

Գ. Ա. ՂԵՎՈՆԴՅԱՆ

ԾԱՆՐ ԺԱՌԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆ

Բժշկականությունը, ինչպես և պետական ու հասարակական կյանքի բոլոր այլ կողմերը, կապիտալիստական երկրներում լի է կապիտալիստական իրավակարգին յուրահատուկ հիմնական հակասություններով: Կապիտալիստական դարաշրջանի այդ առանձնահատկությունները առավել պայծառությամբ ի հայտ են գալիս, երբ մենք քննության ենք առնում առողջապահական գործի կադմակերպման պատմությունը ցարական Ռուսաստանում:

Լենինը՝ բնորոշելով մեր երկիրը մինչև ուսուցիչան, ասել է, որ ցարիզմը՝ դա ռազմա-ֆեոդալական իմպերիալիզմն է, որի մեջ պրոզրեսիվ կապիտալիզմի էլեմենտները, իմպերիալիստական տենդենցները, կողք-կողքի թաղում են ֆեոդալական իրավակարգի մնացորդների հետ:

Շչեգրինը երգիծական ընդթագիր է տվել ցարական Ռուսաստանի իրավակարգին. «Ներեցեք, միլիոնավոր մարդիկ ուժասպառ են լինում, գամված հողին ու աշխատանքին, տեղյակ չլինելով ո՛չ երեկամների և ոչ թոքերի մասին, իմանալով միայն մի բան, որ նրանք դատապարտված են աշխատելու, և հանկարծ այդ անսահման ստրկական ծովից ջուլում են մի բուռ ճմարտասերներ, որոնք ինքնիշխան դեկրետագրում են, թե ինչ որ մեկի համար և ինչ որ բանի համար հարկավոր է, որպեսզի նրանց երեկամները կանոնավոր գործեն»:

Առողջապահության գործի կադմակերպման ընաքավումում բոլոր կապիտալիստական երկրների շարքում ցարական Ռուսաստանը հետամնացներից մեկն էր:

Եթե մենք հետաքրքրվելու լինենք ցարական Ռուսաստանում առողջապահության ամբողջ գործը կառավարելու վերաբերյալ գոյություն ունեցող օրենքներով, ապա «Ռուսական կայս-

րության օրենքների ժողովածուի» (18-րդ հատորում, հրատարակ. 1905 թ.) այսպես կոչված բժշկական կանոնադրության մեջ կգտնենք մի հոդված, ուր ասված է.

«Բժշկա-սանիտարական մասի բարձրագույն կառավարչությունը վերաբերում է ներքին գործերի մինիստրության իրավասությանը»:

Վայելում էր արդյոք ներքին գործերի մինիստրությունն այդ տեսակետից լիակատար իշխանություն. հանդիսանում էր նա արդյոք պետական իշխանության այնպիսի մի օրգան, որին պատկաներ բժշկական և սանիտարական օգնության նորմաներ սահմանելու իրավունքը:

Իհարկե ոչ: Ընդհակառակը, կենտրոնական սանիտարական իշխանության այդ ֆիկտիվ օրգանների կողքին ցարական Ռուսաստանում գոյություն ունեին մի շարք այնպիսի հասարակություններ ու գերատեսչություններ, որոնք վերահսկողության իմաստով միանգամայն ազատագրված էին ներքին գործերի մինիստրության որևէ ազդեցությունից և ղեկավարությունից:

Կային հսկայական տերիտորիաներ, որոնց վրա չէր տարածվում ներքին գործերի մինիստրության իշխանությունը: Դրանք, այսպես կոչված, Կուբանի, Դոնի կազակային մարզերն էին, Թուրքեստանի գեներալ-նահանգապետությունը, Աստրախանի, Սիբիրի, Սեմերեյնսկի, Ջաբայկալի կազակային զորքերը և այլն:

Առանց բացառության բոլոր գերատեսչություններն և մինիստրություններն ունեին իրենց սեփական, նկատելի չափով ինքնավար, բժշկական մասերը:

Եթե հանքերն ու գործարանները կառավարվում էին Առևտրի և արդյունաբերության մինիստրության կողմից, ապա բժշկական մասը տվյալ դեպքում անցնում էր այդ գերատեսչության իրավասությանը:

Եթե հանքերն ու հանքագործարանները վարչական կախում չունեին Հողագործության և հողաշինարարության գլխավոր վարչությունից, ապա բժշկական մասը ենթակա էր նրա իրավասությանը:

Նույնիսկ մի այնպիսի ակնհայտի բժշկական հաստատություն, որի բուն էությունը բնակչության սպասարկելն է, օրինակ՝ Հանքային ջրերը, ինչպես նաև մի շարք ուրիշ կուրորտներ, գտնվում էին Առևտրի ու արդյունաբերության մինիստրու-

թյան իրավասության տակ, որովհետև օրենսդրի միտքը հետևյալ ուղղությամբ էր աշխատում՝ եթե այդ բարիքը՝ հանքային ջուրը, վաճառվում է, ապա պարզ է, որ այդ բարիքի առևտրի գործը ևս պետք է կենտրոնացված լինի առևտրական գերատեսչություններում:

Հարց է առաջանում, թե ինչպես էր կառուցված ներքին գործերի մինիստրությունը քաղաքացիական ընակչության վերաբերմամբ: Ունենալով արդյոք մի այնպիսի միասնական օրգան, որը հնարավորություն տար մինիստրությանը բժշկության և սանիտարիայի տեսակետից տանելու լրիվ ու ամբողջովին միասնական քաղաքականություն:

Գոյություն ունեւր Բժշկական տեսչի գլխավոր վարչություն, որին օրենքով պատկանում էր բժշկական հսկողության ընադավառում վարչական իշխանությունը: Վերջինս հսկում էր թե ինչպես են մարդային և զավառական բժիշկներն իրագործում իրենց ֆունկցիաները:

Բժշկական տեսչի գլխավոր վարչության և Տեղական տեսչության գլխավոր վարչության միջև մշտապես տեղի էին ունենում ամենասուր կոնֆլիկտներ:

Բժշկական տեսչի գլխավոր վարչության ու Տեղական տեսչության գործերի գլխավոր վարչության քաղաքականությունն ամենուրեք միանգամայն անհամատեղելի և բացահայտորեն թշնամական էին միմյանց:

