

УДК 94: 348.328.4](477) «1914/1917»

Катерина Потічка

ДІЯЛЬНІСТЬ СЕСТЕР МИЛОСЕРДЯ РОСІЙСЬКОЇ ІМПЕРІЇ В РОКИ ПЕРШОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ

Ця стаття торкається діяльності сестер милосердя в роки Першої світової війни. У ній детально описується структура Російського товариства Червоного Хреста і види діяльності жінок в різних його підрозділах. Значна увага приділяється віковим групам, освіті, соціальному статусу і релігійній вірі сестер. Стаття дає детальний аналіз побутових умов і матеріального забезпечення працівниць Червоного Хреста, аналізує причини і рівень смертності серед сестер милосердя. Даються висновки відносно закономірності зміни активізації жінок від тривалості військових дій.

Ключові слова: Російське товариство Червоного Хреста, Всеросійський земський союз, сестра милосердя, жінка-лікар, Перша світова війна.

Порушуючи тему діяльності сестер милосердя Російської імперії упродовж Першої світової війни, вважаємо за необхідне звернутися до витоків подібної самореалізації жінок. Тут доцільно зазначити, що в лікарнях Європи здавна існувала практика, коли жінки надавали посильну допомогу. Згодом ця традиція почала поширюватися також і в Російській імперії. Це, наприклад, діяльність представниць слабкої статі в Маріїнському шпиталі, відкритому в 1803 р. Тут за хворими доглядали «жалісливі вдови» з так званого будинку «вдови», який належав до Смольного монастиря. Лікарняна інструкція з приводу регламентації їх чергування свідчила: «Посада не важка, але важлива для хворих і вимагає хорошого розуму і багато терпіння, і людинолюбства, і лагідного ставлення до них». Вдови були одягнені в сукню темного кольору і носили на шиї розміщений на широкій зеленій стрічці золотий хрест. На одному його боці навколо образу Божої матері містився напис: «Усіх скорботних радість», а з іншого розміщувалося одне слово: «Жалісність» [1, с. 6]. Цей відмінний знак носили упродовж усього життя навіть після відставки. Щодня в лікарні працювали чотири «жалісливі» сестри і шість «учениць». Через Кримську війну в середині XIX ст. в сфері медичного забезпечення виникла доволі складна ситуація, оскільки фронтові лікарні крім матеріальних потреб гостро відчували нестачу персоналу. Тут ініціативу проявив відомий військовий хірург М. Пирогов, який запропонував залучити до цієї справи жінок. Його ідею підтримала велика княгиня Олена Павлівна і сестри Хрестовоздвиженської общини, які розпочали свою службу в Криму 1 грудня 1854 р. [2, с. 31]. У ході цієї воєнної кампанії в Криму працювало більше 120 жінок, 68 із яких були нагороджені медаллю «За оборону Севастополя», а 17 загинули на бастіонах і в окопах [2, с. 52].

Основні пункти статуту, який регламентував діяльність сестер, були запропоновані особисто М. Пироговим у 1854 р. і діяли з деякими поправками аж до кінця Першої світової війни. Це ставить під сумнів усталену думку про те, що основи сестринської справи вперше визначила англійська сестра милосердя Флоренс Найтінгейл, яка працювала у 1854 р. спочатку в Скутарі, а потім у Криму і на підставі власного досвіду в 1859 р. видала відповідну працю. У Російській імперії статут «Товариства піклування про поранених і хворих воїнів» затверджений Олександром II лише 3 травня 1867 р. [3, с. 96].

