etin satın alma sıcaklığı 5 °C ve altında olmalıdır. Etlerin getiriliş sıcaklığının yanı sıra, getirildiği araçların sıcaklığı ve getiren personelin temizliği de son derece önemlidir. Etler temiz bir fileye sarılı olarak getirilmelidir.

Tavuk satın almada aranan kalite kriterleri, tüm tavuk olması (1200-1250g), günlük kesim olması, göğüs kemiğinin kolay kırılması, kokusu, görünümü, büyüklüğü ve her birinin istenen büyüklükte olması, iç organlarının ve tüylerinin tamamen temizlenmiş olması, çürük, morarma ve ekşi koku bulunmamasıdır. Kurumun ihtiyacına göre parça tavuk eti alınacaksa, but ve göğüsler dolgun etli, butların ağırlıkları 250-300gr arasında olmalıdır.

Balık satın alırken; kokusuz, pulları parlak, sağlam ve deriye yapışmış; etlerinin sıkı, solungaçların parlak kırmızı, gözlerin parlak ve hafif kabarık, iç organların temizlenmiş, adale kısmının elastiki olmasına dikkat edilmelidir.

Yumurta satın alırken, kabuklarının temiz, kırık ve çatlaksız, kırılınca sarının bombeli olmasına, dağılmamasına, tuzlu suya atılınca dibe çökmesine (hava boşluğu arttıkça ağırlığı azalacak ve su üzerinde kalacaktır), içerisinde kan lekelerinin bulunmamasına ve getirildiği viollerin temiz olmasına dikkat edilmelidir.

Kuru baklağillerde, yeni ürün olması, taş, toprak olmaması, tanelerinin nemli, küflü olmaması, böcek yeniği bulunmaması, pişirme deneyinde tanelerin kolay ve eşit oranda pişmeleri gibi kriterlere bakılır. Tanelerdeki nem oranı %14'ü geçmemelidir.

3. Sebze ve meyveler

Genel olarak tüm sebzelerde kalite kriterleri, taze, çürümemiş, böcek yeniği, çamur, toz, toprak bulunmamasıdır. Yapısı düzgün, sağlam, sık dokulu olmalı, koflaşmamış, küflenmemiş olmalı, dış kısımları nemli/ıslak olmamalıdır. Sebzelerde fire miktarının az, verimin fazla olması nedeniyle orta büyüklükte olanları tercih edilmelidir. Örneğin, patates, havuç ve domateslerin her bir adedi 200g, kuru soğanın 300g olmalıdır. Ispanak, maydanoz marul gibi yeşil yapraklı sebzelerin, körpe görünüşlü olmasına, üzerlerinde gübre ve ilaç artıklarının, yabancı otların ve yapraklarında renk değişikliklerinin bulunmamasına özen gösterilmelidir.

Dondurulmuş sebze satın alırken , sıcaklığının -18 C'den daha düşük olması, ürünlerde yumuşama ve çözülme belirtisi (ambalaj içerisinde buz kristallerinin bulunması) olmaması, ambalaj üzerinde, ürünün cinsi, firma adı, adresi, ürünle ilgili barkod no'su üretim ve son kullanma tarihi, net ağırlığının bulunmasına dikkat edilmelidir.

Konservelerde, konserve ambalajının bombeli, ezik, delik, şeklinin bozuk olmamasına, konserve sebzelerde yiyecek oranına ve kalitesine bakılır. Konser-ve etiket bilgisindeki son kullanma tarihi ile dolun oranlarına (net, brüt ağırlık) dikkat edilmelidir.

Meyve satın alınırken genel olarak, sert, tok, temiz, hastaliksız, zararlılarca bozulmamış olmasına, çürüme ve leke belirtilerinin bulunmamasına dikkat edilmelidir. Eziklik, çürüklük ve küflenme olmamalıdır. Ayrıca, meyvelerde olgunluk derecesi için renk ve tadına bakılır. Meyvelerde büyüklük bir başka kalite kriteridir. Örneğin; elma, portakal, şeftalinin her bir adedi 200g, karpuzun ağırlığı da 3kg'dan az olmamalıdır.

4.Tahıl ve türevleri

Tahıllarda, nem oranının yüksek olmamasına, yeni ürün olmasına, küflenme, böceklenme, tanelerde kırılma, içerisinde toz.toprak, böcek bulunmamasına dikkat edilir. Makarna, pirinç, bulgur gibi tahıllarda pişirme kalitesi önemlidir. Örneğin makarna , %1 tuz içeren kaynar suya atılarak 20 dakika kaynatıldığında hepsinin pişmiş olması ve dağılmaması pişme kalitesinin iyi olduğunun bir göstergesidir.

Ekmek satın alınırken, dış görünümünün iyi pişmiş ve kabarmış, kendine has görünüşte ve kokuda, kabuk renk dağılımının olabildiğince homojen olmasına, basık ve yanık olmamasına dikkat edilmelidir. Ekmek kesildiği zaman iç kısmı süngerimsi yapıda, gözenekler mümkün olduğunca homojen olmalı, büyük ve düzensiz hava boşlukları bulunmamalı, hamur ve yapışkan, tadı da ekşi olmamalıdır.

5. Diğerleri

Reçel satın alınırken, reçelin rengi ve tadının meyvenin özelliklerine uygun olmasına, çöp, çekirdek, canlı ve cansız kurt, böcek ve haşere bulunmamasına dikkat edilmelidir. Her reçel tek tip meyveden yapılmalıdır. Şekerlenme ve ekşime olmamalıdır. Reçelin kıvamı ve tane oranı da önemlidir.

Zeytin satın alınırken; olgun taneli, küçük çekirdekli ve etli olmasına dikkat edilmelidir. İçinde acı, çürük, yumuşak, kurtlu, olgunlaşmamış taneler bulunmamalı, asit ya da başka bir madde ile acılığı giderilmemiş, sadece tuz ile salamura yapılmış, yeme olgunluğuna gelmiş olmalı, boyalı olmamalıdır. Ambalaj içindeki zeytinlerin çeşidi, sınıfı, grubu, tipi ve stili aynı olmalıdır.

Bitkisel yağlar kendine has koku, renk ve tatta olmalı, tortusuz, acılamış olmalı, bulunduğu teneke kutular düzgün, temiz, paslanmamış, bombe yapmamış ve ezilmemiş olmalıdır.

4.6. Besin Depolama İlkeleri

Besinlerin satın alındıktan sonra depolanmaları bozulmalarını ve zararlı hale gelmelerini önleme ve kontrolleri açısından büyük önem taşır. Toplu beslenme yapılan kuruluşlara alınan yiyecekler ne kadar kaliteli olursa olsun, uygun koşullar altında depolanmazsa özelliklerini kaybederler, bu durumda besin öğeleri kayıpları oluşur ve sağlığı bozucu hale gelebilir. Yiyecekler fiziksel (su kaybı, metabolik faaliyetler, zedelenmeler vb) ve biyolojik etkenler (bakteri, küf, maya, enzim vb.) nedeniyle bozulabilir. Besinin bozulmasında ısı ve nem çok önemli bir etkidir. Isının ve nemin denetimi besinlerin uygun depolarda korunması ile sağlanabilir. Mikroorganizma ve enzimler

belirli bir sıcaklık derecesinde faaliyet gösterdiklerinden yiyecekler soğuk yerde saklandığı takdirde tazeliklerini koruyabilirler.

Besinler depolanma özelliklerine göre iki gruba ayrılırlar:

- 1. Dayanıklı besinler:** Tahıl ve türevleri, kuru baklagiller, kuru meyve ve kuru yemişler, şeker, baharat, sirke, turşu, açılmamış salça ve konserveler, patates, soğan ve sarımsak, reçel, bal, marmelat.
- 2. Çabuk bozulan besinler:** Et, balık, tavuk, yumurta, süt ve türevleri, yağlar, soslar ve kremalar, kahve, açılmış salça ve konserveler, taze sebze ve meyveler, pişmiş artan ve zeytinyağlı yemekler.

Besinler dayanıklılarına göre kuru yada soğuk depolarda saklanır. Dayanıklı besinler kuru depolarda, çabuk bozulan besinler ise soğuk depolarda saklanır. Aşağıda genel olarak depolarda bulunması gereken fiziki koşullar verilmiştir.

Genel olarak depolarda bulunması gereken fiziki koşullar şunlardır:

Depolar binanın kuzey kısmında olmalı, sıcak mutfağa açılmamalı ve mal giriş ve hazırlık bölümlerine yakın bir yerde olmalıdır. Zemin uygun, dayanıklı, kaymayan kolay temizlenebilen malzemedan yapılmış olmalı, üzerinde çatlak, kırıklar bulunmamalı ve eğimi yeterli olmalıdır. Ağır malzemelerin ve taşıma arabalarının kolay girebilmesi için kapı eşiği ile zemin aynı hizada olmalıdır. Duvarlar girintisiz, çıkıntısız, kolay temizlenebilen özellikte ve mümkünse tavana kadar fayans olmalıdır. Duvar ve tavanlarda kırık çatlak bulunmamalıdır. Duvardan su ve buhar boruları geçmemeli, geçiyorsa en iyi şekilde izole edilmiş olmalıdır. Yeterli doğal ya da yapay havalandırma sağlanmalıdır. Doğal havalandırma yapılan depolarda kapı ve pencereler karşılıklı olmalı, uygun hava akımının sağlanabilmesi için kapı ve pencereler ızgaralı olmalıdır. Havalandırma doğal olarak sağlanamıyorsa, uygun ve yeterli bir havalandırma sistemi sağlanmalıdır. Depolarda çalışırken, stok rotasyonunun (ilk giren ilk çıkar-FIFO) sağlanabilmesi, temizlik ve bakımın en iyi şekilde gerçekleştirilebilmesi ve iş kazalarının önlenmesi için iyi bir aydınlatma gereklidir. İş biten bitmez ışıklar söndürülmeli ve depolar karanlık tutulmalıdır. Depolarda pencere varsa cam ışık geçirmeyen cinsten olmalıdır.

Farklı türde yiyeceklerin depolandığı kuru ve soğuk depoların özellikleri ve sanitasyon ilkeleri aşağıda belirtilmiştir.

I-Kuru depolama

Kuru gıda depoların özellikleri şunlardır:

- Kuru depoların sıcaklığı 10-15 °C arasında olmalı ve 20 °C'yi geçmemelidir.
- Kuru depoların nem oranı kontrol altında tutulmalı ve nem oranı % 50-60 civarında olmalıdır.Bu da ancak uygun bir havalandırma ile sağlanabilir.
- Sıcaklık ve nem kontrolü için çalışır termometre ve nem ölçer araç olmalı, depolarda sıcaklık günde en az 2 kez kontrol edilmelidir. Bunun için depoların dışından görülebilecek şekilde dijital termometreler kullanılmalı ve periyodik olarak kalibrasyonları yapılmalıdır.
- Depolara çok fazla yiyecek doldurulmamalı, yiyecekler raflara hava akımını engellemeyecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Yiyeceklerin depolarda ışığa maruz kalması bozulmalara ve besin değerinde kayıplara yol açar, bu nedenle kuru depolara gün ışığı girmesi önlenmelidir. Güneş ışığı alan camların koyu renk boya ile, ışık geçirmezliği sağlanmalıdır.
- Haşere ve kemirgen olması durumunda mücadele için etkin yöntemler denenmeli, yetkili kişilerden/kuruluşlardan yararlanılmalıdır.
- Depolarda ahşap malzemeler, raf vb. kullanılmamalıdır. Mümkünse sabit ve /ya da hareketli tipte poligom raflar kullanılmalıdır. Raf ve ranzalar paslanmaz metalden ve mümkünse hareketli olmalıdır. Raflar yerden 20-25 cm, duvardan ise 5 cm. uzaklıkta olmalı, sabit rafların arasındaki yükseklik 50 cm. olmalıdır.
- Gıdaların kullanım hızına göre yerleşimi yapılmalıdır. Depoya giren her yiyeceğin giriş tarihi kayıt edilmeli ve stok rotasyonu yöntemi uygulanmalıdır.
- Kokulu baharat vb. yiyeceklerin saklanabileceği paslanmaz metalden ağız kapalı baharatlık bulunmalıdır.
- Satın alınan malzemelerin getirildiği karton kolilerin birleşim yerleri haşarat bulundurma riski taşıdığından, gelen malzemeler depoya kolilerinden çıkarılmış olarak yerleştirilmelidir.
- Ağır çuvalların zeminden temasını kesecek şekilde,yerden 15-20 cm yükseklikte, paslanmaz metalden dayanıklı platform/lzgaralar olmalıdır. Yiyecekler asla zemine konulmamalıdır. Bu temizliği güçleştirdiği gibi, yiyeceklerin nemlenerek kirlenmesine ve bozulmasına yol açar.
- Konserve ürünler serin yerde (10-12 ° C) de, kuru koşullarda depolanmalıdır.
- Patates, soğan ve sarımsak 15-20 °C de 1-2 hafta saklanabilir. Muz da patates soğan deposunda saklanır. Çünkü muz soğuk depoda saklandığında kararır.
- Temizlik araçları ve deterjan gibi kimyasal malzemeler kesinlikle depolama alanlarında yer almamalı; bu tür malzemeler yiyecek alanlarından uzak bir yerde etiketlenerek depolanmalıdır.
- Depolar her zaman temiz ve hijyenik olmalı çevrede hiçbir yiyecek kırıntısı olmamalıdır.
- Kuru depoların temizliği günlük olarak yapılmalıdır. Zeminin günlük temizliğinde tercihen dezenfektan katkılı temizlik malzemesi kullanılmalıdır.Duvarlar ve rafların, gıdaları kontamine edebilecek bir kirliliğe ulaşmadığı sürece günlük olarak

temizlenmesine gerek yoktur. Ancak periyodik bir temizlik ve dezenfeksiyon planı yapılmalı ve bunun kesinlikle uygulanmasına özen gösterilmelidir. Burada önerilen temizleme sıklığı haftada ya da 15 günde bir temizlik ve dezenfeksiyon işleminin bir arada yapılmasıdır.

- Toplu beslenme yapılan kuruluşlarda en fazla artan yiyecek ekmektir. Ekmek uygun şekilde saklanmadığında bayatlar. Bu nedenlerle kuruluşa gelen ekmeklerin saklanacağı özel ekmek kutuları ya da naylon poşetler bulunmalıdır.

II-Soğuk depolama

Genel olarak toplu beslenme yapan kurumlarda olanaklar ölçüsünde bulunması gereken depo çeşitleri aşağıda verilmiştir:

1-Buzdolabı

2-Soğuk depolar

- Et soğuk deposu
- Süt,yoğurt soğuk deposu
- Sebze ,meyve soğuk deposu
- Yemek soğuk deposu
- Pasta soğuk

deposu

3. Derin dondurucu

Buzdolabı: Küçük kurumlarda dayanıksız yiyecekler için bir ticari buzdolabı kullanılabilir.Buzdolabında yiyecek depolamada stok rotasyon ilkesi geçerlidir. Buzdolabı sıcaklığı en fazla 4 °C olmalı ve kapısı kapalı tutulmalıdır. Sıcak yiyeceklerin sıcaklığı 10 °C ve daha aşağıya düşmeden buzdolabına konmamalıdır. Buzdolabı çok fazla doldurulmamalı .yiyeceklerin çevrelerinde soğuk havanın dolaşmasına izin verilmelidir.

Soğuk hava depolarının özellikleri şunlardır:

- Soğuk depolarda gerekli fiziki koşullar ve tesisatlar sağlanmış olmalı ve çok iyi izole edilmiş olmalıdır.
- Soğuk depo kapıları içerden de açılabilir nitelikte olmalı .depolar kısa sürede çıkılmayacaksa depo kapısı kapatılmalıdır. Zeminle kapı aynı hizada olmalıdır.
- Soğuk depolarda raf ve ranzalar, termometre, kancalı et arabaları vb. deponun özelliğine uygun nitelikte araçlar bulunmalıdır (Bkz. Konu: Toplu Beslenmede Mutfak Planlama ve Araç-Gereçler). Soğuk havanın gıdalara iyice nüfuz etmesi için rafların düz plakalar yerine, delikli ya da aralıklı bir yapıda olması gerekir.
- Sıcaklık ve nem kontrolü sağlanmalıdır. Nem oranı soğuk depolarda %75-95 olmalıdır. Soğuk depolarda sıcaklık ve nem ölçümü için termometre ve nem ölçer (higrometre) bulunmalı ve günde iki kez sıcaklık ve nemi kontrol edilmelidir.

- Depolarda nem ve sıcaklık kontrolü için iyi bir havalandırma sağlanmalıdır.
- Depolarda mümkünse tehlikeli sıcaklık değişimlerini belirten alarmlı bir sistem olmalıdır.
- Soğuk depolarda giriş ve çıkışlarda ısı kaybını önlemek için plastik paletler/hava perdesi kullanılmalıdır.
- Soğuk depo ve'veya buzdolaplarının iç kısımları bakımlı ve gözle görülür şekilde temiz ve hijyenik olmalıdır. Kolay temizlik yapılabilmesi ve akan suyun depolardan uzaklaştırabilmesi için depo önlerinde uygun eğimde ızgaralar bulunmalıdır. Soğuk hava depolarında saklanan gıdaların mikroorganizma yükü ve kontaminasyon riskinin çok fazla olmasından dolayı kuru depolardan farklı olarak çok sık ve detaylı bir sanitasyon işlemi gerekir.
- Kuru depolarda olduğu gibi, soğuk depolarda da gıdaların giriş tarihine göre bir rotasyon sistemi olmalıdır. İlk giren ilk çıkar prensibi uygulanmalıdır. Bunun için gelen yiyecekler etiketlenen ve depoya yerleştirme yöntemine dikkat edilmelidir.
- Depolarda çapraz bulaşmayı (hijyenik yiyeceklere besin olmayan ve bakteri içeren etmenlerden bakteri bulaşması) önleyici önlemler alınmalıdır.
- Soğuk depolarda tüm potansiyel riskli besinler (patojen mikroorganizmaların çoğalmasını destekleyen doğal ya da yapay besinler) 5°C yada altında, diğer yiyeceklerle temas etmeyecek şekilde saklanmalıdır. Çiğ et, tavuk gibi besinler, diğerlerinden ayrı tutulmalı, tavuk en altta olacak şekilde soğuk depoya yerleştirilmelidir.
- Yemek, kıyma, doğranmış et gibi yiyeceklerin üzerleri kapak, alüminyum folyo ve plastik film streçle kapalı olmalıdır.
- Yiyecekler zemine konmamalıdır.
- Soğuk depolara sıcak yiyecekler konmamalıdır.
- Raflardaki gıdalar düzenli ve duvar ile temas etmeyecek şekilde depolanmalıdır.

Soğuk depo tipleri:

Et soğuk deposu: Et soğuk deposunun sıcaklığı 0-2 °C olmalıdır. Etler gövdeler halinde depoya konuyorsa kancalı et arabaları ya da kancalı raflara asılır. Damlayan sıvıların akabileceği raf sistemi olan oluklu raflar et depoları için uygundur. Kıyma et deposuna derinliği en fazla 10 cm olan tepsiler içinde, üzeri kapalı olarak yerleştirilmelidir.

Süt-yoğurt-yumurta deposu: Bu depolarda margarin ve diğer yağlar da saklanabilir. Yağlar depoya kutularından çıkarılıp kendi ambalajı içinde yerleştirilmelidir. Sıcaklık bu depolarda 3-4 °C olmalıdır. Süt ve yoğurt kokuyu kolay absorbe ettiğinden depolarda mutlaka ağız sıkı kapalı güğümlerde saklanmalıdır. Yumurtalar viollerle gelmişse, o şekilde deponun içinde ayrı bir bölüme yerleştirilmelidir.

Sebze-meyve deposu: Sebze-meyve deposunda sebze ve meyveler dayanıklılık özelliklerine göre farklı derecelerde depolanmalıdır. Sandık ya da çuvalarla depolara gelen sebze ve meyveler ambalajlarından çıkarılmalı .ezilme ve bozulmaları önlemek için üst üste konmamalı varsa çürük ve ezik olanlar ayrılmalıdır. .

Sebze meyve soğuk deposunun sıcaklığı 4-7°C olmalıdır. Bu depolarda paslanmaz metalden poligom raflar bulunmalıdır. Depoya giren sebze ve meyvelerin ıslak, nemli ve çamurlu olmamasına dikkat edilmelidir. Çeşitli sebze ve meyvelerin taşınmasında kullanılan kasalar, mutfağa dış ortamdan kirlilik ve mikroorganizmalar taşıdığı için, depoya direkt olarak alınmamalı, yıkanabilir plastik kaplara aktarılmalıdır.

Yemek soğuk deposu: Bu depolarda zeytinyağlı yemek, komposto vb. soğuk servis edilmesi gereken yiyecekler ve artan yemekler saklanmalıdır. Bu depolarda sıcaklık 0-2 °C olmalı 4 °C yi geçmemelidir. Yemekler iyice soğutulmadan (10°C ve altı) bu depolara yerleştirilmemelidir. Yemekler depolara derinliği 10 cm olan sığ kaplarda, üzerleri kapatılmış olarak konmalıdır. Pişmiş yiyecekler mümkünse ayrı depolarda depolanmalı, bu mümkün değilse çiğ yiyeceklerle aynı yerde depolanırsa birbirleri ile temas etmeyecek şekilde ayrı ve ağzı kapalı olarak yerleştirilmelidir.

Pasta soğuk deposu: Bu deponun sıcaklığı 0-2 °C olmalıdır. Mümkünse pasta hazırlama bölümüne yakın olmalıdır.

3 nokta derin dondurucular: Derin dondurma dayanıksız besinlerin daha uzun süre saklanabilmesini sağlayan bir soğukta saklama yöntemidir, ancak burada unutulmaması gereken önemli bir nokta dondurma ile bakterilerin ölmediği, yalnızca üremelerinin durduğudur. Yiyecekler çözünür çözünmez bakteriler tekrar üremeye başlar. Derin dondurucunun sıcaklığının en az -18 °C olması gerekir.

4.7. Yiyecek Hazırlama ve Pişirme İlkeleri

Toplu beslenme hizmetlerinde yiyeceklerin hazırlanması ve pişirilmesi üretim aşamasıdır. Üretim aşaması yemek kalitesini etkileyen önemli bir aşamadır. Bir yemeğin kalitesi, o yemeğin görünüşü, lezzet, tat, sıcaklık vb. subjektif (duyusal) özellikleri, besin değeri ve hijyenik olması ile yakından ilgilidir. Besinlerin hazırlanması aşamasında uygulanması gereken önemli bazı kurallar vardır. Yiyecekler hazırlanırken, kesme, doğrama, dilimleme, karıştırma, süsleme, porsiyonlama gibi pek çok değişik işlemden geçer. Ayrıca yiyecekler hazırlama sırasında, yüzeyler, kaplar, makineler, ekipmanlar ve eller ile sürekli temas halindedir. Bu yüzden her bir aşamada çok dikkatli olunması gerekmektedir.

Yiyeceklerin hazırlanması sırasında pek çok hatalı işlem yapılmaktadır, bunların başında sebze ayıklama gelir. Öncelikle sebze ve meyvelerin toz, toprak ve ilaç kalıntılarını temizlenmeleri için iyi yıkanması gerekir. Kabuklu sebzeler soyulurken dikkat edilmediğinde sebzelerin önemli bir kısmı kabukla beraber atılır. Yaprak sebzelerin dış kısımlarının büyük oranda atılması, uçlarının derin kesilmesi ya da tamamen kesilip atılması en çok uygulanmakta olan yanlış hazırlama yöntemleridir.

Yiyeceklerin hazırlanması işlemlerindeki birçok tehlikeli noktadan biri soğuk yiyeceklerin hazırlanmasıdır. Soğuk yiyeceklerin hazırlanması genellikle oda sıcaklığında gerçekleşir. Soğuk yiyecekler sıklıkla çapraz bulaşma için risk taşır. Tavuklu salatalar, yumurtalı patates salatası vb. genellikle besin zehirlenmelerinin yaygın kaynaklarıdır. Hazırlanmış soğuk yiyeceklerin bekletme işlemi daima 4°C nin altında yapılmalıdır.

Pişirme sırasında uygun yöntemin seçilmesi tüketim kalitesini geliştirmek ve ekonomik açıdan önemlidir. Besinleri pişirmek için iç kısımlarına yeterli ısı transferi gereklidir. Besinlerin pişirilmesinin başlıca nedenleri sindirim ve tüketimi kolaylaştırmak, lezzeti arttırmak, tat, doku ve renk açısından daha cazip hale getirmek ve mikroorganizmaların etkisini engellemektir. Pişirme işlemleri sırasında çeşitli kimyasal ve fiziksel değişiklikler oluşur. Hazırlama ve pişirme için besinlere uygulanan işlemler, besleyici değerini artırır ya da azaltabilir

Bir besinin güvenliği besinin iç sıcaklığının yeterli yüksekliğe çıkması ile sağlanır ve bu şekilde besinde mevcut tehlikeli patojen (hastalık yapan) bakterilerin yok edilmesi sağlanır. Bir besinin pişirme esnasında yapısında, görünüşünde ve renginde meydana gelen değişiklikler, besinin tam olarak piştiğinin ve iç bölgelerde yeterli sıcaklığa ulaşıldığının güvenilir bir göstergesi değildir. Uygun sıcaklıkta ve yeterli sürede yapılan pişirme ile besinlerin zararlı hale gelmesi önlenir. Ancak bakteriler besinlerde toksin oluşturduysa bu besinlerin pişirme sıcaklığı yükseltile ve pişirme süresi uzatılsa bile, o besinin sağlık yönünden riskli olabileceği unutulmamalıdır.

Besinlerin pişirilmesinde dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

Etler: Etin çeşidine ve bağ dokusu içeriğine göre uygulanan pişirme yöntemi etin lezzetini artırır. Genelde bağ dokusu fazla olan etlerin sulu ısıda, az olanların ise kuru ısıda pişirilmesi gereklidir. Kuru ısıda pişen ette ısı yükseldikçe su kaybı artar ve kurur. Kuruluğu önlemek ve pişirmeyi tam olarak sağlamak için etler ortaya yakın ısıda uzunca süre pişirilmelidir. Etin iç kısmındaki ısı en az 75 °C ye ulaşmalıdır. Etin pişip pişmediği yemek termometresi ile ölçülür. Termometre kemikten uzak etin merkezi bir kısmına ya da en büyük kas içine batırılmalıdır. Çok yüksek ısı dış yüzeyin yanmasına ve su kaybının fazla olmasına yol açarak besin değeri kaybına neden olur. Hayvanın yaşına göre pişirme yöntemi uygulanır. Fırında yapılan rostolarda da orta sıcaklık derecesi kullanılmalıdır. Etler ızgara edilirken etle ateş arasındaki uzaklık eti yakmayacak .kömürleşme sağlamayacak şekilde ayarlanmalıdır aksi takdirde kanser yapıcı maddeler oluşur. Aynı nedenle etler çok yüksek sıcaklıkta uzun süre pişirilme-melidir. Kanatlı hayvan etlerin pişirilmesi kırmızı etler gibidir.

Balık: Balıkta bağlantı dokuları az olduğundan pişerken kolayca dağılır. Balıklar hafif ateşte kısa sürede pişirilmelidir. Genellikle yağlı balıklar ızgara ya da kendi suyu içinde (buğulama)pişirilir.yağı az balıklar ise yağda kızartılır. Kızartılırken dağılmayı önlemek için önce una bulanır sonra sıcak yağa konur.

Yumurta: Yumurta kabuklarından kolayca mikroorganizmalar geçtiği için kabukları yıkandıktan sonra kullanılmalı, özellikle akı iyi pişirilerek tüketilmelidir. Pişmemiş çiğ yumurta tüketilmemelidir. Isı etkisi ile yumurtada bazı değişiklikler olur.Yumurta proteinleri ısı ile katılaştır. Yumurta akı 60 °C de .sarısı da 70 °C de katılaştır. Normal katılaştırmış fakat fazla pişirilmemiş yumurtanın sindirimi kolaydır. Yumurta bayatsa ve uzun süre pişirilirse sarısının etrafında yeşil renkte demir-sülfür halkası oluşur. Bu nedenle taze yumurta tüketilmeli ve haşlama süresi katı yumurta için su kaynamaya başladıktan sonra 8-12 dakika ile sınırlandırılmalıdır. Kaynar sudan

çıkarılan yumurta soğuk suya konularak soğutulmalıdır. Yumurta bunun dışında değişik, örneğin yağa kırılarak ya da başka yiyeceklerle karışık olarak pişirilebilir.

Kuru baklagiller. Kuru baklagillerin sindirimini kolaylaştırması için uygun şekilde pişirilmesi gereklidir. Kuru baklagillerin pişirilmesinde yapılan bazı ön işlemler vardır; bunlardan biri ıslatma aşamasıdır. Kuru baklagiller oda ısısındaki suda 8- 24 saat ıslatılır. ıslatmada sıcak su kullanılırsa bu süre daha da kısalmır. ıslatılan taneler yumuşar ve dış zarları kolaylıkla çıkarılabilir. Sindirim sisteminde bir sorun olmadığında zarları ayırmak gerekmez. Kuru baklagillerde bulunan gaz yapıcı oligosakkaritlerin bir kısmı ıslatma suyuna geçtiğinden bu suyun dökülmesiyle gaz yapıcı özelliği azalır. Kırmızı ve sarı renkli mercimek kolay piştiğinden ıslatmaya gerek yoktur. Pişirme ile kuru baklagillerin sindirimi kolaylaşır. Pişirme ısısı 100 °C'nin üzerine çıktığı zaman proteinde kayıplar olur. Sulu ısıda pişirilen kuru baklagillerin pişirme suyu atılmazsa besin kaybı çok azdır. Pişme suyu atılırsa, B vitaminleri ve minerallerde kayıp olur. Bu nedenle pişme suları kesinlikle dökülmemelidir. Kuru baklagiller basınçlı tencerelerde daha kolay pişirilir.

Sür ve türevleri: Süt, genel olarak içme sütü şeklinde ya da yoğurt, peynir, çökelek haline getirilerek kullanılır. Süt proteinlerinden laktoalbumin ve lak-toglobulin normal pişirme sıcaklığı ile denatüre olur. Normal olarak sütün pişirilmesi sırasında ısı işlemi ile süt proteinlerinden kazein etkilenmez. Sütün az kaynatılması sütte bulunan mikropların tamamını öldürmez. Pişirme esnasında eklenen şeker ile sütün proteini birleşince protein kaybı olacağından sütlü tatlı yapımında ocaktan alınırken şekeri eklenmelidir. Sütün çok kaynatılması ise vitamin kaybına neden olur.

Sebze-meyveler. Sebze ve meyvelerin pişirilmesi aşamasında pek çok değişiklik göze çarpar. Sebze ve meyvelerde pişirme ile hücrelerde kırılmalar oluşur,normal yapı bozulur ve sebze , meyve yumuşar. Nişasta parçacıkları su çekerek şişer. Pişme ile yeşil renk kahverengiye döner. Sebzeleri pişirmeden hemen önce ve büyük parçalar halinde kesmek gerekir. Sebzelerde kesit yüzeyinin az olması ve kesit yüzeylerinin de hava ile temasının en aza İndirilmesi vitamin kaybını azaltır. Sebze ve meyvelerdeki pişirme kayıplarını önlemek ve en aza indirmek için sebze ve meyveler yeneceğine ya da pişirileceğine yakın kesilmeli ve hemen sıcak ortamla temas ettirilerek C vitamininin kaybına yol açan askorbik asit enzimi yok edilmelidir. Sebzeye yeterince su konmalı ya da susuz pişirilmelidir. Sebze ve meyveleri pişirirken tencerenin kapağı sık sık açılmamalıdır. Böylece buhar kaybı az olur ve pişme süresi kısalmır. Sebzelerin haşlama suyu kesinlikle dökülmemelidir. Dökülürse suda eriyen vitaminlerin büyük bir kısmı (vitamin C, B2, Folik asit vb.) suya geçtiği için besin değeri kaybı çok fazla olur. Sebzeler pişirilirken asla soda eklenmemelidir. Pişme sırasında eklenen soda sebzelere daha yeşil bir renk kazandırmakla birlikte bazı vitaminlerde kayıplara neden olur. Mümkün olduğunca kısa sürede pişirilmelidir. Patates mümkünse kabuğu içinde pişirilmeli ve sonra soyulmalıdır.

Tahıllar. Buğday en çok ekmek olarak tüketilir. Ekmekler, yüksek sıcaklıkta pişirildiği için dış yüzeylerinde bulunan proteinin serbest amin gurupları ile karbonhidratların aldehit gurupları arasında

kompleks oluşabilir. Bu durum nedeniyle ve aynı zamanda karbonhidratın karamelize olması ile ekmeğin yüzeyi kahverengi bir renk alır. Ekmeğin dış kısmının kızartılması görünüş olarak arzu edilir, ancak bu durumda elzem amino asitlerden lizin kaybı olur. Bu nedenle kabuğu normal düzeyde kızarmış ekmekler tercih edilir. Unun ve pirincin kavrulması da belirtilen nedenlerle arzu edilmeyen bir uygulamadır.

Yağlar: Yemeklere yağ doğrudan eklenmeli önceden yakılmamalıdır. Yağlar kızartmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Derin yağda kızartma kırıntıların az olması, besinin her tarafının düzgün şekilde kızarması ve besinin az yağ çekmesi nedeni ile daha uygundur. Bir sefer kızartma yapılmış yağın tekrar tekrar kullanılması doğru değildir. Derin yağda kızartmada kızartma için uygun yağın kullanılmasına, tavanın çok doldurulmamasına ve kızartma derecesinin ve süresinin uygun olmasına dikkat edilmelidir.

4.8. Yemeklerin Servis ve Dağıtım İşleri

Toplu beslenme yapılan kurumlarda yemek servisinin en önemli amaçlarından biri yemeğin tüketiciye sağlığı bozucu etmenlerden uzak bir biçimde sunulmasıdır. Servis; pişmiş ya da hazırlanmış yiyeceklerin mutfaktan tüketicinin önüne uygun araç - gereç ve uygun yöntemlerle iletilmesi ve sunulması işlemidir. Bir yemeğin hijyenik sunumunda servis yöntemi ve servisi yapan personelin hijyeni ve dikkati büyük önem taşır. Pişirme işlemi sonlandırıldığında bakteri kontrolü sağlansa bile yiyeceklerin servise kadar bekletilmesi aşamasında bekleme koşulları yetersiz ise, bakteri bulaşması ve üremesi yönünden tekrar bir tehlike söz konusudur. Bu yüzden servise hazır yiyeceklerin kontaminasyonunun önlenmesi çok önemlidir.

Toplu beslenme yapılan yerlerde kuruluşun özelliğine göre yemek servis yöntemleri farklılık gösterir. Bu tür yerlerde hızlı ve ekonomik olmasından dolayı çoğunlukla "self-servis" (kendine hizmet) yöntemi kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra, hastane, huzurevi, cezaevleri vb. kuruluşlarda merkezi mutfaktan yemekler uygun taşıma araçları ile tüketiciye ulaştırılmaktadır. Yiyecek ve içecekler en kolay biçimde bu şekilde sunulabilirler. Kafeterya servisi de self servis yöntemine bir örnektir. Birkaç tip kafeterya servisi olmakla beraber en çok kullanılanı "düz hat servis" tipidir. Bu servis tipinde tek bir uzunlamasına servis bankosu vardır. Bütün tüketiciler tek hat üzerinde hareket ederler. Hattın başında tepsiler, çatal, bıçak, kaşıklar vardır. Tüketiciler tepsilerini, yemek için gerekli olan çatal, bıçak, kaşıklarını, bardaklarını ve yemeklerini alarak yemek yemek için ayrılan masalarına geçerler. Servis bankosunun sonunda da ekmek servisi yapılır.

Güvenli servis ve yemek dağıtım aşamasında dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Servis sırasında yiyecekler uygun sıcaklıkta bekletilmelidir. Özellikle hazırlanmış yiyecekler "tehlikeli sıcaklık bölgesinde" tutulmamalıdır. Sıcak yemekler sıcak (60 "C'nin üstü) soğuk yemekler soğuk(5 "C'nin altı) servis edilmelidir. Bunun için gereken araç- gereç sağlanmalıdır (sıcak dolaplar, sıcak bankolar, sıcak arabalar, termo-portlar vb.)
- Sıcak bekletme ekipmanının sıcaklığını korumak ve çapraz bulaşmayı önlemek için kapak kullanılmalıdır .Bu aynı zamanda çapraz bulaşmayı önlemek için de gereklidir.

- Sıcak bekletme ekipmanının sıcaklığı her servis öncesinde kontrol edilmelidir. Tehlikeli sıcaklık bölgesinde iki saatten fazla bekleyen bir yemek, kullanılmadan atılmalıdır.
- Servis sırasında bekleyen yiyeceklerin içerisine kesinlikle pişmemiş ya da yeni yapılmış yiyecek eklenmemelidir
- Yiyeceklerin servisine başlamadan önce eller tercihen dezenfektanlı sabun ve sıcak su ile en az 20 saniye süreyle ovularak yıkanmalıdır.
- Besinle temas eden tüm kaplar ve yüzeyler temiz ve hijyenik olmalıdır.
- Servis sırasında yemek yada besinlere çıplak elle dokunulmamalı, servis araç gereçlerinden yararlanılmalı, yada tek kullanımlık (disposable) eldiven kullanılmalıdır.
- Servis edilirken besin ya da serviste kullanılan araç yere düştüğünde asla kullanılmamalıdır.
- Tabakların, bardakların ve kapların tüketicinin ağızına temas eden kısımlarına dokunulmamalı, tabaklar alttan yada kenarlarından tutulmalıdır. Besinlerin elle temasını engellemek için yemeğin konduğu kaplar fazla doldurulmamalıdır.
- Ellerde kesik, yara, bere varsa antiseptik merhem sürülmeli ve su geçirmeyen bandajla kapatılmalıdır. Mümkün olduğunca bu tür sorunu olan personel söz konusu durum geçene kadar beslenme servisi ile ilgisi olmayan geri hizmetlerde çalıştırılmalıdır.
- Servis sırasında temiz ve hijyenik olmayan bir yüzeye eldivenle dokunulduğunda eldiven değiştirilmelidir.
- Ekmek dağıtımında maşa ya da eldiven kullanılmalıdır.
- Besinle temasta bulunan tüm ekipmanlar yıkandıktan sonra dezenfekte edilmelidir.
- Servis sırasında temiz ve hijyenik uzun saplı kepçe ve kaşıklar kullanılmalıdır.
- Aksırma, öksürme durumlarında besini koruma amacıyla, servis elemanı maske takmalıdır.
- Mutfak araçları ve yiyeceklerle temas eden yüzeyleri silmek için kullanılan nemli bezler yada süngerler her zaman temiz olmalı, düzenli olarak dezenfekte edilmeli ve başka bir amaçla kullanılmamalıdır.
- Kirlenmiş servis takımları derhal servis alanından uzaklaştırılarak, tekrar kullanımı engellenmelidir.
- Çizilmiş, çatlak ve kırık tabak.bardak vb. kullanılmamalıdır.
- Yiyecek hazırlama ve servisinde kullanılan kepçe ve kaşıklarla yemeğin tadına bakılmamalıdır.
- Çalışma yüzeylerine oturulmamalı ve dayanılmamalıdır.
- Yiyeceği örtmek için bez kullanılmamalıdır.,Serviste kullanılan maşa, kepçe, servis kaşığı vb. araçlar saplarından tutulmalı , besinle temas eden yüzeylerine dokunulmamalıdır, kullanım sırasında bu araçlar sapları,kuru ve temiz olarak dışarıda kalacak şekilde ,besin yada yemeğin içinde tutulmalıdır.
- Serviste kullanılan baharatlık, tuzluk vb. gereçler temiz ve hijyenik olmalıdır.

4.9. Çöp ve Atıkların Kaldırılması ve Bulaşıkların Yıkaması

Gündelik tüketimden artan ve atılan atıklara **çöp** denir. Çöp ve atıklar zararlı mikroorganizmalar haşere ve kemirgenler için çok uygun ortamlardır. Bu nedenle çöpler besin, araç gereç, çalışma yüzeyleri ve insanlar için önemli bir bulaşma kaynağıdır. Toplu beslenme yapılan yerlerde çöpler genellikle yiyecek-içecek artıklarından oluşur ve besinlerin servis edildiği kurumlar için tehlike oluşturur. Buralarda çıkan çöpler genellikle besin olmayan kuru atıklar.kuru gıda atıkları ,pis kokan besin artıkları ,artık pişirme yağları vb.dir. Bunların en kısa sürede uygun yöntemlerle ortamdaki uzaklaştırılması gerekir.

Çöplerin mutfaktan uzaklaştırma yolları

Çöpler çöp bidonu.çöp öğütücüsü, kompaktör, çöp bacası ve çöp toplama odası aracılığı ile mutfaktan uzaklaştırılabilir.

Çöp öğütücüleri metal ve kumaş haricindeki her şeyi parçalayan elektrikli araçlardır ve öğütülen parçalar su ile dışarı atılır. Çöp öğütücüleri kesinlikle susuz kullanılmamalı ve imalatçı firmanın önerdiği spesifikasyonlara göre temizliği ve bakımı yapılmalıdır. Şartlar uygun olduğu takdirde mutfakta çöplerin en çok olduğu sebze hazırlama ve bulaşık yıkama alanlarında çöp öğütücülerinin kullanılması önerilmektedir.

Kompaktörler teneke, karton vb. çok yer kaplayan kuru atıkları presleyerek, önceki hacimlerinin 1/5 ine kadar küçülten araçlardır. Kompaktörler büyük miktarlardaki çöpün sıkıştırılmasında ve merkezi bir atık alanı olan kurumlarda kullanılır.

Çöp bacaları mutfaklar üst katlarda ise, çöplerin uzaklaştırmak için kullanılır. Bu yöntem çok kolay olmasına rağmen, bu yöntemde bacaların temizlenmesi .oluşan kötü kokuların yok edilmesi ve kemirgen kontrolü çok zordur.

Çöp toplama odası kuruluşa ait genel çöplerin biriktirildiği bir odadır. Yeterli büyüklükte ve kolay temizlenebilir olmalı, yiyecek ve içeceklerle uğraşılan alanlardan uzak, örneğin mutfak çıkışına yakın bir yerde bulunmalıdır. Çöp boşaltma işleminden sonra yıkayıp ilaçlanmalıdır.Çöp odalarına soğuk hava tertibatının yerleştirilmesi, çöplerin kokmasını önler ve haşere kontrolünün sağlanmasına yardımcı olur. Bu odanın sıcaklığının yaklaşık 10 °C olması sağlanmalıdır.

Çöp bidonları çöpleri uzaklaştırmanın en yaygın ve en basit yöntemidir. Kullanılan çöp bidonlarının uygun şekilde hizmet verebilmesi için bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Çöp bidonlarının sahip olması gereken nitelikler aşağıda belirtilmiştir:

- Çöp bidonları paslanmaz metal yada onaylanmış plastikten olmalıdır.
- Temizliğinin kolay yapılabilmesi için şekli silindirik olmalıdır.
- Kenarlarında kaldırmak için kulpu bulunmalıdır.
- Bidonun ağzı dibine göre daha geniş olmalıdır.
- Sızıntı yapmamalı ve su geçirmemelidir.

- Kolay temizlenebilmeli ve koku yapmamalıdır.
- Dayanıklı olmalı, haşere geçirmemelidir.
- Kapakları iyi kapanmalı ve pedalla açılmalıdır.
- Kötü kokuları absorbe etmemelidir.

Çöp bidonlarının temizlik ve bakımı:

Çöp bidonlarının temizlik ve bakımında aşağıda belirtilen noktalara dikkat edilmelidir:

- Günlük olarak çöpler boşaltıldıktan sonra, boşaltılan çöp kutularının içi ve dışı uzun saplı fırça ve tercihen dezenfektanlı sıcak deterjanlı su ile, bu iş için ayrılmış özel bir alanda yıkanmalıdır.
- Çöp bidonlarının yıkandığı alanda sıcak ve soğuk su bulunmalı ve suyun drenajı iyi olmalıdır.
- Yıkanan çöp bidonları ters çevrilerek kurumaya bırakılmalıdır ve kurutulduktan sonra içine naylon çöp poşeti geçirilmelidir.

Çöp toplama ve çöp atımında genel olarak dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Çöpler gelişigüzel yerlerde değil, bu iş için özel yapılmış çöp bidonlarında biriktirilmelidir.
- Çöpler mümkün olduğu kadar besinlerin hazırlandığı alanlardan uzakta tutulmalı, kokunun oluşmaması ve haşerelerin gelmemesi için, sık aralıklarla atılmalıdır.
- Çok fazla çöp birikiyorsa ya da çöpler uzun süre bekleyecekse içerdeki çöp toplama alanının soğutulması uygun olur.
- Çöpler tekerlekli çöp arabaları ile taşınmalıdır; ancak bu arabalar kesinlikle yiyecek maddelerinin taşınmasında kullanılmamalıdır.
- Haşere ve kemirgen sorununun önlenmesi için kirlenmiş olan çöp bidonlarının içten ve dıştan çok iyi temizlenmesi gereklidir.
- Dışarıdaki çöp toplama alanı temiz olmalı ve bakımı iyi yapılmalıdır. Çöp toplama alanlarının etrafı sağlam, içi kolay temizlenebilir materyalden yapılmış olmalı ve suyun akması için yeterli eğim verilmiş olmalıdır.
- Çöp kaplarının yıkanacağı alan sıcak ve soğuk su tesisatına sahip olmalı ancak bu alan yemek hazırlama ve depolama alanlarından uzakta ve kirlenmeye neden olmayacak, şekilde yapılmış olmalıdır.

4.9.1. Bulaşıkların yıkanması

Toplu beslenme sistemlerinde gerek mutfak içinde, gerekse servis sonrası kullanılan araç-gereçlerden kaynaklanan çeşitli bulaşıklar oluşur. Hijyeni sağlamada bulaşıkların da uygun yöntemlerle yıkanması gerekir. Bulaşık yıkamada aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir.

- Öncelikle bulaşık bardak, çatal.kaşık, tabak ve tepsiler ayrılmalıdır.
- Bütün bulaşıklar bir ön işlemten geçirilmelidir (Fırça ile kaba kirlerin uzaklaştırılması).

- Yüzeylerde sıyrılmayacak şekilde kurumuş yada yapışmış kirler varsa, ılık suda ıslatılmalıdır.
- Makineyle yıkamada, araç-gereçler uygun bir şekilde makinenin kasetlerine yerleştirilmelidir.
- Elle yıkamada üç bölmeli evyeler kullanılmalıdır.
- Evyelerin birinci bölümünde elin dayanabileceği sıcaklıkta (45-50 °C) deterjanlı su bulunmalı ve bu bölmedeki su kirlendikçe mutlaka değiştirilmelidir.
- Deterjanlı bölümde yıkama işlemi tamamlanan bulaşıklar ikinci evye-de, akan sıcak su altında iyice durulanmalıdır.
- Durulama işlemini uygun dezenfeksiyon işlemi izlemelidir. Dezenfeksiyon işlemi çok sıcak su ile (75 °C ve üzerinde), kimyasallarla ya da yüzeylere sıcak buhar püskürtmek yolu olmak üzere üç şekilde yapılabilir.
- Durulama gerektiren kimyasallarla dezenfeksiyon yapıldıysa dezenfeksiyon işleminden sonra kaplar tekrar durulanmalıdır.
- Yıkanan bulaşıkları kurulumla amacıyla bez kullanılmamalı, kurutma işlemi sıcak hava püskürterek yada temiz hava akımı olan ızgaralı temiz raflara kaplar ters çevirerek yapılmalıdır.
- Kuruyan kaplar ikinci bir kullanıma kadar temiz, hijyenik bir dolap ya da depoya toz almayacak şekilde yerleştirilmelidir.
- Mutfaklarda yiyeceklerle ilgili işlerde kullanılacak hortumlar yerle temas ettirilmemeli, duvara monteli ve otomatik sarma sistemi olan hortumlar tercih edilmelidir.

4.10. Toplu Beslenme Sistemlerinde Hijyen

Toplu beslenme yapılan kuruluşlarda tüketicilerin sağlığını korumak sistemin, en özen göstermesi gereken konulardan biridir. Çünkü yaşamımızı sürdürmek ve sağlığımızı korumak amacıyla tükettiğimiz besinler bazı durumlarda sağlığımıza zararlı hale gelebilir. Toplu beslenme hizmetlerinde küçük bir ihmâl yüzlerce hatta binlerce kişinin sağlığını bozarak, besin zehirlenmeleri ve ölümlere yol açabilir. Toplu beslenmede bu tür olumsuzlukların görülme sıklığı daha fazladır, çünkü toplu beslenmede ev koşullarının aksine çok fazla sayıda kişi için, fazla miktarlarda yiyecek pişirilmekte ve yemeklerin üretiminde tehlikeli birçok nokta bulunmaktadır. Tüm bu risklerin önlenmesi için özellikle toplu beslenme sistemlerinde hijyene önem verilmelidir.

Hijyen sağlığın korunması, hastalıkların ve insana geçebilecek zararlıların önlenmesi bilimdir. Hijyenle temizlik birbirine karıştırılmamalıdır. Temizlik ise, bir yüzey üzerindeki mekanik görünür kirlerin ortadan kaldırılması işlemidir. Temiz olan bir şey mutlaka hijyenik demek değildir. Ancak temiz olmayan bir ortam, bakterilerin üremesini kolaylaştırır ve temizlik, hijyenin ön koşuludur.

Yiyeceklerimizi sağlık bozucu duruma getiren etmenler ve bu etmenlerin nasıl ortadan kaldırılacağı bilinir ve gerekli önlemler alınırsa bu yönden oluşabilecek sorunlarla baş edilebilir.

Yiyeceklere birçok yolla (hava, su, toprak, insan, hayvan vb.) bakteri, küf, virüs, parazit ve kimyasallar karışabilir. Toplu beslenmede çoğunlukla sorun yaratan ve besin zehirlenmelerine yol açan etmen patojen bakterilerdir. Toplu beslenmede bakterileri kontrol altına alabilmek/hijyeni sağlayabilmek için bakterilerin özelliklerini bilmek gerekir. Besin zehirlenmelerine yol açan bakterilerin özellikleri aşağıda belirtilmiştir.

Bakteriler uygun ortamlarda çok hızlı ürerler. Bakteriler üremek için besin, nem, sıcaklık, uygun asitlik, oksijenli ya da oksijensiz ortama gerek duyarlar.

