

HAPİSHANELERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Zeynep Sedef VAROL*

Öz: Birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı için en temel ve etkili sağlık hizmetleridir. Hapishanelerde ise mahpusların sağlık hizmeti ihtiyacı duyduklarında ilk ve tek başvuru yeri çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetleridir. Mahpuslar genel toplumdan daha fazla sağlık sorununa sahiptir. Genel topluma sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanında hapishanelerdeki sağlık hizmetlerinin özellikli bir topluma ve şartlara göre farklılık gösteren yanları vardır. Dolayısıyla hapishanelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütüncül ve multidisipliner bir şekilde yürütülmesi için uluslararası standartlar oluşturulmuştur. Bu makalede bu standartlar çerçevesinde dünya ve Türkiye’de hapishanelerde birinci basamak sağlık hizmetleri değerlendirilecektir.

Anahtar sözcükler: birinci basamak sağlık hizmeti, hapishane, mahpus sağlığı

Primary Health Services in Prisons

Abstract: The most fundamental and efficient healthcare services for public health are primary care services. In prisons, primary health care services are frequently the first and only point of contact for inmates who require medical attention. Health issues are more prevalent among prisoners than the general public. In addition to the basic medical treatment provided to the general public, prison health services include elements that vary depending on the society and conditions. In order to deliver primary health care services in prisons in a comprehensive and multidisciplinary manner, international guidelines have been established. In this essay, the provision of primary healthcare in Turkish and international prisons will be assessed against these benchmarks.

Key words: primary health care, prison, inmate health

1. Giriş

Hapishaneler kamusal hayatın dışında, kapalı tutulan tutuklu ve hükümlülerin olduğu yerlerdir. Birleşmiş Milletler (BM) Mahpusların Tedavisine İlişkin Temel İlkeleri’nde mahpuslara ulaşılabilir en yüksek standartta sağlık hizmeti alma hakkının nasıl sunulacağı şöyle belirtilmektedir: “Mahkumlar, yasal durumları nedeniyle ayrımcılığa uğramadan ülkede mevcut sağlık hizmetlerine erişebilmelidir” (BM, 1990). Ancak kapatılmanın kendisinin sağlık açısından yarattığı risk, hapishanelerin koşulları ile birleştiğinde sağlık hakkına ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda yaşanan sorunlar ikincil bir ceza; işkence ve kötü muamele haline gelebilmektedir. Hapishanelerde özgürlüklerinden mahrum insanların sağlıklarını koruma ve bir tedavi gerektiğinde bunu sağlama; hapishane koşullarının ikincil bir ceza sistemi yaratmaması sorumluluğu devletindir. Sağlık personeli, işkence ve diğer zalimane, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muameleyle karşı mahpusları korumalı; mahpuslara uygulanan sağlık hizmetlerinin hapishane dışındaki topluma tanınan haklarla aynı kalite ve standartta tıbbi bakım ve tedavi hizmeti sunmalıdır. Ancak hapishanelerin fiziksel ve

yasal yapısı; farklı demografik özelliklere sahip, farklı ceza türlerini alan ve farklı süreler kalan toplumsal yapısı; hapishanelerde yaşanan hak ihlalleriyle biraraya geldiğinde mahpuslar için sağlıksız koşulları ve riskleri beraberinde getirmekte ve özel tıbbi ihtiyaçlara neden olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) “Hapishaneler ve Sağlık” raporuna göre bulaşıcı hastalıklar hapishanelerde hızla yayılır. Hapishane nüfusunda HIV, tüberküloz, hepatit gibi hastalıkların yayılma ve görülme oranı toplumun geneline göre yüksektir. Madde bağımlılığı, psikolojik sorunlar ve hipertansiyon, diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar daha yaygın durumdadır. Kalabalık, havalandırma sorunu, hijyenik olmayan ortamlar, temiz su ve yeterli besine sınırlı erişim, ısınma sorunları, izolasyon, sağlık hizmetine erişim pek çok hapishane için ortak sorunlardır (DSÖ, 2014). Mahpusların sağlık ihtiyaçları toplumdan daha yüksek olduğu gibi hapishanelerde yaşanan sağlık sorunları, orada bulunan herkes, kişilerin yakınları ve tahliye sonrası toplum sağlığı için de risktir. Hapishanedeki toplum yasal

*Uzm Dr. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-6724-1488)

Geliş Tarihi / Received : 19.09.2022

Kabul Tarihi / Accepted : 09.11.2022

durumlarından dolayı ayırım yapılmaksızın, toplum sağlığının bir parçası olarak değerlendirilmeli, sağlık çalışanlarının bu topluma özelleşmiş, kaliteli ve eşit sağlık bakım verilebilmesi için bütüncül bir sağlık hizmeti ve multidisipliner bir ekip çalışması oluşturulmalıdır (TTB, 2019).

Bu makalede, ilk bölümde hapisanelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin nasıl olması gerektiği uluslararası protokoller çerçevesinde kapsamlıca değerlendirilecek, ikinci bölümde dünyada ve Türkiye’de hapisanelerde birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi ve sonuçları değerlendirilecektir.

2. Hapishanelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birincil ve bütüncül bakım, hapishane sağlık hizmetlerinin temelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, herhangi bir halk sağlığı sisteminde sağlık hizmetlerinin en etkili ve verimli unsurudur. Genel topluma sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanında hapishanedeki sağlık hizmetlerinin özellikli bir topluma ve şartlara göre farklılık gösteren yanları vardır. Mahpuslar özgürlüklerini, aile ve çevrenin sosyal desteğini kaybetmiş, çoğu durumda hasta olarak tıbbi bakımı seçme hakları olmayan bir gruptur. Genellikle mahpus hastalar sağlık hizmetine geç ulaştığı ve yaşadığı koşullar hastalık prognozunu kötü etkilediği için yüksek düzeyde sağlık hizmetine ihtiyaç duyarlar. Bu hastaların uzun süreler ilk başvuru yeri hapishanedeki birinci basamak sağlık kurumudur (DSÖ, 2007).

Hapishanelerin koşulları sağlıklı olma hali ile ters orantılı olduğu için sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinin organizasyonunda ‘bütüncül hapishane’ yaklaşımı benimsenmelidir. Bu yaklaşım sağlıklı ve bakımlı bir çevre; güvenlik atmosferinin sağlanması; mahpusların birbiriyle ve dışarıyla iletişim kurabilmesi; sosyal olanaklar; bilgi edinme hakkı; aile ve arkadaş ziyaretlerinin sürdürülmesi; yeterli besine ulaşabilme; yeterli ışık, havalandırma, ısıtma/soğutma, sanitasyonun sağlanması, sağlık çalışanı dışındaki personelin sağlık eğitimi gibi çok bileşenli bir mekanizmadır. Bu koşulların sağlanmadığı durumlarda sağlıklı olma hali tehlike altına girer. Bu durumda sağlık çalışanları yetkili mercilere ve mahkemelere rapor verebilirler. Bu açıdan hapishanelerde görev yapan sağlık çalışanlarına tam bir mesleki bağımsızlık sağlanmalıdır (APHA, 1998).

Hapishanelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliği birçok faktöre bağlıdır: Mevcut toplam kaynaklar; toplumdaki temel sağlık hizmetlerinin

durumu ve mahpusların toplum sağlık hizmetlerine ve kaynaklara erişimi; toplumda ruh sağlığı hizmetlerinin, özellikle adli psikiyatri ve bağımlılık tedavisinin geliştirilmesi; cezaevinde görev yapan sağlık çalışanlarının nitelikleri ve deneyimleri vb. Hapishanelerde sunulan sağlık bakımının kalitesini etkileyen faktörler ise şunları içerir: Nüfusun büyüklüğü; kalış süresi de dahil olmak üzere kurumun nüfus dinamikleri; yönetimin sağlık hizmetleriyle ilgili sorumluluklarını yerine getirme düzeyi; doktorların ve sağlık çalışanlarının hapishane yönetiminden profesyonel bağımsızlığı; cinsiyet; LGBT+, genç ve yaşlılar, çeşitli engelliler ve anadili farklı olan kişiler dahil olmak üzere özel sağlık ihtiyaçlarının düzeyi (UNODC, 2009; DSÖ, 2014).

Bütüncül hapishane yaklaşımı mahpusun hapishaneye girdiği andan başlar. İlk muayene ile sağlık durumu kayıt altına alınan mahpus sağlıklı ya da hasta olsa da sürekli izlenmelidir. Dezavantajlı ya da riskli gruplarda yer alan mahpuslar için özellikli izlemler yapılmalıdır.

2.1. İlk muayene

Her mahpus, kabulünden sonra mümkün olan en kısa sürede ve diğer kişiler arasına yerleştirilmeden önce, özellikle bedensel veya zihinsel bir hastalığın bulunması durumunda gerekli tüm acil ve uzun erimli tedbirlerin alınması amacıyla eğitimli sağlık çalışanı tarafından mutlaka kişinin onamı alındıktan sonra muayene edilmelidir. İlk değerlendirmede mahpusun başlıca sağlık sorunları; hastanın kendisi için bir tehlike olup olmadığı, madde kullanımı ve intihar riski; başkaları için bir risk veya tehlike arz edip etmediği, bulaşıcı hastalık açısından kontrolü; mevcut hastalıkları ve kullandığı ilaçlar sorgulanır. Bir mahpusun kuruma kabulü üzerine muayenesi sırasında, işkence veya diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezaya ilişkin herhangi bir belirtinin farkına varılması halinde, sağlık çalışanları kanıtları belgelendirmeli ve durumu yetkili tıbbi, idari ya da adli makama bildirmelidir (APHA, 1998).

Muayene edilen kişi kadın ise ek sağlık gereksinimi olacağından menstrüel siklus ve son menstruasyon tarihi; gebelik durumu; mevcut kullanılan kontraseptif ilaç ya da alet; pelvik enflamatuvar hastalık hikayesi, anormal vajinal akıntı, memede kitle gibi jinekolojik kayıtlar da tutulmalıdır. Hapishanelere ilk girişte opiyat kullanımı olan kadınlarda genel amenore dolayısıyla gebelik durumunun farkında olmama, opiyat kullanımının kesilmesi nedeniyle mevcut gebeliğin düşük ile sonuçlanması gibi tıbbi durumlar değerlendirilmelidir (DSÖ, 2014).

Giriş muayenesi ve planlamalar mahpusun tıbbi kayıtlarına sürekli işlenmelidir. İlk muayene tutuklu ve hükümlülerin tıbbi açıdan cezaevinde kalmasını da değerlendirmeyi sağlar. Bunun yanı sıra kişinin uygun barınma koşullarının oluşturulması, tıbbi takip sıklığının belirlenmesi, kapsamlı sağlık bakımının planlanması ve sunulması için verilerin toplanması, epidemiyolojik profilin oluşturulması sağlanır (DSÖ, 2007).

2.2. Poliklinik hizmetleri, sağlık taramaları ve izlemler

Her hapisane idare destekli tıbbi, hemşirelik, dişçilik, psikolojik hizmetlere ve eczane hizmetlerine; günün her saati sağlık hizmet sunumu verecek alt yapıya sahip olmalıdır. Hapishanede yaşayan toplumun birçoğu dezavantajlı ve yoksul topluluklardan gelir ve sağlıkları genel topluma göre kötüdür.

Bu yüzden poliklinik hizmetleri sadece şikayeti olanların değil periyodik olarak tüm mahpusların sağlık durumunu değerlendirecek bir yaklaşımla verilmeli; sağlıklı kişilerde -özellikle uzun mahkumiyet sürelerinde- zaman içinde gelişebilecek hastalık tablolarının erken tanısı ve önlenmesi öncelik olmalıdır.

Bakımın sürekliliği sağlık hizmetinin önemli bir unsurudur. Ancak hapisane ortamı sağlık çalışanları açısından hastaların tıbbi ihtiyaçlarının olağan bir iletişimle sürdürülemediği bir ortamdır. Bunun için resmi açıdan tanımlanmış aktif iletişim kanalları ile hizmete erişim olabildiğince doğrudan olmalıdır. Hapishane yönetimi sağlık hizmetine erişim sürecinde diğer personelin etkisini azaltmalı; sağlık çalışanı ile mahpusların erişimini kolaylaştırmalıdır (DSÖ, 2007; DSÖ, 2014).

Sağlık çalışanları, hücre hapsi gibi disiplin yaptırımlarının veya diğer kısıtlayıcı tedbirlerin uygulanmasında kesinlikle rol almamalı, tecrit edilen mahpusun sağlık durumunu özellikle izlemelidir. Buna, günlük olarak ziyarette bulunmak ve mahpusların veya hapisane görevlilerinin isteği halinde derhal tıbbi yardım ve tedavi sağlanması dahildir. Tecridin mahpus üzerindeki olumsuz fiziksel veya psikolojik etkileri hapisane müdürüne bildirilmeli ve tıbben gerekli görülmesi halinde, yaptırımın kaldırılması ya da değiştirilmesi yönünde tavsiyede bulunulmalıdır (TİHV, 2019).

