

ՍՈՎԵՏԱԿԱՆ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ԱՌԱՋԻՆ ՔԱՅԼԵՐԸ (1920—1925)

Սովետական իշխանության առաջին տարիներին, բժշկական հիմնարկների ծայրահեղ քայքայվածության պայմաններում, նորաստեղծ ժողովրդական առողջապահության օրգանների առաջնահերթ խնդիրն էր լիկվիդացնել լայն տարածում գտած համաճարակները և վերականգնել մինչև այդ եղած բուժհիմնարկները։ Ի տարբերություն Ռուսաստանի, Ուկրաինայի, Թեկուզ հարևան Վրաստանի, Հայաստանում չափազանց քիչ էին բժշկական հիմնարկները։ Այդ իսկ պատճառով Հայաստանում անհրաժեշտ էր հենց սկզբից, հինը վերականգնելու հետ, ստեղծել նաև նորերը, քանի որ եղածը չափազանց քիչ էր։ Այս խմաստով, Հայաստանում ի հայտ էին գալիս առողջապահական գործի կազմակերպման որոշակիորեն ինքնատիպ պայմաններ։

Մյուս կարևորագույն խնդիրը, որ ծառացած էր առողջապահական օրգանների առջև՝ դա լայն չափերով տարածված համաճարակների լիկվիդացումն էր։

Երբ վերացավ խոլերայի, բժավոր ու որովայնային տիֆների համաճարակների վտանգը, առողջապահական օրգանների կարևորագույն խնդիրը դարձավ երկրում մասսայական տարածում գտած մալարիայի դեմ պայքարի կազմակերպումը։

Մալարիայով հիվանդ էր բնակչության զգալի մասը։ Մալարիայի տարածմանը խիստ կերպով նպաստում էին ճահճաղտուները, որոնք գրավում էին մոտ 440 քառակուսի վերստ տարածություն։

¹ Հայկական ՍՍՀ Հոկտեմբերյան հեղափոխության և սոցիալիստական շինարարության պետական կենտրոնական արխիվ (այսուհետև՝ ՀՍՍՀ ՀՀՍԾ ՊԿԱ) ֆ. 118, ց. 3, գ. 5, թ. 9։

Ծրբ վերացվեցին համաճարակների բռնկումները և վերականգնվեցին գոյութուն ունեցող փոքր քանակի բուժհիմնարկները, սկսվեց առողջապահական գործի զարգացման մի նոր էտապ, որը կարելի է անվանել բժշկա-սանիտարական ցանցի ընդլայնման, այդ գործի խորացման ժամանակաշրջան:

Դա 1923 թվականն էր, երբ բուժական ընդհանուր բնույթի հիմնարկներից բացի, մասնագիտական որոշակի թեքում ունեցող բուժհիմնարկների ստեղծման սկիզբը դրվեց: Դրանք էին մոր և մանկան կոնսուլտացիաները, հակամալարիային ծառայութունը՝ ի դեմս տրոպիկական հիվանդությունների Երևանի գիտա-հետազոտական ինստիտուտի և նրա պրակտիկ հիմնարկները հանդիսացող տրոպիկայաների:

Աշխատանքի հրավիրվեցին մասնագիտական տարբեր թեքում ունեցող բժիշկներ, բացվեցին մասնագիտացված բուժհիմնարկներ. որոնք կահավորվեցին և հագեցվեցին ախտորոշիչ ու բուժական ապարատուրայով, գործիքներով և այլն:

Հետզհետե ընդլայնվեց բուժհիմնարկների ցանցը:

Ամենաանհրաժեշտ քանակի բուժհիմնարկներ ստեղծելուց հետո, առանց որի ոչ մի քայլ անել դեռևս հնարավոր չէր, առողջապահական օրգանների աշխատանքի ուղղությունը սոսկ բուժական գործից հետզհետե սկսեց վերափոխվել և անցնել առողջապահական-մասսայական միջոցառումների իրականացման այն զխավոր ուղուն, որը եղել և մնում է սովետական առողջապահության հիմնական սկզբունքը:

Առաջնահերթ խնդիրներ դարձան մալարիայի և մյուս առավել տարածում գտած հիվանդություններով տառապողների ինչպես բուժումը, այնպես էլ այդ հիվանդությունների դեմ պլանային կազմակերպված պայքարի իրագործումը: Դրանցից էին մալարիայի տարածմանը նպաստող ճահիճների շորացումը, ոռոգման ցանցի կանոնավորումը, պայքարը հակասանիտարական նրեուլթիզի դեմ, առողջ կենցաղի պրոպագանդան և այլն:

Մյուս կողմից, ժողովրդական տնտեսության արագ զարգացումը հնարավորութուն տվեց արդեն պլանային լուրջ աշխատանքներ ձեռնարկել՝ բժշկական ցանցի ընդլայնման, նոր հիվանդանոցների, բուժարանների, ծննդատների, դեղատների բացման համար: Աշխատանքները կազմակերպվում էին բուժական գործը խորացնելու, այն գիտական պահանջներին համապատասխան իրականացնելու ուղղությամբ: Այդ նպատակով հոգ էր տարվում ինչպես

նդած բժիշկների մասնագիտական կատարելագործման, այնպես էլ նոր կադրեր պատրաստելու ուղղությամբ:

Առողջապահական մասնաշաղկապի միջոցառումները ձեռնարկվում էին այդ գործին բնակչության լայն խավերի մասնակցությամբ: Երկրի ապահովելու սկզբունքով:

Սակայն, այդ բոլորով հանդերձ, դժվարություններն ակնհայտ էին, որոնց վերացումը դեռևս շատ ջանքեր էին պահանջում:

Վիճակն առանձնապես անմխիթարական էր գյուղական վայրերում: Այստեղ շատ հաճախ բացակայում էին բժշկա-սանիտարական գործի կազմակերպման նույնիսկ ամենատարրական պայմանները: Բժշկական կադրերի խիստ պակաս էր զգացվում:

1926 թվականին Հայաստանի առողջապահության ժողովրդական կոմիսարիատը հետևյալ կազմակերպական կառուցվածքը ուներ. 1. վարչա-կազմակերպական բաժին (ֆինանսա-տնտեսական, դինվորա-սանիտարական, հատուկ հաշվառման մասերով) 2. սանիտարա-էպիդեմիոլոգիական բաժին (սանիտարական, սանվորական և վիճակագրական ենթաբաժիններով) 3. բուժական բաժին (սոցապ ապահովագրվածների բուժօգնության և դեղագործական ենթաբաժիններով). 4. մայրության և մանկության պահպանության բաժին:

Բացի այդ, առժողովմատին կից կային կուրորտային վարչություն և Հայպետդեղառ: Վերջինս զբաղվում էր բուժհիմնարկներին և դեղատներին գործիքներով, ապարատուրայով և դեղորայքով սպասարկելու հարցերով:

Հանրապետությունը նշված ժամանակաշրջանում բաղկացած էր 9 գավառից, որտեղ բժշկա-սանիտարական մաբողջ գործը դեկավարում էր գավառային գործադիր կոմիտեի ընդհանուր բաժնի մեջ մտնող առողջապահական բաժանմունքը: Նման վիճակը հետագայում շտկվեց, քանի որ ավելորդ օղակները վնասում էին գործին: Ստեղծվեցին առողջապահության ինքնուրույն բաժիններ, որոնք անմիջականորեն մտնում էին գավառային գործադիր կոմիտեների կազմի մեջ:

1926 թվականի հունվարի 1-ի տվյալներով, Հայաստանի 925.546 բնակչությանը սպասարկում էր 210 բժիշկ:

Բացի բժիշկներից, հանրապետությունում աշխատում էին.

² «Годовой отчет о деятельности народного комиссариата здравоохранения Арм. ССР за 1925—1926 бюджетный год», ЗУУՀ ՀՀՄԵ, ԿՊԱ, ֆ. 118, ց. 3, գ. 5, ք. 9—10 :

ատամնաբույժներ	— 23
դեղագործներ	— 48
մանկաբարձուհիներ	— 70
միջին աշխատողներ	— 250

Այս թվի մեջ չէին մտնում երկաթգծի, ղինվորական ծառայու-
թյան, ինչպես նաև մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող բժիշկները³։

Երկրում սովետական կարգեր ստեղծվելու առաջին իսկ տար-
վանից կարիք զգացվեց կազմակերպելու բնակչության ստացիո-
նար բուժօգնության գործը։ Դաշնակցական կառավարության
օրոք Հայաստանում եղել է ընդամենը 553 հիվանդանոցա-
յին մահճակալ։ Սովետական իշխանության հաստատվելուց մեկ
տարի անց դրանց թիվը հասավ 2200-ի։ Ստացիոնար բուժօր-
նարկների կազմակերպումը առաջին հերթին բխում էր վարակիչ
հիվանդությունների դեմ անհապաղ պայքար կազմակերպելու ան-
հրաժեշտությունից։

1921 թվականի փետրվարի 11-ին Երևանի գավառային հեղկո-
մը հրավիրում է Երևանի № 2 հիվանդանոցիաշխատողների ընդ-
հանուր ժողով, որը ընտրում է 5 հոգուց բաղկացած հիվանդանոցի
ղեկավար կոմիտե։ Կոմիտեի մեջ մտնում են բժիշկ, բուժակ, դթու-
թյան երկու քույր և մեկ հիվանդապահ։ Ընդհանուր ժողովի որոշ-
մամբ, մեծ ոգևորությամբ կազմակերպվում է շաբաթօրյակ, մա-
քրբլում և կարգի է բերվում բակը⁴։

Պետական բժշկական հիմնարկներ են կազմակերպվում նաև
հանրապետության այլ վայրերում։ 1921 թվականի փետրվարին
Ղարաբեղիստայում (այժմ Կիրովական) բացվում է 85 մահճակալ
ունեցող հիվանդանոց՝ բժավոր տիֆով հիվանդներին սպասարկելու
համար։

Բժշկական կետեր են բացվում նաև Համամուլում (այժմ Սպի-
տակ) և Դսեղում (այժմ Թումանյան)։

Երևանի հեղկոմին կից կազմակերպվում է առողջապահության
հանձնաժողով, որի անդամները հետևում են քաղաքի մաքրությա-
նը, սանիտարական-լուսավորական աշխատանք են կատարում վա-
րակիչ հիվանդությունների, հատկապես բժավոր տիֆի լիկվիդաց-
ման համար⁵։

³ «Годовой отчет о деятельности народного комиссариата здравоохра-
нения Арм. ССР за 1925—1926 бюджетный год», ՀՍՍՀ ՀՀՍԾ, ԿՊԱ, ֆ. 118,
ց. 3, գ. 5, թ. 24։

⁴ «Կոմունիստ», Երևան, 9 փետրվարի, 1921։

⁵ «Կոմունիստ», Երևան, 4 փետրվարի, 1921։

Քաղաքական ազդեցության և սանիտարական-լուսավորական պրոպագանդայի հետ մեկտեղ հեղկոմները և առողջապահական նորաստեղծ օրգանները ոտքի են հանում աշխատավորության լայն մասսաներին, համախմբում նրանց ուժերը՝ համաճարակների դեմ պայքարելու:

Երևանի բուժհիմնարկների մասին որոշ գաղափար են տալիս «Խորհրդային Հայաստան» թերթում 1921 թվականից տպագրվող շաբաթական բյուլետենները: 1921 թվականի հունիսի 23—20-ի բյուլետենում կարդում ենք.

