

УДК: 614.216:616-039.75:179.7(477)


## ГОТОВНІСТЬ ДО ДІАЛОГУ ЩОДО ЕВТАНАЗІЇ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ В УКРАЇНІ

**Нестеренко В.Г., Литвиненко О.Ю.**

*Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

Старіння населення України та тягар важких хвороб збільшують кількість паліативних хворих, які наприкінці свого життя потребують зменшення страждань та забезпечення умов для гідного вмирання. Нестача ресурсів та недоліки механізмів організації знеболення, етіопатогенетичного лікування паліативних та коморбідних хвороб, повноцінного догляду та підтримки паліативних хворих, наявність у переліку паліативних хвороб, що не піддаються ефективному знеболенню, потребують альтернативи повільному вмирання із стражданнями шляхом застосування евтаназії, яка легалізована у багатьох країнах світу, але не в Україні. Проведене анонімне анкетування паліативних хворих, їх близьких (опікунів), медичних, соціальних працівників, волонтерів, священників, яка надають послуги паліативним хворим, вчених, які досліджують питання паліативної медицини, з метою визначення ставлення до можливості легалізації евтаназії в Україні та бажаного формату суспільного діалогу про таку легалізацію. Встановлена низька готовність до суспільного діалогу як серед паліативних пацієнтів та їх близьких, так і серед фахівців, що надають їм медичну, соціальну та духовну допомогу. Найменші показники готовності до діалогу про евтаназію демонструють батьки дітей з паліативними діагнозами (у порівнянні із дорослими паліативними пацієнтами та їх опікунами), віруючі пацієнти та їх близькі (опікуни) у порівнянні з атеїстами, священники. Для активізації суспільного діалогу про гідне вмирання та право на евтаназію ми пропонуємо науковий аналіз закордонних практик евтаназії паліативних хворих, що включає порівняння потреби у паліативній та хоспісній допомозі дорослим і дітям в цих країнах та в Україні, задоволеності хворих лікуванням, доглядом та підтримкою, та публічну презентацію результатів таких досліджень.

**Ключові слова:** паліативна та хоспісна допомога, закордонні практики, соціологічні дослідження.

	<p><b>Цитуйте українською:</b> Нестеренко ВГ, Литвиненко ОЮ. Готовність до діалогу щодо евтаназії паліативних хворих в Україні. Експериментальна і клінічна медицина. 2024;93(2):79-88. <a href="https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.nel">https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.nel</a></p>
	<p><b>Cite in English:</b> Nesterenko VG, Lytvynenko OYu. Readiness for dialogue regarding euthanasia of palliative patients in Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2024;93(2):79-88. <a href="https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.nel">https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.nel</a> [in Ukrainian].</p>

Відповідальний автор: Нестеренко В.Г.  
✉ Україна, 61022, м. Харків,  
пр. Науки, 4, ХНМУ.  
E-mail: [vh.nesterenko@knmu.edu.ua](mailto:vh.nesterenko@knmu.edu.ua)

Corresponding author: Nesterenko V.G.  
✉ Ukraine, 61022, Kharkiv,  
Nauky Ave., 4, KhNMU.  
E-mail: [vh.nesterenko@knmu.edu.ua](mailto:vh.nesterenko@knmu.edu.ua)

## Вступ

Ставлення до прискорення смерті невиліковного хворого завжди викликало суперечки. Англійський філософ Бекон Ф. у 17 столітті визначив «евтаназію» (від грец. *eu* – добре, *θάνατος* – смерть) як легку безболісну смерть, без мук і страждань. В етичних правилах медиків протягом багатьох тисячоліть існувала заборона на участь у позбавленні життя [1]. У 1983 році таку заборону підтвердила 35-та Всесвітня Медична Асамблея у Венеції (Італія), яка визначила необхідність замінити навмисне позбавлення життя пацієнта, що страждає, лікуванням, яке зменшить такі страждання. Як мінімум до 2022 року позиція цієї організації залишалась незмінною [2].

