

Соціальна медицина та охорона громадського здоров'я

УДК: 614.216:616-039.75:179.7

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ
ЕВТАНАЗІЇ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ
В УКРАЇНІ, ШВЕЙЦАРІЇ, КАНАДІ, США ТА ІЗРАЇЛІ****Нестеренко В.Г.***Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

Медична Асистована Смерть (МАС) застосовується легально у таких країнах світу, як Нідерланди, Бельгія, Люксембург, Швейцарія, Колумбія, Канада, Австралія, Іспанія, Німеччина, США. Закони про легальну евтаназію розглядають Португалія та Нова Зеландія. МАС виконується введенням смертельної речовини безнадійно хворій людині лікарем або самим хворим. Евтаназія є однією з послуг, яких потребують паліативні хворі в останні місяці та дні їх життя. Доступність МАС підвищує рейтинг країни в Індексі Якості Смерті та зменшує потребу в евтаназійному туризмі. Україна потребує легалізації МАС, як і покращення системи паліативної та хоспісної допомоги у цілому. Дослідження проведено з використанням методів системного аналізу, порівняльного методу та бібліосемантичного методу з пошуком літературних джерел та нормативно-правових актів у Google, Google Scholar та на PubMed, з акцентом на Україні, Швейцарії, США, Канаді та Ізраїлі. При порівняльному аналізі зроблено висновок, що оптимальною для України є канадська модель МАС, з урахуванням досвіду її побудови, сприйняття суспільством та проблем, пов'язаних із застосуванням законодавчих норм МАС.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, реформа системи охорони здоров'я, медично асистована смерть, індекс якості смерті, право на життя, право на смерть.



Цитуйте українською: Нестеренко В.Г. Медико-соціальні аспекти евтаназії паліативних хворих в Україні, Швейцарії, Канаді, США та Ізраїлі. Медицина сьогодні і завтра. 2024;93(3):19с. In press. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.3.nes>

Cite in English: Nesterenko VG. Medical and social aspects of euthanasia of palliative patients in Ukraine, Switzerland, Canada, the USA and Israel. Medicine Today and Tomorrow. 2024;93(3):19p. In press. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.3.nes> [in Ukrainian].

Вступ

У 2010 році міжнародна експертна група The Economist Intelligence Unit (EUI) створила дієвий інструмент для порівняння країн світу у питаннях організації гідного вмирання безнадійно

хворих – Індекс Якості Смерті (ІЯС) [1]. Фактично цей індекс дозволяє оцінити стан паліативної допомоги з точки зору споживачів паліативних послуг, які наближаються до закінчення життя, тому що розрахунок індексу заснований на

характеристиках паліативної допомоги – її якості, доступності, середовища, в якому надаються послуги, людських ресурсів системи допомоги, та залучення громади до вирішення проблем Паліативної та Хоспісної Допомоги (ПХД). (Зв'язок ІЯС з базовими характеристиками організації ПХД підтверджує також Всесвітня Організація Охорони Здоров'я у своєму Керівництві для програмних менеджерів «Планування та впровадження послуг паліативної допомоги» 2016 року [2]). До переліку першої оцінки ІЯС було включено 40 країн. Перші місця рейтингу (країни з кращими умовами смерті) зайняли (у порядку спадання): Великобританія (7,9 балів), Австралія (7,9 балів), Нова Зеландія (7,7 балів), Ірландія (6,8 балів), Бельгія (6,8 балів), Нідерланди (6,3 бали), Німеччина (6,2 бали), Канада (6,2 бали), США (6,2 бали), Угорщина (6,1 бали), Франція (6,1 бали), Норвегія (6,0 балів), Тайвань (6,0 балів) та Польща (6,0 балів). Країнами, що замикали рейтинг з найгіршими умовами вмирання, були Китай (2,3 бали), Бразилія (2,2 бали), Уганда (2,1 бали) та Індія (1,9 бали). Оцінку ІЯС України не проводили.

У 2015 році EUI провела повторну оцінку країн [3]. Список був розширений до 80 країн, методика оцінки вдосконалена. Але кваліметрична вага кри-

теріїв та їх складових була збережена, що дозволяє порівнювати результати 2010 та 2015 років між собою [4]: категорії «середовище паліативної допомоги та охорони здоров'я», «доступність допомоги» та «людські ресурси» мали «вагу» 20 %; «якість допомоги» – 30 %; «залучення громади» – 10 %. Перше місце серед кращих країн рейтингу знов посіла Великобританія з оцінкою 93,9 бала, що було наслідком довготривалою та послідовною політикою розбудови національної системи ПХД [5]. Після Великобританії у списку були Австралія (з оцінкою 91,6 бала), Нова Зеландія (87,6 бала), Ірландія (85,8 бала), Бельгія (84,5 бала), Тайвань (83,1 бала), Німеччина (82,0 бала), Нідерланди (80,9 балів), США (80,8 бала), Франція (79,4 бала), Канада (77,8 бала), Сінгапур (77,6 бала), Норвегія (77,4 бала), Японія (76,3 бала), Швейцарія (76,1 бала). Країнами, що замикали рейтинг з найгіршими умовами вмирання, були Філіппіни (15,3 бала), Бангладеш (14,1 бала) та Ірак (12,5 бала). Україна зайняла 69 місце рейтингу ІЯС з оцінкою 25,5 бала. Найближчими до України країнами рейтингу були Індія (67 місце; 26,8 бала), Колумбія (68 місце; 26,7 бала), Ефіопія (70 місце; 25,1 бала) та Китай (71 місце; 23,3 бала). Оцінка ІЯС України по п'яти компонентам наведена у таблиці.

Таблиця. Оцінка України по компонентах Індексу якості смерті 2015 року

	Компоненти				
	Середовище допомоги	Людські ресурси	Доступність догляду	Якість догляду	Залучення громади
Рейтингова позиція	61	43	79	66	27
Кількість балів	23,7	39,8	12,5	20,0	42,5
Сторінка звіту [2]	23	31	36	41	46

Можливість проаналізувати результати дослідження щодо України за всіма показниками детально є обмеженою, тому що первинні дані дослідниками EUI не наведені. Наведена таблиця дозволяє зрозуміти, що за категоріями доступності догляду, якості догляду та сприяння догляду середовища Україна має низьку оцінку, за показником людських ресурсів – середню, за показником залучення громади – високу. Але методика дозволяє побачити більшу деталізацію, якщо доступні всі дані дослідження. Так, наприклад, у структурі компоненту впливу на догляд середовища присутня характеристика «Наявність та ефективність державної стратегії паліативної допомоги», яка формує 50 % «ваги» категорії. Оцінка характеристики коливається від 5 (що означає «Існує всебічна стратегія щодо розвитку та сприяння розвитку національної паліативної допомоги») до 1 (що означає «Не існує стратегії розвитку та просування паліативної допомоги під керівництвом держави»). Порівняння оцінки стратегії держави у балах ІЯС можна співставляти з наявними описами дій держав у наукових публікаціях. Не зрозуміло також, чому ІЯС більше не був оцінений протягом 2020–2024 років. Але значним здобутком оцінки за кваліметричною моделлю є можливість порівнювати отримані результати з іншими об'єктивними показниками: наприклад, з Валовим Внутрішнім Продуктом (ВВП) на душу населення та задоволенням потреб населення у ПХД [6, с. 8]. Так, задоволена на половину потреба у ПХД в Україні відповідає ІЯС, що оцінений на чверть від можливого максимального рівня (рис. 1). А дохід на душу населення за паритетом купівельної спроможності, що в Україні складав 20 % (приблизно 10 тис. доларів США на рік) від середнього значення групи країн-лідерів (приблизно

50 тис. доларів США на рік) за розрахунком 2013 року, відповідав ІЯС, що оцінений на чверть від можливого максимального рівня (рис. 2). Це означає, що цільоспрямоване вивчення потреб населення у ПХД та їх адекватне задоволення має більший вплив на якість смерті та вмирання, ніж ВВП. Цю тезу підтверджують й інші дослідники [7; 8]. ІЯС дає головні орієнтири для оцінки успіху країн в організації гідного вмирання паліативних хворих, і навіть корелює з показниками індексу щастя 2015 року для значної частини країн, в якому найбільш щасливими є громадяни таких країн як Швейцарія (1-е місце; 7,587 балів), Норвегія (4 місце; 7,522 бала), Канада (5 місце; 7,427 бала); Нідерланди (7 місце; 7,378 бали); Нова Зеландія (9 місце; 7,286 бали); Австралія (10 місце; 7,284 бали) та інші. Україна у цьому рейтингу знаходилась на 111 місці з оцінкою 4,681 бала [9, с. 26–28]. Це зв'язок дозволяє стверджувати, що люди відчують себе щасливими, якщо (у тому числі) розуміють, що будуть вмирати гідно, із достатньою підтримкою та доглядом.

