НАО «Евразийский Национальный Университет им. Л.Н. Гумилева»

УДК 316.422.42 На правах рукописи

**МУКАШЕВА ДАЛИДА ДАУРЕНОВНА**

**Социальная работа как фактор социального благополучия в пенитенциарной системе: на примере работы с людьми, живущими с ВИЧ-статусом**

8D03101 – Социология

Диссертация на соискание степени

доктора философии (PhD)

Отечественный научный консультант

доктор PhD,

Д.Г. Есимова

Зарубежный научный консультант

доктор PhD,

профессор

Х. Штовер

Республика Казахстан Астана, 2025

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| **НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ**.................................................................... | 3 |
| **ОПРЕДЕЛЕНИЯ**........................................................................................ | 4 |
| **ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**........................................................ | 7 |
| **ВВЕДЕНИЕ**................................................................................................ | 8 |
| **1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ОСУЖДЕННЫХ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ВИЧ, В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**….. | 15 |
| 1.1 Социальное благополучие осужденных………..………….…………… | 15 |
| 1.2 Пенитенциарная система как социальный институт……………..…… | 22 |
| 1.3 Методологический подход и теоретические основания………………. | 30 |
| **2 СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ: СРАВНИТЕЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД**…………………… | 41 |
| 2.1 Международный опыт ресоциализации и реабилитации осужденных, в том числе с ВИЧ-положительным статусом………………………….…. | 41 |
| 2.2 Реформа пенитенциарной системы и служба пробации Республики Казахстан……………………………………………………………………... | 59 |
| 2.3 Роль пенитенциарной социальной работы в ресоциализации и реабилитации осужденных, в том числе с ВИЧ…………………………… | 66 |
| **3 СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ: ПОТРЕБНОСТИ, БАРЬЕРЫ И ИНСТИТУЙИОНАЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ**…………………………………………………………………... | 77 |
| 3.1 Результаты анкетирования осужденных, готовящихся к освобождению, в том числе с положительным ВИЧ-статусом…………… | 77 |
| 3.2 Результаты оценки медико-социальных потребностей женщин, живущих с ВИЧ, в местах лишения свободы в Республике Казахстан….. | 95 |
| 3.3 Разработка и апробация модели социального работника в пенитенциарной системе на основе результатов глубинных интервью и тренинга по международным стандартам………………………………….. | 121 |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**……………………………………………………………….. | 146 |
| **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**………….………….. | 148 |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ А** – Информированное согласие........................................ | 158 |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ Б** –Гайд опроса осужденных…………………………….. | 159 |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ В** –Гайд опроса бывших осужденных……….…………. | 168 |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ Г** – Приказ о создании рабочей группы............................ | 174 |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ Д** – Гайд для проведения экспертного интервью.......... | 175 |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ Е** – Акт внедрения............................................................... | 184 |

**НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ**

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан. Об утверждении Правил взаимодействия служб пробации и подразделений полиции по контролю за поведением лиц, состоящих на учетах служб пробации: утв. 18 августа 2014 года, №517.

Приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан. Об утверждении Правил организации деятельности службы пробации: утв. 15 августа 2014 года, №511.

Закон Республики Казахстан. О пробации: принят 30 декабря 2016 года, №38-VІ ЗРК.

Кодекс Республики Казахстан. Уголовно-исполнительный кодекс Республики Казахстан, принят 5 июля 2014 года, № 234-V ЗРК.

Экспертное заключение на Концепцию проекта Уголовно-исполнительного кодекса Республики Казахстан.

Кодекс Республики Казахстан. Социальный кодекс Республики Казахстан: принят 20 апреля 2023 года, №224-VII ЗРК.

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции: утв. 19 октября 2020 года, №ҚР ДСМ-137/2020.

Приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан. Об утверждении Правил внутреннего распорядка учреждений уголовно-исполнительной системы: утв. 17 ноября 2014 года, №819.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Концепции обеспечения общественной безопасности в партнерстве с обществом на 2024-2028 годы (в сфере профилактики правонарушений): утв. 29 декабря 2023 года, №1233.

Приказ Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан. Об утверждении Правил деятельности организаций, оказывающих специальные социальные услуги: утв. 22 июня 2023 года, №230.

**ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

**Антиретровирусная терапия** – Медицинское лечение, направленное на подавление активности вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и предотвращение развития синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

**Интерпретативный феноменологический анализ (ИФА)** – Методология качественного исследования, направленная на изучение того, как люди придают смысл своему опыту.

**Социальные услуги** – Комплекс мер, направленных на поддержку, помощь и защиту различных категорий населения, включая медицинскую, социальную и психологическую помощь.

**Воспитатель** – Специалист, занимающийся образовательной, воспитательной и коррекционной работой с осужденными, направленной на их ресоциализацию и адаптацию.

**Начальник отряда** – Руководитель группы осужденных в исправительном учреждении, ответственный за поддержание порядка, дисциплины и организацию повседневной деятельности.

**Пробация** – Система мер контроля и социальной поддержки правонарушителей, направленная на их ресоциализацию и предотвращение повторных правонарушений.

**Гуманизация уголовного законодательства** – Процесс смягчения уголовных наказаний и улучшения условий содержания осужденных в соответствии с международными стандартами и правами человека.

**Реабилитация** – процесс адаптации и восстановления социальных навыков и поведения у людей, которые были исключены из общества или утратили социальные связи.

**Ресоциализация** – процесс восстановления социального статуса осужденных путем предоставления им социальной, медицинской и психологической помощи, а также профессионального обучения.

**Психосоциальная поддержка** – Комплекс мер, направленных на улучшение психического здоровья и социального благополучия осужденных, включающий консультации, терапию и поддержку.

**Медико-социальные потребности** – Необходимость в медицинской и социальной помощи, которая обеспечивает улучшение качества жизни и здоровье осужденных.

**Социальный работник** – Специалист, занимающийся оказанием социальной помощи и поддержки осужденным, их ресоциализацией и адаптацией в обществе.

**Социальное благополучие** – состояние общества, при котором все его члены имеют возможность удовлетворять свои базовые потребности и достигать высокого уровня качества жизни, включая материальное, психологическое и социальное благополучие.

**Социальная поддержка** – система мер, направленных на предоставление помощи и поддержки людям, находящимся в трудных жизненных ситуациях, включая финансовую, психологическую, юридическую и другие виды поддержки.

**Профессиональная подготовка** – процесс обучения и развития навыков, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей и повышения квалификации в определенной области.

**Социальные программы** – комплекс мероприятий и инициатив, разработанных для улучшения социального благополучия населения, включая образование, здравоохранение, поддержку безработных и другие сферы.

**Психологическая помощь** – профессиональная поддержка, предоставляемая психологами и психотерапевтами, направленная на улучшение психического здоровья и эмоционального благополучия человека.

**Медицинская поддержка** – предоставление медицинских услуг и помощи, включая диагностику, лечение и профилактику заболеваний, а также восстановление здоровья после болезни.

**Метадон** – синтетический опиоид, используемый в медицинской практике для лечения наркотической зависимости, особенно героиновой, и для облегчения боли.

**Ханка** – самодельный наркотик, производимый из экстрактов маковой соломки или опия, имеющий сильные наркотические свойства.

**Героин** – сильнодействующий опиоидный наркотик, получаемый из морфина, известный своими высокими аддиктивными свойствами и тяжелыми последствиями для здоровья.

**Скорость** – разговорное название амфетаминов, стимулирующих наркотиков, которые увеличивают активность нервной системы и могут вызвать сильное привыкание.

**Марихуана** – наркотическое вещество, получаемое из растений рода Cannabis, содержащих психоактивное вещество тетрагидроканнабинол (ТГК), вызывающее изменения в сознании и восприятии.

**Наркотическая зависимость** – хроническое заболевание, характеризующееся неконтролируемым стремлением к употреблению наркотических веществ, несмотря на вредные последствия для здоровья и социальной жизни.

**Маргинализированные группы** – социальные группы, находящиеся на периферии общества и испытывающие дискриминацию, социальное исключение и недостаток доступа к ресурсам и возможностям.

**Компетенции** – совокупность знаний, навыков и умений, необходимых для эффективного выполнения профессиональных задач и достижения целей.

**Стигматизация** – процесс клеймения и приписывания негативных характеристик людям или группам, что приводит к их социальной изоляции и дискриминации.

**Дискриминация** – несправедливое или предвзятое отношение к людям или группам на основе их принадлежности к определенной социальной категории, такой как раса, пол, религия, или социальное положение.

**Рецидивизм** – повторное совершение преступлений или возвращение к зависимому поведению после периода воздержания или реабилитации.

**Медико-социальные потребности** – потребности, связанные с поддержанием здоровья и благополучия, включающие медицинскую помощь, социальную поддержку и другие ресурсы, необходимые для полноценной жизни.

**Реинтеграция** – процесс восстановления и возвращения человека в общество после периода социальной изоляции, заключения или зависимости, с целью его полного включения в общественную жизнь.

**ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| АРТ | – Антиретровирусная терапия |
| ВДПЧ | – Всеобщая декларация прав человека |
| ВИЧ | – Вирус иммунодефицита человека |
| ВПО | – Высшее профессиональное образование |
| ВОЗ | – Всемирная организация здравоохранения |
| ИФА | – Интерпретативный феноменологический анализ |
| КУИС | – Комитет уголовно-исполнительной системы |
| ЛЖВ | – Люди, живущие с ВИЧ |
| МВД | – Министерство внутренних дел |
| МЛУ-ТБ | – Туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью |
| МОТ | – Международная организация труда |
| МТСЗН | – Министерство труда и социальной защиты населения |
| НПО | – Неправительственная организация |
| ОЗТ | – Опиоидная заместительная терапия |
| ПМСП | – ПерВИЧная медико-санитарная помощь |
| РАНД | – Исследовательская организация (RAND Corporation) |
| РК | – Республика Казахстан |
| СПИД | – Синдром приобретенного иммунодефицита |
| СПИД-центр | – Центр по борьбе со СПИД |
| УИС | – Уголовно-исполнительная система |
| УК | – Уголовный кодекс |
| ЦУР | – Цели устойчивого развития |
| SPSS | – Программа для статистического анализа данных |

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность исследования**. В условиях усложнения социальной структуры современного казахстанского общества приобретает особую значимость проблема социального благополучия уязвимых групп в институциональной среде. Одной из таких категорий являются осуждённые, отбывающие наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, особенно лица, живущие с ВИЧ–статусом. Актуальность исследования обусловлена необходимостью социологического анализа факторов социальной уязвимости, структурного неравенства и ограниченного доступа к базовым социальным правам в пенитенциарной системе, а также поиска моделей справедливой ресоциализации, основанных на принципах социальной инклюзии и прав человека.

По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан, на 2023 год зарегистрировано более 20 000 случаев ВИЧ–инфекции, значительная часть которых приходится на пенитенциарные учреждения. ВИЧ–инфекция среди осуждённых требует комплексного подхода, включающего медицинскую, психологическую, правовую и социальную поддержку.

Осуждённые, живущие с ВИЧ–статусом, находятся в ситуации двойной маргинализации – как лица, лишённые свободы, и как представители стигматизированной медицинской группы. Их уязвимость усиливается институциональными барьерами, социальной стигмой, дискриминацией и дефицитом ресурсов. С социологической точки зрения, они сталкиваются с множественными пересечениями неравенства (intersectionality), где правовой статус, состояние здоровья и ограниченный доступ к ресурсам взаимно усиливают социальную изоляцию. Это требует пересмотра подходов к социальной поддержке с позиций структурной справедливости, правового равенства и восстановления социального капитала.

Социальная работа в пенитенциарной системе Казахстана сталкивается с рядом вызовов, главным из которых является отсутствие чёткой нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность социальных работников. В ряде стран Центральной Азии (например, в Кыргызстане) внедрены специализированные кафедры и штатные должности социальных работников в системе УИС, что способствует более эффективной поддержке осуждённых.

Особую актуальность тема приобретает в контексте достижения Целей устойчивого развития ООН, таких как обеспечение здорового образа жизни (ЦУР 3) и сокращение неравенства (ЦУР 10). Казахстан стремится выполнить эти цели, что требует конкретных действий по улучшению условий и поддержки в пенитенциарных учреждениях.

Таким образом, интеграция социальной работы в пенитенциарную систему Казахстана является неотложной задачей. Это требует разработки нормативной базы, адаптации лучших практик из других стран и внедрения специализированных программ поддержки для осужденных, в том числе с ВИЧ-статусом.

**Целью исследования** является проведение комплексного социологического анализа социального благополучия осуждённых в пенитенциарной системе Республики Казахстан с акцентом на уязвимые группы, включая лиц с ВИЧ-статусом, а также разработка научно обоснованных предложений по институциональному и практическому совершенствованию механизмов социальной поддержки, направленных на повышение уровня благополучия и эффективности ресоциализации.

**Объектом исследования** является социальное благополучие осуждённых в пенитенциарной системе Республики Казахстан.

**Предметом исследования** являются особенности формирования и поддержания социального благополучия среди уязвимых групп осуждённых, включая лиц с ВИЧ–статусом. Особое внимание уделяется доступу к социальной, медицинской и психологической поддержке, правовой защищённости, а также восприятию дискриминации и стигмы в пенитенциарной среде.

**Гипотеза**–**основание:**Институционализация социальной работы, ориентированной на охрану здоровья и психосоциальную поддержку в учреждениях УИС, способствует повышению уровня социального благополучия осуждённых, живущих с ВИЧ-статусом.

**Гипотезы**–**следствия:**

1. Осуждённые с ВИЧ–статусом демонстрируют более низкий уровень восприятия социальной поддержки по сравнению с другими заключёнными.
2. Внедрение индивидуализированных программ социальной поддержки снижает уровень стигматизации и повышает субъективное благополучие ВИЧ-положительных осуждённых.
3. Эффективность социальной работы в УИС зависит от нормативного регулирования, профессиональной подготовки специалистов и межведомственного взаимодействия.

**Задачи исследования:**

1. Раскрыть и обосновать теоретико-методологические основания изучения социального благополучия осуждённых в пенитенциарной системе, включая лиц с ВИЧ-статусом, с позиций современной социологической науки, с целью построения интегральной аналитической модели.
2. Проанализировать нормативно-правовую базу Республики Казахстан, регулирующую права осуждённых и организацию социальной поддержки в УИС, с целью выявления институциональных барьеров и последующей формулировки предложений по её совершенствованию.
3. Осуществить сравнительный анализ международного опыта поддержки осуждённых с ВИЧ-статусом и социальной работы в пенитенциарной системе зарубежных стран, для выявления лучших практик и адаптации успешных моделей в казахстанский контекст.
4. Определить ключевые институциональные, социальные и межличностные факторы, влияющие на уровень социального благополучия осуждённых, включая женщин и лиц с ВИЧ-статусом, с целью последующего проектирования рекомендаций по индивидуализированному подходу к поддержке.
5. Провести социологическое исследование (опросы, интервью) среди осуждённых и бывших заключённых для получения эмпирических данных о восприятии социальной поддержки и уровнях благополучия, с дальнейшим обоснованием направлений практических улучшений.
6. Выявить специфику восприятия социальной поддержки у осуждённых с ВИЧ-статусом по сравнению с другими заключёнными и определить уникальные потребности данной группы, что послужит основой для построения целевых программ сопровождения и ресоциализации.
7. Разработать научно обоснованные предложения по институциональному и практическому совершенствованию системы социальной поддержки в пенитенциарной системе, включая модель функциональных обязанностей социального работника, элементы межведомственного взаимодействия и стратегии дестигматизации.

**Методы исследования:**

Для углубленного анализа и достоверности результатов были использованы такие качественные и квантитативные методы.

1. Анализ нормативно-правовых документов Министерства Здравоохранения РК, Министерства внутренних дел РК Республики Казахстан; Министерства труда и Социальной защиты населения РК, научной литературы по тематике.
2. Качественные методы: проведены глубинные интервью с 12 экспертами из различных организаций с целью определения ключевых проблем и потребностей осужденных, в том числе с ВИЧ-статусом. Было получено информирование согласие информантов для последующей обработки и использования данных в исследовательских целях (Приложение А).
3. Квантитативные методы:
   * социологический опрос среди 645 осужденных в пяти учреждениях лишения свободы для оценки распространения и масштабов изучаемых параметров. Опрос проводился с использованием стандартизированного опросника, охватывающего темы демографии, состояния здоровья и социальной поддержки. Данные анализировались с помощью программного обеспечения SPSS 20.0 Windows. Анкета представлена в (Приложении Б). Генеральной совокупностью являются осужденные, находящиеся в пенитенциарной системе РК. Выборка была осуществлена методом случайного бесповторного отбора осужденных в количестве 645 человек мужского и женского пола;
   * социологический опрос среди 63 женщин, бывших осужденных с ВИЧ-статусом, женщин из групп высокого риска и женщин, которые содержались в тюрьме. Анкета представлена в (Приложении В). Генеральная совокупность представлена женщинами, имеющими опыт отбывания срока в местах лишения свободы, в том числе с ВИЧ-положительным статусом.

**Научная новизна** **заключается в следующем.**

Исследование вносит значительный вклад в развитие теоретических и практических аспектов социальной работы в пенитенциарной системе Республики Казахстан:

1. Настоящее исследование представляет собой научно обоснованный комплексный анализ институциональных и практических аспектов социальной работы с осуждёнными, живущими с ВИЧ-статусом, в пенитенциарной системе. Опираясь на эмпирические данные, собранные в пяти учреждениях лишения свободы, а также на выборки среди ключевых групп – осуждённых и бывших заключённых, работа вносит вклад в развитие социологического знания о функционировании социальной поддержки в условиях лишения свободы и способствует углублённому пониманию механизмов ресоциализации уязвимых групп.
2. Применение PRISMA-подхода к отбору и систематизации литературных источников в рамках социологического исследования пенитенциарной социальной работы стало важным методологическим решением, обеспечившим прозрачность и воспроизводимость этапов анализа теоретических и эмпирических данных. Данный подход расширяет методологический инструментарий социологических исследований и открывает перспективы для более системных и сопоставимых обзоров в области социальной политики
3. Предложена и апробирована оригинальная модель социальной работы, сочетающая индивидуально-ориентированный и структурно-функциональный подход, адаптированная к казахстанскому пенитенциарному контексту. Модель включает четыре ключевых блока: диагностический, мотивационный, реабилитационный и постпенитенциарный, обеспечивая непрерывность профессионального сопровождения осуждённых на всех этапах.
4. Сформулирован социологический конструкт «институционального социального благополучия заключённого», включающий не только медицинские и психологические параметры, но и качество межведомственного взаимодействия, устойчивость нормативной среды, уровень профессиональной подготовки сотрудников и доступность механизмов правовой защиты.
5. Разработан комплекс научно обоснованных рекомендаций по институционализации социальной работы в системе уголовно-исполнительных органов Казахстана. В их основу положены предложения по юридическому закреплению должности «пенитенциарный социальный работник», формированию структуры профессионального стандарта, определению индикаторов эффективности, а также выстраиванию принципов межведомственного взаимодействия. Эти положения направлены на системное укрепление социальной работы в пенитенциарной сфере и развитие кадрового потенциала.
6. Выявлены ограничения казахстанской модели ресоциализации в сравнении с зарубежными практиками (США, Норвегия, Германия, Кыргызстан, Китай) и обоснована необходимость гибридной модели, сочетающей западные подходы и региональные особенности постсоветской пенитенциарной культуры.

Таким образом, исследование представляет собой значительный вклад в социологическую науку и практику социальной работы, предлагая инновационные решения для улучшения социального благополучия осужденных и их успешной ресоциализации в пенитенциарной системе Республики Казахстан.

**Теоретическая значимость:**

В рамках настоящего исследования особое внимание уделяется концептуализации социального благополучия осуждённых как социологической категории. В условиях трансформации институтов социальной защиты и роста социального неравенства в постсоветских обществах возрастает значимость системного анализа структурных факторов, определяющих качество жизни наиболее уязвимых групп, включая лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы. В отличие от индивидуалистических подходов, трактующих благополучие преимущественно как психологическую удовлетворённость или наличие ресурсов, социологическая перспектива подчёркивает его многомерность и зависимость от институциональной среды, социальной политики и неравного распределения возможностей.

Теоретическую основу данного подхода составляет концепция возможностей А. Сена, согласно которой подлинное благополучие индивида определяется не просто доходом или доступом к базовым услугам, а набором реальных «capabilities» – свобод реализовывать жизненно важные функции [1]. В контексте пенитенциарной системы, возможности осуждённых ограничиваются не только физическими барьерами, но и институциональной изоляцией, социальной стигматизацией, недоступностью равных услуг здравоохранения и социальной поддержки. Это делает понятие социального благополучия применительно к заключённым особенно значимым с точки зрения социологического анализа неравенства.

Значительный вклад в социологическое осмысление структуры благополучия внёс Э. Аллардт, предложивший трёхмерную модель «Having, Loving, Being», в которой учтены не только материальные ресурсы (иметь), но и социальные связи (любить) и возможности самореализации (быть) [2]. Именно такие категории страдают в условиях лишения свободы, что позволяет использовать модель Аллардта для анализа влияния пенитенциарных практик на социальное благополучие осуждённых.

На макроуровне идеи Г. Эспинг-Андерсена (1990) о государствах всеобщего благосостояния позволяют рассматривать пенитенциарную систему как часть социальной политики. Его акцент на роли институтов в перераспределении ресурсов применим к условиям УИС, где отсутствие системной социальной работы и пробации усиливает социальную уязвимость заключённых [3].

Анализ власти и дисциплинарных практик в тюремной системе основывается на подходе М. Фуко, согласно которому пенитенциарная система выступает не только местом наказания, но и институтом производства подчинения через дисциплину, наблюдение и нормализацию [4]. Его концепция «паноптикона» позволяет интерпретировать социальное благополучие как результат не только доступа к ресурсам, но и специфики власти, влияющей на повседневный опыт заключённых.

Дополняет эту рамку теория стигматизации Э. Гоффмана, раскрывающая, как пенитенциарная идентичность формирует устойчивую социальную метку, ограничивающую дальнейшую интеграцию в общество [5]. Двойная стигматизация – как осуждённого и как ВИЧ-позитивного – усугубляет социальную изоляцию и снижает показатели субъективного благополучия, что делает актуальным применение теории символического интеракционизма и драматургической социологии к анализу тюремного опыта.

Работы современных социологов Л. Вакана и Д. Гарланда расширяют критическую перспективу, подчёркивая, что современная пенитенциарная система служит не столько исправлению, сколько социальному контролю маргинализированных слоёв [6, 7]. Это особенно актуально для Казахстана, где пенитенциарная система по-прежнему несёт следы репрессивной и охранительной модели, недостаточно ориентированной на восстановление социального статуса осуждённых.

**Практическая значимость:**

Практическая значимость исследования усиливается в контексте международных стандартов, разработанных ООН, ВОЗ, UNAIDS и Penal Reform International. В «Правилах ООН обращения с заключёнными» (Нельсон Мандела Рулз) [6, c. 3-304] подчёркивается принцип эквивалентности медицинской и социальной помощи, включая для лиц с ВИЧ. Аналогично, Бангкокские правила (2010) [8] закрепляют необходимость учитывать гендерные аспекты и уязвимость женщин-заключённых. Руководства ВОЗ и UNAIDS подчёркивают необходимость интеграции ВИЧ-сервисов в тюремную систему, обеспечения непрерывности терапии и социальной поддержки после освобождения [9, 10].

Выводы и результаты исследования могут быть использованы специалистами органов пенитенциарной системы, медицинскими работниками, социальными работниками и правозащитными организациями. Результаты могут быть положены в основу формирования национальных стандартов социальной работы в УИС, разработки программ профилактики рецидива, а также подготовки методических пособий и учебных курсов в университетах и учебных центрах УИС.

Полученные данные обосновывают необходимость институционализации должности пенитенциарного социального работника, подготовки мультидисциплинарных команд и разработки индивидуализированных планов сопровождения. Также они могут быть использованы для мониторинга и оценки эффективности пенитенциарных программ, в том числе в рамках выполнения международных обязательств РК (например, в контексте стратегий UNAIDS и рекомендаций UNODC). В международной перспективе результаты исследования могут служить основанием для включения казахстанского кейса в сравнительные исследования пенитенциарных реформ, а также стать частью докладов на региональных платформах (UNODC, WHO Europe, Penal Reform International).

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Понятие «институционального социального благополучия заключённого» должно быть закреплено как стратегическая категория пенитенциарной политики, охватывающая субъективные и объективные аспекты качества жизни, доступ к социальной инфраструктуре, гарантии прав и механизмов ресоциализации.
2. Модель социальной работы в пенитенциарной системе Республики Казахстан требует трансформации: необходима юридическая институционализация должности «социальный работник в УИС», разработка профессиональных стандартов, программ подготовки и механизмов аккредитации на основе компетенций, соответствующих международным стандартам.
3. Функциональная модель пенитенциарного социального работника, предложенная в диссертации, обеспечивает непрерывную поддержку осуждённых – от диагностики потребностей до сопровождения после освобождения. Её внедрение способствует снижению рецидивизма и повышению устойчивости социальной интеграции.
4. Применение PRISMA-методологии в социологических исследованиях пенитенциарной тематики позволяет систематизировать научные источники и эмпирические данные с высокой степенью доказательности, что обосновано в рамках диссертационного исследования и может служить основой для разработки стандартов социологических обзоров.
5. Сравнительный анализ зарубежных моделей социальной работы с заключёнными, живущими с ВИЧ, выявил лучшие практики, применимые в Казахстане: интеграция мультидисциплинарных команд, восстановление социальных связей, антистигматизационные программы и индивидуальные планы поддержки, адаптированные под региональный контекст.
6. Социологический анализ нормативно-правовой базы Казахстана показал её фрагментарность и несистемность. Внедрение единого регламента социальной работы в УИС, разработка механизмов межведомственного взаимодействия (МВД – Минздрав – МТСЗН – НПО), и мониторинга на основе социальных индикаторов являются необходимыми условиями реформ.

**Апробация и внедрение результатов исследования:**

Основные результаты, положения, заключения и выводы диссертации были доложены и представлены на следующих конференциях:

‒ международной научно-практической конференции, посвященной 25-летию Конституции Республики Казахстан «Конституционно-правовой механизм реализации прав и свобод человека и гражданина в Республике Казахстан» (Костанай, 2020);

‒ вертуальной конференции 2021 «International Society for Quality-of-Life Studies», Европейская конференция по аддиктивному поведению и зависимостям (Лиссабон, 2022);

‒ международном форуме социальных работников Казахстана «Социальная работа с осужденными как обеспечение прав человека: Вопросы взаимодействия государственных институтов и гражданского общества» (Астана, 2022).

**Структура работы** состоит из введения, трех разделов, списка использованных источников и приложений.

# **1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ОСУЖДЕННЫХ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ВИЧ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

## **1.1 Социальное благополучие осужденных**

В социологической науке понятие «социальное благополучие» трактуется как многоуровневый и многомерный феномен, охватывающий объективные условия жизни индивида и его субъективную оценку этих условий [1, c. 4-382; 2, c. 227-238]. Наиболее распространённые подходы к определению социального благополучия опираются на идеи трёх ключевых теоретиков: Э. Аллардта, А. Сена и А. Маркузе. Э. Аллардт (1976) выделяет три измерения благополучия: «иметь» (материальные условия жизни), «любить» (социальные связи) и «быть» (самореализация и автономия). А. Сен [1, c. 4-382], в рамках концепции capabilities, подчёркивает, что благополучие определяется не только наличием ресурсов, но и реальными возможностями (freedoms) человека использовать эти ресурсы для достижения жизненных целей. Эти подходы находят отражение в пенитенциарных исследованиях, где социальное благополучие рассматривается как производное от институциональных условий, уровня социальной инклюзии и возможности восстановления утраченных социальных связей.

В условиях изоляции и ограниченного доступа к ресурсам, пенитенциарная система выступает одновременно и как фактор риска, и как пространство возможного восстановления. Социальное благополучие осуждённых – это не просто отсутствие страданий или удовлетворённость условиями содержания, а сложная система взаимосвязей между правами, доступом к услугам, уровнем безопасности, возможностью поддерживать социальные связи, наличием перспектив после освобождения и субъективным ощущением достоинства [5, c. 3-406; 7, c. 3-406].

Специфика социального благополучия осуждённых, живущих с ВИЧ, требует особого внимания. Международные организации (UNAIDS, WHO, UNODC) подчёркивают, что ВИЧ-инфицированные заключённые являются одной из наиболее уязвимых групп, сталкивающихся с множественной дискриминацией, стигматизацией, ограниченным доступом к лечению и социальной поддержке [11, 12]. Социальное благополучие ВИЧ-позитивных заключённых охватывает как вопросы медицинской помощи (включая доступ к антиретровирусной терапии и профилактике), так и более широкие параметры: психологическая устойчивость, защита прав, поддержание связей с семьёй, подготовка к освобождению и отсутствие институциональной дискриминации. Таким образом, концепт социального благополучия в контексте ВИЧ включает в себя компоненты, лежащие на стыке здравоохранения, социальной работы, пенологии и прав человека.

В рамках данной диссертации социальное благополучие осуждённых определяется как интегральная социологическая категория, отражающая совокупность условий, ресурсов и субъективных переживаний, обеспечивающих достойное существование, сохранение и развитие социальных связей, чувство безопасности, доступ к медицинским и социальным услугам, а также возможности для последующей ресоциализации в общество. В отношении лиц, живущих с ВИЧ, это определение уточняется через призму уязвимости и необходимости междисциплинарного подхода к социальной поддержке в условиях пенитенциарной системы.

Исходя из такой интерпретации, задача пенитенциарной системы – не только соблюдение формальных условий содержания, но и создание предпосылок для обеспечения полноценного социального благополучия, в том числе через доступ к базовым и расширенным социальным услугам

Обеспечение максимально возможного уровня социального благополучия осужденных является одной из важных задач пенитенциарной системы, особенно в условиях современных вызовов и глобальных изменений. В последние десятилетия научное сообщество и практики социальной работы все больше признают важность комплексного подхода к обеспечению благополучия осужденных. Этот подход включает в себя не только обеспечение базовых потребностей, таких как питание и безопасность, но и доступ к медицинской помощи, образованию, психологической поддержке и другим социальным услугам. В этой связи теория государства всеобщего благосостояния (welfare state theory) занимает центральное место в понимании и реализации социального благополучия различных групп граждан, включая осужденных.

В основе этой теории лежит идея о том, что государство несет ответственность за обеспечение базовых социальных и экономических условий, необходимых для благополучия всех своих граждан. В контексте пенитенциарной системы это означает, что государство должно гарантировать осужденным доступ к основным услугам, таким как здравоохранение, образование и социальная поддержка.

Одним из ключевых аспектов теории государства всеобщего благосостояния является принцип социальной справедливости, который предусматривает равное распределение ресурсов и возможностей среди всех членов общества, независимо от их социального статуса. Это особенно важно для осужденных, которые, несмотря на ограничение свободы, остаются гражданами и имеют право на доступ к основным услугам и ресурсам.

Согласно исследованиям, Т.Г. Маршалла [13], концепция гражданства включает в себя три элемента: гражданские права, политические права и социальные права. В контексте пенитенциарной системы социальные права играют ключевую роль, так как они включают право на минимальный уровень благосостояния и доступ к социальным услугам. В своей работе «Гражданство и социальный класс» Маршалл подчеркивает важность социальных прав для интеграции всех граждан в общество и обеспечения социальной справедливости.

Применение теории государства всеобщего благосостояния к осужденным также подразумевает рассмотрение вопросов ресоциализации и реинтеграции в общество после освобождения. Государство должно предоставлять программы, направленные на улучшение социальных навыков, образование и профессиональную подготовку осужденных, чтобы обеспечить их успешное возвращение в общество. Такие меры способствуют снижению уровня рецидивизма и укреплению социальной стабильности.

Важность доступа к медицинской помощи для осужденных, в частности для тех, кто живет с ВИЧ, подчеркивается в работах Вольфганга Штреека [14], который указывает на необходимость обеспечения равного доступа к здравоохранению для всех граждан в рамках государства всеобщего благосостояния. Штреек также отмечает, что эффективная социальная политика должна учитывать специфические потребности различных групп населения, включая уязвимые группы, такие как осужденные с ВИЧ.

Теория государства всеобщего благосостояния предоставляет концептуальную основу для понимания и улучшения социального благополучия осужденных. Она подчеркивает важность равного доступа к основным услугам и ресурсам, а также необходимость создания условий для успешной ресоциализации осужденных в общество. Внедрение этих принципов в пенитенциарную систему способствует не только благополучию осужденных, но и социальной стабильности в целом.

Теория государства всеобщего благосостояния предоставляет концептуальную основу для понимания социального благополучия осужденных, акцентируя внимание на равном доступе к основным социальным услугам и необходимости ресоциализации. Однако для более глубокого понимания вопроса социального благополучия осужденных необходимо также рассмотреть теорию социальной справедливости, которая дополняет и расширяет наши представления о справедливом распределении ресурсов и возможностей в обществе.

Теория социальной справедливости основывается на принципах равенства и справедливости в распределении благ и ресурсов среди всех членов общества. Эта теория имеет непосредственное отношение к осужденным, так как она подчеркивает необходимость обеспечения справедливого доступа к социальным услугам и ресурсам, независимо от социального статуса или правового положения индивидов.

Одним из ключевых представителей теории социальной справедливости является Джон Ролз ([15], который в своей работе «Теория справедливости» выдвигает концепцию справедливости как честности (justice as fairness). Ролз утверждает, что социальные и экономические неравенства должны быть устроены таким образом, чтобы они были к наибольшей выгоде наименее обеспеченных членов общества. Это означает, что государство должно стремиться к созданию условий, при которых наиболее уязвимые группы населения, включая осужденных, имеют доступ к ресурсам и возможностям, необходимым для их благополучия.

Применение теории социальной справедливости в контексте пенитенциарной системы требует рассмотрения нескольких ключевых аспектов. Во-первых, необходимо обеспечить осужденным равный доступ к медицинским услугам, включая специализированную помощь для людей, живущих с ВИЧ. Исследования показывают, что осужденные с ВИЧ сталкиваются с дополнительными барьерами в доступе к медицинской помощи, что усугубляет их уязвимость и снижает качество жизни [16].

Во-вторых, теория социальной справедливости предполагает создание образовательных и профессиональных программ, направленных на ресоциализацию осужденных и их подготовку к жизни после освобождения. Эти программы должны быть доступны всем осужденным, независимо от их социального или правового статуса. Образование и профессиональная подготовка играют ключевую роль в снижении уровня рецидивизма и способствуют успешной ресоциализации осужденных в общество [17].

В-третьих, теория социальной справедливости подчеркивает важность учета гендерных, этнических и других социальных факторов при разработке и реализации пенитенциарных программ. Женщины-осужденные, например, могут сталкиваться с дополнительными трудностями и дискриминацией в пенитенциарной системе, что требует особого внимания и поддержки [18].

В контексте данной диссертации теория социальной справедливости предоставляет важные теоретические и практические инструменты для анализа и улучшения условий жизни осужденных в пенитенциарной системе Республики Казахстан. Она подчеркивает необходимость создания справедливых и инклюзивных программ, направленных на обеспечение благополучия всех осужденных, включая тех, кто живет с ВИЧ.

В пенитенциарной системе главной функцией является обеспечение социальной справедливости и цивилизованных правовых ценностей для правонарушителей в конкретный период их жизни.

Успешное функционирование пенитенциарной системы необходимо чтобы гарантировать справедливость и социальное равенство для всех осужденных. Вопрос о справедливости в разные века рассматривали мыслители Ж.-Ж. Руссо, Т. Гоббс, Д. Локк, Д. Юм, Г.-Ф. Гегель, И. Кант, К. Маркс, Ф. Ницше, И. Бентам, Д.С. Милль.

Социальное благополучие осужденных в исправительных учреждениях Республики Казахстан является важным фактором общественного бытия, в котором отражаются моральные проблемы справедливости и равенства. Исследования показывают, что осужденные в Казахстане сталкиваются с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией по сравнению с гражданским населением. Это обусловлено рядом обстоятельств, таких как ограниченный доступ к медицинским услугам, высокий уровень дискриминации, а также недостаточное внимание к профилактике и лечению ВИЧ в пенитенциарной системе.

«Теория справедливости» является фундаментальной концепцией в социологии, исследует принципы и практики справедливости, равенства и распределения ресурсов в обществе. В основе теории справедливости лежит концепция процедурной справедливости, которая фокусирует внимание на справедливости процессов и процедур принятия решений, используемых институтами и властями. Не секрет, что осужденные воспринимают дисциплинарные процедуры в местах лишения свободы как лишенные легитимности и справедливости [15, c. 21-28].

Проблема распространенности ВИЧ/СПИДа считается особенно важной из-за высоких финансовых расходов на содержание ВИЧ-осужденных в тюрьме. Массовое распространение ВИЧ требует дополнительного финансирования медицинской помощи.

Обеспечение справедливости в исправительных учреждениях заключается в равном применении закона к реабилитации осужденных. Это требует решения этических вопросов, связанных с выбором интересов общества, которому не нужны изгои, и интересами тех, кто совершил преступления и понес наказание.

Введение принципов теории справедливости в процесс законодательного регулирования деятельности пенитенциарной системы для ВИЧ-положительных осужденных, предполагает разработку нормативных актов, которые бы учитывая интересы и потребности всех заинтересованных сторон.

Теория справедливости предоставляет ценную основу для изучения и реформирования практики и политики тюремной системы. Путем включения принципов процедурной и распределительной справедливости тюремная система стремится быть справедливой, равноправной и эффективной в удовлетворении потребностей правонарушителей и жертв.

Также теория социальной справедливости предоставляет важные ориентиры для обеспечения справедливого распределения ресурсов и возможностей среди осужденных. Однако, для полного понимания вопроса социального благополучия в пенитенциарной системе необходимо также рассмотреть концепцию прав человека, которая подчеркивает неотъемлемые права и достоинства каждого человека, включая осужденных.

Концепция прав человека основана на убеждении, что все люди обладают неотъемлемыми и равными правами, которые должны быть защищены и уважены, независимо от их статуса, поведения или обстоятельств. Это особенно важно в контексте пенитенциарной системы, где осужденные часто подвергаются различным формам дискриминации и жестокого обращения.

Основополагающим документом в области прав человека является Всеобщая декларация прав человека (ВДПЧ), принятая ООН в 1948 году. Статья 1 ВДПЧ гласит, что все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Это утверждение применимо ко всем, включая осужденных, которые, несмотря на свое положение, сохраняют свои основные права.

Одним из ключевых принципов концепции прав человека является право на достоинство и гуманное обращение. В контексте пенитенциарной системы это означает, что осужденные должны быть защищены от пыток, жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания. Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП) в статье 10 подчеркивает, что все лица, лишенные свободы, должны обращаться гуманно и с уважением к их достоинству.

Исследования показывают, что жестокое обращение и насилие в тюрьмах могут иметь серьезные последствия для психического и физического здоровья осужденных, а также снижать их шансы на успешную ресоциализацию [19]. В связи с этим, соблюдение прав человека в пенитенциарной системе является не только моральным императивом, но и практической необходимостью для улучшения условий жизни осужденных и повышения их шансов на успешное возвращение в общество.

Концепция прав человека также включает право на здоровье, которое имеет особое значение для осужденных, живущих с ВИЧ. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) подчеркивают, что все люди, включая осужденных, имеют право на доступ к медицинской помощи и лечению, необходимым для поддержания их здоровья.

Исследования показывают, что осужденные с ВИЧ часто сталкиваются с препятствиями в доступе к медицинским услугам, включая недостаток лекарств, дискриминацию со стороны медицинского персонала и недостаточное внимание к их специфическим потребностям [11, c. 57-65]. Это нарушает их право на здоровье и ухудшает их общее благополучие. В связи с этим, обеспечение доступа к качественной медицинской помощи для осужденных с ВИЧ является важным компонентом защиты их прав человека.

Право на образование является еще одним важным аспектом концепции прав человека. В контексте пенитенциарной системы это право включает доступ к образовательным и профессиональным программам, которые могут способствовать ресоциализации осужденных и их успешному возвращению в общество. Исследования показывают, что участие в образовательных программах снижает вероятность рецидивизма и улучшает шансы осужденных на трудоустройство после освобождения [20].

Международные стандарты, такие как Стандартные минимальные правила обращения с осужденными ООН (также известные как «Правила Нельсона Манделы») [21], подчеркивают важность обеспечения осужденных возможностями для образования и профессионального обучения. Эти стандарты требуют, чтобы пенитенциарные учреждения предоставляли осужденным доступ к программам, которые помогут им развить навыки и знания, необходимые для успешной интеграции в общество после освобождения.

Концепция прав человека также включает право на поддержание семейных и социальных связей. Для осужденных это означает возможность поддерживать контакт с членами семьи и друзьями, что является важным для их психологического благополучия и успешной ресоциализации. Исследования показывают, что осужденные, которые поддерживают контакт с семьей, имеют более высокие шансы на успешное возвращение в общество и меньше склонны к рецидивизму [22].

Правила Нельсона Манделы также подчеркивают важность поддержания социальных связей осужденных, включая регулярные визиты, телефонные звонки и переписку [21, c. 1180-1204]. Эти меры способствуют поддержанию семейных связей и помогают осужденным сохранить социальные связи, которые будут важны для их успешной интеграции в общество после освобождения.

Особое внимание в контексте прав человека следует уделить Бангкокским правилам [23] (Правила ООН по обращению с женщинами-осужденными и мерами, не связанными с лишением свободы, для женщин-правонарушителей), принятым Генеральной Ассамблеей ООН в 2010 году. Эти правила подчеркивают необходимость учета гендерных особенностей при обращении с женщинами-осужденными и предусматривают особые меры для защиты их прав и благополучия.

Бангкокские правила признают, что женщины-осужденные часто сталкиваются с уникальными проблемами и потребностями, которые требуют особого внимания и поддержки [23, c. 1-2]. В частности, правила подчеркивают необходимость обеспечения доступа к медицинской помощи, учитывающей специфические потребности женщин, включая репродуктивное здоровье и психическое благополучие. Также важно учитывать вопросы, связанные с материнством, и обеспечивать возможность поддержания контакта с детьми.

Правила также подчеркивают необходимость разработки и внедрения программ ресоциализации, которые учитывают гендерные аспекты и направлены на поддержку женщин-осужденных в их подготовке к жизни после освобождения. Такие программы должны включать профессиональное обучение, психологическую поддержку и меры по восстановлению семейных связей.

Право на правовую защиту является еще одним ключевым аспектом концепции прав человека. Это право включает доступ к справедливому судебному разбирательству, правовую помощь и защиту от произвольного лишения свободы. В контексте пенитенциарной системы это означает, что осужденные должны иметь доступ к адвокатам и юридическим консультациям, которые могут помочь им защищать свои права и интересы.

Исследования показывают, что осужденные часто сталкиваются с ограниченным доступом к правовой помощи, что затрудняет защиту их прав и справедливое рассмотрение их дел [24]. В связи с этим, обеспечение доступа к правовой защите для осужденных является важным компонентом защиты их прав человека и справедливого обращения.

Эти правила являются первым международным документом, который фиксирует потребности детей, находящихся вместе с родителями в тюрьме. Они предлагают конкретные меры для обеспечения безопасности женщин через адаптацию тюремной инфраструктуры, предоставление доступа к медицинской помощи, поддержание семейных контактов и предоставление возможностей для обучения.

После принятия Бангкокских правил на сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 193 государства-члена признали, что женщины в уголовно-правовой системе имеют специфические потребности, которые необходимо учитывать. Государства-члены ООН взяли на себя обязательство обеспечивать надлежащее обращение с женщинами-правонарушительницами и осужденными, чтобы защитить их права и способствовать их ресоциализации и реинтеграции в общество.

Правила Нельсона Манделы и Бангкокские правила подчеркивают важность учета индивидуальных потребностей и характеристик осужденных, рекомендуя разработку и внедрение программ реабилитации и ресоциализации [21, c. 1180-1204; 23, c. 1-2]. Эти документы акцентируют внимание на значимости участия осужденных в их собственной реабилитации и поддержании связи с семьей и обществом.

Применение правил Нельсона Манделы и Бангкокских правил является ключевым элементом комплексного подхода к реформированию пенитенциарной системы Республики Казахстан. Соблюдение этих правил способствует созданию гуманных и цивилизованных условий исполнения наказания, а также реабилитации и ресоциализации осужденных.

**1.2 Пенитенциарная система как социальный институт**

В контексте заявленной цели исследования – комплексного социологического анализа социального благополучия осуждённых с акцентом на уязвимые группы, включая лиц с ВИЧ-статусом, – данный раздел направлен на рассмотрение пенитенциарной системы как социального института. Особое внимание уделяется её структуре, функциям и институциональным ограничениям, а также роли социальной работы в обеспечении условий для ресоциализации и повышения уровня благополучия осуждённых.

Пенитенциарная система представляет собой институционализированную совокупность норм, правил, практик и структур, обеспечивающих исполнение наказаний, связанных с лишением свободы. С точки зрения социологической теории, она функционирует как социальный институт – устойчивая форма организации общественной жизни, направленная на контроль и регулирование поведения людей, нарушивших установленные нормы [25, 26].

В структуру пенитенциарной системы Республики Казахстан входят департамент УИС при Министерстве юстиции, исправительные колонии различного режима, следственные изоляторы, учреждения для несовершеннолетних и женщин, а также учреждения медицинского профиля. Система обладает многоуровневой организацией – от центрального аппарата до региональных и локальных учреждений [27].

Основные функции пенитенциарной системы включают:

* карательную: изоляция лица от общества в целях наказания за совершённое преступление;
* охранительную: обеспечение безопасности общества путём изоляции потенциально опасных лиц;
* регулятивную: формирование модели поведения через внутренние нормы и дисциплину;
* профилактическую: предупреждение рецидивов через страх перед наказанием;
* реабилитационную (задекларированную): восстановление социальной функции личности и подготовка к жизни на свободе.

Однако в казахстанской практике реализация именно реабилитационной и восстановительной функции носит фрагментарный характер. В большинстве учреждений преобладает логика изоляции и охраны, тогда как работа по ресоциализации осуждённых либо отсутствует, либо выполняется формально [28].

Это расхождение между задекларированными и реализуемыми функциями указывает на институциональный дисбаланс. Согласно структурному функционализму, каждый социальный институт выполняет определённые задачи, направленные на поддержание устойчивости общества [25, c. 3-632]. Когда одни функции (например, охранительная) доминируют в ущерб другим (реабилитационной), происходит «дисфункция» – неспособность института выполнять все свои задачи, что снижает его легитимность и эффективность [26, c. 3-700].

Наряду с этим, пенитенциарная система функционирует в тесной взаимосвязи с другими социальными институтами – здравоохранением, образованием, системой социальной защиты. Эффективное исполнение её реабилитационной функции невозможно без системного подхода и наличия квалифицированных специалистов, способных сопровождать осуждённых на всех этапах их пенитенциарного пути. В этой связи особую значимость приобретает профессиональная социальная работа.

Социальный работник не является элементом силового или административного блока системы. Он выступает как посредник между осуждённым и социальным окружением, обеспечивая реализацию прав на медицинскую помощь, образование, юридическую защиту и психологическую поддержку. Его функция не только в оказании услуг, но и в содействии социальной интеграции, восстановлении прерванных социальных связей, мотивации к изменениям и личностному росту [29, 30].

В Республике Казахстан социальные работники до настоящего времени не интегрированы в штат большинства пенитенциарных учреждений. Их деятельность, как правило, заменяется воспитателями, инспекторами или психологами, что приводит к размытию функционала и отсутствию системности. Это свидетельствует о необходимости институционального признания и закрепления социальной работы как самостоятельного компонента функционирования пенитенциарной системы.

Анализ показывает, что без расширения функционального поля пенитенциарной системы и включения в него компонента социальной поддержки невозможно говорить о полноценной ресоциализации. Следовательно, для эффективного выполнения своей роли как социального института, система должна обеспечивать не только наказание, но и восстановление социальной справедливости, прав человека и возможностей для позитивных изменений. Именно в этом контексте социальный работник становится ключевой фигурой трансформации пенитенциарной системы.

Однако, чтобы понять, как функционирует пенитенциарная система в реальности и какие возможности для трансформации существуют, необходимо рассмотреть её основные субъекты – осуждённых и персонал – и природу их взаимодействий.

