

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Соціально-гуманітарний факультет
Кафедра психології та соціальної роботи

Каплун Сергій Петрович
Соціально-етичні проблеми евтаназії: українські реалії та міжнародний
досвід

Виконав студент групи СРСПм-21

С.П. Каплун

Науковий керівник:

к.соц.н., В.С. Біскуп

Тернопіль - 2026

АНОТАЦІЯ

Каплун С.П. Соціально-етичні проблеми евтаназії: українські реалії та міжнародний досвід. Рукопис.

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «магістра» за спеціальністю 231 Соціальна робота. Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2026. 60 с.

У магістерській роботі досліджено соціально-етичні проблеми евтаназії в контексті сучасної соціальної політики України. Зокрема, розкрито теоретико-методологічні засади соціальної політики у сфері забезпечення права на гідну смерть, розглянуто світові моделі державного регулювання евтаназії та охарактеризовано соціальні ризики її легалізації. Розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення системи соціального захисту осіб у термінальних станах.

ANNOTATION

Kaplun S.P. Socio-ethical problems of euthanasia: Ukrainian realities and international experience. Manuscript.

Research for the degree of «master» in the specialty 231 Social work. Western Ukrainian National University, Ternopil, 2026. 60 p.

The master's thesis examines the socio-ethical problems of euthanasia in the context of modern social policy of Ukraine. In particular, the theoretical and methodological principles of social policy in the field of ensuring the right to a dignified death are revealed, world models of state regulation of euthanasia are considered and the social risks of its legalization are characterized. Practical recommendations are developed for improving the system of social protection of persons in terminal conditions.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
------------	---

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ГІДНУ СМЕРТЬ

1.1. Евтаназія як об'єкт міждисциплінарного аналізу: соціальний, етичний та медичний виміри.....	
1.2. Категорія «якість життя» в системі соціальної роботи з термінальними хворими.....	
1.3. Соціальна політика держави щодо регулювання питань біоетики та прав людини.....	
Висновки до розділу 1.....	

РОЗДІЛ 2. МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ТА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕВТАНАЗІЇ

2.1. Моделі соціальної політики щодо евтаназії в країнах ЄС та Північної Америки.....	
2.2. Соціальні ризики легалізації та роль мультидисциплінарних команд у процесі прийняття рішення.....	
Висновки до розділу 2.....	

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ТРАНСФОРМАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ЕВТАНАЗІЇ

3.1. Сучасний стан паліативної допомоги в Україні як інструменту реалізації соціальних прав громадян.....	
3.2. Аналіз ставлення різних груп населення до соціально-етичних проблем евтаназії (за результатами авторського пілотажного дослідження).....	
3.3. Рекомендації щодо вдосконалення системи соціального захисту та підтримки осіб у термінальних станах.....	
Висновки до розділу 3	

ВИСНОВКИ.....	
---------------	--

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	
----------------------------------	--

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасний світ перебуває у стані глибокої трансформації уявлень про межі людського життя, автономію особистості та межі державного втручання у питання життя і смерті. Стрімкий розвиток медичних технологій, які дедалі частіше дозволяють підтримувати біологічне існування людини за відсутності будь-яких перспектив відновлення свідомості чи мінімально прийнятної якості життя, з невідворотністю ставить суспільство перед низкою екзистенційних та інституційних викликів. Дедалі більше країн світу, серед яких Нідерланди, Бельгія, Канада, окремі штати США, запровадили законодавчі механізми регулювання евтаназії та асистованого самогубства, визнавши за пацієнтом право на гідне завершення життя. Україна, однак, залишається осторонь цих процесів: чинне законодавство категорично забороняє будь-які форми евтаназії, а суспільний дискурс довгий час був відсутнім або зводився до спрощеної дилеми «дозволити чи заборонити». Водночас щорічно в паліативній допомозі потребують близько 1,5 мільйона українців, а доступ до адекватного знеболення та якісної підтримки наприкінці життя залишається вкрай обмеженим. Триваюча повномасштабна війна додатково загострила ці проблеми: дефіцит медичних ресурсів, надважкі травми, зростання кількості людей з інвалідністю та термінальними станами актуалізували латентний запит на «гідну смерть», який часто є не стільки проявом автономного вибору, скільки відчаєм перед нестерпними стражданнями за відсутності належної паліативної підтримки. Саме тому соціально-етичні проблеми евтаназії потребують не спрощеного нормативного врегулювання, а комплексного міждисциплінарного аналізу, який би врахував соціальні ризики легалізації, стан системи паліативної допомоги як ключової альтернативи, міжнародний досвід соціального супроводу та готовність різних груп населення до публічного діалогу.

Стан дослідження проблематики. Проблема евтаназії привертає увагу широкого кола вітчизняних та зарубіжних дослідників. Теоретико-правові аспекти цього феномену розкрито у працях С.Б. Булеци [34], М.В. Громовчук [12], О.О. Барабаш [3], Д.Є. Забзалюка [17], С.М. Волкової [17], Л.О. Нікітенко [28]. Медичні та біоетичні виміри евтаназії досліджували М.Є. Поліщук [32], В.Г. Нестеренко [25; 26; 27], К.О. Гололобова [11], Й. Дробик [13]. Соціально-філософські аспекти проблеми висвітлено у роботах Н. Бровко [5], С. Сімакової [5], О.М. Шевченка [43], В.В. Мельничука [43], Т.В. Гардашук [9]. Міжнародний досвід правового регулювання евтаназії систематизовано у дослідженнях І.В. Чеховської [42], І.І. Білоусюк [42], Е.В. Тітко [39], О.В. Дейнеко [39], а також у зарубіжних працях L. Postma [57], A. van der Heide [57], C. O'Neill [55], S.Y.H. Kim [52], K.A. Heslop [51]. Проблематику соціальних ризиків легалізації евтаназії у контексті соціальної політики розглянуто у працях Б.Ю. Анпілогової [2], яка ввела категорію «соціального ризику» як інструмент аналізу невизначеності в ситуаціях прийняття рішень наприкінці життя. Стан та перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні досліджено І.А. Головановою [10], О.С. Шевченко [10], В.А. Сміяновим [36; 37], П.О. Горностаєвою [37].

Попри значну кількість наукових розвідок окремих аспектів проблеми, соціально-етичні виміри евтаназії в контексті трансформації соціальної політики України, з урахуванням стану паліативної допомоги, військових реалій та ставлення різних груп населення, не отримали комплексного висвітлення. Відсутність масштабних та регулярних емпіричних досліджень щодо готовності українського суспільства до публічного діалогу про евтаназію, а також аналізу зв'язку між запитом на евтаназію та ефективністю паліативної допомоги, обумовлює актуальність та наукову значущість цієї роботи.

Об'єктом дослідження є соціально-етичні проблеми евтаназії у контексті трансформації соціальної політики України.

Предметом дослідження виступають суспільні відносини, які виникають у зв'язку з питаннями евтаназії та паліативної допомоги у розрізі українських реалій та міжнародного досвіду.

Метою кваліфікаційної роботи є комплексне дослідження соціально-етичних проблем евтаназії в українському контексті на основі аналізу міжнародного досвіду, стану паліативної допомоги та емпіричного вивчення ставлення різних груп населення до питань.

Завдання дослідження:

1. Систематизувати теоретико-методологічні підходи до розуміння евтаназії як об'єкта міждисциплінарного аналізу, виокремивши її медичний, етичний, правовий та соціальний виміри.
2. Розкрити зміст категорії «якість життя» в системі соціальної роботи з термінальними хворими та визначити роль паліативної допомоги як альтернативи евтаназії.
3. Проаналізувати моделі соціальної політики щодо евтаназії в країнах ЄС та Північної Америки, виокремивши їх ключові принципи, механізми контролю та запобіжники.
4. Виявити основні групи соціальних ризиків легалізації евтаназії та обґрунтувати роль мультидисциплінарних команд у процесі прийняття рішень.
5. Охарактеризувати сучасний стан паліативної допомоги в Україні як інструменту реалізації соціальних прав громадян.
6. Провести пілотажне соціологічне дослідження ставлення різних груп населення до соціально-етичних проблем евтаназії.
7. Розробити рекомендації щодо вдосконалення системи соціального захисту та підтримки осіб у термінальних станах.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань у роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів пізнання. Системно-структурний метод застосовано для інтеграції наукових знань про евтаназію та виокремлення її ключових вимірів; історичний метод дозволив простежити генезу явища евтаназії від античних часів до сьогодення.

Порівняльно-правовий метод використано для аналізу моделей соціальної політики щодо еутаназії в різних країнах. Метод соціологічного опитування (анкетування) застосовано для збору первинних даних про ставлення різних груп населення до еутаназії, паліативної допомоги та біологічних заповітів; методи аналізу та синтезу – для узагальнення теоретичних положень та формулювання висновків.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що в роботі здійснено комплексний аналіз соціально-етичних проблем еутаназії крізь призму соціальної політики, поєднуючи теоретичне осмислення, аналіз міжнародного досвіду, удосконалено класифікацію моделей соціальної політики щодо еутаназії шляхом виокремлення Бенелюксівської (ліберальної), Північноамериканської (MAiD), Швейцарської (автономне асистування), консервативних французької та німецької моделей, а також рестриктивної (української); набули подальшого розвитку наукові положення щодо інституту біологічних заповітів у контексті вдосконалення українського законодавства.

Практичне значення одержаних результатів. Основні положення та висновки кваліфікаційної роботи можуть бути використані у практичній діяльності соціальних працівників, фахівців системи охорони здоров'я та соціального захисту для покращення якості надання паліативної допомоги, для розробки інформаційно-просвітницьких матеріалів щодо прав термінальних хворих, для підвищення кваліфікації фахівців у рамках соціально-медичних освітніх програм. Результати дослідження можуть бути використані в нормотворчій діяльності при підготовці законопроектів щодо вдосконалення законодавства у сфері паліативної допомоги, захисту прав пацієнтів та запровадження інституту біологічних заповітів. Отримані емпіричні дані можуть слугувати основою для подальших соціологічних досліджень готовності українського суспільства до суспільного діалогу щодо права на гідну смерть.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку

використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 60 сторінок.. Список використаних джерел налічує 61 найменувань. За результатами дослідження підготовлено 1 наукову статтю та 2 тези доповідей.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ГІДНУ СМЕРТЬ

1.1. Евтаназія як об'єкт міждисциплінарного аналізу: соціальний, етичний та медичний виміри

Феномен евтаназії у сучасній науці розглядається як багатовимірний феномен, який перебуває на перетині медицини, права, філософії та соціальної політики. Сучасна наука пропонує розглядати евтаназію не просто як медичну маніпуляцію чи юридичний акт, а як багатовимірний вузол людського буття, де в єдиній точці перетинаються досягнення медицини, вимоги і правила інституційних структур, етичні перестороги та ключові пріоритети соціальної політики. У центрі цього перетину перебуває не «клінічний випадок», а особистість у стані граничної вразливості, чиє право на гідність кидає виклик усій системі державних інститутів.

Термін «евтаназія» має давньогрецьке походження, поєднуючи слова «eu» (хороша, легка) та «thanatos» (смерть), що буквально перекладається як «блага смерть» [15]. Вперше у науковий обіг це поняття запровадив англійський філософ Ф. Бекон у XVI–XVII столітті у своїй праці «Advancement of Learning», де він наголошував, що обов'язок лікаря полягає не лише у відновленні здоров'я, а й у полегшенні мук та страждань вмираючого, коли вже немає надії на порятунок [17].

У сучасному розумінні евтаназія визначається як умисне припинення життя безнадійно хворої людини медичним працівником за її власним наполегливим проханням з метою припинення нестерпних страждань [28].

Юридична наука України трактує її як дію чи бездіяльність лікаря, спрямовану на реалізацію права на смерть [34; 36]. Згідно з вітчизняним законодавством, евтаназія визначається як навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого пацієнта з метою припинення його страждань, що наразі є офіційно забороненим [29; 41].

У сучасній біоетиці та праві евтаназію класифікують за декількома основними критеріями:

1. За способом здійснення (характером поведінки лікаря):

- Активна (позитивна) евтаназія – передбачає навмисні дії (наприклад, введення летальної дози медикаментів), що безпосередньо прискорюють смерть пацієнта [15; 17].

- Пасивна (негативна) евтаназія – полягає у навмисній відмові від життєзабезпечувального лікування або припиненні реанімаційних заходів, що дозволяє смерті настати природним шляхом [30].

2. За волевиявленням пацієнта:

- Добровільна – здійснюється на основі свідомого та неодноразового прохання компетентного пацієнта [28].

- Недобровільна – проводиться, коли хворий перебуває у несвідомому стані (кома), і рішення приймають законні представники [28].

- Примусова – здійснюється всупереч волі хворого, що прирівнюється до вбивства [14].

3. За формою медичної допомоги:

- Асистоване лікарем самогубство (PAS) – лікар надає пацієнту засіб для припинення життя, але фінальну дію пацієнт вчиняє самостійно [49].

- Медична допомога у вмиранні (MAID) – термін, що об'єднує активну евтаназію та асистований суїцид у правових системах Канади та країн ЄС [52].

Важливо усвідомлювати, що у багатогранному ландшафті XXI століття не існує ізольованих проблем. Рішення людини про припинення життя щонайменше охоплює не єдину «автономну» причину. Навпаки, воно часто стає наслідком синергії соціальних та особистих криз: фізичний біль підсилюється

страхом стати «тягарем» для близьких; невиліковна хвороба спричиняє соціальну ізоляцію; відсутність належного державного фінансування паліативної допомоги перетворює останні дні людини на боротьбу за виживання, а не на гідне життя.

Таким чином, евтаназія виступає не як окремий феномен, а як дзеркало соціальної політики держави. Вона висвітлює здатність суспільства не лише надавати відповідну фахову допомогу, а й створювати довкілля, у якому кожна людина відчуває свою цінність та повагу до власного життя. Соціальна робота у зазначеному контексті спрямована на подолання «синергетичних негараздів», пропонуючи людині підтримку, яка повертає сенс буття у найскрутніших ситуаціях.

Звертаючись до ідей Макса Вебера варто інтерпретувати проблему евтаназії як наслідок глобального процесу «раціоналізації» та «розчарування світу» (*Entzauberung*). У праці «Наука як покликання» М. Вебер зазначав, що в умовах модерну смерть стає подією, позбавленою внутрішнього сенсу, оскільки прогрес знання є нескінченним, й людині «цивілізації» немає за що вхопитися перед лицем фіналу [7]. Веберівська «раціоналізація» ставить перед соціальною політикою складну дилему: як перетворити процес відходу з життя на чітку юридичну процедуру, не втративши при цьому його інтимної, сутнісної людськості, за якої смерть стає об'єктом бюрократичного управління, виникає ризик домінування ціле-раціональної дії над ціннісно-раціональною, де повага до абсолютної гідності людини може бути принесена в жертву адміністративній ефективності.