Այս բժշկական գիտելիքների հիմնական պրոբլեմների հետ կապված գիտական հարցերը, բժշկական կրթության հարցերը, բժիշկների կատարելագործման և մասնագիտացման հարցերը.— մտնում էին արդյոք դրանք Բժշկական տեսչի գլխավոր վարչության իրավասության մեջ:— Ոչ, Դրանց համար գոյություն ունեւր մի առանձին օրգան, Բժշկական խորհուրդ, որը ենթակա էր Գլխավոր տեսչին: Խորհրդի նախագահին իրավունք էր վերադառնալով անմիջականորեն ղեկուցելու ներքին գործերի մինիստրին:

Այսպես էր, ընդհանուր պծերով, բժշկական և սանիտարական գործի կառուցվածքը նրա բոլոր ինստիտուտներում—մինիստրություններում:

Այս լճի կար տեղերում:—Այնտեղ գոյություն ունեւր ինքնակալության շահերը բավարարող մի իշխանություն՝ հանձին նահանգապետի:

Միացնում և կոորդինացնում էր նա արդյոք առողջապահության գործն իր տերիտորիայի վրա:

Պրակտիկան ցույց էր տալիս մի շարք դեպքեր, երբ ամենաչնչին առիթով սուր կոնֆլիկտներ էին տեղի ունենում միևնույն նահանգի տերիտորիայի վրա գտնվող գերատեսչությունների միջև:

Շատ հաճախ գեներալ-նահանգապետը ի վիճակի չէր լինում հարկադրելու, օրինակ, երկաթուղու վարչության պետին, որ սա կարգի բերի կոյուղին, որը վարակման աղբյուր էր հանդիսանում այս կամ այն երկաթուղային կետի բնակչության համար: Գործն անցնում էր բոլոր բյուրոկրատական ինստանցիաները, իսկ համաձայնակը ծավալվում էր:

Այա ի՞նչ էր անում նահանգապետն բժշկական վարչությունը:— Օրենքով նրան էր պատկանում բժշկական և սանիտարական մասի բարձրագույն հսկողությունը, բայց երբ խոսքն անցնում էր ռեալ իրավունքների, միասնական միջոցառումների իրագործման հնարավորությունը, ապա գործը հանգում էր առանձին հիմնարկների միջև տեղի ունեցող անվերջ պառակտումների:

Բացի դրանից գոյություն ունեին հիմնարկներ, որոնք անձեռնմխելի էին նահանգապետի և բժշկական տեսչի իշխանություն համար: Վերջին հաշվով նահանգապետի և գալառական բժշկական տեսչի աշխատանքը հանգում էր էքսպերտիզա անցկացնելուն, դիակներ հերձելուն, վիրավորումների և ծեծերի դեպքերում դատական մարմիններում և դատարանում ցուցմունքներ տալուն:

Ահա թե ինչի էր հանգում բնակչության բժշկական և սանիտարական սպասարկման պետական սիստեմը ցարական Ռուսաստանում:

Գուցե ուրիշ ուժեր կային ցարական Ռուսաստանում: Մինչև Հոկտեմբերյան ռևոլյուցիան գոյություն ունեւ պատրանքի վրա հիմնված մի հայացք, թե գեմատվոյական ինքնավարությունը, ի դեմս նրա հիմնարկների, ապահովում էր քաղաքների և գյուղերի բնակչության պահանջները:

Զեմստովոյական վարչության վերաբերող օրենքը այսպես է սահմանում բժշկական և սանիտարական գործի իրավունքները.

«Մասնակցել ժողովրդական առողջապահության պահպանման, վարակիչ և համաճարակային հիվանդությունների կանխ-

ման ու դադարեցման, բնակչության բժշկական օգնութիւն հասցնելու միջոցների դարձացման, սանիտարական տեսակետից վայրն ապահովելու եղանակներ որոնելու միջոցառումներին»։

Սնդիրը սահմանափակվում էր այն բանով, որ այդ հիմնարկներին միայն մասնակցութիւն էր վերապահվում, օրենքն որոշակի սլարտավորութիւններ չէր դնում զեմստվոյական վարչութիւնն առաջ։

Իսկ զեմստվոյական ինքնավարութիւնները կարող էին արդոք, ըստ իրենց սոցիալական բնույթի, ըստ այն դերի, որ կոչված էին նրանք պատմականորեն խաղալու Ռուսաստանի տնտեսական ու սոցիալական զարգացման մեջ, իրենց առաջադրել գոլգոթական բնակչութեանը ապաստանելու պրոբլեմը։

Լիբերալ-ազնվական շրջանները, որոնք պարունակում էին ապագա հողային և արդյունաբերական բուրժուազիայի սագմերը, հավակնութիւն ունեին առավելագույն չափով պահպանելու իրենց ձեռքում զեմստվոյական իշխանութեան նորածնունդ օրգանները։

Ազնվականութիւնն այդ ուղղութիւնում մի ամբողջ ծրագիր մշակեց։

Ազնվականութեան դադարաւորաններից մեկը գրում էր.—

«Գերագույն իշխանութիւնն իր շուրջն է գումարում հարգատներին, իր օրինական եղբայրներին և նրանց հետ ամուր հիմքերի վրա կվերականգնի ներկայումս տատանվող պետական կարգը»։

Սա միանգամայն անկեղծ, ոչնչով չքողարկված մի տնտեսից էր պահպանելու ազնվականների ձեռքում ամբողջ իշխանութիւնը զեմստվոյական ժողովներում։ Զեմստվոյական ինքնավարութեան 1890 թ. ռեֆորմն անցավ ազնվականութեան գերակշռութիւնն ուժեղացնելու նշանաբանի տակ, բարձրացրեց ազնվական ձայնավորների տոկոսը մինչև 55,2-ի։ Անշուշտ, այստեղից հասկանալի է, որ զեմստվոյական ժողովները, այն ազնվականները և կալվածատերերը, որոնք նստած էին այդ ժողովներում, առանձնապէս դրդապատճառներ չունեին սանիտարական տեսակետից բնակչութեանը բավարարելու աշխատանքը լայն ծավալելու համար։ Այդ ուղղութիւնում զեմստվոյական գործիչները հորեղոնը մի շարք տասնամյակներին ընթացքում ծայր աստիճան նեղ էր։