Kişilerin klinik bilgilerinin kaydedilmesi, geriye yönelik kolayca bulunabilmesi ve paylaşılması için pratik sürveyans sistemleri olmalıdır. Sağlık bakım

kayıtlarından alınan anonim verilerle sağlık durumunu raporlamak ve bu raporların hapisane müdürüne, ulusal yetkili kurumlara ve dış kuruluşlara ulaştırılması için standart yöntemler olmalıdır. Ayrıca hapisane değişimlerinde sağlık hizmetlerinin parçalanması sonucu izlem tamamen kaybolabilmekte, sıklıkla da sağlık raporlarının hapisaneler arasında aktarımı sağlanamamaktadır. Bu durum hem mahpus hem sağlık çalışanı için zaman kaybına sebep olmaktadır. Mahpuslar nakil ile başka bir yere gönderildiğinde tıbbi kayıtlarının yeni kuruma aktarılmasını sağlayacak bilgi aktarım sistemi olmalıdır (APHA, 1998; DSÖ, 2014).

2.3. Sevk sistemi

İleri düzeyde tedavi ve uzman hekim görmesi gereken hasta mahpuslar, ihtisas kurumlarına veya sivil hastanelere nakledilir. Bir kurumda hastane olanaklarının sağlandığı durumlarda, bunların teçhizatı, donanımı ve ilaç malzemeleri hasta mahpusların tıbbi bakım ve tedavisine uygun olmalı ve uygun eğitilmiş görevlilerden oluşan bir sağlık ekibi bulunmalıdır (APHA, 1998; DSÖ, 2007).

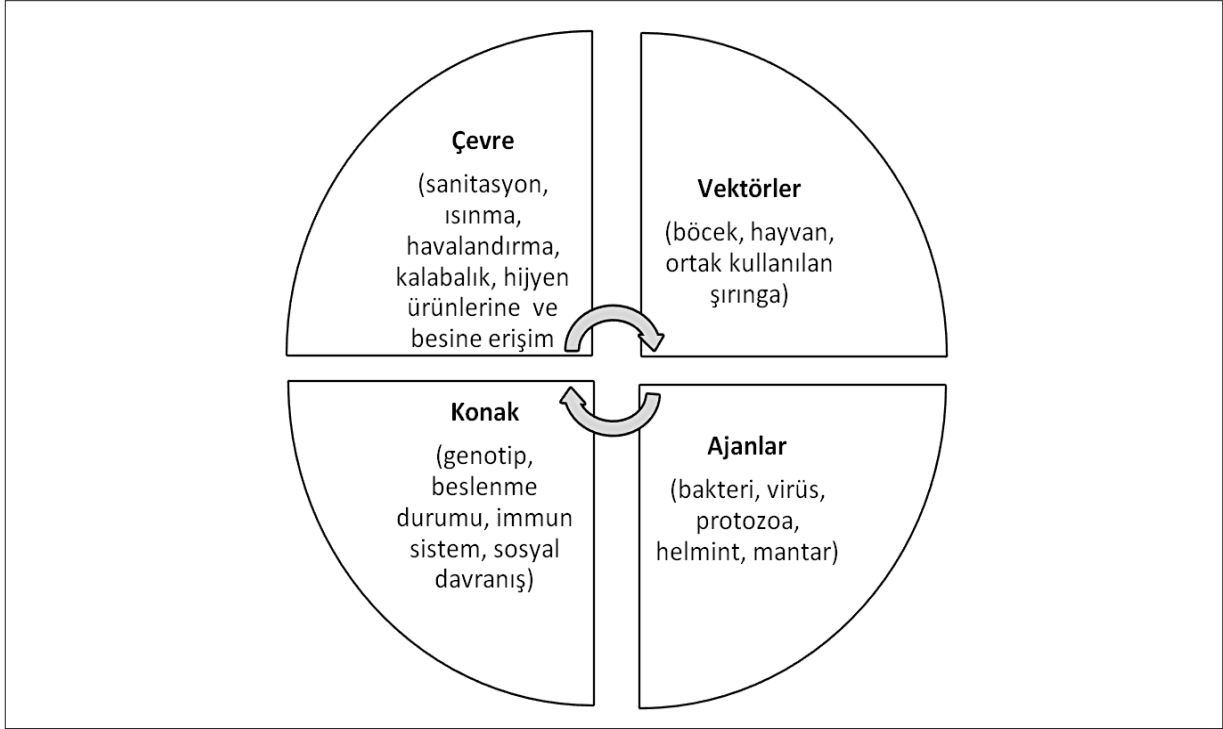
2.4. Acil durumlar

Hapishanelerde kalanlar travmalara ve diğer acil hastalıklara oldukça açıktırlar. Bu acil durumlar; kişisel ya da kişisel olmayan şiddet, kaza, mesleki olaylar ve yangın, sel, zehirlenme gibi kurumdaki olaylar sonucu oluşan ani sağlık sorunlarıdır. Hapishane idari yönetimi ve sağlık örgütlenmesi öngörebildikleri ve öngöremedikleri tüm acil olaylara karşı planlama yapmalı ve bu planlar periyodik olarak değerlendirilmelidir. Tutuklu ve hükümlülerin güvenli bir bölümde yaşamalarını sağlayacak bir sınıflama; tıbbi, psikiyatrik açıdan tutukluluk sürecinin etkin şekilde gözlemlenmesi; koruyucu önlemler ve tanımlanmış izlem hizmetleri tıbbi acilleri önlemenin en iyi yoludur (APHA, 1998; DSÖ, 2007).

2.5. Bulaşıcı hastalıklar

Mahpuslar kapalı bir alanda yaşamak zorundadır ve yaşadıkları çevre üzerinde kontrolleri olmadığı, çevrelerinin yoğunluğu ve bileşimi üzerinde hiçbir seçenekleri olmadığı için bulaşıcı hastalıklar açısından özellikle risk altındadır. Bulaşma faktörlerinin kombinasyonu – ajanlar, konaklar ve bulaşma yolları – hapishanelerde bulaşıcı hastalıkların daha kolay yayılmasına neden olur. (Şekil 1)

Enfeksiyon ajanları davranış, yaşam koşulları ve maddi koşullar nedeniyle, hapishanede yaşayanlar arasında daha yaygındır. Sigara, alkol, madde tüketimi geçmişi; sağlıksız beslenme; immun sistemin



Şekil 1. Hapishanelerde bulaşıcı hastalıklara neden olan faktörlerin etkileşimi

Kaynak: DSÖ, 2014

zayıf olması; güvensiz cinsel ilişkiler, istismar öyküsü; kalabalık ortamlarda yaşamış olma; besin ve su yoluyla bulaşıcı hastalıklara maruz kalma gibi çok çeşitli risklerin toplamı bulaşıcı hastalıklar açısından mahpusların hapis hane öncesi dönemde de hastalığı geçirme ve ajanı taşıma sıklığını artırmaktadır.

Kalabalık ve genellikle sağlığa zararlı hapis hane ortamında, bulaşıcı ajanlar çeşitli şekillerde yayılabilir:

- I.** Doğrudan; dokunma, cinsel ilişki, öksüren bir kişiden doğrudan damlacık projeksiyonu veya toprakla temas yoluyla,
- II.** Dolaylı yolla; taşıyıcı kaynaklı bulaşma, gıda, su, giysi, dövme ekipmanı veya kontamine şırıngalar yoluyla gerçekleşebilir,
- III.** Hava yoluyla bulaşma, geniş, yetersiz havalandırılan ve çok az ısıtılan odalarda oluşan aerosoller yoluyla gerçekleşebilir,
- IV.** Vektörler olan sinekler, sivrisinekler ve keneler yoluyla bulaşabilir.

Hapishanelerde ortak kullanım alanlarında çarşaf, battaniye vb ortak kullanımı sık olduğundan temas yoluyla uyuz, bit yayılması daha kolaydır. Her ne kadar dövme ve madde kullanımı yasak olsa da

ortak iğne ve şırınga kullanımı hepatit B, C ve HIV bulaşını arttırabilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan etkilenen bir hapis hane nüfusunda gonore, sifiliz, üriner sistem enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu vakalarının sayısında bir artış beklenebilir. Cilt veya mukoza zarlarının bütünlüğünü bozan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) kolayca kanayabilir, bu da kişinin bulaşıcılığını ve HIV'e karşı duyarlılığını artırır (DSÖ, 2007; DSÖ, 2014).

Birçok cezaevindeki tüberküloz oranları, genel toplumdan 10 ila 100 kat daha yüksektir. Hapishaneler genellikle aşırı kalabalıktır ve yetersiz ısıtıldığı için mahpuslar genellikle pencereleri kapatır. Bu durum tüberküloz etkeni mycobacterium tuberculosisin havada kalması için mükemmel ortamı yaratır. Odayı aktif tüberkülozlu kişilerle paylaşan kişiler enfeksiyon açısından en büyük risk altında olanlardır.

İnfluenza da tüberküloz gibi kapalı ve kalabalık ortamda hızla yayılacak bir hastalık tablosudur. Özellikle risk grubunda olan mahpuslar için ölümcül seyredebilecek bir hastalık olduğu için periyodik önlemlerin alınması gerekmektedir.

Hapishanelerde bulaşıcı hastalıkları önleme üç düzeyde organize edilebilir:

I. Bireysel düzeyde, sağlık personeli genellikle klinik müdahaleler sağlar. Antibiyotik, antiviral ilaç tedavisi, tüberkülozlu hastanın düzenli ilaç almasının sağlanması, yara yerini iyileştirme bunlara örnektir. Bu düzeyde hastalığa yol açan davranışları nedeniyle bireyleri suçlamaktan kaçınmak gerekir, çünkü bireyler genellikle koşulları tam olarak kontrol edemezler.

II. Kurumsal düzeyde, güvenli arama ve tarama yöntemleri kan yoluyla bulaşan hastalıklara maruz kalmayı önleyebilir veya kapalı alanları havalandırmak için idari düzenlemeler damlacık yoluyla bulaşan ajanların bulaşmasını azaltabilir. Hapishaneye girişte bulaşıcı hastalık açısından taramalar yapılabilir. Tüberküloz taramaları altı ayda bir yapılabilir. HIV taraması gönüllü taramayı kabul edenlere yapılabilir; rutin taramada bakılmamalıdır. İdeal olarak, gelen tüm mahpuslar hepatit B ve C açısından taramalı ve pozitif bulunursa karaciğer hasarı ve tedavi ihtiyacı değerlendirilmelidir.

Hava yoluyla bulaşan tüberküloz, influenza, kızamık-kızamıkçık-kabakulak gibi damlacık yoluyla bulaşan hastalıklarda vakalar tespit edilerek hasta ve sağlıklı bireylerin ayrı tutulması önleyici bir tedbir olarak uygulanabilir.

İnfluenza için tüm topluluğun aşılmasını öneren yaklaşımlar varsa da herkesi aşılama bütçe ayrılmayacak durumlarda riskli grupların aşılması mutlaka sağlanmalıdır. Güvenilir bir aşı öyküsü olmayan doğurgan çağıdaki kadın mahpuslara da kızamıkçıkten korunmaları için kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşısı yapılmalıdır. Ayrıca mahkumların suçiçeğine neden olan varicella zoster virüsüne karşı aşılmasını öneren yaklaşımlar da vardır. Kombineli kızamık, kabakulak, kızamıkçık ve suçiçeği zoster aşıları bu amaçla kullanılabilir. Hapishanede görülen hepatit B vakalarının çoğu çocukluk çağında aşılanmamış yaşı ileri olan yetişkinler arasında ortaya çıkmaktadır. Farklı ülkeler yetişkin mahpuslar için hızlı veya ultra hızlı aşılama programlarına (örneğin,

0, 7 ve 21. günlerde 1 yıl sonra hatırlatma dozu ile) izin vermiş, böylece düzenli bir program (0, 1 ve 6) yapıldığında eksik aşılama riskini ortadan kaldırmıştır. Bu aşılar ek olarak gelen mahpuslar, bağışıklık durumları kanıtlanmadıkça yetişkinler için kombine difteri/tetanoz aşısı kullanılarak aşılanmalıdır. Hapishanelerde uygulanması gereken aşı şeması Tablo 1'de özetlenmiştir.

III. Hapishane nüfusu düzeyinde, sağlığı geliştirici müdahaleler halk sağlığı perspektifinden organize edilir. Sağlıklı ve temiz gıdaya erişimin düzenlenmesi, su veya kapalı hava kalitesi standartlarının sağlanması ve bulaşıcı hastalıklar için toplum eğitimi gibi politikaların uygulanmasını içerebilir (**DSÖ, 2014**).

Hapishanelerde hem sağlık çalışanları hem de güvenlik personeli, kesici alet yaralanmaları (iğne batması ve diğer), mukoza ve cilt maruziyeti yoluyla kan ve diğer vücut sıvılarına maruz kalabilmektedir. Cezaevlerinde kan yoluyla bulaşan virüslerin önlenmesine yönelik sağlık çalışanı ve diğer personele koruyucu ekipman sağlanması, diğer personele sağlık eğitimi verilmesi, risk yaratacak olayların önceden tahmini ve önlemlerin alınması gibi önlemler alınmalıdır. Solunum yolu ile bulaşan ajanların neden olduğu bir salgında sağlık çalışanları ve diğer personele maske ve hijyen ürünlerinin sağlanması gerekir.