Наступним етапом у визначенні місця сестер милосердя стала російсько-турецька війна (1877–1878 рр.), коли жінок у діючу армію супроводжували навіть вищі посадовці [4, арк. 2]. Сестри милосердя відправлялися групами, які формувалися у відділення. Їх юридичний та адміністративний статус упродовж війни визначався виданими в 1875 р. «Правилами для сестер Червоного Хреста» і статутом, складеним для бажаючих вступити до Червоного Хреста лише на період війни. Слід зазначити, що існувало розмежування статусів сестер. Жінки, які працювали сестрами милосердя у воєнний час, мали вищий статус у порівнянні зі своїми колегами, які отримали практику роботи тільки при шпиталях. Так, сестри милосердя воєнного часу були досвідченіші й цілком могли виконувати обов'язки асистента лікаря в ході проведення будь-яких операцій. Це пояснювалося тим, що їм доводилося працювати переважно у прифронтовій зоні, де поранення і хвороби пацієнтів відрізнялися складністю, а допомога надавалася терміново. Поряд із тим, працюючи тільки в лазаретах, сестри, зазвичай, не залучалися до надання допомоги лікарям при проведенні операцій, а виконували обов'язки переважно доглядальниць або навіть санітарок. Тому такі сестри-доглядальниці часто подавали клопотання про переведення їх на фронт. Звертатися їм доводилося до старшого лікаря, який мав повноваження порушувати відповідне питання перед керівництвом Червоного Хреста [5, арк. 152]. На службу дозволялося приймати жінок віком від 20 – до 45 років. На відміну від часів попередньої Кримської війни, коли багато сестер Хрестовоздвиженської общини

після 1 року роботи (термін, визначений у обітниці), поверталися додому, ці жінки були зобов'язані працювати аж до завершення війни. Отже, в Росії ще з середини XIX ст. існувала практика залучення жінок до медичної справи, що викликано складними умовами воєнного часу.

На початку Першої світової війни діяльність сестер милосердя перебувала під подвійним контролем Російського товариства Червоного Хреста (далі – РТЧХ) та Всеросійського Земського Союзу (далі – ВЗС), а з початком воєнних дій контролюючи повноваження у цій сфері мав ще й військовий комітет. Структурна схема товариства сестер милосердя являла собою горизонтальну модель і відповідала адміністративно-територіальному устрою країни. Кожна губернія мала функціонуючі підрозділи допомоги, котрі діяли не лише на театрах воєнних дій, а й у тилу. Товариство відкривало патронати, які в свою чергу поділялися на рівні, що відповідали ранговому устрою армії. Патронати могли бути для офіцерів або для нижчих чинів, але існували й заклади змішаного типу [6, арк. 1], які відкривалися поблизу фронту й виконували функції евакуаційних пунктів. Відомо, що до 1915 р. існувало 115 структурних підрозділів, які належали до Товариства Червоного Хреста [3, с. 176].

Медична допомога поділялась на шпитальну, військово-хірургічну, амбулаторну, епідемічну, прищепну, лабораторну і стоматологічну [7, арк. 70]. Для ефективнішого управління підрозділами існували центри медичних районів Південно-Західного фронту в Києві, Рівному та в Проскуріві [6, арк. 12]. Але з часом у ході розгортання воєнних дій така система показала свою недосконалість, оскільки прифронтові лазарети не змогли вчасно отримувати інформацію про кількість поранених бійців і про передислокацію армій. Ці відомості спочатку надавалися керівництву Червоного Хреста, звідки надходили до санітарних центрів і лише потім про це сповіщалися підрозділи найнижчої ланки – шпиталі. Отже, виходячи з цього можна говорити, що через структурну громіздкість і недосконалість організаційної системи військово-лікувальні заклади первинної ланки не володіли повною інформацією або отримували її із запізненням, що негативно впливало на ефективність і оперативність їхніх дій. Через прогалини в управлінні, недостатньої чисельності медперсоналу, гострий дефіцит медикаментів збільшувалася смертність серед поранених солдат.

Після вступу Росії в Першу світову війну в країні спостерігався вибув патріотичних настроїв, на хвилі якого розпочалася масштабна мобілізація жінок для надання медичної допомоги фронту. У 1916 р. за офіційними списками, на фронт відправлено 17436 сестер, які обслуговували більше 2 тис. польових і тилових установ Червоного Хреста [8, с. 145]. Загальна кількість сестер милосердя на Південно-Західному фронті складала 4,5 тис. осіб [9, арк. 7]. На один тиловий лазарет в середньому припадало 10 сестер, у той час як для шпиталю в прифронтовій зоні їх чисельний склад збільшувався до 12–15 осіб [7, арк. 100]. Це були представниці практично усіх верств населення, які нерідко належали до різних релігійних конфесій і вступили на службу в Червоний Хрест з власних міркувань. Безперечно, існували патріотичні мотиви, під впливом яких жінки вступали на службу, але доцільно відзначити ще декілька важливих причин. Тут слід відмітити, що робота в організації стала модною, оскільки активну участь в організації діяльності підрозділів товариства брали представниці дому Романових й інші дворянки. Нерідко до вступу в організацію підштовхувало складне матеріально-побутове становище, а ставши сестрою милосердя, жінка отримувала «дах над головою» і державне забезпечення. І нарешті, ще один спонукальний мотив – це можливість здобути безкоштовну медичну освіту.