У «дискусійні обшири» евтаназії українська вчена Т.В. Гардашук включила такі її проблемні аспекти, як біоетичні, які стосуються визначення життя як внутрішньої, справжньої, найвищої цінності, яка слугує «золотим стандартом етики» і якій підпорядковані всі інші цінності; екзистенційні – пов'язані з визначенням і розумінням сенсу людського життя, «особистісно-екзистенційного самоствердження» людини; медичні та етико-медичні (або медико-біоетичні) аспекти, з поміж яких наголошується на визначенні

комплексу медичних показань для проведення евтаназії, умови та методи проведення цієї процедури; медико-технологічні аспекти пов'язані з технологіями, які, з одного боку впливають на всі сфери життєдіяльності людини та суспільства від початку життя й, з іншого, до моменту його завершення, де розглядається потенціал новітніх технологій для того, щоб допомогти людині гідно завершити її життя; соціальні – охоплюють суспільне сприйняття евтаназії та ставлення суспільства до евтаназії відповідно до соціальних норм, цінностей і правил поведінки, прийнятних у тому чи тому суспільстві; етнокультурні та релігійні – до яких належать національні традиції й особливості ставлення до народження, життя, старіння й старості, смерті тощо; комунікативні, які передбачають способи і форми обговорення питань евтаназії в суспільстві загалом та в його окремих сегментах; економічні належать до найбільш дискусійних: вибором між мораллю і фінансовим тягарем для родини; правові зачіпають питання законодавчого унормування цих питань і пов'язані з правом громадян контролювати своє життя; психологічні, які супроводжується високим градусом емоційності й складними психологічними та емоційними станами всіх сторін [9].

Провівши аналіз різноманітних етимологічних визначень евтаназії, класифікацій, видів процедур евтаназії та їх розгалужений диспут у різноманітних наукових, біоетичних, соціально-правових тощо аспектах та дискурсах з позиції міждисциплінарного підходу нами виокремлено чотири ключових виміри проблемного поля евтаназії.

У межах міждисциплінарного аналізу медичний вимір евтаназії фокусується на трансформації ролі лікаря під впливом науково-технічного прогресу та нових стандартів надання допомоги на фінальних етапах життєвого шляху людини. Розвиток реаніματοлогії та біотехнологій призвів до того, що смерть перестала сприйматися як одномоментне явище, перетворившись на тривалий процес, який може штучно підтримуватися технічними засобами. Медичний вимір вимагає чіткого розмежування між штучним затягуванням агонії за допомогою агресивних методів лікування (дистаназія) та

забезпеченням природної смерті в належний час із повагою до гідності пацієнта (ортотаназія). Центральною проблемою залишається висока ймовірність діагностичної помилки щодо невиліковності пацієнта та прогнозів тривалості його життя. Таким чином, медичний вимір проблеми евтаназії полягає у пошуку балансу між технологічними можливостями продовження біологічного існування та етичним обов'язком лікаря забезпечити пацієнту гідну смерть.

Етичний вимір базується на конфлікті фундаментальних принципів біоетики. З одного боку, принцип автономії особистості стверджує право ментально компетентної людини на самовизначення, включаючи вибір моменту завершення життя, іншого – концепція «святості життя», що підтримується більшістю релігійних конфесій, розглядає життя як дар Божий, яким людина не може розпоряджатися на власний розсуд. Конфлікт посилюється дискусією про «якість життя»: прихильники утилітарного підходу вважають, що життя варто продовжувати лише за умови наявності адекватного рівня благополуччя та відсутності нестерпного болю.

Правовий вимір розглядає евтаназію крізь призму національного та міжнародного законодавства, фокусуючись на забезпеченні балансу між конституційним правом на життя та правом людини на повагу до приватності та гідності. Юридична дискусія обертається навколо декриміналізації допомоги у позбавленні життя та встановлення жорстких процесуальних гарантій для запобігання зловживанням. Важливим елементом є інститут «біологічних заповітів», які дозволяють людині юридично закріпити свою волю щодо медичного втручання у майбутньому.

Соціальний вимір евтаназії розкриває її як об'єкт соціальної політики. В умовах старіння населення та збільшення кількості термінальних хворих, держава змушена балансувати між обов'язком захищати життя та необхідністю забезпечити право на гідну смерть. Соціальний аспект також включає ризики «слизького схилу», за якого легалізація може призвести до тиску на вразливі групи населення (інвалідів, літніх людей), які можуть відчувати «обов'язок померти», щоб не бути тягарем для родини чи суспільства.

В українських реаліях соціально-етична дискусія ускладнюється низьким рівнем довіри до державних інституцій та недосконалістю системи паліативної допомоги. Хоча чинне законодавство України, зокрема, стаття 52 Основ законодавства про охорону здоров'я [29] та стаття 281 Цивільного кодексу України [41] категорично забороняє будь-які форми евтаназії, фактично існує проблема «латентної евтаназії» та нерегульованої відмови від лікування.

Міждисциплінарний підхід доводить, що вирішення проблеми евтаназії неможливе лише шляхом юридичних заборон та вимагає розвиток хоспісної допомоги, етичної освіти медиків та широкого суспільного діалогу щодо цінностей людської гідності в кінці життя.

Отже, спираючись на виокремлені нами медичного, етичного, соціального та правового вимірів евтаназії нами запропоновані критерії порівняння їх сутнісних ознак, представлені у Табл. 1.

Таблиця 1. Порівняльний аналіз вимірів евтаназії

Критерій порівняння	Медичний вимір	Етичний вимір	Соціальний вимір	Правовий вимір
Об'єкт фокусу	Технології та роль лікаря як виконавця	Моральні цінності та принципи біоетики	Державна стратегія та суспільні інтереси	Нормативна база та законодавчі гарантії
Ключові поняття	Активна/пасивна евтаназія, дистаназія	Автономія, «святість життя», якість життя.	Соціальна політика, «слизький схил»	Конституційні права, декриміналізація, «біологічний заповіт»
Основний конфлікт	Терапія штучне vs затягування агонії	Право на самовизначення vs недоторканність життя	Захист життя vs забезпечення права на гідну смерть	Статутна заборона vs юридичне визнання суб'єктивного права
Суб'єкт рішення	Лікар (на основі протоколів)	Особистість (на основі переконань)	Суспільство та держава (через сервіси)	Законодавець та суд (через норми)
Головний ризик	Дегуманізація медицини	Девальвація абсолютного значення життя	Тиск на вразливі групи населення	Правовий нігілізм або корупційні зловживання

Отже, міждисциплінарний аналіз засвідчує, що еутаназія є складним соціокультурним вузлом, де технологічна спроможність медицини продовжувати біологічне життя вступає у суперечність із правовими нормами та етичним пріоритетом автономії особистості. Вирішення цієї проблеми в межах сучасної соціальної політики потребує переходу від суто нормативних заборон до створення цілісного середовища підтримки, яке балансує між раціональністю державних інститутів та абсолютною цінністю людської гідності.

1.2. Категорія «якість життя» в системі соціальної роботи з термінальними хворими

Категорія якості життя в системі соціальної роботи з термінальними хворими постає як інтегральний показник, що визначає стратегію підтримки особистості на фінальному етапі її життєвого шляху. Цей підхід зумовлює зміщення акцентів від парадигми «святості життя» до «етики якості життя», згідно з якою збереження благополуччя, автономії та індивідуальної свободи вважається ціннішим, ніж суто біологічне функціонування за будь-яку ціну. Фізичний вимір цієї категорії зосереджений на запобіганні та полегшенні фізичних страждань через ранню ідентифікацію симптомів та надання адекватного знеболення, оскільки саме нестерпний біль часто стає головним тригером для запиту на припинення життя. Психологічний аспект передбачає подолання емоційного дистресу, депресивних станів, тривоги перед невідомим та почуття провини перед оточуючими, що потребує активного залучення психологів у межах мультидисциплінарної команди. Соціальний вимір охоплює збереження значущих зв'язків із суспільством, подолання соціальної ізоляції та нівелювання страху пацієнта стати фінансовим або моральним тягарем для своєї родини. Екзистенційний або духовний вимір посідає особливе місце, оскільки він пов'язаний із пошуком сенсу в стражданні, збереженням людської гідності та реалізацією права на самовизначення, що дозволяє уникнути

припинення честі особи через стан повної безпорадності. Паліативна допомога виступає ключовим гуманістичним інструментом забезпечення якості життя, пропонуючи модель цілісного догляду, де фокус переміщується з лікування хвороби на підтримку цінності життя в будь-якому його стані. Сучасна соціальна політика має на меті створення такого підтримуючого середовища, де суб'єктивна оцінка якості життя самим пацієнтом є пріоритетною, а право на гідну смерть розглядається як невід'ємна частина права на якісне життя до останньої миті. Таким чином, поєднання цих вимірів дозволяє трансформувати фінальний етап людського буття з боротьби за виживання у процес, вільний від страждань та приниження гідності [34; 5; 9].

Всесвітня організація охорони здоров'я та українське законодавство розглядають паліативну допомогу як комплекс заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів та їхніх родин. Метою такої допомоги є запобігання та полегшення страждань через ранню ідентифікацію симптомів, полегшення фізіологічних страждань та вирішення психосоціальних і духовних проблем [56; 35].

Численна кількість науковців наголошують, що розвиток якісної паліативної та хоспісної допомоги є пріоритетним напрямком, який може подолати потребу в легалізації еутаназії, оскільки більшість запитів на смерть зумовлені саме нестерпним болем та страхом стати тягарем як для самого себе, так й для найближчого оточення.

У системі паліативної допомоги необхідним є формування інституційної підтримки на рівні комплексної мультидисциплінарної команди, у якій одну з ключових ролей відіграють, з поміж лікарів, психологів, священнослужителів, допоміжного персоналу, соціальні працівники. Саме на нього покладається функція допомоги пацієнту зберегти особистісну автономію, забезпечити соціальний супровід, сприяння в отриманні всебічної правової підтримки та консультації щодо соціальних послуг.

Зауважимо, що у фокусі роботи з термінальними хворими перебуває не клінічний випадок, а особистість у стані граничної вразливості. Дотримання

принципу автономії забезпечує стверджує право ментально компетентної людини на самовизначення, яка включає можливість відмовитися від лікування (пасивна форма реалізації волі) або обрати момент відходу. Соціальні ризики легалізації еутаназії включають небезпеку тиску на вразливі групи (літніх людей, осіб з інвалідністю), які можуть відчувати «обов'язок померти», щоб не обтяжувати родину фінансово чи морально.

Надзвичайно важливими є психологічна та духовна підтримка. Співпраця з термінальним пацієнтом передбачає допомогу в подоланні п'яти етапів вмирання (за Кюблер-Росс: заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття). Важливо розрізняти справжнє бажання померти від симптомів депресії, які піддаються лікуванню. Духовна підтримка з боку представників релігійних конфесій також є невід'ємною частиною догляду, оскільки більшість релігій в Україні розглядають життя як дар Божий, яким людина не може розпоряджатися.

Робота з термінальними хворими у контексті еутаназії в Україні наразі зміщена у площину максимального розвитку паліативної допомоги та захисту гідності людини без прямого прискорення смерті. Це вимагає від спеціалістів не лише медичних навичок, а й високої етичної грамотності та здатності до емпатії у найскладніших ситуаціях.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає паліативну допомогу як інтегрований підхід, спрямований саме на покращення якості життя пацієнтів та їхніх сімей через запобігання та полегшення страждань. В межах соціальної роботи це означає перехід від стратегії «лікування» (cure) до стратегії «турботи» (care), головним результатом якої є не одужання, а «додавання життя до років, а не років до життя» [56].

У контексті військових дій в Україні категорія якості життя термінальних хворих та поранених набуває екзистенційної гостроти, оскільки повномасштабна війна стала специфічним «каталізатором» для обговорення теми гідної смерті в умовах, коли медичні ресурси є вкрай обмеженими, а фізичні та психологічні страждання військових і цивільних осіб досягають

критичних меж. Обмеженість ресурсів та надважкі травми змушують соціальну політику шукати нові моделі реабілітації та супроводу, де якість догляду стає гарантом дотримання конституційного права на гідність згідно зі ст. 28 Конституції України [18].

Аналіз сучасних реалій виявляє парадоксальну ситуацію, за якої посилення правового визнання життя як найвищої цінності в міжнародних актах супроводжується його фактичним знеціненням у повсякденній практиці термінальних станів, що породжує явище «соціальної евтаназії». Цей вид евтаназії найчастіше зустрічається саме під час воєнних дій, коли через дефіцит медикаментів чи електроенергії для апаратів штучного життєзабезпечення рішення про припинення життя приймається не самою людиною, а суспільством, виходячи з економічної доцільності та пріоритету рятування тих, хто має більше шансів на одужання.

Для військовослужбовців, які пожертвували своїм здоров'ям заради держави, право на самовизначення, включаючи вибір моменту відходу, розглядається багатьма дослідниками як фундаментальна частина їхньої автономії та прояв особливої поваги до їхньої гідності. Реальна потреба в такому обговоренні підтверджується випадками в українській практиці, зокрема смертю військовослужбовця Юліана Циганка у 2018 році, який після трьох років боротьби та сорока операцій самостійно попросив про відключення від апарату штучного дихання через відмову внутрішніх органів [19].

Таким чином, якість життя у системі соціальної роботи є не просто показником добробуту, а мірилом гуманності суспільства та ефективності державної соціальної політики щодо найбільш вразливих категорій громадян. Пріоритетним завданням держави стає розвиток паліативної допомоги для поранених ветеранів, оскільки саме адекватне знеболення та психосоціальна підтримка є головним запобіжником того, щоб право на гідну смерть не перетворилося на «обов'язок померти» через відчуття себе тягарем для родини чи держави в умовах воєнної кризи. Створення цілісного середовища підтримки дозволяє збалансувати обов'язок держави захищати життя із абсолютною

цінністю людської гідності навіть у найбільш трагічних обставинах воєнного часу. Як зазначається в аналітичних звітах «поширеною причиною смертності в Україні є самоушкодження, особливо серед людей у віці 70 років і старше, що свідчить про значні недоліки в системі довготривалої та паліативної допомоги» [8].

Таким чином, соціальна політика держави у сфері біоетики в українських реаліях трансформується від моделі дистаназії до моделі паліативного супроводу, де пріоритетом є не просто продовження біологічного існування, а забезпечення максимально можливої якості життя пацієнта та повага до його суб'єктивного вибору. Вирішення проблеми евтаназії в межах соціальної політики України потребує переходу від суто нормативних заборон до створення цілісного середовища підтримки, яке балансує між обов'язком держави захищати життя та абсолютною цінністю людської гідності.

1.3. Соціальна політика держави щодо регулювання питань біоетики та прав людини

У системі сучасного державотворення соціальна політика у сфері біоетики постає не лише як сукупність медичних протоколів, а як фундаментальна стратегія захисту людської гідності в умовах граничної вразливості особистості [17; 34].