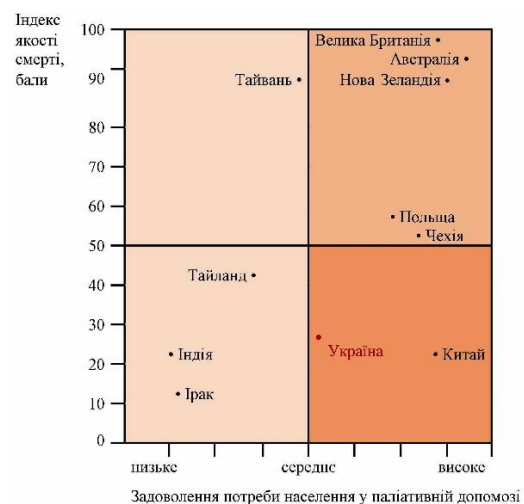


Рис. 1. Зв'язок задоволення потреби населення у паліативній допомозі та індексу якості смерті, 2015

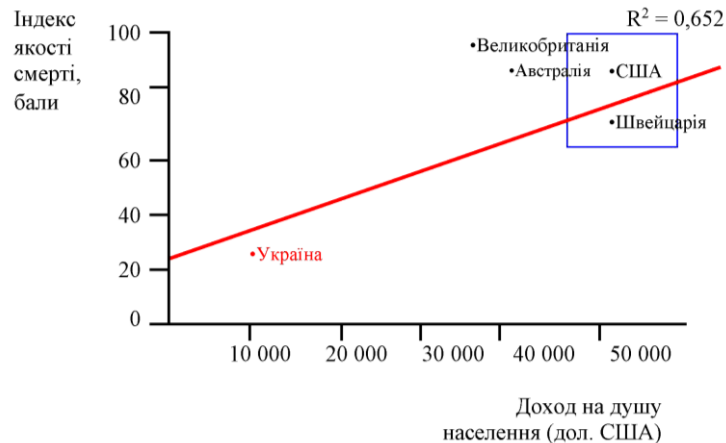


Рис. 2. Зв'язок індексу якості смерті з ВВП (за паритетом купівельної спроможності), 2013

Примітка: в області блакитного квадрату також знаходяться інші країни з розвиненими системами ПХД (Нідерланди, Австрія, Ірландія, Німеччина тощо).

У країнах із розвитими системами ПХД 80–100 % витрат галузі фінансують коштом держави. Українська модель пакетного фінансування ПХД за рахунок коштів програми медичних гарантій наближала Україну до більшого охоплення необхідними послугами паліативних хворих [10], але замість розвитку системи прогнозування потреб у ПХД у 2024 році почався негативний процес перекладання обов'язків догляду за паліативними хворими на дому на сімейних лікарів. Це протирічить підходу попереднього етапу реформування первинної ланки медичної допомоги, відповідно до якої сімейні лікарі не мають відвідувати пацієнтів на дому. Не зважаючи на легалізацію медичного канабісу в Україні, що безперечно є позитивним аспектом кращого задоволення базових потреб паліативних хворих, доступність адекватного знеболення залишається низькою, особливо у паліативних пацієнтів, які отримують лікування на дому. Жорстка наркополітика України не дозволить забезпечити аде-

кватне знеболення цих пацієнтів, зважаючи на важкість звітності за наркотичні знеболювальні [11; 12]. Знеболення є однією з базових потреб паліативних хворих [13], але прямого корелятивного зв'язку між ефективним знеболенням при аналізі ІЯС встановити неможливо, тому що лише в 33 з 80 країн рейтингу 2015 року опіати були у вільному доступі. Таким чином, ІЯС допоміг визначити країни, що забезпечили одну з найважливіших функцій національних систем ПХД – гідне вмирання та смерть паліативних хворих.

Отже ми з'ясували, що ВВП країн не має прямого зв'язку із витратами на систему охорони здоров'я, і на систему ПХД. На підтвердження цього слід зазначити, що Великобританія з її найкращою системою ПХД та найвищим ІЯС, не є країною, що витрачає на систему охорони здоров'я у цілому та на систему ПХД зокрема найбільшу суму грошей у перерахунку на душу населення. Але далеко не всі країни світу, навіть із розвиненими системами ПХД,

здатні забезпечити надання всіх необхідних послуг на такому рівні, щоб пацієнти не мріяли про закінчення їх життя для позбавлення страждань. Тож до переліку основних послуг паліативним хворим належить і евтаназія. І не як альтернатива паліативній допомозі, а як один з різновидів необхідних послуг. Не зважаючи на це багато дослідників проблем паліативної допомоги вважають ці послуги альтернативними, і навіть пишуть про те, що лікарі країн, де евтаназія вже легалізована, ще розділені на два табори: прихильників евтаназії та прихильників паліативної допомоги. У питаннях ставлення до можливості легалізації евтаназії саме точка зору і переконання активної частини суспільства та медичних працівників чинять вирішальний вплив на процеси парламентського просування легалізації [14].

Евтаназія легалізована у Швеції, Нідерландах, Бельгії, Швейцарії, Фінляндії, Німеччині, Чилі, в окремих штатах США, у Канаді, Ізраїлі, Мексиці. Кожна з цих країн йшла до легалізації власним шляхом та у власному темпі, та подолала низку перешкод на цьому шляху. Необхідність легалізації евтаназії для України стала підґрунтям для проведення цього дослідження.

Метою дослідження був аналіз медичних та соціальних аспектів легалізації евтаназії в різних країнах світу, які наблизили момент легалізації та створили умови для реалізації права на смерть безнадійно хворих пацієнтів, які нестерпно страждали в останні дні і місяці свого життя.

Матеріали і методи

Дослідження проведено з використанням методу системного аналізу, порівняльного та бібліосемантичного методу. Досліджені наукові джерела та нормативно-правові документи, знайдені на PubMed, в Google та Google Scholar за ключовими словами «паліативна та

хоспісна допомога», «закордонний досвід легалізації евтаназії», «медично асистована смерть», «самогубства паліативних хворих», «індекс якості смерті» українською та англійською мовами. Обрані джерела, які характеризують проблему у світі, Україні, Швейцарії, США, Канаді та Ізраїлі.

Результати та їх обговорення

Дослідники закордонного досвіду легалізації евтаназії, або Медично Асистованої Смерті (МАС) паліативних хворих підкреслюють, що за своїм призначенням паліативна допомога не має на меті ані відкласти, ані прискорити смерть [14]. Вони вказують на сумний факт: практично всі країни з низьким рівнем прибутку населення, а також більшість країн з середнім та високим прибутком населення не змогли налагодити національні системи ПХД, щоб більшість паліативних пацієнтів не відчували страждання в останні дні та місяці свого життя та не прагнули припинити ці страждання шляхом самогубства або пошуку шляху до евтаназії. Крім того, лікування деяких паліативних пацієнтів (зокрема знеболення та патогенетичне лікування) є неефективним навіть за наявності всіх необхідних ліків. При цьому у суспільствах зростає усвідомлення права на смерть як похідного від права на життя [15; 16]. Суспільство активно дискутує на теми кращої організації догляду паліативних хворих. Ці дискусії обов'язково торкаються питань МАС [17].

