

УДК 343.812:614

DOI: 10.54503/0514-7484-2026-66.1-112

**Пенитенциарная среда как детерминант здоровья
осуждённых: условия содержания, образ жизни и организация
медицинской помощи
(по данным социологического исследования)**

К.К. Варданян¹, А.Р. Хамоян², А.А. Мурадян³

¹*ЕГМУ, кафедра гигиены и экологии*

²*Уголовно-исполнительное учреждение «Больница осужденных»
0023, Ереван, ул. Аршакуняц, 2*

³*ЕГМУ, кафедра урологии и андрологии
0025, Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: пенитенциарная медицина, образ жизни в тюрьмах, лишение свободы, тюремный режим, условия содержания в пенитенциарных учреждениях (ПУ), вопросы питания осужденных

Актуальность

К началу XXI века рост численности пенитенциарного населения во многих странах достиг критических значений, что привело к перегрузке учреждений и снижению их способности обеспечивать базовые санитарно-гигиенические и медицинские стандарты. Ситуация отражает системные дефекты организации условий содержания, медицинской помощи и сопровождается концентрацией социально уязвимых групп с выраженными расовыми и этническими диспропорциями, формируя устойчивое неравенство в здоровье [22]. Изоляция, скученность и ограниченный контроль над бытовой средой являются значимыми стрессогенными факторами, повышающими нагрузку на адаптационные системы и затрудняющими социально-психологическую адаптацию [9]. Для ряда контингентов жилищно-бытовые условия выступают ведущими управляемыми факторами риска заболеваемости [1, 6]. Заключение относится к группе повышенного риска по психическим и соматическим заболеваниям, зависимостям и иммунным нарушениям, при этом дезадаптация рассматривается как ключевой механизм формирования патологии [11]. В этих условиях донологическая диагностика является важным инструментом организационного мониторинга и раннего выявления групп риска. В исследованиях, проведённых в Армении, у 65,0% женщин спецконтингента выявлено напряжение адаптационных механизмов [4]. С позиций социальной гигиены пенитенциарная среда при научно обоснованной организации режима может рассматриваться как управляемая модель по-

пуляции, в которой регламентированные питание, труд и отдых, санитарно-гигиенические нормы и медицинское наблюдение выступают инструментами профилактического воздействия [10].

Ключевым детерминантом здоровья в условиях изоляции является питание, влияющее на соматическое и психическое состояние, работоспособность и социальные взаимодействия; управляемость пищевой среды имеет значение для профилактики неинфекционных заболеваний и обеспечения безопасности [24]. Вместе с тем данные по Армении выявляют выраженные организационные дефициты: нерегулярный приём пищи (1–2 раза в сутки) и избыточное потребление соли более чем у 80% осуждённых, что повышает риск артериальной гипертензии и ожирения [3]. Важным фактором здоровья остаётся санитарно-гигиеническое состояние среды обитания. Недостаточная жилая площадь, объём воздуха ниже нормативного и неблагоприятный микроклимат ассоциированы с ростом заболеваний органов дыхания, а дефицит обеспеченности постельными принадлежностями и неудовлетворительные условия труда — с кожной патологией и профессиональными осложнениями [8]. Улучшение гигиенических условий быта, обучения, труда и питания рассматривается как эффективная управленческая мера первичной профилактики и формирования здоровьесберегающего поведения [7].

Типичной проблемой пенитенциарной медицины является бессонница как отражение совокупного воздействия стрессовых и средовых факторов. Высокий спрос на снотворные и транквилизаторы подчёркивает необходимость внедрения немедикаментозных гигиенических и поведенческих вмешательств, учитывая сохраняющуюся актуальность суицидального поведения [2]. Лица без нарушений сна чаще вовлечены в социально приемлемые формы активности и спорт [15]; в Армении значительная часть осуждённых отмечала фрагментированный ночной сон [3]. Табакокурение представляет собой значимый управляемый фактор риска: по данным ВОЗ, оно обуславливает значительные экономические потери и миллионы преждевременных смертей ежегодно [12, 13], а его распространённость среди заключённых существенно выше, чем в общей популяции [12]. Скученность и недостаточная вентиляция усиливают воздействие табачного дыма, что требует комплексных санитарных и профилактических мер, несмотря на дискуссии о пределах автономии и риске рецидива после освобождения [13]. Лишение свободы нередко сопровождается ухудшением физического и психического здоровья, включая набор массы тела, снижение физической подготовленности и рост сердечно-сосудистых и тревожно-депрессивных расстройств. Физическая активность и спорт в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) рассматриваются как структурный элемент профилактических программ, однако их эффективность ограничена дефицитом инфраструктуры и низкой доступностью, особенно для пожилого контингента [14, 18, 27]. Для Армении характерна высокая доля физически неактивных осуждённых, что в сочета-

нии с нарушениями питания усиливает риск ожирения, включая женский спецконтингент [3, 4, 17].