Вікова палітра сестер милосердя виглядає доволі строкато, але більшість жінок були середнього віку. Нижню вікову межу зафіксовано на рівні 9–10 років [10, с. 9]. Мали місце непоодинокі випадки, коли на сестринську службу вступали дівчата. У Євгенівському шпиталі, наприклад, працювала сестра-учениця віком 14 років [11, арк. 176], а в лікувальних закладах Полтавської губернії таких неповнолітніх «сестричок» було найбільше. Тут важкі обов'язки виконували десять дівчаток віком 14–16 років [4, арк. 377]. «Сестрички» готували бинти, підносили воду хворим, підтримували їх емоційний стан. Для вступу в товариство неповнолітніх дівчат вимагався письмовий дозвіл батьків. Найчисленнішу групу складали жінки віком 18–30 років, а верхня вікова межа в статистичних відомостях фіксувалася на рівні 56 років. Заміжні жінки могли стати сестрами лише в невеликих провінційних общинах через нестачу працівників обов'язково з дозволу чоловіків. Жінки, які працювали в центральних організаціях, на час війни зобов'язувалися не вступати в шлюбні відносини. Крім того, вважалося неприпустимим, щоб в одній установі Червоного Хреста разом працювали чоловік і дружина або інші особи, які мають родинні зв'язки [12, арк. 91].

Для фахової підготовки жінок створювалися тримісячні курси сестер милосердя Червоного Хреста. Поряд із цим органи земського самоврядування та товариства лікарів спільно опікувалися відкриттям шеститижневих курсів за скороченою програмою, на які зараховували усіх бажаючих жінок. Щоб краще керувати діяльністю лазаретів, Олександра Федорівна вирішила особисто пройти курс сестер милосердя воєнного часу разом з двома старшими великими княжнами. Сестринську справу їм викладала княжна А. Гедройц, перша жінка-хірург, яка керувала палацовим шпиталем.

Заняття тривали дві години на добу, курсистки були присутні на всіх типових операціях. Після складання іспитів вони отримували червоні хрести, атестати на звання сестер милосердя воєнного часу [13, с. 61]. Навчання на курсах проходили всі жінки, незалежно від їх соціального становища. Основу теоретичної підготовки складали лекції тривалістю 30 хв. кожна, які читали лікарі [14, с. 20]. Після цього заняття переміщувалися в лазарет, де вже відбувалася соціальна диференціація, тобто нижчі за ієрархією курсистки направлялися до солдатів, а вихідці із вищих соціальних груп прямували до офіцерів.

Згодом при 10-ому передовому загоні ВЗС відкрилися курси для військових лікарів, на які зараховували жінок та чоловіків. Перший випуск у складі 6 чоловіків і 2 жінок відбувся напередодні Різдва 1917 р. Навчальною програмою передбачалося 2 тижні теоретичних лекцій та місяць практичних занять, у ході яких кожен слухач прикріплювався до окремої палати на 10 осіб, здійснював лікування і навіть залучався до проведення операцій. Передбачалося, що курсисти повинні виконати щонайменше по одній типовій операції в кожній сфері медицини [7, арк. 133].

Нормований статут товариства чітко регламентував одяг сестер милосердя РТЧХ. Відповідно до § 54 цього документу «сестри повинні носити тільки встановлений одяг, що складався з вовняної або холстинкової сукні коричневого або сірого кольору, білого фартуху і білої головної косинки. На фартусі сестри мали відмітний знак свого звання – знак Червоного Хреста, що нашивався на нагруднику. Під час виконання своїх обов'язків сестри носять на лівій руці пов'язку зі знаком «ЧХ», яка мала особистий номер, що підтверджувалося посвідченням (у разі війни пов'язка носилася безперервно)». Будь-які особи, що незаконно присвоїли собі право носіння пов'язки, могли притягатися до кримінальної відповідальності. За подібне порушення передбачався арешт від 3 тижнів – до 3 місяців [15, с. 226]. Правилами носіння форми сестер милосердя і особами жіночого санітарного персоналу РТЧХ (1915 р.) заборонялося «носити неповну форму або спотворювати її будь-якими аксесуарами, що не відповідають строгому вигляду сестри милосердя». Жіночий санітарний персонал, що не мав звання сестри милосердя, носив таку ж форму, але без нагрудного ЧХ.