Готовність країн до легалізації евтаназії також істотно залежить від релігійності населення [18; 19], що підтверджують наші власні дослідження [20]. Населення країн, в яких евтаназія не легалізована або має значні обмеження, вдається до «суїцидального туризму». Але розвинені країни поступово йдуть шляхом легалізації власної процедури МАС.

Тягар важких інвалідізуючих хвороб в Україні, перш за все тих, що плинуть із ураженням нервової системи, є значним [21]: кваліметрична вага тягаря хвороб у визначені ІЯС склала 60 % у рік останнього розрахунку ІЯС (2015). Якщо дотримуватися пацієнтоорієнтованої стратегії побудови нової національної системи ПХД [7], стає очевидною необхідність забезпечити паліативним пацієнтам неврологічного профілю всіма можливими послугами, від патогенетичного та симптоматичного (знеболення) лікування, аж до МАС. Але фактично хоспіси, догляд за паліативними пацієнтами можна визнати умовно достатнім, не забезпечують адекватного знеболення та охоплюють лічені відсотки окремих категорій паліативних пацієнтів, на яких спеціалізують у догляді та лікуванні [22]. Не вирішено питання безпеки маломобільних паліативних пацієнтів у прифронтових регіонах під час повітряних тривог протягом російсько-української війни. До переліку паліативних хвороб, визнаних державою, фактично включені лише онкологічні, серцево-судинні та деякі неврологічні хвороби [23; 24].

Суспільний діалог про можливу легалізацію евтаназії в Україні починається в умовах, коли процедура вже легалізована у значному переліку країн. Досвід цих країн свідчить, що вони додали значно більші перешкоди, пов'язані із офіційним ставленням до МАС міжнародних юридичних організацій. Так, тривалий час позиція Європейського Суду з Прав Людини (ЄСПЛ) щодо евтаназії була категорично засуджуючою. На думку ЄСПЛ евтаназія порушувала положення статті 2 (право на життя) Європейської конвенції з прав людини [15; 16]. Але це ставлення почало змінювати у зв'язку з юридичною риторикою у країнах, які легалізували процедуру. «Право на смерть» згодом стало

сприйматися як частина «права на життя», що також було пов'язано із ставленням більшості країн цивілізованого світу до медичних абортів [25]. За відсутності легалізованої евтаназії у багатьох країнах Швейцарія дозволила евтаназію іноземних громадян. У 1998 році у швейцарському кантоні Цюрих відкрили клініку "Dignitas", яка стала «Меккою суїцидального туризму». Громадяни США почали їхати до Мексики для проведення МАС. Деякі проблеми суїцидального туризму до сьогодні не вирішені у країнах походження туристів: після повернення до дому близьких паліативних пацієнтів, які вдалися до МАС, можуть звинуватити у співучасті у вбивстві [26; 27].

Гідну смерть в Україні не може отримати через активну евтаназію: заборона задоволення прохання у проведенні процедури закріплена у п. 4 статті 281 Цивільного кодексу України [28] та в статті 52 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [29]. В останньому, зокрема, сказано: «Медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умишленого невиліковно хворого з метою припинення його страждань». Отже, українцям фактично відмовляють одночасно і в житті, і у вмиранні без болю [12; 21; 30]. З правової точки зору евтаназія – це «дія або бездіяльність лікаря на вимогу свого пацієнта з метою припинення його страждань, результатом яких є реалізація права на гідну смерть за умови, що пацієнт розуміє й усвідомлює свої дії з дотриманням законодавства» [31]. У спілкуванні лікарів і пацієнтів думка останніх є вирішальною у багатьох питаннях згоди на проведення оперативних утручань, щеплень та діагностичних процедур, госпіталізації, участі у наукових дослідженнях [32; 33]. У всіх цих питаннях, з ура-

хуванням вимог закону та правил медичної етики, пацієнти та лікарі знаходять розумне збалансоване рішення, яке іноді довго обговорюють. Доступ до евтаназії у своїх країнах станом на 2020 рік вже мали понад 200 млн осіб [34]. Німецькі дослідники вважають спілкування між медичними працівниками та пацієнтами про бажання померти «прийнятним втручанням в паліативну допомогу» [35]. Але українське суспільство не готове й до початку діалогу про можливість легалізації евтаназії [20]. Проаналізуємо досвід країн, які вже легалізували МАС.

Канада розпочала процедуру легалізації евтаназії через судову справу [36; 37]. У 2015 році Верховний суд Канади виніс рішення у справі «Картер проти Канади», у якому було зазначено, що відмова пацієнтам у МАС, закріплена у Кримінальному кодексі, протирічить Канадській хартії прав і свобод. Суд дав федеральному уряду рік на зміну законів, потім подовжив цей термін ще на 4 місяці [38]. Законодавство було змінено: МАС був дозволений для дорослих.

Дорослі (18 років та більше) паліативні пацієнти Канади, що звернулися за МАС, мають відповідати наступним критеріям: мати важке невиліковне захворювання; бути дієздатними (мати право самостійно приймати рішення щодо свого здоров'я); мати право на отримання медичних послуг за державні кошти; звернутися за МАС добровільно, без тиску; бути поінформовані про засоби полегшення їхніх страждань, у тому числі про паліативну допомогу. «Важке невиліковне захворювання» у канадських законах – це захворювання «на пізній стадії незворотного погіршення, яке спричиняє нестерпні страждання та при якому розумно передбачити природну смерть». Послуга МАС надається міждисциплінарними

групами фахівців, входять лікарі, медичні сестри та соціальні працівники, які забезпечують поховання. Фінансування цих груп може бути виключно державним [39].

Питання легалізації евтаназії для дітей відповідає політиці Канади, відповідно до якої діти мають право приймати участь у побудові власного дитинства [36]: дітей воліють розглядати як майбутніх дорослих, а не як власність батьків або опікунів. Свободу волі та почуття дітей намагаються поважати, хоч діти і не є юридично автономними суб'єктами [40]. Висловлювати свої думки діти можуть за допомогою речі (усної, письмової), жестів, рисунків, допоміжних засобів спілкування та/або мовчання. Слід брати до уваги, що важко хворі діти можуть мати обмежену здатність до вербального спілкування внаслідок хвороби або медичних процедур (наприклад, апаратної вентиляції легень, трахеостомії) [41–43]. Вести розмову про бажання та почуття дитини важливо з медичної точки зору, тому що «розповіді батьків про біль та страждання їхньої дитини також можуть відображати їхні власні уявлення про страждання та безнадійність» [44]. Але питання евтаназії дітей стає ще складнішим, якщо йдеться про дітей із психічними розладами. Наприклад, з аутизмом. Вони так само можуть нестерпно страждати до настання природної смерті. Для чіткої передачі бажань та слів дітей, що обмежені у спілкуванні та висловленні їх думки, можуть знадобитися перекладачі мови жестів, перекладачі з інших мов, психіатри, які давно спілкуються із своїми пацієнтами-дітьми та можуть без викривлення передати слова та думки дитини лікарю, який може проводити МАС. Дослідники проблеми МАС для дітей у Канаді одночасно опрацьовували ці проблеми та стратегію повторного звернення до

суду щодо розширення права на МАС і на дітей відповідно до Канадської хартії прав і свобод. Критика їх дій стосувалась можливих помилок трактовки думок та бажань дітей, к також можливих зловживань. Необхідно прислухатися до думок батьків та медичних працівників.

У Канаді батьки дітей з паліативними діагнозами готові обговорювати з лікарями та вченими-дослідниками доцільність та практичні аспекти МАС. У 2017 році було проведено опитування майже 2 тисяч батьків. За його результатами у 2020 році Resut B. et al. повідомили [18], що 46 % опитаних назвали МАС дітей «прийнятним», але кількість подібних відповідей залежала від основного паліативного діагнозу та віку дітей у підгрупах опитаних.

У 2012 році доступність педіатричної паліативної допомоги у Канаді була низкою (18,6 %). Чверть пацієнтів отримували таку допомогу менше тижня [45]. За таких мов у дослідників виникали обгрунтовані сумніви, що всі діти, що мали запит на МАС (та їх батьки) мали повне уявлення про можливості паліативної педіатрії [46]. Відомо також, що деякі батьки дітей з паліативними діагнозами подавали запит на МАС у надії отримати паліативну допомогу [47].