Массовое лишение свободы является фактором воспроизводства социального и медико-санитарного неравенства, ограничивая доступ к образованию, занятости и медицинской информации [16, 20]. Основное бремя заболеваемости осуждённых формируют неинфекционные заболевания, связанные с модифицируемыми факторами риска; при этом стандарты медицинской помощи в пенитенциарных системах остаются неоднородными и часто недостаточными [26].

Таким образом, оптимизация условий содержания, санитарно-гигиенического режима и медицинского обеспечения осуждённых является приоритетной задачей УИС и требует внедрения научно обоснованных управленческих моделей. Ограниченность исследований по данной проблематике в Армении обуславливает высокую актуальность проведения комплексных междисциплинарных исследований, ориентированных на разработку управляемых профилактических и оздоровительных технологий.

Материал и методы

Настоящая работа выполнена в рамках комплексного медико-социального и психофизиологического исследования, направленного на изучение состояния здоровья, психоэмоциональных особенностей, условий содержания лиц и качества предоставляемой спецконтингенту учреждений УИС Республики Армения медицинской помощи.

Выбор повторного поперечного дизайна обусловлен тем, что начиная с 2017 года в УИС РА был реализован комплекс законодательных и организационных реформ. В 2018 году была объявлена амнистия. К числу реформ относятся многочисленные преобразования, направленные на улучшение условий содержания: ремонт жилых помещений и камер, передача организации питания частной компании, создание ГНКО «Центр уголовно-исполнительной медицины», который действует в системе Министерства здравоохранения, и др.

Социологическое исследование проведено в дизайне серийного поперечного (одномоментного) выборочного исследования в период с 01.06 по 30.10.2024 года в пяти учреждениях УИС Министерства юстиции Республики Армения: ПУ «Армавир», «Севан», «Нубарашен», «Вардашен» и «Абовян». Указанные учреждения в совокупности охватывают 30,3% всех осуждённых, содержащихся в УИС РА.

Критерии включения: достижение совершеннолетия; нахождение в выбранных УИУ на момент исследования; способность к пониманию вопросов анкеты и самостоятельному заполнению; добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: состояние, препятствующее участию (острое заболевание, выраженные когнитивные нарушения либо иные обстоятельства, исключающие корректное заполнение анкеты).

Общая численность осуждённых, содержащихся в пяти выбранных учреждениях на момент исследования, составила 865 человек. Формирование выборки осуществлялось пропорционально численности контингента каждого учреждения. В исследование были включены 262 респондента, что соответствует 30,3% от общего числа осуждённых в указанных учреждениях: из УИУ «Армавир» – 107 человек, «Севан» – 67, «Нубарашен» – 55, «Вардашен» – 25, «Абовян» – 8 человек.

Отбор участников проводился методом систематической случайной выборки по спискам осуждённых с фиксированным шагом $k = 3$ (каждый третий осуждённый). Априорный расчёт необходимого объёма выборки выполнялся по формуле для конечной генеральной совокупности: $n = (N \cdot t^2 \cdot p \cdot q) / (N \cdot d^2 + t^2 \cdot p \cdot q)$, где n – объём выборки; N – численность исследуемой популяции (1182 осуждённых); t – коэффициент выборочного распределения при неизвестном стандартном отклонении генеральной совокупности; p – вероятность наступления события; $q = 1 - p$; d – допустимая ошибка оценки. При значениях $t = 1,96$, $p = q = 0,5$ и $d = 0,06$ расчётный объём выборки составил 218 человек. С учётом вероятного отказа от участия приблизительно у 20% респондентов окончательный объём выборки был увеличен до 262 человек. Для сбора данных использовалась специально разработанная анкета, состоявшая из двух частей. Первая часть включала вопросы, характеризующие социально-демографический статус осуждённых (возраст, уровень образования, семейное положение, условия проживания до лишения свободы, занятость и трудовой стаж). Вторая часть содержала вопросы, касающиеся условий содержания, санитарно-гигиенического состояния, режима питания, образа жизни, поведенческих факторов риска, а также субъективной оценки доступности и качества медицинской помощи.