При значній кількості хворих існував занадто високий ризик інфекційних захворювань. У зв'язку із цим комітет ВЗС прийняв низку циркулярів, які регламентували зміни у формі одягу при епідеміях. У Настанові для медичного персоналу і санітарної прислуги в умовах можливого інфекційного зараження йшлося: «жінки повинні носити короткі спідниці і високі чоботи і вжити заходи для того, щоб воші з підлоги не могли проникнути. До хворих занадто низько не нагинатися, не сидати на ліжку хворих. Після відвідування усіх хворих в будинку зняти спеціальний одяг, потім випрасувати його з обох боків гарячою праскою, змінити усю нижню білизну і піддати її дезінфекції» [16, арк. 71].

На початковому етапі воєнних дій приміщень не вистарчало, тому медичні заклади нерідко розгорталися у непристосованих до цього будівлях і спорудах. Часто доводилося використовувати будівлі управлінських і навчальних установ. При вирішенні питань щодо відведення приміщень для поранених і хворих військово-медична адміністрація натикалася на протистояння з боку уповноважених об'єднаних зборів батьківських комітетів, піклувальної ради та педагогічного комітету вищих, середніх і нижчих місцевих навчальних закладів. Так було в Одеській окружній управі, до начальника управління з розквартирування якої неодноразово «зверталися з проханням задовольнити їх клопотання щодо недопущення відведення шкіл під лазарети» [17, с. 3]. Через такі дії поранені довго перебували у вагонах, чекаючи розміщення в лазареті, що власне спричиняло збільшення ризиків і смертності.

Основне призначення лазаретів – це стаціонарне лікування тих поранених, які за станом здоров'я не підлягали подальшому перевезенню. Крім того, тут на лікуванні перебували поранені й хворі, здатні швидко одужати й повернутися в стрій. Відповідно до цього середня тривалість лікування в лазаретах не перевищувала 10–14 днів [9, арк. 5]. Зазначимо, тут працювали переважно жінки, здатні проявляти надмірну опіку й благодійність. Через це мали місце непоодинокі випадки, коли після нетривалого лікування й поправки солдати не бажали переїздити в госпіталь, а перебували в прифронтовому медичному закладі аж до повного одужання. Таке ставлення призводило до виникнення «дефіциту ліжок» і бійці для лікування «перекидалися» в інший заклад. Через існування такої проблеми згодом виникли приватні шпиталі, засновниками яких, зазвичай, ставали особи дворянського походження. Так, у 1914 р. розпочала функціонування низка таких лікувальних установ, серед яких Обухівський лазарет ім. М. Гербень [19, арк. 3], Лазарет імені графині Е. Толдчей [19, арк. 7], Госпіталь М. І. Ковель [4, арк. 305] та ін. Поряд із тим мали місце випадки коли з політичних причин або через «недосконале обслуговування персоналу», лазарети і шпиталі закривали, а сестер переправляли в інші установи. Подібна реорганізація здійснювалася також і через гостру необхідність подальшого удосконалення мережі прифронтової медицини.

З просуванням російських армій у бік заходу під контроль центральних медичних управлінь переходили лазарети і лікарні зайнятих територій. Так, з 1 липня 1916 р. крайові шпиталі Галичини і Буковини переходили до ВЗС, працювати у які на посадах сестер милосердя були запрошені учасниці Червоного Хреста, росіянки за національністю [18, арк. 3]. Сестер, які працювали там до цього, відправили в Самарську общину сестер милосердя.