Այնուամենայնիւ առաջավոր բժիշկներն իրենց սեփական

նախաձեռնութեամբ կարողացան տեղական ղեմատւոյական ինքնավարութիւններու սանիտարական աշխատանքի յուրահատուկ ձևեր ստեղծել: Այդ աշխատանքը որոշ արդիունքներ էր տալիս առանձին համաճարակներէ դեմ մղվող պայքարում:

Ազատասիրութեամբ տոգորված հասարակական գործիչ-բժշկիկներէ մի խումբ (Կուրկիմ, Սեմաշկո, Բոգոսլովսկի, Տեգլակով, Սալովսով, Արաւստովյան, Պագաթակ, Դեմնտև և ուրիշները) արտասովոր դժվարութեամբ, մեծ ջանքերից հետո որոշ չափով բարելավեցին իրենց տեղամասերի սանիտարական վիճակը:

Նրանց փորձը և նրանց կիրառած միջոցառումները շատ կողմերով հետազոտւմ դուրացրին սովետական առողջապահութեան ստեղծագործ գործունեութիւնը:

Այսպես էր 19-րդ դարի վերջին ցարական Ռուսաստանում ժողովրդական առողջութեան վիճակը հիմնականում, ներառյալ բժշկական կուլտուրայի, առողջապահութեան գործի և սոցիալական միջավայրի միջև եղած փոխազդեցութեան առանձնահատկութիւնները:

Հայաստանում ցարական ինքնակալութեան և դաշնակցական տիրապետութեան անցողիկ շրջանի բժշկական գործի վիճակին վերաբերող փաստաթղթերի թիւը բավականին շատ է:

Այդ փաստաթղթերը սովետական իշխանութեան ժամանակ ուսումնասիրութեան են ենթարկվել մի շարք գիտնականների և բժիշկների կողմից:

Այդ գործին երկար ժամանակ, առանձնապես, մեծ ուշադրութիւն է նվիրել ակադեմիկոս Լ. Ա. Հովհաննիսյանը: Հայաստանի բժշկականութեան պատմութեան առանձին հարցերով զբաղվել են նաև Գ. Ս. Պապովյանը, Գ. Ն. Փիլոսովը, Բ. Ն. Մելիք-Մուսայանը, Ա. Հ. Մելիքյանը, Խ. Ա. Մելիք-Փարսադանյանը, Գ. Գ. Հարությունյանը և ուրիշներ: Սակայն ունեցած նյութը դեռևս լիովին չի ուսումնասիրված:

Այն հետաքրքրութիւնը, որն առաջացել է Հայկական ՕՍՌ բժիշկների մեջ ակադեմիկոս Հովհաննիսյանի աշխատութիւններով ու ղեկուցումներով, լավագոյն երաշխիքն է այն բանի, որ բժշկականութեան պատմութեան և բնորոգիչի ուսումնասիրման Սեկտորի անդամները եռանդուն կանցնեն գործի և շատ ժամանակ չի անցնի, երբ մեր բժշկական գիտութիւնը կհարստանա չափազանց արժեքավոր հետախուզութիւններով:

Մինչև 1828 թ. Նախապետական շրջանի Հայաստանի առողջապահական գործի վիճակին նվիրված մեր նախկին հաղորդումներից մեկի մեջ մենք չէինք կարող կանգ չառնել ցարական Ռուսաստանի բժշկական գործի առաջատար հարցերի վրա, որովհետև 1828 թվականից հետո, երբ Թուրքմենչայի հաշտության պայմանագրի համաձայն՝ Ռուսաստանին անցան Անդրկովկասյան (Նրևանի ու Նախիջևանի) խառնությունները «Հայկական մարզ» անվան տակ, բժշկական գործն էլ կազմակերպվեց ցարական Ռուսաստանի օրինակով ու ձևով, 1849 թ. Հայկական մարզը վերակազմվեց Նրևանյան նահանգ և բաժանվեց հինգ գավառի՝ Նրևանի, Նախիջևանի, Ալեքսանդրոպոլի, Նոր-Բայազետի և Օրդուբադի:

Յարական Ռուսաստանը բժշկականության կազմակերպման գործի ասպարեզում Պարսկաստանից, նախկին տիրապետողներից, ոչ մի ժառանգություն չստացավ, որովհետև ոչ մի բուժական հաստատություն, թեև ուղի և ամենապրիմիտիվ ձևով, Հայկական մարզում՝ մինչև նրա Ռուսաստանին միացվելը, գոյություն չուներ: Ամբողջ «բուժական» գործը գտնվում էր գրեթե ներքին, սափրիչների և ոսկրաբույժների (սնխչիների) ձեռքին:

Ռուսաստանում 60-ական թվականներին գյուղացիներին ազատագրումից հետո առաջ եկան ինքնավարության տեղական օրգաններ—գեմատովոններ, որոնք բնակչության հաշվին, հատուկ գեմատովոյական հարկեր հավաքելու միջոցով՝ բժշկական կարգի միջոցառումներ էին անցկացնում:

Ինչպես հայտնի է, Անդրկովկասում գեմատովոյական ինքնավարություններ չկային: Բայց դա դեռ քիչ է:

Հայտնի է, որ Եկատերինա II-ի օրոք տեղի ունեցավ բժշկական գործի բյուրոկրատիկական վերակառուցում:

Նորահիմն բժշկական կոլեգիաները գլխավորում էին բարձր աստիճանավորներ, 1775 թվականին հիմնվեցին հասարակական խնամատարության աստաններ, որոնց իրավասությանը անցան բոլոր բժշկական հաստատությունները:

Հայկական ՍՍՌ Առողջապահության Մինիստրության մեջ պահվող արխիվային նյութերը չափազանց պերճախոս վկայում են այդ ժամանակաշրջանի բժշկական հիմնարկների խղճուկ վիճակի մասին:

1892 թ. իր տարեկան բժշկական հաշվետվության մեջ խոսքերայի համաճարակի առիթով Սուրմալուի գավառի գյուղական բժիշկ Մուխարինսկին գրում է.