Каждому участнику была разъяснена цель исследования; участие носило добровольный характер. Анкетирование проводилось анонимно. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци.

Полученные данные заносились в электронную базу и обрабатывались с использованием пакета статистических программ SPSS 16.0 с применением методов описательной статистики.

Результаты и обсуждение

Социально-демографический профиль

В структуре выборки преобладали мужчины – 96,9% ($n=254$). Средний возраст участников составил $40,67 \pm 10,7$ года (минимум 21, максимум 77). Ос-

новая доля респондентов относилась к возрастной группе 18–44 лет – 66,8% (n=175); группа 45–59 лет составила 28,2% (n=74), лица пожилого возраста – 5,0% (n=13).

Уровень образования в большинстве случаев был средним: 65,6% (n=172) имели среднее образование; высшее – 20,6% (n=54). Среднее профессиональное и незаконченное высшее образование встречались одинаково часто – по 6,9% (n=18).

По семейному положению: 51,5% (n=135) состояли в браке; 31,7% (n=83) никогда не вступали в брак; 16,8% (n=44) были разведены. Дети имелись у 60,7% участников: один ребёнок – 19,8% (n=52), двое – 25,2% (n=66), трое и более – 15,6% (n=41); 39,3% (n=103) детей не имели.

Социально-экономический статус до лишения свободы

До заключения большинство проживало в городе – 72,9% (n=191); в сельской местности – 27,1% (n=71). В жилищных условиях доминировало проживание в квартире – 80,2% (n=210); в арендованном жилье проживали 18,3% (n=48); в общежитии – 1,5% (n=4). Наиболее распространёнными формами совместного проживания были проживание с супругом (ой) – 46,9% (n=123) и с родственниками – 43,1% (n=113); отдельно проживали 8,0% (n=21).

С точки зрения занятости и профессиональной подготовки выявлена выраженная уязвимость: отсутствие профессии отметили 34,7% (n=91), а отсутствие трудового стажа – 44,7% (n=117). Пенсионное обеспечение в подавляющем большинстве случаев отсутствовало – 90,5% (n=237); пенсию по возрасту получали 2,7% (n=7), по болезни/инвалидности – 6,9% (n=18).

Пениitenciарные характеристики и условия содержания

Большинство респондентов – 64,5% (n=169) наказание отбывали впервые, повторно – 35,5% (n=93). Срок пребывания в учреждении на момент опроса распределился следующим образом: до одного года – 22,5% (n=59); 1–3 года – 31,7% (n=83); 3–5 лет – 17,2% (n=45); более 5 лет – 28,6% (n=75). Удовлетворённость предоставленной жилой площадью выразили 64,1% (n=168), неудовлетворённость – 35,9% (n=94).

Все респонденты подтвердили наличие индивидуального спального места (100%). Постельные принадлежности были предоставлены 95,8% (n=251), средства личной гигиены в необходимом объёме — 91,2% (n=239).

По самооценке соблюдения санитарно-гигиенических требований большинство указало на поддержание чистоты: в камере/жилом помещении – 97,7% (n=256), в санитарном узле – 93,9% (n=246), в зоне прогулок – 94,3% (n=247). Вместе с тем крайне существенной проблемой является наличие насекомых, о чём сообщили 80,2% (n=210). Доступ к проточной воде на постоянной основе имели менее половины участников – 46,2% (n=121); отсутствие

постоянного доступа отметили 53,8% (n=141). В условиях отключений воды возможность постоянного использования запасённой воды была у 66,8% (n=175), отсутствовала – у 33,2% (n=87).

Быт, гигиена и питание

Обеспеченностью средствами личной гигиены были удовлетворены 73,7% (n=193); неудовлетворены – 16,0% (n=42); затруднились ответить – 10,3% (n=27). Дефицит санитарно-технического обеспечения (недостаточное количество туалетных кабин/санузлов) отметили 76,3% (n=200) опрошенных. Относительно режимов банно-душевого обслуживания: 34,4% (n=90) указали на посещение один раз в неделю, 16,4% (n=43) – два раза в неделю; при этом значительная часть дала иной ответ – 49,2% (n=129), среди которых 35,1% (n=92) отметили ежедневную возможность.

