
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 886 (додаток 4) від 02.07.2020 р.)
Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації серія КВ № 18428-7228ПР

№ 4 (109)
(жовтень - грудень)

Одеса 2025

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А. І. Гоженко**

О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Н. С. Бадюк, Є. П. Белобров, Р. С. Вастьянов, В. С. Гойдик, М. І. Голубятніков, А. А. Гудима, Г. С. Манасова, В. В. Огоренко, Т. П. Опаріна, І. В. Савицький, С. М. Пасічник, Н. Д. Філінець, В. В. Шухтін, Якименко О. О.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Х. С. Бозов (Болгарія), Денисенко І. В. (МАММ), В. А. Жуков (Польща), С. Іднані (Індія), А. Г. Кириченко (Днепр), М. О. Корж (Харків), І. Ф. Костюк (Харків), М. М. Корда (Тернопіль), Н. Ніколич (Хорватія), М. Г. Проданчук (Київ), М. С. Регеда (Львів), А. М. Сердюк (Київ), К. О. Талалаєв (Одеса)

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
e-mail nymba.od@gmail.com
Наш сайт - www.medtrans.com.ua

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору 24.12.2025 р.. Підписано до друку 27.12.2025 р. Формат 70×108/164
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам № 2/9/15 Тираж 100 прим.

ISSN 2707-1324

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005

MINISTRY OF HEALTH CARE OF UKRAINE

State enterprise Ukrainian Research Institute of Transport
Medicine

JOURNAL OF MARINE MEDICINE

Scientific and practical journal
It is published 4 times a year

Founded in 1997. The magazine is a professional publication of the main results of thesis's and works in the field of medical sciences

(Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine No. 886 (Appendix 4)
dated July 2, 2020)

Certificate of state registration of printed mass media series KV No. 18428-7228PR

No. 4 (109)
(October - December)

Odessa 2025

EDITORIAL BOARD

Chief editor A. I. Gozhenko

O. M. Ignatiev (deputy editor-in-chief), N. A. Matsegora (responsible secretary), N. S. Badiuk, E. P. Belobrov, R. S. Vastyanov, V. S. Hoydyk, M. I. Golubyatnikov, A. A. Gudyma, G. S. Manasova, V. V. Ogorenko, T. P. Oparina, I. V. Savitsky, S. M. Pasichnyk, N. D. Filipets, V. V. Shukhtin, Yakymenko O. O.

EDITORIAL COUNCIL

H. S. Bozov (Bulgaria), I. V. Denysenko (IMHA), V. A. Zhukov (Poland), S. Idnani (India), A. G. Kyrychenko (Dnipro), M. O. Korzh (Kharkiv), I. F. Kostyuk (Kharkiv), M. M. Korda (Ternopil), N. Nikolic (Croatia), M. G. Prodanchuk (Kyiv), M.S. Regeda (Lviv), A. M. Serdyuk (Kyiv), K. O. Talalaev (Odessa)

Address of the editorial office

Address of the editorial office
65039, SE UkrNDI for medicine of transport
Odessa, str. Kanatna, 92
e-mail nymba.od@gmail.com
Our website - www.medtrans.com.ua; herald.org.ua

Editor N. I. Yefremenko

Submitted for typing on 12/24/2025. Signed for printing on 12/27/2025. Format 70×108/164
Offset paper No. 2. Offset printing. Terms and conditions - print sheet. .
Deputy No. 2/9/15 Circulation 100 approx.

К. О. Гололобова, Н. М. Кобиляк, Л. А. Кузьменко, В.-С. М. Галіч

ЕВТАНАЗІЯ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИЧНОЇ ПРОБЛЕМАТИКИ: УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД ТА МІЖНАРОДНІ ПАРАЛЕЛІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Authors' Information

Гололобова К.О. <https://orcid.org/0000-0003-3343-5978>

Кобиляк Н.М. <https://orcid.org/0000-0001-9814-689X>

Кузьменко Л.А. <https://orcid.org/0000-0003-1558-3723>

Галіч В.-С.М. <https://orcid.org/0009-0006-6242-4097>

Summary. Hololobova K. O., Kobyliak N. M., Kuzmenko L. A., Halich V.-S. M. **EUTHANASIA IN THE CONTEXT OF BIOETHICAL DISCOURSE: THE UKRAINIAN EXPERIENCE AND INTERNATIONAL PARALLELS.** – *Bogomolets National Medical University, e-mail: k.hololobova@nmu.ua*. Euthanasia represents one of the most complex challenges of contemporary bioethics, situated at the intersection of patient autonomy, professional medical responsibility, and the protection of vulnerable persons. In Ukraine, this debate unfolds in the context of war, limited health care resources, and under developed palliative care, creating a condition of bioethical fragility in which requests for a “dignified death” may reflect unmet needs for adequate end-of-life care rather than autonomous choice. Comparative analysis of international data demonstrates that support for euthanasia is strongly associated with physical vulnerability, comorbidity, and insufficient symptom control, whereas in countries with well-developed palliative systems the practices are reembedded within institutionalized and regulated end-of-life frameworks. By contrast, Ukraine exhibits low societal readiness for open discussion of euthanasia, particularly among the most vulnerable groups, under scoring the necessity of strengthening palliative care as a prerequisite for any ethically and legally responsible policy on assisted dying.