Не зважаючи на це, низка країн (Швеція, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, Фінляндія, Німеччина, Чилі) та регіонів, які мають повноваження самостійно приймати подібні закони (наприклад, штати Каліфорнія, Індіана у США), легалізували евтаназію у діапазоні від пасивної (припинення підтримки життя пацієнтів, що використовують системи життєзабезпечення) до активної («вбивства з милосердя» або сприяння самогубству, з введенням пацієнтам препаратів та проведенням дій, що прискорюють настання смерті, або наданням таких препаратів для самостійного застосування хворими). У будь-якому випадку законна евтаназія є добровільною, застосовується щодо пацієнтів у критичному стані, задля припинення їх страждань, відбувається за участю лікаря [3; 4].

Зміна політики держави щодо евтаназії завжди відбувається з широким громадським обговоренням [5; 6]. Вірую-

чі, і особливо релігійні проповідники завжди активно протидіють легалізації евтаназії [7]. Найбільш активною групою, що прискорюють легалізацію евтаназії, є паліативні пацієнти, їх близькі (опікуни) та медичні працівники, що лікують безнадійних хворих. При цьому беззаперечною є відповідальність лікарів за недобровільну (примусову) евтаназію [8].

В Україні де-юре евтаназія заборонена, але де-факто лікар не несе відповідальності за смерть пацієнта, який відмовився від лікування та підтримання життєзабезпечення [9]. Різниця між законом і практикою є беззаперечними приводом для досліджень ставлення до евтаназії в українському суспільстві, перспектив легалізації евтаназії.

**Метою** дослідження було визначення ставлення до можливості легалізації евтаназії в Україні та бажаного формату суспільного діалогу про таку легалізацію.

## Матеріали і методи

Дослідження було проведено у 2022–2023 роках у хоспісах та паліативних відділеннях Харкова, Києва, Вінниці, Львова (Україна) за допомогою спеціально розробленої анонімною анкети [10]. Дизайн дослідження був схвалений комісією з біоетики Харківського національного медичного університету. До анкетування були залучені паліативні хворі, їх близькі (опікуни), медичні працівники (лікарі та медичні сестри), соціальні працівники, волонтери, священики, які надають послуги паліативним хворим, вчені, які досліджують питання паліативної медицини. Кастомізована кількість опитаних склала 100 осіб, які були рівномірно розподілені на 10 кате-

горій респондентів шляхом квотування. Кожна з категорій була представлена кількістю більше ніж 10 респондентів в загальній виборці, з якої під час квотування місця категорій заповнювали рандомного. За спільними для всіх підгруп питаннями рівень довіри знаходився в межах 95 %. Кастомізація за критерієм статі та віку не проводилася. Всі респонденти в обов'язковому порядку мали відповісти на питання щодо їх статі, віку, релігійності («Чи віруюча Ви людина? «Так» або «Ні»); обов'язково зазначити, чи вперше вони заповнюють нашу анкету; та обрати категорію респондентів, до якої вони належать (дорослий (повнолітній) паліативний пацієнт; його опікун (доглядач), який відповідає на запитання анкети від свого імені або від імені пацієнта; лікар; медична сестра; соціальний працівник; волонтер (доглядач); священник, які надають послуги паліативним пацієнтам; вчений, що вивчає питання паліативної медицини; або особа, що не належить до жодної з перелічених категорій). Спільними для всіх категорій пацієнтів були запитання, чи має бути дозволена евтаназія в Україні, та чи потрібно обговорювати легалізацію евтаназії в Україні (і як має бути проведена ця дискусія, лише зацікавленими особами або всім суспільством). Для відповідей на ці запитання були розраховані показники Абсолютної Різниці (АР) з перевіркою належності результату до 95 % Довірчого Інтервалу (95 % ДІ). Поріг достовірності результату був становлений на рівні  $p=0,05$ .