2.6. Bulaşıcı olmayan hastalıklar

Hapishane koşullarında bulaşıcı olmayan (BOH) hastalıkların -özellikle uzun süreli kalmalarda- gelişme sıklığı normal toplumdan yüksektir. Mahpuslardaki bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili bilgilerin çoğu, bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde olmasına rağmen, yüksek gelirli ülkelere gelmektedir. Hapishanelerde görülen bulaşıcı olmayan hastalıklar başlıca kardiyovasküler hastalıkları (%48), kanserleri (%21), kronik solunum yolu hastalıklarını (%12) ve diyabeti (%3.5) içerir (**DSÖ, 2014**).

Tablo 1. Hapishanelerde uygulanması gereken aşı şeması (**Kaynak: DSÖ, 2014**)

Hastalık	Bağışıklama
Mevsimsel influenza	Tüm mahpuslar/risk grupları (Ekim- Aralık)
Tetanoz/difteri	Tüm yeni gelen mahpuslar (Güvenilir aşı kaydı yoksa)
Kızamık, kızamıkçık, boğmaca	Tüm yeni gelen mahpuslar (Güvenilir aşı kaydı yoksa), özellikle doğum çağındaki kadınlar (Güvenilir aşı kaydı yoksa)
Hepatit A	İmmun bağışıklığı olmayan tüm yeni gelen mahpuslar
Hepatit B	İmmun bağışıklığı olmayan tüm yeni gelen mahpuslar
Pnömonok	65 yaş üstü ve HIV/AIDS olan mahpuslar

Bulaşıcı olmayan hastalıkların cezaevlerinde önlenmesi ve erken tedavisi büyük ölçüde ihmal edilmiştir. Bu kısmen, mahpusların genel nüfustan daha genç olma eğiliminde oldukları ve bu nedenle BOH'ların büyük olasılıkla bir sorun olmayacağına dair algı ile ilgilidir.

Mahpuslar hapisaneyeye ilk alındığında, bulaşıcı olmayan hastalıkların tespiti de dahil olmak üzere sağlık taramasından geçmelidirler. BOH'ları olduğunun farkında olan mahpuslara sağlık çalışanına durumları ve ilaçları hakkında bilgi verme fırsatı verilmelidir. İlk tarama ayrıca sağlık çalışanına; idrar tahlili veya kan tahlilleri yoluyla diyabet ve tansiyon izlemi yoluyla hipertansiyon gibi şimdiye kadar tespit edilmemiş hastalıkları teşhis etme fırsatı verir. Bu, çeşitli nedenlerle toplumdaki uygun sağlık hizmetlerine çoğu zaman ulaşamayan mahpuslar için özellikle önemlidir. Sağlıklı hapisane nüfusu ise sık görülen kronik hastalıklar açısından erken tanı ve tedavi açısından periyodik olarak takip edilmelidir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için değiştirilebilir dört temel risk faktörü sigara (hapisanede kullanım sıklığı %64-92), alkolün zararlı kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenme hapisanelerde özellikle müdahale edilebilecek alanlardır (APHA, 1998; DSÖ, 2007; DSÖ, 2014).

2.6.1. Çok yaşlı ve ağır hastalığı olan mahpuslar

Çok yaşlı, kronik hasta ya da engelli kişiler hapisane nüfusunun küçük bir bölümünü oluşturmasına rağmen; ceza verme politikalarının sertleşmesinin ve kimi ülkelerde erken tahliye mekanizmalarının azaltılmasının sonucu olarak sayısı son yıllarda giderek artan bir gruptur. Hapishanelerdeki tüm hizmetler ve fiziki koşullar genç nüfusa göre planlandığı için yaşlı ve ağır hastalığı olan gruplar için yeterli sağlık bakım hizmetlerinin ayrıca hazırlanması gerekmektedir. Bu grupların sağlık özellikleri ve gereksinimleri değerlendirilmeli, uygun barınma ve uzun süreli izlem ve bakım programları oluşturulmalı ve gerontolojik, geriyatrik, ve rehabilitasyon hizmetleri sağlanmalıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşlı mahpuslar kimi zaman özel bakım alabildikleri ayrı, korumalı birimlere yerleştirilmektedir. Başka kimi sistemlerdeyse yaşlılar genel hapisane içinde, ama bazen ayrı bölümlere yerleştirilmektedir. Her iki tercihin de sağlık hizmetlerini nasıl etkileyeceği değerlendirilmelidir. Özel birimlerde yaşlı mahpusların beslenme ve tıbbi bakım ihtiyaçlarının karşılanması daha olasıdır ancak özel birimler sayı olarak az olacağı için yaşlı mahpusların aile ve sosyal çevrelerinden izole olabilecekleri uzaklıkta bir hapisaneyeye

yerleştirilebileceği göz önünde tutulmalıdır. Genel hapisane popülasyonu ile birlikte yaşamak yaşlı mahpuslar için daha normal bir çevre sağlayabilir.

Hapishanelerdeki yaşlı nüfus genel popülasyona göre kalp ve akciğer sorunları, diyabet, yüksek tansiyon, kanser, Alzheimer, Parkinson, ülser, işitme ve görme kaybı, bellek kaybı gibi sürekli bakım ve takip gerektiren daha fazla kronik ve çoklu sağlık sorununa sahiptir. En az beş yılda bir periyodik olarak çok yaşlı, kronik hastalığı olan mahpusların sağlık özellikleri ve özel sağlık bakım gereksinimlerinin boyutunu saptamak için sistematik bir izlem yürütülmelidir (DSÖ, 2007; UNODC, 2009; DSÖ, 2014).

Çok yaşlı, kronik hasta ve ağır hasta olan kişilerin sağlık bakımları hapisane dışında toplum içerisinde daha iyi olacağından, şiddet içermeyen suçlar işlemiş yaşlı mahpuslar için ilke olarak, hapsedilme hariçi önlemler ve yaptırımlar düşünülmelidir. Örneğin Uruguay'da cinayet ve tecavüz gibi ciddi suçlardan hüküm giyenler hariç 70 yaş üzerindeki mahpusların ev hapsi almalarına imkan tanınmaktadır. Bu koşul aynı zamanda, ciddi hastalığı olan mahpuslara ve hamileliğinin son üç ayındaki ve doğum sonrası ilk üç ayındaki kadınlara uygulanmaktadır. Yine ABD'de beş eyalette George Washington Üniversitesi Hukuk Fakültesi öğrencileri, ceza hukuku sürecinde şartlı tahliye ya da başka hapisten çıkma yollarına hak kazanmaları için düşük riskli yaşlı ve geriyatrik mahpuslarla görüşmelerde ve değerlendirmelerde bulunmuş ve tahliye edilenlerin hiçbirinin yeniden suç işlemediği bildirilmiştir (UNODC, 2009).

Ölümcül hastalığı olan mahpusların ihtiyaç duydukları yoğun, çok-disiplinli ve hastalık durumunun hızla kötüleşme ihtimali nedeniyle 7/24 izlemi ve tıbbi bakımı sağlamak açısından hapishaneler yetersiz kalmaktadır. Terminal dönem hastaların bakımında sağlık otoriteleri kişilerin serbest bırakılmalarını ve topluma katılmalarını savunmalıdır. Kişinin cezai süreci sona erdirilmiyorsa hapisane bakımevlerinde ölmekte olan mahpusların tıbbi, ruhsal, sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçları karşılanmalı ve etkili ağrı yönetimi sağlanmalıdır.

2.7. Ağız-diş ve göz sağlığı

Ağız-diş sağlığı problemleri hapisane popülasyonunda genel topluma göre daha siktir. Birçok mahpus hapisaneyeye girdiğinde kötü ağız-diş sağlığından muzdariptir ve pek çoğu dişhekimliği hizmetlerine yalnızca hapisanedeyken erişmektedir. Hapishanelerde diş sağlığı hizmetleri kolay ulaşılabilir olmalıdır, bu ise en iyi kurum içinde,

örgütlenme yoluyla sağlanabilir. Hapishaneler kapsamlı bir diş sağlığı hizmeti sunmalı ve hastaların klinik ihtiyaçlarına göre uygun bir tedavi yelpazesi sağlamalı ya da olguların sevki için belirli bir sisteme sahip olmalıdır. Ağız-diş sağlığının teşviki, sağlık hizmeti sunumunun ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Hapishanelerde ağız diş sağlığı için bütüncül yaklaşım (Şekil 2) de özetlenmiştir.

Tüm tutuklu ve hükümlüler hapishane sistemine girdikten sonraki yedi gün içinde bir göz taramasından geçirilmeli ve iki yılda bir bu tarama tekrarlanmalıdır. Eğitilmiş yardımcı personel, hemşire, optometri teknisyeni ya da hekim taramayı gerçekleştirmeli; taramada bozukluk saptanan tüm tutuklu ve hükümlüleri bir göz muayenesine sevk etmelidir (DSÖ 2007; DSÖ 2014).

2.8. Mental sağlık

Araştırmalar, mahkumlar arasında ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığının genel toplumdan çok daha yüksek olduğunu göstermiştir. İşsizlik geçmişi, eğitimsiz kalma, madde kötüye kullanımı ve bağımlılık, barınma problemleri, maddi yetersizlik ve borçlar, geçmiş yaşam travması ve kötü sağlık durumu; hapishanede aşırı kalabalık içinde mahremiyet koşullarının ortadan kalkması, şiddete uğrama, güvensizlik hissi, sosyal ağların kaybı gibi çoklu nedenler hapishane toplumunda mental sağlık problemlerinin tekil bir yaklaşımla çözümlenmesini engellemek-

tedir. Bununla birlikte özgürlükten mahrum kalma başlı başına ruh sağlığı problemlerinin gelişmesi için risk faktörüdür.

Kadınlar, yaşlılar, çocuklar ve gençler, azınlık veya farklı kültürel gruplardan olanlar ve göçmenler gibi farklı mahpus gruplarının ruh sağlığı ihtiyaçlarının özgün bir şekilde ele alınması gerekebilir. Bir mahkum için, hapsedilmeden önce gördüğü tedavinin devamı ve salıverildikten sonra bakımın toplum temelli bir sağlayıcıya devredilmesi de dahil olmak üzere, bakımın sürekliliği önemlidir.

Hapishanelerde mahpusların sosyal ihtiyaçları da dahil olmak üzere tüm ihtiyaçlarını karşılayacak ve doğası gereği psikososyal yanı güçlü olan daha yoğun ve entegre hizmetler gerekmektedir. Hapishanede çalışan tüm personel ruh sağlığı problemi olanların özel ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde ruh sağlığı farkındalık eğitimine sahip olmalıdır. Ruh sağlığı iyileşmesi rutin ilaç tedavisinden ziyade sosyal iyileşme ve birçok sosyal eksikliğin üstesinden gelmesinde hastayı destekleme ve böylece mahpusların yaşam kalitelerini iyileştirme ile çok daha fazla ilgilidir. Bununla birlikte hapishanede iyileşme ve güçlenme deneyimi yaşayan kişiler, mevcut hastalara güvenilir destek sağlayabilir (UNODC, 2009; DSÖ, 2014).

2.9. İlaç ve alkol bağımlılarının tedavisi

Bağımlılık ve bağımlılıkla ilişkili yaşam yinelenen tutuklamaların bir nedenidir. İlaç bağımlılığı tedavisi



Şekil 2. Hapishanelerde ağız-diş sağlığı hizmetleri için iyi uygulamalar

Kaynak: Bose A, Jenner T. Dental health in prisons. WHO Regional Office for Europe, 2007:149

için tutuklu ve hükümlülere bilgilendirme ve tıbbi yardım sağlanmalıdır. Tutukluluğun ilk günlerinde, bağımlılıkları olan hükümlü ve tutuklular belirgin morbidite ve mortalite artışı gösterirler. Bu nedenle bağımlılıkları olanlar hapishaneye girer girmez saptanmalı, gözlem altında tutularak yoksunluk, zehirlenme ve diğer komplikasyonlar önlenmelidir. Bu kişiler özellikle ilk günlerinde devamlı ve düzenli şekilde gözlem altında tutulabilecekleri bir ortama yerleştirilmelidirler (DSÖ, 2014).

2.10. Kadın ve ana-çocuk sağlığı

Hapishanelerde kadın nüfusu (%2-9) erkekler göre oldukça az olduğu için ana çocuk sağlığı, 15-49 yaş izlemi gibi temel birinci basamak izlemleri ve temel sağlık hizmetleri göz ardı edilmektedir. Son yıllarda erkek mahpuslara göre kadın mahpusların 2-7 kat arası daha fazla arttığı; özellikle uyuşturucu suç ve dini kurallar nedeniyle ahlak suçları gibi küçük suçlar kapsamında kadınların hapishanelerde kalmaması gerekirken tutsak edildiği bildirilmektedir. Pek çoğu kefalet ve avukat ücretini ödeyemediği için erkeklerle göre tasarlanmış bir hapishane yönetimi ve organizasyonunda erkekler oranla daha fazla kalmaya mecbur bırakılmaktadırlar (DSÖ, 2014).