Key words: euthanasia, palliative care, sociological research, bioethical aspect, quality of life, patient autonomy.

Реферат. Гололобова К. О., Кобиляк Н. М., Кузьменко Л. А., Галіч В.- С. М. **ЕВТАНАЗІЯ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИЧНОЇ ПРОБЛЕМАТИКИ: УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД ТА МІЖНАРОДНІ ПАРАЛЕЛІ.** Евтаназія є однією з найскладніших проблем сучасної біоетики, що формується на перетині автономії пацієнта, професійної відповідальності медицини та захисту вразливих осіб. В Україні ця дискусія відбувається в умовах війни, обмежених ресурсів і недостатньо розвинутої паліативної допомоги, що створює ситуацію біоетичної крихкості, у якій запит на «гідну смерть» може відображати нестачу належного догляду. Порівняльний аналіз міжнародних даних показав, що підтримка евтаназії тісно пов'язана з фізичною вразливістю, коморбідністю та дефіцитом ефективного полегшення страждань, тоді як у країнах із розвинутою паліативною інфраструктурою ці практики інтегровані в інституційно контрольовані моделі кінця життя. В Україні, навпаки, зафіксовано низьку готовність до відкритого суспільного діалогу щодо евтаназії, особливо серед найбільш вразливих груп, що підкреслює необхідність пріоритетного розвитку паліативної допомоги як передумови будь-якої етичної та правової дискусії.

Ключові слова: евтаназія, паліативна допомога, легалізація, соціологічне дослідження, біоетичні аспекти, гідність, якість життя, автономія пацієнта, Україна.

Вступ

Евтаназія є однією з найбільш концептуально складних і соціально чутливих проблем сучасної біоетики, що формується на перетині медицини, права, філософії та релігії. Вона безпосередньо торкається фундаментальних питань людської гідності, автономії особи, меж професійної відповідальності лікаря та допустимості медичного втручання у процес вмирання. У XXI столітті ця проблема набула особливої актуальності в умовах демографічного старіння, зростання поширеності хронічних і термінальних захворювань, а також розвитку медичних технологій, здатних тривало підтримувати біологічне життя за відсутності прийнятної якості життя.

У країнах Західної Європи та Північної Америки легалізація евтаназії та асистованого самогубства стала результатом тривалих суспільних, етичних і політико-правових дискусій, спрямованих на пошук балансу між автономією пацієнта, клінічним обов'язком зменшувати страждання та необхідністю захисту соціально й медично вразливих осіб. Саме в цьому контексті Бельгія, Нідерланди, Люксембург, Канада, Нова Зеландія та окремі штати США (зокрема Орегон і Каліфорнія) сформували інституційно врегульовані моделі припинення життя на прохання пацієнта, інтегровані у систему охорони здоров'я та правового контролю.

На цьому тлі український контекст є принципово відмінним. Тривала повномасштабна війна, структурна нестабільність системи охорони здоров'я, дефіцит спеціалізованої паліативної допомоги, обмежений доступ до знеболювальних засобів та висока соціально - економічна вразливість пацієнтів формують ситуацію так званої «біоетичної крихкості». У таких умовах запит на припинення життя може відображати не автономне усвідомлене рішення, а наслідок неконтрольованого страждання, відсутності належного догляду або втрати довіри до медичних інституцій.

Нормативно - правова рамка в Україні відображає жорстку заборону будь-яких форм евтаназії. Відповідно до статті 52 Основ законодавства України про охорону здоров'я [1], заборонені як активні, так і пасивні форми припинення життя пацієнта, незалежно від його стану або волевиявлення. Водночас соціологічні дані ще до повномасштабної війни фіксували наявність латентного суспільного запиту на «право на гідне завершення життя»: у загальнонаціональному опитуванні 2007 року 51% респондентів зазначили, що людина має право скористатися допомогою лікарів з метою добровільної смерті. Подальші спроби ініціювати зміни до законодавства у 2010 році, хоча й не призвели до правового зсуву, засвідчили наявність тривалої напруги між нормативною заборонаю та суспільними очікуваннями.

Важливою особливістю є те, що в більшості європейських країн, навіть за відсутності прямої легалізації евтаназії, практики кінця життя де-факто існують у формі відмови від лікування, інтенсивної паліативної седації або клінічно допустимого посилення знеболень. Це означає, що юридичний статус евтаназії не вичерпує реального спектра медичних рішень наприкінці життя, а біоетична проблема полягає не лише в дозволі або забороні, а у прозорості, контролі та захисті вразливих осіб.

Показово, що в країнах, де евтаназія була легалізована найраніше, насамперед у Нідерландах і Бельгії з 2002 року, цей процес спирався на масштабні соціологічні та клініко-епідеміологічні дослідження за участю лікарів, пацієнтів із термінальними захворюваннями та загального населення. Їхньою метою було не лише виміряти рівень суспільної підтримки, але й виявити взаємозв'язок між ставленням до евтаназії, тяжкістю хвороби, доступністю паліативної допомоги та показниками клінічної й соціальної вразливості [2, 3]. Саме така емпірично обґрунтована модель публічного діалогу дозволила інтегрувати евтаназію в регуляторні рамки без втрати етичних запобіжників.