Про пацієнтів ми з'ясували, який їх паліативний діагноз, чи відчувають вони частий нестерпний біль, де вони лікуються (вдома, у хоспісі, у звичайній лікарні, у будинку для літніх людей, деінде), чи замислювалися вони коли-небудь про самогубство. Пацієнтам не ставили питання, чи потребують та прагнуть вони евтаназії, з етичних міркувань.

У опікунів паліативних хворих ми запитували, який паліативний діагноз мають хворі, якими вони опікуються, де проходять лікування ці хворі, і чи замислювалися опікуни коли-небудь про необхідність евтаназії для своїх хворих близьких.

У лікарів, медсестер (медбратів), соціальних працівників та волонтерів, що лікують або доглядають паліативних пацієнтів, ми запитували, як вони оцінюють паліативну допомогу та догляд (чи є вони достатніми, чи отримують пацієнти адекватне знеболення), чи просили їх коли-небудь пацієнти або їх близькі (опікуни) про евтаназію, чи говорили, що у пацієнтів були думки про суїцид, чималися вони скоїти суїцид. У священників додатково запитували, як саме вони відповідали на питання про самогубство або прохання про суїцид (чи говорили, що це неприпустимо, або ж просто пояснювали, що це заборонено законом держави).

Статистична обробка результатів була проведена за допомогою програми Excel 2019 (Microsoft, USA).

### Результати

За результатами опитування складена *таблиця*. Обрана загальна кількість респондентів (100) та їх розподіл на 10 груп по 10 осіб дозволяє легко оцінювати кількість наданих відповідей у %: кожна відповідь у загальній кількості опитаних відповідає 1 %, а 1 відповідь у кожній групі – 10 %. Групи були зрівняні за кількістю, вся вибірка – за статтю. Всього було опитано 49 чоловіків та 51 жінку.

Зважаючи на те, що до категорій респондентів зараховані паліативні пацієнти, які відповідали на питання анкети самостійно, пацієнти, відповіді яких з їх слів записали опікуни, та пацієнти, про яких говорили їх опікуни від свого імені, фактична кількість пацієнтів, відповіді яких були обраховані за результатами опитування, склала 30 осіб. Розпо-

Таблиця. Результати опитування 10 категорій респондентів з питань евтаназії та самогубств паліативних хворих.

		Категорії респондентів, кількість										
		пацієнт	опікун від свого імені	опікун від імені пацієнта	лікар	медсестра (медбрат)	соціальний працівник	священик	волонтер	вчений	інше	
Запитання анкети та варіанти відповідей												
Кількість респондентів		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
Стать	чоловіки, кількість	3	2	4	7	9	2	10	5	4	3	
	жінки, кількість	7	8	6	3	1	8	0	5	6	7	
Заповнили анкету вперше		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
Віруючий(а)	так	6	5	4	2	7	6	10	4	1	6	
	ні	4	5	6	8	3	4	0	6	9	4	
Основний паліативний діагноз:												
- онкологічне захворювання		4	4	7								
- неврологічне захворювання		4	5	3								
- серцево-судинне захворювання		1	1	0								
- інфекційне захворювання		1	0	0								
всього пацієнтів		30										
Де лікують	хоспіс	10	4	8								
	звичайна лікарня	0	3	1								
	будинки літніх людей	0	3	0								
	інше	0	0	1								
Чи відчувають пацієнти частий нестерпний біль	так	4	3	5								
	ні	6	7	5								
Чи має бути дозволена евтаназія в Україні	так	7	4	0	7	4	4	9	5	8	6	
	ні	2	5	9	3	4	5	1	3	2	2	
	не знає	1	1	1	0	2	1	0	2	0	2	
Як потрібно обговорювати легалізацію евтаназії?	широко публічно у професійних колах, серед зацікавлених	3	2	0	5	3	6	8	6	8	7	
	обговорювати публічно не можна	5	7	1	5	7	3	2	3	2	1	
	обговорювати публічно не можна	2	1	9	0	0	3	0	1	0	2	
Думки пацієнта про самогубство / спроба самогубства принаймні раз	так	5	3	3	10	10	3	8	1	4	3	
	ні	4	7	4	0	0	7	2	9	6	7	
	не хоче відповідати	1	0	3								
Думки пацієнта про можливість евтаназії	так	6	4	4			5			1	3	2
	ні	1	6	4			5			9	7	8
	не впевнений	2		1								
	не хоче відповідати	1		1								
Лікар	спеціалізується у паліативній медицині				7							
	іноді лікує паліативних хворих				3							
Пацієнт просив про евтаназію принаймні раз	так				9	6						
	ні				1	4						
Рідні пацієнта просили про евтаназію принаймні раз	так				7	7						
	ні				3	3						