Пенитенциарная система не существует в вакууме – она представляет собой специфическое социальное пространство, в котором взаимодействуют две основные группы: осуждённые и персонал (администрация, охрана, медицинские и педагогические работники). Эти группы находятся в постоянной динамике социальных отношений, определяемых статусами, ролями, нормами и ожиданиями, что делает их ключевыми акторами института исполнения наказаний. Изучение социальной структуры этих групп необходимо для понимания внутреннего функционирования пенитенциарной системы и оценки перспектив её реформирования в контексте социальной работы:

*Осуждённые как уязвимая и гетерогенная социальная группа*

Осуждённые представляют собой не просто совокупность лиц, отбывающих наказание, но социальную группу с чётко выраженной уязвимостью, социальной стигматизацией и неоднородными потребностями. Как указывает Penal Reform International (2020) [31], пенитенциарные учреждения содержат большое число лиц, страдающих от психических расстройств, ВИЧ/СПИДа, туберкулёза и других хронических заболеваний, а также лиц, подвергшихся дискриминации по признаку пола, этнической принадлежности или социального статуса.

Особое внимание в этом контексте заслуживают женщины-осуждённые, а также лица, живущие с ВИЧ. В учреждениях Казахстана, по данным UNAIDS (2023) [32], распространённость ВИЧ среди женщин, находящихся в заключении, в разы превышает уровень среди населения в целом. Женщины чаще страдают от нарушений прав, ограниченного доступа к медицинской помощи, насилия, стигмы и отсутствия специализированной помощи в вопросах репродуктивного здоровья и родительства [8, c. 3-160]. Эти характеристики указывают на необходимость специализированного подхода в социальной работе с данными категориями.

*Персонал пенитенциарных учреждений: роль, функционал и институциональные ограничения*

Персонал учреждений УИС, включая администрацию, охрану, педагогов и медицинских работников, играет не менее важную роль в формировании пенитенциарной среды. Эти работники осуществляют контроль за исполнением режима, обеспечивают охрану, медицинское и психологическое сопровождение осуждённых, организацию воспитательной работы и профилактику нарушений дисциплины [33].

Однако в действительности персонал часто перегружен бюрократическими задачами и несёт двойственную нагрузку – с одной стороны, контролировать, с другой – поддерживать воспитательный и реабилитационный процесс. Как отмечает Garland (2001) [6, c. 2-306], такая двойственная роль формирует у сотрудников институциональную амбивалентность, нередко приводящую к профессиональному выгоранию, снижению мотивации и восприятию осуждённых как «проблемных объектов» контроля, а не участников реабилитационного процесса.

*Взаимодействие между группами: власть, контроль и возможность изменений*

Отношения между осуждёнными и персоналом строятся на иерархии, подчинении и контроле, что предопределяет специфическую институциональную культуру. Фуко (1975) [34] описывает эту культуру как «дисциплинарную власть», где через систему надзора, правил и наказаний формируется поведение и внутреннее «я» осуждённого. В этом контексте социальные роли закреплены и подвержены репродукции: осуждённый – объект надзора, сотрудник – субъект контроля.

Однако современные подходы к ресоциализации требуют переосмысления этой модели. Согласно NASW (2021) [35], восстановление социальной связи, поддержка, гуманное обращение и сотрудничество между персоналом и осуждёнными способствуют снижению рецидивизма и улучшению психосоциального климата в учреждениях.

*Роль социальных работников: мост между двумя мирами*

Социальный работник – это не охранник, не воспитатель и не медик, но ключевая фигура, соединяющая потребности осуждённых с возможностями института и внешнего мира. Его деятельность направлена на защиту прав человека, диагностику потребностей, координацию помощи, работу с семьями, подготовку к освобождению и сопровождение в процессе реинтеграции. Это особенно важно для групп, требующих междисциплинарного подхода – женщин, людей с ВИЧ, инвалидов и несовершеннолетних.

В казахстанском контексте роль социальных работников до сих пор не институционализирована на уровне пенитенциарной политики. Отсутствие чёткого статуса, должностных инструкций и подготовки кадров тормозит развитие эффективной системы ресоциализации. Как подчёркивает Clear (2011) [30, c. 2-280], без активного участия социальных работников любые попытки реформ пенитенциарной системы сводятся к имитации изменений.

Пенитенциарная система Республики Казахстан, как и в других странах постсоветского пространства, исторически развивалась преимущественно в парадигме наказания и изоляции, а не ресоциализации. Это наследие карательной модели, унаследованной от советской уголовно-исполнительной системы, продолжает определять институциональную логику современной тюремной политики. Вместе с тем, в условиях глобальных трансформаций, международных обязательств в сфере прав человека и растущего запроса на социальную справедливость возрастает потребность в институциональной переоценке роли и функций пенитенциарной системы.

*Кризис эффективности и доверия*

Несмотря на задекларированные цели по реабилитации осуждённых, уровень рецидивизма в Казахстане остаётся стабильно высоким. По данным Министерства внутренних дел (2022) [36], около 30% освобождённых совершают повторные преступления в течение трёх лет. Это свидетельствует о неэффективности существующей модели ресоциализации и неспособности института выполнять свою реабилитационную функцию. В терминах структурного функционализма, мы имеем дело с дисфункцией: институт продолжает выполнять свои формальные обязанности, но не достигает заявленных целей [26, c. 4-700].

Социологические исследования также указывают на снижение общественного доверия к системе наказаний. Общественность воспринимает тюрьму не как место исправления, а как изолированный и закрытый мир, где нарушаются права человека, отсутствует справедливость и нет шанса на «вторую жизнь» [6, c. 3-305; 7, c. 3-406]. Это отчуждение института от общества затрудняет не только реинтеграцию бывших осуждённых, но и подрывает идею социальной реабилитации как таковую.

*Влияние международных стандартов и глобальных трендов*

Начиная с 2015 года, Казахстан поддерживает приверженность Стандартным минимальным правилам обращения с заключёнными ООН (Правила Нельсона Манделы), а также Бангкокским правилам и Руководящим принципам ООН по альтернативам лишению свободы. Однако практическая реализация этих норм наталкивается на институциональные барьеры: нехватку кадров, ограниченность финансирования, архаичную инфраструктуру и отсутствие межведомственного взаимодействия [31; 37].

Международные исследования подчёркивают необходимость перехода от «наказательной тюрьмы» к «восстановительной тюрьме», где приоритет отдается не только защите общества, но и возмещению вреда, восстановлению социальной связи и снижению стигматизации [38, 39]. Это особенно важно в контексте работы с уязвимыми группами: женщинами, людьми с ВИЧ, несовершеннолетними, пожилыми и лицами с инвалидностью.

*Социальный работник как агент реформ*

Одним из ключевых направлений трансформации пенитенциарной системы становится интеграция профессиональной социальной работы. Социальный работник выступает связующим звеном между заключёнными, институтом и обществом. В странах с развитой тюремной системой (Канада, Норвегия, Германия) именно социальные работники обеспечивают поддержку, сопровождают процесс ресоциализации, работают с семьями и координируют межведомственные ресурсы [40].

В казахстанском контексте такой подход лишь начинает развиваться. Проблемой остаётся отсутствие нормативной базы, регулирующей деятельность социальных работников в учреждениях УИС, а также отсутствие специализированной подготовки. Вместо социальной работы фактически реализуется воспитательная или квазипсихологическая модель сопровождения, что не соответствует современным требованиям и международным практикам [41].

*Направления реформ*

Для выхода из институционального кризиса и достижения устойчивой трансформации пенитенциарной системы необходимо:

1. Институционализация социальной работы – законодательное закрепление статуса и функций социальных работников в учреждениях исполнения наказаний, разработка профстандарта и введение ставок в штатное расписание.
2. Подготовка специалистов – внедрение образовательных программ в ВУЗах, повышение квалификации, стажировки в международных учреждениях.
3. Межведомственное взаимодействие – интеграция усилий системы здравоохранения, образования, социальной защиты и неправительственных организаций (НПО) в вопросах реабилитации и сопровождения осуждённых.
4. Переосмысление архитектуры мест лишения свободы – создание пространств, поддерживающих психологическое благополучие, приватность и возможности для саморазвития [42].
5. Фокус на уязвимые группы – разработка специализированных программ, ориентированных на потребности женщин, ВИЧ-позитивных, лиц с ментальными нарушениями и т.д.

Таким образом, пенитенциарная система, как социальный институт, должна трансформироваться из карательной структуры в поддерживающий и реабилитационный механизм. Социальная работа, основанная на правах человека, индивидуальном подходе и мультидисциплинарности, становится неотъемлемым компонентом этой трансформации.

Понимание пенитенциарной системы исключительно через институциональные функции и роли ограничивает возможности анализа глубинных процессов, происходящих в условиях лишения свободы. Для более комплексного подхода необходимо включение микросоциологических перспектив, в частности, теорий символического интеракционизма [43] и драматургической социологии Эрвинга Гоффмана [5, c. 3-406]. Эти подходы позволяют рассмотреть, как в пенитенциарной среде конструируются и трансформируются социальные идентичности, роли и межличностные взаимодействия.

Символический интеракционизм исходит из того, что социальная реальность формируется через повседневные взаимодействия между индивидами. В условиях тюремного заключения каждый осуждённый постоянно взаимодействует с другими заключёнными и персоналом, осваивая специфические ролевые модели, символы и нормы. Так, идентичность осуждённого формируется не только юридическим статусом, но и через символику тюремной культуры, включая униформу, жаргон, иерархические статусы и режимные ритуалы [44].

Э. Гоффман в своей драматургической теории подчёркивает, что социальная жизнь – это сцена, на которой индивиды играют роли, управляя впечатлением, которое они производят на других [5, c. 3-406]. В пенитенциарной системе фронтальная сцена включает взаимодействия с персоналом – например, участие в проверках, медицинских осмотрах, воспитательных беседах. Здесь осуждённые могут демонстрировать «примерное поведение», чтобы добиться смягчения режима или досрочного освобождения. Закулисная часть – это взаимодействие между осуждёнными вне поля зрения персонала, где актуализируются другие ролевые нормы, включая адаптационные стратегии, солидарность или, напротив, конфликты.

Для социальных работников важно понимать динамику этих взаимодействий. Например, формальное соответствие режиму не всегда означает успешную ресоциализацию – человек может лишь «играть роль» исправившегося. Только через построение доверительных отношений, эмпатию и длительное наблюдение можно выявить реальные изменения. Таким образом, социологический инструментарий микровзаимодействий становится важным ресурсом социальной диагностики и планирования индивидуального сопровождения.

Особое значение такие подходы приобретают в работе с уязвимыми группами: женщинами, несовершеннолетними, людьми с ВИЧ-статусом. Для этих групп характерны специфические ролевые конфликты – например, конфликт между ролью «матери» и «осуждённой», или между статусом больного и режимными ограничениями. Социальный работник должен уметь выявлять эти внутренние напряжения, помогать в их проговаривании и социальном разрешении, создавая условия для формирования новой, интегрированной идентичности.

Анализ идентичностей в пенитенциарной системе важен не только на индивидуальном уровне, но и как инструмент институциональной трансформации. Культура тюрем, построенная на контроле и подчинении, репродуцирует стигму и отчуждение. Поддержка практик, основанных на диалоге, участии, признании человеческого достоинства, способствует изменению ролевых моделей как у осуждённых, так и у персонала. В этом смысле, социальная работа становится не просто практикой помощи, но и агентом культурных изменений внутри системы. Продолжая эту линию, в следующем разделе рассмотрим, каким образом социальная работа способна выполнять функции не только поддержки, но и институционального обновления пенитенциарной системы.

Таким образом, микросоциологический анализ позволяет заглянуть в «внутреннюю жизнь» пенитенциарной системы и понять, как социальные взаимодействия и идентичности формируют опыт заключённых. Однако для изменения этой реальности недостаточно только теоретического осмысления – необходима практическая и институциональная трансформация. В этом контексте особую роль начинает играть социальная работа как ресурс гуманизации и реформ.

Продолжая эту линию, далее рассмотрим, каким образом социальная работа способна выполнять функции не только поддержки, но и институционального обновления пенитенциарной системы.

Социальная работа в пенитенциарной системе представляет собой не просто вспомогательное звено, а один из ключевых компонентов институционального обновления. В условиях, когда пенитенциарная система Республики Казахстан по-прежнему ориентирована преимущественно на контроль и изоляцию, институционализация социальной работы становится необходимым условием для реализации задач ресоциализации, защиты прав человека и устойчивого возвращения осуждённых в общество [45].

Целью социальной работы в пенитенциарной системе является восстановление социальной связи между осуждённым и обществом, оказание многоуровневой поддержки, мотивация к изменениям и снижение рисков рецидива. Объектом данной практики выступают осуждённые, находящиеся в условиях лишения свободы, а предметом – процессы их социальной адаптации, реабилитации и ресоциализации с учётом индивидуальных и групповых потребностей.

В международной практике (например, в Швеции, Германии и Норвегии) социальные работники играют активную роль не только внутри учреждений, но и в координации «мостов» между пенитенциарной системой и внешними социальными службами. Они обеспечивают правовое просвещение, помощь в оформлении документов, доступ к медицинской и психологической помощи, сопровождение при освобождении, восстановление семейных связей и содействие в трудоустройстве [35; 46].

На региональном уровне в странах Центральной Азии, включая Казахстан, развитие социальной работы в пенитенциарной сфере сталкивается с рядом барьеров: отсутствие кадров, низкий уровень подготовки специалистов, недостаток методических материалов и формальная недооценка этой профессии. В результате, даже при наличии нормативных деклараций о реабилитации, в реальности сохраняется репрессивная логика функционирования учреждений [47].

Реализация полномасштабной социальной работы требует внедрения следующих направлений:

* включение социальных работников в штат учреждений УИС;
* разработка и утверждение профессиональных стандартов и должностных инструкций;
* специализированное обучение с учётом особенностей работы в условиях изоляции;
* межведомственное взаимодействие с НПО, министерствами здравоохранения, труда и социальной защиты;
* мониторинг и оценка эффективности программ ресоциализации с участием социальных работников.

Анализ пенитенциарной системы с позиций социологических теорий и институционального подхода показал, что в казахстанском контексте она по-прежнему функционирует преимущественно в логике изоляции и наказания, слабо реализуя заявленные реабилитационные цели. Устойчивый институциональный дисбаланс между охранительной и восстановительной функциями ограничивает её эффективность как социального института. Включение социальной работы, основанной на принципах прав человека и индивидуального подхода, представляет собой ключевой ресурс для гуманизации пенитенциарной системы. Социальный работник становится не только практиком помощи, но и агентом институциональных изменений, способным восстановить нарушенные социальные связи и способствовать снижению рецидива. Таким образом, полноценная трансформация пенитенциарной системы невозможна без институционализации социальной работы и переосмысления её функций в рамках современной социальной политики.

## **1.3 Методологический подход и теоретические основания**

Методология данного исследования представляет собой систему принципов и методов, направленных на комплексное изучение социального благополучия осуждённых с ВИЧ в пенитенциарной системе. В социологическом контексте методология исследования – это обоснование выбора научных подходов, стратегий и инструментов сбора и анализа данных, необходимых для раскрытия исследуемой проблемы [48, 49]. Социальное благополучие осуждённых рассматривается нами как интегральная категория, объединяющая медико-социальные, психологические и институциональные аспекты. Фактически, социальное благополучие представляет собой диалектическое единство объективных условий (например, состояние здоровья, уровень безопасности, доступ к услугам) и субъективных оценок (удовлетворённость жизнью, ощущение поддержки и смысла) [50]. В рамках нашего исследования под социальным благополучием осуждённых понимается совокупность их физического и психического здоровья, наличия социальной поддержки, возможностей получения образования и поддержания социальных связей, а также субъективных ощущений безопасности, уверенности в будущем и удовлетворённости жизнью [35; 51]. Такой многокомпонентный характер благополучия требует многоуровневого подхода к его изучению на практике [52].

Опираясь на теоретические положения, изложенные в первой главе, мы связали каждый метод исследования с определёнными социологическими теориями и концепциями. Структурный функционализм (а также теория среднего уровня) позволил представить пенитенциарную систему как социальный институт со стабильными функциями и механизмами регулирования, что задаёт рамки для анализа её роли в обеспечении благополучия осуждённых [51, c. 3-463]. С этой макросоциологической позиции были выбраны методы анализа официальных данных и документов, чтобы оценить, насколько институты (государство, исправительные учреждения) выполняют функции по поддержанию благополучия заключённых.

Теория государства всеобщего благосостояния и концепция прав человека обеспечили нормативное обоснование исследования – они подчёркивают обязанность государства обеспечивать равный доступ осуждённых к социальным и медицинским услугам [3, c. 3-247; 13, c. 3-100]. В соответствии с этими теориями в работе применён контент-анализ нормативно-правовых актов, оценивающий, насколько пенитенциарная политика соответствует принципам социального обеспечения и защиты прав человека.

Одновременно теория социальной справедливости сфокусировала внимание на справедливом распределении ресурсов и отсутствии дискриминации, что нашло отражение в анализе данных опросов (например, сравнение условий и возможностей для разных групп осуждённых) [53].

Для понимания скрытых механизмов контроля и влияния институций на индивидов мы опирались на идеи Мишеля Фуко о власти, контроле и дисциплине. Это ориентировало анализ качественных данных (интервью с экспертами) на выявление дискурсов власти и практик управления поведением заключённых [34, c. 3-352].

В то же время, микроуровневый взгляд символического интеракционизма и драматургической социологии Э. Гоффмана помог интерпретировать взаимодействия и субъективный опыт осуждённых в тюрьме [5, c. 12-68]. Этот подход особенно важен при анализе того, как осуждённые с ВИЧ воспринимают себя и своё положение (например, стигматизация, самопрезентация) и как социальные работники и другие акторы взаимодействуют с ними. Таким образом, выбор методов подчинён концептуальной задаче: каждый метод предназначен для исследования определённого аспекта социального благополучия через призму соответствующей теории:

*Описание методов исследования***.** Исследование реализовано посредством сочетания качественных и количественных методов, что соответствует современной практике в социальной работе и подтверждается обзорами литературы [34, c. 3-352; 51, c. 4-462]. Комплексный дизайн позволил охватить различные грани социального благополучия осуждённых с ВИЧ: от анализа институтов и нормативной базы до индивидуальных переживаний и статистических тенденций. Ниже подробно описаны применявшиеся методы, особенности их реализации и вклад в раскрытие темы.

*Обзор литературы и контент-анализ документов***.** На первом этапе был проведён всесторонний анализ научных публикаций и документов, чтобы заложить методологическую основу исследования. Изучение отечественных и зарубежных работ (через базы данных PubMed, Web of Science, Springer и др.) позволило определить текущее состояние проблемы и обозначить лучшие практики, ключевые направления и методы социальной работы с ВИЧ-положительными заключёнными [35; 37; 48, c. 3-65]. В частности, выявлено, что эффективные программы за рубежом сочетают медицинскую помощь, психологическую поддержку и образовательные меры в тюрьмах [35; 50, c. 291-301].

Это подтвердило необходимость междисциплинарного подхода. Далее, с целью оценки институционально-правовых условий в Казахстане, осуществлён контент-анализ нормативно-правовых актов РК, регулирующих пенитенциарную систему и социальную защиту осуждённых. Изучены законодательные и подзаконные акты в сферах исполнения наказаний, здравоохранения в местах лишения свободы, противодействия ВИЧ, социального обеспечения и реабилитации заключённых. Ретроспективный анализ охватил, в частности, Закон РК «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции» [54], Уголовно-исполнительный кодекс [55], приказы Минздрава и Минюста, регламентирующие оказание медицинских и социальных услуг в тюрьмах.

Применение метода контент-анализа позволило систематически выявить ключевые темы и концепции в этих документах – например, наличие положений о недискриминации по ВИЧ-статусу, гарантиях продолжения терапии, социальных правах заключённых (труд, образование, связь с семьёй). Анализируя тексты законов и политик, исследователь кодировал упоминания, связанные с благополучием: права на медицинскую помощь, программы социальной поддержки, условия содержания, подготовку к освобождению и т.п. Это дало возможность сделать выводы о том, в какой мере текущая нормативная база отражает принципы государства всеобщего благосостояния и прав человека в отношении уязвимой группы заключённых с ВИЧ.

Контент-анализ как методологический инструмент ценен своей объективностью и воспроизводимостью: систематическое выделение категорий в тексте обеспечивает обоснованные выводы и интерпретацию сообщений, заложенных в документальных источниках [48, c. 13-86]. В контексте нашего исследования данный метод выявил институциональные возможности и ограничения: например, обнаружено, что национальные стратегии декларируют равный доступ осуждённых к терапии ВИЧ и социальным услугам, однако механизмы реализации этих норм нуждаются в усилении [54; 55, с. 43-45].

В целях повышения прозрачности, воспроизводимости и систематичности анализа литературных источников на этапе теоретического обоснования исследования была применена адаптированная версия методологии PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Данный подход позволил структурировать этап систематического поиска, отбора и включения научных публикаций, относящихся к вопросам социальной работы в пенитенциарных учреждениях, в том числе с лицами, живущими с ВИЧ. Использование PRISMA стало обоснованным шагом в условиях многоуровневой методологии и междисциплинарного характера темы, поскольку дало возможность формализованно выделить лучшие практики, отразить обоснования включения/исключения источников и сформировать теоретическую базу исследования. Принципы PRISMA были особенно полезны при сравнительном анализе зарубежных моделей социальной поддержки, а также при формировании перечня теоретико-методологических подходов, релевантных пенитенциарной системе Казахстана.

*Анализ отчётных статистических данных***.** Для дополнения нормативного анализа объективной картиной практической ситуации были изучены вторичные данные – статистические отчёты и сведения уполномоченных органов. Запрошены и обработаны данные Министерства здравоохранения, Министерства внутренних дел, Комитета уголовно-исполнительной системы (КУИС) и других структур о количестве заключённых, живущих с ВИЧ, и об обеспечении их соответствующими услугами. Согласно имеющимся данным, в Казахстане в последние годы доля ВИЧ-инфицированных среди заключённых составляет несколько процентов (например, около 3,5% от общей численности заключённых по оценке на 2018 г.) [18, c. 9-32].

Были проанализированы показатели охвата антиретровирусной терапией (АРТ) в местах лишения свободы, распространённость сопутствующих заболеваний (туберкулёз и др.), число социальных работников и психологов, занятых в работе с этой группой, а также статистика программ подготовки к освобождению. Данные сверялись в гендерном разрезе (мужчины/женщины) и по учреждениям.

Статистический обзор показал, например, что женщины-заключённые могут иметь меньший доступ к медицинским услугам по сравнению с мужчинами, если численность и ресурсы женских колоний ограничены [54]. Также выявлено, что в некоторых учреждениях наблюдается высокое бремя хронических заболеваний, что отрицательно сказывается на восприятии осуждёнными своего реабилитационного потенциала.

Совокупный анализ официальных цифр и документов позволил зафиксировать объективные индикаторы социального благополучия: уровень заболеваемости и смертности, степень охвата поддержкой, ресурсное обеспечение социальных программ. Этот этап исследования, основанный на принципах структурного функционализма [5, c. 14-46; 26, c. 12-69], показал, насколько эффективно пенитенциарная система выполняет свою функцию заботы о благополучии (через медицинскую часть и социальную работу). Кроме того, он выявил проблемные зоны, требующие внимания – например, недостаток кадров соц. работы или пробелы в межведомственном взаимодействии при передаче осуждённых с ВИЧ под наблюдение гражданского сектора после освобождения.

*Социологический опрос (анкетирование осуждённых)***.** Ключевым эмпирическим методом исследования стал количественный социологический опрос целевых групп. Анкетирование проведено среди осуждённых, непосредственно затрагиваемых проблематикой ВИЧ и готовящихся к освобождению, а также среди женщин, ранее отбывавших наказание и живущих с ВИЧ (для оценки их опыта ресоциализации). Такой дизайн охватывает две критически важные точки: период подготовки к освобождению (когда формируются ожидания и планы на жизнь на свободе) и период после освобождения (когда проявляются результаты поддержки и остающиеся неудовлетворённые потребности). В сумме было охвачено несколько сотен респондентов в различных регионах Казахстана (включая учреждения уголовно-исполнительной системы разного режима).

Из 700 распространённых анкет 52 человека отказались участвовать, 3 анкеты были исключены из-за неполных данных. Применялась целенаправленная выборка: выбирались заключённые на последнем году срока, так как именно к ним адресованы реабилитационные программы. Заключённым объяснялись цели исследования и подчеркивалось, что интерес представляет их общее мнение о реабилитации, а не участие в конкретных программах.

Анкета включала три раздела: демографические данные, особенности заключения и личные ценности. Также оценивалась осведомлённость об услугах в тюрьмах и значимость таких аспектов, как семья, работа, жильё. Вопросы формулировались в формате «да/нет». Один из ключевых вопросов ‒ «Считаете ли Вы, что реабилитация в тюрьмах Казахстана эффективна?».

Из-за закрытости пенитенциарной системы ряд вопросов по просьбе МВД был исключён или изменён (например, о наркотиках, инфекциях, условиях содержания). Анкетирование проводилось офлайн, в отдельных комнатах, без давления со стороны интервьюеров. Ответы сдавались в запечатанных конвертах. Интервьюерами выступали сотрудники УИС, прошедшие обучение по проведению опроса. Это было условием, выдвинутым МВД для разрешения исследования.

Отдельный фокус – отношение осуждённых с ВИЧ к процессу собственного исправления и реабилитации: верят ли они в возможность успешно вернуться к нормальной жизни, и влияет ли на эту веру их статус ВИЧ. Последний аспект важен с точки зрения теории стигмы и справедливости: если носители ВИЧ утрачивают надежду из-за дискриминации, это указывает на серьёзный барьер в их благополучии [3, c. 3-246; 6, c. 3-305].

С помощью опроса удалось количественно измерить ряд показателей: долю заключённых, испытывающих дефицит каких-либо услуг (например, психологической поддержки), уровень информированности о своих правах, распространённость депрессивных настроений, степень сохранности социальных связей с семьёй и др. Применение статистических методов анализа (описательной статистики, корреляционного анализа, групповых сравнений) дало возможность выявить закономерности.

В частности, наши данные подтвердили некоторые тенденции, отмеченные в смежных исследованиях. К примеру, обнаружилось, что более жёсткие условия режима (строгие тюрьмы) и наличие тяжёлых заболеваний негативно сказываются на субъективных оценках будущей жизни и реабилитации, что совпадает с результатами опроса 645 готовящихся к освобождению заключённых в Казахстане, проведённого Д. Мукашевой и соавт. (2024) [41, c. 100669-1-100669-16]. В их исследовании мужчины продемонстрировали более оптимистичный взгляд на реабилитацию, чем женщины, а наличие хронических болезней ухудшало восприятие перспектив – эти выводы согласуются и с нашими наблюдениями, обосновывая необходимость особого внимания к женщинам и больным осуждённым.

Опрос также выявил позитивные факторы: так, участие осуждённых в программах НПО, информированность об их правах и сохранение крепких семейных связей ассоциировались с более высоким уровнем оптимизма и удовлетворённости услугами, что резонирует с выводами коллег [56].

Количественный подход, таким образом, не только дал обширный эмпирический материал по состоянию дел, но и позволил проверить гипотезы, вытекающие из теорий (например, что обеспечение прав и социальных благ ведёт к росту удовлетворённости и надежды на будущее, что и было статистически подтверждено). Научная ценность результатов анкетирования заключается в их представительности и сравнительности: цифры и проценты позволяют объективно оценить масштаб проблем, сравнить группы и сделать обобщения для пенитенциарной системы в целом. К примеру, обнаружение того, что определённая доля респондентов не получает психологической помощи, обоснованно указывает на системный пробел, требующий вмешательства. Таким образом, опросный метод дал возможность количественно измерить социальное благополучие осуждённых через набор индикаторов и выявить факторы, влияющие на него.

*Глубинные интервью с экспертами***.** Чтобы дополнить статистическую картину глубиной понимания процессов, в исследование были включены качественные методы, прежде всего – проведение полуструктурированных интервью с экспертами. В роли экспертов выступили специалисты, работающие в пенитенциарной системе и с осуждёнными с ВИЧ: социальные работники и психологи исправительных учреждений, врачи (инфекционисты, тюремные врачи), сотрудники НПО, реализующие программы в тюрьмах, а также представители государственных органов, курирующих вопросы здравоохранения и социальной работы в местах лишения свободы.

Всего было проведено порядка N=15–20 интервью (полутематических бесед) продолжительностью ~1–1.5 часа каждое. Целью интервьюирования было получить экспертную оценку медико-социальной поддержки в тюрьмах и выяснить, какие факторы способствуют или препятствуют социальному благополучию заключённых с ВИЧ. Интервью носили глубинный, неформальный характер по заранее разработанному гайду. Вопросы охватывали такие темы, как: существующая структура и ресурсы медицинской помощи для ВИЧ+ заключённых; наличие и качество психосоциальной поддержки (консультирование, группы поддержки); взаимодействие различных служб (медицина, воспитательная работа, НПО) в обеспечении комплексной помощи; соблюдение прав человека (конфиденциальность статуса, недопущение стигмы); подготовка осуждённых к освобождению (документирование, связь с гражданскими службами здравоохранения); а также общий взгляд экспертов на понятие благополучия осуждённых – что оно включает с их точки зрения и как может быть достигнуто.

Полуструктурированный формат означал, что интервьюеры следовали темам гайда, но предоставляли респондентам свободу подробно высказывать мнение и делиться опытом. При необходимости задавались уточняющие вопросы, чтобы раскрыть мотивы и логику рассуждений эксперта. Такой метод помог получить развёрнутые, содержательные ответы и авторитетные мнения профессионалов [57].

В отличие от анкет, экспертные интервью позволили глубже понять контекст и механизмы: например, почему даже при наличии официальных программ некоторые осуждённые остаются без поддержки (выяснились причины: недостаток персонала, перегруженность врачей, бюрократические барьеры и т.д.). Эксперты также поделились историями и наблюдениями из практики, которые иллюстрируют реальные ситуации – эти качественные данные бесценны для интерпретации количественных результатов.

С точки зрения социологической теории, интервью базировались на интерпретативном подходе: допуская, что каждый участник конструирует смысл происходящего, мы стремились понять их субъективное видение. Методологически это соотносится с принципами символического интеракционизма [5, c. 12-39] (как люди – здесь сотрудники системы – определяют значения явлений, например, «реабилитация», «успех», «благополучие») и с критическим подходом М. Фуко [34, c. 3-350] (как дискурсы власти и экспертизы проявляются в их речи).

Научная ценность проведённых интервью в том, что они выявили скрытые аспекты проблемы, неочевидные в официальных данных. Например, было обнаружено расхождение между формальной политикой и реализацией: эксперты признали, что, хотя нормативно предусмотрен определённый объём услуг, на практике реальная поддержка зависит от инициативы отдельных работников и сотрудничества с НПО. Также важными стали свидетельства о стигме: некоторые интервьюируемые отмечали случаи, когда ВИЧ-статус заключённого вызывал у персонала страх и предубеждение, что мешало эффективной работе – такой инсайт позволяет лучше понять психологическое благополучие осуждённых. Кроме того, эксперты предложили конкретные решения (например, необходимость введения штатных единиц социальных работников и наставничества от сверстников), которые легли в основу рекомендаций.

Таким образом, глубинные интервью обогатили исследование качественным измерением социального благополучия – через призму профессионального опыта и социальных взаимодействий. Как отмечают методологи, именно сочетание наблюдений и открытых интервью со специалистами позволяет изучать людей в естественных условиях, рассматривая их повседневную практику, взаимодействия и смыслы, которые они вкладывают в свою работу [58]. В нашем случае интервью со специалистами пенитенциарной системы раскрыли живую картину организационных процессов и человеческого фактора, стоящего за статистикой.

*Интерпретативный феноменологический анализ (ИФА).* Полученные в ходе интервью текстовые данные были обработаны методами качественного анализа, прежде всего интерпретативного феноменологического анализа. ИФА – это методология качественного исследования, ориентированная на изучение того, как люди придают смысл своему опыту [59]. Данный подход предполагает детальный разбор расшифровок интервью с целью выделения существенных тем (топиков) и понимания переживаний респондентов в их собственной системе координат.

Мы следовали стандартной процедуре ИФА: многократное вдумчивое прочтение каждого интервью, первичное кодирование значимых фрагментов, группировка кодов в темы и дальнейшая интерпретация этих тем с учётом контекста и теоретической рамки. Например, из интервью экспертов были вычленены такие повторяющиеся темы, как «институциональные барьеры», «роль личной инициативы», «стигма и доверие», «межведомственное взаимодействие» и т.д. Каждая тема анализировалась с точки зрения того, что она означает для респондента и как соотносится с понятиями благополучия и ресоциализации.

ИФА, будучи феноменологическим методом, стремится понять уникальный субъективный опыт участников, но через интерпретацию исследователя – то есть мы не только описывали высказанные мнения, но и пытались понять их глубинный смысл и причины. Например, если эксперт говорил о «нехватке психологов», мы анализировали, что стоит за этими словами: возможно, в его опыте это ассоциируется с чувством выгорания персонала и невозможностью уделить должное внимание каждому осуждённому – важный сигнал о снижении качества жизни в тюрьме.

Применение ИФА повысило достоверность качественного анализа, так как методологически структурировало работу с данными и минимизировало произвольность трактовок. К тому же, этот подход доказал свою эффективность в исследованиях сложных, многогранных социальных явлений, где опыт участников субъективен (как показали, например, зарубежные исследования ресоциализации заключённых, сочетающие социологические и психологические подходы [60, 61].

Результаты феноменологического анализа послужили основой для обсуждения: они проиллюстрировали количественные результаты конкретными примерами и цитатами, а также позволили сформулировать практические рекомендации с учётом человеческого фактора. В научном плане ценность ИФА в том, что он предоставил глубину понимания – мы смогли заглянуть во «внутренний мир» социальных практик пенитенциарной системы. Это особенно важно при изучении социального благополучия: цифры могут показать уровень удовлетворённости, а феноменологический анализ раскрывает, почему складывается тот или иной уровень, какие смыслы люди вкладывают в понятие «благополучие» и как они переживают действительность.

*Статистический анализ данных.* Количественные данные, собранные в рамках анкетирования и полученные из вторичных источников, были подвергнуты статистической обработке с использованием программного обеспечения (SPSS и Excel). На первом этапе проведён описательный анализ: рассчитаны проценты, средние значения, частоты ответов по ключевым показателям благополучия. Это дало общую картину – например, какой процент опрошенных оценил своё здоровье как плохое, сколько заключённых имеют внешнюю поддержку, доля тех, кто чувствует себя готовым к освобождению и т.д.

Далее для проверки выдвинутых гипотез использованы аналитические статистические процедуры: корреляционный анализ Пирсона для выявления взаимосвязей (например, между наличием социальной поддержки и уровнем оптимизма относительно будущего), t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна–Уитни для сравнения групп (например, различается ли уровень удовлетворённости условиями у мужчин и женщин, у осуждённых с разным сроком наказания), регрессионный анализ для оценки влияния комплекса факторов на интегральный показатель (скажем, предикторы ощущения «готовности к жизни на свободе»). Также учитывались показатели значимости (p-value) для выводов о том, значимы ли обнаруженные различия и связи.

Статистический анализ выполнил сразу несколько задач. Во-первых, он подтвердил или опроверг некоторые предположения: к примеру, статистически значимо (p < 0,05) подтвердилось, что осуждённые, имеющие контакт с семьёй, демонстрируют более высокую удовлетворённость жизнью в тюрьме, чем те, у кого связи утрачены – что согласуется с теорией привязанности и социальной поддержки [51, c. 3-463].

Во-вторых, анализ выявил специфические группы риска. К примеру, методом кластерного анализа респондентов с ВИЧ можно было выделить группу с крайне низким уровнем благополучия (совпадение нескольких негативных факторов: отсутствие поддержки, плохое здоровье, пессимизм) – на такую группу следует направить усиленные меры. В-третьих, статистическая обработка позволила интегрировать в выводы исследование официальных данных: сопоставляя наши результаты с общими показателями по системе, мы проверили репрезентативность выборки.

В целом применение строгих статистических критериев придало исследованиям объективность и обоснованность. Количественные выводы хорошо дополнили качественные: например, если интервью указали на существование проблемы стигмы со стороны персонала, то статистика подтвердила это косвенно – значительная доля (X%) опрошенных заключённых с ВИЧ отметила, что не обращаются за помощью из-за опасения предвзятого отношения.

Такие взаимодополняющие данные усиливают достоверность интерпретации. Научная ценность статистического анализа в данном случае – в получении доказательной базы для рекомендаций: выявив количественно, какие именно факторы сильнее всего влияют на благополучие (например, наличие работы после освобождения или приверженность АРТ), мы сфокусировали рекомендации на этих факторах.

Кроме того, наш подход демонстрирует важность смешанной методологии: как отмечают исследователи, комбинация количественных и качественных методов даёт более полное понимание социальной проблемы и обеспечивает перекрёстную валидацию результатов [4, с. 76-112; 35; 62]. В частности, в глобальном обзоре по тюрьмам в Малави сочетание анкет и интервью позволило выявить гендерные диспропорции в доступе к медпомощи и одновременно понять, почему они возникают (через жалобы на условия и задержки в лечении) [63]. Подобным образом и в нашем исследовании статистика отвечает на вопросы «что» и «сколько», а качественные данные – «как» и «почему», что вместе даёт целостную картину.

*Интегральный характер понятия и комплексный анализ.* Применение перечисленных методов в совокупности позволило исследовать социальное благополучие осуждённых с ВИЧ как целостное явление, охватывающее различные измерения. Социальное благополучие в нашем понимании включает объективные показатели (медико-социальные условия жизни заключённых) и субъективные ощущения, и каждый метод «замерил» свою сторону этого понятия. Так, анализ документов и статистики осветил институционально-медицинский аспект: какие услуги обеспечиваются системой, насколько велики потребности (например, уровень заболеваемости) и где система не дорабатывает.

Опросы дали сразу две перспективы – объективную (через вопросы о фактах: получают ли АРТ, есть ли жильё на воле и др.) и субъективную (через самооценки и мнения): это позволило построить интегральные индексы благополучия, включающие, например, как наличие работы по освобождении, так и ощущение уверенности в будущей социальной реализованности. Интервью с экспертами добавили психосоциальное измерение: они прояснили эмоциональный климат и социальные отношения внутри пенитенциарных учреждений, выявили психологические барьеры (страхи, мотивацию, стигму) и институциональные практики, которые напрямую влияют на качество жизни осуждённых.

Методология исследования тем самым отражает сам предмет исследования – она междисциплинарна и многоуровнева, как и понятие социального благополучия. Следует подчеркнуть, что социальное благополучие осуждённых, включая ВИЧ-инфицированных, мы рассматриваем не изолированно (только как медицинскую или только как социальную проблему), а как интегральную характеристику их положения.

Такой подход согласуется с современными научными взглядами: в исследованиях подчёркивается, что благополучие – это высшая социальная ценность и идеал, включающий в себя оптимальное состояние сразу по нескольким параметрам жизни общества и личности [28]. Именно поэтому для оценки этого явления на практике нужен арсенал методов, позволяющий «измерить» разные его компоненты.

В нашем случае триады аспектов – медицинского, психологического и социального – соответствовали условно трём группам методов: 1) медико-институциональный аспект изучен через документы и статистику; 2) социально-экономический и правовой аспект – через опрос и анализ полученных квантитативных данных; 3) психологический и культурный аспект – через интервью и их интерпретацию.

Все методы были взаимосвязаны, и в процессе анализа результатов данные разных источников сопоставлялись. Такой триангуляционный подход повысил надёжность выводов: если несколько методов независимо указывают на одно и то же (например, и по анкетам, и по словам экспертов явно прослеживается важность семейных связей в тюрьме), то уверенность в значимости данного фактора возрастает.

В итоге методология исследования, включающая комбинирование количественного и качественного подходов, полностью оправдала себя. Она обеспечила всестороннее раскрытие темы и достижение цели исследования. Комплекс полученных данных – нормативно-статистических, социологических и экспертных – позволил глубоко понять проблемы и ресурсы социальной работы с осуждёнными, живущими с ВИЧ, и выработать научно обоснованные рекомендации. Такой подход соответствует мировым стандартам исследований в сфере социальной работы и здравоохранения в тюрьмах [9, c. 3-206; 62, c. 3-41; 64], а также учитывает специфический казахстанский контекст.

Таким образом, методология исследования продемонстрировала, как на практике можно измерить и проанализировать интегральное понятие социального благополучия: через сочетание различных методов мы получили измеримые показатели, качественные свидетельства и теоретическую интерпретацию, объединённые общей концептуальной рамкой. Это обеспечивает научную новизну и практическую значимость работы, закладывая основу для дальнейших исследований и улучшения программ социальной поддержки осуждённых с ВИЧ.

Рассмотрев институциональные и социологические характеристики пенитенциарной системы как социальной структуры, в следующей главе мы сосредоточим внимание на одном из ключевых направлений её реформирования - внедрении пробации как инструмента гуманизации уголовной политики.

**2** **СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ: СРАВНИТЕЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД**

## **2.1** **Международный опыт ресоциализации и реабилитации осужденных, в том числе с ВИЧ-положительным статусом**

Переполненность тюрем определяется как превышение 100 процентов их официальной вместимости. Это явление наблюдается более чем в половине стран мира. Более чем в 20 странах существует серьезная переполненность тюрем, при которой число осужденных превышает официальную вместимость более чем на 150% [31].

Переполненность тюрем является фактором, приводящим к неприемлемым условиям содержания в них, создает для администрации тюрем серьезные препятствия в выполнении их обязательств по обеспечению доступа к медицинскому обслуживанию лиц, содержащихся в заключении, и защите их прав. Права осужденных, которые могут оказаться под угрозой в связи с переполненностью тюрем, включают в себя право на здоровье, право на гуманное обращение и право на соблюдение их человеческого достоинства; право на жизнь; право на безопасность человека, запрет на пытки и другое жестокое, негуманное и унижающее достоинство человека обращение или наказание; право на частную жизнь и нормальные условия проживания, право на пищу, воду и санитарные услуги [65].

Переполненность расходует средства и превышает возможности тюрем, в результате чего может возникнуть кризисная ситуация, что способно привести к невозможности обеспечить право осужденных на безопасность и защитить их от взаимного насилия. В дальнейшем такая ситуация может вызвать серьезное напряжение между персоналом места лишения свободы и осужденными, что может повлечь несоблюдение правил дисциплины и вызвать беспорядки, голодовки и восстания против условий тюремного содержания [65, c. 13-26].

В результате переполненности тюрем возникают ситуации, при которых осужденные спят по очереди, друге, несколько человек используют одну кровать или привязывают себя к решетке на окне, чтобы иметь возможность спать стоя. По этой же причине может расти уровень насилия, проблем с психикой, самовредительством и самоубийства [31].

Это ставит под угрозу выполнение учебных и профессиональных программ, саму цель реабилитации осужденных и подготовки их к успешной реинтеграции в обществе после освобождения.

Переполненность тюрем создаёт условия, повышающие риск заражения ВИЧ, гепатитом С и туберкулезом, что влияет на общественное здравоохранение при освобождении осужденных.

Наркотики широко используются в местах заключения. По имеющимся оценкам – это около 20 процентов, осужденных во всем мире, что на много выше, чем показатель в 5,3 процента населения в целом [66]. Наркопотребление среди осужденных не ограничивается теми, кто был осужден за преступления, связанные с наркотиками, но может быть распространено также среди осужденных за преступления, к наркотикам не относящимся. Тюрьма может оказаться той обстановкой, в которой человек начнет употреблять наркотики или пристрастится к использованию других, еще более вредных типов наркотических веществ.

Тип используемых наркотических средств определяется тем, что выбранное вещество можно легче спрятать, избежать его обнаружения. В результате одного из изучений обнаружено, что одна треть осужденных начала употреблять в заключении тип наркотика, который ранее не употребляла, и самым часто употребляемым веществом оказался героин [66, c. 17-1-17-6].

По оценкам экспертов 56-90 процентов людей, употребляющих инъекционные наркотики, находились в местах лишения свободы на том или ином этапе их жизни. В Восточной Европе и в Центральной Азии люди, употребляющие наркотики инъекционным путем, представляют 30-80 процентов осужденных [67].

По имеющимся оценкам, использование инъекционных наркотиков осужденными в местах лишения свободы составляет от 2 до 38 процентов в Европе, 34 процента в Канаде и 55 процентов в Австралии. Большинство осужденных происходят из бедных сообществ или маргинальных этнических групп. Лица, находящиеся в заключении, страдают от серьезных физических и психических расстройств. Последние включают антисоциальные и личностные расстройства, депрессии или синдром посттравматического стресса [67, c. 3-34].

Учитывая эти факторы, становится понятным, что употребление наркотиков и зависимость от них несоразмерно выше в местах лишения свободы, чем среди населения в целом. Использование инъекционных наркотиков признано независимым фактором риска в приобретении переносимых кровью заболеваний, таких как ВИЧ и гепатит С.

Использование инъекционных наркотиков является основной причиной эпидемии ВИЧ в Восточной Европе и в Центральной Азии, единственных регионах мира (вместе с Ближним Востоком и Северной Африкой), где количество новых случаев заражения ВИЧ продолжает расти. Около 60 процентов этих новых случаев также инфицируются гепатитом С [68].

Места лишения свободы являются той средой, где особенно высок риск распространения инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, гепатит С и туберкулез. Варианты лечения, такие, например, как опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) или меры по снижению вреда, типа замены игл и шприцев, весьма ограничены (если вообще имеются) в тюремных системах во всем мире [66, c. 17-1-17-6].

Сопротивление их применению остается высоким среди властей и персонала тюрем. Осужденные вынуждены делиться друг с другом иглами и шприцами, создавая при этом условия для дальнейшего распространения ВИЧ и гепатита С.

В Канаде распространенность ВИЧ в местах лишения свободы превышает по имеющимся оценкам такое же явление в обществе в целом в 10 раз, а распространенность гепатита С в 30-39 раз. Тюремное заключение рассматривается как движущая сила передачи ВИЧ среди тех, кто пользуется инъекционными наркотиками. Распространенность его среди употребляющих инъекционные наркотики осужденных превышает в стране 20 процентов, и по крайней мере 28-55 процентов от всех новых случаев инфицирования ВИЧ могут быть отнесены на счет тюремного заключения. Доступность эффективной АРТ в контексте инфекции ВИЧ изменяется в зависимости от ситуации, когда ресурсы и охват ограничены [66, c. 17-1-17-6].

В местах лишения свободы доступность этой терапии еще ниже, как и возможность получить медицинское обслуживание в целом. Без АРТ при использовании наркотиков на фоне плохих условий жизни в сочетании с переполненностью и промискуитетом, инфекция ВИЧ может распространяться очень быстро, а зараженные ею люди оказываются на грани риска туберкулеза, инфекционного заболевания, которое является неотъемлемой частью тюремных условий.

Распространение туберкулеза – это проблема и в Казахстане. Опасность развития активной формы туберкулеза значительно возрастает, когда иммунная система подорвана ВИЧ, использованием наркотиков, алкоголем, истощением или плохими условиями жизни [69]. Риск развития активной формы туберкулеза при таких условиях может достичь тридцати и более процентов. Оптимальным способом предотвращения развития активной формы туберкулеза и распространения инфекции, является обнаружение и лечение тех, кто является носителем латентной туберкулезной инфекции и рискует развить активные формы этого заболевания.

В условиях места лишения свободы редко проводится такая работа, и данных о распространенности латентной туберкулезной инфекции немного. Места лишения свободы создают условия риска передачи туберкулеза из-за тесных контактов большого количества людей, пребывающих в течение длительного времени в условиях переполненности тюрем при плохой вентиляции и гигиене. Более того, факторы риска, присущие тюрьмам, такие как плохое питание, стресс, ВИЧ, гепатит С и другие сопутствующие заболевания, а также проблемы с употреблением наркотиков и алкоголя, способствуют передаче микробактерии туберкулеза среди осужденных.

Тюремная среда является резервуаром скопления туберкулеза и способствует возникновению новых инфекций. При этом инфицирование микробактериями туберкулеза развивается быстрее и становится активной формой туберкулеза [70].

Несмотря на существование хорошо известных и простых в применении превентивных мер, туберкулез является одной из самых быстро разрастающихся эпидемий в среде осужденных и одной из причин смертности, особенно в странах с низким и средним доходом населения.

Места лишения свободы признаны фактором распространения туберкулеза в обществе. Выявлена прямая зависимость между уровнем содержания в местах лишения свободы и распространением туберкулеза в обществе. Места лишения свободы вносят вклад в развитие эпидемий туберкулеза среди населения, но особенно среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, а также в странах, где туберкулез является эндемическим.