Соціальна політика України у цьому контексті базується на визнанні людини, її життя, здоров'я, честі та гідності найвищою соціальною цінністю згідно зі статтею 3 Конституції України [18], що покладає на державу позитивний обов'язок не лише захищати фізичне існування особи, а й створювати умови для реалізації її прав. Центральним елементом державного регулювання є конфлікт між правом на життя, закріпленим у статті 27 Конституції України [18], та правом на повагу до гідності й захист від нелюдського поводження, що гарантується статтею 28 [18].

У науковому дискурсі наголошується, що сьогодні спостерігається парадоксальна ситуація, коли на тлі посилення правового захисту життя в міжнародних актах відбувається його фактичне знецінення через нестерпні страждання пацієнтів у термінальних станах. Етичний кодекс лікаря України [16] виступає ключовим інструментом соціальної політики, що регламентує межі професійної відповідальності, зобов'язуючи медика перебувати поряд із вмираючим до останньої миті та максимально полегшувати його страждання.

Проте чинна соціальна політика України залишається рестриктивною, оскільки стаття 52 Основ законодавства України про охорону здоров'я [29] та стаття 281 Цивільного кодексу України [41] прямо забороняють медичним працівникам свідомо прискорювати смерть або вдаватися до евтаназії. Державна політика у сфері біоетики має враховувати формування четвертого покоління прав людини, так званих соматичних прав, які включають право особи вільно розпоряджатися власним тілом та вибирати спосіб завершення життя [3; 6].

Трансформація соціальної політики має відбуватися від моделі суто нормативних заборон до створення цілісного середовища паліативного супроводу, яке балансує між обов'язком держави захищати життя та абсолютною цінністю людської гідності. Вирішення проблеми евтаназії потребує широкого суспільного діалогу, етичної освіти медиків та розвитку хоспісної допомоги, що дозволить забезпечити право на гідну смерть без приниження особистості стражданнями. Таким чином, соціальна політика у сфері біоетики постає як стратегічний інструмент гармонізації інтересів особи, суспільства та держави на фінальному етапі людського шляху [34].

У наукових працях Д. Забзалюка та С. Волкової наголошується, що державна політика у сфері біоетики має враховувати появу четвертого покоління прав людини (соматичних прав), до яких належить право на вільне розпорядження власним тілом, включаючи вибір способу завершення життя. Дослідники аргументують, що абсолютна заборона евтаназії за певних умов

може розцінюватися як порушення конституційного права на гідність, перетворюючи «право на життя» на «обов'язок жити» в муках [17].

Важливим завданням для української соціальної політики є впровадження інституту «біологічних заповітів» (Living Wills), які дозволяють людині заздалегідь юридично закріпити свою волю щодо медичних втручань у разі втрати дієздатності [22].

Інститут «біологічних заповітів» (Living Wills), або дослівно «воля щодо доживання» (інші україномовні відповідники – прижиттєвий заповіт, заповіт про життя, волевиявлення щодо медичного втручання, остання воля щодо лікування та догляду). Поняттям «прижиттєвий заповіт» позначається письмовий документ, в якому повнолітня дієздатна людина заздалегідь висловлює свою волю з майнових та особистих питань на випадок ситуацій, в яких вона вже не зможе говорити за себе». Загалом, такий «заповіт життя», «є юридичним документом, у якому дієздатна особа заздалегідь закріплює свою волю щодо обсягів і видів медичного втручання або відмови від нього у разі настання термінального стану чи втрати ментальної дієздатності» [23, с. 245]. У межах сучасної соціальної політики це питання стає ключовим інструментом забезпечення автономії особистості й дозволяє зберегти контроль над власною ідентичністю.

Для України впровадження інституту біологічних заповітів є стратегічним завданням з огляду на декілька факторів, з поміж яких варто виокремити подолання певних правових колізій. Хоча стаття 284 Цивільного кодексу України [41] та стаття 43 Основ законодавства про охорону здоров'я [29] надають право на відмову від лікування, в Україні відсутні чіткі протоколи дій лікарів, коли пацієнт перебуває у несвідомому стані, що створює ризики «терапевтичної впертості» (дистаназії); дотримання конституційних гарантій (відсутність механізму реалізації волі пацієнта перетворює конституційне «право на життя» на фактичний «обов'язок жити» у стані нестерпних страждань, що порушує право на гідність (стаття 28 Конституції України) [18]; зменшення соціальної напруги (законодавче врегулювання «біологічних

заповітів» допоможе уникнути конфліктів між медичними працівниками та родичами хворого, оскільки відповідальність за рішення переноситься на саму особу).

Важливим інструментом аналізу соціальної політики у цій сфері є Індекс якості смерті (Quality of Death Index, QDI), розроблений Economist Intelligence Unit. Він оцінює доступність знеболення, якість хоспісного середовища, наявність людських ресурсів та рівень залучення громади. Станом на 2015 (це поточна на даний період часу інформація) Україна демонструє низькі показники у цьому рейтингу (69-те місце з 80) [40].

Особливого значення набуває врахування суб'єктивної оцінки якості життя. Індекс якості життя (де вищий бал означає кращу якість життя) – це оцінка загальної якості життя, розрахована за емпіричною формулою. Ця формула враховує різні фактори, з поміж яких індекс купівельної спроможності, індекс забруднення, співвідношення ціни житла до доходу, індекс вартості життя, індекс безпеки, індекс охорони здоров'я, індекс заторів та час у дорозі на роботу та кліматичний індекс. У 2025 році Люксембург у цьому рейтингу отримав найвищий позицію за індексом якості життя в Європі – 220 балів. Друге місце посіли Нідерланди, з 211 балами. На протилежному боці спектра Албанія та Україна, які зафіксували найнижчу якість життя в Європі – 104 та 115 балів відповідно [58].

Зазначимо, що причиною запиту на евтаназію часто є не сам біль, а втрата гідності через повну залежність від оточуючих у побутових питаннях («неможливість встати з ліжка», «необхідність сторонньої допомоги в гігієні»). Тому сучасна система соціальної роботи має на меті створення такого підтримуючого середовища (хоспіс вдома, психологічна підтримка), у якому пацієнт відчуває свою цінність незалежно від фізичного стану.

Відтак, актуальним завданням для українського законодавства є створення спеціального реєстру та ухвалення норм, які б дозволили громадянам легально фіксувати свою позицію щодо медичної допомоги при вмиранні (MAiD) або

відмови від агресивної терапії. Така державна позиція дозволить трансформувати соціальну політику від суто рестриктивної (забороняючої) моделі до такої, яка заснована на повазі до соматичних прав людини та якості життя на її фінальному етапі перебування цивілізованому суспільстві.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

Розгляд проблеми евтаназії через призму соціальної політики, етики, медицини та прав людини дозволяє побачити за складними дефініціями живу людину – вразливу, виснажену болем, налякану майбутнім, але таку, що прагне зберегти свою гідність до останньої миті. Цей розділ був присвячений тому, щоб розібратися: чи можна взагалі говорити про «благую смерть» у суспільстві, де держава часто залишає вмираючого наодинці зі стражданням, а медицина, озброєна найновішими технологіями, іноді перетворює фінал життя на штучне затягування агонії.

Аналіз засвідчив, що евтаназія – це не просто медична маніпуляція чи юридичний акт. Це вузол, у якому перетинаються технологічні можливості, етичні обмеження, правові норми та реальна соціальна політика. У центрі цього перетину – не «клінічний випадок», а особистість, чиє право на гідність ставить під сумнів саму здатність державних інститутів бути гуманними. Запит на евтаназію майже ніколи не буває суто «медичним»: він народжується на перетині фізичного болю, страху стати тягарем для близьких, соціальної ізоляції та відсутності належної паліативної підтримки. Тому проблема евтаназії постає дзеркалом, у якому відображається справжнє обличчя соціальної політики – її здатність або нездатність захистити найбільш вразливих.

Особливе місце в розділі зайняла категорія «якості життя», яка в роботі з термінальними хворими набуває вирішального значення. Тут відбувається найважливіший зсув: від абсолютної «святості життя» (зберігати біологічне існування за будь-яку ціну) до «етики якості життя» (життя, вільне від нестерпних страждань та приниження гідності). Паліативна допомога в такому контексті – не просто набір медичних процедур, а гуманістичний інструмент, що дозволяє додавати «життя до років, а не років до життя». В українських реаліях, особливо в умовах війни, ця проблема набуває екзистенційної гостроти. Дефіцит ресурсів, надважкі травми та психологічні травми змушують суспільство стикатися з явищем «соціальної евтаназії» – коли рішення про припинення життя фактично приймається не самою людиною, а обставинами (брак медикаментів, електроенергії, місць у лікарнях). Історії військових, які після років боротьби самостійно просять відключити їх від апаратів життєзабезпечення [19], ставлять перед нами болюче запитання: чи має право держава, яка не спромоглася забезпечити гідний догляд, вимагати, щоб людина «жила за будь-яку ціну»?

Чинна соціальна політика України залишається рестриктивною – евтаназія прямо заборонена законом [29; 41]. Проте відсутність дієвих альтернатив (якісна паліативна допомога, доступне знеболення, психологічна підтримка, правові механізми волевиявлення) перетворює декларативне право на життя на фактичний «обов'язок жити» в муках, що суперечить конституційній гарантії права на гідність [18]. У науковому дискурсі дедалі частіше обговорюються «соматичні права» четвертого покоління [3; 6], зокрема інститут біологічних заповітів (Living Wills) [22; 23], який дозволяє людині заздалегідь, у стані повної свідомості, визначити свою волю щодо медичних втручань у разі втрати дієздатності. Це не легалізація евтаназії, а інструмент захисту автономії та запобігання «терапевтичній впертості» (дистаназії). Низькі показники України в міжнародних рейтингах якості смерті [40] та якості життя загалом [58] свідчать про системні недоліки, які потребують невідкладного вирішення.

Підсумовуючи, зазначимо: проблема евтаназії не зводиться до дилеми «дозволити чи заборонити». Вона вимагає від суспільства та держави соціально-відповідальної позиції, яка полягає у конструюванні системної підтримки, пріоритетом якої є не боротьба за біологічне існування будь-якою ціною, а якість життя, доступ до адекватного знеболення, психологічний супровід, соціальна інклюзія та повага до суб'єктивного вибору особистості.

РОЗДІЛ 2

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ТА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕВТАНАЗІЇ

2.1. Моделі соціальної політики щодо евтаназії в країнах ЄС та Північної Америки

Сучасний міжнародний досвід соціальної політики у сфері охорони здоров'я свідчить про фундаментальну трансформацію ставлення до завершення людського життя. Питання евтаназії сьогодні перебуває на перетині медичних технологій, що дозволяють тривалий час підтримувати життєдіяльність організму, та гуманістичних концепцій, які ставлять автономію особистості вище за біологічне існування. Як зазначає М. В. Громовчук [12, с. 28], спостерігається парадоксальна ситуація: цінність людського життя як особистого немайнового блага зростає в міжнародному праві, проте водночас відбувається девальвація життя індивіда в умовах нестерпних страждань, що породжує «світовий бум» обговорення права на смерть. Вважаємо, що цей процес відображає перехід від патерналістської моделі медицини до моделі, де

пацієнт визнається повноправним суб'єктом, здатним самостійно визначати межі своєї гідності.

Аналізуючи закордонні моделі, переконані, що найбільш ліберальною та інституційно завершеною є Бенелюксівська модель, репрезентована досвідом Нідерландів, Бельгії та Люксембургу. Саме ці країни першими у світі перевели евтаназію з площини кримінального права в площину регульованої соціальної політики та медичної допомоги.

Нідерланди стали піонером у цій сфері, ухваливши у 2001 році «Закон про припинення життя за запитом та асистоване самогубство», який набув чинності 1 квітня 2002 року. Проте, на думку дослідників, юридична легалізація була лише фіналом тривалого суспільного діалогу, каталізатором якого стала відома «справа Постма» 1973 року. Як свідчать архівні дані, лікарка Трус Постма ввела своїй тяжкохворій матері летальну дозу морфію на її неодноразові благання, і хоча суд визнав її винною, вона отримала лише тиждень умовного вироку. Це судове рішення заклало фундамент для принципу «належної обережності» лікаря. Сучасна соціальна політика Нідерландів ґрунтується на тому, що евтаназія, залишаючись у Кримінальному кодексі, не карається, якщо лікар довів відповідність своїх дій чотирьом критеріям: добровільність і наполегливість прохання, наявність нестерпних страждань без надії на покращення, повна поінформованість пацієнта та консультація з незалежним лікарем [57, с. 11–13].

Вважаємо особливо значущим гуманістичний аспект нідерландської моделі, який поширюється навіть на найбільш вразливі групи. С. Б. Булеца вказує на існування Гронінгенського протоколу, який за певних суворих умов дозволяє евтаназію для новонароджених із нестерпними вадами за згодою батьків [34, с. 159]. Хоча М. Є. Поліщук [32, с. 66–67] справедливо застерігає, що питання життєздатності новонароджених на 22-му тижні є надзвичайно складним, а їх виживання часто супроводжується глибокою інвалідністю, нідерландська модель намагається знайти баланс між технічним виживанням та

якістю життя, де «життєздатність – це не тільки дихати, а й мати повноцінне життя».

Бельгійська модель, запроваджена Законом від 28 травня 2002 року, пішла ще далі шляхом лібералізації, визначивши допомогу у вмиранні як «медичний акт» [60]. Переконані, що унікальність бельгійського підходу полягає в його соціальній інклюзивності: держава забезпечує пацієнтів, які мають фінансові труднощі, безоплатними препаратами для знеболення та процедури, щоб економічний фактор ніколи не ставав примусом до смерті. Як зазначає С. O'Neill [55], у 2014 році Бельгія стала першою країною, що скасувала вікові обмеження для евтаназії, визнавши право дитини на свободу від болю, якщо вона здатна до розрізнення та усвідомленого рішення. Така політика супроводжується жорстким постфактум-контролем Федеральної комісії, що вивчає кожен випадок, забезпечуючи прозорість і довіру суспільства.

Люксембург завершив формування цієї групи у 2009 році, синхронізувавши легалізацію евтаназії з обов'язковим розвитком паліативної допомоги [59]. Це підтверджує тезу про те, що евтаназія в Бенелюксі не розглядається як альтернатива догляду, а є частиною цілісного континууму медичних послуг наприкінці життя.

Підсумовуючи аналіз Бенелюксівської моделі, вважаємо, що її успіх зумовлений високим рівнем секуляризації та розвиненим громадянським суспільством, де громадські організації мають значний вплив на політиків. Переконані, що саме цей досвід доводить: легалізація за умови чіткої процедурної регламентації не призводить до зловживань, а навпаки, виводить «тіньові» практики медичного сортування в правове поле, забезпечуючи право особи на гідне завершення свого земного шляху.

На противагу ліберальному підходу країн Бенелюксу, консервативні моделі соціальної політики в ЄС, зокрема у Франції та Німеччині, демонструють тривалий пошук компромісу між повагою до життя та правом на полегшення страждань. Французька модель тривалий час базувалася на Законі Леонетті 2005 року, який забороняв активну евтаназію, але дозволяв

припинення лікування, що було визнано «марним або непропорційним» [34, с. 171]. Вважаємо знаковим кроком ухвалення у 2016 році закону, який запровадив право на «постійне глибоке заспокоєння» (Continuous Deep Sedation) [4, с. 25]. Як зазначають І. В. Чеховська та І. І. Білоусюк [42, с. 28], це стало специфічною «французькою відповіддю», де замість прямого припинення життя лікар вводить пацієнта у стан несвідомості до моменту природної смерті. Переконані, що така модель є спробою зберегти медичну етику «незаподіяння шкоди», одночасно відповідаючи на гуманітарний запит суспільства.

Німеччина пройшла шлях від суворої криміналізації до визнання права на смерть як невід'ємної частини загального права на особистість. Особливого значення тут набула практика Європейського суду з прав людини, зокрема справа «Koch v. Germany» (2012), де заявник оскаржував відмову у наданні легального доступу до літальних препаратів для своєї дружини [34, с. 152]. Підсумовуючи викладене, можемо стверджувати, що рішення Федерального конституційного суду Німеччини 2020 року, яке визнало заборону комерційного сприяння самогубству неконституційною, остаточно закріпило автономію особи над медичним патерналізмом [46, с. 508].

Унікальною у світовій архітектурі є Швейцарська модель, що базується на декриміналізації асистованого самогубства за відсутності корисливого мотиву (ст. 115 КК Швейцарії) [34, с. 110]. Е. В. Тітко та О. В. Дейнеко [39, с. 230] справедливо зазначають, що така соціальна політика призвела до виникнення «суїцидального туризму», оскільки швейцарські організації, такі як «Dignitas», надають допомогу особам незалежно від їхнього громадянства. Вважаємо, що швейцарський досвід доводить: соціальна політика може успішно делегувати реалізацію права на смерть громадянському суспільству (некомерційним організаціям), забезпечуючи при цьому високий рівень правового супроводу та психологічної експертизи [61].

Переходячи до досвіду Північної Америки, варто виокремити «Орегонську модель» у США, яка стала еталоном для багатьох штатів. Як підкреслює Ю. І. Фетько [34, с. 217], Закон штату Орегон «Про гідну смерть»

вимагає від пацієнта не лише добровільності, а й здатності самотійно вжити смертельну дозу препарату. Соціальна політика США у цій сфері є прагматичною: евтаназія (де лікар сам робить ін'єкцію) залишається під заборною, тоді як «самогубство за допомогою лікаря» (Physician-Assisted Suicide) розглядається як інструмент реалізації інформованої згоди пацієнта [34, с. 222]. Підсумовуючи цей блок, зазначимо, що американський підхід суворо обмежений термінальною стадією хвороби (прогноз життя до 6 місяців), що мінімізує ризики «поспішних рішень» [34, с. 224].

Найбільш динамічною та прогресивною сьогодні вважаємо Канадську модель MAiD (Medical Assistance in Dying). Після історичного рішення Верховного суду у справі «Carter v. Canada» (2015), держава визнала, що абсолютна заборона допомоги у вмиранні порушує право на свободу та безпеку особи [34, с. 227]. Переконані, що ключовим моментом канадської політики є її еволюція: у 2021 році законопроект C-7 скасував вимогу про «розумну передбачуваність природної смерті», дозволивши доступ до MAiD особам із невиліковними стражданнями, чия смерть не є неминучою [50]. Це робить канадську модель найбільш гуманізованою в аспекті поваги до суб'єктивного сприйняття болю пацієнтом. Проте, як застерігає К. А. Хеслоп [51], розширення MAiD на осіб із психічними розладами залишається найбільш дискусійною межею сучасної соціальної політики.

Аналізуючи ці моделі, вважаємо, що вони відображають світовий тренд на зміцнення прав людини «четвертого покоління». Переконані, що спільним для всіх успішних систем є інтеграція права на смерть у загальну систему соціального захисту та паліативної допомоги. Як зазначають В. А. Сміянов та П. О. Горностаєва [37, с. 82], без розвиненого громадянського суспільства, яке здійснює незалежний моніторинг кожного випадку, легалізація може перетворитися на інструмент соціальної інженерії, а не гуманізму.

Осмислення міжнародного досвіду неможливе без глибокого аналізу прецедентної практики Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ), яка виступає універсальним вектором для національних моделей соціальної

політики. Вважаємо, що еволюція позиції ЄСПЛ демонструє перехід від захисту «права на життя» як безальтернативного обов'язку до визнання «права на повагу до приватного життя» як права на автономію у питаннях смерті. Якщо у справі «Pretty v. the United Kingdom» (2002 p.) Суд наголосив, що стаття 2 Конвенції не може тлумачитися як така, що надає право на смерть, то подальші рішення, зокрема у справах «Haas v. Switzerland» (2011 p.) та «Koch v. Germany» (2012 p.), підтвердили: бажання особи покинути життя за допомогою медицини підпадає під дію статті 8 Конвенції [42, с. 76]. Переконані, що знаковим для сучасної соціальної політики є рішення у справі «Mortier v. Belgium» (2022 p.), де ЄСПЛ уперше безпосередньо визнав, що легальна система еутаназії не суперечить праву на життя, за умови, що держава забезпечує суворі процедурні гарантії та контроль [53]. Це рішення де-факто легітимізувало ліберальні моделі в очах загальноєвропейського правопорядку.

Аналізуючи динаміку північноамериканських моделей, варто звернути увагу на радикальну трансформацію канадської соціальної політики, яка за кілька років пройшла шлях від повної заборони до однієї з найбільш інклюзивних систем MAiD (Medical Assistance in Dying). Як зазначає Ю. І. Фетько [34, с. 227], після рішення у справі «Carter v. Canada» (2015 p.) канадське суспільство прийняло концепцію, згідно з якою примус людини до життя в нестерпних муках є порушенням її фізичної та психічної цілісності. Вважаємо особливо важливим для українського контексту досвід канадського законопроекту С-7 (2021 p.), який скасував вимогу про «розумно передбачувану природну смерть» [50]. Це дозволило розширити соціальний захист на осіб із хронічними невиліковними стражданнями, чия смерть не є неминучою, що свідчить про домінування принципу суб'єктивної якості життя над об'єктивним терміном доживання. Водночас, ми поділяємо переконання К. А. Хеслоп [51], що таке розширення MAiD на осіб із психічними розладами вимагає безпрецедентного рівня соціального супроводу та експертизи, щоб запобігти ситуаціям, коли еутаназія стає «відповіддю» на соціальну незахищеність.

Підсумовуючи міжнародний досвід, вважаємо, що соціальна політика у сфері евтаназії в країнах ЄС та Північної Америки ґрунтується на мультидисциплінарному підході. Як зазначають Д. Є. Забзалюк та С. М. Волкова [17, с. 91], право на гідну смерть у цих країнах не розглядається як ізольований медичний акт, а є фінальним елементом цілісної системи, де паліативна допомога виступає фундаментом, а евтаназія – надзвичайною можливістю для тих, кому паліатив не здатний полегшити біль. Переконані, що успіх західних моделей зумовлений не лише якістю законів, а й високою правовою культурою діалогу між лікарем, пацієнтом та державою. Аналіз свідчить, що в країнах із розвиненою «культурою вмирання» (Нідерланди, Швейцарія) запит на евтаназію не зменшує цінність життя, а навпаки – стимулює розвиток хоспісної допомоги та вдосконалення протоколів знеболення [37, с. 82]. Вважаємо, що для України цей досвід є неоціненним у контексті євроінтеграційних процесів, адже визнання права на смерть як складової права на гідність є ознакою світської держави, що ставить людину та її волю понад ідеологічні догми.

На основі проведеного аналізу міжнародного досвіду та наданих джерел сформовано порівняльну таблицю (див. табл. 2.1). Країни проранжовано від найбільш ліберальних моделей (абсолютна згода з інституційним врегулюванням) до консервативних моделей із жорсткими застереженнями.

Таблиця 2.1. Порівняльна таблиця моделей соціальної політики щодо евтаназії

Країна	Дата ухвалення актів (схвалення/відхилення)	Ключові принципи та механізми	Назва моделі
Бельгія	2002 р. (схвалено), 2014 р. (скасування вікового цензу)	Евтаназія як «медичний акт»; повна відсутність вікових обмежень (для дітей — за умови	Ліберальна (Бенелюксівська)

		здатності до розрізнення); державне забезпечення безоплатними препаратами для незахищених верств.	
Нідерланди	2001 р. (закон), чинний з 01.04.2002 р.	Принцип «належної обережності»; Гронінгенський протокол для новонароджених; обов'язкова консультація з незалежним лікарем та постфактум-контроль регіональними комісіями.	Ліберальна (Бенелюксівська)
Люксембург	2009 р. (схвалено)	Обов'язкова синхронізація евтаназії з розвитком паліативної допомоги; імунітет лікаря від санкцій за умови багаторазового прохання пацієнта.	Ліберальна (Бенелюксівська)
Канада	2016 р. (C-14), 2021 р. (C-7 – розширення)	Модель MAiD (медична допомога у вмиранні); скасування вимоги про «розумно передбачувану смерть»; доступ для осіб із хронічними стражданнями, що не є термінальними.	Прогресивна (Північноамериканська / MAiD)
Швейцарія	ст. 115 КК діє з 1942 р. (декриміналізація асистування)	Декриміналізація допомоги у самогубстві за умови відсутності корисливого мотиву; реалізація через НУО (Dignitas, EXIT); дозвіл для іноземців («суїцидальний туризм»).	Ліберальна (Автономне асистування)
Іспанія	2021 р. (Органічний закон 3/2021)	Евтаназія як право в системі охорони здоров'я; вимога проживання в країні понад 12 місяців (захист від туризму); національний реєстр інструкцій.	Громадянсько-правова
США (окремі штати, напр. Орегон)	1997 р. (Орегон), 2015 р. (Каліфорнія)	Модель «самогубства за допомогою лікаря» (PAS); тільки для термінальних хворих (прогноз <6 міс.); пацієнт повинен вжити препарат самостійно.	Консервативно-прагматична (Орегонська)

Німеччина	2015 р. (обмеження), 2020 р. (рішення КС — скасування заборони)	Визнання «права на смерть» невід'ємним правом особистості; перехід від заборони комерційного асистування до пошуку нових регуляторних механізмів.	Транзитивна (Конституційна)
Франція	2005 р. (Закон Леонетті), 2016 р. (право на седацію)	Заборона активної евтаназії; право на «постійну глибоку седацію» до моменту смерті; відмова від «терапевтичної впертості».	Консервативна (Проміжна)
Україна	1992 р. (заборона в Основах зак.), 2003 р. (відхилення в ЦК)	Повна заборона активної та пасивної евтаназії; кримінальна відповідальність за ст. 115 КК; активна наукова дискусія щодо легалізації пасивної форми.	Рестриктивна (Заборонна)

Ранжування демонструє чіткий поділ на Бенелюксівську групу, де автономія пацієнта є абсолютною і включає активні дії лікаря, та Північноамериканську групу, де акцент зміщено на самостійність пацієнта (США) або на жорстку інтеграцію в систему федеральних гарантій (Канада). Країни з «ваганнями», такі як Франція, намагаються знайти компроміс через медикаментозний сон (седацію), що юридично не вважається евтаназією, але фактично веде до того ж результату. Україна наразі перебуває на нижній сходинці ранжування через жорстку нормативну заборону.

2.2. Соціальні ризики легалізації та роль мультидисциплінарних команд у процесі прийняття рішення

Сучасний дискурс навколо легалізації евтаназії в Україні та світі вимагає виходу за межі суто правового чи медичного аналізу, переходячи у площину оцінки фундаментальних соціальних наслідків. Вважаємо, що будь-яка спроба нормативного врегулювання «права на смерть» повинна починатися з

ретельного моделювання можливих загроз для суспільної стабільності та безпеки найбільш вразливих верств населення. Переконані, що ключем до розуміння глибини цієї проблеми є категорія «соціального ризику», яка у працях Б. Ю. Анпілогової [2, с. 13] трактується як елемент невизначеності майбутнього, що виникає в ситуаціях, пов'язаних із прийняттям рішень і діями особи, що в результаті піддається ризику або наражає на нього інших. У контексті евтаназії соціальний ризик постає як складна життєва обставина, що має певну вірогідність наступити і спричинити втрату людиною засобів до існування або, в нашому випадку, самої здатності до продовження життя в умовах соціальної безпеки [2, с. 13].

Аналізуючи природу цих ризиків, важливо враховувати їхні атрибутивні ознаки. Б. Ю. Анпілогова слушно зазначає, що соціальні ризики є переважно поліфакторними, глибоко вкоріненими у структурах суспільства та характеризуються своєю «переважною непереборністю», що вимагає втручання держави для мінімізації їхніх наслідків [2, с. 14–15]. Переконані, що у сфері евтаназії ця «непереборність» проявляється через ризик соціального тиску на пацієнта, коли рішення про припинення життя стає не виявом вільної волі, а єдиним доступним виходом із ситуації системної соціальної незахищеності. Вважаємо, що такий підхід дозволяє ідентифікувати евтаназію не лише як індивідуальний медичний акт, а як системний елемент соціально-правової дійсності, здатний породити значні правові наслідки для всієї структури суспільства [2, с. 15].

Підсумовуючи теоретичне підґрунтя, можемо виокремити першу групу ризиків – етико-медичні загрози. О. Стащенко [38, с. 756] підкреслює, що легалізація евтаназії несе в собі серйозні ризики зловживань і порушень прав найвразливіших груп, зокрема пацієнтів із психічними розладами та хронічними захворюваннями. Вважаємо, що одним із найбільш небезпечних факторів є потенційна девальвація професійної етики лікаря. Як застерігає М. В. Громовчук [12, с. 29], за наявності легального механізму припинення життя виникає загроза паралізації розвитку медичних досліджень, оскільки замість

пошуку нових шляхів лікування «переможених хворобою» медицина може піти шляхом найменшого спротиву. Переконані, що ризик лікарської помилки у прогнозуванні термінальності стану залишається критичним, адже, як зауважує М. Є. Поліщук [32, с. 66–67], медицина часто не має сили перемогти хворобу, проте навіть у випадках тяжких травм (наприклад, травми хребта) людина здатна знайти ресурси для активного життя за умови належної соціальної підтримки.

Другою, не менш гострою групою, є соціально-економічні ризики. Т. В. Гардашук [9, с. 15] вказує на небезпеку «економічного тиску», коли пацієнти з недостатнім рівнем матеріального забезпечення можуть прагнути до евтаназії, щоб «заощадити кошти родини» або через страх бути тягарем для близьких. Вважаємо цей аспект найбільш тривожним проявом «соціального ризику» в розумінні Анпілогової [2] – коли непереборні економічні обставини змушують особу приймати рішення, що суперечать її природному праву на життя. Більше того, О. М. Шевченко та В. В. Мельничук [43, с. 132] звертають увагу на ризик тиску з боку родичів, які можуть бути «охочі нажитись майном» невиліковно хворих. Підсумовуючи, зазначимо, що в умовах України, де спостерігається нерівність у доступі до якісної медичної допомоги, легалізація евтаназії ризикує перетворитися на інструмент соціальної інженерії для бідних верств населення [17, с. 90].

Окрему увагу варто приділити ризику суспільного розколу. Соціологічні дослідження В. Г. Нестеренко та О. Ю. Литвиненко [27, с. 79, 86] демонструють, що в Україні існує низька готовність до відкритого діалогу щодо евтаназії серед паліативних пацієнтів та їхніх близьких, особливо в релігійних спільнотах. Вважаємо, що форсування легалізації без досягнення суспільного консенсусу створює ризик маргіналізації окремих груп населення та підриває довіру до інституту медицини як такого. Переконані, що саме ці багатогранні ризики обумовлюють необхідність впровадження жорстких процедурних фільтрів, де ключову роль мають відігравати не поодинокі лікарі, а мультидисциплінарні команди.

Усвідомлення глибини соціальних та етичних ризиків легалізації еутаназії логічно підводить до необхідності формування надійних інституційних запобіжників, центральним серед яких є залучення мультидисциплінарних команд (MDT). Вважаємо, що перехід від одноосібного рішення лікаря до колективної експертизи є не просто бюрократичною вимогою, а фундаментальною зміною парадигми відповідальності. Як зазначають Н. Міґаурі та колеги [54, с. 5], прийняття рішень наприкінці життя в межах мультидисциплінарних команд дозволяє мінімізувати суб'єктивізм та забезпечити цілісний (холістичний) підхід до пацієнта, де медичні факти розглядаються в нерозривному зв'язку з психологічними та соціальними обставинами. Переконані, що саме командна взаємодія дозволяє розподілити «тягар морального вибору», який, за свідченням О. М. Шевченко та В. В. Мельничука [43, с. 133], часто стає причиною професійного вигорання та тяжких психологічних переживань медичних працівників.

Аналізуючи оптимальний склад такої команди, вважаємо за доцільне спиратися на інтегрований міжнародний досвід та вітчизняні наукові розробки. Згідно з проєктом Закону України «Про забезпечення дотримання права людини на гідне закінчення життя», запропонованим Я. О. Триньовою [4, с. 78–79], до процесу обов'язково мають бути залучені: лікуючий лікар, незалежний консультуючий лікар-фахівець за профілем захворювання та лікар-консультант, який підтверджує добровільність і осмисленість рішення пацієнта. Проте сучасні вимоги гуманізації вимагають розширення цього кола. Вважаємо, що для повноцінної оцінки соціального ризику до команди мають входити психологи, соціальні працівники та, за бажанням пацієнта, представники духовенства. Такий склад дозволяє реалізувати механізм, описаний у південнокорейському законі «Well-Dying» (2018 р.), де для підтвердження рішення пацієнта в термінальному стані необхідні підписи двох профільних лікарів та експертна оцінка етичного комітету [34, с. 188, 203].

Важливим аспектом діяльності мультидисциплінарних груп є вирішення етичних колізій у випадках, коли пацієнт нездатний самотійно виразити волю.

Вважаємо, що в таких ситуаціях роль команди трансформується у функцію «сурогатного захисника» інтересів особи. С. Б. Булеца вказує на японський досвід створення «команд з біоетики», які допомагають сім'ям та лікарям знаходити консенсус у вегетативних станах, орієнтуючись на принцип *in dubio pro vita* (у разі сумніву – на користь життя), якщо справжні наміри пацієнта неможливо встановити документально [34, с. 114, 184]. Переконані, що такий підхід унеможливорює перетворення еутаназії на інструмент розв'язання сімейних конфліктів чи економічних проблем.

Окремої уваги заслуговує роль соціального супроводу в межах MDT. Вважаємо, що соціальний працівник у команді повинен виступати фільтром, який ідентифікує ризики «економічного примусу». Як слушно застерігає М. Є. Поліщук [32, с. 64], за відсутності належної державної підтримки та компенсацій сім'ям за догляд за тяжкохворими, запит на еутаназію може бути продиктований відчаєм бідності, а не бажанням гідної смерті. Підсумовуючи, зазначимо, що роль мультидисциплінарних команд полягає не лише у верифікації медичного діагнозу, а й у створенні «безпечного простору» для діалогу, де смерть розглядається як крайній засіб після вичерпання всіх можливостей паліативної та соціальної допомоги [37, с. 82]. Вважаємо, що саме така багаторівнева модель контролю є єдиним дієвим механізмом мінімізації соціальних ризиків у демократичному суспільстві.

Завершуючи аналіз багатогранної природи соціальних ризиків, вважаємо за необхідне акцентувати увагу на ризику «інституційної девальвації», коли легалізація еутаназії може бути сприйнята державою як механізм оптимізації витрат на паліативну допомогу. Як застерігає О. Сташенко [38, с. 756], без належного контролю існує загроза перетворення «права на смерть» на інструмент розв'язання проблем дефіциту ресурсів у системі охорони здоров'я. Переконані, що саме тут роль мультидисциплінарних команд (MDT) стає критичною, адже їхня функція полягає не лише у медичній верифікації стану, а й у соціальному аудиті кожного випадку. Згідно з дослідженнями Н. Міґаугі та співавторів [54, с. 5], колективна етика команди дозволяє подолати «тунельний

зір» окремого спеціаліста та виявити приховані соціальні чинники, такі як відчуття непотрібності чи соціальної ізоляції пацієнта. Вважаємо, що для українського контексту впровадження таких команд має стати обов'язковою передумовою будь-яких законодавчих новел, оскільки, як зазначають В. А. Сміянов та П. О. Горностаєва [37, с. 82, 85], саме громадянське суспільство через інститут незалежних MDT може гарантувати прозорість процесу та захист від корупційних зловживань.

Підсумовуючи викладене, варто звернути увагу на технологічний аспект ризиків. М. Є. Поліщук [32, с. 64, 78] слушно зауважує, що сучасна медицина часто стає «заручницею власних успіхів», коли системи штучного життєзабезпечення створюють ілюзію життя в умовах смерті мозку. Переконані, що у таких випадках рішення MDT має базуватися на об'єктивних даних нейровізуалізації та прогнозуванні якості подальшого існування, що дозволяє уникнути дистаназії – «терапевтичної впертості», яка лише примножує страждання [38, с. 777]. Вважаємо, що готовність до такого складного діалогу в Україні все ще є низькою. Соціологічні дані В. Г. Нестеренко та О. Ю. Литвиненко [27, с. 86–87] підтверджують, що навіть серед фахівців, які надають паліативну допомогу, спостерігається певне уникання теми евтаназії через страх етичної відповідальності та релігійні переконання. Проте ми переконані, що саме через мультидисциплінарний підхід, який включає психологів та соціальних працівників, можливо трансформувати цей страх у професійну процедуру супроводу.

Вважаємо, що для України найбільш прийнятною є модель «інтегрованого соціального захисту», де мультидисциплінарна команда виступає не як орган, що «виносить вирок», а як група підтримки, яка пропонує пацієнту всі можливі альтернативи до останнього моменту. Як зазначають Д. Є. Забзалюк та С. М. Волкова [17, с. 91–92], легалізація без створення мережі хоспісів та фінансової підтримки сімей хворих є передчасною, оскільки вона не знімає «соціального ризику» примусу. Підсумовуючи, стверджуємо, що роль MDT полягає у тому, щоб переконатися, що рішення пацієнта є виявом його справжньої автономії, а

не результатом нестерпних умов, які держава зобов'язана була полегшити. Таким чином, соціальна політика у цій сфері має еволюціонувати від заборон до створення складних експертних систем контролю, де людина, її гідність та воля залишаються центром прийняття будь-якого рішення.

Соціальні ризики легалізації еутаназії є об'єктивною реальністю, яка зумовлена поліфакторністю соціально-правового буття особи. Проведений аналіз засвідчує, що ключовим інституційним інструментом мінімізації цих ризиків є мультидисциплінарні команди, які забезпечують перехід від суб'єктивного медичного патерналізму до колективної холістичної експертизи. Вважаємо, що для України критично важливим є законодавче закріплення складу таких команд (із залученням лікарів, психологів та соціальних працівників) та процедур їхньої діяльності, що дозволить уникнути перетворення еутаназії на інструмент соціальної інженерії.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Проведений у розділі аналіз міжнародного досвіду соціального супроводу та державного регулювання еутаназії засвідчує фундаментальну трансформацію ставлення до завершення людського життя в країнах ЄС та Північної Америки. Виявлено, що найбільш ліберальною та інституційно завершеною є Бенелюксівська модель (Нідерланди, Бельгія, Люксембург), яка першою у світі перевела еутаназію з площини кримінального права в площину регульованої медичної допомоги. Її успіх зумовлений принципом «належної обережності» лікаря, обов'язковою консультацією з незалежним фахівцем та постфактум-контролем регіональних комісій. Бельгійська модель пішла ще далі, скасувавши вікові обмеження для дітей, здатних до розрізнення [55], тоді як Нідерланди запровадили Гронінгенський протокол для новонароджених, що демонструє прагнення знайти баланс між технічним виживанням та якістю життя.

Канадська модель MAiD (Medical Assistance in Dying) визнана найбільш динамічною та прогресивною. Після скасування вимоги про «розумно

передбачувану природну смерть» [50] Канада поширила доступ до медичної допомоги у вмиранні на осіб із хронічними невиліковними стражданнями, чия смерть не є неминучою, що свідчить про домінування принципу суб'єктивної якості життя над об'єктивним терміном доживання. Швейцарська модель унікально поєднує декриміналізацію асистованого самогубства (за умови відсутності корисливого мотиву) з активним залученням інститутів громадянського суспільства [61], однак породила феномен «суїцидального туризму» [39]. Консервативні моделі Франції (право на «постійну глибоку седацию») [4] та Німеччини (визнання права на смерть невід'ємною частиною права на особистість) [46] демонструють пошук компромісу між повагою до життя та правом на полегшення страждань.

Осмислення соціальних ризиків легалізації евтаназії доводить їхню поліфакторну природу та глибоку вкоріненість у структурах суспільства. До ключових груп ризиків віднесено: етико-медичні загрози (девальвація лікарської етики, ризик професійної помилки, загроза паралізації розвитку медичних досліджень) [12; 32], соціально-економічні загрози (економічний тиск на пацієнта, страх бути тягарем для родини, небезпека перетворення евтаназії на інструмент соціальної інженерії для бідних верств населення) [9; 17; 43] та ризик суспільного розколу через низьку готовність релігійних спільнот до відкритого діалогу [27]. Вирішальним інституційним запобіжником мінімізації цих ризиків визначено мультидисциплінарні команди (MDT), які забезпечують перехід від одноосібного медичного патерналізму до колективної холістичної експертизи, що включає психологів, соціальних працівників та, за бажанням пацієнта, представників духовенства [54; 34].

Підсумовуючи, зазначено, що успішні міжнародні моделі соціальної політики щодо евтаназії ґрунтуються на трьох спільних елементах: чітка процедурна регламентація, багатоступеневий контроль (медичний, етичний, соціальний) та обов'язковий паралельний розвиток системи паліативної допомоги. Для України, яка перебуває на етапі євроінтеграційних процесів та оновлення цивільного законодавства, найбільш прийнятною є модель

«інтегрованого соціального захисту»: поетапний рух від тотальної заборони до легалізації пасивної форми евтаназії та асистованого самогубства, але виключно за умови створення розвиненої паліативної інфраструктури, належного кадрового забезпечення та обов'язкового залучення мультидисциплінарних команд до процесу прийняття рішення. Без таких передумов будь-яка спроба легалізації ризикує перетворити евтаназію на інструмент соціального тиску та економії ресурсів, а не на реалізацію невід'ємного права людини на гідне завершення життя.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ТРАНСФОРМАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ЕВТАНАЗІЇ

3.1. Сучасний стан паліативної допомоги в Україні: системні виклики на тлі реформи

Паліативна допомога в Україні є не просто медичною послугою, а критичним інструментом реалізації одразу двох конституційних прав: на охорону здоров'я та на соціальний захист. Відповідно до статей 46 та 49

Конституції України [18, с. 470], громадяни мають право на соціальний захист у разі втрати працездатності, а також на охорону здоров'я та медичну допомогу. Комплексна природа паліативної допомоги, що поєднує медичну, соціальну, психологічну та духовну складові, робить цю сферу лакмусовим папірцем соціальної політики держави. За оцінками експертів, щорічно в паліативній допомозі в Україні потребують близько 1,5 мільйона пацієнтів, а до 2040 року світова потреба в такій допомозі може збільшитися на 25–47 %, що актуалізує питання її розвитку [1, с. 469, 472]. Водночас, попри значні позитивні зрушення, пов'язані з реформою фінансування, сучасний стан паліативної допомоги характеризується глибокими системними викликами, а розрив між декларованими стандартами та суворою реальністю ставить під загрозу право громадян на гідне завершення життя.

Справжньою революцією стало впровадження Програми медичних гарантій Національною службою здоров'я України з 2020 року. До цього моменту паліативна допомога надавалася лише кількома десятками закладів: 7 хоспісами, 2 спеціалізованими центрами, близько 100 паліативними відділеннями та кількома волонтерськими мобільними службами [10, с. 46]. Фінансування через принцип «гроші йдуть за пацієнтом» миттєво активізувало цей сегмент: за перший рік дії програми кількість закладів, які надають паліативну допомогу, зросла до 736, з яких 613 закладів задекларували готовність надавати стаціонарну паліативну допомогу, а 486 – мобільну [10, с. 46]. Станом на 2024 рік, за даними Міністерства охорони здоров'я, паліативну допомогу в Україні надають уже понад 750 медичних закладів [31].

Попри інфраструктурний прорив, за цифрами зростання постає питання про якість та повноту послуг. Фінансова модель фактично заохочує кількість пролікованих випадків, не завжди стимулюючи глибину самої допомоги. Головна проблема залишається незмінною: існуюча система не в змозі забезпечити якісним знеболенням більшість пацієнтів. Законодавчі норми та протоколи лікування хронічного болю в Україні є доволі прогресивними, однак на практиці вони або ігноруються, або не виконуються через низку об'єктивних

перешкод. Ключовою перешкодою залишаються бар'єри в призначенні опіоїдів: лікарі досі побоюються призначати сильні опіоїди (наприклад, морфін) через страх перевірок з боку правоохоронних органів. Хоча нормативна база була лібералізована, на місцях зберігається «синдром паперової тяганини», що змушує медиків обирати менш ефективні анальгетики. Незважаючи на включення препаратів морфіну до програми реімбурсації «Доступні ліки» та збільшення фінансування, пацієнти часто не можуть знайти їх в аптеках через відсутність договорів з НСЗУ у фармацевтів [25, с. 73].

Отримання паліативним пацієнтом належного знеболення є базовою умовою гідного життя. Адже саме неконтрольований біль є однією з найпоширеніших причин, через яку люди втрачають волю до життя та починають розглядати евтаназію як єдиний вихід. Фактично неякісна паліативна допомога формує суспільний запит на евтаназію. Людина, змушена терпіти нестерпний біль, шукає будь-який спосіб його припинити, і легалізована допомога в смерті може здаватися їй порятунком. Процес впровадження медичного канабісу, попри те, що закон набрав чинності у 2024 році, залишається інертним: його користь для паліативних хворих поки що гіпотетична через повільне створення ринку, бюрократичні процедури ліцензування та квотування [21]. Для України це була б особливо ефективна альтернатива для лікування нейропатичного болю, на який опіоїди діють значно гірше. Відповідно до оновленого у січні 2025 року Міністерством охорони здоров'я Порядку надання паліативної допомоги [24], пацієнт має отримувати її від мультидисциплінарної команди, до складу якої входять не лише лікарі та медсестри, а й соціальні працівники, психологи, юристи та волонтери. Такий підхід закріплений і в законодавстві: спільним наказом МОЗ та Міністерства соціальної політики затверджено Порядок взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим [1, с. 471]. На практиці ж робота мультидисциплінарних команд стикається з тими ж проблемами, що й медична допомога: дефіцитом кадрів. Надмірне навантаження на лікарів та медичних сестер часто унеможливорює повноцінну

роботу з психологом або соціальним працівником у складі такої команди. В результаті, соціальна та психологічна підтримка знову перекладається на виснажених родичів, що поглиблює їхнє власне виснаження.

Українське суспільство, за результатами досліджень, демонструє низьку готовність до публічного діалогу про евтаназію. Соціологічне опитування 2022–2023 років серед паліативних пацієнтів, їхніх близьких, медичних і соціальних працівників, волонтерів та священиків виявило, що 54 % опитаних вважають евтаназію в Україні необхідною, 36 % – неприпустимою, а 10 % не визначилися [27, с. 83]. Найбільш готовими до діалогу є лікарі та вчені, що вивчають питання паліативної допомоги, тоді як найнижчі показники готовності демонструють батьки дітей з паліативними діагнозами та священики [27, с. 86]. 48 % опитаних вважають потрібною широку публічну дискусію з питань евтаназії, 36 % – дискусію в професійних колах, а 18 % вважають публічне обговорення цієї теми неприпустимим [27, с. 83]. Досвід країн, де евтаназія легалізована, свідчить, що паліативна допомога не розглядається як альтернатива евтаназії, а є однією з базових послуг для паліативних хворих. У Нідерландах, наприклад, дозволена евтаназія для пацієнтів віком 12–16 років за згодою батьків або опікунів, а також для пацієнтів від 16 років за запитом самого пацієнта, при цьому неонатальна евтаназія (для немовлят віком до 1 року) дозволена за «Гронінгенським протоколом» [26, с. 73]. Ключовим запобіжником є те, що держава зобов'язана захищати громадян від прийняття рішень, які не відповідають їхнім найкращим інтересам, а лікар не може схвалювати застосування процедури самотійно, без згоди іншого лікаря, має запропонувати альтернативу та надати «час на роздуми» [26, с. 74]. Ці запобіжники свідчать про те, що легалізація евтаназії без належно розвиненої паліативної допомоги та інституційного контролю є неприпустимою.

Попри позитивні зрушення у розвитку інфраструктури завдяки пакетному фінансуванню НСЗУ, розширення переліку послуг та вдосконалення нормативно-правової бази, що закріплено у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року (схваленій у січні 2025 року), залишаються

невирішеними проблеми кадрового забезпечення, доступу до знеболення, обліку пацієнтів та міжвідомчої координації [1, с. 472]. Паліативна допомога як інструмент реалізації соціальних прав громадян потребує подальшої трансформації, зокрема у напрямі інтеграції медичної та соціальної складових, розширення повноважень громадських організацій та створення ефективної системи контролю якості. Саме розбудова дієвої, доступної та якісної системи паліативної допомоги є не просто медичним завданням, а фундаментальним обов'язком соціальної держави та необхідною передумовою для будь-якої подальшої суспільної розмови про право на гідну смерть. Лише після досягнення якісного рівня паліативної допомоги, порівнянного з європейськими стандартами, українське суспільство зможе вести зважений діалог про легалізацію евтаназії, адже на сьогодні запит на «гідну смерть» часто є мовою, якою пацієнти говорять про відсутність гідного життя в кінці хвороби.

3.2. Аналіз ставлення різних груп населення до соціально-етичних проблем евтаназії (за результатами авторського пілотажного дослідження)

З метою визначення актуального стану суспільної думки, а також верифікації теоретичних положень щодо соціально-етичних проблем евтаназії, автором у період з березня по квітень 2026 року було проведено пілотажне соціологічне дослідження із питань зазначеної проблематики. Вибірка дослідження становила 70 осіб різних статево-вікових категорій. У цій частині кваліфікаційної роботи наведено узагальнені результати опитування. Отримані дані дозволили виявити певні тенденції, які, безперечно, потребують подальшого вивчення на більш репрезентативній та масштабній вибірці з дотриманням усіх вимог до подібних досліджень.

Аналіз результатів опитування засвідчує, що абсолютна більшість респондентів (54 %) мають загалом позитивне ставлення до ідеї евтаназії як «права людини на гідну смерть» (з них 18 % обрали варіант «повністю позитивне», а 36 % – «скоріше позитивне»). Водночас 30 % опитаних мають

негативне ставлення («скоріше негативне» – 20 %, «категорично негативне» – 10 %), а 16 % визначили своє ставлення як нейтральне. Таким чином, попри відсутність легалізації та тривале табу на тему, українське суспільство демонструє доволі високий рівень підтримки евтаназії. Однак ця підтримка не є безумовною: переважна більшість тих, хто схиляється до позитивного ставлення, висловлюють застереження щодо необхідності стабілізації політичної та судової системи перед ухваленням відповідних законів (рис. 3.1.)



Рис. 3.1. Загальне ставлення та застереження щодо легалізації в Україні

Респондентам було запропоновано обрати випадки, в яких евтаназія може бути виправданою. Найбільшу підтримку отримали: «нестерпний фізичний біль, який не вгамовується ліками» (86 %), «невиліковна хвороба на термінальній стадії» (78 %), «постійний вегетативний стан (кома без шансів на одужання)» (68 %). Дещо менше – «психічні страждання, що не піддаються корекції» (34 %). 8 % респондентів обрали варіант «у жодному разі евтаназія не є виправданою». Ці дані свідчать, що підтримка евтаназії є ситуативною і здебільшого пов'язана з безальтернативністю стану пацієнта та наявністю неконтрольованого болю.

Важливим індикатором є розподіл відповідей щодо того, хто має приймати остаточне рішення про евтаназію. 44 % опитаних вважають, що це має бути виключно сам пацієнт (через попереднє волевиявлення), 46 % – пацієнт спільно з консилиумом лікарів. Лише 6 % віддали перевагу рішенням родичами (якщо пацієнт у несвідомому стані), і 4 % – комісії з біоетики та суду. Результати засвідчують високий рівень поваги до автономії особистості, але водночас й про усвідомлення необхідності колегіального медичного контролю.

Респонденти виокремили головні ризики, які вони вбачають у легалізації евтаназії в Україні: «корупція та кримінальні зловживання (заради спадку тощо)» (58 %), «помилки лікарів у діагнозах» (52 %), «зниження мотивації держави розвивати якісну медицину та паліативну допомогу» (24 %), «моральна деградація суспільства» (16 %). Такий розподіл свідчить, що українці більше бояться інституційних зловживань та недовіри до системи, ніж власне етичних проблем.

Майже 90 % опитаних вважають, що соціальні працівники та психологи мають бути залучені до процесу консультацій пацієнтів, які розглядають можливість евтаназії. Причому 52 % з них наголосили на необхідності перевірки, чи не є рішення пацієнта наслідком соціальної незахищеності (бідності, самотності). Це підтверджує тезу про те, що в українському контексті запит на евтаназію може бути зумовлений не стільки автономним вибором, скільки системними проблемами соціального захисту.

48 % респондентів готові особисто підписати «біологічний заповіт» (документ, де зазначено, які медичні втручання вони забороняють у разі невиліковної хвороби). Ще 18 % – «скоріше так», 20 % – «важко відповісти», і лише 14 % відповіли негативно. Це один із найбільш показових результатів, який свідчить про високий потенціал запровадження інституту завчасних медичних розпоряджень в Україні навіть без легалізації активної евтаназії.

На запитання «Чи знаєте Ви про стан розвитку паліативної (хоспісної) допомоги у Вашому регіоні» отримані відповіді мають такий розподіл: так, добре обізнані – 5%; володію приблизною інформацією – 38%, зовсім не знаю,

що це таке – 57%. Це свідчить про вкрай низький рівень обізнаності населення України щодо паліативної допомоги, що може призводити до формування запиту на евтаназію не як на усвідомлений вибір, а як на єдину відому альтернативу нестерпним стражданням (ис 3.2.)

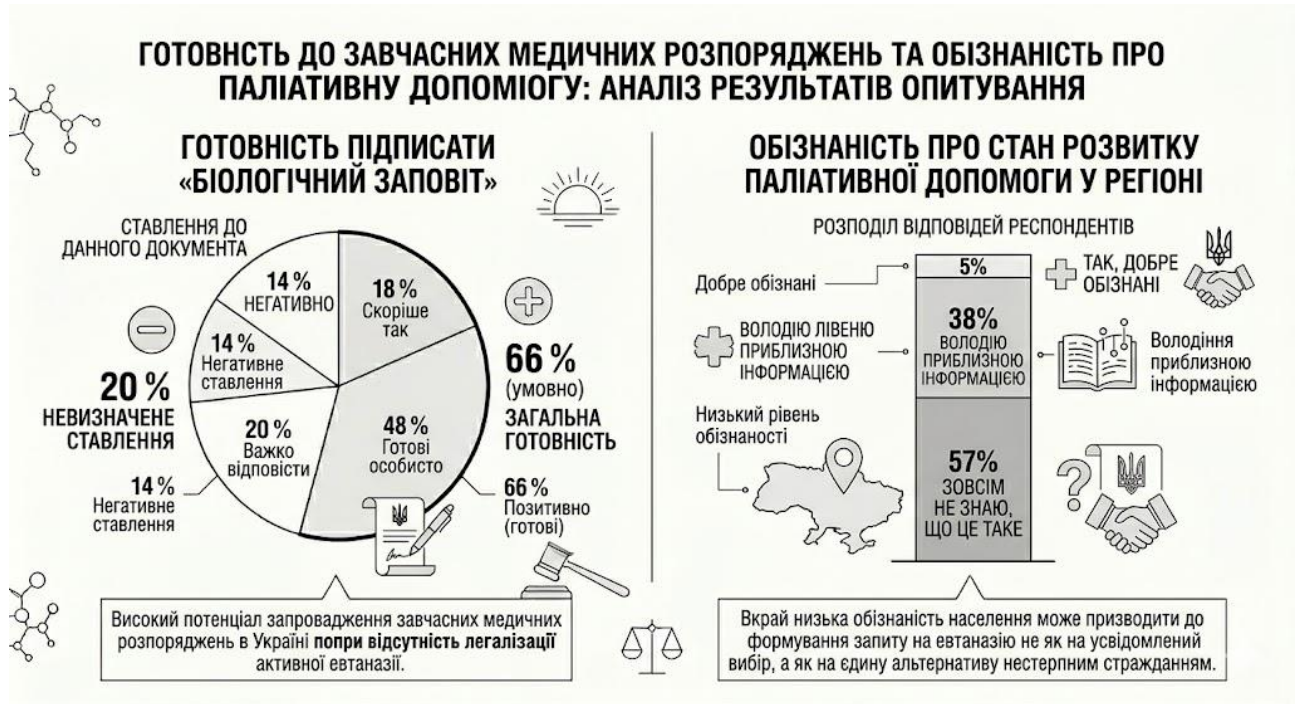


Рис. 3.2. Рівень обізнаності щодо ключових аспектів нормативних та медичних перспектив

Відповіді на питання про вплив війни на оцінку цінності життя та права на смерть розподілилися майже порівну: 44 % вважають, що право на гідну смерть стало ще актуальнішим, 32 % стали більше цінувати життя, тому виступають проти евтаназії, 22 % зазначили, що їх ставлення не змінилося. Війна, таким чином, не призвела до однозначного зсуву в бік підтримки або відторгнення евтаназії, але значно активізувала рефлексію щодо меж життя та права на його завершення (рис. 3.3).

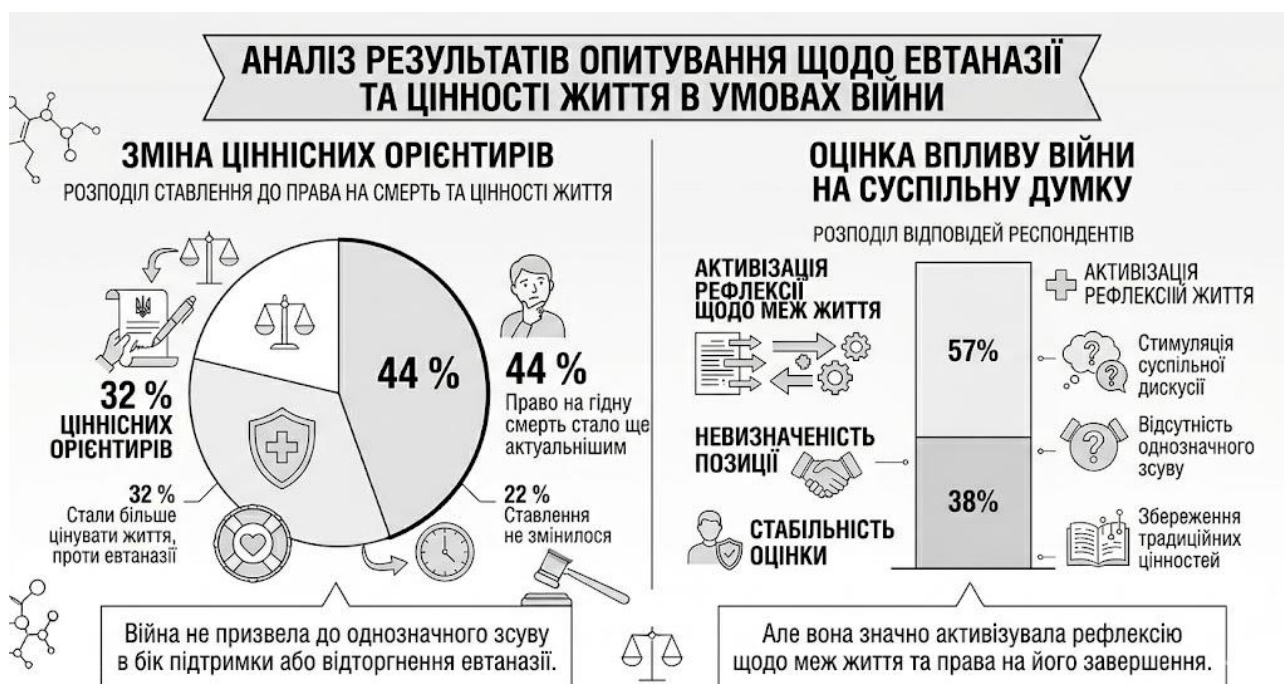


Рис. 3.3. Зміна ставлення до цінності життя в період воєнного стану

Проведене пілотажне дослідження дозволяє констатувати такі ключові тенденції. В українському суспільстві існує значна латентна підтримка ідеї евтаназії, однак вона супроводжується серйозними застереженнями щодо необхідності стабілізації інституцій та контролю за зловживаннями. Головними допустимими підставами для евтаназії визнаються неконтрольований фізичний біль, термінальна стадія хвороби та вегетативний стан, тобто саме ті випадки, коли паліативна допомога є неефективною або недостатньою. Корупційні ризики та лікарські помилки сприймаються як головні бар'єри для легалізації, що свідчить про системну недовіру до державних інституцій. Переважна більшість респондентів підтримує активну роль соціальних працівників та психологів у процесі прийняття рішень наприкінці життя, особливо щодо виявлення випадків, коли запит на евтаназію зумовлений соціальною незахищеністю. Високий рівень готовності до біологічних заповітів (66 % з урахуванням «скоріше так») свідчить про потенційну підтримку інституту завчасних медичних розпоряджень навіть без легалізації активної евтаназії. Натомість війна актуалізувала дискусію про право на гідну смерть, але не призвела до однозначного зсуву в суспільній думці.

3.3. Рекомендації щодо вдосконалення системи соціального захисту та підтримки осіб у термінальних станах

На основі проведеного аналізу теоретико-методологічних засад соціальної політики у сфері забезпечення права на гідну смерть, стану паліативної допомоги в Україні та результатів авторського опитування щодо ставлення громадян України до навмисного припинення життя сформульовано комплекс рекомендацій, спрямованих на вдосконалення системи соціального захисту та підтримки осіб у термінальних станах. Рекомендації згруповано за трьома рівнями: інституційно-правовому, організаційно-кадровому та соціально-психологічному та наведено їх графічну деталізацію на Рис 3.4.

Інституційно-правові рекомендації охоплюють такі сегменти, як розвиток законодавства у сфері паліативної допомоги; запровадження інституту біологічних заповітів; імплементація міжнародних стандартів щодо статусу термінальних хворих.

Незважаючи на позитивні зрушення, які, зокрема, були ініційовані у Наказі Міністерства охорони здоров'я «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» [24], досі відсутній єдиний законодавчий акт, який би визначав статус паліативного пацієнта, умови фінансування та організаційні засади надання паліативної допомоги. Доцільним є ухвалення Закону України «Про паліативну допомогу», який би розмежував повноваження Міністерства охорони здоров'я та Міністерства соціальної політики, закріпив стандарти надання паліативної допомоги, визначив механізми контролю якості та захисту прав пацієнтів.

Результати опитування засвідчили високу готовність населення до підписання документів, які регулюють обсяг медичних втручань у разі втрати дієздатності. Це дозволяє рекомендувати внесення змін до Цивільного кодексу України та Основ законодавства про охорону здоров'я щодо легалізації «прижиттєвих заповітів» (living wills). Варто запровадити нотаріально

засвідчену форму такого документа, з можливістю внесення змін та скасування, а також створення централізованого реєстру волевиявлень пацієнтів. Це не означає легалізацію активної евтаназії, але дозволяє забезпечити повагу до автономії пацієнта у випадках, коли він не може самотійно висловити свою волю.

Імплементація міжнародних стандартів, які передбачають створення національних реєстрів попередніх медичних розпоряджень, розробку процедур визначення дієздатності пацієнтів, а також запровадження системи незалежного контролю за прийняттям рішень у термінальних станах. Враховуючи світові тенденції та латентну суспільну підтримку доцільно розробити «дорожню карту» на випадок, якщо в перспективі українське суспільство дійде консенсусу щодо необхідності легалізації окремих форм евтаназії. Така карта, з-поміж інших ключових орієнтирів, має включати: обов'язкове паралельне вдосконалення паліативної допомоги; створення мультидисциплінарних команд для оцінки кожного запиту; багатоступеневу систему контролю; кримінальну відповідальність за порушення процедури.

Організаційно-кадрові рекомендації стосуються розвитку мультидисциплінарних команд; підготовки та підвищення кваліфікації фахівців; підвищення доступності паліативної допомоги.

Результати опитування свідчать, що переважна більшість респондентів підтримує залучення соціальних працівників та психологів до супроводу термінальних хворих. Варто нормативно закріпити створення мультидисциплінарних команд у кожному закладі, що надає паліативну допомогу. До складу таких команд мають входити: лікуючий лікар, лікар-консультант (незалежний фахівець за профілем захворювання), медична сестра, соціальний працівник, психолог, за бажанням пацієнта — представник духовенства. Функцією команди є не лише верифікація медичного діагнозу, але й оцінка соціальних чинників запиту на припинення життя (бідність, самотність, тиск з боку родичів).

Соціальні працівники, психологи, працівники закладів охорони здоров'я, які залучені до роботи з термінальними хворими, потребують спеціальної підготовки з питань біоетики, комунікації в конфліктних ситуаціях, розпізнавання суїцидальних настроїв та оцінки соціальних ризиків. Рекомендується включити відповідні модулі до програм вищої освіти за спеціальністю «Соціальна робота», «Психологія», освітніх програм «Менеджмент в системі охорони здоров'я», «Менеджмент закладів охорони здоров'я», а також до системи безперервного професійного розвитку (курси, тренінги, супервізії).

Незважаючи на збільшення кількості закладів, які надають паліативну допомогу, реальна потреба задовольняється лише частково. Рекомендується розширити перелік паліативних захворювань відповідно до рекомендацій ВООЗ (включно з хронічними серцево-судинними, неврологічними, легеневими захворюваннями); забезпечити паритет між стаціонарною та мобільною паліативною допомогою (збільшення кількості мобільних бригад, які обслуговують пацієнтів вдома). Також переглянути доступу до знеболення, тобто спростити процедуру призначення опіоїдних анальгетиків, запровадивши електронний рецепт та зменшивши адміністративний тиск на лікарів; забезпечити безперебійне постачання знеболювальних препаратів до аптек, які мають договори з НСЗУ.

Соціально-психологічні рекомендації полягають в ініціювання інформаційно-просвітницьких кампаній; психосоціальної підтримці сімей; залученні волонтерів та громадських організацій щодо питань паліативної допомоги.

Необхідно розробити та провести загальнонаціональну комунікаційну кампанію, спрямовану на роз'яснення прав термінальних хворих, можливостей паліативної допомоги, механізмів знеболення та інституту біологічних заповітів. Кампанія має бути адресною: для медичних працівників, соціальних працівників, пацієнтів та членів їхніх родин, а також для широкого загалу (через медіа, соціальні мережі, інформаційні матеріали в закладах охорони здоров'я).

Держава має запровадити програми психологічної підтримки для членів сімей, які доглядають за термінальними хворими (консультації психологів, групи підтримки, «телефони довіри»). Крім того, варто розширити практику надання соціальних послуг з догляду вдома (соціальні робітники, які тимчасово замінюють виснажених родичів), що зменшить фізичне та емоційне навантаження на сім'ю.

У країнах з розвиненою паліативною допомогою волонтерські організації є невід'ємною складовою системи. В Україні такий потенціал використовується фрагментарно. Рекомендується створити Координаційну раду з питань паліативної допомоги за участю громадських організацій (наприклад, Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги, Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів), яка б займалася залученням волонтерів, фандрейзингом, моніторингом якості послуг та адвокацією прав пацієнтів.

Отже, враховуючи результати опитування вважаємо доречним ініціювати широке суспільне обговорення щодо питань евтаназії, стану паліативної допомоги за участю медиків, юристів, соціальних працівників, релігійних діячів, представників пацієнтських організацій та широкої громадськості. Результатом таких суспільних дебатів має бути не нав'язування позиції, а створення безпечного простору для обговорення табуйованих питань, підвищення обізнаності та поступове формування консенсусу щодо допустимих меж втручання у природний перебіг смерті.

Відповіді респондентів про ризик корупційних зловживань та тиску на вразливі групи вказують на необхідність посилення соціального захисту осіб з інвалідністю та людей похилого віку. Доцільно запровадити незалежний моніторинг дотримання їхніх прав у закладах охорони здоров'я та соціальних установах, а також створити механізми оперативного реагування на скарги про примушування до евтаназії або відмови від лікування.

Результати пілотажного опитування свідчать про потребу в більш масштабному репрезентативному дослідженні ставлення різних груп населення

до евтаназії, паліативної допомоги та біологічних заповітів. Держава має забезпечити фінансування таких досліджень (через гранти Національного фонду досліджень України, цільові програми Міністерства охорони здоров'я) та сприяти їхньому впровадженню в практику соціальної політики.

Реалізація зазначених рекомендацій дозволить трансформувати соціальну політику України у сфері забезпечення права на гідну смерть: від суто рестриктивної (заборонної) моделі до моделі, заснованої на повазі до автономії особистості, розвиненій паліативній допомозі, інституційному контролі та активній участі соціальних працівників, психологів та громадянського суспільства в супроводі термінальних хворих. Без такої трансформації будь-який запит на евтаназію в Україні ризикує залишатися не стільки проявом свободи вибору, скільки відображенням комплексних проблем у системі охорони здоров'я та соціального захисту.

КОМПЛЕКС РЕКОМЕНДАЦІЙ

щодо вдосконалення системи соціального захисту
та підтримки осіб у термінальних станах



3 РІВНІ РЕКОМЕНДАЦІЙ



Рис.3.4. Комплекс рекомендацій, спрямованих на вдосконалення системи соціального захисту та підтримки осіб у термінальних станах

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Аналіз практичних аспектів трансформації соціальної політики України в контексті евтаназії дозволяє сформулювати низку узагальнених висновків, що мають як теоретичне, так і прикладне значення. Встановлено, що сучасний стан паліативної допомоги в Україні є індикатором якості реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я та соціальний захист. Незважаючи на прогресивну нормативну базу, лікарі через «синдром паперової тяганини» та страх контролю з боку правоохоронних органів уникають призначення опіоїдів, а пацієнти не можуть отримати їх в аптеках. Саме неконтрольований біль, а не свідомий автономний вибір, стає головним чинником, через який люди в термінальних станах починають розглядати евтаназію як єдиний порятунок. Крім того, дефіцит кадрів та високе навантаження унеможлиблюють роботу мультидисциплінарних команд, перекладаючи тягар психосоціальної підтримки на виснажених родичів.

Авторське пілотажне дослідження, проведене у березні-квітні 2026 року, виявило неоднозначну, але показову картину суспільних настроїв. Більшість респондентів (54 %) демонструє позитивне ставлення до евтаназії як до права на гідну смерть, однак ця підтримка є ситуативною та зумовленою безальтернативністю стану пацієнта: 86 % виправдовують евтаназію при нестерпному фізичному болю, 78 % – при невиліковній хворобі на термінальній стадії. Водночас присутнє усвідомлення високих інституційних ризиків: 58 % остерігаються корупційних зловживань (наприклад, заради спадку), 52 % – лікарських помилок у діагнозах. Це свідчить про глибоку недовіру до державних інституцій, яка є головним бар'єром для легалізації евтаназії. Важливим результатом є те, що переважна більшість респондентів (90 %) підтримує обов'язкове залучення соціальних працівників і психологів до процесу консультацій, причому 52 % наголошують на необхідності перевіряти, чи не є рішення пацієнта наслідком соціальної незахищеності (бідності, самотності). Крім того, 57 % опитаних зовсім не обізнані про паліативну

допомогу, що робить запит на евтаназію вимушеним, а не усвідомленим. Водночас 66 % респондентів (з урахуванням «скоріше так») готові підписати біологічний заповіт, що відкриває перспективу запровадження інституту завчасних медичних розпоряджень навіть без легалізації активної евтаназії. Війна не призвела до однозначного зсуву в суспільній думці, але значно активізувала рефлексію щодо меж життя та права на його завершення.

Поєднання аналізу системних викликів паліативної допомоги та результатів емпіричного дослідження сформульовано комплекс рекомендацій, згрупованих за трьома рівнями: інституційно-правовим, організаційно-кадровим та соціально-психологічним. Ключовими серед них є ухвалення Закону України «Про паліативну допомогу», який би розмежував повноваження МОЗ та Мінсоцполітики; легалізація «прижиттєвих заповітів» (living wills) шляхом внесення змін до Цивільного кодексу та Основ законодавства про охорону здоров'я; нормативне закріплення мультидисциплінарних команд з обов'язковою участю соціальних працівників та психологів; спрощення доступу до опіоїдних анальгетиків через електронний рецепт та зменшення адміністративного тиску на лікарів; загальнонаціональна інформаційна кампанія щодо прав термінальних хворих та можливостей паліативної допомоги; а також створення програм психологічної підтримки для сімей, які доглядають за невиліковно хворими. Важливо, що рекомендації не закликають до негайної легалізації евтаназії, а натомість пропонують «дорожню карту» на випадок майбутнього суспільного консенсусу, яка обов'язково включає паралельний розвиток паліативної допомоги, багатоступеневу систему контролю та кримінальну відповідальність за порушення процедури.

Системний аналіз практичних аспектів трансформації соціальної політики України в контексті евтаназії засвідчив, що на сьогодні головним пріоритетом має бути не легалізація навмисного припинення життя, а розбудова дієвої, доступної та якісної системи паліативної допомоги, інтегрованої з соціальним захистом.. Трансформація соціальної політики має відбуватися від суто рестриктивної (заборонної) моделі до моделі, заснованої на повазі до автономії,

розвиненій паліативній допомозі, активній участі соціальних працівників, психологів та громадянського суспільства, а також на інституційному контролі, що мінімізує ризики зловживань.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі проведено комплексне дослідження соціально-етичних проблем евтаназії в українському контексті на основі аналізу міжнародного досвіду, стану паліативної допомоги та емпіричного вивчення ставлення різних груп населення до означеної проблематики. Результати дослідження дозволяють сформулювати такі висновки

Систематизовано теоретико-методологічні підходи до розуміння евтаназії як об'єкта міждисциплінарного аналізу. Виокремлено чотири ключові виміри проблемного поля евтаназії: медичний (трансформація ролі лікаря під впливом науково-технічного прогресу), етичний (конфлікт між принципом автономії особистості та концепцією «святості життя»), правовий (забезпечення балансу між конституційним правом на життя та правом на повагу до гідності) та соціальний (евтаназія як об'єкт соціальної політики в умовах старіння населення та збільшення кількості термінальних хворих). Доведено, що вирішення проблеми евтаназії неможливе лише шляхом юридичних заборон та вимагає розвитку паліативної та хоспісної допомоги, етичної освіти медиків та широкого суспільного діалогу.