Запитання анкети та варіанти відповідей		Категорії респондентів, кількість									
		пацієнт	опікун від свого імені	опікун від імені пацієнта	лікар	медсестра (медбрат)	соціальний працівник	священик	волонтер	вчений	інше
Лікування та знеболення, підтримка	достатні, адекватні				7	5	6	7	8	1	4
	недостатні, неадекватні				3	5	4	3	2	9	6
Чи запитували пацієнти про можливість евтаназії? Яка порада була дана, якщо «так».	так, але я радив не робити							8			
	так, але в Україні це неможливо							0			
	ні							2			

діл з статтю був врахований для 20 з них (тому що коли опікуни, коли відповідали від свого імені, вказували в анкеті стать, це була їх свою, а не стать пацієнта, яким вони опікуються), і він склав 13 жінок / 7 чоловіків. Середній вік був обрахований лише для пацієнтів, які відповідали за запитання анкети самостійно. І він склав (58,6±4,3) роки. Всі пацієнти, які відповідали на запитання самостійно, були дорослими (повнолітніми). Всі пацієнти, відповіді яких були записані опікунами, також були дорослими. Серед пацієнтів, від імені яких опікуни відповідали на запитання анкети самостійно (приймали за пацієнтів рішення), 2 були недієздатними дорослими, 8 були дітьми з паліативними діагнозами. Відповідно до отриманих відповідей, основні паліативні захворювання були згруповані до 4 категорій діагнозів (онкологічні – 15, неврологічні – 12, серцево-судинні – 2, інфекційні – 1). Подібний розподіл діагнозів приблизно відповідає розподілу діагнозів пацієнтів харківського хоспісу, дослідженого нами у 2022 році [11].

Важливою для оцінки кількості думок про суїцид та евтаназію була значна кількість пацієнтів, яка повідомила, що часто відчуває нестерпний біль (12 з 30-ти,

або 40,0 % опитаних), незважаючи на те, що більшість з пацієнтів знаходилися на лікуванні або у хоспісі, або у паліативному відділенні (палаті) лікарні (26 з 30-ти, або 86,7 %), де пацієнти отримують знеболювальні препарати.

Серед всіх опитаних 54 (%) зі 100 вважають евтаназію в Україні необхідною; 36 (%) – неприпустимою; ще 10 (%) не визначилися з відповіддю. У тій самій вибірці 48 (%) опитаних вважають потрібною проводити широку дискусію з питань евтаназії у суспільстві; 36 (%) вважають, що дискусія має відбуватися у професійних колах (серед вчених, що вивчають питання, та серед зацікавлених осіб, тобто серед пацієнтів, їх опікунів та фахівців, що надають послуги паліативним пацієнтам); ще 18 (%) вважають публічну дискусію про евтаназію неприпустимою. Показники щодо частки осіб, які вважають евтаназію безумовно необхідною, а широкий публічний діалог на цю тему обов'язковим є достовірно низькими: [AP 54; 95 % ДІ 51–57;  $p < 0,05$ ] та [AP 48; 95 % ДІ 45–51;  $p < 0,05$ ]. Для результатів AP окремих категорій опитаних рівень достовірності  $p < 0,05$  досягнутий не був.

