

الرعاية الصحية في أماكن الاحتجاز

دليل عملي



ICRC

اللجنة الدولية للصليب الأحمر
International Committee of the Red Cross
19, avenue de la Paix
1202 Geneva, Switzerland
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
E-mail: cai_rcc@icrc.org www.icrc.org/ar

© حقوق الطبع محفوظة للجنة الدولية للصليب الأحمر، كانون الثاني/يناير 2017



ICRC

الرعاية الصحية في أماكن الاحتجاز

دليل عملي

صدرت الطبعة الأولى من هذا الدليل في أيلول/ سبتمبر 2004 للاستخدام داخل اللجنة الدولية للصليب الأحمر.

أعد الدكتور أندرو موسكروب، والدكتورة كارول دروميه، والدكتورة يلينا لوكير، والدكتور غرماي يهدينجو هذه الطبعة الثانية، للتوزيع العام، في الفترة من 2013 إلى 2014. وتم تحديثها في عام 2016 لتشمل المراجعات الجوهرية لقواعد الأمم المتحدة النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2015.

وقد تولى الدكتور رائد أبو ربيع، المنسق الطبي لفريق اللجنة الدولية للصليب الأحمر المعني بالرعاية الصحية في أماكن الاحتجاز، الإشراف على إعداد هذه الطبعة. وتضمنت قائمة المساهمين من داخل اللجنة الدولية: مانويل ديوس، وإيزابيل ماركيز، وفاليري كابيتير، وماري ميرفي، وكاترين ديومان، وإيزابيل هايت، وأندريه كاسال، والدكتور روبرت باترسون.

ونهدى هذا الدليل إلى جميع موظفي اللجنة الدولية سواءً من عملوا في الخارج أو على المستوى الوطني الذين فقدوا أرواحهم وهم يعملون من أجل إنقاذ أرواح الآخرين.

قائمة المحتويات

5	1.1 تقديم الدليل	1.1
6	2.1 مفاهيم أساسية	2.1
8	3.1 دور العاملين في مجال الرعاية الصحية في تقييم السجن	3.1
9	4.1 تنظيم تقييم السجون	4.1
10	5.1 المناقشات مع المحتجزين	5.1
11	6.1 معايير الاحتجاز والحبس	6.1
15	2 ظروف الإقامة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية	2
15	1.2 ظروف الإقامة واكتظاظ السجون	1.2
19	2.2 المياه: مصدرها، وتخزينها، وتوزيعها، والوصول إليها	2.2
22	3.2 النظافة الصحية الشخصية	3.2
24	4.2 المراحيض	4.2
26	5.2 نظام المياه المستعملة والصرف الصحي	5.2
27	6.2 إدارة النفايات والنظافة الصحية لمباني السجن	6.2
29	7.2 ناقلات الأمراض والأفات	7.2
31	3 الغذاء والتغذية	3
32	1.3 السلسلة الغذائية	1.3
33	2.3 إمدادات الغذاء	2.3
35	3.3 تخزين الغذاء	3.3
37	4.3 إعداد الغذاء	4.3
41	5.3 الحصول على الغذاء	5.3
43	6.3 التغذية	6.3
46	7.3 سوء التغذية	7.3
49	8.3 تقييم الوضع التغذوي بين نزلاء السجون	8.3
51	4 خدمات الرعاية الصحية	4
51	1.4 مبادئ أساسية	1.4
52	2.4 موظفو الرعاية الصحية	2.4
55	3.4 المرافق والمعدات الطبية	3.4
57	4.4 الحصول على الرعاية الصحية داخل السجن	4.4
63	5.4 الحصول على الرعاية الصحية خارج السجن	5.4
66	6.4 سجلات المرضى الفردية	6.4
67	7.4 سجلات الحالة الإكلينيكية	7.4
69	8.4 ميزانية الأدوية والصحة	8.4
71	9.4 الرعاية الصحية للنساء في السجن	9.4
73	10.4 تعزيز الصحة في السجن	10.4
76	5 الحالة الصحية للمحتجزين	5
76	1.5 تقييم الحالة الصحية وجمع مؤشرات قابلة للقياس	1.5
77	2.5 الوفيات	2.5
79	3.5 الإصابة بالأمراض	3.5
82	4.5 التعذيب وغيره من ضروب سوء المعاملة	4.5
85	5.5 الحالات الطبية الفردية	5.5
86	6 مصادر إضافية	6
92	ملحق: معايير القضايا التي ترتبط بالرعاية الصحية في السجن	
94	فهرس	

مفتاح

■ قوائم العينات من الأسئلة حول كل موضوع مدرجة في مربع مثل هذا. وهذه القوائم غير شاملة، فهي لا تتضمن جميع الأسئلة وجميع أماكن الاحتجاز. ويجب تعديل تقييم كل سجن من السجون ليناسب الموقف المحدد وواقع السجن الذي تجري زيارته.

الاختصارات

اللجنة الأوروبية لمنع التعذيب والمعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة	CPT
معدل الوفيات الخام	CMR
القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء ("قواعد نيلسون مانديلا")	SMR
العدوى المنقولة جنسيًا	STI
السل	TB
الأمم المتحدة	UN
جمعية الطب العالمية	WMA
منظمة غير حكومية	NGO
فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب	HIV
مكان الاحتجاز	PoD

1. مقدمة

1.1. تقديم الدليل

لمن يوجه هذا الدليل

هذا الدليل موجه إلى الأشخاص أو المنظمات التي تتعامل مع قضية الصحة في السجون. سيجد موظفو الرعاية الصحية (الأطباء والمرضون) الذين يزورون السجون أو يعملون بها هذا الدليل ذا صلة خاصة بعملهم.

نأمل أن تصبح محتويات الدليل قابلة للتطبيق في سياقات واسعة النطاق، فرغم أن الدليل يُعنى بالسجون بشكل أساسي فيمكن استخدام الرؤية المطروحة فيه حول تقييم مستوى الرعاية الصحية ومعاييرها في أماكن احتجاز أخرى كأقسام الشرطة أو مراكز احتجاز المهاجرين.¹

الهدف

يهدف الدليل إلى تقديم العون في تقييم جوانب الحياة في السجن التي يمكن أن يكون لها تأثير على صحة المحتجزين وتوثيق تلك الجوانب. يمكن أن يؤدي تجميع هذه المعلومات إلى الحصول على منظور موضوعي لرؤية أي مشكلات أو نقاط قصور داخل السجن. ويمكن استخدام هذه المعلومات بعد ذلك في مساعدة سلطات الاحتجاز في ضمان توافر أفضل المعايير الصحية الممكنة بين المحتجزين وفقاً لما يقتضيه القانون.

يقدم الدليل نهجاً منطقياً وموحداً لتقييم الصحة والعوامل المحددة لتوافر الرعاية الصحية داخل أحد أماكن الاحتجاز والذي يفترض أن يتيح الآتي:

- تعريف الظروف الأساسية – الظروف الصحية والمعيشية – للنزلاء
- تقييم التطور الذي قد يشهده الوضع بمرور الوقت
- تحديد المشكلات الرئيسية التي قد تتطلب اتخاذ تدابير معينة لمواجهتها أو قد تحتاج تقييمًا أكثر تفصيلاً
- علاوة على ذلك، فمن خلال اتباع نهج موحد للتقييم وكتابة التقارير سيتيح الدليل عقد مقارنات بين السجون.

استخدام الدليل

تتناول فصول هذا الدليل جوانب معينة من الحياة في السجن يمكن أن تؤثر على صحة المحتجزين. تنقسم الفصول إلى أقسام تتناول مواضيع معينة، تحتوي هذه الأقسام على بعض المعلومات الأساسية حول الموضوع المعني ومراجع تخص المعايير ذات الصلة وعينة من الأسئلة التي يمكن طرحها أثناء زيارات السجن.

لن يتناول الدليل جميع الجوانب الصحية في السجن، ولكن الفصل الأخير يحتوي على قائمة بالموارد التي تقدم المزيد من المعلومات.

1 لغرض التبسيط، يتم استخدام المصطلح «سجن» في هذا الدليل للإشارة لأي منشأة يحتجز فيها الناس. ويفضل استخدام مصطلح «محتجز» بدلاً من «سجين» لسببين: أولاً، للتأكيد على إمكانية تطبيق محتويات هذا الدليل على نطاق واسع من الناس فليس جميع المحتجزين مدانين أو محتجزين في سجون؛ وثانياً، لأنه في العديد من السياقات، تقتصر كلمة «سجين» بالكثير من الدلالات السلبية.

2.1. مفاهيم أساسية

”الهرم الصحي“

إن استخدام ”الهرم الصحي“ مفيد في تقييم الصحة في السجون (انظر شكل 1.1). وفقاً لهذا النموذج، فإن البيئة الصحية ”ترتكز“ على: توفير مستوى ملائم من الغذاء والتغذية والنظافة الصحية والصرف الصحي وظروف الإقامة. ومن أجل البناء على هذه القاعدة، يجب اتخاذ التدابير اللازمة لحماية الصحة وتعزيزها. في نموذج الهرم الصحي، يعد النهج العلاجي، الذي يقبع على قمة الهرم، جزءاً من نظام الحفاظ على الصحة بشكل عام ولكن لا يمكن للرعاية الصحية العلاجية أن تكون فعالة إلا إذا أُضيفت إلى المكونات الأساسية التي تشمل التغذية والمياه والصرف الصحي وظروف الإقامة وكذلك إلى التدابير المتخذة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.

وتدعم الهرم الصحي في كل مستوياته ”العوامل النفسية الاجتماعية“ التي ستتم مناقشتها فيما يلي.



الشكل 1.1 ”الهرم الصحي“ داخل السجون

العوامل النفسية

معظم جوانب الحياة أثناء الاحتجاز من شأنها أن تترك بعض الآثار على صحة المحتجزين. يصف الهرم الصحي التأثيرات الأساسية على الصحة في السجون (الغذاء والتغذية؛ النظافة الصحية والصرف الصحي؛ ظروف الإقامة؛ حماية الصحة وتعزيزها؛ وأخيراً، الرعاية الصحية العلاجية). ومع ذلك، عند تقييم الصحة في السجون، من المهم أن ننظر إلى ما هو أبعد من هذه العناصر الأساسية، فيمكن أيضاً لعوامل أخرى – أقل وضوحاً أو غير واضحة على الإطلاق – أن تؤثر تأثيراً كبيراً على الصحة. تسمى هذه العوامل إجمالاً في بعض الأحيان ”العوامل النفسية“ وتتضمن: الآثار النفسية للتوقيف والحبس؛ والانفصال عن الهياكل الداعمة؛ ووجود تسلسل هرمي داخلي للسجناء؛ والعنف الذي يتضمن العنف الجنسي؛ وتعاطي المخدرات؛ وروتين السجن؛ واحترام الضمانات القضائية أو عدمه؛ وتعدد العلاقات الجنسية.

الآثار النفسية للتوقيف والحبس

أثناء عملية الاحتجاز والاستجواب، يشعر معظم الناس بالتوتر الشديد كما أنهم قد يتعرضون إلى سوء المعاملة أو التعذيب الذي قد يترتب عليه عواقب دائمة تضر بصحتهم الجسدية والنفسية والاجتماعية. كما تتنبأهم المخاوف حول المستقبل أثناء الاحتجاز، على سبيل المثال مخاوف حول إطلاق سراحهم بعد التحقيق أو إحالتهم للمحاكمة أو مخاوف من طبيعة الحياة في السجن في حال إدانتهم ومن آثار سجنهم على عائلاتهم. بالنسبة للعديد من الناس فإن هذا النوع من التوتر والمخاوف يتعدى مجال خبراتهم بالحياة بكثير. بالإضافة إلى ذلك، يشعر العديد من الناس باليأس أثناء تواجدهم في السجن ويعانون من الاكتئاب وانخفاض المعنويات.

الانفصال عن الهياكل الداعمة

من يُنتزعون فجأة من حياتهم اليومية ويوضعون قيد الاحتجاز يجدون أنفسهم بعيدين عن آليات التكيف والهياكل الداعمة لهم (على سبيل المثال، عائلاتهم وأصدقائهم وفي العديد من الحالات، بيئات عملهم). هذا يزيد من قابليتهم للتعرض للأذى النفسي.

التسلسل الهرمي الداخلي للسجناء

توجد في السجون على مستوى العالم تسلسلات هرمية و"قواعد" غير رسمية تحكم السجناء، بنسب قد تزيد أو تقل. حيث يمكن للمجموعات الإجرامية أو السياسية أو العرقية المختلفة داخل السجن أن تضع قواعد يجب على السجناء اتباعها. هذه المجموعات قد تتنافس فيما بينها على النفوذ أو السلطة أو المكاسب المادية؛ وفي سبيل ذلك قد يستخدمون الابتزاز أو القمع أو التتمر أو العنف الجسدي أو الجنسي. ويمكن كذلك ممارسة مختلف أشكال التمييز، وقد يتضمن ذلك تقييد سبيل الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية. وقد تتساهل سلطات السجون مع هذه الممارسات عن علم، بل قد تتورط السلطات في بعض الحالات بشكل مباشر في تلك الممارسات.

تعاطي المخدرات

في العديد من السياقات، تنتشر ثقافة تعاطي المخدرات داخل السجون وكثيراً ما ترتبط بالتسلسل الهرمي الداخلي داخل السجون المذكور أعلاه. ويزيد تعاطي المخدرات عن طريق الحقن من المخاطر الصحية في السجون بصورة كبيرة ويساهم في زيادة هذه المخاطر عاملاً وهماً: أولاً، انتشار الأمراض المنقولة بالدم بين السجناء بنسب تزيد أكثر من انتشارها بين عامة الناس؛ وثانياً، تزايد مشاركة الإبر والأدوات الأخرى بين السجناء بسبب ندرة الحقن النظيفة وضرورة إخفاء أدوات تعاطي المخدرات عن السلطات. وقد وضعت بعض السجون برامج تتناول مسألة تبادل استعمال الحقن لمعالجة هذه القضايا.

السلوك الجنسي

قد يُمارس السلوك الجنسي داخل السجون بالتراضي أو بالإكراه كما قد تحدث حوادث عنف جنسي. كثيراً ما يكون هناك خطر التعرض للإصابة بالأمراض والعدوى المنقولة جنسياً بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب بسبب انتشار الأمراض في السجون بنسبة أكبر من المعتاد وندرة الأوقية الذكرية. ولمواجهة هذه المخاطر قد استحدثت بعض السجون برامج توزيع الأوقية الذكرية.

البيئة والروتين داخل السجن

قد يكون للعديد من جوانب بيئة الاحتجاز وروتين السجن التي تحكمها قواعد السجن الرسمية تأثير على الصحة. هناك عوامل شتى تشمل مدى تواصل السجناء مع عائلاتهم سواءً من خلال البريد العادي (ورسائل الصليب الأحمر) أو من خلال الزيارات العائلية؛ وإمكانية العمل أو الإجبار على العمل؛ والحصول على الهواء النقي وممارسة الأنشطة البدنية أو الرياضة؛ وإلى أي مدى يستطيع السجناء الاستمتاع بالأنشطة الترفيهية كالقراءة وممارسة الألعاب؛ وإلى أي مدى يستطيعون ممارسة شعائرهم الدينية؛ وتلقي التعليم (خاصةً بالنسبة للأطفال ولكن أيضاً المزيد من التعليم للراشدين)؛ وبالطبع، الحصول على الرعاية الصحية: كل هذه العوامل قد يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر على الصحة ولكنها أيضاً قد تخضع إلى تدخل التسلسلات الهرمية للسجناء أو الحراس أو إدارة السجن.

يظهر جلياً مما سبق أنه يمكن أن يشتمل المصطلح "العوامل النفسية" على معظم جوانب الحياة قيد الاحتجاز وقد يصعب فهم العديد من هذه العوامل أو التعامل معها أو تغييرها ولكن من المهم الوعي بها وبالطرق التي يمكن أن تؤثر بها على صحة السجناء.

التوفر وإمكانية الوصول والجودة

من المهم التمييز بين توفر الخدمة وإمكانية الوصول إليها أثناء تقييم الرعاية الصحية في السجون، فتوفر الخدمة تُعنى بوجود بنية تحتية وخدمات داخل السجن: مثل مرافق الرعاية الصحية والعقاقير والمياه ومرافق الصرف الصحي والمطابخ والطعام، إلخ. أما إمكانية الوصول إلى هذه الخدمات فتعني إلى أي مدى يتساوى السجناء في الوصول إلى هذه المرافق والخدمات دون حواجز أو تدخل.

يجب أن تُدار المرافق والخدمات داخل السجن في ظل مبدأ عدم التمييز ويجب أن يتساوى الجميع في الوصول إليها؛ كما يجب أن يوضع في الاعتبار أن مجموعات معينة من المستضعفين والمهمشين قد يكون لها احتياجات أكبر (على سبيل المثال، النساء والأطفال وكبار السن والمعاقون والمصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والأقليات العرقية). يمكن كذلك تقسيم إمكانية الوصول إلى إمكانية الوصول إلى المكان (على سبيل المثال، هل يتدخل موقع مرافق الرعاية الصحية في إمكانية الوصول إليها؟)؛ وإمكانية الاقتصادية (هل هناك أية حواجز مالية تعيق الوصول إلى المرافق والخدمات والطعام وما إلى ذلك؟)؛ وإمكانية الوصول إلى المعلومات (على سبيل المثال، هل يمكن للسجناء طلب معرفة معلومات حول الرعاية الصحية والصرف الصحي والتغذية والحصول عليها وهل يمكنهم تقديم المعلومات أو عرض آرائهم؟).

تعد إمكانية الوصول إلى الخدمات والبنية التحتية وجودتها من أهم العوامل المحددة لمستوى الرعاية الصحية داخل السجن.

فهم موظفي السجن

أحياناً ننظر إلى ممثلي سلطات الاحتجاز على أنهم "الأشرار" خاصةً عندما تبدو معاملة المحتجزين سيئة بشكل واضح. ولكن في معظم الحالات لا ينطبق هذا الوصف على السلطات. كما أنه من المستبعد أن يعود اتخاذ موقفاً عدائياً من موظفي السجن بالنفع على أحد وخاصةً المحتجزين. لذلك فمن المهم أثناء تقييم السجن أن تحاول أن تتخطى التصور البسيط عن سلطات الاحتجاز.

فلتتفقد المرافق المتاحة لموظفي السجن للإقامة والنظافة الصحية والترفيه، إن أمكن ذلك. وتحقق كذلك من جودة الطعام والرعاية الصحية المقدمة لهم؛ ففي بعض الأحيان لا تكون المرافق والخدمات المتوفرة لموظفي السجن أفضل حالاً من تلك المتوفرة للمحتجزين. بالتأكيد لا يمكن أن يبرر هذا الأمر الظروف السيئة للمحتجزين ولكن ينبغي الاعتراف أن الظروف السيئة التي يعاني منها موظفو السجن تؤثر على معنوياتهم وفي النهاية يؤثر ذلك على عملهم وأسلوب تعاملهم مع المحتجزين.

ابحث في دوافع موظفي السجن وحافزهم للعمل والتحديات التي يضطرون لمواجهتها. تعرف على هياكل الرواتب والمكافآت التي يتقاضونها. اسألهم إذا كانوا قد سعوا وتقديموا لوظائفهم ثم اسألهم عن السبب إذا جاء ردهم بالإيجاب. واسألهم هل يستمتعون بعملهم ولماذا يستمتعون به (أو لماذا لا يستمتعون به). قد تمدك هذه الأحاديث بمعلومات مفيدة، كما يمكنها أن تساعد في تأسيس علاقات قائمة على مزيد من التعاون.

3.1. دور العاملين في مجال الرعاية الصحية في تقييم السجن

يتخذ العاملون في مجال الرعاية الصحية (الأطباء أو الممرضون) بشكل عام منهج الصحة العامة في تقييمهم للرعاية الصحية في السجن: فهم يتناولون صحة النزلاء في السجن ككل وليس بشكل فردي.² ولكن، يتعين على العاملين في مجال الرعاية الصحية أن يقيموا تنظيم السجن والظروف بداخلها بالإضافة إلى تأثيرها على الصحة العامة للنزلاء في السجن. كما يتعين على العاملين في مجال الرعاية

2 ريس، "دور الطبيب في الزيارات التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر إلى السجناء"، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 1994.

الصحية أن يحددوا أي مشكلات في ظروف أو نظام السجون لها تأثير سلبي على صحة المحتجزين. وأخيراً، يجب عليهم صياغة توصيات واقتراحات عملية للتوصل إلى حلول وتقديمها إلى سلطات الاحتجاز. يهدف هذا الدليل إلى تقديم العون أثناء القيام بتقييم السجون، ولتحقيق تلك الغاية، فهو يسترعي الانتباه إلى تلك الجوانب من ظروف السجن ونظامه التي يرجح أن تؤثر على الرعاية الصحية، كما يقدم عينة من الأسئلة التي ينبغي أن يساعد طرحها على تحليل تلك الجوانب. يرجى ملاحظة أن قوائم الأسئلة التي يتضمنها كل قسم هي مجرد أمثلة وينبغي مواضعها مع كل من أماكن الاحتجاز المختلفة. وكذلك فإن هذا الدليل لا يُقصد به أن يُستخدم كقائمة مرجعية؛ فهو يقدم منهجاً لتقييم السجون وهو منهج عام وتحليلي. في حال أظهر تقييم السجون أوجه قصور في ظروف السجن أو نظامه فيتعين على موظف الرعاية الصحية أن يهدف إلى تحليل الأسباب وتقييم أثرها على صحة المحتجزين.

يستلزم التقييم الشامل للرعاية الصحية في السجون إجراء تقييم متعمق للنظام الصحي في السجون من خلال الملاحظة، والتحدث مع موظفي الصحة في السجون، وإجراء محادثات خاصة مع المحتجزين المرضى و/ أو الأصحاء، ويستغرق هذا الأمر وقتاً طويلاً. قد يتعين على العاملين في مجال الرعاية الصحية كذلك تقييم بعض القضايا مثل ظروف الإقامة والطعام والنظافة الصحية والمياه والصرف الصحي العام بالإضافة إلى مختلف العوامل النفسية المرتبطة بالاحتجاز. يجب أن يشمل تقييم السجن، كلما أمكن ذلك، زيارة إلى مرفق الرعاية الصحية المحلي للتحقق من مستوى الرعاية الصحية المقدمة للنزلاء ولاكتشاف وجود أي مشكلات تتعلق بالمحتجزين المحولين إلى ذلك المرفق.

ومن الأهمية بمكان توضيح ما يتوجب على موظف الرعاية الصحية ألا يفعله أثناء تقييم الصحة في السجون. ينبغي بشكل عام ألا يتولى موظف الرعاية الصحية عمل موظفي السجن ولا يدير نظام صحي موازي من خلال إجراء كشوف صحية فردية أو علاج المحتجزين. ينبغي ألا يجد ممثلو سلطات السجن أو أعضاء فريق تقييم السجن ما يشجعهم على إعداد قوائم بأسماء المحتجزين الذين "يرغبون في زيارة الطبيب".

ولكن ينبغي على موظف الرعاية الصحية أن يلتقي بالمحتجزين المختارين بصورة منفردة لمناقشة القضايا والمشكلات التي تتعلق بنظام الرعاية الصحية وقد يستعين موظف الرعاية الصحية بمعايير عامة أو محددة في اختيار هؤلاء المحتجزين. قد تشمل المعايير العامة ما يلي: المحتجزين الموقوفين حديثاً أو المحتجزات الإناث أو المحتجزين ممن هم أكبر أو أصغر من سن معين، وقد تشمل المعايير المحددة ما يلي: المحتجزين الذين مروا على أماكن استجواب معينة أو الذين يبدون سمات مرض معين أو الذين يبدون علامات واضحة لمرض عقلي.

وفي السياقات حيث يمثل سوء المعاملة مشكلة، قد يريد موظف الرعاية الصحية تقييم المحتجزين الذين تعرضوا لسوء المعاملة كي يتمكن من توثيقها طبيًا.

4.1. تنظيم تقييم السجون

عادةً ما يجري العاملون في مجال الرعاية الصحية تقييم الرعاية الصحية في السجون أثناء زيارات الفرق الزائرة إلى السجون. وعادةً ما تتكون هذه الفرق في اللجنة الدولية للصليب الأحمر من مندوبي اللجنة الدولية في أماكن الاحتجاز ومستشارين قانونيين ومهندسين في مجال المياه والصرف الصحي وأخصائي تغذية، إلخ. أثناء هذه الزيارات، قد يقيم أعضاء الفريق الآخرون جوانب معينة للحياة في السجن ويجرون محادثات مع المحتجزين. ومن الضروري أن يلتزم أفراد الفريق بالعمل الجماعي والتنسيق فيما بينهم لضمان عدم إغفال أي قضايا أثناء عملية التقييم وعدم حدوث ازدواجية في العمل، فيجب أن يعي جميع أفراد الفريق من سيجمع أي معلومات داخل السجن. ويعتمد تقسيم المهام على حجم الفريق الزائر وكذلك على القضايا والظروف المرتبطة بالسجن، فعلى سبيل المثال، قد تستحوذ إحدى الأزمات الصحية الحادة في أحد السجون على اهتمام موظف الرعاية الصحية الزائر استحوادًا كليًا ما قد يتطلب إسناد جزء كبير من عمله المعتاد إلى شخص آخر.

قد يُقيم أعضاء الفريق غير المختصون في المجال الطبي ظروف الإقامة والطعام والنظافة الصحية والمياه والصرف الصحي العام بجانب العديد من العوامل النفسية المرتبطة بالاحتجاز. لموظف الرعاية الصحية بعد ذلك أن يستعين بنتائج هذا التقييم في الحكم على تأثيرها على الرعاية الصحية داخل السجن أو تحديد ما إذا كانت هناك حاجة إلى إجراء مزيد من التقييم. وبالتالي، فقد يستفيد أعضاء الفريق غير المختصون في المجال الطبي من محتويات هذا الدليل. ولكن هذا الدليل لا يُقصد به أن يحل محل موظف الرعاية الصحية في فريق تقييم السجن، فمن الضروري أن يكون للشخص خلفية طبية لفهم العديد من القضايا الصحية. ويتعين على أعضاء الفريق غير المختصين في المجال الطبي العاكفين على تقييم قضايا ترتبط بالرعاية الصحية مناقشة النتائج التي يتوصلون إليها مع أحد العاملين في مجال الرعاية الصحية.

عقب انتهاء أفراد الفريق، بمن فيهم العاملون في مجال الرعاية الصحية، من زيارة السجن، ينبغي أن يتعاون أفراد الفريق في إبلاغ نتائجهم وتقديم التوصيات. قد تكون هذه التوصيات للاستخدام الداخلي (كمثال، استراتيجيات لرصد التطورات داخل السجن) أو لتقديمها لسلطات السجن (كمثال، التوصية بإجراء تغييرات في بيئة السجن أو نظامه). ينبغي أن تكون التوصيات باتخاذ إجراءات معينة شاملة قدر الإمكان وأن تأخذ في الحسبان جميع التحديات وجميع الأطراف المعنية. يهتم هذا الدليل فقط بعملية تقييم الرعاية الصحية في السجن؛ ولا يحتوي على أي نصائح بخصوص التدابير التي يتعين اتخاذها.

5.1. المناقشات مع المحتجزين

تعد المناقشات مع المحتجزين مصدرًا مهمًا للمعلومات حول الرعاية الصحية والعوامل المحددة لمستوى الرعاية الصحية في السجن. فيما يلي بعض الاقتراحات لجعل هذه المناقشات مثمرة قدر الإمكان.

ترتيب المقابلات

قبل أن تصل إلى السجن، حدد أي مجموعات من المحتجزين تود أن تقابلها. حاول مقابلة محتجزين من مجموعات معينة من المستضعفين، كمثال، النساء والأطفال وكبار السن والمعاقين والأجانب. قد يصبح المحتجزين في السجن مستضعفين كذلك بسبب انتماءاتهم العرقية أو الدينية أو السياسية. هذه المجموعات المستضعفة شديدة التعرض لمخاطر الإصابة بمشكلات صحية.

لا تدع سلطات السجن تختار مع من تتحدث من المحتجزين.

استخدم مكانًا هادئًا لإجراء المناقشات، بمنأى عن مسمع المحتجزين الآخرين وممثلي سلطات السجن.

تجنب، قدر المستطاع، أي اختلال للتوازن خلال الموقف: كمثال، حاول استخدام مقاعد متساوية في الارتفاع واحرص على ألا يكون المحتجزون مقيدون أثناء المناقشات.

العمل مع المترجمين الفوريين

أطلع المترجمين الفوريين مسبقًا على الموضوعات التي تنوي مناقشتها مع المحتجزين، ولا سيما إن كانت قضايا حساسة. هكذا يتسنى للمترجمين تحضير التعبيرات أو المفردات الملائمة لاستخدامها فلا يفاجئون بها.

تحدث ببطء وبوضوح واستخدم عبارات قصيرة. يمكن للعمل مع المترجمين أن يكون صعبًا للغاية؛ احرص على الاستمرار في التحدث ببطء وبوضوح حتى إن شعرت بالإحباط.

المقدمات

عرف نفسك للمحتجزين باسمك ووظيفتك؛ أخبرهم بالهدف من زيارتك. اشرح لهم أنك ستناقشون في القضايا المرتبطة بالرعاية الصحية ولكن لا يمكنك أن تعالجهم أو تقدم لهم أية استشارة علاجية. هذا الأمر مهم: يجب ألا تعطي المحتجزين انطباعًا أنك ستدخل شخصيًا بالنيابة عنهم. سيؤكد هذا أيضًا أنك لست مطالب بتقديم العلاج أو إحالة المرضى.

أكد لهم على سرية مناقشاتك معهم. اشرح لهم أنهم إذا لم يريدوك أن تفصح عن أي تفاصيل عن المناقشات التي أجروها معك لأحد فإنك لن تفعل؛ واطرح لهم أيضاً أنهم إذا أدنوا لك بالتحدث مع أشخاص آخرين حول هذه المناقشات فإن مصادر المعلومات التي ستتلقاها ستظل مجهولة الهوية. اشرح للمحتجزين أنهم ليسوا ملزمين بالتحدث معك.

أثناء النقاش

كن مهذباً وابدِ احترامك لهم في جميع الأوقات.

قد تقدم المجموعات المختلفة داخل السجن روايات وأبعاد مختلفة. قد يعكس هذا الأمر اختلافات فعلية في خبرات هذه المجموعات أو اختلافات في معتقداتها حول ما ينبغي أن تسير عليه الأمور. حيث إنه لا توجد "حقيقة" واحدة فلا تندهش إن سمعت روايات متضاربة.

الختام

في نهاية النقاش، اسأل المحتجز أو المحتجزة إن كان لديه أية أسئلة أو أقوال أخرى. ستشير بسؤالك هذا إلى انتهاء النقاش. كما يمكنك كذلك أن تستخلص معلومات مفيدة – بحلول هذا الوقت سيصبح لدى المحتجز فكرة جيدة عن نوع المعلومات التي تبحث عنها وقد يقدم لك معلومات حول قضايا لم تثرها في أسئلتك.

6.1. معايير الاحتجاز والحبس

تشمل "المعايير" القوانين والتوصيات والمبادئ المتعلقة بالممارسات الجيدة. توجد معايير لمعظم جوانب الاحتجاز ويمكن استخدامها لتوجيه الإجراءات التي يجب اتخاذها في حال عدم الالتزام بها.

هناك ثلاثة أنواع رئيسية للمعايير يمكن الرجوع إليها أثناء تقييم السجون وهي:

- **المعايير الوطنية** وقد نجدها في القوانين المحلية المتعلقة بالاحتجاز أو في إصدارات الهيئات الوطنية للرعاية الصحية (على سبيل المثال، جمعيات الصحة العامة)
- **المعايير الإقليمية** التي تحددها الهيئات الإقليمية كمثل، مجلس أوروبا واللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب
- **المعايير الدولية** المتعلقة بأحوال السجون التي تحددها منظمة الأمم المتحدة سيتم وصف هذه الأنواع الثلاثة للمعايير بالتفصيل أدناه.

كما وضعت اللجنة الدولية للصليب الأحمر بعض القيم المرجعية في مجالات المياه والصرف الصحي وظروف الإقامة المستخلصة من خبرة اللجنة الطويلة في العمل في السجون.³ لا تحتوي المعايير دائماً على مؤشرات أو أرقام محددة بوضوح. القيم المرجعية للمؤشرات الصحية الأساسية (كمثال، معدل الوفيات الخام وأعداد الاستشارات الطبية) ليست متاحة بشكل عام للنزلاء في السجون. ولكن، في بعض الحالات، تستخدم القيم المرجعية الموضوعية للنزاحين (بمن فيهم اللاجئون) كتقريب أو "أفضل تقدير" للنزلاء في السجون.⁴

أما فيما يتعلق بإمكانية الحصول على الرعاية الصحية، فإن المعيار الذي عادةً ما يُستند إليه هو معيار المساواة مع المجتمع: بمعنى آخر، ينبغي أن يحصل السجناء على الرعاية الصحية بدرجة متساوية على الأقل مع الأشخاص في المجتمعات العادية.

3 بيير جيورجيو نمبريني، المياه، الصرف الصحي، النظافة الصحية وظروف الإقامة في السجون، الطبعة الثانية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 2013. متاح عبر الرابط:

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0823.htm>

4 بيار بيران، الطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة – دورة تدريبية في الصحة العامة عن إدارة المساعدات الإنسانية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 2001؛ مشروع اسفير: الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في مجال الاستجابة الإنسانية، الطبعة الثالثة، مشروع اسفير، جنيف، 2011. متاح عبر الرابط: <http://www.sphereproject.org>

المعايير الوطنية

العديد من البلدان لديها قوانين محلية تتعلق بالاحتجاز وعادةً ما يطلق على القانون المتعلق بالسجون "قانون السجون". لا تُعرف هذه القوانين أحوال السجون ولكنها عادةً ما تنص على صياغة "قواعد السجون" أو "لوائح السجون" وتضم أحكام مفصلة حول إدارة السجون، بما فيها القضايا التي تتعلق بالرعاية الصحية. وكثيرًا ما تحدد تلك اللوائح مسؤوليات الأطباء والممرضين بالسجون والتي تتجاوز تقديم الرعاية الصحية العلاجية وتتضمن الإشراف على الأمور التي تتعلق بالنظافة الصحية والتغذية، على سبيل المثال. ولكن قد تكون بعض الأحكام في "لوائح السجون" المحلية قد عفا عليها الزمن/ أو تتعارض مع الممارسات المقبولة دوليًا.

وقد تُصدر الروابط المهنية للعاملين في مجال الرعاية الصحية مثل الروابط الطبية الوطنية معايير وطنية أخرى⁵ أو تشارك في اجتماعات فيما بين القطاعات تدور حول الرعاية الصحية قيد الاحتجاز وتعتمد نتائج هذه الاجتماعات. هذه المعايير المعتمدة ليس لها قوة القانون ولكنها قد تفيد كمنهج مرجعية.

المعايير الإقليمية

وضعت بعض هيئات حقوق الإنسان الإقليمية معايير للأحوال قيد الاحتجاز والتي تتناول أيضًا جوانب الرعاية الصحية: على سبيل المثال، قواعد السجون الأوروبية التي يعتمدها مجلس أوروبا.⁶ ويعد الحفاظ على صحة الأشخاص قيد الاحتجاز أحد المبادئ الأساسية التي تستند إليها قواعد السجون الأوروبية. كما أسس مجلس أوروبا اللجنة الأوروبية لمنع التعذيب التي وضعت بدورها معايير ملزمة للاحتجاز والحبس في مراكز الشرطة، وتتضمن أحكام تتعلق بالرعاية الصحية.⁷ بالإضافة إلى ذلك، أعد مجلس أوروبا توصيات حول أخلاقيات الرعاية الصحية في السجون وتنظيمها.⁸

كما اعتمدت اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب المبادئ التوجيهية لجزيرة "روبن" لمنع التعذيب في عام 2002.⁹ ورغم أن الغرض الرئيسي لهذه المبادئ التوجيهية هو منع التعذيب فإنها تتضمن أيضًا أحكامًا حول أحوال الاحتجاز. وكلفت لجنة منع التعذيب في أفريقيا¹⁰ بتعميم المبادئ التوجيهية لجزيرة "روبن" والتشجيع على تنفيذها. كما يتناول إعلان كمبالا بشأن أحوال السجون في أفريقيا، الذي اعتمده الأمم المتحدة في عام 1997، أحوال السجون في أفريقيا، وبالأخص الاكتظاظ. وتعد التوصيات التي قدمها المقرر الخاص المعني بالسجون وظروف الاحتجاز في أفريقيا، الذي عينته اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب، نقطة مرجعية مفيدة.

أما في أمريكا اللاتينية، فإن نتائج لجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان ومحكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان وثيقة الصلة بهذا الشأن.

5 انظر، على سبيل المثال،

American Public Health Association Task Force on Correctional Health Care Standards, *Standards for Health Services in Correctional Institutions*, 3rd ed., APHA, Washington D.C., 2003.

6 اعتمد مجلس أوروبا قواعد السجون الأوروبية في عام 1973، وجرت مراجعتها في عام 1987، وأعيد كتابتها في عام 2006. انظر:

Council of Europe. Recommendation Rec (2006) 2 of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules. Adopted on 11 January 2006

7 أسست اللجنة الأوروبية لمنع التعذيب استنادًا إلى الاتفاقية الأوروبية لمنع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة اللانسانية أو المهينة التي اعتمدها الدول أعضاء مجلس أوروبا في عام 1987. انظر:

CPT, *The CPT Standards: "Substantive" Sections of the CPT's General Reports*, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2011 (<http://www.cpt.coe.int/en/docsstandards.htm>.)

8 مجلس أوروبا، لجنة الوزراء، الجوانب الأخلاقية والتنظيمية للرعاية الصحية في السجون، توصية رقم R(98)7. اعتمدت في 8 نيسان/ أبريل 1998.

9 اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب، قرار بشأن منع وحظر التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللانسانية أو المهينة في أفريقيا، الدورة العادية رقم 32، 17-23 تشرين الأول/ أكتوبر 2002، بانجول، غامبيا.

10 المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة، إعلان كمبالا بشأن أحوال السجون في أفريقيا، قرار 36/1997، الجلسة العامة السادسة والثلاثين، 21 تموز/ يوليو 1997.

المعايير الدولية

تعد القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء¹¹ المصدر الرئيسي لتوجيه معاملة المحتجزين وإدارة المؤسسات العقابية. وقد اعتمد المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء (في نسختها الأصلية) في عام 1957. وقد تمت مراجعتها بشكل كبير لتعكس الطفرات التي شهدتها الممارسات والقواعد المقبولة دولياً (حقوق الإنسان، والعلوم الإصلاحية، والخدمات الطبية، وأخلاقيات مهنة الطب)، كما اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء في نسختها المنقحة (التي تسمى الآن "قواعد نيلسون مانديلا") بالإجماع في عام 2015.¹² إلا أن القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء لا تشكل معاهدة ملزمة قانونياً؛ فهي مجرد مجموعة من التوصيات والمبادئ التوجيهية.¹³ ويجب موازنة هذه "القواعد" مع كل بلد نظراً لاختلاف الظروف الاجتماعية والاقتصادية والقانونية والمناخية والجغرافية من دولة إلى أخرى.¹⁴

في عام 1988، اعتمدت الأمم المتحدة مجموعة المبادئ المتعلقة بحماية جميع الأشخاص الذين يتعرضون لأي شكل من أشكال الاحتجاز أو السجن.¹⁵ توضح المبادئ من 24 إلى 26 ضرورة الآتي: إجراء فحص طبي لائق لكل محتجز جديد فور وصوله، وضمان وصول المحتجزين إلى الرعاية الطبية دون قيد، وحفظ السجلات الطبية بشكل صحيح.