Качество питания как достаточное/качественное оценили 55,0% (n=144); 28,2% (n=74) затруднились с оценкой; 16,8% (n=44) оценили отрицательно. Постоянно пользовались питанием учреждения 46,2% (n=121), периодически – 47,3% (n=124), не пользовались – 6,5% (n=17). Качество приготовления пищи как «удовлетворительное» оценили 63,0% (n=165). Анализ режима питания показал, что 66,4% (n=174) принимают пищу 1–2 раза в день, 33,2% (n=87) – 2–3 раза; только один респондент указал 5–6 приёмов пищи – 0,4% (n=1).

Регулярно завтракают лишь 18,3% (n=48), а 50,4% (n=132) опрошенных не завтракают. Добавление соли в готовую пищу «обязательно» отметили 42,0% (n=110), «иногда» — 33,2% (n=87).

Из предоставленного УИУ набора продуктов питания спецконтингент ежедневно использовал хлебные изделия в 94,8% (n=237) случаев, макароны и крупы – в 55,2% (n=138) случаев, мясные продукты (консервы мясные) – в 61,6% (n=154), рыбу или птицу – в 49,2% (n=123) случаев, яйцо и молочные продукты – в 62,0% (n=155) и 68,4% (n=171) соответственно, фрукты, овощи и зелень – в 65,6% (n=164), 74,4% (n=186) и 71,2% (n=178) соответственно, кондитерские изделия в 68,0% (n=170) случаев.

Здоровье, медицинская помощь и поведенческие факторы риска

О наличии хронических заболеваний сообщили 45,4% (n=119). Медицинские назначения полностью выполняют 58,0% (n=152), частично – 7,6% (n=20), не выполняют – 34,4% (n=90). Продолжительность сна у более чем половины опрошенных 67,5% (n=177) составляла 7–8 часов, что вполне соответствует необходимому времени для восстановления организма. Просыпались отдохнувшими 53,8% (n=141) респондентов, жаловались на сон с перебоями 25,6% (n=67) опрошенных, после пробуждения не чувствовали себя отдохнувшими 21,2% (n=53).

Часто конфликтовали 4,6% (n=12), редко имеют конфликты – 9,5% (n=25), не были конфликтны – 85,9% (n=225) опрошенных.

Согласно исследованию, курящие респонденты составили 82,1% (n=215) опрошенных. Количество выкуриваемых в день сигарет распределилось следующим образом: до 20 сигарет в сутки употребляют 56,3% (n=121) опрошенных, 21–40 – 35,3% (n=76), 41–60 – 5,6% (n=12), 61 и более – 2,8% (n=6). Из сказанного следует, что 43,7% (n=94) курящих употребляют более одной пачки в день, что крайне настораживает.

Физическую активность отмечали 50,8% (n=133); средняя длительность активности у данной группы составляла около 60 минут в день. Возможности для физической активности оценили как достаточные 52,3% (n=137). Ходьбу при возможности в зависимости от режима осуществляют 89,3% (n=234).

Качество работы медицинской службы оценено как удовлетворительное 59,5% (n=156), как неудовлетворительное – 32,4% (n=85). О наличии проблем при обращении за медицинской помощью сообщили 37,0% (n=97).

Согласно результатам исследования, качество работы медицинского подразделения оценивается как удовлетворительное – 59,5% опрошенных, тогда как в предыдущем опросе этот показатель составлял 65%. Большинство исследуемых (63%) отметило, что в случае возникновения проблем со здоровьем, связанных с медицинским подразделением учреждения, различных проблем не возникало.

Мнения по критериям качества медицинских услуг разделились следующим образом: своевременность медицинской помощи – 37,0%, профессиональное качество – 26,7%, доступность медикаментов – 21,4%, наличие медицинского оборудования – 13,0% респондентов.

На вопрос об обеспечении необходимых условий для получения или продолжения образования в ПУ положительно ответили 55,0% (n=144), что выше предыдущего показателя на 20%, частично обеспечены считали 7,6% (n=20), не были обеспечены – 37,4% (n=98) респондентов.

Согласно данным исследования 92,0% (n=241) опрошенных считали достаточными в учреждении возможности для самообразования (библиотека, телевидение, радио, кружки по интересам и т.п.), что также выше показателя предыдущего исследования на 9,0%. Условия не обеспеченными посчитали 4,2% (n=11), «другое» отметили 3,8% (n=10) респондентов.

Настоящее исследование завершает серию выполненных нами научных работ, посвящённых комплексному изучению условий жизни, образа жизни и доступности медицинской помощи в УИУ РА. Предыдущие этапы исследований были направлены преимущественно на анализ поведенческих факторов риска, особенностей образа жизни и функционального состояния организма спецконтингента, включая оценку адаптационных механизмов, пищевого поведения, табакокурения и физической активности [2–4].