«Մեռածների թիվը ոչ գավառում, ոչ հիվանդակայանից օգտվողների մեջ, ինձ հայտնի չէ. բայց նկատի ունենալով բնակիչների սովորութիւնը՝ բժշկական օգնութեան համար դիմելու այն ժամանակ, երբ հիվանդը հաճախ գտնվում է համարյա հոգեւորաբար մեջ, ինչպես նաև այն, որ հիվանդները աված ցուցածուքները ձիշտ չեն կատարում—սխտեմատիկ և կանոնավոր բուժման բացակայութեան պայմաններում, կարելի է կարծել, որ հիվանդացողների մեջ մահացութեան տոկոսը նույնպես մեծ է: Բնակչութեան մեջ հիվանդացումների բարձր աստիճանը բացատրվում է մի կողմից՝ բազմիցս նշված գյուղերի և բնակավայրերի վատ սանիտարական վիճակով, ընտանեկան կենցաղի և հողի մշակման պայմաններով, երբ գյուղացին դաշտային աշխատանքների ամբողջ ժամանակ, հաճախ բնութեան անբարենպաստ պայմաններում ստիպված է ամբողջ օրը ծնկներէից էլ բարձր ջրում կանգնել: Հաշվետու տարում ինֆեկցիոն հիվանդութիւններից առաջին տեղը՝ ըստ հիվանդների և մեռածների՝ դրաւում է ասիական խոլերան: Համաճարակի ժամանակ պ. պ. պրիստապիւների միջոցով կամ անձամբ վերին աստիճանի խառնափնթոր տեղեկութիւններ ուստիկանութիւն էին հասցնում հենց նույն անձինք: Այդ խնդրում որևէ սխտեմ գոյութիւն չունի: Տեղեկութիւններ հավաքել բժշկական անձնակազմի միջոցով ամեն տեղ հնարավոր չէր, որովհետև ամբողջ գավառում համարյա միակ բժիշկը ես էի մնացել, քանի որ գավառական բժիշկը կատարում էր իր անմիջական պարտականութիւնները, իսկ իմ տրամադրութեան տակ եղած երկու ֆելդշերները միանգամայն անընդունակ հանդիսացան առաջացած պահանջների նկատմամբ: Ի վիճակի չլինելով երկար ժամանակ բացակայել հիվանդակայանից, որտեղ գտնվում էին դեղորայքը և աննշան քանակութեամբ դեղինֆեկցիոն միջոցներ, ես անգամ չկարողացա այցելել խոլերայով ախտահարված բոլոր պունկտերը: Հիվանդները բուժումը, կամ ավելի լավ է ասել, նրանց հսկողութիւնը, այն էլ ոչ սխտեմատիկ, կատարվում էր բժշկական անձնակազմի կողմից շրջագայելու սխտեմով. ոչ մի հաստատուն պունկտ չի հիմնվել: Ոչ մեկուսացում, ոչ դեզինֆեկցիա չկարողացանք կատարել ինչպես հարմարեցրած շենքերի, բավականաչափ անձնակազմի և դեզինֆեկցիոն միջոցների բացակայութեան, այնպես էլ, գլխավորապես, բնակիչների, նույնիսկ հայերի հրաժարվելու պատճառով, որոնք ավելի սովոր են դիմելու բժշկական օգնութեան:

«Իգդերուս կադմակերպված խողերային, այսպես կոչված, հիվանդանոցը զբաղեցրած էր տեղական գործառնորդ ստորին աստիճանավորների և կալանավորների կողմից, իսկ բնակիչներն ավելի շուտ համաձայնվում էին մեռնել, քան տեղավորված լինել «հիվանդանոցում»։ «Բուժման» փոխարեն, իմ կողմից գործածված «հիվանդների հսկողություն» արտահայտությունը ես ավելի ճիշտ եմ համարում այն պատճառով, որ համաճարակի ժամանակ այցելած հիվանդներից շատերը կատեգորիկ և համառորեն հրաժարվում էին որևէ դեղ ընդունելու, անմտորեն երկյուղ կրելով, որ կարող են թունավորվել։ Ուստի հարկ էր լինում սահմանափակվել հիգիենիկ և դիետիկ միջոցների ցուցումներով և այնպիսի միջոցներով, որոնք հետապնդում էին անձնական անվտանգությունը վարակից։ Բայց նաև այս ցուցումները չէին կատարվում, հիվանդները կեղտոտ էին պահվում, նրանց արտաթորությունները թափվում էին ուր պատահեր, հիվանդներին շարունակ շրջապատում էին բազմաթիվ հարադատներ և աղաքականներ, բոլորը գործ էին ածում անհամապատասխան և նույնիսկ միասակար մտուհ, խմելու ջուրը կեղտոտ էր, մեծ մասամբ վերցրած առուներից կամ ջրհորներից, որոնք գտնվում էին ծայր աստիճան կեղտոտ հողային պայմաններում. ամանեղենը և նույնիսկ անկողինը ընդհանուր էին։ Այս բոլորը չէր կարող չընպաստել հիվանդություն տարածման...»։

Այսպես շարունակվում էր մինչև քսաներորդ դարի սկիզբը։ 1902 թ. հոկտեմբերի 4-ին Գյուղատնտեսության կայսերական կոլկասյան ընկերությունը դիմեց Կովկասյան բժշկական ընկերությանը հետևյալ գրությունով.

«Գյուղատնտեսական արդյունաբերության կարիքների մասին հատուկ խորհրդակցության ծրագիրը քննարկելիս՝ «Գյուղատնտեսության կայսերական ընկերության նիստում մատնանշվեց, որ գյուղական բնակչության բժշկական օգնության կազմակերպումը էական աղքեցություն է ունենում նրա բարեկեցության վրա, բայց ընկերությունը չկարողացավ քննության առնել այն՝ նման հարցերում անձեռնհաս լինելով, ուստի որոշեց խնդրել Կովկասյան կայսերական բժշկական ընկերությանը՝ հանձն առնել այդ խնդիրը և վերահիշյալ հարցը քննության առնել մոտակա նիստերից մեկում և իր եզրակացությունը հաղորդել նրան»։

Գյուղատնտեսության Կովկասյան կայսերական ընկերու-

թյան շոշափած հարցը Կովկասյան բժիշկների դեռևս երկրորդ համագումարում դարձել էր տաք վիճաբանությունների առարկա, որոնք առաջացել էին բժ. Նազարովի զեկուցման առթիվ: Բժ. Նազարովի զեկուցման հիման վրա համագումարը որոշեց.