У легалізації евтаназії в Канаді значну роль зіграло обговорення проблеми у ЗМІ [39]. Протягом останніх 50 років у газетах рясніють як статті про на позбавлення від страждань за допомогою МАС, так і про зловживання правом на МАС. За цей час у канадських газетах англійською та французькою мовами обговорювали роль лікарів та медичних сестер у догляді за важко хворими пацієнтами та їх можливу участь у МАС, юридичні та політичні аспекти легалізації (позови до Верховного суду Канади у справах про евтаназію, судові справи проти лікарів, парламентську

легалізацію), ставлення канадців до МАС. Канадська асоціація медичних сестер підкреслює право медсестер не приймати участь у МАС, про що необхідно поінформувати роботодавця на будь-якому етапі трудових відносин. На думку Асоціації [48, с. 37], згода медсестри на участь у МАС має бути заснована на «інформованому, рефлексивному виборі, а не на упередженні, страху чи зручності». Професія медсестри поважна у суспільстві, тому, на думку Асоціації, кожна медсестра має зважити, який вплив матиме її участь у МАС, і яку користь суспільству це принесе. Важливий також вплив цього рішення на особисті та професійні стосунки [49].

Участь медичних працівників у процедурі МАС – складний моральний вибір. Однак моральні реакції на ситуації, в яких необхідно робити складний вибір, поступово змінювалися у більшості медичних працівників, як і у переважної більшості соціально активних громадян. Crumley E.T. et al. (2019) провели аналіз 813 газетних статей за період з 1972 року до 2016 року, та розділили вивчені 44 роки обговорення у ЗМІ перед легалізацією евтаназії на три періоди: 1) усвідомлення проблеми, 2) тривоги та ейфоричного ентузіазму, та 3) усвідомлення ціни значного прогресу [50]. Дослідники дійшли висновку, що за результатами випадкової вибірки було більше позитивних статей щодо МАС. Перемогу прихильників евтаназії вони пояснили у тому числі за непадом релігії у Канаді.

Дослідження Koksvik G. у канадській провінції Квебек (2020) [51] свідчить про етичну та емоційну складність участі лікарів у МАС та прийнятті рішень щодо доцільності МАС для кожного пацієнта. Лікарі, що приймають участь у МАС воліють не мати репутації «лікаря з евтаназії».

Під час обговорення проблеми легалізації еутаназії часто висловлювалося занепокоєння, що пацієнти погоджуються на МАС у зв'язку з тим, що не усвідомлюють можливостей паліативної медицини. Щоб перевірити такі обставини, Downar J. et al. провели ретроспективне когортне дослідження в Онтаріо (2020) з порівнянням померлих з МАС із загальною популяцією померлих [52], в якому з'ясували, що вибір МАС не був зумовлений соціальною чи економічною вразливістю: пацієнти, що пішли з життя за допомогою МАС, в середньому були молодшими, мали вищий дохід, з більшою ймовірністю були одружені, частіше проживали вдома (не жили у соціальних установах на момент смерті), ніж покійні люди загалом.

Масштаби МАС у Канаді станом на 2022 рік відповідали кількості понад 13 тис. смертей на рік (4,1 % всіх смертей у країні). Ця кількість зростала на 30–40 % щороку, з 2016-го [53; 54]. З 2016 до 2022 року до МАС вдалося 44 958 хворих [55]. У 2021 та 2022 роках кількість чоловіків на кілька відсотків перевищувала кількість жінок, що вдалися до МАС. Середній вік пацієнтів, що вдалися до МАС, складав 75,2 роки у 2019 році; 75,3 років у 2020 році; 76,3 років у 2021 році; 77,0 років у 2022 році. У 2022 році середній вік жінок становив 77,9 року, а чоловіків – 76,1 року. Головною причиною звернення до МАС був рак: 69,1 % всіх пацієнтів у 2020 році; 65,6 % – у 2021 році; 63,0 % – у 2022 році. Серед інших причин звернення до МАС у 2022 році по системам органів були: серцево-судинні захворювання (18,8 %), респіраторні захворювання (13,2 %) та неврологічні захворювання (12,6 %). Відповідно всі інші захворювання стали причиною звернення за МАС у 14,9 % випадків. Кількість пацієнтів, що вдалися до МАС, але їх смерть не відповідала критеріям

«розумно передбачуваної», у 2021 році склала 2,2 % (223 особи середнього віку 70,1 року); у 2022 році – 3,5 % (463 особи середнього віку 73,1 року). Також важливим є факт, що більшість хворих, які вдалися до МАС (77,6 % у 2022 році) отримували паліативну допомогу, а більшість тих, хто її не отримував (87,5 %) мали до неї доступ. Отже паліативна допомога не була альтернативою МАС, а була лише ще однією послугою паліативним хворим.

Серед причин звернення за МАС у 2022 році в Канаді були втрата здатності займатися значущою діяльністю (86,3 %), втрата здатності виконувати повсякденні дії (81,9 %), неадекватний контроль болю (59,2 %), що статистично відображувало також ситуацію й трьох попередніх років. У 2022 році МАС біла проведена вдома у пацієнтів у 39,5 % випадків. Цей показник був вищим у період пандемії COVID-19 (44,2 % у 2021 році; та 47,6 % – у 2020 році), що було зумовлено епідеміологічними правилами ізоляції. У 2022 році інші МАС біли виконані в лікарнях (30,5%), установах паліативної допомоги (20,8 %), стаціонарних закладах непаліативного профілю (7,6 %) та в амбулаторних закладах або медичних кабінетах (1,5 %).

Кількість запитів на МАС зростає разом із кількістю виконаних МАС. Так, у 2022 році таких запитів було більше 16 тис., що на 26,5 % більше, ніж у 2021 році. У 2022 році більшість (більше 13 тис., або 81,4 %) запитів на МАС було задоволено, а інші відхилені з наступних причин: 1,9 % запитів були відкликани; 3,5 % не відповідали критеріям закону; 13,3% (2,1 тис. осіб) померли до отримання МАС. причини відкликання запитів були у зміні думці (75,9 %) та/або достатності паліативної допомоги (41,8 %). 15,6 % пацієнтів відмовилися від МАС в останній мо-

мент перед процедурою. Кількість осіб, що не відповідали критеріям закону для проведення МАС (3,5 %), у 2022 році була меншою у порівнянні з 2021 роком (4,1 %) та 2019 роком (8,0 %). Головною причиною відмови (41,3 %) була невідповідність критерію «розумно передбачуваної смерті», серед яких важке захворювання (у тому числі поєднане з інвалідністю) було відсутнє у 54,4 % пацієнтів, прогресуюче погіршення стану – у 54,0 %, нестерпне страждання – у 45,1 %. Середня кількість днів від моменту подання запиту на МАС з інших причин у 2022 році становила 11 днів проти 9-ти днів у 2021 році.

Окрім цих кількісних показників чотирьох років роботи системи МАС (2019–2022), існують й якісні, висвітлені у дослідженні Redelmeier D.A. et al. (2021) [56]: впровадження програми «Медична допомога при смерті» на індивідуальному рівні запропонувала новий паліативним пацієнтам варіант завершення життя, надала останній шанс пацієнтів висловити контроль над своїм життям, створила комфорт для пацієнта та його сім'ї у період прийняття важкого рішення, змінила світогляд постачальників паліативної допомоги в хоспісах. На рівні команд догляду за пацієнтами програма допомагала підтримувати колегіальні стосунки та розширила дискусію про завершення життя та паліативну допомогу, надала можливість для навчання. На інституційному рівні були покращені матеріально-технічне забезпечення впровадження МАС та комунікація між постачальниками паліативної допомоги в хоспісах, пацієнтами та їхніми родинами.

Ще одне якісне дослідження Shapiro G.K. et al. (2021) [57] запропонувало варіанти поєднання ПХД та МАС у діапазоні від автономного надання цих послуг до формальної або неформальної координації, співпраці чи інтеграції.