Високою була кількість віруючих опитаних: 51 (%). Недостатньою була від-

вертість при спілкуванні про думки про самогубство та евтаназію (прагнення до них, або спробу самогубства): 4 з 30 пацієнтів (13,3 %) при прямому опитуванні або опитуванні через опікунів (доглядачів) не захотіли відповідати на запитання про думки або спробу самогубства, ще 2 пацієнти (6,7 %) не захотіли відповідати на запитання про можливість евтаназії для себе. Ще 3 пацієнти (10 %) не були впевнені, чи може у них виникнути потреба в евтаназії. Усього про думки щодо самогубства або ж спробу самогубства повідомили 11 з 30-ти пацієнтів (36,7 %), думки щодо можливості евтаназії – 14 пацієнтів (46,7 %).

Думками про самогубство або інформацією про спробу самогубства пацієнтів самі пацієнти та їх опікуни (доглядачі) ділилися з 80,0 % священників; 30,0 % соціальних працівників; 10,0 % волонтерів, також про такі випадки з особистого спілкування з хворими та їх опікунами (доглядачами) знали 40,0 % опитаних вчених, що вивчають питання паліативної допомоги. Абсолютно всі священники, до яких пацієнти або їх близькі зверталися за порадою щодо можливості евтаназії, радили цього не робити із посиленням на релігійну заборону, але не на відсутність такої можливості відповідно до закону України. Думками про можливість евтаназії паліативні пацієнти поділилися з 50,0 % опитаних соціальних працівників та 10,0 % волонтерів. Також про подібні думки з особистого спілкування з хворими та їх опікунами (доглядачами) знали 30,0 % опитаних вчених, що вивчають питання паліативної допомоги.

Абсолютно всі медичні працівники, що лікують паліативних хворих (лікарі та медсестри/медбрата) хоча б раз дізнавалися про думки щодо суїциду або спробу суїциду своїх пацієнтів. 7 з 10 опитаних лікарів спеціалізувалися на лікуванні паліативних хворих, ще 3 лікували

паліативних хворих іноді. Пацієнти просили про евтаназію 15 з 20-ти опитаних медичних працівників (75,0 %), при чому у 1,5 раза частіше таке прохання було спрямовано до лікарів (9 з 15-ти, або 60,0 %), ніж до медсестер/медбратів (6 з 15-ти, або 40,0 %). Рідні (опікуни) пацієнтів зверталися з проханням про евтаназію для хворих, якими вони опікувалися, у 14-ти з 20-ти випадків (70,0 %). При чому однаково часто до лікарів та медичних сестер (до 7-ми з 10-ти, по 70,0 %).

Лікування паліативних хворих та зокрема знеболення достатнім (адекватним потребам пацієнтів) вважало 70,0 % лікарів, але усього 50,0 % медичних сестер/братів, і критично мала кількість вчених, які вивчають питання паліативної допомоги (10,0 %). Інші учасники професійного догляду за паліативними пацієнтами та їх підтримки (соціальні працівники, священники та волонтери) вважали медичну допомогу та підтримку (соціальну, психологічну, духовну) достатньою у 60,0 %; 70,0 % та 80,0 % відповідно.

### Обговорення

Старіння населення України та тягар важких хвороб збільшують кількість паліативних хворих, які наприкінці свого життя потребують зменшення страждань та забезпечення умов для гідного вмирання. Нестача ресурсів та недоліки механізмів організації знеболення, етіопатогенетичного лікування паліативних та коморбідних хвороб, повноцінного догляду та підтримки паліативних хворих, наявність у переліку паліативних хвороб, що не піддаються ефективному знеболенню, потребують альтернативи повільному вмирання із стражданнями шляхом застосування евтаназії, яка легалізована у багатьох країнах світу, але не в Україні.

Опитування показало, що серед українців, які безпосередньо занурені у про-

блему паліативної та хоспісної допомоги, значна кількість (36 %) вважають неприпустимою не тільки саму евтаназію, але й навіть публічний діалог на цю тему (18 %). У той самий час досвід інших країн свідчить, що напередодні легалізації до суспільного діалогу про евтаназію було залучено близька 90 % населення [3]. Інші рушійні сили легалізації (парламентська більшість, політичною обіцянкою якої виборцям є максимальна кількість ліберальних свобод, у тому числі легалізація евтаназії; низька кількість релігійного населення; високий рівень політичної волі щодо легалізації евтаназії у осіб, «що приймають рішення»), в Україні також відсутні [9].