«Կովկասում բժշկական գործի բարելավման լավագույն ձևը կլինեն բժշկական մասի կազմակերպման այն տիպը մտցնել, որը գոյություն ունի Ռուսաստանի գեմատվոյական նահանգներում, և դրա հետևանքով միջնորդում է երկրի ադմինիստրացիայի առաջ՝ բժշկական կազմակերպության այդ տիպը Կովկասում ամենաշատապ կերպով մտցնելու մասին»:

Անդրկովկասի գյուղական բնակչությանը բժշկական օգնություն կազմակերպող Հանձնաժողովի անդամ բժ. Ս. Ի. Վացաձեն կազմեց մի զեկուցագիր, որի մեջ Մոսկվայի նահանգի զեմատվոյական բժշկականությունն ընդունելով բժշկական կազմակերպության իդեալ, ցանկություն է հայտնում, որպեսզի Անդրկովկասի բժշկական մասի ապագա կազմակերպությունն էլ կառուցված լինի այն տիպի համապատասխան, որպիսին գործում է Մոսկվայի զեմատվոյում:

Բժ. Վացաձեի զեկուցումը ցույց է տալիս, թե որքան բարձր էին գնահատում բժիշկները սանիտարա-պրոֆիլակտիկ միջոցառումները: Այս հանգամանքը խոսում է այն մասին, որ Անդրկովկասյան բժիշկները (Լուսկևիչ, Վեսելովզորով, Կիկոձե, Վացաձե, Թաբակ, Խարազով) սերտորեն կապված էին զեմատվոյական բժշկականության առաջավոր գործիչների հետ և իրազեկ էին այն հարցերին, որոնք քննարկվում էին բժշկական համագումարներում:

Ճիշտ է, այս զեկուցումը Հանձնաժողովում որոշ փոփոխությունների ենթարկվեց: Հանձնաժողովի մի քանի անդամներ ելնում էին այն բանից, թե գյուղական-բժշկական օգնության կազմակերպման գործում չի կարելի օգտվել Մոսկվայի զեմատվոյի տվյալներից, որովհետև Մոսկվայի նահանգը ամենահարուստն է ամբողջ Ռուսաստանում և այդ պատճառով պետք է օգտվել այնպիսի նահանգի տվյալներից, որտեղ բժշկական կարիքների համար ծախսվող գումարը այնքան էլ մեծ չէ:

Այնուամենայնիվ Հանձնաժողովն հանգեց հետևյալ եզրակացության.—

1. Գյուղական-բժշկական գործն Անդրկովկասում ներկայումս անբավարար է զրված:

2. Լավագույն կազմակերպությունը, որն առավել չափով կապահովի գյուղական բնակչությանը բժշկական օգնությունը, այն է, որը զբաղված է ղեկավարելու գյուղական բժշկականության հիմքում:

Սակայն, ինչպես հայտնի է, ոչ մի էական փոփոխություն տեղի չունեցավ Անդրկովկասի բժշկա-սանիտարական հիմնարկների կյանքում:

Առկա դրություն լավագույն իրուստրացիան Երևանի նահանգի 1913 թ. համառոտ ակնարկն է, որը բժշկության տեսադժոյ կազմել է բժ. Զախարովը:

«Երևանի նահանգը, որը գրավում է 24.750 քառ. վերստ տարածություն, առ 1-ն հունվարի 1914 թ. ուներ 918.619 բնակիչ, ըստ այնմ մեկ քառակուսի վերստի վրա բնակվում է մոտ 37 մարդ: Նահանգը 1910 թվին ուներ 14 գյուղական բժշկական և նույնքան էլ ֆելդշերական պունկտեր, 14 գյուղական բժ-ժիշկներով ու 14 առաջին կարգի գյուղական մանկաբարձուհիներով, ինչ վերաբերում է ընդհանրապես նահանգի և մասնավորապես գյուղական բնակչությանը բժշկական օգնությունը լրիվ ապահովելու հանգամանքին, ապա պետք է ընդունել, որ գավառի համար երկու գյուղական հիվանդանոցի գոյությունը (նըբանց գործունեության մոտ 30 վերստ շառավիղով), այն էլ անբարենաջող տոպոգրաֆիկ պայմաններում՝ պետք համարել անբավարար. ուստի նահանգական ադմինիստրացիան մշտական միջնորդություն է հարուցում նոր գյուղական բժշկականներ և ֆելդշերական պունկտեր բանալու մասին, չնայած այն բանին, որ գյուղական բնակչությունը երբեմն օգտվում է նաև քաղաքային հիվանդանոցների սպասարկությունից, բայց վերջիններիս թիվը նույնպես շատ փոքր է քաղաքներում, իսկ մահճակալների քանակը շատ սահմանափակ:

«Այսպես, Երևանում և Ալեքսանդրոպոլում կա մեկական հիվանդանոց՝ առաջինում 35 մահճակալով և երկրորդում՝ 20, ըստ որում ունեորենքը վճարում են ամսական 15 ռուբլի ստացիոնար բուժման և 40 կոպ. ամբուլատոր ընդունելության համար: Իսկ Նախիջևան, Նոր-Բայազետ և Օրդուբադ քաղաքներում առայժմ չկան հիվանդանոցներ, բացառությամբ կայսրուհի Մարիա Ալեքսանդրովնայի կույրերի խնամատարության աչքի բուժարանների՝ Նոր-Բայազետում և Երևանում: Աչքի յուրաքանչյուր հիվանդանոցում կա 4 մահճակալ. այդ բուժարաններում կատարվում է ձրի ամբուլատոր ընդունելություն և ստացիոնար բու-

ժուժ: 1910 թ. հոկտեմբերի 1-ից Երևանում բացված է հոգեկան հիվանդների ապաստարան. տղամարդկանց համար 20 մահճակալով, ամսական 12 ռ. վճարով: Աղատ պրակտիկայով պարապող բժիշկների կողմից պահվում են մասնավոր բուժարաններ, երկուսն էլ գտնվում են Երևան քաղաքում, որոնցից մեկը՝ բժիշկ Ա. Ն. Տեր-Ավետիսովինն է, ունի 10 մշտական մահճակալ, վրձարով՝ հատուկ համաձայնություն ստացիոնար հիվանդ պահելու և 50 կոպ. ամբողջատոր այցելության համար, մյուսը՝ բժ. Հ. Գ. Հովհաննիսյանը ունի 6 մշտական մահճակալ, հատկապես վիրաբուժական օգնություն պահանջող հիվանդների համար: Այսպես էլ շարունակվեց մինչև դաշնակները գրավեցին իշխանությունը Հայաստանում:

Խոր տնտեսական քայքայումը, աղքատությունն ու սովը, բնակչության ֆիզիկական հյուժումը, անհոգ վերաբերմունքը դեպի մարդկանց առողջության պահպանման հարցերը — բարենպաստ հող էին պատրաստել համաճարակային հիվանդությունների առաջացման, զարգացման ու լայնորեն տարածման համար: Դաշնակցական կառավարողների կողմից սահմանված կարգերը նպաստում էին համաճարակների անարգել զարգացմանը:

Ինֆեկցիայի աղբյուրների, վարակի փոխանցման և բնակչության զգայունակության, այսինքն՝ էպիդեմիական ընթացքի երեք պարտադիր օղակների վրա ազդող պայմանների լիակատար բացակայությունը լրիվ բացատրում են մեզ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բացառիկ տարածման պատճառները 1918 թ. մինչև 1920 թ.:

Այս մասին ամենից շատ պերճաբոս են դաշնակցական Հայաստանի քաղաքացիական վարչության բժշկա-սանիտարական բաժնի արխիվային նյութերը:

Բժշկա-սանիտարական բաժնի գործիչները 1920 թ. հունվարի ղեկուցադրի մեջ երազում էին պահպանել բուժական հիմնարկները թեկուզ այն վիճակում, ինչ վիճակում նրանք ըստացվել էին ցարական տիրապետությունից: Նրանք գանգատվում էին, որ բժշկական անձնակազմի, ինչպես նաև նյութական միջոցների բացակայության պատճառով՝ քաղաքային և գյուղական հիվանդանոցների ֆունկցիաները ավելի քան կիսով չափ կրճատվել են: Նախկինում գոյություն ունեցող 20 գյուղական և քաղաքային թղուկ հիվանդանոցներից, նե-

բառյալ 14 ֆելդշերական պունկտերը, մնացել է միայն 9 հիվանդանոց և 3 ֆելդշերական պունկտ:

Ինչ էին անում դաշնակցական կառավարողները ինֆեկցիաների աղբյուրների վրա ներդրեծելու համար—Բացարձակապես ոչինչ: Բերենք մի քանի փաստեր:

Ախտայի բժշկա-սանիտարական տեղամասի հաշվետվության տվյալներից երևում է, որ ինֆեկցիոն հիվանդների հոսպիտալացման տոկոսը արտահայտվում էր, որպես կանոն, աննշան չափերով, իսկ մի քանի ինֆեկցիաներ բոլորովին չէին ենթարկվում մեկուսացման: Բնական ծաղիկ հայտարարված է 18, հոսպիտալացված—0, կարմրուկ՝ հայտարարված է 32, հոսպիտալացված—0, քուժեղ՝ հայտարարված է 6, հոսպիտալացված—0, բծավոր տիֆ՝ հայտարարված է 604, հոսպիտալացված միայն 27, հետադարձ տիֆ՝ հայտարարված է 210, հոսպիտալացված—16:

Նարաքիլիսայի բժշկա-սանիտարական տեղամասի տվյալների համաձայն՝ բծավոր և հետադարձ տիֆով տառապող հիվանդներին տանն են թողնում, բծավոր տիֆով 78, հետադարձ տիֆով 213 և դիզենտերիայով տառապող 188 հիվանդներից և ոչ մեկը տեղավորված չի եղել ստացիոնարում:

Հիվանդի—ինֆեկցիա կրողի նկատմամբ այդպիսի վերաբերմունքի առկայությունը ղեկավարում դարձնում էր, որ պարագիտակիրներն ու հիվանդները ազատ կերպով ման էին գալիս, առաջացնելով հիվանդությունների նոր դեպքեր:

Դաշնակցական կառավարության գլխավոր բժշկա-սանիտարական վարչության պետի օգնական ըԺ. Մալյուժենկոն գրում է. «1919 թ. Հայաստանում, փախստականներով լցված երկրում (200 հազարից ավելի), մեզ վիճակվեց ապրել ամենադարհուրեւի թշվառություններ համաճարակային հիվանդությունների՝ բծավոր, հետադարձ և մասամբ որովայնային տիֆի զարգացման իմաստով, որոնք քարանձ քիչ զոհեր, և խուլերայի, որը թեև առանձին զարգացում և տարածում չունեն, բայց դրա փոխարեն աչքի էր ընկնում ծանրություն (չոր ձևը) և մահացություն մեծ տոկոսով (50-ից ավելի): Հարթավայրերում մշտապես բուն դրած և բնակչության կողմից անմեղ հիվանդություն համարված մալարիան, 1919 թ. ամառն, աշնանը այն աստիճան ուժեղ և մահացություն աճալիսի հսկայական տոկոսով զարգացավ, որ բնակչությունն ընկավ խուճապի մեջ և, իրոք, այդ ժամանակաշրջանում բնակչության մեջ, որ զուրկ էր մնացել խինինից, որպիսին