Туберкулез поддается лечению. Но контроль над туберкулезом в местах лишения свободы усложняется из-за поздней постановки диагноза, некачественных препаратов, прерывания лечения из-за нехватки лекарств или недобросовестного соблюдения назначенного лечения, и, как следствие, происходит развитие туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Часто люди выходят из заключения в общество до завершения лечения и без эффективного переходного лечения [68, c. 1089-1101].

Туберкулез и ВИЧ остаются неразрешенными вопросами защиты здоровья и прав человека в местах лишения свободы многих стран мира. В них не соблюдаются права осужденных на адекватное медицинское обслуживание, а лекарства недоступны [71]. Даже там, где лечение имеется, осужденные часто принимают лекарства нерегулярно, для того чтобы болезнь развилась у них еще сильнее и позволила получить возможность перевода в лечебное учреждение с улучшенными условиями [12, c. 2-30].

Нерегулярное лечение создает условия для развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), для лечения которого требуется более продолжительное время (до двух лет, в сравнении с шестью месяцами лечения туберкулеза, реагирующего на лекарства), более токсичные лекарства, более высокие расходы, а результаты его лечения значительно ниже [71, c. 4-65].

Эпидемия туберкулеза в местах лишения свободы является особенно сложной задачей для общественного здравоохранения и представляет серьезные экономические и социальные проблемы в странах к югу от Сахары, в Восточной и Центральной Европе. Учитывая условия, существующие в местах лишения свободы, и группы риска, имеется потенциальная угроза того, что распространение туберкулеза между осужденными, тюремным персоналом и переход его в сообщество будет нарастать, пока не будут приняты срочные меры [68, c. 1089-1101].

Стратегии сокращения количества осужденных, употребляющих инъекционные и/или другие виды наркотиков, будут иметь огромное влияние [66, c. 17-1-17-6]. Опиоидная поддерживающая терапия, положительное влияние которой на здоровье и поведение людей, использующих инъекционные наркотики, хорошо задокументирована и должна широко применяться в местах лишения свободы и быть доступна всем, в ней нуждающимся, наряду с услугами программы снижения вреда.

Передача ОЗТ в местах лишения свободы и последующий успешный переход в общество после освобождения может быть эффективной стратегией для борьбы с распространением инфекций, таких как туберкулез, ВИЧ-инфекция и гепатит C среди осужденных [66, c. 17-1-17-6]. ОЗТ предоставляет замещающие опиоидные препараты, такие как метадон или бупренорфин, для индивидов, которые являются зависимыми от опиоидов, чтобы помочь им избежать использования наркотиков и связанных с ними преступлений.

Однако, для успешной реализации этой стратегии необходимо проведение тренингов и обучения сотрудников тюрем в программе снижения вреда, чтобы они приоритетно отнеслись к этим мерам. Сотрудники тюрем должны быть осведомлены о пользе и эффективности ОЗТ, а также о необходимости обеспечения доступа осужденных к этому типу лечения.

Помимо обучения сотрудников тюрем, необходимы также доступные по стоимости меры для диагностики, лечения и профилактики туберкулеза среди осужденных. Это может включать проведение регулярных проверок на туберкулез, обеспечение доступа к антибиотикам и другим лекарствам, необходимым для лечения этого заболевания, и предоставление вакцинации против туберкулеза.

В контексте Казахстана, существует ряд проблем, связанных с медицинским обслуживанием осужденных в исправительных учреждениях. Некоторые из этих проблем включают ограниченную квалификацию медицинского персонала в отдаленных районах и учреждениях особого режима, а также ограниченное количество высококвалифицированных врачей. Большинство осужденных получает неквалифицированное лечение стандартным набором лекарств, и только те, у кого есть первичные симптомы заболеваний, получают минимальное медицинское обслуживание и лечение.

Проблемой является отсутствие узких специалистов, сложности с экстренной госпитализацией больных, использование устаревшего медицинского оборудования в исправительных учреждениях.

Для решения необходимы средства для обеспечения регулярной консультативной помощи от специалистов узкого профиля, усовершенствования материально-технического обеспечения медицинских подразделений в местах лишения свободы, а также повышения доступности передовых методов лечения в специализированных медицинских учреждениях.

Важными мерами являются также набор специалистов узкого профиля в медицинские подразделения и повышение квалификации медицинского персонала в исправительных учреждениях. Однако доступ к программам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ часто отсутствует в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях.

Отсутствие финансирования является причиной того, что не внедряются комплексные программы по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ в местах лишения свободы [68, c. 1089-1101]. Нет связи программ в местах лишения свободы с национальными программами по ВИЧ, туберкулезу и общественному здравоохранению.

К факторам рисков ВИЧ относятся: переполнение тюрем, насилие, плохие условия содержания, коррупция, недостаток защиты уязвимых осужденных, отсутствие обучения сотрудников тюрем, а также нехватка медицинских и социальных услуг.

В закрытых учреждениях, как для мужчин, так и для женщин, презервативы и смазки должны предоставляться бесплатно. Они должны быть доступны для осужденных [71, c. 4-148]. Важно внедрить политику по предотвращению, выявлению и устранению всех форм насилия, включая сексуальное насилие в местах лишения свободы. Осужденные с нетрадиционной сексуальной ориентацией, несовершеннолетние правонарушители и женщины должны содержаться отдельно, чтобы предотвратить случаи насилия.

Лечение наркозависимости должно осуществляться на основе апробированных методов. Учитывая, что терапия ОЗТ является наиболее эффективным методом лечения наркозависимости для лиц, зависимых от опиатов, она должна быть доступна в тюремных учреждениях. Осужденные, употребляющие наркотики при помощи игл и инъекций, должны иметь легкий и конфиденциальный доступ к стерильному оборудованию для инъекций, шприцам и аксессуарам, а также получать информацию о таких программах.

По мнению экспертов ООН, важно проводить профилактику распространения ВИЧ и гепатита через оказание медицинских и стоматологических услуг путем использования инфицированного медицинского или стоматологического оборудования [46, c. 2-11]. Поэтому поставщики медицинских, гинекологических и стоматологических услуг в местах лишения свободы должны соблюдать строгие протоколы по контролю за распространением инфекции и безопасному приему лекарств. В связи с этим, власти должны принять ряд мер по прекращению повторного использования оборудования, используемого для татуировок, пирсинга и других видов манипуляций.

Не менее важным является оказание помощи жертвам сексуального насилия и другим заключенным, подвергшимся риску заражения ВИЧ. Осужденные должны иметь доступ к программам по тестированию и консультированию по ВИЧ в любое время во время их пребывания в закрытых учреждениях [12, c. 2-30]. Поставщики медицинских услуг также должны предлагать тестирование и консультирование по ВИЧ всем задержанным во время медицинских осмотров и рекомендовать тестирование и консультирование, если у кого-то есть признаки или симптомы, которые могут указывать на наличие инфекции ВИЧ, а также беременным женщинам-заключенным [72]. При этом тестирование всегда должно проводиться на добровольной основе. Заключенный должен дать согласие на проведение тестирования и другие виды терапии.

Лечение ВИЧ-инфекции, осужденных в закрытых учреждениях должно быть эквивалентно терапии, оказываемой людям живущим с ВИЧ-статусом (ЛЖВ) в обществе [73]. Осужденных с ВИЧ статусом необходимо проверить на наличие туберкулеза. Людям, живущим с ВИЧ без симптомов активного туберкулеза, должна быть предложена изониазидная профилактическая терапия. Чтобы предотвратить распространение инфекции, необходимо обеспечить хорошую вентиляцию и естественное освещение в тюремных помещениях. Туберкулезным пациентам следует подвергаться изоляции до полного выздоровления. Непрерывное лечение играет важную роль в предотвращении развития заболевания и должно обеспечиваться на протяжении всего периода заключения [74].

Требуется разработать комплекс мер для беременных и кормящих женщин с ВИЧ-инфекцией, так как ВИЧ может легко передаваться от матери к ребенку. Этот комплекс мер должен включать предоставление адекватной медицинской поддержки, терапии и консультирования, чтобы предотвратить передачу ВИЧ от матери к ребенку.

Важным также является обучение осужденных о важности соблюдения мер по предотвращению распространения ВИЧ и половых инфекций.

Эффективное содействие в предупреждении распространения ВИЧ среди осужденных – это, по мнению экспертов ООН, главная цель устойчивого развития для достижения социального благополучия. Признаком «социального благополучия» является обеспечение доступа к современным и инновационным методам диагностики, лечения и профилактики ВИЧ для осужденных, с целью снижения возможности заражения в учреждениях и содействия их здоровью [75].

Достичь его возможно через систематическую и длительную работу по обучению осужденных в соблюдении высоких стандартов гигиены, безопасного секса и профилактики ВИЧ, предоставляя им все необходимые знания и инструменты для защиты себя и своих партнеров. Только через такие меры возможно гарантировать устойчивое здоровье и благополучие для осужденных, а также снизить общий уровень распространения ВИЧ в обществе.

Для достижения этих важных целей необходимо совмещать усилия управления учреждениями, медицинских работников, социальных работников и всех заинтересованных сторон, создавая синергию и внедряя передовые инновации в данной области, чтобы преодолеть преграды и сделать окружающий мир безопасным и здоровым для всех.

В Европе признают важность подготовки осужденных к возвращению в общество после периода заключения. Немецкий опыт в этой области основывается на прагматическом расчете: для противодействия рецидиву преступности в будущем нужна организация работы с осужденными сейчас. Осужденные обучаются соблюдать законы, нести ответственность за свои поступки и обеспечивать свое существование. Специалисты полагают, что для достижения этих целей необходимо избежать полной потери человеческого достоинства во время нахождения в тюрьме [67, c. 3-34].

Для этого минимизируются различия между условиями жизни в тюрьме и на свободе, что в конечном итоге способствует снижению уровня рецидивной преступности. В уголовно-исполнительном законодательстве признается необходимость перевоспитания лиц, осужденных к наказанию, путем ресоциализации, которая способствует формированию социальной ответственности. Осужденным предоставляется помощь социального работника, священника и психолога. Осужденные вовлекаются в трудовую деятельность, обучаются в школе и получают профессиональную подготовку [76].

Осужденные получают современные специальности, которые востребованы в обществе, чтобы после освобождения они могли успешно себя обеспечивать. В местах лишения свободы Германии активно применяется дистанционное обучение, включая ТВ-учебу, однако возникают сложности с сдачей зачетов и экзаменов из-за изоляции осужденных. Предоставление возможности осужденным работать в исправительных учреждениях направлено на их ресоциализацию. Осужденных в Германии помещают в места лишения свободы ближе к их месту жительства, что помогает минимизировать разрывы в социальных связях между осужденными и их окружением [9, c. 3-123].

Эти методы уголовно-исполнительной системы способствуют уменьшению общественных и личных конфликтов, коммуникации, согласию и терпимости, а также позволяют заключенным получить образование. В Германии общественные организации и опекунские советы активно участвуют в процессе социальной адаптации. Попечители помогают администрации тюрем создать условия, максимально приближенные к общественной жизни. Важными элементами в этом процессе являются групповая психотерапия и беседы, направленные на разрешение конфликтов между персоналом места лишения свободы и осужденными.

По законодательству Германии освобождаемым лицам оказывается материальная помощь и поддержка в трудоустройстве. Им помогают найти работу, жилье и выделяют средства на проезд и одежду. Финансирование осуществляется за счет денежных средств, которые осужденные вносили на свой счет во время отбывания наказания. В исправительных учреждениях Германии предоставляется помощь осужденным на протяжении всего срока отбывания наказания, что способствует их успешной интеграции в общество [66, c. 17-1-17-6].

Эффективность процесса реализации в Федеративной Республике Германии объясняется следующими его особенностями [9, c. 3-15]:

1. В Германии основная задача социальной работы в уголовно-исполнительных учреждениях – установление внешних причин, которые могут способствовать рецидиву преступлений. Организуется помощь осужденным в решении проблем с жильем, образованием, трудоустройством, и тем, кто страдает от зависимостей.

2. Социальная помощь оказывается через разветвленную сеть государственных и негосударственных организаций. Государственные организации, финансируемые Министерством юстиции, включают социальные службы уголовно-исполнительных учреждений. Негосударственные организации, финансируемые благотворительными взносами, включают специальные организации, образовательные учреждения, консультационные центры и общественные организации, созданные религиозными конфессиями, политическими партиями и другими организациями.

3. Комплекс мероприятий социальной помощи целенаправлен на решение различных проблем, которые могут влиять на рецидив преступлений. Это включает юридическую, психологическую и социальную помощь, а также воспитательную работу, которая стимулирует преступников сотрудничать с судом, примиряться с потерпевшими и соблюдать закон.

4. Социальная помощь также оказывается подозреваемым и обвиняемым на этапе судебного разбирательства для выяснения обстоятельств совершения преступлений и принятия решения о возможности применения альтернативных мер наказания.

5. В учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, социальную работу выполняют штатные социальные работники. Сотрудники тюрем также получают специальную подготовку для организации социальной работы с осужденными. Помимо этого, общественные организации также оказывают осужденным социальную помощь для поддержания их связи с внешним миром во время отбывания наказания.

6. Работа государственных и негосударственных организаций не дублирует, а дополняет друг друга, а контроль осуществляют сотрудники Министерства юстиции. Кроме того, мероприятия по социальной помощи осужденным включают в себя комплексное решение проблем.

В уголовно-исполнительном законодательстве Германии прописано, что процесс исправления и ресоциализации осужденного проводится через ряд психологических и социально-воспитательных мер перевоспитания [77].

Детально регламентирован принцип перевоспитания осужденных: принцип равноправия, согласно которому все осужденные внутри учреждений не должны быть отрезаны от внешнего мира, что подразумевает под собой предоставление государством гарантий заключенным по обеспечению работой, досугом и обучением, а также заключенный должен быть подготовлен к самостоятельной жизни после освобождения.

Функция перевоспитания осужденных в пенитенциарных системах ФРГ возложена на социальных педагогов. Для достижения одной из основных целей уголовно-исполнительного права Германии – успешной ресоциализации осужденных – способствует применение воспитательных программ, реализацией которых занимаются не только сотрудники исправительных учреждений, но и социальные педагоги, учителя и священники [76, c. 119-136].

Для несовершеннолетних осужденных в Германии существует специальное наказание в виде помещения в молодежный дом «Югендхауз». Воспитание несовершеннолетних основывается на гуманистическом подходе, который включает в себя конкретные меры для устранения социальных дефектов у несовершеннолетних осужденных.

Этот подход включает специфический режим и настойчивое следование ему, благодаря которым дефекты социального развития несовершеннолетнего осужденного должны быть устранены. В молодежном доме «Югендхауз» проводятся программы по освоению школьного образования, гражданскому воспитанию, а также организуются занятия культурой и спортом. Целью таких мер является не только исправление преступника, но и преподавание навыков, которые позволят им успешно интегрироваться в общество после освобождения. Важным аспектом этого подхода является также внимание к психологическому благополучию несовершеннолетних осужденных [78].

В молодежном доме «Югендхауз» осуществляется индивидуальное, коллективное и психологическое руководство, что помогает формировать у них здоровую самооценку и уверенность в будущем.

Пенитенциарная система Китая осуществляет исполнение наказания осужденных, а также их реабилитацию и подготовку к возвращению в общество. Министерство юстиции Китая контролирует различные учреждения исполнения наказания, включая колонии строгого режима, исправительные колонии, колонии полуоткрытого режима, открытые исправительные учреждения и специализированные учреждения [79].

В пенитенциарной системе Китая осуществляются реабилитационные программы, включающие профессиональное обучение, психологическую поддержку и консультирование, лечение от наркомании и другие меры, направленные на успешную ресоциализацию осужденных в общество [80].

Осужденные в Китае привлекаются к работам внутри учреждений исполнения наказания для производства товаров или предоставления услуг. Это помогает им получить профессиональные навыки и подготовиться к трудоустройству после освобождения [81].

Особое внимание в пенитенциарной системе Китая уделяется социальной реабилитации осужденных. Она включает поддержку в получении образования, обучении гражданским и профессиональным навыкам, предоставлении услуг по трудоустройству и другие меры, способствующие успешному возвращению осужденных в общество. По данным Национального бюро статистики Китая в 2020 году в Китае содержалось около 2,3 миллиона осужденных [74, c. 66-81].

В разных регионах Китая были проведены исследования, чтобы изучить процент рецидива осужденных, но общих данных о рецидивизме нет. Согласно исследованию, Национального бюро статистики Китая, в 2020 году рецидив преступлений в Китае составлял около 8% [82, 83].

В китайской пенитенциарной системе действует национальный план борьбы с ВИЧ/СПИДом, направленный на предотвращение распространения инфекции и обеспечение поддержки осужденным с положительным ВИЧ-статусом. В этом плане предусмотрены профилактика ВИЧ/СПИДа, возможность тестирования, доступ к антивирусной терапии и другие меры поддержки. Для ВИЧ-положительных, осужденных созданы специализированные лечебно-профилактические учреждения, где они могут получить необходимую медицинскую помощь, включая антивирусную терапию и медицинское обследование [9, c. 3-206].

Китайская пенитенциарная система защищает права и конфиденциальность ВИЧ-положительных осужденных, предотвращает моральную дискриминацию. Сотрудники пенитенциарных учреждений получают знания о ВИЧ/СПИД. Специально разрабатываются протоколы конфиденциальности, чтобы создать безопасную и поддерживающую среду для осужденных с данным заболеванием [84].

Китайская пенитенциарная система предоставляет социальную поддержку и реабилитацию ВИЧ-положительным осужденным, включая психологическую поддержку, программы социальной адаптации, помощь в трудоустройстве и другие формы поддержки ресоциализации [83, c. 1018-1041].

Необходимо отметить, что в Китае социальная работа имеет длительную историю развития и начала свое функционирование после проведения социальных реформ в стране. Развитие социальной работы в Китае проходило в три основных этапа. Первый этап - когда социальная работа была введена в Китае с 1922 по 1952 год; второй этап длился с 1952 по 1988 годы, когда было отменено образование в области социальной работы; и третий этап существует с 1988 года, когда была восстановлена и вновь введена в действие социальная работа [85].

Важно отметить, что в местах лишения свободы Китая проводится эффективная исправительно-социальная работа [86]. Специалисты и добровольцы применяют знания для предоставления заключенным или подозреваемым и их семьям психологических консультаций по коррекции поведения, профессиональной подготовке, улучшению социальной среды. Социальная служба направлена на снижение преступности, изменение поведения и адаптацию к нормальной социальной жизни.

Социальные работники оказывают в местах лишения свободы следующие услуги:

‒ знакомство с тюремными правилами, помощь в избавлении от вредных привычек;

‒ предоставление терапевтических и корректирующих консультаций по вопросам права, психологии, моделей поведения и образа жизни;

‒ профессиональную подготовку по современным специальностям и повышение уровня коммуникативных способностей;

‒ помощь осужденным в установлении семейных отношений и создании социальных связей.

Статья 54 Закона о местах лишения свободы Китайской Народной Республики требует от всех тюрем создавать медицинские институты, специализирующиеся на вопросах здравоохранения, профилактики эпидемий и лечения осужденных [86, c. 3-145].

Эти учреждения предоставляют заключенным медицинские услуги. По закону места лишения свободы должны обеспечивать удовлетворительные санитарные и бытовые условия для осужденных в целях обеспечения их здоровья и жизни.

Закон о местах лишения свободы в Китае должен соблюдаться при создании тюремной больницы, обеспечивающей санитарно-эпидемиологическую профилактику и медицинское обслуживание осужденных [86, c. 3-145]. Каждая тюрьма имеет трехуровневую систему гарантий медицинского обслуживания, состоящую из базового лазарета, тюремной больницы и провинциальной больницы. Это обеспечивает гарантию жизни и здоровья осужденных и усиливает надзор за лицами, отбывающими наказание. Медицинское обслуживание в местах лишения свободы отвечает потребностям персонала, целевой группы и учреждения.

Ресоциализация осужденных в Китае происходит, когда поведение человека нарушает социальный кодекс поведения и моральные нормы [83, c. 1018-1041]. В более узком смысле ресоциализация осужденных представляется в местах лишения свободы и относится к принудительной реабилитации с целью коррекции поведения. Это делается специально обученным персоналом. Данная процедура очень важна для китайского общества, поскольку ресоциализация осужденных предотвращает рецидив совершения новых преступлений.

Статья 356 Уголовного кодекса Китая гласит, что, если осужденный по таким тяжким статьям как контрабанда наркотиков, наркоторговля, перевозка, производство или хранение наркотических средств снова совершает подобное преступление, то срок наказания увеличивается [85, c. 254-261].

В Китае существуют три основные формы социальной помощи и образования [86, c. 5-16]:

‒ сотрудники службы социальной помощи и образования приезжают в места лишения свободы для подготовки отчетов, выступлений, пропаганды политики;

‒ родственники преступников, коллеги и их друзья принимают участие в перевоспитании путем оказания помощи в образовании. Подобное взаимное сотрудничество является очень эффективным в работе с осужденными;

‒ администрация места лишения свободы связана соглашением с органами местного управления, которые направляют в тюрьму сотрудников для помощи штатным работникам.

Социальная поддержка и образование являются наиболее эффективными способами оказания помощи осужденным. В Китае для этого организуют штатные группы сотрудников правоохранительных органов, широко привлекают социальных работников, добровольцев, общественные организации, школы, членов семей.

Таким образом, следует отметить, что социальная работа в пенитенциарной системе Китая все еще находится на относительно начальном этапе, и многие аспекты работы нуждаются в улучшении, особенно в области медицинского обслуживания, образования, профессиональной подготовки, психологического консультирования, социальной поддержки и т.д.

Проблема ВИЧ-инфекции в китайских местах лишения свободы представляет серьезную и непосредственную угрозу для здоровья не только осужденных, но и для персонала учреждений. Статистика показывает, что большинство ВИЧ-положительных лиц приобретают эту опасную инфекцию еще до того, как они попадают за решетку [87]. Обстоятельство это связано, прежде всего, с недостаточной осведомленностью и личным небрежным отношением населения к проблематике ВИЧ-инфекции, а также с систематическим нарушением правил гигиены. Стоит отметить, что недоступность адекватной медицинской помощи и нехватка АРТ также способствуют увеличению числа заболевших этой инфекцией.

Работа с ЛЖВ в китайских местах лишения свободы имеет свои особенности. Одной из таких особенностей является строгий контроль за доступом к лекарственным препаратам и медицинской помощи, чтобы гарантировать, что каждый ВИЧ-положительный заключенный получает необходимые лекарства и соответствующее медицинское вмешательство.

Важным аспектом является проведение регулярного тестирования осужденных на ВИЧ для выявления новых случаев инфекции и своевременного начала лечения. Однако, помимо этого, также существует программа по профилактике передачи ВИЧ-инфекции среди осужденных.

Социальные работники проводят обучающие занятия, на которых заключенным рассказывается о важности использования презервативов. Распространение презервативов среди осужденных осуществляется, чтобы предотвратить распространение инфекции и уменьшить вероятность ее передачи. Для обеспечения эффективной работы с ЛЖВ, сотрудники тюремной службы проходят специальные курсы по работе с данной категорией осужденных. Эти курсы помогают сотрудникам приобрести знания и навыки, необходимые для обеспечения безопасных условий для всех осужденных и контроля над распространением ВИЧ-инфекции в учреждении.

Тем не менее, китайская пенитенциарная система сталкивается с серьезными вызовами в работе с ЛЖВ [86, c. 10-132]. Несмотря на определенные усилия по улучшению условий и доступа к медицинской помощи, остается много проблем.

В Китае система наркологической реабилитации является правовой системой, основанной на принудительных полномочиях государства, что облегчает осуществление наркологической реабилитации как административного акта. Нынешняя система лечения от наркомании в Китае включает принудительное лечение от наркомании в сочетании с добровольной и обязательной лекарственной терапией. Эта система соответствует Закону Китайской Народной Республики о контроле над наркотиками, Положениям о реабилитации наркоманов и судебно-административным органам с законодательной точки зрения [88].

В первом из них в качестве основной правовой основы определяется правовой статус принудительной наркологической реабилитации, определяется конкретная сфера применения, директивные органы, процедуры принятия решений, продолжительность и дата начала лечения; и других систем, в то время как вторая и третья в первую очередь предусматривают обеспечение и управление местами для принудительной изоляции реабилитации наркозависимых.

В Китае органы общественной безопасности и судебные органы являются основными исполнительными учреждениями, отвечающими за обязательное лечение людям с наркотической зависимостью. Органы общей безопасности в первую очередь отвечают за утверждение и выполнение краткосрочных заданий по реабилитации наркоманов. Органы общественной безопасности, создавшие центры принудительной реабилитации наркоманов, несут ответственность за управление ими. Органы общественной безопасности народных правительств провинций предлагают проект и представляют его на утверждение народных правительств.

В Китае существует три типа центров реабилитации наркозависимых: центры принудительной реабилитации под надзором органов государственной безопасности; центры принудительной реабилитации под контролем судебных и административных органов; лечебные учреждения наркологической реабилитации под надзором органов здравоохранения [89].

В соответствии с законодательством лица, находящиеся в принудительной изоляции и дезинтоксикации, подлежат обязательному аресту на срок не более 12 месяцев [86, c. 10-132]. Департамент судебной администрации переводит их в места принудительной изоляции и реабилитации для продолжения их обязательной изоляции, и реабилитации.

В настоящее время система принудительной реабилитации наркозависимых в виде изоляции объединяет и заменяет собой систему принудительной реабилитации органами общественной безопасности и систему перевоспитания в соответствии с судебно-административными правилами посредством трудовой реабилитации наркозависимых. В настоящее время она включает в себя базовую систему мер по реабилитации наркозависимых в Китайской Народной Республике наряду с добровольной и общинной реабилитацией.

В последние годы в законодательстве Китае были приняты нормативные акты по реабилитации наркозависимых. В 2008 году был принят Закон о борьбе с наркотиками [90]. В нем унифицирована система принудительной реабилитации наркозависимых, а трудовая реабилитация заменена реабилитацией органов общественной безопасности и судебно-административным перевоспитанием.

В Законе о борьбе с наркотиками изложены условия применения принудительной изоляции для реабилитации наркозависимых, включая процедуры принятия решений, продолжительность, управление учреждениями и наличие врачей.

Основные черты пенитенциарной системы Норвегии включают гуманистический подход к исполнению наказания, акцент на реабилитации осужденных и сотрудничество с обществом. Норвегия придерживается принципа, что наказание должно быть заточением, а не местью. По данным Норвежской службы юстиции, в 2019 году преступность в Норвегии достигла самого низкого уровня за последние 10 лет [76, c. 119-136].

Рецидивизм в Норвегии является одним из самых низких в мире. По данным отчета Норвежского управления юстиции и общественной безопасности, лишь около 20% осужденных возвращаются в тюремную систему в течение двух лет после освобождения [78, c. 5-160]. Пенитенциарная система Норвегии акцентирует внимание на реабилитации и ресоциализации осужденных. Внимание администраций тюрем сосредоточено на образовании и трудовой занятости осужденных с целью их подготовки к успешному возвращению в общество после освобождения.

Открытые места лишения свободы являются важной особенностью пенитенциарной системы Норвегии. Они предоставляют заключенным большую свободу и ответственность, а также меньше стресса и агрессии, что способствует реабилитации осужденных.

Система уклонения от тюремного заключения является одной из ключевых черт пенитенциарной системы Норвегии и тесно связана с акцентом на реабилитации осужденных. Она предусматривает использование альтернативных видов наказания, таких как общественные работы или электронный контроль, вместо лишения свободы и заключения в тюрьму. Это подходит для осужденных, чьи преступления не являются настолько серьезными, чтобы лишать свободы.

Согласно информации, Norwegian Ministry of Justice and Public Security система уклонения от тюремного заключения предоставляет возможность осужденным исполнить наказание без прямого заключения в тюрьму, что имеет положительные последствия для реабилитации и ресоциализации осужденных. Это способствует более эффективному использованию ресурсов системы юстиции [78, c. 5-160].

Система уклонения от тюремного заключения в Норвегии является дополнительным инструментом в пенитенциарной системе, который помогает достичь целей реабилитации осужденных и минимизировать заключение в тюрьму для некоторых категорий преступников.

Процесс ресоциализации в норвежских местах лишения свободы имеет решающее значение для обеспечения успешной реинтеграции осужденных в общество и сокращения рецидивов. Социальные работники в норвежских исправительных учреждениях играют жизненно важную роль в содействии этому процессу. Вся деятельность исправительной службы строится на пяти основных элементах:

‒ гуманистическое понимание прав человека;

‒ правовая помощь и равное обращение с осужденными;

‒ освобождение осужденных компенсирует их преступления;

‒ предотвращение новых преступных деяний.

Приговоры к тюремному заключению основываются на европейском правиле тюремного заключения, согласно которому никто не может быть лишен свободы, кроме как в качестве крайней меры. Это правило подчеркнуто принципом, что никто не должен находиться в более строгих условиях, чем необходимо [76, c. 119-136]. В основе обращения с осужденными лежит принцип нормальной жизни. Это означает, что осужденные имеют равные права и обязанности по отношению к остальному населению при отбывании наказания.

Принцип нормальности обеспечивает право всех осужденных на получение образования. Кроме того, позитивная криминология является основополагающим аспектом деятельности норвежской исправительной службы, которая выступает за развитие позитивных аспектов реабилитации осужденных. Это понимание подразумевает стимулы в службе уголовной опеки, которые сосредоточены на реабилитации через положительный опыт.

Пенитенциарная система Норвегии известна своим акцентом на принципы реабилитации и восстановительного правосудия. Этот подход признает потенциал позитивных изменений в положении осужденных и подчеркивает роль социальных работников в содействии этим изменениям. После поступления в тюрьму социальные работники оценивают конкретные потребности, риски и сильные стороны осужденных [91]. Цель заключается в решении таких проблем, как злоупотребление психоактивными веществами, психическое здоровье и отсутствие образования и профессиональных навыков.

Предоставление психосоциальной поддержки в норвежских местах лишения свободы является одной из важнейших функций социальных работников. Они предлагают консультации, терапию и вмешательство для решения таких проблем, как депрессия, тревога и расстройства, связанные с потреблением психоактивных веществ. Исследования авторов подчеркивают важность психосоциальной поддержки в процессе реабилитации [92].

Поддержание семейных связей и взаимодействие с общиной являются основными характеристиками ресоциализации в Норвегии. Социальные работники помогают заключенным поддерживать контакты со своими семьями и восстанавливать отношения. Они подчеркивают важность сохранения системы поддержки для успешной ресоциализации в общество [91, c. 23-25].

Система образования в местах лишения свободы дает надежду заключенным на то, что перемены на лучшее будущее могут быть достигнуты. В Норвегии реабилитация на основе формального образования является долгосрочной приоритетной задачей в системе уголовного правосудия. Реабилитационные преимущества образования должны способствовать трудоустройству и тем самым обеспечить успешное возвращение в общество. Образование рассматривается как один из наиболее важных способов освоить жизнь после окончания тюремного заключения и является важной мерой предупреждения преступности.

Обучение в местах лишения свободы направлено на повышение компетентности осужденных. Образование может улучшить перспективы трудоустройства и тем самым условия жизни после освобождения, что предотвратит рецидив. Образование поможет заключенным воспользоваться своими способностями и реализовать свои потребности. Обучение в местах лишения свободы направлено на повышение социальной компетентности путем передачи и изменения ценностей.

Норвежские осужденные имеют более низкий уровень образования, чем средняя численность населения. Обследование условий жизни, проведенное Статистическим управлением Норвегии в 2014 году, содержит описание других социальных проблем, существующих в этой группе. По данным опроса 2014 года, 30% осужденных сообщили, что у них были проблемы с чтением и письмом. Многие осужденные пережили тяжелое детство, не трудились, испытали бедность, бездомность, проблемы с наркотиками и со здоровьем [93].

Это еще раз доказывает тезис, что осужденные представляют собой сложную группу, для которой характерно накопление социальных проблем. Хотя служба исправительных учреждений контролируется министерством юстиции, министерство образования и научных исследований несет профессиональную и финансовую ответственность за обучение осужденных.

Хотя образование всегда играло важную роль в норвежской уголовной службе, норвежские места лишения свободы предлагали образование только после 2008 года.

В настоящее время обучение в местах лишения свободы является целенаправленной государственной политикой. Обучение в тюрьме приравнивается к обучению вне стен места лишения свободы. Поскольку осужденные имеют равные права на образование, как и остальное население, преподавательская компетенция также должна быть эквивалентной обычному образованию. Посещать школу может любое лицо, которое не завершило или не имеет законного права на получение полного среднего образования. Хотя обучение в местах лишения свободы осуществляется в соответствии с принципом нормальности, существуют некоторые условия, отличающие преподавание в местах лишения свободы от обычной школы.

По соображениям безопасности в классах меньше учащихся. Это обеспечивает большую плотность преподавательского состава, что может принести пользу заключенным.

Некоторые осужденные вынуждены прерывать свое образование после освобождения, однако после освобождения они могут посещать дополнительные занятия.

Многие норвежские места лишения свободы предлагают образовательные и профессиональные программы для расширения возможностей трудоустройства осужденных после их освобождения. Так, Л. Андерсон и Г. Моен в своих трудах подчеркивали тот факт, что социальные работники помогают заключенным получить доступ к этим возможностям и помогают им приобрести новые навыки и квалификацию [14, c. 313-319].

Социальная работа в Норвегии делает акцент на реабилитацию и реинтеграцию. Социальные работники являются главными акторами в возвращении осужденных к обществу, сокращению рецидивов и социальной интеграции. Норвежский опыт ресоциализации служит моделью для других стран, стремящихся включить принципы реабилитации и реституционного правосудия в свои исправительные системы.

Принципы пенитенциарной системы и методы ресоциализации, реализуемые в Германии, Китае и Норвегии, представляют ценный материал для Казахстана. Они отражают современные подходы, основанные на принципах гуманизма, индивидуального подхода к заключенным и предупреждения повторных преступлений.

Методы, используемые в этих странах, предлагают практические и эффективные инструменты для улучшения пенитенциарной системы и ресоциализации, они могут быть применены и в Казахстане. Для успешной реализации этих методов требуется сотрудничество и координация между различными ведомствами и органами власти в Казахстане. При реорганизации системы тюрем Казахстана важно сотрудничать с общественными организациями, международными партнерами и другими заинтересованными сторонами. Это позволит создать эффективные программы ресоциализации и помощи заключенным после освобождения.

На данный момент пенитенциарная система Республики Казахстан претерпевает значительные изменения. Стратегический план развития страны до 2025 года включает в себя ряд мер, направленных на улучшение условий содержания осужденных, разработку альтернативных методов наказания, реабилитацию и ресоциализацию осужденных [94].

Служба пробации играет важную роль в поддержке осужденных на пути к исправлению и возвращению к обществу. Казахстан стремится построить современную, справедливую и эффективную пенитенциарную систему с учетом международного опыта [95]. Эта система должна поддерживать принцип гуманизации уголовного правосудия и соответствовать современным нормам.

Осужденные с положительным ВИЧ-статусом и находящиеся в процессе реинтеграции, после освобождения получают медико-социальное сопровождение, которое является важным компонентом успешной реабилитации и социальной адаптации. Отдельное внимание следует уделить женщинам, возвращающимся из мест лишения свободы, а также созданию программ поддержки и реабилитации, которые учитывают гендерную принадлежность.

Успешное медико-социальное сопровождение ВИЧ-положительных осужденных и освобожденных лиц, зависимых от наркотиков, имеет решающее значение для предотвращения повторных преступлений и обеспечения успешной адаптации в обществе.

В процессе реинтеграции женщины, возвращающиеся из мест лишения свободы, часто сталкиваются с множеством проблем. Их способность успешно адаптироваться к обществу значительно зависит от степени дискриминации, с которыми они сталкиваются. Чтобы улучшить жизнь женщин после освобождения, необходимо создать программы, предназначенные для поддержки и реабилитации [56, c. 443-454].

Успешное медико-социальное сопровождение ЛЖВ, особенно наркозависимых, имеет решающее значение для предотвращения повторных преступлений и обеспечения успешной адаптации в обществе. Успешное медико-социальное сопровождение зависит от раннего взаимодействия и сотрудничества между учреждениями здравоохранения и исправительными учреждениями, а также предоставления специализированных услуг с учетом гендерных различий.

В целом, создание и реализация программ медико-социального сопровождения для осужденных и освобожденных лиц, страдающих ВИЧ, требует комплексного подхода, который включает социальную, медицинскую, психологическую и профессиональную помощь. Это единственный способ обеспечить успешную ресоциализацию этой уязвимой группы населения.

Проблемы, связанные с переполненностью тюрем, употреблением наркотиков и распространением инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, представляют большую опасность для общественного здоровья в целом и здоровья осужденных. Принятие мер по снижению количества осужденных, предоставление доступа к эффективному лечению и реабилитации, а также проведение превентивных мер, таких как опиоидная заместительная терапия и программы снижения вреда, будут способствовать решению этих проблем и улучшению общественного здоровья в целом [65, c. 4-152].

Кроме того, для предотвращения распространения инфекционных заболеваний в местах лишения свободы необходимо работать над улучшением условий содержания осужденных. Обеспечение чистой питьевой воды, чистоты и гигиены, а также доступа к медицинской помощи являются примерами этого.

Не только осужденные, но и сотрудники тюрем должны получать информацию о важности предотвращения туберкулеза и других инфекционных заболеваний [61, c. 153-165]. Обучение сотрудников методам профилактики и лечения поможет остановить распространение заболеваний в помещениях.

В целом, улучшение общественного здоровья и здоровья осужденных в местах лишения свободы может быть достигнуто с помощью комплексного подхода, который включает в себя снижение количества осужденных, улучшение условий содержания, предоставление доступа к медицинской помощи и реабилитации, а также проведение информационных кампаний.

В свете мирового опыта также важно активно включать общественные организации, международных партнеров и других заинтересованных сторон в процесс развития и улучшения пенитенциарной системы Казахстана. Внедрение передовых практик, обмен опытом и ресурсами, а также получение дополнительной экспертной поддержки будет легче при сотрудничестве с внешними партнерами. Это позволит создавать более эффективные программы ресоциализации и поддержки осужденных, что повысит вероятность успешной реабилитации и предотвращения рецидива.

Комплексный подход, принцип гуманизации системы позволит Казахстану создать современную, и эффективную пенитенциарную систему, соответствующую международным нормам уголовного правосудия.

**2.2 Реформа пенитенциарной системы и служба пробации Республики Казахстан**

Развитие институционального потенциала пенитенциарной системы невозможно без комплексной трансформации подходов к исполнению наказаний. Одним из таких подходов является пробация - форма надзора, сочетающая контроль и социальную поддержку осуждённых, способствующая снижению рецидива и укреплению социальной справедливости.

Инструментом пенитенциарной реформы является пробация. Это процесс применения контрольных мер в сочетании с социально-правовым сопровождением правонарушителя и направлен на снижение криминальной активности, предотвращение повторных правонарушений. Пробация имеет векторный характер, что означает объединение усилий всех органов и лиц, участвующих в этом процессе, вокруг личности правонарушителя. Государственные институты играют ведущую роль в пробации. В этом процессе задействованы также институты гражданского общества.

Внедрение пробации в качестве юридического инструмента в Казахстане является основным элементом для достижения целей пенитенциарной реформы и снижения криминальной активности лиц, совершивших преступления [96]. Казахстанская система уголовно-исполнительного наказания традиционно включена в систему правоохранительной деятельности государства.

В результате политики гуманизации, проводимой в Казахстане, наблюдается увеличение числа лиц, осужденных к альтернативным мерам наказания, не связанным с изоляцией от общества, и прошедших контроль уголовно-исполнительных инспекций. Эта тенденция будет сохраняться и в будущем. Из-за этого возникает актуальная потребность в качественной реализации альтернативных мер наказания. Для решения этой проблемы и предотвращения рецидива преступлений в стране была создана служба пробации. Закон, подписанный 15 февраля 2012 года, направлен на внедрение службы пробации в структуру уголовно-исполнительной системы, которая предоставляет социально-правовую помощь осужденным.

В Казахстане условное осуждение, отсрочка отбывания наказания и условно-досрочное освобождение являются формами социально-правового контроля, основанным на испытании осужденных без лишения их свободы. Пробация впервые позиционировалась как гуманная возможность предоставления осужденным, в том числе несовершеннолетним, второго шанса. Осужденным, находящимся под пробацией, требовалось не только соблюдать законы, но и улучшить свое поведение. Главная цель деятельности службы пробации заключается в защите общества, предупреждении повторных преступлений, содействии ресоциализации правонарушителя в общество [97].

У службы пробации есть несколько функций:

Во-первых, она реализует исполнение альтернативных видов наказаний, предписанных судом.

Во-вторых, она осуществляет надзор за осужденным и помогает ему в процессе исполнения наказания, используя специальные программы и методы исправления. Сотрудники службы пробации проводят социально-психологическую работу с осужденными, влияют на их сознание и поведение, а также помогают им справиться с различными эмоциональными проблемами. Фактически - это работа социальных работников.

Возникает потребность введения в штат службы пробации профессиональных социальных работников, психологов [98]. Надо признать, что институты гражданского общества практически не оказывает помощь в надзоре за лицами, привлеченными к уголовной ответственности и находящимися вне пенитенциарных учреждений. Это также относится к слабой работе по ресоциализации лиц, отбывших наказание в виде лишения свободы [99].

С введением нового Уголовного и Уголовно-исполнительного кодексов в Республике Казахстан с 1 января 2015 года, служба пробации получила новые возможности для работы. Теперь перечень осужденных, подлежащих пробационному контролю, расширился, а обязательные общественные работы стали обязательными практически для всех лиц, относящихся к этой категории. Также были введены электронные браслеты. Эти изменения направлены на развитие пробации и приближение Казахстана к международным нормам в исполнении альтернативных мер наказания.

Основными задачами службы пробации в Казахстане являются: содействие интеграции осужденных в общество и формирование у них уважения к социальным и правовым нормам, участие потерпевших в уголовном процессе и защита их прав, привлечение осужденных к процессу реституции, защита общества через эффективное применение альтернативных мер наказания и снижение риска повторных преступлений.

Порядок и условия исполнения пробации и условного осуждения имеют свои отличия, и, соответственно, функции сотрудников службы пробации тоже различны для этих двух категорий под надзором. В отношении условно осужденных лиц основная функция сотрудников заключается в контроле выполнения ими судом установленных условий и оценке их поведения. И хотя условно осужденным также может быть назначено посещение тренингов, индивидуальные программы ресоциализации для них не разрабатываются, а контроль является формальным.

Суд при назначении условного осуждения определяет пробационный контроль и обязанности для осужденного, а также устанавливает функцию содействия и социально-правовой помощи условно осужденным. При продлении испытательного срока для условно осужденных может быть усилен пробационный контроль, например, с регулярными явками в органы пробации и применением электронных средств контроля. Также сотрудникам уголовно-исполнительной инспекции предоставлено право составления протокола об административном правонарушении в отношении подконтрольных им лиц.

Местным исполнительным органам были добавлены обязанности разработки региональных программ трудоустройства и социальной помощи осужденным, состоящим на учете пробации. Одним из основных функций службы пробации является досудебная деятельность, которая проводится параллельно с проведением следственных действий органов дознания и следствия.

Она состоит в сборе информации о правонарушителе для оказания помощи суду в выборе наиболее эффективной формы наказания на основе прогноза дальнейшего поведения и исправления лица в тюрьме или на свободе. Это позволяет суду получить дополнительную информацию о личности, которая не всегда может быть получена в ходе следствия и судебного процесса, и помогает сотрудникам службы пробации разработать программы исправления или воспитательного воздействия на осужденного. В процессе судебного процесса сотрудник службы пробации является процессуальным участником, подтверждает свои выводы и несет ответственность за осужденного в случае назначения альтернативного вида наказания [100].

Социальные работники в исследовании личностных характеристик правонарушителей используют беседы с ними, их близкими, родственниками, коллегами и друзьями. Поэтому выполнение этой функции требует от работников службы пробации определенных знаний в области психологии и педагогики. В Казахстане основное внимание уделяется третьему этапу пробации – пост-пенитенциарному. Это определяется особенностями исполнения альтернативного наказания.

Согласно статье 63 Уголовного кодекса РК, пробация устанавливается для лиц, осужденных условно к лишению свободы на испытательный срок, который не может превышать трех лет. В период испытательного срока уголовно-исполнительные инспекции проводят работу по контролю осужденных и оказанию социально-правовой помощи в направлениях: образование, медицинская помощь, трудоустройство и решение иных социальных проблем осужденного [101].

На практике существует ответственность за нарушение условий и порядка условного осуждения, указанные в статье 64 УК РК, которые могут привести к отмене условного осуждения и отправлению подсудимого в исправительную колонию [55, с. 43-45]. Эффективность исполнения наказаний характеризуется уровнем повторной преступности и количеством уклонений от отбывания наказания. Повторные преступления совершают подучетные лица, не имеющие постоянной регистрации и работы, т.е. социально не защищенные.

Причинами роста повторных преступлений являются: низкое правовое сознание, миграция из одних регионов страны в другие в поисках работы, бытовая неустроенность, наркозависимость, злоупотребление спиртными напитками. Недостаточное выделение квоты для обязательного трудоустройства освобожденных из мест лишения свободы влечет социальную необустроенность и является причиной рецидивов.

Необходимость совершенствования компонентов исполнения наказаний отметил в своей диссертационной работе Ламашарипов Д.М. [102]. Его предложения включают 7 реформ, напрямую связанных с пенитенциарной системой.

В рамках Инициативы 4.3 «Дальнейшая гуманизация уголовного и административного законодательства» планируется работа по декриминализации и гуманизации экономических составов правонарушений с низкой степенью общественной опасности, включая налоговые, таможенные и другие [94].

Инициатива 4.4 «Модернизация уголовного процесса» предусматривает запуск поэтапного внедрения модели досудебного процесса, которая обеспечит укрепление гарантий защиты прав человека от необоснованного вовлечения в уголовное преследование, повышение объективности при принятии решений по уголовному делу и принципа состязательности сторон [94].

Инициатива 4.5 «Развитие правоохранительной системы» предусматривает улучшение форм и методов работы правоохранительных органов, повышение требований к квалификации и дисциплине сотрудников [94].

Инициатива 4.14 «Совершенствование уголовно-правовых мер» направлена на расширение сферы применения уголовных наказаний, не связанных с изоляцией от общества. Также планируется улучшение условий содержания осужденных в местах лишения свободы, в том числе переход к камерному порядку содержания с возможностью передвижения и межличностного общения в пределах учреждения, а также системные меры по ресоциализации осужденных, освободившихся из мест лишения свободы [94].

При реформировании пенитенциарной системы необходимо учитывать готовность КУИС к интеграции в новую социально-экономическую реальность глобальных реформ «Стратегического плана – 2025» [94]. Одним из важнейших условий для обеспечения соблюдения законов и снижения преступности является высокий уровень правовой культуры граждан и их нетерпимости к нарушению законов.

Стоит задача сократить влияние на общество криминальной/тюремной субкультуры. Однако исследования показывают, что многие сотрудники пенитенциарной системы не способны на идейном уровне противостоять носителям этой субкультуры. Около трети осужденных в Казахстане отрицают административный порядок, культивируют свое криминальное мировоззрение и противопоставляют себя администрации.

Надо признать, что в ночное время правила и нормы этой группы доминируют. В условиях, когда значительная часть осужденных и сотрудников пенитенциарной системы являются носителями криминальной/тюремной субкультуры, модернизация общественного сознания является весьма сложной задачей.

По мнению А. Шамбилова, регионального директора Международной тюремной реформы в Центральной Азии, необходимо преобразовать КУИС в самостоятельное агентство при правительстве РК. Осужденные должны видеть в сотрудниках колоний не просто людей в форме, чья задача - наказать, а гражданских лиц, которые стремятся помочь им осознать свою ошибку и исправиться. Введение самостоятельного статуса КУИСу может способствовать смягчению влияния криминальной/тюремной субкультуры и улучшению реабилитации осужденных [103].

В научном сообществе зреют идеи сокращения верхнего предела лишения свободы до уровня Уголовного кодекса Казахской ССР. Это должно привести к сокращению «тюремного населения» и гуманизации уголовного законодательства на системном уровне. Вместе с тем, предлагается ужесточить альтернативные виды наказаний. Это позволит сократить количество учреждений пенитенциарной системы, улучшить условия для индивидуализации наказания, развить альтернативные виды наказания и институт пробации. Пенитенциарная психология показывает, что большинству людей достаточно 5 лет заключения, чтобы лишиться возможности вернуться к нормальной жизни. Чем дольше человек находится в изоляции, тем больше возникает риск социальной атрофии и моральной деградации.