من المعايير الأخرى ذات الصلة ما يلي: قواعد الأمم المتحدة بشأن حماية الأحداث المجرمين من حريتهم لعام 1990 وقواعد الأمم المتحدة لمعاملة السجناء والتدابير غير الاحتجازية للمجرمات (قواعد بانكوك) لعام 2010.

العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية هي معاهدة ملزمة دخلت حيز النفاذ في عام 1976. وتكفل المادة 12 من المعاهدة "حق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية يمكن بلوغه". ويؤكد توضيح هذه العبارة على وجوب امتناع أطراف هذه المعاهدة عن "حرمان أي شخص أو الحد من حصوله على خدمات متكافئة في مجال الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والمتعلقة بتخفيف الآلام، بمن في ذلك السجناء وأفراد الأقليات وملتمسو اللجوء والمهاجرون غير الشرعيين".

فيما يتعلق بأخلاقيات الرعاية الصحية الدولية أثناء الاحتجاز، يمكن الرجوع إلى البيانات والإعلانات الصادرة عن هيئات مثل الأمم المتحدة،¹⁶ والمجلس الدولي للممرضين والممرضات،¹⁷ والجمعية الطبية العالمية¹⁸ والمبادئ التي تعرفها هذه الهيئات. ويجدر بالذكر بصفة خاصة إعلان طوكيو الذي اعتمده الجمعية الطبية العالمية في عام 1975 والذي يقدم المبادئ التوجيهية للأطباء بشأن التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو الحاطة بالكرامة، بما فيها التغذية القسرية.

11 الأمم المتحدة. القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء: أوصى باعتمادها مؤتمر الأمم المتحدة الأول لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين عام 1955 وأقرها المجلس الاقتصادي والاجتماعي بقراريه المؤرخين في 31 تموز/ يوليو 1957 و13 أيار/ مايو 1977.

12 قاد عملية المراجعة فريق خبراء رشحته لجنة الأمم المتحدة لمنع الجريمة والعدالة الجنائية؛ وشاركت الشعبة القانونية، وشعبة المساعدة في اللجنة الدولية للصليب الأحمر في هذه العملية. واعتمدت لجنة الأمم المتحدة لمنع الجريمة قواعد معاملة السجناء المنقحة ("قواعد نيلسون مانديلا") في أيار/ مايو 2015، ووافق عليها المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة في تموز/ يوليو 2015، واعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في 17 كانون الأول/ ديسمبر 2015.

13 يعد هذا النوع من الوثائق "قانون غير ملزم"، فهي ليست معاهدة وقعتها دول بل مجموعة من المعايير والمبادئ المتفق عليها عالمياً وتعتبر الحد الأدنى الذي ينبغي أن تلتزم به الدول.

14 للحصول على تفسير للقواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء انظر:

"المنظمة الدولية للإصلاح الجنائي: دليل تفعيل القواعد الدنيا لمعاملة السجناء، الطبعة الثانية، 2001". يقدم هذا الدليل لمحة عامة على قواعد الأمم المتحدة بشأن ظروف السجن ومعاملة المحتجزين، ويشرح القيمة العملية للقواعد ومعناها بالنسبة لسياسة السجن وممارساته. وقد لاقى هذا الدليل قبولا واسعا النطاق وترجم إلى لغات عديدة. ويوصى بشدة بدراسة متأنية لهذا التحليل النافع للقواعد الدنيا لمعاملة السجناء. (ويمكن تنزيل الترجمة العربية عبر الرابط التالي:

<https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/201305/version-complete.pdf>)

15 الجمعية العامة للأمم المتحدة، مجموعة المبادئ المتعلقة بحماية جميع الأشخاص الذين يتعرضون لأي شكل من أشكال الاحتجاز أو السجن، (القرار 173/43)، 9 كانون الأول/ ديسمبر 1988.

متاح عبر الرابط: <http://www.un.org/documents/ga/res/43/a43r173.htm>

16 مبادئ الأخلاقيات الطبية ذات الصلة بدور موظفي الصحة، ولا سيما الأطباء، في حماية السجناء والمحتجزين ضد التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة التي اعتمدها قرار الجمعية العامة 194/37 المؤرخ 18 كانون الأول/ ديسمبر 1982.

17 انظر على سبيل المثال: المجلس الدولي للممرضين، دور الممرض في رعاية السجناء والمحتجزين، 1998.

18 انظر على سبيل المثال: الجمعية الطبية العالمية، مدونة قواعد السلوك الدولية للأخلاقيات الطبية، اعتمدت في عام 1949 وُعُدلت في عام 1968 و1983 و2006 (انظر: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8>). فيما يخص أخلاقيات أطباء السجن، انظر أيضاً: المجلس الدولي للخدمات الطبية في السجن، قسم أثناء، 1979.

معايير الاحتجاز أثناء النزاعات المسلحة (القانون الإنساني الدولي) ودور اللجنة الدولية

تتناول اتفاقية جنيف الثالثة اعتقال أسرى الحرب أثناء النزاعات المسلحة الدولية؛ وتتناول اتفاقية جنيف الرابعة اعتقال المدنيين. تتضمن الاتفاقيتان مواد محددة تتناول تقديم الرعاية الصحية بالإضافة إلى ظروف الإقامة والغذاء والمياه والرياضة، إلخ. استنشر الاتفاقية ذات الصلة وأولها اهتمامًا وثيقًا.¹⁹ القواعد المنطبقة على النزاعات المسلحة غير الدولية موجودة في المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع والبروتوكول الإضافي الثاني الملحق بها المؤرخ 8 حزيران/يونيو 1977 (البروتوكول الإضافي الثاني)²⁰ بالإضافة إلى القانون الدولي الإنساني العرفي.²¹

وقد مُنحت اللجنة الدولية للصليب الأحمر تفويضًا للعمل من أجل حماية أسرى الحرب والمدنيين أثناء النزاع المسلح الدولي. وبموجب المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع، يمكن للجنة الدولية تقديم خدماتها إلى أطراف النزاع المسلح غير الدولي. كما أن اللجنة الدولية – بموجب النظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر – لها حق المبادرة الإنسانية في المواقف التي لا ترقى إلى مستوى النزاع المسلح.²²

19 اتفاقية جنيف الثالثة المتعلقة بمعاملة أسرى الحرب المؤرخة 12 آب/أغسطس 1949؛ اتفاقية جنيف الرابعة المتعلقة بحماية الأشخاص المدنيين وقت الحرب المؤرخة 12 آب/أغسطس 1949.

20 انظر على وجه التحديد: مادة 4 (الضمانات الأساسية) ومادة 5 (الأشخاص المحرومون من حريتهم) من البروتوكول الإضافي الثاني.

21 جون ماري هنكرتس، "دراسة حول القانون الدولي الإنساني العرفي: إسهام في فهم واحترام حكم القانون في النزاع المسلح"، *المجلة الدولية للصليب الأحمر*، المجلد 87، رقم 857، آذار/مارس 2005، ص 175-212. متاح عبر الرابط: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0860.htm>

22 النظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، مادة 5 (3).

2. ظروف الإقامة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

1.2. ظروف الإقامة واكتظاظ السجون

يتعين على سلطات السجن أن تحرص على توفير التالي للمحتجزين: المأوى المناسب والحماية من العوامل المناخية؛ وإمكانية الحصول على النظافة الصحية والوصول إلى مرافق الصرف الصحي؛ ومساحة كافية للنوم وممارسة الرياضة والترفيه؛ والحماية من العنف. كما يتعين الحرص على الوقاية من انتشار الأمراض المعدية. تعد هذه العناصر الأساسية لظروف الإقامة في السجن ويتعين ألا تتأثر بأي شكل بمتطلبات الأمن والحرمان من الحرية الملازمين لأماكن الاحتجاز.

الطاقة الاستيعابية

لدى مرافق الاحتجاز والسجون طاقة استيعابية رسمية: عدد الأشخاص الذين يمكن للمرفق أن يستوعبهم مع تلبية احتياجاتهم الأساسية من المساحة، والإضاءة، والتهوية، والنظافة الصحية، والمراحيض، والمياه، وطاقة استيعابية كافية في المطابخ، وخدمات الرعاية الصحية فضلاً عن متطلبات الشعور بالأمن والأمان. وتحدد الطاقة الاستيعابية الرسمية أثناء بناء المباني: هناك عدد محدد من الزنزانات، يستوعب كل منها عدد محدد من المحتجزين. ويشير مصطلح الإشغال إلى العدد الفعلي للأشخاص المحتجزين في السجن. أما نسبة الإشغال فهي المؤشر الذي يشار إليه عادةً.

$$\text{نسبة الإشغال (\%)} = \frac{\text{الإشغال}}{\text{الطاقة الاستيعابية}} \times 100$$

عندما تكون نسبة الإشغال 100%، فهذا يعني أن السجن يحتوي على عدد المحتجزين الذي صُمم كي يستوعبه. عندما تزيد النسبة عن 100% (بالأخص عندما تتعدى نسبة 150%) فربما لا تُلبى احتياجات المحتجزين الأساسية كما ينبغي (انظر القسم المتعلق بـ"اكتظاظ السجون" أدناه).

المساحة

تشير "المساحة" إلى كل من حجم المرفق ومساحة مكان الإقامة المتاح لكل فرد. كما يجب أن يأخذ التقييم في الاعتبار الوقت الذي يمضيه المحتجزون وهم محبوسين في زنزاناتهم. تنص القاعدة رقم 10 من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء على ما يلي:

"توفر لجميع الغرف المعدة لاستخدام المسجونين، ولا سيما حجرات النوم ليلاً، جميع المتطلبات الصحية، مع الحرص على مراعاة الظروف المناخية، وخصوصاً من حيث حجم الهواء والمساحة الدنيا المخصصة لكل سجين والإضاءة والتدفئة والتهوية".

ويعكس غموض هذه الصياغة استحالة تعريف المساحة الضرورية لكل شخص، نظرًا للتباين الشاسع بين مرافق الاحتجاز على مستوى العالم، فهناك تباين كبير في القواعد التي تتعلق بالمساحة داخل السجون. ففي أوروبا على سبيل المثال، يبلغ المعيار العام 6 م² لكل شخص داخل زنزانات السجون ولكن تعتبر المساحة التي تبلغ من 3 إلى 3.5 م² مقبولة بالنسبة لنظام الإقامة في عابري. وقد حدد

الاتحاد الروسي مساحة 2.5 م² لتكون الحد الأدنى للمساحة لكل ذكر راشد في سجونهم. وتحدد الحد الأدنى أثناء اجتماع وزاري في غينيا كوناكري في عام 2002 ليبلغ 2 م².

وتوصي اللجنة الدولية بحد أدنى – باعتباره مبدئاً توجيهياً وليس قاعدة أساسية – يبلغ 20-30 م² لكل شخص داخل مجمع السجن. أما فيما يخص أماكن النوم فيبلغ الحد الأدنى الموصى به للمساحة 3.4 م² من المساحة السطحية لكل شخص في الزنانات الجماعية و5.4 م² في الزنانات الفردية.²³

الإضاءة

تحدد القاعدة رقم 11 من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء معايير الإضاءة والتهوية كما يلي:

”في أي مكان يكون على السجناء فيه أن يعيشوا أو يعملوا،

(أ) يجب أن تكون النوافذ من الاتساع بحيث تمكن السجناء من استخدام الضوء الطبيعي في القراءة والعمل، وأن تكون مركبة على نحو يتيح دخول الهواء النقي سواء وجدت أم لم توجد تهوية صناعية؛

(ب) يجب أن تكون الإضاءة الصناعية كافية لتمكين السجناء من القراءة والعمل دون إرهاق نظرهم.“

درجة الحرارة والتهوية

تعتمد درجة الحرارة في السجن والمتطلبات المتعلقة بها على مناخ البلد: يجب أن تتوفر التدفئة الملائمة في البلدان الباردة ووسائل تبريد الهواء في البلدان الحارة. كما أن تهوية الزنانات أمر مهم لضمان دوران الهواء النقي والوقاية من انتشار الأمراض المحمولة عبر الهواء مثل السل والأنفلونزا.

وتوصي اللجنة الدولية أن يبلغ حجم فتحة الزنانية على الأقل 10/1 من مساحة الزنانية المسطحة، للسماح بتجدد الهواء وتوفير الإضاءة الملائمة.

الأسرة

يجب أن تتلاءم الأسرة المتوفرة في السجون مع المناخ، ومن المتوقع بشكل عام أن تحتوي الأسرة على شكل من أشكال الفراش أو لفات الفراش والشراشف و/أو الأغطية. كما تمتد متطلبات النظافة الصحية الشخصية إلى الأسرة، فيتعين الحفاظ على نظافة الفراش وتهويته وتعريضه للشمس بانتظام. كما يتعين ضمان توفير الشراشف النظيفة أو المرافق والمواد اللازمة للمحتجزين كي يتمكنوا من غسل شراشفهم.

الوصول إلى الهواء الطلق

يتعين السماح للمحتجزين بالوصول إلى الهواء الطلق بانتظام للحفاظ على صحتهم الجسدية والنفسية. كما ينبغي أن يتوفر لهم الوصول إلى مرافق رياضية أو مساحة ملائمة للرياضة. إن الحد الأدنى المقبول بشكل عام، كما تنص القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، أن يمضي كل محتجز يومياً ساعة على الأقل في الهواء الطلق، كما يجب ضمان حمايته من العوامل المناخية أثناء هذه الفترات – من خلال المساحات المغطاة وتوفير الثياب المناسبة (على سبيل المثال، ينبغي توفير المعاطف الثقيلة في فصل الشتاء). ففي الأحوال المثالية، ينبغي أن يمضي المحتجزون أكبر قدر ممكن من الوقت خارج الزنانات.

23 بيري جيورجيو نمبريني، المياه، الصرف الصحي، النظافة الصحية وظروف الإقامة في السجون، الطبعة الثانية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 2013. متاح عبر الرابط:

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0823.htm>

المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وظروف الإقامة في السجون، التوجيهات التكميلية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 2013. متاح عبر الرابط:

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p4083.htm>

التوصيات المتعلقة بالمعدلات الدنيا لمساحة الإقامة

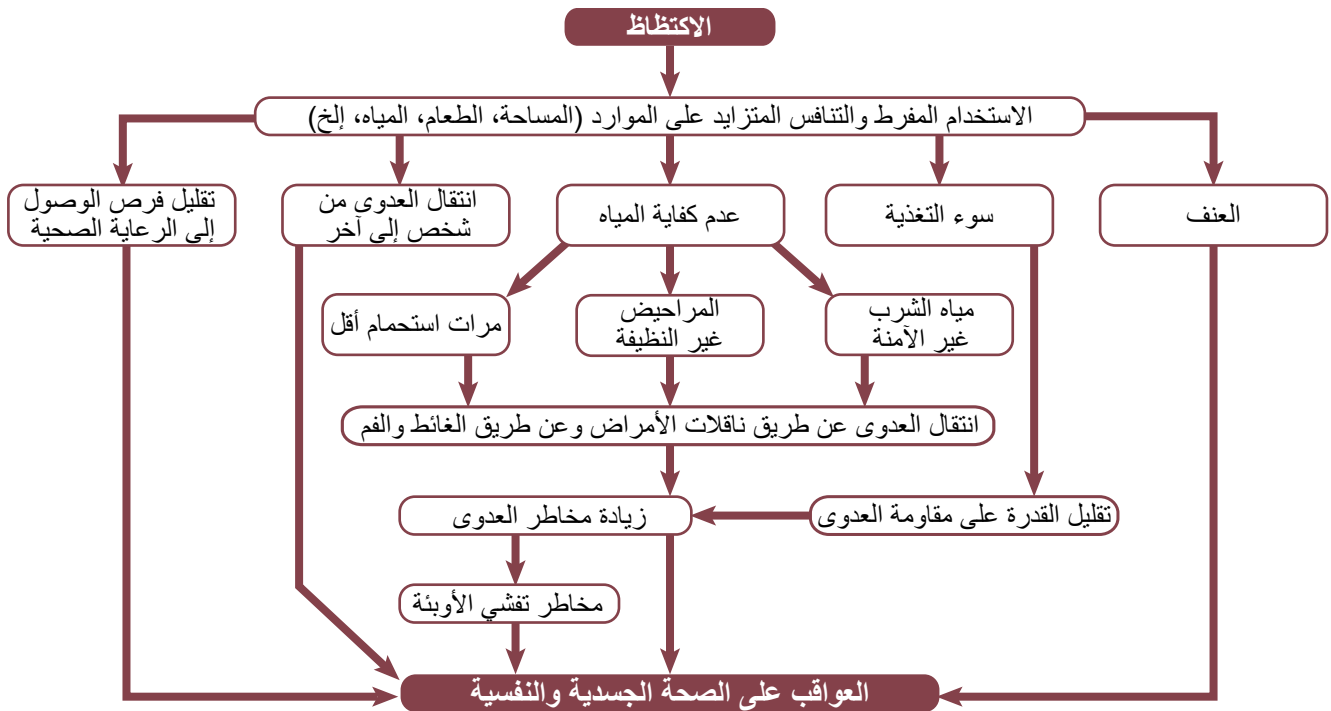
المساحة الكلية المتاحة داخل المجمع	30-20 م ² لكل شخص	اللجنة الدولية للصليب الأحمر
المساحة الدنيا في الزنزانة الفردية	5.4 م ² لكل شخص	اللجنة الدولية للصليب الأحمر
المساحة الدنيا في الزنزانة الجماعية	3.4 م ² لكل شخص	اللجنة الدولية للصليب الأحمر

احفظ تصميم المرفق وارسم تخطيطاً به بعد الانتهاء من زيارتك

الاكتظاظ

يتسبب الاكتظاظ في السجون في مشاكل صحية بسبب فرط استخدام الموارد والتنافس على استخدامها. لا يقتصر تأثير الاكتظاظ على المساحة المادية بل يؤثر أيضاً على الصحة النفسية والجسدية للمحتجزين من خلال الضغط الذي يضعه على جميع جوانب حياتهم: الطعام والمياه ومرافق الصرف الصحي والعمل والخدمات الطبية والراحة والترفيه وحتى في شكل تزايد التنافس على الحصول على زيارات عائلية.

قد يسهم هذا التنافس على الموارد في سوء التغذية كما قد يهدد الحفاظ على النظافة الصحية لنزلاء السجن ويؤدي إلى انتشار الأمراض (الناشئة عن ناقلات الأمراض والتي يجري نقلها عن طريق الغائط والفم، إلخ). ويمكن أن يتسبب الاكتظاظ في خلق أجواء متوترة بين المحتجزين وموظفي السجن، ما يسهم في ظهور التمر والقهر والعنف الجسدي والجنسي. وقد يؤدي الاكتظاظ أيضاً إلى تزايد تعاطي المخدرات، ما يرفع نسبة خطر تفشي الأمراض التي تنتقل عن طريق الدم. وقد تترك جميع هذه العوامل، إلى حد أكبر أو أقل، أثراً على الصحة النفسية للمحتجزين.



الشكل 1.2 الاكتظاظ داخل السجون وأثاره على الصحة

عينة من الأسئلة حول ظروف الإقامة

المساحة

- ما الطاقة الاستيعابية الرسمية للسجن؟
- كم عدد النزلاء/الفعلي (الإشغال)؟
- احسب المساحة المتاحة لكل شخص: إجمالي المساحة السطحية بالمتر المربع/ إجمالي عدد المحتجزين. قد يتباين الأمر من زنزانية لأخرى وعادةً ما يجب حسابه للمناطق المختلفة في السجن.
- لاحظ أن نسبة المساحة لكل شخص لها أهمية خاصة عندما يمضي المحتجزون معظم أوقاتهم داخل زنزاناتهم ولكن يمكن أن تقل هذه الأهمية في حال تمتع المحتجزين بحرية الوصول غير المقيد إلى الأماكن المفتوحة خلال اليوم. اسأل عن أوقات غلق الزنزانات وفتحها خلال اليوم.

مباني السجن

- ما الحالة العامة للمباني؟ هل تتسرب المياه من السقف؟ هل هناك علامات للعفن أو الرطوبة (نمو مرئي للفطريات، روائح رطبة، تزايد الرذاذ المكثف على النوافذ)؟ هل هناك أدلة على تعشيش القوارض أو الحشرات في السجن (فضلات أو بقايا براز الحشرات، حُفر أو خنادق في الجدران أو الأثاث، حشرات حية أو جثث حشرات)؟
- ما نوع الحماية من العوامل المناخية (الرياح، الأمطار، الحرارة، البرودة)؟ ما التدابير المتخذة للتحكم في درجة الحرارة داخل الزنزانات أو العنابر؟ هل هناك نوافذ أو فتحات أخرى؟ هل للنوافذ زجاج و/ أو درف يمكن فتحها؟ هل تتيح النوافذ دخول ضوء الشمس والتهوية الملائمة؟ هل هناك إضاءة صناعية داخل الزنزانات؟ كيف يتم التحكم في هذه الإضاءة ومتى تُشعل وتطفأ؟

الترتيبات المعيشية والروتين المعتاد

- هل يُسمح للمحتجزين الخروج في الهواء الطلق؟ تحت أي ظروف؟ وأي قيود تُطبَّق؟ ما المدة والوتيرة التي يُسمح للمحتجزين للخروج بها؟ هل الأماكن المفتوحة محمية من عوامل الطقس (مظلة أو مظلة)؟
- هل الأسرة مناسبة للطقس؟ ما التدابير المتخذة لتنظيف وتهوية الأسرة؟ هل يتم تبديلها؟ هل هناك ميزانية مخصصة لهذا؟
- ماذا يمكن أن يقال حول ظروف إقامة المحتجزين والمرافق المتاحة لهم مقارنةً بالظروف والمرافق المتاحة لموظفي السجن، خاصة تلك المقدمة للحراس؟

الاكتظاظ

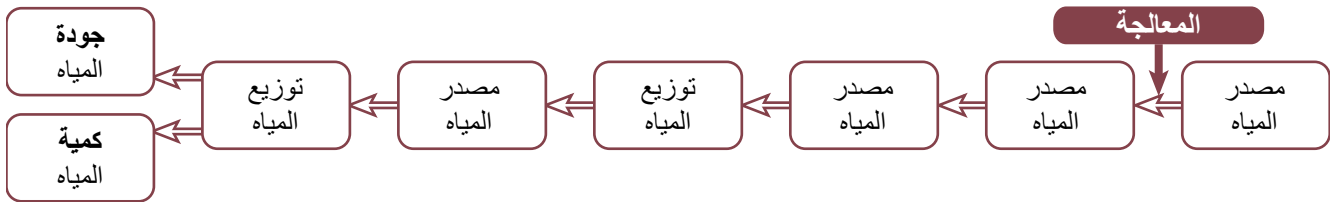
- ما التدابير التي اتخذتها سلطات السجن لتحسين الوضع؟ هل نُقل بعض المحتجزين إلى مرافق حجز أخرى؟ هل بُنيت مبان جديدة؟ هل يتبادل المحتجزون نوبات النوم؟ هل هناك جدول لذلك؟
- كيف يتعايش المحتجزون مع الاكتظاظ؟ صِف آثار الاكتظاظ على ظروف المعيشة العامة للمحتجزين وعلى صحتهم (استعن بالمخطط التوضيحي أعلاه).

2.2. المياه: مصدرها، وتخزينها، وتوزيعها، والوصول إليها

عند النظر للمياه في السجون، من المفيد التفكير في **المياه الداخلة** – المياه التي تصل إلى المرفق – و**المياه الخارجة** – المياه المستعملة (الناتجة من الطهي والغسيل والتنظيف) ومياه الصرف الصحي التي ينبغي أن تخرج من المرفق. يُنظر في مياه الصرف في القسم 2.5 أدناه.

سعيًا لتقييم "المياه الداخلة"، ينبغي تتبع المراحل المتعددة لسير المياه، إذ أن ذلك الأمر يساعد في تحديد مصدر أي مشكلات قد تطرأ (انظر الشكل 2.2 أدناه). ينبغي أن يتضمن تقييم المياه الداخلة الآتي:

- **مصدر المياه** – يمكن أن تأتي المياه من شبكة المياه في المدينة، أو الآبار، أو أحد الأنهار، أو يمكن نقلها بواسطة صهاريج
- **إمدادات المياه** – كيف تصل المياه إلى السجن أي طريقة معالجة تستخدم لجعل المياه صالحة للشرب
- **التخزين الرئيسي للمياه** – الاحتياطي الأساسي للسجن، للتكيف مع أي انقطاع لإمدادات المياه؛ ينبغي أن يصل مخزون المياه الاحتياطي إلى 15–20 لتر على الأقل لكل شخص
- **توزيع المياه داخل السجن** – بواسطة الأنابيب، بواسطة الدلاء، إلخ.
- **نقاط التخزين الفرعية** – مخزون المياه الأصغر في كل منطقة أو مجمع
- **نقاط المياه والصنابير** – عددها ومواقعها
- **الوصول إلى المياه** – درجة وصول المحتجزين إلى المياه أمر مهم للغاية؛ قد لا تُوزع المياه بالتساوي بين القطاعات أو بين المجموعات المختلفة من النزلاء داخل السجن فهناك الكثير من العوامل المؤثرة على ذلك، كمثل، فنة المحتجزين، وموقعهم في المرفق، والفساد، ومقدار الوقت الذي يقضيه المحتجزون محبوسين داخل الزنزانات بلا مياه.
- وأخيرًا، يتعين النظر في كمية المياه المتاحة وجودتها.



الشكل 2.2 المياه الداخلة (مثال): مرور المياه داخل مرفق احتجاز

كمية المياه وجودتها

فيما يتعلق بالمياه، ينبغي إعطاء الأولوية للاهتمام بالكمية قبل الشواغل المتعلقة بالجودة، فالبيانات المتصلة بالأمراض المرتبطة بالمياه تبين أن الحصول على الكمية الكافية من المياه ذات الجودة المتوسطة أفضل من الحصول على كميات قليلة من المياه ذات الجودة العالية. كما أن هناك طرق بسيطة لجعل المياه آمنة للشرب (غلي المياه لمدة 20 دقيقة، تزويدها بالكلور، ترشيحها، إلخ).

تحدد الكمية بعدد الليترات المتاحة لكل شخص في اليوم الواحد. تتباين كمية المياه التي يستخدمها الأفراد على مستوى العالم حسب توفر المياه، والمناخ، والتفضيلات والممارسات الثقافية. تعتبر اللجنة الدولية للصليب الأحمر أن 10–15 لتر لكل شخص في اليوم الواحد تعد الحد الأدنى لكمية المياه الكافية لجميع الأغراض. تشمل هذه الأغراض المياه اللازمة للشرب والطهي والنظافة الصحية الشخصية (لغسل الملابس واستخدام شبكة الصرف الصحي وتنظيف المرافق). نظرًا لأن الزنزانات عادةً ما تُغلق منذ الغروب وحتى شروق اليوم التالي، فينبغي توفير لترين من المياه لكل شخص خلال الليل ولكن هذا أيضًا يعتمد على المناخ وتوفر المياه. وتتطلب النساء في السجون

اهتمامًا خاصًا إذ أن كل من الحمل والحيض والرضاعة يزيد من حاجتها إلى المياه. كما تصيف عنابر المستشفيات والعيادات الطبية إلى متطلبات المياه داخل السجن.

قد يشير انتشار تردي معايير النظافة داخل السجن وتدني النظافة الصحية الشخصية والأمراض المرتبطة بها إلى حاجة السجن إلى المزيد من المياه.

تتحدد جودة المياه حسب نسبة الملوثات الميكروبيولوجية والكيميائية في المياه. ولكن عمليًا، يجب أن تؤخذ في الاعتبار أشياء مثل اللون والطعم والرائحة كذلك، حيث إن المياه تُستخدم في الشرب والطهي. لاحظ أن مجرد وجود العوامل الميكروبيولوجية والملوثات الكيميائية في المياه لا يجعلها غير آمنة: فقط في حالة الوصول إلى نسب قصوى محددة، تنشأ المشكلات. عادةً ما تحدد كل بلد النسب المقبولة للعوامل الميكروبيولوجية والملوثات الكيميائية (من خلال مجالس المياه أو إدارات الصحة العامة، على سبيل المثال)؛ وإن لم يكن الأمر كذلك، يمكن الرجوع إلى معايير منظمة الصحة العالمية.

عادةً ما تكون المياه الآتية من الآبار آمنة للشرب وعلى الرغم من هذا، يمكن، من حيث المبدأ، أن تكون جميع مصادر المياه وحوايات التخزين الفرعية مصادر لتلوث المياه.

أحد العلامات البسيطة التي تشير إلى تردي جودة المياه يمكن أن تكون انتشار الأمراض المنقولة بواسطة المياه بين المحتجزين.

ومن المهم كذلك، أثناء تقييم كمية المياه وجودتها، دراسة وفهم المعوقات التي قد يواجهها السكان المدنيون في المناطق المحيطة فيما يتعلق بالوصول إلى المياه.

معايير إمدادات المياه*

الإمدادات الدنيا من المياه لكل شخص لجميع الاحتياجات	10-15 لتر/ للشخص/ يوميًا	اللجنة الدولية للصليب الأحمر
عدد نقاط المياه	1-2 صنابير/ 100 شخص (الحد الأدنى المطلق)	اللجنة الدولية للصليب الأحمر
معدل تدفق المياه من الصنابير	10 لتر/ الدقيقة (الحد الأدنى المطلق: 3-5 لتر/ الدقيقة)	اللجنة الدولية للصليب الأحمر

معايير مخزون المياه

الطاقة الاستيعابية الاحتياطية للمرفق ككل	15-20 لتر/ للشخص
الحد الأدنى من مخزون فترة الليل داخل الزنانات	2 لتر/ للشخص/ في الليلة الواحدة

*لاحظ أن هذه المعايير مجرد توصيات وأن متطلبات المياه الفعلية تعتمد على عوامل مثل المناخ، وعادات الاغتسال، ووجود المراحيض المزودة بنظام شطف.

عينة من الأسئلة حول المياه

مصدر المياه

- ما هو المصدر الرئيسي للمياه في السجن (الشبكة التابعة للمدينة، بئر، ينبوع، نهر)؟ أين يقع؟ هل إمدادات المياه موثوقة؟ هل هي محمية (هل الآبار مغطاة، على سبيل المثال)؟
- هل هناك مصادر إضافية للمياه، كمثال، أنظمة تجميع مياه الأمطار؟
- كيف يتم إمداد المياه إلى السجن (أنابيب، مضخات، شاحنات النقل، الدلاء)؟ ما الكمية المستلمة وما وتيرتها؟ هل الإمداد مستمر (24 ساعة) أم ينقطع؟
- كيف تُعالج المياه لتصبح صالحة للشرب (الترشيح، الكلور، الغلي)؟ من المسؤول عن معالجة المياه؟ من أين تأتي مواد/ كيماويات المعالجة وهل هناك إمداد موثوق؟
- ما مصدر المياه في المجتمع المحيط وما هي المعوقات، إن وُجدت، التي يواجهها الناس بالخارج فيما يتعلق بإمكانية الحصول على المياه؟ هل يمكن مقارنتها بالمعوقات داخل السجن؟

التخزين الرئيسي للمياه

- ما نوع التخزين الرئيسي للمياه المستخدم داخل مجمع السجن (خزان أسمنتي، صهاريج المياه)؟ أين تقع؟ كم تبلغ طاقتها الاستيعابية (بالتر) وما حالتها؟ هل هناك صهاريج مياه مرتفع؟ كم تبلغ طاقته التخزينية؟ هل يعمل جيداً؟ كيف يمتلئ (في الليل، بواسطة نظام ضخ)؟
- كم لتر للشخص ينتج عن طاقة التخزين الاستيعابية؟

التوزيع

- كيف تُوزع المياه من المخزن الرئيسي إلى الأماكن حيث هناك حاجة لها (بواسطة الأنابيب، الدلو، الخرطوم)؟
- ما نوع نقاط المياه المستخدمة (ظلمبات المياه، الصنابير، الأحواض، الدلاء)؟ ما حالتها وأين تقع (في المجمع أم داخل الزنانات)؟
- في حال وجود مشكلة تتعلق بكمية المياه المتوفرة، يمكن تقدير معدل تدفق المياه عن طريق ملء حاوية معروف حجمها (5 لتر على سبيل المثال) من إحدى نقاط المياه وملاحظة الوقت اللازم لملئها (لا يمكن تطبيق ذلك إلا في السجون الصغيرة).

التخزين الفرعي للمياه

- هل تُخزن المياه بالقرب من أو داخل الزنانات/ العنابر، المراحيض، مناطق الاغتسال والغسيل؟ ما نوع حاويات التخزين الفرعي المستخدمة؟ كم يبلغ عددها وما طاقتها الاستيعابية؟ قد يكون استخدام عدد كبير من الحاويات علامة على عدم انتظام الإمدادات أو عدم كفايتها.
- هل يوجد مخزون فرعي كافي من المياه داخل الزنانات أثناء حبس المحتجزين، خاصةً أثناء الليل؟ ما كمية المياه التي تُخزن لهذا الغرض؟

إمكانية الوصول (الكمية/ الجودة)

- هل تتساوى جميع فئات المحتجزين في إمكانية الحصول على المياه؟
- هل هناك معوقات للوصول إلى المياه (كمثال، يستلزم دفع المال)؟
- ما كمية المياه المتاحة لكل محتجز يومياً؟ ما كمية المياه المتاحة للشرب؟
- ما مدى موثوقية الإمدادات؟ ما معدل تدفقها؟ هل هناك مشكلات في التخزين أو التوزيع؟
- كيف حال جودة المياه؟ هل هي آمنة للشرب؟ هل سبق أن تفشت أمراض وبائية قد ترتبط بتلوث المياه؟
- كيف يتم التحقق من جودة المياه وبأي وتيرة؟

3.2. النظافة الصحية الشخصية

يؤدي تدني النظافة الصحية إلى زيادة الإصابة بالأمراض الجلدية، وانتقال الأمراض التي يجري نقلها عن طريق الغائط والقمم كما قد يؤثر على صحة النزلاء النفسية. وقد تؤدي الفراش والثياب الموبوءة إلى انتشار الأمراض الجلدية وكذلك بعض الأمراض الناشئة عن ناقلات الأمراض.

تعد المياه عنصرًا ضروريًا للحفاظ على النظافة الصحية ولكن يتعين أن تصاحبها كميات كافية من الصابون وإمكانية الوصول إلى مرافق الاستحمام بانتظام. ولتحسين النظافة الصحية بل والصحة العامة داخل السجن، يتعين إعلام النزلاء بقواعد النظافة الصحية الأساسية (انظر الإطار أدناه) وتشجيعهم على الالتزام بها. يمكن توجيه التعليمات لمرضى السجن أو معاوني الرعاية الصحية فيمكنهم بدورهم عقد دورات لتعزيز النظافة الصحية للنزلاء.

ينبغي أن يحصل كل محتجز على صابون للجسم (100-150 غرام شهريًا) وصابون لغسل الثياب بانتظام. لا بد من ملاحظة أن بعض أنواع الصابون لا تصلح سوى لغسل الثياب نظرًا لكم المواد القلوية التي تحتويها فيجب التحقق من نوع الصابون الذي يزود به النزلاء. أما عن تواتر الاستحمام أو الاغتسال فهو يعتمد على المناخ وعلى حجم العمل الذي يقوم به النزلاء. كما تحتاج النساء الحوامل والحائضات والنساء المسجونات بصحبة أطفالهن الاستحمام بمعدل أكثر تواترًا.

ويتعين أيضًا وضع المعايير الثقافية والدينية في الحسبان حيث إنها قد تتطلب الاغتسال بمعدل أكبر. رغم أن القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء توصي بالاستحمام على الأقل مرة واحدة في المناخات المعتدلة فالاستحمام بمعدل أكثر تواترًا أمر ضروري في المناخات الاستوائية. ويتعين السماح للنزلاء الذين يمارسون نشاطًا بدنيًا معتدلًا إلى شديد الاستحمام يوميًا.

كما يعتمد مستوى النظافة الصحية على معدل غسل الثياب وهذا بدوره يعتمد على المناخ وعلى كمية النشاط البدني المبذول. لا يحصل النزلاء غالبًا على ثياب جديدة بانتظام وفي هذه الحالة، ينبغي الإتاحة لهم بإمكانية الوصول إلى مرافق غسل الثياب والحصول على صابون غسل الثياب ليتمكنوا من غسل ثيابهم. يتعين أيضًا غسل فراش الأسرة بانتظام؛ ويتعين أيضًا تهويتها بانتظام، كلما أمكن ذلك.

يجب ضمان الوصول دون قيد إلى الأدوات الصحية المجانية للنساء (القوط الصحية، إلخ) وللأطفال (الحفاظات).

النظافة الصحية للمحتجزين وموظفي السجن

- ← الحفاظ على نظافة الجسم والثياب. قص الشعر (ما عدا لو كان ذلك غير مقبولًا ثقافيًا) والأظافر بانتظام.
- ← تهوية الأسرة وغسل الفرش بانتظام.
- ← غسل اليدين بالصابون بعد استعمال المراحيض وقبل تناول الطعام؛ وأيضًا بعد أعمال جمع القمامة وتصريف المياه وإزالة انسداد الأنابيب؛ وبعد الاتصال بجراثيم محتملة.
- ← الحفاظ على نظافة المراحيض.
- ← وضع كل القمامة في صفايح النفايات والحرص على جمعها بانتظام.
- ← ممنوع البصق على الأرض.
- ← ممنوع الاحتفاظ بالطعام القابل للتلف في الزنزانة.

التوصيات المتعلقة بالمعدلات الدنيا للنظافة الصحية

مرفق واحد للاستحمام لكل 25 شخص	(اللجنة الدولية للصليب الأحمر)
الاستحمام مرة واحدة على الأقل أسبوعياً	(القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء)
الاستحمام مرة واحدة يومياً في حالة النشاط البدني الشديد أو نظراً للأحوال المناخية	(اللجنة الدولية للصليب الأحمر)
150-100 غرام لكل شخص شهرياً	(اللجنة الدولية للصليب الأحمر)

عينة من الأسئلة حول إمكانية الوصول إلى المياه والنظافة الصحية

دورات المياه/ مناطق الاغتسال ومناطق الغسيل (فيما يخص "المراحيض"، انظر قسم 4.2 أدناه)

- أين تقع دورات المياه ومناطق الاغتسال ومناطق الغسيل وكيف حالتها؟
- هل توجد مرافق منفصلة للرجال والنساء؟ إن لم توجد فكيف يتم ضمان الخصوصية؟
- ما هي نسبة حمامات الاغتسال بالبدش ومراكز توزيع المياه إلى عدد النزلاء؟ أين تقع الصنابير وحمامات الاغتسال بالبدش؟ هل تعمل جيداً وصيانتها جيدة؟
- أين تقع مناطق الغسيل؟ هل تعمل جيداً وصيانتها جيدة؟

النظافة الصحية

- ما هي درجة وصول المحتجزين إلى حمامات الاغتسال بالبدش ومراكز توزيع المياه ومناطق الغسيل؟ ما عدد المرات التي يسمح لهم باستخدامها ولأي مدة من الوقت؟
- هل يحصل المحتجزون على كمية كافية من الصابون؟ من أين يحصلون عليها (توزيع رسمي، من العائلة، يشترونها)؟ ما قدره وكم عدد مرات الحصول عليه؟ كيف جودة الصابون؟
- هل هناك أي مشكلة في إمداد المياه إلى دورات المياه؟ هل الإمداد منتظم وملائم؟
- هل يمكن للمحتجزين غسل ثيابهم وأسرّتهم؟ كم مرة؟ هل يُزودون بصابون الغسيل؟ هل تتم تهوية الأسرّة؟
- هل يتلقى المحتجزون دورات تعزيز النظافة الصحية؟ من يديرها وكم مرة تتعدّد؟ هل هي متاحة لكل المحتجزين؟
- هل يتلقى العاملون في المطبخ دورات تعزيز النظافة الصحية؟
- هل هناك أي مشاكل صحية عامة تتعلق بالنظافة الصحية الشخصية، كمثل، الجرب أو العدوى الفطرية الجلدية أو تفشي الالتهابات المعوية المعدية؟ حدد فترة محددة من الوقت واعرف كم عدد المحتجزين المصابين أو ما هي النسبة بين النزلاء.