Вибір варіантів проводився у рамках діючого канадського закону, та проводився залежно від сили страждань пацієнта.

У 2019–2022 роках у Канаді більшість людей, що отримували паліативну допомогу, були хворі на рак, але більшість паліативних пацієнтів з інвалідністю мали неврологічні захворювання, що відповідає і нашим дослідженням [21]. Інвалідизуючі паліативні захворювання приносять значний економічний тягар країнам, а для країн з низьким рівнем прибутків населення часто стають причиною надання медичних послуг низької якості. Економічні аспекти МАС у Канаді розглянуті у роботі Redelmeier D.A. & Detsky A.S. (2021) [53]. Психологічні аспекти вибору МАС – піти, поки страждання не стали сильніші, в оточенні любові, без повільної затяжної смерті від седації, з гідністю та не бути тягарем для своєї сім'ї, – все це автори порівнюють із правилами поведінкової економіки, яким підпорядковане будь-яке життя у соціумі. Автори стверджують, що ці правила не корисні для паліативної допомоги, але корисні для МАС. У той самий час Mathews J.J. et al. (2021) наголошують, що нестача ресурсів для надання паліативної допомоги не має бути причиною для вибору МАС пацієнтами, що страждають [58]. Цей наголос є важливим у світлі дослідження Redelmeier D.A. et al. (2021), які показали, що пацієнти з низьким соціально-економічним статусом мають меншу ймовірність отримати необхідний їм МАС в рамках загального медичного страхування [56]. Про негативний вплив на стан та почуття пацієнтів, яким відмовили у МАС з соціально-економічних мотивів або упередженості (наприклад, у хоспісі, де традиційно вважають МАС альтернативою ПХД) повідомили Shapiro G.K. et al. (2021) [57].

Слід зазначити, що важкі паліативні хворі часто потребують високоспеціалізованої медичної допомоги на третинному рівні її організації, що пов'язано із значними витратами на охорону здоров'я. При цьому запровадження МАС у Канаді є відносно новою практикою у догляді за пацієнтами в хоспісному середовищі [59]. Профілі таких пацієнтів були проаналізовані у вибіркового ретроспективному (за 2016–2019 рр.) дослідженні Selby D. et al. (2020) [60]. Були оцінені клінічні дані, що вплинули на скорочення обов'язкового 10-тиденного «періоду роздумів» та втрату працездатності пацієнтів. Дослідники дійшли висновку, що потрібні більш гнучкі правила щодо періоду роздумів, протягом яких частина пацієнтів вмирає, що фактично додає їм страждань. (Для порівняння: період роздумів у Австралії, у штаті Вікторія, також складає 10 днів, в Бельгії – місяць, у деяких штатах США – 15 днів між першим та другим усним запитом, і потім ще 2 дні очікування). Для прискорення прийняття рішення у необхідних випадках дослідники запропонували вдосконалення маршрутів паліативних пацієнтів, які потребують МАС. Наприклад, при зверненні до медичного закладу їх мають оглянути судинні хірурги, які забезпечать венозний доступ для процедури. Після огляду про необхідні медикаменти має бути повідомлена аптека. Тут потрібно врахувати, що «запит на МАС є відображенням давніх особистісних характеристик, світогляду та життєвих цінностей людини». Ці пацієнти «бажають контролювати умови свого догляду в кінці життя та надають велике значення автономії, незалежності та самопочуттю». Відмова у МАС, як і затримка процедури, можуть негативно та істотно впливати на стан пацієнта та його психологічну рівновагу. Це дослідження є прикладом

наукового пошуку, що може підштовхнути законодавців до більшої деталізації інструкцій та перегляду закону, зважаючи на турботу про пацієнтів. На момент публікації дослідження канадські законодавці вже переглядали правила періоду обов'язкового очікування.

У дослідженні Crumley E.T. et al. (2021) [61] також був проаналізований маршрут пацієнта, що потребує МАС. Були відзначено 19 пунктів маршруту, на яких можлива затримка. Подібні знання безумовно можуть покращити процедуру МАС. В іншому дослідженні Nolen A. et al. (2022) був висвітлений позитивний вплив МАС на якість паліативної седації внаслідок кращого розуміння медичним персоналом потреби у комфорті паліативного пацієнта в останні дні його життя [62].

Важливою стороною легалізація еутаназії у будь-якій країні завжди є професійний рівень медичних та соціальних працівників, що надають допомогу та підтримку паліативним хворим. Однією з проблем, яку вирішувала Канада після легалізації МАС, був недостатній рівень професійної підготовки медичних працівників для роботи у системі ПХД. Опитування 452 лікарів, медичних сестер, адміністраторів та волонтерів, що працювали у системі ПХД Канади через рік після легалізації еутаназії виявило потребу у більшій кількості професійних питань, специфічних для роботи з паліативними хворими, у програмах навчання, та брак фінансування на подібні навчальні програми [63]. Майстерність спілкування медичного працівника з пацієнтом, що має запит на МАС, залежить не від загальної досвідченості, а від наявності спеціальних знань та навичок [64]. Емоційна стійкість медичних працівників, що виконують МАС, залежить від розуміння та підтримки колег, з якими вони разом виконують процедуру [65].

Технічно евтаназія не є складною: проводиться внутрішньовенно (з використанням барбітурату або пропофолу та нейром'язового блокатора) або перорально (з використанням барбітурату, окремо або в поєднанні з опіоїдами, іноді з прокінетичним агентом (метоклопрамід, цизаприд, домперидон тощо) перед прийомом летального препарату) [66]. Етичні питання є набагато складнішими. Крім того існують певні труднощі щодо об'єктивної оцінки стану паліативних хворих, від яких надійшов запит на МАС. Li M. et al. (2021) [67] пропонують вирішувати це питання за допомогою оцінки стану по чисельним шкалам оцінки симптомів, якості життя, задоволеності, благополуччя, підтримки і навіть релігійності. Дослідники пропонують використання цих оцінок для ліквідації розриву «між знаннями та діями», з використанням допомоги та досвіду Глобального інституту психосоціальної, паліативної допомоги та допомоги померлим (GIPPEC; www.gippec.org) та Канадської асоціації оцінювачів і постачальників МАС (SAMAP; samapcanada.ca).

У США існує значна різниця у законодавстві різних штатів по ключових аспектах життя та смерті, у той час як питання такого роду у Канаді вирішує федеральний уряд, не зважаючи на наявність певних повноважень законодавців штатів. Евтаназія у США легалізована в Орегоні (1997), Вашингтоні (1997), Вермонті (2013), Каліфорнії (2015), Колорадо (2016), Вашингтоні (округ Колумбія, 2016), Мейні (2019), на Гавайях (2019), Нью-Джерсі (2019), Монтані (2019 – без прийняття відповідного закону процедура дозволена судом штату). У більшості штатів хворий, що має запит на МАС, має бути повнолітнім, дієздатним, розуміти свій діагноз, прогноз і наслідки прийнятого рішення.

Рішення про надання смертельних препаратів приймається кількома лікарями. Існують й істотні особливості у законах різних штатів. Наприклад, в Орегоні та Вашингтоні МАС можливий за умови, що прогноз тривалості життя хворого не перевищує 6 місяців [68]. Але відмову у МАС при деяких інших важких станах деякі дослідники вважають «катуванням бездіяльністю». Відомі випадки, коли подружні пари виявляли бажання піти з життя разом, іноді скоювали суїциди одночасно. При цьому обидва мали важкі захворювання. Вибір суїциду як варіанту закінчення власного життя означає відсутність надії на отримання допомоги у реалізації свого права на смерть гуманним способом. Але при надання такого дозволу, звісно, мають бути виконані вимоги закону: не можна дозволяти процедуру психічно хворим під час психозу, пацієнтам, що не можуть чітко, однозначно, послідовно та наполегливо висловлювати своє бажання померти.