Снижение верхних пределов лишения свободы приведет к экономическим выгодам, так как сократятся расходы на содержание осужденных и количество пенитенциарных учреждений. Более того, это поможет уменьшить степень социальной оторванности осужденных от жизни в свободном обществе и облегчит их ресоциализацию после освобождения [104].

Социология права предлагает сократить тюремное население путем отказа от деления учреждений УИС по видам безопасности (режимам) и сосредоточения на индивидуализации наказания. Учреждения минимальной безопасности, такие как колонии-поселения, могут быть использованы для исполнения наказания ближе к месту жительства осужденных, что поможет им сохранить социальные связи, и облегчит ресоциализацию после освобождения.

Эти учреждения расположены в областных центрах, режим полусвободы в них может быть использован для подготовки осужденных к жизни на свободе. Предлагается заменять неотбытую часть лишения свободы более мягкими видами наказания. Активнее применять альтернативные наказания для совершивших преступления по неосторожности, и для впервые осужденных за умышленные преступления на срок до одного года.

Постепенное освобождение осужденных поможет их успешной адаптации к жизни на свободе и снизит уровень рецидива преступлений. В результате, учреждения минимальной безопасности можно перепрофилировать на полуоткрытые места лишения свободы Центры ресоциализации УИС, что приблизит казахстанскую пенитенциарную систему к международным нормам [105].

В Республике Казахстан законодательством пробация оформлена как поэтапное мероприятие, которое проходит несколько стадий с учетом фактических данных и обстоятельств предшествующих этапов. Процесс социально-правовой коррекции правонарушителя проходит через несколько стадий, которые диагностируются, констатируются и анализируются инспектором службы пробации. Пробационный процесс может быть рассмотрен как аналог педагогического, воспитательного процесса, который также проходит ряд стадий целенаправленного воздействия на обучаемого или воспитуемого.

Казахстанский закон о пробации выделяет четыре вида пробации - досудебную, приговорную, пенитенциарную и постпенитенциарную, которые могут сменять друг друга логически. Каждый вид пробации - самостоятельная форма пробационного воздействия [106].

Результаты социально-правового исследования личности в рамках досудебной пробации могут иметь значимость и на стадии осуществления приговорной пробации, если суд решит применить меру наказания, не связанную с лишением свободы. Пробационный процесс должен сохранять признак стадийности, так как он проходит параллельно уголовному процессу. Согласно исследованию А.Б. Скакова, который основан на положительном опыте пробации в Великобритании, деятельность службы пробации является комплексной на всех стадиях уголовного судопроизводства [55, с. 43-45].

В другой публикации А.Б. Скаков высказывает мнение о необходимости включения в закон всех четырех видов пробации, имеющих место в зарубежном опыте, именуя их «полным циклом пробации» [45, с. 47-49].

В Казахстане внесены существенные изменения в пенитенциарную систему. Необходимость преобразования структуры уголовно-исполнительной системы существовала с момента получения Казахстаном независимости. Более 20 лет проводились различные мероприятия по ее реформированию. Однако до настоящего времени не решен важнейший государственный вопрос – сокращение тюремного населения. Сокращения численности лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, удалось добиться в основном механическим способом – путем неоднократного применения акта амнистии в отношении определенных категорий осужденных [107]. Иными словами, численность осужденных сократилась не путем кардинальных изменений в уголовной политике страны в сторону ее гуманизации в целом, а практически только в результате применения одного из видов освобождения от отбывания наказания – амнистии.

Дальнейшее сокращение численности тюремного населения путем применения амнистии невозможно – основную категорию лишенных свободы составляют лица, осужденные за тяжкие и особо тяжкие преступления, в отношении которых указанный гуманный акт практически не применяется.

Проблемы реформирования побудило законодателя внести в УК РК ряд существенных изменений в структуру уголовно-исполнительной системы. В первую очередь он отказался от названий исправительных учреждений, объясняя это тем, что изменились цели новой уголовно-исполнительной политики. Теперь встала задача обеспечения безопасности: в процессе отбывания названия были заменены в зависимости от степени безопасности следующим образом:

‒ название колонии-поселения заменено на «учреждение минимальной безопасности»;

‒ название колонии общего режима – на «учреждение средней безопасности»;

‒ название колонии строгого режима – на «учреждение максимальной безопасности»;

‒ название колонии особого режима – на «учреждение чрезвычайной безопасности»;

‒ название места лишения свободы – на «учреждение полной безопасности».

Новый Уголовный кодекс Республики Казахстан регламентирует участие общественности в воспитательном процессе с осужденными в главе 8 «Общественная наблюдательная комиссия».

Закон «О пробации» направлен на создание условий для социальной реабилитации и адаптации лиц, попавших в сферу уголовного судопроизводства. Процесс ресоциализации таких лиц должен осуществляться на всех этапах пробации с помощью системных, организационно-правовых мер, направленных на исправление, помощь и предотвращение совершения новых правонарушений.

Служба пробации должна помогать сохранять социальные связи осужденных со своими семьями и трудовыми коллективами, где они работали до назначения наказания. Начинать процедуру адаптации и реабилитации лиц, оказавшихся в сфере уголовного судопроизводства, необходимо до момента вынесения решения судом по существу дела. В международной практике используется несколько видов пробации: досудебная пробация, приговорная пробация, пенитенциарная пробация и постпенитенциарная пробация. Они предназначены для контроля и надзора над лицами, попавшими в сферу уголовного судопроизводства, с целью их адаптации, предотвращения повторных правонарушений и оказания им необходимой помощи [108].

Для обеспечения непрерывности и эффективности процесса реабилитации и адаптации лиц, попавших в сферу уголовного правосудия, необходимо, чтобы служба пробации была структурно включена в уголовно-исполнительную систему. Такой подход позволит сконцентрировать в одном государственном органе – Комитете уголовно-исполнительной системы МВД Республики Казахстан, все этапы исполнения наказания, реабилитации и адаптации осужденных, их исправления и предотвращения повторных преступлений. Такой подход позволит государственному органу более эффективно и последовательно решать задачи в данной области.

Пробация и пенитенциарная система в целом могут эффективно выполнять свои функции лишь при условии активной интеграции социальной работы. Следующий раздел детализирует роль социальной работы в реабилитации, особенно в отношении уязвимых групп, включая лиц с ВИЧ-статусом.

**2.3 Роль пенитенциарной социальной работы в ресоциализации и реабилитации осужденных, в том числе с ВИЧ**

Социальная работа может быть определена как «профессиональная деятельность помощи физическим лицам, семьям, группам и сообществам в их стремлении к социальному функционированию и благополучию» [57, c. 3-126]. В ней используется целостный подход, который объединяет микро-, мезо- и макроуровни вмешательства. Социальный работник обращается как к потребностям отдельных лиц, так и к широким социальным структурам [51, c. 12-63]. Социальная работа включает широкий спектр навыков и умений, адаптированных для решения разнообразных индивидуальных и общественных потребностей [109]. Её структура довольно сложна: в неё входят консультирование, кейс-менеджмент, организация сообществ и анализ политики [35]. Используя все направления деятельности, социальные работники повышают психологическую устойчивость осужденных и способствуют позитивным изменениям в их поведении. По мнению Ф. Римера, соблюдение моральных норм и этических принципов чрезвычайно важно в практике социальной работы [110].

Социальные работники разделяют основные ценности цивилизованного общества: правосудие как равное отношение всех к закону, права человека, достоинство и признание разнообразия социальных взаимосвязей. К. Дели и П. Леонард считают, что социальные работники играют решающую роль в решении различных социальных проблем, включая бедность, бездомность, насилие в семье, злоупотребление наркотиками и психическое здоровье [111]. Они стремятся преодолеть системные барьеры, отстаивать интересы маргинальных групп населения и влиять на политику, способствующую социальному правосудию и равенству. Социальная работа действует как силовой фактор, направленный на улучшение благополучия индивидов и общества путем преодоления системных преград и пропаганды справедливого правосудия. Сочетание разнообразных характеристик этой профессии позволяет социальным работникам вносить неоценимый вклад в общество, оказывая поддержку и надежду нуждающимся людям.

В Казахстанской пенитенциарной системе социальная работа имеет огромный потенциал развития. В настоящее время в Казахстане отсутствуют учебные заведения, где обучают социальных работников в сфере пенитенциарной системы. Ранее на базе Костанайской академии при МВД РК имени Ш. Кабылбаева функционировала кафедра по подготовке социальных работников в пенитенциарной системе. Позже данная кафедра была расформирована. Для расширения и улучшения социальной работы в пенитенциарной системе Казахстана необходимо принять решение о возобновлении подготовки социальных работников и разработке специализированных учебных программ. Такая инициатива позволит укрепить роль социальной работы в реабилитации и социальной адаптации осужденных, а также в обеспечении безопасности и защите прав осужденных.

Социальный работник является универсалом, но при этом его универсальность имеет достаточно четкие границы, заданные жизненными проблемами осужденных и возможными путями их разрешения. В этой связи содержание и инструментарий работы, направленной на ресоциализацию осужденных, включают в себя элементы многих видов «помогающей» им деятельности и определяют направления профессиональной подготовки работников пенитенциарной системы. Среди задач социальных работников по ресоциализации и социальной адаптации лиц, освобождаемых из учреждений, исполняющих уголовные наказания, выделим:

1. Организацию и осуществление комплекса мероприятий по ресоциализации осужденных в период отбывания наказания и социальной адаптации после их освобождения.
2. Организацию трудового и бытового устройства освобождаемых осужденных.
3. Разнообразную подготовку к освобождению, восстановление трудовых и профессиональных навыков, формирование опыта межличностных отношений и общения, готовности удовлетворять свои потребности некриминальным способом.
4. Формирование социально полезных связей осужденных, навыков функционирования в семье, ближайшем социальном окружении.
5. Оказание помощи в социально-правовой реабилитации.
6. Обеспечение взаимодействия и координации деятельности учреждений и органов, исполняющих наказания, с государственными, общественными, благотворительными, религиозными учреждениями и организациями по ресоциализации и социальной адаптации лиц, освобожденных из мест лишения свободы.

Профессиональный профиль социального работника должен соответствовать содержанию его деятельности, а также представлениям о возможностях личностной самореализации. Очевидно, что каждый работник пенитенциарной системы обязан обладать качествами, знаниями, навыками, изложенными в государственном образовательном стандарте высшего профессионального образования. При этом он может реализовать поставленные перед ним задачи только в том случае, если владеет рядом специфических знаний, умений, навыков и иных характеристик, обусловленных профессиональными особенностями. Среди них выделяют три группы: общепрофессиональные, специальные и специализированные.

Принципы подготовки и повышения квалификации сотрудников пенитенциарной системы выделил О.В. Гуцев [112]:

1. Принцип мобильности, обеспечивающий быстрое получение новых знаний.
2. Принцип модульности, позволяющий оптимизировать учебные планы с учетом уровня подготовки аудитории.
3. Принцип создания учебной среды.
4. Принцип интеграции, обеспечивающий целостную дидактическую систему.
5. Политехнический принцип, требующий своевременного обновления знаний.
6. Принцип компьютеризации педагогического процесса.
7. Принцип изучения социально-педагогической и воспитательной работы.
8. Принцип моделирования деятельности в процессе подготовки.

Важно отметить, что социальный работник может принимать участие в различных видах реабилитации: социальной, педагогической, профессиональной, психологической, медицинской, спортивной [112, с. 4-230]. Цель социальной реабилитации – восстановление статуса личности, обеспечение адаптации в обществе, достижение самостоятельности и материальной независимости. Педагогическая реабилитация направлена на получение оптимального воспитания и образования с учетом состояния здоровья и трудового прогноза. Профессиональная реабилитация предусматривает переобучение или обучение доступным формам труда, приспособление рабочего места к функциональным возможностям больного. Психологическая реабилитация направлена на коррекцию эмоциональных и интеллектуальных расстройств, связанных с патогенезом заболевания, не позволяющим инвалиду адекватно отражать действительность, осваивать социальные роли и полноценно жить. Медицинская реабилитация относится к комплексу лечебно-профилактических мер, направленных на восстановление здоровья больного, функциональных возможностей его организма. Спортивная реабилитация способствует укреплению физического здоровья, улучшению психического состояния и выработке положительных установок в повседневной жизни.

Социальная работа с осужденными с положительным ВИЧ-статусом имеет свои специфические особенности. Осужденные с ВИЧ, которые являются активными потребителями инъекционных наркотиков, требуют дополнительных знаний и навыков из-за особенностей двух состояний, с которыми приходится иметь дело: СПИД и наркотическая зависимость. Факторы, негативно влияющие на эффективность медико-социальной помощи этой группе, включают:

* страх сотрудников заразиться ВИЧ-инфекцией;
* двойное моральное давление социума, связанное с потреблением наркотиков и ВИЧ-статусом;
* прогрессирующий характер заболевания;
* высокую стоимость лечения;
* психологическое чувство безнадежности, одиночества, заброшенности, которое усложняет реабилитацию.

Принципы реабилитационной деятельности сформулированы М.М. Кабановым [113]:

* принцип партнерства предполагает включение субъектов влияния в процесс реабилитации и восстановления, активное сотрудничество и уважение их достоинства;
* принцип разносторонности усилий подчеркивает необходимость сотрудничества различных специалистов;
* принцип единства биологических и психосоциальных воздействий предполагает учет специфики этих процессов;
* принцип ступенчатости означает разработку последовательного, пошагового плана мероприятий.

Практическая реализация этих принципов проведена в проекте «Право на будущее» Иркутского областного отделения Российского Красного Креста. Специалисты по работе с ВИЧ-положительными лицами разработали программу, в которой учитывается знание социальных партнеров, с которыми можно решить проблемы клиента и его семьи. Социальная работа с ВИЧ-положительными лицами включает:

* установление контакта на первом этапе;
* определение задач и составление плана реабилитации на втором этапе;
* реабилитацию клиента и его семьи на третьем этапе;
* патронат на четвертом этапе для предотвращения вторичных состояний социально-психологической дезадаптации.

Программа предусматривает оформление документов, трудоустройство, помощь несовершеннолетним, медицинскую, социальную и психологическую реабилитацию, защиту прав и интересов больных, противостояние моральной дискриминации, помощь в налаживании межличностных и внутрисемейных отношений. Необходимость этих мероприятий зависит от многих факторов, таких как состояние клиента, его личностные особенности и социально-экономические условия.

Когда речь идет о помощи наркозависимым, социальные работники сталкиваются с негативными установками лиц с ВИЧ-инфекцией. Их образ жизни представляет собой особую среду, которая вызывает барьеры в коммуникации. Эти сложности могут быть преодолены с помощью обучения и поддержки социальных работников, а также создания доверительной атмосферы и понимания.

К проблемам относятся:

1. Опасение, что лица, употребляющие наркотики, могут обманывать социальных работников.
2. Отсутствие единого подхода при оценке болевого синдрома или синдрома отмены.
3. Работники недостаточно внимательно выслушивают жалобы.
4. У подопечных нет доверия социальным работникам.

Тем не менее, организация социального сопровождения ЛЖВ потребителей инъекционных наркотиков может быть успешной. В западных странах эффективно используется «case management», то есть услуги по медицинскому и социальному патронажу. Этот подход направлен на привлечение бывших осужденных в программы наркологического лечения. Социальное сопровождение выполняет две функции: направление в существующие службы и координацию предоставления услуг. Программа «HIV Prevention Case Management», разработанная в середине 90-х годов XX века, состоит из принципов профилактики ВИЧ:

1. Детальная оценка рисков, потребностей и социальных детерминант здоровья конкретного индивида. Эти оценки служат основой для разработки персонального плана медицинского вмешательства.
2. Внимательное отношение к больным: пациент на первом месте. Это подчеркивает важность вовлечения клиентов в процесс принятия решений, постановку целей и определение необходимых услуг и поддержки.
3. Связь персонала, больных и услуг медицинских учреждений: тестирование на ВИЧ, консультирование и лечение.
4. Стратегии снижения риска включают поощрение использования презервативов, поддержку безопасных методов инъекций и повышение осведомленности о препарате.
5. Психосоциальная поддержка, означающая эмоциональную и моральную помощь, является неотъемлемой частью управления случаями ВИЧ-профилактики. Кейс-менеджеры предоставляют консультирование и поддержку для решения проблем, таких как психическое здоровье и злоупотребление веществами.

Согласно отчету UNAIDS за 2024 год, в 34 странах менее 1% общего финансирования программ по ВИЧ было направлено на программы для людей, употребляющих инъекционные наркотики, причем более трех четвертей этого финансирования поступало из международных источников. Это свидетельствует о значительном дефиците ресурсов и недостаточном внимании к проблемам социальной работы с этой группой населения [114]. Назрела необходимость интеграции социальной, психологической и медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ. В преодолении многих социально-психологических, экономических трудностей помогают различные технологии:

1. Регулярные консультации специалистов.
2. Участие больных в группах поддержки «равный - равному».
3. Духовная поддержка со стороны религиозных общин.
4. Привлечение признанных авторитетов для пропаганды отказа от наркотиков.
5. Комплексный подход к лечению.
6. Формирование доверия к персоналу.
7. Обеспечение соблюдения режима лечения.
8. Повышение квалификации кадров.

В Казахстане существуют несколько НПО, занимающихся проблемой ВИЧ/СПИДа:

1. Фонд по борьбе с инфекциями и ВИЧ «Нурлы-Жол» осуществляет мероприятия по профилактике ВИЧ/СПИДа, обучает специалистов и распространяет информацию о ВИЧ/СПИДе.
2. Общественный фонд «Шапагат». Его цель состоит в поддержке и защите прав лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом и другими хроническими инфекционными заболеваниями в Казахстане.
3. Общественный фонд AFEW Kazakhstan. Цель общественного фонда состоит в борьбе с ВИЧ/СПИДом и другими инфекционными заболеваниями в Казахстане.

Основные задачи фондов:

1. Предоставление поддержки и помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, а также другим социально слабым группам, таким как наркозависимые, проститутки, бомжи.
2. Разработка и реализация программ по профилактике ВИЧ/СПИДа, включая программы обеспечения стерильными шприцами и просветительские кампании.
3. Повышение осведомленности о ВИЧ/СПИД среди населения, включая проведение тренингов, семинаров и информационных кампаний.
4. Партнерство и сотрудничество с правительственными структурами и международными организациями для эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу и другим инфекционным заболеваниям.

Их работа включает содействие в доступе к услугам здравоохранения, консультирование и тестирование на ВИЧ, проведение исследований и аналитики о ВИЧ/СПИДе. Меры оказания социальной и медицинской помощи должны стать частью программы социального сопровождения осужденных с положительным ВИЧ-статусом. Именно обучение доступным методам социально-психологической поддержки следует включать в программу подготовки специалистов по социальному сопровождению в сфере ВИЧ-инфекции и наркомании. Особенно важно обратить внимание на отдельную группу осужденных – ВИЧ-положительных и страдающих зависимостью от наркотиков.

Во-первых, эта группа составляет 90% от общего числа лиц с ВИЧ-статусом, отбывающих срок и освобождающихся из мест лишения свободы [87]. Во-вторых, осужденные с положительным ВИЧ-статусом и больные наркоманией имеют высокий риск заболевания туберкулезом и требуют постоянного медицинского мониторинга с целью недопущения осложнения эпидемиологической ситуации. В-третьих, социальная значимость этих заболеваний и высокие экономические затраты на их лечение обусловливают актуальность работы по поддержанию установок на лечение, что обеспечивает стойкую ремиссию заболеваний. Большинство осужденных с ВИЧ находятся в исправительных учреждениях недолгое время, после чего возвращаются к месту своего жительства, в свои микросоциальные сообщества и семьи. Ежегодно из мест лишения свободы освобождается более трехсот тысяч осужденных, при этом более 30% из них совершают повторные преступления. Существует прямая взаимосвязь между рецидивной преступностью и мерами социальной реабилитации.

Повторные преступления в основном совершают лица, освобожденные из мест лишения свободы, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации: неустроенные в бытовом плане, безработные, страдающие социально значимыми заболеваниями, не имеющие паспорта, потерявшие связи с семьей и родственниками. Социальная реабилитация освободившихся осужденных направлена на предупреждение дальнейших преступлений и должна осуществляться путем оказания содействия в приобретении профессиональных навыков и получении образования, привлечения к трудовой и иной социально полезной деятельности, выработке жизненно важных умений, расширения социальных связей и позитивного опыта, повышения уровня социальной, психологической и медицинской защиты. Одна из самых трудных задач, стоящих перед заинтересованными государственными службами – подготовить осужденных, выходящих на свободу, к отказу от употребления наркотиков и повторного совершения преступления. В интересах всей исправительной системы и общества предоставить в этот переходный период лицам, освобождающимся из мест лишения свободы, полноценную помощь и поддержку, которая обеспечила бы успешное возвращение к жизни на свободе.

Важную роль в адаптации бывшего осужденного играет эффективное лечение наркозависимости, специализированные медицинские услуги, доступность АРТ и приверженность к ней при ВИЧ-инфекции, социальные и юридические услуги, поиск работы и профессиональное обучение, помощь в предоставлении жилья, психологическая помощь [46, c. 2-11]. Осужденные, страдающие наркоманией, наиболее уязвимы в социальном плане, поэтому в ряде случаев они избирают способы адаптации, связанные с противоправным поведением. Мотивами совершения такими осужденными новых преступлений в наибольшей степени являются микросоциальная дезадаптация и связи с криминальным окружением.

Последовательный менеджмент охраны здоровья ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков является критически важной проблемой как для лиц, находящихся на свободе, так и для тех, кто находится в местах лишения свободы. В исправительных учреждениях поведение, способствующее заражению ВИЧ-инфекцией и другими инфекционными заболеваниями, достаточно распространено среди осужденных. В Казахстане с конца 90-х годов прошлого века территориальные органы УИС столкнулись с сочетанной эпидемией инъекционной наркомании и ВИЧ-инфекции. Исследования Юсуфова Р.Ш. и Кузнецовой А.С. [115] подтверждают, что наблюдается значительно более высокая частота ВИЧ-инфекции среди лиц, поступающих в места лишения свободы, чем в обществе. В связи с этим, организация системы медико-социального сопровождения ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков, которые освобождаются из мест лишения свободы, должна быть решаемой задачей. Эта организация должна быть основана на гуманизации пенитенциарной системы, а также на повышении показателей здоровья осужденных и обеспечении эффективной преемственности медицинских и социальных услуг для освобождающихся лиц.

Гуманизация всей пенитенциарной системы предполагает:

* соблюдение прав пациента;
* межведомственное и междисциплинарное взаимодействие специалистов;
* функциональная преемственность медицинских и социальных услуг на разных этапах сопровождения;
* финансовая и моральная поддержка сотрудников и персонала.

Есть потребность в координирующем рабочем органе и партнерской сети организаций, предоставляющих медицинские и социальные услуги для целевой группы. Подготовка к освобождению должна начинаться менее чем за шесть месяцев до выхода на свободу. Интенсивность этой работы следует усилить за месяц до освобождения. Наилучшие результаты достигаются тогда, когда с осужденными в исправительных учреждениях работают те же сотрудники медико-социальных служб, которые встретят их на свободе. Женщины, возвращающиеся из мест лишения свободы, представляют особую и уязвимую группу в обществе. Их возвращение сопряжено с множеством проблем и вызовов, таких как поиск работы и жилья, адаптация к социальной среде, разрешение семейных и личностных проблем, а также столкновение с дискриминацией по полу. Для решения проблем необходимы исследования для понимания особенностей этого процесса и на разработку эффективных программ поддержки и реабилитации для женщин, находящихся в таких ситуациях.

В исследовании А. Смита было выявлено, что доступ к предоставлению работы, образованию и жилью играет решающую роль в успешной реинтеграции женщин [116]. Значимым является также оказание социально-психологической поддержки и помощи в обретении самооценки и уверенности в себе. Еще одним важным направлением является изучение явления дискриминации женщин, выходящих из места лишения свободы. С. Браун исследует влияние негативных стереотипов на реинтеграцию женщин. Исследование выявило, что дискриминация затрудняет доступ к работе, жилью, контактам и другим возможностям, усугубляя проблемы, с которыми сталкиваются женщины после заключения. Женщины, которые возвращаются из мест лишения свободы, нуждаются в предоставлении специальных программ и услуг, приближенных к их потребностям и особенностям освобождения. Улучшение реинтеграции женщин достигается за счет раннего дистанционного взаимодействия сотрудников медико-социальных служб с исправительным учреждением, а также путём организации групп само- и взаимопомощи.

Подход, основанный на координированном ведении субъекта, улучшает качество жизни бывших осужденных, повышает их приверженность к наркологическому лечению и приему АРТ. Нет сомнений, что оказание специализированной наркологической помощи и лечение ВИЧ-инфекции является одним из приоритетных направлений ведомственного здравоохранения в УИС. В реформе пенитенциарной системы РК используются принципы и рекомендации, направленные на справедливое и гуманное обращение с осужденными, на создание условий их реабилитации и интеграции в общество. Это правила Нельсона Манделы, Бангкокские правила и теория справедливости, получившие распространение на Западе, и в последнее время применяемые у нас. Правила Нельсона Манделы, основанные на его принципах сострадания, справедливости и равенства, подчеркивают необходимость уважительного отношения к правам и достоинству каждого осужденного [21, c. 1180-1204]. Они призывают к созданию условий для самореализации и развития осужденных, в расчете на возвращение в общество ответственными и законопослушными гражданами.

Бангкокские правила [23, c. 2-3], разработанные Организацией Объединенных Наций, представляют собой правила и рекомендации по обращению с осужденными. Они обосновывают необходимость предоставления основных услуг и прав заключенным: доступ к здравоохранению, образованию, труду и социальной поддержке. Эти правила акцентируют внимание на индивидуализации наказания, предотвращении насилия и восстановлении связей с обществом. Правила Н. Манделы и Бангкокские правила [21, c. 1180-1204; 23, c. 1-2] признают важность учета индивидуальных потребностей и характеристик осужденных, рекомендуют разработку и реализацию программ реабилитации и ресоциализации. Они подчеркивают значение участия осужденных в их собственной реабилитации и поддержание связи с семьей и обществом.

Использование правил Нельсона Манделы и Бангкокских правил является важным элементом комплексного подхода к реформам в пенитенциарной системе РК. Соблюдение этих правил создает гуманные и цивилизованные условия исполнения наказания, способствует реабилитации и ресоциализации осужденных. Генеральный прокурор РК подчеркнул необходимость проведения реформ и определения основных направлений в современной пенитенциарной системе. В этом контексте важным аспектом является борьба с коррупцией в уголовно-исполнительной системе. Достижение «нулевой терпимости» по отношению к коррупции является средством обеспечения эффективности и надежности пенитенциарной системы РК. Соблюдение правил Нельсона Манделы и Бангкокских правил в сочетании с проведением комплексных реформ и борьбой с коррупцией создает справедливую и эффективную пенитенциарную систему.

Существующая проблема недостаточного финансирования программ КУИС связана с отсутствием достаточного числа инвесторов в казахстанской экономике, которые были бы заинтересованы в программах МВД РК. Конкуренция за инвестиционные ресурсы остра, и проекты МВД РК не являются достаточно привлекательными. Однако только с компетенциями в проектном управлении эти проекты могут стать привлекательными для частных инвесторов в рамках государственно-частного партнерства.

Учитывая эти условия, попытки МВД РК провести пенитенциарные реформы только с использованием средств республиканского бюджета вряд ли окажутся успешными. За последние четыре года удалось построить только несколько объектов, включая одну колонию в Кызылорде, один следственный изолятор в Алматы и реконструировать две колонии. Это позволяет обеспечить камерные условия для более чем 2600 осужденных.

Ограниченное пространство и различные режимы содержания в пенитенциарной системе усложняют организацию труда осужденных. При этом условия труда не соответствуют современным требованиям. Реформы не могут полностью решить проблемы организации труда и создания достойных условий для осужденных. По мнению Ламашарипова Д.М., отсутствие заинтересованности в результатах труда, современного оборудования и квалифицированной рабочей силы, низкий уровень обеспечения санитарно-гигиенических условий, а также напряженность между осужденными и администрацией учреждения реально мешают реформам [102, с. 5-136].

Региональные филиалы РГП «Енбек» КУИС МВД не меняют свой устав, не внедряют программы профессионального образования [117]. В результате производственные планы филиалов носят формальный характер, не ориентированы на получение прибыли. В связи с этим искажаются показатели рентабельности производства. Наблюдается дефицит современных технологий и оборудования, нехватка квалифицированных кадров. Наиболее острой проблемой в производственной деятельности региональных филиалов является слабая маркетинговая политика, отсутствие стратегического планирования и управления производственными процессами, что затрудняет выполнение производственных планов и снижение производственных издержек.

Для увеличения эффективности пенитенциарной системы РК и достижения целей реформы необходимо провести комплексные меры по модернизации производственных и организационных процессов. Это включает в себя улучшение условий труда осужденных, создание современных производственных мощностей, внедрение новых технологий и методов управления, а также обучение и повышение квалификации персонала.

Хочется отметить, что эффективность ресоциализации осуждённых, в том числе с ВИЧ-статусом, напрямую зависит от институционализации функции социального работника в пенитенциарной системе. Международный опыт демонстрирует необходимость наличия чётко сформулированного профиля компетенций, включающего знание международных стандартов, навыки междисциплинарного взаимодействия, умение работать с уязвимыми группами и преодолевать барьеры стигматизации. Подробное описание модели компетенций, адаптированной к казахстанскому контексту, представлено в подразделе 3.3, где она апробирована в рамках пилотного тренинга и полевой работы.

Таким образом, успешная реализация пенитенциарной реформы требует комплексного подхода, включающего как внутренние реформы и улучшение условий содержания осужденных, так и привлечение внешних инвестиций и партнеров. Важным аспектом является взаимодействие и координация между государственными органами, неправительственными организациями и бизнесом, что позволит обеспечить устойчивое развитие пенитенциарной системы и повышение её эффективности.

**3 СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ: ПОТРЕБНОСТИ, БАРЬЕРЫ И ИНСТИТУЙИОНАЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ**

## **3.1 Результаты анкетирования осужденных, готовящихся к освобождению, в том числе с положительным ВИЧ-статусом**

Полевое исследование проводилось в период с февраля по март 2022 года. В опросе приняли участие 645 человек, находящихся в местах лишения свободы, расположенных в пяти регионах Казахстана ‒ Алматинской и Карагандинской областях, городе Актобе, Костанайской области и Восточно-Казахстанской области.

Основную часть респондентов составили мужчины ‒ 532 человека, что соответствует 82,1% от общего числа участников. Большинство из них находились в возрасте от 26 до 45 лет. Женщин было значительно меньше ‒ 116 человек (17,9%), при этом возрастной разброс у них оказался шире: от 18 до 60 лет (рисунок 1).

Такое гендерно-возрастное распределение не только отражает реальную структуру тюремного населения, но и даёт возможность учитывать различия в восприятии условий содержания, доступе к медицинской помощи и социальных услугах между разными группами заключённых [41, c. 100669-1-100669-2].

Рисунок 1 – Гендерные характеристики респондентов опроса, %

Примечание – Составлено автором

Статистический анализ показал нормальное распеределение относительно возрастной категории респондентов (таблица 1).

Таблица 1 – Распеределение относительно возрастной категории

|  |  |
| --- | --- |
| Возрастные группы | Возрастная категория респондентов, % |
| от 18 до 25 лет | 10,2 |
| от 26 до 45 лет | 67,7 |
| от 46 до 60 лет | 21,3 |
| более 60 лет | 0,003 |
| |  | | --- | | Примечание – Составлено автором | | |

Анализ возрастной структуры участников исследования (см. таблицу 1) показывает, что в опросе были представлены все возрастные категории, однако наибольшую долю составили лица в возрасте от 26 до 45 лет ‒ 67,7%. Существенная часть респондентов также относилась к возрастной группе от 46 до 60 лет (21,3%).

Среди женщин, принявших участие в исследовании, доминирующими оказались две возрастные категории: от 26 до 45 лет ‒ 65%, и от 46 до 60 лет ‒ 27%. Молодые женщины в возрасте 18-25 лет составили 8%, а респондентки старше 60 лет ‒ менее 1%. Такое распределение отражает не только демографическую специфику женской части тюремного населения, но и может указывать на различия в опытах пребывания и потребностях разных возрастных групп.

Если рассматривать возрастные характеристики респондентов в более широком гендерном разрезе, очевидно, что основную массу участников составили мужчины в активном трудоспособном возрасте (26–45 лет), что подтверждает данные Международной организации труда (МОТ), согласно которым данная возрастная группа входит в ключевую категорию населения, способную вносить вклад в социально-экономическое развитие страны ‒ в том числе и после освобождения [118].

Рисунок 2 – Образовательный уровень осужденных

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 2, результаты анкетирования показывают, что большинство участников – 81% – не имеют высшего образования. При этом наиболее представленной оказалась возрастная группа от 26 до 45 лет: среди них 59% имеют среднее профессиональное или полное среднее образование, а 4% – незаконченное высшее. Интересно отметить, что даже среди респондентов с высшим образованием (их доля составила 33,7%) большинство также относятся к данной возрастной категории.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости учитывать образовательный уровень и возрастные особенности осужденных при формировании программ социальной и психологической поддержки. Понимание структуры личности, уровня образования и когнитивных установок заключённых помогает разрабатывать более точные и адресные меры ресоциализации и коррекции деструктивных убеждений.

Особое внимание в реабилитационной работе следует уделять изучению мотивационной направленности личности осужденных, так как это определяет не только эффективность процесса исправления, но и устойчивость последующей адаптации в обществе [119, 120].

Рисунок 3 – Наличие предыдущих наказаний за правонарушение, %

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 3, среди респондентов всего 39,2% (n) ранее не имели судимости, тогда как 13,7% привлекались к административной ответственности ранее. Анализ полученных данных показывает, что почти половина осужденных уже имела опыт тюремного заключения. Множество исследований подтверждают, что успешная программа ресоциализации, а также системная работа социального работника с осужденными минимализирует риск возвращения в криминализированную среду после освобождения [41, c. 100669-1-100669-7; 121]. Социальная работа в пенитенциарной системе может позволить максимально точно и правильно рассмотреть проблему каждого клиента и построить оптимальный именно для него выход из данной проблемы [86, c. 12-68], чего не может сделать ни психология, рассматривающая только психологические аспекты [122], ни право рассматривающее только правовую сторону проблемы [86, c. 12-68].

Рисунок 4 показывает, что наибольшее количество опрошенных (n242) находятся в учреждениях средней безопасности, значительная часть (n159 и n115) - в учреждениях максимальной и чрезвычайной безопасности, тогда как меньшая доля (n95) приходится на учреждения минимальной безопасности, и совсем немного респондентов (n25 и n12) находятся в смешанных и полных учреждениях безопасности. Проведенная в Казахстане правовая реформа, направленная на гуманизацию уголовной системы, [123] в распределении осужденных по типам учреждений безопасности. Снижение доли осужденных в учреждениях максимальной безопасности и увеличение в средних указывает на смягчение условий содержания и более адаптированный подход к исполнению наказаний. Вместе с тем, сохраняется необходимость содержания определенного числа осужденных в строгих условиях для обеспечения общественной безопасности. Эти изменения показывают постепенный переход к более гуманному и реабилитационному подходу в уголовной системе страны [41, c. 100669-2-100669-6].

Рисунок 4 – Вид учреждения УИС в котором отбывают наказание (%)

Примечание – Составлено автором

Женщины и мужчины имеют разные потребности, которые необходимо удовлетворять во время заключения или применения мер, не связанных с лишением свободы [124]. Наиболее очевидно то, что женщины и мужчины психологически различны, а также имеют особые медико-санитарные и гигиенические потребности, не включая предродовой и послеродовой медицинский уход. Именно поэтому социальная работа необходима в пенитенциарной системе так как она позволяет увидеть весь спектр условий необходимых для помощи клиенту в любых условиях отбывания наказаний [86, c. 12-63].

Превалирует среди ответов опрошенных отбывание срока до 5 лет, что составляет 39,5% от общего количества респондентов. Среди них до 7 лет отбывали наказание 19,4%; до 2-х лет отбывали наказание – 15%; свыше 10 лет отбывали наказание – 9,8% (рисунок 5). Среди респондентов, отбывающих свое наказание более 10 лет находились в учреждениях с чрезвычайной и максимальной безопасностью (n 59 ответов). Большинство респондентов – женщин отбывали срок в учреждениях облегченного уровня безопасности (58%) [41, c. 100669-3-100669-8].

Рисунок 5 – Срок лишения свободы

Примечание – Составлено автором

Далее респондентам был задан вопрос о наличии инфекционных заболеваний. По результатам анализа 578 опрошенных респондентов не имеют инфекционных заболеваний, и 70 респондентов ответили положительно (рисунок 6).

Рисунок 6 – Имеете ли Вы какие-либо инфекционные заболевания? (ВИЧ/СПИД, Туберкулез, Гепатит А, B, C)?(%)

Примечание – Составлено автором

Большая доля мужчин среди респондентов с инфекционными заболеваниями (более 81%) по сравнению с женщинами (19%) указывает на необходимость учитывать социальные, поведенческие и биологические факторы при разработке программ профилактики и лечения. Влияние правовой реформы в Казахстане на улучшение условий содержания и доступ к медицинским услугам может сыграть ключевую роль в сокращении этого дисбаланса и улучшении здоровья как мужчин, так и женщин. В разрезе заболеваний среди 70 человек (10,8%) с положительным статусом ВИЧ - 12%, Гепатит А/В/С – 11,4%, туберкулез – 11,4, СПИД – 2,8%. Основная возрастная группа респондентов с положительным статусом ВИЧ – 26-45 лет. Распространение данного заболевания влечет за собой увеличение числа нетрудоспособного населения молодого возраста и высокий уровень смертности, что позволяет отнести его к группе социально-значимых болезней [125]. Следовательно, подход к оказанию помощи данной категории больных должен быть комплексным, что осуществляется благодаря принятым национальным проектам в области медицины, поэтому для оказания помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД, помимо медицинских работников, должны привлекаться работники социальной сферы, со стороны которых должна проводиться информационная работа [41, c. 100669-3-100669-7; 126].

Из нашего анализа видно, что среди респондентов с положительным статусом ВИЧ/СПИД 77.1% заявили, что ранее были привлечены к ответственности за правонарушения.

Этот результат может указывать на то, что люди с ВИЧ/СПИД более склонны к нарушениям закона или могут столкнуться с правовыми проблемами в связи с своим заболеванием. Исследователи утверждают, что это связано с социальными и экономическими факторами, включая стигматизацию и доступ к медицинской помощи [127]. Также мы считаем, что необходимы дополнительные исследования для более глубокого понимания факторов, влияющих на связь между ВИЧ/СПИД и привлечением к ответственности.

В целом, эти данные подчеркивают важность многопрофильного подхода к поддержке и реабилитации лиц с ВИЧ/СПИД, который включает в себя не только медицинское лечение, но и социальную и правовую поддержку для улучшения качества жизни и снижения рисков социальной изоляции и правонарушений.

Далее было выявлено, что Большинство респондентов, которые отбывают наказание в момент опроса, находятся в учреждениях средней безопасности (37,7%), за которыми следуют учреждения минимальной безопасности (15,7%), максимальной безопасности (25,1%), и чрезвычайной безопасности (15,9%) [41, c. 100669-3-100669-8].

Среди респондентов, отбывающих наказание в учреждениях средней безопасности, наибольший процент имеют инфекционные заболевания (34,3%), в то время как среди респондентов в учреждениях максимальной безопасности наименьший процент имеют инфекционные заболевания (20,0%) [41, c. 100669-4-100669-10].

В учреждениях чрезвычайной безопасности также отмечается высокий процент респондентов с инфекционными заболеваниями (32,9%).

У респондентов, отбывающих наказание в учреждениях полной и смешанной безопасности, процент инфекционных заболеваний ниже всего (2,9 и 4,3% соответственно) [41, c. 100669-4-100669-10].

Эти данные могут указывать на связь между уровнем безопасности учреждения и наличием инфекционных заболеваний среди осужденных. Например, в учреждениях средней и чрезвычайной безопасности может быть более высокий риск передачи инфекционных заболеваний из-за близкого контакта между осужденными, в то время как в учреждениях максимальной безопасности среда может быть менее рискованной с этой точки зрения. Однако для получения более точных выводов и анализа требуется дополнительная информация и исследование.

Из анализа данных о сроках лишения свободы и наличии инфекционных заболеваний среди респондентов следует следующее:

1. Наличие инфекционных заболеваний: Основное внимание заслуживает тот факт, что процент респондентов с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД, Туберкулез, Гепатит A/B/C) варьируется в зависимости от срока лишения свободы. Наибольший процент заболевших (22.9%) наблюдается среди тех, кто приговорен на срок до 2 лет, а также сроком до 5 лет (40.0%) [41, c. 100669-2-100669-12]. В то время как среди тех, кто приговорен на более длительные сроки, процент заболевших ниже.
2. Длительность наказания: Важно отметить, что большинство респондентов (более 50%) приговорены к срокам лишения свободы до 5 лет. Однако процент заболевших в этой категории сравнительно высок (40.0%), что может указывать на увеличенный риск распространения инфекционных заболеваний среди осужденных с более короткими сроками [41, c. 100669-2-100669-12].

Полученные данные могут поднимать вопросы о медицинской поддержке и превентивных мерах для осужденных в учреждениях с разной продолжительностью срока лишения свободы. В частности, учреждения с короткими сроками могут требовать усиленной медицинской и социальной работы для предотвращения распространения инфекционных заболеваний среди осужденных. Это также может подчеркнуть важность скрининга и профилактики заболеваний при поступлении в учреждения исполнения наказания.

Данные показывают, что подавляющее большинство заключённых (78%) имели доступ к образовательным программам, что свидетельствует о значительном охвате образовательными инициативами внутри пенитенциарной системы. Однако, примерно каждый пятый заключённый (21,6%) не имел такой возможности, что поднимает вопросы о равенстве доступа [41, c. 100669-2-100669-12].

Среди тех, кто проходил обучение, наиболее популярной специальностью оказался курс газоэлектросварщика (33%). Далее следуют мастера по штукатурной работе и швеи (13%), а также курсы плотника и мастера строительно-отделочных работ (8%) [41, c. 100669-3-100669-14]. С точки зрения теории справедливости, важно обеспечить равный доступ ко всем образовательным программам для всех заключённых, независимо от их статуса, преступления или других факторов. 78% охвата - это хороший показатель, но оставшиеся 21,6% указывают на необходимость улучшения доступности и устранения барьеров. Распределение образовательных программ должно учитывать потребности и интересы заключённых. Доминирование одной специальности (газоэлектросварщик) может указывать на дисбаланс в доступности других курсов, что требует корректировки для более справедливого распределения.

Образование оказывает значительное влияние на реабилитацию заключённых и их восприятие возможностей после освобождения. Согласно исследованию RAND Corporation, участие в образовательных программах в тюрьме снижает вероятность рецидива на 43% и повышает шансы на трудоустройство на 13% по сравнению с теми, кто не получал такое образование. Кроме того, профессиональная подготовка увеличивает вероятность трудоустройства на 28% после освобождения.

Эти данные подтверждают, что образовательные программы способствуют успешной реинтеграции в общество, что уменьшает вероятность повторного совершения преступлений и улучшает перспективы бывших заключённых на рынке труда. Инвестиции в образование заключённых являются экономически эффективными, так как каждый доллар, потраченный на образование, экономит от четырех до пяти долларов на затратах на повторное заключение в течение первых трех лет после освобождения.

На вопрос «Привлекались ли Вы к оплачиваемому труду во время нахождения в учреждении УИС?» (Приложение Б) 58% ответили, что «Да по собственному желанию», 30% «нет по собственному желанию». Согласно Конституции Республики Казахстан [128] каждый имеет право на свободу труда, свободный выбор рода деятельности и профессии. Принудительный труд допускается только по приговору суда либо в условиях чрезвычайного или военного положения.

В настоящее время, у осужденных отсутствует реальный выбор места работы, так как оно в принципе определяется администрацией исправительного учреждения. При этом осужденный может быть наказан за отказ от выбранной для него работы. Это еще больше усугубляется острой нехваткой этих самых мест работы. Таким образом очень сложно говорить об истинном осуществлении осужденным своего права.

Так как труд является одним из средств исправления, восстановления социальной справедливости и предупреждения совершения преступления следует согласиться, что организация труда в условиях лишения свободы требует немало материальных, технических и иных сил. Социальный работник в процессе осуществления трудовой деятельности осужденным может более точно определить степень его исправления и способствовать, прежде всего, положительному изменению сознания осужденного. Исходя из результатов анализа, что семья является одним из важных ключевых факторов поддержки осужденных, хорошо организованный труд способствует ресоциализации в будущем, так как дает ему возможность не только обеспечить себя, но и оказать материальную помощь семье [41, c. 100669-4-100669-15].

Большая часть осужденных, как с инфекционными заболеваниями, так и без них, занималась оплачиваемой работой добровольно (всего 59,6%). Это указывает на общую готовность или согласие осужденных работать. У больных инфекционными заболеваниями процент добровольной занятости был немного ниже (54,3%) по сравнению с теми, у кого нет (60,2%). Это может быть связано с ограничениями по здоровью или институциональной политикой в отношении трудоустройства больных осужденных [41, c. 100669-4-100669-15].

Более высокий процент осужденных с инфекционными заболеваниями (10%) был привлечен к обязательным работам по сравнению с осужденными без них (2,8%). Эта разница может быть связана с политикой работы в местах лишения свободы или наличием подходящей работы для этих людей.

Небольшая часть осужденных не трудоустроилась по состоянию здоровья, отсутствия вакансий или была пенсионером. Это было более распространено среди осужденных с инфекционными заболеваниями, что позволяет предположить, что состояние здоровья может повлиять на возможности трудоустройства в тюрьме.

Следующий вопрос, на который мы попросили ответить участников опроса был «Оказывается ли Вам какая-либо социальная поддержка в местах лишения свободы?» (рисунок 7).

Рисунок 7 – Оказывается ли Вам какая-либо социальная поддержка в местах лишения свободы?

Примечание – Составлено автором

Уголовно-исполнительным законодательством РК предусмотрен ряд социальных гарантий, предоставляемых осужденным к лишению свободы. По результатам анализа (рисунок 7) более 75% респондентов ответили отрицательно, и около 25% ответили положительно. Среди 25% ответов респонденты указали на оказание социальной помощи в виде АСП по инвалидности – 1,8%, ознакомление с правами – 1,8%, вопросы трудоустройства – 1,8%, вопросы адресной справки – 0,65%, поддержку со стороны родственников -18,7%, а также моральная и психологическая помощь – 1,8% [41, c. 100669-4-100669-15].

Более высокий процент осужденных с инфекционными заболеваниями сообщил о получении социальной поддержки по сравнению с осужденными без таких заболеваний, что может свидетельствовать о целевых мерах поддержки, осужденных с проблемами со здоровьем.

Однако общий высокий процент осужденных, не получающих социальной поддержки, вызывает беспокойство, поскольку социальная поддержка может иметь решающее значение для психического здоровья, успешной ресоциализации.

Эти данные свидетельствуют о потенциальном пробеле в предоставлении услуг социальной поддержки в пенитенциарной системе, особенно для лиц, не имеющих инфекционных заболеваний [41, c. 100669-4-100669-15].

Данный анализ подчеркивает важность социальной поддержки в исправительных учреждениях, особенно в удовлетворении потребностей, осужденных с проблемами со здоровьем.

Так как социальная работа позволяет увидеть весь спектр условий необходимых для социальной помощи клиенты мы можем утверждать, что она играет важную роль в обеспечении необходимыми условиями людей, находящихся в местах лишения свободы.

Так, например, для подготовки осужденного к освобождению социальные работники могли бы не только дать информацию согласно перечню предоставляемой заключенным социальной помощи, но и каким образом ее можно получить. Данное направление позволяет сконцентрировать усилия на социально реабилитационной деятельности пенитенциарной системы.

На вопрос «Поддерживаете ли Вы связь с какими-либо социальными службами?» 87.5% ответили положительно, 12,5% ответили отрицательно (рисунок 8).

Рисунок 8 – Поддерживаете ли Вы связь с какими-либо социальными службами? Какими именно? (n)

Примечание – Составлено автором

Среди осужденных, не имеющих инфекционных заболеваний, значительное большинство (513 из 578, или 88,8%) сообщили об отсутствии контактов с социальными службами 41, c. 100669-4-100669-15].