4.2. المراحيض

إن لم تتوفر مراحيض كافية فسُتستخدم المراحيض المتوفرة استخدامًا مفرطًا ما يخفض من مستوى النظافة الصحية الأساسية ويسمح بتفشي الأمراض المعدية.

ينبغي أن يُتاح للمحتجزين الوصول إلى نوع من أنواع مرافق المراحيض في جميع الأوقات. على سبيل المثال، يمكن إقامة وحدات مراحيض في مجمع السجن إن كان للمحتجزين حرية الوصول إلى ذلك الجزء من السجن. أما إن كان المحتجزون محبوسين في زنزانات أو عنابر (على سبيل المثال، في الليل) وغير مسموح لهم بالخروج، ينبغي وجود مرحاض داخل الزنزانة أو العنبر. إن ظلت المراحيض مغلقة فينبغي التحقق من طريقة الوصول: على سبيل المثال، هل مفتاح المرحاض بحوزة حارس أم أحد المحتجزين؟ تشير آثار التغيُّط في العراء، في أي مكان في السجن، إلى وجود مشكلة في الوصول إلى المراحيض أو أن المراحيض لا تعمل.

نظرًا إلى وجود قيود على الموارد في بعض السياقات، قد لا يكون إنشاء مرحاضًا داخل الزنزانة مجديًا عمليًا؛ في مثل تلك الحالات، من المقبول استخدام دلو يمكن غلقه بغطاء. أما المراحيض داخل الزنزانات فينبغي فصلها عن أماكن المعيشة لأسباب تتعلق بالخصوصية والنظافة الصحية على حدٍ سواء. في حال استخدام دلو، ينبغي تفرغته يوميًا في مكان مناسب بعيدًا عن مصادر المياه والطعام.

ويتعين إتاحة الوصول إلى المياه والصابون لغسل اليدين بعد استخدام المرحاض، فتوفر الظروف الصحية على مقربة من مراحيض السجن مهم جدًا لصحة المحتجزين.

معايير المراحيض

المراحيض	واحد لكل 20 شخصًا – مثالي	(مشروع اسفير)*
	واحد لكل 25 شخصًا – يُوصى به	(اللجنة الدولية للصليب الأحمر)
	واحد لكل 50 شخصًا – الحد الأدنى المقبول	(اللجنة الدولية للصليب الأحمر)

* مشروع اسفير (www.sphereproject.org) يقدم تعريفات للمعايير الدنيا في مجال الاستجابة الإنسانية. ولكن في سياقات السجن، قد تعيق قيود مساحة المكان والتنظيم القائمة بناء مراحيض إضافية (على عكس مخيمات اللاجئين والحالات الأخرى من الأزمات الإنسانية حيث غالبًا ما يكون هناك مساحات كافية لبناء العدد المطلوب من المراحيض). وقد تبين من خبرة اللجنة الدولية للصليب الأحمر أن نسبة مرحاض واحد لكل 50 شخص يمكن أن تكون نسبة مقبولة في السياقات حيث توجد قيود على الموارد ولكن فقط إن كانت المراحيض نظيفة وجيدة الصيانة. ولكن هذا لا يمنع بناء المزيد من المراحيض حيث يوصى بذلك ويمكن تنفيذه.

عينة من الأسئلة حول النظافة الصحية والمراحيض

- كم عدد المراحيض في كل منطقة من مناطق السجن (مجمع، عنبر، زنزانة، وما إلى ذلك)؟ ما نوعها؟ أين تقع وكيف حالتها؟
- ما هي نسبة المراحيض إلى المحتجزين (عدد المراحيض لكل محتجز)؟
- ما مدى جودة المراحيض وما مدى نظافتها؟ من المسؤول عن تنظيفها وما المواد المتوفرة للتنظيف؟
- هل هناك مشاكل واضحة، كمثل، انسدادات بالمراحيض؟
- هل هناك إشارات لمصاعب تتعلق بالوصول (كمثل، مجمعات مغلقة، تغطّ في العراء)؟
- هل المراحيض متاحة في جميع الأوقات؟
- ما نوع الوصول إلى المراحيض في الليل؟ كم عدد المراحيض أو الدلاء، إن وُجِدَت، في العنابر/ الزنزانات؟ ما نوعها؟ أين تقع وكيف حالتها؟ ما مدى نظافتها؟ في حال استخدام دلو، هل يتوفر غطاء؟ كم مرة يُفرغ الدلو وأين؟ هل هناك أي مخاطر لتلوث المياه أو الطعام في موقع التخلص من الفضلات؟
- هل يصعب وصول أفراد معينين أو فئات/ مجموعات معينة من المحتجزين إلى المراحيض؟ هل إتاحة الوصول إليها محدود بسبب التمييز؟ هل من الضروري دفع رسوم أو رشوة؟
- هل هناك مرافق منفصلة للرجال والنساء؟ هل تتوفر الخصوصية لكلا الجنسين؟

5.2. نظام المياه المستعملة والصرف الصحي

يفضي عدم ملاءمة سبل التخلص من الفضلات البشرية إلى إصابة البيئة بتلوث عن طريق الغائط والذي قد يسببه حدوث تسريب أو غمر في نظام الصرف الصحي أو قد يسببه التغوط في العراء (قد يتغوط المحتجزين في أماكن مفتوحة في حال حدوث انسداد أو عطل في المراحيض أو في حال تعذر الوصول إليها). قد يحتوي الغائط على الجراثيم (فيروسات، طفيليات، بكتيريا) التي يمكن أن تصيب الآخرين بالعدوى بشكل مباشر (النقل عن طريق الغائط والفم) أو عن طريق التلويث المباشر للمياه أو الإمدادات الغذائية أو كلاهما أو عن طريق الذباب أو ناقلات الأمراض الأخرى التي تنشرها.

قد يشير مهندسو المياه إلى المياه بوصفها مياه "بيضاء" أو "رمادية" أو "سوداء".

"المياه البيضاء" هي المياه النظيفة الصالحة للشرب.

"المياه الرمادية" أو "المياه المستعملة" هي المياه غير النظيفة الناتجة عن الاغتسال (غسل الأيدي أو الاستحمام)؛ قد يشمل أيضاً المياه الخارجة من المطابخ أو غسل الملابس.

"المياه السوداء" أو "مياه الصرف" تشير إلى أي مياه تحتوي على غائط أو بول بشري.

في حال عدم وجود نظام صرف صحي تابع للبلدية، ينبغي توفير تدفقات منفصلة لتصريف المياه الرمادية والسوداء. ويمكن حينها إعادة تدوير المياه الرمادية أو المياه المستعملة (لاستخدامها في الري على سبيل المثال) ولكن فقط إن لم تكن ملوثة بمياه الصرف. يمكن حدوث تدفق المياه الرمادية من خلال شبكة مغلقة من الأنابيب أو الصهاريج أو من خلال قنوات تصريف. يمكن تصريف المياه السوداء مباشرة في حفر المراحيض أو صهاريج الصرف الصحي أو يمكن إخراجها عن طريق نظام الصرف الصحي بواسطة الأنابيب. مثاليًا، ينبغي تغطية نظام المياه السوداء/ مياه الصرف أو إغلاقه. ويمكن إيداع المياه السوداء/ مياه الصرف في صهاريج الصرف ولكن يتعين ألا تكون هذه الصهاريج ملوثة بالمنظفات التي قد توجد في المياه الرمادية كي تعمل بشكل سليم. وينبغي منح المحتجزين المسؤولين عن تنظيف أنظمة التخلص من المياه المستعملة ومياه الصرف ملابس واقية (قفازات مطاطية وأحذية طويلة ومأزر) وصابون إضافي، كما يتعين منحهم وقتًا للاستحمام.

عينة من الأسئلة حول المياه المستعملة ونظام الصرف الصحي

المياه المستعملة وتصريف المياه السطحية

- ما نظام تصريف المياه المستعملة من أماكن الاغتسال/ الاستحمام وأماكن غسل الثياب والمطبخ؟ وما نظام تصريف المياه السطحية (مياه الأمطار)؟ هل هذه الأنظمة مفتوحة أم مغلقة؟
- هل يعمل نظام التصريف بشكل سليم؟ هل يتم تنظيفه وصيانته بانتظام؟ هل توجد أي مياه راكدة في السجن أو بالقرب منه؟
- حدد موقع وسبب مشكلات تدفق المصارف، إن وجدت.

نظام تدفق مياه الصرف

- هل يستخدم نظام الصرف حفر المراحيض أم صهاريج الصرف الصحي أم أنابيب الصرف المغلقة؟
- ما حالة نظام الصرف؟ اذكر مشاكل محددة، إن وجدت (انسدادات، أعطال، تسريبات) ومواقعها.
- هل صهاريج الصرف عبارة عن حفر امتصاصية لا تحتاج إلى تفريغ أم صهاريج مغلقة يجب تفريغها؟ إن كانت صهاريج مغلقة، كم مرة يتم تفريغها؟ (قد يكفي تفريغ الصهاريج مرة كل سنة أو سنتين إن لم يكن هناك إفراط في استخدامها).
- من المسؤول عن الصرف وعن تفريغ صهاريج الصرف (كمثال، البلدية، سلطات الاحتجاز)؟
- كيف تؤثر حركة نظام المياه المستعملة والصرف الصحي على النزلاء؟

6.2. إدارة النفايات والنظافة الصحية لمباني السجن

يتعين تنظيف المناطق التي يعيش فيها المحتجزون يوميًا بالمياه ومرة أسبوعيًا بمطهر. وينطبق هذا أيضًا على المطبخ ومجمعات المراحيض.

يتعين تخزين النفايات الصلبة التي ربما تكون عضوية (طعام) أو غير عضوية قبل جمعها ثم يتعين دفنها أو حرقها بعد إزالتها من السجن. ينبغي وضع النفايات العضوية المخزنة في حفر مضادة للفرن (وهي مجرد اسطوانات خرسانية مرفوعة ذات حواف ناعمة) وتُغطى للوقاية من الذباب وغيره من الحشرات. ينبغي أن يُستخدم السجن، إن أمكن، الخدمات العامة لجمع النفايات الصلبة من خارج السجن، حيث وُجدت مثل هذه الخدمات. يمكن أيضًا استعمال النفايات العضوية – بقايا الطعام، على سبيل المثال – في إطعام الحيوانات كالخنازير. وتعتمد وتيرة إزالة النفايات، ليس فقط على الطقس (الطقس الحار يقتضي جمع النفايات يوميًا) بل أيضًا على جدول الخدمات العامة، حيث وُجدت مثل هذه الخدمات. ويجب الوضع في الاعتبار أنه نظرًا لأن السجن يكدس أعدادًا كبيرة من الناس في مساحة ضيقة فإن المخاطر الواقعة على الصحة العامة تتزايد بشكل كبير عندما لا يعمل نظام جمع النفايات على نحو جيد أو لا يوجد من الأساس.

تعد النفايات الطبية (الإبر، والمسحات المستعملة، إلخ) مصدر كبير للعدوى التي يمكن نقلها من خلال الإصابات عن طريق الإبر أو التعرض للجراثيم. لذلك يتعين جمع كل النفايات من هذا النوع منفصلة (كمثال، تجمّع الإبر المستعملة في "صناديق الأدوات الحادة") ثم تحرق وتدفن.

التوصيات المتعلقة بالمعدلات الدنيا للنفايات الصلبة

النفايات الصلبة حاوية مغطاة بسعة 100 لتر لكل 50 شخصًا

عينة من الأسئلة حول النظافة الصحية العامة

الحالة العامة للنظافة الصحية للمجمع

- هل الطعام القديم أو القمامة مبعثرة في أنحاء المجمع؟
- من المسؤول عن تنظيف المجمع؟
- كم مرة يتم التنظيف وما المواد المتوفرة من أجل ذلك؟

الحالة العامة للنظافة الصحية لأماكن المعيشة

- هل يوجد طعام قديم أو قمامة في الزنانات أو العنابر؟
- من المسؤول عن تنظيف أماكن المعيشة؟
- كم مرة يتم التنظيف وما المواد المتوفرة من أجل ذلك؟

التخلص من النفايات الصلبة (العضوية أو غير العضوية)

- كيف تُجمع النفايات داخل السجن؟
- كم عدد حاويات النفايات الموجودة؟ ما سعتها؟ أين توضع؟ هل هي مغطاة؟ هل هي مضادة للفئران؟
- هل يتم التخلص من النفايات داخل السجن أم خارجه؟ إن كان يتم التخلص منها داخل السجن، هل تُلقى في حفر مفتوحة أم تُدفن أم تُحرق؟ هل تُستعمل النفايات العضوية في إطعام الحيوانات؟ إن كان يتم التخلص منها خارج السجن، هل تزيلها البلدية، بواسطة متعاقدين، أم يُخرجها المحتجزون؟ ما وتيرة جمع النفايات أو التخلص منها؟ كيف يتم التخلص من هذه النفايات؟
- ما هي الصعوبات، إن وُجدت، المرتبطة بجمع النفايات والتخلص منها؟

نفايات طبية

- كيف تُجمع هذه النفايات وتُخزن (أي صناديق آمنة ضد الثقب)؟
- كيف يُتخلص منها (أي بالحرق أو الدفن)؟

7.2. ناقلات الأمراض والآفات

تنمو الحشرات والطفيليات والقوارض في السجون ويحمل بعضها الجراثيم المسببة للأمراض وقد تصبح ناقلات للأمراض. قد تنقل الأمراض عن طريق اللدغ أو عن طريق فضلاتها أو ببساطة عن طريق النقل الميكانيكي (كمثال، الذباب الذي ينقل مواد الغائط التي تحمل عوامل مسببة للأمراض من مكان إلى آخر).

قد تؤدي العوامل التالية إلى انتشار الذباب والناموس والقمل والصراصير وحشرات أخرى بالإضافة إلى القوارض في السجون: سوء النظافة الصحية الشخصية بين المحتجزين، والاحتفاظ، وسوء معايير النظافة داخل السجن، وتوفير المأوى وأماكن التزاوج لها (الحفر أو الشروخ في الجدران، والمياه الراكدة، وأكوام القمامة).

يمكن للحشرات والقوارض أن تكون من ناقلات الأمراض التي تنتشر الأمراض بين البشر. مكافحة الحشرات والقوارض تدبير مهم لمنع انتشار الأمراض في السجن. تتضمن وسائل مكافحتها: الحرص على النظافة الصحية بين المحتجزين وفي المباني، والتخلص من أماكن المأوى والتزاوج بانتظام، ووضع شبكات منخلية على النوافذ والأبواب، واستخدام السائل الطارد للناموس، واستخدام التبخير والرش (يجب الوضع في الاعتبار أن كل من التبخير والرش يتطلب عامل فني متخصص).

يمكن أيضًا للكلاب والقطط الضالة والحيوانات الأخرى كالخنازير حمل الأمراض أو الإسهام في سوء ظروف النظافة الصحية.

أبرز ناقلات الأمراض والأمراض الناشئة عن ناقلات الأمراض

ناقلات الأمراض	أمثلة للأمراض (ليست شاملة)
الناموس	الملاريا، الفلاريا، حمى الضنك، الحمى الصفراء، التهاب الدماغ الياباني، الشيكونغونيا
القمل	التيفوس الوبائي، الحمى الرجعة
البراغيث	طاعون، التيفوس الفاري
القراد	التهاب الدماغ، الريكتسيا، داء لايم
العث	الجرب، تيفوس اكالبي
الذباب	السالمونيلا، التراخوما، إلخ
بق الفراش	تسبب العض/ التهيج، ولكنها لا تنقل أي أمراض
الصراصير	التهاب الكبد A، حمى التيفوئيد، الأميبا، إلخ
القوارض	داء البريميات، حمى لاسا

عينة من الأسئلة حول ناقلات الأمراض

- هل من الواضح وجود قوارض أو حشرات أو آفات أخرى في مباني السجن؟
- هل هناك أدلة على تعشيش القوارض أو الحشرات في السجن (فضلات أو بقايا براز الحشرات، حُفر أو خنادق في الجدران أو الأثاث، حشرات حية أو جثث حشرات)؟
- هل النزلاء مصابون بالأمراض الناشئة عن ناقلات الأمراض كمثل، الملاريا أو الحمى الراجعة أو التهابات معدية معوية؟ هل توجد حالات مصابة بمثل هذه الأمراض بين النزلاء؟
- هل يتبع السجن برنامج للوقاية/ للتخلص من الحشرات؟ هل هذا البرنامج مدمج مع أي برامج مكافحة وطنية (كمثال، مكافحة الملاريا أو حمى الضنك)؟ ما الأساليب المستخدمة (كمثال، التبخير، الرش، الناموسيات)؟ ما المواد الكيماوية المستخدمة وكيف تم الحصول عليها (كمثال، السوق المفتوح، أو وزارة الصحة، أو وزارة الزراعة) من يتولى المكافحة؟ هل خضع ذلك الشخص للتدريب؟ هل لديه معدات واقية؟
- ما التدابير المتخذة من أجل مكافحة القوارض؟ هل مخازن الطعام ومواقع التخلص من النفايات الصلبة (القمامة) مؤمنة ضد القوارض؟ هل تستخدم المصائد السامة؟

3. الغذاء والتغذية

يعد الغذاء مسألة مهمة ومعقدة داخل السجون. فيلزم توافر موارد مالية كبيرة لضمان إمداده بانتظام؛ كما يتطلب تخزينه وإعداده اتباع الممارسات الجيدة للنظافة الصحية؛ ويتعين تقديمه على هيئة نظام غذائي متوازن؛ كما يجب توزيعه توزيعاً عادلاً. ويكتسي موضوع الغذاء أهمية كبيرة كما تحيط به حساسيات في السجون لدرجة أن الغذاء قد يكون من أسباب التوترات وحتى أعمال الشغب في هذه السياقات.

يشير "الغذاء" إلى المواد الصالحة للأكل، أما مصطلح "التغذية" فيشير إلى تأثير ما يأكله الأفراد على عملية الأيض.

يناقش هذا الفصل قضايا تتعلق بالغذاء، مستخدماً مفهوم السلسلة الغذائية، التي تشير إلى إمدادات المواد الصالحة للأكل وتخزينها وإعدادها بالإضافة إلى الوصول إلى هذه المواد وتوزيعها. ثم يتناول التغذية من خلال تحديد المتطلبات الأساسية من التغذية والسعرات الحرارية لجسم الإنسان، وتوضيح الأسباب الكامنة والمباشرة لسوء التغذية، وتوفير عينة من الأسئلة حول تقييم الوضع التغذوي للنزلاء المحتجزين.

دائمًا ما يكون إجراء تقييم سريع للنظام الغذائي داخل السجن وتسجيل النتائج من الممارسات الجيدة حتى في حال عدم ظهور مشكلات كبيرة ظهوراً مباشراً. يحدد هذا التقييم الأداء الأساسي للنظام الغذائي داخل السجن كما يفيد في حال ظهور أي مشكلات مستقبلية أو يتيح عقد مقارنات بين السجون. ولا يلزم إجراء تقييم أكثر شمولاً سوى في السجون حيث يكشف التقييم السريع الأولي عن وجود مشكلة غذائية أو تغذوية. ينبغي أن يجري التقييم التغذوي فريق متعدد التخصصات يتضمن متخصصاً في مجال الرعاية الصحية له خبرة في مجال التغذية.

يستند هذا الفصل إلى وثيقتين:

1. مبادئ توجيهية لأنشطة اللجنة الدولية للصليب الأحمر بالنيابة عن الأشخاص المحرومين من حريتهم في حال وقوع مشكلات تتعلق بالتغذية (2010)، التي تقدم إطاراً للأنشطة المرتبطة بالتغذية في أماكن الاحتجاز. عندما تقرر اللجنة الدولية للصليب الأحمر إن كانت ستحل محل السلطات فإنها تسترشد بهذه الوثيقة.

2. مبادئ توجيهية حول الغذاء والتغذية في أماكن الاحتجاز: دليل عملي لفرق الاحتجاز (2013)، والتي تهدف إلى تقديم مرجعيات عملية وقياسية لتقييم قضايا التغذية قيد الاحتجاز والاستجابة لها. هذه المبادئ التوجيهية موجهة إلى فريق الاحتجاز ككل (الموظفين المعنيين بحماية المحتجزين، الممرضين، الأطباء، خبراء التغذية، موظفي الأمن الاقتصادي، إلخ). وينقسم إلى أربعة كتيبات منفصلة:

- الكتيب الأول: المفاهيم الأساسية للتغذية في الاحتجاز
- الكتيب الثاني: تقييم الوضع الغذائي والتغذوي في الاحتجاز
- الكتيب الثالث: برامج الغذاء والتغذية في الاحتجاز
- الكتيب الرابع: رصد وتقييم برامج الغذاء والتغذية.

1.3. السلسلة الغذائية

يشير مصطلح **السلسلة الغذائية** إلى إمدادات الغذاء، وهذا يتضمن وضع الميزانيات والتخزين والإعداد والوصول (التوزيع). وتخضع كل هذه العوامل لقيود داخل السجن؛ إذ يقل توفر الغذاء عبر مراحل السلسلة الغذائية. لذا يتعين تركيز تقييمات السلسلة الغذائية على الحلقات الضعيفة بها وتضم النقاط الحساسة داخل السلسلة ما يلي: ميزانية إمدادات الغذاء؛ ونظام الشراء؛ ومرحلة الإمداد أو التخزين (وبالأخص فيما يتعلق بالمواد ذات القيمة الغذائية مثل الزيوت والبقول)؛ وظروف تخزين الغذاء؛ وأساليب الطهي. ويتطلب تقييم السلسلة الغذائية إجراء مقابلات مع سلطات الاحتجاز والطهاة والمحتجزين، فضلاً عن فحص مخازن الغذاء والمطابخ ووسائل إعداد الغذاء وتوزيعه.



الشكل 1.3 السلسلة الغذائية. قد يظهر الرسم التوضيحي الأكثر تمثيلاً صناديق يصغر حجمها، لتعكس قلة توفر الغذاء عبر مراحل السلسلة.

يتضمن تقييم **التغذية** تلك العناصر التي تتبع مرحلة "ما بعد" إمدادات الغذاء، وتخزينه وإعداده والوصول إليه. ينظر تقييم التغذية إلى المحتوى التغذوي الفعلي للغذاء الذي يستهلكه المحتجزون ويرتكز على جودة ذلك الغذاء وكميته. كما يؤخذ في الاعتبار الاستعمال البيولوجي المحتمل لبعض الغذاء المتناول (على سبيل المثال، قد يقل وجود الطفيليات المعوية من توافر العناصر الغذائية). وأخيراً، يمكن أيضاً تقييم الوضع التغذوي العام للمحتجزين. في حال وجود دليل على سوء التغذية داخل أحد السجون فإن هذا يعد علامة لوجود مشكلة في الغذاء أو التغذية. كما يمكن لعوامل أخرى أن تؤدي إلى تفاقم الوضع: الحالة الصحية للمحتجزين (داء السل وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والصحة النفسية، إلخ)، العلاقة بين المحتجزين، كيف يتشاركون في الغذاء، إلخ.

عند تقييم الوضع التغذوي في السجون، يتعين دراسة جميع الإفادات بعناية. تُذكر أنه قد يكون لدى كل من سلطات الاحتجاز والمحتجزين أسبابهم الخاصة للتأثير على آراء الزوار حول الغذاء المقدم في سجونهم وكذلك طرقهم الخاصة لفعل ذلك. على سبيل المثال، قد تعد سلطات الاحتجاز غذاءً – يختلف عن الغذاء الذي يُقدّم عادةً للمحتجزين – لصالح الزوار على وجه الخصوص. وقد يتدمر المحتجزون حول الغذاء لمجرد التنفيس عن توترهم المكبوت. ومن المفيد أيضاً مقارنة وضع الغذاء داخل السجن بذلك الموجود في **المجتمع خارج السجن** (على سبيل المثال، العادات والأنماط الغذائية المحلية أثناء الظروف "العادية" و"الاستثنائية").

2.3. إمدادات الغذاء

ينبغي تمثيل المجموعات الغذائية الأساسية بكميات كافية في الغذاء المورّد إلى السجون، كي يستفيد المحتجزون من نظام غذائي متوازن ومتنوع. ويلزم إمداد السجون بالغذاء الملائم الآتي:

- التخطيط ووضع الميزانيات بواسطة سلطات الاحتجاز. قد تنص قواعد السجن الوطنية أو المحلية على حصص غذائية يومية محددة لكل محتجز.
 - إدارة اللوجستيات. قد يتلقى السجن إمدادات الغذاء يوميًا (إن كان مطهو مسبقًا)، أو أسبوعيًا (إن كان يُشترى من السوق المفتوحة)، أو شهريًا أو حتى ربع سنويًا (إن كانت السلطات المركزية تزود السجن به). فيجب إدارة ترتيبات هذه الإمدادات بشكل ملائم لضمان الموثوقية. ويمكن أيضًا إمداد الغذاء من حدائق السجن؛ وهذا أيضًا يتطلب حسن التخطيط والإدارة.
- ربما تكون عدم كفاية إمدادات الغذاء من السلطات نتيجة لسوء التخطيط، أو قصور التمويل، أو التقلبات في أسعار الغذاء، أو الفساد. وينبغي تقييم كل من حصص الغذاء المنصوص عليها رسميًا والغذاء الفعلي الذي يتلقاه المحتجزون ومقارنة كل منهما بالمتطلبات التغذوية.

عادةً ما تُكَمَّل إمدادات الغذاء الرسمية في السجن بغذاء من العائلات أو المنظمات غير الحكومية أو المتاجر أو الأكل داخل السجن فضلًا عن المحتجزين الذين يحصلون على غذاء إضافي أثناء عملهم بالمجتمع الخارجي. مع ذلك، ينبغي أن تزود سلطات السجن المحتجزين بحصص غذائية يومية كاملة تلبي، في جودتها وكميتها، احتياجاتهم التغذوية. ولا ينبغي إدراج الإمدادات الإضافية في حسابات إمدادات الغذاء إلى السجن؛ بل ينبغي تقييمها منفصلة. سيجري النظر في مصادر الغذاء الإضافية (وتوزيعها غير العادل في العادة) في قسم 5.3 أدناه الذي يتناول الحصول على الغذاء.

عينة من الأسئلة حول إمدادات الغذاء

الميزانية

- كيف تُحَسَّب الميزانية على مستوى مكان الاحتجاز وعلى مستوى المقر الرئيسي للسجن؟
- هل هناك خطط احتياطية للتعامل مع أي زيادة عددية مفاجئة في مكان الاحتجاز أو في النظام ككل؟
- هل موظفو السجن مُدرِّجون في الميزانية ذاتها أم لهم ميزانية منفصلة؟
- هل هناك ميزانية للطاقة والمعدات وصيانة البنية التحتية المرتبطة بالتغذية؟ (انظر الكتيب 1: المفاهيم الأساسية للتغذية قيد الاحتجاز).
- هل هناك آليات للرقابة؟ لحساب الميزانيات وتحديد المخصصات، وعمليات الشراء/ الإنتاج على مستوى مكان الاحتجاز وعلى مستوى المقر الرئيسي للسجن؟
- ما الترتيبات المعمول بها للسداد المالي مقابل الإمدادات؟
- هل يلتزم الطرفان بهذه الترتيبات؟ إذا لم يكن الأمر كذلك فما هي العواقب وما هو التدبير القانوني المتخذ؟

طلبات الغذاء واستلامه

- هل يستلم السجن الغذاء فقط؟ هل يشتري الغذاء أيضاً؟
- كيف يطلب الشخص المسؤول الغذاء من سلطات السجن؟ ما وتيرة تقديم هذه الطلبات؟
- ما وتيرة توصيل الغذاء وموثوقيته (التغييرات الموسمية، أسعار السوق)؟ هل هناك أي مشكلات في طلب الإمدادات المعتادة أو استلامها؟
- كيف تُحسب كميات الغذاء التي يجب طلبها؟ ما كمية الغذاء المطلوب لفترات محددة؟ هل كميات الغذاء محددة أم يمكن تغييرها حسب الحاجة؟ ما التغييرات التي تنفذها سلطات السجن عندما يزيد عدد المحتجزين بشكل خاص؟
- كيف يتحقق الشخص المسؤول من كمية الغذاء وجودته عند الاستلام؟
- كيف يتم تقييم جودة الإمدادات؟ إذا ثبت افتقار الغذاء للجودة، كيف يُرفض ويُستبدل؟

الإمداد الرسمي من سلطات السجن

- ما إجمالي الميزانية المخصصة للغذاء (لاحظ أن بعض السلع تُستلم عيناً كذلك) للسجن ككل أو لكل سجين؟ ما هي المدة التي تغطيها الميزانية؟
- هل الميزانية/ التزويد العيني كافي لتلبية الاحتياجات الحقيقية؟ هل تأخذ في الاعتبار أسعار السوق الحالية؟
- ما مصدر إمدادات الغذاء الرسمية (المتاجر الحكومية، أم السوق المحلية، أم مزارع السجن أم حدائق المطابخ)؟
- هل يستلم السجن غذاءً من مزرعة السجن (الكميات، الوتيرة، التغييرات الموسمية)؟
- ما مكونات النظام الغذائي في السجن؟
- هل توجد قائمة طعام يومية/ أسبوعية رسمية؟
- من مستهلكو النظام الغذائي في السجن؟ هل يأكل موظفو السجن من الطعام ذاته الذي يأكله المحتجزون؟

توفر الغذاء

- ما مدى توفر الغذاء (المواد الخام) للسجن من المصادر الرسمية والمصادر الأخرى؟
- هل يُحوّل أي غذاء قبل الوصول إلى المرفق أو فور وصوله؟ من الذي يحوّله وأين وما كمية الغذاء المحوّل؟
- هل يتأثر توفر الغذاء بعوامل خارجية مثل المناخ أو أسعار السوق أو الظروف والصراعات الاجتماعية أو الموقع الجغرافي للسجن؟
- هل مورد الغذاء موثوق فيه؟ إن كانت الإجابة لا، فما السبب؟
- ما مدى توفر الغذاء للمحتجزين؟ هل هناك فروق حسب فئات ومجموعات المحتجزين أو موقعهم في المرفق؟
- ما هي نسبة المحتجزين الذين يتلقون زيارات عائلية؟ وما هي نسبة من يحصلون على غذاء من عائلاتهم؟
- ما هي نسبة المحتجزين الذين يعملون؟ وما نوع العمل الذي يقومون به؟

3.3. تخزين الغذاء

يتعين تخزين الغذاء بشكل سليم للحفاظ عليه خاليًا من الملوثات ومنع الآفات من إتلافه والحفاظ على المحتوى التغذوي به (الحبوب والبقول الموبوءة بالحشرات تحتوي على قدر أقل من البروتين، على سبيل المثال). ينبغي أن تكون مخازن الغذاء نظيفة وجافة ومحمية من العوامل المناخية، وخالية من القوارض والحشرات. كما ينبغي تفتيش مرافق تخزين الغذاء وملاحظة خسائر الغذاء الناتجة عن سوء التخزين.

التوصيات المتعلقة بالمعدلات الدنيا للنفايات الصلبة

اللجنة الدولية للصليب الأحمر

50 مترًا مربعًا / 1000 شخص

مخزن الغذاء

عينة من الأسئلة حول تخزين الغذاء

غرف تخزين الغذاء

- أين يُخزّن الغذاء؟ هل الغرف مبنية بشكل سليم وما حالتها (كمثال، تسريب الأسطح)؟ هل تتم صيانتها جيداً ونظافتها بانتظام؟ كيف يتم حمايتها من المناخ ومن الحشرات والقوارض؟
- هل غرفة التخزين ملائمة فيما يتعلق بالغذاء الذي يجب تخزينه ودورة تخزين الغذاء وعدد المستفيدين؟
- هل غرفة التخزين موائمة فيما يخص درجة الحرارة (أقل من 30 درجة مئوية وبها مقياس حرارة لضمان بقائها في هذا الوضع)، والوصول (النوافذ والأبواب مغلقة)، والتهوية؟
- هل النوافذ مزودة بواجهات زجاجية؟
- هل ترى قوارض/ حشرات في الغرفة؟ هل ترى فضلاتها؟
- كيف تتم مكافحة القوارض/ الحشرات وما وتيرة القيام بهذا؟
- هل يوضع مخزون الأغذية على ألواح خشبية؟ هل يُكدّس المخزون بعيداً عن الجدران؟
- ما جودة الغذاء المُستلم إجمالاً (نظيف، الأكياس/ الصناديق مغلقة بإحكام، خالي من الحشرات أم مصاب بها بالفعل، الأغلفة رطبة وممزقة)؟

مراقبة المخزونات

- من المسؤول عن مراقبة المخزونات (تسجيل الكميات المستخدمة والمتبقية، وإعادة الطلب والمشتريات)؟
- ما مخزون الغذاء المعتاد (النوعيات والكميات)؟ ما المدة التي يغطيها؟ ما تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على المواد الغذائية الأساسية؟ ما انطباعك العام عن حالة مخزون الغذاء؟
- كم قدر الغذاء المهدر كل عام بسبب القوارض/ الحشرات/ الرطوبة؟ (عادةً ما يعرف أمناء المخازن كيفية تقدير هذا)
- ما الإجراءات المعمول بها لمنع سرقة المحتجزين أو الموظفين أو أي أشخاص آخرين للمخزون؟
- هل تُخزّن منتجات أخرى في الغرفة ذاتها؟ إن كان الوضع كذلك، هل يمكن أن تسبب ضرراً إن اختلطت بالغذاء عن طريق الخطأ (عقاقير طبية، مبيدات الآفات، مبيدات الحشرات)؟ هل يمكن أن تضيء هذه المنتجات رائحة قد تؤثر على استهلاك الغذاء (وقود، صابون، كلور)؟
- استناداً إلى العدد الحالي للمحتجزين في السجن، إلى متى ستدوم المخزونات؟
- ما هي مستويات المخزون الدنيا التي تهدف سلطات الاحتجاز إلى الحفاظ عليها؟
- هل يتم الالتزام بمبدأ دوران المخزون "ما ينتهي صلاحيته أولاً يخرج أولاً"؟
- هل يتم تزويد منطقة إعداد الغذاء بالمخزونات في الوقت المناسب؟
- هل يتم الالتزام بتواريخ انتهاء الصلاحية؟ ماذا يحدث في الغذاء منتهي الصلاحية أو المصاب بالحشرات أو المتعفن؟
- هل تعمل و/ أو تُستخدَم موازين الغذاء؟ هل تُستخدَم في وزن المخزون عند وصوله إلى السجن وعند إخراج من المخازن؟ أم تُعدّ الأكياس وتُحسَب الأوزان حسب حجم الكيس؟
- سجل تاريخ التسليم وكميات المواد الغذائية المختلفة التي تم استلامها على مدار الثلاثين يوم الأخيرة، كما ورد في السجل (اختياري).
- أعدّ سجلاً أو جرداً للغذاء المخزون وسجل المعلومات في "بطاقة صندوق" مدون عليها أرقام التشغيل وتواريخ انتهاء الصلاحية.

4.3. إعداد الغذاء

عادةً ما يكون المطبخ نقطة حساسة في السلسلة الغذائية: حيث يمكن أن يُسرق الغذاء أو يُغير مساره. كذلك يمكن أن يؤدي سوء الطهي إلى فقدان العناصر الغذائية. ويمكن أن يتعرض الغذاء للتلوث في حال عدم التعامل معه بشكل صحيح ويتسبب في انتشار الأمراض بين المحتجزين. كما أن مطابخ السجن تعد أماكن عمل لها أخطار مصاحبة تهدد الصحة المهنية. يتعين دائماً أن يكون تفتيش المطبخ جزءاً من تقييم الرعاية الصحية في السجن.

غالباً ما يزور الفريق الزائر المطبخ أثناء جولته في مباني السجن. ولكن ينبغي أيضاً زيارته في أوقات أخرى، بغية مراقبة إعداد الغذاء وتقديم الوجبات فضلاً عن مناقشة القضايا ذات الصلة مع الطهاة ومقدمي الطعام.

التغذية وإعداد الغذاء

يمكن أن تغير إجراءات التجهيز والطهي محتوى العناصر الغذائية تغييراً جذرياً، فعلى سبيل المثال، يمكن فقدان الفيتامينات القابلة للذوبان في المياه أثناء الغسيل أو الغلي كما يتقلص محتوى الفيتامينات بالفاكهة عند تجفيفها.

الصحة المهنية وإعداد الغذاء

تعد مطابخ السجن أماكن عمل عرضة لأخطار تهدد الصحة المهنية، وتتضمن هذه الأخطار الحروق والجروح فضلاً عن الأمراض التي يسببها التعرض للحرارة المرتفعة والرطوبة والدخان لفترات طويلة. لذلك ينبغي تغطية المطابخ وتهويتها؛ كما ينبغي أن يكون بها مدخنة وإمدادات بكميات كافية من المياه بانتظام.

النظافة الصحية وإعداد الغذاء

تعد مطابخ مصادر محتملة للأمراض المنقولة عن طريق الأغذية والتي قد تؤدي إلى انتشار الأوبئة. قد يتلوث الغذاء بواسطة الجراثيم (العوامل المسببة للأمراض) أثناء إعداده. قد تنشأ الجراثيم من المياه الملوثة أو الحشرات (خاصةً الذباب) أو الحيوانات (توجد الكثير من الفئران والقطط في العديد من مطابخ السجن)، أو من الأشخاص المصابين (قد يحمل الطهاة البكتيريا). يتعين أن تنظم ممارسات النظافة الصحية الصارمة التعامل مع الغذاء وإعداده، كما ينبغي أن يحرص موظفو الرعاية الصحية على تنقيف العاملين بالمطبخ بقضايا النظافة الصحية للغذاء وضمان التزامهم بالقواعد الأساسية للنظافة الصحية في المطبخ (انظر "قواعد النظافة الصحية في المطبخ" أدناه).

تشمل الاحتياطات المنطقية الأخرى تشجيع العاملين الذين يتعاملون مع الغذاء على إبلاغ مشرفيهم قبل بدء العمل إن كانوا قد تعرضوا للإسهال أو القيء خلال الـ 48 ساعة الأخيرة أو إن كانوا مصابين بعدوى جلدية أو حروق أو عدوى بالأذن أو الأنف أو الحلق. ويمكن أيضاً النظر في إجراء فحوصات صحية روتينية لجميع العاملين الذين يتعاملون مع الغذاء (فحص حمل بكتيريا السالمونيلا، الدودة الشريطية، إلخ).

ليس هناك دليل على إمكانية انتقال داء السل والتهاب الكبد B أو C وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً بواسطة الطعام أو الشراب، لذا لا ينبغي منع الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من التعامل مع الغذاء. تُعد أهم الأمراض المنقولة عن طريق الأغذية: التسمم، وحمى التيفوئيد، وداء السالمونيلا، والكوليرا، والتهاب الكبد A، وداء البريميات والطفيليات المعوية.