Головним фактором гальмування руху до евтаназії є саме суспільна думка. Сприйняття населенням ідеї можливості широкого національного діалогу про евтаназію зазвичай починається з обережної згоди на діалог у професійних колах та серед зацікавлених осіб. Kremeike K. et al. (2021), за результатами міжнародного двораундового опитування Delphi, проведеного у 2018 році, дійшли висновку [12], що «відкрите та шанобливе спілкування про бажання померти між медичними працівниками та пацієнтами... прийнятне».

Невиліковна хвора людина, яка бажає припинити власні страждання, має отримати таку допомогу, тому що частіше за все не в змозі зробити це самостійно безпечним та безболісним для себе способом, з гідністю [13]. Отримання подібної медичної допомоги не може бути розцінено як заподіяння шкоди. У той самий час значні недоліки в організації медичної допомоги паліативним хворим призводять до неналежного лікування паліативних захворювань, відсутності адекватного знеболення [14; 15], що й позбавляє хворого можливості гідного вмирання.

Твердження про гріх позбавлення життя ми маємо брати до уваги лише на

велику кількість віруючих в українському суспільстві. Віруюча людина завжди може відмовитися від евтаназії, яка є добровільною, але не має права позбавляти такого шансу інших безнадійних хворих, що страждають від нестерпного болю. Медичний туризм для проведення евтаназії у Швейцарії є непомірно високо-вартісним для більшості паліативних хворих України. Тому в Україні необхідно створити умови для проведення евтаназії за українською ціною медичної послуги, і бажано коштом держави [15–17].

Важливим кроком на шляху до легалізації евтаназії також є усвідомлення масштабів проблеми із визначенням кількості людей, що потребують паліативного лікування та догляду, кількості людей, що відчувають сильний біль, не отримують адекватного знеболення та лікування важких захворювань. Для цього необхідно визначити, які саме захворювання держава готова визнати паліативними [18; 19]. Представлені у нашому дослідженні діагнози є найбільш розповсюдженими і належать до таких, які традиційно вважаються паліативними. Це означає, що пацієнти мали б отримувати адекватне знеболення, на яке роблять акценти при лікуванні паліативних хворих [20].

Слід визнати, що далеко не при всіх паліативних захворюваннях пацієнтам взагалі може бути надана достатня медична допомога, зокрема адекватне потреbam знеболення. Однак лікарі вже звикли до порядку надання медичної допомоги паліативним хворим без зниження болю до рівнів, які не впливають на якість життя. Медичні сестри хоспісів та паліативних відділень сприймають надане знеболення більш критично, але при цьому демонструють меншу готовність до діалогу про легалізацію евтаназії, ніж лікарі. Постійний нестерпний біль дітей також не призводять до сприйняття думки про можливу евтаназію у батьків.

### Висновки

В результаті дослідження нами виявлена низька готовність до суспільного діалогу про еутаназію як серед паліативних пацієнтів та їх близьких, так і серед фахівців, що надають їм медичну, соціальну та духовну допомогу. Найменші показники готовності до діалогу про еутаназію демонструють батьки дітей з паліативними діагнозами (у порівнянні із дорослими паліативними пацієнтами та їх опікунами), священники, віруючі пацієнти та їх близькі (опікуни) у порівнянні з атеїстами. Найбільше готовими до діалогу є лікарі та вчені, що вивчають питання паліативної допомоги.

Рівні готовності до діалогу про легалізацію еутаназію мають бути вищими

для початку широкого суспільного діалогу, результатом якого має стати підтримка парламентської більшості та високий рівень її мотивації для прискорення початку законодавчої процедури. Паліативним хворим в Україні має бути надано право самостійного та зваженого прийняття рішення при припиненні їх страждань шляхом безболісної медичної асистенції смерті. Така потреба є великої кількості безнадійно хворих с останні дні і місяці життя пацієнтів, і вона десятиріччями залишається незадоволеною на тлі неефективної організації повноцінного знеболення для десятків тисяч паліативних пацієнтів.