բավարար քանակությամբ չկար նաև Անդրկովկասի շուկաներում, երևան եկավ Սև ծովի ափերից և ժամամբ Հնդկաստանից ներածված տրոպիկական տենդի մի նոր ձև։ Վերը նշված հիվանդությունների լրիվ վիճակագրական տվյալները 1919 թ. համար, առայժմ, մինչև լրիվ հաշվետվություններ ստանալը՝ անհնար է ներկայացնել, բայց կարելի է մատնանշել միայն որոշ տվյալներ, որոնք բնորոշում են բժավոր տիֆի համաճարակի տարածման աստիճանն ըստ ամիսների։ Այսպես, խաղաղ ժամանակվա 30 հազարի փոխարեն մոտ 90 հազար բնակչությամբ ծանրաբեռնված Երևան քաղաքում բժավոր տիֆը տվել է մինչև հունվարի 13-ը—473 դեպք, հունվարի 21-ը—1394, հունվարի 25-ը—1612, հունվարի 30-ը—2003, փետրվարի 1-ը—2103, փետրվարի 5-ը—2203, փետրվարի 10-ը—2220, Հետագարձ տիֆն սկսեց խիստ զարգանալ փետրվարի վերջից, 1919 թ. մայիսի 1-ից մինչև 1920 թ. ժամանակամիջոցում Երևան քաղաքում գրանցված է 584 դեպք 2,0 տոկոսից ոչ ավելի մահացությամբ։ Խոլերան երևան եկավ հուլիսին և մնաց մինչև նոյեմբեր, ուներ թույլ զարգացում։ Քաղաքում գրանցված է խոլերայի միայն 40 դեպք 20-ի մահացությամբ (50 տոկոս)։ Ինֆեկցիոն ծագում ունեցող հիվանդություններից հարկավոր է նշել սառամոքսադիքային հիվանդությունները, որոնք առաջացել են աննորմալ և անբավարար սնման հետևանքով, մանավանդ փախստականների մեջ, որ մահացության հսկայական տոկոս տվին։ Այդ մասին կարելի է դատել քաղաքի փողոցներից ու հրապարակներից հավաքված և բուժական հաստատություններից դուրս տարված դիակների թվով։ Այսպես, հունվարին դուրս է տարված և թաղված 650 դիակ, փետրվարին 751, մարտին 749, ապրիլին 768, մայիսին 714, հունիսին 924, հուլիսին 808, օգոստոսին 821, սեպտեմբերին 876, հոկտեմբերին 822, նոյեմբերին 490 և դեկտեմբերին 941, ընդամենը 9055 դիակ։

Բերված փաստերից երևում է, որ խիստ բազմաթիվ համաճարակային հիվանդացումների պայմաններում մեկուսացման են ենթարկվում հիվանդների շատ չնչին քանակություն, որը ոչ մի նշանակություն չունի համաճարակի վրա ազդելու համար։

Դաշնակցական կառավարության Խնամատարության միջխտրության 1919 թ. ծախսերի նախահաշիվով (բժշկա-սանիտարական վարչության գծով) նախատեսված էր կազմակերպել ստացիոնարներ ինֆեկցիոն բաժանմունքներով։ 540 մահակալ-

ների ընդհանուր թվից 155-ը պետք է սպասարկեր ինֆեկցիոն հիվանդներին:

«Համապատասխան շենք չունենալու պատճառով,—գրում էր Բեռլինցերին թիշկ Տեր-Առաքելյանը 1919 թ. հունվարի 28-ին,— հիվանդներին չի կարելի մեկուսացնել, սպիտակեղենի պակասութուն է գրառվում»:

Ինչպես երևում է բժշկա-սանիտարական բաժնի պաշտոնական փաստաթղթերից, սուր վարակիչ հիվանդութունների հետ միասին մեծ տարածում ստացավ մալարիան: Մալարիայի ինֆեկցիայի սպեցիֆիկ բուժումը, ինչպես հայտնի է, շատ էֆեկտավոր է, որովհետև քիմիոթերապիայի դեպքում վարակված օրգանիզմը զաղարում է ինֆեկցիայի աղբյուր լինելուց:

Բերլինք մալարիայի դեմ պայքարի զբաղված քրոնոլոգ տվյալները, ինչպես երևում է բնակչությանը խինին մատակարարելու տվյալներից, մեկ մալարիայով հիվանդին ընկնում էր միջին հաշվով 1,5 գրամ խինին և այդ էլ այն պայմաններում, երբ Մալյուսենկոյի կարծիքով բնակչության 30,0 տոկոսը հիվանդ էր մալարիայով:

«Որպեսզի եկող տարի մալարիան այնպիսի ուժով չբռնկվի, ինչպես ընթացիկ տարում,—ասում էր գլխավոր բժշկական վարչության պետ թիշկ Տեր-Միքայելյանը ռեսպուբլիկական մալարիային կոմիտեի նիստում 1919 թ. նոյեմբերի 9-ին,—անհրաժեշտ է անցկացնել բնակչության խինիզացիա... Շրջիլով Սուրմալում, Էջմիածնի գավառում, Ղաժարում, Շինգավիթի և Թաղաքենդի շրջաններում, ևս նկատեցի ընդհանուր հիվանդացում մալարիայով, ըստ որում նաև տրոպիկական մալարիայով, որից մահացությունը շատ մեծ է, և մենք վերջին շաբաթվա ընթացքում կորցրինք երկու թիշկ՝ զինվորական թիշկ Տեր-Ղուկասյանին և գյուղական թիշկ Աղաջանյանին: Մեծ է հիվանդացումը մեր զորքի մեջ. շատ տեղերում ևս նկատում էի, որ զինվորները պահակության էին դուրս գալիս երկու պարզախոզների միջև ընկած ժամանակամիջոցում, հազիվ ի վիճակի լինելով հրացանը բռնել... 1910 թ. Երևանի, Էջմիածնի և Սուրմալուի գավառներում կար 338,631 բնակիչ, եթե ենթադրենք, որ ներկայումս մնացել է միայն կեսը, այն է՝ 170.000 մարդ, և յուրաքանչյուրին տանք ոչ թե 30 գրամ, այլ միայն 5 գրամ խինին, այս դեպքում անհրաժեշտ կլինեք միայն «մասնակի» խինիզա-



ցիայի համար նրանց տալ 510 կիլո խինին, իսկ այդ քանակու-
թյամբ խինին ոչ մի տեղից չենք կարող վերցնել:

Նույնպիսի շատ անմխիթար պատկեր են նկարադրում դաշ-
նակցական ժամանակի այլ բժիշկները: Ղարսի նահանգական
բժիշկ Ս. Տերտերյանը, Ղարսի նահանգի 1919 թ. ժողովրդական
առողջության վիճակի, բնակչության բժշկական օգնության
կազմակերպման և սանիտարական վիճակի մասին իր տարեկան
հաշվետվության մեջ նշում է.—