Але у США, як і в Канаді, законодавці мають виконувати вимоги своїх виборців. Хоча іноді діють не швидко. Так, опитування більше 1,7 тис. американців, проведене Mangino D.R. et al. онлайн у 2020 році [69], достовірно ($p < 0,0002$) показало, що 54,4 % згодні з наданням права на евтаназію пацієнтам із деменцією. Більшими показниками згоди були серед молодих нерелігійних осіб. Більшість опитаних представляли сім'ї з річним прибутком 75–100 тис. доларів. Дослідники не виключили емоційного впливу на рішення опису життя паліативних пацієнтів із деменцією при знайомстві опитаних з контекстом проблеми евтаназії. Але вважали це другорядним для більшості хворих, у порівнянні з їх стражданнями. Чи мало це та інші чисельні дослідження вплив на закони держави та штатів?

Система МАС у США є недосконалою, що підтверджує поява дисиденту на прізвисько «Доктор Смерть». Поява людей, що кидають виклик системі, означає тривалу відсутність відгуку законодавців на потреби суспільства. Всесвітньо відомий американський патологоанатом, лікар та прихильник «права на смерть» Джек Кеворкян (Jack Kevorkian, 1928–2011) протягом своєї професійної діяльності позбавив життя 118 важко хворих пацієнтів. У своїй практиці Джек Кеворкян використовував спеціальний апарат Mercitron (від англ. *mercy* – милосердя) власного винаходу, який дозволяв пацієнтам самостійно вводити собі медичні препарати для зупинки серця. Асистенція у смерті за наявності чіткого бажання пацієнта померти шість разів дозволяла Кеворкяну Дж. уникати ув'язнення. Але у 1999 році він виконав смертельну ін'єкцію власними руками та записав все на відео. Цей доказ дозволив суду засудити «Доктора Смерть» за вбивство на 25 років ув'язнення. Суд врахував факт позбавлення Кеворкяна Дж. медичної ліцензії, після чого він надавав допомогу у самогубстві як звичайний громадянин. Доступ до повнотекстових публікацій Кеворкяна Дж. (наприклад, [70; 71]) закритий на PubMed як до матеріалів, що кидають виклик моралі суспільства. При цьому більшість наукових видань відмовилися відкликати публікації.

Не тільки у США важливою етичною проблемою МАС є певна звичка до свавілля лікарів при проведенні евтаназії. Так, про подібну поведінку лікарів *Ізраїлю* повідомили у своєму дослідженні Vokek-Cohen Y. & Tarabeih M. (2020) [72]. При цьому дослідники відзначили, що опитані медичні сестри відмовлялися виконувати вказівки лікарів щодо проведення евтаназії, що протирічили закону, і тоді лікарі виконували процедуру самостійно. При цьому в ізраїль-

ському суспільстві триває активна дискусія щодо доцільності евтаназії. Але важко прогнозувати, чим вона може бути завершена: легалізацією, жорсткою забороною легалізації або нічим. Фактори, що гальмують легалізацію – консервативні релігійні погляди етнічної громади країни про святенність життя, популярна думка про альтернативність паліативного лікування МАС та побоювання зловживань. Прихильники евтаназії апелюють до «права на смерть», та оптимізації використання ресурсів системи охорони здоров'я для пацієнтів, які мають надію на одужання.

Висновки

Канадська модель допомоги паліативним хворим здається найбільш прийнятною для українських паліативних хворих, з її одночасною доступністю паліативної допомоги та пропозицією Медично Асистованої Смерті (МАС) як рівнодоступних послуг. Законодавчі норми Канади включають валідацію лікаря як законного учасника процедури МАС, згода на необхідність МАС другого лікаря, свідоме стійке бажання вдатися до МАС пацієнта, неупереджену перевірку законності дотримання процедури від третьої сторони, достатній час на роздуми про МАС пацієнта, офіційний звіт про проведення процедури. Всі ці дії виключають необдуманний імпульсивний вибір МАС, впливи психотичних станів, прогресуючої деменції, інші відхилення від раціонального алгоритму прийняття рішень. Канадці вважають, що медична допомога при смерті може бути розумним вибором для свідомої людини, що страдає, навіть для дитини. Канадська модель має менше ризиків зловживань, ніж моделі США, Швейцарії та Ізраїлю.

Канадською системою охорони здоров'я, практикою МАС керує соціальне сприйняття моделей її роботи. Законодавці чутливо реагують на ґрунтовні

наукові дослідження та судові рішення, чим шанують державні та соціальні інституції. Проаналізовані результати наукових досліджень Швейцарії, США та Ізраїлю застерігають дослідників та законодавців від можливих зловживань при виконанні МАС. Але вони ж одночасно свідчать про важливість доступ-

ної процедури МАС для безнадійно хворих паліативних пацієнтів, яка має бути доступною для реалізації «права на смерть» поряд з якісною паліативною медициною для реалізації «права на життя».

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. The quality of death Ranking end-of-life care across the world. A report from the Economist Intelligence Unit. Commissioned by Lien Foundation. London-New York-Hong Kong: Economist Intelligence Unit; 2010. 39 p. Available at: https://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod_index_2.pdf
2. Planning and implementing palliative care services: a guide for program managers. Geneva: WHO Press; 2016. 91 p. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf>
3. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. A report. Commissioned by Lien Foundation. London-New York-Hong Kong-Geneva: Economist Intelligence Unit; 2015. 72 p. Available at: <https://impact.economist.com/perspectives/health/2015-quality-death-index>
4. Shevchenko A. Qualimetric criteria for formation of valeological competence in the adaptive education system. Adaptive management: theory and practice. "Pedagogy" series. 2022; 13(25):18p. DOI:10.33296/2707-0255-13(25)-06.
5. Lekhan VM. Retrospective analysis of the construction of the national system of hospice and palliative care in Great Britain. Inter Collegas. 2024;11(1):52-6. DOI: 10.35339/ic.11.1.lvm.
6. Горбаль А, Горох Є, Насрідінов Р, Процюк А. Дані для паліативної допомоги: міжнародний досвід українська практика стандарти, індикатори, оцінки. Київ: Український центр суспільних даних, Міжнародний фонд "Відродження"; 2018. 60 с. Доступно на: https://socialdata.org.ua/wp-content/uploads/2018/09/data_palliatiave_09_2018_ukr.pdf
7. Holovanova IA, Shevchenko AS. The issue of patient-oriented organization of palliative and hospice care in Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):21-7. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.2.hos.
8. Holovanova IA, Shevchenko AS. Evaluation of packaged funding programs for palliative and hospice care by the National Health Service of Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(4):45-52. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.4.hos.
9. Helliwell JF, Layard R, Sachs J. (Eds.). World Happiness Report 2015. New York: Sustainable Development Solutions Network, 2015. 167 p. Available at: <https://worldhappiness.report/ed/2015/>
10. Holovanova IA, Shevchenko AS. Evaluation of packaged funding programs for palliative and hospice care by the National Health Service of Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(4):45-52. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.4.hos.
11. Lekhan VM. Impact of different types of pain on organizational decisions in palliative medicine. Medicine Today and Tomorrow. 2024;93(1):47-55. DOI: 10.35339/msz.2024.93.1.lvm.