Полученные ранее результаты позволили охарактеризовать высокую распространённость управляемых факторов риска и напряжение адаптацион-

ных систем, распространённости аффективных темпераментов у значительной части осуждённых, однако не обеспечивали целостного понимания роли условий содержания и медико-организационных факторов в формировании выявленных нарушений. Эти данные указывали на формирование повышенного риска неинфекционных заболеваний уже на ранних этапах пребывания в условиях лишения свободы. Вместе с тем отсутствие комплексной оценки санитарно-гигиенической среды, материально-бытового обеспечения и организации медицинской помощи ограничивало интерпретацию полученных результатов с позиций социальной гигиены и организации здравоохранения.

В настоящем исследовании указанный пробел был восполнен за счёт включения расширенного анализа условий содержания и доступности медицинской помощи в пяти учреждениях УИС, что позволило перейти от фрагментарного изучения отдельных компонентов образа жизни к системному рассмотрению пенитенциарной среды как совокупности детерминант здоровья.

Полученные данные подтвердили ранее сделанные выводы о высокой социальной и медико-санитарной уязвимости осуждённых, одновременно продемонстрировав, что даже при субъективно удовлетворительной оценке базовых условий содержания сохраняются устойчивые санитарно-гигиенические дефициты, имеющие самостоятельное значение для формирования рисков ухудшения здоровья.

Результаты настоящего исследования в части питания в целом согласуются с ранее выявленными нами нарушениями пищевого поведения осуждённых. Редкая кратность приёма пищи, массовые пропуски завтрака и высокая распространённость практики досаливания готовых блюд подтверждают, что питание в учреждениях УИС следует рассматривать не только как элемент бытового обеспечения, но и как ключевой объект профилактического воздействия в системе охраны здоровья осуждённых.

Высокая распространённость табакокурения и недостаточная физическая активность, выявленные в настоящем исследовании, подтверждают устойчивость этих факторов риска, ранее зафиксированных нами на менее масштабных выборках. При этом включение нескольких учреждений позволило сделать принципиально важный вывод о системном характере указанных проблем, не зависящем от конкретных условий отдельного учреждения, а обусловленном особенностями пенитенциарной среды в целом. Это обстоятельство подчёркивает ограниченность локальных вмешательств и необходимость разработки единых межведомственных профилактических стратегий.

Выявленная значительная доля осуждённых с хроническими заболеваниями и недостаточной приверженностью медицинским назначениям логично дополняет ранее полученные данные о напряжении адаптационных механизмов и свидетельствует о ведущей роли медико-организационных факторов в формировании неблагоприятных показателей здоровья. Недостаточную приверженность лечению в условиях лишения свободы следует рассматри-

вать не только как индивидуальную поведенческую проблему, но и как отражение организационных ограничений системы медицинской помощи, включая вопросы доступности, информированности и профилактической направленности медицинского сопровождения.

Таким образом, результаты всей серии исследований обосновывают целесообразность перехода от преимущественно реактивной модели медицинской помощи к профилактически ориентированной системе охраны здоровья в ПУ. Такая модель должна включать целенаправленное улучшение санитарно-гигиенических условий содержания, оптимизацию организации питания, снижение распространённости табакокурения, расширение возможностей для физической активности и повышение эффективности медицинского сопровождения с акцентом на профилактику и формирование приверженности лечению.

Выводы

1. Контингент осуждённых в ПУ представлен преимущественно лицами трудоспособного возраста с преобладанием среднего уровня образования и выраженной социально-экономической уязвимостью, характеризующейся отсутствием профессии, трудового стажа и стабильного источника дохода до лишения свободы.

2. Значительная часть респондентов впервые отбывает наказание, что указывает на потенциальную эффективность профилактических и реабилитационных мероприятий в условиях пенитенциарной системы и подчёркивает важность раннего вмешательства в формирование здорового образа жизни и поведенческих установок.

3. Условия содержания в целом оцениваются осуждёнными как удовлетворительные по базовым параметрам (наличие спального места, обеспечение постельными принадлежностями, соблюдение чистоты помещений), однако выявлены существенные санитарно-гигиенические проблемы, включая высокую распространённость насекомых, ограниченный доступ к проточной воде и дефицит санитарно-технических объектов.

4. Структура питания и режим приёма пищи характеризуются выраженными факторами риска для развития неинфекционных заболеваний: редкая кратность питания, массовые пропуски завтрака, высокая практика досаливания готовых блюд и ограниченное разнообразие рациона.