Матеріали та методи

Дослідження здійснено в межах міждисциплінарної біоетичної парадигми, що інтегрує емпіричні соціально-медичні дані з нормативним аналізом рішень наприкінці

життя. Такий підхід дозволяє розглядати евтаназію як індикатор структурної взаємодії між клінічною вразливістю пацієнта, інституційною спроможністю системи охорони здоров'я та моральними межами медичного втручання.

Емпіричну базу становили міжнародні дослідження з Нідерландів, Південної Кореї та Індії - юрисдикцій із принципово різними моделями регулювання практик кінця життя, що дало змогу виявити залежність між підтримкою евтаназії, доступністю паліативної допомоги та рівнем соціальної й соматичної вразливості.

В дослідженні акцентувалась увага на таких поняттях як «активна евтаназія», «пасивна евтаназія», «добровільна евтаназія», «недобровільна евтаназія», «дистаназія», «ортотаназія», щодо розуміння яких було проведено опитування серед лікарів та медичних працівників [4]. Під добровільною евтаназією розуміється такий вид евтаназії, що проводиться на прохання пацієнта. Недобровільна евтаназія стосується практики закінчення життя пацієнта, який не в змозі дати добровільну згоду на такі дії. Під активною евтаназією необхідно розуміти введення особі, що помирає, певних лікарських чи інших засобів або вчинення інших дій, які тягнуть за собою швидке, а головне безболісне настання смерті. Пасивна евтаназія виражається в тому, що припинення надання медичної допомоги, направленої на продовження життєдіяльності людини, прискорює настання смерті природнім шляхом. Тобто у такому разі все зводиться до відмови від штучного підтримання життя.

Дистаназію розуміють як важку або болісну смерть, оскільки життя пацієнта продовжують завдяки лікуванню, не турбуючись про якість та гідність його життя. На відміну від дистаназії, ортотаназія є одним зі способів прийняти гідну смерть для невиліковних пацієнтів, максимально керуючи ними за допомогою паліативного лікування, щоб уникнути страждань, вдаючись до розумних заходів.

Український компонент вивчення проблеми включав анонімне опитування паліативних пацієнтів, їхніх близьких і фахівців [Nesterenko & Lytvynenko, 2024], спрямоване на оцінку готовності до суспільного діалогу щодо граничних клінічних рішень в умовах системного дефіциту паліативної медицини.

Інтерпретація даних здійснювалася крізь призму принципів автономії, благодіяння, ненашкодження та справедливості, що дозволило концептуалізувати евтаназію не лише як індивідуальний вибір, а як біоетичний симптом якості допомоги наприкінці життя.

Результати

У межах дослідження евтаназія розглядалася не лише як формально визначена медична процедура, а як соціально та інституційно зумовлена практика завершення життя, що по-різному інтерпретується залежно від правового, культурного й клінічного контексту. Зіставлення українських і міжнародних даних показало, що поняття «гідного завершення життя» в реальній клінічній і суспільній практиці значно виходить за межі вузького юридичного визначення евтаназії та охоплює широкий спектр рішень наприкінці життя - від відмови від агресивного лікування до застосування глибокої паліативної седації.

В українському правовому полі ці практики залишаються поза формалізованим регулюванням, що історично зумовило спроби перегляду нормативних підходів, зокрема у 2010 році. Водночас порівняльний аналіз європейських юрисдикцій засвідчує, що незалежно від формальної легалізації, право на гідне завершення життя фактично реалізується через клінічні рішення та інституційні механізми паліативної допомоги.

В 2024 році було проведено анонімне анкетування паліативних хворих [Nesterenko & Lytvynenko, 2024] їх близьких (опікунів), медичних та соціальних працівників, волонтерів, священнослужителів, а також вчених, які досліджують аспекти паліативної медицини.

Мета: визначити ставлення до потенційної легалізації евтаназії в Україні та формату суспільного діалогу щодо цього питання.

Виявлено низьку готовність до суспільного діалогу як серед паліативних пацієнтів і їхніх близьких, так і серед фахівців, які надають медичну, соціальну та духовну підтримку. Найнижчі показники готовності до обговорення евтаназії продемонстрували батьки дітей з паліативними діагнозами в порівнянні з дорослими паліативними пацієнтами та їх опікунами, а також віруючі пацієнти і їх близькі в порівнянні з атеїстами та священнослужителями.

Дослідники зазначають, що з метою активізації суспільного діалогу щодо «права на гідну смерть» (евтаназію) необхідно провести науковий аналіз міжнародних практик евтаназії паліативних хворих. Цей аналіз включатиме порівняння потреб у паліативній та хоспісній допомозі для дорослих і дітей в інших країнах і в Україні, а також оцінку задоволеності пацієнтів лікуванням, доглядом та підтримкою.

Дослідження та опитування щодо ставлення до евтаназії, проведені перед її легалізацією, зазвичай зосереджувались на громадській думці, етичних міркуваннях та медичних наслідках для пацієнтів і лікарів. Дослідження в Нідерландах, Бельгії та Люксембурзі, де евтаназія була легалізована раніше, підкреслили важливість громадського сприйняття та впливу формулювань у питаннях. Наприклад, одне з опитувань показало, що позитивне чи негативне ставлення до евтаназії змінюється залежно від способу, яким ставиться запитання. Що говорить, в свою чергу, про не достатньо глибоке розуміння понятійного апарату, щодо цього питання, а також особливостей розуміння самої проблеми [2, 6].