2-րդ ֆաղաֆային հիվանդանոց— հիվանդանոցն ունեցել է միջին թվով օրական 53 հիվանդ, գլխավորապես ներքին և վնաս-րական հիվանդություններով, 20 արական, 33 իգական: Շաբաթվա ընթացքում առողջացել են 35 հիվանդ՝ 20 արական, 15 իգական: Մեռել են 5 հիվանդ՝ 3 արական, 2 իգական:

Սուր վարակիչ հիվանդանոց— այս հիվանդանոցում եղել են 9 հիվանդ, բոլորն էլ բժավոր տիֆով, 4 արական, 5 իգական, օրա-կան ունեցել են 21 ազատ մահճակալ՝ 11 արական, 10 իգական: Շաբաթվա ընթացքում առողջացել են 4 հիվանդ՝ 2 արական, 2 իգական: Մահացել են 4 հիվանդ՝ 3 արական, 1 իգական:

Մանկական հիվանդանոց— 1-ին մանկական հիվանդանոցը միացել է այս հիվանդանոցին: Թվերը վերցված են այս երկուսի վե-րաբերյալ միասին: Օրական եղել են 79 հիվանդ երեխա, 44 արա-կան, 35 իգական: Շաբաթվա ընթացքում մահացել են 10 հիվանդ երեխա՝ 6 արական, 4 իգական:

Աչքի հիվանդանոց— այստեղ եղել են օրական 14 զբաղված մահճակալ՝ 7 արական, 7 իգական: Երթևեկել են 110 հիվանդ՝ 44 արական, 66 իգական:

Կենտրոնական ամբուլատորիա— ամբուլատորիայում միջին թվով հաճախել են 264 հիվանդ՝ 120 արական, 144 իգական:

Սննդկայան— սննդկայանում օրական եղել են 230 որք⁶:

«Խորհրդային Հայաստան» թերթի 1921 թ. հուլիսի 5-ի համա-րում տպագրված «Ալեքսանդրապոլի հեղափոխական կոմիտեի առողջապահական բաժնի գործունեությունը» վերնագրով հոգվա-ծում կարդում ենք. «Քաղաքում այժմ կա մեկ հիվանդանոց սու-ր վարակիչ հիվանդությունների՝ 50 մահճակալով, մեկ վիրաբուժա-կան հիվանդանոց՝ 75 մահճակալով: Շուտով կբացվի ներքին հի-վանդությունների հիվանդանոցը 100 մահճակալով և մանկաբու-ր-

⁶ «Խորհրդային Հայաստան», 7 հուլիսի, 1921, № 119:

ձական ու կանանց հիվանդությունների՝ 25 մահճակալով: Գործում են դեղատներ, որոնք դեղորայքը չքափորներին տալիս են ձրիաբար, իսկ խորհրդային աշխատավորներին՝ 50 տոկոս զեղչով:

Կենտրոնական ամբուլատորիան օրական ընդունում է 200 հիվանդ ձրիաբար: Ամբուլատորիան զանազան հիվանդությունների մասնագետ բժիշկներ ունի: Շաբաթական 600 հոգու ծաղիկ է պատվաստվում: Ախտահանիչ մեքենան նորոգված է և գործում է, ձրիաբար ախտահանելով բոլոր շենքերը: Սուր վարակիչ հիվանդություններից այժմ տարածված է հետադարձ տիֆը, կա նաև բժավոր տիֆ:

Քաղաքը մաքրելու փորձ, տաշիկների հեռանալուց հետո, երկու անգամ եղավ, բայց ապարդյուն անցավ այն՝ սայլեր չլինելու պատճառով: Այժմ երեք հոգուց կազմված է հանձնաժողով՝ արտակարգ իրավունքներով:

Չորրորդ գավառամասում բացված են բժշկական կայաններ, ինչպես նաև Աղբաբայում (հինգերորդ գավառներում): Երկրորդ գավառամասում՝ Քավթաուլու գյուղում մի քանի օրից կբացվի հիվանդանոց 30 մահճակալով:

Մյուս գավառներում էլ բժշկական օգնության գործը կազմակերպելու համար միջոցներ են ձեռք առնվում և պատրաստություններ տեսնվում:

Շրջանի գյուղերը ուղարկված են ծաղիկ պատվաստող թռուցիկ խմբեր:⁷

1922 թվականի կեսերին ժողովրդական տնտեսության լարված վիճակի, ինչպես նաև վարակիչ հիվանդությունների քանակի նվազեցման պատճառով, հիվանդանոցային մահճակալների թիվը պակասեցվեց և հասցվեց 1000-ի, իսկ այդ նույն տարվա վերջին այն կազմեց 800:

1923 թվականի առաջին կիսամյակում, նոր տնտեսական քաղաքականության անցնելու կապակցությամբ, բժշկական հիմնարկների մի զգալի մասը տեղական բյուջեին հանձնվեց, որը զգալիորեն վատթարացրեց բնակչության բուժօգնության գործը: Շատ գավառներում տեղական բյուջեով բուժհիմնարկներ պահելու հնարավորությունները փոքր էին, որի պատճառով առաջին երկու տարում կազմակերպված բուժհիմնարկների մի մասը կազմալուծվեց: Երրույթների կրճատումը և բուժհիմնարկների մի մասը տեղական բյուջեին հանձնելու փաստը բացասական կերպով անդրադարձավ գլխավորապես գյուղական բուժհիմնարկների ցանցի վրա: Շրջա-

⁷ «Խորհրդային Հայաստան», 1921, № 118:

նային հիվանդանոցների մի մասը ժամանակավորապես փակված էր կամ վերածված բժշկականների և բուժկայանների» — կարգում ենք առժողովումստի 5 տարվա գործունեության վերաբերյալ հաշվետվության մեջ:

Այդպիսի դժվարին պայմաններում անհրաժեշտ էր հնարավորին ամեն ինչ անել առողջապահական ցանցը ոչ միայն պահպանելու, այլ դրանց աշխատանքի որակը բարելավելու, բնակչությանը մասնագիտացված, որակյալ բուժօգնություն ցույց տալու համար:

Այսպիսով, առողջապահական ցանցը պահպանելուց, այն առավել ընդարձակելուց բացի, կարևորագույն խնդիրներից էր նաև բուժօգնության որակի բարելավումը: Անհրաժեշտություն էր զգացվում անհապաղ լուծելու բժշկական աշխատողների որակավորման հարցը: Այդ նպատակով առժողովումստը որոշեց բուժաշխատողների մի մասի որակավորման դասընթացներն անցկացնել Հայաստանում, իսկ մյուս մասին գործուղել Ռուսաստանի, Ուկրաինայի և եղբայրական մյուս հանրապետությունների բժշկական խոշոր հիմնարկներ ունեցող քաղաքները: Դրա անհրաժեշտությունը զգացվում էր մասնավորապես այն պատճառով, որ սովետական կարգերի հաստատումից հետո, Հայաստանում աշխատանքի էին անցել զգալի թվով զինվորական, ինչպես նաև գիտական կենտրոններից հեռու, զեմստվոներում աշխատած բժիշկներ, որոնք մասնագիտական անհրաժեշտ պատրաստություն չունեին:

Որակավորման նպատակով 1923 թվականին Մոսկվա գործուղվեցին 3 բժիշկ, 1925 թվականին Մոսկվա և Լենինգրադ գործուղվեցին՝ 16 բժիշկ:

Սակայն խիստ կարիք էր զգացվում նաև բարձրացնելու միջին և կրտսեր որակավորման մասնագետների (բուժքույրեր, մանկաբարձուհիներ, մայրապետներ, սանիտարներ) մասնագիտական պատրաստականությունը: Սովետական կարգերի հաստատման հենց առաջին տարիներին որակավորման դասընթացներ կազմակերպվեցին միջին բուժաշխատողների համար, իսկ 1925 թվականին 2,5 ամսվա դասընթացներ՝ բժիշկների համար:

Կադրերի վիճակն առանձնապես վատ էր գյուղական վայրերում: Գյուղական առողջապահության մեջ դեռևս թագավորում էր, այսպես կոչված, «ֆելդերիզմը»: Բուժօգնությունը, հատկապես բուժականների կողմից, կազմակերպվում էր պրիմիտիվ, առանց խոր գիտելիքների:

Գյուղում բժշկական կադրերի պակասը զգացվում էր նաև այն պատճառով, որ խաղաղ աշխատանքի անցնելուց հետո, 1923 թվա-

կանին վերացվեց բժշկական անձնակազմի պարտադիր աշխատանքի հանրակոչը և շատերը, ցածր աշխատավարձի պատճառով, թողնում էին գյուղը, իսկ նոր բժիշկներ ուղարկելը կապված էր դժվարությունների հետ:

Վիճակը որոշակիորեն բարելավվեց, երբ գավգործկոմները շրջանային բժիշկների աշխատավարձը բարձրացրին, վճարելով նրանց մասնագետների դրույքներով (սպեցստավկա): Դրա արդյունքը եղավ այն, որ 1925 թվականին գյուղ աշխատելու մեկնեցին 20-ից ավելի բժիշկ:

Բացի այդ, Հայաստանի առօրյակոմատն այդ տարիներին նորավարտ բժիշկներին մինչև աշխատանքի նշանակելը, որոշ ժամանակով գործուղում էր կենտրոնական բժշկական հիմնարկները՝ որակավորվելու:

Սակայն դժվարությունները հսկայական էին: Ինչպես ցույց է տալիս Հայաստանի առօրյակոմատի 1922 թվականի հունվարի 20-ի զեկուցագիրը, հանրապետությունում այդ թվականին եղել է 2000 մահճակալ, յուրաքանչյուր հազար բնակչին ընկնում էր 2 մահճակալ, որը ոչ մի կերպ չէր կարող բավարարել Հայաստանի բնակչության պահանջները: Եթե դրան ավելացնենք, որ 2000 մահճակալից փաստորեն ֆինանսավորվում էին միայն 1400-ը, պարզ կլինի մահճակալային ֆոնդի անմխիթար վիճակը:

Հիվանդանոցներում սպիտակեղենի, մահճակալների, ամանեղենի, վերմակների սուր կարիք էր զգացվում:

Վատորակ էր նաև հիվանդների սնունդը: Հիվանդանոցները վատ էին մատակարարվում յուղով, մսով, բրնձով և այլ անհրաժեշտ սննդամթերքներով:

Թե որքան դժվարություններ կային հիվանդանոցների կահավորման, հիվանդների խնամքի, իրեր և դեղորայք ձեռք բերելու խնդրում, վկայում է Հայաստանի առօրյակոմ Լազարյանի հեռագիրը՝ Հայաստանում Բաթումի ներկայացուցիչներին (9 հունվարի, 1924 թ.): Այդ հեռագրում ասված է. «Անհրաժեշտ է գնել ալյումինի կամ էմալապատ 20 դյուսին խոր ափսե, մանր գդալներ, էմալապատ բաժակներ: Եթե ամանեղեն ունեք՝ հեռագրեցեք, դրամ կփոխանցենք»⁸:

Մի այլ գրություն մ առօրյակոմատը դիմում է ժողտնտխորհին, նշելով, որ Երևանի կլինիկական հիվանդանոցում մահճակալների

⁸ ՀՍՍՀ ՀՆՍՀ ՊԿԱ ֆ. 118, ց. 1, գ. 71, թ. 5:

խիստ կարիք է զգացվում և խնդրվում է հիվանդանոցին վերադարձնել նրան պատկանող... մեկ հատ մահճակալը⁹։

Գաղթականների հիվանդ երեխաներին բուժելու համար հարկավոր էր Երևանում և էջմիածնում բացել առնվազն երկու մանկական հիվանդանոց՝ յուրաքանչյուրը 100 մահճակալով, սակայն դրան խանգարում էր համապատասխան շենքերի բացակայությունը։

Առժողկոմատը խնդիր էր դրել 1922 թվականին բացել քիթ-ականջ-կոկորդի երկու կաբինետ, մեկական քիմիա-մանրէաբանական լաբորատորիա և մաշկա-վեներոլոգիական կաբինետ։ Սակայն դժվարություններն ակնհայտ էին։ Պակասում էր նաև դեղորայք, հատկապես խինինը, նեոսալվարսանը, անգամ այնպիսի հասարակ դեղորայք, ինչպիսին իխտիոլն է։ Այսպես, խինիդացման պետք է ենթարկվեր շուրջ հարյուր հազար մարդ, որի համար անհրաժեշտ էր ունենալ 2000 կիլոգրամ խինին, սակայն հնարավոր էր ձեռք բերել միայն դրա կեսը։