5. Почти половина осуждённых имеет хронические заболевания, при этом более трети не соблюдают назначенные медицинские рекомендации, что свидетельствует о недостаточной приверженности лечению и необходимости усиления медицинского сопровождения и санитарно-просветительной работы.

6. Крайне высокая распространённость табакокурения в ПУ представляет собой один из ключевых управляемых факторов риска и требует внедрения целенаправленных программ по отказу от курения и снижению табачной зависимости.

7. Несмотря на наличие возможностей для физической активности и прогулок, почти половина осуждённых не проявляет регулярной физической активности, что в сочетании с другими поведенческими факторами усиливает риски ухудшения здоровья.

8. Оценка качества медицинской помощи указывает на умеренный уровень удовлетворённости при наличии значимой доли респондентов, сталкивающихся с проблемами доступности, своевременности и лекарственного обеспечения, что подчёркивает необходимость дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи в учреждениях УИС.

Заключение

Проведённое исследование показало, что осуждённые, находящиеся в ПУ РА, представляют собой социально и медико-санитарно уязвимую группу населения с высоким бременем поведенческих и неинфекционных факторов риска. Несмотря на относительно удовлетворительные базовые условия содержания, выявленные санитарно-гигиенические, поведенческие и медико-организационные проблемы оказывают существенное влияние на состояние здоровья данной группы. Полученные результаты свидетельствуют, что пенитенциарная система, с одной стороны, концентрирует факторы риска для здоровья, а с другой – обладает уникальным потенциалом для реализации комплексных профилактических и медико-организационных вмешательств.

Централизованное управление, структурированная среда и регулярный контакт осуждённых с системой здравоохранения создают предпосылки для внедрения программ первичной и вторичной профилактики, коррекции образа жизни и повышения приверженности лечению.

В организационном аспекте результаты исследования обосновывают необходимость перехода от преимущественно реактивной модели медицинской помощи к профилактически ориентированной системе охраны здоровья в учреждениях УИС, включающей улучшение санитарно-гигиенических условий, оптимизацию питания, расширение программ физической активности, системную борьбу с табакокурением и укрепление кадрового и ресурсного потенциала медицинских подразделений.

Реализация данных направлений может способствовать не только улучшению состояния здоровья осуждённых, но и снижению долгосрочного бремени заболеваний в обществе после их освобождения.

Поступила 09.01.26

**Քրեակատարողական հիմնարկի միջավայրը՝ որպես
դատապարտյալների առողջության որոշիչ գործոն.
ազատագրված պայմանները, կենսակերպը և բժշկական
օգնության կազմակերպումը (հիմնված սոցիոլոգիական
հետազոտության վրա)**

Ք.Կ. Վարդանյան, Հ.Ռ. Խամոյան, Ա.Ա.Մուրադյան

Հնդվածում քննարկվում են ՀՀ քրեակատարողական հինգ հիմնարկների՝ «Արովյան», «Վարդաշեն», «Սևան», «Նուբարաշեն» և «Արմավիր», հատուկ քանակակազմի կենսակերպի և ապրելու պայմանների հիմնական հարցերը:

Ըստ հարցման արդյունքների՝ ընտրանքում գերակշռում էին տղամարդիկ (96,9%) և աշխատունակ տարիքի անձինք (66,8%՝ 18–44 տարեկան): Մեծամասնությունն ունեցել է միջնակարգ կրթություն (65,6%) և բնութագրվել է արտահայտված սոցիալ-տնտեսական խոցելիությամբ. մասնագիտության բացակայություն արձանագրվել է հարցվածների 34,7%-ի, իսկ աշխատանքային ստաժի բացակայություն՝ 44,7%-ի մոտ: Քրոնիկական հիվանդությունների առկայություն նշել է դատապարտյալների 45,4%-ը, ընդ որում նրանց ավելի քան մեկ երրորդը չի կատարել բժշկական նշանակումները:

Կենսապայմաններն ընդհանուր առմամբ գնահատվել են բավարար, սակայն բացահայտվել են էական սանիտարահիգիենիկ խնդիրներ, այդ թվում՝ միջատների բարձր տարածվածություն (80,2%), հոսող ջրի սահմանափակ հասանելիություն (46,2%) և սանիտարատեխնիկական օբյեկտների պակաս (76,3%): Մանրի ռեժիմը բնութագրվել է սննդի ընդունման հազվադեպ հաճախականությամբ (օրական 1–2 անգամ՝ 66,4%-ի մոտ), նախաճաշի հաճախակի բացթողումներով (50,4%) և սննդում աղի հավելյալ քանակի օգտագործմամբ: Ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը չափազանց բարձր էր (82,1%):