У Південній Кореї, хоча евтаназія залишається нелегальною, подібні опитування показали, що 76,4% респондентів підтримали легалізацію евтаназії або асистованого самогубства [7]. Основними аргументами на її користь були «право на гідну смерть» та «збереження сенсу життя на фінальних етапах», тоді як опоненти наголошували на «повазі до життя» та «ризиках зловживань». Це дослідження мало на меті вивчити ставлення південнокорейського суспільства до легалізації евтаназії або асистованого самогубства (EAS) і проаналізувати основні причини такого ставлення. З березня по квітень 2021 року було проведено анкетування репрезентативної вибірки з 1000 південнокорейців віком від 19 років. Три з чотирьох учасників (76,4%) висловилися позитивно щодо легалізації EAS. Багато респондентів, які підтримували евтаназію, також мали медичні умови або низький рівень фізичного здоров'я, що впливало на їхнє ставлення до права на евтаназію. При проведенні багатofакторного логістичного регресійного аналізу було виявлено, що учасники з поганим фізичним станом здоров'я (коефіцієнт 1,41, 95% довірчий інтервал: 1,02-1,93) або коморбідністю (коефіцієнт 1,84, 95% довірчий інтервал: 1,19-2,83) частіше схильні підтримувати легалізацію EAS. У цілому більшість населення Південної Кореї позитивно ставиться до легалізації EAS, особливо серед осіб із поганим фізичним здоров'ям або супутніми захворюваннями.

Загалом, дослідження в країнах, де евтаназія була згодом легалізована, підкреслюють важливість врахування соціальних і моральних факторів, а також публічних опитувань для виявлення головних проблем та запобігання ризикам зловживань. Цей підхід, що допоміг урядам країн, таких як Нідерланди та Бельгія, розробити законодавство з відповідними етичними та соціальними застереженнями. Це дослідження є цінним для розуміння, як суспільне сприйняття може формуватися на етапах перед легалізацією.

Національне подослідження в Південній Кореї опитування щодо ставлення до евтаназії, яке підкреслило підтримку з боку населення (близько 76% респондентів позитивно ставляться до легалізації евтаназії).

В Південній Кореї надання паліативної допомоги залишається недостатньо розвиненим і переважно обмежується пацієнтами з онкозахворюваннями. Тому є серйозні побоювання, що легалізація EAS може негативно вплинути на розвиток паліативної допомоги. Без ефективного права на якісну паліативну допомогу легалізація EAS може призвести до проблем, таких як навіювання вразливим особам думки, що вони є тягарем для родини чи суспільства, поспішне прийняття EAS без належної підтримки консультантів і уповільнення розвитку паліативної допомоги.

Дослідження показало, що загальна популяція розглядає планування догляду та паліативну допомогу як альтернативи EAS. Проте, як свідчить інше дослідження Герсона, між паліативною допомогою та EAS немає чіткого й універсального взаємозв'язку в різних країнах, таких як Канада (Квебек), Бельгія (Фландрія) та США (Орегон).

У 2002 році в Нідерландах набув чинності закон, що врегулював припинення життя лікарем на прохання пацієнта, який зазнає нестерпних і безперспективних страждань. Для оцінки впливу цієї правової трансформації на клінічну практику в 2005 році було проведено масштабне національне дослідження практик кінця життя, яке охопило 6860 випадків

смерті, ідентифікованих за свідоцтвами про смерть, із подальшим анонімним анкетуванням лікарів, що супроводжували цих пацієнтів. Рівень відповіді склав 77,8%, що забезпечило високу репрезентативність отриманих даних.

У 2005 році евтаназія становила 1,7% усіх смертей у Нідерландах, а асистоване самогубство - 0,1%, що було нижче порівняно з періодом до легалізації (2001 рік: 2,6% і 0,2% відповідно). Водночас частота глибокої паліативної седації зростає з 5,6% до 7,1%, що свідчить про зсув у бік медично контрольованих форм полегшення страждань наприкінці життя. У 0,4% випадків смерть настала внаслідок припинення життя без чітко задокументованого прохання пацієнта, що вказує на наявність етично складних клінічних ситуацій навіть у межах формально регульованої системи.

Аналіз фармакологічних практик показав, що у 73,9% випадків евтаназії або асистованого самогубства використовувалися нейром'язові релаксанти або барбітурати, тоді як опіоїди застосовувалися у 16,2% випадків, переважно в межах паліативної седації. Водночас 80,2% усіх випадків евтаназії та асистованого самогубства були офіційно задекларовані, що свідчить про високий рівень формальної прозорості системи, але також про збереження розриву між юридичними категоріями та реальними клінічними практиками, зокрема у випадках, коли використовувалися знеболювальні препарати без чіткої кваліфікації дій як евтаназії.

Довготривалі серійні дослідження, проведені в Нідерландах у 1990, 1995 і 2001 роках, засвідчили поступову трансформацію ставлення лікарів до евтаназії та її місця у структурі медичної допомоги наприкінці життя. Частка смертей, пов'язаних з евтаназією, зростає з 1,7% у 1990 році до 2,6% у 2001 році, тоді як водночас зменшувалася кількість лікарів, які вважали, що адекватна паліативна допомога може повністю замінити евтаназію. Це відображає зміщення професійного сприйняття від суто паліативної парадигми до моделі, в якій припинення життя починає розглядатися як одна з можливих медичних відповідей на екстремальне страждання [6, 8]. Загалом нідерландський досвід демонструє, що легалізація евтаназії не усуває складності клінічних рішень наприкінці життя, але переводить їх у рамки інституційної прозорості, звітності та медико-правового контролю, водночас змінюючи баланс між паліативною допомогою, седацією та активним припиненням життя.