Розкрито зміст категорії «якість життя» в системі соціальної роботи з термінальними хворими, яка постає як інтегральний показник, що визначає стратегію підтримки особистості на фінальному етапі життєвого шляху. Обґрунтовано, що паліативна допомога виступає ключовим гуманістичним інструментом забезпечення якості життя, пропонуючи модель цілісного догляду, де фокус переміщується з лікування хвороби на підтримку цінності життя в будь-якому його стані. В умовах війни в Україні ця проблема набуває екзистенційної гостроти через дефіцит ресурсів та появу явища «соціальної евтаназії».

Проаналізовано моделі соціальної політики щодо евтаназії в країнах ЄС та Північної Америки. Виокремлено Бенелюксівську (ліберальну) модель, яка першою у світі перевела евтаназію в площину регульованої медичної допомоги;

Канадську модель MAiD, яка після скасування вимоги про «розумно передбачувану природну смерть» поширила доступ до медичної допомоги у вмиранні на осіб із хронічними невиліковними стражданнями; Швейцарську модель, що унікально поєднує декриміналізацію асистованого самогубства з активним залученням інститутів громадянського суспільства; консервативні моделі Франції (право на «постійну глибоку седацію») та Німеччини (визнання права на смерть невід'ємною частиною права на особистість), а також рестриктивну (українську) модель, що базується на повній забороні.

Виявлено основні групи соціальних ризиків легалізації евтаназії: етико-медичні (девальвація лікарської етики, ризик професійної помилки, загроза паралізації розвитку медичних досліджень), соціально-економічні (економічний тиск на пацієнта, страх бути тягарем для родини, небезпека перетворення евтаназії на інструмент соціальної інженерії для бідних верств населення) та ризик суспільного розколу. Обґрунтовано роль мультидисциплінарних команд (MDT) як ключового інституційного запобіжника, що забезпечує перехід від одноосібного медичного патерналізму до колективної холістичної експертизи.

Охарактеризовано сучасний стан паліативної допомоги в Україні як інструменту реалізації соціальних прав громадян. Констатовано позитивні зрушення, пов'язані з впровадженням Програми медичних гарантій НСЗУ, але водночас виявлено системні виклики: дефіцит кадрів, бар'єри в призначенні опіоїдів, фрагментацію медичної та соціальної складових, низьку обізнаність населення щодо можливостей паліативної допомоги.

Проведено пілотажне соціологічне дослідження ставлення різних груп населення до соціально-етичних проблем евтаназії. Результати засвідчили, що 54 % респондентів мають позитивне ставлення до ідеї евтаназії як «права на гідну смерть», однак ця підтримка супроводжується серйозними застереженнями щодо корупційних ризиків (58 %) та лікарських помилок (52 %). 66 % респондентів (з урахуванням «скоріше так») готові підписати «біологічний заповіт». Війна активізувала рефлексію щодо права на гідну

смерть (44 % вважають це питання більш актуальним), але не призвела до однозначного зсуву в суспільній думці.

Розроблено комплекс рекомендацій щодо вдосконалення системи соціального захисту та підтримки осіб у термінальних станах за трьома рівнями: інституційно-правовому щодо легалізації «прижиттєвих заповітів»; створення централізованого реєстру волевиявлень пацієнтів; розробка «дорожньої карти» на випадок суспільного консенсусу щодо легалізації окремих форм евтаназії), організаційно-кадровому (нормативне закріплення створення мультидисциплінарних команд у кожному закладі паліативної допомоги; розширення програм підготовки соціальних працівників та психологів для роботи з термінальними хворими) та соціально-психологічному (проведення загальнонаціональної інформаційно-просвітницької кампанії щодо прав термінальних хворих, можливостей паліативної допомоги та інституту біологічних заповітів; посилення психосоціальної підтримки сімей, які доглядають за тяжкохворими).

Перспективи подальших досліджень вбачаються у проведенні репрезентативного загальнонаціонального соціологічного дослідження готовності українського суспільства до публічного діалогу щодо права на гідну смерть, а також у розробці конкретних моделей інтеграції соціальної та медичної складових паліативної допомоги в умовах реформи системи охорони здоров'я та післявоєнної відбудови України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко М. А. Правова природа паліативної допомоги в Україні: реалізація конституційних прав громадян на охорону здоров'я та соціальний захист. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2025. № 4. С. 469–472.
2. Анпілогова Б. Ю. Соціально-правовий зміст соціальних ризиків. *Актуальні проблеми права: теорія і практика*. 2024. № 1 (47). С. 11–17.
3. Барабаш О. О. Четверте покоління прав людини: загальнотеоретична характеристика. *Вісник національного університету «Львівська політехніка»*. 2016. № 837. С. 213–217.
4. Біоетичні аспекти правового регулювання ейтаназії та суміжних з нею явищ в Україні : матеріали круглого столу з міжнародною участю, м. Київ, 18 грудня 2018 року / за ред. Я. О. Триньової. Київ, 2018. 105 с.
5. Бровко Н., Сімакова С. Філософське розуміння евтаназії: позбавлення життя чи реалізація права на смерть. *Філософські та методологічні проблеми права*. 2024. № 2 (28). С. 24–31.
6. Булеца С. Б., Заборовський В. В., Стойка А. В. Деякі проблемні питання правового захисту прав людини четвертого покоління. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Право*. 2019. № 55. С. 10–14.
7. Вебер М. Соціологія. Загальноісторичні аналізи. Політика. Київ, 1998. 534 с.
8. Відбудова України: принципи та політика. URL: https://cepr.org/system/files/publication-files/178114-paris_report_1_rebuilding_ukraine_principles_and_policies.pdf (.).
9. Гардашук Т. В. На межі життя й смерті: дискусійні обшири. *Біоетичні аспекти правового регулювання ейтаназії та суміжних з нею явищ в Україні : матеріали круглого столу з міжнародною участю*, м. Київ, 18 грудня 2018 року. Київ, 2018. С. 8–17.

10. Голованова І. А., Шевченко О. С. Оцінка програм пакетного фінансування паліативної та хоспісної допомоги Національною службою здоров'я України. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2021. № 90 (4). С. 45–52.
11. Гололобова К. О. та ін. Евтаназія в контексті біоетичної проблематики: український досвід та міжнародні паралелі. *Вісник морської медицини*. 2025. № 4 (109). С. 24–33.
12. Громовчук М. В. Евтаназія в Україні: питання реалізації конституційного права людини. *Український часопис конституційного права*. 2021. № 2. С. 28–33.
13. Дробик Й. Евтаназія: історична ретроспектива та сучасний стан у світі й Україні. *Наукові записки УКУ. Серія: Богослов'я*. 2025. Вип. 5. С. 143–165.
14. Евтаназія в Україні – право чи злочин. *Наука Онлайн*. 2020. № 3. URL: <https://nauka-online.com/publications/jurisprudence/2020/3/evtanaziya-v-ukrayini-pravo-chi-zlochin/>
15. Евтаназія як морально-правова проблема. URL: <https://studies.in.ua/etyka-ta-estetika/3985-evtanazy-a-yak-moralno-pravova-problema.html>.
16. Етичний кодекс лікаря України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>.
17. Забзалюк Д. Є., Волкова С. М. Реалізація конституційного права людини на евтаназію: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2025. № 5. С. 87–92.
18. Конституція України : Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141.
19. Котенко Т. Перший випадок евтаназії в Україні? URL: <https://glavcom.com/news/pershiy-vipadok-evtanaziji-v-ukrajini-u-kijivskomu-gospitali-viyskoviy-bilshe-ne-zmig-borotis-za-zhittya-536586.html>.

20. Литвин Н. В. Право на смерть: євроінтеграційний вимір. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія Право*. 2023. Вип. 80. С. 44–49.
21. Медичний канабіс в Україні: закон, практика, ПТСР і паліативна допомога. URL: <https://www.rfi.fr/uk/україна/20250915-медичний-канабіс-в-україні>.
22. Миронова Г. А. Living Will – новий інститут європейського приватного права. *Університетські наукові записки*. 2012. № 3 (43). С. 47–54.
23. Миронова Г. А. Приватноправове регулювання особистих немайнових відносин у сфері надання медичної допомоги : монографія. Київ, 2015. 309 с.
24. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 р. №1308. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>
25. Нестеренко В. Г. Керованість болю у паліативній медицині як фактор медико-соціального впливу на якість життя пацієнтів в кінці їх життя. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2024. Т. 93, № 1. С. 69–86.
26. Нестеренко В. Г. Медико-соціальні аспекти евтаназії паліативних хворих в Нідерландах, Бельгії та Німеччині. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2024. Т. 93, № 3. С. 71–85.
27. Нестеренко В. Г., Литвиненко О. Ю. Готовність до діалогу щодо евтаназії паліативних хворих в Україні. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2024. Т. 93, № 2. С. 79–88.
28. Нікітенко Л. О., Бабики М. К. Право на евтаназію у контексті реалізації права на життя. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія Право*. 2021. Вип. 65. С. 65–68.
29. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19.

30. Павленко Т. А., Дунаєва Т. Є., Валуйська М. Ю. Перспективи правового регулювання евтаназії в Україні. *Wiadomości Lekarskie*. 2020. Т. 73, № 10. С. 2289–2294.

31. Паліативну допомогу в Україні надають понад 750 медичних закладів. Укрінформ. 22 лютого 2024. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3830711-paliativnu-dopomogu-v-ukraini-nadaut-ponad-750-medicnih-zakladiv.html>.

32. Поліщук М. Є. Життя та смерть. Евтаназія. *Журнал НАМН України*. 2021. Т. 27, № 1. С. 63–68.

33. Права людини та евтаназія: конституційно-правовий аспект : магістерська робота. Шифр «memento mori». 2018. С. 7.

34. Правові питання евтаназії: Україна та світовий досвід : монографія / за заг. ред. д.ю.н., проф. С. Б. Булеци; д.ю.н., проф. М. В. Менджул. Ужгород : РІК-У, 2021. 268 с.

35. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 черв. 2020 р. № 1308. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text> (дата звернення: 18.05.2026).

36. Сміянов В. А. Медична допомога в помиранні для паліативних пацієнтів у різних країнах світу: уроки легалізації евтаназії. *Inter Collegas*. 2024. Т. 11, № 2. С. 32–40.

37. Сміянов В., Горностаєва П. Громадянське суспільство та паліативна допомога. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2024. № 93 (4). С. 79–85.

38. Стащенко С. Огляд міжнародної практики та підходів врегулювання евтаназії: ставлення суспільства та медичної спільноти, potential асертивності. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Том 9, № 4. С. 754–762.

39. Тітко Е. В., Дейнеко О. В. Евтаназія / суїцидальний туризм як феномен захисту прав людини в сучасний час. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Юридичні науки*. 2020. Т. 31 (70), № 2–3. С. 227–232.

40. Україна пасе задніх у рейтингу «якості смерті». BBC News Україна. URL: https://www.bbc.com/ukrainian/health/2015/10/151007_end-of-life_index_vc.
41. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. Відомості Верховної Ради України. 2003. № 40–44. Ст. 356.
42. Чеховська І. В., Білоусюк І. І. Правове регулювання евтаназії: міжнародний досвід. *Міжнародний юридичний вісник*. 2019. № 14. С. 23–33.
43. Шевченко О. М., Мельничук В. В. Соціально-філософські аспекти евтаназії в Україні. *Актуальні проблеми філософії та соціології*. 2020. № 27. С. 130–135.
44. Шпачук А. О. Евтаназія: правові та етичні аспекти. *Вісник Академії адвокатури України*. 2022. № 3. С. 159–163.
45. Щороку в Україні зростає кількість пацієнтів, які отримали паліативну медичну допомогу. Укрінформ. 23 листопада 2023. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3790865-soroku-v-ukraini-zrostae-kilkist-pacientiv-aki-otrimali-paliativnu-medicnu-dopomogu.html>
46. Arora I. The Constitutional Right to Die: Germany's Landmark Decision. *German Law Journal*. 2025. Vol. 26, No. 3. P. 505–520.
47. Braun K. et al. An autonomy-based approach to assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*. 2023. Vol. 49, No. 2. P. 85–90.
48. British Columbia Law Institute. Advance Consent and Medical Assistance in Dying (MAiD). 2017. URL: <https://www.bcli.org/advance-consent-and-medical-assistance-in-dying-maid>.
49. Ethical Issue of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2023. Vol. 26, No. 2. P. 95–101.
50. European Parliament. Assisted dying in the European Union. EPRS Briefing. 2025. URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/775914/EPRS_BRI\(2025\)775914_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/775914/EPRS_BRI(2025)775914_EN.pdf)
51. Heslop K. A. Should Canada Extend MAiD to People with Mental Illness? *The Walrus*. 2024. URL: <https://thewalrus.ca/maid-mental-illness/>

52. Kim S. Y. H. Assisted Dying in Canada: Ideology Masquerading as Medicine? *Canadian Journal of Bioethics*. 2025. Vol. 8, No. 4. P. 21–29.

53. Martin S. Limits on the right to life: the case of *Mortier v Belgium*. *Medical Law International*. 2023. URL: <https://www.lml.law.cam.ac.uk/news/limits-right-life-case-mortier-v-belgium> (дата звернення: 20.05.2026).

54. Mujayri H. et al. End-of-Life Decision Making in Multidisciplinary Teams. *Journal of Medical Ethics and Decision Research*. 2023. Vol. 12, No. 4. P. 1–15.

55. O'Neill C. Child Euthanasia in Belgium: Legal and Ethical Perspectives. *Journal of Medical Ethics*. 2020. Vol. 46, No. 3. P. 189–195.

56. Palliative care. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

57. Postma L., van der Heide A., Philipssen B. O. Euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. *Research Handbook on Voluntary Assisted Dying*. Edward Elgar Publishing, 2025. P. 11–24.

58. Quality of life index score in Europe in 2025. Statista. URL: <https://www.statista.com/statistics/1541453/europe-quality-of-life-index/>

59. Watson R. Luxembourg is to allow euthanasia from 1 April. *BMJ*. 2009. Vol. 338. P. b1248.

60. World Federation of Right to Die Societies. *Country Profile: Belgium*. URL: <https://www.worldrtd.net/belgium> (дата звернення: 20.05.2026).

61. Xu C. X. Assisted Suicide Tourism in Switzerland: Legal and Ethical Challenges. *International Journal of Health Policy*. 2025. Vol. 14, № 2. P. 101–115.