Середня кількість місць в лазаретах сягала 120–150 ліжок. Лікарняні установи, зазвичай, поділялися на два крила (жіноче і чоловіче). Відмінність «дамської сторони» полягала лише в наявності родильної кімнати. Розмежовувалися відділення, зазвичай, кімнатами братів і сестер милосердя, санітарів і фельдшерів. Кухня та їдальня знаходилися на першому поверсі, або окремо від шпиталю в залежності від будівлі. Сестри проживали в окремих доволі просторих кімнатах по 2–3 особи.

Робочий день в шпиталі починався о 8 год., коли санітари розносили сніданок і чай. Годували хворих ситно, а лікарів і сестер – вишукано. На кожну людину з персоналу медичних установ на день виділялося 2,5 фунта чорного хліба або 1 фунт білого, 15 золотників сала, 8 шматків цукру, 0,5 фунта круп різних, 1 фунт м'яса [7, арк. 27]. Сестри нерідко клопотали про їх переведення на солдатський стіл, але постійно отримували відповідь: «За статутом Червоного Хреста сестри повинні отримувати офіцерський стіл» [9, с.73].

Побут сестер милосердя суттєво покращився після прийняття постанови від 21 жовтня 1917 р., у якій передбачалося утримувати прислугу (1 прислуга на 10 сестер) для обслуговування цих медпрацівників. Виділялися також кошти на прання власної білизни і передбачалося право на відпустку [3, арк. 416].

Працювали сестри до 20 год. на добу без вихідних. Вільний день надавали тільки після нічного чергування, яке призначалося один раз на 2–3 тижні. Лікарі були задіяні щодня (окрім неділі) по 2–3 год. Вони здійснювали обходи поранених і робили перев'язки. Вночі сестри залишалися разом із санітарами. На весь шпиталь залишалося 2 сестри при загальній кількості 170–200 хворих, тобто на 1 сестру припадало 85–100 осіб. Нічне чергування було досить важким, хворі нерідко перебували ще й у різних залах. Через такі перенавантаження спостерігалось погіршення стану здоров'я медперсоналу.

Згодом на підставі постанови комісії з питання устаткування лазаретів для поранених регламентувалося співвідношення хворих і медсестер із розрахунку 500 сестер милосердя і фельдшерок на 12 тис. ліжок [7, арк. 99]. Тобто, на 1 сестру милосердя чи фельдшера припадало 24 хворих (поранених). Отже, за одну 12-годинну зміну сестра могла приділити кожному хворому по 30 хвилин, що звісно дещо полегшувало її становище, але у неї були й інші обов'язки, які стосувалися не лише допомоги пораненим.

Необхідно підкреслити, що в роки Першої світової війни жінки не обмежувалися службою в рядах Червоного Хреста, вони нерідко працювали фельдшерами і навіть займали посади лікарів. Жінок-лікарів було порівняно небагато (в рази менше ніж чоловіків), але це свідчить про те, що суспільство почало виходити за межі традиційного уявлення щодо ролі жінки та її праці. Народа представників Червоного Хреста у серпні 1914 р. затвердила наступне рішення: «Є можливість замінювати лікарів лікарями-жінками, проте це можливо тільки в тилових установах, оскільки в передових, за самими рідкісними винятками, умови роботи не відповідають діяльності лікарів-жінок» [9, арк. 4]. Але через гостру потребу на фронті й нестачу хірургів-чоловіків уже з 16 вересня 1915 р. до цієї діяльності почали залучати фахівців-жінок [5, арк. 121]. Чисельність жінок-лікарів неухильно збільшувалася в тому числі й через масову мобілізацію чоловіків на фронт напередодні Брусиловської наступальної операції. Лікарями могли бути тільки ті жінки, які закінчили на відмінно навчання і не мали нарікань з боку керівництва лікарських курсів. На початку 1917 р. Департамент народної освіти презентував нову інструкцію про порядок набору і розподіл жінок-лікарів, що залучалися на дійсну службу:

«1. Негайно по закінченню випускних іспитів при учбових закладах утворюються особливі комісії з жінок-лікарів, по можливості фахівців, для огляду здоров'я усіх жінок-лікарів, що підлягають виклику. При визначенні придатності до служби комісія керується розкладом хвороб В. і Г., прикладеним до наказу по військовому відомству 1907 р. № 436, причому повинні братися до уваги особливості жіночого організму. Рішення комісії вважається остаточним. Жінкам-лікарям, визнаним непридатними до військової служби, видається посвідчення.

2. Усі жінки-лікарі, визнані придатними до служби, заносяться в особливий список, в якому мають бути відмічені особисті дані.

3. Жінки-лікарі упродовж трьох днів після виклику зобов'язані, прибути в пункти збору: Харків, Саратов, Томськ» [20, арк. 143].

Армійські служби також займалися підбором медперсоналу, аналізуючи списки усіх жінок-медиків. Перевага надавалася жінкам не старше 45 років, які замість медичного огляду представляли свідоцтво лікаря.

Паньки працювали у військових госпіталях, лазаретах, санітарних поїздах, в епідеміологічних, передових рухомих та щеплювальних загонах. Обов'язки фельдшерів і сестер милосердя в лазаретах відрізнялись. Фельдшериці займалися лікуванням хворих, допомагали лікарям, а сестри милосердя виконували роботу санітарів та доглядальниць. Відповідальнішу роль і важче завдання лягало на плечі тих жінок, які працювали в рухомих лазаретах і загонах. Тут функції фельдшерок і сестер практично співпадали. Напередодні рейсу вони слідували за комплектуванням убиралень дезінфікуючими засобами, поповнювали вагонні аптечки, здійснювали огляд плювальниць, перевіряли стан медичного обладнання, переглядали постільну білизну на предмет її чистоти. Під час рейсу надавали медичну допомогу і здійснювали догляд за хворими згідно з призначеннями лікаря, проводили перев'язки, забезпечували дієту для хворих вагону, слідували за чистотою і порядком. Медперсонал чергував у відповідності з певним графіком. Безпосередньо після рейсу здійснювалася заміна брудної білизни на свіжу, вагон вимивали розчином соди і зеленого мила. Кожного ранку медперсонал забезпечував прибирання свого вагону. Відлучатися з потягу молодшому медперсоналу дозволялося виключно з дозволу лікаря [1, арк. 82]. Абсолютно логічним буде відмітити, що робота в тиловому і в прифронтовому госпіталях відрізнялася складністю виконуваних завдань і необхідними фізичними і морально-психологічними зусиллями, що починалося у свою чергу на загальному стані здоров'я медичних працівників.

Матеріальне забезпечення сестер милосердя здійснювалося на підставі 8 пункту Статуту Хрестовоздвиженської общини сестер милосердя: «Сестри не повинні приймати для себе ні грошей, ні інших подарунків, приміщення, кухня і їжа однакові для всіх». Але в реальному житті це не відповідало визначеним нормам. Так, жінки-лікарі забезпечувалися підйомними у розмірі 100 крб., отримували одноразову допомогу, яка при відсутності дітей обмежувалася 180 крб., а при їх наявності сягала 360 крб. Крім того, вони отримували кошти на переїзд до пункту призначення, який дозволялося здійснювати ще й у зворотному напрямку [20, арк. 143]. Сестри милосердя за добу отримували 2 крб., що складало доволі скромні заробітки. Але з урахуванням того, що община забезпечувала їх одягом, безкоштовним проживанням та прислугою, то їх становище можемо назвати пристойним для воєнного часу.

Для заохочення жінок до роботи і як подяку за добродійні справи держава нагороджувала сестер милосердя медалями. Були встановлені «Правила про нагородження медалями «За завзятість» сестер милосердя», згідно з якими для нагородження визначалася норма 25:100 облікового складу кожної окремої частини, тобто 1 медаль на 4 особи. Нагородження здійснювалося один раз на півроку [21, арк. 420]. У якості первинної нагороди сестрам милосердя отримували срібну нагрудну медаль на Аннінській стрічці.

Внаслідок перенапруження, фізичного і морального навантаження, спалахів епідемій і захворювань, через воєнні дії зростала смертність серед сестер милосердя. За даними на 1 листопада 1915 р. померло 28 осіб [3, с. 179], тоді як за січень-лютий 1916 р. ця чисельність зросла до 77 осіб [7, арк. 94]. Точних даних щодо чисельності померлих сестер милосердя назвати вкрай складно, а то й неможливо.