Анализ данных показал, что большинство осуждённых с инфекционными заболеваниями (54 из 70, или 77,1%) не имели контактов с социальными службами. Тем не менее, по сравнению с другими группами, именно эти лица чаще взаимодействовали с социальными работниками, что, вероятно, связано с необходимостью получения медицинской и психосоциальной поддержки 41, c. 100669-4-100669-15].

Общий низкий уровень участия осуждённых в социальных программах может указывать на существование системных барьеров, ограниченную доступность или недостаточную информированность о таких услугах в пенитенциарных учреждениях. Это подчёркивает необходимость не только присутствия социальных работников, но и разработки механизмов, обеспечивающих реальную доступность и востребованность этих услуг 41, c. 100669-4-100669-15]. Исследования показывают, что успешная ресоциализация во многом зависит от субъективных установок и способности осуждённого осмыслить своё прошлое. Образование и поддержка играют ключевую роль в формировании позитивной идентичности и ориентации на законопослушную жизнь. Например, Maruna и LeBel (2003) подчёркивают значимость подхода, ориентированного на сильные стороны личности, в процессе реинтеграции осуждённых в общество [129].

Таким образом, глубокое понимание личностных особенностей, включая мотивационную направленность, когнитивные установки и образовательный уровень, становится важным условием разработки эффективных стратегий исправления и социальной реабилитации.

Большинство респондентов, независимо от наличия инфекционных заболеваний, положительно относятся к семье как социальной ценности. Примерно 80% как среди тех, у кого есть инфекционные заболевания (80.0%), так и среди тех, у кого их нет (80.1%), считают семью важной 41, c. 100669-4-100669-15].

На первый взгляд, данные об инфекционных заболеваниях не сильно влияют на восприятие семьи как социальной ценности среди осужденных. Оба подгруппы сходятся в своем понимании важности семьи.

Эти результаты могут указывать на то, что независимо от наличия инфекционных заболеваний, многие осужденные видят семью как важную составляющую ресоциализации и успешного возвращения в общество после отбывания наказания. Это может подчеркивать важность семейной поддержки и включения семей в программы реабилитации осужденных.

Следует подчеркнуть, что социальные связи играют важную роль в процессе трансформации личности осуждённого и корректировке его поведения в направлении социальных норм. В этом контексте особенно значимой представляется роль социального работника, обладающего соответствующими профессиональными компетенциями. Благодаря своей подготовке он может выступать не просто наблюдателем, а активным посредником между осуждённым и внешним миром, способствуя восстановлению или формированию социально значимых отношений [61, c. 153-165].

Результаты исследования позволяют сделать ряд наблюдений о восприятии социальных ценностей – в частности, дружеских связей – среди заключённых в Казахстане, а также о том, как это восприятие может быть связано с наличием инфекционных заболеваний.

Так, независимо от состояния здоровья, большинство респондентов не рассматривали дружеские связи как значимую социальную ценность. Подобная тенденция может отражать особенности тюремной субкультуры, в которой доверительные межличностные отношения воспринимаются как рискованные или потенциально уязвимые [60, c. 3-542]. Особенно это заметно среди респондентов с инфекционными заболеваниями: доля тех, кто считает дружеские связи важными, была у них ниже по сравнению с остальными. Это может указывать на эффект дополнительной социальной изоляции, связанный со стигматизацией заболеваний в условиях лишения свободы.

Важно учитывать, что интерпретация этих данных требует осторожности. На восприятие дружбы, значимости социальных связей и самоощущения в пенитенциарной среде могут оказывать влияние множество факторов – от общей политики учреждения до условий содержания, уровня медицинской и психосоциальной помощи, а также культурных особенностей восприятия болезни, изоляции и доверия. В связи с этим представляется необходимым дальнейший углублённый анализ, в том числе с использованием качественных методов исследования, позволяющих выявить субъективные смыслы и переживания осуждённых.

Следующим значимым аспектом, отражающим личностные установки осуждённых, стало отношение к хобби как к жизненной ценности. Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство респондентов, независимо от состояния здоровья, не придают особого значения наличию увлечений или досуговых занятий. Это может быть связано как с объективными ограничениями в условиях изоляции, так и с утратой мотивации к саморазвитию в тюремной среде 41, c. 100669-4-100669-15].

В то же время наблюдается тенденция: осуждённые с инфекционными заболеваниями, в том числе с ВИЧ-положительным статусом, чаще указывали хобби как значимую часть своей жизни. Эта разница может указывать на компенсаторную функцию увлечений – для таких людей хобби, вероятно, становится способом справляться с психоэмоциональным напряжением, вызванным как самим заболеванием, так и изоляцией [60, c. 3-542; 130].

Данные позволяют предположить, что включение элементов досуговой активности в программы тюремного социального обеспечения – особенно для уязвимых групп, таких как ЛЖВ – может благотворно влиять на эмоциональное состояние, внутреннюю мотивацию и общее качество жизни заключённых. Такие формы активности, как творческие мастерские, чтение, рисование, прикладное искусство или музыкальные кружки, могут не только выполнять функцию отвлечения, но и способствовать формированию более позитивного образа «Я» [129, c. 583-893].

Понимание того, как заключённые воспринимают и оценивают хобби, может быть полезным при разработке индивидуализированных и устойчивых программ реабилитации. Включение подобных элементов в пенитенциарную практику способствует не только снижению уровня дезадаптации, но и более успешной ресоциализации после освобождения.

Одним из наиболее значимых факторов, выделенных респондентами как условие успешной ресоциализации, стало наличие стабильного жилья. Практически все участники исследования – независимо от состояния здоровья – подчёркивали важность жилых условий для возвращения к полноценной жизни в обществе. Особенно примечателен тот факт, что 100% респондентов с инфекционными заболеваниями, включая ЛЖВ, придавали жилью высокую ценность. Это может отражать их повышенную уязвимость и осознание важности стабильной среды, в которой возможно не только восстановление здоровья, но и более безопасное и организованное повседневное существование.

Стабильное жильё в постпенитенциарный период играет ключевую роль: оно обеспечивает базовую безопасность, способствует регулярному доступу к медицинской помощи и социальным услугам, а также создаёт условия для восстановления социальных и семейных связей [131]. Особенно для лиц, живущих с ВИЧ, отсутствие жилья может усугубить риски прерывания лечения и привести к вторичной маргинализации [132].

Данные подчёркивают необходимость внедрения комплексных программ ресоциализации, в которых жилищная стабильность должна рассматриваться как структурный приоритет, а не просто фоновое условие. Подобный подход доказал свою эффективность в снижении уровня рецидивизма и повышении качества жизни бывших заключённых в ряде международных практик [133]. Включение жилищных компонентов в стратегии социальной адаптации может существенно облегчить переходный период и повысить вероятность успешной реинтеграции в общество.

На вопрос «Какой вид поддержки в местах лишения свободы, по-вашему мнению, был наиболее полезным для Вас?» (рисунок 9).

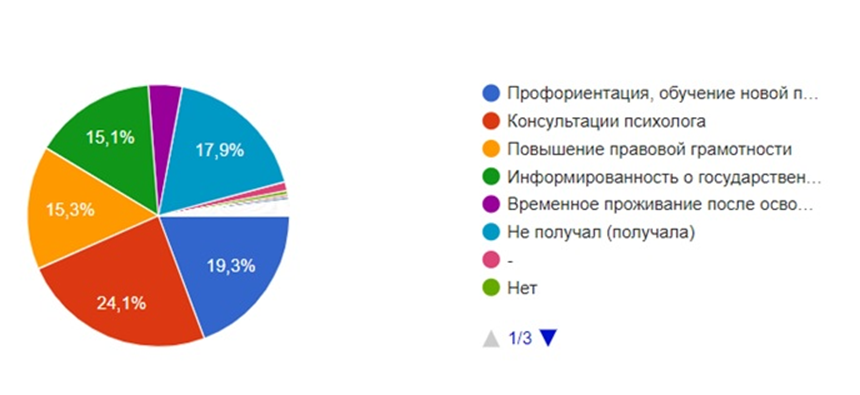


Рисунок 9 – Мнение о наиболее полезные поддержки во время отбывания наказания

Примечание – Составлено автором

Чуть более 24% респондентов ответили, что консультация психолога оказалась наиболее полезной, 19,3% отметили консультацию по профориентации, 17,9% ответили отрицательно, одинаковое количество чуть более 15% набрали консультации по повышению правовой грамотности и информированности о государственных социальных программах и деятельности НПО, работающих в направлении оказания поддержки людям, вышедшим с мест лишения свободы [41, c. 100669-6-100669-16].

Важную роль в процессе ресоциализации играет психологическая поддержка осуждённых в период отбывания наказания (рисунок 10). Однако для устойчивого эффекта необходим *комплексный подход,* сочетающий психологическую, воспитательную и социальную работу [61, c. 153-164]. Социальная работа особенно важна как инструмент подготовки заключённых к жизни на свободе, восстановления социальных связей и формирования навыков взаимодействия в обществе [134].

Такая многоуровневая поддержка облегчает адаптацию после освобождения и снижает риск рецидива, особенно среди уязвимых категорий заключённых [131, c. 389-417].

.

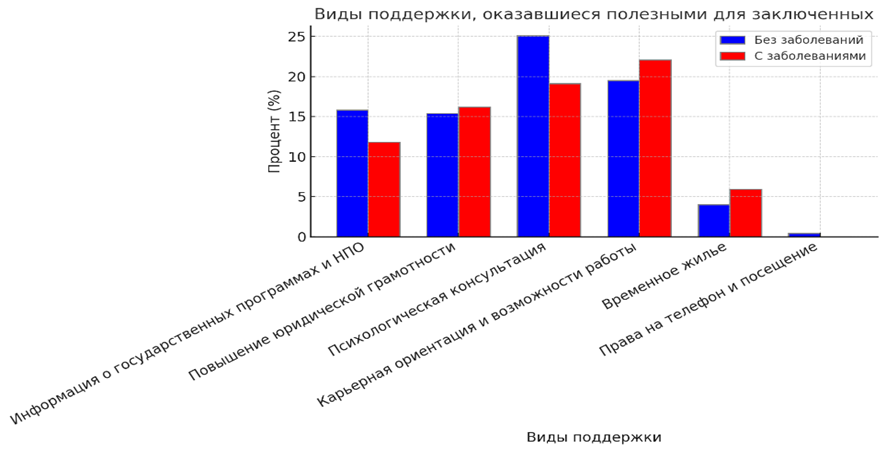


Рисунок 10 – Виды поддержки, оказавшиеся полезными для осужденных

Примечание – Составлено автором

Психологическая поддержка и карьерная ориентация высоко ценятся во всех сферах, что указывает на то, что это ключевые области для успешной ресоциализации.

Разница в ответах между людьми с инфекционными заболеваниями и без них предполагает различные потребности и представления в зависимости от состояния здоровья.

Доля осужденных, не получающих никакой поддержки или считающих существующую поддержку бесполезной, подчеркивает необходимость в более эффективных и адаптированных услугах по реабилитации и поддержке в местах лишения свободы.

Как показывают наши данные, различия в потребностях в поддержке между осужденными с инфекционными заболеваниями и без них отражают более широкую тенденцию, наблюдаемую в исправительных учреждениях по всему миру. Эти различия подчеркиваются несколькими исследованиями и обзорами.

Например, систематический обзор вспышек инфекционных заболеваний в исправительных учреждениях, о котором сообщает BMJ Global Health, подчеркивает повышенную уязвимость осужденных к инфекционным заболеваниям из-за таких факторов, как перенаселенность, ограниченный доступ к медицинской помощи и поведение высокого риска. Этот обзор также подчеркивает важность целенаправленных вмешательств и мер контроля для управления и предотвращения вспышек в местах лишения свободы.

Аналогичным образом, журнал «Клинические инфекционные заболевания» обсуждает проблемы осуществления инфекционного контроля в местах лишения свободы и местах лишения свободы. Это включает в себя контроль воздействия передающихся через кровь патогенов как на сотрудников, так и на осужденных, подчеркивая сложную динамику здравоохранения в исправительных учреждениях.

Исследование Статистического управления Бюро юстиции о медицинских проблемах, о которых сообщили осужденные в 2016 году, еще раз иллюстрирует распространенность инфекционных заболеваний среди осужденных, указывая на то, что значительная часть осужденных страдает от таких заболеваний, как гепатит С, ВИЧ и туберкулез. Это исследование помогает понять масштабы инфекционных заболеваний в местах лишения свободы и необходимость индивидуального медицинского обслуживания и поддержки [41, c. 100669-6-100669-16].

В совокупности эти исследования показывают, что потребности в поддержке осужденных с инфекционными заболеваниями могут значительно отличаться от потребностей, осужденных без таких условий. Заключенным с инфекционными заболеваниями может потребоваться более специализированная медицинская помощь, больший доступ к профилактическим мерам и адресная психосоциальная поддержка. Напротив, осужденные в целом могли бы получить больше пользы от более широкой поддержки в сфере образования, профессиональной подготовки и ресоциализации. Понимание этих различных потребностей имеет решающее значение для разработки эффективных программ здравоохранения и реабилитации в исправительных учреждениях.

По результатам анализа ответов (рисунок 11) респондентов на вопрос «Получали ли Вы информацию о действующих общественных организациях, куда можно обратиться за помощью после освобождения?» чуть более половины 58,1% респондентов ответили положительно, 41,8% ответили отрицательно [41, c. 100669-6-100669-16].

Предоставленные нами данные свидетельствуют о распространении информации об активных НПО среди осужденных, сравнивая лиц с инфекционными заболеваниями и без них.

Среди осужденных, не имеющих инфекционных заболеваний, 240 из 578 (41,5%) сообщили о том, что не получали информацию об НПО 41, c. 100669-6-100669-16].

Среди осужденных с инфекционными заболеваниями 31 из 70 (44,3%) сообщили о неполучении такой информации.

Рисунок 11 – Получали ли Вы информацию о действующих общественных организациях, куда можно обратиться за помощью после освобождения? (n)

Примечание – Составлено автором

Данные показывают небольшую разницу между осужденными с инфекционными заболеваниями и без них в плане получения информации о НКО. Немного более высокий процент осужденных, не имеющих инфекционных заболеваний, сообщил о получении этой информации.

Это может свидетельствовать о том, что распространение информации об НПО является достаточно последовательным среди этих групп, хотя существует небольшая тенденция к тому, что меньше информации доходит до людей с инфекционными заболеваниями.

Это также подчеркивает важность НПО в предоставлении поддержки и ресурсов заключенным, особенно тем, у кого есть проблемы со здоровьем. НПО часто играют решающую роль в защите прав осужденных, здравоохранении и реабилитации.

Эти данные подчеркивают потенциальную роль НПО в поддержке здоровья и реабилитации осужденных, особенно с инфекционными заболеваниями. Обеспечение справедливого доступа к информации о таких организациях имеет решающее значение для всех осужденных, поскольку это может существенно повлиять на их знания, доступ к ресурсам и общее благополучие во время пребывания в тюрьме.

На сегодняшний день социальная работа с осужденными проводится через неправительственные организации. Основными направлениями содействия общественных объединений в пенитенциарной системе, является правовое просвещение осужденных и помощь в дальнейшем трудоустройстве.

Однако данная деятельность должна выполняться не только в содействии организации трудовой деятельности, но и с целью наиболее быстрой и благополучной ресоциализации осужденных после освобождения. Однако на сегодняшний день, скоординированные действия пенитенциарной системы с общественными организациями в вопросе ресоциализации осужденных недостаточно эффективны. Таким образом мы видим необходимость введения социального работника в штат пенитенциарной системы.

В вопросе «Есть ли куда пойти осужденным после освобождения с мест лишения свободы» (рисунок 12), 40,1% ответили к родителям, более 39.8% ответили, что вернутся в собственные семьи,7,5% ответили отрицательно, 6,3% затрудняются с ответом и 5,7% ответили к друзьям [41, c. 100669-6-100669-16].

Рисунок 12 – Вам есть куда пойти после освобождения? (n)

Примечание – Составлено автором

Полученные данные показывают, что осуждённые с инфекционными заболеваниями чаще испытывают неуверенность в отношении своего жилищного положения после освобождения, чем те, у кого таких заболеваний нет. Более высокий уровень неопределённости может быть связан со стигматизацией, утратой социальных связей и ограниченным доступом к ресурсам и поддержке [132, c. е1-е22].

Надёжное жильё признано ключевым элементом успешной ресоциализации. Его отсутствие усиливает риски рецидива, ухудшает здоровье и снижает шансы на восстановление в обществе. Эти выводы согласуются с международными исследованиями, подчёркивающими, что стабильные условия проживания после заключения играют решающую роль в долгосрочной социальной адаптации и снижении повторной преступности.

Большинство осужденных, независимо от состояния их здоровья, утверждают, что хорошо понимают свои права и обязанности. Это имеет решающее значение для ресоциализации, поскольку знание юридических прав и обязанностей имеет ключевое значение для жизни после выхода из места лишения свободы [41, c. 100669-6-100669-16]. Однако более высокий процент осужденных с инфекционными заболеваниями сообщают о меньшей осведомленности о своих правах и обязанностях по сравнению с их более здоровыми коллегами. Это может указывать на необходимость более целенаправленных образовательных программ в местах лишения свободы, особенно ориентированных на лиц с проблемами со здоровьем.

Понимание своих прав и обязанностей является важнейшим компонентом процесса ресоциализации. Это дает заключенным возможность позитивно участвовать в тюремных программах и готовит их к возвращению в общество. Отсутствие этих знаний может затруднить процесс их реабилитации и ресоциализации. Всемирная организация здравоохранения подчеркивает важность здоровья осужденных как проблемы общественного здравоохранения, отмечая, что улучшение медицинских знаний среди осужденных может привести к улучшению показателей здоровья как внутри, так и за пределами места лишения свободы. Это включает в себя понимание своих прав на медицинскую помощь и своих обязанностей по поддержанию личного и общественного здоровья, особенно в условиях, когда могут быть распространены инфекционные заболевания [41, c. 100669-6-100669-16].

Эти выводы подчеркивают важность образовательных и информационных программ в местах лишения свободы, особенно адаптированных к потребностям осужденных с проблемами со здоровьем, как часть комплексных стратегий ресоциализации.

Рисунок 13 – Мнение о возможности исправления осужденного (n)

УИС РК

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 13, как и любой другой процесс, деятельность УИС нуждается в оценке полученных результатов. В теоретической литературе исправление осужденных в процессе отбывания наказания рассматривается как результат. В теории справедливости «исправление» понимается как изменение внутренних качеств личности, при котором субъект воздерживается в будущем от совершения преступлений. Вместе с тем способы для выяснения результата отсутствуют, поскольку невозможно узнать, действительно ли осужденный под влиянием наказания изменил свою систему ценностей, переосмыслил поведение или его убеждения и ценности остались прежними.

Несмотря на случаи повторного совершения преступлений, невозможно однозначно утверждать, что их причиной стала неэффективность ранее применённого наказания. Согласно представленным данным, на вопрос о том, способен ли человек измениться в условиях учреждений уголовно-исполнительной системы, положительно ответили чуть более половины опрошенных, в то время как около 17% выразили недоверие к возможности исправления в условиях изоляции [41, c. 100669-6-100669-16].

Такие результаты иллюстрируют высокую степень неопределённости в прогнозировании поведения личности в долгосрочной перспективе. Это вызывает обоснованные сомнения относительно универсальности и достижимости цели «исправления», как она формулируется в пенитенциарной политике. Вместе с тем нельзя упускать из виду, что потенциал к изменению во многом определяется степенью вовлечённости самого осуждённого в процессы ресоциализации, происходящие в местах лишения свободы.

Связь между верой в исправление и инфекционными заболеваниями: интересно, что среди тех, кто верит в возможность исправления осужденных, процент инфекционных заболеваний (40.0%) ниже, чем среди тех, кто не верит в это (60.0%). Это может указывать на потенциальную связь между верой в реабилитацию и заботой о здоровье осужденных [41, c. 100669-6-100669-16].

## **3.2 Результаты оценки медико-социальных потребностей женщин, живущих с ВИЧ в местах лишения свободы в Республике Казахстан**

Всего в опросе приняли участие 63 человека.Основной контингент участников опроса составили лица женского пола в возрасте от 18 до 60 лет. По статистической значимости распеределение относительно возрастной категории респондентов имеет нормальное распределение [135].

Таблица 2 – Возраст респондентов

|  |  |
| --- | --- |
| Возрастные группы | Возрастная категория респондентов, % |
| от 18 до 29 лет | 5 |
| от 30 до 40 лет | 38 |
| от 41 до 50 лет | 51 |
| от 51 до 60 лет | 6 |
| Примечание – Составлено автором | |

В соответствии с рисунком 2, среди респондентов преобладают женщины, относящиеся к возрастной группе «от 30 до 40 лет» (38%) и «от 41 до 50 лет» (51%) в то время как более молодое поколение в возрасте от 18 до 29 лет составляет 5% и взрослые представители опроса от 51 до 60 лет составили 6% [135, с. 473-483].

Репрезентативность этнического состава респондентов выражена преобладанием русской национальности (60%), казахской национальности (17%), а также представителями иных национальностей: уйгуры (5%), чеченцы (3%), молдоване (3%), немцы (3%), удмурты (2%), киргизы (2%), татары (2%), корейцы (2%).

В соответствии с рисунком 14, среди участниц опроса 87% не имеют высшего образования, среди них преобладают лица в возрастной категории от 30 до 40 лет 21% со средним образованием до 9 класса; 13% со средним общим образованием до 11 класса и в возрастной категории от 41 до 50 лет 22% со средним образованием до 9 класса; 19% со средним общим образованием до 11 класса. К возрастной категрии «от 41 до 50 лет» также относятся респонденты с высшим образованием (5%) и послевузовским образованием (8%) [135, с. 473-483].

Рисунок 14 – Уровень образования

Примечание – Составлено автором

Среди 63 участниц опроса всего 2 (3%) респондента являются воспитанниками детского дома, которые относятся к возрстной категории «от 41 до 50 лет» [135, с. 473-483].

Одна третья часть респонтетов (27%) имеют опыт отбывания наказания без изоляции от общества будучи на учете слубж пробации, соответственно имеют доступ к официальным формама социально-правовой помощи. В то время как 73% опрошенных не имеют доступа к индивидуальным мерам контрольного и социально-правового характера, направленных на коррекцию поведения и не состоят в службах пробации, соответственно не имеют провового доступа к ресоциализации, социальной адаптации и реабилитации [135, с. 473-483].

Рисунок 15 – Учет в местной службе полиции

В соответствии с рисунком 15, из 32% лиц, состоящих на учете в местной службе полиции только 70% (n 14) опрошенных состоят на учете служб пробации. Следовательно, данные лица обеспечены только административным надзором за неприбытие к предполагаемому месту жительства отбывших наказание [135, с. 474-480].

Среди респондентов всего 3% (n 2) не имели судимости, тогда как 32% более трех раз и 17% более 5 раз были признаны судом виновными в совершении преступления с применением уголовного наказания и иных мер уголовно-правового характера [135, с. 474-480].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| а | б |

а – информация о наличии судимости; б – сведения о количестве отбывания в местах лишения свободы

Рисунок 16 – Информация о наличии судимости и количестве отбывания в местах лишения свободы

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 16, ответы респондентов по числу судимостей и сроков отбывания наказания оказались равномерно распределены, что свидетельствует о стабильности криминальных траекторий. Наличие нескольких судимостей у одного лица указывает на накопление негативных последствий, которые сохраняются и после отбытия наказания.

Такие случаи часто приводят к признанию рецидива, что становится основанием для ужесточения санкций при повторном преступлении. Кроме того, повторные судимости усиливают стигматизацию и затрудняют ресоциализацию после освобождения.

В контексте нашего исследования, данные о том, что 32% респондентов были признаны виновными более трех раз, а 17% более пяти раз, могут указывать на систематическую неравноправность в уголовно-правовой системе [135, с. 475-482]. Эти цифры поднимают вопросы о равенстве доступа к справедливому судебному разбирательству и качеству защиты на суде. Согласно Роулзу, необходимо, чтобы каждый человек имел равный доступ к базовым правам и свободам, что подразумевает наличие компетентной и доступной юридической помощи для всех слоев населения, включая маргинализированные группы. Данные о повторных судимостях также затрагивают второй принцип Роулза [15, c. 21-25] – принцип разницы, который утверждает, что социальные и экономические неравенства должны быть организованы таким образом, чтобы они приносили максимальную выгоду наименее привилегированным. В контексте уголовного правосудия это может означать, что наказания, особенно для повторных преступлений, должны быть направлены не только на наказание, но и на реабилитацию и предоставление возможностей для социальной адаптации после освобождения. Повторные судимости могут отражать неэффективность существующих программ реабилитации и поддержки, что указывает на необходимость их пересмотра в пользу улучшения условий для ресоциализации осужденных.

Рисунок 17 – Информация о количестве лет, проведенных в местах лишения свободы, %

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 17, превалирует среди ответов опрошенных отбывание срока от 1 до 5 лет, что составляет 35% от общего количества респондентов. Среди них 1 раз отбывали наказание 55%; 2 раза отбывали наказание – 25%; 3 раза отбывали наказание – 20% [135, с. 476-483].

Среди респондентов, отбывавших срок от 6 до 10 лет (24% выборки), наиболее значительной оказалась группа с тремя и более сроками наказания – 52,94%. Один раз были осуждены 35,29%, дважды – 11,76%. В группе, отбывавшей срок от 11 до 15 лет (26%), преобладают респонденты с тремя судимостями – 46,7%; 33,3% имеют четыре и более судимостей, и лишь 20% – две.

Наиболее тяжёлые криминальные биографии зафиксированы у респондентов, отбывавших сроки от 16 до 25 лет – эта группа составила 10% выборки и имела от двух до восьми судимостей.

Рисунок 18 – Сведения о последней дате из мест лишения свободы, %

Примечание – Составлено автором

Среди опрошенных преобладают лица со сравнительно недавним сроком освобождения с мест лишения свободы в количестве не более 5 лет и составляет 46% (рисунок 18). Среди них завершили отбывание наказания в 2021 году 14,29%, в 2020 году освободились 9,52%, 2019 году 15,87% (таблица 3).

На момент проведения опроса последние 10 лет находились на свободе 27% респондентов, более 10 лет назад отбывали свое наказание 21% опрошенных и не были судимы 3,17%.

Таблица 3 – Сведения о периоде последнего освобождения из мест лишения свободы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата последнего освобождения из мест лишения свободы, годы | Количество | Количество, % |
| 2021 | 9 | 14,29 |
| 2020 | 6 | 9,52 |
| 2019 | 10 | 15,87 |
| 2018-2015 | 18 | 28,57 |
| 2014-2010 | 6 | 9,52 |
| 2009-2005 | 5 | 7,94 |
| 2004-1999 | 7 | 11,11 |
| *Нет судимости* | 2 | 3,17 |
| Примечание – Составлено автором | | |

Согласно мнениям респондентов, перед освобождением в местах лишения свободы только 17,46% была оказана некая форма поддержки, 82,54% респондентов (рисунок 19) отрицают факт наличия каких-либо видов поддержки перед освобождением:

*Была ли вам оказана какая-либо поддержка в местах лишения свободы перед освобождением?*

а б

а – Да, была оказана - 17,46%; б – Нет, не было оказано - 82,54%; а, б *-* количество раз отбывания в местах лишения свободы

Рисунок 19 – Соотношение мнений респондентов относительно предоставления какой-либо поддержки в местах лишения свободы перед освобождения и количество отбываний респондентов в местах лишения свободы

Примечание – Составлено автором

Если смотреть в разрезе опыта пребывания в местах лишения свободы респондентов, то лица, которые не получили какой-либо поддержки перед освобождением (82,54%) имеют в наличии 3 и более судимостей (50,0%) обладают наибольшим стажем и формируют заключение, что в значительной мере отсутствует поддержка в контексте данного вопроса. При этом стоит принимать во внимание индивидуальные и региональные критерии мест отбывания наказания. Несмотря на то, что уголовная и судебная система на уровне республике единая, существуют локальные программы социальной и правовой поддержки [56, c. 443-450].

Анализ данных через призму теории справедливости Роулза [15, c. 22-26] и концепций восстановительной справедливости выявляет серьёзные проблемы в текущей уголовно-правовой системе и предоставляет основу для реформ, направленных на улучшение условий и поддержки для осуждённых, что способствует более справедливому и функциональному обществу.

Недостаток поддержки перед освобождением указывает на потенциальный провал в системе уголовного правосудия в её стремлении к реабилитации и социальной адаптации осуждённых, что может увеличить вероятность рецидива и социальной изоляции бывших заключённых:

*Личная ситуация, здоровье и социальный контекст*

Рисунок 20 – Жилищная ситуация до последнего срока заключения

В соответствии с рисунком 20, анализ демонстрирует относительно нестабильный статус жилищного вопроса у респондентов до момента последнего отбывания наказания, в частности, всего 65.08% респондентов имели стабильное место проживания; 20.63% респондентов проживали с родителями, сожителем, арендовали жилье; 14.29% вовсе не имели стабильного места проживания [56, c. 444-451].

Рисунок 21 – Текущая ситуация с жильем

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 21, исходя из ответов респондентов, после освобождения с мест лишения свободы ситуация со стабильностью жилищного вопроса меняется в значительной степени: если до отбывания срока статус нестабильности составлял 14.29%, то после освобождения данный показатель снижается до 1.59%, тем не менее в этой части стоит учитывать, что 4.76% обращаются в кризисный центр, что также не придает вопросу о жилищном статусе стабильности. Также показатель совмещения жилищного пространства с родственниками, родителями, сожителями также кардинально растет от 20.63% до заключения и 73.02% после освобождения. После освобождения с мест лишения свободы меняется также статус собственности и стабильности жилья, что составляет 65.08% до заключения и 22.22% после освобождения.

Снижение стабильности жилья с 65.08 до 22.22% после освобождения свидетельствует о серьезных барьерах в доступе к базовым ресурсам, которые необходимы для успешной ресоциализации в общество. Это недопустимо с точки зрения теории Роулза, так как ограничивает основные свободы и возможности освобожденных, делая их меньше совместимыми со свободами других граждан.

Рисунок 22 – Семейное положение

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 22, среди участников опроса 47.62% не замужем, из них 50% имеют по одному и двое детей; 19.05% находятся в браке; 12.70% в статусе вдовы; 12.70% в гражданском браке, из них 41.6% также имеют детей; 7.94% находятся в разводе [56, c. 445-451].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

а б

а – наличие/отсутствие детей; б – количество детей

Рисунок 23 – Наличие и количество детей

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 23, среди респондентов 69.84% имеют детей, из них 60.47% имеют одного ребенка, 27.91% имеют двое детей, 11.63% имею трое детей. Среди респондентов, у которых есть дети, 34.09% не имеют прописки с места жительства и 15.91% являются бездомными или временно находятся в кризисном центре [56, c. 445-451].

Используя теорию справедливости Джона Роулза [15, c. 23-27] для анализа данных о семейном положении и наличии детей у респондентов, мы видим значительные вызовы в соответствии с принципами равенства возможностей и разницы. В контексте равенства возможностей, 47.62% не замужних респондентов и значительное число вдовцов и разведенных указывают на потенциальную уязвимость этих групп, особенно учитывая, что многие из них являются одинокими родителями, сталкивающимися с дополнительными экономическими и социальными трудностями. Принцип разницы Роулза [15, c. 23-27], который предполагает, что неравенства должны работать на пользу наименее привилегированных, находит отражение в данных о том, что 69.84% респондентов имеют детей, при этом значительная доля из них живет без постоянного жилья или обращается в кризисные центры. Эти данные подчеркивают необходимость более глубокого анализа и адресации социальных и экономических барьеров, с которыми сталкиваются эти уязвимые группы, чтобы обеспечить более справедливое распределение ресурсов и возможностей в обществе.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| а б | |

Рисунок 24 – Вид деятельности до лишения свободы

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 24, до лишения свободы среди респондентов 44.83% являлись безработными, 5.17% были заняты в сфере волонтерства, 5.17% зарабатывали воровством, и только 18.9% имели стабильный заработок. Среди видов занятости преобладала сфера торговли 5.17%, остальные респонденты работали на мойке (1.72%), мастером пошива (1.72%), администратором (1.72%), (рисунок 25) [56, c. 446-452].

Рисунок 25 – Вид занятости на момент проведения опроса

Примечание – Составлено автором

На момент проведения пороса, 44.83% респондентов были официально трудоустроены, 34.48% были безработными и домохозяйками, 12,07% были самозаняты, 5.17% работали в сфере коммерческого секса, 1.72% проходили обучение 1.72% посвятили себя служению церкви [56, c. 446-452].

До лишения свободы большая часть респондентов (44.83%) была безработной, что указывает на значительные экономические и социальные неравенства, с которыми они столкнулись. Только небольшой процент (18.9%) имел стабильный заработок, что подчеркивает ограниченный доступ к качественным и стабильным рабочим местам. Меньшее представление в сферах, требующих специальных навыков или образования (волонтерство, торговля, услуги), свидетельствует о возможных барьерах в образовании и профессиональной подготовке [56, c. 447-453].

После освобождения, процент официально трудоустроенных респондентов составил 44.83%, что является значительным улучшением по сравнению с их предыдущим положением. Однако, все еще высокий процент безработицы и домохозяйства (34.48%) подчеркивает продолжающиеся экономические трудности. Самозанятость и работа в менее стабильных сферах, таких как коммерческий секс, могут отражать отсутствие лучших возможностей и необходимость выживания в сложных условиях [56, c. 447-453].

Роулз [15, c. 24-29] аргументирует, что каждый человек должен иметь равный доступ к базовым правам и свободам. Данные подчеркивают необходимость улучшения доступа к образованию и профессиональной подготовке, чтобы обеспечить равные возможности для всех, включая тех, кто был лишен свободы. Это может помочь уменьшить число людей, вынужденных заниматься низкооплачиваемой или нелегальной деятельностью:

*Употребление наркотиков (до/во время/после заключения)*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

а б

Рисунок 26 – В каком возрасте вы начали употреблять наркотики?

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 26, результат опроса демонстрирует, что в преобладающих случаях (56.45%) респонденты начали употреблять наркотики в возрасте от 10 до 20 лет, в 35.48% случаях в возрасте от 21 до 30 лет. В 45.90% случаях начинали с ханки, в 36.07% случаях – с марихуаны, и в 18.03% - героин [56, c. 447-453].

Большая часть респондентов (56.45%) начала употреблять наркотики в возрасте от 10 до 20 лет, что указывает на то, что подростковый возраст является критическим периодом. Это время, когда молодые люди особенно уязвимы и подвержены влиянию сверстников, а также могут испытывать социальное и экономическое давление [56, c. 447-453].

Рисунок 27 – С каких наркотиков начался ваш первый опыт?

Примечание – Вид первых наркотических веществ, составлен автором

Роулз [15, c. 24-29] утверждает, что каждый должен иметь равный доступ к основным свободам и возможностям, способствующим реализации своих потенциалов. Начало употребления наркотиков в раннем возрасте часто связано с отсутствием доступа к образовательным и социальным ресурсам, что нарушает этот принцип. Молодые люди в уязвимых социальных и экономических условиях могут не иметь достаточно возможностей для здорового развития и могут обращаться к наркотикам как способу справиться с жизненными трудностями.

Данные показывают, что начальные вещества варьируются от ханки и марихуаны до героина, что отражает различные уровни доступности и возможно культурные различия в употреблении наркотиков. Эффективные меры должны учитывать эти различия, а также предоставлять поддержку тем, кто уже столкнулся с зависимостью, включая доступ к лечению и реабилитации.

Рисунок 28 – Способ введения наркотика

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 28, по видам введения наркотических средств в организм среди респондентов распространено (73%) курение (47.6%), вдыхание через нос (7.9%) и оральный способ введения наркотиков (1.6%) [56, c. 448-453].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| а | б |

а – употребляете ли сейчас наркотики?; б – Если Вы употребляете наркотики укажите какие

Рисунок 29 – Употребление наркотических средств на момент проведения опроса

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 29, на момент проведения опроса 15.87% респондентов все еще имели наркотическую зависимость и продолжали употреблять марихуану (11.1%), героин (7.9%), метадон (6.3%), ханку (4.8%), скорость (1.6%). При этом респонденты, которые продолжали принимать наркотики на момент проведения опроса использовали в качестве доставки наркотиков через курение (56%) и внутривенное введение (44%).

*Употребление наркотиков в тюрьме*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| а | б |

а – употребляли ли вы когда-нибудь наркотики в тюрьме?; б – назовите наименование наркотика

Рисунок 30 – Употребление наркотических средств в период тюремного заключения и виды наркотических средств

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 30, итоги опроса показывают, что 57.1% респондентов имели доступ к наркотическим средствам в период тюремного заключения. В частности, к доступным наркотикам в местах лишения свободы по результатам опроса можно отнести героин (58.5%), марихуана (18.9%), ханка (13.2%), трамадол (9.4%), гашиш (5.7%) [56, c. 448-453].

Опрос показывает, что 54.0% респондентов имели доступ к наркотическим средствам, вводимых через инъекцию. При этом 81.3% респондентов находили доступ к стерильным шприцам различными способами, из них 4,2% крали в сан части (рисунок 31) [56, c. 448-453].

По теории Роулза, социальные и экономические неравенства должны быть организованы таким образом, чтобы они приносили наибольшую выгоду наименее привилегированным [15, c. 27-29]. В контексте тюрем, где осужденные уже находятся в уязвимом положении, доступ к наркотикам и особенно к инъекционным наркотикам (54.0% имели доступ) усиливает их уязвимость и снижает шансы на успешную ресоциализацию. Отсутствие стерильных шприцев (18.7% не имели доступа к ним) увеличивает риск заболеваний, таких как ВИЧ и гепатиты, что делает их положение еще более уязвимым [56, c. 447-453].

а б

а – делали ли вы когда-нибудь инъекции наркотических средств в тюрьме?; б – был ли доступ к стерильным шприцам?

Рисунок 31 – Доступ к наркотическим средствам, вводимых через инъекцию и доступ к стерильным шприцам

Примечание – Составлено автором

Рисунок 32 – Способы очистки шприцов

Примечание – Составлено автором

Для очистки использованных шприцов осужденные промывали шприцы в проточной воде (42.0%), кипятили (18.8%), применяли обработку хлорным раствором (11.6%), 2.9% не делились использованными шприцами [56, c. 447-453].

*Здравоохранение и социальная поддержка. Медицинская поддержка*

На момент проведения опроса 68.25% респондентов имели отрицательный статус ВИЧ, 30.16% - положительный статус ВИЧ, 1.59% не имели однозначного ответа. Среди 30.16% респондентов с положительным статусом ВИЧ 4.88% женщин относятся к возрастной группе «от 18 до 29 лет», 43.90% из возрастной группы «от 30 до 40 лет», 51.22% женщин из возрастной группы «от 41 до 50 лет» (рисунок 33). Статус ВИЧ для респондентов был определен во время заключения в местах лишения свободы (62.8%), до заключения (18.6%) и после заключения (18.6%) [56, c. 448-453].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

а б

Рисунок 33 – Информация о статусе ВИЧ периоде определения положительного ВИЧ статуса

Примечание – Составлено автором

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

а б

Рисунок 34 – Информация о статусе Вирусного гепатита С и период его заключения

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 34, среди опрошенных 80,65% имеют сведения о собственном статусе Вирусного гепатита С, из них 45,16% имеют отрицательный статус Вирусного гепатита С, 33.87% имеют положительный статус Вирусного гепатита С; 1.61% на момент опроса уже были вылечены; 19.35% не знают своего статуса Вирусного гепатита С. Из числа респондентов 40.7% получили сведения о своем статусе Вирусного гепатита С после отбывания срока в УИС, 37% узнали во время пребывания в местах отбывания наказания, 22.2% знали свой статус Вирусного гепатита С до заключения [56, c. 448-453].

Результаты опроса показывают, что 14.5% респондентов имели положительный статус Вирусного гепатита В, 21.0% не владели данной информацией, 1.6% на момент опроса были вылечены, 62.9% имели отрицательный статус Вирусного гепатита В (рисунок 36). Среди 79.0% респондентов, которые знали свой статус Вирусного гепатита В, 44.4% знали об этом до заключения, столько же (44.4%) узнали свой статус после заключения, 11.1% узнали статус Вирусного гепатита В во время пребывания в местах УИС [56, c. 448-453].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

а б

Рисунок 35 – Информация о статусе Вирусного гепатита В и период его заключения

Примечание – Составлено автором

а б

Рисунок 36 – Информация о статусе Туберкулеза и период его определения

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 36, в вопросе определения статуса Туберкулеза преобладает отрицательный статус (82.5%) респондентов, 14.3% вылечены, 1.6% имели положительный статус Туберкулеза на момент проведения опроса, 1.6% не знали о своем статусе Туберкулеза. 50% респондентов определили свой статус Туберкулеза во время заключения, 35.7% после заключения с мест УИС, 14.3% - до заключения [56, c. 448-453].

Анализируя представленные данные о состоянии здравоохранения и доступности медицинской поддержки среди заключённых через призму теории справедливости Джона Роулза [15, c. 27-29], можно выявить ряд серьезных вопросов, связанных с обеспечением равенства возможностей и минимизацией социальных и экономических неравенств.

Роулз утверждает, что каждый человек должен иметь равный доступ к базовым свободам и возможностям, что включает в себя доступ к качественному медицинскому обслуживанию [15, c. 27-29]. Однако данные показывают, что значительное количество заключённых сталкивается с серьёзными заболеваниями вроде ВИЧ, вирусных гепатитов и туберкулёза, что свидетельствует о недостаточном уровне медицинской поддержки в тюремной системе. Например, 30.16% респондентов имеют положительный статус ВИЧ, и большая часть из них (62.8%) узнали о своём статусе уже во время заключения, что может указывать на позднюю диагностику и начало лечения.

Данные также подчеркивают проблему стигматизации и дискриминации людей с серьезными заболеваниями в местах лишения свободы, что может усугублять их социальное положение и ограничивать доступ к нужной поддержке. Отсутствие стерильных шприцев и адекватного медицинского оборудования, особенно в контексте распространения инъекционных наркотиков, подчеркивает необходимость улучшения медицинской инфраструктуры и условий содержания.

Роулз [15, c. 27-29] утверждает, что все должны иметь равный доступ к базовым правам и свободам. Снижение показателей здоровья во время заключения указывает на несправедливость в доступе к медицинским услугам и условиям содержания, что потенциально нарушает этот принцип. Это также может указывать на недостаточность медицинской инфраструктуры и ресурсов в тюремной системе.

Анализ показывает, что условия в местах заключения оказывают значительное влияние на здоровье заключённых, что требует внимания со стороны законодательных и исполнительных органов. Обеспечение адекватной медицинской поддержки в местах лишения свободы является не только вопросом соблюдения прав человека, но и важным аспектом общественного здоровья, который должен соответствовать принципам справедливости в обществе (рисунок 37).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| а | б |

Рисунок 37 – Виды информационно-разъяснительных работ касательно вопросов здоровья респондентов во время отбывания наказания

Примечание – Составлено автором

Опрос демонстрирует наличие какой-либо информационно-разъяснительной работы касательно вопросов здоровья в казахстанской системе УИС. Всего 50.79% респондентов подтвердили факт проведения информационно-разъяснительных работ по вопросам здоровья в местах лишения свободы, 44.44% не имеют однозначного ответа на данный вопрос. Информационно-разъяснительные работы по вопросам здоровья в значительной мере направлены на профилактику распространения инфекционных заболеваний (55.56%) и предоставление консультаций у психолога (11.11%), также по направлению борьбы с наркологической зависимостью (3.17%), планирования беременности (1.59%) и профилактики неинфекционных заболеваний (1.59) [56, c. 446-450].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

а б

Рисунок 38 – Оказание медикаментозного лечения в местах отбывания наказания и виды медицинских услуг

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 38, 69.84% ответов респондентов свидетельствуют о предоставлении медикаментозного лечения в местах отбывания наказания. По видам медицинских услуг преобладает запрос на услуги терапевта (20.63%) и стоматолога (14.29%). Также респондентам приходилось обращаться за медицинской помощью для лечения ВИЧ (6.35%), туберкулеза (3.17%), диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта (3.17%), для лечения онкологических заболеваний (1.59%), лечения бессонницы (1.59%), для родовспоможения (1.59%), для лечения женской репродуктивной системы (1.59%), для решения невропатологических вопросов (1.59%) [56, c. 453-451].

Рисунок 39 – Наличие узких специалистов в местах лишения свободы

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 39, в редких случаях в системе УИС присутствуют медицинские специалисты по узким направлениям, о чем свидетельствуют 22.22% ответов респондентов, 55.56% респондентов утверждают, что узких медицинских специалистов в учреждениях УИС нет, 22.22% - не имеют однозначного ответа [9, c. 3-136; 56, c. 445-450].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| а | б |

а – диагностика УЗИ, МРТ; б – причины запроса диагностики УЗИ, МРТ

Рисунок 40 – Наличие возможности получить в исправительном учреждении диагностические услуги УЗИ, МРТ

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 4, среди респондентов 30.16% имели опыт обращения за диагностическими услугами УЗИ и МРТ. Среди них 52.6% имели заболевание ВИЧ, 15.8% - Туберкулез, 10.5% - Цирроз печени, 5.3% обратились в целях диагностики беременности и/или родовспоможения.

Рисунок 41 – Частота осмотра терапевта

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 41, ответы респондентов относительно частоты осмотра терапевтом распределились неравномерно по степени статистической значимости. 18.03% респондентов утверждают, что осмотра терапевтом не было, 6.56% не имеют однозначного ответа на данный вопрос. Среди опрошенных 22.95% утверждают, что осмотр терапевта происходит при необходимости, по запросу отбывающих наказание, 4.92% ответили, что регулярный осмотр проходил в период карантина, 13.11% ответили, что осмотр терапевтом проводился один раз в год, 11.48% - один раз в 6 месяцев, 3.28% - один раз в месяц [56, c. 445-450]. Анализ показывает, что в системе УИС отсутствует обязательный систематический осмотр терапевтом лиц, отбывающих наказание. При этом, согласно «Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода, которых ограничена, а также лицам, отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальное учреждение», в течение первых суток пребывания, медицинским работником проводится первичный профилактический медицинский осмотр всех вновь потупивших [86, c. 2-304]. Тем не менее во время опроса, только 1.64% респондентов ответили, что осмотр терапевта проводился при переводе в другое исправительное учреждение.

Ответы касательно частоты осмотра гинекологом также распределились неравномерно по степени статистической значимости, что свидетельствует об отсутствии в системе казахстанской УИС отсутствует обязательный систематический осмотр гинекологом лиц, женского пола, отбывающих наказание в местах лишения свободы (рисунок 42) [56, c. 445-450].

Рисунок 42 – Частота осмотра врача гинеколога

Примечание – Составлено автором

Рисунок 43 – Частота осмотра врача маммолога

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 43, исходя из ответов респондентов, 43.86% утверждают, что не получали консультаций маммолога, 10.53% не имеют однозначного ответа, 7.02% ответили, что консультацию маммолога можно получить по запросу женщин, отбывающих наказание в местах лишения свободы, 14.04% ответили – редко, 12.28% ответили, что консультации маммолога проходят один раз в год, 12.28% - один раз в 6 месяцев. Анализ данного вопроса также свидетельствует об отсутствии в системе казахстанской УИС обязательного систематического осмотра маммологом для лиц, женского пола, отбывающих наказание в местах лишения свободы [56, c. 446-453].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| а | б | в |

а – если Вы наркозависимая, применяли ли Вам детокс при синдроме отмены наркотиков?; б – при этом Вам обезболивали ломку?; в – употребляли ли Вы когда-нибудь наркотики в во время отбывания наказания?

Рисунок 44 – Применение медикаментозного лечения для наркозависимых женщин в местах отбывания наказания

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 44, учитывая, что среди респондентов 42.9% употребляли наркотики во время пребывания в учреждениях УИС, только 1.59% опрошенных получали детокс терапию при возникновении синдрома отмены от наркотических средств, 87.30% не получали никаких терапевтических мер при этом, и только 6.35% респондентов получали обезболивающие при возникновении ломки. Данные показатели демонстрируют отсутствие в системе УИС терапевтических мер по лечению наркозависимых лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы [56, c. 446-453].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| а | б |

а ‒ имеете ли вы сейчас доступ к медицинским услугам и лечению?; б – есть ли у вас сейчас прикрепление к поликлинике?