عندما يشكو عدد كبير من المحتجزين من مشكلات معوية معديّة، ينبغي أن يكون لدى موظفي الرعاية الصحية بالسجن فكرة عن الأسباب المحتملة وأن يقترحوا حلولاً ممكنة كذلك. في حال لم يتمكنوا من تعريف المشكلة أو حلها، ينبغي التعاون من مكتب الصحة العامة المحلي أو المركز الصحي أو المستشفى.

لن يؤدي هذا إلى حل المشكلة فحسب، بل سيعزز أيضاً الروابط بين السجن ونظام الرعاية الصحية العام في المجتمع خارج السجن.

قواعد النظافة الصحية بالمطبخ²³

حافظ على نظافتك

- ← اغسل يديك قبل إعداد الغذاء وبعد زيارة المرحاض؛ افعل هذا باستمرار أثناء التعامل مع الغذاء.
- ← احرص على: نظافة الثياب، الالتزام بالنظافة الشخصية، قص الأظافر، تغطية الرأس. لا ترتدي ساعات يد حول معصمك أو خواتم أو أساور أثناء إعداد الغذاء؛ غط جميع الجروح والحروق والقرح بضمادات مضادة للمياه.
- ← ممنوع الأكل أو التدخين في المناطق حيث يُعد الغذاء.
- ← لا ينبغي أن يُسمح لأي شخص يظهر علامات أو أعراض الإصابة بعدوى يمكن نقلها بواسطة الأغذية أن يعمل في المطبخ.
- ← اغسل الأسطح والمعدات المستخدمة في إعداد الغذاء وعقمها.
- ← احمِ مناطق المطبخ والغذاء من الحشرات والآفات والحيوانات بمختلف أنواعها.

افصل بين الأغذية النيئة والمطبوخة

- ← افصل اللحوم والدواجن والمأكولات البحرية النيئة عن الأغذية المطبوخة. خزن الأغذية النيئة في حاويات منفصلة. استخدم معدات وأدوات منفصلة (السكاكين، ألواح التقطيع، إلخ) للأغذية النيئة والمطبوخة.

اطه الغذاء بصورة صحيحة

- ← اطه الغذاء جيداً، وبالأخص اللحوم والدواجن والبيض والمأكولات البحرية. ينبغي أن يكون لون عصارة اللحوم والدواجن صافياً وليس وردياً.
- ← اغلِ الحساء واليخنة على درجة حرارة 70 درجة مئوية.
- ← انتبه عند إعادة تسخين الغذاء المطبوخ؛ سخنه جيداً.

احفظ الغذاء في درجات حرارة آمنة

- ← لا تترك الأغذية المطبوخة في درجة حرارة الغرفة لأكثر من ساعتين. تناول الأغذية بعد طهيها بوقت قصير، خاصةً في البلدان الحارة.
- ← احفظ جميع الأغذية المطبوخة والقابلة للتلف في البراد (يفضل في درجة حرارة أقل من 5 درجات مئوية).
- ← احتفظ بالأغذية المطبوخة ساخنة (أكثر من 60 درجة مئوية) قبل التقديم.

استخدم مياه آمنة ومكونات آمنة

- ← استخدم مياه آمنة أو عالج المياه لتصبح آمنة.
- ← استخدم الفاكهة والخضروات الطازجة واغسلها جيداً قبل الاستخدام (خاصةً إن كانت ستؤكل نيئة).
- ← استخدم الأغذية المعالجة للسلامة، كمثال، الحليب المبستر.

²³ مأخوذ من منظمة الصحة العالمية، *المفاتيح الخمسة لغذاء أكثر سلامة*، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2006. متاح عبر الرابط: http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf

التوصيات المتعلقة بالمعدلات الدنيا لإعداد الغذاء

احتياجات القدرة الاستيعابية للطهي قدر يزن	1.2-1.4 ليتر لكل شخص	اللجنة الدولية للصليب الأحمر
مخزون المياه في المطبخ	3 م ³ / 1000 شخص	اللجنة الدولية للصليب الأحمر

بالإضافة إلى مخزون المياه والقدرة الاستيعابية بالقدر الموصى بهما، يلزم توفير وقود كافي للمواقف كي تُطهى الأغذية جيدًا.

تذكر أنه بينما يجب أن تكون الوجبات المقدمة للمحتجزين آمنة ومتوازنة من حيث العناصر الغذائية فينبغي أيضًا أن تبدو صالحة للأكل ويكون طعمها شهيا. كما ينبغي بذل الجهود لتقديم تنوعاً في الوجبات.

عينة من الأسئلة حول إعداد الغذاء

المطبخ

- هل هناك عقدًا مكتوبًا بين سلطات الاحتجاز والمورد؟ ما هي الشروط المنصوص عليها في العقد من حيث نوعيات الغذاء، وتيرة التسليم، تعديل الكميات المستلمة، إلخ؟
- ما هي السياسات/ المبادئ التوجيهية/ الأدوار والمسؤوليات المطبقة على إدارة الخدمات الغذائية في مكان الاحتجاز من حيث النظافة الصحية ومراقبة الجودة والنقل (كمثال، لوائح وزارة الصحة)؟
- هل منطقة الطهي ملائمة من حيث المساحة والإضاءة والتهوية ودرجات الحرارة المحيطة وقرب/ حالة المراحيض ومرافق غسل اليدين؟
- من المسؤول عن إدارة الخدمات الغذائية؟
- هل مستوى جودة الأدوات – القدور والمقالي والأطباق وأدوات المائدة – مناسب؟ هل هي جيدة الصيانة؟ هل هناك كميات كافية منها بالنسبة إلى عدد المحتجزين؟
- هل هناك برنامج صيانة لمرافق تقديم الطعام؟
- ما مستوى النظافة الصحية؟ هل يغسل الأشخاص أيديهم؟ هل الصابون متوفر لهم؟ هل هناك مناشف؟ إن كانت الإجابة نعم، ما مدى نظافتها؟ هل ينزع الأشخاص ساعات اليد والمصوغات من الأيدي والأذرع أثناء الطهي؟ هل يغطون شعرهم؟ هل يرتدي الطهاة مآزر؟ إن كانت الإجابة نعم، من ينظفها؟

التعامل مع الأغذية/ الطهي

- من المسؤول عن الإدارة العامة للمطبخ؟ ما الأدوار التي يقوم بها المحتجزون وما الأدوار التي يقوم بها الموظفون؟ هل هناك تدريب مهني؟ إن كانت الإجابة نعم، فكيف يسير؟
- كم عدد الطهاة؟ هل هم موظفون داخليون أم خارجيون؟ هل يعمل المحتجزون أيضاً في أعمال الطهي؟ إن كان كذلك، إلى أي فئة ينتمون؟
- هل عدد الطهاة/ موظفي المطبخ يتناسب مع الاحتياجات؟ هل هناك عدد أكبر من اللازم منهم؟ (الزيادة في عدد الطهاة/ موظفي المطبخ عادة ما يؤدي إلى تقليص المساءلة وتكريس الأغذية للتحويل/ للتلوث. بشكل عام، كلما قل العدد، كان ذلك أفضل).
- هل تُجرى فحوصات صحية منهجية للطهاة (كمثال، فحص باكتيريا السالمونيلا، الديدان)؟
- هل الطهاة مدربون؟ هل هم على دراية بالقواعد الأساسية للنظافة الصحية؟ هل يراقب أحدهم ممارساتهم للنظافة الصحية؟
- هل تُطحن الأغذية الرئيسية بواسطة الماكينة أم اليد؟ هل الطحن كافٍ؟
- إن كان الوصول إلى الطواحين وغيرها من مرافق معالجة الأغذية (داخل أو خارج مكان الاحتجاز) محدوداً، فهل يؤثر ذلك على كمية الغذاء المقدم وعدد الوجبات اليومية؟ استكشف احتمالات استخدام طرق لمعالجة الأغذية تدار بالمحركات (بما فيها الطحن) فهي تقلل الوقت (وكمية المياه والوقود) اللازم للطهي.
- إجراءات التعامل مع الغذاء: هل تحفظ الأغذية النيئة والمطبوخة في أماكن منفصلة، في درجات حرارة ملائمة، ومحمية من الحشرات؟ هل هناك مصادر محتملة للتلوث وانتقال التلوث بين الأغذية؟
- عمليات إعداد الأغذية وطهيها: هل الوسائل المستخدمة (النقع لفترات طويلة، الإفراط في الغلي) تقلل محتويات المغذيات الدقيقة (الفيتامينات والمعادن)؟
- هل تُضاف الخضروات (بعد غسلها) فقط في نهاية إعداد الغذاء لتجنب الإفراط في طهيها (وبالتالي فقدانها للمغذيات الدقيقة)؟
- التعامل مع النفايات العضوية: هل يتم جمع النفايات والتخلص منها بوتيرة ملائمة وشكل ملائم؟
- أين تُحفظ الأغذية بعد إعدادها وقبل توزيعها؟ كم من الوقت تظل في الهواء الطلق أو تحت حرارة الشمس؟ هل تُترك بلا غطاء؟
- هل هناك تقارير تُقدم عن الأخطار المهنية، كمثال، الإصابات الناجمة عن الحروق والجروح فضلاً عن التعرض للحرارة المرتفعة والرطوبة والدخان لفترات طويلة؟

المواقد والوقود

- المواقد: كم عدد المواقد وما نوعها؟ هل تكفي قدرتها الاستيعابية للاحتياجات؟ هل المواقد موفرة للوقود؟
- ما نوع الوقود المستخدم؟ هل كميات الوقود المتاحة، لليوم الواحد أو للوجبة الواحدة، تكفي للطهي بشكل ملائم؟ هل تقتصد سلطات السجن في وقت الطهي بسبب نقص الوقود؟
- كيف حال إمدادات الوقود وما الميزانية المخصصة للوقود؟ هل هناك أي صعوبات ترتبط بإمدادات الوقود؟ ما وتيرة حدوثها؟
- هل تُعطى القدور لتقليل وقت الطهي؟

5.3. الحصول على الغذاء

يشير "الحصول على الغذاء" إلى: أ) المؤن الرسمية التي تعدها وتوزعها سلطات السجن، وب) مصادر الغذاء الإضافية، كمثال، الزيارات العائلية أو الحراس أو متاجر السجن.

ينبغي أن يكون التوزيع الرسمي لوجبات السجن توزيعاً عادلاً ولكن قد يتحدد وصول بعض المحتجزين إلى الطعام أو يتأثر بالفئة أو المجموعة التي ينتمون إليها. على سبيل المثال، ربما يكون المحتجزون الأجانب آخر من يتلقى الوجبات وبالتالي، يحصلون على قدر أقل، كما قد يحصل الأحداث على حصص أصغر من الطعام لأن الراشدين يحصلون على حصص أكبر. ينبغي تقييم تنظيم توزيع الغذاء (كمثال، توزيع على الزنانات أم في نقطة مركزية) مع وضع هذه النقاط في الاعتبار؛ كما ينبغي كذلك تقييم استخدام مقاييس لضمان توزيع حصص متساوية (كمثال، استخدام مغارف الطعام). وقد تؤثر كذلك التسلسلات الهرمية للسجناء على الحصول على الغذاء حتى بعد التوزيع الرسمي العادل للغذاء، لأن المحتجزين من "الطبقات" الدنيا قد يُضطرون إلى "التبرع" أو "الدفع" بالغذاء "للطبقات" العليا.

ويرجح أن يكون الحصول على الغذاء من المصادر المكتملة غير متساوي فالمحتجزون بلا عائلات أو نقود أو وظيفة (استحقاق العمل وجني دخل صغير يعد امتيازاً في السجن) سيتاح لهم الحصول على الغذاء بنسب أقل.

عينة من الأسئلة حول الحصول على الغذاء

الحصول على الغذاء والكميات المتوفرة للمحتجزين

- كيف تُوزَع الأغذية؟ من يوزعها وعلى من يوزعها؟
- هل يتلقى جميع المحتجزين المؤن ذاتها من الأغذية المطبوخة؟ إن لم يكن كذلك، ما الاختلافات وما سببها؟
- من يحصل على أي أغذية ولماذا؟
- حدد من هم المحتجزين المستضعفين الذين يرجح أن يكون حصولهم على الغذاء أقل انتظامًا، والذين لا يمكنهم تحسين حصولهم على الغذاء دون اللجوء إلى سلوك يعرضهم للأذى (السرقعة، البغاء، إلخ).
- ما هي خصائص المحتجزين القادرين على شراء الطعام؟ وما هي خصائص المحتجزين المستضعفين غير القادرين على الشراء؟
- هل يحق لمحتجزين محددين الاستفادة بشكل خاص من الامتيازات الغذائية؟ من هم وما السبب؟ (أحيانًا تُقدّم للمحتجزين المصابين بأمراض مزمنة مثل داء السل وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب وجبات إضافية بسبب تلقيهم للعلاج).
- هل يزود المحتجزون الذين يعانون من سوء التغذية بنظام تغذية مختلف؟

الوصول إلى مصادر أخرى للغذاء

- ما نسبة المحتجزين الذين يستلمون الغذاء عن طريق الزيارات العائلية؟ ما نوع الغذاء في العادة؟ وما وتيرة حدوث هذا في العادة؟
- ما قدر الغذاء الذي تتبرع به المنظمات غير الحكومية والآخرين؟ وما وتيرة التبرعات؟ (ملحوظة: هناك قاعدة مفيدة في هذا الصدد وهي تجاهل التبرعات الخارجية بالغذاء إن كانت تحدث أقل من مرتين شهريًا). اكتشف إن كانت هذه التبرعات/ الوجبات تحل محل النظام الغذائي للسجن أم تكمله.
- زر متجر السجن وافحص المعروضات واسأل عن المشكلات الموسمية واعرف كم عدد المحتجزين الذين يشترون الطعام من هناك.
- ما نسبة المحتجزين الذين يحصلون على الطعام من خلال العمل؟ هل تتباين كميات الطعام أو نوعيته حسب نوع العمل (كمثال، الأعمال البدنية)؟
- ما نسبة المحتجزين الذين يحصلون على دخل نقدي "ثابت"؟ ما نسبة المحتجزين الذين يحصلون على إمدادات ثابتة من الغذاء (بالإضافة إلى الغذاء الذي توفره لهم عائلاتهم)؟
- هل يستطيع المحتجزون إعداد طعامهم الخاص (الوقود، الكهرباء، المساحة)؟
- ما نسبة المحتجزين الذين يشاركون استحقاقاتهم من الغذاء، طوعًا أو كرهًا؟ هل يستهلك الحراس أو المحتجزون الأكثر قوة جزءًا من المؤن التي تحضرها العائلات؟ هل يأخذ "رئيس الزنزانة" وأصدقائه جزءًا من وجبة السجن؟

جودة وكمية الأغذية المستهلكة

- كيف تتم الرقابة على كمية الأغذية وجودتها؟ ما وتيرتها؟ من يقوم بها؟
- هل هناك نظام للمحتجزين للشكوى في حال لم يتلقوا الغذاء المقرر؟
- هل هناك مجموعات أو فئات من المحتجزين المحرومين فيما يتعلق بتوزيع الغذاء – المحتجزين تحت الحراسة الأمنية المشددة، المحتجزين الأمنيين، الأشخاص المحكوم عليهم بالإعدام، الأحداث، أصحاب السوابق، إلخ؟ هل تفرض السلطات هذا التمييز؟ أم يمارسه بعض المحتجزين ولكن السلطات تتساهل معه وتشجعه؟
- ما هي الحالة العامة للوصول إلى الغذاء في مكان الاحتجاز؟ هل تُزود زنانات أو مناطق معينة بكميات أقل من الغذاء؟ لماذا؟

6.3. التغذية

يحتاج جسم الإنسان، بغية الحفاظ على صحته، إلى نظام غذائي يحتوي على كمية ملائمة (كم كافي من السرعات الحرارية) و**نوعية جيدة** (توازن بين مختلف المجموعات الغذائية).

وسلطات السجن مسؤولة عن تزويد جميع المحتجزين بنظام غذائي ملائم. وحيث أن جميع الاحتياجات التغذوية لا يمكن توفيرها في وجبة واحدة فقط فينبغي أن يُقدّم للمحتجزين وجبتين كحد أدنى يوميًا.

ينبغي أن يبلغ محتوى الطاقة في مؤن المحتجزين 2400 سعر حراري على الأقل. ولكن ينبغي ملائمة محتوى الطاقة حسب ملفات المحتجزين وأنشطتهم البدنية (انظر الجدول رقم 2.3). وتختلف الاحتياجات التغذوية حسب: العمر، ونوع الجنس، والنشاط البدني، والحالة الصحية ودرجة حرارة البيئة. ورغم ذلك، فإن الأرقام الموضحة في الجداول أدناه تقدم تقريبات مفيدة.

ينبغي احتساب التوازن التغذوي ومحتوى الطاقة في النظام الغذائي في السجن أثناء تقييم السجن. ثم ينبغي مقارنتها بالتوصيات المتعلقة بالمجموعات الغذائية المبينة في الجدول رقم 1.3 وبمتطلبات الطاقة المبينة في الجدول رقم 2.3.

المجموعات الغذائية	الكمية الموصى بها، للشخص الواحد في اليوم الواحد*	أمثلة من الأغذية
الكربوهيدرات الغذاء الرئيسي	400 جرام	الحبوب ومنتجات رقائق الحبوب (ومنهما القمح، والأرز، والخبز، والشوفان، والشعير، والمكرون، والشعيرية) وأيضاً، الدرنات والجذور (الكاسافا/ البفرة، البطاطا، البطاطا الحلوة) لاحظ أن القيمة الغذائية للدرنات والجذور أقل من القيمة الغذائية للحبوب، فإن حلت الدرنات أو الجذور محل الحبوب فيجب مضاعفة الكميات.
البروتينات اللحوم، الأسماك، منتجات الألبان، البقول، المكسرات	130 جرام	الفول والبالزلاء والعدس اللحوم، الدواجن، الأسماك منتجات الألبان (الحليب، لبن الزبادي، الخثارة والأجبان، بودرة الحليب المجفف)، البيض والمكسرات
الطاقة الدهون	65 جرام	الزبد، والسمن، والسمن الصناعي زيت النخيل أو الزيت النباتي (مدعمة بفيتامين A)
المغذيات الدقيقة الخضروات والفواكه	200 جرام	الخضروات والفواكه (بالأخص الأصناف المتنوعة ذات الأوراق الخضراء والأصناف الحمراء/ البرتقالية)
مكملات الطعام/ الاجتماعية الثقافية	6 جرام ملح	الملح المزود باليود، والسكر، ومعجون الطماطم، والشاي، والأعشاب والبهارات
	30 جرام سكر	

* الأوزان للأغذية غير المطبوخة وتستند إلى نظام غذائي يزود الجسم بمقدار 2400 سعر حراري تقريباً (10% ≥ من الطاقة من البروتين و25% ≥ من الدهون).

الجدول رقم 1.3 المجموعات الغذائية: الكميات الموصى بها (للشخص الواحد في اليوم الواحد) وأمثلة من الأغذية لضمان نظام غذائي متوازن. هذه مجرد توصيات؛ تتباين المجموعات الغذائية المتوفرة بين السياقات المختلفة

مستوى النشاط				
ثقل (أعمال الزراعة، البناء)	معتدل (مشي، ممارسة تمارين رياضية من وقت لآخر)	خفيف (نشاط قليل أو لا نشاط)	الذكر	احتياجات الطاقة (وحدة سعر حراري/ للشخص/ في اليوم)
3400	2900	2400		
2350	2100	1950	الأنثى	

الجدول رقم 2.3 احتياجات الطاقة الفردية للمحتجزين، حسب نوع الجنس

قد لا يحصل الأشخاص على تغذية كافية حتى عند توفير نظام غذائي ملائم من حيث الكمية والنوعية. وهذا قد يعزو إلى الإصابة بمرض يغير استخدام الجسم البيولوجي للغذاء. فهناك أمراض معينة تزيد الاحتياجات التغذوية (بالأخص فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، والدوسنتاريا، وداء السل، والسرطان، والإصابات الحادة بالعدوى) وفي نفس الوقت، يمكن لهذه الأمراض أن تمنع أو تقلل استهلاك الغذاء (كمثال، من خلال التسبب في الغثيان، أو فقدان الشهية، أو قرح الفم، أو مشكلات في القناة الهضمية). وقد تؤدي الأمراض أيضًا إلى تقليل امتصاص الغذاء (من خلال "متلازمة سوء الامتصاص") وإضعاف الاستفادة من الأغذية (بين الأشخاص الذين يعانون من الإسهال، على سبيل المثال، قد تؤدي الأعداد الكبيرة من البكتيريا في الأمعاء الدقيقة إلى خفض كمية الفيتامينات في الأغذية).

عينة من الأسئلة حول إمدادات الغذاء

- اكتشف إن كانت قائمة الطعام الرسمية اليومية/ الأسبوعية تُقدّم بالفعل لأغلب المحتجزين وأنهم يستهلكونها.
- هل تبدو الوجبات جذابة؟ هل طعمها شهى/ هل تروق للمحتجزين؟ هل يبدو أن الأشخاص يروق لهم غذاءهم؟ هل يأكلون بسرعة؟
- ماذا تلاحظ فيما يتعلق بتنوع الأغذية التي يأكلها الفرد؟ قيّم تكوين الوجبة أو الوجبات من حيث نسبة الأغذية الرئيسية، البقول، الخضروات، إلخ.
- اطلب رؤية أشخاص مرضى وقيّم وجباتهم.
- اكتشف إن كان المحتجزون يظنون جوعى بعد تناول الوجبات واعرف السبب.
- هل تنفذ أغلب الوجبات؟ هل هناك بقايا طعام؟ (اطلب رؤية بقايا الطعام ومعرفة ما يُفعل بها).
- قيّم كميات الأغذية المستهلكة: اوزن الوجبات الفردية المقدمة للمحتجزين. كدليل لك، لا تجمع أقل من 10 % من العينة التمثيلية لمجموع النزلاء (كلما زاد التباين المتوقع بين الحصص المقدمة للنزلاء، زادت نسبة العينة التي ينبغي جمعها) وقيس أوزان الأغذية المطبوخة المقدمة لهم. اختر الوجبات عشوائياً واحرص على جمع عينات الوجبات على مدار مدة التوزيع، كمثال، ليس فقط في بداية أو نهاية التوزيع.
- اوزن سلطانيات/ أطباق الطعام المختلفة وقسّمها على عدد الأشخاص المعتزم تقديمها إليهم. قارن المعلومات التي حصلت عليها يوم زيارتك لمكان الاحتجاز حول الأغذية المستهلكة (من ملاحظاتك وقياس الأغذية) بالمقابلات التي أجريتها مع المحتجزين وموظفي السجن حول الأغذية التي يتناولونها بالفعل.
- اوزن الأغذية في مناطق مختلفة داخل مكان الاحتجاز، في المناطق تحت الحراسة الأمنية المشددة، في المناطق "الأكثر ثراءً" في السجن، في المناطق المخصصة "للغاب"، إلخ. وقارن بين الأوزان والأغذية في المناطق المختلفة.
- اوزن كذلك مؤن الأغذية التي تحضرها العائلات أو الأغذية التي يعدها المحتجزون لأنفسهم إن كان هذا مصدرًا مهمًا للمحتجزين.
- هل تستهلك مجموعات معينة (النساء الحوامل أو المرضعات، كبار السن، الأطفال، إلخ) أغذية إضافية/ معينة؟ إن كان الوضع كذلك فما هي؟
- هل يستهلك المحتجزون الذين لديهم تفضيلات غذائية معينة (كمثال، دينية) أغذية محددة؟
- هل هناك أي مشكلات صحية عامة قد تؤثر على استهلاك الغذاء (قرح الفم، الحمى، عدم وجود أسنان، إلخ) أو قد تؤثر على الاستخدام البيولوجي للغذاء (كمثال، الطفيليات المعوية، نقشي أمراض الإسهال)؟
- اكتشف تحديدًا ما هي الأغذية التي يستهلكها مرضى داء السل وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب وإذا ما كانوا يتلقون العلاج الطبي وإذا ما كانوا يتلقون الغذاء عند تناول أدويتهم.
- اكتشف ماذا يستهلك المحتجزون ذوي الاستحقاقات الغذائية: كمثال، هل ينضمون لبرنامج تغذية ويتلقون أغذية إضافية لمعاناتهم من سوء التغذية؟
- اكتشف إذا ما كانت الأغذية التي تستهلكها المجموعات المختلفة من المحتجزين يجري تعديلها لتناسب مستوى أنشطتهم البدنية أو الأحوال المناخية: هل يتلقى المحتجزون الذين يقومون بالأعمال اليدوية أو أعمال أخرى في نظام السجن المزيد من الغذاء أو أغذية مختلفة؟ هل يُوزع المزيد من الغذاء في المناخ البارد؟

7.3. سوء التغذية

يعاني الفرد من سوء التغذية عندما تكون كمية (الطاقة في شكل سعرات حرارية) و/أو نوعية (توازن المجموعات الغذائية، وجود الفيتامينات والمعادن) المدخول الغذائي اليومي أو كليهما غير كافية على مدار فترة من الزمن. غالبًا، ولكن ليس دائمًا، ما يكون هذا نتيجة لنقص الغذاء فسوء التغذية قد يرتبط بأمراض أخرى سواءً بسبب أو نتيجة له. قد يتسبب سوء التغذية في نشوء أمراض حيث إنه يُضعف أداء الجهاز المناعي للفرد. ويمكن أن يكون نتيجة للأمراض (وليس فقط بسبب نقص الغذاء)، حيث إن العديد من الأمراض تزيد من حاجة الجسم إلى العناصر الغذائية وفي نفس الوقت، تضعف قدرته على الاستفادة من هذه العناصر.

وبشكل عام، يمكن تقسيم سوء التغذية عند الراشدين إلى نوعين:

- سوء التغذية الحاد – الناتج عن نقص عام في العناصر الغذائية

- نقص المغذيات الدقيقة – الناتج عن نقص في مغذيات دقيقة محددة

نناقش أدناه ظهور وتقييم هذين النوعين من سوء التغذية بصورة منفصلة، إلا أن الفصل بينهما مجرد فصل زائف: ففي الواقع، الفرد الذي يعاني من نقص التغذية غالبًا ما يعاني من كل من سوء التغذية الحاد وواحد أو أكثر من نقص المغذيات الدقيقة.

سوء التغذية الحاد

يحدث سوء التغذية الحاد نتيجة لنقص في المجموعات الغذائية الأساسية (الكربوهيدرات، البروتين، الدهون) الضرورية للنمو ولعملية الأيض العام للجسم. عندما لا يستهلك الشخص كميات كافية من هذه المجموعات الغذائية (وعندما لا يلبي النظام الغذائي متطلبات الطاقة المبينة في الجدول رقم 2.3)، يعطل الجسم مخزونه من البروتينات والدهون. في الراشدين، غالبًا ما يتسبب هذا في إصابتهم بالضمور – فقدان الكتلة العضلية ودهون الجسم. يبدو الشخص المصاب بالضمور نحيفًا وتنقصه القوة أو الطاقة. في حالات أكثر ندرة، الإصابة بالوذمة – تراكم السوائل، في الأطراف السفلية في البداية – يمكن أن تكون ثاني العلامات الإكلينيكية لسوء التغذية الحاد. قد يبدو الشخص متورمًا ومنفقًا؛ قد يخفي تراكم السوائل فقدان العضلات والدهون. في الراشدين، ينبغي إجراء التشخيص التفريقي للوذمة لتحديد الإصابة بالوذمة للمفاوية أم الوذمة الصلبة أم الوذمة المرتبطة بالفشل الكلوي.

ويرتبط سوء التغذية الحاد بمعدل وفيات مرتفع للغاية.

يُستخدم مؤشر كتلة الجسم كمؤشر للوضع الغذائي للفرد؛ ويمكن أيضًا استخدامه لتحديد مرحلة سوء التغذية الحاد (إما مرحلة حادة أو معتدلة). يُحتسب مؤشر كتلة الجسم بحساب الوزن والطول من خلال تقسيم الوزن بالكيلوجرام على مربع الطول بالمتر.

مؤشر كتلة الجسم (كجم/م²) = الوزن بالكيلوجرام / مربع الطول بالمتر

يمكن مطابقة مؤشر كتلة الجسم بالفئات المتعددة للوضع التغذوي (انظر الجدول رقم 3.3)

الوضع التغذوي	عادي	سوء تغذية خفيف	سوء تغذية معتدل	سوء تغذية حاد
مؤشر كتلة الجسم (كجم/م ²)	18.5 – 25	17.0 – 18.4	16.0 – 16.9	أقل من 16

الجدول رقم 3.3 فئات الوضع التغذوي حسب مؤشر كتلة الجسم حسب منظمة الصحة العالمية

تنطبق القيم الحدية لمؤشر كتلة الجسم على جميع الراشدين، بصرف النظر عن العمر أو الجنس أو الطول. رغم ذلك، ينبغي ألا يستخدم مؤشر كتلة الجسم في تقييم الوضع الغذائي للأطفال أو المراهقين أو النساء الحوامل أو الأشخاص المصابين بالوذمة. لتقييم الوضع الغذائي للأطفال والمراهقين، استخدم قوائم الوزن بالنسبة إلى الطول. لتقييم الوضع الغذائي للنساء الحوامل، قس محيط أعلى الذراع. لا توجد قيم حدية معترف بها عالمياً لمحيط أعلى الذراع للراشدين ولكن تم اقتراح 23 سم ليكون أقل قيمة حدية لمحيط أعلى الذراع لدى الراشدين في وضع تغذوي عادي؛ قد يكون الشخص يعاني من سوء التغذية إن كان محيط أعلى الذراع أقل من هذا الحد. أما بالنسبة للأشخاص المصابين بالوذمة فهذه الإصابة وحدها قد تشير إلى معاناتهم من سوء التغذية؛ قد يقدم قياس محيط أعلى الذراع المزيد من الأدلة. يتضمن الكشف عن الوذمة الضغط بالإبهام على مقدمة الجزء السفلي من رجل المريض أو ظهر قدمه لمدة ثلاث ثواني؛ إن ظلت هناك نقرة في الجلد، فهذه وذمة انطباعية. الوذمة الانطباعية الناتجة عن سوء التغذية دائماً ما تؤثر على كلا القدمين.

نقص المغذيات الدقيقة

إن المغذيات الدقيقة لازمة لأداء وظائف أيض محددة. تأخذ هذه المغذيات أشكال متعددة: على سبيل المثال، الفيتامينات والمعادن العديدة الموجودة في الفاكهة والخضروات والأغذية البروتينية. تُخزن المغذيات الدقيقة في الجسم، في أنسجة محددة عادةً. عندما ينقص أحد المغذيات الدقيقة من النظام الغذائي، يُستنزف مخزون الجسم منه بالتدريج حتى ينفذ في النهاية وتتوقف وظيفة الأيض التي كانت تعتمد عليه. في هذه المرحلة، تظهر علامات وأعراض جسدية معينة تشير إلى نقص في المغذيات الدقيقة. مثل هذه الحالات من نقص المغذيات الدقيقة ليس لها تأثير مباشر على إجمالي كتلة الجسم أو النمو (باستثناء نقص اليود عند الأطفال)، ولكنها قد تتسبب في الوفاة رغم ذلك.

نبين أدناه وصف علامات وأعراض بعض أهم حالات نقص المغذيات الدقيقة. يظل التقييم الإكلينيكي للعلامات والأعراض مهماً في تشخيص نقص المغذيات الدقيقة لأن الاختبارات الكيماوية الحيوية بواسطة عينات الدم أو البول غالباً ما تكون باهظة الثمن أو ببساطة يستحيل تدبيرها.

- **نقص الحديد (الأنيميا)**
التعب، انقطاع النفس عند بذل أي مجهود؛ شحوب الكفين أو الجفون أو الفم؛ سرعة معدل النبض.
- **نقص فيتامين A (جفاف العين)**
يسبب في البداية العمى الليلي (ضعف البصر في الضوء الخافت). ولاحقاً يسبب: جفاف العين وتراكم الكيراتين في ملتحمة العين (بقع بيتو). وفي النهاية: تيبو القرنية جافة أو باهتة أو لينية (جفاف القرنية) ويصاحبها تلين وتقرح في القرنية (تلين القرنية).
- **نقص اليود**
قد يتسبب في الإصابة بالدراق؛ وأيضاً، الفدامة (نقص النمو الجسدي والعقلي) في الأطفال.
- **نقص فيتامين B1 (الثيامين) (داء البري بري)**
تضم الأعراض المبكرة: الإعياء، التهيج، نقص التركيز، فقدان الشهية. ولاحقاً، ألم وتنميل في الأطراف (عادةً ما تبدأ بضعف الإحساس في القدمين)، إحساس بالألم في عضلات الرولة عند الضغط عليها وتشنج العضلات، والضمور العضلي وضعف العضلات (ما يسبب صعوبة في المشي أو النهوض من وضع القرفصاء) وضعف ردود أفعال الأوتار. وفي النهاية يسبب: وذمة في الأطراف السفلية، وذمة الرئة، انقطاع النفس والخفقان. في حالات "البري بري الجاف"، غالباً ما تتأثر الأعصاب؛ بينما غالباً ما يؤثر "البري بري الرطب" على القلب؛ وكثيراً ما يتداخلان.
- **نقص فيتامين B3 (النياسين) (البلاجرا)**
الأعراض المبكرة: الضعف، الاضطراب، فقدان الشهية. لاحقاً: تغيرات في الغشاء المخاطي - التهاب الجلد، التهاب المهبل، التهاب الفم، التهاب اللسان. من المظاهر "الكلاسيكية" ظهور طفح جلدي متقشر على مناطق من

الجلد عند التعرض للشمس (وبالأخص ظهر اليدين، والرقبة والوجه). قد يصاب الشخص بالإسهال وتقلبات المزاج في المراحل اللاحقة.

• **نقص فيتامين سي (الاسقربوط)**

يتطور مرض الاسقربوط بالتدريج حيث يصاب الشخص بالإعياء، والألم في عظام/مفاصل الأطراف السفلية، وتورم ونزيف اللثة، وأحياناً سقوط الأسنان، وبطء التئام الجروح، النزيف حول بصيلات الشعر، وتورم الأطراف السفلية، وكدمات تلقائية.

8.3. تقييم الوضع التغذوي بين نزلاء السجون

تكتسب قضية التغذية أهمية كبيرة داخل السجون لذلك فإن تقييم الوضع التغذوي للمحتجزين وتقييم طبيعة سوء التغذية ودرجتها وشدتها بين نزلاء السجن يعد جزءاً مهماً من التقييم الكلي للرعاية الصحية في السجون.

عند النظر في الوضع التغذوي للأشخاص داخل السجون، تذكر أن سوء التغذية عادةً ما يؤثر على مجموعة أو مجموعات (علامات سوء التغذية الفردية تشير على الأرجح إلى إصابة ذلك الفرد بمرض يتسبب في هذا وينبغي التحقيق فيه). كما أن التغذية تؤثر على المجموعات المستضعفة أولاً (قد تتضمن هذه المجموعات في السجون كبار السن، والأقليات العرقية، والمحتجزين الذين لا يستقبلون زيارات عائلية أو يستقبلون زيارات قليلة).

وقد تتضمن العلامات التحذيرية لوجود مشكلة تغذوية داخل السجن:

- ارتفاع غير معتاد في معدلات الوفاة
- ارتفاع غير معتاد في معدلات المرض
- وجود محتجزين يعانون من سوء التغذية (من خلال الملاحظة أثناء زيارة السجن)

قد يكون لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية بيانات تبين معدلات الوفاة والمرضى بين المحتجزين. كما يمكنهم أن يحتفظوا بسجلات تبين الوضع التغذوي الفردي للمحتجزين (كمثال، الأوزان الموثقة في سجلات العيادة). إلا أن هذه السجلات قد لا تكون مؤشرات موثوقة للوضع الغذائي لنزلاء السجن بشكل عام لأن هذه البيانات لا تشير إلى المحتجزين الذين توصلوا إلى الرعاية الطبية وقد لا يمثلون النزلاء بشكل عام. بالإضافة إلى ذلك، قد لا يتم تسجيل البيانات التغذوية وتحليلها بدقة أو منهجية في كل الأحيان حين يحاول العاملون في مجال الرعاية الصحية القيام بهذا الأمر بجانب مهامهم الإكلينيكية الأخرى.

استطلاعات رأي نزلاء السجون حول التغذية

تنص القاعدة على إجراء استطلاعات رأي سنوية في السجون التي قد تواجه مشكلة في التغذية، واستطلاعات رأي ربع سنوية في السجون التي تعاني بالفعل من مشكلات سوء التغذية.

غالبًا ما يكون هذا النوع من الاستطلاع تقييمًا موجهاً للوضع الغذائي لجميع نزلاء السجن، وفي حال وجود عدد كبير من المحتجزين، كي يصبح ذلك ممكنًا، يتم استطلاع رأي عينة من هؤلاء النزلاء.

ويتطلب النجاح في إجراء استطلاعات الرأي حول التغذية الوقت والجهد والتنظيم الجيد. وغالبًا ما ينطوي الاستطلاع على تقييمًا إكلينيكيًا للعديد من المحتجزين على مدار عدة أيام. في حال استطلاع رأي عينة من النزلاء (بدلاً من جميع النزلاء)، يجب التأكد أن هذه العينة تمثل جميع نزلاء السجن – بمن فيهم أفراد من تلك المجموعات المستضعفة التي قد تواجه خطر التعرض لمشكلات في التغذية. يمكن لاستطلاعات الرأي حول التغذية أن تقدم معلومات حول مدى انتشار وشدّة سوء التغذية في السجن، ويمكن إجرائها بشكل روتيني أو استجابةً لمخاوف محددة حول التغذية داخل السجن. (انظر الفصل الثامن من الكتيب الثاني: تقييم وضع الغذاء والتغذية قيد الاحتجاز).

قد يتضمن استطلاع الرأي حول التغذية إجراء الآتي لكل فرد (انظر الفصل الثامن، الجدول رقم 10 من الكتيب الثاني: تقييم وضع الغذاء والتغذية قيد الاحتجاز).

إجباري:

- قياس مؤشر كتلة الجسم (أو قياس محيط أعلى الذراع في حال الإشارة إليه)
- الفحص الإكلينيكي لتفقد علامات الإصابة بالوذمة

محتمل:

- نقص في مغذيات دقيقة محددة أو الإصابة بمرض محدد
- أسئلة حول أعراض سوء التغذية أو أمراض معينة، وحول الحصول على الغذاء.

ينبغي تفسير نتائج استطلاع الرأي حول التغذية بعناية. وينبغي أن يتضمن التفسير تحليلاً لمدى انتشار ودرجة سوء التغذية. على سبيل المثال: هل يؤثر سوء التغذية داخل السجن على العديد من المحتجزين أم بعضهم فقط؟ هل هو حاد أم معتدل؟ وعلى نفس القدر من الأهمية، يجب تحليل ما هي أكثر المجموعات داخل السجن تأثراً. لن يكشف استطلاع الرأي حول التغذية الأسباب الكامنة وراء مشكلات التغذية ولكن في النهاية، من الضروري تحديد الأسباب وذلك يتطلب النظر في السلسلة الغذائية ككل (كما هو موضح سابقاً في هذا الفصل) والنظر في وجود أي عوامل مرضية.