Таким чином, основна маса жіноцтва упродовж Першої світової війни здійснювала традиційну функцію для тогочасної форми сприйняття жінки – медичну допомогу. На підставі різних джерел можна констатувати існування певної закономірності у ході процесу активізації жінок. Тобто, чим довше тривала війна, тим більше представниць слабкої статі залучались на театрі воєнних дій і проведення різних тиллових робіт. Війна виявила цілу низку соціальних проблем, пов'язаних з організацією медичної допомоги та забезпечення обладнанням лікарень і лікарів, фінансової підтримки військових і їх сімей. Самовіддане служіння сестер милосердя, участь в їх лавах представниць вищої ланки соціуму і, звісно, величезні кошти, які вони витрачали на спорядження санітарних загонів, піднімали престижність цієї благородної і водночас важкої роботи.

Список використаних джерел

1. Мариинская больница для бедных // Квартальный надзиратель. – 2003. – № 11. – С. 8.
2. Пирогов Н. И. Севастопольские письма Н. И. Пирогова 1854–1855 года / Н. И. Пирогов. – СПб.: тип. М. Меркушева, 1907. – 230 с.
3. Постернак А. В. Очерки по истории общин сестер милосердия / А. В. Постернак. – М.: Свято-Димитриев, уч.-ще сестер милосердия, 2001. – 473 с.
4. Центральний державний історичний архів України в м. Києві (далі – ЦДІАК України), ф. 442, спр. 289, арк. 3.
5. ЦДІАК України, ф. 719, спр. 411, арк. 193.
6. ЦДІАК України, спр. 22, арк. 2.
7. Там само, ф. 715, спр. 268, арк. 179.
8. Щербинин П. П. Военный фактор в повседневной жизни русской женщины / П. П. Щербинин. – Тамбов: Юлис, 2004. – 185 с.
9. ЦДІАК України, ф. 719, спр. 140, арк. 10.
10. Крючкова Д. 10-летняя сестра милосердия / Д. Крючкова // Синий журнал. – 1914. – № 46. – С. 12.
11. ЦДІАК України, ф. 719, спр. 413, арк. 187.
12. Там само, спр. 415, арк. 251.
13. Зверева Н. К.

Августейшие сестры милосердия / Н. К. Зверева. – М.: Вече, 2006. – 461 с. 14. Чеботарева В. В. В Дворцовом лазарете в Царском Селе. Дневник: 14 июля 1915 – 5 января 1918 / В. В. Чеботарева // Новый журнал. – 1990. – № 181. – С. 18–35. 15. Нормальный устав общины сестер милосердия. – СПб.: Губернская типография, 1913. – 5 с. 16. ЦДІАК України, ф. 715, спр. 467, арк. 93. 17. Училища – под лазареты // Народная жизнь. – 1917. – № 90. – С. 4. 18. ЦДІАК України, ф. 715, спр. 771, арк. 9. 19. Там само, ф. 719, спр. 646, арк. 8. 20. Там само, ф. 707, спр. 5а, арк. 565. 21. Там само, ф. 278, спр. 221, арк. 640.

Екатерина Потницкая

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Эта статья касается деятельности сестер милосердия в годы Первой мировой войны. В ней подробно описывается структура Российского общества Красного Креста и виды деятельности женщин в разных его подразделениях. Большое внимание уделяется возрастным группам, степени образованности, социальному статусу и религиозной вере сестер. Статья дает детальный анализ бытовых условий и материального обеспечения работниц Красного Креста, анализирует причины и уровень смертности среди сестер милосердия. Даются выводы относительно закономерности изменения активизации женщин от продолжительности военных действий.

Ключевые слова: Российское общество Красного Креста, Всероссийский земский союз, сестра милосердия, женщина-врач, Первая мировая война.

Kateryna Potitska

ACTIVITIES OF THE SISTERS OF CHARITY RUSSIAN EMPIRE DURING THE FIRST WORLD WAR

This article covers the activities of the Sisters of Charity in the First World War. It describes in detail the structure of the Russian Red Cross Society and activities of women in its various divisions. Much attention is paid to age, level of education, social status and religious belief sisters. The article gives a detailed analysis of the living conditions and material support of the Red Cross workers, analyzes the causes and the mortality rate among nurses. We give conclusions about the patterns of change in women's activation from the duration of hostilities.

Key words: Russian Red Cross Society, the All-Russian Land Union, a nurse, a female doctor, the First World War.