В 2023 році проводилось перехресне опитування 212 лікарів і студентів-медиків приватного медичного коледжу в Південній Індії, з метою вивчення їхнього ставлення до евтаназії [9]

Результати показали, що більшість респондентів (66%) підтримують цю практику. Більше того, 71,7% учасників вважають, що евтаназія повинна здійснюватися виключно за умови чіткої згоди пацієнта.

Цікаво, що респонденти, які отримали інформацію про евтаназію з чуток, здебільшого також дотримуються думки про необхідність згоди пацієнта. Дослідження вказує на те, що інформацію про евтаназію більшість респондентів отримували через чулки або медіа.

Внаслідок цього можна зробити висновок, що медіа та новини мають значний вплив на формування громадської думки. Керуючись отриманими даними, можна стверджувати, що ці погляди зазнали змін у порівнянні з минулим і, ймовірно, продовжать еволюціонувати в залежності від соціального контексту та медійного середовища.

Сукупний аналіз даних з України, Південної Кореї, Нідерландів та Південної Індії виявив стійкий міжкраїнний патерн, за якого ставлення до евтаназії та асистованого самогубства визначається не лише моральними або культурними чинниками, а передусім поєднанням клінічної вразливості пацієнтів і інституційної спроможності системи охорони здоров'я. В усіх досліджених юрисдикціях підтримка практик припинення життя зростає серед осіб із поганим фізичним станом, коморбідністю або високим рівнем залежності від медичної допомоги, що вказує на роль тілесного страждання як ключового детермінанта суспільного запиту на евтаназію.

Водночас національні відмінності були зумовлені рівнем розвитку паліативної та хоспісної допомоги. У Південній Кореї та Індії, де паліативна інфраструктура залишається фрагментованою або обмеженою, висока підтримка евтаназії поєднувалася з сильним

впливом медіа та інформаційного середовища на формування уявлень про гідне завершення життя. Натомість у Нідерландах, де функціонує інституційно зріла система паліативної допомоги та правового контролю, евтаназія інтегрована в регульований спектр клінічних рішень наприкінці життя, що супроводжується високим рівнем прозорості, звітності та професійної відповідальності.

Україна в цьому порівняльному ряду постає як країна з унікальною конфігурацією: поєднанням високої клінічної та соціальної вразливості паліативних пацієнтів із низькою готовністю до відкритого суспільного діалогу щодо евтаназії. Це свідчить про те, що в умовах війни, дефіциту паліативної допомоги та інституційної нестабільності запит на гідне завершення життя не трансформується у відкриту підтримку легалізації, а залишається латентним, фрагментованим і етично напруженим.

Узагальнюючи отримані результати, можна стверджувати, що евтаназія в сучасних суспільствах функціонує не як ізольована етична практика, а як індикатор якості медичних, соціальних і правових інституцій, які визначають, якою мірою страждання наприкінці життя може бути полегшене без звернення до практик активного припинення життя.

У межах проведеного дослідження було опитано 566 лікарів та медичних працівників за авторським опитувальник «Проблема евтаназії в сучасній медичній практиці: термінологічна обізнаність та етичне ставлення», спрямованим на комплексну оцінку рівня знань і морально-етичних орієнтацій медичних працівників щодо проблеми евтаназії. Опитувальник складався з двох взаємопов'язаних блоків: термінологічного, який був спрямований на оцінку рівня поінформованості та глибини розуміння лікарями основних понять, пов'язаних з евтаназією, зокрема її сутності, форм та етичних умов застосування, та блоку, присвяченого вивченню ставлення лікарів до евтаназії як складної медико-етичної та соціально значущої проблеми. Послідовний аналіз отриманих результатів дозволив вибудувати логічний ланцюг від загального розуміння терміна до усвідомлення його клінічних і морально-етичних аспектів.

За результатами першого етапу було встановлено, що абсолютна більшість респондентів коректно ідентифікують поняття «евтаназія» як практику навмисного припинення життя пацієнта з метою полегшення його страждань. Частка правильних відповідей склала 97,7% - 553 опитуваних, що свідчить про високий рівень базової термінологічної обізнаності лікарів.

Поглиблений аналіз продемонстрував, що більшість опитаних здатні не лише впізнати сам термін, але й коректно інтерпретувати його клінічний зміст. Так, визначення, яке передбачає введення особі, що перебуває у термінальному стані, певних лікарських засобів з метою швидкого та безболісного настання смерті, 86,2% респондентів правильно віднесли до активної евтаназії. Разом із тим 10,1% лікарів помилково класифікували це поняття як пасивну евтаназію (рис. 1).

Отримані дані свідчать загалом про достатній рівень розуміння сутності активної евтаназії, проте одночасно вказують на певну термінологічну неоднозначність у розмежуванні активних і пасивних форм припинення життя.