4. خدمات الرعاية الصحية

1.4. مبادئ أساسية

ينبغي ألا يزيد الحبس من المخاطر التي تهدد صحة المحتجزين. وفي سياق خدمات الرعاية الصحية، يعني هذا الأمر أن مبدأ المساواة يجب أن يطبق، أي أن الرعاية الصحية المتاحة في السجن ينبغي أن تكون مساوية على الأقل للرعاية الصحية المتاحة في المجتمع المحيط بها. ولهذا السبب، من المهم أن تشمل جميع الزيارات إلى مرافق الاحتجاز زيارة المرافق الصحية المحلية أيضاً. وتتيح زيارة المرافق الصحية المحلية إمكانية التعرف على مستويات الخدمات المتاحة للمجتمع. كما تمكن من دراسة التدابير التي تتخذ من أجل المحتجزين الذين قد يحالون إلى تلك المرافق لتلقي مزيد من الرعاية الصحية. ومن المهم التعرف على كيفية تقديم العلاج للمحتجزين فيها ومناقشة أية مخاوف محددة مع الأطباء المحليين.

وربما يقال إنه حتى مبدأ المساواة غير كاف فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية في السجن. فالسجون تضم أشخاصاً غالباً ما يكونون عرضة للمرض بسبب خلفياتهم، وبيئاتهم، وسلوكهم داخل السجن. وكثيراً ما يكون المحتجزون محرومين اجتماعياً وتعليمياً واقتصادياً قبل الاحتجاز – وهي عوامل تزيد من خطر ضعف حالتهم الصحية وتقلل من احتمال استفادتهم من الخدمات الصحية قبل دخولهم السجن. ويزداد احتمال تعرض المحتجزين في أثناء إيداعهم السجن لسلوكيات (مثل العنف البدني والجنسي، وتعاطي المخدرات، والسلوكيات الخطرة الأخرى) تزيد من خطر إصابتهم بأمراض معدية مثل التهاب الكبد وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، مما يزيد أيضاً من حالات الاضطرابات النفسية بينهم. ونتيجة لذلك، فإن الطلب على الخدمات الصحية في السجن يُعد أكبر من الطلب عليها في المجتمع، ومع ذلك، تتلقى السجون عادةً مساعدة أقل بكثير من حيث الموارد والتمويل. ومن ثم، غالباً ما تكون الخدمات الصحية المقدمة للمحتجزين أقل جودة مما يُتاح للمجتمع. ويمثل الاختيار أحد العناصر المهمة في الرعاية الصحية في المجتمع، وهو نادراً ما يتاح في السجن، إذ لا يتسنى للمحتجزين اختيار من يقدم لهم الرعاية الصحية. وإذا لم يرغب المحتجزون في التعامل مع مقدم الرعاية الصحية أو لم يتقوا به، أو إذا كانوا يرون أن مستوى الرعاية غير كافٍ، فإنه نادراً ما يمكنهم اختيار مقدم خدمة آخر.

إن ضمان كرامة المحتجزين وسلامتهم وأمنهم يظل مسؤولية سلطات الاحتجاز. وفيما يتعلق بالحصول على الرعاية الصحية، تؤكد المعايير الدولية الحالية التزام سلطات الاحتجاز بتوفير الخدمات الصحية (بما في ذلك الخدمات الوقائية والعلاجية، ومعالجة الأمراض النفسية والبدنية، وتوفير الاحتياجات الخاصة لبعض المحتجزين) مجاناً وبدون تمييز، سواء داخل السجن أو خارجه على النحو الذي تحدده الاحتياجات الطبية (القاعدة 27 من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء). ويوصى بالتعاون الوثيق مع الإدارة العامة للصحة العامة (ومع مؤسسات الدولة الأخرى المشاركة في تقديم الخدمات العامة) وبطريقة تضمن المساواة في الرعاية واستمراريتها (القاعدتان 24 و25 من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء)، وتعزيز إعادة التأهيل والنجاح في العودة إلى المجتمع بعد الإفراج.

2.4. موظفو الرعاية الصحية

دور موظفي الرعاية الصحية ومسؤولياتهم

يتوقف مستوى الرعاية الصحية المقدمة في سجن ما على عدد موظفي الرعاية الصحية، ومؤهلاتهم، وتدريبهم، ودوافعهم. وينبغي تقييم هذه العوامل في أثناء زيارة السجن.

وفي بعض السياقات، يمكن تعريف دور موظفي الرعاية الصحية في السجن في "لوائح السجن" في البلد المعني. وقد تنص هذه اللوائح على أن موظفي الرعاية الصحية في السجن مسؤولون عن إدارة خدمات الرعاية الصحية، وأيضًا تولي مهام أخرى مثل الإشراف على النظافة الصحية، والصرف الصحي، والتغذية. ويتسق هذا الأمر مع التصور المتمثل في أن موظفي الرعاية الصحية يضطلعون بواجبات تتجاوز الرعاية العلاجية، كما يجب أن يتولوا المسؤولية عن حماية الصحة وتعزيزها.

هيكل الرعاية الصحية في السجن وتسلسلها الهرمي

في العديد من السياقات، تتمتع السلطة المسؤولة عن إدارة السجن وأمنه (والتي عادةً ما تكون وزارة العدل أو وزارة الداخلية) أيضًا بسلطة على موظفي الرعاية الصحية في السجن وتضطلع بالمسؤولية عن الصحة داخل السجن. وقد لا يكون لموظفي الرعاية الصحية صلة رسمية بوزارة الصحة، وقد يكونون مسؤولين مسؤولية كاملة أمام وزارة العدل، بل ربما يحملون رتبًا شرطية أو عسكرية. ويعني هذا الترتيب أن موظفي الرعاية الصحية في السجن غالبًا ما لا يشاركون في التدريب المستمر، وليس لهم اتصال مهني مع زملائهم في النظام الصحي الوطني، مما قد يؤثر تأثيرًا سلبيًا على الرعاية التي يمكنهم تقديمها. وقد يتعرض الاستقلال المهني لموظفي الرعاية الصحية لبعض المؤثرات في ظل هذه الظروف بسبب "ازدواج الولاءات" (انظر أدناه)، مما قد يحدث تأثيرًا سلبيًا آخر على أدائهم.

ومن أجل تحقيق فهم أفضل للقوى المؤثرة على موظفي الرعاية الصحية في السجن، ربما يكون من المفيد وضع خريطة لهيكل التسلسل الهرمي لموظفي الرعاية الصحية. ويجب أن تظهر هذه الخريطة السلطة التي ترأس هؤلاء الموظفين داخل السجن، وعلى مستوى السلطة الصحية المحلية، أو وزارة الصحة. كما ينبغي أن تظهر مسؤولي الاتصال بين موظفي الرعاية الصحية، والخدمات الصحية في المجتمع، وسلطات المناطق، والوزارات المعنية. وسيساعد استكمال هذه الخريطة على ضمان توجيه أية إجراءات تهدف إلى إحداث تغيير إلى الأفراد أو السلطات المناسبة، أو على المستوى المناسب.

العلاقات بين موظفي الرعاية الصحية والمحتجزين

تتباين العلاقات بين موظفي الرعاية الصحية والمحتجزين تباينًا كبيرًا في بيئات السجن. فقد يظهر بعض موظفي الرعاية الصحية التعاطف والشفقة في عملهم، ويعاملون المحتجزين معاملة أي مريض آخر، وربما يعرفون اسم كل محتجز ويكونون على استعداد لاستقبال كل من يرغب في الحصول على استشارة. وربما يعامل موظفون آخرون المحتجزين بتجرد من المشاعر، مع الإشارة إليهم بأرقامهم في السجن على سبيل المثال، وقد يرتابون في المحتجزين، ويرون أن شكاوهم لا تزيد عن كونها تظاهرًا بالمرض. وقد يسعى بعض موظفي الرعاية الصحية إلى تقديم أقل قدر ممكن من الاستشارات، لا سيما في السياقات التي تكون فيها الرواتب منخفضة، أو يُلزم فيها الموظفون بالعمل في السجن الإصلاحية.

وفي أثناء زيارة السجن، يجب محاولة قياس سلوك موظفي الرعاية الصحية تجاه المحتجزين.

ازدواج الولاءات وأخلاقيات الرعاية الصحية داخل السجون

عادةً ما يوجد "ازدواج الولاءات" لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية في السجون. وقد تم تعريف مشكلة ازدواج الولاءات لدى هؤلاء العاملين على أنها "التزامات متزامنة (...). تجاه مريض وطرف ثالث".²⁵ وقد تكون الالتزامات صريحة أو ضمنية، أو حقيقية أو متصورة. وربما يكون الطرف الثالث صاحب العمل، أو إحدى شركات التأمين، أو أحد أقارب المريض، أو الدولة، أو السلطات المسؤولة عن السجن. وازدواج الولاءات ليس هو نفسه تضارب المصالح. ففي تضارب المصالح، تتضارب المصالح الشخصية للعاملين في مجال الرعاية الصحية مع مصالح فرد آخر أو مجموعة أخرى، وعندما يكون ازدواج الولاءات على المحك، فإن المصالح الشخصية لهؤلاء العاملين لا تدخل بالضرورة ضمن هذا الأمر، فليس هناك مغنم شخصي يحققونه مما سيؤول إليه الأمر، ويكون تضارب المصالح بين مسؤوليتين متضاربتين. ولكن، من الناحية العملية، حتى عندما يكون ازدواج الولاءات واضحة، كما هو الحال في التضارب بين المصالح الصحية للمريض والمصالح الأمنية لسلطات السجن، يواجه العاملون في مجال الرعاية الصحية أيضًا تضاربًا في مصالحهم الخاصة، إذ من المرجح أن يكونوا معتمدين على سلطات السجن في الحصول على العمل والدخل، مما يعني أنه من مصلحةهم أن يتماشوا مع تلك السلطات، أو يكونوا أكثر ولاءً لها. وهكذا، في الحالات التي تتعرض فيها استقلالية العاملين في مجال الرعاية الصحية بشأن النواحي العلاجية للتهديد بسبب تضارب الولاءات لسلطات السجن والمرضى، يصبح خطر تعرض المرضى للمعاناة كبيرًا.

ومع ذلك، من المهم إدراك أن العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعملون في السجون يتمسكون بالالتزامات الأخلاقية نفسها مثل زملائهم العاملين في المجتمع.

وفي السجون، قد يواجه العاملون في مجال الرعاية الصحية قضايا أخلاقية مختلفة. وتتطلب طبيعة هذه القضايا الأخلاقية وتواترها، وكذلك استجاباتهم لها، تقييمًا دقيقًا وحساسًا. ويتعين على من يقوم بالزيارة من هؤلاء العاملين الحصول على معلومات من مصادر مختلفة، أي من الملاحظة المباشرة، والمناقشات مع المحتجزين، والمناقشات مع العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية.

أمثلة على قضايا طبية أخلاقية في السجون

- طلبات الإفصاح عن سجلات الحالة الإكلينيكية للموظفين غير المختصين بالمجال الطبي
- تقييد المحتجزين في أثناء الإجراءات الطبية أو النقل إلى المستشفيات
- الامتناع عن تقديم الرعاية الطبية
- العلاج دون الحصول على موافقة المريض
- الإضرار عن الطعام
- تزوير التقارير الطبية
- إصدار شهادة طبية تقييد باللياقة البدنية للاستجواب، أو العقاب، أو الحبس الانفرادي
- المشاركة الطبية في التعذيب، أو سوء المعاملة، أو الإعدام

وينبغي إجراء مناقشات مع العاملين في مجال الرعاية الصحية في السجون في جو من الثقة حتى يمكن استكشاف القضايا الأخلاقية على نحو كامل. وقد يصبح الحوار غير مثمر إذا تخلوا عن أخلاقياتهم من أجل الاحتياجات الأمنية في السجن، وأصبحوا في موضع يشعرون فيه بضرورة الدفاع عن ذلك. وحيثما لا يكون العاملون في مجال الرعاية الصحية في السجون على يقين من واجباتهم الأخلاقية، يمكن تنظيم حلقات دراسية لهم.²⁶ وقد يحتاج هؤلاء العاملون أيضًا الدعم للامتثال لقواعدهم الأخلاقية.

25 أطباء من أجل حقوق الإنسان وكلية العلوم الصحية في جامعة كيب تاون. *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms* الولاء وحقوق الإنسان في ممارسات العاملين في مجال الرعاية الصحية: المبادئ التوجيهية والآليات المؤسسية المقترحة، بوسطن، MA، 2002. متاح عبر الرابط: <http://physiciansforhumanrights.org/library/reports/dual-loyalty-and-human-rights-2003.html>

26 يُعد موقع جمعية الطب العالمية على شبكة الإنترنت (www.wma.net) مصدرًا مفيدًا للغاية. ويمكن تنزيل دليل أخلاقيات مهنة الطب الصادر عن جمعية الطب العالمية من على الموقع نفسه، ويحتوي الموقع أيضًا على روابط دورات تدريبية على الإنترنت في مجال أخلاقيات مهنة الطب والطب في السجون. وهناك أيضًا روابط لتصوص مدونة قواعد السلوك الدولية للأخلاقيات الطبية، وإعلان جنيف، وإعلان طوكيو: المبادئ التوجيهية للأطباء بشأن التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو الحاطة بالكرامة بصدد الاحتجاز أو السجن، وإعلان مالطا بشأن المضربين عن الطعام.

وحيثما تحدث انتهاكات جسيمة للقواعد الأخلاقية، فإنه يجب مناقشتها وتوضيحها مع العاملين في مجال الرعاية الصحية، وتوثيقها بالتفصيل، ويمكن طلب المشورة بشأن ما إذا كان ينبغي إبلاغ سلطات السجن، أو وزارة الصحة، أو الجمعية الطبية الوطنية عن ذلك الانتهاك الأخلاقي.

عينة من الأسئلة حول العاملين في مجال الرعاية الصحية

تدريب العاملين

- سجل انطباعات الأطباء والعاملين في مجال الرعاية الصحية الآخرين، كل على حدة، فيما يتعلق بكفاءتهم، ومهنتهم، ودوافعهم. ويمكن الخروج بالانطباعات عن طريق ملاحظة ممارسات العمل، واجتماعات الموظفين، واستشارات المرضى، وسجلات المرضى، وكذلك من المناقشات التي تُجرى مع المحتجزين والعاملين في مجال الرعاية الصحية.
- ما هي المؤهلات التي يتمتع بها العاملون في مجال الرعاية الصحية في السجن؟ هل لديهم اتصال منتظم مع النظام الصحي الوطني؟ هل يتلقون أي تدريب أو تعليم مستمر؟ هل يتلقون أي تدريب خاص بالرعاية الصحية في السجن؟

تحفيز العاملين والحضور

- ما هي ساعات العمل الرسمية للمختصين في المجال الطبي؟ ما هي الساعات الفعلية التي يعملون بها؟
- هل ساعات عمل المختصين في المجال الطبي تكفل حصول المحتجزين على الرعاية الصحية؟
- ما هي المعايير المستخدمة لقياس الحصول على الخدمات الصحية؟ هل يتوفر التمريض طوال الوقت؟ هل يحضر الطبيب يومياً؟ هل تُدرج هذه المعايير في لوائح السجن أو غيرها من المبادئ التوجيهية؟
- هل هناك أية فجوات ملحوظة في حضور أي من الموظفين؟ هل يختار المختصون في المجال الطبي العمل في السجن؟ أو هل يجب عليهم أن يكونوا موجودين، بغض النظر عن رغبتهم؟
- هل يكلف العاملون في مجال الرعاية الصحية بمسؤوليات أو واجبات أخرى غير الخدمات الصحية العلاجية؟ هل هم مطالبون بتفقد حالة النظافة الصحية في أماكن المعيشة، ومرافق الصرف الصحي، والمطبخ؟ هل هم مطالبون بمراقبة الغذاء والتغذية؟ هل تتضمن لوائح السجن أو الأوامر الأخرى المكتوبة تعريفات لهذه المسؤوليات أو الواجبات؟

هيكل الخدمة الصحية في السجن

- ما هي الجهة التي توظف موظفي الرعاية الصحية في السجن (وزارة الصحة، أم وزارة العدل، أم وزارة الشؤون الداخلية، أم وزارة الداخلية، أم وزارة الدفاع)؟ هل هناك خدمة طبية للسجون تابعة لهذه الوزارات، وهل لها صلات رسمية بوزارة الصحة؟ هل تتكامل خدمات الرعاية الصحية في السجن مع النظام الصحي الوطني؟
- هل يعمل المحتجزون لصالح خدمات الرعاية الصحية؟ ما هي أدوارهم ومسؤولياتهم؟
- ضع تخطيطاً لهيكل موظفي الرعاية الصحية داخل السجن، بمن في ذلك الأطباء، والممرضون، ومعاونو الرعاية الصحية، وموظفو المختبرات، وأطباء الأسنان، والمحتجزون. واذكر باختصار أسماء هؤلاء الموظفين، ومؤهلاتهم، ومستوى تدريبهم، والتاريخ التقريبي لتعيينهم.
- هل هناك أية وظائف شاغرة في فريق الخدمات الصحية في السجن؟ ما هي المدة التي ظلت فيها هذه الوظائف شاغرة؟
- ضع تخطيطاً للروابط بين الخدمة الصحية في السجن وسلطات المنطقة أو السلطات المركزية المعنية (السلطة الصحية المحلية، أو وزارة الصحة، أو وزارة العدل، وما إلى ذلك).

العلاقات بين الموظفين والمحتجزين

- ما هي طبيعة العلاقات بين موظفي الرعاية الصحية في السجن والمحتجزين؟ حاول أن تخرج بانطباع مبني على الروتين السريري اليومي، وعلاج المرضى الداخليين، والمناقشات مع الموظفين والمحتجزين.

3.4. المرافق والمعدات الطبية

العيادة

يجب أن يتوفر في جميع السجون وأماكن الاحتجاز عيادة أو مرفق صحي في المكان (والتي يمكن أن يطلق عليها اسم "مركز الخدمات الصحية" أو "قسم العيادات الخارجية")²⁷. ويجب أن تشمل منطقة العيادة غرفة استشارة، ومنطقة لتلقي العلاج، ومنطقة لانتظار المرضى. وينبغي أن تتيح غرفة الاستشارة سرية المناقشات والخصوصية أثناء فحص المرضى. ويجب أيضًا أن تكون مجهزة بأريكة للفحص والمعدات الطبية الأساسية (مقياس الحرارة، وسماعة الطبيب، وجهاز قياس ضغط الدم، وما إلى ذلك)، إذ أن عدم توفر هذه التجهيزات يشير إلى أنه لا يمكن إجراء الفحوصات الطبية بشكل صحيح.

وينبغي أن يؤخذ موقع العيادة في الحسبان. فيمكن أن تقع خارج المحيط الأمني الرئيسي إذا كانت عيادة المجتمع، أو إذا لم يتمكن موظفو الرعاية الصحية من دخول مباني السجن (لأسباب أمنية أو لأية أسباب أخرى). وإذا كانت العيادة خارج هذا المحيط الأمني، فقد يصعب وصول المحتجزين إليها (لا سيما إذا كان الحراس يعيقون المرور أو يطلبون رشاوى)، وقد يعني ذلك أيضًا أن موظفي الرعاية الصحية لا يدخلون السجن بانتظام للتحقق من حالة النظافة الصحية في الزنانات، والمطابخ، والمراحيض وغيرها من الأماكن المشتركة، أو لتقييم الغذاء، ومراقبة صحة المحتجزين بشكل مباشر.

قسم المرضى / المستشفى

قد يكون لدى السجون الكبيرة مستشفى أو قسم للمرضى يتيح ملاحظة المحتجزين وتلقيهم العلاج بشكل مستمر، وأن يكونوا معزولين عن السجناء الآخرين، وأن يتعافوا من أمراضهم في بيئة هادئة مع سهولة الوصول إلى المرافق الصحية.

وقد يعتمد وجود مستشفى أو قسم للمرضى داخل السجن على معايير بناء المستشفيات المنصوص عليها في قانون السجن أو لوائح السجن في البلد المعني، والمرافق المتاحة للمجتمع، وهيكل الخدمة الصحية الوطنية. وتتميز مستشفيات السجن بكونها "داخل النظام"، بمعنى أن نقل أحد المحتجزين إلى المستشفى يتطلب عددًا أقل من الإجراءات الروتينية، وليس هناك أية مشكلات مع موظفي النقل أو الحراسة. ومع ذلك، هناك ذلك العيب المرتبط بمستشفيات السجن، فقد تصبح هذه الأمور التزامات في مرحلة ما، وذلك في نظام ين تحت وطأة الحاجة للتمويل، وربما لا يتوفر ما يكفي من المال لأعمال الصيانة وتوفير المستلزمات، ووجود الموظفين الدائمين في جميع الأوقات.

بالإضافة إلى ذلك، قد تختلف المعايير المقبولة لمستشفى السجن أو قسم المرضى، وذلك حسب معايير المرافق الطبية المتاحة للمجتمع، وخطورة الأمراض التي يتم علاجها داخل السجن، وإمكانيات إحالة المحتجزين المصابين بأمراض خطيرة إلى مستشفيات خارج السجن. على الرغم من ذلك، فإن أقسام المرضى الداخليين يجب، على أقل تقدير، أن يتوفر فيها مستويات جيدة من النظافة الصحية، ومرافق صرف صحي مناسبة، وتهوية جيدة، ونظام للتدفئة أو التبريد (يتم ضبطه لينتج مع المناخ المحلي). كما يجب أن يضم القسم فريقًا يتمتع بمستويات مناسبة من التدريب، ويتم تزويده بجميع المعدات الطبية والمواد المستهلكة الضرورية.

وينبغي أن تكون جميع السجون الأكبر حجمًا مزودة بغرفة أو قسم عزل لفصل المحتجزين المصابين بأمراض معدية، وذلك لمنع انتشار المرض بين جميع السجناء. وكحد أدنى، ينبغي أن تكون هناك غرفة احتياطية يمكن تحويلها بسرعة إلى قسم عزل إذا دعت الحاجة إلى ذلك.

ويجب تقييم مرافق المختبرات الموجودة في المكان، إن وجدت، من أجل أمور مثل حالة الإصلاح، وتوريد قطع الغيار والكواشف، ومعرفة الموظفين باستخدام المواد الموجودة في المختبر.

27 قد لا تكون هناك عيادة داخل مركز الشرطة، ولكن يجب أن تكون هناك مجموعة أدوات للإسعافات الأولية وشخص حاصل على تدريب على الإسعافات الأولية. وينبغي أن تتاح للشرطة إمكانية الوصول السريع إلى عيادة محلية أو إلى طبيب أو ممرض يمكن استدعاؤه بصفة عاجلة.

عينة من الأسئلة حول المنشآت والمعدات الطبية

عيادة السجن

- هل توجد عيادة في السجن، أم هل يلجأ المحتجزون إلى عيادة المجتمع؟ وأين تقع العيادة، هل في داخل مجمع السجن الرئيسي أم خارجه؟
- قدم وصفًا عامًا للعيادة، من حيث حجمها، وما بها من إضاءة، وتهوية، وإمدادات مياه، ونظافة صحية، وأثاث، وأريكة للفحص، وما إلى ذلك.
- ما هي المعدات الطبية المتاحة؟ مقياس الحرارة، وساعة الطبيب؟
- هل تضمن منطقة العيادة السرية للمرضى؟ هل منطقة الاستشارات منفصلة عن منطقة الانتظار؟
- هل يتم تخزين الأدوية داخل العيادة؟ هل تُخزن بطريقة آمنة ومنظمة؟ (سنتم مناقشة أنواع الأدوية في القسم 7.5 أدناه).
- هل يوجد بالعيادة مكان لتلقي العلاج؟ هل هناك معدات ومكان لتلقي العلاج بأدوية أو محاليل تحقن في الوريد إذا لزم الأمر؟
- تذكر زيارة مركز الرعاية الصحية أو المستشفى المحلي، واكتب وصفًا مختصرًا للمرفق.

قسم المرضى / المستشفى

- أين يقع قسم المرضى؟ ما هي حالة إمدادات المياه؟ والإضاءة؟ والتهوية؟ والأثاث والفرش، وما إلى ذلك؟
- هل هناك غرفة أو قسم للعزل؟
- هل هناك مختبر؟ هل تتوفر معدات تشخيصية (مثل الأشعة السينية، والموجات فوق الصوتية)؟ وكم مرة تُستخدم؟ هل تلقى الموظفون التدريب على استخدامها ولديهم خبرة بذلك؟
- إذا كان هناك مستشفى للسجن، فكم عدد الأقسام التي يضمها وما هي أنواعها (الطب العام، أو الجراحة، أو الأمراض النفسية، أو الأمراض المعدية، أو أمراض النساء)؟ ما هي القدرة الاستيعابية لقسم الجراحة؟ كيف يتم ترتيب خدمات بنك الدم؟
- ما هي حالة الأقسام؟ كيف يتم توفير الموظفين لها؟ كيف تُنظّم الخدمات (المطبخ، والمغسلة، والتعقيم، وما إلى ذلك)؟

مرافق المختبر

- ما هي الأجهزة المتاحة في المختبر، وما هي حالتها؟
- هل تلقى الموظفون التدريب الكافي على استخدام هذه الأجهزة؟
- كيف يتم ضمان الجودة ومراقبتها؟
- ما هي الاختبارات التي يمكن إجراؤها، وكم عدد مرات إجرائها؟
- من أين تأتي مستلزمات/ الكواشف المختبرات؟ هل هناك أية حالات نقص فيها؟
- هل تُطبق إجراءات الصحة والسلامة وتُحترم؟
- في حالة إجراء اختبارات خارج السجن، هل يتعين على المحتجز الذهاب بنفسه إلى المرفق الموجود في المجتمع، أم يتم إرسال العينة فحسب؟
- من الذي يفسر نتائج المختبر؟ هل هناك نظام لفحص النتائج؟ هل هناك نظام لضمان جعل الموظفين المسؤولين عن الأمور الإكلينيكية على علم بالنتائج غير الطبيعية من المختبر؟

4.4. الحصول على الرعاية الصحية داخل السجن

لا يعكس مستوى البنية التحتية الصحية بالضرورة نوع الرعاية الصحية التي يتلقاها المحتجزون في الواقع، وبعبارة أخرى، ليس ثمة ضمان أن وجود بنية تحتية صحية متطورة نسبيًا سيؤدي إلى توفير رعاية صحية عالية الجودة للمحتجزين. ومن المهم تقييم الحصول على الرعاية الصحية، أي تقييم درجة قدرة النزلاء على الوصول إلى موظفي الرعاية الصحية، والحصول على الاستشارات والعلاج. ويجب النظر إلى الحصول على الرعاية الصحية على مستويين هما الحصول على الرعاية الصحية داخل السجن (وهو ما يتضمنه هذا القسم)، والحصول على الرعاية الصحية خارج السجن (انظر القسم 5.4 أدناه). ويكون الحصول على الرعاية الصحية خارج السجن ضروريًا عندما تتجاوز الاحتياجات الطبية قدرات موظفي الرعاية الصحية ومرافق السجن.

دور موظفي الرعاية الصحية في السجن في ضمان الحصول على الرعاية الصحية

ينبغي أن يحصل السجناء على الرعاية الصحية بدرجة متساوية على الأقل مع الأشخاص في المجتمع خارج السجن. وفي السجن الكبيرة، أو في السباقيات التي يسهل فيها نسبيًا على المجتمع خارج السجن الحصول على خدمات الرعاية الصحية، فقد يعمل طبيب واحد أو أكثر بدوام كامل في السجن. وفي السجن الصغيرة، أو عندما تكون قدرة المجتمع المحيط به على الحصول على الرعاية الصحية محدودة، يمكن للطبيب الذي يعمل بدوام جزئي زيارة السجن على فترات متقطعة. وربما يوجد الممرضون أو معاونو الرعاية الصحية بشكل أكبر، وقد يكونون قادرين على تولى الكثير من مهام الرعاية الصحية داخل السجن، على سبيل المثال، إجراء الفحص الصحي الأولي للمحتجزين، ومعالجة المحتجزين المرضى بسبب الأمراض الشائعة أو البسيطة. ومع ذلك، يجب أن يكون بمقدور موظفي الرعاية الصحية المباشرين إحالة المرضى إلى طبيب إذا كانت ثمة حاجة إلى مزيد من الرعاية، ويجب أن يكونوا قادرين على التعرف على الحالات التي تستدعي الإحالة. وتنعكس ساعات عمل هؤلاء الموظفين المباشرين (ووجودهم) وضع الرعاية الصحية في المجتمع. وبغض النظر عن الاختلافات في السياقات، فإن درجة الحصول على الرعاية الصحية لا تكون مقبولة إلا إذا توفر للمحتجزين، الذين يعانون أعراضًا حادة، أحد أعضاء فريق الرعاية الصحية لفحص هذه الأعراض في اليوم نفسه (بل وفي أسرع وقت إذا كان ذلك ممكنًا أو ضروريًا)، وإذا توفر للمحتجزين الذين يعانون أمراضًا مزمنة أو معقدة متابعة طبية منتظمة.

وفي داخل السجن، ينبغي أن تتاح لجميع المحتجزين فرص متساوية للحصول على الخدمات الصحية. وغالبًا ما تكون الرعاية الصحية موردًا نادرًا، ومن ثم ينبغي أن يتم أي ترشيح لها وفقًا للحاجة الإكلينيكية على النحو الذي يحدده أحد المختصين بالمجال الطبي. ويجب ألا يوقع غير المختصين بالمجال الطبي الكشف على المحتجزين أو أن يحلوا محلهم على الرعاية الصحية. ويرجع هذا الأمر إلى عدة أسباب: أولاً، افتقار غير المختصين بالمجال الطبي إلى الخبرة اللازمة لتحديد احتياجات المحتجزين من الرعاية الصحية، وثانيًا، قد يتخذ غير المختصين خيارات أو يفرضون قيودًا استنادًا إلى أسباب لا تتعلق بالصحة (مثل الانتماء السياسي، أو الرشوة، وما إلى ذلك)، وثالثًا، لأن مبدأ السرية الطبية يقضي بأنه ينبغي ألا يُضطر المحتجز للإفصاح عن حالته الصحية لغير المختصين بالمجال الطبي. ومن الناحية المثالية، ينبغي أن يكون المحتجزون قادرين على إبلاغ أسمائهم وشكاواهم الصحية مباشرة إلى أحد المختصين بالمجال الطبي، سواء في العيادة نفسها، أو في أثناء جولات هؤلاء المختصين في السجن. ولكن في الواقع، غالبًا ما يسجل غير المختصين بالمجال الطبي في السجن قائمة بأسماء المحتجزين الذين يرغبون في استشارة الطبيب أو الممرض، ويجب إيلاء اهتمام خاص بتجنب أي تمييز في هذه العملية.

المحددات غير الطبية للحصول على الرعاية الصحية

تعد صعوبة الحصول على الرعاية الصحية مشكلة عامة داخل السجون، وقد تؤثر على جميع السجناء أو على مجموعات معينة أو أفراد بعينهم. وعندما يتأثر السجناء جميعًا، فقد يُعزى هذا الأمر إلى عدد من العوامل، وهي العوامل الجغرافية أو الديموغرافية التي تحد من توفير الموظفين أو المستلزمات الطبية المستهلكة أو توفرها، وعدم كفاية الميزانية المخصصة لرواتب المختصين بالمجال الطبي أو المستلزمات الطبية أو الأدوية، أو الإهمال، أو غياب الإرادة من جانب سلطات السجن.

وقد تجد مجموعات أو أفراد محدبون أن التسلسل الهرمي أو وجود "عصابات" داخل السجن يحد من حصولهم على الرعاية الصحية. وقد لا ترغب إحدى مجموعات المحتجزين في أن تحصل مجموعة أخرى على الرعاية الطبية. وربما تشمل الفئات الضعيفة كلا من النساء، والقصر، والمسنين، ومجموعات الأقليات، والأشخاص الذين يعانون من مشاكل في الصحة النفسية، والمحتجزين في فئات أو مواقع معينة (على سبيل المثال أولئك الذين يدرجون على "قائمة الإعدام"، أو يودعون في الحبس الانفرادي). وقد تعاني هذه المجموعات التمييز بسبب الاعتقاد أنها أقل شأنًا وأقل استحقاقًا للرعاية، أو في حالة المحتجزين لأسباب سياسية أو أمنية، لأنهم يُنظر إليهم بوصفهم "أعداء" أو "خونة".

ويمكن أيضًا للفساد الذي تتورط فيه سلطات السجن (وحتى المحتجزين الآخرين) أن يعرقل الحصول على الرعاية الصحية. وثمة شكل من أشكال الفساد أو الرشوة في كل سجن في العالم. وهذه مسألة معقدة وحساسة وغالبًا ما يصعب تقييمها، ناهيك عن مواجهتها. غير أنه يجب وضع استراتيجيات لمواجهة هذه القضية في حالة عرقلة الفساد حصول جميع المحتجزين أو حتى بعضهم على الخدمات الأساسية.

يمكن الحصول على معلومات عن الحصول على الرعاية الصحية من موظفي الرعاية الصحية، وإدارة السجن، والمحتجزين أنفسهم، ومن الملاحظة المباشرة. كما قد تكون السجلات الطبية مصدرًا مفيدًا للمعلومات في هذا الصدد، وقد تحتوي أيضًا على سجل أيام عمل العيادات، وعدد الاستشارات وأسبابها.

معدلات الاستشارات

قد يكشف عدد الاستشارات الطبية التي تتم في السجن معلومات عن أمور مثل حصول المحتجزين على الخدمات الطبية، وتوفر موظفي الرعاية الصحية واستعدادهم لتقديم الاستشارات للمرضى، والحالة الصحية العامة لنزلاء السجن. ومع ذلك، يجب توخي الحذر عند تفسير هذه النتائج.

والواقع أنه لا توجد قيم مرجعية أو "أساسية" لعدد الاستشارات الطبية المتوقعة داخل السجون. وتقدم القيم المرجعية للنازحين (بمن فيهم اللاجئون) بعض التوجيه، غير أنه يجب أيضًا أن تُفسر بحذر. ومن المتوقع أن تكون هناك عشر استشارات يوميًا من بين ألف نازح (أي نحو 1% من عدد النازحين).²⁸ وقد تشير الأرقام الأعلى إلى ضعف الحالة الصحية لهؤلاء الأشخاص. فعندما يتجاوز عدد الاستشارات اليومية 3% من العدد الإجمالي، فإنه يجب دراسة معدل الإصابة بالمرض بدقة. ومن المهم معرفة ما إذا كانت الأعداد الأعلى من الاستشارات تتعلق بأمراض بسيطة مثل الصداع، أو آلام الظهر، أو بأمراض خطيرة. وبينما تجري دراسة الاستشارات، يجب النظر أيضًا فيما إذا كان المرضى الذين فحصهم المختصون بالمجال الطبي يمثلون حالات جديدة من المرض، أو ما إذا كانوا محتجزين يعانون أمراضًا مزمنة ويترددون على العيادة عدة مرات في الأسبوع.

تذكر الأدوات المهمة الأخرى لتقييم الحالة الصحية للمحتجزين وحصولهم على الرعاية الصحية، عن طريق إجراء مناقشات مع موظفي الرعاية الصحية ومع المحتجزين أنفسهم، والملاحظة المباشرة للمحتجزين المرضى. وبنطوي وجود محتجزين تظهر عليهم علامات المرض لم يتوجهوا إلى العيادة، أو محتجزين يعانون أمراضًا مزمنة أو إصابات ولم يخضعوا لأية متابعة طبية، على مشكلة كبيرة تؤثر على إمكانية الحصول على الرعاية الصحية في السجن.

28 بيار بيران، الطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة – دورة تدريبية في الصحة العامة عن إدارة المساعدات الإنسانية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 2001.

التقييم الطبي للمحتجزين الجدد

ينبغي أن يكون لدى السجون نظام للتقييم الطبي لجميع المحتجزين الجدد. ويجب توثيق التاريخ الطبي لكل منهم، وإخضاعهم للفحص الطبي، في أقرب وقت ممكن بعد وصولهم، ويفضل أن يكون ذلك في غضون 24 ساعة من الوصول. ومن الناحية المثالية، يجب على أحد الأطباء إجراء الفحص الطبي الأولي، ولكن عندما يتعذر ذلك، يمكن لممرض مؤهل القيام بذلك. وليس من الممكن دائماً إجراء فحص أولي في أقسام الشرطة، ولكن يجب توفير استشارة طبية بناءً على طلب المحتجز، أو إذا كان لدى السلطات سبب للاعتقاد أن هناك حاجة إلى ذلك. وتكون جميع المعلومات الطبية التي يتم الحصول عليها خلال الفحص الطبي الأولي سرية ويجب تخزينها وفقاً لذلك.

من المهم أن يخضع المحتجزون الجدد لتقييم طبي. وهناك عدد من الأسباب لذلك على النحو التالي:

1. قد يكون للمحتجزين احتياجات طبية فورية تتطلب العلاج. وربما تشمل الحاجة إلى علاج حالة حادة (مثل الإصابة بجرح، أو كسر في أحد الأطراف، أو عدوى حادة) أو علاج حالة مزمنة (فقد يحتاج المصاب بمرض السكري مواصلة تناول الأنسولين، وقد يحتاج شخص يعاني من مشكلة في الصحة النفسية مواصلة تناول مضادات الذهان، أو غير ذلك).

2. قد يكون المحتجزون مصابين بأمراض معدية عند دخولهم السجن، وربما يجب عزلهم إلى أن يتم علاجهم، أو حتى إلى أن يصبح المرض غير معدٍ. وقد يكون من المناسب عزل المحتجزين الجدد مؤقتاً، إلى أن يؤكد تقييم طبي أولي أنهم لا يمثلون أي خطر على باقي المحتجزين. ويجب ألا يقل مستوى قسم العزل عن مستوى باقي السجن وأن يكون مريحاً بالقدر نفسه حتى لا يشعر المحتجزون الذين يجب عزلهم بسبب إصابتهم بمرض معدٍ أنهم يعاقبون. ويتعين أن تنتهي فترة العزل عقب انتهاء مرحلة انتقال العدوى مباشرة (على سبيل المثال، يجب عدم إبقاء المحتجزين، في مرحلة استمرار العلاج ضد مرض السل، في العزل بمجرد أن تصبح نتيجة اختبار البلغم سلبية).

3. قد توجد أدلة جسدية أو نفسية على سوء معاملة المحتجزين يجب توثيقها. على سبيل المثال، إذا كان المحتجزون الذين يأتون من مراكز الاستجواب أو أقسام الشرطة قد تعرضوا للإيذاء، فإنه يجب تسجيل الحقيقة ووصف أية ندبات. ويمكن أن يكون هذا التوثيق مفيداً سواءً للمحتجز أو لسلطات السجن. ومن شأن التوثيق الطبي للأدلة على سوء المعاملة أن يساعد المحتجز في حالة لجوئه في المستقبل لإجراءات قانونية ضد المسؤولين عنها، وربما يساعد تسجيل الأدلة على الإصابة أو حدوث ألم نفسي عند وصولهم إلى السجن على إثبات أن تلك الوقائع حدثت قبل وصول المحتجزين، ولم ترتكبها سلطة الاحتجاز الحالية.

التعامل الطبي مع الأشخاص في الحبس الانفرادي

لا يوجد حتى اليوم أي اتفاق دولي على تعريف الحبس الانفرادي في أماكن الاحتجاز، ناهيك عن حظره. ومع ذلك، فإن الأشكال المفرطة من "الفصل غير الطوعي عن عموم نزلاء السجن" ولفترة طويلة أو إلى أجل غير مسمى، وكذلك تطبيقه على فئات معينة من المحتجزين (لا سيما فئات المحتجزين التي تُعتبر "ضعيفة") تُعد أمراً غير مقبول على نحو متزايد. وتقدم القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء في نسختها المنقحة تعاريف، وتورد قيوداً على التطبيق، وتؤكد على مسؤولية سلطات السجن عن التخفيف من "الأثار الضارة المحتملة"، وتوجيه العاملين في مجال الرعاية الصحية بشأن استجاباتهم لاحتياجات المحتجزين الذين يواجهون هذه العقوبات.²⁹ وتشجع المبادئ الأساسية لمعاملة السجناء (التي اعتمدها الأمم المتحدة في عام 1990) الجهود المبذولة لإلغاء عقوبة الحبس الانفرادي أو للحد من استخدامها.³⁰ وتوصي قواعد السجون الأوروبية في نسختها المنقحة (2006) بعدم اللجوء إلى الحبس الانفرادي إلا في حالات

29 بيار بيران، الطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة - دورة تدريبية في الصحة العامة عن إدارة المساعدات الإنسانية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 2001.

30 الفقرة 7 من المبادئ الأساسية لمعاملة السجناء، التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة (A/Res. 45/111)، 14 كانون الأول/ديسمبر 1990. متاحة عبر الرابط:

<http://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>

استثنائية ولفترات زمنية قصيرة ومحددة سلفاً³¹ وينص بيان اسطنبول بشأن استخدام الحبس الانفرادي وأثاره (2008) على أنه "ينبغي عدم استخدام السجن الانفرادي إلا في حالات استثنائية جداً، ولأقصر وقت ممكن، وكما لاذ أخير فقط"، ويحدد أيضاً الظروف التي ينبغي فيها حظر استخدام الحبس الانفرادي "بشكل مطلق"³² ومع ذلك، بينما تحظر بعض البلدان استخدام الحبس الانفرادي، يجوز للقاضي المعني في بلدان أخرى أن يسمح باستخدامه، وفي بعض البلدان الأخرى، يمكن لمراقبي السجن أن يقرروا ما إذا كان المحتجزون سيوضعون في الحبس الانفرادي أم لا.

غير أنه من واجب الطبيب، ومن ثم يتوقع منه (1) أن يعتني بصحة المحتجزين في الحبس الانفرادي،³³ و(2) إبلاغ مدير السجن عن أي آثار سلبية على صحة المحتجز الجسدية أو النفسية، و(3) التوصية بعمل تغييرات في النظام (بما في ذلك إنهاؤه) للوقاية من هذه الآثار أو معالجتها (القاعدة 46 من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء).

31 الفقرة 5-60 قواعد السجن الأوروبية، التي اعتمدها مجلس أوروبا (التوصية 2(2006) Recommendation Rec)، 11 كانون الثاني/يناير 2006. متاحة عبر الرابط: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

32 بيان اسطنبول بشأن استخدام الحبس الانفرادي وأثاره (2008). التعذيب. 2008، 18: 6-63. متاح عبر الرابط: http://solitaryconfinement.org/uploads/Istanbul_expert_statement_on_sc.pdf

33 لمزيد من المعلومات والمناقشة، انظر:

S. Shalev, A Sourcebook on Solitary Confinement, Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics, London, 2008.

وهو متاح عبر الرابط التالي: www.solitaryconfinement.org

عينة من الأسئلة حول الحصول على الرعاية الصحية داخل السجون

إجراءات الحصول على الرعاية الصحية

- وفقاً للسلطات (الصحية والإدارية)، ما هي الإجراءات التي يتبناها المحتجزون للوصول إلى موظفي الرعاية الصحية أو العيادة من أجل الاستشارات الطبية؟ على سبيل المثال، هل من يسجل القوائم هم الحراس، أم المحتجزون، أم موظفو الرعاية الصحية؟ هل لا تستطيع مجموعات مختلفة من المحتجزين الوصول إلى موظفي الرعاية الصحية إلا في أيام محددة؟
- وفقاً للمحتجزين، ما هي الإجراءات التي يتبعونها للوصول إلى موظفي الرعاية الصحية أو العيادة من أجل الاستشارات الطبية؟
- في حالة تولي أحد الممرضين أو معاوني الرعاية الصحية معظم الاستشارات، إلى أي مدى يشرف عليهم أحد الأطباء؟ هل هناك إجراء خاص للمحتجزين الذين سيحالون إلى طبيب السجن؟
- كيف تتم متابعة الحالات المعقدة أو المزمنة أو كليهما؟ هل تعتمد المتابعة على مبادرة المريض أم مبادرة موظفي الرعاية الطبية؟
- هل هناك مشكلة تواجه جميع السجناء فيما يتعلق بالحصول على الرعاية الصحية؟ لماذا؟ ما هي عواقب ذلك على صحة المحتجزين؟
- هل هناك أية اختلافات في حصول مجموعات أو فئات معينة من المحتجزين على الرعاية الصحية؟ أو المحتجزين في بعض الأماكن داخل المنشأة؟ لماذا؟ ما هي عواقب ذلك على صحتهم؟

الاستشارات

- تحقق من سجل الاستشارات لمعرفة متوسط عدد المحتجزين الذين يفحصهم ممرض السجن، أو معاون الرعاية الصحية، أو طبيب السجن في يوم واحد أو أسبوع. ولاحظ أيضاً الاختلافات الموسمية في الأرقام.
- هل يدون التاريخ، واسم المحتجز، والشكوى المرضية، والتشخيص، والعلاج في سجل الاستشارات؟
- هل هناك علاقة منطقية بين التشخيص والعلاج المقدم؟
- هل يتضمن هذا السجل قائمة بالأدوية التي تصرف للمريض، أم أنها تسجل في مكان آخر؟
- هل يتلقى المحتجزون علاجاً كاملاً بالمضادات الحيوية، أم مجرد علاج غير كامل؟
- هل يتقيد عدد الاستشارات بفئة المحتجزين أو وضعهم؟
- هل العيادة مفتوحة لجميع المحتجزين المرضى الذين يطلبون استشارة طبية في يوم معين؟ هل يمكن للمحتجزين أن يطلبوا استشارة بعد تسجيل قائمة المرضى في العيادة؟
- ما هي ساعات عمل العيادة؟ هل يمكن لنزلاء زنانات مختلفة أو مجموعات مختلفة من المحتجزين الذهاب إلى العيادة في أيام مختلفة أو في أوقات مختلفة؟

الفحص عند الدخول

- هل هناك إجراء لتقييم صحة المحتجزين الجدد؟ هل يجري الطبيب، أم الممرض، أم معاون الرعاية الصحية مثل هذا التقييم الطبي؟
- هل تخطر سلطات السجن موظفي الرعاية الصحية بوصول محتجزين جدد، أم هل يجب على هؤلاء المحتجزين التوجه إلى العيادة؟
- أين تسجل الملاحظات المستقاة من التقييم (على سبيل المثال في ملف طبي شخصي، أو سجل)؟ وما هي التفاصيل التي يتم تسجيلها (السن، والتاريخ الطبي، والإصابات، والأمراض المزمنة، والأدوية العادية، والفحص العام، وقياس ضغط الدم، وما إلى ذلك)؟ هل يبقى السجل سرياً – غير متاح إلا لموظفي الرعاية الصحية؟
- هل تجرى أية اختبارات فحص بشكل روتيني – لاكتشاف العدوى المنقولة جنسياً، وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، والتهاب الكبد؟ هل من المطلوب الحصول على موافقة صريحة من المحتجزين؟ هل بعض الاختبارات إلزامية؟ ماذا لو رفض المحتجز؟ إذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية، هل تتاح الاستشارة والعلاج (خاصة لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب)؟
- هل يبقى المحتجزون في العزل المؤقت إلى ما بعد التقييم الطبي الأولي؟
- ما هي التدابير المتخذة حيال المحتجزين الجدد الذين يعانون مرضاً معدياً (مثل السل، أو الجرب، أو غيرهما)؟

الحبس الانفرادي

- متى يتم اللجوء إلى الحبس الانفرادي، ولماذا، ومن يجب أن يأمر باستخدامه؟
- هل يشارك موظفو الرعاية الصحية في السجن في فحص المحتجزين أو التصديق على حالتهم الصحية من أجل الحبس الانفرادي؟
- هل يقوم موظفو الرعاية الصحية بمراقبة المحتجزين في الحبس الانفرادي؟
- ما هي سبل حصول المحتجزين في الحبس الانفرادي على الرعاية الصحية؟
- ما هي الظروف العامة للحبس الانفرادي (الحصول على الماء، والغذاء، والإضاءة، وما إلى ذلك)؟
- ما مقدار الوقت المسموح للمحتجزين في الحبس الانفرادي بقضائه في الهواء الطلق، ومع المحتجزين الآخرين؟

الورديات الليلية/ حالات الطوارئ

- من الذي يقوم بالعمل بعد ساعات العمل الرسمية وفي الليل؟ هل يوجد أحد من موظفي الرعاية الصحية في جميع الأوقات، أم أنه يأتي عند الطلب؟
- ما هي ترتيبات الطوارئ الليلية؟ هل يلزم الحصول على تصريح لتلقي علاج عاجل، خاصة إذا كان يجب نقل محتجز مريض إلى مستشفى في المجتمع المحيط؟ كم من الوقت يستغرقه الوصول إلى موظفي الرعاية الصحية في أثناء الليل؟
- هل يتم تسجيل حالات الطوارئ الليلية في سجل أم في ملفات فردية أو في كليهما؟
- اسأل عن كيفية التعامل مع أحدث حالات الطوارئ الليلية. سوف تُظهر المعلومات الإجراءات التي تتخذ في الواقع.

المتخصصون الزائرون والرعاية الصحية المحددة

- هل يقوم أطباء من مستشفيات خارجية بزيارة السجن بانتظام؟ وما هو تخصصهم، وما هي المستشفيات التي يعملون فيها؟ سجل خبرة المتخصصين الزائرين المحددة، عندما زاروا السجن، وعدد الاستشارات التي تمت.
- ما الذي يجب على المحتجز فعله لتتم إحالته، داخل السجن، إلى المتخصص الزائر؟
- كيف تتم متابعة مثل هذه الحالات (إذا كان المحتجزون بحاجة إلى فحص مرة أخرى، أو إذا احتاجوا إحالة لإجراء اختيارات، وما إلى ذلك)؟ هل هناك أي تمييز، أو دفع أموال؟
- هل تتوفر خدمات طب أسنان؟ هل يوجد طبيب أسنان دائم أو زائر؟ ما هي أنواع علاج الأسنان المتاحة؟
- بالنسبة للسجون التي تحتجز النساء والأطفال، هل تتوفر رعاية ما قبل الولادة أو ما بعد الولادة، وأمراض النساء؟ من الذي يقدم هذه الرعاية؟ هل تتم عمليات الولادة داخل السجن أم في منشأة خارجه؟ هل يتم تطعيم الأطفال بانتظام؟
- هل تتوفر الرعاية النفسية؟ إذا كانت الإجابة لا، فما هو الإجراء الذي يتخذ للتعامل مع حالات الأمراض النفسية؟

العلاقات مع البرامج الصحية الوطنية والمنظمات الصحية غير الحكومية

- هل يقوم ممثلو البرامج الصحية الحكومية أو المنظمات الصحية غير الحكومية بزيارة السجن؟ هل يشارك البرنامج الوطني لمكافحة مرض السل؟ هل تأتي جهود القضاء على فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز والملاريا في شكل حملات؟ هل يديرون برامج أو أنشطة صحية محددة داخل السجن (مثل حملات التطعيم، وبرامج مكافحة مرض السل، ورعاية الأطفال المحتجزين، وما إلى ذلك).

5.4. الحصول على الرعاية الصحية خارج السجن

لا توفر السجون في الغالب سوى الرعاية الصحية الأساسية، ومن ثم، يصبح من الضروري وجود صلات مع المؤسسات الطبية خارج السجن. وقد يحتاج المحتجزون الاستفادة من الخدمات الصحية خارج السجن وذلك لمجموعة متنوعة من الأسباب هي: النقل العاجل إلى المستشفيات، أو إجراء فحوصات طبية، أو الاستشارات المتخصصة، أو الإجراءات الطبية والجراحية. وكما هو الحال مع الإحالات من المجتمع، قد يتوجه المحتجزون إلى المستشفى بوصفهم مرضى العيادات الخارجية (وتغطي زيارة المستشفى يوماً واحداً، من أجل موعد محدد في العيادة - وتسمى أحياناً الرعاية "المتنقلة") أو كمرضى داخليين (إذ يدخل المريض المستشفى "خلال الليل").

ويتوقف عدد الإحالات إلى مستشفى خارج السجن على مستوى الرعاية الطبية المتاحة/داخل السجن، وتوفر الخدمات الصحية خارج السجن، والحالة الصحية العامة لنزلاء السجن، وقدرة الإدارة على إحالة الحالات ورغبتها في ذلك. وقد يواجه حصول المحتجزين على الخدمات الصحية خارج السجن معوقات بسبب عوامل أخرى مثل اللوائح الأمنية، والنقل، والقيود المفروضة على المستشفيات، والقيود المالية.

بالإضافة إلى ذلك، قد تمثل الترتيبات اللوجستية للنقل والأمن مشكلة. فقد لا تتوفر وسيلة لنقل المحتجزين من السجن إلى المستشفى، أو إذا كانت وسيلة النقل متوفرة، قد تكون المساحة فيها محدودة. وربما لا يكون هناك ما يكفي من حراس الأمن لمرافقة المرضى، أو قد لا يكون هؤلاء الحراس متاحين باستمرار. وفي بعض السياقات، لا يكون السجن بل الشرطة أو الجيش هم من يجب عليهم توفير أفراد الأمن للمحتجزين خارج السجن، وربما يسبب هذا الأمر مشكلات تتعلق بالاتصال والتنسيق. وقد تعقد ضرورة المثول أمام المحكمة زيارات المحتجزين إلى المستشفيات، إذ قد يصعب اختيار اليوم المناسب.

ويجوز للمستشفى أن يضع قيوداً على الوقت الذي يحضر فيه المحتجزون إلى العيادات، وعدد المحتجزين الذين يسمح لهم بالحضور، والمدة الزمنية التي قد يقضيها المحتجزون في المستشفى كمرضى داخليين. ويمكن تفسير هذه القيود بمخاوف تتعلق بالأمن، أو بتصورات بأن وجود المحتجزين يعرقل عمل المستشفى المعتاد.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تحد القيود المالية من الحصول على الرعاية الطبية خارج السجن. وقد يُستبعد المحتجزون من تغطية التأمين الصحي، وربما لا يتوفر لسلطات الاحتجاز سوى ميزانية طبية محدودة وغير كافية. وقد يوجد فساد على جميع المستويات. وبما أن الظروف في المستشفى عادة ما تكون أكثر ملاءمة من أماكن الاحتجاز (حيث القيود الأمنية أقل، ونوعية الطعام أفضل، وفرص لقاء أفراد الأسرة أكبر في بعض الحالات)، فقد يدفع المحتجزون أصحاب النفوذ المال للبقاء هناك لمدة أطول مما يحتاجون إليه، أو أحياناً حتى عندما لا يكونوا مرضى. وقد يتظاهر بعض المحتجزين بالمرض من أجل أن يتم إدخالهم المستشفى.

ومن شأن زيارة المستشفى التي يُحال إليها المرضى أن تؤدي إلى فهم أفضل لل صعوبات التي يواجهها السجن، والمستشفى، والمحتجزون، وهو ما يساعد على صياغة استجابات فعالة حيثما تكون هناك حاجة إليها لضمان حصول المحتجزين على الرعاية الصحية خارج السجن. ويجب تقييم حالة أي محتجزين يتلقون رعاية صحية كمرضى داخليين، كما ينبغي تقييم العلاج الذي يتلقونه، ويتعين أيضاً متابعة أسلوب تعامل موظفي المستشفى مع المحتجزين.

وهناك جانب أخير للحصول على الخدمات الصحية خارج السجن ينبغي تقييمه وهو الآلية التي تضمن التواصل بين المستشفى والسجن. ويجب على موظفي الرعاية الصحية في السجن توضيح طلباتهم ومخاوفهم (في خطاب الإحالة)، وفي المقابل، يجب على موظفي المستشفى إبلاغ موظفي الرعاية الصحية في السجن بنتائج الفحوصات، والتشخيص، وخطط التعامل مع الحالة، وأية متابعة

أخرى (وذلك في العيادة، أو في خطاب الخروج من المستشفى). وينبغي أن تظل هذه المراسلات سرية، ويجب أن يكون هناك نظام لضمان اتخاذ إجراءات على أساسها، أو متابعتها عند الضرورة.

عينة من الأسئلة حول الحصول على الرعاية الصحية خارج السجن

النقل والحراسة الأمنية

- من الذي يوفر الحراسة الأمنية لعمليات النقل إلى المرافق الصحية الخارجية؟ هل هي شرطة المنطقة، أم حراس السجن، أم الجيش؟
- من الذي يوفر وسيلة النقل؟ هل هي الشرطة، أم السجن، أم الجيش؟
- إذا لم يوفر السجن الحراسة ووسيلة الانتقال، فهل يجب عليه دفع تكاليفهما؟
- ما هي الصعوبات الرئيسية التي تواجه عمليات النقل وتأمينها؟
- هل توجد أية قيود على عمليات نقل المحتجزين تفرضها قوات الحراسة؟ أو يفرضها المستشفى؟
- كيف يتم ترتيب عمليات النقل والتأمين في حالات الطوارئ، بما في ذلك في أثناء الليل؟
- كيف يتم التعامل مع المحتجزين في أثناء عمليات النقل؟ هل يكونون مقيدين؟

إجراءات الإحالة إلى العيادات الخارجية

- ما هي المرافق الطبية التي يُحال إليها المحتجزون؟ قدم وصفاً موجزاً للموظفين والمرافق.
- من هو المخول بعمل الإحالات، وما الذي تنطوي عليه هذه العملية؟
- ما هي المشكلات التي يواجهها المحتجزون، أو موظفو الرعاية الصحية في السجن فيما يتعلق بالإحالة إلى مرافق خارجية؟ هل هناك أي تمييز، أو دفع أموال؟
- ما هي طريقة تعامل موظفي المستشفى أو العيادة مع المحتجزين؟
- كم عدد الإحالات في أسبوع واحد أو شهر؟ هل يوجد عدد محدد أو حد أقصى لها؟
- ماذا يحدث لحالات الطوارئ؟
- هل هناك أيام معينة لكل تخصص في العيادة؟ هل يتم إرسال المحتجزين في التواريخ الصحيحة؟
- هل يتم تقييد المحتجزين في أثناء الاستشارات في المستشفى؟

إجراء الفحوصات الطبية

- إذا لم تكن هناك مختبرات أو مرافق أخرى لإجراء الفحوصات الطبية داخل السجن، فكيف يتم إجراء الاختبارات الروتينية – مثل الأشعة السينية، واختبارات الدم، والبول، والبراز؟
- هل يجب على المعتقلين الذهاب إلى مستشفى خارجي لإجراء الاختبارات البسيطة، أم يمكن أخذ عينة في السجن وإرسالها إلى المختبر خارج السجن؟
- هل يتعرض نظام المستشفيات أو الحراسة الأمنية لضغوط بسبب عدد المحتجزين الذين يُرسلون إلى خارج السجن لإجراء فحوصات؟ هل هناك تحديد للعدد؟ هل ينطوي هذا الأمر على أية تكاليف؟ من يتحمل تلك التكاليف؟
- كيف يتم إبلاغ النتائج ومتابعتها؟

الإجراء الخاص بإدخال المرضى إلى المستشفى

- هل يسمح بإدخال المحتجزين مستشفيات خارجية؟ وما هي تلك المستشفيات؟ ومن يقرر ذلك؟ ومن هو المخول بعمل الإحالات، وما الذي تتطلبه تلك العملية؟ وما هي حالات التأخير التي تنطوي عليها؟
- هل يوجد قسم خاص (مغلق أو مؤمن) للمحتجزين داخل المستشفى؟
- هل يتم تقييد المحتجزين المرضى الداخليين في المستشفى؟
- ما هي السلطة (السجن، أم الشرطة، أم الجيش) المسؤولة عن حراسة المعتقلين في المستشفى؟
- ما هي الصعوبات التي تواجهها المستشفيات في التعامل مع المحتجزين المرضى الداخليين؟ وما هي طبيعة العلاقات بين موظفي المستشفى والمحتجزين؟
- ما هي الصعوبات التي تواجه المحتجزين المرضى الداخليين (مثل التكاليف، أو الحصول على الطعام، أو التواصل مع أفراد العائلة)؟
- هل هناك أية حالات واضحة من الفساد فيما يتعلق بإدخال المحتجزين المرضى المستشفيات (مثل تهديد موظفي المستشفى، أو لجوء المحتجزين لدفع أموال للبقاء لفترة أطول مما يحتاجون إليه، أو التظاهر بالمرض للسماح لهم بدخول المستشفى، وما إلى ذلك)؟

6.4. سجلات المرضى الفردية

يجب أن تشكل سجلات المرضى الفردية – المعروفة أيضًا باسم "ملاحظات الحالة"، أو "سجلات المرضى"، أو "السجلات الطبية"، أو "ملفات الحالة الإكلينيكية" – مكونًا أساسيًا في معظم أنظمة الرعاية الصحية. وهي تتضمن معلومات تتعلق بالحالة الصحية لشخص واحد، على سبيل المثال، التاريخ الطبي لذلك الشخص، وتوثيق مختلف اللقاءات الطبية، ونتائج الاختبارات، والتشخيص، والعلاج، وملاحظات تقدم الحالة، وخطط الرعاية. وتتيح سجلات المرضى الفردية إدارة الحالة الصحية للأفراد ومتابعتها بشكل صحيح مع مرور الوقت. ومع ذلك، غالبًا ما لا توجد مثل هذه الملفات الطبية الفردية في السجون، وحيثما وجدت، فإنها قد تكون غير مرتبة وغير منظمة.

وعند تقييم السجلات الطبية الفردية للمحتجزين، فإنه من المهم التأكيد على نقطتين: أولاً، التسجيل الدقيق والأمين للأمر الصحية المتعلقة بالمحتجزين، وقد تحتاج إلى تأكيد ذلك الأمر عن طريق أخذ عينة عشوائية من سجلات المحتجزين والاطلاع عليها. ومن المعروف عن سلطات السجون أنها تجبر موظفي الرعاية الصحية على تحديث السجلات أو تزويرها استعدادًا للزيارات التي تأتي إلى السجن. ثانيًا، يجب التأكد من الحفاظ على سرية المعلومات الواردة في الملفات الطبية وألا يتعامل معها إلا موظفو الرعاية الصحية، دون تدخل من موظفي الاحتجاز الإداري. وينطبق ذلك أيضًا على الأفراد والمنظمات التي تقوم بزيارة السجون، إذ ينبغي ألا يسمح بالاطلاع على ملفات المحتجزين إلا للعاملين في مجال الرعاية الصحية.

عينة من الأسئلة حول سجلات المرضى الفردية

- هل لدى كل محتجز ملف طبي فردي؟ هل يتولى الفريق الصحي في السجن حفظها وتنظيمها؟ أم هل يحتفظ المحتجزون بسجلاتهم الخاصة ونتائج الاختبارات في الزنانات؟
- هل يتم احترام سرية الملفات الطبية وضمّان احترامها؟ ومن لديه حق الاطلاع على المعلومات الطبية؟ لماذا – إذا كان الأمر كذلك – يطلع أشخاص آخرون غير موظفي الرعاية الصحية على السجلات الطبية؟
- هل تُرسل ملفات المحتجزين معهم عند نقلهم أو الإفراج عنهم؟
- هل يصل المحتجزون من أماكن احتجاز أخرى ومعهم سجلاتهم الطبية القديمة أو تقرير طبي موجز؟
- ما هي السجلات الموجودة للمحتجزين الذين أحيلوا إلى مرافق صحية خارجية؟

بالنسبة لسجلات المرضى الخارجيين

- أين يتم تسجيل فحوصات المستشفيات وتوصياتها واختباراتها؟ هل يحتفظ موظفو الرعاية الصحية في السجن ببطاقات المرضى الخارجيين، أم هل تسجل المعلومات مباشرة في الملف الطبي الفردي للمحتجز؟ هل تُرسل الملفات الطبية مع المحتجز إلى المستشفى؟ كيف يقوم موظفو الرعاية الصحية في السجن بالمتابعة، فيما يتعلق بتوصيات المستشفى وتحديد مزيد من مواعيد الفحص؟

بالنسبة لسجلات المرضى الداخليين

- هل يتم الاحتفاظ بتقرير موجز عن السماح بالخروج في السجن؟ ماذا عن السجلات الأخرى لعلاج المرضى الداخليين؟ كيف يؤثر نظام حفظ السجلات على مسار المتابعة (على سبيل المثال، هل يمكن استرجاع السجلات بسهولة من أجل تحديد مواعيد لاحقاً)؟

7.4. سجلات الحالة الإكلينيكية

تستخدم سجلات الحالة الإكلينيكية عمومًا لتسجيل الأنشطة في أماكن الرعاية الصحية. وليس الهدف من هذه السجلات بصفة عامة أن تكون بمنزلة المستودعات أو المصادر الأولية للمعلومات الإكلينيكية عن الأفراد. ويجب أن تضع في اعتبارك أن السجلات الطبية من المرجح أن تتضمن معلومات طبية خاصة عن المريض. وهذه المعلومات سرية ويجب التعامل معها على هذا النحو – مما يعني أن السجلات يجب تخزينها بشكل مناسب، وألا يطلع عليها إلا المختصون بالمجال الطبي.

وإذا لم يكن لدى السجّن سجلات الحالة الإكلينيكية، ينبغي إدخال نظام أساسي لهذا الغرض. ويمكن أن يستند إلى النظام المستخدم في المجتمع، إن وجد. وينبغي أن تكون السجلات بمنزلة سجل للاستشارات الطبية، والوفيات، والأمراض المعدية المهمة، والمخزون المتوفر في الصيدلة، والتطورات التي تطرأ على الميزانية. وفيما يلي وصف لبعض أمثلة سجلات الحالة الإكلينيكية التي يمكن توقع استخدامها في السجون.

سجل الفحوصات الطبية الأولية

نادرًا ما يكون لدى السجون سجل للتقييمات الطبية الأولية للمحتجزين الجدد. وتسجل النتائج في الملفات الطبية الفردية للمحتجزين، أو في السجل الرئيسي، أو في الملفات الإدارية الفردية للمعتقلين.

سجل الاستشارات

ينبغي أن توضح سجلات الاستشارات اسم كل محتجز خضع للفحص في العيادة، وتاريخ الاستشارة، وطبيعة الشكوى الصحية، والتشخيص، والعلاج الموصوف. ويُعد التسجيل الدقيق للمعلومات في السجلات الصحية مهمًا لأن البيانات المستقاة من السجلات من شأنها أن تسلط الضوء على حضور موظفي الرعاية الصحية، وعدد الاستشارات الإكلينيكية اليومية، وأنماط الإصابة بالمرض (المرض) ومعدلات الوفيات (حالات الوفاة) بين المحتجزين، وعدد الإحالات إلى المستشفيات، وأنماط وصف العقاقير وصرفها، وأحيانًا، حدوث حالات سوء المعاملة. ويمكن استخدام هذه المؤشرات لرصد أداء الخدمات الصحية في السجون، والحالة الصحية العامة لنزلاء السجون.

إذا كانت الأعراض التي تظهر على المرضى، والعلاج الموصوف يسجلان بشكل صحيح، فإن سجلات الاستشارات يمكن أيضًا أن تدل على جودة الرعاية المقدمة للمرضى – وذلك عن طريق إظهار الارتباط بين التشخيص والعلاج.

سجل مخزون الصيدلانية وصراف الأدوية

يدون في سجل مخزون الصيدلانية عدد الأدوية المستلمة والمخزنة وأنواعها. ويمكن الاستعانة به لتبرير الميزانيات ومنع الفساد المرتبط بالأدوية والمستلزمات الطبية الأخرى (أو كشفه).

ويجب تدوين ما يستخدم من أدوية في العيادة في سجل منفصل لصراف الأدوية. ومن المتوقع أن تساوي كمية العقاقير المدرجة في سجل مخزون الصيدلانية – بعد طرح العقاقير المدرجة في سجل الأدوية المنصرفة والمخزون التالف بسبب انتهاء الصلاحية أو التلف (الذي ينبغي تسجيله أيضًا) – كمية العقاقير الموجودة في المخزون الحالي. وعندما تكون كمية المخزونات أقل من المتوقع، ينبغي التحقيق في الأمر، إذ ربما يكون ذلك بسبب السرقة أو الفساد.

سجلات أخرى

قد توجد سجلات طبية أخرى وذلك لتسجيل حالات الطوارئ الليلية، والتحويلات داخل المستشفيات وخارجها، والوفيات في الحجز، وما إلى ذلك. وينبغي طرح استفسارات ومراجعة ما تتضمنه هذه السجلات.

الإحصائيات الصحية

يمكن تسجيل البيانات الصحية (عدد الاستشارات في الشهر، وعدد الأمراض المعدية، وعدد الوفيات، وما إلى ذلك) بانتظام وإبلاغها إلى السلطات المعنية خارج السجن (الخدمات الطبية في السجن، أو المسؤول الطبي في المنطقة، أو إدارة الصحة والإحصاء، وما إلى ذلك). وقد تحدد بعض لوائح السجن أو كتيبات السجن أنواع السجلات التي يجب على السجن الاحتفاظ بها. كما يجوز للسلطات الصحية الوطنية أن تطلب أيضاً تسجيل أنواع معينة من البيانات (مثل الإبلاغ الإلزامي عن الأمراض المعدية مثل السل والجذام).

عينة من الأسئلة حول السجلات الطبية

- لاحظ أي من تفاصيل التقييم الطبي الأولي التي تم تسجيلها، وما هو الإجراء الذي تم اتخاذه استجابة للنتائج المهمة.
- لاحظ ما يتم إدراجه في سجل الاستشارات.
- لاحظ ما يتم إدراجه في سجلات مخزون الصيدلية وسجلات صرف الأدوية. هل هناك توضيح لاستخدام المخزون في سجل صرف الأدوية، أم هل هناك مخزون مفقود دون توضيح السبب؟
- لاحظ وجود أي من السجلات الأخرى وما هو مسجل فيها.
- لاحظ أي إبلاغ عن البيانات الصحية للسلطات الطبية. هل يستطيع الفريق الزائر للسجن الاطلاع على هذه البيانات، سواءً في السجن أو على المستوى المركزي؟

8.4. ميزانية الأدوية والصحة

مخزون الصيدلية

ينبغي أن يكون مخزون الأدوية المتوفر في عيادة السجن كافيًا لعلاج جميع الأمراض التي عادة ما تصيب المحتجزين. ويجب أن تكون الأدوية غير منتهية الصلاحية، وجيدة النوعية، وأن تثبت فعاليتها. ولا بد أن تكون مطابقة لما يرد في "القائمة الوطنية للأدوية الأساسية" الموجودة في معظم البلدان النامية. وتتفاوت أنواع الأدوية التي يجب أن يحتوي عليها مخزون السجن وكمياتها من بلد إلى آخر، ويمكن أن تعتمد على أنماط الإصابة بالأمراض على المستوى المحلي (مثل الأمراض المتوطنة)، والحالة الصحية العامة لنزلاء السجن (على سبيل المثال، تكون معدلات الإصابة بالأمراض مرتفعة بين النزلاء الذين يعانون سوء التغذية)، ومستوى تدريب موظفي الخدمات الصحية في السجن (لا سيما في السجن التي لا يوجد فيها سوى معاون واحد للرعاية الصحية، وينبغي أن تكون الأدوية التي تؤخذ عن طريق الفم كافية لعلاج الأمراض الأكثر شيوعًا، وألا تكون عقاقير الحقن متاحة إلا للموظفين المدربين على استخدامها).

وربما تؤدي الصعوبات المتعلقة بالميزانيات، أو التوريدات، أو الفساد، أو الأمن، أو الاستخدام غير السليم إلى نقص في الأدوية داخل السجن. وينبغي تشجيع سلطات السجن على التعامل مع هذه المسائل. وضع في اعتبارك أن قيمة بعض السلع الأخرى لا تقل عن قيمة الدواء داخل السجن، وقد تتحول إلى "عملة موازية" يجري تبادلها مقابل السلع أو الخدمات.

أثناء زيارات السجن، يجب على العاملين في مجال الرعاية الصحية محاولة تقييم ما إذا كان يجري وصف الأدوية واستخدامها بشكل صحيح.

عينة من الأسئلة

مخزون الصيدلية وصرف الأدوية

- هل هناك قائمة موحدة للأدوية التي يسمح لجميع السجن بتخزينها؟ هل مثل هذه القائمة متاحة؟ وما هي العقاقير المستخدمة، هل تحمل علامات تجارية أم لا؟
- هل يطابق مخزون الأدوية الفعلي في الصيدلية ما هو مسجل في سجل المخزون؟
- هل تغطي الأدوية جميع الأمراض الشائعة؟ هل هناك أية فجوات كبيرة؟
- هل هناك أية أدوية منتهية الصلاحية في المخزون؟
- هل يحتوي المخزون على أدوية غير مناسبة لمستوى تدريب موظفي الرعاية الصحية (مثل أدوية الحقن، أو مضادات الذهان، أو أدوية الخط الثاني لعلاج السل)؟
- هل من الممكن - عن طريق فحص مخزون الصيدلية، وسجلات الاستشارات أو العلاج - استخلاص أية استنتاجات بشأن عادات موظفي الرعاية الصحية في وصف الأدوية؟ هل يبدو أنهم يتصرفون كما ينبغي؟
- ضع قائمة مختصرة بأنواع الأدوية المخزنة في السجن. ويمكن الحصول على قائمة أكثر تفصيلاً من سجل مخزون الصيدلية، ويمكن إدراجها كمرفق إذا لزم الأمر.

توريد الأدوية

- من أين يتم الحصول على الأدوية عادةً؟ هل تُطلب من مخزن طبي مركزي تابع لوزارة الصحة أو وزارة العدل؟ ما هو حجم تواتر الطلبات؟ من الذي يجب أن يعتمد الطلب؟ هل يتم استلام الأدوية المطلوبة بالفعل؟ هل التوريدات كافية؟ هل هناك أي تأخير؟
- هل توجد مصادر أخرى لأدوية المحتجزين (المانحون من القطاع الخاص، المنظمات غير الحكومية، أو عائلات المحتجزين، أو الأسواق، أو الصيدليات المحلية، وما إلى ذلك)؟ حاول تقدير نسبة الأدوية التي يوردها كل مصدر إلى السجن.
- هل يطلب المحتجزون من حراس السجن شراء أدوية من السوق أو من صيدلية خاصة؟ كيف يتم ذلك؟
- كيف يمكن للمحتجزين طلب أدوية من عائلاتهم؟ كيف يحصلون على تلك الأدوية؟ هل هناك سجل يظهر استلام الأدوية؟ هل من الصعب على المحتجزين تلقي مثل هذه العقاقير من عائلاتهم؟
- هل هناك أية رقابة على الأدوية التي يتم جلبها إلى السجن عن طريق مصادر خارجية؟ هل يمكن أن تسبب هذه الأدوية مشكلات محددة لنزلاء السجن (مثل العقاقير التي تؤثر على العقل، والأدوية المضادة للسل التي يمكن أن تؤدي إلى مقاومة عقار علاج السل إذا أسيء استخدامها)؟

ميزانية الصحة

غالبًا ما يتعذر الحصول على المعلومات المتعلقة بميزانيات الأدوية وأنشطة الرعاية الصحية في السجن. وقد تحجم سلطات الاحتجاز عن الإعلان عن الأرقام، وكثيرًا ما تختلط الميزانية مع "خطوط الإنفاق" الأخرى (للأغذية، والمواد الخاصة بالصرف الصحي، والرواتب، وما إلى ذلك). ومع ذلك، قد يكون من الضروري الحصول على معلومات عن ميزانيات الصحة، لا سيما إذا كانت هناك مشكلات صحية خطيرة بين المحتجزين قد تكون ذات صلة بالقيود المفروضة على الميزانية، وكذلك إذا كانت تلك المشكلات ترتبط بالفساد داخل نظام الاحتجاز. وكثيرًا ما يكون موظفو الرعاية الصحية في السجن مصدرًا مهمًا للمعلومات عن أوجه القصور في الإنفاق على الرعاية الصحية والفساد في استخدام ميزانية الصحة.

ويجب التعرف على ميزانية الصحة مع المسؤولين في السجن المعني، ومع مسؤول خدمة الاحتجاز أو الوزارة المعنية. وعادةً ما تشمل الإجراءات المتعلقة بميزانيات الصحة في السجن نظام الاحتجاز بأكمله، لذلك، يجب تجميع المعلومات من جميع السجن المعنية للخروج بصورة مجمعة وتحديد المشكلات المشتركة والنقاط التي تتطلب اتخاذ إجراءات.

عينة من الأسئلة حول ميزانية الصحة

- من أين تأتي ميزانية الصحة الخاصة بالسجن؟ إدارة السجن؟ وزارة الصحة، أم وزارة العدل، أم وزارة الدفاع؟
- كيف يتم تخصيص الميزانية؟ هل يعتمد التخصيص على عدد المحتجزين؟ ما هي ميزانية هذا السجن؟
- هل هناك نقص في الميزانية أو أي إفراط في الإنفاق؟ ما هي الأسباب الكامنة وراء ذلك؟
- هل لدى السجن إمكانية الوصول إلى مصادر أخرى للتمويل؟ هل يستفيد من هذه المصادر؟
- إذا كانت هناك حاجة إلى أموال إضافية أو أموال لمواجهة حالات الطوارئ (على سبيل المثال أثناء تفشي الأمراض الوبائية أو سداد فواتير الجراحة)، من أين تأتي هذه الأموال؟

9.4. الرعاية الصحية للنساء في السجون

هناك أمور صحية خاصة بالنساء في السجون ولهن أيضًا احتياجات محددة من حيث الرعاية الصحية. ومع ذلك، فإن الرجال هم من يضعون تصميم السجون وأنظمتها، وذلك من أجل الرجال، وعادة ما لا تتولى النساء في أوساط سلطات السجون مناصب تتيح لهن اتخاذ القرارات، وتشكل النساء أقل من 10 في المائة من نزلاء السجون في معظم البلدان. ومن ثم، فإن ترتيبات الرعاية الصحية، والأمن، والاتصالات العائلية، وفرص العمل والتدريب داخل السجون من المرجح أن تعطي الأولوية لتلبية احتياجات الرجال، وأن تهمل احتياجات النساء. وفي كثير من الأحيان، تُترك النساء المحتجزات في وضع ضعيف ودون رعاية إلى حد ما. وفي هذا الشأن، تتضمن قواعد الأمم المتحدة لمعاملة السجينات (قواعد بانكوك)³⁴ التي اعتمدت في عام 2010، أحكامًا لضمان تلبية احتياجات السجينات لرعاية صحية محددة.