Рисунок 45 – Наличие доступа к медицинским услугам на момент проведения опроса

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 45, на момент проведения опроса, 65.08% респондентов имели доступ к медицинским услугам, из них 79.37% были прикреплены к поликлинике, 19.05% не были прикреплены к поликлинике. Среди 30.16% респондентов, которые не имели доступа к медицинским услугам на момент проведения опроса, 42.1% имеют положительный статус ВИЧ, 26.3% имеют положительный статус Вирусного гепатита С, 21.1% имеют положительный статус вирусного гепатита В. Данный анализ показывает, что граждане после отбывания наказания в учреждениях УИС с социально значимыми заболеваниями не имеют доступа к медицинским услугам [56, c. 447-453].

Рисунок 46 – Наличие зронических заболеваний

Примечание – Есть ли у вас хронические заболевания? Сосавлен автором

Рисунок 47 – Получение к заболеванию

Примечание – Получаете ли вы сейчас какое-либо лечение? Составлен автором

В соответствии с рисунком 47, опрос показывает, что 58.73% респондентов имеют хронические заболевания, при этом 41.27% не получают какого-либо лечения. Что свидетельствует либо об отсутствии степени ответственности за собственное здоровье у граждан с уголовной ответственностью, либо об отсутствии доступа к бесплатной медицинской помощи у граждан, имевших судимость [56, c. 447-453].

Рисунок 48 – Наличие вакцинации от COVID-19

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 48, на момент проведения опроса только 31.75% были вакцинированы от COVID-19, 68.25% - не были вакцинированы, из них 25.6% не имели прикрепления к поликлинике. Среди 68.25% не вакцинированных 28.01% имеют хронические заболевания [56, c. 447-453].

Рисунок 49 – Получали ли вы информацию/рекомендации по снижению вреда вовремя прибытия в тюрьме или в другое время вашего заключения ?

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 49, больше половины респондентов (57.14%) ответили что не получали никаких рекомендаций по снижению вреда во время нахождения в местах лишения свободы. 35.68% ответили, что была предоставлена информация о профилактике инфекционных болезней и предоставлены презервативы и только 2 респондентам (3.17%) были предоставлены дезинфекционные средства/шприцы [56, c. 447-453].

Более 80% респондентов ответили, что им не оказывалась какая-либо социальная поддержка в местах лишения свободы перед освобождением, в то время как 6,35% получили денежные средства/заработанные за время нахождения в местах лишения свободы, 11,76% респондентов была предоставлена услуга по оформлению личных документов/документов о состоянии здоровье (рисунок 50) [56, c. 447-453].

Рисунок 50 – Социальная поддержка

Примечание – Составлено автором

Необходимо усиленное внимание к разработке и реализации политик и программ, направленных на улучшение доступа к медицинским услугам как в учреждениях УИС, так и после освобождения. Это включает в себя обеспечение доступности детоксикационной терапии для наркозависимых, расширение программ по профилактике и лечению ВИЧ и вирусных гепатитов, а также улучшение системы медицинского обслуживания для освобожденных, включая тех, кто страдает от хронических заболеваний [86, c. 2-304].

Это не только соответствует требованиям справедливости, но и способствует повышению общественного здоровья и безопасности, снижая долгосрочные социальные и экономические затраты, связанные с повторными заключениями и продолжением распространения инфекционных заболеваний.

*Освобождение*

71,43% респондентов не получили никакой информации о действующих общественных организациях (рисунок 51) куда можно было обратиться за помощью после освобождения, учитывая тот факт, что 38% респондентам некуда было пойти после освобождения с мест лишения свободы. На момент проведения опроса 41% респондентов до сих пор поддерживают связь с какими либо социальными службами в преимуществе (90%) являются НПО, в то время как 66,67% респондентов ответили, что во время нахождения в учреждениях УИС они поддерживали связь только со Спид центрами [56, c. 443-452].

а б

а – информация о действующих общественных организациях; б – связь с социальными службами

Рисунок 51 – Поддержка со сотроны общественных организаций

Примечание – Составлено автором

Анализ данных о социальной поддержке после освобождения из мест лишения свободы выявляет значительные недостатки в системе ресоциализации бывших заключённых в общество. Важно рассмотреть эти данные с точки зрения их соответствия принципам справедливости и возможностей, предоставляемых освобожденным лицам для успешной адаптации.

Принцип равенства возможностей по Роулзу [15, c. 24-29] подразумевает, что каждый должен иметь доступ к ресурсам, необходимым для достойной жизни. Отсутствие информации о доступных ресурсах и поддержке негативно влияет на возможности бывших заключённых адаптироваться к жизни в обществе.

Данные показывают серьезный недостаток в предоставлении информации и ресурсов для ресоциализации бывших осужденных, что ставит под угрозу их возможность успешной адаптации и нарушает основные принципы справедливости. Улучшение доступа к информации о социальных услугах, увеличение поддержки со стороны НПО и государственных структур, а также обеспечение стабильности в жилищных вопросах могут значительно улучшить процесс ресоциализации освобожденных лиц и способствовать созданию более справедливого общества.

В соответствии с рисунком 52, после освобождения 42,86% из общего количества опрошенных ответили, что обращались за помощью в какие либо организации за поддержкой после освобождения с мест лишения свободы, в то время как только 3.17% опрошенных получили единовременное пособие [56, c. 447-453].

Рисунок 52 – Обращение в организации

Примечание – Составлено автором

*Ресоциализация*

а б

а – трудности после освобождения; б – фактора способствующие ресоциализации

Рисунок 53 – Трудности и фактора способствующие ресоциализации

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 53, в своих ответах респонденты отметили, что первостепенной необходимостью после освобождения являлось решение финансового вопроса (63,49%), вопросы занятости (44,44%), поиск жилья (38,10) и услуги здравоохранения (25,40%). В свою очередь одним из основных факторов для ресоциализации респонденты отметили наличие работы и понимание со стороны общеста/поддержка семьи (22%) [56, c. 447-453].

Рисунок 54 – Поддержка наркозависимых осужденных женщин

Примечание – Составлено автором

В соответствии с рисунком 54, наиболее оптимальным условием для поддержки наркозависимых осужденных являются условия для лечения и реабелитации доступа к которым у них отсутствует по законодательным нормативам (29%), на втором месте (22%) респонденты отметили моральную поддержку, которая может позволить успешно преодолеть заболевание. Затрудненнность в ответе респондентов (13%) возможно указывают на отсутствие осведомленности или безразличии к своему заболеванию со стороны респондента.

## **3.3 Разработка и апробация модели социального работника в пенитенциарной системе на основе результатов глубинных интервью и тренинга по международным стандартам**

Анализ данных с использованием MAXQDA и методов триангуляции выявил ряд ключевых тем и проблем, связанных с ресоциализацией заключённых с ВИЧ. В частности, были идентифицированы важные факторы, влияющие на успешную ресоциализацию, включая доступ к качественному медицинскому обслуживанию, образовательные программы, профессиональное обучение и поддержку со стороны НПО. Также были выявлены препятствия, такие как стигма, недостаточное финансирование и ограниченная доступность специалистов.

На основе данных интервью с экспертами были сформированы ключевые факторы, способствующие успешной ресоциализации осуждённых, в том числе с ВИЧ – положительным статусом, которые охватывают как внутренние аспекты учреждений, так и внешние условия, и поддержку (Приложение Д).

*Ключевые факторы, способствующие ресоциализации:*

* 1. Регулярное обучение и повышение квалификации сотрудников пенитенциарных учреждений, включая обучение по работе с уязвимыми группами и ВИЧ-позитивными осуждёнными, является ключевым для создания благоприятной и поддерживающей среды [61, c. 153-164].
  2. Доступ к профессиональному обучению и образовательным программам во время отбывания наказания помогает осуждённым приобрести необходимые навыки и квалификацию для успешной ресоциализации и трудоустройства после освобождения [121].
  3. Обеспечение качественной медицинской помощи и доступа к лечению ВИЧ в пенитенциарных учреждениях является фундаментальным для поддержания здоровья осуждённых и улучшения их качества жизни [50, c. 291-301].
  4. Предоставление психологической консультации и социальной поддержки способствует улучшению эмоционального состояния осуждённых, помогая им справляться с проблемами, связанными с ВИЧ и стигмой, и поддерживает их мотивацию к ресоциализации [136].
  5. Возможности для поддержания связей с семьей и обществом, а также участие в социально значимых проектах и программах волонтёрства во время отбывания наказания, способствуют лучшей социальной адаптации после освобождения [137, 138].
  6. Взаимодействие с неправительственными организациями и другими внешними партнёрами, предоставляющими образовательные, медицинские и реабилитационные услуги, является важным для расширения ресурсов поддержки осуждённых [93; 139].
  7. Наличие мотивированных и обученных фасилитаторов (социальных работников, психологов, медицинских работников), способных индивидуально подходить к проблемам осуждённых и оказывать необходимую поддержку, способствует успешной ресоциализации [111, c. 958-974; 140].

Таким образом, представленные факторы подчеркивают необходимость комплексного подхода к ресоциализации осуждённых, в том числе с ВИЧ-положительным статусом, включающего улучшение условий содержания, доступа к образованию и профессиональной подготовке, а также обеспечение необходимой медицинской, психологической и социальной поддержки. Создание поддерживающей среды и активное сотрудничество между различными участниками процесса ресоциализации могут значительно улучшить результаты для осуждённых, способствуя их успешному возвращению в общество (таблица 4).

Таблица 4 ‒ Анализ упоминаний факторов, способствующих ресоциализации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ключевые факторы | Частота упоминаний | Контекст |
| 1 | 2 | 3 |
| Социальная поддержка | Часто, n=10 | Обсуждается как основной элемент успешной ресоциализации, с акцентом на важность поддержки со стороны семьи, друзей и общественных организаций. |
| Образование и профессиональная подготовка | Часто, n=9 | Упоминается в контексте повышения квали фикации и улучшения шансов на трудоуст ройство, а также как средство повышения самооценки и уверенности в себе. |
| Продолжение таблицы 4 | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Трудоустройство | Часто, n=10 | Подчеркивается важность трудоустройства для финансовой стабильности и социальной интеграции. Рабочие места считаются ключе вым фактором в успешной ресоциализации. |
| Психологическая помощь | Часто, n=12 | Упоминается как критический элемент для решения эмоциональных и психических проблем, возникающих в процессе ресоциализации. |
| Социальные программы и мероприятия | Умеренно часто, n=7 | Обсуждаются как возможность для участия в коллективных активностях, что способствует социальной адаптации и развитию социальных навыков. |
| Жилищные условия | Умеренно часто, n=7 | Описываются как фундаментальный аспект, обеспечивающий стабильную основу для других форм поддержки и ресоциализации |
| Примечание – Составлено автором | | |

В большей степени, по мнению экспертов по ресоциализации, осужденные, в том числе с ВИЧ-положительным статусом нуждаются в психологической, социальной поддержке, трудоустройстве после освобождения из мест лишения свободы, а также в образовании и профессиональной подготовке (таблица 5).

Таблица 5 ‒ Анализ упоминаний факторов, препятствующих ресоциализации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ключевые факторы | Частота упоминаний | Контекст |
| Стигматизация и дискриминация | Часто | Обсуждается в контексте негативного отно шения общества, которое может подрывать усилия по ресоциализации и усиливать чувство изоляции. |
| Отсутствие поддержки | Часто | Упоминается как значительный барьер, усложняющий процесс адаптации и интеграции в общество |
| Экономические трудности | Часто | Рассматривается как один из главных препятствий, влияющих на доступ к ресурсам и возможностям, необходимым для успешной ресоциализации |
| Психологические проблемы | Часто | Упоминаются как основное препятствие, мешающее успешной интеграции, особенно при отсутствии адекватной психологической помощи |
| Отсутствие образования и навыков | Часто | Обсуждается как фактор, ограничивающий возможности трудоустройства и, соответственно, успешной ресоциализации |
| Неудовлетворительные жилищные условия | Умеренно часто | Описываются как препятствие, которое может негативно влиять на стабильность и безопасность человека, что в свою очередь затрудняет ресоциализацию |
| Примечание – Составлено автором | | |

Таблица 6 - Анализ факторов, препятствующих ресоциализации осужденных, в том числе с ВИЧ-положительным статусом

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактор | Описание | Теория справедливости Джона Роулза | Цитаты из интервью экспертов | Источник |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Стигма тизация и дискриминация | Осужденные с ВИЧ сталкиваются с силь ной стигматизацией и дискриминацией как со стороны об щества, так и внутри исправительных учреждений. | Теория Роулза подчеркивает важность равного уважения к каждому человеку и недопущение дискриминации. | 1. «Стигматизация ВИЧ-положительных осужденных остается одной из главных проблем в нашей системе. Многие боятся их, даже не зная, как передается вирус». - Социальный работник НПО  2. «Внутри пенитенциарных учреждений стигма тизация может привести к изоляции осужденных с ВИЧ, что усугубляет их состояние». - Сотрудник пенитенциарного учреждения | Wolitski, Janssen, & Holtgrave, 2018 |
| Отсутствие поддержки | Многие осужденные с ВИЧ не получают необходимой под держки от семьи, дру зей или социальных служб, что затруд няет их адаптацию после освобождения. | Роулз акцентирует внима ние на том, что социаль ные институты должны поддерживать наиболее уязвимых членов общества. | 1. «После освобождения многие осужденные с ВИЧ оказываются без поддержки семьи и друзей. Это серьёзно усложняет их адаптацию». - Сотрудник СПИД-центра  2. «Социальные службы недостаточно подготов лены к работе с ВИЧ-положительными осужден ными, что создает дополнительные барьеры для их ресоциализации». - Социальный работник НПО | Wolitski, Janssen, & Holtgrave, 2018 |
| Экономические трудности | Осужденные с ВИЧ часто сталкиваются с трудностями в трудо устройстве из-за сво его статуса, что при водит к финансовой нестабильности. | Согласно Роулзу, со циальные и экономиче ские неравенства допус тимы только если они приносят наибольшую вы году наименее обеспечен ным | 1. «Трудоустройство для ВИЧ-положительных осужденных после освобождения – это серьезная проблема. Работодатели часто отказывают им из-за предвзятости». - Социальный работник НПО  2. «Финансовая нестабильность после освобож дения увеличивает риск рецидива среди ВИЧ-положительных осужденных». - Сотрудник пенитенциарного учреждения | Visher, Debus, & Yahner, 2011 |
| Продолжение таблицы 6 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Психологи ческие проблемы | Психологические и психиатрические проблемы усугуб ляют процесс ресо циализации, особен но если отсутствует адекватная психоло гическая помощь. | Теория справедливости подчеркивает необходи мость обеспечения базовых потребностей, включая психологическое здоровье. | 1. «Многие осужденные с ВИЧ страдают от депрессии и тревожности. Психологическая помощь крайне необходима, но часто недоступна». - Сотрудник СПИД-центра  2. «Отсутствие квалифицированной психологи ческой поддержки внутри тюремных учреждений серьезно препятствует ресоциализации». - Сотрудник пенитенциарного учреждения | Hammett, Roberts, & Kennedy, 2001 |
| Отсутствие образования и навыков | Многие осужденные с ВИЧ не имеют достаточного образо вания или профессио нальных навыков, что ограничивает их возможности трудо устройства и успеш ной ресоциализации | Роулз считает, что рав ные возможности долж ны быть обеспечены для всех, включая доступ к образованию и профес сиональной подготовке. | 1. «Без необходимого образования и профес сиональных навыков шансы на трудоустройство после освобождения минимальны». – Социаль ный работник НПО  2. «Образовательные программы в тюрьмах часто не учитывают специфические потребности ВИЧ-положительных осужденных». - Сотрудник пенитенциарного учреждения | Visher, Debus, & Yahner, 2011 |
| Неудовлетворительные жилищные условия | Многие осужденные с ВИЧ возвращаются в неблагополучные жилищные условия или вовсе остаются без жилья, что зна чительно усложняет их адаптацию. | Жилищные условия явля ются одним из базовых факторов для справед ливого распределения ре сурсов и возможностей. | 1. «После освобождения многим ВИЧ-положи тельным заключенным негде жить. Это создает огромные трудности для их адаптации». - Социальный работник НПО  2. «Жилищные условия после тюрьмы зачастую настолько плохи, что это препятствует нор мальной реинтеграции в общество». - Сотрудник пенитенциарного учреждения | Bradley, Oliver, Richardson, & Slayter, 2001 |
| Социальная поддержка | Социальная поддерж ка со стороны семьи, друзей и обществен ных организаций играет ключевую роль в успешной | Роулз утверждает, что справедливое общество должно обеспечивать под держку наиболее уязви мым группам населения. | 1. «Социальная поддержка извне является кри тически важной для ресоциализации ВИЧ-поло жительных осужденных». - Сотрудник СПИД-центра  2. «Мы работаем над созданием сетей поддержки для ВИЧ-положительных осужденных, чтобы | Wolitski, Janssen, & Holtgrave, 2018 |
| Продолжение таблицы 6 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | ресоциализации осужденных с ВИЧ |  | помочь им вернуться к нормальной жизни». - Социальный работник НПО |  |
| Образование и профессиональная подготовка | Доступ к образова тельным и профессио нальным программам способствует приоб ретению навыков и знаний, необходимых для успешного вхож дения в общество. | Роулз подчеркивает важность равных возмож ностей в образовании и профессиональной подготовке. | 1. «Образовательные и профессиональные программы должны быть доступны для всех осужденных, включая ВИЧ-положительных». - Сотрудник пенитенциарного учреждения  2. «Мы стремимся предоставить равные возмож ности для обучения всем заключенным, незави симо от их ВИЧ-статуса». - Социальный работ ник НПО | Visher, Debus, & Yahner, 2011 |
| Трудоустройство | Возможность полу чить работу обеспе чивает финансовую стабильность и чув ство значимости, что важно для социаль ной интеграции. | Справедливое распределение ресурсов включает доступ к трудовым возможностям для всех членов общества. | 1. «Трудоустройство является ключевым элемен том ресоциализации. Мы работаем с работо дателями, чтобы устранить предвзятость». - Социальный работник НПО  2. «Финансовая стабильность помогает ВИЧ-положительным заключенным интегрироваться в общество и чувствовать себя полезными». - Сотрудник пенитенциарного учреждения | Travis, Solomon, & Waul, 2001 |
| Психологическая помощь | Доступ к психологическим и психиатрическим услугам помогает справиться с эмоциональными и психическими проблемами. | Психологическая поддержка является частью обеспечения базовых потребностей и справедливости. | 1. «Психологическая помощь помогает ВИЧ-положительным заключенным справиться с эмоциональными и психическими проблемами». - Сотрудник СПИД-центра  2. «Мы стремимся обеспечить доступ к психо логической поддержке всем заключенным, вклю чая тех, кто живет с ВИЧ». - Сотрудник пенит енциарного учреждения | Hammett, Roberts, & Kennedy, 2001 |
| Примечание – Составлено автором | | | | |

В соответствии с таблицей 6, для более детального анализа факторов, препятствующих ресоциализации осужденных с ВИЧ, мы рассмотрим данные из интервью респондентов, чтобы проиллюстрировать конкретные проблемы и вызовы. Выше приведены ключевые факторы с примерами прямых цитат из интервью.

Таким образом, интервью с экспертами, бывшими осужденными и осужденными, готовящимися к освобождению, в том числе с ВИЧ-положительным статусом выявил несколько ключевых факторов, которые рассматриваются в контексте теории справедливости Джона Роулза [15, c. 22-26], акцентирующей внимание на равенстве и справедливом распределении ресурсов для социального благополучия для всех граждан:

*Социальная поддержка*

Социальная поддержка со стороны семьи, друзей и общественных организаций играет ключевую роль в успешной ресоциализации осужденных с ВИЧ. Она помогает справляться с эмоциональными и практическими трудностями, улучшая качество жизни и способствуя социальной интеграции. Роулз [15, c. 22-26] подчеркивает, что справедливое общество должно обеспечивать поддержку для всех своих членов, особенно для наиболее уязвимых групп. Согласно исследованиям, социальная поддержка является важным фактором для успешной ресоциализации осужденных с ВИЧ [22, c. 287-320; 109, c. 3-300; 137, c. 142-157].

*Образование и профессиональная подготовка*

Доступ к образовательным и профессиональным программам способствует приобретению навыков и знаний, необходимых для успешного вхождения в общество. Это повышает шансы на трудоустройство и самостоятельную жизнь. Роулз [15, c. 23-28] утверждает, что все индивиды должны иметь равный доступ к образованию и профессиональной подготовке, чтобы улучшить свои шансы на успешную интеграцию в общество. Исследования показывают, что участие в образовательных и профессиональных программах существенно улучшает шансы на успешную ресоциализацию [141].

Согласно мнениям экспертов, профессиональная подготовка для осужденных, в том числе с ВИЧ-положительным статусом обеспечиваемая в местах лишения свободы не полной мере покрывает экономические и социальные нужды осужденных после освобождения. Кроме того, эти специальности не являются актуальными и востребованными на рынке труда Казахстана.

*Трудоустройство*

Возможность получить работу обеспечивает финансовую стабильность и чувство значимости, что важно для социальной интеграции. Трудоустройство помогает осужденным с ВИЧ чувствовать себя частью общества. Справедливое общество должно обеспечивать равные экономические возможности для всех, включая возможность трудоустройства. Согласно исследованиям, трудоустройство является критическим фактором для успешной ресоциализации осужденных [142].

*Психологическая помощь*

Доступ к психологическим и психиатрическим услугам помогает справиться с эмоциональными и психическими проблемами, что является важным аспектом ресоциализации. Доступ к качественной психологической помощи является важным элементом справедливости в здравоохранении, обеспечивая всем необходимые условия для психического благополучия. Исследования показывают, что психологическая помощь играет важную роль в поддержке осужденных с ВИЧ [143].

*Социальные программы и мероприятия*

Участие в социальных программах и мероприятиях способствует развитию социальных навыков и расширению круга общения, что помогает интегрироваться в общество. Роулз [15, c. 24-29] утверждает, что равное участие в общественной жизни и доступ к социальным программам и мероприятиям являются необходимыми условиями для социальной справедливости. Исследования подчеркивают важность социальных программ для ресоциализации осужденных [144, 145].

*Жилищные условия*

Обеспечение стабильного и безопасного жилья является важным условием для успешной ресоциализации. Хорошие жилищные условия создают основу для стабильной жизни и успешной интеграции в общество. Справедливое распределение жилищных ресурсов и доступ к стабильному и безопасному жилью являются основными принципами теории справедливости, обеспечивающими каждому право на достойные жилищные условия. В исследованиях говорится, что стабильное жилье является ключевым фактором для успешной ресоциализации осужденных [146, 147].

Анализ факторов, способствующих ресоциализации осужденных с ВИЧ, через призму теории справедливости показывает, что равный доступ к поддержке и ресурсам играет ключевую роль в этом процессе. Социальная поддержка, образование и профессиональная подготовка, трудоустройство, психологическая помощь, участие в социальных программах и хорошие жилищные условия являются основными аспектами, которые помогают осужденным с ВИЧ интегрироваться в общество и улучшить качество своей жизни. Эти выводы подтверждаются данными из экспертных интервью и литературными источниками, что подчеркивает важность комплексного подхода к ресоциализации осужденных с ВИЧ.

Результаты глубинных интервью с экспертами, занимающимися ресоциализацией осужденных, выявили ряд ключевых проблем и потребностей в пенитенциарной системе Казахстана. В частности, было отмечено, что существующие методы социальной работы не всегда соответствуют специфическим условиям и вызовам, с которыми сталкиваются осужденные, особенно те, кто имеет положительный ВИЧ-статус.

Анализ мнений и предложений экспертов позволил выявить необходимость создания более целенаправленной и системной модели социальной работы, которая учитывала бы как международные стандарты, так и локальные особенности пенитенциарной системы. В ответ на выявленные потребности была разработана Модель социального работника в пенитенциарной системе, направленная на обеспечение более эффективной поддержки осужденных и их социальной адаптации (рисунок 55).

****

Рисунок 55 ‒ Модель социального работника в пенитенциарной системе

Примечание – Составлено автором

*Социальная* работа в пенитенциарной системе представляет собой сложную и многогранную задачу, требующую высокого уровня профессионализма и личных качеств. Цель данной подглавы – разработка идеальной модели социального работника, которая будет основываться на анализе профессиональной деятельности социальных работников в Казахстане и на опыте зарубежных стран.

Мы считаем, что социальные работники в местах лишения свободы выполняют множество функций, начиная от предоставления непосредственной поддержки заключенным и заканчивая разработкой стратегий для их успешной ресоциализации после освобождения [40, c. 273]. Как показали исследования, такие как работа Brown и Tracy [148], эффективная социальная работа в пенитенциарных учреждениях может значительно улучшить качество жизни осужденных и уменьшить вероятность рецидива.

*Комплексное медицинское и социальное обслуживание для ВИЧ-положительных осужденных*

Комплексный подход, включающий медицинское и социальное обслуживание, доказывает свою эффективность в других странах в улучшении здоровья ВИЧ-положительных, осужденных [149, 150]. Важность АРТ и регулярного медицинского наблюдения в местах лишения свободы подчеркивают такие авторы, как [151], которые отмечают, что эти меры не только снижают вирусную нагрузку, но и уменьшают риск развития оппортунистических инфекций.

*Устойчивость и масштабирование модели социальной работы*

Для успешного масштабирования моделей социальной работы в других пенитенциарных учреждениях необходима тщательная подготовка, мониторинг и поддержка [152, 153]. Исследования показывают, что устойчивое финансирование и постоянное обучение персонала являются ключевыми элементами для долгосрочного успеха [154].

Для эффективного выполнения своих обязанностей социальный работник должен обладать определенными личностными качествами, такими как эмпатия, стойкость, честность и терпение, а также профессиональными качествами, включая культурную компетентность, коммуникативные навыки, навыки решения проблем и адаптивность. Профессиональные способности и умения, необходимые для работы в пенитенциарной системе, включают ведение случаев, консультирование, адвокацию, организацию реабилитационных программ, работу в команде и оценку с мониторингом. Социальная работа как специфичный вид деятельности требует от специалистов не только знаний в области психологии, педагогики, медицины и права, но и наличия необходимых личностных качеств. В литературе встречаются различные классификации компетенций, необходимых социальным работникам, такие как психологические характеристики, психоаналитические и педагогические качества. Социальная работа относится к редким видам профессиональной деятельности, где зачастую, кроме профессиональных знаний и навыков, личностные качества специалиста во многом определяют успешность и эффективность работы, что делает её направленной на людей с их проблемами и трудностями. Исследователи выделяют понятие «личностный потенциал», характеризующее представление о человеке как целостном субъекте профессиональной деятельности, где компетенции социального работника включают как профессионально важные, так и личностные качества, и высокий профессионализм данной категории работников социальной сферы связан с наличием этих качеств и их постоянным развитием.

После ознакомления с компетенциями социальных работников в Казахстане и опытом зарубежных стран, мы считаем, что необходимо дополнить её определенными квалификационными требованиями для социальных работников, работающих с ЛЖВ в пенитенциарных учреждениях (таблица 7). Эта модель направлена на улучшение социальной поддержки осужденных, их реабилитацию и повышение общего уровня благополучия и здоровья, как осужденных, так и населения страны в целом.

Таблица 7 – Квалификационные требования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Требования | | |
| 1 | | |
| *квалификационные требования* | | |
| образование и подготовка | описание | индикаторы |
| Высшее образование | Степень бакалавра или магистра в области социальной работы, социальной педагогики или психологии | Наличие диплома о высшем и послевузовском образовании |
| Специализированная подготовка | ‒ курсы и тренинги по работе с ЛЖВ, охватывающие темы медицинских аспектов ВИЧ, методов лечения, профилактики и управления заболеванием;  ‒ обучение особенностям работы в пенитенциар ной системе, включая вопросы безопасности, юридические аспекты и специфические потребности осужденных;  ‒ психологическая подготовка для работы в условиях повышенного стресса и эмоциональ ного давления | Наличие сертификатов |
| Компетенции | Описание | Индикаторы |
| Профессиональные знания | * знание законодательства и нормативных актов; * методы и технологии социальной работы; * знание психосоциальных аспектов жизни ЛЖВ, включая вопросы стигматизации, дискриминации и социальной адаптации; * проблемы зависимости и реабилитация; * социология и криминология; * психология и психопатология | * знание основных законов и нормативных актов, регулирующих пенитенциарную систему и права осужденных; * умение применять законодательные нормы на практике; * знание основ психологии и психопатологии, понимание психологических аспектов поведения осужденных; * владение методами социальной диагностики и реабилитации; * навыки разработки и реализации индивидуальных планов социальной реабилитации; |
| Продолжение таблицы 7 | | |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  | * знание признаков и видов зависимости (алкогольной, наркотической и др.); * умение проводить консультации и организовывать программы реабилитации для зависимых осужденных |
| Навыки коммуникации | Навыки межличностного общения для работы в мультидисциплинарной команде с медицинскими работниками, психологами и другими специалистами | * умение эффективно коммуницировать и устанавливать доверительные отношения с осужденными; * навыки разрешения конфликтов и медиации; * способность задавать правильные вопросы и внимательно слушать позволяет лучше понять потребности и проблемы клиента |
| Эмоциональная устойчивость | Стабильность в стрессовых ситуациях | * способность сохранять спокойствие и профессионализм при работе с конфликтными или эмоционально сложными клиентами; * умение контролировать свои эмоции и избегать выгорания; * способность принимать взвешенные решения в условиях давления |
| Организационные способности | Способность координировать действия с другими службами и организациями, обеспечивая комплексную поддержку клиентов | * умение эффективно планировать и организовывать свою работу, управлять временем и ресурсами |
| Аналитические навыки | Способность оценивать потребности клиентов, разрабатывать индивидуальные планы поддержки и корректировать их в зависимости от изменения ситуации | * Навыки сбора и анализа данных для мониторинга и оценки эффективности своей работы |
| *Основные функции и задачи* | | |
| Продолжение таблицы 7 | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Оценка потребностей клиентов | Описание | Индикаторы |
| Первичная оценка/регулярная переоценка | Эффективная поддержка ЛЖВ в пенитенциарной системе начинается с тщательной оценки их потребностей | * проведение всесторонней оценки социальной, эмоциональной и физической ситуации клиента; * документирование и анализ данных для определения нужд клиента; * способность выявлять приоритетные проблемы и ресурсы клиента |
| Разработка и реализация планов помощи | Социальный работник оценивает потребности клиента, создаёт индивидуальный план помощи, координирует его выполнение с различными службами и организациями, а также регулярно мониторит и корректирует план для достижения наилучших результатов | * создание индивидуальных планов помощи, основанных на оценке потребностей; * включение в план конкретных целей и шагов для их достижения, с учетом всех аспектов жизни клиента |
| Поддержка и консультирование клиентов | Социальный работник предоставляет клиентам комплексную поддержку, включая медицинское сопровождение, психологическую и социальную поддержку. Это включает в себя оказание помощи в доступе к медицинским услугам, проведение психологических консультаций и содействие в решении социальных проблем. | * обеспечение доступа клиентов к необходимым медицинским услугам и лечению; * оказание помощи в решении жилищных, трудовых и бытовых проблем клиента; * содействие в получении социальных пособий и других видов материальной помощи; * поддержка в восстановлении социальных связей и интеграции в общество, включая помощь в трудоустройстве и обучении; * обеспечение доступа к правовой помощи и консультациям по юридическим вопросам, связанным с ВИЧ-статусом и заключением |
| *Принципы работы* | | |
| Этические принципы | Описание | Индикаторы |
| Конфиденциальность | Социальные работники обязуются сохранять конфиденциальность всей информации, полученной от клиентов, за исключением случаев, предусмотренных законом | * защита личных данных клиента и соблюдение правил конфиденциальности; * информирование клиента о пределах конфиденциальности; |
| Продолжение таблицы 7 | | |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  | * обеспечение безопасности хранения и передачи информации |
| Недискриминация и уважение прав | Социальные работники обеспечивают равное отношение ко всем клиентам независимо от их расы, пола, возраста, религии, национальности, сексуальной ориентации или других характеристик, уважая их права и свободы | * обеспечение равного доступа к услугам для всех клиентов; * противодействие любым формам дискриминации и защита прав клиентов; * информирование клиентов об их правах и поддержка в их реализации |
| Индивидуальный подход | Социальные работники признают уникальность каждого человека и уважают его право на достоинство, независимость и самоопределение. | * оценка уникальных потребностей клиента; * разработка персонализированных планов помощи; * эффективное общение и взаимодействие с клиентом; * мониторинг и оценка результатов |
| Интердисциплинарный подход | Эффективная работа с ЛЖВ в пенитенциарной системе требует координации и сотрудничества с различными специалистами и службами | * участие в разработке и проведении психотерапевтических и реабилитационных программ; * совместная работа по разработке и реализации индивидуальных планов лечения и ухода; * координация с социальными службами и НПО для обеспечения социальной поддержки и реинтеграции клиентов |
| Эмпатия и понимание |  | * активное слушание и готовность откликаться на потребности клиентов, обеспечивая их вовлеченность в процесс принятия решений относительно их лечения и поддержки |
| *Методы и инструменты* | | |
| Продолжение таблицы 7 | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Индивидуальные и групповые консультации | Описание | Индикаторы |
| Методы оценки потребностей | Использование различных методик для сбора и анализа информации о клиентах с целью определения их нужд и ресурсов | * применение структурированных интервью и опросников; * использование наблюдения и анализа документов; * проведение комплексной оценки с привлечением междисциплинарных команд; |
| Методы планирования и разработки программ помощи | Создание индивидуальных и групповых планов помощи на основе выявленных потребностей клиентов, с учетом их уникальных обстоятельств и возможностей. | * разработка четких и достижимых целей и задач; * включение в планы конкретных мероприятий и сроков их выполнения |
| Методы непосредственной работы с клиентами | Применение различных техник и подходов для оказания помощи и поддержки клиентам в их повседневной жизни | * использование консультирования и психотерапии для решения эмоциональных и психологических проблем; * применение методов групповой работы для поддержки и социальной интеграции; * организация тренингов и образовательных программ для развития навыков и знаний клиентов |
| Методы межведомственного взаимодействия | Координация усилий с другими организациями и специалистами для обеспечения комплексной помощи клиентам | * создание и поддержание сети профессиональных контактов; * участие в межведомственных совещаниях и рабочих группах; * согласование и координация действий с другими службами |
| Инструменты мониторинга и оценки эффективности помощи | Применение различных инструментов для регулярной оценки прогресса и эффективности предоставляемой помощи | * использование систематических обзоров и отчетов; * применение количественных и качественных методов оценки; * регулярный сбор и анализ обратной связи от клиентов и других заинтересованных сторон |
| Продолжение таблицы 7 | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Методы документирования и отчетности | Ведение точной и своевременной документации всех этапов работы с клиентами | * Ведение индивидуальных дел и досье клиентов * Подготовка отчетов и аналитических материалов. * Соблюдение стандартов и нормативных требований в документировании |
| Метод мотивированного интервьюирования | Метод мотивированного интервьюирования представляет собой целенаправленный, клиент-центрированный подход к консультированию, направленный на усиление внутренней мотивации клиента к изменению поведения | * способность задавать открытые вопросы для выявления целей и ценностей клиента; * использование техник активного слушания и отражения, чтобы поддерживать диалог и эмпатию; * помощь клиенту в определении и разрешении амбивалентности по поводу изменений; * способность поддерживать и укреплять готовность клиента к изменениям через позитивное подкрепление |
| *Мониторинг и оценка эффективности* | | |
| Оценка достижения результатов работы | Описание | Индикаторы |
| Регулярный сбор данных | Постоянное и систематическое собирание информации о работе социального работника, результатах его деятельности и удовлетворенности клиентов | * ведение подробной документации по каждому случаю; * сбор количественных и качественных данных о предоставленных услугах; * регулярное обновление информации о клиентах и их потребностях |
| Анализ и интерпретация данных | Обработка и анализ собранных данных для выявления тенденций, оценки эффективности методов работы и определения достижений и проблем | * применение статистических методов для анализа данных; * использование качественного анализа для понимания контекста и выявления значимых факторов; * подготовка отчетов и аналитических материалов на основе полученных данных |
| Продолжение таблицы 7 | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Сбор обратной связи | Получение и анализ обратной связи от клиентов и других заинтересованных сторон для оценки удовлетворенности предоставленными услугами и выявления областей для улучшений | * проведение опросов и интервью с клиентами для получения их мнений и предложений; * сбор отзывов от коллег и партнерских организаций; * анализ полученной обратной связи и ее использование для улучшения качества услуг |
| Корректировка и улучшение практик | Внесение изменений и улучшений в методы и подходы работы на основе результатов мониторинга и оценки | * разработка и внедрение планов по улучшению работы; * внедрение новых методик и технологий на основе полученных данных; * регулярное обновление и корректировка планов помощи в соответствии с выявленными потребностями и результатами оценки |
| Профессиональное развитие и обучение | Оценка потребностей в профессиональном развитии и обучение социального работника для повышения его квалификации и эффективности работы | * участие в тренингах, семинарах и курсах повышения квалификации; * оценка результатов обучения и применения новых знаний на практике; * постоянное саморазвитие и повышение уровня профессиональных компетенций |
| Примечание – Составлено автором | | |

*Организационная структура модели*

Организационная структура предлагаемой модели социальной работы для пенитенциарных учреждений, работающих с людьми со статусом ВИЧ, должна быть многоуровневой и включать взаимодействие различных служб и специалистов. Центральным элементом структуры является междисциплинарная команда, состоящая из социальных работников, воспитателей/начальников отрядов, психологов и консультантов по ВИЧ. Команда функционирует на основании четко установленных ролей и обязанностей каждого члена, что способствует координации усилий и обеспечению комплексного подхода к решению проблем, осужденных с ВИЧ [114].

На верхнем уровне структуры находятся руководители пенитенциарных учреждений и координаторы программ, ответственные за стратегическое планирование, мониторинг и оценку эффективности реализации модели. Следующим уровнем являются непосредственные исполнители – социальные работники и медицинские специалисты, которые занимаются ежедневной работой с осужденными. Важной частью структуры является наличие каналов обратной связи и механизмов мониторинга, позволяющих корректировать и улучшать программу на основе собранных данных и отзывов от участников (рисуноко 56) [11, c. 57-63].



Рисунок 56 ‒ Этапы внедрения модели

Примечание – Составлено автором

Реализация модели социальной работы для ВИЧ-положительных, осужденных в пенитенциарных учреждениях включает несколько ключевых этапов, каждый из которых требует тщательного планирования, координации и мониторинга (рисунок 57). На первом этапе проводится пилотирование и тестирование модели в одном или нескольких пилотных учреждениях. Это позволяет протестировать модель в реальных условиях, выявить возможные проблемы и внести необходимые коррективы. Пилотирование включает подготовку персонала, разработку протоколов и методик, а также установление базовых показателей для оценки эффективности. На данном этапе проводится непосредственное внедрение модели, включающее оказание медицинских и социальных услуг заключенным с ВИЧ, сбор данных и обратной связи от участников пилотного проекта. После завершения пилотного проекта проводится анализ собранных данных и формулируются рекомендации по улучшению модели. Следующим этапом является масштабное внедрение модели в других пенитенциарных учреждениях. Это включает подготовку инфраструктуры и ресурсов, расширение обучения персонала, планирование и координацию внедрения, а также мониторинг и поддержку на протяжении всего процесса. Эффективная реализация модели требует постоянного мониторинга и корректировки, что включает регулярный сбор и анализ данных, внесение изменений и улучшений на основании анализа, а также регулярную оценку эффективности. Для обеспечения долгосрочной устойчивости модели необходимо привлечение устойчивого финансирования, постоянное обучение и повышение квалификации персонала, развитие сотрудничества с внешними организациями и расширение масштабов и адаптация модели по мере накопления опыта и знаний. Такой комплексный подход позволяет обеспечить высокое качество оказания медицинской и социальной помощи осужденным с положительным ВИЧ статусом, улучшить их качество жизни и способствовать успешной ресоциализации в общество после освобождения [11, c. 57-65; 12, c. 2-30; 155, 156].

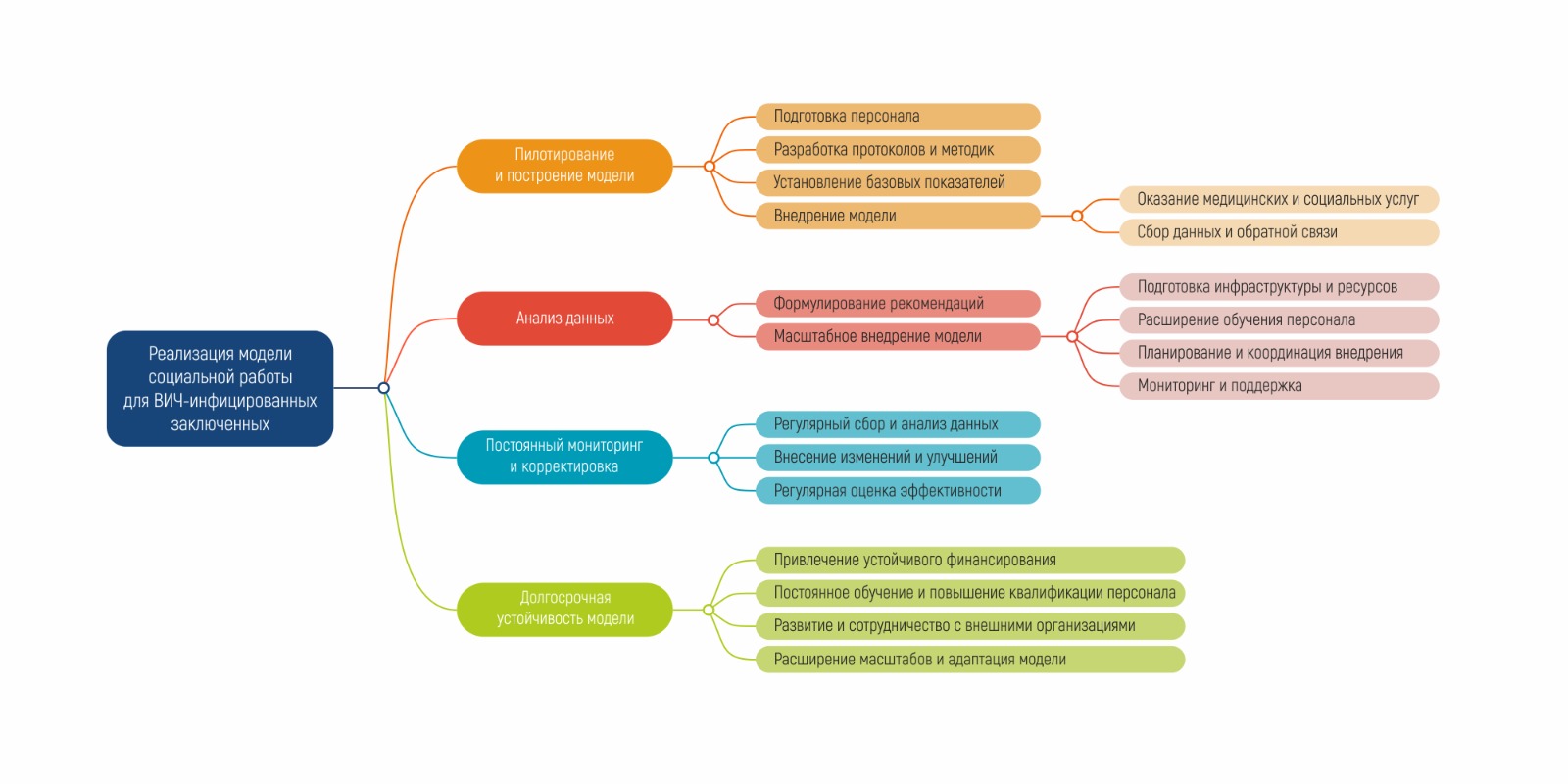
**

Рисунок 57 – Этапы реализации модели

Примечание – Составлено автором

*Преимущества и вызовы предложенной модели*

Предложенная модель социальной работы для осужденных с положительным статусом ВИЧ в пенитенциарных учреждениях имеет ряд значительных преимуществ как для самих осужденных, так и для системы в целом:

Во-первых, модель обеспечивает комплексное медицинское и социальное обслуживание, что может поспособствовать улучшению здоровья осужденных, снижению вирусной нагрузки и увеличению продолжительности жизни. Эффективное использование АРТ и регулярное медицинское наблюдение могут значительно снизить риск развития оппортунистических инфекций и других осложнений, связанных с ВИЧ [70, c. 313-332; 75, c. 186-198; 157]

Во-вторых, модель может помочь смягчить стигматизирующее отношение и дискриминацию в отношении ВИЧ-положительных осужденных. Обучение персонала и проведение просветительских мероприятий помогают создать более инклюзивную и поддерживающую среду, что улучшает психоэмоциональное состояние осужденных и их социальную адаптацию [11, c. 57-65; 158].

В-третьих, внедрение модели способствует улучшению координации между различными службами и специалистами, что повышает эффективность предоставляемых услуг и оптимизирует использование ресурсов [159].

Несмотря на значительные преимущества, внедрение предложенной модели сталкивается с рядом препятствий. Главное – это ограниченные ресурсы: финансовые, инфраструктурные и кадровые. Для преодоления этого вызова необходимо привлечение устойчивого финансирования из различных источников, таких как государственные программы, гранты и партнерские организации [73, c. e3572-e3604; 160].

Следующая трудность – это психологическое сопротивление со стороны персонала и осужденных, связанное с изменениями в существующих практиках и убеждениях. Для преодоления этого вызова важно проводить регулярные тренинги и семинары, направленные на повышение квалификации и изменение отношения к ЛЖВ [161].

Еще одна трудность является обеспечение непрерывности медицинского и социального обслуживания после освобождения осужденных. Для решения этой проблемы необходимо наладить тесное сотрудничество с внешними медицинскими и социальными учреждениями, что позволит обеспечить преемственность ухода и поддержку на всех этапах ресоциализации [138, c. 1672-1859; 162].

Для дальнейшего развития и улучшения предложенной модели необходимо продолжать проводить исследования и мониторинг ее эффективности. Изучение долгосрочных эффектов влияния модели на здоровье и качество жизни ВИЧ-положительных осужденных, на наш взгляд, важно для системы здравоохранения государства.

Адаптация модели для группы осужденных с психическими расстройствами и зависимостями позволит повысить общий уровень здравоохранения в пенитенциарных учреждениях.

Перспективным направлением является разработка и внедрение цифровых технологий и телемедицины, что обеспечивает доступность медицинских и социальных услуг в отдаленных регионах [163, 164]. Дальнейшие исследования и развитие модели помогут обеспечить более комплексный и эффективный подход к оказанию помощи осужденным с положительным ВИЧ статусом и способствовать улучшению их здоровья и качества жизни.

Разработка модели социального работника в пенитенциарной системе Республики Казахстан стала важным шагом в улучшении социальной работы с осужденными. Однако, чтобы обеспечить успешное внедрение этой модели, было необходимо подготовить специалистов, способных эффективно применять новые подходы на практике.

С этой целью был создан и апробирован «Международные стандарты и уважение прав в пенитенциарной системе Казахстана» (Приложение Е). Этот курс был разработан для повышения квалификации социальных работников и других специалистов, работающих в пенитенциарной системе, и направлен на интеграцию международных стандартов прав человека в повседневную практику.

Следующим шагом стало тестирование этого курса, результаты которого представлены в данном разделе.

Элективный курс «Международные стандарты и уважение прав в пенитенциарной системе Казахстана» был разработан в результате плодотворного сотрудничества между докторантом по социологии и Академией МВД. Это партнерство объединило академическую экспертизу и практический опыт, что позволило создать образовательную программу, способную эффективно ответить на современные вызовы в области пенитенциарной системы.

Актуальность данного курса обусловлена стремлением Казахстана к улучшению условий содержания осужденных и созданию безопасной и эффективной рабочей среды для сотрудников пенитенциарных учреждений. Курс представляет собой важный шаг на пути к интеграции международных стандартов в национальную практику, что способствует развитию более гуманного и справедливого пенитенциарного подхода в стране.

Элективный курс «Международные стандарты и уважение прав в пенитенциарной системе Казахстана» был разработан и апробирован в сотрудничестве с Академией и кафедрой социальной работы. Этот курс представлял собой важный шаг в направлении повышения уровня осведомленности и профессиональных компетенций сотрудников пенитенциарной системы Казахстана. Он0 направлен на улучшение условий содержания осужденных и создание безопасной и эффективной рабочей среды для сотрудников.

*Актуальность программы*

В современном мире повышение качества пенитенциарной системы и соблюдение прав человека остаются ключевыми аспектами развития общества. На фоне международных обязательств и стремления к улучшению условий содержания осужденных, а также к созданию безопасной и эффективной рабочей среды для сотрудников пенитенциарных учреждений, возникла необходимость в обучении персонала современным международным стандартам и практикам. Курс отвечал на потребность в профессиональной подготовке сотрудников пенитенциарной системы в соответствии с международными стандартами, что способствовало реализации принципов гуманизма и справедливости.