Ստացված արդյունքները ներկայացնում են քրեակատարողական հիմնարկներում ազատագրված անձանց կենսապայմանները, կրթական, առողջապահական և սոցիալական հնարավորությունները:

**The Environment of the Penitentiary Institution as a Determinant of
the Health of Convicts: Conditions of Detention, Lifestyle and
Organization of Medical Care (Based on a Sociological Research)**

K.K. Vardanyan, H.R. Khamoyan, A.A. Muradyan

The article examines key issues related to the lifestyle and living conditions of the special contingent residing in five penitentiary institutions of the Republic of Armenia: «Abovyan», «Vardashen», «Sevan», «Nubarashen» and «Armavir».

According to the survey results, the sample was predominantly composed of men (96,9%) and individuals of working age (66,8% aged 18–44). The majority had secondary education (65,6%) and were characterized by pronounced socio-economic vulnerability: lack of a profession was identified in 34,7% of respondents, and absence of work experience in 44,7%. The presence of chronic diseases was reported by 45,4% of the convicted individuals, while more than one third did not comply with medical prescriptions. Living conditions were generally assessed as satisfactory; however, significant sanitary and hygienic problems were identified, including a high prevalence of insects (80,2%), limited access to running water (46,2%), and a shortage of sanitary and technical facilities (76,3%). The dietary regimen was characterized by a low frequency of meals (1–2 times per day in 66,4% of cases), frequent skipping of breakfast (50,4%), and a widespread practice of excessive salt consumption. The prevalence of tobacco use was extremely high (82,1%). The obtained results describe the living conditions, educational, healthcare, and social opportunities of individuals deprived of liberty in penitentiary institutions.

Литература

1. *Варданян К.К., Хамоян А.Р., Мурадян А.А.* Актуальные проблемы образа жизни, организации материально-бытового и медицинского обеспечения спецконtingента ПС. *Բժշկութիւն, գիտութիւն և կրթութիւն*. Երևան, 2025, հունիս, № 39. էջ 38–44.
2. *Варданян К.К.* Динамика уровня самоубийств среди спецконtingента пенитенциарной системы и общего населения Армении в 2003–2017 гг. *Суицидология*. Тюмень, 2021, 12 (3), с. 114–124.
3. *Варданян К.К., Байбуртян А., Айрапетян А.К.* Исследование образа жизни и условий содержания лиц, лишенных свободы. *Առողջապահութիւն և բժշկագիտութիւն հայկական հանդէս (ԱԲՀՀ)*, 2024, 2, հատոր 5, էջ 38–45.
4. *Варданян К.К., Айрапетян А.К., Мурадян А.А.* Донозологическая диагностика состояния здоровья женского спецконtingента пенитенциарной системы Армении на основе оценки функциональных показателей. *Problems of Biology and Medicine*. Samarkand, 2024, 5 (56), pp. 52–58.
5. Всемирная организация здравоохранения. Туберкулез в тюрьмах. Европейское региональное бюро. Информ. бюл. N104, Март 2015 г. <http://www.euro.who.int>
6. *Давыдова Н.В.* Гигиеническая оценка состояния здоровья и условий содержания несовершеннолетних осужденных женского пола в воспитательных колониях Федеральной службы исполнения наказания: дис... канд. мед.наук. М., 2009.
7. *Давыдова Н.В., Данилин Е.М.* Особенности состояния здоровья несовершеннолетних осужденных, содержащихся в ВК уголовно-исполнительной системы России. *Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление*. М., 2013, 3, с. 14–18.