أمور صحية خاصة بالنساء في السجون

- ارتفاع احتمال التعرض للعنف والاعتداء الجنسي قبل دخول السجن
- خطر التعرض للعنف والاعتداء الجنسي داخل السجن
- ارتفاع نسبة الإصابات الجسدية والصدمات النفسية
- ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا
- بشكل عام، زيادة احتياجات الصحة النفسية، بما في ذلك الاعتماد على تعاطي المخدرات والكحوليات
- احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بنوع الجنس، بما في ذلك الحاجة إلى خدمات أمراض النساء والتوليد

عينة من الأسئلة حول احتياجات النساء للنظافة الصحية والرعاية الصحية في السجون

- هل يتاح للنساء سهولة الحصول على مواد النظافة الصحية، بما في ذلك الفوط الصحية (دون الحاجة إلى طلب ذلك من سلطات السجن)؟
- هل يتاح للنساء الحصول على مياه إضافية من أجل الاغتسال؟
- هل توجد طبيبات أو موظفات للرعاية الصحية؟ إن لم توجد، هل تتم الاستعانة بمرافقات عند إجراء الفحوصات الطبية؟
- عند إجراء الفحص الصحي الأولي، هل تُسأل المحتجزات عن الأمراض المنقولة جنسيًا، وعوامل الخطر المتعلقة بالإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا، والصحة النفسية، والصحة الإنجابية، والاعتداء والعنف الجنسيين؟
- هل تتساوى الخدمات الصحية المقدمة للمرأة داخل السجن مع الخدمات المتاحة في المجتمع (بما في ذلك، فحص سرطان الثدي، وسرطان عنق الرحم على سبيل المثال)؟
- هل يتاح للنساء في السجون الحصول على خدمات الرعاية الصحية الخاصة بنوع الجنس، بما في ذلك وجود طبيب لأمراض النساء وطبيب للتوليد؟

الحمل في السجون

إن الوضع الأمثل هو أنه ينبغي ألا تسجن النساء الحوامل ما لم تكن هناك بالفعل أسباب قاهرة لذلك. وإذا كانت هناك نساء حوامل في السجن، فإنه يجب ضمان حصولهن على مياه إضافية للاغتسال، وتوفير نظام غذائي يلبي احتياجاتهن التغذوية (بما في ذلك البروتينات، والفواكه الطازجة، والخضروات)، وأيضًا جميع الفحوصات الصحية

³⁴ قواعد الأمم المتحدة لمعاملة السجينات والتدابير غير الاحتجازية للمجرمات (قواعد بانكوك)، التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في 21 كانون الأول/ديسمبر 2010، A/RES/65/229. متاحة عبر الرابط:

<http://www.un.org/en/ecosoc/docs/2010/res%202010-16.pdf>

اللازمة، والرعاية قبل الولادة وبعدها. وينبغي أن يتاح للنساء المحتجزات أيضاً الوصول إلى المرافق التي يمكنهن فيها إنهاء الحمل، إذا كانت متوفرة في المجتمع خارج السجن. ولا ينبغي أن تحدث الولادة في السجن لأن بيئتها بشكل عام أقل أماناً وصحية من المستشفيات. وأثناء الولادة، يجب ألا تكون النساء مقيدة بأي شكل من الأشكال. ويجب ضمان خصوصية النساء المرضعات، وحصولهن على نظام غذائي مناسب. وينبغي إصدار شهادات ميلاد رسمية لحديثي الولادة. ويجب أن يشير محل الميلاد إلى المستشفى الذي تمت فيه الولادة. وإذا حدثت الولادة داخل السجن، فإن ذلك ينبغي ألا يذكر ذلك في شهادة الميلاد.

10.4. تعزيز الصحة في السجون

يشير مصطلح "تعزيز الصحة" إلى الأنشطة التي تمكن الناس من ممارسة سيطرة أكبر على صحتهم والعوامل المحددة لها. وينبغي تعزيز الصحة في السجون، وأن يشمل ذلك الأمر التنقيف الصحي، وتدابير الوقاية من الأمراض. ويتمثل الهدف منه في شقين هما ضمان عدم إصابة نزلاء السجن بالأمراض أو اكتساب عادات تدمر الصحة، وضمان اتباعهم أساليب تعزز الصحة وممارسات تمكنهم من الحفاظ على صحتهم في أثناء وجودهم في السجن، وبعد مغادرته.

وذكرت منظمة الصحة العالمية أن توفير المعلومات للمحتجزين وتنقيفهم بشأن الصحة، وأيضًا وسائل الوقاية من الأمراض يُعد أمرًا حيويًا لحماية الصحة في السجون وتعزيزها.³⁵ ومع ذلك، يحتاج المحتجزون أيضًا أن يشعروا بأن أمر صحتهم في أيديهم هم حتى يتمكنوا من اتخاذ القرارات والتصرف بناءً عليها. ومن الواضح أن هذا الأمر يتطلب أن تُظهر سلطات السجن التزامًا بالصحة والرفاه عن طريق تنفيذ سياسات وممارسات داعمة. وبضطلع موظفو الرعاية الصحية في السجون بدور رئيسي أيضًا في تقييم الاحتياجات الصحية لنزلاء السجون والمحتجزين كل على حدة، وفي ضمان تلبية برامج تعزيز الصحة احتياجات المحتجزين.

وتشمل الأمثلة على تعزيز الصحة في السجون التنقيف بجوانب الصحة والنظافة الصحية—مثل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، والأمراض المنقولة جنسيًا—والتدريب على نظافة الغذاء والتغذية، والاستشارات بشأن المخدرات والكحوليات، بما في ذلك التنقيف بشأن سبل الحد من الضرر. ويمكن أيضًا تنفيذ أنشطة الإقلاع عن التدخين وممارسة التمارين الرياضية في السجون.

التحديات التي تواجه حماية الصحة في السجون وتعزيزها

قد يكون هناك إهمال لحماية الصحة في السجون وتعزيزها. ومن شأن تقييم الرعاية الصحية في السجون أن يدرج هذا الموضوع على جدول أعمال سلطات السجون. ومع ذلك، هناك العديد من التحديات التي تواجه حماية الصحة في السجون وتعزيزها على نحو فعال. فقد يكون المحتجزون في حالة صحية سيئة، ولديهم عادات صحية سيئة، ومعرفة قليلة بالصحة عند وصولهم إلى السجن. وقد يجد المحتجزون صعوبة في المشاركة في التنقيف الصحي وتعزيز الصحة. وأيضًا قد يجدون صعوبة في تغيير عاداتهم في أثناء وجودهم في السجن—وذلك لأسباب مختلفة، منها فقدان الاستقلال، وضعف احترام الذات. وفي الوقت نفسه، تُعرض ظروف السجن، مثل الاكتظاظ وانتشار التدخين وتعاطي المخدرات، الصحة للخطر بطبيعة الحال. وربما لا يعترف موظفو السجن وسلطاته بالحاجة إلى اتخاذ أية إجراءات، وقد لا يكون هناك التزام بحماية الصحة وتعزيزها.

فوائد حماية الصحة في السجون وتعزيزها

ينبغي بصفة عامة أن تصاغ المبادرات الرامية إلى حماية الصحة في السجون وتعزيزها على نحو يحقق فائدة فورية وطويلة الأجل للمحتجزين. ومع ذلك، هناك فوائد أخرى يمكن التأكيد عليها في أثناء الترويج للمبادرات بين الأطراف المعنية. وقد يستفيد موظفو السجن بشكل غير مباشر من جهود تعزيز الصحة من أجل المحتجزين، لأن تحسين الحالة الصحية للمحتجزين يؤدي إلى بيئة صحية أكثر في مكان العمل من أجل الموظفين. وينبغي أن تهدف جهود تعزيز الصحة في السجون أيضًا إلى تعزيز صحة الموظفين بشكل مباشر، وذلك من أجل رفاقتهم، إذ يكون الموظفون الذين يتمتعون بحالة صحية جيدة ولديهم الحافز للعمل أكثر قدرة على تعزيز صحة المحتجزين. بالإضافة إلى ذلك، فإن تعزيز الصحة في السجون يمكن أن يعود بالفائدة على المجتمع الأوسع نطاقًا عن طريق القضاء على دور السجون كترتبة خصبة لتكاثر الأمراض المعدية التي تنطلق بعد ذلك إلى خارج السجن، أو تقليص هذا الدور إلى أبعد حد

35 عام 2003، دعا المندوبون المشاركون في الاجتماع الدولي الذي عقدته منظمة الصحة العالمية في روسيا الاتحادية حول الصحة في السجون والصحة العامة إلى اتخاذ مجموعة كاملة من التدابير العاجلة التي تهدف إلى منع انتشار الأمراض بين المحتجزين، والاضطلاع بعمل قوي في مجال الإعلام والتنقيف بينهم وتزويدهم بوسائل الوقاية من الأمراض. (انظر: منظمة الصحة العالمية، الصحة في السجون كجزء من الصحة العامة، إعلان موسكو، 24 تشرين الأول/أكتوبر 2003). وقد تكررت هذه الدعوة في إسبانيا في عام 2009. (انظر: منظمة الصحة العالمية، توصية مدريد: حماية الصحة في السجون باعتبارها جزءًا أساسيًا من الصحة العامة، مدريد، 30 تشرين الأول/أكتوبر 2009).

ممكن. ويعني تحسن الحالة الصحية في السجن أيضاً أن المحتجزين سيحتاجون إلى رعاية صحية أقل بعد الإفراج عنهم. وبهذه الوسائل، يمكن لحماية الصحة في السجن وتعزيزها أن تقلل من عبء الرعاية الصحية على كاهل المجتمع.

عينة من الأسئلة حول تعزيز الصحة

- ما هي أنشطة تعزيز الصحة التي تتم في السجن؟
- هل تفهم سلطات السجن ضرورة تعزيز الصحة؟
- هل تجري سلطات السجن تقييماً منتظماً للاحتياجات الصحية للنزلاء لضمان أن برامج حماية الصحة وتعزيزها تلبي احتياجات المحتجزين؟
- هل تستخدم التقييمات الصحية للمحتجزين الجدد كفرص لتزويدهم بمعلومات عن الصحة أو عن أنشطة تعزيز الصحة في السجن؟

عينة من الأسئلة حول التثقيف والمعلومات الصحية

- هل هناك برنامج يوفر تعليمات للمحتجزين بشأن الصحة؟ إذا كانت الإجابة لا، هل هناك برنامج مزعج؟
- هل يتضمن البرنامج معلومات أساسية عن الصحة البدنية والنفسية؟ الأنظمة الغذائية ونمط الحياة الصحية؟ الوقاية من الأمراض المعدية؟ الوقاية من الجرعات الزائدة من المخدرات؟
- هل تتخذ تدابير لحماية الصحة النفسية للمحتجزين والحفاظ على رفاهتهم (على سبيل المثال تشجيع التفاعل الاجتماعي، والأنشطة الهادفة، وبناء علاقات عائلية قوية والحفاظ عليها)؟
- هل يوجد برنامج لتثقيف الأقران؟
- هل تتوفر مصادر أخرى للمعلومات عن الصحة؟
- هل تتوفر معلومات عن أمراض محددة، وخاصة عن انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والتهاب الكبد ومرض السل، والوقاية منها، وعلاجها.
- هل تنفذ سلطات الاحتجاز أية أنشطة تتعلق بحماية الصحة وتعزيزها؟ هل تسمح للإدارات (إدارة الصحة العامة على سبيل المثال) أو المنظمات (المنظمات غير الحكومية على سبيل المثال) بالقيام بذلك؟

عينة من الأسئلة حول دعم تغيير العادات الضارة

- هل هناك إمكانية للحصول على التدريب على المهارات النفسية والدعم في هذا الصدد (على سبيل المثال السلوك الإدراكي، وإدارة الغضب، واحترام الذات)؟
- هل هناك دعم في محيط المحتجزين المباشر لتغيير عاداتهم فيما يتعلق بالصحة (على سبيل المثال القيود المفروضة على التدخين، والوصول إلى مرافق ممارسة التمارين الرياضية، والأطعمة الصحية في المقصف)؟
- هل يمكن للمحتجزين الحصول بسهولة على المعلومات المتعلقة بالصحة، وبشكل سري إذا لزم الأمر؟

عينة من الأسئلة حول الحد من الضرر

- هل هناك إمكانية للحصول على أدوات الحقن المعقمة وأدوات الوشم الآمن؟ هل الواقي الذكري متاح بحرية؟ (قد تكون هذه الخدمات متاحة عن طريق الخدمات الصحية في السجون أو المنظمات غير الحكومية أو الخدمات الخارجية العاملة في السجون).
- هل تتوفر الاختبارات الطوعية لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، والتهاب الكبد B أو C والاستشارات الطبية والعلاج اللازم لها في سرية؟
- هل العلاج البديل متاح للمحتجزين الذين يعانون من الاعتماد على المواد الأفيونية؟
- هل النالوكسون في المحاقن سابقة الملاء متاح للاستخدام في الحالات الطارئة للجرعات الزائدة؟
- هل المعالجة الوقائية بعد التعرض متاحة للنساء، والرجال، والفتيان، والفتيات الذين تعرضوا للخطر؟

عينة من الأسئلة حول الحصول على الخدمات المتخصصة

- هل تتوفر خدمات متخصصة للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب؟ التهاب الكبد؟ الأمراض المنقولة جنسياً؟
- إذا كانت هناك نساء في السجن، فهل يحق لهن الحصول على الرعاية الخاصة بالإيجاب، بما في ذلك الرعاية ما قبل الولادة وما بعدها؟
- ما هي الخدمات المتاحة للصحة النفسية؟ هل يمكن للمحتجزين الحصول على استشارات في هذا الشأن؟
- هل هناك اتصال على مستوى المتخصصين مع الخدمات المجتمعية، حتى يمكن تيسير الحصول على الخدمات المتاحة في المجتمع إذا لزم الأمر؟
- هل يمكن للمحتجزين الاستفادة من المبادرات الصحية في المجتمع، مثل حملات التطعيم، وبرامج الفحص؟

عينة من الأسئلة حول الاستعدادات ما قبل الإفراج عن المحتجزين

- هل هناك تخطيط وإعداد فيما يتعلق باحتياجات المحتجزين الصحية بعد مغادرتهم السجن؟ ما الشكل الذي يتخذه؟
- ما هي التدابير التي تُتخذ حيال المحتجزين المعرضين لخطر تعاطي جرعات زائدة من المخدرات في الفترة التي تعقب الإفراج عنهم؟
- ما هي الترتيبات التي تُتخذ حيال المحتجزين الذين سيحتاجون استمرار العلاج الطبي بعد مغادرتهم السجن؟ في هذا الصدد، هل تُتخذ ترتيبات للتعامل مع ما يلي: احتياجات الصحة النفسية، ومشكلات تعاطي المخدرات، والأمراض المعدية (وخاصة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز، والتهاب الكبد، والأمراض المنقولة جنسياً، والسل) والأمراض غير المعدية (مرض السكري، وأمراض الجهاز التنفسي، والسرطان، والأمراض المزمنة الأخرى)؟
- ماذا يحدث للملف الطبي الخاص بالمحتجز؟ هل يحصل المحتجزون على نسخ من ملفاتهم؟

5. الحالة الصحية للمحتجزين

1.5. تقييم الحالة الصحية وجمع مؤشرات قابلة للقياس

من أجل تقييم الحالة الصحية للمحتجزين بشكل عام، يتعين جمع المعلومات من مجموعة واسعة من المصادر ومن خلال وسائل متعددة: إجراء مناقشات مع موظفي الرعاية الصحية والمحتجزين؛ واستعراض السجلات الطبية للمحتجزين؛ والملاحظة المباشرة للعيادات وإجراءات الرعاية الصحية؛ وتحليل مؤشرات معينة قابلة للقياس للرعاية الصحية لهؤلاء النزلاء.

ينبغي جمع مؤشرات النقاط النهائية التالية بشكل ممنهج أثناء الزيارات إلى السجن:

- الوفيات – أي الوفيات بين نزلاء السجن. يمكن حساب معدل الوفيات كما يمكن تسجيل أسباب الوفاة. ويمكن ملاحظة عدد ونسبة الوفيات حسب السبب وتحديد الأسباب الأكثر شيوعاً.
- الإصابة بالأمراض – أي سوء الحالة الصحية أو الإصابة بالأمراض بين نزلاء السجن. يمكن ملاحظة انتشار الأمراض بين المحتجزين كما يمكن تسجيل الأسباب الأكثر شيوعاً للإصابة بالأمراض.

من بين مؤشرات الرعاية الصحية المفيدة الأخرى: نسبة موظفي الرعاية الصحية إلى المحتجزين؛ عدد الاستشارات الصحية اليومية؛ عدد الإحالات إلى المستشفيات أو العيادات الخارجية؛ حالات الوفيات بين المحتجزين المحالين إلى أماكن أخرى؛ عدد الزيارات إلى السجن تحت برامج معينة للرعاية الصحية (كمثال، برامج فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب أو السل)؛ وعدد الزيارات إلى متخصصين خارجيين. وكذلك، تتضمن مؤشرات علاج أمراض معينة: عدد المحتجزين المسجلين في البرامج العلاجية؛ عدد المحتجزين الذين يتلقون جرعات كاملة من العلاج الملائم للأمراض المختارة كمؤشر؛ ومخزون العقاقير المتوفر لعلاج الأمراض المختارة كمؤشر.

ينبغي على العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يزورون السجن التأكد من وجود نظام جمع معلومات لجمع هذه المؤشرات.

وينبغي أن يكون الجمع الممنهج للمؤشرات الأساسية للرعاية الصحية جزءاً أصيلاً من أي زيارة للسجن، فذلك يرسى البيانات الأساسية وينتج لاحقاً إدراك التغيرات والاتجاهات في حالة الرعاية الصحية لنزلاء السجن بشكل عام وفي نظام توفير الرعاية الصحية. ويمكن ملاحظة الاتجاهات على مستوى السجن فرادى أو في نظام الاحتجاز ككل في بلد ما. كما يمكن الاستفادة من نتائج الرصد الممنهج كأساس لتخطيط زيارات السجن وبرامج المساعدة. وفي السجن حيث تستحدث برامج تقديم المساعدة الطبية (كمثال، برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، أو برامج توفير الدواء، أو برامج التغذية)، ينبغي دمج عملية جمع المؤشرات ذات الصلة بشكل منتظم في البرنامج منذ البداية، فهذا يتيح تقييم فاعلية البرنامج – إسهامه في تحقيق النتائج المحددة مسبقاً – وربما يتيح وضع تغييرات في حال عدم تحقيق الأهداف.

2.5. الوفيات

يعد عدد حالات الوفيات بين نزلاء السجن خلال فترة معينة من الزمن مؤشرًا مهمًا عن الرعاية الصحية لنزلاء السجن.

يُعرّف معدل الوفيات الخام بأنه عدد الوفيات بين النزلاء المعرضين لخطر الموت خلال فترة معينة من الزمن. ويمكن حسابه بسهولة.

حساب معدل الوفيات الخام³⁴

$$\text{معدل الوفيات الخام} = \frac{\text{عدد الوفيات خلال فترة من الزمن}}{\text{النزلاء المعرضين لخطر الموت} \times \text{مدة الفترة الزمنية}} \times \text{وحدة النزلاء}$$

عادةً ما يُعبّر عن معدلات الوفيات باستخدام وحدات "الوفيات بين كل 1000 شخص سنويًا". في هذه الحالة، تكون الفترة الزمنية عام واحد وتكون وحدة النزلاء 1000. عادةً ما يكون "النزلاء المعرضين لخطر الموت" تقديرًا لحجم النزلاء في منتصف العام. فيكون الحساب كما يلي:

$$\text{معدل الوفيات الخام} = \frac{\text{عدد الوفيات في العام}}{\text{النزلاء المعرضين لخطر الموت} \times \text{العام}} \times 1000 \quad (\text{الوفيات} / 1000 / \text{العام})$$

على سبيل المثال، خلال عام واحد، مات 18 شخص بين نزلاء يُقدّر حجمهم في منتصف العام بـ 241 شخص. يُحسب معدل الوفيات الخام كما يلي:

$$\text{معدل الوفيات الخام} = \frac{18}{241 \times 1} \times 1000 = 74.5 \text{ وفاة} / 1000 / \text{العام} \quad (\text{الوفيات} / 1000 / \text{العام})$$

يعد قياس الوفيات بين كل 1000 شخص سنويًا قياسًا مفيدًا بين النزلاء المستقرين نسبيًا. ولكن، في المواقف الطارئة الحادة التي تتضمن عددًا كبيرًا من حالات الوفيات وتحدث تغييرًا سريعًا في معدلات الوفاة، من المنطقي استخدام فترة زمنية أقصر ووحدة أكبر للنزلاء في الحسابات. في هذه المواقف، كثيرًا ما يُحسب معدل الوفيات بقياس "الوفيات بين كل 10000 شخص يوميًا".

على سبيل المثال، وقعت 440 حالة وفاة بين نزلاء يُقدّر حجمهم في منتصف العام بـ 18000 شخص.

$$\text{معدل الوفيات الخام} = \frac{440}{18000 \times 120} \times 10000 = 2.04 \text{ وفاة} / 10000 / \text{اليوم} \quad (\text{الوفيات} / 1000 / \text{العام})$$

يمكن كذلك حساب معدلات الوفيات شهريًا وقد يفيد هذا في حال تحليل التقارير الشهرية. عادةً ما تُقدّم المعدلات الشهرية في التقارير بصيغة "الوفيات بين كل 1000 شخص شهريًا".

على سبيل المثال، خلال شهرين، توفي 9 أشخاص بين نزلاء يُقدّر حجمهم في منتصف العام بـ 1300 شخص. يُحسب متوسط معدل الوفيات الخام الشهري كما يلي:

$$\text{معدل الوفيات الخام} = \frac{9}{1300 \times 2} \times 1000 = 3.46 \text{ وفاة} / 1000 / \text{الشهر} \quad (\text{الوفيات} / 1000 / \text{العام})$$

لمعلوماتك المرجعية، 1 حالة وفاة بين 10000 شخص في اليوم = 3 حالات وفاة بين 1000 شخص في الشهر = 36 حالة وفاة بين 1000 شخص في العام. ومن المهم الإشارة إلى أن الوحدات في هذه الحسابات تختلف ولكن طريقة الحساب تظل واحدة في الأساس. يعد التحويل من صيغة إلى أخرى تمرين من تمارين الرياضيات.

عند حساب معدلات الوفيات، عادةً ما يُفضّل استخدام الصيغ والوحدات التي تتماشى مع تلك المستخدمة بالفعل لإتاحة سهولة عقد المقارنات بين البيانات.

34 للمزيد عن معدلات الوفيات، انظر: F. Checchi, L. Roberts, *Interpreting and Using Mortality Data in Humanitarian Emergencies: A Primer for Non-Epidemiologists*, Humanitarian Practice Network Paper No. 52, Overseas Development Institute, London, 2005.
مقّاح عبر الرابط: <http://odihpn.org/wp-content/uploads/2005/09/networkpaper052.pdf>

ينبغي حساب معدل الوفيات أثناء كل زيارة للسجن، مما يوفر بيانات أساسية مفيدة. لا توجد بيانات عن معدلات الوفيات العالمية كما أن معدلات الوفيات المحلية داخل السجون قد لا تكون متوفرة أو موثوقة؛ لذلك فكتيماً ما يكون إجراء حسابات أساسية دقيقة أمراً غاية في الأهمية، فقد يكشف ارتفاع الوفيات عن المعدل الأساسي عن تدهور في الرعاية الصحية لنزلاء السجن بشكل عام أو عن تفشي مرض ما. عقد مقارنات مع معدلات الوفيات الأساسية سيمكنك من الحكم على مدى خطورة المشكلة. قد تبيّن معدلات الوفيات اتجاهات موسمية؛ قد يفيد حساب معدلات الوفيات لكل شهر أو موسم.

أثناء دراسة الوفيات بين نزلاء السجن، من المهم تحليل ليس فقط معدل الوفيات، بل أيضاً أسباب الوفيات. قد تشير أسباب الوفيات إلى أوضاع احتجاز غير مرضية أو أوجه قصور في الخدمات الطبية، لا سيما عندما يموت المحتجزون جراء أمراض قابلة للشفاء. قد يكون من المفيد إحصاء عدد الوفيات ثم حساب النسب حسب الأسباب.

قد تعكس أسباب الوفيات أنماط السكان المحليين إلى حد ما، وقد يفيد الحصول على بيانات عن الرعاية الصحية والوفيات في المجتمع الخارجي من مسؤولي الرعاية الصحية المحليين. ولكن قد لا تكون معدلات وأسباب الوفيات في المجتمع مصدرًا موثوقًا للمرجعية للسجون نظراً لزيادة انتشار أمراض فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والسل وغيرها من الأمراض بين المحتجزين.

تتبيّن أهمية إجراء تحليل فوري وشامل في حال: زيادة معدلات الوفيات عن معدل الوفيات الأساسي للسجن؛ أو حدوث الوفيات بسبب أمراض قابلة للشفاء؛ أو تعدي الوفيات للقيم المرجعية الإقليمية. يجب تحديد العوامل المحددة لارتفاع معدلات الوفيات ومناقشة القياسات مع السلطات، كما ينبغي تخطيط المراقبة الدقيقة وزيارات المتابعة.

عينة من الأسئلة حول الوفيات

- ما هو نظام تسجيل الوفيات في الاحتجاز؟ هل هو موثوق؟
- احسب معدل الوفيات.
- وثق أسباب الوفيات. سجل عدد الوفيات ونسب الوفيات حسب الأسباب. اذكر أية وفيات ناتجة عن أمراض قابلة للشفاء.
- ما هي قواعد التحقيق وقواعد التشريح؟ (عادةً ما تحدها لوائح السجن وقانون الإجراءات الجنائية للبلاد).
- تحقق من سجل الوفيات وشهادات الوفاة وتقارير الطبيب الشرعي لجميع الوفيات التي وقعت في السجن.
- ما هي السجلات المحفوظة للمحتجزين الذين توفوا في مستشفى الإحالة؟ في حال وفاة معظم المحتجزين في نفس يوم دخولهم المستشفى فقد تكون هذه علامة أن الإحالات تمت بعد فوات الأوان.
- هل وقعت الوفيات بسبب أمراض يجب الإبلاغ عنها؟ بمعنى آخر، هل يجب إبلاغ السلطات الصحية المركزية أو المحلية بالوفيات الناتجة عن أسباب معينة؟ أية أمراض؟ ما هي الإحصائيات الأخيرة؟
- هل يتلقى الأهالي شهادة وفاة؟ مثل هذه الشهادات مهمة في العديد من السياقات، فهي ضرورية لتسوية مسائل الميراث.

3.5. الإصابة بالأمراض

كما يحدث في أي مجتمع آخر، قد يختبر نزلاء السجون نطاقاً واسعاً من الأمراض ولكن تعد الأمراض المعدية ومشكلات الصحة النفسية شائعة بشكل خاص في السجون.

في العديد من السياقات، يأتي الأشخاص في السجون من خلفيات اجتماعية يكثر فيها شيوخ أمراض معدية معينة كمثال، نقص المناعة البشرية المكتسب والتهاب الكبد والسل. قد تشجع الأوضاع العامة للاحتجاز انتشار الأمراض المعدية من خلال تدني مستوى النظافة الصحية أو إمدادات المياه أو الصرف الصحي ونقص نظافة الغذاء. كما أن الاكتظاظ والضغط على الموارد قد يزيد من تعزيز انتشار الأمراض. تعاطي المخدرات والجنس والعنف (بما فيها العنف الجنسي) بين المحتجزين قد يضيف أيضاً إلى المخاطر الصحية.

قد يكون الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في الصحة النفسية أكثر عرضة للحبس. قد يتعرضون للحبس لأن مشكلاتهم النفسية ساهمت في دفعهم لارتكاب أعمال إجرامية. وقد يتعرضون للحبس لمجرد أنهم يعانون من مشكلة نفسية، خصوصاً في السياقات حيث لا يتقبل الناس السلوك "غير المعتاد" أو حيث لا تتوفر خدمات الرعاية الصحية النفسية الملائمة. في المجتمعات حيث تكون الأوضاع سيئة للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في الصحة النفسية، يكون الوضع أسوأ في السجن، كما قد يتسبب أو يساهم السجن في تطور مشكلات الصحة النفسية. تتضمن أوضاع الاحتجاز التي يمكن أن تؤثر على الصحة النفسية: قلة الاتصال بالعالم الخارجي بما فيه الأصدقاء والأهل وشبكات الدعم الاجتماعي؛ وقلة الفرص لممارسة الأنشطة الرياضية والترفيهية؛ واضطراب الروابط الشخصية بالعمل أو التعليم أو الدين؛ والتسلسلات الهرمية الداخلية والعنف؛ وفقدان الحرية والاستقلالية. قد تظهر عواقب الحبس على الصحة النفسية في صورة أعراض غامضة أو نفسية وجسدية، وانخفاض المعنويات أو الغضب، وزيادة الاضطرابات النفسية وفي حالات إيذاء النفس والانتحار.

رغم أن هذا الأمر لا يقتصر على الاحتجاز فالجوء إلى الإضرار عن الطعام – لأسباب شخصية أو احتجاجاً على النظام – أكثر شيوعاً في السجون. من الواضح أن هذا أيضاً له تأثير على الصحة.

الأمراض المرتبطة عادةً بأوضاع الاحتجاز

الأمراض الجلدية – كمثال، العدوى الجلدية الفطرية، والجرب، والقمل. ربما بسبب نقص المياه، قلة النظافة الصحية، الاكتظاظ.

أمراض العيون – كمثال، الرمد الحبيبي، التهاب ملتحمة. ترتبط بنقص المياه وقلة النظافة الصحية.

أمراض الجهاز التنفسي – كمثال، السل، التهابات الجهاز التنفسي العلوي. ترتبط بالاكتظاظ، الرطوبة، ونقص التغذية.

الأمراض المعدية المعوية – كمثال، الإسهال، حمى التيفوئيد، الكوليرا، الطفيليات المعوية. يجري نقلها عن طريق الغائط والفم من خلال المياه الملوثة أو عدم ملاءمة سبل التخلص من الفضلات البشرية أو وجود ناقلات الأمراض.

التهاب الكبد A – يجري نقلها عن طريق الغائط والفم.

فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والتهاب الكبد B و C – يرتبط بتعاطي المخدرات عن طريق الحقن وممارسة الجنس بالتراضي والعنف الجنسي.

الأمراض والعدوى المنقولة جنسياً – من خلال العنف الجنسي وممارسة الجنس بالتراضي.

الأمراض الناشئة عن ناقلات الأمراض

الأمراض النفسية – ترتبط بالاكتظاظ، نظام الاحتجاز، سوء المعاملة، الإصابة مسبقاً.

الأعراض الغامضة – الشكاوى النفسية والجسدية قد تعبر عن المعاناة.

قياس معدل الإصابة بالأمراض

يستخدم علماء الأوبئة قياسين مختلفين للإصابة بالأمراض: الإصابة والانتشار. نعرف من الإصابة عدد الحالات الجديدة التي أصيبت بمرض معين خلال فترة محددة من الزمن. نعرف منه معدل انتشار المرض أو تشخيصه. ونعرف من الانتشار عدد الأشخاص المصابين فعليًا بالمرض في وقتٍ محدد. لا يفرق الانتشار بين الحالات القديمة والجديدة؛ نعرف منه مدى شيوع المرض في نقطة محددة من الوقت.

فيما يلي حسابات معدلات الإصابة والانتشار كنسب مئوية:

معدل الإصابة (%) = عدد الحالات الجديدة المصابة بمرضٍ معين خلال فترة محددة من الزمن/ حجم النزلاء المعرضين لخطر الإصابة بالمرض x 100

معدل الانتشار (%) = عدد الأشخاص المصابين بالمرض في وقتٍ محدد/ حجم النزلاء المعرضين لخطر الإصابة بالمرض x 100

يقدم هذان القياسان معلومات مختلفة تمامًا ولكن كلاهما قد يكون مفيدًا. قد يفيد معدل الانتشار أكثر من معدل الإصابة كمؤشر لتأثير الأوضاع داخل المجتمع وخدمات الرعاية الصحية التي يتوجب تقديمها. أما معدل الإصابة فقد يفيد في تقييم مخاطر الإصابة بالمرض. الأمراض المزمنة مثل فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز قد يكون لها معدل إصابة منخفض ولكن معدل انتشار مرتفع نسبيًا. الأمراض قصيرة الأجل كمثال نزلات البرد العادية قد يكون لها معدل إصابة مرتفع ولكن معدل انتشار منخفض نسبيًا.

تفشي الأمراض في السجن

يقال إن هناك تفشي لمرض ما أو لوباء عندما يزيد عدد حالات الإصابة بمرض معين عن المتوقع في منطقة معينة أو بين مجموعة معينة من الأشخاص خلال فترة محددة من الزمن. يفترض وجود علاقة بين الحالات أو وجود سبب مشترك للإصابة.³⁷

أثناء زيارة السجن، إن كان واضحًا أن العديد من المحتجزين يعانون من مرض معين، ينبغي إحصاء عدد الحالات. يمكن فعل هذا عن طريق دراسة سجل الاستشارات الطبية للعيادة ومناقشة الأمر مع موظفي الرعاية الصحية بالسجن. إن لزم الأمر، يمكن تحديد معدل انتشار المرض بالضبط عن طريق فحص نزلاء السجن أو عينة ممثلة للمحتجزين.³⁸

تذكر أن تفشي المرض لا يُعرّف بعدد الحالات التي تصل إلى حد رقمي معين؛ بل يُعرّف بكونه عدد حالات مرتفع على غير العادة. من الواضح أن هذا يعتمد على ما يراه الناس عددًا مقبولاً أو معتادًا من الحالات. لذلك فوجود بيانات أساسية موثوقة عن معدلات الإصابة بالمرض أمر أساسي.

ينبغي أن يؤدي تأكيد حدوث تفشي لمرض ما إلى إجراء تقييم فوري واتخاذ تدابير مضادة.

37 هذا التعريف مأخوذ من مراكز مكافحة الأمراض واتقائها التابعة للولايات المتحدة الأمريكية. المصطلحان "تفشي" و"وباء" متشابهان في التعريف وأحيانًا ما يُستخدمان بنفس المعنى. ولكن يُشجع استخدام مصطلح "تفشي" أكثر للإشارة إلى مواقع في مناطق أو مجموعات صغيرة كالقرى والبلدات، أو في مؤسسات محددة كالسجون؛ أما مصطلح "وباء" فعادة ما تخصص للمواقع التي تتضمن أعداد كبيرة من الناس ومساحة جغرافية واسعة.

38 تقدم مراكز مكافحة الأمراض واتقائها أيضًا دليل مختصر بعنوان *Steps of an Outbreak Investigation* (خطوات التحقيق في تفشي الأمراض) وهو متاح عبر الرابط:

<http://www.cdc.gov/excite/classroom/outbreak/steps.htm>

عينة من الأسئلة حول الإصابة بالأمراض

- هل هناك أمراض أو مشكلات صحية بين نزلاء السجن يمكن انتشارها بسبب ظروف الاحتجاز؟ ما مدى انتشار أمراض السل وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز أو الأمراض والعدوى المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد B وC؟ ما هي العوامل المحددة التي تؤدي إلى انتشارها؟
- في حال وجود أمراض معدية أو مشكلات صحية، هل هناك أية برامج موجهة إلى هذه الأمراض بالتحديد (من خلال تعزيز الصحة، التدابير الوقائية، العلاج)؟ على سبيل المثال، هل هناك برنامج المعالجة القصيرة الأجل الخاضعة للمراقبة المباشرة لمرض السل؟ هل هي مدرجة في البرنامج الوطني لمعالجة السل؟ هل هناك تدابير لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، أو تعاطي المخدرات؟
- هل هناك عواقب على الصحة و/ أو الأمراض نتيجة لمشكلات معينة داخل السجن تتعلق بالنظافة الصحية أو المياه أو الصرف الصحي؟
- هل هناك عواقب على الصحة و/ أو الأمراض نتيجة لمشكلات في السلسلة الغذائية؟
- هل حدثت أي حوادث تفشي لأمراض؟ كيف تعامل الفريق الصحي بالسجن مع هذه الحوادث؟
- هل هناك تنوعات موسمية في انتشار الأمراض؟
- ما نوع مشكلات الصحة النفسية الموجودة بين المحتجزين؟
- ما هي العوامل التي قد تزيد من مخاطر الإصابة بمشكلات عقلية داخل السجن؟
- هل هناك وعي بمشكلات الصحة النفسية بين السلطات؟ هل تقدم سلطات السجن أو المنظمات الخارجية برامج للوقاية أو مكافحة مشكلات الصحة النفسية؟
- كيف يتم التعامل مع المحتجزين المصابين باضطرابات عقلية حادة؟ ما هي أنواع العلاج المتوفرة؟ هل يُحتَجَز المحتجزون المصابون باضطرابات عقلية حادة في مكان آخر (في وحدة نفسية آمنة)؟
- هل بدأ على المحتجزين المصابين باضطرابات عقلية حادة أعراض قبل أم/ أثناء احتجازهم؟
- هل يتعرض المحتجزون المصابون باضطرابات عقلية حادة للاضطهاد، فيما يتعلق بظروف المعيشة، أو الغذاء، أو المياه، أو إمكانية الحصول على خدمات صحية؟

الصحة والسلامة المهنيين

يحكم العمل في السجن معايير دولية وقواعد وطنية. وتتضمن الجوانب الطبية التي قد تشمل موظفي الرعاية الصحية في السجن: إجراء فحص صحي إجباري لقياس اللياقة الجسدية والنفسية للمحتجزين للقيام بالعمل؛ وتقييم السلامة في مكان العمل وجدول العمل وحجم أعباءه. ولكن لن يكون من اللائق أن يشترك موظفو الرعاية الصحية في هذه الفحوص والتقييمات إن كان العمل الذي يقوم به المحتجزون قسريًا أو نوعًا من أنواع العقاب.

عينة من الأسئلة حول الصحة والسلامة المهنيين

- هل هناك فحص طبي لقياس اللياقة للعمل؟ هل يلائم الفحص طبيعة العمل وظروفه الفعلية؟
- ما هي الحدود العمرية للعمل في السجن؟
- كيف يمكن للسلامة في مكان العمل وجدول العمل وطبيعته الشاقة التأثير على صحة العاملين أو تعريضها للخطر؟

4.5. التعذيب وغيره من ضروب سوء المعاملة

عند زيارة سجن ما يُعرَف عنه وجود مشكلة التعذيب أو سوء المعاملة، ينبغي تواجد طبيب ضمن الفريق الزائر لذلك السجن. ليس هناك استثناء لهذه القاعدة. يمكن للزائرين غير المختصين بالمجال الطبي جمع مزاعم التعرض للتعذيب ولكن يتعين بعد ذلك أن يفحص الطبيب المحتجزين المعنيين بهذا الأمر.

من واجب الأطباء المدربين في هذا المجال إلحاق التوثيق العام لحالات التعرض لسوء المعاملة الذي يجريه الأشخاص غير المختصين بالمجال الطبي بتوثيق سريري للعواقب الطبية الناجمة عن سوء المعاملة بالإضافة إلى توثيق شرعي للحوادث المزعومة، حيثما يقتضي الأمر. العاملون في المجال الطبي هم الوحيدون المصرح لهم بإجراء هذا النوع من التقييم وطلب الاطلاع على ملفات المرضى. لذلك هناك حاجة إلى دعم طبيب في جميع المواقف التي يحدث فيها سوء معاملة شديدة بشكل متكرر أو ممنهج.

حيث أن الطبيب الزائر يحق له التواصل مع الموظفين الطبيين في مكان الاحتجاز بشكل خاص، ومع السلطات المسؤولة عن القضايا الطبية، فهو مسؤول أيضًا عن تحليل أدوار ومسؤوليات الموظفين الطبيين ودورهم المحتمل في وقوع سوء المعاملة كما أنه مسؤول عن العمل، حيث يقتضي الأمر، على تعزيز استقلال العاملين في مجال الرعاية الصحية والتزامهم بالأخلاقيات الطبية.