*Для кого был предназначен курс*

Курс был разработан для сотрудников пенитенциарной системы Казахстана, включая воспитателей отрядов, административных работников, социальных работников и психологов. Программа была ориентирована на лиц, занимающихся вопросами управления, реабилитации, социальной работы и психологической поддержки в пенитенциарной системе. Это обеспечивало широкий охват и способствовало повышению квалификации различных категорий работников, что в конечном итоге вело к улучшению общего уровня функционирования пенитенциарной системы.

*Содержание курса*

Курс включал в себя следующие основные темы:

1. *Правила Нельсона Манделы*: Стандарты, касающиеся условий содержания осужденных.
2. *Бангкокские правила*: Специфические стандарты для женщин-осужденных.
3. *Международные стандарты по предупреждению пыток*: Меры по предотвращению жестокого обращения и пыток.
4. *Условия работы и права персонала*: Права и условия труда сотрудников пенитенциарных учреждений.
5. *Развитие коммуникативных и профессиональных навыков*: Улучшение навыков межличностного общения и профессиональных компетенций.

*Цели и задачи курса*

*Цели:*

* повышение уровня осведомленности о международных стандартах в области пенитенциарной системы;
* развитие профессиональных навыков и компетенций персонала;
* интеграция международных стандартов в практику.

*Задачи:*

* обучение основным принципам и стандартам международного права в пенитенциарной системе;
* формирование умений и навыков, необходимых для реализации этих стандартов на практике;
* поддержка внедрения лучших международных практик в управление и работу пенитенциарных учреждений.

*Формат и длительность курса*

Курс представлял собой комплексную образовательную программу продолжительностью 150 часов (30 кредитных единиц), включавшую 15 часов лекционных занятий, 15 часов практических занятий и 105 часов самостоятельной работы. Этот курс был призван не только повысить квалификацию сотрудников пенитенциарной системы, но и способствовать развитию более гуманного и эффективного подхода к управлению пенитенциарными учреждениями в Казахстане.

Реализация элективного курса «Международные стандарты и уважение прав в пенитенциарной системе Казахстана» стала значительным вкладом в развитие пенитенциарной системы страны. Благодаря сотрудничеству с Академией курс представлял собой качественную образовательную программу, направленную на повышение профессионализма сотрудников пенитенциарных учреждений и улучшение условий содержания осужденных в соответствии с международными стандартами.

Пилотный проект элективного курса был проведен в пенитенциарном учреждении «Аршалы» Выбор именно этого учреждения для пилотного проекта был обусловлен несколькими ключевыми факторами:

Пенитенциарное учреждение «Аршалы» является одним из типичных учреждений пенитенциарной системы Казахстана, где содержатся осужденные с различными уровнями тяжести преступлений. Это делает её идеальной площадкой для тестирования образовательных программ, поскольку результаты можно экстраполировать на другие учреждения с аналогичными условиями. «Аршалы» была выбрана благодаря тесному сотрудничеству с Академией МВД и поддержке местной администрации. Это партнерство обеспечило необходимую административную и логистическую поддержку для успешного проведения тестовой апробации. Академия МВД предоставила экспертные знания и ресурсы, которые были критически важны для разработки и проведения курса, а местная администрация места лишения свободы активно содействовала в организации и участии сотрудников в программе.

В ходе предварительных исследований было установлено, что сотрудники места лишения свободы «Аршалы» нуждаются в повышении уровня осведомлённости о международных стандартах и улучшении своих профессиональных навыков. Перед началом курса лекций в тюрьме «Аршалы» сотрудникам были розданы анкеты для определения их первоначального уровня знаний о международных стандартах в области пенитенциарной системы. Вопросы анкеты охватывали такие темы, как:

– основные положения Правил Нельсона Манделы;

– бангкокские правила для женщин-заключённых;

– международные стандарты по предотвращению пыток и жестокого обращения;

– права и условия труда сотрудников пенитенциарных учреждений.

Анкетирование показало, что 75% респондентов имели ограниченные знания о международных стандартах, а 60% сотрудников выразили заинтересованность в улучшении своих компетенций в этой области. Эти результаты подтвердили необходимость курса и важность повышения осведомленности о правах человека и международных стандартах в пенитенциарной системе.

Тестовая апробация курса позволила:

*Проверить содержание и структуру курса*: Апробация в реальных условиях места лишения свободы помогла оценить, насколько курс соответствует потребностям сотрудников и насколько эффективно он может быть применён в других пенитенциарных учреждениях Казахстана.

*Получить обратную связь от участников*: Проведение предварительного и последующего анкетирования сотрудников позволило собрать данные об их восприятии курса и его влиянии на их знания и навыки. Это дало ценную информацию для дальнейшего улучшения и адаптации программы.

*Оценить практическую значимость курса*: Практические занятия и лекции предоставили сотрудникам возможность применять полученные знания и навыки на практике, что способствовало не только повышению их квалификации, но и улучшению условий содержания заключённых.

По завершении курса было проведено повторное анкетирование, результаты которого показали значительное улучшение уровня знаний и профессиональных навыков сотрудников. Участники курса отметили, что программа:

– существенно улучшила их понимание международных стандартов и правовых норм;

– помогла развить конкретные навыки, необходимые для их ежедневной работы;

– способствовала улучшению условий труда и поддержания прав заключённых.

Тестовая апробация курса в тюрьме «Аршалы» продемонстрировала его значительный потенциал для улучшения профессиональной подготовки сотрудников пенитенциарных учреждений. Курс способствовал повышению уровня осведомлённости о международных стандартах и правовых нормах, а также улучшению практических навыков и компетенций сотрудников.

Эти результаты подтверждают необходимость дальнейшего внедрения и расширения образовательных программ, направленных на развитие более гуманного и эффективного подхода к управлению пенитенциарными учреждениями в Казахстане. Внедрение таких программ будет способствовать улучшению условий содержания заключённых и повышению уровня профессионализма сотрудников, что, в свою очередь, приведёт к общему улучшению функционирования пенитенциарной системы страны.

Таким образом в третьей главе были представлены практические рекомендации для социальных работников пенитенциарной системы, направленные на улучшение работы с осужденными с положительным ВИЧ статусом и повышение их качества жизни и социального благополучия. На основе проведенного анализа были выделены ключевые направления и разработаны модели для успешной ресоциализации данной группы осужденных. На микроуровне социальные работники должны предоставлять специализированные услуги и поддержку, включая психологическую помощь, образовательные и профессиональные программы, социальную поддержку и непрерывность медицинского обслуживания. Необходима индивидуальная работа с каждым заключенным для выявления их потребностей и подготовки к ресоциализации [141, c. 698-717; 143, c. 390-408]. Социальные работники должны обладать профессиональными и личностными качествами, такими как эмпатия, стойкость, честность и терпение. Они должны быть компетентны в области психологии, педагогики, медицины и права, а также обладать навыками ведения случаев, консультирования и организации реабилитационных программ [165]. Апробация курса «Международные стандарты и уважение прав в пенитенциарной системе Казахстана» показала важность повышения уровня осведомленности и профессиональных компетенций сотрудников пенитенциарной системы в области международных стандартов. Курс способствовал внедрению гуманных и справедливых практик, улучшению условий содержания осужденных и профессиональной подготовки сотрудников [166]. Заключение подчеркивает важность комплексного подхода к социальной работе с осужденными с положительным ВИЧ статусом, включая координацию между различными службами и специалистами, непрерывное обучение и повышение квалификации персонала. Внедрение предложенных моделей и рекомендаций способствует успешной ресоциализации осужденных и улучшению их качества жизни, что в конечном итоге положительно сказывается на общем уровне благополучия населения страны.

# **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проведенное диссертационное исследование позволило всесторонне раскрыть специфику социальной работы в пенитенциарной системе Казахстана, особенно в отношении уязвимой группы – осужденных, живущих с ВИЧ. В ходе работы была достигнута поставленная цель и выполнены все исследовательские задачи: от теоретического анализа пенитенциарной системы как социального института и нормативно-правовой базы до эмпирической апробации моделей социальной работы, и элективного курса по международным стандартам.

В результате проведенного анализа была подтверждена гипотеза о необходимости введения штатной единицы социального работника в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Это положение нашло эмпирическое подтверждение в результатах интервью с экспертами, а также в результатах двух социологических опросов среди осужденных, включая ВИЧ-положительных лиц.

Исследование показало, что ресоциализация и реабилитация осужденных требует комплексного, междисциплинарного подхода. Ключевым элементом в этом процессе является профессиональная деятельность социальных работников, обладающих компетенциями в области психологии, педагогики, медицины и права. Именно эти специалисты способны оказывать поддержку осужденным как в период отбывания наказания, так и после освобождения, обеспечивая устойчивую интеграцию в общество.

На основе анализа зарубежного опыта (Германия, Норвегия и др.), а также эмпирических данных, были разработаны модель и практические рекомендации по организации социальной работы с осужденными с ВИЧ-статусом. Разработанный элективный курс для сотрудников УИС по международным стандартам (Правила Нельсона Манделы, Бангкокские правила и др.) способствовал формированию у персонала ключевых профессиональных компетенций и привел к улучшению условий содержания в пилотных учреждениях.

Особое внимание в диссертации уделено женщинам с зависимостью, отбывающим наказание. Научные источники подтверждают, что большинство из них пережили насилие и травматический опыт. Это требует внедрения гендерно-чувствительных программ и усиления роли социальных работников, способных обеспечивать поддержку с учетом индивидуальных и гендерных особенностей. Эффективные интервенции должны включать элементы восстановления, подготовки к освобождению, трудоустройства и поддержки материнства.

Социальная работа в местах лишения свободы, как показало исследование, должна рассматриваться как неотъемлемая часть процесса гуманизации пенитенциарной системы. Разработка и внедрение моделей социальной работы, а также межведомственное взаимодействие (МВД, МТСЗН, Минздрав, НПО) являются необходимыми условиями для устойчивого и этичного функционирования пенитенциарных учреждений.

Цель исследования достигнута, поставленные задачи реализованы, гипотеза подтверждена.

На основании проведенного исследования сформулированы следующие **выводы:**

1. Социальная работа в пенитенциарной системе Казахстана пока не институционализирована. При этом эмпирические данные свидетельствуют о высокой потребности в такой поддержке, особенно среди осужденных, живущих с ВИЧ.
2. Комплекс факторов – таких как доступ к образованию, профессиональной подготовке, трудоустройству, психологической поддержке и стабильному жилью – оказывают решающее влияние на успешную ресоциализацию. Эти выводы согласуются с теориями справедливости и социальной поддержки [15, c. 21-28].
3. Существующая нормативно-правовая база содержит положения, обеспечивающие права осужденных, однако на практике отсутствуют механизмы реализации этих норм, постоянный мониторинг и межведомственная координация.
4. Результаты эмпирического этапа показали, что 73,4% осужденных с ВИЧ-статусом не получают необходимую психологическую поддержку, 62,1% отмечают недостаток программ подготовки к освобождению, а 54,3% не имеют доступа к восстановлению социальных связей.
5. Внедрение социальной работы в учреждения УИС и подготовка квалифицированных кадров с учетом международных стандартов (включая PRI, UNODC и UNAIDS) представляются жизненно необходимыми для снижения рецидивизма и повышения уровня социальной справедливости.

Таким образом, разработанные в диссертации предложения и модель могут быть использованы как основа для дальнейших реформ пенитенциарной системы Казахстана. Практическая значимость исследования заключается в возможности внедрения апробированных подходов в политику и практику социальной защиты и уголовно-исполнительной деятельности.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1 Sen A. Development as Freedom. – NY., 1999. – 384 p.

2 Allardt E. Dimensions of welfare in a Comparative Scandinavian Study // Acta Sociologica. – 1976. – Vol. 19, Issue 3. – P. 227-239.

3 Esping-Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. – Princeton: Princeton University Press, 1990. – 248 p.

4 Сокулер З.А. 97.02.023. Фуко М. Надзирать и карать: рождение тюрьмы. Foucault M. surveiller et punir: naissance de la prison. - P. : Gallimard, 1975. - 318 p // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. – 1997. – №2. – С. 76-113.

5 Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. – London: Routledge, 2017. – 408 p.

6 Garland D. The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society. – NY.: OUP Oxford, 2001. – 307 p.

7 Wacquant L. Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity. – Durham: Duke University Press, 2009. – 408 p.

8 Handbook on Women and Imprisonment. – Ed. 2nd, with reference to the United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (The Bangkok Rules) / UNODC. – NY., 2014. – 162 p.

9 Prisons and Health / ed. By S. Enggist, L. Møller, G. Galea et al. – Copenhagen, 2014. – 207 p.

10 Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for people in prisons and other closed settings: Policy Brief, 2023 // https://hivpreventioncoalition.unaids.org. 13.04.2025.

11 Jürgens R., Ball A., Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison // The Lancet Infectious Diseases. – 2009. – Vol. 9, Issue 1. – P. 57-66.

12 The WHO prison health framework: a framework for assessment of prison health system performance: report / WHO. – Copenhagen, 2021 – 31 p.

13 Marshall T.H. Citizenship and Social Class. – Chicago, 1992. – 101 р.

14 Andersson J.O. Wolfgang Streeck: Buying Time. The Delayed Crisis of Democratic Capitalism // Agora. – 2016. – Vol. 33, Issue 2-3. – P. 313-320.

# 15 Rawls J. A Theory of Justice // In book: Applied Ethics A Multicultural Approach. – Ed. 6th. – NY.: Routledge, 2016. – P. 21-29.

16 Lazzarini Z., Klitzman R. HIV and the Law: Integrating Law, Policy, and Social Epidemiology // Journal of Law, Medicine & Ethics. – 2002. – Vol. 30, Issue 4. – P. 533-547.

17 Wilson D.B., Gallagher C.A., MacKenzie D.L. A Meta-Analysis of Corrections-Based Education, Vocation, and Work Programs for Adult Offenders // J of Research in Crime and Delinquency. – 2000. – Vol. 37, Issue 4. – P. 347-368.

18 Covington S., Bloom B. Gender-Responsive Treatment and Services in Correctional Settings // [Women and Therapy](https://www.researchgate.net/journal/Women-Therapy-1541-0315?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19). – 2008. – Vol. 29, Issue 3/4. – P. 9-33.

19 Wolff N. et al. Physical Violence Inside Prisons: Rates of Victimization // Criminal Justice and Behavior. – 2007. – Vol. 34, Issue 5. – P. 588-599.

20 Davis L.M. Evaluating the Effectiveness of Correctional Education: A Meta-Analysis of Programs That Provide Education to Incarcerated Adults. – Boston, 2013. – 110 p.

21 McCall-Smith K. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (Nelson Mandela Rules) // Int. leg. mater. – 2016. – Vol. 55, Issue 6. – P. 1180-1205.

22 Bales W.D., Mears D.P. Inmate Social Ties and the Transition to Society: Does Visitation Reduce Recidivism? // Journal of Research in Crime and Delinquency. – 2008. – Vol. 45, Issue 3. – P. 287-321.

23 Van Gundy A. Bangkok Rules // In book: The Encyclopedia of Women and Crime. – Hoboken, 2019. – P. 1-3.

24 Initiative P.P. How much do incarcerated people earn in each state? // https://www.prisonpolicy.org/blog/2017/04/10/wages/. 13.04.2025.

25 Parsons T. The Social System. – Abingdon, 2013. – 636 p.

26 Merton R.K. Social Theory and Social Structure. – NY., 1968. – 702 p.

27 Мусиевич Ж.С. К вопросу о повышении эффективности деятельности службы пробации в Республике Казахстан // Уголовно-исполнительное право. – 2020. – Т. 15, №2. – С. 188-193.

28 2020-2023 Strategy for Penal Reform International // https://www.penalreform.org/resource/2020-2023-strategy/. 13.04.2025.

29 EP11: Social Work Speaks // https://www.socialworkers.org. 13.04.2025.

30 Clear T.R. The punishment imperative : the rise and failure of mass incarceration in America. – NY., 2014. – 282 p.

31 Global Prison Trends 2020 // https://www.penalreform.org. 13.04.2025.

32 Global Report 2023 / UNAIDS // https://thepath.unaids.org/. 22.06.2024.

33 Iskakov A., Akimzhanov T., Zhunisbayeva G. Changes to the System for Preventing the Spread of Religious Extremism to Improve the Efficiency of the Penitentiary System: Experience of the Kazakhstan // [Academic Journal of Interdisciplinary Studies](https://www.researchgate.net/journal/Academic-Journal-of-Interdisciplinary-Studies-2281-4612?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19). – 2023. – Vol. 12, Issue 3. – P. 373-386.

34 Foucault M. Discipline and Punish. – NY., 1195. – 353 p.

35 Code of Ethics of the National Association of Social Workers // https://www.naswma.org/page/71. 16.06.2024.

36 Нормативное постановление Верховного Суда Республики Казахстан. О применении судами законодательства о рецидиве преступлений: утв. 25 декабря 2007 года, №8 // https://adilet.zan.kz/rus/docs. 13.04.2025.

37 United Nations System Common Position on Incarceration // <https://idpc.net/publications/2021/05/united-nations-system-common>. 13.04.2025

38 Bazemore G., Umbreit M. Rethinking the Sanctioning Function in Juvenile Court: Retributive or Restorative Responses to Youth Crime // Crime & Delinquency. – 1995. – Vol. 41, Issue 3. – P. 296-316.

39 Zehr H. The Little Book of Restorative Justice. – NY., 2015. – 122 p.

40 Evans G. Imprisonment Worldwide: The Current Situation and an Alternative Future A. Coyle, H. Fair, J. Jacobson and R. Walmsley. Bristol: Policy Press (2016) 112 p. £7.99pb ISBN 978-1-4473-3175-9 // How. J. Crime and Just. – 2017. – Vol. 56, Issue 2. – P. 272-273.

41 Mukasheva D. et al. Behind bars: Understanding prisoner perception of penitentiary rehabilitation in Kazakhstan // International Journal of Law, Crime and Justice. – 2024. – Vol. 77. – P. 100669-1-100669-17.

42 Wener R. The Environmental Psychology of Prisons and Jails: Creating Humane Spaces in Secure Settings. – NY., 2012. – 300 p.

43 Mead G.H. Mind, Self & Society. – Chicago, 2015. – 562 p.

44 Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. – Berkeley, 1969. – 208 p.

45 Скаков А.Б. Об организации реабилитационного процесса осужденных в пенитенциарной системе Казахстана // Международный пенитенциарный журнал. – 2017. – Т. 3, №1. – С. 47-50.

46 Compulsory Drug Treatment and Rehabilitation in East and Southeast Asia: executive summary / UNODC. – Geneva, 2022. – 12 p.

47 Хон Л.О. Основные этапы развития пенитенциарной системы на территории современного казахстана в XVIII – начале XX века: организация и правовое регулирование деятельности // Образование. Наука. Научные кадры. – 2021. – №3. – C. 68-70.

48 Bryman A. Social Research Methods. – Oxford, 2012. – 810 p.

49 Creswell J.W. Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. – Ed. 4th. – Los Angeles, 2014. – 273 p.

50 Skowroński B., Talik E.B. Factors related to personal quality of life in prison inmates // Int J Occup Med Environ Health. – 2023. – Vol. 36, Issue 2. – P. 291-302.

51 Payne D. Modern Social Work Theory. – Ed. 4th. – Oxford, 2014. – 464 p.

52 Patton M.Q. Qualitative Research & Evaluation Methods. – London, 2002. – 598 p.

53 Роулз Д. Теория справедливости // https://gtmarket.ru/library. 13.04.2025.

54 Закон Республики Казахстан. О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД: принят 5 октября 1994 года (утратил силу) // https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z940006000\_. 13.04.2025.

55 Скаков А.Б. Уголовно-исполнительный кодекс Казахстана: достижения и проблемы реализации // Уголовная юстиция. – 2014. – №2(4). – С. 43-46.

56 Stover H.L., Mukasheva D. et al. Challenges and needs of women in prison: a study on social and health factors // Bulletin of the L N Gumilyov Eurasian National University. – 2023. – Vol. 143, Issue 2. – P. 443-455.

57 Kadushin A., Harkness D. Supervision in Social Work. – Ed. 5th. ‒ NY.: Columbia University Press, 2014. – 656 p.

58 Sandberg S., Pedersen W. Street Capital: Black Cannabis Dealers in a White Welfare State. – Bristol, 2011. – 200 s.

59 Smith J.A., Larkin M., Flowers P. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. – London, 2021. – 240 p.

60 Crewe B. The prisoner society: Power, Adaptation, and Social Life in an English Prison. – Oxford, 2012. – 544 p.

61 Liebling A., Crewe B. Staff – prisoner relationships, moral performance, and privatisation // In book: Understanding Penal Practice. – Amsterdam: Routledge, 2013. – P. 153-166.

62 Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health / UNODC. – Copenhagen, 2013. – 42 p.

63 Gadama L. et al. Prison facilities were not built with a woman in mind: an exploratory multi-stakeholder study on women’s situation in Malawi prisons // International Journal of Prisoner Health. – 2020. – Vol. 16, Issue 3. – P. 303-318.

64 Lines R. The right to health of prisoners in international human rights law rights law // International J of Prisoner Health. – 2008. – Vol. 4, Issue 1. – P. 3-53.

65 Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons / UNODC. – NY., 2013. – 208 p.

66 Stöver H., Michels I.I. Drug use and opioid substitution treatment for prisoners // Harm Reduct J. – 2010. – Vol. 7. – P. 17-1-17-7.

67 Aebi M.F., Cocco E., Molnar L. Prisons and Prisoners in Europe 2022: Key Findings of the SPACE I survey. – Lausanne, 2023. – 35 p.

68 Dolan K. et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees // Lancet. – 2016. – Vol. 388, Issue 10049. – P. 1089-1102.

69 AIDS AT A Crossroads: Unaids Report 2024 / UNAIDS. – Geneva, 2024. – 300 p.

70 Freudenberg N., Heller D. A Review of Opportunities to Improve the Health of People Involved in the Criminal Justice System in the United States // Annual Review of Public Health. – 2016. – Vol. 37. – P. 313-333.

71 Dara M. et al. Guidelines for the Control of Tuberculosis in Prisons. – Washington, 2009. – 151 p.

72 Todrys K.W., Amon J.J. Health and human rights of women imprisoned in Zambia // BMC Int Health Hum Rights. – 2011. – Vol. 11, Issue 1. – P. 8-1-8-7.

73 Thompson M.A., Horberg M.A. Primary Care Guidance for Persons With Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America // Clinical Infectious Diseases. – 2021. – Vol. 73, Issue 11. – P. e3572-e3605.

74 Bosworth R. et al. HIV/AIDS, hepatitis and tuberculosis-related mortality among incarcerated people: a global scoping review // Int J Prison Health. – 2022. – Vol. 18, Issue 1. – P. 66-82.

75 Abraham S.A. et al. Unravelling the experiences of incarcerated individuals living with HIV on ART: a qualitative study in Ghanaian prisons // International Journal of Prison Health. – 2024. – Vol. 20, Issue 2. – P. 186-199.

76 Pratt J. Scandinavian Exceptionalism in an Era of Penal Excess: Part I: The Nature and Roots of Scandinavian Exceptionalism // The British Journal of Criminology. – 2008. – Vol. 48, Issue 2. – P. 119-137.

77 Stöver H. et al. Opioid substitution therapy for people living in German prisons ‒ inequality compared with civic sector // Harm Reduct J. – 2019. – Vol. 16, Issue 1. – P. 72-1-72-9.

78 Ugelvik T., Dullum J. Penal Exceptionalism? Nordic Prison Policy and Practice. – London: Routledge, 2012. – 266 p.

79 Jiang J., Liu J. Penal Welfare or Penal Sovereignty? A Political Sociology of Recent Formalization of Chinese Community Corrections // Punishment and society. – 2022. – Vol. 24, Issue 4. – P. 501-528.

80 Shuai H., Liu J. The relationship between criminology and criminal law: implications for developing Chinese criminology // Humanit Soc Sci Commun. – 2023. – Vol. 10, Issue 1. – P. 1-11.

81 Liu L., Chui W.H. Chinese culture and its influence on female prisoner behavior in the prisoner–guard relationship // Australian & New Zealand Journal of Criminology. – 2016. – Vol. 51, Issue 1. – P. 117-134.

82 Shanghai’s crime recidivism rate in 2020 lower than national average // https://www.shine.cn/news/metro/2107212381/. 15.04.2025.

83 Messner S.F., Liu J., Zhao Y. Predicting Re-Incarceration Status of Prisoners in Contemporary China: Applying Western Criminological Theories // Int J Offender Ther Comp Criminol. – 2018. – Vol. 62, Issue 4. – P. 1018-1042.

84 Liao S. et al. Acceptance and associated factors of HIV testing among college students in China: A systematic review and meta-analysis // PLOS ONE. – 2023. – Vol. 18, Issue 4. – P. e0284865-1-e0284865-14.

85 Xia X., Guo J. Historical development and characteristics of social work in today’s China // International Journal of Social Welfare. – 2002. – Vol. 11, Issue 3. – P. 254-262.

86 Pape U., Stöver H., Michels I.I. Social work and health in prisons: studies from Central Asia and China. – Ed. 1st. – Baden-Baden: Nomos, 2023. – 305 p.

87 Global HIV & AIDS statistics ‒ Fact sheet // <https://www.unaids.org> /en/resources/fact-sheet. 10.08.2024.

88 Yin W., Couzin O. HIV-Related Stigma and Discrimination in China // In book: HIV/AIDS in China: Epidemiology, Prevention and Treatment. – Singapore: Springer, 2020. – P. 515-541.

89 Liu L., Hsiao S.C., Kaplan C. Drug Initiation of Female Detainees in a Compulsory Drug Treatment Institution in China // Journal of Psychoactive Drugs. – 2016. – Vol. 48, Issue 5. – P. 393-401.

90 Michels I.I., Stöver H. Drug Treatment, Culture and Social Policy in Central Asia and China. – Baden-Baden, 2022. – 142 p.

91 Berlioz D. We are more like social workers than guards // Hesa Mag. – 2019. – Vol. 19. – P. 23-26.

92 Dugdale W., Hean S. The Application of Norwegian Humane Ideals by Front-Line Workers When Collaboratively Reintegrating Inmates Back into Society // In book: Improving Interagency Collaboration, Innovation and Learning in Criminal Justice System. – Cham, 2021. – P. 111-138.

93 What We Can Learn from Norway’s Prison System: Rehabilitation & Recidivism // https://www.firststepalliance.org/post/norway-prison. 15.04.2025.

94 Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Стратегического плана развития Республики Казахстан до 2025 года и признании утратившими силу некоторых указов Президента Республики Казахстан: утв. 19 февраля 2018 года // https://www.akorda.kz. 16.06.2024.

95 Закон Республики Казахстан. О пробации: принят 30 декабря 2016 года, №38-VI // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1600000038>. 16.06.2024.

96 Саламатов Е.А. Проблемы Казахстанской пробации // https://online.zakon.kz/Document/?doc\_id=37235023 (accessed: 16.06.2024).

97 Хармаев Ю.В. О проблемах введения в Российской Федерации службы пробации // Вестник Бурятского государственного университета. – 2013. – №2. – С. 187-189.

98 Уткин В.А. Европейские правила о пробации и проблемы их реализации // Вестник Томского государственного университета. – 2012. – №1(3). – С. 45-50.

99 [Бабина](http://opac.skunb.ru/index.php?url=/auteurs/view/351143/source:default) С.А. Особенности применения условного осуждения в зарубежных странах (на примере США) // Бизнес в законе. – 2010. – №4. – С. 66-68.

100 Шнарбаев Б.К. Становление пробации в Казахстане в рамках международных стандартов // Социально-экономические явления и процессы. – 2017. – Т. 12, №3. – С. 272-277.

101 Уголовно-исполнительный кодекс Республики Казахстан: принят 5 июля 2014 года, №234-V // https://online.zakon.kz/Document. 16.06.2024.

102 Ламашарипов Д.М. Повышение эффективности современной пенитенциарной системы в Республике Казахстан: дис. … док. PhD: 6D051000. – Астана, 2018. – 142 с.

103 Нурсеитова Т. Тюремные учреждения Казахстана должны стать независимыми от МВД // https://online.zakon.kz/Document/?doc\_. 16.06.2024.

104 Саламатов Е.А. Уголовный кодекс – главная основа эволюции тюремной системы // https://online.zakon.kz/Document/?doc\_id. 16.06.2024.

105 Саламатов Е.А. Экспертное заключение на Концепцию проекта Уголовно-исполнительного кодекса Республики Казахстан (новая редакция) // https://online.zakon.kz/Document/?doc\_id=31295217. 16.06.2024.

106 Закон Республики Казахстан. О пробации: принят 30 декабря 2016 года, №38-VI (с изм. и доп. по состоянию на 27.06.2022 г.) // https://online.zakon.kz/Document/?doc\_id=36232217. 16.06.2024.

107 Закон Республики Казахстан. Об амнистии: принят 2 ноября 2022 года, №152-VII ЗРК // https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z2200000152/info. 16.06.2024.

108 Скаков А.Б. Уголовно-исполнительное законодательство Казахстана: современное состояние и перспективы развития // Уголовно-исполнительное право. – 2017. – Т. 12, №1-4. – С. 230-367.

109 Jacobs J.B. Stateville: The Penitentiary in Mass Society. – Chicago: University of Chicago Press, 2015. – 302 p.

110 Reamer F. 4. Ethical Dilemmas in Social Work: Clinical Practice // In book: Social Work Values and Ethics. – NY., 2018. – P. 109-169.

111 Daly M., McCulloch T., Smith M. The Place of Knowledge in Constructing Social Work Identity: Validating Vagueness // The British Journal of Social Work. – 2024. – Vol. 54, Issue 3. – P. 958-975.

112 Гуцев О.В. Подготовка работников пенитенциарной системы к деятельности по ресоциализации осужденных: дис. … канд. пед. наук: 13.00.08. – М., 2012. – 237 с.

113 Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 255 с.

114 HIV and people who inject drugs ‒ Thematic briefing note ‒ 2024 global AIDS update The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads // <https://www.unaids.org> /en/resources/documents/2024/2024-unaids-global. 10.08.2024.

115 Юсуфов Р.Ш., Кузнецова А.С. Положительный опыт реализации программ медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных и наркозависимых лиц в местах лишения свободы // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2010. – №11. – С. 42-46.

116 Smith P.S. The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature // Crime and Justice. – 2006. – Vol. 34, Issue 1. – P. 441-528.

117 Хон Л.О. Пенитенциарная система в государственном механизме суверенного Казахстана // Право и государство: теория и практика. – 2023. – №5(221). – С. 40-41.

118 Statistics on the population and labour force // https://ilostat.ilo.org/topics/population-and-labour-force/. 16.04.2025.

119 Шахурдин А.В., Ветров Е.В. Специфика психологического сопровождения осужденных на заключительном этапе отбывания наказания // Теория и практика социогуманитарных наук. – 2022. – №4(20). – С. 79-89.

120 Stone S.D. Being as Doing: Occupational Perspectives of Women Survivors of Hemorrhagic Stroke // Journal of Occupational Science. – 2005. – Vol. 12, Issue 1. – P. 17-25.

121 Khan S., Lucas M. The effectiveness of restorative justice programs in reducing recidivism // <https://www.researchgate.net/publication>. 10.10.2024.

122 Poledna S. Penitentiary social work from agentic perspective // Analele Universității A.I. Cuza Iași - Secțiunea Sociologie și asistență socială. – 2019. – Vol. 2. – P. 5-13.

123 На принципах правового государства // <https://www.gov.kz/memleket> /entities/prokuror/press/news/details/53757?lang=ru. 23.06.2024.

124 Рахимбердин К.Х. Бангкокские правила ООН: социально-юридическая ценность и значимость для защиты женщин в местах лишения свободы // Вестник Кузбасского института. – 2023. – №2(55). – C. 131-138.

125 Marcus U. et al. Age biases in a large HIV and sexual behaviour-related internet survey among MSM // BMC Public Health. – 2013. – Vol. 13, Issue 1. – P. 826-1-826-11.

126 Adebayo R.A., Oladoyin A.M., Irinoye O.O. Comprehensive care for people living with HIV/AIDS: issues and problems of social integration in Nigeria // Niger J Med. – 2003. – Vol. 12, Issue 1. – P. 12-21.

127 Erickson M., Shannon K., Ranville F. et al. They look at you like you’re contaminated: how HIV-related stigma shapes access to care for incarcerated women living with HIV in a Canadian setting // Canadian Journal of Public Health. – 2022. – Vol. 113, Issue 2. – P. 282-292.

128 Конституция Республики Казахстан: принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года // <https://adilet.zan.kz/rus/docs>. 16.04.2025.

129 LeBel T.P. Strengths-based re-entry and resettlement // In book: The Routledge Companion to Rehabilitative Work in Criminal Justice. – NY.: Routledge, 2019. – P. 583-594.

130 Haney C. Restricting the Use of Solitary Confinement // Annu. Rev. Criminol. – 2018. – Vol. 1, Issue 1. – P. 285-310.

131 Roman C.G., Travis J. Where will I sleep tomorrow? Housing, homelessness, and the returning prisoner // Housing Policy Debate. – 2006. – Vol. 17, Issue 2. – P. 389-418.

132 Aidala A.A., Wilson M.G., Shubert V. Housing Status, Medical Care, and Health Outcomes Among People Living With HIV/AIDS: A Systematic Review // American Journal of Public Health. – 2016. – Vol. 106, Issue 1. – P. e1-e23.

133 Metraux S., Culhane D.P. Homeless Shelter Use and Reincarceration Following Prison Release // Criminology & Public Policy. – 2004. – Vol. 3, Issue 2. – P. 139-160.

134 Miller J.M., Blumstein A. Crime, Justice & the COVID-19 Pandemic: Toward a National Research Agenda // Am J Crim Justice. – 2020. – Vol. 45, Issue 4. – P. 515-524.

135 Штёвер Х., Мукашева Д.Д. Стигматизация людей, живущих с ВИЧ-положительным статусом в Казахстане и роль социального работника в ее преодолении среди женщин с опытом тюремного заключения // Вестник Евразийского национального университета имени Л.Н. Гумилева. – 2023. – №1(142). – С. 473-484.

136 Fedock G.L. Women’s Psychological Adjustment to Prison: A Review for Future Social Work Directions // Social Work Research. – 2017. – Vol. 41, Issue 1. – P. 31-42.

137 Easton S. Older prisoners, gender, and family life // In book: Ageing, Gender and Family Law. – London: Routledge, 2018. – P. 142-158.

138 Freudenberg N., Daniels J., Crum M. et al. Coming Home From Jail: The Social and Health Consequences of Community Reentry for Women, Male Adolescents, and Their Families and Communities // American Journal of Public Health. – 2005. – Vol. 95, Issue 10. – P. 1672-1860.

139 Cullen F.T. Rehabilitation: Beyond Nothing Works // Crime and Justice. – 2013. – Vol. 42, Issue 1. – P. 299-376.

140 Stöver H., Michels I. et al. Social work and strengthening of NGOs in development cooperation to treat drug addiction // International Journal of Addiction Research and Therapy. – 2021. – Vol. 4. – P. 25-1-25-23.

141 Visher C.A., Debus-Sherrill S.A., Yahner J. Employment After Prison: A Longitudinal Study of Former Prisoners // Justice Quarterly. Routledge. – 2011. – Vol. 28, Issue 5. – P. 698-718.

142 Travis J. But They All Come Back: Rethinking Prisoner Reentry. – Washington, 2005. – 391 p.

143 Hammett Theodore M., Roberts Cheryl, Kennedy S. Health-Related Issues in Prisoner Reentry // Crime & Delinquency. – 2001. – Vol. 47, Issue 3. – P. 390-409.

144 Harding R. Rehabilitation and prison social climate: Do ‘What Works’ rehabilitation programs work better in prisons that have a positive social climate?: // Australian and New Zealand Journal of Criminology. – 2014. – Vol. 47, Issue 2. – P. 163-175.

145 Smoyer A.B. Teaching Note ‒ Taking Social Work Undergraduates Inside: The Inside-Out Prison Exchange Program // Journal of Social Work Education. – 2020. – Vol. 56, Issue 1. – P. 186-192.

146 Kubiak S.P., Milanovic E. Prison as a Site for Experiential Learning in Social Work: Inside-Out Prison Exchange Program // Journal of Baccalaureate Social Work. – 2017. – Vol. 22, Issue 1. – P. 143-158.

147 Imamova N. Reporters Notebook: Inside a Prison in Uzbekistan // https://www.voanews.com/a/south-central-asia\_reporters-notebook-inside. 10.10.2024.

148 Brown A.E. et al. HIV in Europe and Central Asia: progress in 2018 towards meeting the UNAIDS 90-90-90 targets // Euro Surveill. – 2018. – Vol. 23, Issue 48. – P. 1800622-1-1800622-7.

149 Springer S. Improving the Care for HIV-Infected Prisoners: An Integrated Prison-Release Health Model // In book: Public Health Behind Bars: From Prisons to Communities. – NY., 2007. – P. 535-555.

150 Kerson T.S. Human Needs: Health // <https://www.academia.edu/> 66942848/Global\_Health\_Encyclopedia\_of\_Social\_Work\_Online. 10.10.2024.

151 Degenhardt L. et al. The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study: Impact of OST on mortality post-release from prison // Addiction. – 2014. – Vol. 109, Issue 8. – P. 1306-1317.

152 Sanhueza G., Brander F. et al. First survey on prison life in Chile: A social work call for prison reform // International Social Work. – 2017. – Vol. 61, Issue 6. – P. 1139-1153.

153 Taylor B.J. et al. The Sage Handbook of Decision Making, Assessment and Risk in Social Work. SAGE Publications, 2023. 989 p.

154 Андрeeв Н.А. и др. Рeсоциализация осуждeнных в пeнитeнциарных учрeждeн ФРГ: социально-психологический аспeкт. – М., 2001. – 180 с.

155 Meyer J.P. et al. A qualitative study of diphenhydramine injection in Kyrgyz prisons and implications for harm reduction // Harm Reduct J. – 2020. – Vol. 17, Issue 1. – P. 86-1-86-9.

156 Holtgrave D.R. et al. Cost-utility analysis of the housing and health intervention for homeless and unstably housed persons living with HIV // AIDS Behav. – 2013. – Vol. 17, Issue 5. – P. 1626-1631.

157 Maruschak L., Chari K.A. et al. National Survey of Prison Health Care: Selected Findings // National Health Statistics Reports. – 2016. – Vol. 96. – P. 1-23.

158 Beckwith C., Bazerman L., Gillani F. et al. The Feasibility of Implementing the HIV Seek, Test, and Treat Strategy in Jails // AIDS Patient Care STDS. – 2014. – Vol. 28, Issue 4. – P. 183-187.

159 Jiang H., Zhou Y., Tang W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic // The Lancet HIV. – 2020. – Vol. 7, Issue 5. – P. e308-e309.

160 Saag M.S., Gandhi R.T., Hoy J.F. et al Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2020 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel | // JAMA. – 2020. – Vol. 324, Issue 16. – P. 1651-1669.

161 Henderson C. et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings // The Lancet Psychiatry. – 2014. – Vol. 1, Issue 6. – P. 467-482.

162 Mellow J. et al. Mapping the Innovation in Correctional Health Care Service Delivery in New York City. – NY., 2008. – 144 p.

163 Ryu S. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2) // Healthc Inform Res. – 2012. – Vol. 18, Issue 2. – P. 153-155.

164 Telemedicine: Current and Future Perspectives - ProQuest // https://www.proquest.com/openview. 18.06.2024.

165 Finne J., Ekeland T.-J., Malmberg-Heimonen I. Social workers use of knowledge in an evidence-based framework: a mixed methods study // European Journal of Social Work. – 2022. – Vol. 25, Issue 3. – P. 443-456.

166 Jones D. Humane Prisons. – London: CRC Press, 2018. – 236 р.

# **ПРИЛОЖЕНИЕ А**

Информированное согласие

Уважаемый респондент!

НАО «Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева» проводит научное исследование на тему «Социальная работа как фактор социального благополучия в пенитенциарной системе: на примере работы с людьми, живущими с ВИЧ-статусом». Данное исследование направлено на изучение на изучение опыта ресоциализации и потребностей лиц, отбывших наказание в местах лишения свободы, включая доступ к медицинской, социальной и правовой помощи, с целью разработки рекомендаций по улучшению политики поддержки уязвимых групп. Ваше участие поможет разработать эффективные программы поддержки для лиц, возвращающихся к жизни в обществе после отбывания наказания.

*Условия участия:*

Добровольность: Ваше участие полностью добровольно. Вы можете отказаться от участия или прекратить участие в любой момент без каких-либо последствий.

Конфиденциальность: Все предоставленные Вами данные будут использоваться только в обобщённом виде. Ваши личные данные не будут разглашены и будут храниться в защищённой форме.

Процедура: Участие предполагает заполнение анкеты и/или участие в интервью.

*Контактная информация:*

Мукашева Далида Дауреновна, электронная почта [mukashevadalida@gmail.com](mailto:mukashevadalida@gmail.com), тел:87059649727

*Согласие:*

Я подтверждаю, что мне предоставлена полная информация об исследовании, я понимаю цели и условия участия и даю добровольное согласие на участие.

ФИО участника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **ПРИЛОЖЕНИЕ Б**

Гайд опроса осужденных

1. Укажите, пожалуйста, Ваш пол:

а) мужской;

б) женский.

2. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст:

а) 18-25 лет;

б) 26-45 лет;

в) 46-60 лет.

3. Укажите, пожалуйста, Ваше образование:

а) среднее полное;

б) среднее профессиональное;

в) незаконченное высшее профессиональное;

г) высшее профессиональное;

д) иное.

4. Привлекались ли вы ранее к ответственности за правонарушения?

а) нет, не привлекался:

б) привлекался только к административной ответственности;

в) ранее уже привлекался к уголовной ответственности.

5. Укажите, пожалуйста, вид учреждения УИС, где Вы в данный момент отбываете наказание:

а) учреждение минимальной безопасности;

б) учреждение средней безопасности;

в) учреждение максимальной безопасности е;

г) учреждение чрезвычайной безопасности;

д) учреждение полной безопасности;

е) учреждение смешанной безопасности.

6. На какой срок лишения свободы Вы осуждены?

а) до 2-х лет;

б) до 5-ти лет;

в) до 7-ми лет;

г) до 10-ти лет;

д) свыше 10 лет.

7. В каких условиях отбывания наказания вы в данный момент находитесь?

a) в строгих;

б) в обычных;

в) в облегченных;

г) в льготных;

д) затрудняюсь с ответом.

8. Верите ли Вы в то, что осужденного в учреждениях Казахстана можно исправить?

а) да, верю;

б) нет, не верю;

в) сомневаюсь в этом;

г) исправление зависит от конкретного осужденного и вида совершенного преступления;

д) иное мнение.

9. Какие социальные ценности могут удержать лицо, освобожденное из учреждения уголовно-исполнительной системы, от совершения повторного преступления? Можно отметить несколько ответов.

а) семья;

б) работа;

в) хобби;

г) наличие жилья;

д) материальные средства (имущество, деньги);

е) дружеские связи;

ж) образование;

и) иные ценности (укажите какие);

к) религиозные чувства;

л) социальная среда;

м) затрудняюсь ответить.

10. Кто, по Вашему мнению, в первую очередь должен заботиться о том, чтобы лица, освобожденные из учреждения уголовно-исполнительной системы, вернулись в свои семьи (обрели новую семью)? Можно отметить несколько ответов.

а) учреждения уголовно-исполнительной системы;

б) иные государственные и местные исполнительные органы;

в) родственники осужденных;

г) сам осужденный;

д) общественные организации;

е) благотворительные фонды;

ж) правозащитные организации;

и) религиозные конфессии;

к) все вместе;

л) затрудняюсь ответить;

м) иное мнение.

11. Кто, по Вашему мнению, в первую очередь должен заботиться о том, чтобы лица, освобожденные из учреждения уголовно-исполнительной системы, были трудоустроены? Можно отметить несколько ответов.

а) учреждения уголовно-исполнительной системы;

б) иные государственные и местные исполнительные органы;

в) родственники осужденных;

г) сам осужденный;

д) общественные организации;

е) благотворительные фонды;

ж) правозащитные организации;

и) религиозные конфессии;

к) все вместе;

л) затрудняюсь ответить;

м) иное мнение.

12. Кто, по Вашему мнению, в первую очередь должен заботиться о том, чтобы лица, освобожденные из учреждения уголовно-исполнительной системы, имели жилье? Можно отметить несколько ответов.

а) учреждения уголовно-исполнительной системы;

б) иные государственные и местные исполнительные органы;

в) родственники осужденных;

г) сам осужденный;

д) общественные организации;

е) благотворительные фонды;

ж) правозащитные организации;

и) религиозные конфессии;

к) все вместе;

л) затрудняюсь ответить;

м) иное мнение.

13. Укажите, какие трудности в решении проблемы социальной реинтеграции лиц, освобожденных из учреждений уголовно-исполнительной системы, существуют в настоящее время? Можно отметить несколько ответов.

а) существует политическая воля в решении этой проблемы;

б) нет экономических стимулов для участия в социальной реинтеграции;

в) в общественном сознании нет понимания важности этой работы;

г) сами осужденные не проявляют стремления к право послушному образу жизни;

д) наличие бюрократизма и равнодушия к людям;

е) иные трудности (какие);

ж) недостатки государственного финансирования;

и) трудности в трудоустройстве;

к) каких-либо трудностей нет;

л) затрудняюсь ответить;

м) иное мнение.

14. Как Вы можете оценить деятельность бизнес-структур по оказанию помощи лицам, освобожденным из учреждений уголовно-исполнительной системы? Можно отметить несколько ответов.

а) положительно;

б) это не их компетенция;

в) отрицательно;

г) затрудняюсь ответить.

15. Знаете ли Вы, какие права и обязанности имеют осужденные в местах лишения свободы?

a) знаю достаточно полно;

б) знаю в общих чертах;

в) почти не знаю.

16. Кто или что обеспечил Вас информацией о правах и обязанностях в учреждениях УИС?

а) воспитатель;

б) начальник отряда;

в) информационные листовки;

г) через интернет;

д) ваш вариант\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Знаете ли Вы как восстановить утраченные документы?

а) да, меня ознакомили в учреждении;

б) да, узнал через знакомых;

в) да, по собственному опыту;

г) нет.

18. Получили ли вы или получаете в данный период какое-либо образование в учреждении?

a) да (какое?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) нет

19. Привлекались ли Вы к оплачиваемому труду во время нахождения в учреждении УИС?

а) да, по собственному желанию;

б) да, принудительно;

в) нет, по собственному желанию;

г) нет, принудительно;

д) ваш вариант\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

20. Какие направления психологического обучение были бы для Вас полезными? (укажите возможные варианты)

а) возможности преодоления зависимости наркотической и алкогольной;

б) навыки бесконфликтного взаимодействия (погашения конфликта);

в) оценка жизненных обстоятельств и принятие рациональных решений;

г) умение налаживать контакты (с работодателями, другими людьми);

д) умение справляться со вспыльчивостью (гневом);

е) умение сохранять спокойствие в стрессовых ситуациях;

ж) умение поддерживать положительное душевное состояние;

и) навыки аутогенной тренировки (самонастроя);

к) умения создавать хорошие семейные отношения;

л) другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

21. Намерены ли Вы учиться после освобождения? Если да, то какое образование желаете получить? Если нет, то ничего не отмечайте.

а) общее базовое образование (9 классов);

б) общее среднее образование (11 классов);

в) профессионально-техническое образование;

г) среднее специальное образование;

д) высшее образование;

е) переподготовка на базе высшего образования по новой специальности;

ж) образовательные курсы /тренинг по определенному направлению.

22. Какие из нижеперечисленных секций Вы посещали во время нахождения в учреждении:

а) спортивные;

б) прикладного искусства и художественной самодеятельности;

в) производственные;

г) Ваш вариант\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. Имеете ли Вы какие-либо инфекционные заболевания? (ВИЧ/СПИД, Туберкулез, Гепатит А, B, C)?

а) да (при желании указать наименование)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) нет.

24. Оказывается ли Вам какая-либо социальная поддержка в местах лишения свободы?

а) да (укажите вид поддержки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) нет.

25. Поддерживаете ли Вы связь с какими-либо социальными службами? Какими именно?

а) да \_\_\_\_\_ (можете указать наименование);

б) нет.

26. Какой вид поддержки в местах лишения свободы, по-вашему мнению, был наиболее полезным для Вас?