12. Nesterenko VG. The controllability of pain in palliative medicine as a factor in the medical and social impact on the patients' quality of life at the end-of-life. *Experimental and Clinical Medicine*. 2024;93(1):69-86. DOI: 10.35339/ekm.2024.93.1.nes [in Ukrainian].
13. Holovanova IA, Shevchenko AS. Determination of the main needs of palliative patients and ways of their provision in the health care system of Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2021;90(3):88-94. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.3.hos.
14. Smiiianov VA. Medical assistance in dying for palliative patients in different countries of the world: lessons on euthanasia legalization. *Inter Collegas*. 2024;11(2):32-40. DOI: 10.35339/ic.11.2.smi.
15. Shevchenko AS, Kuts YuV, Gavrylova SA, Gavrylov EV. Legislative, historical and practical aspects of phenomena that potentially violate the right to life. *Bull KhRIPHS*. 2020;93(1):20-7. DOI: 10.5281/zenodo.3960410. [In Ukrainian].
16. Shevchenko AS. The right to life: medical aspects. *Bull KhRIPHS*. 2017;80(6):24-43. DOI: 10.5281/zenodo.3951362.
17. Nesterenko VG, Krasnikova SO, Shevchenko AS. Media discussions about hospice and palliative care in Ukraine since the beginning of the war. Proceedings of the VI-th scientific and practical conference with international participation "Public health in Ukraine: problems and ways to solve them", dedicated to the 100-th anniversary of the department of public health and health care management of the Kharkiv National Medical University (Tomilin's readings), 2 Nov 2023. 4 p. DOI: 10.5281/zenodo.10053065.
18. Shaw J, Wiebe E, Nuhn A, Holmes S, Kelly M, Just A. Providing medical assistance in dying: Practice perspectives. *Can Fam Physician*. 2018;64(9):e394-9. PMID: 30209113.
19. Cleemput J, Schoenmakers B. Euthanasia in the case of dementia: a survey among Flemish GPs. *BJGP Open*. 2019;3(4):bjgpopen19X101677. DOI: 10.3399/bjgpopen19X101677. PMID: 31772039.
20. Nesterenko VG, Lytvynenko OYu. Readiness for dialogue regarding euthanasia of palliative patients in Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2024;93(2):79-88. DOI: 10.35339/ekm.2024.93.2.nel. [In Ukrainian].
21. Nesterenko VG, Shevchenko AS, Zelenska KO, Hryhorov MM. Clinical and epidemiological characteristics of disabling neurological diseases (literature review). *International Neurological Journal*. 2024;20(4):176-84. DOI: 10.22141/2224-0713.20.4.2024.1079. [In Ukrainian].
22. Nesterenko VH, Peresyphkina TV, Shevchenko OS, Sarkhadova II. Palliative and hospice care in the Kharkiv region in the first year of the war. *Ukraine. Nation's Health*. 2023;73(3):106-12. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/18.
23. Nesterenko VG, Shevchenko VV. Calculation of the national need for palliative care by the refined method of trends in the conditions of a military crisis. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2024;12(3):711-20. DOI: 10.21272/eumj.2024;12(3):711-720.
24. Nesterenko VG, Redka IV, Sukhonosov RO, Grygorov SM, Shevchenko AS, Aliieva TD. Forecasting the need for palliative and hospice care using the creeping trend method with segment smoothing. *Wiad Lek*. 2024;77(5):980-4. DOI: 10.36740/WLek202405116. PMID: 39008586.
25. Aliieva TD, Shevchenko AS. On the issue of reproductive losses prevention in Ukraine. *Inter Collegas*. 2021;8(1):59-66. DOI: 10.35339/ic.8.1.59-66.

26. Titko EV, Deineko OV. Euthanasia / suicide tourism as the human rights protection phenomenon in the present time. Academic notes of the V.I. Vernadsky Tavrida National University. Series: Legal Sciences. 2020;31(70(2(3))):227-32. DOI: 10.32838/2707-0581/2020.2-3/36. [In Ukrainian].
27. Sperling D. Travelling to die: views, attitudes and end-of-life preferences of Israeli considering receiving aid-in-dying in Switzerland. BMC Med Ethics. 2022;23(1):48. DOI: 10.1186/s12910-022-00785-w. PMID: 35501743.
28. Закон України № 435-IV "Цивільний кодекс України", прийнятий 16.01.2003, із змінами та доповненнями 19.06.2003-05.06.2024, чинний станом на 20.09.2024. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступний на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
29. Закон України № 2801-XII "Основи законодавства України про охорону здоров'я", прийнятий 19.11.1992, із змінами та доповненнями 31.12.1992-21.08.2024, чинний станом на 20.09.2024. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступний на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
30. Lekhan VM. The importance of medical cannabis for solving the problem of providing analgesia to palliative patients in Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2024;93(1):87-93. DOI: 10.35339/ekm.2024.93.1.lvm.
31. Голопапа ДІ, Мяловицька НА. Евтаназія: право на життя. Науковий вісник Ужгородського національного університету Серія: Право. 2013;23(1(1)):122-4. Доступно на: <http://surl.li/mydmqq>
32. Нестеренко ВГ. Інформована згода паліативних хворих на участь у дослідженні якості життя. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):28-34. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.2.nes.
33. Абдряхімова Ц, Мухаровська І, Клебан К, Сапон Д, Калачов О. Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації). Психосоматична медицина та загальна практика. 2020;5(1):e04501212. Доступно на: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/212>
34. Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. Ann Palliat Med. 2021;10(3):3540-53. DOI: 10.21037/apm-20-637. PMID: 32921084.
35. Kremeike K, Dojan T, Rosendahl C, Junger S, Romotzky V, Bostrom K, et al. "Withstanding ambivalence is of particular importance" – Controversies among experts on dealing with desire to die in palliative care. PLoS One. 2021;16(9):e0257382. DOI: 10.1371/journal.pone.0257382. PMID: 34559828.
36. Singh HK, Macdonald ME, Carnevale FA. Considering medical assistance in dying for minors: the complexities of children's voices. J Med Ethics. 2020;46(6):399-404. DOI: 10.1136/medethics-2019-105762. PMID: 32332149.
37. Downie J, Schuklenk U. Social determinants of health and slippery slopes in assisted dying debates: lessons from Canada. J Med Ethics. 2021;47(10):662-9. DOI: 10.1136/medethics-2021-107493. PMID: 34349029.
38. Library of Parliament Research Publications, Parliament of Canada. Legislative Summary of Bill C-14: An Act to Amend the Criminal Code and make Related Amendments to other Acts (Medical Assistance in Dying) Ottawa, ON: Library of Parliament Research Publications, Parliament of Canada, 2018. [Internet]. Available at: https://lop.parl.ca/sites/Public-Website/default/en_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/421C14E [accessed 20 Sep 2024].

39. Pesut B, Thorne S, Greig M. Shades of gray: Conscientious objection in medical assistance in dying. *Nurs Inq.* 2020;27(1):e12308. DOI: 10.1111/nin.12308. PMID: 31273903.
40. Uprichard E. Children as "Being and Becomings": Children, Childhood and Temporality. *Children & Society.* 2008;22(4):303-13. DOI: 10.1111/j.1099-0860.2007.00110.x.
41. Spyrou S. Researching children's silences: Exploring the fullness of voice in childhood research. *Childhood.* 2016;23(1):7-21. DOI: 10.1177/0907568215571618.
42. Lewis A. Silence in the Context of "Child Voice". *Child Soc.* 2010;24(1):14-23. DOI: 10.1111/j.1099-0860.2008.00200.x.
43. Teachman G, McDonough P, Macarthur C, Gibson BE. A critical dialogical methodology for conducting research with disabled youth who use augmentative and alternative communication. *Qualitative Inquiry* 2018;24(1):35-44. DOI: 10.1177/1077800417727763.
44. Carter BS. Why Palliative Care for Children is Preferable to Euthanasia. *Am J Hosp Palliat Care.* 2016;33(1):5-7. DOI: 10.1177/1049909114542648. PMID: 25007796.
45. Widger K, Davies D, Rapoport A, Vadeboncoeur C, Liben S, Sarpal A, et al. Pediatric palliative care in Canada in 2012: a cross-sectional descriptive study. *CMAJ Open.* 2016;4(4):E562-8. DOI: 10.9778/cmajo.20160054. PMID: 28018868.
46. Lamb CM. Paediatric euthanasia in Canada: New challenges for end of life care. *Paediatr Child Health.* 2020;26(2):79-81. DOI: 10.1093/pch/pxaa051. PMID: 33747302.
47. The Expert Panel Working Group on MAID for Mature Minors. The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying for Mature Minors. Council of Canadian Academies, 12 Dec 2018. [Internet]. Available at: <https://scienceadvice.ca/wp-content/uploads/2018/12/The-State-of-Knowledge-on-Medical-Assistance-in-Dying-for-Mature-Minors.pdf> [Accessed 20 Sep 2024].
48. National nursing framework on medical assistance in dying in Canada. National Nursing Framework on Medical Assistance in Dying in Canada. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2017. 50 p. Available at: https://www.cna-aicc.ca/~/_/media/cna/page-content/pdf-en/cna-national-nursing-framework-on-maid.pdf
49. Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, et al. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nurs Ethics.* 2020;27(1):152-67. DOI: 10.1177/0969733019845127. PMID: 31113279.
50. Crumley ET, Sheppard C, Bowden C, Nelson G. Canadian French and English newspapers' portrayals of physicians' role and medical assistance in dying (MAiD) from 1972 to 2016: a qualitative textual analysis. *BMJ Open* 2019;9:e020369. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-020369.
51. Koksvik G. Practical and ethical complexities of MAiD: Examples from Quebec. *Wellcome Open Res.* 2020;5:227. DOI: 10.12688/wellcomeopenres.16306.2. PMID: 33954264.
52. Downar J, Fowler RA, Halko R, Huyer LD, Hill AD, Gibson JL. Early experience with medical assistance in dying in Ontario, Canada: a cohort study. *CMAJ.* 2020;192(8):E173-81. DOI: 10.1503/cmaj.200016. PMID: 32051130.
53. Redelmeier DA, Detsky AS. Economic Theory and Medical Assistance in Dying. *Appl Health Econ Health Policy.* 2021;19(1):5-8. DOI: 10.1007/s40258-020-00587-4. PMID: 32372250.
54. Medical assistance in dying: Monitoring and reporting. Government of Canada. Available at: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying/monitoring-reporting.html> [accessed 20 Sep 2024].
55. Fourth annual report on Medical Assistance in Dying in Canada 2022. Government of Canada. Available at: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2022.html> [accessed 20 Sep 2024].