Համարյա բոլոր բուժհիմնարկները տեղավորված էին անհարմար շենքերում, որոնք զուրկ էին ամենատարրական հարմարություններից։ Շատ գավառներ չունեին նեղ մասնագետներ (վիրաբույժներ, մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, ակնաբույժներ, ատոմիստ-բույժներ)։ Համարյա բոլոր գավառներում բժիշկները աշխատում էին, չունենալով անհրաժեշտ անալիզ կատարելու ոչ մի հնարավորություն։ «Շատ հիվանդանոցներում մանրագիտակը համարվում է «շքեղություն», — կարդում ենք Հայաստանի առժողկոմատի բուժբաժնի զեկուցագրում¹⁰։

Շրջկենտրոնների համեմատությամբ, առավել վատթար էր վիճակը գյուղական բուժհիմնարկներում։ Գյուղական ցանցը չի բարելավում բնակչության պահանջները, գյուղական բժշկական հիմնարկները շատ վատ են կահավորված, տեղավորված են խարխուլ տնակներում, ֆելդշերիզմը շարունակում է աճել» — կարդում ենք նույն զեկուցագրում¹¹։

Այնուհետև բուժբաժինը նշում է այն միջոցառումները, որոնք անհրաժեշտ էին բուժական գործի բարելավման համար. «Այդ խնդիրներից էր՝ առաջին հերթին Երևանում ստեղծել կենտրոնական ցուցադրական բուժհիմնարկներ, բժշկության բոլոր հիմնական

⁹ ՀՍՍՀ ՀՀՍԾ ՊԿԱ, ֆ. 118, ց. 1, դ. 71, թ. 6։

¹⁰ ՀՍՍՀ ՀՀՍԾ ՊԿԱ, ֆ. 118, ց. 1, դ. 52, թ. 26։

¹¹ Նույն տեղում։

մասնաճյուղերի գծով, 2. քանի որ չի կազմակերպված բժիշկների պլանային մասնագիտացումը՝ նրանում կազմակերպված կենտրոնական բուժհիմնարկները պետք է դառնան հանրապետության շրջակենտրոններում և գյուղերում աշխատող բժիշկների վերապատրաստման բազաներ: Դրանք պլանային կարգով պետք է կազմակերպեն բժիշկների որակավորման գործը, 3. բոլոր գավառային կենտրոններում պետք է ստեղծել մասնագիտացված բժշկական օգնություն: Այդ հիմնարկները պետք է սպասարկեն գավառի բոլոր շրջանների բնակչությանը՝ շրջանային բժիշկների կողմից արված ուղեգրերով, 4. առողջապահության ինչպե՞ս կենտրոնական, այնպես էլ տեղական մարմինները, կուսակցական, սովետական և արհմիութենական կազմակերպությունների օգնությամբ, պետք է հասնեն այն բանին, որպեսզի ամենակարճ ժամկետում բուժհիմնարկները տեղավորվեն գոնե տարրական հարմարություններ ունեցող շենքերում, 5. տարերայնությունից և հապճեպ միջոցառումներից խուսափելու համար, անհրաժեշտ է մշակել առաջիկա 5 տարվա համար հեռանկարային աշխատանքի պլան, որով և պետք է առաջնորդվել բուժհիմնարկների ցանցի ընդլայնման գործում: Գյուղական առողջապահության գծով հիմնական նպատակը պետք է լինի՝ հնարավորին պակասեցնել գյուղական բժշկի կողմից սպասարկվող տեղամասը, որպեսզի բժիշկը հնարավորություն ունենա ավելի շատ ժամանակ հատկացնելու պրոֆիլակտիկ աշխատանքներին»¹²:

Առաջնահերթ խնդիրներից էր նաև բժշկական աշխատողների մասնագիտական որակավորումը:

Այդ տարիներին հիվանդությունների լրիվ հաշվառման մասին խոսք լինել չէր կարող: Դրա համար առաջին հերթին անհրաժեշտ էր, որպեսզի բնակչությունը լրիվ ապահովվեր բժշկական օգնությամբ, որը հնարավորություն կտար ժամանակին հայտնաբերելու և հաշվառման ենթարկելու հիվանդության դեպքերը: Բացի այդ, առաջին տարիներին դեռևս սահմանված չէին հիվանդությունները գրանցելու և հաշվետվություններ ներկայացնելու միասնական ձևեր:

1925 թվականին ՌՍՖՍՀ առողջկոմատը ընդունում է Սովետական Միությունում հիվանդությունները հաշվառման ենթարկելու միասնական անվանակարգում (նոմենկլատուրա): Սահմանվում է հիվանդությունների շարժման վերաբերյալ սովետական հանրապետությունների միջև փոխադարձ ինֆորմացիա¹³:

¹² ՀՍՍՀ ՀՀՍԵ ՊԿԱ, ֆ. 118, ց. 1, գ. 52, թ. 26.

¹³ ՀՍՍՀ ՀՀՍԵ ՊԿԱ, ֆ. 118, ց. 3, գ. 342, թ. 29.

Հայաստանի ժողովրդական կոմիսարներին խորհուրդը 1921 թվականի նոյեմբերի 16-ին որոշում է ընդունում հոգեկան հիվանդների նկատմամբ բուժօգնություն կազմակերպելու մասին: Այս որոշման մեջ նշված էր. «Բժշկական մասնագիտացված հանձնա-
ժողովի կողմից հոգեկան հիվանդությունը ի հայտ բերելուց և հաս-
տատելուց հետո, ինչպես ազգականները, խնամակալները և հոգա-
բարձուները, այնպես էլ այն հիմնարկները, միությունները և կաղ-
մակերպությունները, որտեղ ծառայում է հիվանդը, պետք է հայ-
տեր ներկայացնեն առողջապահության օրգաններին, իսկ վերջինս
պարտավոր է անմիջապես նշանակել բժշկական հանձնաժողով՝
ըննություն կատարելու համար:

Հոգեկան հիվանդ ճանաչված անձի, ինչպես նաև նրա գույքի
համար հիմնվում է խնամակալություն. այդ հարցը առժողովմամբ
լուծում է աշխտողկոմի հետ»¹⁴:

Չնայած սուղ պայմաններին, երիտասարդ սովետական իշխա-
նությունը, նրա առողջապահական օրգանները հաղթահարում էին
բոլոր դժվարությունները և հասնում որոշակի հաջողությունների:
Արդեն 1923 թվականին Հայաստանում գործում էին հետևյալ բուժ-
հիմնարկները.

Նրևանի գավառում՝ տրոպիկական ինստիտուտ (20 մահճա-
կալ), մանկական կոնսուլտացիա, կլինիկական հիվանդանոց (140
մահճակալ), մանկական հիվանդանոց (120 մահճակալ), հոգեբու-
ժական հիվանդանոց (25 մահճակալ), վնասվածքի և վնասված
դանոց (50 մահճակալ), բանտի հիվանդանոց (25 մահճակալ):
Վերոհիշյալ հիմնարկները պահվում էին պետական բյուջեով:

Կենտրոնական բուժարանը, 2-րդ բուժարանը, քաղաքային
հիվանդանոցը (75 մահճակալ), Ուլուխանլուի և Բաշգյառնիի բժշ-
կական տեղամասերը, Ներքին Ախտայի հիվանդանոցը (5 մահճա-
կալ) և 5 ղեղատուն պահվում էին տեղական բյուջեներով:

Նույնը տեղի ունեցավ նաև մյուս գավառներում: Բժշկական
հիմնարկների գերակշռող մասը հանձնվեց շրջանային հիվանդա-
նոցներին՝ տեղական բյուջեներով պահելու համար: Օրինակ, Ալիք-
սանդրապուլի գավառում պետբյուջեով պահվում էին միայն ման-
կական, վնասվածքի և վնասված (յուրաքանչյուրը 50 մահճակալ) և բան-
տի (10 մահճակալ) հիվանդանոցները:

Տեղական բյուջեով պահվում էր քաղաքային (50 մահճակալ),
մանկաբարձական (25 մահճակալ), Քավթաուլուի (10 մահճակալ),

¹⁴ «Խորհրդային Հայաստան», 21 դեկտեմբերի, 1921, № 252:

Ղզլղոշի, Հաջի-Խալիլի, Մուլա-Գեոգչայի հիվանդանոցները (յուրաքանչյուրը 5-ական մահճակալով), ինչպես նաև Ալեքսոլի բուժարանը, Թալինի բժշկական տեղամասը, դեղատունը և դեղատնային պահեստը:

Էջմիածնի գավառում պետական բյուջեով պահվում էին Ղուր-դուղուլու, Էջմիածնի և Զեյվայի տրոպիկայանները (յուրաքանչյուրը 10 մահճակալով): Տեղական բյուջեով էջմիածնի գավառում պահվում էին Վաղարշապատի և Աշտարակի 25 մահճակալանոց հիվանդանոցները, Նղվարդի, Կոշի, Զանգիբասարի, Ալիբուլակի բժշկական տեղամասերը, Աշտարակի բուժարանը և դեղատունը, Վաղարշապատի բուժարանը և դեղատունը:

Ղարաքիլիսայի (այժմ Կիրովական) գավառում պետական բյուջեով պահվում էր միայն վեներոլոգիական հիվանդանոցը (20 մահճակալ): Տեղական բյուջեով պահվում էր Ղարաքիլիսայի հիվանդանոցը (30 մահճակալ), Համամլուի և Նիկիտինայի բժշկական տեղամասերը, մեկական բուժարան և դեղատուն:

Դիլիջանի գավառում պետական բյուջեով պահվում էր մեկ սանատորիա (75 մահճակալ) և Քարվանսարայի տրոպիկայանը (10 մահճակալ): Տեղական բյուջեով պահվում էին Դիլիջանի հիվանդանոցը (40 մահճակալ) և դեղատունը, Բարանայի, Միխայլովկայի, Թոռուզի բժշկական տեղամասերը և Քարվանսարայի դեղատունը:

Լոռվա գավառում գործող բոլոր բժշկական հիմնարկները պահվում էին տեղական բյուջեով: Դրանք էին՝ Զալալօղլիի և Ալավերդու հիվանդանոցները (25 և 10 մահճակալ), Ուզունլարի, Վորոնցովկայի, Շնողի, Դսեղի, Գյուլագարակի բժշկական տեղամասերը, Զալալօղլիի դեղատունը և բուժարանը:

Նոր Բայազետի և Դարալագյազի գավառներում պետական բյուջեով ոչ մի բժշկական հիմնարկ չէր պահվում: Տեղական բյուջեով Նոր Բայազետի գավառում պահվում էին Բասարգեշարի և Նոր Բայազետի հիվանդանոցները (5 և 10 մահճակալ), Նլենովկայի, Ղարանլուղի բժշկական տեղամասերը, Նոր Բայազետի բուժարանը և դեղատունը:

Դարալագյազի գավառում տեղական բյուջեով պահվում էին Քեշիշքենդի հիվանդանոցը (10 մահճակալ), Փաշալուի և Այնազուրի բժշկական տեղամասերը:

Զանգեզուրի գավառում պետական բյուջեով պահվում էր միայն Ղափանի տրոպիկայանը (10 մահճակալ), տեղական բյուջեով՝ Գորիսի հիվանդանոցը (30 մահճակալ), բուժարանը և դեղատունը:

Մեղրիում տեղական բյուջեով պահվում էր 10 մահճակալանոց մեկ հիվանդանոց:

Բժշկական հիմնարկների այս լրիվ ցուցակը հնարավորություն է տալիս տեղեկություն ստանալու 1923 թվականին Հայաստանում ծավալված առողջապահության ցանցի վերաբերյալ:

«1923 թվականին հանրապետությունում հիվանդանոցային մահճակալների ընդհանուր թիվը կազմում էր 1055, որից պետական բյուջեով պահվում էր 61 տոկոսը, տեղական բյուջեով՝ 39 տոկոսը: Ակնառու է այն փաստը, որ բժշկական հիմնարկների մի զգալի մասը պահվում էր տեղական բյուջեով, որը լայն հնարավորություն չէր տալիս բժշկական հիմնարկների ցանցի ընդլայնման և արդյունավետ գործունեության համար», — կարդում ենք առժողովումսի զեկուցագրում¹⁵:

Բուժական գործը զգալի շափով բարելավվեց հատկապես 1924—1925 թվականներին, Այդ ժամանակաշրջանում բժիշկների թիվը 108-ից հասավ 146-ի, մանկաբարձուհիների թիվը՝ 28-ից 53-ի, մյուս որակավորման բուժանձնակազմի թիվը՝ 143-ից 164-ի:

Բուժման և ախտորոշման որակի բարելավման շնորհիվ հիվանդանոցային մահճակալների շրջանառությունը մեծացավ: Քաղաքային վայրերում եթե 1924 թվականին հիվանդանոցներում բուժվեց 10.425, 1925 թվականին՝ 11.052 հիվանդ: Դա հիմնականում կախված էր հիվանդների բուժման մահճակալ-օրերի կրճատումից: Այսպես օրինակ, եթե 1923—1924 թվականներին մեկ հիվանդի բուժման միջին մահճակալ-օրը 15,8 էր, 1925 թվականին այն կազմեց 14,2:

1923 թվականին հանրապետության յուրաքանչյուր 1000 մարդուց միջին թվով հիվանդանոց էր ընդունվել 12,5-ը, 1924 թվականին՝ 12,3-ը, 1925 թվականին՝ 14,6-ը¹⁶:

Այդ տարիներին զգալի փոփոխություն կատարվեց նաև հիվանդանոցների գործունեության որակական մյուս կարևոր ցուցանիշում՝ մահաբերության մեջ: Այսպես, 1923 թվականին այն կազմեց 6,8 տոկոս (բացարձակ թիվը՝ 710), 1924 թվականին՝ 5,6 տոկոս (բացարձակ թիվը՝ 615), 1925 թվականի 6 ամիսներին՝ 4,5 տոկոս (բացարձակ թիվը՝ 315):

Որոշակի տեղաշարժ կատարվեց նաև բնակչության ամբուլատոր բուժսպասարկման գործում: Բուժհիմնարկները 1923 թվակա-

¹⁵ Տե՛ս Առժողովումսի զեկուցագիրը ՀՍՍՀ ժողովրդական կոմիսարների խորհրդին, ՀՀՍԾ ՊԿԱ, ֆ. 118, ց. 1, գ. 56, թ. 117:

¹⁶ ՀՀՍԾ ՊԿԱ ֆ. 118, ց. 3, գ. 342, թ. 2:

նին ամբուլատոր կերպով սպասարկել են 220.067 հիվանդի (առաջ-
նակի այցելություն), 1924 թվականին՝ 322.911, 1925 թվականի 6
ամսում՝ 213.621: Տոկոսային հարաբերությամբ, 1925 թվականին,
1923 թվականի համեմատությամբ, այն ավելացավ 94 տոկոսով,
1924 թվականի համեմատությամբ՝ 45 տոկոսով:

Համեմատաբար ավելացան նաև հիվանդների ամբուլատոր
կրկնակի այցելությունները, 1923 թվականին այն կազմեց 527.440,
1924 թվականին՝ 839.222, 1925 թվականի 6 ամսում՝ 554.271:
Այլ կերպ արտահայտած՝ 1925 թվականին, 1923 թվականի համե-
մատությամբ, այն ավելացավ 110 տոկոսով, իսկ 1924 թվականի
համեմատությամբ՝ 32 տոկոսով:

1923 թվականին մեկ ամբուլատոր հիվանդի կրկնակի այցե-
լությունը միջին հաշվով կազմեց 2,4, 1924—1925 թվականներին՝
2,6:

Վերոհիշյալ տվյալները, ինչպես ասվեց, վերաբերում են քա-
ղաքային բուժհիմնարկներին:

Գյուղական բուժհիմնարկներում հետևյալ վիճակը գոյություն
ունեն. 1923 թվականին գործում էին 31, 1924 թվականին՝ 35, 1925
թվականին՝ 41 բուժհիմնարկ:

Բարեփոխումն ակնհայտ էր, սակայն բժշկական տեղամասերի
մեծ մասի սպասարկման շրջագիծը միջին հաշվով 26 կիլոմետր էր,
մեկ քառակուսի վերստին 29 մարդու խտությամբ:

Գյուղում աշխատող բժիշկների թիվը 1923 թվականին 31 էր,
1924 թվականին՝ 32, 1925 թվականին՝ 44: Մեկ բժշկին միջին թվով
ընկնում էր 17.300 մարդ (քաղաքներում՝ 1520): Միջին թվով 5060
մարդուն ընկնում էր մեկ մահճակալ (քաղաքներում՝ 2127): Գյու-
ղական վայրերում մեկ մանկաբարձուհուն ընկնում էր 34, 540 բնա-
կիչ (քաղաքներում՝ 5000):

Գյուղական հիվանդանոցներում 1925 թվականին բուժվել են
1205 հիվանդ, որոնք անց են կացրել 14.841 մահճակալ-օր: Այս-
պիսով, յուրաքանչյուր 100 բնակչից հիվանդանոց է ընդունվել 1,6
(քաղաքներում այս ցուցանիշը հավասար է 35-ի):

1925 թվականին գյուղական բուժատներում հիվանդների
սուղանակի հաճախումը կազմել է 124.506, կրկնակի հաճախու-
մը՝ 249.512. այլ կերպ արտահայտած, յուրաքանչյուր գյուղական
1000 բնակչին ընկել է 298 առաջնակի հաճախում և 600 կրկնա-
կի (քաղաքների համար այդ ցուցանիշները համապատասխանաբար
կազմում էր՝ 1150 և 3844):