- **Besin** : Bakteriler besin olarak "Potansiyel riskli besinler" olarak adlandırılan protein ve nem içeriği yüksek olan et, balık, tavuk, yumurta, süt ve bunlardan yapılmış besinleri tercih ederler.
- **Sıcaklık** /Bakteriler üremek için belli sıcaklık aralığını tercih ederler. Besin zehirlenmesi yapan bakterilerin en iyi ürediği sıcaklık aralığı oda ve vücut sıcaklığıdır. (20-37 °C). Genel olarak patojen bakterilerin kolayca üreyebileceği sıcaklık aralığı 10-60 °C arasındadır. Bu sıcaklık aralığına "Tehlikeli Sıcaklık Aralığı" denir.
- **Asitlik** .Bakteriler, domates, turunçgiller vb. asitli besinlerde üreyemezler. Üremek için süt, yumurta vb. asitlik derecesi uygun olan ortamları tercih ederler.
- **Oksijen** : Bazı bakteriler oksijenli, bazıları da oksijensiz ortamlarda ürerler. İyi konserve edilmemiş yiyeceklerde üreyen bakteriler oksijensiz ortamda üreyebilen bakterilerdir.
- **Bulunduğu yerler:** Bakteriler her yerde bulunabilir. Mutfaklarda 1 cm²'lik çalışma yüzeyinde yüzlerce, aynı miktardaki domates kabuğunda binlerce, ellerde cm²'de 100-1000 adet, alında 10000 - 100000 adet, kafa derisinde 10 milyon adet, koltuk altında 10 milyon adet, burun salgısının gramında 10 milyon, dışkının gramında 1 milyar adet bakteri bulunur.
Patojen bakterilerin yukarıda belirtilen özellikleri dikkate alınarak yiyeceklere taşınması, bulaştırılması önlenmelidir.

4.10.1. Hijyenin sağlanması

Toplu beslenme hizmetlerinde hijyeni sağlayabilmek için bakterilerin kaynaklarını ve üreme koşullarını ortadan kaldırmak gerekir. Toplu beslenme sistemlerinde hijyeni sağlayabilmek için besin, bireysel/personel ve fiziksel alan, araç-gereç hijyenine dikkat edilmelidir.

1. Besin hijyeninin sağlanmasında dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Besinler güvenilir yerlerden satın alınmalıdır.
- Her türlü besin daha önceden hazırlanmış ve teknik şartnamede belirtilen kalite kriterlerine göre kontrol edilerek teslim alınmalıdır (Bkz. Konu: Toplu Beslenmede Mutfak Planlama ve Araç-Gereçler) Tüm potansiyel riskli besinler 5 °C ve altında, dondurulmuş besinler de -18 °C ve altında kabul edilmelidir.
- Hemen kullanılmayacak besinler tür ve raf ömürlerine göre uygun yöntemlerle depolanmalıdır (bkz. Konu: Toplu Beslenme Sistemlerinde Depolama İlkeleri)
- Çapraz bulaşmayı önlemek için çiğ yiyeceklerle pişmiş yiyeceklerin teması engellenmeli, et, sebze, hamurlu

yiyecekler ayrı tezgah/doğrama tahtalarında (farklı renklerle kodlanmış) hazırlanmalıdır.

- Çiğ ve potansiyel riskli besinleri hazırlarken kullanılan araç-gereçle-rin diğer besinlerle teması engellenmelidir. Hazırlığı uzun süren ve potansiyel riskli besinleri içeren karışımlar 5 °C ve altında bekletilmelidir. Gün boyu kullanılan kıyım makinesi ve et tahtaları en fazla 4 saatte bir temizlenip, dezenfekte edildikten sonra tekrar kullanılmalıdır. Kullanım bittiğinde de hemen temizlik ve hijyeni sağlanmalıdır.
- Dondurulmuş et, tavuk vb. besinler hacimlerine göre uygun bir süre önce soğuk depoda çözdürülmeli, bir kez çözdürülen besinler tekrar dondurulmamalıdır. Dondurulmuş besinlerin çözdürülmesi sırasında bakteriler çoğalmaya başladığından, özellikle 10 °C'nin altındaki soğuk ortamlarda (buzdolabı, soğuk depo vb.) ya da 21.1 °C 'lik akan su altında yapılmalıdır.
- Sebze ve meyveler akan bol su altında iyice yıkanmalı gerekirse uygun yöntemlerle dezenfekte edilmelidir.
- Besinleri pişirirken iç sıcaklığın optimum 70-75 °C'ye ulaşması sağlanmalıdır.
- Piştikten sonra hemen servis edilmeyecek yemekler uygun yöntemlerle (10 cm'lik sığ kaplarda hava akımı olan serin odalarda) kısa sürede soğutularak (20 °C) soğuk depolara kaldırılmalıdır.
- Pişmiş yemekler oda sıcaklığında 2 saatten fazla bekletilmemeli, en kısa sürede servis edilmelidir.
- Sıcak yemeklerin iç sıcaklıklarının servis sırasında 65 °C'nin altına inmemesi, soğuk yemeklerin de 10 °C'nin üzerine çıkmaması sağlanmalıdır.
- Yeniden ısıtmada, tüm yiyecekler iç sıcaklık en az 75 °C olacak şekilde en fazla 2 saat içinde ısıtılmalıdır.
- Pişen yemeklerde tat kontrolü hijyenik yöntemlerle yapılmalıdır. Bunun için ayrı bir çatal ya da kaşık kullanılır. Tat kontrolünde kullanılan kaşık yada çatal besine ya da yemeğe değdirilmemelidir.

2. Bireysel/Personel hijyenini sağlamada dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Yiyecek-içeceklerle uğraşan personelin işe girmeden önce sağlık kontrolleri yapılmalı, daha sonra da belirli aralıklarla (altı ayda bir) gerekli sağlık kontrolleri sağlanmalıdır.

- Hasta olan personel mutfakta çalıştırılmamalı, zorunlu hallerde iyileşene kadar yiyecek-içeceklerle ilgili olmayan alanlarda görevlendirilmelidir.
- Eller, her işin başlangıcında, çalışılan her tezgah değişiminde, her tuvalet çıkışında, çiğ yiyeceklerle temas ettikten sonra, kirli araç/gereçlere elledikten sonra, öksürüp aksırdıktan sonra, yemeklerin por-siyonlanması ve servisinden önce uygun yöntemlerle mutlaka yıkanmalıdır. Eldiven temiz ele giyilmelidir.
- Hijyenik el yıkama yöntemi uygulanmalı, bunun için eller çalışma istasyonlarına yakın, sadece el yıkama için ayrılmış lavabolarda yıkanmalıdır. Eller bilekler dahil olmak üzere sıcak sabunlu su ile parmak araları ovularak (20sn) iyice yıkanıp durulanmalı ve kağıt havlu ya da el kurutma aracı ile kurulmalıdır. Tırnaklar fırçalanmalı, kısa ve temiz olmalıdır.
- Ellerde yara, kesik, yanık varsa yiyeceklerle temas edilmemeli, su geçirmez bir yara bandı ile yara izole edilmelidir.
- Pişmiş yemeklerin porsiyonlanması ve servisinde tek kullanımlık eldiven kullanılmalı, yiyeceklerle temas eden yüzeylere el değdirilmemelidir.
- Vücut temizliğine önem verilmeli; işe başlamadan önce ve sonra olmak üzere günde iki kez duş alınmalıdır.
- Yiyeceklerle uğraşırken ağız-burun ve saçlara dokunmamalı, tükürülmemeli ve tat kontrollerinde ayrı bir tabak ve kaşık kullanılmalıdır.
- Yiyecek-içeceklerle ilgili alanlarda sakız çiğnememeli ve sigara içilmemelidir.
- Mutfak personelinin iş giysileri belli özellikleri taşımalı, en az iki takım olmalıdır, iş giysileri temiz, rahat, açık renkli olmalı, kolay temizlene-bilen bir kumaştan yapılmış olmalı, terletmeyen ve koruyucu nitelikteki iş giysileri sık sık yıkanıp, ütülenmeli, bunun için kurum tarafından gerekli olanaklar sağlanmalıdır.
- Ayaklarda kaymayan, terletmeyen ve su geçirmeyen ayakkabılar kullanılmalıdır.
- Saçlarda kep/bone olmalıdır.

3. Fiziksel alan /araç-gereç hijyenini sağlamada dikkat edilecek noktalar şunlardır:

- Mutfakların fiziksel yapısı standartlara uygun, kullanılan araç ve gereçler yeterli sayı ve nitelikte olmalıdır
- Mutfaktaki tesisatlar hijyeni sağlamada yeterli olmalıdır
- Yiyecek içeceklerle ilgili alanların ve araç-gereçlerin temizlik ve hijyeni uygun yöntemler ve aralıklarla yapılmalıdır. Genel temizlik her kirlenmede, her iş bitiminde ve ayrıntılı olarak da haftada bir uygun yöntemlerle sağlanmalıdır.

- Yukarıda belirtilen koşulların yanı sıra yiyecek içeceklerle ilgili tüm alanlarda haşere ve kemirici gibi zararlıların kontrol altına alınması gerekir. Bu tür zararlıların kirli ve yiyecek kırıntısı bulunan, nemli yerlerde barındığı ve çoğaldığı unutulmamalıdır. Böcek ve haşereler, diğer zararlılar en uygun yöntemlerle ve insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde yok edilmeli, fareler için kapan ya da bu iş için üretilen ultravi-yoleli araçlar kullanılmalıdır.

4.10.2. Hijyenin sağlanmasında HACCP yaklaşımı

HACCP Toplu Beslenme Sistemleri'nde hijyeni sağlayabilmek amacıyla geliştirilen İngilizce olarak "Hazard Analysis Critical Control Points" kelimelerinin baş harflerinden oluşturulan bir sistemdir. Türkçe olarak "Kritik Kontrol Noktalarında Tehlike Analizleri" anlamına gelmektedir.

HACCP, besin kaynaklı zehirlenmelerin önlenmesi ve kontrol altına alınması için besinlerin satın alınımından tüketime kadar tüm süreçlerde güvenli şekilde üretimi ve tüketimine yönelik koruyucu önlemleri içeren bir süreç kontrol yöntemidir. HACCP sisteminin toplu beslenmede uygulanabilmesi için bazı koşullar gerekmektedir. HACCP sistemi ön koşulların sağlanması ve uygulama olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilir.

Bu sistemde yerine getirilmesi gereken ön koşullar şunlardır:

- HACCP ekibinin kurulması
- Altyapı, tesisat, diğer fiziki koşullar ve araç-gereçlerin sağlanması
- Personelin eğitimi
- ISO9000 ve GMP gibi kalite sistemleri için gerekli bütün standartların oluşturulması

HACCP sisteminin toplu beslenme sistemlerinde işlerlik kazanabilmesi için ön koşullar tamamlandıktan sonra aşağıda belirtilen 7 temel uygulama ilkesi gerçekleştirilmelidir.

1. Hizmet kapsamına giren tüm potansiyel risklerin belirlenmesi.

2. Kritik kontrol noktalarının (CCP) saptanması, saptanan potansiyel riskli besinler için hizmetin her aşamasına yönelik kritik sınırların belirlenmesi.
3. CCP'leri karşılayan kritik sınırların ve kontrol kriterlerinin belirlenmesi.
4. CCP'lerin izlenebilmesi için gerekli sistemlerin kurulması.
5. Kritik sınırlar aşıldığında gerekli düzeltici faaliyetlerin yapılması.
6. Kayıt tutma.
7. Doğrulayıcı işlemler için prosedürlerin oluşturulması.

5. BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ

Adalet Bakanlığı Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük'te bulaşıcı hastalıklardan korunma ile ilgili şu hüküm yer almaktadır:

Madde... (1) Kurumda, 24/04/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzı-sıhha Kanunu'nun 57'nci maddesinde yazılı bulaşıcı hastalıklardan birisinin çıkması ya da çıkma şüphesinin varlığı ya da bu türden bir hastalık sebebiyle ölümün meydana geldiği şüphesinin varlığı hâlinde, durum ceza infaz kurumu tabibince kurumun en üst amirine bildirilir. Bu bildirim alınması üzerine kurum en üst amiri durumu gecikmeksizin ilgili mercilere bildirir.

(2) Hükümlünün, bir sağlık kuruluşu ya da ceza infaz kurumu tabibince yapılan muayene ve teşhisi sonucunda, 1593 sayılı Kanunun 103 üncü maddesinde sayılan zührevi hastalıklar ile HIV virüsü taşıdığı tespit edilmesi hâlinde, durum, ilgili mercilere yazıyla gizli olarak bildirilir. Ancak, bu hâlde de, kurum olanakları ölçüsünde ceza infaz kurumu tabibi, bunların ilk tedavilerini yapar ve hastalığın yayılmasını önleyici tedbirleri alır.

(3) Tedaviyi sağlayacak nitelikte özel bölümü bulunmayan kurumlardaki hükümlüler, derhâl tedavisinin yapılabileceği sağlık kuruluşuna sevk edilir. Kurum idaresi tarafından, hastalığın yayılmasına engel olmak için gerekli önlemler alınır.

Yukarıda belirtilen bu genel hükmün uygulanabilmesi için bazı ayrıntıların bilinmesi ve çeşitli bulaşıcı hastalıkların görülmesi durumunda hangi önlemlerin alınması gerektiğini bilmek gerekir.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü çalışmaları, hastalara götürülen bireysel bir hizmet olması yanı sıra, toplumun tümünü ilgilendiren toplumsal bir hizmettir. Yani, bir ceza infaz kurumunda bulaşıcı bir hastalık görüldüğünde, ceza infaz kurumunda bulunan mahkum, tutuklu ve çalışanların tümü risk altında demektir ve bu konuda alınacak önlemler de bu anlayış çerçevesinde olmalıdır. Söz konusu hastalıkların toplumun tümünü ilgilendirmesi nedeniyle, ülkedeki sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu olan Sağlık Bakanlığı konuyla ilgili genelgeler yayınlamakta ve kontrol programları yürütmektedir. Dolayısıyla, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili çalışmalarda, Sağlık Bakanlığı'nın politikasını ve uygulamalarını bilmek gerekir. Bu politikalar ve kararlar zaman zaman güncellenmektedir ve bu nedenle klasik tıp kitaplarından farklı olabilir.

Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması durumunda cezaevlerinde görevli hekim ve diğer sağlık personelinin bu hastalıkların kontrolü ile ilgili başlıca görevleri şunlardır:

1. Tanı ve tedavi
2. Bildirim
3. Tecrit (ayırma) ve dezenfeksiyon
4. Laboratuvar hizmetleri
5. Vektörlerin üremelerinin önlenmesi
6. Su ve besinlerin mikroorganizmalardan korunması
7. Paraziter hastalıklarla mücadele
8. Akut solunum yolu hastalıklarının kontrolü
9. İshalli hastalıkların kontrolü

10. Riskli mahkumların yeterli beslenmelerinin sağlanması
11. Aşılama
12. Muhtemel salgınlar için ilaç stoklama
13. Taşıyıcıları (portörleri) bulma ve tedavi etme
14. Salgın kontrolü, sürya dans işlemleri
15. Mahkumların, mahkum ailelerinin ve personelin eğitimi

5.1 Yasal Durum

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü bireysel olmanın ötesinde bir toplumsal hizmettir. Bütün toplumsal hizmetlerde olduğu gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolü da ulusal ve uluslararası düzeyde yasa, tüzük, yönetmelik ve genelgelerle düzenlenmiştir. Ülkemizde bulaşıcı hastalık kontrolü konusundaki belli başlı hukuksal düzenlemeler şunlardır:

5.1.1 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK)

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili temel yasa, 1930 yılında kabul edilmiş olan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur. Bu yasada, sağlık personeli yanı sıra diğer kamu görevlilerinin ve vatandaşların bulaşıcı hastalıkların kontrolündeki görev ve sorumlulukları açıklanmış ve sıtma, verem, trahom, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi bazı hastalıkların kontrolü hakkında özel hükümler yer almıştır.

Kanunun 3 üncü maddesinde Sağlık Bakanlığı'nın görevleri sıralanmıştır. Bu görevler arasında "hapishanelerin ahvali sıhhiyesine nezaret" görevi de yer almaktadır. Yani, bu yasaya göre Sağlık Bakanlığı cezaevlerindeki sağlık koşullarını denetlemekle görevlidir. Kanun'un 29-127 inci maddeleri "Salgın ve Sari Hastalıklarla Mücadele" başlığı altında, bulaşıcı hastalıkların kontrolünde alınması gereken hususları ayrıntılı biçimde açıklamaktadır. Yasada ceza infaz kurumları hakkında özel bir fasıl olmamakla birlikte kanundaki bütün hükümlerin, genel sağlığı ilgilendiren her yer ve topluma açık mekanlar için olduğu kadar ceza infaz kurumları için de geçerli olduğu açıktır.

5.1.2 Bildirimi zorunlu hastalıklar

UHK'nun 57 inci maddesinde görüldükleri zaman bildirilmeleri zorunlu olan hastalıklar sıralanmıştır. Bu maddede yer alan hastalıkları teşhis eden hekimlerin ya da bu hastalıklardan birinden şüphe eden kişilerin durumu resmi bir hekime bildirmeleri yasa gereğidir. Öte yandan, aynı kanunun 64 üncü maddesi, Sağlık Bakanlığı'na, 57 inci maddede sıralanan hastalıklara eklemeler yapabilme yetkisi tanımaktadır. Başka bir deyişle, 57 inci maddede yer alan hastalıklar azaltılamaz, fakat Bakanlığın kararı ile artırılabilir. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bu yasal dayanaktan hareketle 2004 yılında yayınladığı bir kitapla (22.10.2004 tarih ve 2004/129 sayılı genelge : Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuar Rehberi) hastalık bildirimlerinin nasıl yapılacağı hakkında ayrıntılı açıklamalar yapmıştır. (Ayrıca bkz.: 06.11.2004 tarih ve 25635 sayılı Resmi Gazete - Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında

Tebliğ; 24.02.2004 tarih ve 1534 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi; 30.05.2007 tarih ve 26537 sayılı Resmi Gazete - Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrol esasları Yönetmeliği)

Bu yayına göre belirlenen 51 bulaşıcı hastalığın bildirimleri başlıca üç bölümde ele alınmaktadır:

Grup A Hastalıklar (Tüm sağlık kuruluşlarından bildirim zorunlu hastalıklar)

- A01 AIDS
- A02 Akut kanlı ishal
- A03 Boğmaca
- A04 Bruselloz
- A05 Difteri
- A06 Gonore
- A07 HIV enfeksiyonu
- A08 Kabakulak
- A09 Kızamık
- A10 Kızamıkçık
- A11 Koler
- A12 Kuduz ve kuduz riskli temas
- A13 Meningokokkal hastalık
- A14 Neonatal tetanos
- A15 Poliyomyelit
- A16 Sıtma
- A17 Silitiz
- A18 Şarbon
- A19 Şark çıbanı (kutanöz leishmaniazis)
- A20 Tetanos
- A21 Tifo
- A22 Tüberküloz
- A23 Viral hepatitler (akut)

Yukarıda sıralanan A grubundaki hastalıkların bildirimleri, İlçelerde hizmet veren sağlık kuruluşları (tüm yataklı tedavi kuruluşları, serbest çalışan hekimler, poliklinikler, dispanserler, ceza infaz kurumu hekimlikleri vb) İlçe Grup Başkanlıklarına, il merkezinde hizmet veren sağlık kuruluşları ise, İl Sağlık Müdürlüklerine GÜNLÜK olarak form 014 ile bildirim yapacaklardır.

Grup B Hastalıklar (Uluslararası Bildirimi Zorunlu Hastalıklar)

- B01 Çiçek
- B02 Epidemik tifüs
- B03 Sarı humma
- B04 Veba

Yukarıda belirtilen dört hastalıktan birisi kesin olarak teşhis edildiğinde İVEDİ olarak (telefon, faks, ve birebir görüşülerek) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı'na bildirilmelidir. Teşhis kesin değil ise (olası tanı) bildirim İVEDİ olarak ve aynı yollarla İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılacaktır.

Grup C Hastalıklar (Sentinel Süryayans Kapsamında Bildirimi Yapılacak Hastalıklar) (Not: Bu hastalıkların bildirimleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen illerde, yataklı tedavi kuruluşları, enfeksiyon klinikleri tarafından yapılacaktır. Ceza infaz kurumu hekimliklerinin sorumluluğu, kuşkulu vakaları uygun bir ikinci basamak kuruluşu sevk etmekten ibarettir, bildirim yükümlülüğü yoktur.)

- C01 Akut hemorajik ateş sendromu
- C02 Creutzfeldt Jakob hastalığı (NVCJD)
- C03 Ekinokokoz
- C04 Haemophilus influenza tip B (HİB) menenjit
- C05 İnfluenza (Grip)
- C06 Kala-Azar (Visceral leishmaniasis)
- C07 Konjenital rubella
- C08 Lejyoner hastalığı
- C09 Lepra
- C10 Leptospiroz
- C11 Subakut sklerozan panensefalit (SSPE)
- C12 Şistozomiyaz (üriner)
- C13 Toksoplazmoz
- C14 Trahom
- C15 Tularemi

Grup D (Laboratuarlardan Bildirimi Zorunlu Enfeksiyon Etkenleri / Hastalıklar) (Ceza infaz kurumu hekimliklerinin bildirim zorunlulukları yoktur.)

- D01 Campylobacter jejuni / coli
- D02 Chlamydia trachomatis (CVBE etkeni olarak)
- D03 Cryptosporidium SP
- D04 Entamoeba histolytica (ampli dizanteri etkeni olarak)
- D05 Enterohemorajik E.Coli (EHEC)
- D06 Giardia intestinalis
- D07 Listeria monocytogenes
- D08 Salmonella SP (non-typhoidal salmonelloz etkeni olarak)
- D09 Shigella SP

(Not: Bulaşıcı olmamakla birlikte Sağlık Bakanlığı her türlü kanserin de bildirimini zorunlu yapmıştır.)

UHK hastalık bildirimi yapmakla yükümlü olan kişileri de açıklıkla belirtmiştir. Bu yasaya göre, hangi görevde olursa olsun (özel çalışanlar dahil) hekimler, bildirimi zorunlu bir hastalık tanısı koyduklarında bunu bildirmekle yükümlüdürler. Kamu kuruluşlarında çalışan hekimler bildirimlerini bir üst düzeydeki sağlık kurumuna

yapar. Ancak, cezaevlerinde il içinde bir üst sağlık kuruluşu olmadığından, bildirimler doğrudan ilçe sağlık grup başkanlığına ya da il sağlık müdürlüğüne yapılmalıdır. Özel çalışan hekimler, durumu en yakın sağlık kuruluşuna bildirmekle yükümlüdür.

Yasaya göre, hekimlerden başka diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire, sağlık memuru ve diğer sağlık personeli de hastalık bildirimini yapmakla yükümlüdür. Ayrıca, hapisane, okul, fabrika, imalathane, ticarethane, dernek, otel, pansiyon, han, hamam sahip ve çalıştırıcıları ya da müdürleri ile apartman kapıcıları, köy ihtiyar heyeti üyeleri ve muhtarlar, ölü yıkayıcılar, tabutlayıcılar, mesleği gereği hasta ile ilişkisi olanlar ve gemi kaptanları bulaşıcı bir hastalıktan kuşkulandıklarında durumu en yakın sağlık kuruluşuna iletmek zorundadırlar. Böyle bir durumda, bildirim yapılan sağlık kuruluşu hastayı ya da ölüyü muayene eder ve kesin tanıyı koyar. Kuşkulanan hastalık gerçekten varsa, bunu bir üst kuruma bildirir ve bu arada hastalıkla ilgili önlemleri alır.

Bulaşıcı hastalıkların saptanması konusunda hekimlere çok geniş yetkiler tanınmıştır. Bu konuda bütün devlet güçleri hekime yardımcı olmak durumundadır (UHK Md. 65). Hekimler bulaşıcı hastalığın saptanması ve hastanın iyileştirilmesi amacıyla hastanın evine girebilirler, kişi istemese de muayene edebilirler ve evde bulunup bulunmadığını araştırabilirler (UHK Md. 67). Hekim olmayan yerlerde aynı yetkiler sağlık memuruna verilmiştir. (UHK Md. 68). Hekim, bulaşıcı hastalıktan kuşkulandığında aile istemese de otopsi yapılmasını isteyebilir ya da yapabilir (UHK Md. 70).

5.2 Tanımlar

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü çalışmaları bir ekip işidir ve ekipteki her görevlinin bu çalışmalarla ilgili bazı ilkeleri ve kavramları bilmesi zorunludur.

5.2.1. Enfeksiyon ve enfeksiyon hastalığı

Bir çok organizma ya da helmint, hiç bir yakınmaya ya da klinik belirtiyeye neden olmadan insan ya da hayvan organizmasında yaşayabilir, gelişebilir ve çoğalabilir. Bu durumda "enfeksiyon"dan söz edilir. Bu mikroorganizmalar ya da helmintler üzerinde yaşadıkları canlıda yakınmalara ya da semptomlara (ateş, kusma, ishal vb) neden olursa, o zaman bir "enfeksiyon hastalığı"ndan söz edilir. Her enfekte kişi hasta değildir, fakat, her hasta kişi aynı zamanda enfektedir.

Enfeksiyon hastalıklarının ortak özelliklerin başında bulaşıcı olmaları gelir.

5.2.2. Enfeksiyon zinciri (Bulaşma zinciri)

Bir bulaşıcı hastalığın ortaya çıkması için üç şey gerekir:

- a. Kaynak
- b. Bulaşma yolu
- c. Sağlam kişi

Bu üçlüye "enfeksiyon zinciri" adı verilir.

Kaynak, enfeksiyon etkeninin barındığı, çoğaldığı ve etrafa yayıldığı yerdir. Örneğin, sıtma hastalığının kaynağı hasta kişilerdir; Tetanosun kaynağı topraktır; Brusellanın kaynağı hasta hayvanlardır.

Bulaşma yolu, hastalık etkeninin kaynaktan çıktıktan sonra sağlam kişiye hangi yolla ulaştığını (girdiğini) anlatır. Hastalıklar hava yoluyla, su ve gıdalarla, temasla, vektörlerle bulaşabilir. Örneğin, kızamık sağlam kişilere hava yoluyla (solunumla); kuduz, hasta hayvanların ısırılmaları ile (temas); kolera kontamine olmuş su ve gıdalarla ağızdan; sıtma vektörlerle (sivrisinek) bulaşır.

Bir bulaşıcı hastalığın toplumdaki kontrolünde temel ilke, üç halkadan oluşan enfeksiyon zincirinin en az bir halkasının kırılması ve böylece bulaşmanın engellenmesidir. Bu önlemler için şu örnekler verilebilir:

a. Sıtma hastalarının bulunup tedavi edilmeleri kaynağa yönelik bir önlemdir. Tedavi sonucunda sıtmalı hasta, yani hastalığın kaynağı kalmayacağı için enfeksiyon zincirinin bir halkası kopmuş olur.

b. Suların klorlanması (dezenfeksiyonu) kolera, tifo gibi hastalıkların su içindeki etkenlerini öldüreceğinden bu hastalıkların sağlam kişilere ulaşması önlenir. Suların dezenfeksiyonu, enfeksiyon zincirindeki bulaşma yolu halkasının kırılması anlamına gelir.

c. Sağlam kişiye yönelik önlemlerin başında aşılama gelir. Böylece, aşılanan kişi söz konusu hastalığa karşı direnç kazanacağından, hastalık etkeni vücuduna girse bile hastalık oluşmaz.

5.2.3. Salgın (Epidemi)

Bir toplumda ya da bölgede belirli bir hastalığın, içinde bulunulan mevsim ya da ayda normalde beklenen sayıdan daha fazla sayıdaki kişide görülmesine salgın denir. Salgın terimi, genellikle bulaşıcı hastalıklar için kullanılmakla birlikte, diğer hastalıklar için de kullanılır. Salgına karar verebilmek için geçmiş yıllarda aynı bölgede, aynı özellikteki toplumda ve aynı mevsimde görülmüş olan hasta sayısını bilmek gerekir. Ancak, o bölgede söz konusu olan hastalık uzun yıllardır görülmemiş ise tek bir vakanın görülmesi bile salgında alınması gereken önlemlerin alınmasına yeterlidir. Yani, ceza infaz kurumu gibi kapalı bir ortamda, herhangi bir bulaşıcı hastalığa yakalanmış bir tek hasta bile teşhis edilse, salgın olacağı varsayılarak gerekli önlemlerin alınması gerekir.

5.2.4. Filyasyon

Bir salgının başlamasına neden olan kaynağa "filyasyon" denir. Salgınlarda ilk kaynağın bulunması (filyasyon aranması) salgınların kontrol altına alınabilmesi için çok önemlidir. İlk kaynak bir hasta kişi olabileceği gibi kolaylıkla belirlenemeyen bir taşıyıcı (portör) da olabilir. Bu kaynak bulunmadığı sürece, hastalığın yayılması önlenemez.

5.3. Bulaşıcı Hastalık Çıkmadan Önce Alınacak Önlemler

Bulaşıcı hastalıkların kontrolündeki temel ilke, bu hastalıkların görülmesinin önlenmesidir. Ancak, her türlü önlemin alınmış olmasına karşın, elde olmayan nedenlerle bulaşıcı hastalıklar görülebilir. Bu dönemle alınacak önlemler ve hastalığın kontrolü, hastalık ortaya çıkmadan önce alınmış olan önlemlerin etkililiği ile yakından ilişkilidir.

Bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkmadan önce alınması gereken önlemlere koruyucu hekimlik kavramı açıklanırken değinilmişti. Söz konusu önlemler her toplumda olduğu gibi ceza infaz kurumlarında da uygulanmalıdır. Aşağıda belirtilen bu önlemler bu bölümde ve daha sonraki bölümlerde açıklanmıştır.

- Bireysel temizlik
- Ortam temizliği
- Bağışıklama
- İlaçla koruma
- Toplumdaki hastaların ve taşıyıcıların belirlenmesi
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Sağlık eğitimi.

5.3.1. Aşılama

Aşılama, bulaşıcı hastalıklardan korunmada uygulanan "birincil koruma" yöntemidir. Çocuklar başta olmak üzere her yaşta uygulanabilir. Her ülkede, hangi aşuların, kimlere, hangi yaşlarda ve ne zaman yapılacağı o ülkenin sağlık bakanlığı tarafından belirlenir. Türkiye'de de aşılama konusunda Sağlık Bakanlığı'nın genelgesi doğrultusunda hareket edilmesi gerekir. Söz konusu genelge, tıptaki gelişmeler ve ülkemizdeki hastalık durumları dikkate alınarak zaman zaman yenilenmektedir. Bu değişikliklerin izlenmesi gerekir.

5.3.1.1 Çocukların aşılama: Ceza infaz kurumlarında çocukların aşılama sıklıkla karşılaşılan bir durum değildir. Ancak, kadın mahkumlarla birlikte olan küçük çocukların aşılama gerekebilir. Ayrıca, ceza infaz kurumu hekimi, çocuk sahibi olan mahkumlara aşılama konusunda eğitim yapmak gereğini hissedebilir.

Sağlık Bakanlığı'nın genelgesi doğrultusunda çocukluk çağında

Tablo 5.1: Çocukluk Çağı Ulusal Aşı Takvimi (2010).

	Doğum da	Layın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	Cayın sonu	12. ay	18-24 ay	İlköğr etim 1.sınıf	İlköğr etim 8.sınıf
Hep-B	I	II			III				
BCG			I						
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R		
KPA			I	II	III	R			
KKK						I		R	
DaBT-İPA								R	
OPA					I		II		
Td									R

uygulanacak aşı çizelgesi aşağıda belirtilmiştir.

Hep-B: Hepatit B Aşısı

BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı

DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

DaBT-İPA: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanos Aşısı

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı OPA:

Oral polio aşısı R: Rapel (Pekiştirme)

1-6 yaş arasındaki olup hiç aşılanmamış çocuklara:

1. PPD testini yapınız.
2. 48-72 saat sonra testin sonucuna göre gerekiyorsa BCG aşısı yapınız(PPD testi yapma olanağı yoksa, çocuğun ya bir sağlık ocağına ya da verem savaş dispanserine gitmesini sağlayınız ya da bu kuruluşla görüşerek ona göre davranınız.) Birlikte DBT, çocuk felci ve kızamık aşılarını yapınız.
3. DBT ve çocuk felci aşılarının kalan iki dozunu birer ay ara ile yapınız.
4. Üçüncü doz DBT ve çocuk felci aşılarından 1 yıl sonra DBT ve çocuk felci aşılarının rapelini yapınız.

Hep-B: Hepatit B Aşısı

BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı

DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

DaBT-İPA: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanos Aşısı

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı OPA:

Oral polio aşısı R: Rapel (Pekiştirme)

1-6 yaş arasındaki olup hiç aşılanmamış çocuklara:

1. PPD testini yapınız.
2. 48-72 saat sonra testin sonucuna göre gerekiyorsa BCG aşısı yapınız(PPD testi yapma olanağı yoksa, çocuğun ya bir sağlık ocağına ya da verem savaş dispanserine gitmesini sağlayınız ya da bu kuruluşla görüşerek ona göre davranınız.) Birlikte DBT, çocuk felci ve kızamık aşılarını yapınız.
3. DBT ve çocuk felci aşılarının kalan iki dozunu birer ay ara ile yapınız.
4. Üçüncü doz DBT ve çocuk felci aşılarından 1 yıl sonra DBT ve çocuk felci aşılarının rapelini yapınız.

Tablo 5.2:1 Yaş Üstü Hiç Aşılınmamış Çocuklar için Aşılama Şeması

	12-71 ay (1-5 yaş)*	6-13 yaş	14 yaş ve üzeri
İlk karşılaşma	DaBT-İPA-Hib ¹ , Hep-B, KPA ² , ppd ile TCT	DaBT-İPA, Hep-B, KKK	Td, OPA, Hep-B, KKK
İlk karşılaşmadan 2 gün sonra	KKK, TCT sonucuna göre gerekiyorsa BCG	-	-
İlk karşılaşmadan 2 ay sonra ³	DaBT-İPA-Hib ya da DaBT-İPA, Hep-B, OPA, KPA ²	DaBT-İPA, OPA, Hep-B, KKK	Td, OPA, Hep-B, KKK
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	DaBT-İPA, Hep-B, OPA	DaBT-İPA, OPA, Hep-B	Td, Hep-B

* Çocukluk çağı aşılama takvimine okul aşılı ile devam edilecektir.

59 ayın üzerindeki çocuklara DaBT-İPA şeklinde uygulanmalıdır. 15-59 ay arası çocuklarda tek doz Hib yeterlidir.

Mayıs 2008 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır. 12-23 aylık çocuklara 8 hafta ara ile iki doz yapılmalıdır. 24 aydan büyük çocuklarda tek doz yeterlidir.

DaBT-İPA-Hib aşısının ilk dozunun 12-14 aylık iken uygulandığı çocuklara ikinci doz da DaBT-İPA-Hib şeklinde uygulanmalıdır.

1980 yılı ve sonrasında doğan çocukların büyük bölümüne erken çocukluk döneminde veya okul çağında tetanos aşısı uygulaması yapılmış ve bu çocukların bir kısmı erişkin çağa ulaşmıştır. 1980 den sonra doğan yetişkinlerin aşı kayıtlarının bulunması durumunda, uygun aralıklarla yapılmış en az 3 doz DBT/Td/TT, yetişkin çağında yapılmış 2 doz TT/Td dozu yerine sayılır ve aşı takvimine kalındığı yerden devam edilir. Primer immunizasyonu tamamlanmış erişkinlere 10 yılda bir rapel uygulanır.

6 yaşından büyük hiç aşılınmamış çocuklara:

1. PPD testini yapınız.
2. 48-72 saat sonra test negatif ise BCG aşısını yapınız. PPD testi yapma olanağı yoksa BCG aşısını yapınız. Birlikte DT, çocuk felci ve kızamık aşılarını yapınız. 10 yaşından büyük çocuklarda DT aşısı yerine TT aşısını yapınız. DT (9 yaşından büyükse TT), çocuk felci aşılarının kalan iki dozunu birer ay ara ile yapınız.
3. Üçüncü doz DT (ya da TT) ve çocuk felci aşılardan I yıl sonra DT (10 yaşından büyükse TT) ve çocuk felci aşılarının rapelini yapınız.

5.3.1.2. Erişkinlerin aşılması: Ülkemizde, gebelere uygulanacak tetanos aşılması dışında, henüz yaygın olarak uygulanan bir yetişkin aşı programı yoktur. Ancak, yetişkinlere uygulanabilecek bazı aşılar ithal edilmekte ve eczanelerde satılmaktadır. Ceza infaz kurumu hekimi, tıbbi bilgilerine göre, bu aşıları uygulayabilir. Fakat, tereddütlü durumlarda bir uzmana danışmak gerektiği akıldan çıkartılmamalıdır.

Başlıca yetişkin aşuları şunlardır:

Toksoidler : Tetanos, Difteri

Canlı virüs aşuları: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su çiçeği, Sarıhumma, Polio

İnaktive virüs aşuları: Hepatit A, Hepatit B, İnfluenza. Kuduz (Human diploid celi)

Canlı bakteri aşuları: BCG

İnaktive bakteri aşuları: Kolera, Hemophilus influenzae, Meningokok, Veba

Uygun aralıklarla uygulanan erişkin aşuları ile influenza, pnömokokal enfeksiyon, hepatit B, difteri, tetanos, kızamık, kızamıkçık ve kabakulağa bağlı morbidite ve morbidite önlenir. Erişkin aşuları primer seriler (hiç aşısızlarda), pekiştirme dozları ve periyodik dozlar şeklinde uygulanmaktadır. Uygulamalarda, toksoid (difteri, tetanos), canlı virüs aşuları (kızamık, kızamıkçık, kabakulak), inaktive virüs aşuları (influenza), inaktive viral partiküller (hepatit B) ve inaktive bakteriyel polisakkarit aşısı (pnömokok) kullanılmaktadır.

Her aşının uygulanmasına dair bilgiler kendi prospektüsünde yazılıdır. Yetişkinlere uygulanan aşuların çoğu intramusküler ya da subkutan olarak uygulanmaktadır. Tifonun (paraneteral) rapel dozu, kolera, koruyucu "human diploidcell" kuduz aşısı, intradermal enjeksiyon olarak uygulanır. Bu tür uygulamalarda enjeksiyonun subkutan olmamasına dikkat edilmelidir, çünkü, bu durumda aşının etkinliği azalır. Doğurganlık çağındaki (15-49 yaş) kadınların aşılama oranları önemle ele alınması gereken işlerdendir. Çünkü, ülkemizde, yeni-doğan tetanosu ve doğum sonrası annelerde ortaya çıkan tetanos vakaları, ne yazık ki görülmeye devam etmektedir. Gebelikte daha önce tetanosa karşı hiç aşılanmamış gebelere, gebeliğin 4. ayından itibaren 1 ay ara ile 2 kere tetanos aşısı uygulanır. Önceki gebeliğinde 2 doz tetanos aşısı uygulanan gebeye 1 doz tetanos aşısı uygulanır.

Tablo 5.3: Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanos Aşısı Takvimi

DOZ SAYISI	UYGULAMA ZAMANI	KORUMA SÜRESİ
Td 1	Gebeliğin 4. ayında - İlk karşılaşmada	Yok
Td2	Td 1 'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td4	Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td5	Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Hiç aşılanmamış gebelerin en az iki doz Td aşısı almaları sağlanmalıdır. İkinci doz doğumdan en az iki hafta önce tamamlanmalıdır. Yeterli süre sağla-namadıysa tek doz Td almış gebenin ve bebeğinin tetanos hastalığı açısından risk altında olduğu dikkate alınmalıdır. Temiz doğum şartlarının sağlanması ve bebeğin göbek bakımının doğru yapılması daha da önem kazanmaktadır.

Kayıtlı tetanos toksoid dozu olanlar: GBP kapsamında 1980 yılı ve sonrasında doğan kişilerin büyük bölümüne erken çocukluk döneminde veya okul çağında tetanos aşısı uygulaması yapılmış ve bu çocukların bir kısmı doğurganlık çağına ulaşmıştır. 1980'den sonra doğan kadınların aşı kayıtlarının bulunması durumunda, uygun aralıklarla yapılmış en az 3 doz DBT/Td/TT, doğurganlık çağına yapılmış 2 doz TT/Td dozu yerine sayılır ve aşı takvimine kalındığı yerden devam edilir.

Anneye yapılmış dozlar	Koruma süresi
Bir geçerli doz	Yok
İki geçerli doz (Td1 'den en az 4 hafta sonra)	Aşıdan 15 gün sonra başlayan, 3 yıllık koruma
Üç geçerli doz (Td2'den en az 6 ay sonra)	Aşıdan 15 gün sonra başlayan, 5 yıllık korunma
Dört geçerli doz (Td3'den en az 1 yıl sonra)	Aşıdan 15 gün sonra başlayan, 10 yıllık korunma
Beş geçerli doz (Td4'den en az 1 yıl sonra)	Doğurganlık çağı boyunca korunma

13.03.2009 Tarih ve 7941 Sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2009/174 kaynak olarak değerlendirilmelidir.

Türkiye için Erişkin Aşı Takvimi

Konu ile ilgili 6 uzmanlık derneği ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü temsilcilerinin katılımı ile oluşturulan Erişkin Aşılama Çalışma Grubu tarafından aşağıdaki tabloda önerilen aşılama şeması önerilmiş ve 19 Mart 2008 tarihli Bağışıklama Danışma Kurulu toplantısında uygun bulunmuştur. Erişkin bağışıklaması konusunda bir rehber kitabın hazırlanması konusunda ise çalışmalar devam etmektedir.

Tablo 5.4 : Normal ve Risk Grubu Erişkinlerdeki Aşılama Şeması

Aşı	18-49 yaş	50-64 yaş	65>yaş
Tetanos, difteri (Td) ¹			
Kızamık (K) / Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) ²³			
Hepatit B			
İnfluenza			
Pnömonok (polisakkarid) ⁴			
Hepatit A			
Suçiçeği ²			
Meningokok ⁵			

AUSSUM Immünitesi ve kontrendikasyonu olmayan tüm bireyleri kapsar. | Risk

AUSSUM faktörü olan ve kontrendikasyonu olmayan bireyleri kapsar.

¹ Tetanos aşısı için primer immünizasyonu tamamlamış kişilerdeki şemadır. ^Gebelikte kontrendikedir.

³ Bir ya da iki doz kızamık aşısı yapıldı ise bir doz KKK aşısı yapılır. İlk doz KKK aşısı olarak yapıldı ise 2. doz kızamık aşısı olarak yapılır. İki doz KKK aşısı yapıldı ise tekrar aşıya gerek yoktur.

"Beş yıl ara ile risk gruplarına yapılır (Her risk grubu özel olarak değerlendirilir).

^Koruyuculuk süresi 2 yıldır.

Risk Gruplarına Yönelik Aşı Uygulamaları

Hepatit B Risk Grubu Aşılama:

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan Hepatit B Kontrol Programı kapsamında, sağlık kurumlarına başvuruları durumunda aşağıda belirtilen risk gruplarına ücretsiz olarak aşı uygulaması yapılmaktadır.

- Hasta ve hasta çıkartıları ile teması bulunan tüm sağlık personeli,
- Sağlık çalışanlarının yetiştirildiği tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, sağlık meslek yüksekokulları vs. öğrencileri,
- Hemodiyaliz hastaları, Sık kan ve kan ürünü kullanmak zorunda kalanlar,
- Damar yoluyla uyuşturucu kullananlar,
- Hepatit B taşıyıcısı ile aile içi temaslılardan aşısız olanlar,
- Çok sayıda cinsel eşi olanlar ve para karşılığı cinsel ilişkide bulunanlar,
- Homoseksüeller,
- Hepatit B dışında kronik karaciğer hastalığı olanlar,
- Cezaevleri ve ıslahevlerinde olanlar,
- Endemik bölgelere seyahat edenler,
- Berberler-kuaförler, manikür-pedikürcüler
- Zihinsel özürli bakımevlerinde bulunanlar,
- Yetiştirme yurtlarında bulunan kişiler,
- İtfaiye personeli,
- Askerler (yüksek risk altındakiler),
- Polis memurları (yüksek risk altındakiler),
- Kazalarda ve afetlerde ilk yardım uygulayan kişiler.
-

Bu risk gruplarının dışında, hekimin yüksek risk nedeniyle aşı yapılmasını uygun bulduğu kişilere sağlık kuruluşlarında hepatit B aşısı uygulaması yapılmaktadır.

Pnömonokok ve Grip Aşılı:

Pnömonokok ve grip aşılı, 2007 yılı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği Madde 12.7.3.'e göre uygulanabilmektedir. Bu maddeye göre;

a. Grip aşılı için;

- 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin durumlarını belgelendirmeleri halinde rapor aranmaksızın;

- Astım dahil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünespresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay-18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit

tedavisi alan çocuk ve adölesanların hastalıklarını belirten sağlık raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildiğinde aşılardan bedelleri Kurumca yılda bir defaya mahsus olmak üzere ödenir.

b. Pnömonokok aşılı (polisakkarit) için;

- iki yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan olgular,

- orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünsupresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dâhil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılanma durumları,

- kronik renal hastalık ve nefrotik sendromu,
- kronik kalp hastalıkları,
- astım dâhil kronik akciğer hastalıkları,
- siroz dâhil kronik karaciğer hastalıkları,
- diabetes mellitus dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı,
- hemoglobinopati,

- doğuştan ve edinilmiş kraniyal defektler ve dermal sinüsler dâhil beyin omurilik sıvısı sızıntısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir bedelleri ödenir.

Ayrıca, 2005-2006 grip sezonundan bu yana, tüm sağlık çalışanlarının (kamu, üniversite) grip aşısı ile aşılanabilmesi için Bakanlığımız tarafından her yıl yaklaşık 200.000 doz grip aşısı alınmakta ve illere dağıtımı yapılmaktadır.

Asker Aşılamaları

Ülkemizdeki askerlik dönemindeki tüm erlere Td, kızamık ve menenjit aşılı uygulanmaktadır.

Seyahat Aşılamaları

Seyahat eden kişilerin yolculuk ettiği ülkedeki bulaşıcı hastalık riskine uygun olarak aşılanması, DSÖ'nün "International Travel and Health" Programı önerileri doğrultusunda Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'ne bağlı seyahat sağlığı birimlerinde uygulanmaktadır. Bu kapsamda, sarıhumma ve meningokok aşılılarının yapılması mecburi, diğer aşılıların yapılması ise isteğe bağlıdır. Ülkemizde rutin olarak hac ziyareti yapacak olan bireylere ülkeden ayrılmadan yaklaşık bir ay önce tetravalan ACVV135Y polisakkarit meningokok aşısı yapılmaktadır. Ayrıca bu hastalık için riskli olan immün yetmezlikli kişilere de meningokok aşısı uygulanmaktadır.

Ceza infaz kurumlarında yukarıda belirtilen aşılı dışında bir aşı yapılması genellikle gerekmez. Daha önceleri uygulanan ve salgınların önlenmesi amacıyla yönelik kolera, tifo, tifüs gibi

hastalıklara karşı aşılamalardan vazgeçilmiştir. Çünkü, bu aşuların koruyuculukları çok düşüktür. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda çiçek aşısının zorunlu olduğu yazılı olmakla birlikte, çiçek hastalığı 1978 yılında dünya genelinde eredike edildiğinden buyana çiçeğe karşı rutin aşılamaya yapılmamaktadır.

5.3.1.3. Aşı kontrendikasyonları:

Aşıların yapılmaması gereken durumlar çok nadirdir:

- Lösemi, lenfoma gibi kötü huylu (malign) hastalığı, hipogammaglobulinemi gibi immün yetmezlik hastalığı olanlara,
- Aktif tüberkülozlulara,
- Kortikosteroid, immüno supressif ilaçlar ya da radyoterapi alanlara,
- Hastanede yatarak tedaviyi gerektirecek düzeyde bronkopnömonisi, böbrek yetmezliği, metabolizma bozukluğu vb. sağlık sorunu olanlara, aşı uygulanmaz.
- Klinik AIDS vakalarına BCG aşısı uygulanmaz.
- DBT aşısı uygulamalarına bağlı konvülsiyon, anafilaktik reaksiyon hikayesi olanlara DBT aşısı uygulanmaz, bunun yerine aşılamaya boğmaca komponenti çıkartılarak pediatrik DT (Difteri-Tetanos) ile devam edilir.
- Dünya Sağlık Örgütü (VVHO)'nün bağışıklama politikasında ateş (38,5 dereceden düşük), üst solunum yolu enfeksiyonları, ishal, kötü beslenme (malnutrisyon) ve düşük doğum ağırlığı gibi durumlar aşılamaya karşı birer kontrendikasyon olarak kabul edilmemektedir.
- İshali olan çocuğa polio aşısı uygulanabilir, ancak 4 hafta sonra fazladan bir doz daha yapılır.
- 5 yaşın üzerindekiilere boğmaca aşısı, 9 yaşın üzerindekiilere difteri aşısı yapılamaz.

Tablo 5.5: Aşılama Kontrendikasyonları

Kontrendikasyon Durumu	Canlı Aşı	inaktive Aşı
Bir aşı komponentine karşı ağır alerji	Yapılmaz	Yapılmaz
İmmün yetmezlik (Lösemi, Lenfoma vb. malign hastalıklar, Hipogammaglobulinemi)	Yapılmaz	Yapılmaz
Gebelik	Yapılmaz	
Koortikosteroid, immunosupresiv radyoterapi alanlar	Yapılmaz	
Ağır hastalık (Hastanede yatacak kadar ağır bronkopnomoni, böbrek yetmezliği, metabolizma bozukluğu)	Yapılmaz	
Klinik AIDS vakaları	Yapılmaz	
Aktif tüberkülozular	BCG Yapılmaz	

Ayrıca bulaşıcı hastalıklar çıktıktan sonra alınacak önlemler kısmında bilgi alınabilecek kaynaklar kısmında kesinlikle Sağlık Bakanlığı teşkilatı yer almalıdır. Verem ve sıtma ile ilgili kısımlar Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı ve Sıtma Savaş Daire Başkanlığının görüşlerine sunulmalıdır.

5.3.1.4. Aşı sağlama: Türkiye'de aşı ve serumların sağlanmasından Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü sorumludur. Üretilen ve ithal edilen aşılarda ve serumlar, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı'nın soğuk depolarında saklanır. Ankara'dan soğuk taşıyıcılarla il merkezlerine ulaşan aşılarda, her ildeki sağlık müdürlüğüne bağlı depolarda saklanır ve il içinde aşı uygulanan birimlere dağıtılır. Aşı uygulanacak ceza infaz kurumlarındaki yetkililerin ihtiyaç duydukları aşılarda il sağlık müdürlüklerinden sağlamaları gerekir. Bunun için yazılı bir istek gerekir. Ancak, bu yapılmadan önce telefonla ya da başka yollarla müdürlükteki yetkililerle (aşı sorumlusu olabilir) görüşerek ildeki aşılama programını öğrenmekte yarar vardır. Çünkü, bazı dönemlerde, Sağlık Bakanlığı rutin aşılama yerine kampanyalar yürütmektedir. Kampanya dönemlerinde ceza infaz kurumlarının da programa dahil edilmesi sağlanmalıdır.

Eğer, ceza infaz kurumunda aşılacak kişi sayısı az ise, bu kişiler bölgedeki toplum sağlığı merkezine ya da ilgili aile hekimine gönderilerek ya da bu kuruluştaki yetkililerin ceza infaz kurumuna gelmeleri sağlanarak aşılanabilirler.

5.3.2. Bilinmeyen vakaların ve taşıyıcıların bulunması

Toplumda var olan enfekte kişilerin ya da hastaların tümü hekim tarafından bilinemez. Çünkü, hastalıklar bazılarında asemptomatiktir ve ne kişinin kendisi ne de sağlık kuruluşu hastalığın farkında olamaz.

Aynı şekilde, taşıyıcıların da bilinmesi mümkün olmayabilir. Bu durum bir buzdağına benzetilir. Nasıl ki, buzdağının asıl büyük parçası suyun altında ise, bazı hastalıklarda da bilinmeyen hastalar büyük bir bölümü oluşturabilir. Oysa, bir bulaşıcı hastalığın yayılmasında bilinmeyen bu vakalar ve taşıyıcılar önemli rol oynarlar. Örneğin, streptokok enfeksiyonu olanların çoğunun yakınmaları minimal düzeyde olduğundan sağlam kişi olarak bilinirler fakat, hastalığı yayarlar. O nedenle, hastalıkların kontrolünde, bu kişilerin bulunup tedavi edilmeleri önemlidir.

Gizli kalmış vakaların ve enfekte kişilerin aranıp bulunması için cezaevlerinde iki yol izlenebilir: a. Kitle taramaları, b. Taşıyıcı aranması.

5.3.2.1. Kitle taramaları: Sağlık düzeyi iyi bilinmeyen ve hastalandığında hekime başvurma alışkanlığı düşük olan toplumlarda kitle taramaları yapılabilir. Tüberküloz ve sıtma gibi toplumun tümünü etkileyen hastalıklar için ve insidans hızı düşük, fakat bulaşıcılığı yüksek olan streptokok anjini, kolera gibi hastalıklar için kitlesel taramalara başvurulabilir.

Bu durumda yapılması gereken, taranması düşünülen hastalığa uygun bir tarama yöntemine karar vermek, ceza infaz kurumundaki herkesi (mahkum ve çalışanlar) taramadan geçirmektir. Bu amaçla, il sağlık müdürlüğünden ya da bir uzman kuruluştan (verem dispanseri gibi) destek alınabilir. Kitle taramaları rutin bir işlem değildir, gerektiğinde yapılmalıdır. O nedenle, bir kitle taramasına karar verirken yeterli gerekçeye ve uzman görüşüne gerek duyulur.

Kitle taramalarında şu noktalara dikkat edilmelidir:

- a. Bir laboratuvarla ilişki kurulmalı ve tarama materyalinin (mikrobiyolojik kültür, akciğer grafisi, kan örneği vb) bu laboratuvarla muayenesi sağlanmalıdır.
- b. Enfeksiyon ya da hastalığı belirleyecek en uygun teknik belirlenmeli ve bu teknikte hangi özelliklere dikkat edilmesi gerektiği de bu laboratuvarın taramaya başlamadan önce öğrenilmelidir.
- c. Taranması gereken toplum iyi belirlenmelidir. Bu kişilerin sayısı, demografik özellikleri, özel konumları belirlenmelidir.
- d. Düzenli bir kayıt sistemi kurulmalıdır ve her taranan kişiye ait bilgiler kayıt edilmelidir.
- e. Tarama sonucu pozitif bulunan kişiler ya ceza infaz kurumunda tedaviye alınmalı ya da uygun bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.
- f. Kitle taraması aktif yapılan bir iştir, ancak, sıtma hastalığında olduğu gibi pasif olarak ta, yani yalnızca hekime başvuranların taranması biçiminde de yapılabilir.

5.3.2.2. Taşıyıcı aranması: Taşıyıcılar, hastalık etkenini taşıdıklarını bilmedikleri için çok tehlikelidirler. Ceza infaz kurumları açısından önem verilmesi gereken taşıyıcılar gıda işleri ile görevli olanlar ve mutfakta çalışan personel olabilir. Bu personel, tıpkı genel sağlık hizmetlerinde yapıldığı gibi, üç ayda bir muayene edilmeli, gaita, balgam ve ellerden kültür alınmalı, ayrıca yılda bir kez akciğer grafileri çekilmelidir.

Taşıyıcı oldukları belirlenen kişiler tedavi edilip taşıyıcılıkları sona ermeden gıda işleri ile ilgili bir alanda çalışmamaları sağlanmalıdır.

5.4. Bulaşıcı Hastalık Çıktıktan Sonra Alınacak Önlemler

Bulaşıcı bir hastalık görüldükten sonra yapılacak işler, hastalığa ve bulaşma yoluna göre farklıdır. Genel olarak yapılması gerekenler, hastaların bulunup tedavi edilmeleri ve bulaşmanın kontrol edilebilmesi amacıyla enfeksiyon zincirini kırmaya yönelik işlemlerdir. Ceza infaz kurumlarında görülebilecek bazı hastalıklarla ilgili bilgiler aşağıda açıklanmıştır. Burada yer almayan hastalıklar ortaya çıktığında ya da daha ayrıntılı bilgi edinilmesi için çeşitli kaynaklara ve özellikle şu kaynağa başvurulabilir: *Benenson, Abram S. (Ed.). (Çev. Akyol, Muzaffer), İnsanda Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü, Amerikan Halk Sağlığı Kurumu - 1981 Washington, Hatipoğlu Yayınevi, 1986, Ankara.*

5.4.1. Hava yoluyla bulaşan hastalıklar

Bu gruptaki hastalıkların çoğu virüslerin neden olduğu kızamık, su çiçeği, kabakulak gibi çocukluk dönemi hastalıkları ve üst solunum yolu hastalıklarıdır. Tüberküloz, difteri, boğmaca gibi hastalıklar ve streptokok, meningokok gibi bakteri hastalıkları ve bazı mantar hastalıkları da hava yoluyla bulaşır. Ayrıca, stafilokoklar, ruam, veba, bruselloz da bu yolla bulaşabilir.

Bu hastalıklar arasında ceza infaz kurumlarında sık görülen ve zaman zaman salgınlara neden olan hastalıkların başında çeşitli virüslerin ve bakterilerin yol açtığı üst solunum yolu hastalıkları gelir. Ülkemizde sık görülmesi nedeniyle tüberküloz kontrolünde da ceza infaz kurumu sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

Hava ile bulaşan hastalıklar özellikle soğuk mevsimlerde salgınlara neden olmakla birlikte, su epidemilerinde olduğu gibi vaka sayılarındaki artış ani ve çok sayıda olmaz. Su epidemilerinde vaka sayılarındaki artış patlama biçiminde olurken, hava epidemilerinde vaka sayısı daha yavaş artar. Fakat, hava ile bulaşan hastalıklar kalabalık ve sıkışık yaşamın olduğu ceza infaz kurumu, kışla, yatılı okul gibi yerlerde daha hızlı biçimde ve kısa zamanda yayılıp ciddi salgınlara yol açabilir. O nedenle, cezaevlerinde hava epidemileri konusunda uyanık olunması ve önlemlerin zaman geçirilmeden alınması gerekir.

Hava ile bulaşan hastalıklar için alınması gereken önlemler hastalığın türüne göre bazı farklılıklar göstermekle birlikte, genel olarak yapılması gerekenler şunlardır:

- Hastalığın kesin tanısının konulması esastır. Bu amaçla, düşünülen hastalığa özgü klinik ve laboratuvar incelemelerin yapılması gerekir.
- Virütik enfeksiyonlar kısa sürede çok sayıda kişiye yayıldığı için ayırım (izolasyon) uygulanması pratikte geçerli değildir. Bakteriye hastalıklar için ise, kesinlikle ayırım uygulanmalıdır. Meningokok enfeksiyonları, difteri, ruam, şarbon ve veba için ayırım katı olarak uygulanmalıdır. Bunun için, hastalar ya ceza infaz kurumunun revirindeki bir odada, ya da daha iyisi, bir hastanenin enfeksiyon hastalıkları biriminde bulaşıcı-lık dönemlerinin sonuna kadar izole edilmelidir. Hastaların çarşaf, yastık, havlu, elbise gibi eşyalarının dezenfeksiyonu da alınması gereken bir önlemdir. Streptokok enfeksiyonlarında bu tür katı uygulamalara gerek olmasa da, kemoterapi ile bulaştırıcılık sona erene kadar hastaların sağlıklı kişilerle teması önlenmelidir.
- Özellikle streptokok ve difteri için taşıyıcı aranması önemlidir. Bu amaçla, hastalarla aynı ortamı paylaşan tutuklu ve personelden boğaz kültürleri alınmalıdır. Taşıyıcı olanlar penisilin ya da eritromisin ile tedaviye alınmalıdır.
- Hava yolu ile bulaşan bir hastalık salgını çıktığında, koşullarda yaşayan kişi sayının azaltılması bir önlem olabilir. Çünkü, kişi başına düşen hava hacminin artırılması bulaşma riskini azaltır. Elbette, odaların ve koşulların havalandırılması da bu önleme ek olarak yapılması gereken bir işittir.

5.4.1.1. Verem kontrolü: Mahkumlar genellikle yüksek verem riski taşıyan gruptan gelirler; genç ve erişkin yaş grubundadırlar; sosyo-ekonomik düzeyleri genellikle düşüktür; alkol ve ilaç kullanımı, evsizlik, ruhsal bozukluklar söz konusu olabilir. Cezaevleri aynı zamanda veremin yayılmasını kolaylaştırır; hastalara tanı geç konulabilir; bulaştıran hastalar, sağlıklı olanlarla aynı koşullarda tutulabilir; tedaviler yetersiz kalabilir. Mahkumların tahliye olmaları, ceza infaz kurumu değiştirmeleri gibi nedenlerle tedavileri de düzenli olmayabilir. Kalabalık ortam ve havalandırmanın kötü oluşu da bulaşmada yardımcıdır. Bütün bu olumsuzluklar nedeniyle verem, cezaevlerinde toplumun en az 10 katı daha sık görülür.

Birçok ülkede ceza infaz kurumlarında bir sorun olan çok ilaca dirençli tüberküloz (ÇİD-TB), yani en az izoniyazid ve rifampisine dirençli verem, tedavisi güç ve tehlikeli bir hastalıktır. ÇİD-TB nedeniyle tedavinin başarısız kalması ve ölümler olabilir.

Ceza infaz kurumlarında yapılan DNA parmak izi (IS6110 genotiplemesi) yöntemi ile, basillerin büyük ölçüde bulaşma ile oluştuğu gösterilmiştir. Cezaevleri, verem basilinin yayıldığı ve birçok insanı hastalandırdığı bir ortam olmakta, ve buradan da, ceza infaz kurumu dışı topluma hasta kişilerin nakli ile basilin topluma yayılmasına neden olmaktadır.

Ceza infaz kurumu koşullarının düzeltilmesi, tüberküloz kontrolü açısından başlı başına anlamlı bir uygulamadır. Mahkumların verem hastalığı, semptomları, bulguları, bulaşması ve tedavisi konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir.

Ceza infaz kurumunda verem savaşı (tüberküloz kontrolü), toplumda yürütülen verem savaşı ile sistematik bir ilişki içinde olmalıdır. Günümüzde verem savaşı programı, verem hastalarına bakteriyolojik yöntemle tanı koymaya ve onları etkili bir şekilde, tedavi etmeye dayanır. İlaçların ücretsiz verilmesi, standart kısa süreli tedavi rejimi uygulanması ve ilaçların gözetimli verilmesi tedavi için esastır. Kayıtların tutulması ve verilerin değerlendirilmesi bu programın önemli bir unsurudur. DSÖ'nün "Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi (DGTS)" bu sayılan unsurlardan oluşmaktadır. Koruyucu ilaç tedavisi, BCG aşısı, bulaşmanın kontrolü gibi unsurlar, tanı ve tedaviden sonra gelmektedir.

Ceza infaz kurumunda da verem hastalarına erken tanı konulması, etkili ve sürekli bir rejimle başarıyla tedavi edilmeleri bu hastalığın kontrolünde en önemli uygulamalardır. Ceza infaz kurumuna girişte tarama yapılması ve ceza infaz kurumunda mahkumların sağlıklarını izleyen sürekli bir sistemin var olması, ceza infaz kurumunda periyodik tarama yapılması gereklidir.

Kendisi başvuran (semptomlu) hastalara tanı konulmasına "pasif sürve-yans / pasif olgu bulma" denilmektedir. Bu şekilde tanıyı, ceza infaz kurumu doktoru/revir çalışanları verem savaşı dispanseri ile işbirliği yaparak ya da hastanın sevk edildiği hastane koyar. Bunun için ceza infaz kurumunda sürekli, iyi işleyen bir sağlık hizmetinin varlığı önemlidir.

Ceza infaz kurumu gibi, hastalık saptanma oranı yüksek olan, yani, riskin yüksek olduğu yerlerde periyodik taramalarla "aktif sürveyans / aktif olgu bulma" çalışması da yapılması gereklidir. Ceza infaz kurumunda verem taramasını ise verem savaşı dispanseri, ceza infaz kurumu yönetimi ile birlikte yapar ya da yaptırır.

Tanı için, hastanın verem hastalığını düşündüren semptomları ve/veya film bulguları varsa, üç kez balgam yayması yapılarak mikroskopi ile basil aranır. Aynı zamanda verem için özel besi yerine ekim yapılır. Yayma pozitif bulunması tanı koydurucudur. Balgam incelemeleri ile basil gösterilemezse ve klinik belirtiler verem hastalığı ile uyumlu ise dispanser hastayı ayırıcı tanı olanakları olan bir hastaneye gönderir.

Mahkumlar, verem tanısı için, ceza infaz kurumuna girişte bir kez ve ceza infaz kurumunda en az yılda bir kez taranmalıdırlar. Taramalarda fazla hasta saptanırsa, daha sık aralıklarla tarama

yapılabilir. Taramada ceza infaz kurumu görevlilerinin de incelenmesi önerilir. Taramadan hemen önce, mahkumların listesi alınır. Bu listedeki bütün bireylere taramada ulaşmaya çalışılır. Mahkumların mikro-ya da standart filmleri çekilir, semptomları sorulur. Semptomu olanlar ya da filminde patolojisi olanlar daha ayrıntılı inceleme için dispansere sevk edilir. Dispanserde, klinik değerlendirme, iki yönlü akciğer filmi, üç balgam incelemesi yapılır. Verem tanısı konulursa tedavi verilir. Başka hastalık tanısı konulursa, o hastalığın tedavisi yapılır ya da hasta uygun bir hastaneye sevk edilir.

Ceza infaz kurumunda tanı konulan verem hastaları da standart şekilde o ilin sağlık müdürlüğüne bildirilir. Bildirim, tanının konulduğu gün ve tanıyı koyan/ tedaviyi başlatan hekim tarafından yapılır.

Tanı konulan hastalara en erken zamanda tedavi başlanması, doğru tedavi rejiminin seçilmesi, tedavinin sürdürülmesi ve sonlandırılması, verem savaşı dispanserinin görevidir. Bu amaçla, ceza infaz kurumu hekimi, verem savaşı dispanseri ile ilişki kurar. Tedavide, ülke genelinde uygulanan standart rejimler kullanılır. Ceza infaz kurumunun koşulları nedeniyle, hastalara tedavinin gözetimli içirilmesi kolaydır. Mutlaka her doz ilaç gözetimli olarak içirilmelidir; yani, hasta her gün bütün ilaçları bir görevlinin önünde içir ve ilaç içtiğinden emin olunur. Hastanın takibine ve tedavisinin sonlandırılmasına verem savaşı dispanseri karar verir; ceza infaz kurumu doktoru bu konuda dispanser hekimi ile işbirliği yapar. Hastaların kayıtları verem savaşı dispanserinde tutulur.

Tedavisi başarısız olan ya da dispanserde çözülemeyen sorunu olan hasta, verem için özelleşmiş bir merkeze (sanatoryum) sevk edilir.

Hastaların, bulaştırıcı oldukları dönemde koşullarından ayrılıp özel odalarda tutulmaları gerekir. Bulaştırıcılığın göstergesi, balgam yaymasında basil gösterilmesidir. Bu süre genellikle bir-iki aydır.

Bir mahkuma verem tanısı konulunca, semptomlarının olduğu son dönemde aynı koşuhta kalanlar da taranmalıdır. Bu taramalarda hastalık saptananlar tedavi edilir. Hastalık saptanmazsa, verem tanısı konulan hasta ile yakın temaslılar koruyucu tedavi açısından değerlendirilir. Bu konuda karar verirken, odanın büyüklüğü, hasta ile aradaki mesafe ve birlikte geçirilen süre dikkate alınır. Bu unsurları değerlendirerek, her bir durumda özel karar verilmelidir. En-dikasyon olan durumlarda koruyucu ilaç tedavisi uygulanır.

Ceza infaz kurumu değiştiren ya da tahliye olan mahkumların kayıtları, bir kopyası dispanserde saklanarak gittiği yerdeki verem savaşı dispanserine nakledilir. Verem hastasının başka kuruma ya da hastaneye naklinde de bulaşma ile ilgili konulara dikkat etmek gereklidir.

Türkiye'deki ceza infaz kurumlarında veremin kontrolü için, ülke genelinde uygulanan mevzuat yanında, bu konuda bakanlıklar arasında imzalanan bir protokol yasal dayanağı oluşturmaktadır. Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları arasında düzenlenen protokolün (Tarih: 26.12.2003, Sayı: 24106) 64. maddesi bu konu ile ilgilidir.

Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları Arasında Düzenlenen Protokol
(Tarih: 26.12.2003 Sayı: 24106)

HÜKÜMLÜ VE TUTUKLULARIN VEREM TARAMASINDAN GEÇİRİLMESİ:

Madde 64: Kapalı Ceza ve Tutukevlerindeki tüm hükümlü ve tutuklular, asgari yılda bir defa dispanser hekiminin uygun gördüğü metotla taranacak, ayrıca ceza ve tutukevine yeni gelen her hükümlünün muayene edilmesi sağlanacak; bunlardan tüberküloz teşhisi konulanlar ile muayeneleri sırasında tespit edilen şüpheliler, bölge verem savaş dispanserlerine sevk olunarak, tetkik ve tedavileri yapılacak, tüberkülozlu hükümlü ve tutukluların, dispanser hekiminin belirleyeceği süre içinde, diğer hükümlü ve tutuklulardan ayrı yerlerde (revir gibi) barınmaları temin edilecektir.

Özetle, ceza infaz kurumunda verem tanı ve tedavisinin ana noktaları şunlardır: Ceza infaz kurumunda **TB** tanısı

Bulaştıran olguları saptamak (Dispanserde mikroskopi, mümkünse kültür ve ilaç duyarlılık testi yapılabilmesi) Düzenli, nitelikli sağlık hizmeti

- Pasif sürveyans
- Ceza infaz kurumuna girişte tarama

Mahkumların belirli aralıklarla taranması (aktif sürveyans) TB tanısı alanların temaslılarının aktif taranması Ceza infaz kurumunda **TB** tedavisi İlaç ikmali

Doğru tedavi rejimi, doğru tedavi süresi

Tedavinin gözetimli uygulanması

Bulaştırıcı dönemde izolasyon

Tedavinin etkisinin izlenmesi, klinik ve bakteriyoloji

Tedaviyi tamamlamak

Hastalanma riski yüksek olanlara koruyucu

tedavi Tedavi sonucunun kaydı ve

raporlanması

5.4.2. Su ve besinlerle bulaşan hastalıklar

Tifo, paratifo, salmonellozis, dizanteriler, kolera, çocuk yaz ishalleri, sta-filokoksik gıda zehirlenmeleri, botulismus, askariasis, teniasis, giardiasis, viral hepatit, poliyomiyelitis bu grupta en sık rastlanan bakteriyel, paraziter ve virütik hastalıklardır. Özel durumlarda tüberküloz, şarbon, toksoplazma, brusellozis, streptokok enfeksiyonları da gıdalarla bulaşabilir. Bu hastalıkların genel özellikleri şunlardır:

1. Genellikle fekal-oral yolla bulaşır. Bu hastalıkların çoğu dışkı ve idrarla hastadan dışarıya atılır, bunlarla kontamine olan su ve besinlerin sağlam kişiler tarafından tüketilmesi sonucunda bu kişilere bulaşır.

2. Sıklıkla epidemilere ve pandemilere neden olurlar. Tek bir kaynaktan çıkıp kısa zamanda bir çok kişiyi enfekte edebildikleri için "patlama" şeklinde salgınlara yol açarlar. Su ile olan yayılmalarda bu özellik daha belirgindir. O nedenle bu tür salgınlara "su epidemisi" de denilir.
3. Endemik olma şansları fazladır. Belirli iklim koşullarını ve kötü hijyenik koşulları severler.
4. Bu hastalıkların görülmesi, o toplumdaki ekonomik ve toplumsal koşulların kötü olduğunun göstergesidir.
5. Yaz aylarında daha sık görülürler.
6. Bu hastalıkların kontrolünde en etkili yol, bulaşma yollarının kontrolü, yani su ve gıdaların sağlık koşullarına uygun olarak üretilmesi, taşınması, saklanması ve tüketilmesidir.

Yukarıda belirtilen hastalıklardan ceza ve tutuklarında en sık görülebilecek olanları ve kontrol yöntemleri tablo 7.4'de verilmiştir. Bu hastalıklar arasında besin zehirlenmesi, önemi nedeniyle daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

5.4.2.1. Besin zehirlenmesi: Besin zehirlenmesi, hastalık etkeninin bulaştığı (kirlendiği) yiyecek ya da su tüketimi ile alınan hastalıklar için kullanılan geniş kapsamlı bir deyimdir. Bu deyim kimyasal bulaşıcılar (ağır madenler vb), bakteri üremesi ile çıkan toksinler (stafilokoklar, colostridium botulinum) ve bazı mantarlar, midyeler, yılan balığı, uskumrugil balıklar ve öbür deniz besinleri gibi doğal besinlerdeki çeşitli organik maddelerden ileri gelen zehirlenmeler için kullanılır.

Besin zehirlenmelerinin en sık rastlanan nedeni stafilokok toksinleri ile kontamine olmuş yiyeceklerdir. Bu yiyecekler özellikle, besinle uğraşanların ellermelerinden sonra, pişirilmeden ya da yeterince ısıtılmadan yenilenlerdir. Örneğin, pastalar, kremalar, salata ve mayonezler, sandviçler, kıymalar ve konserveler dahil et ürünleri be sınıfa girerler. Bunlar yenmeden önce oda ısısında saatlerce bekletilirse toksin yapan (enfekte bir parmağın cerahatli akıntılarında, enfekte gözlerden, apselerden, akne biçimi yüz döküntülerinden, burun salgılarından ya da görünüşte normal deriden insan kaynaklı; bulaşık süt ya da süt ürünleri gibi sığır kaynaklı) stafilokoklar çoğalır ve toksin meydana getirirler. Yeterince işlenmemiş pastırma ve peynirlerde de toksin bulunabilir. Besinin yenilmesinden 1-6 saat sonra kişide besin zehirlenmesi belirtileri ortaya çıkar.

Besin zehirlenmesinin kontrolü için asıl yapılması gereken şey, koruyucu önlemlerdir. Bunun için,

1. Besileri mümkün olduğu kadar az ellemek gerekir; Çabuk bozulabile-cek yiyecekler düz kaplarda ve kapatılarak sıcak (60° C üzerinde) ya da soğuk (4° C) tutulmalıdır. Bu yiyecekler oda ısısında gereğinden fazla süre tutulmamalıdır.

2. Yiyeceklerle ilgili aşçı, garson, bulaşıkçı gibi personel iyileşinceye kadar mutfakta ya da yiyeceklerle ilgili işlerde çalıştırılmamalıdır.
3. Yiyeceklerle uğraşanların, kişisel temizlik, hastalıkların bulaşması, mutfak temizliği, yiyeceklerin saklanması, pişirilmesi gibi konularda eğitilmeleri gerekir. Bu kişiler üç ayda bir sağlık kontrolünden geçirilmelidir. Bu kontrollerde gaita kültürü ile taşıyıcılık taramasının yapılmasına özellikle dikkat edilmelidir.
4. Mutfak ve yemekhaneler sağlık koşullarına uygun olmalıdır.

Bütün çabalara karşın besin zehirlenmesi görülürse (salgın olursa) şu işler yapılmalıdır:

1. Vakalar muayene edilmeli, klinik belirtilerin besin zehirlenmesine uyup uymadığı araştırılmalı;
2. O sırada bulunan bütün yiyeceklere, buzdolabına konulmak üzere el konulmalı;
3. Kuluçka süresi tahmin edilerek hangi öğünde yenilen besinlerin salgının etkeni olabileceği tahmin edilmeli;
4. Yenmiş olan besinlerin tam listesi çıkartılmalı;
5. Bu gıdalardan yemeyenler belirlenmeli ve yiyenlerle yemeyenler arasındaki klinik benzerlikler ve farklılıklar belirlenmeli; Kuşkulu besinlerden yiyenler ve yemeyenlerdeki hastalanma hızları hesaplanmalı;
6. Laboratuar incelemesi için hastalardan kusmuk ve dışkı örnekleri alınmalı;
7. Hasta grupta olup ta en çok tüketilen besinler belirlenmeli ve bu besinlerden laboratuar İncelemesi için örnekler alınmalı;
8. Suçlanan besinin sağlanması, saklanması, hazırlanması, sofraya sunulması aşamaları hakkında ayrıntılı bilgi edinilmeli;
9. Soğutma sisteminin düzgün çalışıp çalışmadığı araştırılmalı;
10. Özellikle ellerinde deri enfeksiyonu olan aşçı, garson gibi personel araştırılmalı ve bu kişilerden deri kültürleri alınmalı;
11. Hastalar tedaviye alınmalı, gerekenler ikinci basamağa sevk edilmeli;
12. Alınan laboratuar örneklerinin sonuçlarına göre, salgının tekrarlamaması için gereken sağlık ve yönetsel önlemler alınmalı.

Tablo 1.6 : GIDALARLA GEÇEN BAZI HASTALIKLARIN BAŞLICA ÖZELLİKLERİ

Hastalık	Etken	Kuluçka dönemi, bulgu ve semptomlar	Kaynak ve epidemiyoloji	Bulaştığı gıdalar	Laboratuvar testleri	Önlemler
KOLERA	Vibrio Cholerae ve V. Cholerae'nın El.Tor bio tipi	1-5 gün. Ani başlayan, çok bol su gibi ishal (pirinç suyu gibi), kusma, hızlı dehidratasyon ve kollaps	Hastaların kusmuk ve dışkıları, taşıyıcıların dışkıları; kontamine sular ve gıdalar.	Pişmemiş sebze ve kabuklu deniz hayvanları; sağlık kurallarına uygun olmayan her türlü gıda.	Dışkı, şüpheli gıda, su.	Sanitasyon; suların dezenfeksiyonu; kişisel hijyen; gıdaların iyi pişirilmesi.; hastaların izolasyonu ve antibiyotik tedavisi.
SALMONELLOSIS	Salmonellanın bilinen 1300 serotipinden en az 50 si.	5-72 saat, genellikle 12-36 saat. Diyare, karın ağrısı, ateş, kusma, dehidratasyon, halsizlik, anoreksi, baş ağrısı.	Enfekte evcil ya da yabani hayvan ve insan dışkısı. Taşıyıcılık aylarca sürebilir.	Et, kümes hayvanları, yumurta vb gıdalar. Ayrıca, kurutulmuş Hindistan cevizi, maya, pamuk tohumu proteini, kurutulmuş balık, süttozu.	Şüpheli gıdadan, çevreden örnek, dışkı kültürü.	Gıdaları küçük partiler halinde hızla soğutmak, iyi pişirmek, yumurta mamulleri ve sütün pastörizasyonu, et ve kümes hayvanlarının sanitasyonu, bireysel hijyen, gıdaların kontaminasyonunun önlenmesi.
TIFO (Enterik ateş)	Salmonella thyphi	7-28 gün. Kanla yayılan enfeksiyon; baş ağrısı, devamlı yüksek ateş, öksürük, anoreksi, bulantı, kusma, kabızlık, yavaşlamış nabız, hassas ve gergin karın, splenomegali, göğüs ve karında taşrozeler, deliryum, bulanık hafıza,	Enfekte hastanın dışkı ve idrarı. Taşıyıcıların bazıları uzun süreli olabilir Su bulaşmada önemli rol oynar.	İyi pişirilmeden yenen gıdalar; çiğ salatalar, süt ve kabuklu deniz hayvanları.	Dışkı ve idrar, safra, safra taşları, hastalığın ilk dönemindeki kan, kemik iliği, şüpheli gıda ve içme suları.	immünizasyon, kişisel hijyen, taşıyıcıların kontrolü: Taşıyıcıları gıdalardan uzak tutmak, suların korunması, ilaçlanması, lağım sularının kontrolü, sinek mücadelesi, gıda hijyeni.

		ishal, bağırsakta kanama (kanlı dışkı). Semptomlar uzun sürelidir (1-8 hafta)				
PARATİFO (Enterik ateş)	Salmonella paratyphi A, B, C.	1-15 gün. Semptomları tifoya benzer, fakat daha kısa sürelidir (1-3 hafta)	Enfekte kişinin dışkı ve idrarı. Bulaşmada taşıyıcılar önemli rol oynar.	Süt, yumurta, kabuklu deniz hayvanları, çiğ salatalar.	Dışkı, idrar, kan ve şüpheli gıdalar.	Tifo ile aynıdır. Aşılmanın değeri yoktur.
ŞİGELLOZİS (Basilli dizanteri)	Shigella flexneri, Shigella boydii, Shigella sonnei	7-48 saat ya da daha uzun. Ortalama 24-48 saat. Abdominal kramplar, ishal, sulu ve sıklıkla kanlı, müküslü ve irinli dışkı, tenesmus, ateş, titreme, baş ağrısı, yorgunluk, bulantı, dehidratasyon.	Enfekte kişinin dışkı. Bulaşma insandan insana. Gıda ve sulardan da bulaşır.	Yaş gıdalar, süt, fasulye, patates, karides, hindi, ton balığı, salatalar ve makarnalar.	Dışkı ve şüpheli gıdalar.	Kişisel hijyen, gıdaların küçük parçalar halinde dondurulması, sanitasyon, iyi pişirme, suların kontrolü ve klorlanması, lağım kontrolü, sinek mücadelesi.
AMOEBİAZİS (Amipli dizanteri)	Entamoeba histolytica	5 günden bir kaç aya kadar. Abdominal rahatsızlık, ishal, kabızlık, dışkıda kan ve müküs, distansiyon, baş ağrısı, uyuklama, ülserler. Kan yoluyla yayılma sonucu organ enfeksiyonları ve absesleri. Pek çok enfeksiyon asemptomatiktir.	Kist ihtiva eden insan dışkısı. Asıl bulaşma kişisel temas ile. Tropikal bölgelerde yaygındır.	Çiğ sebzeler, meyveler.	Dışkı, lezyonların eksüdası, ülserlerden aspire edilmiş materyel. Mikroskopi (vegetatif kist formları), seroloji.	Kişisel hijyen (özellikle gıda işçilerinde), gıdaların pişirilmesi, su hijyeni, sinek mücadelesi, insan atıklarının gübre olarak kullanılmaması.

STAFILAKOKSİK TOKSİKASYON (Besin zehirlenmesi)	Stafilokokus aureus'un A,B,C,D,E ve F enterotoksini	1-7 saat, genellikle 2-4 saat. Ani başlayan bulantı, kusma, taşikardi, ishal, abdominal kramplar, dehidratasyon, halsizlik. Ateş genellikle yükselmez. Hastalık süresi 1-2 günü geçmez.	Boğaz ve burun akıntıları; ellerde ve deride enfekte yaralar, çıban, sivilce, dışkı. İnsanda rezervuar burun delikleridir. Koyun ve ineklerdeki mastid. Artritlik ve çürük kümes hayvanları dokusu.	Et, balık, kümes hayvanı ihtiva eden mamuller, krema, süt, peynir, salça, pudingler, yüksek değerli proteinli gıdalar.	Şüpheli gıda, kusmuk, dışkı. Nazal akıntı, enfekte yaradan alınan örnek.	Gıdaları küçük parçalar halinde dondurma. Kişisel hijyen, hasta kişiyi işten uzaklaştırmak, gıdaları tam pişirme, tekrar ısıtma (Pastörizasyon organizmayı harap eder, fakat, endotoksini etkilemez.
BOTULİZM	Clostridium botulinum'un A,B,E,F toksinleri.	2 saat-6 gün, genellikle 12-36 saat. Erken oluşan bulantı, kusma, göğüs ve karın ağrısı. Baş ağrısı, çift görme, ışık refleksi kaybı, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu, zayıflık, ishal ya da kabızlık, solunum güçlüğü, solunum felci, 6-8 ay devam edebilen kısmi felç. Bilinç genellikle açıktır. Letalite hızı %50-65 olup ölüm 3-10 günler arasında olur.	Toprak, çamur, su ve hayvanların bağırsakları.	İyi sterilize edilmeden konserve edilmiş fasulye, mısır, pancar, kuşkonmaz, biber, mantar, enginar, incir, zeytin, ton balığı, fermente gıdalar.	Şüpheli gıdalar, kan serumu, mide ve bağırsak muhtevası. Nekropsik doku (Karaciğer, kalın bağırsak)	Konserve kutularının basınç altında yüksek ısıda ve yeter sürede ısıtılması. Ev konservesi kullanılmaması. Gıdaların buzdolabında saklanması. Bivalan A, B ya da polivalan A-B-E ya da A-B-E-F antitoksinleriyle hastaların tedavisi.
GIARDİASIS	Giardia lamblia	1-6 hafta. İshal, muküslü ve yağlı dışkı, karın ağrısı, dehidratasyon, kilo kaybı. Yağ absorpsiyonunda blokaj. Sıklıkla	İnsan dışkılarındaki kistler. Hastalık sıcak iklimde ve çocuklarda daha sıktır. Bulaştırmada başka etken kişisel temastır.	Pişmemiş yiyecekler.	Dışkı, duodenal drenaj. Mikroskopi.	Kişisel hijyen, gıdaların tam pişirilmesi, iyi bir lağım sistemi.

		semptom yoktur.				
HEPATİTİS - A	Hepatit A virüsü	10-50 gün, sıklıkla 30-35 gün. Ani ateş, halsizlik, anoreksi, bulantı, abdominal rahatsızlık, bunu takiben birkaç günde görülen sarılık.	Fekal ve oral yol ile kişiden kişiye geçiş. Dışkı ve idrarda enfeksiyöz ajan bulunabilir.	Dilimlenmiş et, çiğ ya da iyi pişmemiş ıstiridye, süt, salata, unlu ürünler.	Dışkı, idrar ve kan.	Kişisel hijyen, iyi bir lağım sistemi, gıdaların iyi pişirilmesi, gıdaların sağlıklı koşullarda hazırlanması.

Kaynak: Aksakoğlu, G. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş İlkeleri. Hacettepe Üniversitesi-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No. 3, Ankara, 1983.

5.4.3. Temasla bulaşan hastalıklar

Doğrudan temas (dokunma) ile bulaşan hastalıklar arasında trahom, cüz-zam (lepra), uyuz (scabies), kellik (favus), dermatofitozlar, impetigo, kandidiazis, bitlenme (pedikülozis), tetanos en yaygınlarıdır. Cinsel temas ile bulaşan hastalıklar arasında ise AIDS, frengi (sifiliz), bel soğukluğu (gonore), herpes en sık görülenleridir. AIDS ve hepatit B cinsel yolla geçmenin yanında kan ve serum nakli ile de bulaşabilir.

5.4.3.1. Uyuz (Sacabies): Kalabalık yaşanan okul, kışla, ceza infaz kurumu gibi yerlerde ve özellikle yoksulluk, kıtlık, savaş zamanlarında salgınlaryapan paraziter bir hastalıktır. Parazitler deriden deriye değinme ile geçer. Bulaşık kişilerin iç çamaşırları ya da yatak çarşafı ile geçiş göreceli olarak azdır. Daha önce uyuz olmamış kişilerde parazit alınmasından yaklaşık 2-6 hafta sonra (kuluçka süresi) kaşıntılar ortaya çıkar. Daha önce uyuz olmuş kişilerde ise bu süre 1-4 güne kadar kısalmalıdır. Hastalar tedavi edilmedikleri sürece hastalığı bulaştırırlar. Genelde, birinci ya da ikinci tedaviden sonra bulaşıcılık kalkar. Tedavi için banyodan sonra tüm vücuda günde iki kez % 1'lik gamma benzene hexachloride (Kvvel), crotamiton (Eurax), % 5'lik tetraethylhruam monosulfide (Tetmosol) eriyiği uygulanır.

Uyuz hastaları, bulaştırmaya devam ettiklerinden tedavilerinden 24 saat sonrasına kadar sağlam kişilerle temasları önlenmelidir. Yani, bu kişiler bu süre içinde iş yerlerinden, okullarından ya da toplu buldukları yerden uzak tutulmalıdırlar. Tedavinin başlamasından 48 saat öncesine kadar hastanın giyip kullandığı iç çamaşırları, elbise ve yatak çarşafı, sıcak olarak yıkanmalı ve kurutulmalıdır.

Uyuz salgınlarında kitlesel tedavi uygulanır. O nedenle, ceza infaz kurumunda uyuz salgını olduğunda, hastaların bulunduğu koğuşlardaki herkesin ve temas etmiş olabileceği diğer kişilerin tümü tedaviye alınmalıdır. Bu arada, ceza infaz kurumundaki herkes (mahkum ve çalışanlar) taranarak yeni hasta aranmalıdır. Uyuz mücadelesinde sabun, kitlesel banyo olanakları ve çamaşırların yıkanması çok önemlidir. O nedenle, ceza infaz kurumlarında ki yıkanma ve temizlenme olanaklarının iyileştirilmesi asıl yapılması gereken işlerdendir.

5.4.3.2. Bitlenme (Pedikülozis): Okul, kışla, ceza infaz kurumu gibi toplu yaşanan yerlerde bitlenme görülebilir. Giysi, havlu gibi eşyaların ortak kullanımı ile geçen bit yumurtaları bir haftada çatlarlar ve yaklaşık iki haftada olgunluğa erişirler. Enfeste kimselerde ya da elbiselerde canlı bitler kaldığı sürece ve saç ve elbisedeki yumurtalar yok edilinceye kadar bulaşıcıdır.

Bit salgınında ve bitlenmeden korunmak için kişisel temizlik kurallarına uyulması esastır. O nedenle, hem salgın sırasında hem de diğer zamanlarda cezaevlerinde bitlenmeye karşı alınması gereken en

temel önlem çamaşır ve yatak çarşaflarının sıcak suda (55° C ısıda 20 dakika) yıkanmasıdır. Böylece, sirke ve bitler yok olur. Kuru temizleme ile de aynı sonuç alınabilir. Bit salgınlarında, kişilerin kullandıkları makyaj malzemesi gibi geçişe elverişli diğer eşyaların da dezenfekte edilmesi iyi olur.

Bitlenme salgınlarında, risk altındaki herkes (bütün mahkumlar ve çalışanlar) muayene edilmeli ve bitlenen kişiler tedavi edilmelidir. Bu amaçla, gamma benzene hexachloride, piperonyl butoxidelle güçlendirilen pyrethrinl, malathion ve benzyl benzoat losyon ve şampuanları kullanılabilir. Salgın sırasında, ceza infaz kurumundaki herkese kitle şeklinde tedavi uygulanabilir.

5.4.3.3.Trahom : Trahom, ülkemizde giderek daha az görülmekle birlikte, Kars ile İskenderun arasında çizilecek hayali bir çizginin güneyinde kalan illerde görülmeye devam etmektedir. Önceleri dike örgütlenme biçiminde yürütülen trahom savaşı, artık birinci basamak kuruluşlara entegre edilmiştir. Mahkumlardan birinde trahom tanısı konulduğunda ya da bu hastalıktan kuşku duyulduğunda yapılması gerekenler şunlardır:

1. Hastalar vakit geçirilmeden göz hekimi bulunan uygun bir hastaneye sevk edilmelidir. Hastalığın, trikiyazıs ve korneal opasite evrelerinde olması mutlak sevk kriteridir;
2. Hastaya trahom tanısı konulduğunda, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na uygun olarak bildirim tanıyı koyan kuruluş tarafından yapılacaktır.
3. Trahomlu hasta ile aynı ortamı paylaşan diğer kişiler muayene edilmeli ve kuşkulu vakalar da bir göz hekiminin bulunduğu ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Hastanın ailesine durum açıklanmalı ya da bu açıklamanın tanıyı koyan kuruluş tarafından yapıldığından emin olunmalıdır. Böylece aile bireylerinin de taranmaları sağlanmış olacaktır.
4. Trahomlu hastanın tedavisi, göz hekiminin önerileri doğrultusunda sürdürülmelidir. Trahom tedavisinde kullanılan temel ilaç tetrasiklinli göz pomatlarıdır. Tedavi şeması hastanın yaşına ve trahomun toplumdaki yaygınlığına göre değişir. Ancak, en az 6 hafta sürmelidir.
5. Trahom, kötü hijyenik ortamlarda, kişisel temizliğine dikkat etmeyen kişilerde ve özellikle karasinekler tarafından bulaştırıldığı için, bu hastalığın kontrolünde risk altındakilerin (mahkumlar) kişisel temizliklerinin sağlanması, hastaların ve diğer kişilerin her gün yüzlerini sabun ile yıkamaları sağlanmalıdır. Ayrıca, hastanın eşyalarının dezenfeksiyonu gerekir.
6. Trahomlu hastanın ayırımı (izolasyonu) gerekmez.

7. Trahomlu vakaların arttığı ve durumun bir salgın eğilimi göstermesi durumunda, koruma amacıyla sağlam kişilere de tetrasiklin ya da erit-romisin göz pomadlarının uygulanması önerilebilir.

5.4.3.4. Mantar hastalıkları : Çok çeşitli mantar hastalıkları içinde cezaevleri açısından en önemlileri dermatofitozis türleridir. Bunlar arasında saçlı ve sakallı deri ringvomu (baş tineası, kerion, kellik), tırnak tineası, onikomikozis, vücut tineası, ayak tineası (ayak pişığı-atlet ayağı) gibi türler sayılabilir.

Bu tür hastalıklar özellikle hastaların kullandığı havlu, saç makası, traş malzemesi, berber koltuğu, tuvalet eşyası, giyecekler ile geçer. Mantar hastalıkları hayvanlardan ve bunların tüylerinden de bulaşabilir. Dolayısıyla, mantar hastalıklarının yayılmasının kontrolünde temel ilke, kişisel temizlik yanı sıra ortak kullanılan eşyaların temizliğidir.

5.4.4. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ceza infaz kurumlarında sık görülen hastalıklardan olmamakla birlikte daha önce bu hastalıklardan birine yakalanmış olan tutuklu ve mahkumlar risk faktörü olabilirler. Özellikle homoseksüellik sorununun bulunduğu cezaevlerinde bu kişiler hekimlerin ve ceza infaz kurumu yönetimlerinin ilgilenmeleri gereken hastalık grubudur.

5.4.4.1. Frengi ve gonore: Frengi tedavisi Sağlık

Bakanlığı'nca yayınlanmış bulunan "Frengi Savaş Yönetmeliği" ne göre yapılır. Bu yönetmeliğe göre, frenginin tedavisinde temel yaklaşım penisilin uygulamasıdır. Bir kez penisilin yapıldıktan sonra bulaşıcılığın ortadan kalktığı kabul edilir. VDRL'in negatifleşmesi daha geç olur. Gonore tedavisinde de yaklaşım aynıdır.

Hastalık tanılarının bir enfeksiyon ya da dermatoloji uzmanı tarafından kesinleştirilmesi uygun olur. Bütün cinsel yolla bulaşan hastalıkların bildirimleri zorunludur. Eğer, hastalar bir uzman tarafından görülmüş ve tanıları bu kişiler tarafından konulmuş ise, bildirim onlar tarafından yapılacaktır. Ancak, ceza infaz kurumu hekimi, söz konusu bildirim yapılmış olduğundan emin olması gerekir.

5.4.4.2. HIV-AİDS, Hepatit B ve C: AİDS dünyanın hemen her yerinde insidansı, prevelansı ve yayılması azaltılmak üzere hedef alınmış bir hastalıktır. Türkiye'de, "Ulusal Sağlık 21" planı kapsamında, 2005 yılına kadar, toplumun yüzde 80'inin cinsel yolla

bulaşan hastalıklar ve HIV enfeksiyonu konusunda yeterli bilgi sahibi olması hedeflenmektedir.

Ceza infaz kurumunda HIV ve hepatit B ve C enfeksiyonlarının yayılmasından faktörler aşırı kalabalık, yüksek risk taşıyan mahkumların davranışları, mürekkeple dövme yapılması, uyuşturucu enjeksiyonları, korunmasız cinsel ilişkiler ve tecavüzlerdir. Bunlar arasında özellikle ortak kullanılan enjektörler bu hastalıkların yayılmasında önemlidir.

Söz konusu hastalıklardan korunmada şu hususlara dikkat edilmelidir:

- Cinsel yolla ve kanla bulaşan hastalık riski taşıyan mahkumlara bu riskin nasıl azaltılabileceği konusunda sürekli eğitim yapılmalıdır.
- Hekim, hangi nedenle olursa olsun, tutuklu ve hükümlülerle olan karşılaşmalarını bir eğitim fırsatı olarak değerlendirmeli ve söz konusu hastalıklardan korunmanın yollarını açıklamalıdır.
- Mahkumlar için eğitim broşürleri hazırlanıp dağıtılmalıdır.
- Eğitim toplantıları yapılmalı, bu eğitimlerde özellikle görsel eğitim materyali kullanılmalıdır.
- Ceza infaz kurumunda kan alma, enjeksiyon, pansuman, diş tedavisi gibi girişimlerde kanla bulaşan hastalıklar için uygulanacak koruyucu önlemlere kesinlikle uyulmalıdır.
- Enjektörler mutlaka dezenfekte edilmeli ya da tek kullanımlık enjektörler kullanılmalıdır.
- Düzenli ve ani denetimlerle enjeksiyon ve uyuşturucu aranmalıdır. Bu aramalarda uyuşturucu kokusu alan köpekler de kullanılabilir.
- Rastgele idrar testleri yapılarak uyuşturucu kullananlar saptanabilir.
- Zorunlu durumlarda prezervatifler kullanım için hazır tutulmalıdır.
- Başta uyuşturucu kullandığı bilinenler olmak üzere riskli kişilere hepa-tit B aşısı yapılmalıdır.
- Ceza infaz kurumuna girerken yapılan muayenelerde mahkumlara HIV ve hepatit testleri önerilmeli ve mümkün olduğunca yapılmalıdır. Ancak, bu testlerin hastalığı kesin teşhis edici olmadığı akılda tutulmalıdır.
- Uyuşturucu ile mücadele ve bıraktırma kampanyaları uygulanmalıdır.
- Tecavüz ve seksüel şiddetin olmaması için girişimlerde bulunulmalı, programlar düzenlenmeli
- Personel kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda eğitilmeli.

- HIV, hepatit B ve C hastası olduğu anlaşılan her tutuklu ve hükümlü bir uzmanın bulunduğu kuruma sevk edilmeli bu kurumun önerileri doğrultusunda davranılmalıdır.

5.4.5. Vektörlerle bulaşan hastalıklar

Vektörler enfeksiyon etkenlerini iki yolla taşırlar:

a) Mekanik taşıma: Vektör daha önce kontamine olan materyal üzerine konunca etkenler ayaklarına, ağızına ve bedenine bulaşır. Daha sonra, besinlere, eşyalara ve sağlam kişilere bu etkenleri taşırlar.

b) Biyolojik taşıma: Vektörün insan ya da hayvandan emdiği kanda bulunan patojen etkenler, vektörün bedeninde ürer ya da bir yaşam siklusu geçirir. Aynı vektör sağlam kişinin kanını emerken hastalık etkenini bu kişiye bulaştırırlar.

Tablo 5.7 : Türkiye'de Yaygın Olan Vektörler ve Yayılımına Neden Oldukları Enfeksiyon Hastalıkları

Vektör	Hastalık
Karasinek ve Hamamböceği	Barsak enfeksiyonları Barsak parazitleri Piyodermi Konjonktivit Trahom V. HepatitA Poliyomiyelit
Sivrisinekler Anofel Culex ve Anofel	Sıtma Filariasis
Tatarcıklar	Deri Layşmanyozu (Şark çıbanı) Kala-Azar Tatarcık humması
Bit	Epidemik tifüs
Pire	Veba Endemik tifüs
Salyangoz	Şistozomiyazis

Vektörler aracılığı ile bulaşan hastalıklar arasında ülkemizde en sık görüleni sıtmadır.

5.4.5.1. Sıtma: Ülkemizin hemen her yerinde sıtma vakalarına rastlanmakla birlikte, bu hastalığın en yaygın olarak görüldüğü bölgeler Güney Doğu Anadolu, Çukurova ve Ege Bölgeleridir. Hastalığın dört tipi olmakla birlikte, ülkemizde "Plasmodium vivax" tipi parazitin etken olduğu sıtma türü görülmektedir. "Ulusal Sağlık 21" planı kapsamında, 2005 yılına kadar, Güney Doğu ve Çukurova bölgelerinde epidemileri engellemek, 2010 yılına kadar sıtmanın

endemik olduğu illerde kontrolünü sağlamak, 2015 yılına kadar, ÷lkede sıtma insidansını 100.000 n÷fusta 2'nin altına d÷ş÷rmek hedeflenmiştir.

Cumhuriyet'in ilk yıllarında "dikey örgütlenme" modeli yaklaşımı içinde örgütlenmiş olan sıtma savaşı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesin-den sonra ve özellikle 1983 yılından bu yana, sağlık ocaklarına ve diğer tedavi kuruluşlarına entegre edilmiştir. Bunun temel gerekçesi, bu kuruluşlarda pasif s÷rveyans yapılmasıdır. Çünkü, sıtmanın kontrolündeki temel ilke, hastaların bulunup tedavi edilmeleri ve böylece, toplumda sıtma kaynağının yok edilmesidir. Sivrisinek mücadelesine yönelik önlemler İkinci derecede değeri olan önlemlerdir.

Sıtmalı hastalar üç yolla bulunabilir:

1. Aktif s÷rveyans
2. Pasif s÷rveyans
3. Takviyeli pasif s÷rveyans

Aktif s÷rveyans, kadastro usulüne göre, bütün yerleşim yerlerini ve evleri dolaşarak son bir hafta içinde yüksek ateşli olan kişileri soruşturarak, bu kişilerden kan yayması (kalın ve ince yayma) alınıp laboratuarda incelenmesi esasına dayanır. Sıtma hastalığının çok yaygın olduğu yer ve dönemlerde bu yöntemle başvurulur. Çok zahmetli ve pahalı bir s÷rveyans yöntemidir. Kaldı ki, aktif s÷rveyans ile kan yayması alınan kişilerde sıtmalı bulma olasılığı yüzde 2 dolaylarındadır. Bu yöntemde gezici hizmet verildiğinden sağlık personeli aktiftir.

Pasif s÷rveyans yaklaşımında ise, sağlık personeli pasiftir; Hekim poliklinik hizmeti verdiği kuruluşta oturur ve kendisine yakınma nedeniyle başvuran hastaları muayene eder. Bu hastalar arasında yüksek ateş yakınması ile başvuranlardan kan yayması alır ve laboratuarda incelettirir. Bir başka deyişle, dolaşarak ateşli hasta aramak yerine, ayağına gelen hastaları sıtma yönünden değerlendirir.

Pasif s÷rveyans, sağlık ocağı, hastane, dispanser, AÇS merkezi, muayenehane, işyeri hekimliği ve ceza infaz kurumu hekimliği gibi poliklinik hizmeti verilen her yerde uygulanabilir. Bu yöntemle bulunan sıtmalı hasta oranı, aktif s÷rveyansdan daha fazla olduğundan, pasif s÷rveyans yöntemi daha ucuz ve daha verimlidir.

Takviyeli pasif s÷rveyans tekniğinde ise, yalnızca sağlık kuruluşuna başvuran değil, kuruluşta gelen herkesten kan yayması alınıp incelenir. Böylece, taranan n÷fus daha fazladır. Bu yöntem, sıtmanın endemik olduğu yöreler için daha uygun olur. Sıtmanın salgın durumunu aldığı yörelerde ise, aktif s÷rveyan-sa geçilmesinde yarar vardır.

Yukarıda açıklanan ilkeler çerçevesinde, ceza infaz kurumu sağlık kuruluşlarında rutin olarak yapılması gereken, pasif s÷rveyansdır. Nedeni açıklanamayan yüksek ateş yakınmalarında bu uygulama

daha önemlidir. Ama, yüksek ateşli olan bir hastada, bu durumu açıklayan nedenlerin yanında bir ikinci ya da üçüncü nedenin sıtma olabileceği unutulmamalıdır. O nedenle, yüksek ateş yakınması olan her hastadan kalın yayma almayı alışkanlık haline getirmek gerekir. Hastalardan kalın yaymayı hekim ya da hekim dışı bir sağlık personeli yapabilir. Ancak, bu personele kalın ve ince yayma almasını ve ilgili formları doldurmasını öğretmek sağlık hekiminin görevidir. Alınan yaymalar, ilgili formlarla birlikte en geç bir hafta içinde kanların bakılacağı laboratuara ulaştırılmalıdır. Bu laboratuvarların nerelerde olduğu sağlık grup başkanlığından öğrenilmelidir. Tanı konulan hastaların tedavileri konusunda da il sağlık müdürlüğü ile işbirliği yapılmalıdır.

6. MUAYENE İŞLEMLERİ

6.1. Hasta Hakları

1. Sağlık hizmetlerinde hasta hakları

- a. Herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.
- b. Herkes kendi yaşamını belirleme, fiziksel ve zihinsel bütünlüğe sahip olma ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir.
- c. Herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.
- d. Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilme hakkına sahiptir.

2. Bilgilendirme

- a. Sağlık hizmeti ve bu hizmeti nasıl en iyi kullanacağı konusundaki bilgi herkes için ulaşılabilir olmalıdır.
- b. Hasta, durumu ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri, her bir girişimin olası risk ve yararlarını, önerilen girişimlerin seçeneklerini, tedavisiz kalmanın etkisini, tanı, sonuç ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde tam olarak bilgilendirilme hakkına sahiptir.
- c. Bilgilendirme, sadece bilgiden yoksun bırakmanın hasta üzerinde olumlu bir etkisinin olacağına inanmak gibi geçerli bir nedenin olduğu zamanlarda kısıtlanabilir.
- d. Bilgi, teknik terminoloji en aza indirgenerek iletilmelidir.
- e. Hasta istediği takdirde, bilgilendirilmeme hakkına sahiptir.
- f. Hasta kendi yerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.
- g. Hasta ikinci görüş alma hakkına sahiptir.
- h. Hasta, kendisine bakan sağlık personelinin kimliğini, mesleki kimliğini öğrenme hakkına sahiptir.
- i. Hasta, kurumda kaldığı süre içerisinde uyacağı kurallar ve rutin işlemler konusunda bilgilendirilmelidir.
- j. Hasta taburcu olduğu zaman, tanıları, tedavi ve yapılan işlemleri, elde edilen sonucu içeren yazılı bir belge isteme ve alma hakkına sahiptir.

3. Onay

- a. Hastanın bilgilendirilmiş onayı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur.
- b. Hasta tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Bu durumun yaratacağı sonuçlar hastaya açıklanmalıdır.
- c. Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önce bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılarak girişim yapılabilir.

- d. Hastanın yasal temsilcisinin onayının gerektiği ve önerilen girişimin acil olduğu durumda eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa, tıbbi girişim yapılabilir.
- e. Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar yine de karar alma sürecine dâhil edilmeye çalışılmalıdır.
- f. Yasal temsilcinin onay vermeyi reddettiği durumda, doktor veya diğer sağlık personelinin görüşü girişimin hastayı ilgilendirdiği yönünde ise karar mahkemeye veya hakem heyeti benzeri merciye bırakılmalıdır.
- g. Hastanın onay vermesinin mümkün olmadığı bütün diğer durumlarda, hastanın istekleri tatmin edilip hesaba katılarak karar alma süreci için uygun önlemler alınmalıdır.
- h. İnsan vücudunun bütün parçalarının kullanımı ve korunması için şahsın onayı gereklidir. Tanı, tedavi ve hasta bakımı için madde kullanımı gereken durumlarda onay varsayılarak davranılabilir.
- i. Klinik çalışmalara katılım için hastanın bilgilendirilmiş onayı gereklidir. Hastanın bilgilendirilmiş onayı bilimsel çalışmalara dâhil edilme için önkoşuldur.
- j. Bütün araştırma protokolleri etik kurul onayından geçirilmelidir. Araştırmalar yasal temsilcisinin onayı olmadıkça ve tıbbi gereklilik olmadıkça kendi iradesini beyan edemeyen hastalara yapılmamalıdır. Bu konuyla ilgili bir istisna alternatif yöntemi olmayan ve başka öznesi bulunamayan araştırmalardır.

4. Gizlilik / Özel hayat

- a. Hastanın tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler, ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.
- b. Hastaya ait bu bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir.
- c. Hastanın kimliğine dair bilgiler korunmalıdır.
- d. Hasta kendisi ile ilgili kayıtlara ulaşma ve kayıtlarının kopyasını alabilme hakkına sahiptir.
- e. Hasta; kendisi ile ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı olması veya tanı tedavi ve bakım amacı ile ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama ve düzeltme hakkına sahiptir.
- f. Tanı, tedavi ve bakım için gerekli olmadıkça ve/veya hasta izin vermedikçe hastanın özel hayatına ve aile yaşamına girilemez.
- g. Tıbbi girişimler ancak hastanın özel hayatına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir.
- h. Sağlık kurumlarına başvuran hasta, kurumun özel hayatını koruyan fiziksel özelliklere sahip olmasını bekleme hakkına sahiptir.

5. Bakım ve tedavi

- a. Herkes yeterli sağlık bakımı alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri herkes için eşit ulaşılabildikte ve s¼rekli olmalı; ayrımsız ve maddi insani finansman kaynaklarından bağımsız olarak, hizmet verilen toplum için mevcut olmalıdır.
- b. Hastanın, sağlık sisteminin her d¼zeyinde temsilci biçiminde katılma hakkı vardır.
- c. Hasta, hem teknik standartlar hem de sağlık personeli ile hastalar arasındaki İnsani ilişkiler bakımından kaliteli hizmet alma hakkına sahiptir.
- d. Hizmet sınırlılığı olan kurumlarda, sağlık personelinin hasta seçimi yapması gerekiyorsa, bu seğimin tıbbi ölç¼tlere göre ve ayırım yapılmaksızın, eşit bir şekilde yapılması gerekir.
- e. Hasta, sağlık sisteminin işlevi ile uyumlu olarak, hekimini, sağlık personelinin ve hizmet alacağı kurumu seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.
- f. Bir sağlık kurumunda daha fazla kalmasına gerek kalmayan hastaya, ayrılmadan önce durumu tam olarak açıklanmalıdır. Başkasağlık kurumuna nakil ancak o kurumun hastayı kabul etmesi durumunda yapılabilir.
- g. Hasta, tanı ve tedavileri yapıldığı sırada saygı görme, kendisine k¼ltür ve değerlerine uygun davranılması hakkına sahiptir.
- h. Hasta, tedavi s¼recinde çevresinden destek görme, manevi destek ve yol gösterilme hakkına sahiptir.
- i. Hasta, son bilgiler işığında çektiği ızdırapların iyileştirilmesini isteme hakkına sahiptir.
- j. Hasta, yaşamının son d¼nemi içinde, İnsanca bakılıp, itibar içinde olme hakkına sahiptir.

6. Başvuru

- a. Bu hakkın kullanılması ayırım yapılmaksızın sağlanmalıdır.
- b. Bu hakların uygulanmasında, hasta evrensel insan hakları belgeleri ve yasaların belirlediği prosed¼r¼n h¼km¼ altındadır.
- c. Hastanın bu hakları, kendisi tarafından kullanılmadığı durumlarda, belirleyeceği kişiler hasta adına sorumluluk alabilirler. Bu kişilerin olmadığı durumlarda hastanın temsil edilmesi için gerekli diğer önlemler alınmalıdır.
- d. Hasta, bu haklar ile ilgili bilgi ve belgelere ulaşabilmelidir. Hasta haklarına saygı gösterilmediğini d¼ř¼nd¼đ¼nde řik¼yet için başvuru imk¼nına sahip olmalıdır. Mahkemelere başvurunun yanısıra bağımsız mekanizmalara başvuruda bulunabilir.
- e. Hasta, řik¼yetlerinin etkili ve tam olarak değerlendirilmesini, ilgilenilmesini ve sonuç alınmasını isteme hakkına sahiptir.

6.2. Giriş Muayenesi

Ceza infaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin infazı Hakkında Tüzük uyarınca ;

"(4) Hükümlüler hakkında üst ve eşyası arandıktan sonra aşağıdaki işlemler yapılır:

a) Kuruma gelen her hükümlü kabul odasına alınır. Bu süre içerisinde hükümlünün kuruma uyumuna yönelik yardım yapılarak, gerekli olan bilgiler sözlü ve yazılı olarak kendisine bildirilir. Kabul odasına alınan hükümlü burada en çok üç gün kalır.

b) Kabul odasında geçen süre içerisinde cezaevi tabibi, tarafından muayeneleri yapılır ve muayene sonucu sağlık fişine kaydolunur. "

Bu muayenenin ayrı bir odada yapılması uygun olur. Ancak, eğer hükümlü/ tutuklu saldırgan ya da ajite ise, hekim kendi güvenliği için bir infaz koruma memurunun da odada bulunmasını isteyebilir.

İlk muayenede özellikle aranması gereken hususlar, tutuklu/hükümlüde (T/H) bir darp ya da yaralanma belirtisi bulunup bulunmadığının saptanmasıdır. Bilinmesi gerekir ki, T/H kendisinde bir darp izi olduğunu hekimden saklamaya çalışabilir ve daha sonra ceza infaz kurumunda bir şiddet gördüğü iddiasında bulunarak bu izlerini delil olarak ileri sürebilir. O nedenle, hekimin ilk muayene sırasında T/H 'deki her türlü darp izini belirleyip kayıt altına alması son derece önemlidir.

Ayrıca, ilk muayene sırasında T/H sistemik muayeneden geçirilmeli ve normal dışı olarak saptanan bütün bulgular kayıt altına alınmalıdır.

Bu muayene sırasında özellikle T/H 'nın daha önce geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar, kazalar ve önemli hastalıkları sorgulanarak kayıt edilmelidir. Ayrıca, T/H 'nin kan grubu sürücü belgesi ya da resmi bir kuruma ait belge ile kanıtlanamıyorsa, kan grubu tayini kesinlikle yapılmalıdır.

6.3. Nakil İşlemleri

T/H 'nin başka bir ceza infaz kurumuna nakli söz konusu olduğunda, kişinin tıbbi bilgilerinin de gideceği kuruma gönderilmesi esastır. Bu nedenle, şimdiki kadarki uygulamalarda T/H 'nin "hasta sağlık fişi" ile birlikte nakli yapılmakta idi. Ancak, UYAP uygulamasının bütün ülkeye yayılmasından sonra, her türlü sağlık bilgisi elektronik ortamda bulunacağından, böyle bir işleme gerek kalmayacaktır.

Nakil işlemlerini düzenleyen 22 Ocak 2007 tarihli 45/1 numaralı Genelge'nin 9 uncu maddesinde aynen şöyle denilmektedir:

Madde 9-Hastalık Nedeniyle Nakil:

(1)*Hastaneye şevki zorunlu görülen hükümlü veya tutuklu, bulunduğu yer veya en yakın tam teşekküllü Devlet veya üniversite hastanesinin hükümlü koğuşuna yatırılacaktır.*

(2)*Bu hastanelere gönderilen hükümlü ve tutukluların başka yerlerdeki hastanelere şevki, sağlık kurulu raporuyla; acil ve yaşamsal tehlikesi bulunması hâlinde ise, varsa biri hastalığın uzmanı olmak üzere iki uzman hekim tarafından verilip, başhekim tarafından onaylanan ve hastalığın sebebi, tedavinin hangi sebeple bulunduğu hastanede gerçekleştirilemediği, hastaya nerede ve ne tür bir tedavinin uygulanması gerektiğini açıkça belirten bir raporla mümkün olacaktır. Bu durumda da en yakın ve hükümlü koğuşu bulunan Devlet veya üniversite hastaneleri tercih edilecektir.*

(3)*Hükümlü veya tutuklunun bu hastanelerde kontrol ve tedavisinin devam edip etmeyeceğinin sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi gerekli olup; aksi hâlde hükümlü veya tutuklu ait olduğu kuruma iade edilecektir.*

(4)*Hükümlü veya tutuklular, acil hâller dışında özel sağlık kuruluşlarında tedavi edilemeyecek; acil hâllerin varlığı hâlinde Bakanlığa bilgi verilecektir.*

(5)*Hükümlü veya tutuklunun sağlık nedeniyle başka kuruma naklinin kurum idaresince talep edilmesi veya hükümlü ve tutuklunun kendi talebi hâlinde, sağlık nedenleriyle bulunduğu kurumda kalmasının uygun olmadığı, kurum hekiminin önerisi ve en üst amirinin isteği üzerine alınacak sağlık kurulu raporuyla belirlendiği takdirde, başka kurumlara nakilleri yapılabilecektir.*

(6)*Hükümlü veya tutuklunun sağlık sorunlarından dolayı, tedavi edilmek üzere acil olarak, aynı yerdeki bir sağlık kuruluşuna nakli gerektiğinde, cezaevi tabibinin kurumda olması durumunda tabip raporuyla, bulunmaması durumunda o an kurumda bulunan en üst yetkilinin yazılı izniyle derhâl nakledilmesi sağlanacaktır. Gönderildiği sağlık kuruluşundan, hükümlünün acil olarak başka bir sağlık kuruluşuna nakli uygun bulunduğu ikinci fıkra hükmü uygulanacak, bu konuda Bakanlıktan izin alınmayacaktır. Ancak; yapılan işlem en seri haberleşme araçlarıyla Bakanlığa bildirilecektir.*

(7)*Hükümlü ve tutukluların hastaneye şevkleri sırasında azami çabukluğun sağlanması için gerekli önlemler alınacaktır.*

(8)*Diş rahatsızlıkları nedeniyle, il veya ilçe dışı sağlık kuruluşlarına sevk için izin istenmeden önce, hükümlü ve tutuklulara önerilen tedavinin yakın il veya müdürü bulunan ceza infaz kurumlarının dış*

ünitelerinde yapılıp yapılamayacağı araştırılacak, önerilen tedavinin bu kurumlarda yapılabileceğinin anlaşılması durumunda, bu ceza infaz kurumuna şevki hususunda rapor düzenlenecektir.

(9) Analarının yanında kalmakta olan çocukların sağlık nedeniyle kurum dışına sevk edilmesi hâlinde, doktor raporunda anasının kendisine refakati zorunlu görülmüşse refakat edebilecektir.

(10) Hükümlü ve tutuklular sevk edilmeden önce önerilen tedavinin gönderilecekleri hastanede yapılıp yapılamayacağı araştırılacaktır. Ameliyat, tetkik veya kontrolü yaptırılmak üzere şevki gerekenler için randevu alınacak, uzun süreli veya yatarak tedavi göreceği olması durumunda, şevkten önce hükümlü koğuşunda yer olup olmadığı tespit edilecektir.

(11) İl veya ilçe dışındaki bir sağlık kuruluşuna sevk edilen hükümlü ve tutukluların, tetkik ve tedavilerinin aynı gün bitmesi veya ileri bir tarihe randevu verilmesi hâlinde, aynı güvenlik kuvvetleriyle geldikleri ceza infaz kurumuna iadeleri sağlanacaktır. Yatarak tedavilerine karar verilmesi hâlinde ise, hükümlü ve tutuklunun evrakı, o yer ceza infaz kurumu kayıtlarına geçirilmesi için ilgili Cumhuriyet başsavcılığına teslim edilecektir.

(12) Mahkemelerce, fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilerek yüksek güvenlikli sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınmasına karar verilenlerin şevkleri Cumhuriyet başsavcılıklarınca resen yapılacaktır.

(13) Mahkeme ya da Cumhuriyet başsavcılığı kararı gereğince veya Anayasa'nın 104 üncü maddesinin (b) bendinde belirtilen cezasının hafifletilmesi veya kaldırılması talepleri üzerine rapor veya gözlem altına alınmaları için Adli Tıp Kurumu, ruh sağlığı hastaneleri ve resmî sağlık kuruluşlarına gönderilecek hükümlü ve tutukluların şevkleri için Bakanlıktan izin istenmeyecektir.

a) Cumhuriyet başsavcılığı, şevkten önce ilgili sağlık kurumu ile temas kurarak randevu alacaktır. Ayrıca; istenen belgelerin ne olduğunu tespit ederek, belgelerle birlikte randevu tarih ve saatinde hazır bulunacak şekilde o yer Cumhuriyet başsavcılığına şevkini yapacaktır. Teslim alan Cumhuriyet başsavcılığı sağlık kurumundaki işlemleri tamamen bitirdikten sonra hükümlü veya tutukluyu geldiği kuruma iade edecektir.

b) Adli Tıp Kurumu Başkanlığına gönderilerek rapor alınması gereken, ancak; sağlığının yolculuğa elverişli olmaması nedeniyle şevki yapılamayan hükümlü ve tutuklular, Cumhuriyet başsavcılıklarınca Adli Tıp Kurumu Başkanlığına bildirilecektir. Bu durumda hükümlü veya tutuklunun muayenesi Adli Tıp Kurumu

Başkanlığınca görevlendirilen heyet marifetiyle bulunduğu mahalde yaptırılacaktır.

6.4.Tahliye işlemleri

T/H 'nin ceza infaz kurumundan tahliyesi söz konusu olduğunda herhangi bir tıbbi muayene işlemine gerek yoktur. Ancak, ceza infaz kurumlarından tahliye edilmiş bütün mahkûmlara, aile hekimlerinin yararlanması bakımından ceza infaz kurumundaki sağlık durumu ile ilgili kayıtlar yazılı olarak (epikriz) verilmelidir. Eğer, T/H 'nin kendisi ya da avukatının talep ederse, kişi muayene edilir ve bu muayenedeki bulgular da yukarıda sözü edilen epikrize eklenir.

6.5.Periyodik Muayene

Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük uyarınca;

"a) Sağlık gözetimi: Tabipler kurumu sık sık denetler ve kurumun mevcuduna göre ayda bir veya iki kez olmak üzere kurumun tamamını gezerek, kurumun genel sağlık durumunu kontrol eder, acele önlem alınmasını gerektiren bir hastalığın bulunması hâlinde durumu derhâl kurum en üst amirine bildirir."

Ayrıca her altı ayda bir ceza infaz kurumunda belirli birimlerde (bulaşıcı hastalıkların oluşarak yayılmasına olanak verecek birimler; mutfak, kantin, çay ocağı, berber vb. yerler) çalışanların (hükümlü / tutuklu veya personel) portör muayeneleri yapılmalıdır. Bunun dışında tüberküloz için de yılda bir defa tarama yapılmalıdır.

6.6.Aydınlatılmış Onam

Hastalar bilgilendirilmiş onamları (izinleri) olmadan muayene ve tedavi edilmemelidir. Herkes, kendi üzerinde yapılacak her türlü tıbbi ya da başka girişimleri bilme ve bunları reddetme hakkına sahiptir.

Hastanın yapılacak girişime izin verebilmesi için şu koşulların bulunması gerekir:

- Tutuklu ve hükümlüler yararlanabilecekleri sağlık hizmetleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmalıdır. Bunu sağlamanın bir yolu, ceza infaz kurumundaki sağlık hizmetlerini tanıtıcı bir broşürün hazırlanıp her T/H'ye ceza infaz kurumuna girişte verilmesi olabilir.
- Hastaya "aydınlatılmış onam"ın ne anlama geldiği hakkında bilgi verilmeli ve onay vermediği takdirde önerilen girişimin

yapılmayacağı açıklanmalıdır. Bunun yapılabilmesi için hekimin her hastaya yeterli zamanı ayırması gerekir.

- Yapılması önerilen girişim hakkında doğru ve yeterli bilgi verilmelidir. Girişimin neden gerekli olduğu, eğer yapılmazsa ne gibi sakıncaların kendisini beklediği, girişimin olası sakıncaları ve yan etkileri, bu yan etkilerin kendisini nasıl etkileyebileceği açıklanmalıdır.
- Erişkin bir hasta hakkında, kendisinden başka hiç kimse karar veremez.
- Acil bir durumda, eğer hastanın bilinci kapalıysa ve iletişim kurulamayacak durumda ise, hayati tehlikeden çıkmasına yönelik sınırlı tıbbi girişimler yapılmalı, daha ileri girişimler için hastanın bilincinin yerine gelmesi ve izin vermesi beklenmelidir.

Bazı durumlarda hasta hekimin açıklamalarını anlayamayacak düzeyde olabilir. Örneğin, zeka düzeyi düşük olanlar, akıl sağlığı sorunları bulunanlar, manik-depresif olanlar ve algılama sorunu bulunanlar hekim ile iletişim kurmakta güçlük çekebilirler. Bu durumlarda, bir Psikiyatristten yardım almak gerekebilir. Eğer ceza infaz kurumu olanakları ile bu konsültasyon sağlanamıyorsa, hastaya bir girişim yapılmamalı ve olanakları daha geniş olan bir hastaneye sevk edilmelidir.

Her şeye karşın, ceza infaz kurumunda hiçbir tutuklu ya da hükümlünün ölmesine izin verilmemelidir.

6.6.1.Çocuklarda aydınlatılmış onam

Çocuklarda aydınlatılmış onam konusu farklılık gösterir. Çoğu zaman, çocuklar kendilerine açıklanan girişimleri anlar ve bunun için izin verebilirler. Ancak, tiner çeken, uyuşturucu kullanan ya da mental kapasitesi düşük olan çocuklar bu açıklamaları anlamayabilirler. Eğer hekim böyle bir durumdan kuşkulanırsa ya çocuğun ailesine (vasisine) danışmalı ya da bir yargı kararı istemelidir.

6.6.2.Aydınlatılmış onam gerekmeyen durumlar

Aşağıdaki durumlarda aydınlatılmış onam gerekmez :

- Hastada bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklardan birisinin olması
- Yargının girişimin yapılması yönünde bir karar vermiş olması
- Diğer kişilerin sağlıklarının tehlikede ya da ciddi tehdit altında olması

Yukarıda belirtilen durumlarda, hekim hastanın onayını almaya gerek görmediğini ve bunun gerekçesini hastasına açıklamalıdır.

6.7. Hasta Muayenesi

6.7.1. Muayene saatleri

Ceza infaz kurumlarında hasta muayenelerinin mesai süresince yapılması esastır. Ancak, gerek hekimin diğer işlerine zaman ayırabilmesi, gerekse, muayene işlemlerinin disiplin içinde ve aksamadan yapılabilmesi için, her ceza infaz kurumu koşulları dikkate alınarak ve ceza infaz kurumu yönetimin de onayı ile, hasta muayenelerinin belli saatler arasında olması sağlanabilir. Acil hastalar için böyle bir sınırlama yapılamaz. Acil hasta muayenesinin mesai dışında gerekmesi durumunda, ceza infaz kurumu hekimin hastayı muayene etmek üzere çağırılması kararı nöbetçi müdür yardımcısına aittir. Böyle bir durumda, ilgili yöneticinin hastanın aciliyet derecesi, hekim sayısının yeterliliği, hekimin iş yükü, hekimin ceza infaz kurumuna ulaşım süresi, hastanın bir sağlık kurumuna şevkinin daha kolay olması gibi hususları göz önünde bulundurması uygun olur. Hekimlerin, ceza infaz kurumu yönetimi ile bu hususları daha önce görüşüp karşılıklı olarak bazı ilkesel kararlar almaları en iyi çözümdür.

6.7.2. Polikliniğe başvuru

Hükümlü ve tutuklular; acil durumlar dışında, hasta olduklarını ve bir doktorla görüşmek istediklerini, dilekçe yazarak iletirler. Bu dilekçe, diğer dilekçelerle beraber infaz koruma baş memuru tarafından dilekçenin T/H'nin kendisine ait olduğu onaylanarak müdüre iletilir. Değerlendirilen dilekçeler ceza infaz kurumu tabipliğine ulaştırılır. UYAP uygulamasında bu dilekçeler ve muayene talepleri hekimin günlük "iş listesi"ne yazılır.

Hekimin, mesaiye başladığında ilk yapması gereken şeylerden birisi, bilgisayar ortamında günlük iş listesini kontrol etmek olmalıdır. UYAP'ın uygulanmadığı yerlerde, yukarıda sözü edilen dilekçeler sağlık birimine yönetim tarafından iletilir ve muayene olacak kişilerin "sağlık fişleri" sağlık memuru ya da bir İKM tarafından arşivden çıkartılarak hekime iletilir. Hekim, belirlediği sıraya göre hastaları çağırarak muayene eder.

6.7.3. Tutuklu/hükümlü hasta muayenesi

Muayene edilecek hasta önce bir görevli (İKM, sağlık memuru) tarafından "protokol kayıt defteri" ne kayıt edilir. UYAP uygulamasına geçilen yerlerde protokol kayıt defteri kullanımdan kalkacaktır. Hasta kayıtları elektronik sistem tarafından yapılacaktır.

Daha önce açıklandığı gibi, hastaların yalnız olarak muayene edilmeleri deontolojik bir kuraldır. Ancak, hekim kendi güvenliği açısından muayene sırasında bir İKM'nin bulunmasını sağlayabilir.

Ceza infaz kurumu hekimliğinin bir işlevi de "birinci basamak" tedavi hizmetidir. O nedenle, başvuran bütün hastaların

muayenelerinde hikaye, fizik muayene ve laboratuvar incelemesi aşamalarına uyulması esastır. Hekim, elindeki verilerle hastalığın kesin tanısını koyabilirse tedavisine başlar. Eğer, hastanın bir yataklı kurumda tedavi edilmesi ya da bir uzman hekim tarafından da görülmesi gerektiği kanısına varılırsa, hekim bu kişiyi bir İkinci basamak kuruluşuna sevk eder.

Muayene sırasında yapılan bütün işlemler ve sonuçlar "Kayıt ve İstatistikler" bölümünde açıklandığı gibi kayıt altına alınır.

6.7.4. Reçete yazımı ve ilaç tedavisi

Hekim, tedavi için uygun gördüğü ilaçları ve bunların nasıl kullanılmasını gerektiğini T/H'ye açıklar ve reçeteyi yazdıktan sonra T/H 'yi getiren İKM'ye teslim eder. Kendisine reçete yazılan T/H, bir dilekçe yazarak, ilaçların ücretinin eğer emanette kendisine ait para yoksa devlet tarafından, eğer para varsa bu paradan karşılanmasını ister. Dilekçe Yönetim tarafından onaylanır. Sosyal güvencesi olan hükümlü ve tutuklunun reçeteleri sağlık karnelerine yazılarak bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanır.

Tutuklu / hükümlü ilaç giderleri, Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğüne Maliye Bakanlığı tarafından Tutuklu ve Hükümlü İlaç Giderleri Harcama Kaleminden tahsis edilen ödenekle karşılanmaktadır. Adalet Bakanlığı tarafından t/h ilaçlarının alımında, 01/01/2009 tarihinde yürürlüğe giren Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti marasında, hükümlü ve tutukluların tedavisinde kullanılmak üzere reçete edilen ilaçların eczanelerden temin edilmesine ilişkin protokol hükümleri doğrultusunda işlem yapılmaktadır.

İlaçlar, açık ceza infaz kurumlarında T/H'ye teslim edilir (uyuşturucular, kodein içeren ilaçlar vb hariç) ve ilaçları önerildiği şekilde kullanması kendisinden istenir.

Kapalı ceza infaz kurumlarında ilaçların dağıtımını varsa eczacı yoksa kurum tabibi sağlar. Eczacı;

"cezaevi tabibinin vereceği reçetelere göre ilaçları hazırlar, yeşil ve kırmızı reçeteye satılan uyuşturucu ve uyarıcı nitelikteki ilaçların tane olarak verilmesini ve huzurda içirerek kontrolünü yapar, diğer ilaçları ise cezaevi tabibinin belirlediği miktarda hastalara verir.

Kurumda bulunan ilaçları korur ve gereken ilaçları almak için cezaevi tabibine zamanında haber verir."

Kapalı ceza infaz kurumlarında ise, hiç bir şekilde T/H'ye ilaç (haricen kullanılanlar hariç) teslim edilmez. Bu cezaevlerinde ilaçlar revirde saklanır.

Enjeksiyon biçimindeki ilaçlar sağlık memuru tarafından, sağlık memuru yoksa hekim tarafından revirde uygulanır. Bu nedenle, enjeksiyon yapılacak T/H'nin zamanı geldiğinde usulüne uygun biçimde revire getirilmesi gerekir. Pansumanlar da revirde yapılır.

Yapılan enjeksiyon ve pansuman işlemleri bu işlemlerin kayıt edildiği deftere (ya da UYAP'taki uygun ekrana) işlenir.

Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları Arasında Düzenlenen Protokol (2003) 'e göre hasta muayenesi ve ücretler konusunda bazı hükümler

MUHTAÇ HÜKÜMLÜ VE TUTUKLULARIN TEDAVİ MASRAFLARININ KARŞILANMASI:

MADDE 57- Ceza .İnfaz Kurumları Ve Tutukevlerince muayene; tetkik ve tedavi' için resmi, sağlık kurumlarına sevk edilen tutuklu ve ' hükümlülerin ayakta ve yatarak yapılan muayene, ve tedavileri 6.8.2003 tarih ve 25191 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2003/5933 sayılı bakanlar kurulu kararname gereğince 31.12.2003 tarihine kadar ücretsiz olarak yapılacaktır, hastane tarafından temin edilemeyen ilaç, tıbbî malzemelerle iyileştirici or-tez ve protez bedelleri, Adalet Bakanlığınca ödenecektir. 31.12.2003 tarihinden sonra hükümlü ve tutukluların muayene ve tedavileri ile ilaç, tıbbi sarf malzemesi, ortez ve protez bedelleri Adalet Bakanlığınca karşılanacaktır, bu giderler, hizmetin verileceği tarihte yürürlükte bulunan, maliye bakanlığınca yayımlana'n bütçe uygulama talimatı (tedavi yardımı) fiyat tarifesi üzerinden ücretlendirilerek fatura edilecektir.

6.7.5. Hasta sevk işlemleri ve konsültasyon

Ceza infaz kurumlarında hasta şevki işlemi iki türlü yapılabilir:

Normal sevkler: Muayene sonucunda hastanın bir ikinci basamak sağlık kuruluşu tarafından görülmesi uygun bulunmuşsa, hekim UYAP'ın ilgili ekranına kayıt edilir ve raporlama seçeneği ile bir çıktı alınır. Hasta bu çıktı ile (sevk raporu) ikinci basamak sağlık kuruluşuna gönderilir. Sevk raporunda hekim ile birlikte kurum müdürünün de imzası gereklidir.

Açık ceza infaz kurumlarında hasta İKM eşliğinde sevk edildiği kuruma götürülür. Kapalı ceza infaz kurumlarında ise, hastaların jandarma eşliğinde götürülmesi gereklidir. Bu şekilde gönderilen hastanın hastanedeki güvenliğinden jandarma sorumludur.

Ceza infaz kurumunun bulunduğu yerdeki koşullara göre, ikinci basamak sağlık kuruluşundan (hastaneden) hasta gönderilmeden önce randevu alınması gerekebilir.

Acil sevkler : Acil şevklerin normal sevk işlemlerinden farkı, mesai saatleri dışında nöbetçi müdür tarafından hekim onayı olmadan yapılabilmesidir. Acil hasta şevkinin gerektiği durumda bir "acil

jandarma grubu" oluşturulması gerekir. Jandarmaya gönderilen acil istek yazısında, mesai dahilinde hekimin ve müdürün, mesai haricinde yalnızca kurum en üst amirinin imzası gerekir.

Sevk sonrası işlemler: Hastanede hastalara yapılan işlemler, tedavi protokolü ile kontrol ve laboratuvar randevuları kayıt altına alınır (Bkz. Bölüm 10). Böylece, hastanın tedavisi hakkında kayıt işlemleri tamamlanmış olur, tedavi uygulaması yapılabilir, ayrıca de ceza infaz kurumu hekimi kendi tanısının doğruluğunu kontrol edebilir.

Gereken durumlarda randevular hekimin gözetiminde sağlık memuru ya da ilgili İKM tarafından alınır.

6.7.6. Hasta personel muayenesi

Ceza infaz kurumu hekimi (aile hekimi), çalışan personelin de muayenelerini yapmakla yükümlüdür. Ancak, personel ve T/H muayene saatlerinin farklı olması hekimin çalışmalarını kolaylaştıracağından, personel muayene saatlerinin önceden belirlenerek duyurulmasında ve personelin bu saatlere uymasının sağlanmasında fayda vardır.

Personel için gereken ilaçlar kendi sağlık karnelerine yazılır, tedavileri kendilerine açıklanır. İstirahatı gerektiren bir hastalık varsa, bu durum ve istirahat süresi personelin hasta sevk kağıdına ve protokol kayıt defterine işlenir.

6.7.7. Laboratuvar hizmetleri

Aile hekimleri tutuklu ve hükümlülerin laboratuvar işlemlerini diğer hastalara uyguladıkları esaslar çerçevesinde yapabilirler. Ancak, ceza infaz kurumu tabipliği en azından; hemoglobin, hematokrit, lökosit, eritrosit, sedimantasyon, açlık kan şekeri, trigliserid, total kolesterol, kan grubu, serolojik testlerden ASO, CRP ve RF, Hepatit B Markerlerinden HBs Ag ile HBs Ab, KOH ile mantar araştırması, helicobacter Pylori testi, periferik yayma, tam idrar tahlili, idrarda gebelik testi, gaita tetkiki ve gaitada gizli kan, yapabilmelidir.

Gerekli demirbaş malzeme

1. Çift oküler mikroskop
2. Santrifüj
3. Hematokrit santrifüj
4. Sterilizatör
5. Otomatik pipet (1000 mikro litrelik)
6. Otomatik pipet (100 mikro litrelik)
7. Kolesterol, trigliserid ve kan şekeri ölçüm aleti
8. Oksijen tüpü.

Gerekli sarf malzemeleri

1. Hematokrit pipeti
2. Lökosit pipeti
3. Thoma lamı
4. Sahli cihazı
5. Hemoglobin solüsyonu
 6. Lökosit solüsyonu
 7. Sedimentasyon pipeti
 8. Sedimentasyon tüpü
 9. Sedimentasyon tablası
10. ASO solüsyonu
11. CRP solüsyonu
12. RF solüsyonu
13. Lam
14. Lamel
15. Lanset
16. Gimsa boyası
17. İmersiyon yağı
18. Santrifüj tüpü (cam ve plastik)
19. Mavi pipet ucu
20. Sarı pipet ucu
21. KOH (potasyum hidroksit)
22. Gebelik testi
23. Gaita kabı
24. Kültür çubuğu
25. Tüp sporu
26. Laboratuvar saati
27. Metil alkol
28. HP testi (helicobacter)
29. Gaitada gizli kan testi
30. Enjektör
31. Batikon
32. Pamuk
33. Otomatik turnike
34. Flaster
35. Nazal oksijen maskesi
36. HBsAg kart test
37. HBs Ab kart test
38. Alet dezenfektan solüsyonu
39. Steril idrar kabı
40. Steril eldiven
41. Non steril eldiven
42. İdrar stripi
43. Enjeksiyon bandı

44. Kan şekeri stripi
45. Etil alkol
46. Kan grubu antijen solüsyonları.

Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları Arasında Düzenlenen Protokol (2003)'e göre hasta muayenesi ve sevk konularında uyulması gereken hususlar

ADLÎ TIPTAN RANDEVU ALINMASI :

MADDE 25- Mahkemeler ve Cumhuriyet Başsavcılıklarınca Adlî Tıp Kurumuna yapılacak şevklerden önce, Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünün genelgesi doğrultusunda, bu kurumdan randevu alınacak ve şevkler, belirlenecek tarihlere göre yapılacaktır.

SAĞLIK KURULUŞLARINDAN MUAYENE İÇİN GÜN ALINMASI :

MADDE 26- Tutuklu ve hükümlülerin muayene, tedavi, tahlil ve filmlerinin çekilmesi için, sağlık kuruluşlarına şevklerinde, mümkün olduğu ölçüde önceden randevu alınacak, şevkler jandarma tarafından randevu saatinde, sağlık kuruluşunda hazır olunacak şekilde yapılacaktır.

SAĞLIK KURULUŞLARINDAKİ TUTUKLU VE HÜKÜMLÜ KOĞUŞLARINDA İÇ İNZİBATIN SAĞLANMASI:

MADDE 27- Kurum dışındaki sağlık kuruluşlarında tedavisi yapılan tutuklu ve hükümlülerin, toplu olarak buldukları mahkum koğuşlarında, iç düzenin sağlanması ve diğer idarî işlemlerin yürütülmesi maksadıyla, cezaevi yönetimince yeteri kadar infaz ve koruma memurunun bulundurulması sağlanacaktır.

Bu yerlere ait kapı anahtarları, koruma görevinde bulunan jandarma devriyesinin komutanında bulunacaktır.

SEVK VE KONAKLAMADA KOLAYLIK GÖSTERİLMESİ :

MADDE 28- Hükümlü ve tutukluların iller arası nakillerinde; bu nakillerde görevlendirilen jandarma devriye komutanının, isteği üzerine, o yerin cumhuriyet başsavcısı ile irtibat kurularak, yolda konaklanacak yer cezaevleri idaresince, tutuklu ve hükümlüler bekletilmeden cezaevine alınacaktır.

SEVKLERDE KUMANYA VERİLMESİ ;

MADDE 29- Başka kurumlara şevkler yapılmadan bir gün önce, tutuklu ve hükümlüler için, gidecekleri mesafe de gözönünde bulundurularak, sevk yapan, cezaevi idaresince yeteri kadar kumanya hazırlanacak ve sevk günü tutanakla araç komutanlarına teslim edilecektir, ayrıca duruşmalara, götürülecek hükümlü ve tutukluların, duruşma günündeki öğle yemeği, önceden kumanya olarak hazırlanıp kendilerine verilecektir.

KAZA VE ARIZA DURUMUNDA VASITA SAĞLANMASI :

MADDE 30- Başka cezaevlerine hükümlü veya tutuklu şevklerinin yapılması sırasında, cezaevlerine ait araçların arıza ve kaza yapması hâlinde, yol güzergâhındaki müdürlük teşkilâtı bulunan ceza infaz kurumları veya tutu-kevlerince, yolca kalan ekibe yeterli araç temin, edilecek ve gidecekleri, yere kadar gönderilmeleri sağlanacak, durum en seri haberleşme vasıtasıyla bakanlığa bildirilecektir.

JANDARMAYA İTAATSİZLİK VE MUKAVEMET EDİLMESİ:

MADDE 31- Hastaneye, başka bir cezaevine veya duruşmalara yapılacak şevkler sırasında jandarma; hükümlü ve tutuklulara müşfik davranacak, adil ve insanî muamele yapacaktır.

Ancak hükümlü ve tutukluların yolda, araçta ve cezaevlerindeki aramalarda, açık görüşlerde, sayımlarda ve hastanelerde yapılan görevler sırasında, jandarmaya itaatsizlik ve mukavemet etmeleri hâlinde; görevli jandarma tarafından gerekli inzibatî tedbirler alınmakla birlikte, olayı belgeleyecek şekilde tutanak düzenlenerek, gerekli adlî, idarî ve inzibatî işlemler yapılmak üzere cumhuriyet başsavcılığına iletilecektir.

RİNG ARAÇLAR İÇİN GÖRÜŞ ALINMASI:

MADDE 32- Adalet Bakanlığınca yeni ring araçları alınırken veya bu araçların karasörleri yapılırken; güvenlikle ilgili konularda İçişleri Bakanlığının görüşü alınacak ve varılacak mutabakata göre, araçların iç bölmelerinin yaptırılması sağlanacaktır.

Ayrıca, mevcut ring araçlarında firara neden olabileceği tespit edilen eksiklikler giderilecektir.

ACİL HASTALIKLAR HÂLİNDE SEVK :

MADDE 46- Kapalı Cezaevi Ve Tutukevlerinde acil ve hayati tehlike arz eden hastalık durumunda; varsa hekim raporu ile yoksa, kurum amiri veya nöbetçi amirinin yazılı talebi üzerine jandarma, hasta hükümlü ve tutukluyu bekletmeden hastaneye sevk edecektir.

Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları Arasında Düzenlenen Protokol (2003) 'e göre hastane tedavilerinde uyulması gereken hususlar

HASTANELERDEKİ TEDAVİLERİN HÜKÜMLÜ KOŞUŞLARINDA YAPILMASI :

MADDE 58- Hastaneye sevk edilen hükümlü ve tutuklular, yatarak tedavi edilmeleri gerektiği takdirde, o hastanede bunlara tahsis edilen "hükümlü koşuşuna" yatırılacak ve tedavileri burada yapılacaktır, hükümlü koşuşu olmadığı takdirde, jandarma tarafından gerekli tedbirler alınarak tedavileri, hastanelerin diğer birimlerinde tamamlanacaktır.

HÜKÜMLÜ KOŞUŞU BULUNMAYAN HASTANELER ;

MADDE 59- Buldukları mahal hastanelerinde "hükümlü koşuşu" bulunmaması veya hastalığın özelliği veya "hükümlü koşuşu" olan hastanede branş ve teknik donanım noksanlığı yüzünden, tedavi edilemeyen tutuklu ve hükümlüler; gerekli tedavileri için tabiplerin uygun göreceği ağır ceza merkezlerindeki hastanelere, cumhuriyet başsavcılığınca derhal gönderilecektir, burada tedavi altında buldukları sırada, tedavisinin aciliyeti nedeniyle başka bir tedavi kurumuna sevk edilmesi gereken hükümlü ve tutuklulardan, durumları sağlık kurulu raporuyla tevsik edilenler ve hayati tehlike içinde buldukları asgari çift doktor raporu, ile belgelenenler, derhal belirlenen sağlık kurumlarına sevk edilecektir, cumhuriyet başsavcılığı, jandarma ve hastane idaresince gerekli emniyet tedbirleri alındıktan sonra, hükümlü koşuşu varsa orada, yoksa 3 üncü sınıf genel ve muhafazalı bir koşuş veya odaya yatırılacak ve tedavileri burada yapılacaktır.

HASTA KADIN TUTUKLU VE HÜKÜMLÜLERİN YATARAK TEDAVİSİ:

MADDE 60- Hükümlü koşuşu bulunmayan veya yetersiz kalan hastanelerde, bayan hükümlü ve tutukluların yatarak tedavileri, hastanelerin 3 üncü sınıf genel kadın koşuşlarında yapılacak; cumhuriyet başsavcılığı, jandarma ve hastane idaresi tarafından gerekli emniyet tedbirleri alındıktan sonra, bunların muhafazaları; öncelikle bayan infaz ve koruma memurlarınca, olmadığı takdirde

mülkî amirlerce görevlendirilecek bayan polis memurlarınca sağlanacaktır.

HASTANE BİNALARINDA HÜKÜMLÜ KOĞUŞU AYRILMASI :

MADDE 65-Ağır ceza teşkilâtı bulunan il ve ilçelerdeki Sağlık Bakanlığına ait yeni kurulacak hastanelerde proje safhasında; mevcutlarda ise mahallî mülkî amirin görüşü de alınarak, yeterli sayıda hükümlü ve tutuklu koğuşu ayrılacaktır.

HASTANELERDE ZİYARET :

MADDE 68- Sağlık kuruluşlarında yatarak tedavi gören hükümlü ve tutuklu hastalar; cumhuriyet başsavcısının uygun göreceği ziyaretçilerle, tedaviyi yapan hekimin izni alınarak, hastane ziyaret gün ve saatlerinde, görevli infaz ve koruma memuru ve jandarma nezaretinde görüştürülecektir. görüşmeden önce, bu protokolde belirtildiği şekilde ziyaretçilerin aramaları yapılacaktır.

HASTANELERDEKİ FİRARLARDA SORUMLULUK:

MADDE 69- Sağlık kuruluşlarında yatarak tedavi gören hükümlü ve tutukluların firar olaylarında, sağlık personelinin kusuru olup olmadığı mülkî amirliklerce tahkik ettirilecek, sorumlu görülenler hakkında ceza ve disiplin yönünden gereği yapılacaktır.

6.8. Hastalık Taramaları

Taramaların gerekliliği ve önemi konusuna daha önce değinilmişti. Ceza infaz kurumlarında hekimin ya da kurum idaresinin gerekli gördüğü durumlarda hastalık taramaları yapılabilir. Taramanın konusu olan hastalık için eğer bir uzman kuruluştan (verem savaş dispanseri gibi) destek gerekiyorsa, bu konu ceza infaz kurumu yönetimi tarafından ilgili kuruluşla temas kurularak destekleri sağlanmalıdır. Tarama sonuçları T/H muayene işlemleri olarak kabul edilmeli ve kayıtlara böylece geçirilmelidir.

Tarama sonucunda hasta oldukları tespit edilenler uygun şekilde tedaviye alınmalı, kuşkulu vakalar ise ilgili yerlere sevk edilmelidir. Tarama sonucunda, eğer söz konusu hastalığın bir salgın düzeyine eriştiği saptanırsa, gereken önlemler hızla alınmalıdır.

Bir ülkede, halkın geneli için yapılmakta olan bütün taramalar tutuklu ve hükümlüler için de yapılmalıdır. Örneğin, eğer bir ülkede, meme kanseri taraması rutin olarak yapılmakta ise ceza infaz kurumlarında ki kadınların da bu taramalara katılmaları onların haklarıdır.

Taramalar için de tutuklu ve hükümlülerin izinlerinin alınması gerektiği unutulmamalıdır. Öte yandan, HIV, hepatit ve fekal enfeksiyonlar için rutin taramalar yapılmamalı, öyküsünde bu hastalıklara ait bilgi verenler taranmalıdır.

6.9. Hastalıkların Bildirimi

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 57.maddesinde yazılı bulaşıcı hastalıklarından herhangi birinin görünmesi halinde, "Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Bildirim Formu" doldurularak ceza infaz kurumunun bulunduğu bölgedeki sağlık grup başkanlığına en kısa zamanda iletilir.

6.10.Hastalıkların Kodlanması

UYAP gereğince tanısı konulan her hastalık Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenmiş olan hastalıkların kodlanmasına ilişkin kuralları doğrultusunda (International Classification of Diseases - ICD 10) kodlanması gerekmektedir. Bununla ilgili ayrıntılar UYAP'ın ilgili rehberinde bulunmaktadır.

6.11.Temaruz

Ceza infaz kurumlarında sıklıkla karşılaşılan durumlardan birisi de, tutuklu ya da hükümlülerin gerçek dışı beyanlarla hasta oldukları izlenimi vermeleridir. Özellikle, hücre cezası çekenler yalnızlıklarını gidermek ve bir kişi ile konuşma gereksinimlerini giderebilmek için, buldukları oda veya koğuşta korku içinde yaşayan ya da koğuş ortamından kısa bir süre için bile olsa uzaklaşmak isteyenler sık sık bir bahane yaratarak hekime başvurmayı isteyebilirler. Bazı hükümlüler ise, firar planları nedeniyle temaruz ile hekime başvurmak isteyebilirler.

T/H hasta olduğu izlenimini dilekçesini verdiği görevliye verebildiği gibi hekim karşısında da bu davranışını sürdürerek hekimi aldatmaya yönelik davranışlar sergileyebilir.

Böyle bir durumda hekime düşen görev, öncelikle hasta ile görüşmek ve onu hasta imiş gibi kabul etmektir. Çünkü, bazı yakınmaların gerçek olup olmadığı hakkında kesin hüküm vermek tıbbi açıdan her zaman mümkün olmayabilir. Hekim, temaruz olduğundan emin değilse ve kuşkuları varsa, bu kuşkularını T/H lehine kullanmalı ve herhangi bir vahim hataya yol açmamalıdır. Ayrıca, temaruz yapan hükümlünün bir psikolojik yardıma gereksinimi olduğu kanısına varılırsa, bu yönde girişimlerde bulunmalıdır.

Öte yandan, temaruz eğilimlerini bir alışkanlık haline getirerek ceza infaz kurumu yönetimini ve hekimin iyi niyetini aşırı derecede kötüye kullananlar hakkında bir disiplin uygulaması gerekebilir.

6.12.Diş Sağlığı

Ceza infaz kurumundaki hükümlülerin ortak özelliklerinden birisi de ağız ve diş sağlıklarının kötü olmasıdır. Bu kişilerin çoğu, ceza infaz kurumuna girmeden önce de diş hekimine başvurma alışkanlığı olmayan kişilerdir. Dolayısıyla, ceza infaz kurumlarında diş sağlığı hizmetleri önemli ve önceliklidir.

Diş tedavileri yapılırken tedavinin zorunlu olması gerekmektedir. Ayrıca yapılacak tedavinin estetik amaçlı olmaması konusuna da dikkat edilmelidir.

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili hizmetler de yukarıda açıklanan esaslara uygun olarak yürütülür. Bu hizmetlerin yürütülebilmesi için gereken başlıca demirbaş ve sarf malzemesi listesi aşağıdadır;

Demirbaş Diş Malzeme

1. Tam diş üniti
2. Acil durum seti (tansiyon aleti, steteskop, airway ve ambu)
3. Kompresör
4. Reflektör
5. Hekim taburesi
6. Koruyucu gözlük
7. Aeratör başlığı
8. Mikromotor
9. Cerrahi piyasemen
10. Röntgen cihazı
11. Röntgen banyosu
12. Kapaklı küvet
13. Muayene küvetleri
14. Muayene setleri
15. Davye seti
16. Elevator seti
17. Dolgu, kanal tedavisi, detretraj ve küretaj işlemleri için el aletleri
18. Amalgamatör
19. Işınlı dolgu cihazı
20. Ölçü kaşıkları ve malzemesi
21. Cerrahi set
22. Kavitron
23. Organizer çekmece
24. Sterilizatör

Sarf Malzemesi Listesi

1. Anestezik solüsyon
2. Tek kullanımlık enjektörler
3. Banyo solüsyonu
4. Tek kullanımlık hasta önlüğü
5. Muayene eldiveni
6. Maske
7. Aeratör frezleri
8. Dolgu malzemesi (amalgam, ışınli dolgu vb.)
9. Kaide dolgu malzemeleri (çinko sülfat siman, cam iyonomer siman vb)
10. Geçici dolgu
11. Polisaj malzemesi
12. Steril gaz tampon
13. Steril pamuk pelet
14. Dezenfektan solüsyon ve spreyleyler
15. Kanal tedavisi için gereken malzeme ve solüsyonlar
16. Ölçü malzemesi
17. Ünite başlıklarının bakımı için yağ ve spreyleyler
18. Tek kullanımlık bardak
19. Acil durumlarda kullanılmak üzere gerekli ilaçlar (adrenalin vb)
20. Kanama kontrolü için ilaçlar
21. Sütür malzemesi (katküt, ipek vb)
22. Antiseptik solüsyon ve gargaralar

6.13. Revir Hizmetleri ve Hasta Gözetimi

6.13.1.Revirin fiziki yapısı

Ceza infaz kurumu reviri hastane bakımı gerekmeyen, fakat bir süre yatırılarak tedavi edilmesi, gözlem altında bulundurulması ya da izole edilmesi gereken hastalar içindir. Ayrıca, ceza infaz kurumu revirlerinin imkânları oldukça sınırlı olduğu için, özellikle hastaneden taburcu edilen fakat koğuşta kalması sakıncalı olabilecekler, mayi tedavisi verilenler, kronik hastalığı olanlar vb. durumlarda ceza infaz kurumu hekiminin uygun görmesi ile revire hasta yatırılabilir.

Revirlerin de, ceza infaz kurumunun diğer yerleri gibi korumalı olması gerekir. Bu güvenlik İKM'leri tarafından sağlanır.

Bazı ceza infaz kurumlarında revirler yataklı ünitelere sahip değildir. Böyle ceza infaz kurumlarında revirde yatırılması gereken hastalar ya en yakın reviri bulunan ceza infaz kurumuna ya da mahkum koğuşu bulunan bir devlet hastanesine sevk edilir.

Revirlerin yatak kapasitesi T/H sayısına göre düzenlenmelidir. Erkek ve kadınların birlikte olduğu cezaevlerinde revirin ayrı olması gerekir. Yataklı ünite, sağlık personelinin her zaman kolayca

ulaşabileceği mesafede olmalıdır. Revirlerde, özellikle özürllüer için tuvalet ve banyo bulunmalıdır.

6.13.2.Tıbbi malzeme listesi ve sağlanması

Bir revirde hangi malzemenin bulunması gerektiği konusunda yazılı bir düzenleme yoktur Ancak, ceza infaz kurumlarında bulunan revirlerde şu malzemenin bulunması uygun olur (her bir hasta için):

1. Karyola ve hasta yatağı
2. Etajer
3. Serum askısı
4. Yatakta yemek yeme sehpası
5. Oksijen tüpü
6. Ambu
7. Airway'ler

Cezaevi yönetimi tarafından sağlanması gereken zorunlu malzeme şunlardır:

- a) Steteskop,
- b) Tansiyon aleti (çocuk ve erişkin olmak üzere en az iki boy),
- c) Otoskop,
- ç) Oftalmoskop,
- d) Termometre,
- e) Işık kaynağı,
- f) Küçük cerrahi seti (asgari 1 portegü, 1 makas, 1 penset, 1 bisturi sapı),
- g) Paravan, perde
- ğ) Muayene masası,
- h) Refleks çekici,
- ı) Mezura,
- i) Fetal el doppleri,
- j) Aşı nakil kabı,
- k) Snellen eşeli,
- l) Diapozon seti
- m) Tartı aleti (bebek, erişkin boy),
- n) Boy ölçer (bebek, erişkin boy),
- o) Pansuman seti,
- ö) Dil basacağı, enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri,
- p) Keskin atık kabı,

r) Acil solunum yolu müdahale araçları (S -tüp, laringoskop, pediatrik ve erişkin entübasyon tüpü),
s) Ambu cihazı (erişkin ve çocuk için),
ş) Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir),
t) Seyyar lamba,
u) Buzdolabı,
ü) Jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve RİA seti,
v) İlaç ve malzeme dolabı,
y) Sterilizatör,
z) EKG cihazı,
Tromel,
Negatoskop,
Tekerlekli sandalye,
Pulse oksimetre,
Jeneratör

Bulundurulması gereken ilaçlar ise şunlardır:

İsoptine ampul	3 adet
Heparine	3 adet
Kortikosteroid ampul	3 adet
Antispazmodik ampul	5 adet
Antianksiyetik ampul	3 adet
Methergine ampul	3 adet
Polivinil prolidine iyot sol.	500cc
%5 dextroz 500 cc	2 adet
% 0,9 luk NaCl. 500 cc	2 adet
%20 mannitol 500 cc	2 adet
Analjezik	5amp.
Adrenalin 1 mg	5amp.
Atropin sulphat 0,5 mg	5amp.
Sodyum bikarbonat% 8,4	5amp.
Calcium glukonat %10	2amp.
Dopamin	2amp.
Lidocain %2	2amp.
Antihistaminik	5amp.
Aminophillin	2amp.
Diazepam	2amp.
Nidilat kapsül	1 kutu
Diüretik	5amp.

6.13.3. Bulundurulması gerekli ilaçlar

Acil müdahale için ve gerekli olabilecek ilaçlar:

1. Analjezikler ve antipiretikler (parasetamol, vb.)
2. Antispazmotikler
3. Proton pompa inhibitörleri
4. Myorölsanlar
5. Geniş spektrumlu antibiyotikler
6. Adrenalin
7. Atropin
8. Analjezik
9. Morfin

6.13.4. Revir personeli

Revir hizmetlerinde hekimin en yakın çalışma elemanı sağlık memuru ya da bir İKM dur. Yatan hastaların ilaçlarının verilmesi ve diğer bakımlarından bu kişiler sorumludur.

6.13.5. Revirde hasta gözetirni

Revirde yatan hastaların her gün hekim tarafından ziyaret edilerek tedavilerinin uygun biçimde yapılıp yapılmadığının denetlenmesi gereklidir. Hekim, günlük talimatlarını revirde görevli sağlık memuru ya da İKM'ye iletir ve bunların sağlanmasını gözetir.

6.14. İlk Yardım ve Acil Tedavi

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan "İlk Yardım Yönetmeliği" ne (22.05.2002 tarih 24762 sayılı Resmi Gazete ve 18.03.2004 tarih ve 25406 sayılı Resmi Gazete) göre, "Tüm kurum ve kuruluşlarda istihdam edilen her yirmi personel için bir, ilgili mevzuata göre ağır ve tehlikeli işler kapsamında bulunan işyerlerinde, her on personel için bir olmak üzere, bu yönetmeliğe göre yetkilendirilmiş merkezden en az "Temel İlk Yardım Eğitimi" sertifikası almış "İlk Yardımcının bulundurulması zorunludur." (Madde 16)

Aynı Yönetmeliğe göre, yukarıda belirtilen zorunluluk, yönetmeliğin yayımlanmasından itibaren iki yıl içerisinde yerine getirilmelidir. Bu Yönetmelik gereği ceza infaz kurumlarımızda, 18.03.2006 tarihinden itibaren her yirmi personel için bir sertifikalı İlk Yardımcı yetiştirilmesi gerekmektedir.

Acil tedavi için ise; ceza infaz kurumu hekimlerinin Acil Hekimlik Sertifikası ve beraberinde CPR (kardiyopulmoner resusitasyon) sertifikası sahibi olmaları ile yardımcı sağlık personelinin de gerekli eğitimlere tabi tutulmaları gerekmektedir.

Yukarıda belirtilen hususun yerine getirilmesinde ceza infaz kurumu hekimleri kurum yöneticileri ile işbirliği içinde personel eğitimi

için çaba göstermelidir. Bu amaçla, il sağlık müdürlüğü, tabip odası ya da ilk yardım eğitimi konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından sertifika almış kamu ya da özel kurumlara temas kurulabilir.

6.15. Mahremiyet (Gizlilik) İlkesi

Hastalarla ilgili bütün bilgilerin gizli tutulması hekimlik ilkesidir. Hastaya ait bilgiler yalnızca onu ilgilendirir ve hasta bu bilgileri hekime güvendiği için ve onun kendisine yaralı olacağını bildiği için verir. Bu bilgilerin hekimden başka, üçüncü bir kişiye aktarılması yalnızca hastayı ilgilendirir ve hasta izin vermeden hekim kendisine aktarılan ya da muayene sırasında elde ettiği bilgileri kimseye açıklamamalıdır. Bilgiler, hekime emanet edilmiştir ve emanete saygı gösterilmelidir.

Eğer, söz konusu bilgilerin bir başkasına da aktarılması zorunluluksa, bu durum hastaya açıklanmalı ve kendisinin mümkünse yazılı izni alınmalıdır. Herhalde, hastalık bilgileri dışında hastanın kişisel bilgileri açıklanmamalıdır.

Hekim dışındaki eczacı, hemşire, sağlık memuru, infaz koruma görevlisi gibi hasta hakkında bilgi sahibi olan kişiler de aynı ilkeye uymalıdır.

Ceza infaz kurumlarında, sağlık görevlilerinden başkası hastalarla ilgili kayıtlara ulaşmamalıdır. Zaten, UYAP uygulamalarına göre, tutuklu ve hükümlülerin hangi bilgilerine hangi görevlilerin erişebileceği belirlendiğinden ve görevlilere "elektronik şifreler" verildiğinden ülkemizde hastanın bilgilerine erişilmesi, hekim İzin vermediği takdirde mümkün olamaz.

7. RUH SAĞLIĞI

7.1. Ruh Sağlığı Hizmetleri

Çoğu batı ülkelerinde yapılan araştırmalara göre, ceza infaz kurumlarında mahpuslarda psikiyatrik sorunlar yaygındır. Kişilik bozukluklarının yanı sıra en önemli psikiyatrik bozuklukların, nevrozların, alkol ve uyuşturucu bağımlılığının oranları toplumdaki oranlardan daha yüksektir.

7.2. Ruhsal Bozuklukların Teşhisi

BM Hükümlülerin Islahı Hakkında Asgari Kurallar, Avrupa Ceza İnfaz Kurumu Kuralları ve Hükümlülerin Tıbbi Bakımı Hakkında Amerikan Standartları, ceza infaz kurumlarının tümünde toplumdaki benzer hizmetler ile yakından ilişkide olan ruhsal sağlık birimleri bulunması yönündedir. Eğer mümkünse, psikiyatrik ekip düzenli olarak durumları kaygıya yol açan tüm hükümlüleri görmek üzere ceza infaz kurumunu ziyaret etmelidir. Bundan bağımsız olarak, ceza infaz kurumu hekiminin, herhangi bir ruhsal bozukluğu belirleyebilmesi, doğru tedaviyi uygulayabilmesi ve/veya psikiyatrik ekibe yönlendirebilmesi açısından ruhsal sağlık değerlendirmesi konusunda bilgi sahibi olması da önemli bir husustur.

7.2.1. Değerlendirme

Değerlendirme, hükümlünün ceza infaz kurumuna kabulü sırasında başlamalıdır. Bazı soruların bu aşamada sorulması, her bir hükümlünün değerlendirmesini üstlenen hekim veya sağlık memuru fark etmeksizin, ceza infaz kurumu sağlık personelinin bilgilendirilmesi ve gerektiğinde acil tedavi ve müdahale yapılması açısından önem teşkil etmektedir.

Ruhsal sağlık sorunlarının belirlenmesi

Olası bir ruhsal sorunun belirlenmesi için hükümlüye şu sorular sorulmalıdır:

- Daha önce psikiyatrik tedavi görmüş mü?
- Halen ilaç kullanıyor mu?
- İntihar girişimi olmuş mu?
- Halen intihar yönelimi var mı?
- Uyuşturucu bağımlısı mı?
- Herhangi bir ilaç bağımlısı mı?
- Suçu adam öldürme veya cinsel suç mu?
- Ailesinde ruhsal bozukluk geçmişi var mı?

7.2.2. İntihar eğiliminin belirlenmesi

Mahpuslar arasında intihar oranları yüksek düzeyde seyretmektedir. Ancak, doğru teşhis ve bakım sağlandığında, intihar önlenabilir.

İntihar girişiminde risk unsurları şunlardır:

- psikiyatrik bozukluk hikayesi
- geçmişte intihar girişimleri
- kontrol altında olmayan alkol bağımlılığı
- kokain kullanmayı bırakma nedeniyle yaşanan sorunlar
- adam öldürme veya cinsel suç
- genç yaş

7.2.3. Depresyonun belirlenmesi

Klinik depresyonun en çok rastlanan belirtileri şunlardır:

- düzensiz uyku; hastalar genellikle sabahın erken saatlerinde uyanır ve tekrar uykuya dalamazlar
- günlük yaşama ilgisizlik, genel bir uyuşukluk
- konsantrasyon bozukluğu
- moral bozukluğu ve kötümserlik
- gelecek ile ilgili kaygı: bu durum önemli bir belirtidir, çünkü böyle hastalar intihara meyillidir
- artış gösteren iritasyon
- iştah azlığı
- depresyon veya anksiyeteyi gidermek amacı ile bağımlılığa varabilecek uyuşturucu veya alkol kullanımı. Depresyonun alkol veya uyuşturucu kullanımından önce başlayıp başlamadığını belirlemek önemlidir.
- intihar düşüncesi.

7.2.4. Psikozun (Şizofreni) belirlenmesi

Şizofreni en sık rastlanan psikotik rahatsızlıktır. Çoğu zaman, genç yetişkinlerde görülür. Hükümlülerin çoğunun genç erkek yetişkinler olduğu göz önüne alınarak, ceza infaz kurumu hekimi hükümlülerden birisinde "tuhaf bir davranış" gözlemlediğinde bir psikoz ihtimalini düşünmelidir. Genç erkek, içine kapanık, yalnız, iletişim kurmaktan kaçınan veya bazen agresif ve şiddete başvuran biri olabilir.

Bir hasta ile görüşme sırasında, hekim yanında bir sağlık memuru bulundurarak gizliliğe dikkat etmeli, sakin, acele etmeyen ve güven veren bir görünüm içinde olmalıdır.

Ruhsal sağlık muayenesinde aşağıdaki unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır:

Davranış: Hasta görüşme sırasında uygun davranış gösteriyor mu? Örneğin, beklenmedik şekilde gülen veya yataklarında uzun süre hareketsiz kalan, görünmeyen bir kişi ile konuşan hükümlülerde psikotik bir sorun olabilir.

Konuşma: Konuşmanın tonu, izlenebilirliği, içeriği anlaşılabilirliği bazı ruhsal sorunlara işaret edebilir. Konuşma bozuklukları düşünme blokajı gibi ruhsal sorunlarla bir arada görülen belirtiler olabilir.

Ruh hali: Hükümlü depresif, huzursuz veya tedirgin olması, duygularında küntlük gibi belirtiler ruhsal sorunlara işaret eder.

Halüsinasyonlar: Psikoza hastalarının gerçekte olmayan sesleri kendi kafalarının içinden geliyormuş gibi duymaları şizofrenide çok yaygındır. Hasta bu seslerden bir veya birkaçını betimleyebilir. Bu sesler, hastanın davranışlarını etkileyebilir, ona ne yapacağını söyleyen sesler hastanın kendisini veya başka bir kimseyi öldürmeye itebilir.

Delüzyonlar: Delüzyonlar, toplumun normal saydığı ve kabul ettiği fikirler ile uyuşmayan sabit fikirler olarak tanımlanabilirler. Bu fikirlerin bazıları zalimce olabilir. Örneğin, hasta televizyondan gelen sinyallerin beyindeki bazı noktaları etkileyerek spesifik bir davranışını kontrol etmek için yayıldığına inanabilir. Bir kişi hakkındaki sabit fikirler diğerlerini de içeren bir hale dönüşebilir ve böylece bir işkence sistemi kurulmuş olur.

Dikkat ve konsantrasyon: Bu iki unsur genelde diğer belirtilerden ve özellikle de halüsinasyonlardan etkilenir. Halüsinasyon sesleri hasta ile konuşursa, hasta konsantrasyon güçlüğü çekebilir ve bu durum da hasta ile görüşme sırasında anlaşılabilir.

Amerikan Psikiyatri Demeği'nin *Diagnostic and statistical manual of men-tal disorders: DSM-IV* kılavuzuna göre şizofreni tanısını koyabilmek için;

- Tipik semptomlar: İki veya daha fazla bulunmalı, her biri bir aydan uzun sürmeli (şayet semptomlar tedavi ile geriledi ise daha az sürse de kabul edilebilir)
 - Duygulanımda küntleşme
 - Varsam (halüsinasyonlar)
 - Sanrı
 - Dezorganize konuşma (konuşmada düzen bozukluğu)
 - Dezorganize (çok dağınık) davranış (ör; uygunsuz giyinme, sık sık ağlama) veya katatonik davranış
 - Negatif semptomlar (konuşmanın ve istencin azalması gibi)
 - Toplumsal ve iş uyumunda bozukluk.

Bunlardan iki ya da daha fazlasının hastada bulunması zorunludur. Bu belirtiler en az bir ay sürmüş olmalıdır.

Şizofreni tanısı koyabilmek için tipik semptomlara ek olarak;

- Toplumsal ve iş yaşamında bozukluk
- Süre : Hastalık belirtileri en az 6 ay sürmeli
- Şizoaffektif bozukluk ve duygu durum bozukluğu olmaması

- Fiziksel tıbbi bir duruma ya da madde/ilaç kullanmaya bağlı olmaması
- Yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü olduğunda varsanılarının, sanrıların en az bir ay devam etmesi gerekmektedir.

Halüsinasyon: Kişinin gerçek dışı uyaran yokluğunda sanki böyle bir uyaran varmış gibi algılarının olması. Gerçekte olmayan, kimsenin duymadığı sesler duyma, uyanık olduğu halde gerçekte olmayan görüntüler görme gibi. Halüsinasyonlar görme, duyma, koku, dokunma, ve tat duyularının hepsiyle ilişkili olabilir. Şizofreni hastası bu algıların gerçek olmadığını farkında değildir. En sık, işitsel halüsinasyonlar, görsel halüsinasyonlar, koku halüsinasyonları, tat alma halüsinasyonları, dokunma halüsinasyonları görülür.

Delüzyon: Aksi kanıtlar gösterildiği halde kişinin tartışılmaz bir bağlılıkla sürdürdüğü, sabit ve sarsılmaz düşünceler. Bu düşünceler kişinin içinde bulunduğu toplumsal ve kültürel değerlerle örtüşmez, dini inançlarla bağdaşmaz veya bunlara göre belirgin olarak abartılı ve tuhaftır. Hezeyanlar kişinin dünya görüşünü ve davranış tarzını etkiler. En sık görülen hezeyanlar; kötülük görme hezeyanları, büyüklük hezeyanları, alınma hezeyanları, erotomanik hezeyanlar, küçüklük hezeyanları, nihilistik hezeyanlar, beden görünümüne ilişkin hezeyanlardır.

Dikkat ve Konsantrasyon:

Hemen her tür psikiyatrik bozuklukta dikkat sorunu görülebilmektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Başlıca özelliği başkalarının haklarını saymama, başkalarının haklarına saldırma ile giden yaygın bir örüntü olmasıdır. Bu tanı 18 yaşından önce konmaz (18 yaşından önce Davranım bozukluğu tanısı kullanılır). Toplumda yaygınlığı, erkeklerde %3, kadınlarda %1 dolayındadır.

Antisosyal kişilik bozukluğu, DSM-IV tanı ölçütleri

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarını saymama, başkalarının haklarına saldırma örüntüsü.

1. Tutuklanması için zemin hazırlayan tekrarlayıcı eylemlerde bulunma, yasalara ve toplumsal kurallara ayak uyduramama.
2. Sürekli yalan söyleme, takma isim kullanma, kişisel çıkar ve zevki için başkalarını atlatma.
3. Dürtüsellik ve gelecek için tasarılar yapamama.
4. Yineleyen kavgalar veya saldırılarla belirli sinirlilik ve saldırganlık.
5. Kendi ve başkalarının güvenliği konusunda umursamazlık
6. Bir işi sürekli götürememe, mali yükümlülüklerini yerine getirememe ile belirli sürekli sorumsuzluk.

7. Başkalarına zarar verme, kötü davranma veya bir şey çalma durumuna karşı ilgisizlik veya bunlara kendine göre mantıklı açıklamalar getirme, vicdan azabı çekmeme.

B.Kişi en az 18 yaşındadır.

C.15 yaşından önce başlayan davranım bozukluğunun kanıtları vardır.

D.Antisosyal davranış sadece şizofreni veya manik epizodun gidişi sırasında ortaya çıkar.

7.2.5. Anti-sosyal kişilik belirlenmesi

Kişilik bozukluğu ergenliğin sonlarına doğru başlar ve çoğu zaman çocukluk dönemindeki davranış bozukluklarının ardından ortaya çıkar. Kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için, belirtilerin en az iki yıl devam etmiş olması gerekir. Hükümlüler arasında anti-sosyal kişiliklere sıkça rastlanır. Bu nedenle, ceza infaz kurumu hekimlerinin böyle durumlarda neler yapılabileceğini bilmelidir.

Anti-sosyal kişilik sendromunun yaygın belirtileri aşağıdakilerdir:

- etraftaki kişilerin duygularına karşı duyarsızlık
- ısrarlı bir sorumsuzluk, sosyal normlara ve kurallara karşı gelme
- ilişkileri sürdürmememe
- olumsuzluklara karşı düşük tolerans
- saldırganlık ve şiddet eğilimi
- başkalarını suçlamaya eğilim.

Bu bozukluklar kişilerde hafif veya şiddetli biçimlerde görülebilir. İleri derecede hasta olanlar herhangi bir yardım talebinde bulunamayabilirler ve bu kişilere yardımcı olmak zor olabilir. Ancak, kendilerini bu duruma iten etmenlerle ilgili ip uçları verebilirlerse, bozuklukları hafif düzeyde olanlara yardım etmek mümkün olabilir. Bu tedavi için en uygun ortam "terapi grubu" düzenidir.

Hekimler, kişilik bozukluğu olanların depresyona yakalanabileceğini, alkol veya uyuşturucu bağımlısı olabileceğini bilmeli ve bu durumlarda da tedaviye başvurmalıdırlar. Uyuşturucu bağımlıların büyük bir çoğunluğunun kişilik bozukluğu olduğu bilinmektedir.

7.3. Ceza infaz kurumu ortamında ruh sağlığı

Tüm ceza infaz kurumlarında bir psikiyatri uzmanının yardımına ihtiyaç vardır. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin tutuklanma şansı daha yüksektir ve bu kişilerin ruhsal durumları biran önce belirlenmeli ve tedavileri sağlanmalıdır. Ancak, ceza infaz kurumları psikiyatrik hastaneler değildir, ve hastane tedavisi gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluğu olan birini ceza infaz kurumunda tedavi etmeye kalkışmak yanlış olur. Hiç bir hasta rızası olmadan, hayati tehlike durumu hariç, tedavi edilmemelidir. Aktif olarak psikotik olan ve delüzyon ve

halüsinas-yon gören hasta, en azından ilaç tedavisi belirlenene kadar ve hastalığın stabil duruma gelinceye kadar, tam teşkilatlı bir psikiyatrik hastaneye gönderilmelidir.

7.4. Ceza infaz kurumu hekimleri ve mahkemeler

Ceza infaz kurumu hekiminin temel görevi hükümlü hastanın bakımınıdır. Hastasının ruhsal sağlığı, çevreye zarar verme riski veya yol açtığı tehlike konusunda mahkemelere görüş vermemelidir. Buna tek istisna, hekimin mahkeme tarafından istenilen psikiyatrik değerlendirmenin hastanın yararına olacağını düşünmesi halidir. Hastanın rızası ile, hekim mahkemeden bu değerlendirmenin bağımsız bir psikiyatrist tarafından yapılmasını isteyebilir. Mahkemelere sunulan tıbbi raporlar sadece söz konusu hastanın tedavisi ile ilgisi olmayan hekimler tarafından verilebilir.

7.5. Bağımlılık

7.5.1. Uyuşturucu stratejisi

Uyuşturucu kullanımını kontrol altında tutmak için, her ceza infaz kurumunun bir uyuşturucu stratejisi olmalıdır ve tüm ceza infaz kurumu personeli bunu uygulamalıdır. Uyuşturucu stratejisi aşağıdakileri içermelidir:

- uyuşturucu arzının azaltılmasına yönelik önlemler
- uyuşturucu talebinin azaltılmasına yönelik önlemler
- uyuşturucu bağımlıları için tedavi programları
- uyuşturucu kullananlar ve ortakları için zararı azaltıcı önlemler.

Uyuşturucu arzının azaltılması

Bu önlem, ceza İnfaz kurumu personelinin sorumluluğu altındadır; tutukluların/ hükümlülerin ve ziyaretçilerin üzerleri aranır. Uyuşturucu aranırken koku alan köpekler de kullanılabilir. Uyuşturucu arzının azaltılması aynı zamanda hekimlerin reçete yazma alışkanlıklarına da bağlıdır. Benzodiazepinler kolayca bağımlılığa yol açabilirler ve bu yüzden talebi çok olan ilaçlardır ve bu ilacı kullananlar tarafından satılabilirler. Bu yüzden de,, bu ilaçlar çok dikkatle yazılmalıdır ve uyuşturucu bağımlılarının tedavilerinde, alkol bağımlılarının kısa dönemli detoksları haricinde kullanılmamalıdır. Uzun zamandır afyon kullananlara ilaç kullanma alışkanlıklarını arttırmamak üzere metadon yazılması tavsiye edilir ancak ceza infaz kurumunda ticarete araç olmaması için bu ilacın verildiği kişiler sağlık elemanları tarafından sıkı şekilde denetlenmelidir.

Uyuşturucu talebinin azaltılması

Gerek uyuşturucu bağımlısı olmayan ve kendilerini bundan uzak tutmak isteyen gerekse daha önce bağımlı olup ta bağımlılıklarından kurtulmuş hükümlüler uyuşturucu ve ilaçların bulunmadığı ortamlarda

uyuşturucu kullanmaktan uzak durduklarını ifade etmektedirler. Uyuşturuculardan /ilaçlardan arındırılmış ceza infaz kurumları oluşturmak elbette zordur. Bunu sağlamak, bazı kuralların kesin olarak uygulanması, rastgele zamanlarda ve kişilerde yapılan idrar testleri, grup toplantıları ve psikolojik danışmanlık gibi faaliyetleri gerektirir. Kurallara uymayan kişiler ceza infaz kurumundaki eski, olağan koşullarına geri gönderilirler.

Uyuşturucu bağımlıları için tedavi programları

Uyuşturucu kullananların tedavileri özel çaba ve uzmanlık gerektirir. Dolayısıyla, böyle kişilerin tedavileri için bir Psikiyatristin rehberliğine gerek vardır. Uyuşturucu kullananların tedavilerinde "metadon" veya "buprenorfin", kişisel veya grup terapisi, akupunktur, rahatlama terapisi gibi yaklaşımlar uygulanabilir. Bu tedavilerin uygulanmasında ceza infaz kurumu hekimi Psikiyatrist ile işbirliği yapılmalıdır.

Afyon kullanıcıları için zararı azaltma önlemleri

Afyon kullanımı konusunda yapılması gereken şeylerden birisi de afyonun zararlarının azaltılmasıdır. Bu amaçla steril iğne bulundurulması, hepatit B aşısı yapılması, ceza infaz kurumuna giriş aşamasında gizli tutulacak HIV ve hepatit testi yapılması, hepatit C ve HIV virüsü taşıyan hastaların antiviral tedavisi, çamaşır suyu bulundurulması, iğne ile yaralanma ve kanın temizlenmesi gibi önlemleri içeren bir enfeksiyon kontrol politikası izlenmelidir.

7.5.2. Alkol ve uyuşturucu bağımlılığının belirlenmesi

Ceza infaz kurumuna girişte yapılan sağlık kontrolünde tüm tutuklu ve hükümlülerin uyuşturucu kullanıp kullanmadıkları araştırılmalıdır. Bağımlı olan kişileri tespit etmek, değerlendirmek ve gerekli ve uygun tedaviye yöneltmek üzere aşağıdaki hususlar araştırılmalıdır:

- Son yedi günde uyuşturucu ve alkol kullandı mı?
- Hangi uyuşturucu ne şekilde, ne sıklıkla ve hangi miktarda kullanıldı?
- Uyuşturucu ne kadar süre boyunca kullanıldı ve kullanım miktarı zaman ile arttı mı?
- Uyuşturucuya erişimi olmadığı takdirde kriz belirtileri oldu mu? Bağımlılık belirtileri (kriz belirtileri) şunlardır:
 - şiddetli istek: kişinin uyuşturucuyu çok istemesi
 - tahammül: uyuşturucu miktarının artması ile birlikte kişideki etkinin aynı olması
 - kullanımda kontrol kaybetme: başlangıçtakinden çok daha önemli miktarlar kullanmak
 - belli ve kesinlikle değiştirilemeyecek uyuşturucu kullanma alışkanlığı

- o uyuşturucu arama davranışları
- o uyuşturucu yokluğunda bazı fiziksel veya psikişik belirtilerin ortaya çıkması

Eğitim ve reçetelendirme konularında yardımcı olmak üzere mümkün olan ölçüde her ceza infaz kurumu sağlık biriminin bir madde bağımlılığı uzmanı bulundurmasında ya da uzmanlık desteği görmesinde yarar vardır. Bunun yanı sıra, ceza infaz kurumu hekimlerinin ve diğer sağlık elemanlarının madde bağımlılarını tespiti, değerlendirmesi ve erken müdahale konularında temel bilgilere sahip olmaları da gerekmektedir. Kullanılan miktarları hesaplayabilmek üzere, ceza infaz kurumu hekimlerin uyuşturucunun ülkede ne şekilde ve ne miktarlarda piyasaya sürüldüğü ve kanun dışı satılan uyuşturucu fiyatları konularında kendilerini eğitmelerinde yarar vardır. Kanun dışı satılan eroinin 1/3 veya 1/2 gramlık paketlerde satılması muhtemeldir; Sigara gibi içilebilir, burundan çekilebilir veya enjeksiyon yoluyla kana karışabilir; Kokain çoğu zaman ısıtılmak ve buharı teneffüs edilmek üzere gevrek halde satılır; Kenevir sigara gibi içilir. Alkol ise farklı şekillerde satılır ve hekimin farklı türlerinin (ör. bira, şarap gibi) etkileri üzerine bilgi sahibi olmaları önemlidir.

Afyon

Günlük eroin kullanıcılarının bağımlı olması muhtemeldir ve afyon'un başka bir madde ile değiştirilmesi veya kontrol altında detoks gerekebilir. Eğer bu sağlanamaz ise, hasta 24-36 saat içinde uyuşturucuyu şiddetle isteme, anksiyete, karın ağrısı, soğuk ter, iritasyon, tüylerinin diken diken olması, yorgunluk, kemik ağrısı, ishal, mide bulantısı ve kusma, titreme, burun akıntısı ve şişmiş göz kapakları gibi etkileri olan krize girecektir.

Herhangi bir detoksa başlanmadan önce kişinin madde kullanıcısı olduğu idrar veya balgam testi yoluyla kesinleştirilmelidir.

Uyuşturucuyu bırakırken kriz günleri birkaç gün sürer ancak psikolojik bağımlılık ve uyuşturucu isteği birkaç ay sürebilir. Bu yüzden, uyuşturucu kullanıcıları için tedavi programları tavsiye edilir. Bu kişisel veya grup psikoterapisi veya 12 aşamalı program şeklinde olabilir. Ceza infaz kurumu hekiminin kurum müdürü ile çok iyi bir iletişim içinde olması ve zaman zaman bu programları oluşturmak için ceza infaz kurumu personelinin eğitimi gerekir.

Kokain

Kokainden uzak kalmak kişide uyuşukluk, depresyon, apati, anti-sosyal davranış şekli, titreme, kas ağrısı, uyku problemleri, psikotik belirtiler ve EKG değişikliklerine yol açar.

Kokainden uzak kalma sendromunun akut safhasının tedavisi semptomatik-tiktir. Bunun için ekstremitelerde ağrıları için analjezik, ajitasyon için propranolol, akut psikotik sendrom için fenotiazin tedavisi uygulanır.

Bu uyuşturucuyu bırakanlar, şiddetle onu aramak isterler, bu davranış biçimi bırakmanın en zor yanıdır. Afyonda olduğu gibi, kokaini bıraktıktan sonra hastaya terapi uygulanmasında yarar vardır.

Tahammül seviyesine ulaşmak için çok yüksek miktarda tüketilen esrarın içinde kenevir miktarının yüksek olması gerekir, ve bu yüzden bağımlılık belirtisi zamanla ortaya çıkar ve piyasadaki kenevir oranı arttıkça çoğalır. Bu uyuşturucudan uzak kalmanın en önemli belirtileri iritasyon, yorgunluk, gittikçe azalan iştah ve uykusuzluktur.

Uyuşturucu isteği çok büyük sorun teşkil etmez ve bırakma belirtileri birkaç gün süreceğinden özel tedavi gerektirmez. Kullanım miktarı yüksek ise, kenevir psikozu ortaya çıkabilir, bu esrarın ömrü kısa olduğu için kenevirle mücadele uzun sürer.

Solvent

Bunlar genellikle uçucu özelliklerinden dolayı tercih edilen ticari bileşimlerdir. Uhu, yapıştırıcı, tiner ve oje bu gruba dahildir. Özellikle gençler tarafından, soluma yolu ile kullanılırlar. Uçucunun plastik torba içine konulup, torbanın da kafaya geçirilmesi yoluyla solunması tehlike teşkil eden bir yoldur, boğulma riski ölüme yol açabilir. Uçucu kullanımı bırakıldığında krize yol açacak kadar bağımlılığa yol açmaz, ancak, yine de tehlikeli sonuçlar doğurabilir. Alkol zehirlenmesine benzer *çabuk ortaya çıkabilecek ve halüsinasyonlara yol açacak bir tabloya yol açabilir*. Bir çekişten dolayı başlayan zehirlenme 45-60 dakika sürebilir.

Ani kalp düzensizliği, boğulma yolu ile ölüm, halüsinasyon sırasında tehlikeli davranışlardan dolayı ölüm en tehlikeli sonuçlar arasındadır.

Uzun süreli kullanım, karaciğer, böbrek, kalp kası, kemik iliği ve sinir hasarına yol açabilir. Beyin hasarına yol açıp açmadığı tartışılmaktadır.

Alkol

Alkol fiziksel komplikasyonlara yol açabilir; alkolizm hastalarında önce bu fiziksel belirtiler gözlenir. Bu yüzden, hastanın geçmişini bilmek çok önemlidir. Eğer, hasta bağımlı ise, ceza infaz kurumuna girişte ani bir alkol eksikliği en tehlikeli yoksunluk (uzak kalma) belirtilerine yol açar: *uykusuzluk, anksiyete, terleme, titreme, kabuslar, panik ataklar, hareket etmede güçlük, taşipne, yüksek tansiyon, halüsinasyonlar, delüzyonlar, epilepsi krizleri ve sayıklamalar (deliryum)*. *Bu belirtilerin yüksek düzeyde seyretmesi hayati tehlike içerir ve acil müdahale, yoğun bakım ve tedavi gerektirir.*

Benzodiazepinler

Kanunsuz benzodiazepin kullanımı uyuşturucu kullananlarda sıkça görülür. Tedavide kullanılan miktarların çok üstünde dozlar alınır. Ani benzodiazepinden yoksunluğu alkol yoksunluğundakilere

benzer belirtiler gösterir ve acil bakım gerektiren hayati tehlikeye sebep olabilir.

7.5.3. Detoksifikasyon (detoks) programları

Uyuşturucu veya alkol detoksu için ilaç protokolleri yazmadan önce, ceza infaz kurumu hekimi bu konunun uzmanından rehberlik almalıdır. Bütün sağlık personeli bu konuda kendilerine güvenecek kadar eğitim almalıdır. İyi bir bakımın püf noktası dikkatli bir değerlendirme ve detoks boyunca hastanın klinik durumunun düzenli olarak gözlemlenmesidir. Özellikle alkol söz konusu olduğunda, şayet hekimin ceza infaz kurumu ortamının ve sağlık personelinin yeterliliği konusunda şüpheleri varsa, hastanın tam teşekküllü bir hastaneye götürülmesi gerekmektedir.

Sağlık personeli, uyuşturucu kullanıcılarını aşağıdakiler hakkında bilgilendirmelidir:

- test öncesi ve sonrası uygun tıbbi danışmanlık içeren HBV/HCV ve HIV test olanakları
- enfeksiyon yolları, riskleri ve bunlardan korunma yolları,
- Hepatit A ve B aşı programları
- Ceza İnfaz kurumunda sağlanan tedaviler.

7.5.4. Toplum ile ilişkiler

Uyuşturucu ve alkol bağımlılığı sağlık sorunları yanı sıra sosyal sorunlara da (İş, aile içi sorunlar, düzensiz ve topluma ters düşen hayat tarzı) yol açabilir. Böyle kişilerin çoğu sağlık hizmetinden yararlanmayan ve dolayısıyla tedavi görmeyen kişilerdir. Bu kişilerin ceza infaz kurumuna gelmeleri tedavileri için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Ceza infaz kurumu yetkilileri mümkün olduğu ölçüde, toplumdaki uyuşturucu ile savaş dernekleri ile irtibat sağlamalı ve bu infaz kurumunda tedavi görenlerin buradan çıktıktan sonra, bu dernekler Ne iletişim kurmalarını sağlamalıdır.

7.5.5. Gebeler

Uyuşturucu bağımlısı kadınların, gebelikleri boyunca ve doğumdan hemen sonra özel bakım merkezlerinde bakım görmesi gerekir. Afyon kullanıcılarına afyon yerine geçecek ilaçlar yazılmalı ve ilk üç ay boyunca ilaç seviyesi uyuşturucu tüketim miktarına eşit olmalıdır. Anne istediği takdirde detoksa başlanabilir, ikinci üç aylık dönem sonunda bile bu sonuca ulaşılmadığı takdirde, doğum sonrasında afyon yerine verilen ilacın miktarı sabit kalmalıdır. Uyuşturucu bağımlısı anneden doğan bebekler genellikle uyuşturucudan etkilenir ve uyuşturucu yoksunluğu belirtileri gösterir ve hastanede uzman pediyatrik bakım gerektirirler.

Tahliye öncesinde, tüm hükümlüler ceza infaz kurumuna girmeden önceki miktarlardaki uyuşturucu kullanımına geri dönmeyen

riskleri konusunda bilgilendirilmelidir. Eski seviyelerde uyuşturucu kullanımı hayati tehlikeye yol açabilir.

7.6. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri

Sağlık, insanın fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal durumunu kapsar. Sağlıklı insanda tüm bunlar denge içindedir.

Hükümlülerin ruhsal sağlıkları ceza infaz kurumuna girmeden önce etkilenmiş ve bozulmuştur. Ancak, ceza infaz kurumunda bulunmaları ruh sağlıklarının daha da bozulmasına yol açabilir. Bu yüzden ceza infaz kurumunda iken, hükümlülerin sağlığı infaz kurumu idarecilerinin sorumluluğu altındadır.

Hükümlüler ile günlük ilişki içinde olduklarından, özellikle infaz koruma memurlarının da hükümlülerin ruh sağlıklarının düzelmesinde ya da bozulmasında rolleri olur. Hükümlülere ceza vermeme ve destekleyici bir şekilde yaklaşabilme-leri için infaz koruma memurlarının kendilerine değer verildiğini ve desteklendiklerini hissetmeleri gerekir.

Hükümlüler de personelden kendilerine bir zarar gelmeyeceği konusunda kendilerini güvende hissetmelidir. Eğer personel-hükümlü ilişkisi iyi ise ve hükümlü personele açılabilceğini hissediyor ise, personel çıkabilecek sorunları kestirebilir ve böylece olay çıkmadan önlenir. Eğer olay çıkarsa, kendine güvenen personel durumu kontrol altına alır ve hemen otorite sağlayabilir.

Ceza infaz kurumunda ruh sağlığına olumlu etki eden unsurlar:

- günün çok büyük kısmını koğuş dışında geçirebilme imkanı
- dengeli beslenme alışkanlığı
- gizlilik kuralına uyulan bir ortamda sağlık hizmetlerine ulaşabilme
- mesleki eğitim,
- spor imkanı
- uyuşturucu, alkol gibi bağımlılığa karşı yardım olanakları
- sosyal ortam
- personel ile iyi ilişki
- suç işleme dürtüsü konusunda düşünme ve paylaşım imkanı ve manevi ihtiyaçları karşılayabilme olanağı
- akraba ve arkadaş ile düzenli irtibat imkanı

Önleyici ruh sağlığı açısından ceza infaz kurumu hekiminin rolü kurum müdürüne konunun önemi ve bunun yolları konusunda önerilerde bulunmak onu yönlendirmektir. Aynı zamanda, ceza infaz kurumu hekimi ve diğer sağlık personeli, hükümlülere değer verdiklerini hissettirmelidirler.

8. KAYIT VE İSTATİSTİK İŞLERİ

8.1. Kayıt Tutma Gerekçesi

Her hizmette olduğu gibi ceza infaz kurumu sağlık hizmetlerinde de yapılan işlerle ilgili kayıtların tutulması bir kuraldır. Kayıt tutmanın başlıca üç gerekçesi vardır:

- a. Tutuklu ve mahkumlarla ilgili sağlık bilgileri kayıt altına alınarak onlara sunulan hizmetlerin devamlılığı sağlanır;
- b. Hizmetler değerlendirilerek aksayan yönler ve elde edilen gelişmeler saptanıp, bundan sonraki hizmetlerin planlanması yapılabilir;
- c. Hem hizmeti verenlerin hem de hizmeti alanların olası bir soruşturma ya da incelemede yapılan işleri kanıtlamaları sağlanır. Kayıtların tam, doğru ve sürekli olarak tutulması gerekir. Böyle olmadığı takdirde, yukarıda belirtilen gerekçeler yerine getirilemez.

Söz konusu kayıtlar yalnızca hizmetlerin verildiği kurumlar için değil, Adalet Bakanlığı'nın ülke geneli için yapacağı değerlendirmeler ve planlamalar için de gereklidir. O nedenle, tutulan bütün kayıtların aynı zamanda merkezi yönetime iletilmesi de gereklidir.

Adalet Bakanlığı, adalet hizmetleri ile ilgili her türlü kayıt işleminin elektronik ortamda tutulması kararını vermiştir. Bu arada, ceza infaz kurumlarında basılı formlar ya da defterler kullanılarak tutulan bütün kayıtların bundan böyle kısaca UYAP olarak bilinen "Ulusal Yargı Ağı Projesi" uyarınca düzenlenen ve standardize edilen biçimde tutulması gerekmektedir.

8.2 Ulusal Yargı Ağı Projesi (UYAP)

Adalet Bakanlığı tarafından 1998 yılında başlatılan UYAP'ın temel amacı, Türkiye'de adaletin gecikmeksizin yerine getirilerek vatandaşın mağdur olmasını engellemek, Türkiye Cumhuriyeti adli sisteminin işleyişinin güvenilirliğini ve doğruluğunu koruyarak, yargıya hız kazandırmaktır.

Proje hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi için Yüksek Yargı Organları ve yargı için bilgi temininde vazgeçilmez özellikte bulunan kurumlar da sisteme dahil ederek, Adalet Bakanlığı merkez teşkilatıyla birlikte mahkemeler, Cumhuriyet başsavcılıkları, ceza infaz kurumları, adli tıp ve icra dairelerini de içine alacak şekilde bilgisayar ağının kurulması, bilgi alışverişinin elektronik ortama taşınması, karar destek sistemleri sayesinde yargılama süresinin kısaltılması, vatandaşın internet üzerinden duruşma tarihini öğrenmesi, avukatların bürolarından dava açması, harç yatırması, dilekçe vermesi ve dava dosyalarına ulaşması, harici birimlerden beklenen bilgilerin zamanında hazır edilmesi, Bakanlık personelinin bilgi toplumunun birer üyesi

olması ve vatandaşımıza hak ettiği hizmetin hızlı ve güvenli bir şekilde sunulması gibi hedefler Projenin çerçevesini oluşturmaktadır.

UYAP çerçevesinde adalet hizmetlerinin her kademesi ile ilgili verilerin nasıl toplanacağı ve kayıtların bilgisayar ortamında nasıl tutulacağı hakkında veri tabanları modülleri geliştirilmiştir. Bunlardan birisi de, ceza infaz kurumlarındaki sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Bu hizmetlerle ilgili tablolar "MUI" (muayene işlemleri) kodu altında düzenlenmiştir.

Söz konusu modüllerin nasıl kullanılacağı hakkında Bakanlık tarafından rehber kitapçıklar yayınlanmaktadır. Modüllerin kullanılması ile ilgili temel dayanak bu kitapçıklardır. Ancak, aşağıda, sağlık hizmetleri ile ilgili modülün kullanılması hakkında kısa açıklamalara yer verilmiştir.

8.3 Muayene İşlemleri (MUI)

Adalet Bakanlığı'nın aldığı bir kararla, UYAP Türkiye geneline yayılıp bütün ceza infaz kurumlarında uygulanmaya başlandıktan sonra, her türlü sağlık kayıtları elektronik ortamda tutulacaktır. Dolayısıyla, daha önce kullanılan her türlü basılı form yürürlükten kaldırılmıştır. UYAP'a göre yeniden düzenlenen ve standardize edilen ve elektronik ortamda doldurulması gereken sağlık hizmetleri ile ilgili formlar (ekranlar) aşağıda özet olarak açıklanmıştır. Bu formların nasıl doldurulacağı konusunda daha ayrıntılı açıklamalar Adalet Bakanlığı Bilgi İşlem Başkanlığı tarafından yayımlanan kılavuzlarda bulunmaktadır.

Ancak, şunu bilmek gerekir ki, UYAP dinamik bir projedir ve kullanılan formlarda değişiklikler yapılabilir, yeni formlar eklenebilir ya da uygulamadan kaldırılabilir. O nedenle, Bakanlık genelgelerinin izlemek ve gerekli değişikliklere uygun davranmak gerekir.

UYAP çerçevesinde uygulanacak sağlık hizmetleri ile ilgili formlar "muayene modülü" adı altında derlenmiştir. "Muayene İşlemleri" modülü, hükümlünün kendisi ya da kurum tabibinin isteği üzerine muayene edilmesi ve muayene sonrası rapor verilmesi, reçete yazılması, kurum revirine yatırılması, hastaneye sevk edilmesi ve hastane dönüşü gibi işlemlerini kapsamaktadır.

"Muayene İşlemleri" modülünde yer alan ekranlar şunlardan oluşmaktadır:

- İlk Muayene Bilgileri
- Muayene Bilgileri
- Hastane Bilgileri
- Revir Bilgileri
- İlaç Bilgileri

8.4. Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Bu bölümün başında belirtildiği gibi, kayıt tutmanın gerekçelerinden biri de, hizmetlerinin değerlendirilerek aksaklıkların ve başarıların ortaya konulması ve bu sonuçlardan yararlanarak gelecek için planlama yapılabilmesidir. Kayıt (veri) yoksa bu planlama yapılamaz.

Yukarıda açıklanan kayıt sistemi aracılığı ile Adalet Bakanlığı merkezi düzeyde değerlendirme yapabilecektir. Böylece, hangi hastalıkların sık görüldüğü, hangi ilaçların ne kadar tüketildiği, ne kadar hastanın ve hangi nedenlerle hastanelere sevk edildiği, bu kişilere ne gibi işlemler uygulandığı gibi değerlendirmeler yapılabilecektir. Bu değerlendirmeler sonucunda hizmetlerin iyileştirilmesi ile ilgili önlemlerin alınması mümkün olabilecektir.

Ayrıca, her ceza infaz kurumu hekim ve dış hekiminin çalıştığı kurumdaki hizmetleri değerlendirmesi gerekir. Böylece, sorunlar hızla ve yerinde çözülebilir.

Bu nedenle, ceza infaz kurumundaki hizmetlerin aylık olarak değerlendirilmesi esas alınmıştır. Şekil 13'de "Ceza infaz kurumu Sağlık Servisi Aylık Çalışma Çizelgesi" gösterilmiştir. Bu çizelge her ayın sonunda (izleyen ayın ilk haftası içinde) ceza infaz kurumu hekimi tarafından doldurularak ceza infaz kurumu müdürlüğüne iletilmesi gerekmektedir.

8.5. Ceza İnfaz Kurumlarında Araştırma Yapılması

Kuşkusuz, ceza infaz kurumlarında sağlık ile ilgili bazı bilimsel araştırmaların yürütülebileceği yerlerdendir. Bu araştırmalar arasında hükümlülerin ya da ceza infaz kurumu görevlilerinin bazı sağlık konularındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi, bazı hastalıkların görülme sıklıklarının (prevalans ve in-sidans hızlarının) ölçülmesi, mahkumiyetin kişiler üzerindeki ruhsal ve bedensel etkileri gibi konular sayılabilir. Bu tür araştırmalar ceza infaz kurumu hekimliği tarafından yapılabileceği gibi akademik kuruluşlar tarafından da yürütülebilir. Bu tür araştırmaların yapılabilmesi ancak ceza infaz kurumu yönetiminin iznine bağlıdır. Ceza infaz kurumu yönetimi, yapılan başvuruyu değerlendirerek gerekli gördüğünde başvuru başsavcılığının ya da Bakanlığın onayına başvurabilir.

Hiç bir şekilde, ceza infaz kurumlarında tutuklu ve hükümlüler üzerinde yeni bir ilacın ya da tıbbi yöntemin denenmesine ilişkin araştırma yapılamaz.

Şekil 8.1: Ceza İnfaz Kurumu Sağlık Servisi Aylık Çalışma Çizelgesi

KURUMUN ADI:.....**CEZA İNFAZ KURUM MUDURLUĞU**
..... YILI..... AYINDA TEDAVİ GÖREN HÜKÜMLÜ VE TUTUKLULAR

**. AYINDA ÇALIŞAN
HÜKÜMLÜLER**

HASTALIK ÇEŞİTLERİ	HÜKÜMLÜ	TUTUKLU	İŞ KOLLARI	ERKEK	KADIN
ENFEKSİYON PARAZİTAR HASTALIKLAR (KBB, Enfeksiyon, Bağırsak, Parazitar)			HALİCİLİK		
SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI (TBC, Astım, Bronşit, Meslek Hastalığı)			MARANGOZ		
DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI (Kalp Yetmezliği, Damar Hast. Burger)			DEMİR ATÖLYESİ		
SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI (Ülser, Gastrit, İshal, Kabızlık)			KUNDURA ATÖLYESİ		
ÜROGENİTAL SİSTEMİ HASTALIKLARI (Böbrek, Üreter, Üretra.vs.)			MATBAA		
SİNİR SİSTEMİ VE DUYU ORGANLARI (Göz Bozukluğu ve Felç)			DİĞER		
DERİ VE DERİ ALTI DOKU HASTALIKLARI (Alerji Döküntü, Deri Altı Nodülleri)			KURUM DIŞINDA ÇALIŞANLAR		
KAS İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI (Romatizma, Lubago, Disk Artrik)			ÇALIŞMAYANLAR		
AKIL HASTALIKLARI (Psikozlar, Nevrozlar, Psikonevrozlar, Psikomatik Hast.)					
BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLAR					
TOPLAM					

Not: Bu kısma sadece tedavi görenler yazılacaktır.

HASTALIĞI VE TEDAVİSİ SÜREKLİ DEVAM EDENLER B.

	HÜKÜMLÜ	TUTUKLU
AİDS HASTALIĞI		
HEPATİT (SARILIK) A.B.C.		
UYUŞTURUCU BAĞIMLISI		
TÜBERKÜLOZ		

- NOT:** 1. Bu bölüm doktoru bulunan kurum doktoru tarafından doldurulacaktır.
2. Poliklinik sayısı gözetmeksizin sadece uy içerisinde hastalığı nedeniyle tedavi görenler belirtilecektir.
3. Bir önceki ay bildirilen hastalar, müteakip ayda bildirilmeyecektir.
4. Sürekli bir hastalığı olanlar ve bu nedenle tedavi görenler B kutusuna yazılacaktır.

9. SAĞLIK EĞİTİMİ

Ceza infaz kurumu sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi de mahkum ve tutuklularla ceza infaz kurumu personeline yönelik sağlık eğitimi programları uygulamasıdır. Çünkü, sağlık eğitimi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerindedir ve ceza infaz kurumunda ortaya çıkan bir çok sağlık sorununun çözümünde eğitim tekniklerine başvurulması kaçınılmazdır. Ayrıca, ceza infaz kurumları bir ıslah kurumudur ve ceza infaz kurumunun işlevlerinden biri de, mahkumlara, özellikle çocuklara ve gençlere yönelik eğitim ve öğretim faaliyetlerin yürütülmesidir. Bu faaliyetler içinde sağlık personeline de görev ve sorumluluklar düşer. Bu da, ceza infaz kurumu sağlık personelinin eğitim tekniklerini bilmesi ve uygulaması gerektiğinin bir başka nedenidir.

9.1 Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi kısa dönemde sağlıkla ilgili risk faktörlerinin azalmasına neden olmaktadır. Orta dönemde özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında talebin artması, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine, yaşam biçimlerinin düzenlenmesine, bireyin kendi sağlıklarına sahip çıkma konusunda "kendilerine güvenin" artmasına ve sağlıklı çevre değişikliklerine neden olur. Uzun dönemde ise; hastalıkların azalmasına, yaşamın uzamasına, yaşam kalitesinin artmasına, sağlık hizmetlerinde kalitenin artmasına ve sonuçta "sağlıklı toplum" çıktısına dönüşür.

Uluslararası anlaşmalar, ceza infaz kurumu doktorlarına, mesleki deneyimlerinden yararlanarak mahkumların sağlık ve temizliğini etkileyebilecek bütün konuları izlemek ve ilgililere bildirmek konusunda özel bir görev yüklemektedir. Sağlık hizmetlerinin yalnız hastalara tedavi uygulamasını değil, aynı zamanda sağlıklı bir ortam yaratmaya ilişkin bütün konuları kapsadığını ve bunun gerçekleşebilmesi için ceza infaz kurumundaki herkesin katkısı gerektiği düşüncesini yerleştirmekte sağlık personelinin oynayacağı rol büyüktür.

Ceza infaz kurumu personeli suçlular ile doğrudan etkileşim içindedirler ve kurumdaki işlemlerde oldukça büyük bir sorumluluğa sahiptirler. Bu nedenle, personelin özel bir şekilde eğitilmesi gerektiği kabul edilmektedir. Ceza infaz kurumu personeli sağlık bakımı konusunda özendirilmeli ve duyarlılıkları arttırılmalıdır.

Ceza infaz kurumunda personele verilecek sağlık eğitimi konuları o kurumun niteliği ve yaşanabilecek sorunlarla yakın ilişkilidir. Ceza infaz kurumu personelinin sağlık eğitimi konuları sadece kurumda karşılaşılabilecek sorunları değil genel sağlık konularını (İlk yardım, kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar) da içermelidir.

Ceza infaz kurumu bünyesinde bazı yüksek riskli ve sağlık hizmetine özellikle ihtiyacı olan gruplar vardır. Çocuklar, kadınlar ve yaşlılar, istismara uğrayanlar, ilaç ve alkol gibi madde bağımlıları, potansiyel HIV/AIDS'liler, bulaşıcı hastalığı olanlar, intihar girişimi olanlar ile kronik hastalığı olanlar risk altındaki gruplardır. Ceza infaz kurumu personelinin tüm gruplarla olan doğrudan etkileşimi göz önüne alındığında, sağlık

bakımı yaklaşımı ve bu yaklaşımın gerektirdiği sağlık eğitiminin önemi ortaya çıkmaktadır.

Personele görevlerini gerektiği gibi yerine getirmelerini sağlayacak eğitim, özellikle de çocuk psikolojisi, çocukların sağlık ve güvenliği ve o anda geçerli olan kurallar da dahil olmak üzere, insan ve çocuk haklarına ilişkin uluslararası ölçü ve kuralları içermelidir.

Diğer bir özellikli grup psikiyatrik hastalığı olanlardır ve bu tutukluların erken aşamada tespit edilmesinde ve bunların ortamında gerekli düzenlemelerin yapılmasında ceza infaz kurumu personelinin rolü büyüktür. Bu nedenle gözetim personelinin belli üyelerine uygun sağlık eğitiminin verilmesi gerekmektedir.

İntiharın önlenmesi ceza infaz kurumu sağlık hizmetinin sorumluluğu kapsamına giren bir konudur ve sağlık hizmetleri tarafından ceza infaz kurumu genelinde yeterli bilinç yaratılması ve uygun prosedürlerin yerleştirilmesi gereklidir. Ceza infaz kurumu personeli, görevleri ne olursa olsun, intihar riskinin göstergeleri hakkında bilinçlendirilmeli ve bunları tanımak üzere eğitilmelidir. Bu bağlamda duruşmadan hemen önteki ve sonraki dönemler, bazı hallerde de tahliye öncesindeki dönem artan intihar riski taşır.

Ceza infaz kurumu sağlık hizmeti tarafından, bulaşıcı hastalıklar (özellikle hepatit, AİDS, verem, dermatolojik enfeksiyonlar) ile ilgili bilgilerin düzenli olarak ceza infaz kurumu personeline ceza infaz kurumu sağlık hizmetleri tarafından iletilmesi ve gerekli hallerde, belirli bir tutuklu ile sürekli temas halinde olan kişilerin (diğer tutuklular, ceza infaz kurumu personeli, düzenli ziyaretçiler) tıbbi kontrolünün yapılması gereklidir. Ceza infaz kurumu personeli önleyici önlemler ve HIV pozitif olma durumunda benimsenecek tutum konusunda düzenli eğitim almalı ve ayrımcılık yapmama ve gizlilik konusunda gerekli talimatlar kendilerine verilmelidir. İyi durumda olan bir HIV pozitif tutuklunun diğerlerinden ayrılması için tıbbi bir gerekçe olmadığını vurgulamak gerekmektedir. Nitelikli personel tarafından sağlık eğitimi periyodik olarak güncellenmelidir.

9.2. Mahkûmların Sağlık Eğitimi

Bütün mahkûmların bir insan olarak kimliklerinin bütünüyle gelişmesine yönelik kültür ve eğitim faaliyetlerine katılmaya hakkı vardır.

Ceza infaz kurumlarında, mahkûmlar için ele alınabilecek sağlık eğitimi konularının başında sağlık hizmetlerine ulaşım gelmelidir. Kabul sürecinin bir parçası olarak mahkûmlara ceza infaz kurumundaki sağlık hizmetlerinin neler olduğunu ve bir doktorla görüşmek için ne yapmaları gerekeceğini açıklayan bilgiler verilmelidir. Ceza infaz kurumuna gelişlerinde hükümlülere, sağlık bakım hizmetinin varlığı ve işleyişi hakkında bilgi veren ve hijyenle ilgili temel önlemleri hatırlatan bir kitapçık veya broşür verilmesi de faydalı olacaktır.

Tüm mahkûmların sağlık durumları önemli olmakla birlikte, toplumda olduğu gibi ceza infaz kurumu bünyesinde de bazı yüksek riskli ve sağlık hizmetine özellikle ihtiyacı olan gruplar vardır. Bunlar çocuklar, kadınlar ve yaşlılar, tecavüze uğramış olanlar, ilaç ve alkol gibi madde bağımlıları, şiddete maruz kalmış olanlar, enfekte olanlar ya da potansiyel HIV/AIDS'liler, ruh sağlığı problemi olanlar ile kronik sistemik hastalığı olanlardır. Tüm bu riskli gruplar da göz önüne alınarak sunulacak sağlık eğitimi hizmeti bir çok konuyu içermelidir. Kişisel temizlik, hastalıkların belirtileri, sık görülen hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, ruhsal sorunlar, kronik hastalıklar, aile planlaması, akılcı ilaç kullanımı, ilk yardım, kazaların önlenmesi, sağlıklı beslenme, spor, sigara ve alkolün sağlığa etkileri, hasta ve insan hakları konuları sağlık eğitimi hizmetinin ana başlıklarını oluşturmalıdır.

Özellikle özgürlüğünden mahrum çocuklarla ilgili beslenme ve sağlık konusunda eğitim verilmesine dikkat etmek gerekmektedir. Ayrıca özgürlüğünden mahrum çocukların, özellikle (alkol dahil) uyuşturucu ve seks konusunda genellikle riskli davranışlarda bulunma eğilimi olduğu genel kabul görmektedir. Bunun sonucu, gençlere yönelik sağlık eğitimi verilmesi, önleyici sağlık programının önemli bir unsurudur. Bu tür programlarda özel olarak uyuşturucu kullanımının riskleri ve bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi verilmelidir.

Ceza infaz kurumundaki mahkum kadınlar gereksinimlerin farklılığı nedeniyle diğer bir özel grubu oluşturmaktadır. Kadınlara özel hijyen ihtiyaçları uygun biçimde ele alınmalıdır. Temizlik ve banyo imkanlarına kolay erişim, kan lekeli giysilerin güvenli bir biçimde atılmasının yanı sıra, kadın bağı ve tampon gibi hijyenik eşyaların sağlanması ve kullanımını konusu özellikle önemlidir. Mahkûm kadınlara verilecek sağlık eğitimi konularından, aile planlaması, doğum öncesi ve sonrası bakım, bebek bakımı, bağışıklama ve emzirme özellikle önem taşımaktadır.

9.3. Yetişkinlerin Öğrenme Özellikleri

Ceza infaz kurumlarında sağlık eğitiminin hedef grubu olan personel ve hükümlülerin büyük çoğunluğu erişkindir. Erişkinlere yapılacak eğitim etkinliklerinde bazı hususların dikkate alınması gerekir, çünkü, erişkinlerin öğrenme konusundaki tutumları ve beklentileri çocuklarından farklıdır.

Eğitim sürecinin dinamikleri büyük ölçüde eğitimci ve katılımcıların birbirlerini anlamalarına bağlıdır. Eğitimci, katılımcıların beklenti ve gereksinimlerini, katılımcılar da neden orada bulduklarını net bir şekilde anlamış olmalıdırlar.

- Öğrenme yetişkinin ilgi, yetenek ve gereksinimlerine dayalı olmalıdır. Yetişkinlerin geçmiş deneyimleri öğrenmesini etkiler.
- Yetişkinine öğrenme için yeterli zaman verilmeli, öğrenme hızı zorlanmamalıdır.

- Yetişkinlerde öğrenme, yetişkinin yaşam durumunu geliştirmeye izin verecek şekilde düzenlenmeli ve öğretim durumları da yetişkinin sosyal rollerindeki yeteneklerini geliştirici olmalıdır. Yetişkinlere verilecek bilgi onları bilinçlendirici olmalıdır. Yaparak-yaşayarak öğrenme temel öğrenme ilkesi olmalıdır. Özellikle becerilerin kazanılmasında ve kalıcı olmasında tekrarlamalar beceriyi pekiştireceğinden önemlidir.
- Öğrenilecek konu ya da çözülecek sorun, yetişkinin sorunun temel öğelerini ve bunlar arasındaki ilişkileri görüp inceleyebilmesi için en ayrıntısına kadar yapılandırılmalıdır.
- Öğretilecek bilgiler, yetişkinin özelliğine göre, basitten karmaşığa gidecek şekilde sıralanmalıdır.
- Kavrayarak öğrenme, ezberle öğrenmekten daha kalıcıdır. Yetişkin, öğrenme yaşantıları arasındaki ilişkileri kendisi keşfeder ve bu ilişkileri uygulayabilirse, öğrenmede kalıcılık artabilir ve genellemeler değişik alanlara da aktarılabilir.
- Yetişkinde öğrenme sonunda geribildirimler verilerek yetişkinin yanlış ve doğruları bilmesi ve öğrenmeye karşı olumlu tutum geliştirmesi sağlanabilir.
- Öğrenmede yetişkinin kaygı düzeyi göz önünde bulundurularak olumlu geribildirim verilerek cesaretlendirme ve yönlendirmeye yer verilmelidir.
- Yetişkin eğitiminde güdüleme önemlidir. Bunun için, öğretim durumları yetişkinin yeteneklerine göre düzenlenmeli, öğrenme, yetişkinin içinde bulunduğu kültüre göre biçimlendirilmelidir. Öğrenmede yetişkinin değerleri göz önüne alınmalıdır.
- Öğrenme grubunun yapısı ve atmosferi öğrenmeyi etkilemektedir. Yetişkinler eğitim kendi konularıyla ilgiliyse öğrenmeye hevesli olurlar, güdülenirler.
- Yetişkinler eğitime aktif olarak katılmak isterler. Yetişkinler eğitimde tek düzelik yerine değişiklik isterler. Eğitimci gör-sel-işitsel araçları kullanarak sınıf dersleri, küçük grup etkinlikleri, grup tartışmaları, gösterimler, oyunlaştırmalar, vaka çalışmaları ve beyin fırtınası ile ya da konuk konuşmacılar çağırarak bu değişikliği sağlayabilir. Yetişkinler eğitimin amaçları ile beklentileri doğrultusunda, ne derecede başarılı olduklarını ve öğrenmede gösterdikleri aşamaları bilmek isterler.
- Yetişkinlerin kişisel kaygıları vardır ve güvenli bir ortama gereksinim duyarlar; başkalarının karşısında başarısız ya da utanç verici bir duruma düşmekten korkarlar, diğer katılımcılarla ve eğitmenle uyum sağlamayacakları endişesini taşırlar.
- Yetişkinler herkesten farklı bilgi, görgü ve deneyime sahip özgün birer birey olarak görülme isterler.
- Yetişkinler eğitim sırasında, yeterlik ve özgüvenlerinin güçlendirilmesini ve kendi konularında gösterdikleri başarıların başkalarının da saygıyla karşılanmasını isterler.

- Yetişkinlerin kendileri ve eğitimcileri için beklenti düzeyleri yüksektir.

Yetişkin eğitiminde eğitici "kolaylaştırıcı - rehber" olmalıdır ve hizmet içi eğitimlerini aşağıdaki sekiz ilkeye dayalı olarak yürütmelidir:

- En verimli öğrenme, katılımcı, öğrenmeye hazır olduğunda gerçekleşir. GÜdülenme içsel bir dinamik olmasına karşın, katılımcıların güdülerini besleyecek bir ortam yaratmak eğitimcinin elindedir.
- Öğrenim, katılımcıların daha önceden bildikleri ya da deneyimleri üzerine yapılandırılırsa daha etkili olur.
- Katılımcılar, neleri öğrenmeleri gerektiğinin farkında olurlarsa öğrenme daha etkili olur.
- Değişik eğitim teknikleri ve yöntemleri kullanılarak öğrenme kolaylaştırılabilir.
- Beceri öğrenmek için gözlem altında ya da gerçeğine benzer ortamlarda (örn; oyunlaştırma, maketler vb.) uygulama yapma olanağının verilmesi gereklidir.
- Bir beceride yeterli olmak için tekrar yapmak gerekir.
- Öğrenme ortamı gerçeğe ne kadar yakın olursa, öğrenme de o kadar etkili olur.
- Katılımcılara gelişimleri ile ilgili geribildirim verilmelidir. Geribildirim etkili olabilmesi için, uygulamadan hemen sonra verilmesi, olumlu olması, yargılayıcı olmaması gerekir.

9.4. Sağlık Eğitimi İçin Program Geliştirme

Yetişkin eğitiminde program geliştirme çabaları önemli bir konudur. Profesyonel anlamda eğitimin planlı, organize olması gerekliliği, eğitimin her aşamasında programa bağlanmasını zorunlu kılmıştır.

Bir eğitim programının dört temel ögesi vardır. Bunlar:

- 1- Hedef
- 2- İçerik
- 3- Öğrenme-öğretme süreci
- 4- Ölçme-değerlendirme

Program öğelerinden hedef boyutunda bireylerin "niçin" ve "neden eğitiyoruz" sorularına cevap aranır. Hedef kavramı içinde; öğrenene kazandırılacak istendik davranışlar yer almaktadır. Bunlar; bilgiler, yetenekler, beceriler, tutumlar, ilgiler ve alışkanlıklar olabilir. Programın içerik boyutunda, belirlene bu hedeflere ulaşmak için "ne öğretim" sorusuna cevap aranır. Büyük oranda da hedef-içerik ilişkisi kurularak hedeflere uygun olacak şekilde, bilgilerin aktarılması, tutumların ve becerilerin kazandırılması istenir, içerik düzenlemede temel ilke, somuttan

soyuta, basitten karmaşığa, kolaydan zora, yakıın çevreden uzağa doğru bir sıralama yapılmasıdır. Programın öğrenme-öğretme süreci boyutunda ise; hedeflere ulaşmak için "nasıl öğretilim" sorusuna cevap aranır. Süreçte, hedeflere ulaşmak için hangi öğrenme-öğretme modelleri, stratejileri, yöntemleri ve teknikleri seçileceği belirlenmelidir. Programın son halkası ise değerlendirmedir. Değerlendirmeden elde edilen sonuçlar, eğitim programının "hedeflerine ne kadar ulaştığım" ortaya koyar. Değerlendirme sonuçları programı geliştirenlere programa devam, gözden geçirme ya da yeni bir aşamaya geçme konusunda bilgi verir.

Şekil 9.1. Program Geliştirme Öğeleri

HEDEF (NİÇİN?)	İÇERİK (NE?)	ÖĞRENME-ÖĞRETME SÜRECİ (NASIL?)	ÖLÇME-DEĞERLENDİRME
"Bilgi Tutum Beceri	Konu Üniteleri	•Eğitim Durumları •Öğrenme Yaşantıları (Yöntem) (Teknikler) (Araç-Gereç)	•Sınama Durumu •Hedeflere Ulaşmanın Değerlendirilmesi • Bilgi • Tutum • Beceri

GERİ BİLDİRİM

Sağlıkla ilgili konularda eğitim programları geliştirilirken, hedef, içerik, öğrenme-öğretme süreci ve değerlendirme öğelerinin, tek tek ele alınarak yukarıda ayrıntılandırıldığı gibi hazırlanması gerekir.

Yetişkin eğitimi yaklaşımında, program öğeleri için belirleyici olan, organizasyon ögesini oluşturan en önemli adım öğrenme için uygun ortam oluşturmaktır. Öğrenme için uygun ortam oluşturmada anahtar nokta, kişilerin değerlerine saygılı olmaktır. Eğer yetişkinler, kendi kendini yöneten ve bağımsız bireyler olarak tanınmazlarsa, yetişkin olarak hareket etmelerine izin verilmezse, sonuçta ortaya çıkan rahatsızlık, öğrenme ve çalışma ortamı üzerinde olumsuz bir etki yaratacaktır.

Etkili öğrenme için bir başka konu da; maddi ve insan kaynaklarının zenginliği, ulaşılabilirliği ve öğrenenlerin bunları etkin olarak kullanmasıdır. Öğrenme ortamının; kitaplar, kitapçıklar, dergiler, filmler, slaytlar, teypler, televizyon, video ve diğer görsel-ışitsel araçlarla, bilgisayar, modeller-maketler ve diğer araçlar ile düzenlenmesi gerekmektedir.

Yetişkin eğitim yaklaşımında gerek birlikte planlama mekanizmaları oluşturmak gerekse grup dinamikleri açısından; eğitime başlarken grubun ihtiyaçlarının, ilgilerinin ve değerlerinin saptanması, kişilerin beklentileriyle eğitimin amaç ve öğrenim hedeflerinin örtüşmesini sağlamak için "anlaşma" yapılması gibi etkinlikler önemlidir. Ayrıca eğitim sırasında kişilerin kendilerini rahat ve güvende hissedebilecekleri, ihtiyaçlarının karşılanacağına inandıkları uygun bir atmosfer yaratılması, sürekli iki yönlü iletişim kurulması ve geribildirim verilmesi gerekir. Küçük grup

çalışmalarına olanak sağlanması, eğitimin sorumluluğunun kişilerle paylaşılmasını sağlayan etkinliklerin düzenlenmesi, her gün katılımcılar ve eğitmenler tarafından öğrenme açısından değerlendirilmesi ve ertesi günkü etkinliklerin birlikte planlanması, eğitimin sonunda eğitimin değerlendirilerek katılımcılarla sonuçların paylaşılması da ayrıca önemli etkinliklerdir.

9.5. Ceza İnfaz Kurumlarında Sağlık Eğitimi Konuları

Ceza infaz kurumlarında gerek personelin gerekse hükümlü ve tutukluların eğitimlerinden birinci derecede sorumlu olan birim "eğitim servisi"dir. Sağlık personeli, eğitim programının hazırlanması ve uygulanması aşamalarında bu birim ile eşgüdüm içinde çalışmalıdır. Eğitim çalışmalarının planlamasında sağlık personeline düşen asıl iş, eğitim konularının belirlenmesi ve bu eğitimlerin yürütülmesinde aktif görev almaktır.

Bir ceza infaz kurumunda personele ve hükümlü ve tutuklulara hangi konularda eğitim yapılması gerektiği, o kurumun niteliği ve yaşanan sorunlarla yakından ilgilidir. Bu konuların seçiminde yalnızca ceza infaz kurumu yaşamı ile sınırlı kalınmamalı, hükümlülerin tahliye sonrasında da karşılaşılabilecekleri sağlık sorunları dikkate alınarak onlara pratik bilgiler verilmeye çalışmalıdır. Ceza infaz kurumu personelinin eğitiminde de, meslekleri gereği ceza infaz kurumu sınırları içindeki sorunlar yanı sıra, genel sağlık konularına da yer vermek gerekir.

Ceza infaz kurumlarında ele alınabilecek eğitim konuları şunlar olabilir:

- Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetlerinden yararlanma
- Kişisel temizlik
 - Saç bakımı
 - El ve ayak temizliği
 - Vücut temizliği ve banyo
 - Taharetlenme ve tuvalet temizliği
- Hastalık belirtileri
 - Ağrılar
 - Öksürük
 - Yüksek ateş
 - İshal - kusma
 - Kanamalar

- ○ Alerji
- Türkiye'de sık görülen hastalıklar
 - ○ Verem
 - ○ Sıtma
 - ○ Gıda zehirlenmesi
- Ruhsal sorunlar
 - ○ Uyuşturucuların etkileri
 - ○ Kişilerle ilişkiler / Grup içi davranış
- Bulaşıcı hastalıklardan korunma
 - ○ Bulaşma yolları
 - ○ Aşılama
 - ○ Sağlıklı çevre
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Kanser
- Kalp hastalıkları
- Hipertansiyon
- Kronik akciğer hastalığı
- Diyabet
- Yaşlanma ve sağlık
- Menopoz / Andropoz
- Akılcı İlaç kullanımı
- Aile planlaması
- Homoseksüellik
- İlk yardım
- Kazaların önlenmesi
- Spor ve sağlık
- Sağlıklı beslenme
- Tütünün sağlığa etkileri
- Sigarayı bırakma yöntemleri
- Alkolün sağlığa etkileri
- Evde hasta bakımı
- Akraba evlilikleri
- Hasta ve insan hakları
- Sağlık hizmetlerinin verimli kullanımı

Ceza infaz kurumu hekimi, yeni gelen her hükümlü ya da tutukluyu "giriş muayenesi" sırasında ceza infaz kurumundaki sağlık hizmetlerinin yapısı, hastalanmaları ya da hekime ihtiyaçları olduğunda ne yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirmelidir. Daha uygun olanı, bu hizmetlerin nasıl olduğuna ilişkin önceden hazırlanmış olan açıklayıcı bir broşür ya da belgenin her hükümlü ya da tutukluya ceza infaz kurumuna giriş sırasında verilmesidir.

Ceza infaz kurumu sağlık personelin, yapacakları sağlık eğitimi çalışmalarını takvimli bir programa bağlamaları önerilir. Böylece, hem hükümlülerin değişik konulardan oluşan bir sağlık eğitimi paketinden yararlanmaları, hem de zamanlarını olumlu biçimde değerlendirmeleri sağlanmış olur. Bu amaçla hekim, aylık ya da daha farklı aralıklardaki eğitim etkinliklerini planlamalı, dışarıdan davet edeceği uzmanlarla bağlantılarını kurmalı ve ceza infaz kurumu yönetimini bu konuda bilgilendirerek olurlarını sağlamalıdır.

10. ÖZEL DURUMLAR

10.1. Beslenme Reddi Olan Tutuklu ve Hükümlülere Yaklaşım

10.1.1. Ceza İnfaz Kurumlarında Meydana Gelen Açlık Grevinin Türleri

1. Yemek Boykotu

Mutfak teşkilatı bulunsun ya da bulunmasın, tutuklu veya hükümlünün devlet tarafından verilen işeyi almayarak, beslenmesini kendi kaynaklarından sağlamasına yemek boykotu denilir. Aslında bu eylem, bir açlık grevi türü değildir. Çünkü grevciler kendi kaynakları ile beslenmeyi sürdürürler. Sadece devletin verdiği işeyi protesto amaçlı reddederler. Bazı mahkumların bu eyleme açlık grevi olarak bakması, ceza infaz kurumu idaresinin de olayı bu şekilde değerlendirmesi nedeniyle uygulamada açlık grevi olarak kayıtlara geçmektedir. Ancak, devletin verdiği işeyi almayan hükümlü ve tutuklular, kendi kaynaklarından beslenmeyi de bırakmış iseler, bu durumda açlık greviden bahsedilir.

2. Süreli Açlık Grevi

Hükümlü veya tutuklunun devlet tarafından verilen işeyi reddederek kendi kaynaklarından beslenmeyi de belirli bir süre için kabul etmemelerine süreli açlık grevi denir. Eylemin süresi ve görünürdeki sebebi bu eyleme giden hükümlü veya tutuklu tarafından dilekçesinde bildirilir. Sürenin ne kadar olduğu önemli değildir. Bu süre, 1-2 gün, birkaç hafta veya 1-2 ay olabilir. Uzun süreli açlık grevlerinde eyleme giden hükümlü ve tutuklunun hiçbir şey yemeden ve içmeden eylem yaptığı söylenemez. Gerçekte, eylemci durumundaki hükümlü ve tutuklu; sağlığını bozmayacak ve hayatını tehlikeye sokmayacak şekilde gıda alımını azaltmıştır.

3. Süresiz Açlık Grevi

Hükümlü veya tutuklu, devlet tarafından verilen işe ya da kendi kaynaklarıyla temin edeceği gıda ile beslenmeyi süresiz reddetmiş ise, yapılan eyleme süresiz açlık grevi denir. Süresiz açlık grevlerinde de kişi sıvı ve katı gıda almaktadır. Ancak, beslenmesini hayatta kalacak ölçüde sınırlamıştır. Bu eylem türünde, açlıktan ölüm hedeflenmemektedir. Amaç ve hedef bu olmamakla birlikte eyleme giden kişilerde yetersiz beslenmeden kaynaklanan ve ani gelişen komplikasyonlar sonucu ölümün meydana geldiği de söz konusu olabilmektedir.

4. Dönüşümlü Açlık Grevi

Bir grup mahkumun, belirli bir süre açlık grevi yaptıktan sonra, aynı sürede eyleme gidecek başka bir gruba bu eylemi devretmesi ve söz konusu eylemin aynı veya ayrı gruplar tarafından sürdürülmesine dönüşümlü açlık grevi denir. Eyleme gidecek hükümlü ya da tutuklular önceden bellidir ve dönüşümlü olarak hareket etmektedirler. Açlık grevine gidecek gruplar aynı ceza infaz kurumunda olabileceği gibi

farklı ceza infaz kurumlarında da olabilirler. Grevciler, belli bir süre (üç gün gibi) açlıktan sonra besin almaya başlayıp eski dirençlerine kavuşup tekrar eyleme başladıkları için bu eylem şekli çok uzun yıllar sürdürülebilir.

5. Destek Amaçlı Açlık Grevi

Bir ceza infaz kurumundaki hükümlü veya tutuklunun başka bir ceza infaz kurumunda devam eden açlık grevini desteklemek amacıyla yaptığı açlık grevine destek amaçlı açlık grevi denir. Eylemin amacı, açlık grevine giden diğer mahkumları psikolojik olarak desteklemek ve eylemlerini sürdürmeleri için onlara moral vermektir.

6. Ölüm Hedefli Açlık Grevi

Açlık grevine giden mahkumların belli bir amaçla vücudun ihtiyaç duyduğu besin-maddelerini ölünceye kadar almayarak kendilerini aç bırakmalarına ölüm hedefli açlık grevi denir. Süresiz açlık grevine giden mahkumlar belli bir süre sonra eylemlerini ölüm hedefli açlık grevine de çevirebilirler. Kamuoyunda ve bu eyleme giden mahkumların dilekçelerinde ölüm orucundan bahsedilse de, "ölüm hedefli açlık grevi" ifadesi daha isabetlidir. Burada, eyleme giden hükümlü ya da tutuklu ölünceye kadar hiçbir şey yemez ve içmez; bazen de katı gıda almayıp sadece limonlu su, şekerli su ve meyve suyu gibi sıvı gıdalar alır. Bu eylem türünde ölümlerin ne zaman meydana geleceği konusunda herhangi bir şey söylenemez. Grevcinin direnci, vücut ağırlığı, yeme alışkanlığı, eylemi sırasında almış olduğu besinlerin miktar ve türüne göre ölümün meydana geliş süresi çok değişkenlik gösterir.

Eylemcilerin amacı, isteklerinin yerine getirilmesi olup bizzat ölüm değilse de eylemdeki hedefleri ölümdür. Daha doğrusu, grevciler amaçlarına ulaşmak için ölümü göze almışlardır. Kendileri açısından, isteklerinin kabul edilmesi, seslerinin kamuoyu tarafından duyulması ve haklı bulunması amacıyla bu eyleme girişmişlerdir. Ölüm hedefli açlık grevi cezaevlerindeki terör örgütü mensuplarının amaçlarına ulaşmak için başvurdukları son açlık grevi türüdür. Kişi üzerinde, çevre, toplum ve kamuoyunda bıraktığı izler nedeniyle en ağır olanı ölüm hedefli açlık grevidir. Özellikle de kamuoyunda etkisinin daha fazla olması açısından ölümlerin ceza infaz kurumunda meydana gelmesi örgütlerin birinci hedefidir.

10.1.2. Açlık grevlerinin tıbbi yönü

Açlık grevlerinde ortaya çıkan beslenme reddine bağlı tablo, gündelik yaşamı sürdürmek için gerekli olan kalori ve bedensel yapı taşları alın(a)madığından doğrudan doğruya tıbbi bir durumdur. Bu tıbbi tablo, nedeni ne olursa olsun, sonuçları yüzünden hekimleri ilgilendirir ve sorumlu kılar.

Açlık grevlerinde ortaya çıkan tıbbi tablo, alınmayan kalori ve bedensel yapı taşlarının miktarına ve açlığın süresine göre değişir. Sıvı alımının belli bir denge içinde olmasına genellikle mahkumlar özen göstermelerine rağmen, kimi durumlarda sıvı-elektrolit

dengecinin bozulmasına bağlı, ani bilinç kayıpları ve akut tablolar çıkabilir. Açlık grevi süresi uzadıkça, alınamayan enerji, bedendeki depolardan önce yağ sonra proteinler yani kas dokusu kaybolacak şekilde karşılanmaya çalışılır Kendisini ilk gösteren klinik tablo, halsizlik, güçsüzlüktür; zamanla bağışıklık sisteminin zayıflaması ve sürekli yatağa bağlı kalma yüzünden dekübitis yaraları ve enfeksiyonlar ortaya çıkar. Uzun süreli açlığa bağlı, önemlilerini aşığıda ele alacağımız komplikasyonlar görülebilir ama unutulmamalıdır ki, bu komplikasyonların hiçbirisi henüz oluşmadan, uzun süreli açlığın kendisi, ani ölümlere neden olabilir.

Uzun süreli yeme reddinin en önemli komplikasyonlar arasında Wernicke ve Korsakoff sendromları vardır. Bu sendromlardan sorumlu olan bozukluk, uzun süre vitamin B1 (Tiyamin) alınamamasından kaynaklanan eksikliklerdir. Ti-yamin pek çok enzimin kofaktörüdür. Periterai sinir iletiminde de rolü olduğu düşünölmektedir. Tiyamin eksikliği, glukoz kullanımını azaltır, hücre harabiyetine neden olur. Sendromun ilk ortaya çıkan tablosu, bazen yalnızca Wernicke ensefalopatisi (poliencephalitis hemorrhagica superior) adıyla anılır. Wernicke ensefalopatisi, apati, algı ve dikkat bozukluğu, nistagmus, abduzens siniri ve konju-ge bakış paralizisi ve ataksik duruş ile karakterizedir. Sendromun açlık grevinin hangi evresinde göröleceği konusunda bir fikir yürütölemez; bireysel etkenler çok önem taşır, aniden ortaya çıkabilir. Herhangi bir semptomu tek başına görölebildiği gibi birkaçının değişik kombinasyonları halinde de kendini gösterebilir . Wernicke ensefalopatisi, uzun süreli açlık ve alkolizm gibi nedenlerin dışında, hemodiyaliz veya gastrik cerrahi komplikasyonu olarak da görölebilir. Tiyamin eksikliğine bağlı beyinde küçük kanamalar, dejeneratif değişiklikler ve gliosis oluşur.

Açlık grevlerinde aşığıdaki tedavi protokolüne göre girişimde bulunulmalıdır. Gerek bilinç bozukluğu yüzünden oral alımın sorunlu olabileceği, gerekse mukozalarda tiyamin eksikliğine bağlı harabiyet nedeni ile emilim bozukluğu yüzünden tedaviye intravenöz yoldan başlamak, hastanın aldığı ve çıkardığı sıvı miktarını takip etmek, sıvı-elektrolit dengesini sağlamaya çalışmak, kademeli olarak kalori alımını artırmak gereklidir. Tiyamin eksikliğinden ortaya çıkan bu tabloyu ortadan kaldırmak amacıyla, hastaya öncelikle 100 mg Tiyamin intravenöz puşe edilir. Sonraki günlerde hasta oral alabilene kadar bölünmüş dozlarda günde 100 mgr Tiyamin ile devam etmek gerekir. Ataksi ve oftalmopleji tedaviye çok hızla cevap verir, bu belirtilerde bazen saatler içinde gerileme görölürken, bellek ve öğrenme ilgili semptomlar genellikle devam eder. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, intravenöz yoldan dekstroz infüzyonuna başlamadan önce Tiyamin verilmesidir aksi takdirde tablo ağırlaşabilir. Esansiyel aminoasitler ve vitaminler başta olmak üzere kayıplar yerine konmaya çalışılır. Hasta, ağızdan alabilecek duruma geldiğinde yine kademeli olarak aldığı gıdalar ve kalori alımı berrak diyetten başlamak üzere arttırılır. Bu dönemde dahiliye uzmanından yardım almakta fayda vardır.

Tek başına Wernicke ensefalopatisi şeklinde başlamış olan vakalar % 84 oranında, yukarıda sözüünü ettiğimiz bellek ve öğrenme güçlükleriyle karakterize bir amnestik bozukluk olan Korsakoff

sendromuna dönüşerek devam ederler. Ancak Korsakoff sendromlu vakaların % 75'i, Wernicke ensefalopatisi olmaksızın başlar. Bu sendromda anlık bellek korunmuşken yakın ve uzak bellek belirgin bir şekilde bozulmuştur. Kısa ve uzun süreli belleğin bozulması sonucunda kon-fobulasyon ortaya çıkar. Korsakoff sendromunda bellek bozukluklarının yanında temporal loblar ve frontal korteks arasındaki devrelerin bağlantılarda hasar olası yüzünden beynin yönetici işlevleri de bozulur. Bilgisayarlı tomografi bulguları da frontal lobları da içine alan atrofi ile bu hipotezi desteklemektedir.

Korsakoff sendromunun netleşmiş bir tedavi protokolü yoktur ve henüz yapılan uygulamalar da deneysel aşamadır. Her ne kadar bazı kitaplarda Korsakoff sendromunda bir kısım vakaların, düzgün bir beslenme sonrası kendiliğinden düzeldiği söylene de daha önce belirttiğimiz gibi düzelme bildirilen vakalar, çoğunlukla alkolizmi olan hastalardır. Uzun süreli açlık grevine bağlı ortaya çıkan Korsakoff sendromu vakası düzelmek bir yana, bir demans tablosu geliştirir ve artık hasta, tedaviden çok bakım hastası haline gelmiştir. Kronisite kazanmış ve geri-dönüş ihtimali nerdeyse ortadan kalkmış olan hükümlü-hastanın tıbbi durumu yanında yasal durumunun da değerlendirilmesi gereği ortaya çıkar. Bu durumdaki hükümlü-hastaların mahkumiyetlerini sürdürüp sürdüremeyecekleri hakkında ilgili mercilere başvuruda bulunulmalıdır.

Tüm açlık grevi süresi boyunca hekim tutumu, büyük önem taşır. Hekimliğin ana felsefesi, yaşama sahip çıkmaya dayalıdır. Öte yandan uluslararası bildireler bilinci açık açlık grevcisinin tercihine uyulmasını önermektedir. Üstelik hekim çoğu zaman açlık grevcisinin eylemi ile karşı karşıya geldiği devletin memurudur. Bu durumda hekim tarafsızlığını ve yargısızlığını korumaya çalışarak, mümkün olduğu kadar açlık grevcisi ile çatışmadan "hasta" esenliği için uğraşmalıdır. Mahkum-hasta ile yaşanan her gerilimde açlık grevinin sertleşme olasılığı olduğu da akılda tutulmalıdır.

Hekimlerin bilmeleri gereken bir hususta şudur : Wernicke aşamasındaki hükümlülerin infazları ertelenmez ve ceza infaz kurumunda tutulup tedavileri yapılır. Ancak, bu aşamayı geçip Korsakoff (nörolojik belirtilerin ortaya çıkması) geçen hükümlülerin infazları ertelenir. Bu ertelemenin yapılabilmesi için hekimlerin hükümlüde "akıl hastalığı" (sendroma bağlı belirti) oluştuğunu raporla belgelemesi gerekir. Hükümlünün infazının ertelenmeye devam etmesi için, hükümlünün hekim tarafından öngörülen aralıklarla (genellikle 6 ayda bir) muayene edilerek yukarıda belirtilen raporun yenilenmesi gerekir.

10.1.3. Açlık grevlerinin yasal yönü

Beslenmenin reddi ve açlık grevleri ile ilgili yasal düzenleme 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 82 inci maddesinde yer almaktadır. Bu madde aynen şöyledir:

Madde 82- (1) Hükümlüler, hangi nedenle olursa olsun, kendilerine verilen yiyecek ve içecekleri sürekli olarak reddettikleri takdirde; bu hareketlerinin kötü sonuçları ile bırakacağı bedensel ve ruhsal hasarlar konusunda ceza infaz kurumu hekimince

bilgilendirilirler. Psiko-sosyal hizmet birimince de bu hareketlerinden vazgeçmeleri yolunda çalışmalar yapılır ve sonuç alınamaması hâlinde, beslenmelerine kurum hekimince belirlenen rejime göre uygun ortamda başlanır.

(2) Beslenmeyi reddederek açlık grevi veya ölüm orucunda bulunan hükümlülerden, birinci fıkra gereğince alınan tedbirlere ve yapılan çalışmalara rağmen hayatî tehlikeye girdiği veya bilincinin bozulduğu hekim tarafından belirlenenler hakkında, isteklerine bakılmaksızın kurumda, olanak bulunmadığı takdirde derhâl hastaneye kaldırılmak suretiyle muayene ve teşhise yönelik tıbbî araştırma, tedavi ve beslenme gibi tedbirler, sağlık ve hayatları için tehlike oluşturmamak şartıyla uygulanır.

(3) Yukarıda belirtilen hâller dışında, bir sağlık sorunu olup da muayene ve tedaviyi reddeden hükümlülerin sağlık veya hayatlarının ciddî tehlike içinde olması veya ceza infaz kurumunda bulunanların sağlık veya hayatları için tehlike oluşturan bir durumun varlığı hâlinde de ikinci fıkra hükümleri uygulanır.

(4) Bu maddede öngörülen tedbirler, kurum hekiminin tavsiye ve yönetimi altında uygulanır. Ancak, kurum hekiminin zamanında müdahale edememesi veya gecikmesi hükümlü için hayatî tehlike doğurabilecek ise, bu tedbirlere ikinci fıkrada belirtilen şartlar aranmaksızın başvurulur.

(5) Bu madde uyarınca hükümlülerin sağlıklarının korunması ve tedavilerine yönelik zorlayıcı tedbirler, onur kırıcı nitelikte olmamak şartıyla uygulanır.

Yukarıdaki Kanun hükmünden de anlaşılacağı gibi, açlık grevlerinin yasal yönü iki açıdan önemlidir. Birincisi, açlık grevlerinde sağlık personelinin tıbbî girişimi ne zaman ve nasıl yapacağı hakkındadır; ikincisi ise açlık grevi sonucu Korsakoff sendromuna yakalanmış mahkuma yapılacak işlemle ilgilidir.

Açlık grevlerine sağlık personelinin ne zaman nasıl tıbbî girişimde bulunacağı konusunda sağlık personeli, genellikle ülkemizdeki hukuki mevzuatla, hekim tutumlarını belirleyen uluslararası bildirelerin baskısı arasında sıkışmıştır. Ancak uluslararası bildirelerin de hekime, açlık grevindeki mahkumun bilincinin kapanması halinde tıbbî girişimde bulunma yetkisini verdiği göz önüne alınarak, bu baskının gerilimi, uzlaşmayla çözüme yoluna gidilebilir.

Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16. maddesi mahkumların ceza infazlarının ertelenmesiyle ilgili hususları düzenler. Buna göre gebelik gibi durumların haricinde, mahkumların bir akıl hastalığı veya cezanın infazı halinde yaşamlarını kesin olarak tehdit eden bir hastalığı varsa, cezanın infazı tedavi sürecinin sonrasına ertelenir. Korsakoff sendromu, doğrudan yaşamı tehlikeye sokan bir hastalık olmasa da kişinin yönetici işlevlerini etkileyerek mahkumun yarımsız yaşama yeteneğini bozarken, muhakeme işlevini de etkileyerek cezanın amacı olan ıslah ve topluma kazandırmayı engeller. Bu nedenlerle, mahkum-hastanın cezasının infazının iyileştikten (ki bu çok zayıf bir olasılıktır) sonraki döneme erteletilmesinin uygun olacağı açıktır.

Yukarıda belirtilen kanun hükmüne göre değerlendirme sürecinin başlangıcını, ceza infaz kurumunda ruhsal hastalığı nedeni ile yaşamını sürdürmesi zorlaşan ya da zorlaştığı ileri sürülen mahkum-hastanın kendisinin, ailesinin, ceza infaz kurumu müdürlüğü ya da ceza infaz kurumu tabipliğinin ceza infaz kurumu savcılığına ya da Cumhuriyet Savcılığına ceza tehiri için başvuruda bulunması oluşturur

Aynı madde nedeni ile ceza tehiri alan hükümlüler, bu sürecin sonunda yeniden savcılıktan talepte bulunacaklardır. Savcılığın da re'sen akıl hastalığının devam edip etmediğini incelemesi gerekir. Aynı basamakların tekrarı sonucunda mevcut durum sürüyorsa ve bu hastalık nedeniyle ceza infaz kurumunda hayatını sürdüremeyecek haldeyse yeniden Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16. maddesinden ya da Anayasanın 104. maddesinin b bendinden yararlanacaklardır

(Beslenmenin reddi ve açlık grevleri hakkında daha ayrıntılı bilgi için bkz. TAŞKIN, Ahmet. Türkiye'de ve Dünyada Açlık Grevleri, EDA Yayınları, Ankara, 2005.)

Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları Arasında Düzenlenen Protokol (2003) 'e göre açlık grevlerinde alınacak önlemler

MADDE 14-

A-TIBBİ TEDBİRLER:

1-Tutuklu ve hükümlülerce cezaevinde organize edilen açlık grevi veya ölüm orucu adı altında yürütülen eylemlerde, cumhuriyet başsavcısı veya onun muvafakati ile kurum müdürü tarafından talep edilmesi durumunda, tıbbî müdahalede bulunmak üzere, yeteri kadar sağlık personeli ile araç, gereç, ilaç ve gerekli diğer malzemeler hazır bulundurulacaktır.

2- Beslenmeyi reddederek ölüm orucu veya açlık grevine başlayanlara, kurum tabibince bu hareketlerinin kötü sonuçları, bırakacağı bedensel ve ruhsal hasarlar konusunda bilgilendirme ile psiko-sosyal hizmet birimlerince vazgeçmeleri konusunda çalışmalar yapılacaktır.

3-Alınan bu tedbirler ve yapılan çalışmalara rağmen hayati tehlikeye girdiği veya bilincinin bozulduğu tabipçe değerlendirilenler hakkında, isteklerine bakılmaksızın kurumda, olanak bulunmadığı takdirde derhal hastaneye kaldırılmak suretiyle muayene ve teşhise yönelik tıbbi araştırma, tedavi ve beslenme gibi tedbirler sağlık ve hayatları için tehlike oluşturmamak şartıyla uygulanacaktır.

4-Ölüm orucu ve açlık grevi dışında, bir sağlık sorunu olup da muayene ve tedaviyi reddeden tutuklu ve hükümlülerin, sağlık ve hayatlarının ciddi tehlike içinde olması veya ceza infaz kurumu ve tutukevinde bulunanların sağlık ve hayatları için tehlike oluşturan bir durumun varlığı halinde de yukarıdaki tedbirler uygulanacaktır.

5- Bu kişiler, koğuş veya odalarından alınarak ayrı bir koğuş, oda, revir veya hastaneye konulacaktır.

B- GÜVENLİK TEDBİRLERİ:

1-Açlık grevine katılan veya bu eylemi yönlendirerek ölüme sebebiyet veren hükümlü ve tutuklular ile diğerlerine gerekli kanunî yaptırımlar tavizsiz bir şekilde süratle uygulanacaktır.

2-Basın ve yayın organlarının röportaj, çekim ve eylemin propagandasını yapmalarına fırsat verilmeyecektir.

3-Açlık grevlerinin cezaevi dışındaki bazı gruplarca istismar edilmesinin önlenmesi için, cezaevinin koruma alanı içinde bildiri okuma, gösteri, basın toplantısı ve protesto gibi eylemlerin yapılmasına müsaade edilmeyecektir.

10.2. Tehdit Altındaki Tutuklu ve Hükümlüler

"Tehdit Altında" ifadesi "zarar görme, sakatlanma- hastalanmaya eğilimli" anlamında kullanılmaktadır. Bir anlamda tüm tutuklu ve hükümlüler ceza infaz kurumu ortamının getirdiği baskılara maruz kalmaktadırlar. Bunların başında, kendi kendine karar verme yetisinin yok olması gelmektedir.

Ceza infaz kurumu hekimi tutuklu ve hükümlülere yaklaşımıyla onların bu genel zafiyetini teskin edebilir. Bunu yaparken bazı ilkelere uyulması gerekir:

- Tüm hastalara saygıyla yaklaşarak yargılayıcı bir tutumdan uzak onları dikkatle dinlemek.
- Tanı ve tedavi seçeneklerini hastalarla tartışmak ve onlara bu konuda yetki vermek.
- Ceza infaz kurumu sağlık sisteminde karşılaşılan genel sorunları iyi bilmek ve aynı zamanda ikinci bir görüş alma arzusunda olmak
- Tutuklu/hükümlü'ye açıkça sadece hekim/hasta ilişkisi içinde olduğunu ifade etmek.
- Gizliliğin esas olduğunu açıkça ifade etmek.
- Tüm konsültasyonlarda gizliliğin esas olduğunu ifade etmek.

10.2.1. Tehdit altında olmayı artıran etmenler

Bu etmenler şunlardır:

- Talimat ve talepleri anlamada güçlük. Bu tip tutuklu/hükümlüler bir ölçüde öğrenme güçlüğü içinde olabilirler. Bu güçlük genelde gözden kaçabilmektedir. Tutuklu/hükümlüler uyuşturucu bağımlısı veya psiko-tik olabilecekleri gibi dil problemi olan yabancılar da olabilirler. Ceza infaz kurumuna giren her tutuklu ve hükümlüye basit bir dille sağlık hizmetlerini ayrıntılı bir şekilde anlatan bir broşür verilmelidir. Bu broşür değişik dillerde hazırlanmalıdır.

- Ceza infaz kurumu ortamının gizliliğe yer vermemesi nedeniyle klinik muayenenin yeterli düzeyde gerçekleşmemesi sonucunda doğan anlaşma güçlüğü
- Herhangi bir azınlık grubuna ait olmak. Bu gruplar cinsel (homoseksüeller gibi), etnik ya da kültürel (turistler gibi) olabilir.
- Tutuklu ya da hükümlünün geçmişinden gelen işkence ya da taciz gibi nedenlerden kaynaklanan aşırı ceza infaz kurumu korkusu.

Bazı tutuklu/hükümlüler diğer tutuklu/hükümlülerde, gerek önyargılı, düşüncesiz ya da umursamaz tutum içinde olan görevlilerden ve gerekse sistemin kendisinden ötürü ruhi ya da fiziksel zarara uğramaya açıktır. Örneğin, bir çok ceza infaz kurumu sistemi Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesini (1990) göz önüne almayarak hala küçük yaştaki tutuklu/hükümlüleri yetişkin saymaktadır. Kadın tutuklu/hükümlüler bir azınlık grubu olduklarından ayrıma tabi tutulmaktadır. Birçok ceza infaz kurumu yönetiminin politika ve stratejileri erkek-merkezlidir.

Öğrenme güçlüğü olanlar gibi ruh hastaları da normal ceza infaz kurumu düzeni içinde risk altındadır. (Tüm ceza infaz kurumları çocuklar ve kadınlar için ayrı üniteler oluştursalar da bu üniteler genelde erkekler için kullanılan ünitelere göre daha düşük vasıftadırlar. Ceza infaz kurumu hekimi bu durumun düzeltilmesi için sağlık danışmanı sıfatıyla ceza infaz kurumu yönetimine baskı yapmalıdır.)

10.2.2. Transseksüeller

Transseksüel, kendi sahip olduğu dış cinsel organların aksine cinsiyetten olduğuna inanan bu cinsiyetin bir üyesiymiş gibi yaşama arzusunda olan kişidir. Bu her ne kadar ender bir durum olsa da ceza infaz kurumu hekimlerinin karşılaştığı bir durumdur. En önemli sorun bu kişilerin ceza infaz kurumu içindeki yerleşim sorunudur. Transseksüeller genellikle doğdukları cinsiyete ait kurumlara yerleştirilirler. Transseksüeller genellikle cinsiyet değişimi için gerekli ilaçları temin etmek için ısrarcı oldukları için ceza infaz kurumu hekimleri ile tutukluluk sürelerinin hemen başında karşılaşma durumundadırlar. Hekim, öncelikle bu konuda uzman bir hekimin görüşüne baş vurmalıdır. Genel kural olarak eğer ilaç uygulaması zaten başlamışsa devam ettirilmeli, fakat ceza infaz kurumu koşullarında başlatılması hususu çok dikkatle irdelenmelidir. Ameliyata geçilmesi ise daha sorunlu olacağından mümkünse ertelenmelidir. Transseksüel, genellikle tehdit altındaki tutuklu/hükümlülerin konulduğu birimlere ya da eğer yatağı varsa sağlık birimine sığınma durumunda olacaktır. Saplantı halinde cinsiyet değişimi arzusu olan bu kişiler, hekim ve hemşirelerin özellikle sabırlı davranmalarını gerektirmektedir.

10.2.3.Sübyancılar

Sübyancılar cinsel olarak yetişkinlere değil yaşça küçüklere yönelmekte ve bu yönelim zaman içerisinde değişmemektedir. Bunların tedavisi kendini kontrol ve sakınma tekniklerinin öğretilmesinden geçer. Grup, davranış ve tikslenme tedavileri sübyancıların tedavisinde kullanılan yöntemlerdir. Psikiyatristler tarafından uygulanacak bu yöntemlerde ceza infaz kurumu hekiminin rolü sınırlıdır. Yalnızca cinsel suçluların tedavisini üstlenmiş olan Danimarka'daki bir ceza infaz kurumunda yaygın olarak hormonal medikasyon kullanılmaktadır. Genel kural olarak ceza infaz kurumu hekimi bu tedavilere baş vurmamalı fakat konunun uzmanı bir hekimin önerilerine başvurmalı ya da müdahalesini sağlamalıdır. Tedavinin hasta rızasıyla yapıldığı ve herhangi bir baskı yapılmadığını kanıtlamak ceza infaz kurumu ortamında zor olduğundan karşımıza ciddi ahlaki ikilemler çıkabilmektedir. Tahliye sonrasında suçun tekrarlanabilme tehlikesi olduğundan ilaç tedavisinin sadece tahliyeye kadar tutuklu/hükümlü tarafından kabul edileceği ve sonra bırakılacağı varsayılabilir. Eğer suçun oluşmasında şiddet unsurları da yer almışsa yalnızca cinsel dürtünün azaltılması suçun tekrarlanmasına engel olmayabilir. Suçun tekrarlanmasını önlemek için suçlunun tahliye sonrasında mutlaka uzun süreli takibi gereklidir. Bu takip görevini yürütecek kişilerin tahliye öncesinden başlayarak ceza infaz kurumu hekimiyle yakın temas içerisinde olmaları sağlanmalıdır.

10.2.4. Homoseksüeller.

Homoseksüeller için ceza infaz kurumu hekiminin sırdaş ve danışman olmaktan öte bir görevi yoktur. Batı ülkelerinde homoseksüellik yasa dışı değildir. Ancak bazı ülkelerde durum böyle olmadığından hekimin güven sarsacak bir davranışta bulunmaması gerekir.

Ceza infaz kurumu ortamında yalnızca homoseksüel tutuklu/hükümlülerin diğer homoseksüellerle ilişkiye girmeleri değil genelde homoseksüel olmayan tutuklu/hükümlülerin de tamamıyla erkeklerden oluşan ceza infaz kurumu ortamında bu yola dönmeleri olasıdır.

Hekim, taciz olayıyla karşılaşırsa hasta gizliliği ilkesini bozmaksızın idareyle temasa geçmeye ve önlem alınması konusunda ısrar etmekle ödevlidir.

Homoseksüel olduğunu gizleyen bir kimsenin bu durumunun herhangi bir nedenle kurum içinde duyulması ciddi sonuçlara yol açabilir. Böyle durumlarda kurum müdürü ile temasa geçerek gereken önlemlerin bu kapsamda başka bir kuruma nakli hususunun değerlendirilmesi gerekir.

10.2.5. Uyuşturucu bağımlıları

Çoğu tutuklu/hükümlü uyuşturucu temininde günlük çekmezken bu uyuşturucunun bedelinin ödenmesi söz konusudur. Bu ödeme parayla, hizmetlerle ya da cinsel olabilir. Uyuşturucu bağımlısı bir tutuklu/hükümlü korunmaya muhtaç olabilir. Bir ceza infaz kurumunun

düzeni için uyuşturucu maddelerin sınırlandırılması ve devamlı olarak bu sınırlamanın denetimi gerekmektedir. Ayrıca, bağımlıların tedavisi için gerek bırakma gerekse ikame (yerine koyma) yöntemleriyle yardımcı olunmalıdır. Kullanmayanların aynı şekilde devam etmeleri sağlanmaya çalışılmalıdır. (Bkz. Bölüm 10 : Ruh Sağlığı)

10.3. Ceza İnfaz Kurumunda Tütün Kontrolü

Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı toplumun değişik kesimlerinde oldukça yaygın bir alışkanlıktır. Bu maddelerin kullanımının sağlık üzerinde zararlı etkileri olduğu da 50 yılı aşkın bir süreden beri bilinmektedir. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin, başta akciğer kanseri olmak üzere gırtlak kanseri, yemek borusu, mide, barsak kanserleri, mesane kanseri, kadınlarda meme ve uterus kanseri gibi çeşitli kanserlerle ilişkisi vardır. Kanserler dışında kalp ve solunum sistemi hastalıkları, beyin kanaması gibi ciddi sağlık sorunları da sigara kullanımı ile ilişkilidir. Bu hastalıklar bir yandan kişilerin yaşamını kısaltırken diğer taraftan yaşam kalitesini de önemli şekilde bozan sağlık sorunlarıdır. Bu nedenle sigara kullanımı ile mücadele edilmesi gereklidir.

Sigara ve tütün ürünlerinin kullanımının kontrolü stratejileri üç ana başlıkta ifade edilebilir. Bunlardan birincisi sigara alışkanlığını hiç edinmemektir. Günümüzde sigara alışkanlığı çocuk yaşlarda edinilmektedir. Bu yüzden çocukları sigaradan uzak tutmak için çaba gösterilmelidir. Bu amaçla çocuklara sigara satışının ve sigara reklamlarının yasaklanması, sigara fiyatlarının artırılması, çocuklar için rol modeli olan öğretmen, sanatçı, sporcu gibi kişiler çocukların göreceği şekilde sigara içmekten kaçınmalı ve sağlık eğitimi gibi konularda çaba gösterilmelidir. Bu çabaların çocukların sigara alışkanlığını edinmelerinin önlenmesi bakımından yararlı olduğu bilinmektedir. Ancak bütün toplumlarda, özellikle yetişkin yaşlarda çok sayıda sigara içen kişi olduğu da bilinmektedir.

Sigara mücadelesi stratejilerinin ikincisi, sigara içenlerin bu alışkanlıktan vazgeçmeleri için çaba gösterilmesidir. Bu açıdan da başta sağlık eğitimi olmak üzere sigara içenlerin, sigaranın zararları ve sigarayı bırakmaları durumunda elde edecekleri kazanımlar konusunda eğitilmeleri, gerektiğinde danışmanlık sağlanması önemlidir.

Tütün kontrolünde üçüncü yaklaşım sigara dumanından pasif olarak etkilenenlerin korunması için çaba gösterilmesidir. Kendileri sigara içmediği halde çevrede sigara içen diğer kişilerin yaydıkları sigara dumanından etkilenenlerde de akciğer kanseri, kalp hastalığı, felç gibi ciddi sağlık sorunları bakımından riskin yüksek olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. Sigara içen kişiler öncelikle kendi sağlıklarını, ayrıca çevredeki diğer kişilerin sağlıklarını da tehlikeye atmaktadırlar. Hiç kimsenin, özellikle başkalarının sağlığını tehlikeye atmak gibi bir hakları olmadığı gerçeğinden hareketle, sigara dumanından pasif etkilenmenin önüne geçilmesi gereklidir.

Tütün kontrolü konusuna ceza infaz kurumları açısından bakıldığında, öncelikle mahkumlar arasında sigara içme alışkanlığının azaltılması ve pasif etkilenmenin önlenmesi yönünde çaba

gösterilmesi gereği üzerinde durulmalıdır. Bunun yanı sıra, sigara içmeyen mahkumların sigara alışkanlığını edinmemeleri için de çaba gösterilmelidir. Bu amaçla sağlık eğitimi çalışmaları yapılmalı ve danışmanlık olanakları sağlanmalıdır. Sigara içme davranışı kişilerin kendi iradeleri ile kontrol edebilecekleri bir davranıştır. Bu yüzden kişilerin iradelerini bu yönde güçlendirmek amacı ile zorlayıcı uygulamalardan çok, eğitici yaklaşımlardan yararlanılmalıdır. Sigara kullanımının sağlık, sosyal ve ekonomik boyutları ile ilgili bilgiler verilmeli, bu konuda konferans ve eğitici kurslar düzenlenmeli, grup çalışmaları yapılmak suretiyle sigara alışkanlığından vazgeçme amacına yönelik çaba gösterilmelidir. Ceza infaz kurumlarında tütün kontrolü çalışmalarının mahkumların yanı sıra ceza infaz kurumu personelini de kapsamaması ve bu yönde düzenlemeler yapılması, başarıyı artırıcı etki yapacaktır. Bunun yanı sıra pasif etkilenmenin önüne geçilmesi amacı ile sigara içilmesi bakımından da bazı düzenlemelerin yapılması gereklidir.

Ceza infaz kurumlarında tütün kontrolü çalışmaları bakımından aşağıdaki yol izlenebilir:

1. Mahkumlar ve personelin sigara içme davranışlarını ortaya koymak amacı ile prevalans çalışması yapılması,
2. Mahkumlar ve personelin sigara kullanımının etkileri konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi,
3. Sigara kullanımının sağlık üzerindeki zararları konusunda eğitici programlar yapılması (konferans, grup çalışması vb.),
4. Sigara kullanımı nedeniyle yapılan harcamaların kişilerin bütçesi ve ülke ekonomisi açısından yol açtığı miktarların hesaplanması,
5. Sigarayı bırakmak isteyenlere yönelik danışmanlık hizmeti sağlanması,
6. Sigarayı bırakmak isteyenler için gerektiğinde tıbbi destek sağlanması,
7. Ceza infaz kurumu içinde sigara içilmeyen bölümlerin belirlenmesi ve bu bölümlerde sigara içiminin önlenmesi,
8. Sigara içenler için sigara içme odaları veya bölümleri belirlenmesi,
9. Mahkumlar ve personelin sigara içme davranışı ve bilgi düzeyleri konusundaki çalışmaların aralıklarla tekrarlanması,

Sayılan bütün çalışmaların başarısı, ceza infaz kurumu yönetiminin bu konuya ilgisi ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle çalışmaların başlangıcında ceza infaz kurumu yönetimi ile görüşmeler yapılmak suretiyle yöneticilerin desteğinin sağlanması esastır. Ayrıca hem eğitici çalışmalar, hem de danışmanlık ve tıbbi destek sağlanması bakımından profesyonel kuruluşlar ve ilaç endüstrisinden yardım alınması gerekebilir.

10.4. Hücre Cezası Alan Mahkumlar Hakkında Yapılacak İşlemler

5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanunu'nun 48 inci maddesine göre, hücreye koyma cezasına ilişkin disiplin cezalarının infazından önce ve infazı sırasında hükümlü hekim tarafından muayene edilir, ilgilinin bu cezaya katlanamayacağı anlaşılırsa, cezanın infazı sonraya bırakılır ya da hekimin belirleyeceği aralıklarla infaz edebilir. Koşullu salıverme tarihine kadar hükümlünün iyileşemeyeceğinin tam teşekküllü devlet ya da üniversite hastanesi sağlık kurulu raporu ile saptanması halinde hücreye koyma cezası infaz edilemez; yerine ziyaretçi kabulünden yoksun bırakma cezası iki katı süreyle uygulanır. Raporlar infaz dosyasına konur.

Hücre cezasının ertelenmesini gerektirebilecek sağlık sorunları insuline bağımlı diyabet, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, kronik obstruktif akciğer hastalığı, böbrek yetmezliği, son dönemdeki kanser, obstruktif uyku apnesi, epilepsi, yatırılarak tedaviyi gerektirecek hastalıklar, körlük, bakıma muhtaç bir özrün bulunması, ajltasyon gibi hastalık ve durumlarıdır.

10.5. Tutuklu/Hükümlünün Bakıma Muhtaç Çocuklarının Barındırılması

5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanunu'nun 65 inci maddesine göre, anaları hükümlü olup da dışarıda korumasına bırakılacak kimsesi bulunmayan 0-6 yaş grubundaki çocuklar analarının yanında kalabilirler. Bu çocuklar gündüzleri ceza infaz kurumu bünyesindeki ya da Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ya da diğer kurum ve kuruluşlara ait kreş ve gündüz bakımevlerinde barındırılırlar. Analarının yanında kalan çocuklara yaş, durum ve gereksinmelerine göre yiyecek ve içecek verilir. Üç yaşını doldurmuş çocuklar hakim kararı ile çocuk yuvalarına ya da yetiştirme yurtlarına yerleştirilebilirler. Bu çocukların belirlenecek bir program ve usule göre zaman zaman analarıyla teması sağlanır.

10.6. Ceza İnfaz Kurumunda Şiddet

Ceza infaz kurumunda şiddet bir çok nedenle olabilir ve eğer buna izin verilirse ceza infaz kurumları hem tutuklu ve hükümlüler hem de çalışanlar için güvensiz bir yer haline gelir. Şiddetin nedenlerinin belirlenmesi ve önlenmesi ceza infaz kurumu yönetiminin önemli görevlerindendir.

Şiddete yol açan çevresel faktörler şunlardır:

- mahkum kalabalığı
- personel sayısının azlığı
- personelin ceza infaz kurumu içindeki dağılımlarının dengesizliği
- mahkumların uğraşlarının yetersizliği (işlikler, eğitim vb)
- farklı nitelikteki mahkumların bir arada olmaları (etnik.dinsel, siyasal vb)

- personelin mahkumlar arasında ayırıcık yapması (etnik, dinsel, siyasal vb)

Ceza infaz kurumunda bulunanların belirli bir kısmı şiddet suçlarından dolayı yargılanmakta ya da hükümlüdür. Dolayısıyla, bu kişiler zaten şiddete eğilimli kişilerdir; çoğunda anti sosyal ya da agresif kişilik bozuklukları vardır; kendilerine yapılan davranışlara karşı çok duyarlıdırlar ve en basit olaylara bile şiddetle tepki verebilirler; uyuşturucu ve alkol şiddet kullanmaları bu davranışlarını daha da artırır.

Ceza İnfaz kurumu hekiminin şiddet ile ilgili görevi ve sorumluluğu, şiddete uğrayanların fizik muayenelerini yapmak, tedavilerini uygulamak, şiddet ile ilgili her türlü tıbbi bulguyu ve delili kayıtlara geçirmektir. Hekim, hiç bir şekilde şiddet uygulayan kişinin cezalandırılması aşamalarına katılmamalı, fakat, eğer bu kişi hücreye konulursa onu ziyaret etmeli, başka bir ceza alırsa her türlü tıbbi desteği vermelidir. Ayrıca, hekim şiddet uygulayan kişinin psikolojik bir desteğe gereksinmesi olup olmadığını değerlendirmeli ve bir uzmanın yardımını sağlamalıdır. Ceza infaz kurumunda şiddete neden olan faktörleri belirlemek ve yönetimi bu konuda uyarmak da hekimin sorumluluklarındandır.

Hekim, zaman zaman ceza infaz kurumundaki şiddet olayları ile ilgili istatistiksel bilgileri derleyerek yönetime sunmalı ve personelin şiddetin önlenmesi konusunda eğitimlerini sağlamalıdır.

10.7. Adli Hekimlik

Yasal Durum

Adli makamlar (savcı, yargıç) karar verebilmek için tıbbi bilirkişi raporlarına ihtiyaç duyarlar. Kimlerin adli (tıbbi) bilirkişi olabileceği yasalarla belirlenmiştir.

Ülkemizde adli tıp hizmetlerini düzenleyen ve halen yürürlükte olan esas kanun, 38 Sayılı Tababeti Adliye Kanunu'dur. Bu Kanun, adli tıp hizmetleri ile ilgili genel düzenlemeler yaparak, adli rapor düzenleme ve adli otopsi yapma yetkisini hekimlere vermektedir.

Adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak, üzere 1982 yılında çıkarılan 2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu ile de Adalet Bakanlığı'na bağlı Adli Tıp Kurumu tesis edilmiştir. Bu Kanun doğrultusunda, belirli illerde Adli Tıp Kurumu'na bağlı kurulmuş olan grup başkanlıkları ve şube müdürlükleri, buldukları il merkezlerinde mahkemeler ile yargıçların ve savcılarının gönderdikleri adli tıp ile ilgili

konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmekle yükümlü kılınmıştır.

Diğer yandan, Adli Tıp Kurumu Kanunu'na dayanılarak çıkarılan Adli Tıp Kurumu Kanunu Uygulama Yönetmeliği'nin 18'inci maddesinin 47'inci bendi ile 21'inci maddesi ve 2546 Sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'nun 38'inci maddesi uyarınca, yükseköğretim kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli olaylarda Ceza Muhakemesi Kanunu'na göre resmi bilirkişi sayılmıştır.

Sözü edilen kuruluşların ülkenin her yerinde 24 saat süre ile hizmet verecek şekilde yapılanmamasından dolayı, adli tıp hizmetlerinin büyük kısmı, 38 Sayılı Tababeti Adliye Kanunu'nun yanı sıra, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve bu Kanun doğrultusunda çıkarılan yönetmelik ve yönerge gereğince, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Yani, sağlık ocağı hekimleri kendi bölgelerinde resmi bilirkişidirler.

Öte yandan, Cumhuriyet savcıları adli bilirkişi olarak herhangi bir hekimi görevlendirebileceklerinden, ceza infaz kurumlarında görevli hekimler de adli bilirkişi olarak hizmet verebilirler. Kaldı ki, ceza infaz kurumlarının özelliği nedeniyle, bu kuruluşlarda adli olaylara sıklıkla rastlanması nedeniyle, ceza infaz kurumu hekimleri, diğer kurumlardaki hekimlere göre adli olaylarla daha fazla karşılaşılırlar.

Bu görevle ilgili olarak ceza infaz kurumunda bir protokol ve zimmet defteri tutulmalıdır. Protokol defterine muayene edilen kişilerin kimlikleri ya da incelenen maddenin nitelikleri, muayene ya da incelemenin tarihi ve sırası yazılır.

Zimmet defterine ise alınan ve gönderilen evrakın tarih ve numarası ile gönderilen kurumun adı yazılır. Buna ek olarak, düzenlenen rapor ya da görüşlerin birer örneği ayrı bir dosyada tarih ve numara sırasıyla saklanır.

Adli Bildirim

Toplum düzenini korumak amacıyla her şeyden önce suç niteliği olan olayların ve suçlu olabilecek kişilerin yargı organlarına bildirilmesi gerekir. Bu nedenle, yasalarımız her vatandaş için bildirim zorunluluğu getirmiştir. Ancak, bildirim konusunda hekim ve diğer sağlık personelinin durumu özellik gösterir. Çünkü, suç niteliğindeki bir çok olaydan sonra tedavi nedeniyle bu kişilere başvurulmaktadır.

Yasalarımıza göre her devlet memuru, suç niteliği olan her olayı yargı organlarına duyurmakla yükümlüdür. Ceza infaz kurumunda çalışan hekim ve diğer personel de birer devlet memuru olduğuna göre, suç niteliğindeki olayları bildirimle yükümlüdür. Kuşkusuz, bir yanda olay bildirilirken, bildirilen kişi ister suçlu, ister zarar gören kişi olsun, tedavi edilmek amacıyla başvuran kişiye gereken tedavi yapılacaktır. Ancak, suç kişilere karşı işlenmiş bir suç değilse (örneğin, spontan düşük) bildirim gerekmez.

Bildirimi gereken durumlar şunlardır:

1. Her türlü darp ve yaralanmalar
2. Her türlü trafik ve iş kazaları
3. İlaç entoksikasyonları
4. İntihar ve intihar girişimleri
5. Kuşkulu ölümler

Bildirim, olayın geçtiği yerin polis ya da jandarma karakoluna, savcılığına ya da kaymakamlığına yapılır. Bildirim, yazı ile yapılabileceği gibi sözlü de olabilir. Ancak, bildirim yapıp yapılmadığının ya da ne zaman yapıldığının kanıtlanması için, bildirim yazılı olmasında yarar vardır. Yazının bir örneği dosyada

saklanmalı, diğer örneği imza karşılığında (zimmetle) ilgili kuruma verilmeli ya da taahhütlü olarak postalanmalıdır.

Sözlü bildirim yapılan durumlarda gerektiğinde kanıtlayabilmek için, kendisine bildirim yapılan yetkilinin adı, soyadı öğrenilmelidir.

Ceza infaz kurumu içinde ortaya çıkan bir adli olay, önce kurum müdürlüğüne iletmeli ve olayın savcılığa intikal ettirilip ettirilmediği izlenmelidir. Olayın savcılığa intikal ettirilmediği durumlarda, hekim olayı doğrudan ilgili savcıya yazı ile bildirebilir.

10.8. Ceza İnfaz Kurumunda Ölüm

Ölüm, her canlı varlığın yaşamının sonunda karşılaşacağı bir olaydır. Doğal olarak karşılanması gereken ölüm olayı, gerek yaşamı son bulan birey, gerekse ailesi ve yakınları için acı veren, istenmeyen bir durumdur.

İnsan vücudunun canlılık niteliklerinin geriye dönmeyecek şekilde kaybı ile gelişen ölüm olayı iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birincisi vücudun bir bütün olarak öldüğünün kabul edilmesi halidir ki, buna somatik ölüm (fizyolojik ölüm) denir.

İkincisi ise, vücudun bütünlüğünü oluşturan parçaların; yani organ, doku ve hücrelerin fonksiyonlarının son bulması durumudur ki buna da hücresel ölüm (biyolojik ölüm) denmektedir.

Ölümün Geç Belirtileri:

İlk 3 saatten sonra ortaya çıkan belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Bunlar ölü lekeleri, ölü sertlikleri ve çürümedir.

Ölü Lekeleri:

Ölümden sonra yerçekimi etkisiyle kişinin yatış pozisyonuna uygun olarak kanın damarlardan deri altına geçmesi ve deri altı bölgesini boyaması olarak tanımlayabiliriz.

Ölümden sonra dolaşımın durması sonucu pıhtılaşmama özelliğini yitirmiş kan, yerçekimi etkisi ile vücudun alt bölgelerinde toplanmaktadır. Deri altı kapillerine toplanan bu kan, Hemoglobinin indirgenmesine bağlı olarak deride renk değişikliklerine yol açar. Bu normalde mavi ile mor arası bir renktir. Ölü lekelerinin ortalama ölümden birkaç saat sonra başladığı ve yaklaşık 12 saatte maksimum düzeye çıktığı görülmektedir. Ölüm sonrası dönemde, ölü lekeleri gelişmeden ceset hareket ettirilirse, ölü lekeleri yeni duruma göre gelişecektir. Bu gelişikten sonra cesedin pozisyonu değiştirilirse bile kan, damarlar içerisinde fikse olacağından ölü lekelerinin pozisyonunda çok fazla bir değişiklik olmayacaktır. Bu bulgular eğer ölüde ortaya çıkan ölü lekeleri pozisyonu ile orantılı değilse, o zaman ölünün post mortem dönemde, yani öldükten sonra hareket ettirildiğinden şüphelenilmelidir.

Ölü sertliği:

Ölümden sonraki birkaç saat içinde ortaya çıkan, kaslarda görülen sertleşmedir. Ölüm ile birlikte sinir sisteminin etkisini yitirmesiyle kaslarda bir gevşeme olur. Ortalama olarak 3-4 saat kadar süren bu dönemi takiben ölü sertliği başlar. Bu dönem 24-36 saat kadar sürer ve çürümenin başlamasıyla kaslarda tekrar bir gevşeme ile sonlanır. Burada verilen süreler ortalama sürelerdir. Ölü sertliği tamamen gelişince eklemler fıkse olur. Ölü sertliğinin sürdüğü dönemde, dışarıdan kuvvet uygulanarak eklemlerin pozisyonları değiştirilebilir. Buna ölü sertliğinin kırılması ismi verilmektedir. Bu olaydan sonra eğer ölü sertliği oluşumunu tamamlamış, uzun bir süre geçmişse o zaman ölü sertliği bir daha gelişmemektedir. Ölü sertliğinin başlangıcı esasen ölümden hemen sonraysa da genellikle 16 saatlik bir sürede kendini gösterir. Gençlerde, yaşlılarda ve düşük kas kütlelerine sahip olanlarda ölü sertliği hemen oluşmakta ve çabuk çözünmektedir.

Ani Ölümler:

Sağlıklı görünümdeki bir kişinin birdenbire, görünür bir sebep yokken ölmesi durumunda, bu olgular ani ölüm olarak değerlendirilmektedir. Ani ölümler doğal kökenli ölümlerdir. Bir hastalığın birdenbire ortaya çıkan etkisi ya da kronik, uzun süren bir hastalığın aniden etkili olması sonucu ölümler gerçekleşmektedir. Ani ölümlerde en temel kriter, ölümün birdenbire gerçekleşmesidir. Ani ölüm olgularının çoğu, görünürde tamamen sağlıklı olan ancak ölüm meydana geldikten sonra yapılan otopsi çalışmasında, daha önce saptanmamış hastalıkların bulunduğu olgulardır. Belirgin olmayan göğüs ağrısı, bitkinlik, çarpıntı gibi üzerinde çok durulmayan sübjektif bulguların sonrasında ölüm ortaya çıktığında, genellikle dışarıya bulgu vermemiş kalpte geçirilmiş bir infarkt olduğu gözlenir. En çok şu sistemlerde ani ölüme yol açan olayların meydana geldiğini görürüz : Kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, santral sinir sistemi, sindirim sistemi.

Bazı ölüm olgularında, yapılan tüm çalışmalara rağmen hiçbir ölüm sebebi bulunamaz. Otopsi uygulaması ve yapılan tetkikler sonucu, hiçbir ölüm sebebinin bulunamadığı olgular, açıklanamayan ölümler olarak değerlendirilir. Dünyada yapılan çalışmalar bu oranın yaklaşık olarak %5-10 arasında olduğunu göstermektedir.

Yaşın genç olması, açıklanamayan ölüm olgularında çok fazla rastlanan bir olaydır. Bu tip olaylarda ölümün doğal kökenli bir ölüm olup olmadığı koşullara bakarak saptanabiliyorsa, o zaman ilk akla gelmesi gereken olaylar, sebebi anlaşılamayan kalpte atım düzensizliğine bağlı olgulardır.

Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük'te ilgili madde aşığıdadır:

Ölüm

Madde -

(1) Kurumda barındırılan hükümlü veya tutuklunun ölümü hâlinde, durum bir tutanakla belgelendirilmeli,. tutanak ve ceza infaz kurum tabibinin raporu ile birlikte durum, kurum en üst amiri tarafından derhâl Cumhuriyet başsavcılığına, kuruma kabul sırasında beyan ettiği yakınlarına ve yabancı uyruklu olması hâlinde ise konsolosluğuna bildirilmelidir..

(2) Hükümlü veya tutuklu hakkında kurumda mevcut kayıtlara göre, ölümü bildirilebilecek yakınlarının tespit edilememesi hâlinde, durum nüfusa kayıtlı olduğu yerdeki mahallî mülkî amirine bildirilmeli. Hükümlünün yabancı uyruklu olup da mensubu olduğu ülkenin Türkiye'de yerleşik konsolosluğunun bulunmaması hâlinde, durum Cumhuriyet başsavcılığı aracılığıyla Dışişleri Bakanlığına bildirilmelidir.

(3) Kurum en üst amiri, Cumhuriyet başsavcılığının izni ile cenazenin defnedilmesi için gereken tedbirleri almalı, cenaze, hükümlünün veya tutuklunun yakınları tarafından defin için talep edilmesi hâlinde, cenaze üzerinde kanuni işlemlerin yapılmasını müteakip Cumhuriyet başsavcılığının izni ile yakınlarına verilir. Cenazenin teslimi için, yakınlarının bulunamaması veya yakınları tarafından herhangi bir başvurunun yapılmaması hâlinde, cenaze üzerinde kanuni işlemlerin yapılmasını müteakip, makul bir sürenin sonunda Cumhuriyet başsavcılığının yazılı istemi üzerine defin işlemi, kurumun bulunduğu yer belediyesince yerine getirilir.

Ölüm olayı bildirildikten sonra kurum tabibi derhal cesedin bulunduğu yere gitmeli ve ölümün gerçekleşip gerçekleşmediği konusunda muayene yapmalıdır. Eğer yapılabilecek bir tıbbi müdahale var ise derhal hastaneye şevkini sağlamalıdır.

Ancak, ölüm olayı gerçekleşmiş ise öncelikle oda veya koğuşta bulunan tüm hükümlü veya tutukluların başka bir koğuşa nakli sağlanmalı, oda ya da koğuş boşaltılmalıdır.

Ceza infaz kurumundaki her ölüm bir adli vakadır ve derhal Cumhuriyet savcılığına bildirilmeli ve ölen her kişiye otopsi yapılmalıdır.

Kurum doktoru ölen kişiye ait tıbbi bilgileri ölüm nedeninin araştırılması için hazırlamalı ve istenildiğinde teslim etmelidir.

SOZLUK

Acil tedavi	Sağlık personeli ya da bu konuda özel eğitim görmüş kişilerce hasta ya da yaralılara yapılan ilk tedavi.
Açık ceza infaz kurumu	Hükümlülerin iyileştirilmelerinde, çalıştırılmaları ve meslek edindirilmelerine öncelik verilen, firara karşı engelleri ve dış güvenlik görevlisi bulunmayan, güvenlik bakımından kurum görevlilerinin gözetim ve denetimi ile yetinilen kurumlar.
Açlık grevi	Tanım için bkz. Beslenme reddi.
Adalet	Hak ve hukuka uygunluk.
Adli rapor	Adli makamların (savcı, yargıç) karar verebilmelerini için gerekli tıbbi bilirkişi raporları.
Adli vaka	Savcı tarafından adli rapor talep edilen, her türlü darp ve yaralanmalar, trafik ve iş kazaları, ilaç entoksikasyonları, intihar ve intihar girişimleri, kuşkulu ölümler.
Ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası	Hükümlünün hayatı boyunca devam eder, kanun ve tüzükte belirtilen sıkı güvenlik rejimine göre çektirilir.
Aile hekimi	Kendisine kayıtlı kişilere koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmeti veren ve bulunduğu ildeki sağlık müdürlüğü ile imzalamış olduğu sözleşme esaslarına göre hizmet veren hekim.
Aile sağlığı elemanı	Aile hekimi ile birlikte çalışan hemşire, ebe ya da sağlık memuru.
Aktif süveyans	Bir bulaşıcı hastalık salgını çıktığında ya da salgının başlamasının beklendiği zamanlarda uygulanan hasta taramaları için kullanılır. Bu yöntemde, sağlık personeli kişileri evlerinde ziyaret ederek aktif biçimde hasta arar.
Atık	Evlerde, topluluk yerlerinde ve iş yerlerinde oluşan süpürüntü, mutfak atıkları, kağıt parçaları, döküntüler vb. birikinti.
Atık yönetimi	Çevresel temizlik ve sağlık riskini azaltmak için katı atıkların uygun bir biçimde uzaklaştırılması ve zararsız duruma getirilmesi işlemlerinin tümü
Atölye	Bkz. İşlik

Aydınlatılmış onam	Hastayı (ya da yakını), kendisine yapılacak tıbbi girişimin gerekçesi, yarar ve sakıncaları ve beklenen sonuçları hakkında bilgilendirerek yazılı izninin alınması.
Ayırma	Bulaşık insan ve hayvanların, hastalığın bulaşıcılık süresi boyunca ayrı tutulması.
Bağışıklama	Bir bulaşıcı hastalığa karşı duyarlı olan kişinin aktif (aşı ile) ya da pasif (serum ile) olarak bu duyarlılığının kaldırılması.
Besin maddesi	Gıdalarda bulunan ve büyümeyi, doku tamirini ve enerjiyi sağlayan elementler.
Beslenme	Canlıların, yaşamlarını sürdürebilmeleri, büyüebilmeleri, organlarının ve dokularının normal çalışmalarını yapabilmeleri için gereken enerjiyi ve temel maddeleri sağlayabilmek amacı ile besin maddelerini yamaları ve içmeleri ya da paranteral yolla (damardan) almaları.
Beslenme reddi	Bilerek ve isteyerek beslenmeme, beslenmeyi reddetme. Beslenme reddi, bir hastalığa bağlı olarak değil de, hükümlü ya da tutuklunun belli bir amaçla, bilinçli bir seçimi olarak

	gündeme gelmişse "açlık grevi" ya da "ölüm orucu" gibi adlarla anılır. Beslenme reddi eylemlerinin bu adlardan hangisine uyduğunu, genellikle mahkumların kendileri açıkça beyan eder; istek ve hedeflerine ulaşana kadar, ölümlerine sonuçlansa bile sürdürülecek eylemlere "ölüm orucu", belli bir durumu protesto amacıyla belli bir süre ile sınırlı eylemlere "açlık grevi" adını verirler.
Bildirim	İnsan ve hayvanlarda görülen bulaşıcı hastalıkların sağlık otoritelerine duyurulması.
Birinci basamak tedavi	Hastanın ilk başvuru noktası olan yataksız bir tedavi kurumunda tedavi edilmesi.
Birincil koruma	Hastalığın biyolojik olarak vücutta başlamasında alınan koruyucu önlem.
Biyolojik çevre	Mikroorganizmalar, bitkiler, hayvanlar, bitkisel ve hayvansal besin maddelerinden oluşan çevremiz.
Bulaşıcı hastalık	Hastalığa neden olan bir mikroorganizma ya da bunların salgıları ile oluşan ve bu etkenle enfekte olmuş insan ya da hayvandan sağlam insana doğrudan doğruya ya da aracı ile geçebilen hastalık.
Bulaşım	Maddelerin hastalık etkenleri ile kirlenmesi
Bulaşma zinciri	Bkz. Enfeksiyon zinciri
Ceza	Suç teşkil eden davranışlara karşı hukuk düzeninde öngörülen yaptırım.
Ceza infaz kurumu	Mahkemelerce usulüne uygun olarak yargılanan ve herhangi bir hürriyeti bağlayıcı cezaya mahkûm edilen kişilerin barındırıldıkları ve eğitilerek yeniden topluma kazandırdıkları kurumlardır.
Çevre	Kişiyi ya da toplumu saran ve yer yüzünde bulunan her şey.
Çocuk	12 yaşını bitirmiş 18 yaşını bitirmemiş hükümlü kız veya erkek ile mevzuatta belirtilen koşullar çerçevesinde 21 yaşını tamamlayana kadar çocuk eğitimevinde kalmasına izin verilen hükümlü kız veya erkek.
Çocuk eğitimevi	Çocuk hükümlüler hakkında verilen cezaların, hükümlülerin eğitilmeleri, meslek edinmeleri ve yeniden toplumla bütünleştirilmeleri amaçları güdümlere yerine getirildiği, firara karşı engelleri bulunmayan, kurum güvenliği iç güvenlik görevlilerinin gözetim ve sorumluluğunda olan tesis.
Çocuk kapalı ceza infaz kurumu	Çocuk tutukluların ya da çocuk eğitimevlerinden disiplin veya diğer nedenlerle kapalı ceza infaz kurumlarına nakillerine karar verilen çocukların barındırıldıkları ve firara karşı engelleri olan iç ve dış güvenlik görevlileri bulunan, eğitim ve öğretime dayalı kurum.
Çöp	Bkz. Katı atık
Dezenfeksiyon	Kimyasal ya da fiziksel araçlarla vücut dışındaki enfeksiyon etkenlerinin öldürülmesi.
Ecza dolabı	Revir ya da benzeri sağlık kuruluşlarında günlük alınan ilaçların saklandığı dolap; Eczacılık Kanununa göre, bir serbest eczaneye 5 km.den daha uzak yerlerde çalışan hekimlerin ilaç satışı.
Enfeksiyon	Bir hastalık etkeninin bir konakta yerleşmesi ve üremesi.
Enfeksiyon hastalığı	Kişide yakınmalara neden olan ya da belirti veren enfeksiyon.
Enfeksiyon zinciri	Bir enfeksiyon etkeninin bulaşmasındaki aşamaları ve bulaşıcı hastalıklarla savaşta alınan önlemlerin yönlendiği kaynak-bulaşma yolu-sağlam kişiden oluşan üç hedefi anlatır.
Enfestasyon	İnsanların ya da hayvanların vücut yüzeylerinde ya da giyeceklerinde eklembacaklıların yerleşmesi ve üremesi.
Engelli hükümlü	Kendi işini (mesleğini) yapamaz duruma getiren bir sakatlığı olan hükümlü.
Epidemi	Bkz. Salgın

Erken tanı	Kişi hastalık belirtilerinin farkına varmadan ya da bir hastalığın klasik tablosu yerleşmeden önce, kişiyi çalışmaktan alıkoymayan, ona acı ve sıkıntı vermeyen siliik belirtilerin bulunduğu presemptomatik dönemde hastalığın tanılanması.
Esenlendirme	Bkz. Rehabilitasyon
Etken	Bir hastalığa ya da olaya neden olan fiziksel, kimyasal ya da biyolojik faktör.
Farik ve mümeyyiz	Suç işlediği tarihte 11 yaşını bitirip 15 yaşını doldurmamış olanların, o suçun (eylemin) doğuracağı sonuçların bilincinde olup olmadığına dair hekim kanaati.
Fekal oral bulaşma	Dışkı ile bulaşmış yiyecek ve içeceklerin tüketilmesi ya da kişisel hijyeni kötü olan kişilerin dışkı ile bulaşık elleri yolu ile ağızdan hastalık bulaşması.
Filyasyon	Bir salgının başlamasına neden olan kaynak.
Firar	Tutuklu ya da hükümlünün cezasının infaz edildiği kurumdan, yetkililerin bilgisi dışında ve gizli yollarla kaçması.
Fiziki çevre	İnsanların çevresindeki bütün cansız şeyler.
Genç	18 yaşını bitirmiş, 21 yaşını doldurmamış tutuklu ve hükümlü kız ve erkek.
Gençlik kapalı ceza infaz kurumu	Cezanın infazına başlandığı tarihte on sekiz yaşını bitirmiş olup da yirmi bir yaşını doldurmamış genç hükümlü ve tutukluların cezalarını çektikleri, eğitim ve öğretim esasına dayalı, firara karşı engelleri olan, iç ve dış güvenlik görevlileri bulunan kurum.
Genelge	Bir kurumda çalışanların bir işi nasıl yapacaklarını ayrıntılı biçimde açıklayan yazılı emir.
Gerçek kişi	Kişi, insan karşılığı kullanılan hukuk terimi.
Gıda kontrolü	Gıdaların üretiminden tüketimine kadar olan aşamalarda, gıdanın hijyenik ve kalite yönünden muayene ve analizleri ile, bu maddenin en iyi koşullarda işlenmesi, taşınması, saklanması ve pazara sunulmasının sağlanması, uygun olmayan işlemlere bağlı kayıpların ve kalite düşüklüğünün önlenmesi hizmetlerinin tümü.
Görüşme	Tutuklu ve hükümlülerin, buldukları ceza infaz kurumuna gelen yakınları ile yönetimin uygun gördüğü yer ve zamanda buluşması.
Gözaltı merkezi	Bkz. Nezarethane
Gözlem	Bir olayın nedeni, sonucu ya da o olayla ilgili olabilecek bir faktörü fark etmek.
Gürültü	Her türlü istenmeyen ses.
Hacir	18 yaşını doldurmuş bir kişinin akıl hastalığı, ayaşlık, israf, hapislik ya da bir yakınının başvurusu üzerine mahkeme kararı ile medeni haklarını kullanma ehliyetinin bir bölümünün ya da tamamının elinden alınması.
Hakkaniyet	Bir hizmeti alma gereksinimi olan kişilere, hiçbir ayrıcalık gözetmeden o hizmetin sunulması ilkesi.
Hakim	Millet adına yargı yetkisini kullanarak yasaya aykırı davranışlarda ya da uyuşulmayan işlerde yasayı yerine getirmekle ve adaleti gerçekleştirmekle görevli kamu görevlisi.
Hapishane	Bkz. Ceza infaz kurumu
Hasta şevki	Bir sağlık kuruluşuna başvuran bir hastanın, koşulları ve olanakları daha geniş ve iyi olan bir başka sağlık kuruluşuna gönderilmesi ya da taşınması.
Hasta yatağı	Hastanın yatırılarak tedavi edilmesini sağlamak amacıyla kullanılan sağlık kuruluşunda bulunan yatak.
Hastalık	Sağlıklı olmanın dışındaki her türlü durum.
Hastalık bildirim	Bkz. Bildirim
Hastane	ikinci basamak sağlık hizmeti veren yataklı tedavi kuruluşu.
Haşere	Böcekler.

Havalandırma bahçesi	Tutuklu ve hükümlülerin günün belirli süresini, yaşadıkları koşu ya da odaların dışında geçirdikleri açıklık.
Hijyen	Fizik ve biyolojik çevre ile kişinin kendisinin temizliğini sağlayarak insan sağlığını korumak.
Hizmet içi eğitim	Temel meslek eğitiminden sonra ve kişi mesleğini uygularken yapılan programlı eğitim.
Hukuk	Devletin yetkili organları tarafından konulan ve insan davranışlarını düzenleyen ve cebir ile müeyyilendirilmiş davranış kurallarından oluşmuş düzen.
Hücre cezası	Tutuklu ve hükümlülerin, kurallara uymadıkları için ceza infaz kurumundaki yaşamlarını belirli bir süre normal zamanlarını geçirdikleri koşu ya da odadan başka, daha güvenli ve başkaları ile temas etmelerini sınırlayan bir odada geçirmeye zorunlu tutulması.
Hükümlü	Yargılama sonucunda cezası kesinleşmiş suçlu.
İçilebilir suyu	İnsanlar tarafından içilebilmesinde ve gıda sanayinde kullanılmasında sağlık yönünden sakınca bulunmayan su.
İhbar	Bkz. Bildirim
İkinci basamak tedavi	Hastanın hastanede ya da bir birinci basamak hekimi tarafından sevk edildiği uzman hekim tarafından tedavi edilmesi.
İkincil koruma	Bkz. Erken tanı
İlaç	Hastalıkların teşhis ve tedavileri, hastaların yakınmalarını hafifletme, hastalıklardan korunma ya da fizyolojik etkinlikleri düzenlemek amacıyla insan ve hayvanlarda kullanılan her türlü kimyasal madde.
İlk yardım	Bir kaza ya da beklenmedik bir hastalık sonunda, kişinin durumunun daha kötüleşmemesi için ve kişinin olay yerinden tedavi edileceği yere kadar en az zarar ile korunması için yapılan ilk uygulamalar ve alınacak önlemler bütünü.
İnfaz	Hükümlünün cezasının yerine getirilmesi.
İntihar	Bir kişinin kendi yaşamına son vermesi.
İstatistik	Belirli amaçlar için veri toplama, toplanan verileri sıralama, çözümleme ve yorumlama teknik ve yöntemleri bilimi.
İŞÇİ	Bir hizmet akdine dayanarak herhangi bir işte ücret karşılığı çalışan kişi.
İşkence	Bir kimseye maddi ya da manevi olarak yapılan eziyet.
İşyurdu	Tutuklu ve hükümlülerin meşgale ya da bir beceri öğrenmeleri amacıyla eğitim gördükleri, çalıştıkları ve ceza infaz kurumu adına satılabilecek nitelikte bir şeyleri ürettikleri atölyeler.
İyileştirme	Çocuk hükümlü ve tutukluların bedensel ve zihinsel sağlıklarını sürdürmeleri, yapıcı, üretken ve sorumluluk sahibi bireyler olarak topluma kazandırılmaları, akademik ve meslekî eğitimlerini sürdürmeleri, gelişimlerine ve geleceğine katkı sağlayacak bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazanmaları amacıyla sürdürülen eğitim, öğretim, sağlık, psiko-sosyal destek, serbest zaman ve spor faaliyetleri, dış dünya ile ilişkiler gibi hizmetler.
İzolasyon	Bkz. Ayırma
Jandarma	Ceza infaz kurumlarının dış güvenliğin sağlanmasından sorumlu silahlı kuvvetler mensubu.
Kanalizasyon	Kullanılmış suların ve insan atıklarının çabuk ve emin bir şekilde giderilebilmesi için, o yerleşim yerinin eğimine göre kademeli olarak yerleştirilmiş yer altı boru sistemi.
Kapalı ceza infaz kurumu	iç ve dış güvenlik görevlileri bulunan, firara karşı, teknik, mekanik, elektronik veya fizikî engellerle donatılmış, oda, koşu ve koridor kapıları kapalı tutulan, ancak mevzuatın belirlediği hallerde aynı oda veya koşu dışındaki hükümlü ve tutuklular arasında ve dış çevre ile temasın olanaklı bulunduğu, yeterli düzeyde güvenlik sağlanmış, hükümlü ve tutuklunun gereksinimine göre bireysel, grup halinde ve toplu

	olarak iyileştirme yöntemlerinin uygulanabileceği, yetişkin erkek ve kadın hükümlü ve tutukluların barındırıldığı tesis.
Karakol	Güvenliği sağlamakla görevli güçlerin bulunduğu fiziksel ortam, bina, yapı.
Katı atık	Evsel, ticari ya da endüstriyel alanlardan oluşan, madencilik, tarımsal işlemler ve su arıtım ünitelerinin de dahil olduğu proseslerden kaynaklanan yarı-katı çamurları da içeren, hem ayrışabilen hem de ayrışma özelliği olmayan maddeler.
Kaymakam	İl valisine karşı sorumlu olarak görev yapan ve bir ilçedeki en yüksek yönetsel amir.
Kaynak	Enfeksiyon etkenlerinin yerleşip çoğaldığı canlı ya da yer.
Kaza	Beklemeyen, aniden ortaya çıkan, önceden planlanmamış yaralanma ya da mal kaybı Ne sonuçlanan olay.
Kemoprofilaksi	Belirli bir enfeksiyon hastalığı tehlikesi altında bulunan bir kişiyi o hastalıktan korumak ya da hastalığı hafif geçirmesini sağlamak amacı ile, kişiye ilaç ya da kimyasal madde verme.
Kişisel hijyen	Kişinin genetik ve sonradan elde ettiği özellikler ile termoregülasyon, beslenme, içme, temizlenme ve giyinme gibi bünyesine ait faaliyetlerinin incelenmesi.
Klorlama	Gaz klor ya da peroksit şeklindeki klorla su dezenfeksiyonu.
Koşuş	Çok sayıda hükümlünün bir arada bulunduğu, yaşadığı ve geçelediği ceza infaz kurumu odası.
Kolluk gücü	Güvenliği sağlamakla görevli polis, jandarma, zabıta.
Konfor alanı	İnsanların en rahat yaşadıkları 18-20 ^o C sıcaklık ve yüzde 50-60 bağıl nem gösteren ve optimal bir hava hareketi bulunan fiziksel ortam.
Konsültasyon	Müdavim (hastaya bakan) hekimin, incelemekte ya da tedavi etmekte olduğu hastasının durumu ile ilgili olarak başka bir hekimin görüşlerine başvurusu.
Koruma	Sağlam kişilerin hasta olmamaları ya da hastalıklarının tedavilerinin en kolay ve iyi yapılabileceği en erken dönemde teşhis edilebilmeleri için kaynak, bulaşma yolu ve sağlam kişiye yönelik bütün işlemler.
Kovuşturma	Suçlu sanılan biri için yapılan soruşturma, araştırma, takibat, takip.
Kronik hastalık	Bir kişide yerleştikten sonra, bugün ki tıp olanakları ile kesin iyileştirilmesi olasılığı olmayan ya da çok sınırlı olan, fakat tanı, tedavi ve sürekli izleme ile hastanın yaşam süresinin uzatılabildiği hastalık.
Kullanma suyu	İçilecek nitelikte olmayan ve sanayi ya da tarımsal amaçlarla kullanılacak su.
Kuluçka dönemi	Bir etkene maruz kalma ile o etkenin neden olduğu hastalığın başlaması arasında geçen süre.
Kurum	Cezaların infazı ile ilgili mevzuatta geçen "kurum" terimi "ceza infaz kurumları", anlamında kullanılmaktadır.
Lağım	Bkz. Kanalizasyon
Mahkeme	Bir ya da daha fazla yargıçtan ve bazen savcı ve yargıçlardan oluşan bir kurulun, yargı görevini yerine getirdikleri yer.
Mahkum	Bkz. Hükümlü
Mahkumiyet	Hüküm giymiş olma durumu.
Mahremiyet	Kişiyi özgü, başkalarının bilmesi istenilmeyen bilgiler, durumlar, olaylar, sırların saklı tutulması İlkesi.
Mevzuat	Anayasa, kanun, tüzük, yönetmelik, yönerge, genel gibi yazılı ya da yazılı olmayan kurallar bütünü.
Müebbet hapis cezası	Hükümlünün, yaşamının geri kalan bölümünü bir ceza infaz kurumunda geçirmesi yönündeki yargı kararı.
Mükerrir	Ceza infaz kurumlarından tahliye edildikten sonra herhangi bir nedenle geri dönen tutuklu ya da hükümlü.
Müşahade	Bkz. Gözlem

Nakil	Tutuklu ya da hükümlünün bulunduğu infaz kurumundan başka bir infaz kurumuna taşınması işlemi.
Nezarethane	Zanlının yakalandıktan sonra ve serbest bırakılana ya da mahkeme kararı ile tutuklanarak ceza infaz kurumuna konuluncaya kadar göz altı süresini geçirdiği ve İç İşleri Bakanlığı'nın kontrolündeki korunaklı yer.
Noter	Çeşitli belge ve işlemlere geçerlik kazandırmak, yasanın öngördüğü diğer görevleri yerine getirmekle yükümlü, belli nitelikleri ve kendine özgü bir hukuki statüsü olan kamu görevlisi.
Numune	İncelenmek üzere bir gıda maddesi ya da sağlığı boza-bilecek bir maddeden alınan ve ö maddeyi temsil edebilecek nitelikteki parça.
Ölüm	Yaşamsal belirtilerin bir daha geri gelmemek üzere durması.
Ölüm orucu	Tanım için bkz. Yeme reddi
Önemli hastalık	Bir toplumda en çok görülen, en çok öldüren ya da sakat bırakan hastalık.
Özlük işleri	Bir kuruluşta görevlilerin atanmaları, yükselmeleri ve emeklilikleri gibi kişisel işlemlerin bütünü.
Pasif sürveyans	Sağlık personelinin çalıştığı kuruluştan ayrılmaksızın, kendisine başvuran kişileri inceleyerek yaptığı hasta bulma işlemi.
Polis	Valiler aracılığı ile İç İşleri Bakanlığı'na bağlı olarak görev yapan resmi kolluk gücü.
Primer korunma	Bkz. Birincil korunma
Rehabilitasyon	Bedenen ya da ruhen sakat kalmış olanları başkalarına bağımlı (muhtaç) olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmalar.
Revir	Okul, kışla, ceza infaz kurumu gibi yerlerde, acil durumlara müdahale etmek ya da kişileri kısa süre yatırarak tedavi etmek amacıyla kullanılan ve acil tedavi araç ve gereçleri ile az sayıdaki hasta yatağının bulunduğu birim.
Sağlık	Yalnızca hasta ya da sakat olmama durumu değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik durumu.
Sağlık eğitimi	Kişilerin kendi sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri ve sağlık hizmetlerini uygun bir biçimde nasıl kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri ve olumlu davranışlar kazandırılabilmesi için yapılan planlı çabalar.
Sağlık hizmetleri	Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü. Sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır: Koruma, tedavi ve rehabilitasyon.
Salgın	Bir toplumda ya da bölgede belirli bir hastalığın, içinde bulunulan mevsim ya da ayda normalde beklenen sayıdan daha fazla sayıdaki kişide görülmesi.
Salıverme	Tutuklu ya da hükümlünün, ceza süresini doldurması ya da yargı kararına dayanarak ceza infaz kurumundan çıkartılması.
Sanık	Suçlu olduğu iddia edilerek muhakeme edilen zanlı.
Sanitasyon	Kirli su, kirli besin maddeleri ve atıkların sağlık kurallarına uygun biçimde denetimi ve düzenlenmesi çalışmaları.
Savcı	Devlet adına ve yararına davalar açan, kamu haklarını ve hukuku yerine getirmek üzere yargıç katında sanıkları kovuşturan görevli.
Sekonder korunma	Bkz. İkincil korunma
Soğuk zincir	Aşıların ürettikleri yerden kullanılacakları yere kadar, her yerde ve her zaman, uygun soğuklukta taşınması ve saklanması işlemlerinin tümü.
Sosyal çevre	Bkz. Toplumsal çevre
Sosyal	Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da

rehabilitasyon	belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmet.
Su epidemisi	Kısa bir sürede fazla sayıda kişinin hastalanması ile karakterize ve ani başlayan salgın.
Suç	Bir toplumun kurmuş olduğu hukuk düzenini ihlâl eden davranış ve eylemler.
Suçlu	Yargılama sonucunda suçu kanıtlanmış kişi.
Suçüstü	Kişiyi, suç niteliğindeki bir eylemi yaparken yakalama.
Sürelî hapis cezası	Kanunda aksi belirtilmeyen hâllerde bir aydan az, yirmi yıldan fazla olamaz.
Şartla tahliye	Hükümlünün yargı kararına uygun olarak ve yargının belirlediği şartları yerine getirmek kaydıyla ceza infaz kurumundan çıkartılması.
Tahliye	Bkz. Salıverme
Tarama	Uygulanışı çabuk ve kolay birtakım test, muayene ve diğer yöntemleri toplumdaki her kişiye ya da tehlike altındaki kişilere uygulayarak belirli hastalığı ya da bozukluğu olanları ortaya çıkarma işlemi.
Tecavüz	Başkasının hakkına el uzatma, saldırma.
Tedavi	Bir kişideki hastalığın belirtilerini hafifletmek ya da yok etmek, hastalığın ilerlemesini önlemek, hastalığı geriletmek ya da tümü ile ortadan kaldırarak hastayı sağlığına kavuşturmak amacı ile yapılan tıbbi ya da diğer yöntemler dahil her türlü işlem.
Temel sağlık hizmetleri	Kişiyi yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile evde ayakta tedavi hizmetlerinin bir arada sunulması.
Termal konfor	Çalışanların ya da bir ortamda bulunanların çoğunluğunun (yüzde 85) ısı ve diğer iklim koşulları yönünden rahatlık içinde olmaları.
Tersiyer korunma	Bkz. Üçüncül korunma
Tıbbî rehabilitasyon	Bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir. Ekstremitelerdeki protezler, spastisitelemlerin yumuşatılması, işitme kusurlarının en aza indirilmesi gibi çalışmalar bu tür rehabilitasyona örneklerdir.
Toplu beslenme	İnsanların ev dışında, başkaları tarafından planlanan ve gerçekleştirilen yiyeceklerle beslenmesi.
Toplumsal çevre	Yaşadığımız ortamda aile ve benzeri toplumsal gruplar, kurumlar, sınıflar, insan ilişkileriyle ilgili gelenekler, değer yargılarının tümü.
Tutuklu	Henüz suçlu olduğu kanıtlanmamış olmakla birlikte, kaçma olasılığı kuvvetli olduğu için tutukevine ve ceza infaz kurumunun tutuklular için ayrılan bölümüne konulmuş kişi.
Tutukevi	Tutukluların konulduğu, iç ve dış güvenlik görevlisi bulunan, firara karşı teknik, mekanik, elektronik veya fizikî engelleri olan, oda ve koridor kapıları sürekli olarak kapalı tutulan ve dışarıyla irtibat ve haberleşme olanağı bulunmayan normal güvenlik esasına dayalı veya maddî olanak bulunmadığı hâllerde diğer kapalı ceza infaz kurumlarının bu amaca ayrılmış tesis.
Tüzel kişi	Belli bir amacı gerçekleştirmek üzere bağımsız bir varlık şeklinde örgütlenmiş, haklara ve borçlara sahip olabilen kişi ve mal toplulukları.
Tüzük	Bir kanunun uygulanmasını göstermek ve emrettiği işleri belirtmek üzere, kanunlara aykırı olmamak ve Danıştay'ın incelemesinden geçirilmek şartıyla Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılan, hiyerarşik sıralamada kanundan sonra gelen, yazılı hukuk kuralları.
Üçüncü basamak tedavi	İleri derecede uzmanlaşmış sağlık kuruluşları tarafından yapılan tedavi.
Üçüncül korunma	Birincil ve ikincil koruma olanaklarından yararlanamamış, teşhiste geç kalınmış hastalarda, en iyi tedavi ve

	rehabilitasyon olanaklarının kullanılması ile hastayı hastalığın kötü prognozundan korumak.
Vali	Bir ilde, bütün bakanlıkların hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan ve devleti temsil eden en yüksek yönetici.
Vektör	Enfekte bir konakçıdaki enfeksiyon etkenini diğer bir konakçıya ya da arakonakçıya taşıyan eklembacaklı.
Yakalama	Zanlının kolluk güçleri tarafından bulunduğu yerden gerekirse güç kullanarak alınarak karakola götürülmesi.
Yargı	Hukuki uyumsuzlukları kesin olarak karara bağlama.
Yargıç	Bkz. Hakim
Yasa	Bkz. Kanun
Yasama	Yasa yapma; kanun çıkartma. Türkiye'de yasa yapma yetkisi Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne aittir.
Yaşam alanı	Tutuklu ve hükümlülerin barındıkları, uyudukları, çalıştıkları, yemek yedikleri, spor yaptıkları ve diğer aktivite-lerini gerçekleştirdikleri, yani günlerini geçirdikleri yerler.
Yerel yönetim	Yerel ve ortak gereksinimleri karşılamak üzere, merkezi idarenin dışında, devletten ayrı tüzel kişilikleri bulunan, organları yerel seçimle iş başına gelen il özel idaresi, belediye ve köy yönetimlerinin tümüne verilen genel ad.
Yeterli ve dengeli beslenme	Bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivitesi, bulunduğu özel durum ve genetik yatkınlıklarına göre gerek duyduğu besinleri alarak, vücudunda kullanılması.
Yönerge	Bkz. Genelge
Yüksek güvenli kapalı ceza infaz kurumu	İç ve dış güvenlik görevlilerine sahip, firara karşı, teknik, mekanik, elektronik ve fizikî engellerle donatılmış, oda ve koridor kapılan sürekli kapalı tutulan, ancak; mevzuatın belirlediği, hallerde aynı oda dışındaki hükümlü ve tutuklular arasında ve dış çevre ile temasların geçerli olduğu sıkı güvenlik rejimine tabi hükümlülerin bir veya üç kişilik odalarda barındırıldığı, bireysel veya grup halinde iyileştirme yöntemleri uygulanan tesis.