Tutuklu ve hükümlü kadınların çoğu doğurganlık dönemlerindedir ve pek çoğunun bakmakla yükümlü oldukları çocukları vardır. 15-49 yaş aralığındaki kadınlar, periyodik koruyucu sağlık hizmetine özgürlüklerinden mahrum oldukları sürede daha fazla ihtiyaç duyarlar. Tüm kadınlara pap smear, CYBE ajanlarının kültürü, pelvik muayene ve jinekolojik semptom tedavisine erişim olanağı sağlanmalı, bu hizmetler jinekolojik sağlık hizmetlerinde eğitilmiş nitelikli bir sağlık çalışanı tarafından verilmelidir. Yılda bir meme hastalıkları için fizik bakı ve kendi kendine meme muayenesi eğitimi önemlidir. Özellikle yüksek riski olan kadınlara rutin mamografi uygulanmalıdır. Aile planlaması, kontraseptif yöntemler konularında kadınlara bilgi verilmeli ve hizmet talebi ücretsiz olarak karşılanmalıdır. Düşükler konusunda danışmanlık yapılmalıdır (APHA, 1998; DSÖ, 2007).

Hamileler için doğum öncesi bakım izlemleri eksiksiz yapılmalı, laboratuvar kontrollerini ve konjenital anomaliler için tarama testlerini içermelidir. Kadın mahpuslarda genel nüfusa göre düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olma sıklığı ve perinatal ölüm hızı daha yüksektir. Yüksek riskli gebeler belirlenmeli; uygun diyet ve vitamin desteği verilmeli, gerektiğinde hızlıca sevk planlaması yapılmalıdır. Hamile kadınlar, hamilelikleri süresince ve doğum sırasında bel ve karın bölgesine yakın yerlerinden mekanik olarak

sınırlandırılmamalıdır. El veya ayak kelepçeleri yürümeyi ve dengeyi zorlaştıracığı için kullanılmamalıdır (APHA, 1998; UNODC, 2008; DSÖ, 2014).

Çocukların kurum dışında bir hastanede doğması için mümkün olan her yerde düzenlemeler yapılmalıdır. Bir çocuk cezaevinde doğarsa, bu durum doğum belgesine kaydedilmemelidir. Yeni doğan bebeklerin anneleriyle birlikte cezaevinde kalmalarına izin verilirse hapishane sağlık hizmetlerinden sorumlu olmalı; bebeklerin anne bakımında olmadıklarında yerleştirileceği, kalifiye kişilerce görevlendirilen bir kreş kurulmalıdır. Hapishanede ebeveyni ile kalan çocuklara mahpus olarak muamele edilemez. Çocuk muayenesi ve takibi için ulusal standartlar karşılanmalıdır (DSÖ, 2007).

Kadın mahkumların içinde yaşadıkları toplumda travmaya uğramış olma sıklığı erkekler göre daha fazla olduğundan kadınların daha fazla psikiyatrik tanı aldığı ve erkekler göre iki kat fazla yardım ve tedavi talep ettikleri bilinmektedir. Hapishanelerdeki kadınların %44'ü hayatları boyunca en az bir kez intihara kalkışmıştır (aynı yüzde erkekler için %27) ve kadınların hapishanede kendilerine zarar verme sıklığı erkekler göre 14 kat fazladır. Dolayısıyla kadınların kaldığı hapishanelerde psikiyatrik değerlendirme ve takip daha hassas olmalı; risk değerlendirmesi derinlikli olarak yapılmalı; kadınlara destek verecek alt yapı ve personelin daha fazla olması gerekmektedir (UNODC, 2008; DSÖ, 2014).

Kadın mahpuslar, erkekler tarafından, kadınların ihtiyaçlarıyla pek ilgilenmeyen, erkekler için tasarlanmış kurumlarda tutuluyor olmaları sebebiyle erkekler uygun diyet ile beslenmek zorunda kalabilmektedir. Kadın mahpusların fazla kilolu ve obez olma olasılıkları, yaş ve cinsiyete göre ayarlanmış nüfusa göre daha fazladır ve bu olasılığın erkekler göre %37-70'lik düzeyde yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Buna karşılık, erkek mahpusların genel nüfusa göre fazla kilolu veya obez olma olasılıkları daha düşüktür. Kadın mahpuslar için diyet düzenlemesinin kadın fizyolojisine uygun olarak yapılması gerekmektedir (UNODC, 2008; DSÖ, 2014).

Kadınlar, HIV, hepatit B ve/veya hepatit C ile hapishaneye girme konusunda erkekler göre daha fazla risk altındadır. Bununla birlikte kadın mahpuslar erkek mahpuslara ve genel kadın nüfusuna göre daha yüksek CYBE sıklığına sahiptir. Bulaşıcı hastalıklar açısından toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşım önemlidir (UNODC, 2008).

Cinsiyete özel müdahalelerin, cinsiyetten bağımsız müdahalelerden daha başarılı olduğu gösterilmiştir. Kadın mahpuslar, diğer insanlarla etkileşimler ve ilişkiler açısından HIV'in önlenmesine yönelik müdahalelerden ve ayrıca kadınların içinde yaşadıkları kültürel ve sosyoekonomik koşulları da ele alan müdahalelerden yararlanmaktadır. Özellikle cinsel istismara maruz kalmış kadınların daha güvenli seks uygulamalarını etkili bir şekilde müzakere etmelerini sağlayacak cinsiyete özgü sosyal ve psikolojik güçlendirme stratejileri oldukça etkilidir (**Lichtenstein ve Malow, 2010**).

Kadın mahpuslarla çalışan personele yönelik toplumsal cinsiyete duyarlı eğitim, kadın mahpusların özel hassasiyetlerini ve sağlık ihtiyaçlarını dikkate almalıdır. Bakımın sürekliliği, genellikle çok kısa cezalar alan ancak fiziksel ve zihinsel sağlık ihtiyaçları uzun vadeli olan kadınlar için özellikle önemlidir.

2.11. Özellikli gruplar

Etnik azınlıklar ve yerli halklar hapisanelerde fazla göz önünde olurlar. Örneğin, ABD'de, siyahiler tüm suçlar için beyazlardan 7.1 kez fazla hapsedilmektedirler. Kanada'da yerli halklar 2006 yılında hapisane nüfusunun %18'ini oluştururken toplam nüfus içindeki yüzdeleri %3'tür. Ülke yönetimlerinin kanunların uygulamasındaki politika ve pratikleri azınlık grupların ve yerli halkların orantısız hapsedilmelerine yol açabilmektedir. Bu grupların hapisanedeki tedavi ve bakım planlarını değerlendirirken bunu hatırlamak önemlidir. Uygulamada bazı ek hususların dikkate alınmasını gerektiren sağlık ihtiyaçlarının karşılanması da dahil olmak üzere, bu grupların üyelerine karşı muamelede ayrımcılık yapılmaması önemlidir. Bu grupların üyeleri, birçok toplumda sosyoekonomik ayrımcılığın bir sonucu olarak özel sağlık bakımı gereksinimlerine sahip olabilir. Hapsedilmeden önce

genellikle yetersiz tıbbi bakım almış olmaları muhtemeldir ve CYBE, madde kullanımına bağlı sağlık sorunları gibi bazı koşullar açısından daha yüksek risk altında olabilirler. Etnik azınlıkların ve yerli halkların ihtiyaçlarının anlaşılması; gelenekler, din ve dildeki farklılıklar konusunda farkındalık gerektirmektedir. Bu grupların bazı üyeleri hapisanede yaygın olarak konuşulan dili konuşmayabilir. Tıbbi muayene ve konsültasyonlar sırasında sözlü tercüme hizmeti verilmesi ve sağlık hizmetlerine ilişkin yazılı ve görsel bilgilerin hapisanelerde temsil edilen azınlık gruplarının dillerinde mevcut olması gereklidir. Bu grupların sağlık ekipleriyle ilişkileri, yaşadıkları veya yaşadıklarını hissettikleri ayrımcılık, maruz kalmış olabilecekleri fiziksel ve sözlü tacizler nedeniyle karmaşıklaşabilmektedir. Bu grupların ihtiyaçlarıyla ilgili konularda çalışan gönüllü kuruluşlar yardımcı olabilir (**UNODC, 2009**).

Lezbiyen, gey, biseksüel ve trans (LGBT+) mahpuslar, kapalı ortamda artan ayrımcılık ve istismar riski nedeniyle özellikle dezavantajlı bir gruptur. LGBT+ mahpusların tecavüze uğrama riski yüksek olduğundan, hapisanelerde HIV/AIDS kapma riski de yüksektir. Ameliyat geçiren trans mahpusların özel bakıma ihtiyacı olabilir. Bu mahpusların, özellikle şiddete (cinsel şiddet dahil) karşı savunmasızlıkları, mahpusların cezaevi içindeki dağılımı açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Bu esasen hapisane yönetimini ilgilendiren bir konu olsa da, sağlık ekibi LGBT+'ların ruh sağlığını ve fiziksel bütünlüğünü korumak için güvenliğinin esas olduğunu ve koruma ve desteğin önemli gereksinimler olduğunu açıkça belirtmelidir. Bununla birlikte hapisane dışından sağlık hizmetlerine yardımcı olması için LGBT+ sorunları ve uzmanlaşmış sağlık hizmetleri üzerinde çalışan toplum temelli kuruluşlarla yakın işbirliği yapılmalıdır (**UNODC, 2009**).

Tablo 2. Mahpuslar için sağlığın geliştirilmesi için önemli olan temel faktörler

Sosyal, ekonomik koşullar	Hayat tarzı	Sağlık problemleri
Kalabalık	Sigara	Madde bağımlılığı
Etnik çeşitlilik, dil ve din farklılığı	Hap vb madde kullanımı	Psikiyatrik sorunlar
Engellilik, özellikle mental engellilik	Alkol	Diş sağlığı problemleri
Yoksulluk	Diyet	Enfeksiyonlar
Hijyen ve beslenme sorunları	Cinsel hayat	Kronik hastalıklar
Kaotik, düzensiz hayat tarzı	İstismara açık ilişkiler	
Sosyal ağların zayıflığı	Kişilik bozukluğu	
İstismar geçmişi		

2.12. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi

Hapishaneler, sağlık hizmeti sağlamanın yanı sıra sağlık eğitimi, hasta eğitimi, önleme ve diğer sağlığı geliştirme müdahalelerini sağlamalıdır. Mahpuslar için sağlığın geliştirilmesi için önemli olan temel faktörler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Hapishane, sağlığın geliştirilmesinde özel güçlüklerin olduğu bir ortamdır. Bireysel düzeyde, hapishane özerkliği ortadan kaldırır ve benlik saygısını engelleyebilir veya zedeleyebilir. Sağlığın geliştirilmesine yönelik tüm hapishane veya ortam yaklaşımının geliştirilmesi, müdahalenin başarılı olma şansını artırmak için önemlidir. İnsan hakları ve dürüstlük, güvenli ortam sağlığın geliştirilmesi için önemli temellerdir. Mahpuslara kanuna saygılı, adil ve tutarlı muamele, mahpusların endişelerini giderecek ve zarardan koruyacak ortamın sağlanması, temiz ve uygun şekilde donatılmış tesisler ve hapsedilmeyi katlanabilir kılacak bir yönetim şekli ile sağlığın geliştirilmesi için uygun koşullar sağlanabilir.

Sağlığı geliştirme ve hastalıklardan koruma uygulamaları standart sağlık taramalarıyla ve sağlık eğitim programlarıyla gerçekleştirilir. Uygun beslenme, uygun egzersizler, çevre sağlığı ve sigara içmeyi ve pasif içiciliği önleyici programlar hapishanelerde sağlığın geliştirilmesiyle ilgili en sık uygulanan programlardır (DSÖ, 2014). Hapishanelerde uygun beslenme ve egzersiz programları genelde birlikte uygulanan müdahale programlarıdır. Örneğin Martin ve ark.'larının Kanada'da 2007 yılında kadın hapishanesinde egzersiz ve beslenme de dahil olmak üzere sağlıklı yaşam tarzına uyumu geliştirmek için yaptıkları müdahale çalışmasında hapishane yönetimi beslenme ve fitness pilot programı tasarlamıştır. Programın sonunda ağırlık, vücut kitle indeksi, bel-kalça ve göğüs çevresi ölçümlerinde azalma; enerji, uyku ve stres düzeylerinde iyileşme görülmüştür. Bazı kadınlar cezaevinden çıktıktan sonra toplum içinde egzersiz programlarına devam etmiştir (Martin, 2013). Yoğun sigara kullanımının olduğu hapishanelerde sigara bırakma ile ilgili sağlığı geliştirme müdahalelerinin de etkinliği gösterilmiştir. Örneğin Avustralya'da 30 erkek mahpusa uygulanan sigara bırakma müdahalesi (Sigarayı bırakma müdahalesi: iki kısa bilişsel davranışçı terapi seansı, motivasyonel görüşmeler, nikotin replasman tedavisi, bupropion) altı ay izlenmiş ve katılımcıların %23'ünün altı ay sonunda sigarayı bıraktığı bildirilmiştir (Richmond, 2006).