56. Redelmeier DA, Ng K, Thiruchelvam D, Shafir E. Association of socioeconomic status with medical assistance in dying: a case-control analysis. *BMJ Open*. 2021;11(5):e043547. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-043547. PMID: 34035092.
57. Shapiro GK, Tong E, Nissim R, Zimmermann C, Allin S, Gibson J, et al. Exploring key stakeholders' attitudes and opinions on medical assistance in dying and palliative care in Canada: a qualitative study protocol. *BMJ Open*. 2021;11(12):e055789. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-055789. PMID: 34862301.
58. Mathews JJ, Hausner D, Avery J, Hannon B, Zimmermann C, Al-Awamer A. Impact of Medical Assistance in Dying on palliative care: A qualitative study. *Palliat Med*. 2021;35(2):447-54. DOI: 10.1177/0269216320968517. PMID: 33126842.
59. Freeman S, Banner D, Ward V. Hospice care providers experiences of grappling with medical assistance in dying in a hospice setting: a qualitative descriptive study. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):55. DOI: 10.1186/s12904-021-00740-3. PMID: 33845825.
60. Selby D, Meaney C, Bean S, Isenberg-Grzeda E, Nolen A. Factors predicting the risk of loss of decisional capacity for medical assistance in dying: a retrospective database review. *CMAJ Open*. 2020;8(4):E825-31. DOI: 10.9778/cmajo.20200052. PMID: 33293332.
61. Crumley ET, Kelly S, Young J, Phinney N, McCarthy J, Gubitza G. How is the medical assistance in dying (MAiD) process carried out in Nova Scotia, Canada? A qualitative process model flowchart study. *BMJ Open*. 2021;11(7):e048698. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-048698. PMID: 34312206.
62. Nolen A, Olwi R, Debbie S. Impact of legalization of Medical Assistance in Dying on the Use of Palliative Sedation in a Tertiary Care Hospital: A Retrospective Chart Review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2022;39(4):442-7. DOI: 10.1177/10499091211030443. PMID: 34227433.
63. Antonacci R, Baxter S, Henderson JD, Mirza RM, Klinger CA. Hospice Palliative Care (HPC) and Medical Assistance in Dying (MAiD): Results from a Canada-Wide Survey. *J Palliat Care*. 2021;36(3):151-6. DOI: 10.1177/0825859719865548. PMID: 31411105.
64. Ho A, Norman JS, Joolae S, Serota K, Twells L, William L. How does Medical Assistance in Dying affect end-of-life care planning discussions? Experiences of Canadian multidisciplinary palliative care providers. *Palliat Care Soc Pract*. 2021;15:26323524211045996. DOI: 10.1177/26323524211045996. Erratum in: *Palliat Care Soc Pract*. 2021;15:26323524211060145. DOI: 10.1177/26323524211060145. PMID: 34568826.
65. Ward V, Freeman S, Callander T, Xiong B. Professional experiences of formal health-care providers in the provision of medical assistance in dying (MAiD): A scoping review. *Palliat Support Care*. 2021;19(6):744-58. DOI: 10.1017/S1478951521000146. PMID: 33781368.
66. Zworth M, Saleh C, Ball I, Kalles G, Chkaroubo A, Kekewich M, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. *BMJ Open*. 2020;10(7):e036054. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-036054. PMID: 32641328.
67. Li M, Shapiro GK, Klein R, Barbeau A, Rydall A, Bell JAH, et al. Medical Assistance in Dying in patients with advanced cancer and their caregivers: a mixed methods longitudinal study protocol. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):117. doi: 10.1186/s12904-021-00793-4. PMID: 34289838.
68. Appel JM. Assisted Suicide for Healthy People. *HuffPost Latest News*, 16 Aug 2009, updated 25 May 2011. [Internet]. Available at: https://www.huffpost.com/entry/assisted-suicide-for-heal_b_236664 [accessed 20 Sep 2024].

69. Mangino DR, Bernhard T, Wakim P, Kim SY. Assessing Public's Attitudes Towards Euthanasia and Assisted Suicide of Persons With Dementia Based on Their Advance Request: An Experimental Survey of US Public. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021;29(4):384-94. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.07.013. PMID: 32807627.

70. Kevorkian J, Kurtz P. Medicide: the goodness of planned death. *Free Inq*. 1991;11(4):14-8. PMID: 11649305.

71. Kevorkian J. Medicine, ethics, and execution by lethal injection. *Med Law*. 1985;4(4):307-13. PMID: 4046758.

72. Bokek-Cohen Y, Tarabeih M. Grave new world: The conspiracy of silence surrounding non-voluntary euthanasia. *Appl Nurs Res*. 2020;52:151245. DOI: 10.1016/j.apnr.2020.151245. PMID: 32199519.

Nesterenko V.G.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF EUTHANASIA OF PALLIATIVE PATIENTS IN UKRAINE, SWITZERLAND, CANADA, THE USA AND ISRAEL

Medical Assistance in Dying (MAiD) is legally used in such countries as the Netherlands, Belgium, Luxembourg, Switzerland, Colombia, Canada, Australia, Spain, Germany, and the USA. Portugal and New Zealand are considering legal euthanasia laws. MAiD is performed by injecting a lethal substance into a terminally ill person by a doctor or the patient himself. Euthanasia is one of the services that palliative patients need in the last months and days of their lives. The availability of MAiD increases the country's ranking in the Quality of Death Index and reduces the need for euthanasia tourism. Ukraine needs the legalization of MAiD, as well as the improvement of the palliative and hospice care system in general. The research was conducted using the methods of systematic analysis, the comparative method and the bibliosemantic method with the search for literary sources and legal acts in Google, Google Scholar and PubMed, with an emphasis on Ukraine, Switzerland, the USA, Canada and Israel. During the comparative analysis, it was concluded that the Canadian model of the MAiD is optimal for Ukraine, taking into account the experience of its construction, society's perception and problems related to the application of the legislative norms of the MAiD. The Canadian health care system, the MAiD practice is guided by the social perception of its work models. Legislators respond sensitively to thorough scientific research and court decisions, which respect state and social institutions. The analyzed results of scientific research in Switzerland, the USA and Israel warn researchers and legislators against possible abuses in the implementation of MAiD. But at the same time, they attest to the importance of an accessible MAiD procedure for terminally ill palliative patients, which should be available for the realization of the right to a dignified death along with quality palliative medicine for the realization of the right to a dignified life.

Keywords: *palliative and hospice care, health care system reform, Medical Assistance in Dying, Quality of Death Index, right to life, right to die.*

Надійшла до редакції 11.07.2024

Відомості про автора

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

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

E-mail: vh.nesterenko@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-3773-9525.