а) профориентация, обучение новой профессии;

б) консультации психолога;

в) повышение правовой грамотности;

г) информированность о государственных социальных программах и деятельности НПО работающих в направлении оказания поддержки людям, вышедшим с мест лишения свободы;

д) временное проживание после освобождения;

е) не получал (получала);

ж) ваш вариант\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

27. Получали ли Вы информацию о действующих общественных организациях, куда можно обратиться за помощью после освобождения?

а) да;

б) нет.

28. Вам есть куда пойти после освобождения?

а) к родителям;

б) к друзьям;

в) собственная семья;

г) нет;

д) затрудняюсь ответить.

***Сотталғандар арасында сауалнама***

1. Жынысыңызды көрсетіңіз:

а) ер;

б) әйел.

1. Жасыңызды көрсетіңіз:

а) 18–25 жас;

б) 26–45 жас;

в) 46–60 жас.

1. Біліміңізді көрсетіңіз:

а) орта толық;

б) орта кәсіптік;

в) аяқталмаған жоғары;

г) жоғары;

д) басқа.

1. Сіз бұған дейін құқық бұзушылықтар үшін жауапкершілікке тартылдыңыз ба?

а) жоқ, тартылған жоқпын;

б) тек әкімшілік жауапкершілікке тартылдым;

в) бұрын қылмыстық жауапкершілікке тартылдым.

1. Қазіргі уақытта жазаны өтеуіңіз қай деңгейдегі ҚАЖ мекемесінде өтуде?

а) ең төменгі қауіпсіздік мекемесі;

б) орташа қауіпсіздік мекемесі;

в) ЖОҒАРЫ қауіпсіздік мекемесі;

г) ерекше қауіпсіздік мекемесі;

д) толық қауіпсіздік мекемесі;

е) аралас қауіпсіздік мекемесі.

1. Сіз қанша уақытқа бас бостандығынан айырылдыңыз?

а) 2 жылға дейін;

б) 5 жылға дейін;

в) 7 жылға дейін;

г) 10 жылға дейін;

д) 10 жылдан артық.

1. Қазіргі уақытта қандай жазаны өтеу жағдайындасыз?

а) қатаң;

б) әдеттегі;

в) жеңілдетілген;

г) жеңілдікті;

д) жауап беруге қиналамын.

1. Сіздің ойыңызша, Қазақстандағы ҚАЖ мекемелерінде сотталғандарды түзетуге бола ма?

а) иә, сенемін;

б) жоқ, сенбеймін;

в) күмәнім бар;

г) түзету сотталған адамның жеке тұлғасына және қылмыстың түріне байланысты;

д) басқа пікір.

1. Қай әлеуметтік құндылықтар адамды қайталап қылмыс жасаудан тежеуі мүмкін деп ойлайсыз? Бірнеше жауапты таңдауға болады:

а) отбасы;

б) жұмыс;

в) Хобби;

г) тұратын үйдің болуы;

д) материалдық қамтамасыз ету (мүлік, ақша);

е) достық байланыстар;

ж) білім;

и) басқа құндылықтар (көрсетіңіз);

к) діни сенімдер;

л) әлеуметтік орта;

м) жауап беруге қиналамын.

1. Сіздің ойыңызша, ҚАЖ мекемесінен босатылған адамның отбасына қайта оралуына (жаңа отбасы құруына) кім бірінші кезекте жауапты болуы керек? Бірнеше жауапты таңдауға болады:

а) ҚАЖ мекемелері;

б) басқа мемлекеттік және жергілікті атқарушы органдар;

в) сотталған адамның туыстары;

г) өзі;

д) қоғамдық ұйымдар;

е) қайырымдылық қорлары;

ж) адам құқықтарын қорғау ұйымдары;

и) діни конфессиялар;

к) барлығы бірлесіп;

л) жауап беруге қиналамын;

м) басқа пікір.

1. Сіздің ойыңызша, ҚАЖ мекемесінен босатылған адамның жұмысқа орналасуына кім бірінші кезекте көмектесуі керек? Бірнеше жауапты таңдауға болады (жауап нұсқалары 10-сұрақтағыдай).
2. Сіздің ойыңызша, ҚАЖ мекемесінен босатылған адамның тұрғын үймен қамтамасыз етілуіне кім жауапты болуы тиіс? Бірнеше жауапты таңдауға болады (жауап нұсқалары 10-сұрақтағыдай).
3. ҚАЖ мекемелерінен босатылған адамдарды әлеуметтік бейімдеуде қандай қиындықтар бар деп ойлайсыз? Бірнеше жауапты таңдауға болады:

а) бұл мәселені шешуге саяси ерік бар;

б) қатысуға экономикалық ынталандыру жоқ;

в) қоғам санасында бұл жұмыстың маңыздылығы түсінілмеген;

г) сотталғандардың өзі құқықтық өмірге бейімделуге ұмтылмайды;

д) бюрократия мен адамдарға немқұрайлылық бар;

е) басқа қиындықтар (көрсетіңіз);

ж) мемлекеттік қаржыландырудың жеткіліксіздігі;

и) жұмысқа орналасудағы қиындықтар;

к) ешқандай қиындық жоқ;

л) жауап беруге қиналамын;

м) басқа пікір.

1. Сіз бизнес құрылымдардың ҚАЖ мекемелерінен босатылғандарға көмек көрсету жөніндегі қызметін қалай бағалайсыз?

а) жағымды;

б) бұл олардың құзыретіне кірмейді;

в) жағымсыз;

г) жауап беруге қиналамын.

1. Сіз сотталғандардың бас бостандығынан айыру орындарындағы құқықтары мен міндеттері туралы білесіз бе?

а) жеткілікті білемін;

б) жалпы түрде білемін;

в) дерлік білмеймін.

1. Құқықтар мен міндеттер туралы ақпаратты кімнен немесе қайдан алдыңыз?

а) тәрбиеші;

б) жедел уәкіл (отряд бастығы);

в) ақпараттық парақшалардан;

г) интернет арқылы;

д) Сіздің нұсқаңыз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Сіз құжаттарыңызды қалай қалпына келтіру керектігін білесіз бе?

а) иә, маған ҚАЖ мекемесінде түсіндірілді;

б) иә, таныстар арқылы білдім;

в) иә, өз тәжірибемнен;

г) жоқ.

1. ҚАЖ мекемесінде қандай да бір білім алып жатырсыз ба немесе алдыңыз ба?

а) иә (қандай?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) жоқ.

1. ҚАЖ мекемесінде болған кезде ақылы еңбекке тартылдыңыз ба?

а) иә, өз еркіммен;

б) иә, мәжбүрлі түрде;

в) жоқ, өз еркіммен;

г) жоқ, мәжбүрлі түрде;

д) Сіздің нұсқаңыз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Қандай психологиялық оқыту бағыттары сіз үшін пайдалы болар еді?

а) нашақорлық пен алкогольдік тәуелділікті жеңу тәсілдері;

б) қақтығысты жағдайлардан шығу дағдылары;

в) өмірлік жағдайды бағалау және тиімді шешім қабылдау;

г) адамдармен (жұмыс берушілермен, т.б.) байланыс орнату дағдылары;

д) ашушаңдықпен күресу дағдысы;

е) стрестік жағдайларда сабыр сақтау;

ж) жағымды психологиялық күйді сақтау;

и) өзін-өзі реттеу жаттығулары (аутотренинг);

к) жақсы отбасылық қарым-қатынас орнату;

л) басқа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Босатылғаннан кейін оқуды жалғастыру ниетіңіз бар ма? Егер иә болса, қандай білім алғыңыз келеді? Егер жоқ болса – белгілемеңіз.

а) жалпы негізгі білім (9 сынып);

б) жалпы орта білім (11 сынып);

в) кәсіптік-техникалық білім;

г) орта арнаулы білім;

д) жоғары білім;

е) жоғары білім негізінде қайта даярлау;

ж) белгілі бір бағыт бойынша білім беру курстары/тренингтер.

1. ҚАЖ мекемесінде жүргенде қандай үйірмелерге қатыстыңыз?

а) спорттық;

б) қолөнер және көркемөнерпаздық;

в) өндірістік;

г) сіздің нұсқаңыз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Сізде қандай да бір жұқпалы аурулар бар ма? (АИТВ/ЖИТС, Туберкулез, Гепатит А, В, С)

а) иә (қалауыңыз бойынша көрсетіңіз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) жоқ.

1. Сізге бас бостандығынан айыру орындарында қандай да бір әлеуметтік көмек көрсетіледі ме?

а) иә (қандай көмек?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) жоқ.

1. Қандай да бір әлеуметтік қызметпен байланысыңыз бар ма?

а) иә (көрсетуге болады): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) жоқ.

1. Сіздің ойыңызша, бас бостандығынан айыру орнында қандай көмек түрі сізге ең пайдалы болды?

а) кәсіптік бағдар беру, жаңа мамандыққа оқыту;

б) психологпен кеңес беру;

в) құқықтық сауаттылықты арттыру;

г) мемлекеттік әлеуметтік бағдарламалар және ҚАЖ-дан шыққан адамдарға көмектесетін ҮЕҰ туралы ақпараттандыру;

д) босатылғаннан кейін уақытша тұру мүмкіндігі;

е) қолдау алған жоқпын;

ж) сіздің нұсқаңыз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Сіз босатылғаннан кейін көмек сұрай алатын қоғамдық ұйымдар туралы ақпарат алдыңыз ба?

а) иә;

б) жоқ;

1. Босатылғаннан кейін баратын жеріңіз бар ма?

а) ата-анама;

б) достарыма;

в) өз отбасым бар;

г) жоқ;

д) жауап беруге қиналамын.

*Сұрақтарға жауап бергеніңіз үшін сізге алғысымызды білдіреміз!*

*Осы өмірлік кезеңді аман-есен еңсеруіңізді тілейміз және болашақта бәрі сәтті болады деп сенеміз!*

**ПРИЛОЖЕНИЕ В**

Гайд опроса бывших осужденных

*I. Демографические данные*

- Пол?

- Укажите ваш возраст?

- укажите ваш уровень образования?

- Какова ваша текущая ситуация на работе?

*II. Опыт тюремного заключения*

- Продолжительность лишения свободы:

- Как давно вы уже вышли из тюрьмы?

- Сколько у вас было тюремных заключений?

- Как вы думаете была ли оказана поддержка в тюрьме перед освобождением?

- Какие элементы были полезны для вас?

- Что можно было бы улучшить?

*III. Личная ситуация, здоровье и социальный контекст*

*Жилищная ситуация:*

- Как выглядела ваша жилищная ситуация до вашего последнего срока заключения? (Где вы жили? Была ли стабильная ситуация с жильем?)

- Как выглядит ваша текущая ситуация с жильем?

*Занятие и свободное время:*

- укажите вид деятельности до того, как попали в тюрьму? (занятость, волонтерство, деятельность и т. д.)

- Чем вы занимаетесь на сегодняшний день?

*Отношения:*

- Можете ли вы описать свои отношения (если применимо) с:

* вашим партнером?
* Вашими детьми?
* Вашей семьей?
* Другие важные люди в вашей жизни?

- Кто поддерживал вас до того, как вы попали в тюрьму? А во время вашего заключения?

- Как вы поддерживали связь во время заключения со своими близкими?

- Какую поддержку вы получили? Что это значило для вас?

- Как насчет этой поддержки в настоящий момент? Поддерживают ли Вас до сих пор эти люди?

*Здоровье*

**-** Каков ваш статус ВИЧ/ВГС/ВГВ?

Выберите между: Я не знаю – положительный – отрицательный – вылеченный

- Если положительный, то какова была дата определения статуса?

- Если отрицательный результат, какова была дата последнего теста?

- Вакцинированы ли вы против гепатита В?

- Как вы воспринимаете свое общее состояние здоровья?

*IV. Употребление наркотиков (до/во время/после тюрьмы)*

*Профиль/история употребления наркотиков*

- В каком возрасте вы начали употреблять наркотики?

- Вы когда-нибудь вводили инъекционные наркотики?

*Употребление наркотиков в тюрьме*

- Употребляли ли вы когда-нибудь наркотики в тюрьме?

Если да, назовите наименование наркотика? Как часто?

Если да, делали ли вы когда-нибудь инъекции в тюрьме?

Употребляли ли вы наркотики вовремя вашего последнего периода заключения?

- заметили ли вы изменения в употреблении наркотиков во время заключения с точки зрения:

- продукты ?

- способы употребления наркотиков (инъекционным путем, нюхали, курили)?

- Вы когда-нибудь использовали оборудование для употребления наркотиков в тюрьме?

- Вы когда-нибудь употребляли наркотики вместе с другими людьми:

- В сообществе?

- В тюрьме?

- Как это происходило? Мы хотим узнать, делились ли они приборами для инъекций с другими людьми. (как в тюрьме, так и в обществе)

- Если вы делились приборами, как вы его чистили? (как в тюрьме, так и в обществе)

*V. Здравоохранение и социальная поддержка*

*Медицинская поддержка*

- Оказывались ли вам какие-либо медицинские услуги в тюрьме?

- Если да, то для в каких случаях и для чего?

- Какова была частота осмотра врача?

- Пользуетесь ли вы сейчас какими-либо медицинскими услугами?

- Принимали ли вы опиоидную заместительную терапию в тюрьме?

- Если да, то какое лекарство?

- Если да, то с какого периода?

- Если да, то как вы использовали назначенные вам лекарства (дозировка, рецепт)

*Социальная поддержка*

- оказывалась ли вам какая-либо социальная поддержка в тюрьме?

- Если да, то какие и для чего? (психологическую поддержка, поиск жилья, работы)

- Какова была частота данной услуги?

- Поддерживаете ли вы связь с какими-либо социальными службами? Какими именно?

- Предпринимали ли вы какие-либо конкретные (терапевтические) действия, связанные с наркотиками в тюрьме?

- Если да, то какой?

- Если нет, то почему нет?

- Другие варианты

- Были ли какие-либо другие службы, которые поддерживали вас в тюрьме?

- Если да, то для чего и для чего?

- Как часто?

- Получаете ли вы сейчас поддержку от какой-либо другой службы?

*Снижение вреда*

- Получали ли вы информацию/рекомендации по снижению вреда вовремя прибытия в тюрьме или в другое время во время вашего заключения (презервативы, наличие отбеливателя/шприцы/нюхательные инструменты, налоксон и т.д.)?

- Если да, то какая информация/совет?

*VI. Освобождение*

- Опыт освобождения

- Можете ли вы рассказать о своем последнем опыте выпуска?

- Можете ли вы рассказать мне о своем опыте работы с общественными службами сразу после вашего последнего освобождения?

- Что можно улучшить, когда дело доходит до освобождения?

- с какими проблемами вы столкнулись после освобождения

- По вашему мнению, каковы были основные проблемы в течение непосредственного периода после освобождения (первые 24 часа – первая неделя)?

Просим выбрать подходящий вариант, связанных с:

- Услугами в области здравоохранения

- Поиск жилья

- Финансовое положение

- Поиск работы

- Употребление алкоголя/наркотиков

- Поддержание/построение отношений (партнеры, друзья, члены семьи)

- Предотвращение преступной деятельности

*Ресоциализация*

- По вашему мнению, какие факторы способствуют ресоциализации/адаптации? Что вам помогло?

- Когда вы думаете о проблемах, связанных с ресоциализацией, можете ли вы подумать о некоторых услугах, которые были или могли бы быть полезны для вас (и вашей семьи)?

Общий заключительный вопрос

- Как бы выглядела идеальная (наркологическая) служба по уходу за осужденными?

- Как можно улучшить услуги, уделяя особое внимание освобождению и непрерывности медицинского/социологического/психологического ухода?

**Бұрын сотталған адамдарға арналған сауалнама нұсқаулығы**

***I. Демографиялық деректер***

1. Жынысыңыз?
2. Жасыңызды көрсетіңіз?
3. Біліміңіздің деңгейін көрсетіңіз?
4. Қазіргі жұмыс жағдайыңыз қандай?

***II. Түрмеде болған тәжірибе***

*Түрмеде болған мерзіміңіз:*

1. Түрмеден шыққаныңызға қанша уақыт болды?
2. Түрмеде неше рет болдыңыз?
3. Сіздің ойыңызша, босатылмас бұрын түрмеде қандай да бір қолдау көрсетілді ме?
4. Сіз үшін қандай қолдау пайдалы болды?
5. Қандай жақтарын жақсартуға болады деп ойлайсыз?

***III. Жеке жағдайыңыз, денсаулығыңыз және әлеуметтік контекст***

*Тұрғын үй жағдайы:*

1. Соңғы соттылығыңызға дейінгі тұрғын үй жағдайыңыз қандай болды? (Қайда тұрдыңыз? Тұрақты баспанаңыз болды ма?)
2. Қазіргі уақытта тұрғын үй жағдайыңыз қандай?

*Қызмет пен бос уақыт:*

1. Түрмеге түспес бұрын немен айналыстыңыз? (жұмыс, волонтерлік, басқа қызметтер және т.б.).
2. Қазір немен айналысасыз?

*Қарым-қатынастар:*

1. Қарым-қатынастарыңызды сипаттай аласыз ба (егер қатысты болса).
2. Серіктесіңізбен
3. Балаларыңызбен
4. Отбасыңызбен
5. Өміріңіздегі басқа маңызды адамдармен
6. Түрмеге түспей тұрып сізге кім қолдау көрсетті? Ал түрмеде болғанда ше?
7. Түрмеде жүргенде жақындарыңызбен қалай байланыста болдыңыз?
8. Қандай қолдау алдыңыз? Бұл сіз үшін нені білдірді?
9. Қазіргі уақытта бұл адамдар сізге қолдау көрсетіп жатыр ма?

*Денсаулық:*

1. Сіздің ВИЧ/С гепатиті/В гепатиті статусыз қандай?
2. Таңдаңыз: Білмеймін – Позитивті – Теріс – Емделген
3. Егер статус позитивті болса, диагноз қай кезде қойылды?
4. Егер теріс болса, соңғы тест қашан өткізілді?
5. Сіз В гепатитіне қарсы екпе алдыңыз ба?
6. Жалпы денсаулығыңызды қалай бағалайсыз?

***IV. Есірткі қолдану (түрмеге дейін / түрмеде / түрмеден кейін)***

*Есірткі қолдану тарихы:*

1. Есірткі қолдануды неше жаста бастадыңыз?
2. Инъекциялық есірткі қолдандыңыз ба?
3. Түрмеде есірткі қолдандыңыз ба?
4. Егер иә болса, қандай есірткі? Қаншалықты жиі?
5. Түрмеде инъекция жасадыңыз ба?
6. Соңғы соттылығыңыз кезінде есірткі қолдандыңыз ба?

*Түрмеде есірткі қолдану бойынша қандай да бір өзгерістер байқадыңыз ба:*

1. Қолданылған заттар бойынша?
2. Қолдану тәсілі бойынша (инъекция, мұрынға тарту, шегу)?
3. Түрмеде есірткі қолдануға арналған құралдарды пайдаландыңыз ба?

*Басқа адамдармен бірге есірткі қолдандыңыз ба:*

1. Қоғамда?
2. Түрмеде?
3. Бұл қалай өтті? Басқа адамдармен инъекциялық құралдарды бөлістіңіз бе (түрмеде және қоғамда)?
4. Егер бөліскен болсаңыз, оларды қалай тазаладыңыз?

***V. Денсаулық сақтау және әлеуметтік қолдау***

*Медициналық қолдау:*

1. Түрмеде медициналық қызметтер көрсетілді ме?
2. Егер иә болса, қандай жағдайлар үшін?
3. Дәрігерді қаншалықты жиі көрдіңіз?
4. Қазір қандай да бір медициналық қызметтерді қолданасыз ба?
5. Түрмеде опиоидтық алмастыру терапиясын қабылдадыңыз ба?
6. Егер иә болса, қандай препаратпен?
7. Қай уақыттан бастап қабылдадыңыз?
8. Қалай қабылдадыңыз (дозасы, рецепт)?

*Әлеуметтік қолдау:*

1. Түрмеде қандай да бір әлеуметтік қолдау көрсетілді ме?
2. Егер иә болса, қандай және не үшін? (психологиялық көмек, тұрғын үй табу, жұмыс іздеу)
3. Қызметтің жиілігі қандай болды?
4. Қазіргі уақытта қандай да бір әлеуметтік қызметпен байланысып тұрсыз ба? Қайсысымен?
5. Түрмеде есірткімен байланысты нақты (терапиялық) әрекеттер жасадыңыз ба?
6. Егер иә болса, қандай?
7. Егер жоқ болса, не себептен?

*Басқа қызметтер:*

1. Түрмеде сізге қолдау көрсеткен басқа қызметтер болды ма?
2. Егер иә болса, қандай және не үшін?
3. Қаншалықты жиі?
4. Қазір қандай да бір басқа қызметтен көмек алып жүрсіз бе?

*Зиянды азайту:*

1. Түрмеде немесе түрмеде болған кезіңізде зиянды азайту бойынша қандай да бір ақпарат/кеңес алдыңыз ба? (презервативтер, ағартқыш, шприцтер, мұрын құралдары, налоксон және т.б.)
2. Егер иә болса, қандай кеңес/ақпарат алдыңыз?

***VI. Босатылу***

*Босатылу тәжірибесі:*

1. Соңғы босатылу тәжірибеңіз туралы айтып бере аласыз ба?
2. Соңғы босатылғаннан кейін қоғамдық қызметтермен қарым-қатынасыңыз туралы айтып бере аласыз ба?
3. Босатылу процесін қалай жақсартуға болады деп ойлайсыз?
4. Босатылғаннан кейін қандай мәселелермен бетпе-бет келдіңіз?

*Сіздің ойыңызша, босатылғаннан кейінгі алғашқы кезеңде (алғашқы 24 сағат – бірінші апта) басты мәселелер қандай болды? Төмендегі нұсқалардан таңдаңыз:*

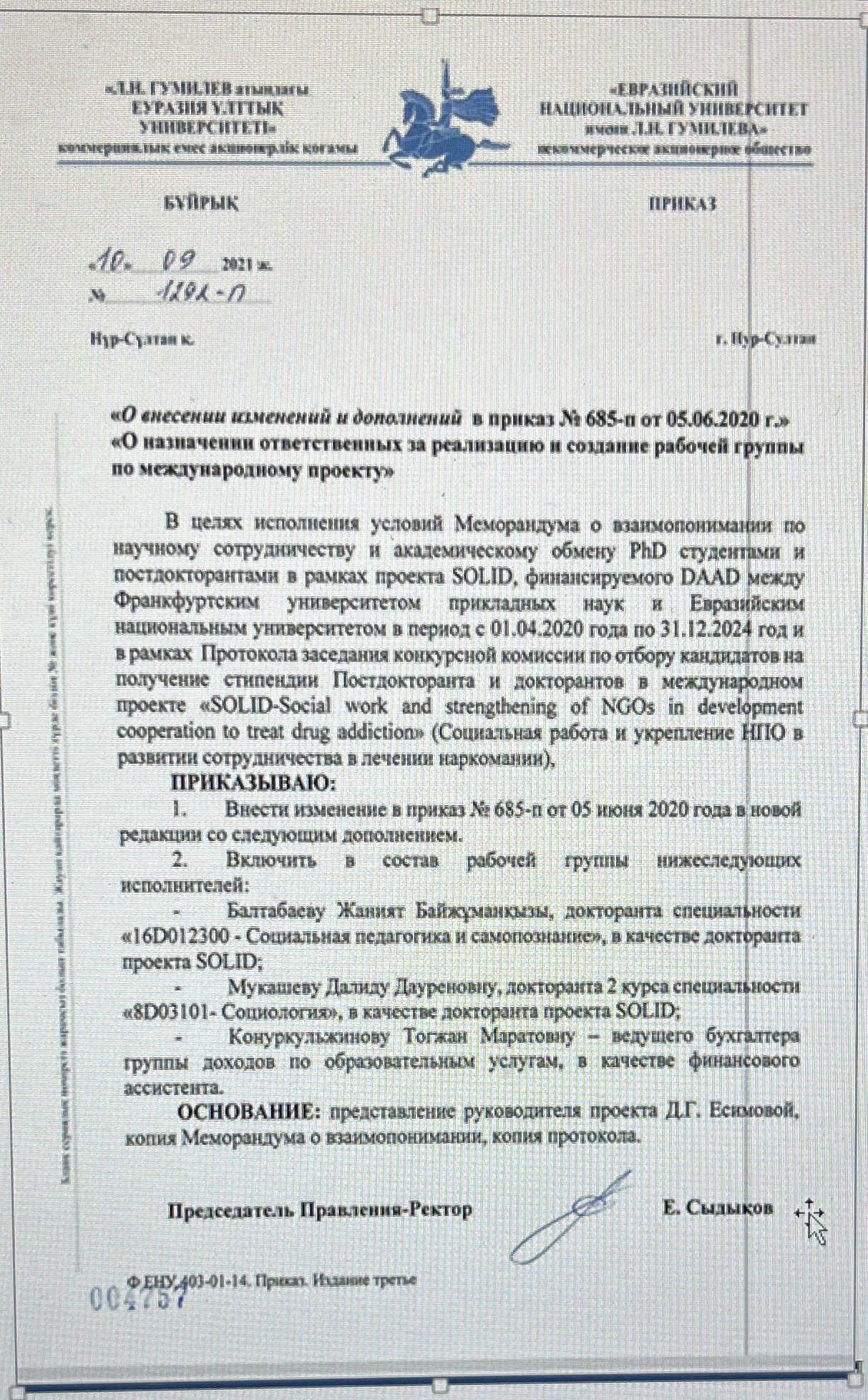
1. Денсаулық сақтау қызметтері.
2. Тұрғын үй мәселесі.
3. Қаржылық жағдай.
4. Жұмыс табу.
5. Алкоголь/есірткі қолдану.
6. Қарым-қатынасты сақтау/құру (жұбайлар, достар, отбасы мүшелері).
7. Қылмыстық әрекеттердің алдын алу.
8. Ресоциализация.
9. Сіздің ойыңызша, ресоциализация/бейімделуге қандай факторлар әсер етеді? Сізге не көмектесті?
10. Ресоциализацияға қатысты қандай қызметтер пайдалы болды немесе пайдалы болар еді деп ойлайсыз (өзіңізге және отбасыңызға)?

***Қорытынды сұрақ***

1. Идеал (есірткімен байланысты) қамқорлық қызметі қандай болар еді?
2. Қызметтерді қалай жақсартуға болады, босатылу және медициналық/әлеуметтік/психологиялық көмекті үздіксіз қамтамасыз етуге ерекше назар аудара отырып?

# **ПРИЛОЖЕНИЕ Г**

Приказ о создании рабочей группы



# **ПРИЛОЖЕНИЕ Д**

Гайд для проведения экспертного интервью

*Вопросы к сотруднику пенитенциарной системы*

1. Пожалуйста, расскажите о себе. Сколько Вам лет?

Представление респондента (имя, возраст, образование, род занятий)

2. Расскажите, пожалуйста, о месте учреждения, где вы работаете. (Общая информация)

Указать:

- на сколько человек рассчитано учреждение;

- количество осужденных (на момент посещения);

- максимальное количество осужденных, которое когда-либо было (указать в связи с чем).

Расскажите о своих профессиональных обязанностях в данном учреждении? Ваша ответственность, со сколькими осужденными Вы работаете непосредственно в течение дня и месяца?

3. Расскажите, пожалуйста, какую информацию получают лица, лишенные свободы, при входе в место содержания под стражей?

Указать:

* В какой форме?
* На понятном языке? Учитываются ли интересы неграмотных?
* Вывешены ли внутренние правила на видном месте и доступны ли они для ознакомления в любое время?

4. По каким темам тюремный персонал проходит базовую подготовку?

5. Какие методы профилактики рецидивов в настоящее время используются в учреждениях?

Как Вы понимаете термин «ресоциализация»? Что это такое? Насколько это важно для учреждения? Для отбывающих наказание? Как это относится к Вашим обязанностям?

Какие методы ресоциализации используются в Вашем учреждении? А какие методы еще можно было бы добавить?

Указать:

- Какие условия создаются для работы по ресоциализации осужденного?

6. Насколько легко/трудно вам установить доверительные отношения с осужденными? Есть ли устоявшаяся и успешная практика привлечения общественных или иных организаций для психосоциальной поддержки осужденных?

7. Находятся ли осужденные-женщины под надзором преимущественно женского персонала?

8. Расскажите, сколько часов осужденные проводят в камере?

Указать:

- Количество часов в день, проведенных в запертых камерах.

9. Как Вы оцениваете роль социального работника в ресоциализации осужденных? (если оценивают положительно, то почему? Если отрицательно, то почему?

Уточните, связано ли это с опытом работы с ними, качеством их услуг и компетенциями)

10. Считаете ли Вы необходимым введение в штат УИС должности социального работника?

11. Пожалуйста, сообщите нам количество и доступность врачей, медсестер, психиатров, наркологов, психологов и других специалистов в вашем учреждении. Опишите свой опыт взаимодействия с медиками в учреждении. Дайте Вашу личную оценку их работе.

12. Легко ли лицу, лишенному свободы, получить доступ к медицинскому обслуживанию?

Указать:

- По их личной просьбе: какова процедура?

- По инициативе медперсонала: как часто они посещают места лишения свободы?

-По инициативе руководящего состава: каковы критерии?

- Медицинский работник дежурит круглосуточно?

13. Установлен ли порядок оказания неотложной помощи в дневное/ночное время?

Указать:

- Как регулируется доступ к психологу?

- Каковы условия получения доступа к гинекологу?

- Удовлетворяются ли особые потребности беременных женщин?

- Удовлетворены ли особые потребности матерей с младенцами?

14. Расскажите, пожалуйста, об условиях гигиены осужденных.

Указать:

- Достаточно ли туалетов и душевых на данное количество человек?

- Душевые (частота принятия душа осужденными/рабочими/другими осужденными)

- Какие предметы гигиены предоставляются властями?

- Получают ли женщины предметы гигиены, необходимые для менструального цикла?

15. Расскажите, как осужденные поддерживают контакты с внешним миром

Указать:

-Посещения: периодичность, условия предоставления права посещения, продолжительность и ход посещений

- Корреспонденция и посылки: частота получения

-Телефонные звонки: частота и условия

- Есть ли у вас доступ к средствам массовой информации (газеты, телевидение)?

(Предоставляет ли администрация бесплатно газеты, журналы и другие периодические издания?)

Как Вы думаете, насколько важны контакты с внешним миром для ресоциализации осужденных, для их психического состояния?

16. Помогает ли образование для ресоциализации? Почему?

Расскажите, пожалуйста, какие виды обучения предлагаются в ваших учебных заведениях?

Указать:

- Ограничивает ли администрация выбор образовательных программ?

- Совместим ли выбор образовательных программ с целью перевоспитания осужденных?

Поделитесь пожалуйста, были ли в вашей практике положительные случаи, когда осужденные проходили обучение и это помогало бы им в жизни? Что, по Вашему мнению, можно было бы улучшить в процессе образования осужденных?

Скажите, пожалуйста, то, что не было задано в вопросах, но вы считаете важным. Какие вопросы возникли у Вас в процессе интервью?

*Вопросы для интервью со специалистами, работающими с ЛЖВ в местах лишения свободы (СПИД-центрах)*

1. Пожалуйста, расскажите о себе. Сколько Вам лет?

Представление респондента (имя, возраст, образование, род занятий)

2. Расскажите, пожалуйста, о месте организации, в которой вы работаете, стаж работы в данной должности

3. Приходилось ли Вам в своей практике оказывать помощь людям с ВИЧ/СПИДом в пенитенциарных учреждениях?

Указать:

- Какие учреждения

- Частота посещения

4. Как организовано здравоохранение и как система здравоохранения пенитенциарной системы связана с Министерством здравоохранения?

5. Пожалуйста, опишите организацию медицинского обслуживания.

Указать:

- организация системы оказания медицинских услуг спецконтингенту учреждения (помощь на амбулаторном этапе, стационарная помощь, неотложная помощь, стоматологическая помощь, наркологическая помощь, противотуберкулезная служба, служба ВИЧ/СПИД, помощь при ИППП)

- связь с гражданским сектором (первичный, вторичный уровни здравоохранения)

6. Скажите, пожалуйста, кто, по вашему мнению, несет ответственность за здоровье осужденных в местах лишения свободы?

7. Пожалуйста, опишите заболеваемость ВИЧ/СПИДом в местах лишения свободы.

Указать:

* Получают ли ЛЖВ следующие виды услуг во время пребывания в пенитенциарных учреждениях, в соответствии с диагнозом ВИЧ+?
* Консультация инфекциониста
* Лабораторные исследования (анализы крови)
* Снимок рентгена
* Консультация фтизиатра
* Анализ на вирусные гепатиты
* Социальный работник
* Индивидуальная консультация психолога
* Консультация группового психолога
* Консультация юриста
* Другое
* По каким причинам ЛЖВ не получают медицинскую, социальную и юридическую помощь во время пребывания в пенитенциарных учреждениях?
* Является ли процесс сообщения результатов теста на ВИЧ конфиденциальным?

8. Есть ли устоявшаяся и успешная практика привлечения общественных или иных организаций для психосоциальной поддержки ЛЖВ?

Указать:

- Какие барьеры существуют в процессе работы с ЛЖВ?

- Какова роль аутрич-работников в профилактике ВИЧ?

9. Считаете ли Вы необходимым введение в штат УИС должности социального работника?

10. Насколько часто встречаются в Вашей практике СПИД диссиденты (те, кто категорически отказываются принимать АРВ терапию)? Что Вы предпринимаете в этом случае?

11. Опишите, каким образом Вы участвуете в подготовке осужденного с ВИЧ+ к освобождению? Информируете о Д учете по месту жительства? Даете запас АРВ препаратов?

Скажите, пожалуйста, то, что не было задано в вопросах, но вы считаете важным.

*Вопросы для интервью с представителями НПО*

1. Пожалуйста, расскажите о себе. Сколько Вам лет?

Представление респондента (имя, возраст, образование, род занятий) Стаж работы в должности

2. Расскажите, пожалуйста, об организации, в которой вы работаете.

Указать:

- работают ли с бывшими осужденными;

- посещают ли учреждения УИС.

Охарактеризуйте отношения между осужденными и сотрудниками исправительного учреждения или учреждений, где Вы работаете или работали ранее

- Какие виды помощи предоставляются осужденным сотрудниками этого исправительного учреждения?

3. Есть ли социальные работники в НПО? Имеют ли проф образование, сертификат?

4. Какие методы Вы применяете при работы с осужденными и бывшими осужденными?

5. Как Вы понимаете процесс ресоциализации осужденных?

6. Достаточный ли бюджет выделен со стороны государства на ресоциализацию осужденных?

7. Как часто к вам обращаются бывшие осужденные? Как они узнают о вас?

8. Можете ли рассказать положительные е сценарии работы с бывшими осужденными.

9. По опыту работы с данной КГН какое процентное соотношение освобожденных снова возвращаются в места лишения свободы? Какие основные причины рецидива?

10. Как вы очениваете медицинскую и психологиечскую помощь осужденным в учреждениях УИС?

11. Как осужденны получают информацию о жизни в стране и мире?

Указать:

- Где проходят краткосрочные свидания. (есть ли контроцептивы)

- имеется ли у осужденных возможность звонить родным и близким,как часто?

12. Подвергаются ли осужденные физическому или психологическому насилию в учреждениях УИС?

13. Какие барьеры и сложности, по Вашему мнению, существуют в работе НПО по ресоциализации осужденных?

14. Какие факторы наоборот помогают Вам внедрять ресоциализацию в Вашей деятельности?

15. Какие рекомендации Вы могли бы дать по улучшению ресоциализации осужденных?

Скажите, пожалуйста, то, что не было задано в вопросах, но вы считаете важным.

***Пенитенциарлық жүйе қызметкерлеріне арналған сараптамалық сұхбат өткізу жөніндегі нұсқаулық***

***Сұрақтар ҚАЖ қызметкеріне***

1. Өзіңіз туралы айтып беріңізші. Жасыңыз нешеде? (Респондентті таныстыру – аты-жөні, жасы, білімі, атқаратын қызметі)
2. Сіз жұмыс істейтін мекеме туралы айтып беріңізші. (Жалпы ақпарат) Келесіні көрсетіңіз:

– Мекеменің есептік қуаттылығы (қанша адамға арналған);

– Сотталғандардың нақты саны (сұхбат алынған сәттегі);

– Ең көп болған сотталғандар саны (неге байланысты болғанын көрсетіңіз);

Мекемедегі кәсіби міндеттеріңіз қандай? Күн сайын және ай сайын тікелей қанша сотталғанмен жұмыс жасайсыз?

1. Сотталғандар қамауға алынған кезде қандай ақпарат алады? Келесіні көрсетіңіз:

– Қандай формада ұсынылады?

– Түсінікті тілде ме? Сауатсыз адамдардың мүдделері ескеріле ме?

– Ішкі тәртіп ережелері көрінетін жерде ілінген бе және олармен кез келген уақытта танысуға бола ма?

1. Түрме қызметкерлері қандай тақырыптар бойынша бастапқы даярлықтан өтеді?
2. Қазіргі уақытта рецидивтің алдын алу үшін қандай әдістер қолданылады?

«Ресоциализация» ұғымын қалай түсінесіз?

Бұл не?

Ол мекеме үшін, жазасын өтеушілер үшін қаншалықты маңызды?

Бұл сіздің міндеттеріңізбен қалай байланысты?

Сіздің мекемеңізде ресоциализация әдістері қандай?

Тағы қандай әдістерді енгізуге болар еді?

Келесіні көрсетіңіз:

– Сотталғандарды ресоциализациялау бойынша жұмыс жүргізуге қандай жағдайлар жасалған?

1. Сотталғандармен сенімді қарым-қатынас орнату сізге қаншалықты оңай немесе қиын? Психоәлеуметтік қолдау көрсету үшін қоғамдық немесе өзге ұйымдарды тартудың қалыптасқан әрі табысты тәжірибесі бар ма?
2. Әйел сотталғандар негізінен әйел персоналдың бақылауында ма?
3. Сотталғандар камерада қанша сағат өткізеді? Келесіні көрсетіңіз:

– Күніне жабық камерада өткізілетін сағаттар саны;

1. Сотталғандарды ресоциализациялауда әлеуметтік қызметкердің рөлін қалай бағалайсыз? (Егер жағымды баға берсеңіз – неге? Егер теріс – не себепті?

Бұл олардың жұмыс тәжірибесімен, көрсететін қызметтерінің сапасымен немесе біліктілігімен байланысты ма?)

1. ҚАЖ мекемелерінде әлеуметтік қызметкер лауазымын штатқа енгізу қажет деп санайсыз ба?
2. Мекемеңізде дәрігерлердің, медбикелердің, психиатрлардың, наркологтардың, психологтардың және басқа мамандардың саны мен қолжетімділігі туралы айтып беріңізші.

Медициналық персоналмен өзара әрекеттесу тәжірибеңізді сипаттаңыз. Олардың жұмысына жеке бағаңызды беріңіз.

1. Сотталған адамның медициналық көмекке қол жеткізуі қаншалықты оңай? Келесіні көрсетіңіз:

– Жеке өтініші бойынша: процедурасы қандай?

– Медициналық персоналдың бастамасы бойынша: олар қаншалықты жиі барады?

– Басшылықтың бастамасы бойынша: қандай критерийлер бойынша?

– Медициналық қызметкер тәулік бойы кезекшілік етеді ме?

1. Күндізгі және түнгі уақытта шұғыл көмек көрсету тәртібі белгіленген бе? Келесіні көрсетіңіз:

– Психологқа қол жеткізу қалай реттеледі?

– Гинекологқа қол жеткізу шарттары қандай?

– Жүкті әйелдердің ерекше қажеттіліктері ескерілген бе?

– Нәрестесі бар аналардың қажеттіліктері қамтамасыз етілген бе?

1. Сотталғандардың гигиеналық жағдайы туралы айтып беріңізші. Келесіні көрсетіңіз:

– Қазіргі сотталғандар санына жеткілікті дәретханалар мен душ бар ма?

– Душ қабылдау (қабылдау жиілігі – сотталғандар, жұмысшылар, басқа адамдар үшін);

– Гигиеналық заттарды әкімшілік қаншалықты қамтамасыз етеді?

– Әйелдерге етеккір кезінде қажетті гигиеналық құралдар беріле ме?

1. Сотталғандар сыртқы ортамен қалай байланыс жасайды?
2. Келесіні көрсетіңіз:

– Кездесулер: жиілігі, құқық беру шарттары, ұзақтығы және өту тәртібі;

– Хат-хабар және сәлемдемелер: алу жиілігі;

– Телефон қоңыраулары: жиілігі мен шарттары;

– БАҚ-қа қол жеткізу бар ма (газеттер, теледидар)? (Әкімшілік тарапынан тегін газеттер, журналдар, басқа мерзімді басылымдар беріле ме?)

Сіздің ойыңызша, сыртқы ортамен байланыс сотталғандардың ресоциализациясы мен психологиялық жағдайына қаншалықты маңызды?

1. Білім беру ресоциализацияға көмектесе ме? Неліктен?

Мекемеде қандай білім беру түрлері ұсынылады?

Келесіні көрсетіңіз:

– Әкімшілік білім беру бағдарламаларын таңдауды шектей ме?

– Білім беру бағдарламаларының таңдауы тәрбиелеу мақсатына сәйкес келе ме?

Сіздің тәжірибеңізде оқудан өткен және бұл олардың өмірінде көмектескен нақты жағымды мысалдар болды ма?

Сотталғандарды оқыту процесін жақсарту үшін не істеуге болады деп ойлайсыз?

***Сұхбат барысында қойылмаған, бірақ өзіңіз маңызды деп санайтын мәселелерді бөлісіңіз. Сізде сұхбат барысында қандай сұрақтар туындады?***

***Бостандықтан айырылған орындарда АИТВ-пен өмір сүретін адамдармен (АӨА) жұмыс істейтін мамандарға арналған сұхбат сұрақтары (ЖИТС орталықтары үшін)***

1. Өзіңіз туралы айтып беріңізші. Жасыңыз нешеде? (Респондентті таныстыру: аты-жөні, жасы, білімі, мамандығы)
2. Сіз жұмыс істейтін мекеме туралы айтып беріңізші. Осы лауазымда жұмыс өтіліңіз қандай?
3. Сіздің тәжірибеңізде ҚАЖ мекемелерінде АИТВ/ЖИТС-пен өмір сүретін адамдарға көмек көрсету жағдайлары болды ма?

Келесіні көрсетіңіз:

– Қандай мекемелерде;

– Қаншалықты жиі бардыңыз;

1. Қылмыстық-атқару жүйесіндегі денсаулық сақтау қалай ұйымдастырылған және ол Денсаулық сақтау министрлігімен қалай байланысқан?
2. Медициналық қызмет көрсету жүйесі қалай ұйымдастырылғанын сипаттап беріңізші. Келесіні көрсетіңіз:

– Арнайы контингентке көрсетілетін медициналық көмек (амбулаториялық көмек, стационарлық көмек, шұғыл медициналық көмек, стоматологиялық, наркологиялық көмек, туберкулезге қарсы қызмет, АИТВ/ЖИТС қызметі, ЖЖБИ кезіндегі көмек);

– Азаматтық сектормен байланыс (денсаулық сақтаудың бастапқы және екінші деңгейі);

1. Сіздің ойыңызша, бас бостандығынан айыру орындарында сотталғандардың денсаулығына кім жауапты?
2. Бостандықтан айырылған орындардағы АИТВ/ЖИТС-ке қатысты сырқаттанушылықты сипаттап беріңізші. Келесіні көрсетіңіз:

– АИТВ оң диагнозы қойылған адамдар ҚАЖ мекемесінде келесі қызмет түрлерін ала ма:

- Инфекционист дәрігердің кеңесі

- Лабораториялық зерттеулер (қан талдауы)

- Рентген түсірілімі

- Фтизиатр кеңесі

- Вирустық гепатиттерге талдау

- Әлеуметтік қызметкердің көмегі

- Психологпен жеке кеңес

- Топтық психолог кеңесі

- Заңгер кеңесі

- Басқа қызметтер

– АИТВ-мен өмір сүретін адамдар неге ҚАЖ мекемелерінде медициналық, әлеуметтік немесе заңгерлік көмек ала алмайды?

– АИТВ тестінің нәтижесін хабарлау процесі құпия түрде жүргізіле ме?

1. АӨА-ға психоәлеуметтік қолдау көрсету үшін қоғамдық немесе басқа ұйымдарды тартудың тұрақты әрі сәтті тәжірибесі бар ма?

Келесіні көрсетіңіз:

– АӨА-мен жұмыс істеу барысында қандай кедергілер кездеседі?

– АИТВ-нің алдын алуда аутрич-қызметкерлердің рөлі қандай?

1. Сіз ҚАЖ мекемелерінің штаттық құрамына әлеуметтік қызметкер лауазымын енгізуді қажет деп санайсыз ба?
2. Сіздің тәжірибеңізде АРТ терапиядан бас тартып, ЖИТС-ты мойындамайтын адамдар жиі кездесе ме? Мұндай жағдайда қандай әрекет жасайсыз?
3. Сіз АИТВ-мен өмір сүретін сотталғанды босатуға дайындау процесіне қалай қатысасыз?

Келесіні көрсетіңіз:

– Тұрғылықты жері бойынша диспансерлік есепке қою туралы ақпарат бересіз бе?

– АРТ дәрілерінің қорын бересіз бе?

***Сұхбат барысында қойылмаған, бірақ өзіңіз маңызды деп есептейтін жайттармен бөлісіңіз. Сұхбат барысында қандай сұрақтар туындады?***

***Сотталғандармен және бұрын сотталғандармен жұмыс істейтін ҮЕҰ өкілдеріне арналған сұхбат сұрақтары***

1. Өзіңіз туралы айтып беріңізші. Жасыңыз нешеде? (Респондентті таныстыру: аты-жөні, жасы, білімі, мамандығы, осы лауазымдағы жұмыс өтілі)
2. Сіз жұмыс істейтін ұйым туралы айтып беріңізші.

Келесіні көрсетіңіз:

– Сіздердің ұйымдарыңыз бұрын сотталған адамдармен жұмыс істей ме?

– ҚАЖ мекемелеріне барып тұрасыздар ма?

– Сіз жұмыс істейтін (немесе бұрын жұмыс істеген) түзету мекемесі мен сотталғандардың арасындағы қарым-қатынас қандай?

– Бұл мекемеде сотталғандарға қандай көмек түрлері көрсетіледі?

1. Сіздердің ұйымдарыңызда әлеуметтік қызметкерлер бар ма? Олар кәсіби білім алған ба, сертификаттары бар ма?
2. Сотталғандармен және бұрынғы сотталғандармен жұмыс істеуде қандай әдістер қолданасыз?
3. Сіздің түсінігіңізде «сотталғандарды ресоциализациялау» деген не?
4. Мемлекет тарапынан сотталғандарды ресоциализациялауға бөлінетін бюджет жеткілікті ме?
5. Бұрын сотталған адамдар сіздерге жиі жүгіне ме? Олар сіздер туралы қайдан біледі?
6. Бұрын сотталғандармен жұмыстағы табысты мысалдарды айтып бере аласыз ба?
7. Сіздің тәжірибеңізге сүйене отырып, босатылғандардың қандай үлесі қайтадан бас бостандығынан айыру орындарына оралады деп ойлайсыз? Рецидивтің негізгі себептері қандай?
8. ҚАЖ мекемелерінде сотталғандарға көрсетілетін медициналық және психологиялық көмекті қалай бағалайсыз?
9. Сотталғандар елдегі және әлемдегі жаңалықтар туралы ақпаратты қалай алады?

Келесіні көрсетіңіз:

– Қысқа мерзімді кездесулер қай жерде өтеді? (мүшеқаптар қолжетімді ме?)

– Сотталғандардың туыстарына қоңырау шалу мүмкіндігі бар ма және қаншалықты жиі?

1. Сотталғандар ҚАЖ мекемелерінде физикалық немесе психологиялық зорлық-зомбылыққа ұшырай ма?
2. Сіздің ойыңызша, сотталғандарды ресоциализациялау саласындағы ҮЕҰ жұмысына қандай кедергілер мен қиындықтар бар?
3. Керісінше, сіздің жұмысыңызда ресоциализацияны жүзеге асыруға көмектесетін қандай факторлар бар?
4. Сотталғандарды ресоциализациялау процесін жақсарту үшін қандай ұсыныстар бере аласыз?

***Сұхбат барысында қойылмаған, бірақ өзіңіз маңызды деп есептейтін мәселе болса, сонымен бөлісіңіз***

# **ПРИЛОЖЕНИЕ Е**

Акт внедрения