Аналіз, у якому пасивна евтаназія визначалася як припинення надання медичної допомоги, спрямованої на продовження життєдіяльності людини, що призводить до прискорення настання смерті природним шляхом, продемонстрував достатньо високий рівень коректної ідентифікації цього поняття серед опитаних лікарів. Понад половину респондентів (333 особи, 58,8%) правильно віднесли наведене визначення до пасивної евтаназії. Водночас значна частка опитаних 149 осіб (26,3%) помилково асоціювали його з ортотаназією, тоді як 50 осіб (8,8%) ототожнили це поняття з дистаназією, а 34 особи (6,0%) - з активною евтаназією (рис. 2).

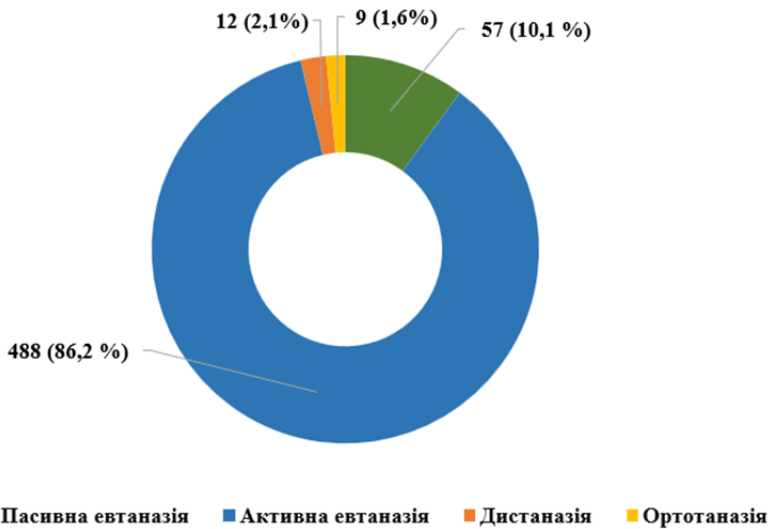


Рис. 1. Оцінка рівня розуміння лікарями клінічного визначення активної евтаназії

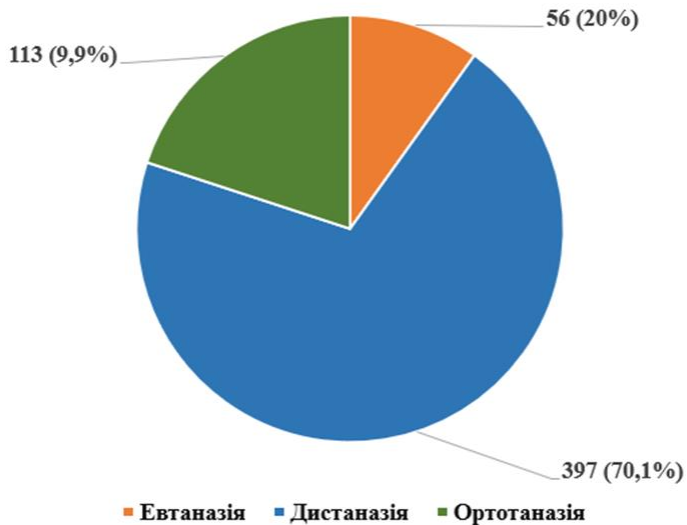


Рис. 2. Розподіл відповідей лікарів щодо визначення поняття пасивної евтаназії

Отримані результати свідчать про те, що саме розмежування між пасивною евтаназією та орротаназією є одним із найбільш складних аспектів термінологічної обізнаності лікарів. Значна частка відповідей на користь орротаназії може вказувати на те, що припинення непропорційної або безперспективної терапії багатьох респондентів інтерпретують як етично прийнятну відмову від надмірних втручань, не завжди чітко відрізняючи її від пасивної евтаназії як форми непрямого прискорення смерті.

Особливе значення в біоетичному контексті має аналіз результатів, що стосувалися поняття, яке здійснюється за чіткою згодою пацієнта. Переважна більшість опитаних 543 (95,9%) правильно ідентифікували це визначення як добровільну евтаназію (рис. 3). Лише незначна частка респондентів помилково вибрала дистаназію, недобровільну евтаназію або орротаназію.

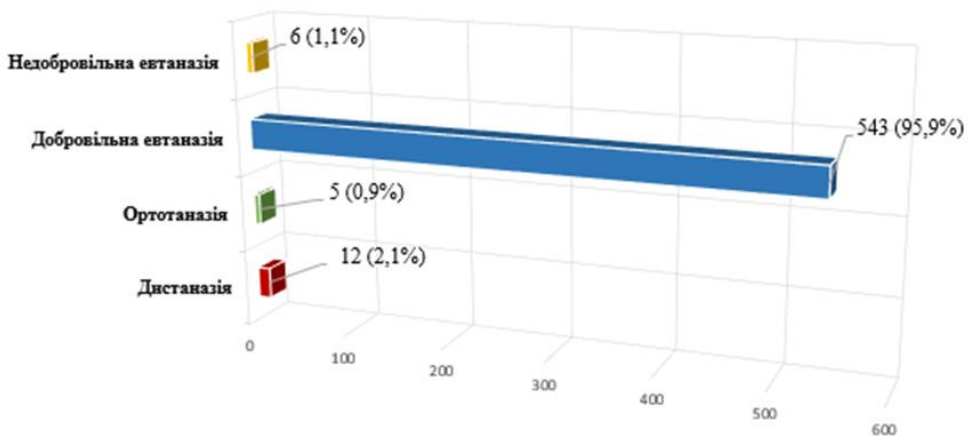


Рис. 3. Оцінка рівня розуміння лікарями клінічного визначення добровільної евтаназії

Такий високий рівень правильних відповідей свідчить про добре усвідомлення лікарями принципу автономії пацієнта та ключової ролі інформованої згоди у прийнятті клінічних і етично складних рішень.