يكمّن دور الطبيب، عندما يزعم المحتجزون التعرض للتعذيب أو غيره من ضروب سوء المعاملة، في تقييم احتياجات الرعاية الصحية وتلبيتها، حسبما يقتضي الأمر، بالتنسيق مع السلطات. ينبغي أن يحرص الطبيب الزائر على تلقي المحتجزين الذين يحتاجون إلى العلاج للرعاية الكافية كما ينبغي عليه أن يدعم ويشجع موظفي الرعاية الصحية على تسجيل مزاعم التعرض لسوء المعاملة والعواقب الجسدية والنفسية لسوء المعاملة المزعومة في الملفات الطبية للمحتجزين. في حال عدم رغبة الموظفين في القيام بهذا الأمر أو عدم تمكنهم، ينبغي على الطبيب الزائر أن يسجل مزاعم التعرض لسوء المعاملة مع الحرص الشديد على شرح كيفية استخدام المزاعم المسجلة للمحتجز/ المحتجزة والحصول على موافقتها/ موافقتها عن علم على تسجيل هذه المزاعم.

ينبغي إيلاء قضايا سوء المعاملة عناية خاصة ووضع مبدأ "لا ضرر ولا ضرار" في الاعتبار دائمًا. قد يقدم الطبيب الزائر بعض المواساة لأضحايا سوء المعاملة من خلال الإصغاء إليهم والتعاطف معهم عندما يصفون تجربتهم ومن خلال إعلامهم، ليس فقط بالتداعيات المحتملة لسوء المعاملة التي قد تعرضوا لها، ولكن أيضًا بوسائل علاجها. يمكن أن يثق المحتجزون في استقلالية الطبيب الزائر وقد يقدرّون الحصول على الرأي الطبي والشعور بالارتياح من طبيب متخصص من خارج السجن.

على كل من الطبيب الزائر وموظفي الرعاية الصحية بالسجن الالتزام بالأخلاقيات الطبية أثناء إجراء عمليات التقييم وتقديم الرعاية الصحية وتوثيق النتائج.

أثناء التحدث مع ضحايا التعذيب أو غيره من ضروب سوء المعاملة، ينبغي الوضع في الاعتبار أن معظم المحتجزين في مثل هذه الظروف يجدون صعوبة في التواصل أو التعبير عن معاناتهم؛ لذلك ينبغي توخي الحذر والحرص الشديدين عند التحدث معهم. تذكر أيضًا أن الأشخاص من الثقافات المختلفة يختلفون في تعاملهم مع هذه القضية. يشعر البعض بالحاجة إلى "الفضفضة" للآخرين و"التعامل مع" ردود الأفعال؛ قد يشعر البعض الآخر بالرغبة في الاحتفاظ بأفكارهم ومشاعرهم وعدم الفصح عنها لشعورهم بالذنب أو العار. ينبغي على الطبيب كسب ثقة المحتجز وتهيئة بيئة مواتية له ليشركه معلومات صعبة أو اليمّة؛ يجب ألا يشهد أي شخص هذه المقابلة. وينبغي شرح دور الفريق الزائر فيما يتعلق بقضية سوء المعاملة للمحتجزين المعنيين كما ينبغي شرح الحدود التي يعمل في إطارها الفريق.

هناك شرح وافٍ لخطوات التوثيق الطبي للتعذيب أو سوء المعاملة التي يتعرض لها المحتجزون في عدد من الإصدارات.³⁹ ينبغي أن يحتوي التوثيق الطبي على معلومات بخصوص: ماذا حدث؛ من الفاعل؛ متى وأين؛ العناية الطبية التي تلقاها الضحية؛ شفاء أية جروح أصيبت بها الضحية؛ النتائج الإكلينيكية في وقت إجراء الطبيب الزائر للفحص وما إذا تطابقت هذه النتائج مع مزاعم التعذيب لسوء المعاملة.

وإنه لمن الحكمة أن تشير إلى التعريفات القانونية للتعذيب وغيره من ضروب سوء المعاملة عند التعامل مع السلطات المتورطة في الأمر وعند كتابة التقارير التي قد تقرأها هذه السلطات. كن واضحًا في المزاعم التي سترسل إلى السلطات وفي حال عدم الحصول على موافقة الضحايا الصريحة، احرص على أن يكون مصدر المزاعم والأدلة على صحتها لا يمكن التعرف عليها.

هناك في الأساس ثلاثة مراحل لتوثيق التعذيب أو غيره من ضروب سوء المعاملة:

1. وصف كل ضرب من ضروب سوء المعاملة. ينبغي أن يتضمن هذا الوصف: متى حدثت الواقعة؛ ماذا كانت ترتدي الضحية؛ ما إذا كانت الضحية في وضع الجلوس أو الوقوف أو الاستلقاء أو مقيدة إلى طاولة؛ وأيضًا ما إذا كانت معصوبة العينين أو مقيدة أو مكبلية اليدين، إلخ.

تذكر أن سوء المعاملة يتضمن الإساءة النفسية (التهديدات اللفظية، الإهانات، الشتائم، الصراخ) بالإضافة إلى الإهانة الجسدية وينبغي توثيق ذلك في حال حدوثه.

قد تتضمن سوء المعاملة كذلك الأوضاع التي كان الشخص يعيشها قيد الاعتقال إن كان لها عواقب جسدية ونفسية وإن كان مرغمًا عليها بنية تحطيم معنوياته. على سبيل المثال، قد يكون توثيق أوضاع الاحتجاز بما فيها النظافة الصحية وحالة المراحيض وحجم الزنزانة وحجب الغذاء أو الرعاية الطبية، التي يمكن أن تعتبر من عوامل تشديد العقوبة أمرًا ذا صلة.

كما يجب كذلك توثيق أية مزاعم باشتراك الموظفين الصحيين. هذا الاشتراك يمكن أن يكون: مباشر (القيام بدور فاعل)، وغير مباشر (تقديم المشورة بشأن الوسائل أو تحسين الأساليب)، ومن خلال الإغفال (تزيف الفحوصات أو التقارير الطبية).

لاحظ أن سوء المعاملة أكثر شيوعًا في مرحلة التوقيف والاحتجاز الفورية؛ كما يمكن أن تقع في السجون، ولكن هذا يرتبط على الأرجح بالقواعد والعقوبات التأديبية (الرسمية وغير الرسمية).

2. وصف العواقب الجسدية والنفسية، فور وقوع الأحداث المعنية. ينبغي أن يتضمن هذا بيانًا بالجروح المفتوحة والكدمات وفقدان القدرة على تحريك الأطراف، بالإضافة إلى أية عواقب سلبية على الحالة العقلية أو النفسية للمحتجز أثناء سوء المعاملة أو فور وقوعها. وينبغي سؤال المحتجزين حول العلاج الطبي والتعافي (الأثر الرجعي) بعد واقعة الإساءة. يعد هذا جزءًا مهمًا من التوثيق لأنه يمكن تأييد وقوع سوء المعاملة حتى في عدم وجود أية عواقب دائمة. بمعنى آخر، رغم أن الشخص قد لا يبدو عليه أدلة جسدية على سوء المعاملة في وقت التوثيق فوصفه/ وصفها للأحداث يمكن أن يقدم أدلة مهمة تدعم مزاعمه/ مزاعمها.

39 مكتب المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان، بروتوكول اسطنبول: دليل التقصي والتوثيق الفعالين للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، 2004. HR/P/PT/8/Rev.1. متاح عبر الرابط: <http://physiciansforhumanrights.org/issues/torture/international-torture.html>

المجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب، منع التعذيب من خلال التقصي والتوثيق [موقع إلكتروني] متاح عبر الرابط: <http://www.ircr.org/Default.aspx?ID=1396>

M. Staiff, "Visits to detained torture victims by the ICRC (I): Management documentation, and follow-up," *Torture*, Vol. 10, No. 1, 2000, pp. 7-4. متاح عبر الرابط: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jqum.htm>

M. Staiff, "Visits to detained torture victims by the ICRC (II): The psychological impact of visits and interviews with detained torture victims," *Torture*, Vol. 10, No. 2, 2000, pp. 41-44. متاح عبر الرابط: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jqun.htm>

H. Reyes, "Doctors in prison: Documenting torture in detention," *Torture*, Vol. 18, No. 3, 2008, pp. 176-182. متاح عبر الرابط: http://www.ircr.org/Files/Filer/TortureJournal/18_03_2008182-176/_Doctors_in_prison.pdf

3. ويتضمن الجزء الأخير: تحديد ما إذا كانت هناك أية عواقب جسدية أو نفسية للتعذيب أو سوء المعاملة؛ الاستفسار عن أي علاج تلقته الضحايا في الفترة الأخيرة؛ وإجراء فحص جسدي وعقلي.

سوء المعاملة قبل الوصول إلى السجن

- هل وقعت أية حوادث سوء معاملة في أماكن الاحتجاز الرسمية (مراكز الشرطة على سبيل المثال) أو في أماكن غير رسمية/ سرية؟
- هل يتعرض الأشخاص إلى سوء معاملة ممنهج في ذلك السياق؟
- ماذا كانت طبيعة سوء المعاملة؟ ما هي الأشكال التي اتخذتها؟
- كيف كانت أوضاع الاحتجاز العامة؟

سوء المعاملة داخل السجن

- ما هي أشكال العقاب المصرح بها في قواعد السجن؟ الحبس الانفرادي؟ تمديد الحبس الانفرادي؟ أشكال أخرى من الأنظمة التقييدية؟ التكبيل؟ من يحدد وسيلة العقاب؟ ما هي الإجراءات الوقائية المتخذة لمنع حدوث إساءة؟
 - هل ينفذ حراس السجن العقوبات غير الرسمية أم ينفذها محتجزون آخرون يقومون بدور الحراس؟
 - هل هناك سوء معاملة ترتبط بالعنف والتسلطات الهرمية بين المحتجزين؟
 - ما هي طبيعة سوء المعاملة؟ ما هي الأشكال التي تتخذها؟
- استخدم دائماً العملية القياسية المكونة من ثلاث مراحل للتوثيق الطبي للتعذيب/ سوء المعاملة.

5.5. الحالات الطبية الفردية

ينبغي على الطبيب الزائر إجراء مقابلات وفحوص طبية على عينة من المحتجزين، والهدف من ذلك اكتساب معلومات حول الحالة العامة لصحة النزلاء ومدى جودة الرعاية الطبية التي توفرها لهم سلطات الاحتجاز. ينبغي أن تتضمن عينة المحتجزين أشخاص أصحاء من مناطق مختلفة في السجن، بالإضافة إلى أشخاص مرضى يحدددهم المحتجزون الآخرون والسلطات، أو من خلال الملاحظة المباشرة.

ومن الأهمية بمكان التوضيح للمحتجزين وموظفي السجن أن العاملين في مجال الرعاية الصحية الزائرين الذين يجرون تقييمات السجن لن يقدموا الرعاية الطبية لنزلاء السجن. إن صادف العامل أو العاملة في مجال الرعاية الصحية الزائر محتجزين مصابين بمرض خطير ولم يتلقوا الرعاية الطبية اللازمة فعليه/ عليها تنبيه السلطات إلى هذه الحقيقة، إما في نهاية الزيارة أو على الفور إن كانت الحاجة ملحة. وينبغي أن تستخدم مثل هذه الحالات كمثله توضيح أوجه القصور في نظام الرعاية الصحية كي يتسنى إجراء التحسينات من أجل نزلاء السجن ككل. ليس الهدف وضع قائمة بجميع المحتجزين الذين يحتاجون إلى شكل من أشكال الرعاية الطبية: فإن سلطات الاحتجاز على الأرجح تتابع القوائم بالحالات الطبية الخطيرة فقط، وليس قوائم الأشخاص الذين يعانون من أمراض بسيطة.

طلبات الإفراج لأسباب طبية

يمكن في بعض الأحيان النظر في تقديم طلبات إفراج عن المحتجزين المصابين بأمراض خطيرة. لا يجب تقديم هذه الطلبات بصورة روتينية بل ينبغي حفظها للحالات الخطيرة؛ وإلا فستفقد مثل هذه التدخلات مصداقيتها. يمكن وصف الإفراج في هذه الظروف كإفراج "رحيم" أو "إنساني" أو ببساطة "إفراج طبي". لا تتوفر الأسس والإجراءات القانونية في كل البلدان للإفراج عن الأشخاص لأسباب طبية. يمكن طلب الإفراج لأسباب طبية لعدة أسباب مثل: يعاني المحتجز من مرض أو إعاقة خطيرة ومزمنة وموهنة ولا يمكن توفير الرعاية والعناية اللازمة له في السجن (كمثال، حالات الشلل الدائم أو مشكلات الصحة النفسية الخطيرة أو الاختلال العقلي) و/ أو الذي قد يؤدي الاستمرار في احتجازه إلى تدهور حالته، وهو ما يمكن تفاديه في ظروف أخرى؛ يمر المحتجز بالمرحلة الأخيرة من مرض مميت وسيصبح له/ لها الإفراج الموت بكرامة في بيته/ بيتها أو في مكان آخر ملائم. تتضمن العوامل الأخرى التي يمكن وضعها في الاعتبار عمر المحتجز وضعفه، ومخاطر عودته إلى الجريمة، والخطر الذي يمثله على العامة والظروف العامة للاحتجاز.

من خلال المحتجزين الذين تحدثت معهم على انفراد

- كَوْن صورة عن الرعاية الصحية لنزلاء السجن. حدد حالات سوء المعاملة أو التعذيب. تعرف على أية مشكلات في نظام الرعاية الصحية في السجن.
- هل هناك حالات معينة توضح وجود عيوب في نظام الرعاية الصحية؟ هل هناك حالات لمحتجزين مصابين بأمراض خطيرة تستدعي التحدث مع السلطات بغية تأمين الحصول على الرعاية الصحية المطلوبة بشكل عاجل أو الإفراج لأسباب إنسانية أو طبية؟
- يجب متابعة الحالات التي استرعت انتباه سلطات السجن أثناء الزيارات اللاحقة.

تذكر أنه على العاملين في مجال الرعاية الصحية الزائرين الحفاظ على سرية المعلومات الطبية في جميع الأوقات. يجب أن تكون إمكانية الوصول إلى التشخيصات والتاريخ الطبي للنزلاء المرضى أمناً ومحدوداً؛ يجب أن تظل هوية المرضى مجهولة عند تقديم بيانات تتعلق بهم في التقارير الداخلية. يمكن ترشيح المحتجزين المرضى للسلطات للحصول على متابعة طبية أو للإفراج عنهم لأسباب طبية أو إنسانية، فقط بعد الحصول على موافقتهم.

6. مصادر إضافية

فيما يلي قائمة ببعض المصادر الإضافية ذات الصلة بالصحة في السجون. وهذه القائمة غير شاملة.



Health in Prisons: A WHO Guide to the Essentials in Prison Health *الصحة في السجون: دليل منظمة الصحة العالمية لأساسيات الصحة في السجون*. مراجعة ستيفان إنغيسست، ولارس مولر، وغودن غالبا، وكارولين أوديسين. المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا، كوبنهاغن، 2014.

متاح عبر الرابط:

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/prisons-and-health>

189 صفحة، باللغات الإنجليزية والروسية.

وهو دليل شامل لقضايا الصحة والرعاية الصحية في أماكن الاحتجاز. ويشمل فصولاً عن: الرعاية الصحية الأولية، والأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، وصحة الأسنان، والتحديات الأخلاقية في الرعاية الصحية في أماكن الاحتجاز، وتعاطي المخدرات. وعلى الرغم من تركيز هذا الدليل، الصادر عن منظمة الصحة العالمية، على الرعاية الصحية وتوفير الخدمات الجيدة، فإنه يشجع على اتباع نهج يشمل السجن بأكمله، وتعزيز صحة المحتجزين ورفاهتهم. راجع أيضاً مشروع الصحة في السجون، الذي ينفذه المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا.



Good governance for prison health in the 21st century
A policy brief on the organization of prison health

وثائق اللجنة الدولية للصليب الأحمر

”حماية المحتجزين: عمل اللجنة الدولية وراء القضبان“ آلان أيشليمان. *المجلة الدولية للصليب الأحمر*، المجلد 87، العدد 857، آذار/ مارس 2005، ص 83-122.

متاح عبر الرابط: <https://www.icrc.org/ar/author/aln-yshlymn>

https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc_857_aeschelmann.pdf



40 صفحة. باللغتين الإنجليزية والفرنسية. 50 صفحة باللغة العربية.

يصف هذا المقال مبادئ عمل اللجنة الدولية في أماكن الاحتجاز والغرض منه، وخصائص نهج اللجنة الدولية والقيود التي تواجهه، والخلفية القانونية والتاريخية التي توضح سبب عمل اللجنة الدولية على النحو الذي تقوم به.

The role of the physician in ICRC visits to prisoners
دور الطبيب في الزيارات التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر إلى السجناء، هيرنان ريس.
اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 1994.

متاح عبر الرابط:

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jmk5.htm>

لمحة موجزة (3000 كلمة) عن دور الطبيب التابع للجنة الدولية المتخصص في الشؤون الطبية في الاحتجاز.

Policy on torture and cruel, inhuman or degrading treatment inflicted on persons deprived of their liberty
التعذيب والمعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة ضد الأشخاص المحرومين من حريتهم، التي اعتمدها مجلس جمعية اللجنة الدولية في 9 حزيران/ يونيو 2011. *المجلة الدولية للصليب الأحمر*، المجلد 93، العدد 882، 2011، ص 547-562.

متاح عبر الرابط:

<http://www.icrc.org/eng/assets/files/review/2011/irrc-882-policy-torture.pdf>

يُعد المقال إعادة تأكيد على التزام اللجنة الدولية بمواجهة التعذيب وتفسيرًا لسياساتها وممارساتها.



مبادئ توجيهية للتحقيق في حالات الوفاة أثناء الاحتجاز، تشرين الأول/ أكتوبر 2013.

متاح عبر الرابط:

<https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4126.pdf>

المياه، الصرف الصحي، النظافة الصحية، وظروف الإقامة في السجون، الطبعة الثانية. بيير جيورجيو نمبريني، اللجنة الدولية، جنيف، 2013. (مرجع مطبوعات اللجنة الدولية: 0823) متاح عبر الرابط:

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0823.htm>

125 صفحة، باللغة الإنجليزية بصيغة pdf. ومتوفر أيضًا باللغات العربية، والصينية، والإنجليزية، والفرنسية.

يقدم هذا النص المصور وسهل القراءة إرشادات فنية للتدابير العملية لتحسين الظروف المادية في السجون. وهناك بعض التداخل مع محتوى الفصل 2 من دليلنا العملي للصحة في أماكن الاحتجاز، ولكن كتاب المياه، الصرف الصحي، النظافة الصحية، وظروف الإقامة في السجون أكثر تفصيلاً ويوفر مصدرًا مفيدًا لمعلومات متعمقة عن هذه الموضوعات.



المياه، الصرف الصحي، النظافة الصحية، وظروف الإقامة في السجون: دليل تكميلي اللجنة الدولية، جنيف، 2013. متاح عبر الرابط:

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p4083.htm>

80 صفحة. متاح على الإنترنت باللغتين الإنجليزية والفرنسية.

وهو كتيب إرشادات عملية إضافية، صدر لاستكمال كتاب المياه، الصرف الصحي، النظافة الصحية، وظروف الإقامة في السجون. ويتمثل الهدف منه في أن يكون أكثر شمولًا وقابلية للتطبيق على مجموعة متنوعة من السجون الموجودة في جميع أنحاء العالم. ويتضمن فصولًا عن النساء، والفتيات، والأطفال والأحداث المعالين.



الغذاء والتغذية في أماكن الاحتجاز

كتيب التغذية 1: المفاهيم الأساسية للتغذية في الاحتجاز (2015).

كتيب التغذية 2: تقييم الوضع الغذائي والتغذوي في الاحتجاز (2015).

كتيب التغذية 3: برامج الغذاء والتغذية في الاحتجاز (2016) اللجنة الدولية، جنيف.

الكتيبات متاحة عبر الرابط:

<http://intranet.gva.icrc.priv/ecosec/topics/nutrition/index.jsp>

وثائق الأمم المتحدة

أصدرت الأمم المتحدة العديد من الوثائق ذات الصلة بعمل اللجنة الدولية في السجون. ويمكن الاطلاع عليها عبر موقع [Refworld \(www.refworld.org\)](http://www.refworld.org) التابعة للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (وكالة الأمم المتحدة المعنية بشؤون اللاجئين).

القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، التي اعتمدها مؤتمر الأمم المتحدة الأول لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين المعقود في جنيف عام 1955. وتم تنقيحها بموجب قرار الجمعية العامة 230/65 المؤرخ في 21 كانون الأول/ديسمبر 2010 الذي دعا لجنة الأمم المتحدة لمنع الجريمة والعدالة الجنائية لتشكيل فريق خبراء لتبادل المعلومات عن أفضل الممارسات، والتشريعات الوطنية، والقانون الدولي القائم، ومراجعة القواعد النموذجية الدنيا القائمة لتعكس التقدم المحرز في العلوم الإصلاحية وأفضل الممارسات. وقد شاركت اللجنة الدولية من خلال الأقسام المعنية بالمساعدات والاحتجاز والإجراءات القضائية بنشاط في اجتماعات فريق الخبراء التي دعا إليها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بالنيابة عن الدول المعنية. وتعد النسخة المنقحة من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء ("قواعد نيلسون مانديلا")، التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة بالإجماع في عام 2015، مصدرًا رئيسيًا للإلهام والتوجيه بشأن أنواع الحلول التي ينبغي تطبيقها في أماكن الاحتجاز، وأنواع الأحكام التي يجب إدراجها في القوانين، والأنظمة، والممارسات الوطنية لتوجيه إدارات السجون وغيرها من الهيئات الحكومية المسؤولة عن إدارة أماكن الاحتجاز، وضمان استمرار القانون الدولي والمعايير المعترف بها عالميًا بشأن حماية السجناء في توفير إرشادات محدثة عن كيفية الحفاظ على احترام الكرامة الأصلية للمحتجزين وقيمتهم كبشر.

للاطلاع على شرح القواعد النموذجية الدنيا وآثارها على السياسات والممارسات، راجع أيضًا: دليل تفعيل القواعد الدنيا لمعاملة السجناء، (2001) - يمكن تنزيله من الموقع الإلكتروني للمنظمة الدولية للإصلاح الجنائي.

<https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/201305/version-complete.pdf>

www.penalreform.org - الذي يظل مهمًا على الرغم من أنه يسبق مراجعة القواعد النموذجية الدنيا.

اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في 10 كانون الأول/ديسمبر 1984، A/RES/39/46 متاحة عبر الرابط:

http://www.oic-iphrc.org/ar/data/docs/legal_instruments/international/CAT%20-%20AV.pdf

<http://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

<http://www.refworld.org/docid/3b00f2224.html>

دليل التقصي والتوثيق الفعالين للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة "بروتوكول اسطنبول" مكتب مفوض الأمم المتحدة السامي لحقوق الإنسان، 2004 ، HR/P/PT/8/Rev.1 ، متاح على الرابط:

<http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ac475c32>
<http://www.refworld.org/docid/4638aca62.html>

يقدم بروتوكول اسطنبول مجموعة شاملة من المبادئ التوجيهية لتقييم حالات التعذيب وسوء المعاملة، وإبلاغ هذه النتائج إلى السلطات القضائية وهيئات التحقيق الأخرى.



Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment دليل مديري السجون وصانعي السياسات بخصوص حبس النساء، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، أيلول/ سبتمبر 2008.

متاح عبر الرابط: <http://www.refworld.org/docid/4a096b0a2.html> 117 صفحة.

فصول ذات صلة بكل من الاحتياجات الخاصة للمحتجزات وإدارة سجون النساء.



Handbook on Prisoners with Special Needs دليل المتعلق بالسجناء ذوي الاحتياجات الخاصة. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، آذار/ مارس 2009.

متاح عبر الرابط:

<http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain?docid=4a0969d42>

179 صفحة.

يصف هذا الدليل احتياجات بعض الفئات الضعيفة من نزلاء السجون، ويورد المعايير الدولية ذات الصلة، ويقدم توصيات في هذا الشأن. ويتضمن الدليل فصولاً عن السجناء ذوي الاحتياجات التي تتعلق بالصحة النفسية، والسجناء الذين يعانون من إعاقات جسدية، والإقليات الإثنية والعرقية، والمواطنين الأجانب، والمسجونين المثليين، ومزدوجي الميل الجنسي، ومغايري الهوية الجنسانية، والسجناء كبار السن، والسجناء المصابين بأمراض مميتة، والسجناء المحكوم عليهم بالإعدام.



مصادر أخرى مفيدة

جمعية الطب العالمية www.wma.net

يمكن تنزيل الطبعة الثانية (2009) من كتاب *الأخلاقيات الطبية*، مجاناً من على الموقع الإلكتروني لجمعية الطب العالمية. ويتضمن هذا الكتاب، الذي وضع كدليل تعليمي لطلاب الطب، مقدمة قيمة لأخلاقيات مهنة الطب.

يتيح موقع جمعية الطب العالمية الوصول إلى مختلف الوثائق المفيدة الأخرى، بما في ذلك: إعلان مالطا حول المضربين عن الطعام (جمعية الطب العالمية 1991/1992/2006)، وإعلان إدينبرغ بشأن الأوضاع في السجون وانتشار السل وغيره من الأمراض المعدية الأخرى *Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases* (2000/2011)، وقرار جمعية الطب العالمية بشأن مسؤولية الأطباء عن توثيق أعمال التعذيب أو المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة (2003/2007).

وهناك أيضاً رابط إلى دورة مجانية على شبكة الإنترنت ("الأطباء العاملون في السجون: حقوق الإنسان والمعضلات الأخلاقية") لموظفي الرعاية الصحية العاملين في السجون، والتي وضعتها الجمعية الطبية النرويجية وجمعية الطب العالمية.

أطباء بلا حدود

تتيح منظمة أطباء بلا حدود عدة مصادر مرجعية رئيسية على شبكة الإنترنت مجاناً، عبر الرابط التالي:

<http://www.refbooks.msf.org>

ويمكن الاطلاع على العناوين التالية: *السل، والحصبة، وطب النساء والتوليد في البيئات النائية، وصحة اللاجئين، والتقييم الصحي السريع للاجئين أو المهجرين، وهندسة الصحة العامة، والأدوية الأساسية، والمبادئ التوجيهية الإكلينيكية.*

Women's Health in Prison: Correcting Gender Inequity in Prison Health *صحة النساء في السجون: تصحيح أوجه عدم المساواة في الحالة الصحية في السجون*، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2009.

متاح عبر الرابط:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf

56 صفحة باللغات الإنجليزية، والفرنسية، والألمانية، والروسية.



غالبًا ما تُغفل احتياجات النساء في السجون، وتقدم هذه الوثيقة أدلة عن ذلك وتدعو إلى تغيير ذلك الأمر. وهي تسلط الضوء على مستويات عالية من المرض النفسي، وتعاطي المخدرات والكحوليات، والاعتداء الجنسي والجسدي، والعنف بين النساء في السجون، فضلاً عن احتياجات الرعاية الصحية والعائلية المحددة حسب نوع الجنس، ومسؤوليات المرأة داخل العائلة.



A Sourcebook on Solitary Confinement مرجع عن الحبس الانفرادي، شارون شاليف، مركز مانهايم لعلوم الجريمة، كلية لندن للاقتصاد، لندن، 2008.

متاح عبر الرابط: www.solitaryconfinement.org/sourcebook

89 صفحة، باللغات الإنجليزية، والفرنسية، والروسية، والصينية، والأسبانية.

يقدم هذا المرجع دليلاً على آثار الحبس الانفرادي على الصحة، والضرر الذي يتسبب فيه، ويصف دور العاملين في مجال الرعاية الصحية، ويحدد المبادئ التوجيهية الأخلاقية، والسوابق القضائية لحقوق الإنسان.



CPT Standards. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) معايير لجنة منع التعذيب. اللجنة الأوروبية لمنع التعذيب والمعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة.

أنشأ مجلس أوروبا لجنة منع التعذيب في عام 1987 لمنع إساءة معاملة الأشخاص المحرومين من حريتهم في أوروبا. وتجمع **معايير لجنة منع التعذيب** أقساماً من التقارير العامة السنوية للجنة منع التعذيب بهدف توفير توجيه واضح لمعاملة المحتجزين. وتتضمن المعايير فصلاً عن رعاية المرأة، والأحداث، والرعاية النفسية، وخدمات الرعاية الصحية في السجون. وهي متاحة عبر الرابط:

<http://www.cpt.coe.int/en/docsstandards.htm>

Medical Investigation and Documentation of Torture: A Handbook for Health Professionals التحقيق الطبي في حالات التعذيب

وتوثيقها: دليل للعاملين في مجال الرعاية الصحية. مايكل بيل، ونعوم لوبيل، وجوناثان بينون. مركز حقوق الإنسان، جامعة إسكس، 2005. متاح على شبكة الإنترنت، مجاناً.

يغطي هذا الدليل الموضوع نفسه الذي يتناوله *بروتوكول اسطنبول*، ولكن الوصول إليه واستخدامه أكثر سهولة.

ملحق: معايير القضايا التي ترتبط بالرعاية الصحية في السجون

ملحوظة: يجب ألا يُنظر إلى هذه المعايير إلا كمؤشرات وليست قواعد مطلقة..

معايير الإقامة

(اللجنة الدولية)	30-20 مترًا مربعًا لكل شخص	المساحة الكلية المتاحة داخل المجمع
(اللجنة الدولية)	5.4-3.4 متر مربع لكل شخص	المساحة الدنيا لأرضية الزنزانة

معايير إمدادات المياه

(اللجنة الدولية)	15-10 لترًا لكل شخص يوميًا	الإمدادات الدنيا من المياه لكل شخص لجميع الاحتياجات
(اللجنة الدولية)	2-1 صنوبر لكل 100 شخص (الحد الأدنى المطلق)	عدد نقاط المياه
(اللجنة الدولية)	10 لترات في الدقيقة (الحد الأدنى المطلق): 5-3 لترات في الدقيقة	معدل تدفق المياه من الصنابير

معايير مخزون المياه

	20-15 لترًا لكل شخص	الطاقة الاستيعابية الاحتياطية للمرفق ككل
	2 لتر لكل شخص في الليلة الواحدة	الحد الأدنى من مخزون فترة الليل داخل الزنزانات

معايير النظافة الصحية الشخصية

(اللجنة الدولية) القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء	مرفق واحد للاستحمام لكل 25 شخصًا الاستحمام مرة واحدة على الأقل أسبوعيًا الاستحمام مرة واحدة يوميًا في حالة النشاط البدني الشديد أو نظرًا للأحوال المناخية	استعمال الدش
(اللجنة الدولية)	150-100 غرامًا لكل شخص شهريًا	صابون الجسم

معايير المراحيض

(مشروع اسفير)	واحد لكل 20 شخصًا - مثالي	المراحيض
(اللجنة الدولية)	واحد لكل 50 شخصًا - الحد الأدنى المقبول	

معايير النفايات الصلبة

	حاوية مغطاة بسعة 100 لتر لكل 50 شخصًا	النفايات الصلبة
--	---------------------------------------	-----------------

معايير تخزين الأغذية

(اللجنة الدولية)	50 مترًا مربعًا على الأقل لكل 1000 شخص	مخزن الغذاء
------------------	--	-------------

معايير إعداد الغذاء

احتياجات القدرة الاستيعابية للطهي	قدر يزن 1.2 – 1.4 لتر لكل شخص	(اللجنة الدولية)
مخزون المياه في المطبخ	1 لتر لكل شخص يوميًا	(اللجنة الدولية)

فئات مؤشر كتلة الجسم

حالة غذائية مرضية	18.5 <
سوء تغذية معتدل	18.4 – 16.1
سوء تغذية حاد	16.0 >

الاستخدام المتوقع للخدمات الصحية

عدد الاستشارات اليومية	1 – 3% من النزلاء يوميًا
دخول المستشفيات	1 لكل 10 آلاف شخص يوميًا

أساس معدل الوفيات الخام حسب المنطقة (الوفيات لكل 10 آلاف حالة يوميًا)³⁸

المناطق	معدل الوفيات الخام (الأساسي) 2004	معدل الوفيات الخام (أزمة صحية)
أفريقيا جنوب الصحراء	0.44	0.9
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	0.16	0.3
وسط وشرق أوروبا، وكومنولث الدول المستقلة، ودول البلطيق	0.30	0.6
شرق آسيا / المحيط الهادئ	0.19	0.4
جنوب آسيا	0.25	0.5
أمريكا اللاتينية، والكاريبي	0.16	0.3
البلدان الأقل نموًا	0.38	0.8
البلدان الصناعية	0.25	0.5

على سبيل المثال، في الشرق الأوسط أو شمال أفريقيا، يشير أي معدل وفيات في السجون أعلى من 0.3 لكل 10 آلاف سجين يوميًا (أي ما يعادل 3 وفيات في الشهر في سجن به 1000 محتجز) إلى وجود أزمة صحية خطيرة.

فهرس

71	الحمل في السجون	29	الآفات
16	درجة الحرارة (الإقامة)	53	أخلاقيات
8	دور العاملين في مجال الرعاية الصحية		كتاب الأخلاقيات الطبية الصادر عن جمعية الطب العالمية
8	دور العاملين في مجال الرعاية الصحية في تقييم السجون	90	قواعد السجون الأوروبية
	الرعاية الصحية	85	أسباب الإفراج الرحيم
63	الحصول على الرعاية الصحية خارج السجون	63	الإحالة إلى الخدمات الصحية خارج السجون
	الحصول على الرعاية الصحية خارج السجون، عينة من	27	إدارة النفايات
64	الأسئلة	79	الإصابة بالأمراض
57	الحصول على الرعاية الصحية داخل السجون	81	عينة من الأسئلة
	الحصول على الرعاية الصحية داخل السجون، عينة من	80	قياس معدل الإصابة بالأمراض
61	الأسئلة	16	الإضاءة (الإقامة)
55	العزل	85	الإفراج لأسباب إنسانية
56	المرافق والمعدات الطبية، عينة من الأسئلة	85	الإفراج لأسباب طبية
70	الميزانية	53	ازدواج الولاعات
71	النساء	49	استطلاعات رأي حول التغذية
	الرعاية الصحية	17	الاكتظاظ (الإقامة)
	العيادة	15	الإقامة
51	المبادئ	18	عينة من الأسئلة
55	المرافق والمعدات الطبية	17	معايير الإقامة
67	سجلات الحالة الإكلينيكية		الحصول على/الوصول إلى
	السجلات الطبية. /نظر سجلات المرضى	8	الخدمات الصحية
	سرية	57	الرعاية الصحية داخل السجون
66	السجلات الطبية	73	التثقيف الصحي
64	خطابات الإحالة والخروج		تسلسل هرمي داخلي
67	سجلات الحالة الإكلينيكية	6	بين السجناء
	عدم ملائمة الفحص الصحي من قبل غير المختصين بالمجال	7	تعاطي المخدرات في السجون
57	الطبي		التعذيب وسوء المعاملة
7	السلوك الجنسي داخل السجون	88	اتفاقية مناهضة التعذيب
46	سوء التغذية	83	التوثيق الطبي
46	البروتين- الطاقة	87	وثيقة سياسات اللجنة الدولية
	سوء المعاملة. /نظر التعذيب وسوء المعاملة	73	تعزيز الصحة
22	الصابون	43	التغذية
79	الصحة النفسية	44	احتياجات الطاقة الفردية
81	الصحة والسلامة المهنيين	49	تقييم الوضع التغذوي
26	الصرف الصحي	46	سوء التغذية
26	عينة من الأسئلة	43	المجموعات الغذائية: الكميات الموصى بها
69	الصيدلية	42	النظام الغذائي، عينة من الأسئلة
67	سجل مخزون الصيدلية وصرف الأدوية	47, 46	نقص المغذيات الدقيقة
15	طاقة استيعابية (الإقامة)	74	تغيير السلوك
85	طلبات الإفراج لأسباب طبية	80	تفسي (مرض)
55	العزل (أسباب صحية)	59	التقييم الطبي للمحتجزين الجدد
6	العوامل النفسية الاجتماعية	16	التهوية (الإقامة)
	الغذاء	85	الحالات الطبية الفردية
37	إعداد	76	الحالة الصحية للمحتجزين
39	إعداد، المعايير	59	الحبس الانفرادي
39	إعداد، عينة من الأسئلة	91	مرجع عن
33	إمدادات	80	حساب معدل الانتشار

58	معدلات الاستشارات	33	الإمدادات، عينة من الأسئلة
77	معدل الوفيات	35	معايير التخزين
77	حساب معدل الوفيات الخام	36	التخزين، عينة من الأسئلة
78	عينة من الأسئلة		التغذية. /نظر التغذية.
	ملاحظات الحالة. /نظر سجلات المرضى	41	التوزيع
52	موظفو الرعاية الصحية	41	الحصول على الغذاء
54	عينة من الأسئلة	42	الحصول، عينة من الأسئلة
19	المياه	32	سلسلة
21	عينة من الأسئلة		الفحص الطبي الأولي. /نظر التقييم الطبي للمحتجزين الجدد
20	معايير إمدادات المياه		الفحص الطبي للمحتجزين الجدد. /نظر التقييم الطبي للمحتجزين الجدد
20	معايير مخزون المياه		الفحص عند الدخول. /نظر التقييم الطبي للمحتجزين الجدد
26	المياه الرمادية	58	الفساد
26	مياه سوداء	38	قواعد النظافة الصحية بالمطبخ
26	المياه المستعملة	88	القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء
26	عينة من الأسئلة	16	الإضاءة والتهوية
29	ناقلات الأمراض	59	الحبس الانفرادي
30	عينة من الأسئلة	80	قياس معدل الإصابة
	النساء	91	لجنة منع التعذيب
71	احتياجات النساء للرعاية الصحية في السجون	76	المؤشرات الصحية
22	اغتنال النساء	46	مؤشر كتلة الجسم
89	وثيقة الأمم المتحدة بخصوص حبس النساء	12	المبادئ التوجيهية لجزيرة "روبن"
	وثيقة منظمة الصحة العالمية حول تصحيح أوجه عدم		المحتجزون
90	المساواة بين الجنسين في الصحة في السجون	10	المناقشات/ المقابلات
	النظافة الصحية	24	المراحيض
22	النظافة الصحية الشخصية	24	المعايير
22	النظافة الصحية الشخصية، المعايير	25	عينة من الأسئلة
23	النظافة الصحية الشخصية، عينة من الأسئلة		مرض. /نظر معدل الإصابة بالمرض
27	النظافة الصحية لمباني السجن	15	المساحة (الإقامة)
38	قواعد النظافة الصحية بالمطبخ		المساواة
47	نقص المغذيات الدقيقة	51	مبدأ المساواة
6	الهرم الصحي	37	المطبخ
		11	معايير الاحتجاز
		12	الوطنية
		12	الإقليمية
		13	الدولية

المهمة

اللجنة الدولية للصليب الأحمر منظمة غير متحيزة ومحايدة ومستقلة، تؤدي مهمة إنسانية بحتة تتمثل في حماية أرواح وكرامة ضحايا النزاعات المسلحة وغيرها من حالات العنف وتقديم المساعدة لهم. وتبذل أيضًا اللجنة الدولية كل الجهود الممكنة لتفادي المعاناة بنشر أحكام القانون الإنساني والمبادئ الإنسانية العالمية وتعزيزها. وأنشئت اللجنة الدولية للصليب الأحمر عام 1863 وقد تمخضت عنها اتفاقيات جنيف والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وهي توجه وتنسق الأنشطة الدولية التي تنفذها الحركة في حالات النزاعات المسلحة وغيرها من حالات العنف.