**Конфлікт інтересів** відсутній.

### Література

1. Picon-Jaimes YA, Lozada-Martinez ID, Orozco-Chinome JE, Montana-Gomez LM, Bolano-Romero MP, Moscote-Salazar LR, et al. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;75:103380. DOI: 10.1016/j.amsu.2022.103380. PMID: 35242326.
2. WMA Declaration of Venice on End of Life Medical Care. Adopted by the 35<sup>th</sup> World Medical Assembly (Venice, Italy, October 1983). Revised by the 57<sup>th</sup> WMA General Assembly (Pilanesberg, South Africa, October 2006) and by the 73<sup>rd</sup> WMA General Assembly (Berlin, Germany, October 2022) [Internet]. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice> [accessed 20 Jun 2024].
3. Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Ann Palliat Med*. 2021;10(3):3540-53. DOI: 10.21037/apm-20-637. PMID: 32921084.
4. Blot F, Fremaux M, Mateus C. Fin de vie et cancer: comprendre en 2023 les enjeux de la demande d'aide active à mourir [End of life and cancer: Understanding the ethical issues of voluntary assisted dying]. *Bull Cancer*. 2023;110(3):293-300. DOI: 10.1016/j.bulcan.2023.01.005. PMID: 36746703. [In French].
5. Dalfin W, Guymard M, Kieffer P, Kahn JP. Droit à mourir et suicide assisté : état des lieux et analyse critique [The right to die and assisted suicide: Review and critical analysis]. *Encephale*. 2022;48(2):196-205. DOI: 10.1016/j.encep.2021.04.013. PMID: 34906375. [In French].
6. Guerinet L, Tournier M. La pratique de l'euthanasie et du suicide assisté pour motif psychiatrique [Euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorder]. *Encephale*. 2021;47(3):246-53. DOI: 10.1016/j.encep.2020.10.002. PMID: 33583568. [In French].
7. Коваль МІ. Контрміра еутаназії – паліативне лікування. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015;(3):54-8. DOI: 10.11603/1681-2786.2015.3.5767.



8. Bokek-Cohen Y, Tarabeih M. Grave new world: The conspiracy of silence surrounding non-voluntary euthanasia. *Appl Nurs Res.* 2020;52:151245. DOI: 10.1016/j.apnr.2020.151245. PMID: 32199519.
9. Тарасевич ТЮ. Евтаназія як соціальна проблема. Право та державне управління. 2022;(3):14-21. DOI: 10.32840/pdu.2022.3.2.
10. Опитування щодо евтаназії паліативних хворих [Інтернет]. Доступно на: <https://forms.gle/bh8hoRD83y6heaFt5> [доступ отримано 20 лип 2024].
11. Nesterenko VH, Peresykina TV, Shevchenko OS, Sarkhadova II. Palliative and hospice care in the Kharkiv region in the first year of the war. *Ukraine. Nation's Health.* 2023;73(3):106-12. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/18.
12. Kremeike K, Dojan T, Rosendahl C, Junger S, Romotzky V, Bostrom K, et al. "Withstanding ambivalence is of particular importance" – Controversies among experts on dealing with desire to die in palliative care. *PLoS One.* 2021;16(9):e0257382. DOI: 10.1371/journal.pone.0257382. PMID: 34559828.
13. Holovanova IA, Shevchenko AS. The issue of patient-oriented organization of palliative and hospice care in Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine.* 2021;90(2):21-7. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.2.hos.
14. Holovanova IA, Shevchenko AS. Determination of the main needs of palliative patients and ways of their provision in the health care system of Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine.* 2021;90(3):88-94. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.3.hos.
15. Holovanova IA, Shevchenko AS. Evaluation of packaged funding programs for palliative and hospice care by the National Health Service of Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine.* 2021;90(4):45-52. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.4.hos.
16. Appel JM. Next: Assisted Suicide for Healthy People. *Huffpost.com blog [Internet]*, 16 Aug 2009, Updated 25 May 2011. Available at: [https://www.huffpost.com/entry/assisted-suicide-for-heal\\_b\\_236664](https://www.huffpost.com/entry/assisted-suicide-for-heal_b_236664) [accessed 20 Jun 2024].
17. Тітко ЕВ, Дейнеко ОВ. Евтаназійний / суїцидальний туризм як феномен захисту прав людини в умовах сьогодення. Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Юридичні науки. 2020;31(70(2(3))):227-32. DOI: 10.32838/2707-0581/2020.2-3/36.
18. Nesterenko VG, Redka IV, Sukhonosov RO, Grygorov SM, Shevchenko AS, Aliieva TD. Forecasting the need for palliative and hospice care using the creeping trend method with segment smoothing. *Wiad Lek.* 2024;77(5):980-4. DOI: 10.36740/WLek202405116. PMID: 39008586.
19. Nesterenko VG, Shevchenko AS, Zelenska KO, Hryhorov MM. Clinical and epidemiological characteristics of disabling neurological diseases (literature review). *International Neurological Journal.* 2024;20(4):176-84. DOI: 10.22141/2224-0713.20.4.2024.1079. [In Ukrainian].
20. Lekhan VM. Impact of different types of pain on organizational decisions in palliative medicine. *Medicine Today and Tomorrow.* 2024;93(1):47-55. DOI: 10.35339/msz.2024.93.1.lvm.