Що стосувалося визначення поняття, яке характеризує штучне продовження життя пацієнта попри важку або болісну смерть, із зосередженням на процесі лікування без урахування якості та гідності життя, показав достатній рівень розуміння лікарями сутності дистаназії. Переважна більшість респондентів 397 осіб (70,1%) коректно ідентифікували наведене визначення саме як дистаназія. Водночас 113 осіб (20,0%) помилково співвіднесли його з ортоганазією, а 56 осіб (9,9%) - з евтаназією (рис. 4).

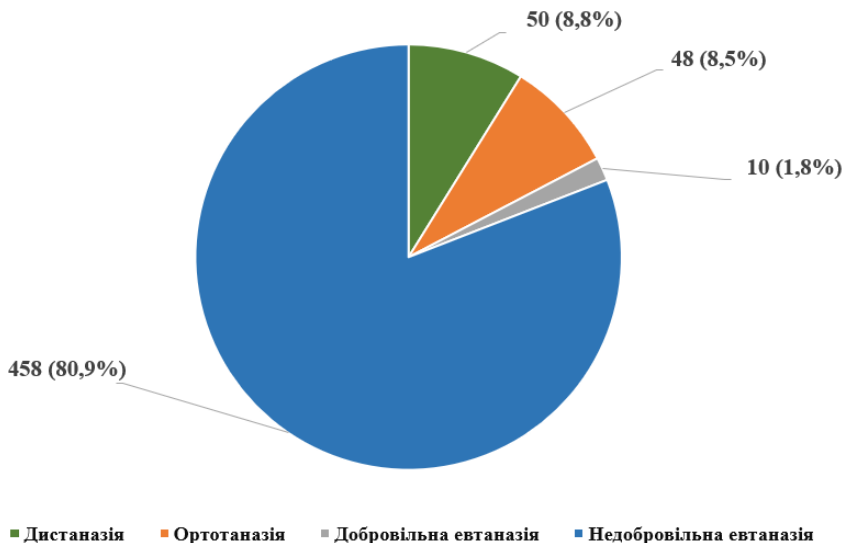


Рис. 4. Розподіл відповідей лікарів щодо визначення поняття дистаназія

Отримані результати свідчать про те, що хоча більшість лікарів правильно розуміють концепцію дистаназії як необґрунтованого або надмірного продовження життя без урахування його якості, у значній частині опитаних все ще зберігається термінологічна плутанина між дистаназією та суміжними поняттями. Зокрема, ототожнення дистаназії з

ортотаназією може вказувати на складність розмежування між припиненням непропорційної терапії та активними діями, спрямованими на завершення життя. Натомість асоціація дистаназії з евтаназією свідчить про певне змішування понять, що мають принципово різне етичне навантаження.

Обговорення

Отримані результати показують, що евтаназія в сучасних суспільствах перестала бути вузькою моральною дилемою і дедалі більше функціонує як індикатор того, наскільки держава й система охорони здоров'я здатні забезпечити гідне завершення життя в умовах тяжкої хвороби. У цьому сенсі запит на припинення життя виникає не стільки з бажання померти, скільки з неможливості жити без болю, приниження та втрати контролю над власним тілом.

В Україні цей механізм проявляється особливо гостро. Поєднання війни, дефіциту паліативної допомоги, обмеженого доступу до ефективного знеболення та соціальної вразливості створює ситуацію, у якій навіть сама постановка питання про евтаназію набуває іншого сенсу, ніж у стабільних західних системах охорони здоров'я. Тут запит на «гідну смерть» часто є мовою, якою пацієнти та їхні родини говорять про відсутність гідного життя в кінці хвороби.

Культурно - релігійний контекст додатково ускладнює цю картину. Християнська традиція, що глибоко пронизує українське суспільство, формує уявлення про життя як абсолютну цінність, що не підлягає людському розпорядженню. Саме це допомагає пояснити низьку готовність до відкритого діалогу, зафіксовану серед віруючих пацієнтів та батьків паліативних дітей. Водночас міжнародні дані показують, що в більш секуляризованих суспільствах дискусія про кінець життя поступово зміщується від сакральності життя до якості життя і меж допустимого страждання.

Особливо промовистими є результати з Південної Кореї та Нідерландів, де підтримка евтаназії зростає серед людей із поганим фізичним станом та коморбідністю. Це свідчить про те, що автономія у питаннях смерті формується не в абстрактному моральному просторі, а в дуже конкретному тілесному досвіді болю, залежності й втрати функцій. Коли система охорони здоров'я не може ефективно відповісти на цей досвід, суспільний запит на припинення життя стає майже неминучим.