«Միայն Ղըզըլ-Չախչախի բժշկական տեղամասի բնակիչ-
ների թիվը կազմում էր 41,000 մարդ, տեղամասի բնակավայրե-
րի թիվը 58, սահմանի ամենամեծ հեռավորությունը բժշկի բնա-
կավայրից 50 վերստ: 25 մահճակալանոց հիվանդանոցը աշխա-
տում էր շատ թերի բեռնվածությամբ, իսկ առ 1-ն օգոստոսի
հիվանդանոցում բուրդովին հիվանդ չկար: Համաճարակների դեմ
պայքարի հատուկ միջոցառումներ ձեռք չեն առնվել (սուր-վա-
րակիչ հիվանդացումների 674 դեպքի առկայության պայմաննե-
րում): Խինինային պրոֆիլակտիկա չէր տարվում, չնայած մա-
լարիայի առկայությանը այդ շրջանում՝ բավական քանակու-
թյամբ խինինի բացակայության պատճառով: Ծաղկի պատվաս-
տումներ չեն արված բժշկական անձնակազմի պակասության
պատճառով: Արդահանի տեղամասի 46,822 բնակիչին ընկնում էր
մեկ բժիշկ, ընդ որում տեղամասի սահմանի հեռավորությունը
բժշկի բնակավայրից 75 վերստ է: Տարվա ընթացքում Արդա-
հանի 10 մահճակալանոց հիվանդանոցում բուժվել է երեք հի-
վանդ, պառկելով 43 մահճակալ-օր, դրանցիված 7,336 ամբուլա-
տոր հիվանդների առկայության պայմաններում: Համաճարակա-
յին հիվանդությունները Արդահանի շրջանում բավականին լայն
զարգացում ունեին, բայց դժբախտաբար բժիշկների բացակա-
յության պատճառով համաճարակների դեմ պայքարի դորժը
փաստորեն դառնում էր ֆելդշերներին ձեռքին, բժիշկը հնարա-
վորության չափով այցելում էր առավել ախտահարված բնակա-
վայրերը: Տեղամասի սահմաններում նկատվում էր սաստկացած
հիվանդությունն որովայնային և հետադարձ տիֆերով ու ծաղի-
կով: Հիվանդներ են զբանցված որովայնատիֆով 1,674, հետա-
դարձ տիֆով՝ 1254 և ծաղիկով՝ 742: Խինինային պրոֆիլակտիկա
չէր կիրառվում: Շատ բնորոշ է, որ 46,822 մարդու մեջ բնական
ծաղկի 742 դեպքի առկայության պայմաններում տեղամասի

բնակիչներին տրված է ընդամենը միայն ծաղկի 237 պատվաստում»:

Էջմիածնի դատական-սանիտարական բժշկ Զ. Ի. Տեր-Մինասովը 1920 թվի փետրվարի 19-ի զեկուլյցի մեջ գրում է.

«Ամբողջ գավառի սանիտարական վեճակը գտնվում էր ծայրահեղ անբարենպաստ պայմաններում: Քարուքանդ արված, ավերակների վերածված գյուղերը լցվում էին սատկած կենդանիների նեխված մնացորդներով, և ամեն տեսակի անմաքրություններով: Այսպիսի դրությունը չէր կարող չազդել ինֆեկցիոն հիվանդությունների դարգացման վրա՝ կապակցված բնակչության քաղցածության հետ: Տները, բակերը, հրապարակները, ջրհորներն ու ոռոգման առուները պահվում էին ոչ պատշաճ մաքրության մեջ, դրան նպաստում էին բանվորական ձեռքերի քաղակալությունն ու արտասովոր թանկությունը:

«Փախուռում բաղանիքներ համարյա չկան, իսկ հասարակական օգտագործման համար վաղարշապատում պահվող բաղանիքը խեղդուկ օդով, կեղտոտ ու մուսյլ մի շենք է:

«Բաղանիքում դործածվող ջուրը, որ գալիս է ոռոգման առուներից, նույնպես աչքի չի ընկնում իր մաքրությամբ: Բնակչությունն առանձնապես տանջվում է ոչ միայն լավորակ ջրի բացակայությունից, այլև ընդհանրապես նրա պակասությունից, քանի որ ամռանը գյուղերից շատերը բոլորովին ջուր չունեն: Փետի ջրին ամենուրեք փոխարինում է ջրհորի ջուրը, իսկ ջրհորները պրիմիտիվ կառուցվածք ունեն և կեղտոտ են պահվում: Այն վայրերում, որտեղ ոռոգման առուներ կան, օգտվում են այդ ջրից, որը վերին աստիճանի անմաքուր է, կեղտոտված սպիտակեղեն լվանալուց և անասուններ լողացնելուց, հենց այդ էլ հաճախ պատճառ է դառնում վարակիչ հիվանդությունների տարածման»:

Այսպես էր դաշնակների ժամանակ դրությունը ամենուրեք բնակչության բժշկա-սանիտարական սպասարկման տեսակետից:

Բերված տվյալների հիման վրա գալիս ենք այն եզրակացության, որ դաշնակների տիրապետության տարիներին լայնորեն տարածված համաճարակային հիվանդություններն անարգել առաջանում, դարգանում և տարածվում էին ինֆեկցիաների համար բարենպաստ հողի վրա:

Միանգամայն ակնհայտ է դառնում, որ դաշնակցական «առողջապահությունը» չէր կարող դիմադրել բնակչության առողջության խիստ վտաճարացման պրոցեսին:

Г. А. ГЕВОНДЯН

ТЯЖЕЛОЕ НАСЛЕДИЕ

Автор дает в статье краткую характеристику организации дела здравоохранения в б. царской России.

Россия при царизме была одной из самых отсталых капиталистических стран. Проводя политику национального угнетения и эксплуатации трудовых масс, царское правительство не проявляло никаких серьезных забот по организации лечебной и санитарной службы в бывшей Эриванской губернии. Безкультурье, антисанитария, крайне слабая организация мероприятий, направленных к охране здоровья населения в бывшей Эриванской губернии, создавали все предпосылки для распространения эпидемических болезней в весьма больших масштабах, дававших высокую смертность. Этим и объясняется то, что эпидемия таких болезней, как холера, оспа и др., уносили среди населения Армении очень много жертв. Особенно большие опустошения производила малярия, являвшаяся исключительно жестоким бичом населения б. Эриванской губернии. Из-за малярии в целом ряде районов губернии население не давало никакого прироста и форменно вымирало.

В дашнакское время смертность держалась на высоких цифрах вследствие крайне ограниченного стационарного коечного фонда, редкой сети амбулаторных учреждений и почти полного отсутствия специализированного детского медицинского обслуживания и противоэпидемической службы.

Исключительное по своей тяжести санитарно-эпидемическое наследие потребовало много усилий и средств со стороны органов советского здравоохранения для ликвидации этих печальных для страны последствий.