8. *Евстафьева И.В.* Медико-социальная и гигиеническая характеристика несовершеннолетних осужденных, содержащихся в воспитательных колониях Минюста России: дис...канд. мед.наук. М., 2004.
9. *Олейник А.Н.* Тюремная субкультура в России: от повседневной жизни до государственной власти. М., ИНФРА-М, 2001.
10. *Петров В.И., Чегерова Т.И., Иванчиков Н.В.* К вопросу изучения приверженности здоровому образу жизни в уголовно-исполнительной системе МВД Республики Беларусь. Военная медицина. Минск. 2012, 2, с. 65–68.
11. *Радченко А.В.* Психотерапия соматоформных заболеваний и расстройств. Методы современной психотерапии: учеб.пособие (сост. Л.М. Кроль, Е.А. Пуртова). М.: Класс, 2001, с. 249–272.
12. *Alokan D. S., Kabir Z.* Tobacco Use among People Incarcerated in Western Europe: A Systematic Review and Meta-analysis. Tobacco use insights, 2022, 15, 1179173X221096641. <https://doi.org/10.1177/1179173X221096641>.
13. *Binswanger I.A., Carson E.A., Krueger P.M., Mueller S.R., Steiner J.F., & Sabol W.J.* Prison tobacco control policies and deaths from smoking in United States prisons: population based retrospective analysis. BMJ (Clinical research ed.), 2014, 349, g4542. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4542>.
14. *Ekelund U., Tarp J., Steene-Johannessen J., Hansen B.H., Jefferis B. et al.* Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.), 2019, 366, l4570. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4570>.
15. *Elger B.S.* Prison life: television, sports, work, stress and insomnia in a remand prison. International journal of law and psychiatry, 2009, 32(2), 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.01.001>.
16. *Fullilove R.E., Cortes A., Gamarra R., & Maxis H.* The Bard Prison Initiative: Education, Incarceration, and Public Health. American journal of public health, 2020, 110(S1), S33–S34. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305457>.
17. *Herber K., Plugge E., Foster C., Doll H.* Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. Lancet (London, England), 2012, 379(9830), 1975–1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60319-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60319-5).
18. *MacLean A., Maycock M., Hunt K., Mailer C., Mason K., & Gray C.M.* Fit for LIFE: the development and optimization of an intervention delivered through prison gymnasium to support incarcerated men in making positive lifestyle changes. BMC public health, 2022, 22(1), 783. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13004-3>.
19. *Mutz M., & Müller J.* Health decline in prison and the effects of sporting activity: results of the Hessian prison sports study. Health & justice, 2023, 11(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40352-023-00237-6>.
20. *Novisky M.A., Schnellinger R.P., Adams R.E., & Williams B.* Health Information Seeking Behaviors in Prison: Results From the U.S. PIAAC Survey. Journal of correctional health care: the official journal of the National Commission on Correctional Health Care, 2022, 28(2), 90–99. <https://doi.org/10.1089/jchc.20.04.0024>.

21. Pageau F., Cornaz C.D., Gothuey I., Seaward H., Wangmo T., & Elger B.S. Prison Unhealthy Lifestyle and Poor Mental Health of Older Persons-A Qualitative Study. *Frontiers in psychiatry*, 2021, 12, 690291. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.690291>.
22. Promoting health beyond prison walls. *The Lancet. Public health*, 2022, 7(7), e573. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00141-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00141-4).
23. Seifu B.L., Nigatu S.G., & Gezie L.D. Health-related quality of life and associated factors among prisoners in Gondar city prison, Northwest Ethiopia: Using structural equation modeling. *PloS one*, 2023, 18(8), e0290626. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290626>.
24. Smoyer Amy B. & Kjer Minke Linda. Food systems in correctional settings: a literature review and case study. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2015, <https://iris.who.int/handle/10665/326323>.
25. Tesler R., Regev O., Birk R., Barak S., Shapiro Y., Weiss Y. et al. Health promotion programs in prison: attendance and role in promoting physical activity and subjective health status. *Frontiers in public health*, 2023, 11, 1189728. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1189728>.
26. Verde L., Pagano A. M., de Leo M., Vetrani C., Ambretti A., Lucania L., Babudieri S., De Chiara A., Colao A., Corsi M., Muscogiuri G., & Barrea L. Diet-Related Risk Factors for Chronic Noncommunicable Diseases in Italian Prisoners: B.A.C.I. (Benessere All'interno delle Carceri Italiane, Well-Being Inside the Italian Prisons) Project by the Italian Society of Penitentiary Medicine and Public Health (S.I.M.S.Pe. Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria). *Current nutrition reports*, 2023, 12(4), 709–720. <https://doi.org/10.1007/s13668-023-00502-y>.
27. Wangmo T., Handtke V., Bretschneider W., & Elger B.S. Improving the Health of Older Prisoners: Nutrition and Exercise in Correctional Institutions. *Journal of correctional health care: the official journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 2018 24(4), 352–364. <https://doi.org/10.1177/1078345818793121>.
28. Woodall J. A critical examination of the health promoting prison two decades on. *Critical Public Health*, 2016, 26(5), 615–621. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1156649>.