*Nesterenko V.G., Lytvynenko O.Yu.*

#### **READINESS FOR DIALOGUE REGARDING EUTHANASIA OF PALLIATIVE PATIENTS IN UKRAINE**

The aging population of Ukraine and the severity of serious diseases increase the number of palliative patients, who at the end of their lives need to reduce suffering and ensure the ability to die with dignity. The lack of resources and the shortcomings of the mechanisms for the

organization of analgesia, etiopathogenetic treatment of palliative and comorbid diseases, full care and support of palliative patients, the presence in the list of palliative diseases that are not amenable to effective analgesia, require an alternative to slow dying with suffering through the use of euthanasia, which is legalized in many countries of the world, but not in Ukraine. An anonymous survey of palliative patients, their relatives (caregivers), medical and social workers, volunteers, priests who provide services to palliative patients, scientists who research issues of palliative medicine was conducted in order to determine the attitude towards the possibility of legalizing euthanasia in Ukraine and the desired format of public dialogue about such legalization. A low readiness for public dialogue was established both among palliative patients and their relatives, and among specialists who provide them with medical, social, and spiritual assistance. Parents of children with palliative diagnoses (in comparison with adult palliative patients and their guardians), religious patients and their relatives (guardians) in comparison with atheists, and priests demonstrate the lowest indicators of readiness for dialogue about euthanasia. In order to activate the public dialogue about dignified dying and the right to euthanasia, we offer a scientific analysis of foreign practices of euthanasia of palliative patients, which includes a comparison of the needs for palliative and hospice care for adults and children in these countries and in Ukraine, patient satisfaction with treatment, care and support, and public presentation of the results of such studies.

**Keywords:** *palliative and hospice care, foreign practices, sociological research.*

*Надійшла до редакції 12.05.2024*

### **Відомості про авторів**

*Нестеренко Валентина Геннадіївна* – кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: [vh.nesterenko@knmu.edu.ua](mailto:vh.nesterenko@knmu.edu.ua)

ORCID: 0000-0002-3773-9525.

*Олена Юріївна Литвиненко* – кандидат медичних наук, доцент, завідувач відділу аспірантури, докторантури і клінічної ординатури, Харківський національний медичний університет.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: [ou.lytvynenko@knmu.edu.ua](mailto:ou.lytvynenko@knmu.edu.ua)

ORCID: 0000-0002-6429-8171.