2.13. Hapishane sonrası hizmetler

Hapishane sağlık hizmetleri ulusal halk sağlığı hizmetleri ile eş güdümlü olmalıdır. Hapishanedeki hastaların dışarıda tedavisinin devamının sağlanması; birinci basamak sağlık hizmetleri, ruh sağlığı ve bağımlılık bakımı ve diğer sürekli bakımın güvence altına alınması; doğrudan hasta bakımı amacıyla sağlık profesyonelleri arasında, hastanın istekleri doğrultusunda ve gizliliğin sağlanmasında iyi uygulamalarla klinik bilgilerin paylaşılmasına izin verilmesi gerekmektedir.

3. Dünyada Hapishanelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları

3.1. Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri erişilebilir, sürekli, kapsayıcı ve koordinasyon içinde olmasıdır (Starfield, 1973). Mahpusların nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini sağlamanın bir yolu, hapishane tarafından yönetilen sağlık hizmetleri ile halk sağlığı arasında yakın bağlantılar sağlamaktır. Son 50 yıldır bazı ülkeler bu tür ilişkileri oluşturmaya ve güçlendirmeye başlamıştır. Bununla birlikte hapishane sağlığının, hapishanelerden sorumlu hükümet bakanlığına (adalet bakanlığı vb.) bağlı bir uzman hizmetten ziyade, ülkenin genel sağlık hizmetlerinin bir parçası olması gerektiği son yıllarda ön plana çıkan yaklaşımdır. DSÖ'ye göre iyi hapishane sağlığı, iyi halk sağlığı için şarttır. İyi halk sağlığı yaklaşımı hapishanelerin (halk sağlığı çalışmaları anlamında) toplumdaki en dezavantajlı kişilerin sağlığının iyileştirilmesi yönünde sunduğu fırsatları iyi bir şekilde değerlendirmeyi gerektirir. Mahpuslara sağlanan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi açısından bu yönde ilerlemek için güçlü argümanlar bulunmaktadır. Hapishanelerdeki sağlık politikasının ulusal sağlık politikasına entegre edilmesi ve onunla uyumlu olmasının mahpusların çıkarına olduğu kadar, özellikle hapishanelerden daha geniş topluluğa yayılabilen bulaşıcı hastalıklarla ilgili politikalar için genel olarak nüfusun sağlığının da çıkarına olduğu vurgulanmıştır. Örneğin Norveç'te, yerel sağlık yetkililerine hapishanede sağlık hizmeti sağlama sorumluluğunu verme süreci 1980'lerde tamamlanmıştır. Fransa'da, hapishane sağlığını Sağlık Bakanlığı'ndaki halk sağlığı konularına ilişkin Genel Sağlık Müdürlüğü'ne bağlayan bir mevzuat 1994 yılında çıkarılmıştır. İngiltere ve Galler'de, hapishane sağlık hizmetlerinin sorumluluğu ve hapishane sağlık bütçesi 2002 yılında Ulusal Sağlık Servisi'ne (NHS) devredilmiştir (DSÖ, 2007; DSÖ, 2014).

Hapishane sağlık hizmetlerini ulusal sağlık politikasına entegre eden yaklaşımda, ülkelerin sağlık politikalarına göre uygulama farklılıkları görülse de genel olarak benzer bir çerçeveye sahiptir. Örneğin Fransa'da 18 Ocak 1994 tarihli sağlık ve sosyal koruma yasası, mahpusları genel sağlık sisteminin bir parçası yapmaktadır. Mahpuslar için tüm sağlık hizmetleri ücretsizdir. Mahpuslar, hapishaneyle ilgili Birincil Fon Sağlık Sigortasına (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) kayıtlı olmalıdır. Bu fonun çoğu sosyal sigorta sisteminden alınmaktadır ancak son yıllarda bütçe sıkıntılarından dolayı doğrudan devlet hazinesinden aktarım bütçenin üçte birine ulaşmıştır. Her cezaevinde genel temel bakım 'komşu hastane' denilen kamu hastanesine bağlı kurulan Hapishane Ortamında Bakım Üniteleri (USMP-Unités de Soins en Milieu Pénitentiaire) ve Bölgesel Mediko-Psikolojik Hizmetler (SMPR-Services Médico-Psychologiques Régionaux) içinde düzenlenir. Hapishanedeki sağlık ekipleri komşu hastaneye bağlı genel pratisyenler, uzman hekimler (psikiyatristler dışında), diş hekimleri ve eczacılar, fizyoterapistler, hemşireler, radyoloji teknisyenleri (radyoloji bölümü varsa), idari ve mediko-sosyal profesyonellerden oluşur. Hapishane nüfusu için 1000 mahpus başına standart olarak 3.4 pratisyen, 0.5 uzman hekim, 3.2 psikiyatrist, 5.2 psikolog, 14.8 hemşire, 7.7 psikiyatri hemşiresi, 1.6 diş hekimi, 0.5 fizyoterapist çalışması planlanmıştır. Ancak hapishanede sağlık hizmet sunucusu olmak gönüllülük üzerine kabul edildiği için bu standart sayılara genellikle ulaşılamamaktadır. Hastaneye yatış hastanede yatış süresi 48 saatten az ise komşu hastanede, hastanede yatış süresi 48 saatten fazla ise Bölgeler Arası Güvenli Hastane Birimleri (182 yataklı) ya da Özel Donanımlı Hastane Üniteleri (340 yataklı) gerçekleştirilir (**Dubois ve ark., 2017**). Fransa'ya göre daha yakın tarihlerde hapishanelerde sağlık hizmetlerini ulusal sağlık politikasına entegre eden uygulamalara geçen ülkeler de vardır. Örneğin İskoçya'da hapishanelerde sağlık hizmetlerinin sorumluluğu, bakımda eşitlik ilkesi ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele etme iradesi doğrultusunda İskoç Cezaevi Servisi'nden Ulusal Sağlık Servisi'ne (NHS) Kasım 2011'de devredilmiştir. İskoçya'da hapishane sağlık sistemi birinci basamak sağlık hizmetlerine dayanmaktadır. Hapishanelerdeki sağlık hizmetlerinin Ulusal Sağlık Sigortası'na geçişi öncesinde 2007 yılında ülke hapishanelerinde sağlık hizmet ihtiyacı ve eksiklikleri belirlemek üzere halk sağlıkçılar tarafından bir değerlendirme yapılmış ve yeni sistem bu değerlendirmeye göre organize edilmiştir. Bölgesel Sağlık Kurulları, hapishanelerin nüfusu da dahil olmak üzere kendi bölge-

lerindeki nüfusa sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve sunulmasından sorumludur. Sağlık ve sosyal bakımın entegrasyonunda sağlık kurulları, yerel yönetimler, sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri, kullanıcılar ve diğer paydaşlar arasındaki ortaklıklar araçtır. Toplamda 15 hapishane bulunan ülkede hemşireler hapishanede birinci basamak hizmetlerin sunumunda önemli bir rol oynamaktadır. Her hapishanede üç pratisyen hekim poliklinik hizmeti vermekte ve her hekim ayda ortalama 300 hasta görmektedir. Uzman hekimin görmesi gereken hastalar öncelikle teletıp ile değerlendirilmekte, gerekli ise kamu hastanelerine sevk edilmektedir. Geceleri ise hapishanelerde ileri düzeyde ilk yardım eğitimi almış sağlık çalışanları kalmaktadır. Yine her hapishanede ikişer psikiyatrist ve diş hekimi haftada iki gün hizmet vermektedir. Psikiyatri hastaları için yüksek ve orta güvenli hastanelere sevk sistemi vardır (**Dubois ve ark., 2017**).

Şüphesiz DSÖ'nün hapishane sağlık hizmetlerini ulusal sağlık politikasına entegre etme yaklaşımını değerlendirirken ülkelerin temel sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık örgütlenmelerinin organizasyonu, iş gücü kapasitesi, bütçesi gibi belirleyiciler göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin Belçika hapishanelerindeki tüm danışman doktorlar aynı zamanda toplum içinde çalışan pratisyen hekimlerdir. Girişte yapılan ilk muayene hariç tutulduğunda, mahpuslar yılda ortalama 17 kez hapishanede aile hekimine başvurmakta; bu sayı genel popülasyona kıyasla 3.8 kat fazla başvuruya neden olmaktadır. Çoğunluğu mental problemler nedeniyle yapılan bu başvuruların doğrudan ulusal sağlık sistemine entegre edilerek çözülmesi pek mümkün değildir (**Feron ve ark., 2005**).

Hapishanelerde genel toplumdan farklı özelleştirilmiş birinci basamak örgütlenmelerine ihtiyaç vardır. Örneğin İsviçre'nin Vaud Kantonu'nda hapishane yönetiminden bağımsız, kamu hizmeti veren "Hapishane Tıbbi ve Psikiyatri Servisleri" her hapishanede hemşirelerin, pratisyen hekimlerin, psikiyatristlerin, diş hekimi ve psikolog gibi bazı uzmanların bulunduğu bir poliklinik hizmeti sunmaktadır. Kapsamlı sağlık taraması, tıbbi bakımın önündeki mali engellerin kaldırılması ve hemşire liderliğindeki kapı tutuculuğu sistemi ile hapishane sağlık hizmetleri sağlandıktan sonra 2013-2017 yılları arasında birinci basamak sağlık hizmeti yapılanmasında mahpusların daha fazla birinci basamak başvurusu ve daha az acil durum başvurusu olmuştur. Hapishane popülasyonunun yılda ortalama 2.4 kez hekim, 3.5 kez ruh

sağlığı danışmanı, 12.4 kez hemşire başvurusu oldu; özellikle kadın mahpusların hemşire hizmetlerine daha çok ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir (**Spycher ve ark., 2021**). Bunun yanı sıra günümüzde başarılı kapı tutuculuk uygulamalarından bahsedilen İngiltere örneğinde olduğu gibi pek çok ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin düşürüldüğü ve ulusal sağlık politikasına entegre edilen hapishane sağlık hizmetlerinin doğrudan etkileneceği akılda tutulmalıdır. İngiltere örneğini ele alırsak: İngiltere’de 2002’den bu yana hapishanelerde hemşire odaklı birinci basamak sağlık hizmetleri sağlanmaktadır ve hapishanelerde hastane yoktur; hasta yatakları ve basit müdahale olanakları mevcuttur. Hapishanelerde en az bir pratisyen hekim olması planlanmıştır ancak birincil sağlık hizmeti sağlayıcısı kapı tutucu görevi olan hemşirelerdir. İngiltere’de 2008 yılından bu yana Ulusal Sağlık Sigortası (NHS) bütçesinde kemer sıkma politikaları hapishanelerde -pratisyen hekim bulunmaması dahil- sağlık işgücünün azaltılması; artan sayıda isyan, saldırı, kendine zarar verme eylemleri ve intiharlar, mahpusların sağlık hizmetlerine erişiminin azalmasıyla sonuçlanmıştır (**İsmail, 2020**). Yine pandeminin ilk yılında İngiltere ve Galler hapishanelerinde COVID-19’a bağlı ölümler genel popülasyondan 3.3 kat fazla olmuştur (**Braithwaite, 2021**).

Neoliberal sağlık politikalarının özelleştirme ve kamu-özel ortaklığı projeleri hapishanelerdeki sağlık hizmetlerini de doğrudan etkilemektedir. Kamu hizmeti olması gereken hapishane sağlık hizmetleri bütçe kesintileri nedeniyle bazı ülkelerde çeşitli şekillerde özelleştirilmeye başlanmıştır. Bu durum özel sektörün kamuya göre daha düşük bütçe ayırdığı sağlık hizmetlerinin kalitesi ve şeffaflık ile ilgili ciddi endişelere neden olurken yakın zamanda İsviçre gibi ülkelerde dahi mahpuslardan sağlık hizmetleri için katkı payı talep edilmeye başlanması hizmetlere erişimde eşitlik ilkesinin ciddi ihlalini göstermektedir.

Küresel Bütçe (Global Fund) tarafından desteklenen kamu-özel ortaklığı alanlarının başında %48 ile hapishane sağlık hizmetleri gelmektedir. Küresel Bütçe tarafından fonlanan ve hapishanelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olan tüberküloz kontrolünde kamu sektörü dışı sağlık hizmeti sunucularının sayısında ve büyüklüğünde küresel olarak büyümenin tüberküloz hastalarının önemli bir bölümünün genellikle düşük kaliteli bakımla yönetildiği bildirilmiştir. Lal ve ark.’nın 2011 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde kamu özel

ortaklığı girişimlerinin dünyada tüberküloz kontrolünde etkilerini incelediği çalışmada DSÖ’nün 2009 Küresel Tüberküloz Kontrol Raporu’na göre, son on yılda elde edilen tüberküloz vaka tespit oranındaki ivmenin, %60’ın biraz üzerinde durağanlaştığı belirtilmiştir. (**Lal ve ark., 2011**).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi denilince akla ilk gelen ülke olan ve dünyada en çok mahpus nüfusa (yaklaşık 2 milyon) sahip olan ABD yıllık sekiz milyar dolar olan hapishane sağlık hizmeti maliyetlerini düşürmek amacıyla 1980’lerden bu yana tüm eyalet ve yerel hapishanelerin yarısından fazlasının sağlık hizmetlerini ülkedeki en büyük özel cezaevi sağlık hizmeti sağlayıcısı olan “Corizon Health” ve “Correctional Medical Grup” gibi şirketlerden temin etmektedir. Ne var ki Haziran 2016’da ABD Adalet Bakanlığı tarafından yayımlanan bir rapora göre, 2010 ile 2014 yılları arasında federal hapishanelerin dışarıdan sağlanan sağlık hizmetlerine yaptığı harcaması %24 artarak 327 milyon dolara yükselmiştir. Özel sağlık hizmeti sağlayıcıları, hapishanede sağlık hizmeti maliyetlerini düşürmeyi vadederken, yapılan tüm kesintiler daha fazla tıbbi bakım ve hizmetlere ihtiyaç duymaya başlayan hapishane nüfusuna yönelik ruh sağlığı uygulamaları ve koruyucu önlemlerinin rafa kaldırılması; ölüm hızı, hastalık sıklığı, ilaca erişimde sıkıntı ile sonuçlanmıştır. Hapishanede özel sağlık hizmeti veren bir hemşire bu sistemin nasıl işlediğini şöyle özetlemiştir: “Ambulansı atladığımız ve onları doğrudan morga getirdiğimiz için paradan tasarruf ediyoruz.” Pek çok mahkum yetersiz ve yanlış tedavi nedeniyle dava açmış ve bugünlerde ABD Adalet Bakanlığı hapishane sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin durdurulmasını ve sorumluluğun kamuya geçirilerek özel hizmetlerin sifra indirilmesini önermektedir (**Gelman, 2020**).

ABD’de hapishane sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin yanı sıra halk sağlığı yararı gözetilerek reform yapıldığı iddia edilen hapishane sonrası bakımın sürdürülmesi programları da işlemez hale gelmiştir (**PBS, 2021**). ABD’de her yıl 600 bin mahpus serbest bırakılmaktadır. Tahliye edilen bireylerin %80’i kronik tıbbi, psikiyatrik veya madde kötüye kullanımı sorunlarına sahiptir; ancak yalnızca %15-25’i tahliyeden sonraki ilk yılda acil servis dışında bir doktora gittiğini bildirmiştir. Birinci basamak bakıma dayalı, karmaşık bakım yönetimi programlarını kullanarak yüksek riskli popülasyonlara göre sağlık bakımını şekillendiren programlar mahpusların ve halkın sağlığı için önerilmektedir. Bu programlar kronik hastalıkları olan mahpusların tahliye edilmeden önce kişiselleştirilmiş bir

birinci basamak programına dahil edilmesi; tahliyelerini takip eden 2 hafta içinde ihtiyaç duyulan ilaçların teslim edilmesi; konut için referans sağlanması; istihdama destek sağlanması; öz bakımın ve sağlık eğitimi gibi sağlık ve sosyal hizmetlerin sağlanması gibi bütüncül bir birinci basamak yaklaşımını içermektedir (**Wang ve ark., 2021**). Ancak ABD’de mahpusların hapisanelerden toplum temelli sağlık hizmetlerine geçişinde pek çok problem yaşanmaktadır. Mahpusların hapisanedeki sağlık hizmeti için ve çıkışta kayıtlarını almaları için ücret ödemeleri gerekmektedir; hapisaneye girince Medicaid hizmetleri askıya alınmakta, hapisaneden çıkışta sisteme yeniden kayıt olmaları ve ücret ödemeleri gerekmektedir; özelleşmiş sağlık hizmetlerinin Medicaid ve Medicare gibi birinci basamak sağlık hizmetleri ile eşgüdümlü çalışmaması tekrar ulusal sağlık programına dahil olmalarını engellemektedir. Bununla birlikte barınma, beslenme, eğitim gibi sağlığın sosyal belirleyicilerine erişebilmeleri için ayrılan fonlar yetersiz kalmaktadır (**Puglisi, 2017**).

ABD’de sağlık sistemi nedeniyle hapisane sonrası birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim engelleri ön plandayken Kanada gibi ulusal sağlık sigortasına erişimin engel oluşturmadığı ülkelerde de bazı engeller mevcuttur. Fahmy ve ark.’ları yakın zamanda hapis cezası alma öyküsünün birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi etkileyip etkilemediğini belirlemek için yeni hasta kabul eden tüm aile hekimlerinden (n=339) bir ön randevu talep etmek için telefonla olgu (hapisaneden yeni salınan) ve kontrollerden (genel popülasyon) oluşan hasta senaryoları üzerinden bir çalışma yapmışlardır. Kontrol grubuna, olgu grubuna kıyasla randevu verilme olasılığı 1.98 kat (%95 GA, 1.59-2.46) daha fazla bulunmuş, %41.8’lik mutlak risk farkı (%95 GA, 31.0-52.5) kaydedilmiştir. Ayrımcılık, genel sağlık sigortasına sahip olsalar bile, hapisaneden tahliye edilen kişiler için birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin önünde bir engeldir (**Fahmy, 2018**).

Hapisane sonrası birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi artırmak için yapılan müdahale çalışmaları bu alanda özel bir program ihtiyacına işaret etmektedir. Avustralya’da Kinner ve ark.’larının 1325 mahpus ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada tüm mahpuslara salınmadan önce sağlık hizmet kullanımı ile ilgili bir kitapçık dağıtılmıştır. Bu kitapçıkta, barınma ve gelir sağlama gibi temel kılavuz; katılımının sağlık durumu ve tedavi ihtiyaçlarının sade bir dil ve grafiksel özeti ve ilgili toplum hizmetlerinin bir listesi yer almıştır. Tahliye sonrası rutin

takiplerin dışında müdahale grubuyla ilk ayda dört motivasyonel telefon görüşmeleri yapılmış ve bu kısa müdahalenin bile müdahale grubunda en az altı ay boyunca birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru %8-12 düzeyinde arttırdığı bildirilmiştir (**Kinner, 2016**).

3.2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık eğitimi

Sağlığın geliştirilmesine yönelik kavramsal yaklaşımın kökleri DSÖ’nün “Herkes için Sağlık” girişiminde ve Sağlığın Teşviki için Ottawa Sözleşmesi’nde (1986) yatmaktadır. Ottawa Sözleşmesi’nde sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttıracak böylelikle de sağlıklarını geliştirecek şekilde güçlü kılınmaları süreci olarak görülmektedir.

Ottawa Sözleşmesi ve DSÖ’nün “Herkes için Sağlık” girişiminin çıktığı dönem ve sonraki yıllar Dünya Bankası’nın ve Uluslararası Para Fonu’nun (IMF) sağlık alanında etkisinin giderek arttığı; DSÖ’nün politikalarının neoliberal politikalar ekseninde değiştiği döneme denk gelmektedir (**Erdal ve Eroymak, 2019**). Yine de bu haliyle sağlığın geliştirilmesi adalet bağlamına uygulandığında, sağlığı geliştiren bir hapisanenin güvenli, emniyetli olması ve katılım, eşitlik, ortaklık, insan hakları, saygı ve dürüstlük taahhüdü ile desteklenmesi gerektiği açıktır (**DSÖ, 2014**). Hapisanede sağlığı geliştirecek bir halk sağlığı modeli, sağlığın, hapisanelerin kendi sistemleri ve yapıları aracılığıyla mahpusların ve personelin sağlığını ve esenliğini desteklemeye kararlı olmasını gerektiren; çevresel, örgütsel ve kişisel faktörlerin karmaşık etkileşimi tarafından belirlenen bütünsel bir kavram olarak anlaşılması anlamına gelir. Ne var ki hapisaneler, diğer ortamlarla karşılaştırıldığında sağlığı geliştirme uygulamalarına yönelik bir dizi kurumsal engele sahiptir. Örnek olarak mahpuslar ve personel arasındaki güç dinamiklerini ve ortamın tüm üyelerinin görüşlerini eşit olarak paylaşma fırsatına sahip olmalarını sağlamak mümkün değildir. Bir dereceye kadar hapisaneler hiyerarşik ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlerine açıkça aykırı olan yerlerdir (**Woodal ve South, 2012**).

Geleneksel sağlığı geliştirme girişimleri, hapisanelerde sağlıkla ilgili davranışları değiştirmek ve hastalıkları önlemek amacıyla ağırlıklı olarak bireysel eğitime ve bireye yönelik müdahalelere odaklanmıştır. Örneğin, Kanada’da, İngiltere’de, ABD’de mahpuslara yönelik hemen hemen tüm müdahaleler, sağlık eğitimi veya belirli alanlarda (bulaşıcı hastalıklar, bağımlılık ve ruh sağlığı) kısa süreli

önleyici müdahalelerle sınırlıdır. Literatüre bakıldığında hapisanelerde sağlığı geliştirme alanında daha çok diyet ve egzersiz, sigara bırakma, alkol-madde kullanımı üzerine eğitim, CYBE eğitimi, ruh sağlığı aktiviteleri gibi tekil hapisane düzeyinde müdahale çalışmalarının yapıldığı görülmektedir (**Etter ve ark., 2012; Martin ve ark., 2013; Santora ve ark., 2014; Hayton; Kosendiak ve ark., 2022**).

Şüphesiz kısıtlı düzeyde de olsa olumlu sağlık etkileri olan bu sağlığı geliştirme müdahalelerinin ABD ve Avrupa ile sınırlı kaldığı bir gerçektir. Güney Afrika gibi hapisanelerin durumuna dair bilgi dahi alınamayan bölgelerde korkunç fiziksel koşullar, yetersiz gıda ve beslenme, neredeyse var olmayan sağlık hizmetlerinin yanı sıra hapisanelerde artan ölümcül HIV vakaları ikincil ceza sisteminin kendisiyken Avrupa merkezli bireye yönelik müdahalelerle sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı dünyanın pek çok bölgesi için anlamsızdır (**Woodal ve Dixey, 2017**).

4. Türkiye’de Hapishanelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de hapisanelerde 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesi Hakkında Kanun’un yürürlüğe girmesinden önce hapisanelerde düzenli olarak kurum doktoru bulunmaktaydı. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 2010 yılında ülke genelinde uygulanan “Aile Hekimliği Sistemi” ne geçiş sonrasında 2009 yılından bu yana hapisanelerde sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokol (İkili Protokol) çerçevesinde aile hekimleri aracılığıyla Sağlık Bakanlığınca sunulmaya başlanmıştır. Bu protokole göre toplam nüfusu 5000 ve üzerindeki hapisanelerde ceza infaz kurumu 30 yataklı C grubu Kampüs Hastaneleri açılabilirken toplam nüfusu 1000 ve üzerinde olan hapisanelerde 5 tam gün, nüfusu 1000 ile 500 arasında olan hapisanelerde haftada beş yarım gün, nüfusu 500’ün altında olan hapisanelerde ise haftada iki yarım gün hekim bulunmaktadır.

Mahpuslar hapisane revirinde sağlık hizmeti alabilmek için ilk olarak hapisane yönetimine dilekçeyle başvuruda bulunmak zorundadır. Mahpusun yaptığı başvuru hapisane yönetimi tarafından o hafta aile hekiminin hapisanede bulunacağı zamanlar ve başvuru yoğunluğuna göre işleme alınır ya da sıraya konulur. Yani mahpusların birinci

basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için beklemesi gerekir ve bu süre 1 ila 3 ay arasında değişebilir. Muayene sonucu ve yazıldı ise reçete aile hekimi tarafından Ulusal Yargı Ağı Bilişim Sistemine (UYAP) kaydedilmektedir. Ancak UYAP, Aile Hekimliği Bildirim Sistemi (AHBS) ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) veri tabanına entegre olmadığından çoğunlukla kayıtlar deftere yapılmakta veya sonradan AHBS’ye girilmektedir (**TİHK, 2014; TBMM 2015; Korkut, 2017**).

Hasta mahpusların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevki revirdeki aile hekimlerinin onayıyla gerçekleşmektedir. Aile hekimi hasta mahpusun revirde çözülemeyecek bir sağlık sorunu yaşadığını düşünürse, devlet ya da üniversite hastanelerinden randevu alınır. Bu aşamada mahpusun hastane ya da hekim seçme şansı yoktur. Mahpusların hastanelere sevki Jandarma Koruma Birliği Komutanlığınca ring araçlarıyla yapılır. Fakat sınırlı sayıda ring aracının bulunması, personel sayısındaki yetersizlikler, mahkeme ya da hapisane sevklerine öncelik verilmesi hastanelere sevklerde gecikmelere neden olmaktadır (**TİHK, 2014; Korkut, 2017; TTB, 2019**).

Acil durumlarda sevke hapisane doktoru karar verir ancak eğer hapisanede doktor yoksa nöbetçi amir sevk kararını vermektedir. Aile hekimliği uygulamasında hapisanelerde hekimin olmadığı çok fazla zaman olmaktadır. Çoğunlukla sağlık konusunda acil durum kararı tıp konusunda bilgi sahibi olmayan infaz koruma personeli tarafından verilmektedir. Sağlık sorunu acil ve önemli olan mahpusların hastaneye sevkleri ise ambulanslarla yapılır. Ancak Türkiye hapisanelerinde toplam 55 ambulans bulunmakta ve bu sayı yetersiz kalmaktadır.

Cezaevi ve Tevkifleri Genel Müdürlüğü’nün 31.12.2020 yılında yayınladığı en güncel verilerde 224.924 hükümlü, 41.907 tutuklu mahpus olduğu belirtilmiştir. 266.831 kişilik mahpus nüfusunun 254.621’ini erkek, 10.554’ünü kadın ve 1656’sını çocuk mahpuslar oluşturmaktadır. Türkiye İnsan Hakları Kurumu’nun (TİHK), Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB) ve Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği’nin (CİSST) son yıllardaki raporlarına göre mahpusların birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşmasında, hastaneye sevklerinde ciddi sorunlar bulunduğu yönelik tespitler ortaya konulmuştur. Türkiye hapisanelerinde özellikle Temmuz 2015 sonrasında kapasitenin çok üstünde kişi hapisanelerde kalmak zorunda kalmış; mahpuslar revire

çıkarmak için uzun süre beklemeye ve doktor görüşmeleri çok kısa tutulmaya başlamıştır. Mahpusların kitlesel sevklerinde ilaçlarını yanlarına alamadan sevk edildikleri, sevk edildikleri yeni hapishanelerde ilaçlarını tekrar yazdırmak için uzun süre bekledikleri, sevkler sonrasında sağlık dosyalarının yeni hapishanelere *çok geç ulaştığı*/ hiç ulaşmadığı ve bu yüzden tedavilerinin aksadığı; 15 Temmuz sonrası özellikle siyasi mahpusların revir doktorundan kötü muamele gördüklerine dair bulgular paylaşılmaktadır. Hapishanelerdeki kapasite sorununu çözme planı yeni hapishaneler açmak olan mevcut iktidarın yeni açılan hapishaneleri genellikle şehir dışına inşa etmesi sevklerin tedavi için yeterli ekipman ve uzman kapasitesi bulunmayabilen ilçe hastanelerine yapılmasına ve özellikle ciddi kronik hastalığı olan mahpuslar için yetersiz sağlık hizmeti sunulmasına neden olmuştur (TİHK, 2014; TTB, 2019; CİSST, 2020).

4.1. Türkiye’de hapishanelerde temel sağlığı etkileyen fiziksel koşullar

Türkiye hapishanelerinde ısıtma, havalandırma, hijyen, barınma koşulları uluslararası standartlara göre oldukça kötü durumdadır. Hapishanelerde merkezi havalandırma sistemleri yoktur. Yaz aylarında oldukça kalabalık olan koşulları serinletmek için tek izin verilen yöntem hapishane kantininden satın alınabilen vantilatörlerdir. Kış aylarında ise bazı hapishanelerde koşullar yeterince ısıtılmamakta ya da hiç ısıtılmamaktadır. Havanın soğukluğuna ek olarak kış aylarında tüm mahpuslara yetecek sıcak su sağlanamamaktadır. Hapishane binalarının kapalı yapısı; havalandırmanın yetersiz olması; 120x70 cm olan standart hapishane pencerelerinin sadece üstten yarım açılması hapishanelerin oldukça rutubetli, basık olmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte sigara içme sıklığının yüksek olduğu hapishanelerde çoğunlukla yer sıkıntısından dolayı sigara içmeyen mahpusların sigara içenlerle aynı koşullarda tutulduğu bilinmektedir.

Hapishaneler gibi kapalı mekânlarda kapasite yüksekliği barınma ve hijyen koşullarını güçleştirmekte ve bulaşıcı hastalıklar yönünden halihazırda var olan riskleri artırmaktadır (Korkut, 2017).

4.2. Türkiye hapishanelerinde özellikli grupların sağlık durumu ve birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi

Hapishanelerde ağır hastalar, bakıma muhtaç ve kronik hastalar, engelliler, kadınlar, LGBT+ bireyler özellikli sağlık hizmeti verilmesi gruplarıdır.

Türkiye hapishanelerinin neredeyse tamamı engelli bireylerin ihtiyaçları gözetilmeden, tek tip düzenlemelerin olduğu bir anlayışla inşa edilmiştir. Yaşamını tek başına idame ettiremeyen ağır engelli ve hasta mahpuslara rehabilitasyon hizmetinin sunulması amaçlanarak 2012 yılı itibarıyla “R Tipi” yani “Rehabilitasyon Tipi” hapishaneler inşa edilmeye başlanmıştır. 2020 yılı Kasım ayı itibarıyla Türkiye’de Metris R Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu, Menemen R Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu ve Elazığ R Tipi Ceza İnfaz Kurumu olmak üzere sadece üç R Tipi hapishane bulunmaktadır. Elazığ R Tipi oldukça yeni ve henüz aktif değildir. 158 kişi kapasiteli Metris R Tipi 2012 yılında, 156 kişi kapasiteli Menemen R Tipi ise 2015 yılında faaliyete geçmiştir. Bu hapishaneler, ağır veya süregelen hastalığı olan, özbakımını yapamayan ve adli tıp kurumuna sevk edilmiş mahpuslara hizmet vermektedir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’nin 05.03.2013 tarihli Gülay ÇETİN v. Türkiye Kararı’nda yer aldığı üzere; “Devamlı surette hapsedilmeyecek kişiler: Ağır fiziksel sakatlık, kocama, kısa vadeli ölümcül hastalık teşhisi olanlardır. Ağır fiziksel sakatlıkla malul mahkûmlar ve kocamış mahkûmlar mümkün olduğunca normal bir hayat sürmelidirler ve cezaevinde kalan diğer kişilerden mümkün olduğunca uzaklaştırılmamalıdır. Tekerlekli sandalye kullanmak zorunda olan veya diğer şekilde engeli olan kişilerin, cezaevi dışında olanlarda olduğu gibi, cezaevi içinde de hareket edebilmelerini kolaylaştırmak için gerekli yapısal değişiklikler gerçekleştirilmelidir.” Ceza infaz kurumları içerisinde R tipleri gibi yeni bir tür ceza infaz kurumu inşa etmekten öte, olması gereken hapishanelerin tamamının tüm engellilik türlerinin ihtiyaçlarının gözetildiği mekânlar olarak inşa edilmesi; yaşamını tek başına idame ettiremeyen mahpuslar için gerekli ve yeterli yaşam standartlarının bulunmasıdır. Ayrıca Adalet Bakanlığı’nın verilen bir soru önergesine cevabına göre 2017 tarihinde sakatlık türü belirtilmeden “581 engelli hükümlü ve tutuklunun bulunduğu” belirtilmiştir. TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonunda sunulan bilgiye göre 2018 yılı itibarıyla Türkiye hapishanelerinde “aşağı yukarı 248” engelli mahpus bulunmaktadır. Her koşulda 200 binden fazla mahpusun bulunduğu Türkiye’de toplamda kapasitesi üç yüz olan iki adet R Tipi hapishanelerin ağır hasta ve engelli kişiler için yeterli olmadığı açıktır (TİHK, 2014; TBMM 2015; Korkut, 2017).

Türkiye’de 9’u kapalı, 7’si açık olmak üzere 16 adet kadın hapishanesi bulunmaktadır. Türkiye hapishanelerindeki kadınlar genellikle toplumun dezavantajlı kesimindedir ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi çoklu eşitsizlik çemberi içindedir. Kadınların hapishane süreci öncesinde de tedavi edil(e)memiş pek çok sağlık sorunu vardır.

Çözülmemiş sağlık sorunlarına kadınların biyolojik cinsiyetlerinden kaynaklı özel gereksinimleri de eklenince, erkeklere göre temel bakım gereksinimleri daha fazladır. Türkiye hapishanelerinde yetersiz birinci basamak sağlık hizmetleri, hijyen eksikliği, yetersiz beslenme ve kalabalık gibi faktörler kadınların sağlıklarını daha da olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte Türkiye’de hapishaneler gerek fiziksel gerekse psikolojik olarak bebek ve çocukların kalmalarına uygun yerler olmadığı gibi gebe, lohusa ve emziren kadınların da kalmalarına uygun yerler değildir (Sereli,2020).

Türkiye hapishaneleri, ikili cinsiyet sistemi esas alınarak planlanmış; LGBTİ+ mahpusların ihtiyaçları göz önünde bulundurularak inşa edilmemiş ve düzenlenmemiştir. Trans mahpuslar cinsiyet uyum sürecini tamamladıklarında ve resmi kimlik aldıklarında bu ikili cinsiyet sistemi kurgusunda yer seçebilmektedirler. Sürecini tamamlama(ya)mayan trans mahpuslar atanmış cinsiyet kimlikleri referans alınarak hapishanelere yerleştirilirler. İki durumda da özel koşullarda tutulurlar. Hapishanelerde ayrımcılığa, fiziksel ve psikolojik şiddete, cinsel tacize en çok maruz kalan gruptan biri LGBTİ+ mahpuslardır. Mahpusların ihlal edilen hakları veya uğradıkları saldırılar üzerinden yapılan idari başvuruların da homofobik, transfobik tutumlara bağlı olarak sonuçsuz kaldığı söylenebilir (BM, 2013).

4.3. COVID-19 salgınında Türkiye hapishanelerinde sağlık durumu

COVID-19 pandemisinde hapishanelere mahpuslar kabul edilirken PCR testi yapıp, testin sonucu negatif ise 14 gün özel oda/koşullarda tutulmuşlardır. 14 günün sonunda PCR testi yapılan ve negatif çıkan mahpuslar diğer mahpusların olduğu koşullara gidebilmiştir. İzolasyon ve karantina koşullarında mahpuslar kendi eşyalarına erişememiş, havalandırmadan faydalanamamış, aileleriyle ve yakınlarıyla iletişime geçememiştir.

Pandemide revirde bulunan doktor sayısının mahpus sayısına oranla az ve görüşme sürelerinin yetersiz olması; pandemide yapılan görevlendirmeler dolayısıyla zaman zaman aile hekimliği ve diş hekimliği hizmetlerinden mahrum kalan hapishane revirleri; ağız diş sağlığı hizmetlerinin durması gibi faktörler sağlık problemlerinin teşhisini ve tedavisini doğrudan etkilemiştir. Pandemi boyunca hangi hapishanede kaç kişiye COVID-19 teşhisinin konulduğu, doktorların hangi aşamada mahpusu teşhis ve tedavi ettiği ve mahpusların diğer sağlık sorunları

için alınan önlemler açıklanmamış; hapishaneden hapishaneye uygulamalar farklılık göstermiştir. Tüm bu süreçler acil durumlar dışında hastane sevklerini durdurmuş; düzenli tedavi olması ve ilaç yazdırması gereken mahpusların sağlık durumlarını olumsuz yönde etkilemiştir. Bunların yanı sıra, 2020 yılı içerisinde kadınların düzenli yapılması gereken jinekolojik muayenelerine ve Smear testi gibi rutin kontrollerine dair hiçbir şekilde veri bulunmamaktadır. Trans mahpusların kontrolleri de ertelenmiş; uyum sürecine başlayan ve süreci devam eden trans mahpusların uyum süreçleri askıya alınmıştır.

COVID-19 hastalığına hapishanede yakalanan mahpuslar karantina koşullarında kalırken bilgiye erişim koşulları bu koşullarda iyiden iyiye sınırlandırılmıştır. Bu süreçte çoğunlukla COVID-19 olan mahpusların sağlık durumlarına ilişkin kendilerine ve ailelerine bilgi verilmemiştir. Bu durum endişeleri arttırmış; birçok mahpusun ruh sağlığını olumsuz etkilemiştir. Bununla birlikte tek başına hayatını idame ettiremeyen mahpuslar tek başına kalamayacaklarına dair Adli Tıp Kurumu raporları olsa da karantina koşullarında tek tutulmuştur.

Pandemi Sürecinde Ceza İnfaz Kurumları –II açıklamasında: “Ceza infaz kurumlarında bulunan tüm tutuklu ve hükümlülere yeteri kadar ücretsiz temizlik ve hijyen malzemesi dağıtılmakta, ayrıca ücretsiz maske ve eldiven temin edilmektedir” denmiştir. Fakat hijyen ürünlerine erişim konusunda sıkıntılar yaşanmış; maddi durumları yetersiz olan mahpuslar ücretsiz sabun, temizlik malzemeleri, maske ve eldivene erişemediklerini, infaz koruma memurlarına dezenfektan sağlanırken içinde yanıcı madde olduğu gerekçesiyle bu ürünlerin kendilerine sağlanmadığını bildirmişlerdir.

Pandemi önlemleri kapsamında hapishanelerdeki sosyal etkinlikler iptal edilirken mahpusların havalandırma süreleri artırılmamış; aksine azaltıldığı yerler olmuştur. Mahpusların hareket alanı kısıtlanmış ve kapasitesinin üstünde mahpus barındıran koşulların yeterince havalandırılmaması bir kişinin pozitif olması halinde tüm koşunun hasta olmasına neden olmuştur (CİSST, 2021a; CİSST 2021b).

5. Sonuç ve Öneriler

Birinci basamak sağlık hizmetleri hapishane nüfusunun ilk ve tek başvuru yapabileceği sağlık hizmetleridir. Bununla birlikte hapishanelerde sağlık hizmetleri sadece poliklinik ve taramalardan ibaret olamayacak kadar geniş kapsamlı ele alınması gereken; çevresel, sosyal, kültürel pek çok bileşeni olan özelleşmiş hizmetlerdir.

Ülkelerin siyasal yapıları, demokrasi düzeyi, sağlık sistemleri hapisanelerdeki sağlık hizmetlerinin belirleyicisidir. Tersinden bakılırsa hapisanelerin koşulları içinde bulunduğu devletin ve toplumun yansımasıdır. Dünyada neoliberal muhafazakar politikaların yükselişi ile birlikte bunun sağlık sistemlerine ve toplumsal yapıya etkileri şüphesiz hapisanelerin durumunu etkilemektedir. Halk sağlığı bakış açısıyla insanları suça iten sebeplerin ortadan kaldırılması gerekirken bugün dünyada hapisanelerin en yüksek sayıda nüfusa eriştiğini görmekteyiz. Türkiye de ceza infaz süreçlerine ilişkin pek çok sorun yaşanan ülkelerden biridir. Uzun yargılama ve tutukluluk süreleri, kapasite fazlalığı, işkence ve kötü muamele gibi nedenlerle hapisaneler insan sağlığı adına sorundan başka bir şey üretmemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri adına sürekliliği olmayan aile hekimliği ve dış hekimliği poliklinik hizmeti dışında bütüncül bir temel sağlık hizmeti programı olmayan hapisanelerin halk sağlığına zararlı olduğu ortadadır. Sorunun çözümü için uzun erimde Türkiye'nin siyasal iyilik halinin sağlanması ve asgari demokratik koşulların oluşması gerekirken birlikte ağır aksak işleyen sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar için kısa erimde öneriler geliştirilebilir:

a) Genel nüfusa dahi nitelikli, erişilebilir birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlanamadığı aile hekimliği modelinin hapisanelerde başarılı olması mümkün değildir. Mahpusların birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımına ilişkin olarak kurum hekimliği modeli benimsenmelidir.

b) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ekip işi olduğu unutulmamalı; hapisanelerde yeterli sayıda hekim, dış hekimi, hemşire, sağlık teknisyeni, psikolog/ psikolojik danışman, sosyal çalışmacı vd. bulundurulmalıdır. Sağlık çalışanlarının hapisane tıbbi ile ilgili eğitimleri sürekli olmalı; hapisanelerde görev yapmayı teşvik edici özlük hakları sağlanmalıdır.

c) Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi, sağlık taraması gibi topluma sunulan koruyucu ve önleyici halk sağlığı hizmetleri hapisanelerin nüfusuna duyarlı olacak şekilde aksatılmadan yapılmalıdır.

d) Hapisanelerin koşullarının ve kapatılmanın biza-tihi sağlık açısından risk oluşturduğu unutulmamalı; hapisanelerde ısıtma, ortam sıcaklığı ve havalandırmaya dair tek tip çözümlerden vazgeçilmelidir. Mahpus başına düşmesi gereken alan hesaplamalarında hapisanenin bulunduğu coğrafyanın hava koşulları, kişilerin özel ihtiyaçları dikkate alınmalıdır. Hijyen ürünleri ücretsiz ve sürekli olarak sağlanmalı; mahpuslar arasında satın alma gücü olmayanlar

için eşitsizlik yaratılmamalıdır. Kadınların ped, çocuk bezi gibi ihtiyaçları ücretsiz sağlanmalıdır. Özel diyet uygulaması ve farklı beslenme ihtiyacı bulunan hasta mahpusların beslenme koşulları insan sağlığına ve onuruna uygun şekilde sağlanmalıdır.

e) Mahpusların sağlık dosyası oluşturulmalı, mahpusa ilişkin sağlık bilgileri ile yapılan tüm işlem ve gelişmeler kayıt altına alınmalıdır. Sağlık hizmeti verilerinin kaydedilebileceği veri modülü oluşturulmalı, ülke genelinde sağlıklı ve şeffaf veri akışı sağlanmalıdır.

f) Mahpusların hastanelere sevk süreçleri beklerken ikincil cezaya dönmemeli; hastaneye sevkleri, ring araçlarıyla değil, hastaneye doğrudan doğruya sağlık araçları ile ulaşmalarını sağlayacak bir yöntemle yapılmalıdır.

g) Mahpusların sağlık hakkına erişimi konusunda sadece Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı değil bu alanda bağımsız çalışmalar yürüten meslek örgütleri, sivil toplum örgütleri, hak savunucuları da söz sahibi olmalıdır.

Kaynaklar

Amerika Birleşik Devletleri Adalet Bakanlığı (Office of the Inspector General U.S. Department of Justice, The Federal Bureau of Prisons) Reimbursement Rates for Outside Medical Care <https://oig.justice.gov/news/doj-oig-releases-report-federal-bureau-prisons-reimbursement-rates-outside-medical-care> Erişim tarihi: 01.05.2022

Amerikan Halk Sağlığı Birliği-APHA (1998). Ceza ve Tutuklevlerinde Sağlık Hizmetlerinin Standartları (Çev. Ed. Feride Saçaklıoğlu), TTB Yayınları, Ankara, 1998

Birleşmiş Milletler (1990). Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990. New York, United Nations. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Ve Suç İle Mücadele Ofisi (2008). Cezaevi Müdürleri ve Politika Yapıcılar için Kadınlar ve Hapsedilme Üzerine El Kitabı. (Çev. Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği)

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Ve Suç İle Mücadele Ofisi (2009). Özel İhtiyaçlara Sahip Mahpuslar Üzerine El Kitabı. (Çev. Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği)

Birleşmiş Milletler (2013). Özel İhtiyaçlara Sahip Mahpuslar Üzerine El Kitabı, Birleşmiş Milletler Yayını.

Braithwaite, I., Edge, C., Lewer, D., Hard, J. (2021). High COVID-19 death rates in prisons in England and Wales, and the need for early vaccination. *Lancet Respir Med.* 2021 Jun;9(6):569-570. doi: 10.1016/S2213-2600(21)00137-5.

Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği (CİSST), (2020). Yıllık Rapor 2020. https://cisst.org.tr/wp-content/uploads/2021/12/cisst_annual_report.pdf Erişim tarihi: 16.05.2022

Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği (CİSST), (2021a). Türkiye'de engelli mahpus olmak, Mart 2021, İstanbul. ISBN 978-605-80724-5-9

Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği (CİSST), (2021b). Hapisanelerden Gelen Koronavirüs Kaynaklı Şikayetler. <https://cisst.org.tr/tcps-yayinlari/raporlar/covid-19-raporlari/>

Dubois, C., Linchet, S., Mahieu, C., Reynaert, J-F., Seron, P. (2017). Organization models of health care services in prisons in four countries. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).* 2017. KCE Reports 293. D/2017/10.273/69.

- Dünya Sağlık Örgütü** (1986). Ottawa Charter, Health Promotion <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions>
- Dünya Sağlık Örgütü** (2007). Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf Erişim tarihi: 15.04.2022
- Dünya Sağlık Örgütü** (2014). Zsuzsanna Jakab, Prisons and Health. Erişim tarihi: 15.04.2022
- Erdal, E. K. E., Eroymak, S.** (2019). Uluslararası Aktörlerin Küresel Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri: Teorik Bir İnceleme. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(28), 388-407.
- Etter, J.F., et al.** (2012). Implementation and impact of antismoking interventions in three prisons in the absence of appropriate legislation. Preventive Medicine, 2012, 55(5):475-481.
- Fahmy, N., Kouyoumdjian, F.G., Berkowitz, J., et al.** (2018). Access to Primary Care for Persons Recently Released From Prison. Ann Fam Med. 2018 Nov;16(6):549-551. doi: 10.1370/afm.2314. PMID: 30420371
- Feron, J.M., Paulus, D., Tonglet, R., Lorant, V., Pestiaux, D.** (2005). Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. J Epidemiol Community Health. 2005 Aug;59(8):651-5.
- Gelman, M.** (2020). Mismanaged Care: Exploring the Costs and Benefits of Private vs. Public Healthcare in Correctional Facilities. NYUL Rev., 95, 1386.
- Hayton, P., Boyington, J.** (2006). Prisons and health reforms in England and Wales. American Journal of Public Health, 96:1730-1733.
- Ismail, N.** (2020). Deterioration, drift, distraction, and denial: How the politics of austerity challenges the resilience of prison health governance and delivery in England. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 124(12), 1368-1378. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.004>
- Kinner, S.A., Alati, R., Longo, M., et al.** (2016). Low-intensity case management increases contact with primary care in recently released prisoners: a single-blinded, multisite, randomized controlled trial. J Epidemiol Community Health. 2016 Jul;70(7):683-8. doi: 10.1136/jech-2015-206565
- Kosendiak, A., Stanikowski, P., Domagała, D., et al.** (2022). Dietary Habits, Diet Quality, Nutrition Knowledge, and Associations with Physical Activity in Polish Prisoners: A Pilot Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jan 27;19(3):1422. doi: 10.3390/ijerph19031422.
- Korkut, B.** (2017). Hapiste Sağlık. Mart2017, İstanbul, Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği Yayınları. ISBN 978-605-82675-0-3
- Lal S.S., Uplekar, M., Katz, I., et al.** (2011). Global Fund financing of public-private mix approaches for delivery of tuberculosis care. Trop Med Int Health. 2011 Jun;16(6):685-92. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02749.x.
- Lichtenstein, B., Malow, R.** (2010). A critical review of HIV-related interventions for women prisoners in the United States. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 2010, 21(5):380-394.
- Martin, R.E., et al.** (2013). Incarcerated women develop a nutrition and fitness program: participatory research. International Journal of Prisoner Health, 2013, 9(3):142-150.
- Public Broadcasting Service (PBS)**, (2021). The U.S. spends billions to lock people up, but very little to help them once they're released. <https://www.pbs.org/newshour/economy/the-u-s-spends-billions-to-lock-people-up-but-very-little-to-help-them-once-theyre-released> Erişim tarihi: 03.05.2022
- Puglisi, L., Calderon, J.P., Wang, E.A.** (2017). What Does Health Justice Look Like for People Returning from Incarceration? AMA J Ethics. 2017 Sep 1;19(9):903-910. doi: 10.1001/journalofethics.2017.19.9.ecas4-1709.
- Richmond, R.L., Butler, T., Belcher, J.M., Wodak, A., Wilhelm, K.A. and Baxter, E.** (2006), Promoting smoking cessation among prisoners: feasibility of a multi-component intervention. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 30: 474-478. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2006.tb00467.x>
- Santora, L., Arild, E.G., Lillefjell, M.** (2014). Health promotion and prison settings. Int J Prison Health. 2014;10(1):27-37. doi: 10.1108/IJPH-08-2013-0036. PMID: 25763982.
- Sereli, K.M.** (2020) Tutuklu ve hükümlülerin sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerine erişimi. (Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Spycher, J., Dusheiko, M., Beaupère, P., et al.** (2021) Health-care in a pure gatekeeping system: utilization of primary, mental and emergency care in the prison population over time. Health Justice 9, 11. <https://doi.org/10.1186/s40352-021-00136-8>
- Starfield B.** (1973). "Health Services Research: A Working Model", N. Engl. j. Med., 289,132-36.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) İnsan Hakları İnceleme Komisyonu.** (2015). Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu, 2015, Ankara.
- Türk Tabipleri Birliği**, (2019a). Özgürlüğünden Yoksun Bırakılanların Sağlık Hakkı İle İlgili TTB Etik Kurul Görüşü. <http://www.ttb.org.tr/205ygbce> Erişim tarihi: 15.04.2022
- Türk Tabipleri Birliği**, (2019b). Cezaevi, Açlık Grevi - İzolasyon Sempozyumu, İstanbul. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=2de5e7b4-78ab-11e9-8558-d074d2c3586f Erişim tarihi: 15.05.2022
- Türkiye İnsan Hakları Kurumu (TİHK)**, (2014). Ceza İnfaz Kurumlarında Bulunan Tutuklu ve Hükümlülerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi Hakkında İnceleme Raporu. Erişim tarihi: 17.05.2022
- Türkiye İnsan Hakları Vakfı** (2019). Mahpuslara Muameleye Dair Birleşmiş Milletler Asgari Standart Kuralları (Çev. Ed.: Hasan Kemal Elban), Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları, Ankara, 2019.
- Wang, E. A., Hong, C. S., Shavit, S., et al.** (2012). Engaging individuals recently released from prison into primary care: A randomized trial. American Journal of Public Health, 102, 22-29. doi:10.2105/AJPH.2012.300894
- Woodall, J., Dixey, R.** (2017). Advancing the health-promoting prison: a call for global action. Glob Health Promot. 2017 Mar;24(1):58-61. doi: 10.1177/1757975915581760.
- Woodall, J., South, J.** (2012). Health promoting prisons: dilemmas and challenges. In: Scriven A, Hodgins M, editors. Health promotion settings: principles and practice. London: Sage; 2012. p. 170-186.