Ek 1: Genelge No: 21

T.C.
ADALET BAKANLIĞI
Ceza İşleri Genel
Müdürlüğü

01/01/2006

Sayı :
B.03.0.CİG.000.00.05/010.06.02/20 Konu
: Hapis cezalarının infazının hastalık nedeni
ile ertelenmesi

GENELGE

No: 21

5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16'ncı maddesinin uygulanmasına ilişkin bazı hususların adli teşkilata duyurulmasında yarar görülmüştür.

Bilindiği üzere;

5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un;

"infazın koşulu" kenar başlıklı 4'üncü maddesinde; "(I) Mahkumiyet hükümleri kesinleşmedikçe infaz olunamaz."

"infazın dayanakları ve kimin tarafından izleneceği" kenar başlıklı 5'inci maddesinde;

"(I) Mahkeme, kesinleşen veyerine getirilmesini onayladığı cezaya ilişkin ükmü Cumhuriyet Başsavcılığına gönderir. Bu hükme göre cezanın infazı Cumhuriyet savcısı tarafından izlenir ve denetlenir."

"Hapis cezasının infazının hastalık nedeni ile ertelenmesi" kenar başlıklı 6'ncı maddesinde; "(I) Akıl hastalığına tutulan hükümlünün cezasının infazı geriye bırakılır ve hükümlü, iyileşinceye kadar Türk Ceza Kanununun 57'nci maddesinde belirtilen sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınır. Sağlık kurumunda geçen süreler ceza infaz kurumunda geçmiş sayılır.

(2) Diğer hastalıklarda cezanın infazına, resmî sağlık kuruluşlarının mahkumlara ayrılan bölümlerinde devam olunur. Ancak bu durumda bile hapis cezasının infazı, mahkumun hayatı için kesin bir tehlike teşkil ediyorsa mahkumun cezasının infazı iyileşinceye kadar geri bırakılır.

(3) Yukarıdaki fıkralarda belirtilen geri bırakma kararı Adli Tıp Kurumunca düzenlenen ya da Adalet Bakanlığınca belirlenen tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenip Adli Tıp Kurumunca onaylanan rapor üzerine, infazın yapıldığı yer Cumhuriyet Başsavcılığınca verilir. Geri bırakma kararı, mahkumun tabi olacağı yükümlülükler belirtilmek suretiyle kendisine ve yasal temsilcisine

tebliğ edilir. Mahkumun geri bırakma süresi içinde bulunacağı yer, kendisi veya yasal temsilcisi tarafından ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına bildirilir. Mahkumun sağlık durumu, geri bırakma kararını veren Cumhuriyet Başsavcılığınca veya onun istemi üzerine, bulunduğu veya tedavisinin yapıldığı yer Cumhuriyet Başsavcılığınca, sağlık raporunda belirtilen sürelerle, bir süre bulunmadığı takdirde üçer aylık dönemlere göre bu fıkra yazılı usule uygun olarak incelettilir. İnceleme sonuçlarına göre geri bırakma kararını veren Cumhuriyet Başsavcılığınca, geri bırakmanın devam edip etmeyeceğine karar verilir. Geri bırakma kararını veren Cumhuriyet Başsavcılığının istemi üzerine, mahkumun izlenmesine yönelik tedbirler, bildirim yapıldığı yerde bulunan kolluk makam ve memurlarınca yerine getirilir. Bu fıkra yazılı yükümlülüklerle aykırı hareket edilmesi halinde geri bırakma kararı, kararı veren Cumhuriyet Başsavcılığınca kaldırılır. Bu karara karşı infaz hakimliğine başvurulabilir.

(4) Hapis cezasının infazı, gebe olan veya doğurduğu tarihten itibaren altı ay geçmemiş bulunan kadınlar hakkında geri bırakılır. Çocuk ölmüş veya anasından başka birine verilmiş olursa, doğumdan itibaren iki ay geçince ceza infaz olunur."

"İnfazı engelleyecek hastalık hali" kenar başlıklı 81'inci maddesinde; "(I) Kurum hekimi veya görevli hekim tarafından yapılan muayene ve incelemeler sonucunda hükümlünün cezasını yerine getirmesine engel olabilecek hastalığı saptanırsa durum, kurum yönetimine bildirilir."

"Mahkumiyet hükmünün yorumunda veya çektirilecek cezanın hesabında duraksama" kenar başlıklı 98'inci maddesinde; "(I) Mahkumiyet hükmünün yorumunda veya çektirilecek cezanın hesabında duraksama olursa, cezanın kısmen veya tamamen yerine getirilip getirilemeyeceği ileri sürülür ya da sonradan yürürlüğe giren kanun, hükümlünün lehinde olursa, duraksamanın giderilmesi veya yerine getirilecek cezanın belirlenmesi için hükmü veren mahkemeden karar istenir.

(2) 16'ncı madde gereğince cezasının ertelenmesi isteminin reddi halinde de aynı hüküm uygulanır.

(3) Yukarıdaki fıkralar uyarınca yapılan başvurular cezanın infazını ertelemez. Ancak, mahkeme olayın özelliğine göre infazın ertelenmesine veya durdurulmasına karar verebilir."

Bu itibarla;

1- 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16'ncı maddesi gereğince hastalık sebebiyle cezasının infazının ertelenmesinin talep edilmesi ya da aynı Kanun'un 81'inci maddesine göre bu durumun öğrenilmesi halinde, hükümlülerin, ilk önce firara imkan vermeyecek şekilde gerekli tedbirlerin önceden alınmak suretiyle resmî sağlık kuruluşlarının mahkumlara ayrılan

bölümlerinde cezanın infazına devam olunması, ancak buna rağmen hapis cezasının infazı, mahkumun hayatı için kesin bir tehlike teşkil etmesi sebebiyle infazın geri bırakılması düşünüldüğü takdirde;

infazın yapıldığı yer Cumhuriyet başsavcılığı tarafından;

a)Adli Tıp Kurumuna ya da Bakanlık web sayfasında güncellenen listede yer alan tam teşekküllü hastanelerin veya üniversite tıp fakültesi hastanelerinin sağlık kurullarına şevklerinin yapılması,

b)Sevk yazısında; hükümlünün hastalığının neden ibaret olduğu ve 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16'ncı maddesinin bir ve ikinci fıkraları kapsamındaki hastalıklardan bulunup bulunmadığının, akıl hastalığı dışındaki hastalığının resmî sağlık kuruluşlarının mahkumlara ayrılan bölümlerinde cezanın infazına devam olunup olunamayacağına, infazın devamı halinde mahkumun hayatı için kesin bir tehlike teşkil edip etmediğinin ve bu nedenle cezasının infazının geri bırakılmasının gerekip gerekmediğinin, gerekiyorsa ne kadar süre ile geri bırakılmasının uygun olduğunun, gerekçeli rapor ile tespit edilmesinin talep edilmesi, gerekçeli rapor ile rapora dayanak olan belgelerin de istenmesi,

c)Adli Tıp Kurumundan ya da Bakanlığımızca belirlenerek web sayfasında yayımlanan tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarından alınan raporlarda açıklanması gereken ya da tereddüt meydana getiren hususların bulunması durumunda; gerektiğinde ek rapor talep edilmesi,

d)Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen ya da adı geçen hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenip Adli Tıp Kurumunca onaylanan raporlarda cezanın infazının geri bırakılmasına gerek olmadığı belirtilmesi halinde, bu raporun yeterli görülmesi durumunda cezanın infazının ertelenmesi talebinin reddedilmesi,

e)Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen ya da sözü edilen hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenip Adli Tıp Kurumunca onaylanan raporlarda çelişki bulunması veya kapsamı itibarıyla yeterince kanaat verecek nitelikte bulunmaması halinde, sebebi de belirtilmek suretiyle Adli Tıp Genel Kurulundan yeni bir rapor talep edilmesi,

f) 5275 sayılı Kanunun 16'ncı maddesinin ikinci fıkrasında öngörülen ve yukarıda belirtilen usulle alınan raporlarda, hapis cezasının infazının mahkumun hayatı için kesin bir tehlike teşkil ettiğinin tespit edilmesi durumunda cezanın infazının ertelenmesine karar verilmesi ile birlikte bu kararda mahkumun tabi olacağı yükümlülüklerin de tespit edilerek mahkuma ya da yasal temsilcisine tebliğ edilmesi ve geri bırakma süresi içinde mahkumun bulunacağı yerin açık adresi ve telefon numaralarının ayrıntılı bir şekilde bildirilmesi ile bulunduğu yerin değişmesi durumunda da bu değişikliğin zaman geçirilmeksizin bildirilmesinin istenmesi, ayrıca bu yükümlülüklerle aykırı hareket

edilmesi durumunda da geri bırakma kararının kaldırılacağına cezanın infazının geri bırakılmasına dair kararda açıkça belirtilmesi,

g) Hastalığı sebebiyle cezasının infazının geri bırakılmasına karar verilen hükümlülerin bu süre içinde izlenmesine yönelik olarak alınacak tedbirlerin, bildirim yapıldığı yer kolluk makam ve memurlarınca yerine getirilmesinin istenilmesi,

h) Hastalığı nedeni ile cezasının infazı geri bırakılan hükümlü infazın yapıldığı yer Cumhuriyet başsavcılığının yargı çevresinde ise bu yer Cumhuriyet başsavcılığı, hükümlünün bu yer yargı çevresi dışında bir yerde bulunması veya tedavi edilmesi durumunda ise, bu yer Cumhuriyet başsavcılığından, infazın yapıldığı yer Cumhuriyet başsavcılığının istemi ile infazın geri bırakılmasına esas olan raporda belirtilen süreler içinde yukarıda belirtilen usul ve esaslara göre yeniden rapor alınması ile alınan rapor sonucuna göre cezanın infazının geri bırakılmasına devam edilip edilmeyeceğine karar verilmesi,

2-5275 sayılı Kanun'un 16'ncı maddesinde akıl hastalığına tutulan hükümlülerde hapis cezasının infazının mahkumun hayatı için kesin bir tehlike teşkil edip etmediği koşulu aranmadığından, hükümlüdeki hastalığın akıl hastalığı olduğunun tespit edilmesi durumunda, bu hükümlülerin cezasının infazının geri bırakılması ile iyileşinceye kadar 5271 sayılı Türk Ceza Kanununun 57'nci maddesinde belirtilen sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınması konusunda gereken işlemlerin yapılması,

3- Gebe olan veya doğurduğu tarihten itibaren altı ayı geçmemiş bulunan kadınlar hakkındaki hapis cezasının infazının doğumdan itibaren iki aya kadar geri bırakılması,

4- Yapılan işlemler sırasında cezanın infazında tereddüt duyulması durumunda da 5237 sayılı Kanun'un 98'inci maddesi hükmü gereğince ilgili mahkemesinden karar alınmak suretiyle sorunun yasa ve yargı yoluyla çözülmesi,

Konularında gereken dikkat ve özenin gösterilmesini rica ederim.

Cemil Çiçek Bakan

**Ek 2: Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Uye Devletlere
Cezaevinde Tıbbî Bakımın Ahlakî ve Kurumsal Yönleri İle
İlgili R (98) 7 Sayılı Tavsiye Kararı**

(Bakan Deleğeleri Komitesinin 8 Nisan 1998 tarihli 627 sayılı oturumunda Bakanlar Komitesince kabul edilmiştir.)

Avrupa Konseyi Statüsünün 15'inci maddesi uyarınca Bakanlar Komitesi;

Toplumda ve ceza infaz kurumu koşullarında yürütölmekte olan tıbbî uygulamaların aynı ahlakî prensiplere tabi olmasını göz önünde tutarak,

Temel mahkum haklarına saygı gereğı, toplumun geneline sağlanan önleyici tedavi ve tıbbî bakım hizmetlerinin eşit olarak onlara da sağlanmasının icap ettiğini hatırlatarak,

Tıbbî uygulayıcının ceza infaz kurumunda, mahkumların ve ceza infaz kurumu idaresinin tıbbî beklentilerinden kaynaklanan çalışmalar nedeniyle sık sık çözümü zor problemlerle karşı karşıya kaldığını ve bunun sonucu olarak da çok sıkı ahlakî ilkelere bağılı olması gerektiğini kabul ederek,

Ceza infaz kurumu doktorunun, diğere sağlık personelinin, mahkumların ve ceza infaz kurumu idaresinin, tıbbî bakım hakları ve ceza İnfaz kurumu doktorla-ıyla diğere sağlık personelinin özel rolü konularında açık bir vizyon belirlenmesi için izlenecek yöntem konusunda pay sahibi olduklarını dikkate alarak,

Ceza infaz kurumunda aşırı kalabalıklaşma, bulaşıcı hastalık, uyuşturucu bağımlılığı, ruhsal bozukluk, şiddet, hücre hapsi veya üst araması gibi belirli problemlerle durumlarda tıbbî uygulamanın yürütölebilmesi için tam ve doğru ahlakî prensiplerin uygulanmasının gerekliliğine inanarak,

İnsan Hakları Sözleşmesini, Avrupa Sosyal Şartını ve İnsan Hakları ve Tıp Biyolojisi Sözleşmesini aklında tutarak,

İşkencenin ve İnsanlık Dışı veya Küçültücü Muamele veya Cezanın Önlenmesi Hakkında Avrupa Sözleşmesi ile işkencenin ve İnsanlık dışı veya küçültücü muamele veya cezanın önlenmesi için Avrupa Komitesinin Üçüncü Genel Raporunda özetlenen Ceza infaz kurumu Sağlık Hizmetleri hakkındaki Tavsiye Kararını aklında tutarak, Cezaevlerinde İnsanlık ve saygınlığın minimum standartlarının garanti altına alınmasına katkı sağlayan Avrupa Cezaevi Kuralları hakkındaki R(87) 3 sayılı Tavsiye Kararını referans gösterir.

İnsan Üzerinde Tıbbî Araştırmalar hakkındaki R(90) 3 sayılı Tavsiye Kararı ile cezaevlerinde AİDS ve HIV enfeksiyonu hakkındaki Dünya Sağlık Örgütü 1993 Talimatnamesinin yanında ceza infaz kurumunda AİDS ve bunla ilgili sağlık problemlerini de kapsayan

bulaşıcı hastalıkların kontrolünün ceza infaz kurumu yönü ve kriminolojik yönü ile ilgili R(93) 6 sayılı Tavsiye Kararını anımsatarak,

Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi tarafından hazırlanmış olan, 1235(1994) sayılı Psikiyatri ve insan Hakları Hakkındaki Tavsiye Kararı ile 1257(1995) sayılı Avrupa Konseyi Üyesi Ülkelerde Tutukluluk Koşulları Hakkındaki Tavsiye Kararını hatırlanarak,

1982 de BM Genel Kurulunca kabul edilen, tutuklu ve hükümlülerin işkenceye ve diğer zalimane ve İnsanlık dışı veya küçültücü muamele veya cezaya karşı korunmalarını sağlayan tıbbî ahlak prensiplerine atıfta bulunarak,

Dünya Sağlık Örgütü'nün tıbbî ahlak ile ilgili belirli bazı deklarasyonlarını özellikle 1975 Tokyo Deklarasyonunu, açlık grevleri hakkındaki 1991 Malta Deklarasyonunu ve mahkumların üst aramaları hakkındaki 1993 demecini ilgi tutarak,

Bazı üye devletlerin özellikle tıbbî bakım hizmetiyle ilgili reformlarını ve ceza infaz kurumu sağlık hizmetleri alanındaki yapılaşma, kurumlaşma ve düzenlemeleri ile ilgili son reformlarını kaydederek,

Üye devletlerin farklı idarî yapıları nedeniyle tavsiye kararlarının gerek devlet düzeyinde gerekse federal düzeyde uygulanmasının gerekliliğini hesaba katarak,

Üye devletlerin hükümetlerinin, yasal düzenlemelerini ve ceza infaz kurumu sağlık hizmetlerine ilişkin uygulamalarını gözden geçirirken bu tavsiye kararında yer alan prensipleri hesaba katarak,

Tavsiye kararından ve açıklayıcı memorandumundan mümkün olan en geniş oranda yararlanmaları ve ceza infaz kurumunda tıbbî bakım ile önleyici tedavi hizmetlerinde görev alan tüm birey ve ünitelerin bu konuda öncelikle dikkatlerinin çekilmesinin sağlanmasını tavsiye eder.

**Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Üye Devletlere R
(98) 7 Sayılı Tavsiye Kararına Ek**

**I. Ceza infaz kurumunda Tıbbî Bakımın Ana
Karakterleri A. Bir doktora müracaat**

1- Mahkumlar ceza infaz kurumuna girdiklerinde ve orada buldukları süre içerisinde herhangi bir yersiz gecikme olmaksızın ve tutukluluk rejimlerine bakılmaksızın, gerekirse sağlık durumları itibarıyla her zaman bir doktora veya tam meslekî tecrübeye sahip olan bir hemşireye müracaat etme imkanına sahip olmalıdır. Bütün tutuklular ceza infaz kurumuna alınmalarında uygun olan bütün tıbbî uygulamalardan yararlandırılmalıdır. Akli dengesizliğin, ceza infaz kurumuna psikolojik adaptasyonun, uyuşturucu kullanımından kaynaklanan zararlı belirtilerin, hap ve alkol bağımlılığının ve bulaşıcı ve kronik durumların üzerinde özel bir önemle durulmalıdır.

2- Mahpusların sağlık gereksinimlerini karşılayabilmek için, mahpusların sayılarına, sirkülasyonuna ve ortalama sağlık durumlarına dayalı olarak büyük ceza infaz kurumlarında devamlı surette doktorlar ve tecrübeli hemşireler buldurulmalıdır.

3- Bir ceza infaz kurumunda sağlık bakım ünitesi en azından açık tedavi ve dış hasta konsültasyonlarını yapabilecek imkanlara sahip olmalıdır. Şayet, mahkumun sağlık durumu ceza infaz kurumunda garanti altına alınamayacak bir tedaviyi gerektiriyorsa, ceza infaz kurumu dışında bulunan sağlık kuruluşlarında ve her türlü güvenlik ortamında tedavinin yerine getirilmesi için mümkün olan her şey yapılmalıdır.

4- Mahpuslar gündüz ve gecenin her anında gerekli olduğunda bir doktora görülebilmelidir. Ceza infaz kurumu binası ve eklentilerinde ilk yardımda bulunabilecek bir görevli her zaman hazır buldurulacaktır. Ciddi acil durumlarda doktor, hemşire, personelinin bir Üyesi ve ceza infaz kurumu idaresi haberdar edilmelidir; gözetim personelinin aktif katılımı ve işlemde bulunması esastır.

5- Psikiyatrik danışma veya konsültasyon güven altına alınmalıdır. Büyük ceza infaz kurumlarında bir psikiyatri hizmet birimi bulunmalıdır. Eğer bu temin edilemiyor ise küçük cezaevlerinde olduğu gibi konsültasyonlar bir hastanede çalışan veya serbest çalışan bir psikiyatrist tarafından uygulanır.

6- Tecrübeli uzman bir dış hekimi servisi her mahkum için ulaşılabilir olmalıdır.

7- Ceza infaz kurumu idaresi mahalli, resmî ve özel sağlık kuruluşlarıyla temas ve işbirliği sağlayacak düzenlemeler yapmalıdır. Uyuşturucu bağımlısı, alkolik veya hap bağımlısı gibi belirli mahpuslara ceza infaz kurumunda kalifiye bir tedavinin sağlanması kolay olmadığından, toplum genelinde bağımlılara uzman yardımı

sağlayan sisteme ait dış başvuru yerleri, danışma, hatta bakım amacıyla çağrılabilir.

8- Bayan mahpuslar için uygun olan yerlerde belirli servisler sağlanmalıdır. Hamile olanlar tıbben izlenmeli ve durumlarına en uygun olan dış hastane servislerinde doğum yapma imkanına sahip olabilmelidirler.

9- Gerektiğinde, mahpus hastaneye götürülürken kendine doktor veya hemşire personelince refakat edilmelidir.

B. Bakımda eşitlik

10- Hapsedilme sürecindeki sağlık politikası milli sağlık politikası içerisine entegre edilmiş olmalı ve ona uygun olmalıdır. Ceza infaz kurumu sağlık servisi tıbbî, psikiyatrik ve dental (dış) tedavi hizmeti sunabilmeli ve toplum genelinde uygulanan koşullarla mukayeseli olarak önleyici tıp ve hijyen programları uygulanabilir. Ceza infaz kurumu doktorları uzman hekimleri çağırabilir. Eğer bir ikinci görüş gerekirse ise bunu sağlamak sağlık servisinin görevidir.

11- Ceza infaz kurumu sağlık bakım servisi tıp, hemşire ve teknik alanında yeterli sayıda kalifiye personele sahip olması gerektiği gibi, dış dünyada mevcut olanların kalitesiyle mukayese edilebilir nitelikte bina ve eklentilerine, tertip ve düzene ve cihaz ve aletlere sahip olmalıdır.

12- Sağlıktan sorumlu bakanlığın rolü, hapsedilme sürecinde milli mevzuata uygun olarak, sağlık servisinin organizasyonu ile tıbbî bakımın ve hijyen kalitesinin güçlendirilmesine katkıda bulunmaktır. Cezaevlerinde; sağlıktan sorumlu bakanlık arasında veya diğer yetkili bakanlıklar arasında, ceza infaz kurumunda entegre edilmiş sağlık politikalarını uygulamak açısından işbirliğini sağlayacak açık bir sorumluluklar bölümü ve makamı kurulmalıdır.

C. Hastanın izni ve gizlilik

13- Tıbbî gizliliğe toplum genel anlayışında olduğu gibi saygı gösterilmeli ve garanti edilmelidir.

14- Eğer mahkumlar içerisinde buldukları durumun önemini kavrayamayacak nitelikte bir hastalığa duçar olmamış iseler, kanunla belirlenen haller dışında, vücudundan herhangi bir parça alınması veya vücudunda herhangi bir fiziki uygulamanın icrası söz konusu olduğunda her zaman doktora verilmiş muvafakati aranacaktır. Her tıbbî müdahalenin sebebi açıkça mahkuma izah edilecek ve anlaması sağlanacaktır. Her türlü ilacın belirtileri ve daha önceden tecrübe edinmiş bulunan muhtemel yan etkileri mahkuma izah edilecektir.

15- Tedavinin ve yemek yemenin reddedilmesi gibi, güvenlik gereklerinin ve tıbbî görevlerin çakıştığı durumlarda olduğu gibi akıl hastalığı durumunda da mahkemenin izni alınmalıdır.

16- Muvafakat verme hakkının her türlü kısıtlaması yasaya dayanmalı ve toplumun geneline uygulanan ilkeler ışığında icra edilmelidir.

17-Tutuklu yargılananlar ücretini ödemek kaydıyla kendi doktorlarına başvurmak veya dışardan başka bir doktora başvurmak hakkına sahiptirler. Mahkumlar ikinci bir tıbbî görüş arayabilirler ve ceza infaz kurumu doktoru bu öneriyi sempatiyle nazarı dikkate almalıdır, ancak bu talebin yararlı olup olmayacağı konusunda karar vermek doktorun nihai sorumluluğundadır.

18-Diğer kurumlara yapılacak bütün mahkum transferlerinde, doldurulmuş tıbbî kayıtlarda transfer edilmelidir. Tıbbî kayıtlar gizliliği sağlanmış koşullar altında transfer edilecek ve tıbbî kayıtların da transfer edildiği bildirilecektir. Mahkumlar ulusal yasal düzenlemelere aykırı olmamak koşuluyla eşyalarını da transfer etme hakkına sahiptirler. Ceza infaz kurumundan tahliye edilmiş bütün mahkumlara, aile hekimlerinin yararlanmasından ceza infaz kurumunda ki sağlık durumuyla ilgili yazılı olarak verilmelidir.

D. Meslekî Bağımsızlık

19-Ceza infaz kurumu doktoru her bireysel tutuklu veya hükümlüye toplumda hastalara sunulan sağlık standartlarının aynısını sunmak zorundadır. Mahpusların sağlık ihtiyaçları her zaman doktor tarafından öncelikle göz önüne alınacaktır.

20-Tutuklu kişinin sağlığına ilişkin klinik kararlar ve diğer değerlendirmeler sadece tıbbî kriterlerle icra edilmelidir. Sağlık bakım personeli yetkileri ve meslekî ehliyeti dahilinde tam bağımsız bir şekilde çalışmalıdır.

21-Hemşireler ve diğer sağlık bakım personeli görevlerini deontolojik kurallarla ve kanunla yetkili kılındığı haller dışında, tıbbî tedavi personelinin görevlerine katılmayacak olan doktorun direkt sorumluluğu altında yerine getirmelidirler. Tıp ve hemşire servisinin kalitesi ehliyetli bir sağlık otoritesince değerlendirilmelidir.

22-Tıp personelinin ücretlendirilmesi halk sağlığının diğer sektörlerinden daha düşük olmamalıdır.

III. Ceza infaz kurumu Ortamı İçerisinde Ceza infaz kurumu Doktoru İle Diğer Sağlık Bakım Personelinin Özel Rolü

A. Genel ihtiyaçlar

23- Ceza infaz kurumu doktorunun rolü öncelikle uygun tıbbî bakım sunmak ve bütün mahkumlara tıbben kimler için sorumlu olduğunu açıklamalıdır.

24-Sağlık bakım personeli, ceza infaz kurumu idaresine; mahkumların beslemesiyle ilgili veya yaşamak zorunda buldukları çevre konusunda hijyen ve sağlık koruma tedbirleri bakımından tavsiyelerde bulunmalıdır.

25-Sağlık bakım personeli ceza infaz kurumu idaresine ve ceza infaz kurumu personeline sağlık bilgileri ve gerekiyorsa uygun sağlık eğitimi verme imkanına sahip olabilmelidir.

B. Sağlık için bilgi, önleme ve eğitim

26-Ceza infaz kurumuna kabul sırasında, kuruma giren her kişi kurum iç yönetmeliği ile hakları ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirileceği gibi, nereden ve nasıl yardım ve tavsiye alabileceğini düzenleyen kurallar konusunda da bilgilendirilmelidir. Bu bilgiler her tutuklu ve hükümlüce anlaşılabilir, okuma yazma bilmeyenlere özel açıklamalar yapılmalıdır.

27-Bütün kurumlarda bir sağlık eğitim programı geliştirilmelidir. Gerek tutuklu ve hükümlüler gerekse ceza infaz kurumu idarecileri ceza infaz kurumunda ki tutuklu ve hükümlülerin tıbbî bakımına yönelik olarak, temel bir sağlık tanıtım bilgisi paketi ile bilgilendirilmelidirler.

28-Pakette, HIV enfeksiyonu veya tüberküloz, cinsel yoldan bulaşan hastalıklar, hepatitin muhtemel sonuçları ve bulaşıcı hastalıklar için, isim açıklanmaksızın gönüllü olarak deneme yapılmasının sağladığı avantajlar üzerinde önemle durulacaktır. Bu teste tabi tutulanlar sonuçta bir yarar sağlamalıdır.

29-Sağlık eğitim programı; sağlıklı yaşam tarzı geliştirmeyi ve tutuklu ve hükümlülerin kendi sağlıkları ile ailelerinin sağlığı için uygun kararlar almalarını sağlamayı, vücut bütünlüğünün korunmasını ve muhafazasını, bağımlı olma ve tekrar suç işleme risklerinin azaltılmasını amaçlamalıdır. Bu yaklaşım tutuklu ve hükümlülerin, sağlık risklerini en aza indirme stratejisini ve davranışını uygun bir tarzda öğrendikleri sağlık programlarına katılmaları konusunda motive edecektir.

C. Ceza infaz kurumunda patolojik ve önleyici tıbbî bakımın özel şekilleri

30-Tutuklu ve hükümlülerin ceza infaz kurumuna kabulleri sırasında tıbben gözlenen kişilerde görülecek herhangi bir şiddet belirtisi, kişinin konuya ilişkin açıklamaları ve doktorun nihai kararıyla birlikte doktor tarafından ayrıntılı olarak kayıt edilecektir. Ayrıca bu bilgi mahkumun izniyle ceza infaz kurumu idaresi tarafından da elde edilebilmelidir.

31-Tutukluluk esnasında, diğer tutuklu ve hükümlülere karşı vuku bulabilecek herhangi bir şiddet hareketi hakkında bilgi sahibi olunması durumunda derhal yetkili otoritelere haber verilecektir. Kural olarak, bu

tür bir davranış sadece ilgili tutuklu veya hükümlünün izniyle mümkün olacaktır.

32-Bazı istisnai durumlarda ve meslekî ahlak kurallarının kesin olarak uygun gördüğü hallerde mahkumun vereceği iznin esas alınması gerekmeyip, öncelikle doktor, gerek hasta gerekse ceza infaz kurumu toplumu için gerçek bir tehlike arz eden vakaları ceza infaz kurumu yetkililerine rapor etme konusunda sorumluluk yüklendiğini düşündüğü hallerde bu bildirim yapacaktır. Sağlık hizmetleri servisi; verilerin korunması konusundaki ulusal düzenlemelere uygun olarak, gözlemediği zararlı vakalarla ilgili varsa uygun periyodik istatistikî verileri ceza infaz kurumu idaresine ve ilgili bakanlığa iletebilmek amacıyla toplamalıdır.

33-Gözetim personeline ceza infaz kurumunda tespit ettiği fiziksel ve ruhsal sağlık problemlerini rapor edebilmelerini kolaylaştırmak amacıyla uygun sağlık eğitimi verilmelidir.

E. Ceza infaz kurumu tıbbî bakım personelinin meslekî eğitimi

34-Ceza infaz kurumu doktorları genel tıp ve psikolojik rahatsızlıklar konusunda iyi eğitilmiş ve tecrübeli olmalıdırlar. Doktorların eğitimi; temel teorik bilgilerinin kazanımını, ceza infaz kurumu ortamını ve bu ortamın tıbbî uygulamalar üzerindeki etkilerini anlamayı, maharetlerinin değerlendirilmesini ve kıdemli bir meslektaşın gözetimi altında staj yapmalarını kapsayacaktır. Doktorlar ayrıca düzenli olarak hizmet içi eğitiminden de geçirilmelidir.

35-Uygun eğitim, diğer sağlık personeline de verilecek ve bu eğitim cezaevlerinin ve cezaevleriyle ilgili düzenlemelerin fonksiyonel hale getirilmesini de kapsayacaktır.

III. Belirli Mutat Problemlerin Yönetimine İlişkin Olarak Ceza infaz kurumu Tıbbî Bakım Organizasyonu

A. Bulaşıcı hastalıklar, özellikle HIV Enfeksiyonu ve AİDS, Tüberküloz, Hepatit.

36-Seks yoluyla bulaşan enfeksiyonları önlemek bakımından ceza infaz kurumunda uygun koruyucu önlemler alınmalıdır.

37-HIV testi, kimlik gizli tutularak ve mevcut yasal düzenlemelere uygun olarak sadece mahkumun izniyle yapılabilecektir. Testten önce ve sonra gerekli izahatlar yapılmalıdır.

38-Bir enfeksiyon nedeniyle mahkumun tecrit edilmesi sadece, ceza infaz kurumu ortamı dışında da aynı tıbbî nedenlerle bu tecrit işleminin yapıldığı hallerde haklı görülebilecektir.

39-40'ncü madde hükümlerine konu edilen HIV enfeksiyonu yönünden pozitif kişiler, ayırmacılığın hiçbir şekline tabi tutulmayacaktır.

40-AİDS ile ilgili hastalığa yakalananlar toplu olarak tecrit edilmeye gerek kalmaksızın ceza infaz kurumu sağlık ünitesinde tedavi edilecektir. Hastalardan herhangi bir bulaşıcı hastalık kapması muhtemel olan diğer hastalar, sadece kendi selametleri bakımından başka bir hastalığa karşı, özellikle savunma sistemini ciddi olarak zayıflatan bir hastalığa yakalanmamaları için gerekli görülüyor ise tecrit edileceklerdir.

41-Eğer tüberküloz rastlanırsa, bu enfeksiyonun yayılmasını ve bulaşmasını engellemek için gerekli olan bütün tedbirler uygulanacaktır. Tedavi edici müdahale ceza infaz kurumu dışındaki standartlarla aynı olmalıdır.

42-Hepatit B hastalığının yayılmasını engelleyen tek etkili yöntemin aşı olması nedeniyle, mahkumlar ve personel aşılanmalıdır. Hepatit B ve C'nin çoğu kez damardan kullanılan uyuşturucu ile sperm ve kan yoluyla bulaştığı gerçeği karşısında, mahkumlara ve personele bu konuda bilgi ve önleme imkanları sunulmalıdır.

B. Uyuşturucu bağımlılığı

Eczanenin alkol ve ilaç yönetimi, ilaçların dağıtımı

43-Özellikle, uyuşturucu kullanımı ve kanun dışı trafiği ile mücadele işbirliği grubunun (Pompidu Grubu) tarafından tavsiye edilen uyuşturucu bağımlılığı için sunulacak hizmetler göz önüne alındığında, alkol ve uyuşturucu ile ilgili problemleri olan mahkumların bakımlarının daha da geliştirilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle topluma da görev veren sürekli terapiye devam edebilmek için, dış danışma servisleriyle işbirliği geliştirilmesi ve ceza infaz kurumu personeliyle sağlık personeline yeterli eğitim verilmesi gerekmektedir.

44-Ceza infaz kurumu doktorları alkol, ilaç ve uyuşturucu ile ilgili problemleri olan mahkumların bakımlarının daha da geliştirilmesi için, mahkumları sosyal ve psikoterapik yardımın avantajları konusunda teşvik etmelidir.

45-Ceza infaz kurumunda uyuşturucu, alkol veya hap kullanımından vazgeçirmeye yönelik tedavi çalışmaları toplumda uygulandığı şekilde yürütülmelidir.

46-Eğer tutuklu veya hükümlü iyileşme göstermekte ise doktor onları hem ceza infaz kurumunda hem tahliye sonrasında teşvik edecek ve yeniden bu kötü alışkanlığa başlamamaları için gerekli olan adımları atacaktır.

47-Tutuklu kişiler, cezanın infazı sürecinde ve tahliye sonrası koruma sürecinde kendilerine gerekli desteği sağlayacak olan iç veya

dış uzman danışmanlara başvurabilmelidirler. Bahse konu danışmanlar gözetim personelinin hizmet içi eğitimine de katkı sağlayabilmelidirler.

48- Tutuklu ve hükümlüler kendileri için yazılmış olan ilaçları uygun olan her yerde beraberinde taşıyabilmelidirler. Ancak, doz aşıldığında tehlikeli hale gelebilen ilaçlara el konulacak ve kendilerine bireysel dozlar halinde verilecektir.

49- Doktor, yetkili eczacı danışman ile istişare ederek, sağlık servisinde genellikle yazılan ilaçların gerektiği gibi anlaşılır bir listesini hazırlayacaktır. Bir ilaç reçetesi özel bir meslekî sorumluluğu da ihtiva etmeli ve ilaçlar sadece yeterli kişilerce dağıtılmalıdır.

C. Sürekli hapse uygun olmayan kişiler

Ciddi fiziksel sakatlık; yaşlılık, kısa sürede ölüm teşhisi

50- Ciddi fiziki rahatsızlıkları olan kişilerle, yaşlı olanlar mümkün olduğu kadar günlük yaşamlarını idame ettirebilecekleri şekilde barındırılmalıdırlar ve ceza infaz kurumu mevcudundan tecrit edilmemelidirler. Sakat hastaların ve tekerlekli sandalyelerin geçmesine yardımcı olmak amacıyla dış dünyadaki ne benzer yapısal değişiklikler gerçekleştirilmelidir.

51- Kısa sürede ölüm tespitine konu edilen tutuklu ve hükümlüler dışarıdaki hastane ünitelerine transfer edilecek ve bu husus tıbbî bir temele dayanacaktır. Bu tür bir transferi beklemekte olan hastalar, ceza infaz kurumu sağlık bölüm ünitesinde buldukları süre içerisinde hastalıklarının bu son safhalarında en uygun hemşirelik bakımından yararlandırılacaktır. Böyle durumlarda hastanın dışarıda bir misafirhanede veya özellikle rahipler tarafından yönetilen bir hastanede periyodik olarak gerekli bakıma alınabilmesini sağlayacak düzenleme yapılacak, tıbbî nedenlerle af edilme veya erken tahliye edilebilme imkanları gözden geçirilecektir.

D. Psikiyatrik belirtiler

Akıl hastalığı ve başlıca kişilik bozuklukları intihar riski:

52- Ceza infaz kurumu idaresi ile ruh sağlığından sorumlu bakanlık, tutuklu ve hükümlülere psikiyatrik hizmetler organize edilmesi konusunda işbirliğine gireceklerdir.

53- Cezaevleriyle ilişkili ruh sağlığı servisi ve sosyal servis; tutuklu ve hükümlülere yardım ve tavsiyelerde bulunmalı ve onların mücadele ve adaptasyon hünerlerini kuvvetlendirmelidir. Bu servisler faaliyetlerinde işbirliği kuracaklar ve kendilerine düşen görevleri göz önünde tutacaklardır. Yine özel ceza infaz kurumu koşulları çerçevesinde bu servislerin meslekî bağımsızlıkları sağlanacaktır.

54- Cinsel suçlardan mahkum olanlar psikiyatrik ve psikolojik incelemelerden geçirilerek, hapisane sürecinde ve sonrasında kendilerine uygun iyileştirme yöntemleri sunulacaktır.

55-Ciddi akıl hastalığı bulunan tutuklu ve hükümlüler uygun eğitimli personele ve gerekli cihaz ve aletlere sahip hastane tesislerinde bakım ve muhafaza altına alınmalıdır.

56-Akıl hastalarının birbirine yakın hapsedilmeleri gereken durumlarda, bu sayı en aza indirilmeli ve mümkün olan sıklıkta her birine ayrı ayrı, sürekli hemşirelik hizmeti verilmelidir.

57-İstisnai koşullar altında, sakinleştirme ilacının etkisini göstermesine başlamasına kadar geçecek olan kısa süre için hastaya fiziki kısıtlama da uygulanabilecektir.

58-İntihar riski sürekli olarak gözetim personeli ve sağlık personelinde değerlendirilecektir.

59-Tahliye edilmiş mahkumlar için sürekli iyileştirme çalışmaları dış uzman servislerce sağlanmalıdır.

E. Tedavinin

Reddi

Açlık grevi

60- Tedavinin reddedilmesi durumunda, doktor bir tanığın mevcudiyetinde hastadan bu konuda bir yazılı belge imzalamasını isteyecektir.. Doktor hastayı ilaçların muhtemel faydaları ile mümkün olan şifa verici alternatifleri hakkında tam bilgilendirecek, tedaviyi reddetmesiyle birlikte oluşacak riskler konusunda onu ikaz edecektir. Hastanın da içerisinde bulunduğu durumu tamamen anladığından emin olunacaktır.Eğer mahkumun kullandığı dilden dolayı, anlaşma güçlükleri varsa uzman bir çevirmenin hizmetine başvurulmalıdır.

61-Açlık grevinde olan kişinin herhangi bir psikiyatri servisine transfer edilmesini gerektirir ciddi mahiyette bir akli dengesizliği olmadığı sürece, klinik değerlendirmeleri kendisinin sözlü izniyle yerine getirilmelidir.

62-Açlık grevindekiler, yapmakta oldukları hareketin kendi fiziki durumları üzerinde yol açacağı zararlı etkiler konusunda tarafsız bir anlatımla bilgilendirilmeli, bu suretle sürdürdükleri açlık grevinin tehlikelerini anlamalıdır.

63-Eğer doktora göre açlık grevcinin durumunda gözle görülür bir kötüleşme meydana geliyorsa esas itibariyle bu durumu ilgili makama rapor edecek ve bu konudaki ulusal düzenlemeye göre hareket edecektir. (Meslekî standartlar da dahil.)

F. Ceza infaz kurumunda Şiddet

Disiplin prosedürü ve cezalar, disiplin cezası ve fiziki kısıtlama, Yüksek güvenlik rejimi:

64-Herhangi bir nedenle diğer mahkumlar tarafından cinsel saldırıya maruz kalma da dahil olmak üzere şiddet hareketinden korkan veya yakın geçmişte diğer mahkumlar tarafından saldırıya

uğramış veya yaralanmış olan tutuklu ve hükümlüler gözetim personelinden tam koruma isteme imkanına sahip olmalıdırlar.

65-Doktor, ceza infaz kurumunda düzen ve disiplini sağlamak ile sorumlu ceza infaz kurumu personelinin kuvvet kullanımına ilişkin karar almasında ve uygulanmasının uygun görülmesinde herhangi bir rol almamalıdır.

66-Disiplin cezası nedeniyle hapsedilmenin, herhangi başka bir disiplin cezası veya güvenlik tedbiri uygulamasının, mahkumun fiziksel veya ruhsal sağlık durumu üzerinde aksi tesir yapması ihtimaline karşı, mahkum veya ceza infaz kurumu idaresinin talebi üzerine bakım personeli ilaç ve tedavi yardımı sağlamalıdır.

G. Sağlık Bakımı Özel Programları **Sosyoterapik programlar,** **Aile bağları ve dış dünya ile ilişkiler, Anne ve çocuk:**

67-Sosyoterapik programlar toplumsal hatlarıyla organize edilecek ve dikkatlice izlenecektir. Doktorlar mahkumların bu tür programlardan yararlanabilmeleri ve bu suretle onların tahliye sonrasında yeniden suç işleme risklerinin azaltılmasına yardımcı olacak sosyal becerileri kazanabilmeleri amacıyla, ilgili bütün servislerle yapıcı bir işbirliği kurma arzusunda olmalıdır.

68-Dikkatler ziyaret esnasında tutuklu ve hükümlülerin seksüel partnerleriyle kimsenin göremeyeceği şekilde birlikte olabilme imkanları üzerinde yoğunlaşmalıdır.

69-Psikolojik ve duygusal bağlarını sürdürmek ve iyi sağlık durumlarını muhafaza ettirmek için ihtiyaç duydukları dikkat ve bakımın anne tarafından sağlanabilmesi amacıyla, çok küçük çocukların annelerinin yanında kalmalarına imkan tanınmalıdır.

70-Çocuklu kadınlar için özel tesisler sağlanmalıdır. (Kreşler, gündüz bakımevleri.)

71-Doktorlar, belirlenen yaşta çocuğun anasından ayrılmasına ilişkin idarî kararlarda yer almalıdır.

H. Üst Aramaları

Tıbbî raporlar, Tıbbî araştırmalar:

72-Üst aramaları idarî makamların bir sorunudur ve ceza infaz kurumudoktorları bu tür prosedürlere katılmayacaklardır. Ancak, doktorun katılımını gerekli kılan amaçsal bir tıbbî nedenin varlığı durumunda, tutuklu veya hükümlülerin tıbbî incelemeye tabi tutulması işlemi doktor tarafından yürütülmelidir.

73- Ceza infaz kurumu doktoru mahkemece emredilmesiyle veya tutuldu veya hükümlünün talep etmesiyle, onun hakkında, iddia ve savunma için herhangi bir psikiyatrik veya tıbbî rapor hazırlamayacaktır. Yargılanmakta olan tutukluların yargılanma prosedürlerinde bir tıbbî uzman olarak görev almaktan kaçınacaklardır. Numuneleri sadece teşhise ait testler için ve ancak tıbbî nedenlerle toplayacak ve analiz edeceklerdir.

74- Cezaevlerinde tıbbî araştırmalar; R (87) 3 sayılı Avrupa Ceza infaz kurumu Kuralları Hakkındaki Tavsiye Kararına, R (90) 3 sayılı İnsan Üzerinde Tıbbî Araştırmalar Hakkındaki Tavsiye Kararına ve R (93) 6 sayılı AİDS ve Buna İlgili Sağlık Problemleri de Dahil Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolününün Cezaevi ve Kriminolojik Yönleri Hakkındaki Tavsiye Kararına uygun olarak yürütülmelidir.