Փոքր բացառությամբ, գյուղական բուժհիմնարկները շատ վատ

էին կահավորված: Շենքերից համարյա ոչ մեկը չէր կառուցված բուժհիմնարկի համար: Նրանցից շատերում չկային անգամ վիրակապութեան տարբական հնարավորություններ: Պակասում էր դեղորայքը: Բժշկական աշխատողները ծայր աստիճան ծանրաբեռնված էին, քանի որ նրանց վրա էին դրված բժշկա-սանիտարական բազմազան պարտականություններ (տնային այցելություն, ամբուլատոր ընդունելություն, սանիտարական հսկողություն, հակամահակալային միջոցառումներ, դպրոցականների բուժասպասարկում, սանիտարական լուսավորություն, դատաբժշկական հետաքննություն և այլն):

Խնչպես նշված է Առժողովմատի հաշվետվության մեջ «...գյուղական առողջապահական գործը քիչ թե շատ բարելավելու համար անհրաժեշտ էր շուտափույթ լուծել հետևյալ հարցերը՝ 1. տեղամասային բժշկի սպասարկման շրջագիծը 20 վերստից գոնե դարձնել 10 վերստ՝ 6—8 հազար բնակչի սպասարկելու նորմայով, 2. հիվանդանոցային մահճակալների թիվը ավելացնել այնպիսի չափով, որպեսզի 500 բնակչին ընկնի առնվազն մեկ մահճակալ, այսինքն յուրաքանչյուր բժշկական տեղամասում ծավալել 30—35 մահճակալ, 3. ծննդաբերելու տարիքի յուրաքանչյուր կնոջ կամ յուրաքանչյուր 2000 բնակչի համար հարկավոր էր ունենալ ծննդաբերական առնվազն մեկ մահճակալ»¹⁷:

Սովետական Հայաստանում ժողովրդական առողջապահության, բժշկագիտության զարգացման, բժշկական կադրեր պատրաստելու գործում անփոխարինելի նշանակություն ունեցավ Երևանի նորաստեղծ պետական համալսարանում բժշկական ֆակուլտետի բացումը 1922 թվականին: Վերջինս 1926—1927 ուսումնական տարում տվեց իր առաջին շրջանավարտները՝ 32 բժիշկ:

Բժշկական ֆակուլտետը, ուսումնական գործից բացի, բժշկագիտության զարգացման կենտրոնը հանդիսացավ Հայաստանում: Ֆակուլտետում դասավանդել սկսեցին Հակոբ Հովհաննիսյանը (բիոքիմիա), Ա. Տեր-Պողոսյանը (բիոլոգիա), Ա. Նավակատիկյանը (ֆիզիկա), Վ. Արծրունին (անատոմիա), Լ. Տեր-Հովսեփյանը, Հ. Զախմախյանը (հիստոլոգիա), Ա. Հակոբյանը (ֆիզիոլոգիա), Ար. Իսահակյանը (միկրոբիոլոգիա), Պ. Հակոբյանը (պաթանատոմիա), Լ. Շգնավորյանը (պաթֆիզիոլոգիա) Գ. Մեղնիկյանը (ֆարմակոլոգիա), Լ. Հովհաննիսյանը, Ա. Մելիք-Աղամյանը (ներքին հիվանդություններ), Ա. Արզումանյանը (ներվային հիվանդություններ), Գ. Արևշատյանը (մանկաբարձություն և գինեկոլոգիա),

¹⁷ ՀՍՍՀ 22ՍՇ ՊԿԱ, ֆ. 118, ց. 3, գ. 344, ր. 1—3:

Հ. Գարրիբյանը (մանկաբուժություն), Հ. Քեչեկը, Գ. Մելքոնյանը (վիրաբուժություն) և ուրիշներ, որոնցից յուրաքանչյուրն իր բնագավառի գծով Հայաստանում բժշկագիտության զարգացման առաջին պիոները հանդիսացավ:

Բժշկական ֆակուլտետը, 1930 թ. առանձնանալով Երևանի համալսարանից, վերանվանվեց բժշկական ինստիտուտի¹⁸:

Այսպիսով, սովետական իշխանության առաջին տարիներին Հայաստանում բնակչության բուժսպասարկման, համաճարակների դեմ պայքարի կազմակերպման գործում որոշակի հաջողություններ ձեռք բերվեցին, հաջողություններ, որոնք հետագայում կրկնապատկվեցին թե՛ որակապես և թե՛ բուժֆիմնարկների ցանցի ընդլայնման տեսակետից:

Р. С. ПАРСАДАНЯН

ПЕРВЫЕ ШАГИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В СОВЕТСКОЙ АРМЕНИИ (1920—1925).

Резюме

В досоветской Армении здравоохранение находилось в жалком состоянии. Только после установления Советской власти в республике создается стройная система народного здравоохранения, для которой характерны профилактика болезней и доступность для широких масс населения.

Были опубликованы первые декреты Ревкома и постановления Совета Народных Комиссаров Армении относительно здравоохранения. Вслед за этим при активном участии трудящихся развернулась борьба за ликвидацию эпидемий и антисанитарных явлений, чему немало содействовала широкая пропаганда санитарных знаний.

Одной из первоочередных задач Советского государства и органов здравоохранения была забота о сиротах, организация для них детских домов и бесплатных столовых. Открылись первые детские ясли.

¹⁸ Երևանի բժշկական ֆակուլտետի (հետագայում ինստիտուտի) մասին ավելի մանրամասն տեղեկ. Ղարիբջանյանի «Երևանի պետական համալսարանը» գրքում, 1965, Երևան:

С ликвидацией эпидемий стало возможным вплотную подойти к осуществлению принципов профилактики под лозунгом «От борьбы против эпидемий—к оздоровлению труда и быта».

Медицинским факультетом Ереванского университета и Тропическим институтом в республике были заложены первые основы медицинской науки и подготовка специальных медицинских кадров.

Во всех начинаниях молодая Советская Армения получала братскую помощь со стороны Советской России, Украины и республик Закавказья.