Водночас нідерландський досвід показує, що легалізація евтаназії сама по собі не вирішує проблему, але може радикально змінити спосіб, у який суспільство з нею працює. Переведення практик кінця життя з «сірої зони» у регульовану сферу професійної відповідальності, звітності та контролю дозволяє одночасно визнавати реальність страждання і захищати пацієнтів від зловживань. Там, де ці інституційні рамки відсутні або слабкі, як у Південній Кореї чи Україні, легалізація може перетворитися не на розширення автономії, а на компенсацію дефіциту паліативної допомоги.

Для України це має принципове значення. В умовах війни, економічної нестабільності та перевантаженої медицини ризик того, що люди почнуть сприймати власне життя як «тягар», є не гіпотетичним, а цілком реальним. У такій ситуації навіть формально добровільний запит на евтаназію може бути етично скомпрометованим браком альтернатив.

Таким чином, дискусія щодо евтаназії в Україні не може починатися з питання про її легалізацію чи заборону. Важливо, щоб вона розпочалася з фундаментального питання: чи має український пацієнт справжнє право на уникнення страждань наприкінці життя. Обговорення евтаназії повинно базуватися на глибокому розумінні сутності цієї проблеми, адекватному рівні знань про основні поняття та міжнародний досвід країн, де евтаназія вже легалізована. Це передбачає необхідність проведення освітньої роботи серед суспільства з метою підвищення обізнаності про дану тему. А без належно розвиненої паліативної допомоги, доступного знеболення, психологічної підтримки та соціального супроводу будь-яка дискусія про евтаназію ризикує перетворитися з питання про свободу вибору на проблему вибору без реального вибору.

References/Література

1. Buiting, H. M., Deeg, D. J. H., Knol, D. L., Ziegelmann, J. P., Pasman, H. R. W., Widdershoven, G. A. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2012). Older peoples' attitudes towards

euthanasia and an end – of - life pill in The Netherlands: 2001–2009. *Journal of Medical Ethics*, 38(5), 267–273. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100066>

2. Buletsā, S. B. ., & Mendzhūl, M. V. . (2021). Правові питання евтаназії: Україна та світовий досвід: монографія. ПІК-У.

3. Motappa, R., Guleria, M., Singhal, A., Nambiar, P., Gaiha, V., & Kotian, H. (2023). Perceptions and Attitudes of Medical Students and Doctors on Euthanasia. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2893745/v1>

4. Nesterenko, V. G., Lytvynenko, O. Yu. (2024). Readiness for dialogue regarding euthanasia of palliative patients in Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*, 93(2), 79–88. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.nel>

5. Onwuteaka-Philipsen, B. D., Van Der Heide, A., Koper, D., Keij - Deerenberg, I., Rietjens, J. A. C., Rurup, M. L., Vrakking, A. M., Georges, J. J., Muller, M. T., Van Der Wal, G., Van Der Maas, P. J. (2003). Euthanasia and other end – of –life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet*, 362(9381), 395–399. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14029-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14029-9)

6. Van Der Heide, A., Onwuteaka - Philipsen, B. D., Rurup, M. L., Buiting, H. M., Van Delden, J. J. M., Hanssen - De Wolf, J. E., Janssen, A. G. J. M., Roeline, H., Pasman, W., Rietjens, J. A. C., Prins, J. M., Deerenberg, I. M., Gevers, J. K. M., Van Der Maas, P. J., Van Der Wal, G. (2007). End – of –Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act A bs tract. In *N Engl J Med* (Vol. 356). www.nejm.org

7. Vrakking, A. M., Van Der Heide, A., Onwuteaka - Philipsen, B. D., Keij - Deerenberg, I. M., Van Der Maas, P. J., Van Der Wal, G. (2005). Medical end – of –life decisions made for neonates and infants in the Netherlands, 1995-2001. *Lancet*, 365(9467), 1329–1331. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61030-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61030-6)

8. Yun, Y. H., Sim, J. A., Choi, Y., Yoon, H. (2022). Attitudes toward the Legalization of Euthanasia or Physician – Assisted Suicide in South Korea: A Cross – Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19095183>

9. *Основи законодавства України про охорону здоров'я Закон України.* (n.d.). Retrieved January 14, 2026, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

Внесок авторів/ authors' contribution:

Гололобова К. О. - формування концепції огляду, пошук, відбір і систематизація джерел, аналітичне узагальнення матеріалів, підготовка і редагування тексту статті, підготовка та формулювання висновків. Кобиляк Н. М. - розробка структури статті, створення дизайну дослідження, критичний аналіз і синтез сучасних літературних даних. Галіч В. - С. М. - аналітичне узагальнення матеріалів, підготовка і редагування тексту статті, написання основного тексту. редагування тексту статті. Кузьменко Л.М. - відбір і систематизація джерел, критичний аналіз і синтез сучасних літературних даних, формулювання висновків.

Фінансування /Funding: дослідження не отримувало зовнішнього фінансування.

Заява про поінформовану згоду /Informed Consent Statement: Опитування проводилося анонімно. Респондентів було поінформовано про мету дослідження, добровільність участі, конфіденційність отриманих даних та право відмовитися від участі на будь - якому етапі без жодних наслідків.

Подяка/Acknowledgments: автори висловлюють щире подяку керівництву Національного медичного університету імені О. О. Богомольця та співробітникам ДНП «Національний інститут раку».

Конфлікт інтересів /Conflicts on Interest: автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Використання штучного інтелекту

Під час написання роботи ШІ не використовували

Робота надійшла в редакцію 19.11.2025 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування