

УДК 179.7

*О.Т.Безаров*

## ЕВТАНАЗІЯ В КОНТЕКСТІ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ, ПРОВЕДЕНОГО В М. ЧЕРНІВЦІ)

Кафедра психології та соціології (зав. – доц. Н.І.Зорій)  
Буковинського державного медичного університету

**Резюме.** У статті досліджено проблему евтаназії в контексті медичної практики на прикладі експертної оцінки лікарів м. Чернівці. Як виявили результати соціологічного опитування лікарів (експертів), проблема евтаназії викликала неоднозначну оцінку та сприйняття. Підкреслюючи актуальність та гостроту такого явища, як евтаназія, фахівці лікувальної сфери переконані, що ставити сьогодні питання про легалізацію усіх видів та форм евтаназії в Україні передчасно й небезпечно, враховуючи низький рівень медичного забезпечення в нашій країні.

**Ключові слова:** евтаназія, активна евтаназія, пасивна евтаназія, хвороба, смерть, лікар.

**Вступ.** Під евтаназією (гр. – euthanasia, “eu” – добре, “thanatos” – смерть) розуміють свідоме прискорення настання смерті тяжкохворої приреченої людини, що має на меті припинення її душевних та фізичних страждань. Термін запропонований англійським філософом XVII ст. Ф.Беконом для позначення “легкої” безболісної смерті.

Евтаназія – ключове поняття в танатології (філософії смерті) – дозволяє усвідомити сутність культури вмирання, психології смерті. Недарма М.Т.Цицерон запропонував сприймати філософію як своєрідну духовну (почасти фізичну) підготовку людини до смерті [5]. Очевидно, що вперше практикою евтаназії скористався Сократ, про що свідчать численні ілюстрації відомої страти давньогрецького філософа в літературних та мистецьких творах [1].

Незважаючи на “сивину” проблеми, на початку XX ст. науковий інтерес до евтаназії стрімко зростає, що пов'язувалося з поширенням суспільного песимізму, з одного боку, та бурхливим розвитком біології, медицини, психології, — з іншого. Ірраціоналізм, психоаналіз, екзистенціалізм змусили філософію знову повернутися до переосмислення цієї проблеми, зіставити її з традиційними – гуманістичними – у дусі XIX ст., уявленнями про самоцінність та недоторканність людського життя. Зазначимо, що термін “евтаназія” вирізняється суперечливістю в його тлумаченні юристами, філософами, медиками, психологами. Із розвитком таких наукових галузей, як соціологія медицини, соціобіологія, біоетика, екзистенціальна психологія, суїцидологія, критерії та методи застосування евтаназії в лікарській практиці поставили під сумнів традиційне (гіппократівське) уявлення про деонтологічні норми лікарської діяльності. Навіть для суїцидології (вчення про самогубство) питання про те, чи є евтаназія самогубством залишається відкритим [8].

Теоретично розрізняють два види евтаназії. Пасивна евтаназія – свідоме припинення медиками терапевтичних заходів, що підтримують життя хворого. Такий вид евтаназії (інша назва “метод відкладеного шприца”) прискорює настання природної смерті і тому не вважається вбивством [9]. Тобто, якщо в пацієнта потенційно фатальна хвороба, а лікування лише віддаляє смерть, лікар припиняє терапевтичні заходи, призначає знеболювальні засоби й у такий спосіб дозволяє хворому померти внаслідок цієї хвороби [6].

Натомість, активна евтаназія (“метод наповненого шприца”) передбачає введення людині, що помирає, певних лікарських або інших засобів, а так само проведення відповідних заходів і дій, що в кінцевому результаті призводять до швидкої та безболісної смерті. За суттю активна евтаназія є вимушеним самогубством. Вона

має різні форми: вбивство зі співчуття та самогубство за допомогою лікаря; пацієнт також може самостійно без сторонньої допомоги вмикати “машину смерті” [1]. Важливою особливістю процесу реалізації обидвох видів евтаназії є усвідомлене розуміння самої суті права на смерть як пацієнта, так і лікаря. Тому евтаназія — це смерть, котра відповідає бажанню самого хворого, що помирає (або його родичів та близьких, якщо той перебуває в несвідомому стані) [11].

Історія ХХ ст. довела, що пасивна евтаназія використовувалась у більшості країн [3]. За результатами соціологічних досліджень 1998 року, що були опубліковані в Міжнародному медичному журналі, — 40% смертей тяжкохворих припадає на факти застосування пасивної евтаназії. Пацієнти помирали “за попередньою домовленістю” з медиками або внаслідок офіційної відмови в лікуванні, або за допомогою ліків, що прискорювали летальний кінець.

Проте найдраматичнішою виявилася практика активної евтаназії. Згідно з Кримінальним кодексом Радянської Росії 1922 р. дозволялося умертвіння хворого зі співчуття. Згодом цю правову норму було скасовано [11]. Психіатр Гохе та юрист Біндінг у першій половині минулого століття запропонували називати евтаназією знищення “неповноцінних” осіб, що згодом отримало широке застосування у фашистській Німеччині [9]. Так, наприкінці 1939 р. особистий лікар Гітлера К.Брандт був свідком експериментального вбивства чотирьох душевнохворих; протягом Другої світової війни технологія активної евтаназії використовувалась гітлерівцями для масового вбивства євреїв у концтаборах, які були надто хворими, щоб працювати [4]. Міжнародний військовий трибунал у Нюрнберзі кваліфікував такі дії “лікарів” як злочин проти людства. Однак проблема не зникла. У 1977 р. у Каліфорнії (США) було ухвалено перший у світі закон “Про право людини на смерть”, згідно з яким невиліковні хворі можуть отримати документ про відключення реанімаційної апаратури за власним бажанням [3]. У 1990-х роках у Нідерландах та Австралії також було легалізовано практику евтаназії. У 1997 році в Орегоні (США) ухвалено, але незабаром скасовано закон “Про добровільну смерть”. У 2000 році питання про евтаназію порушено на державному рівні у Франції, де згідно із соціологічними опитуваннями кожний третій громадянин не відкидає для себе фіналу за принципом “краще жахливий кінець — ніж жах без кінця” [1]. Натомість, у Німеччині, Англії, Росії евтаназія заборонена, безумовно, як явище. В Австрії на початку 1990-х років відбувся гучний судовий процес над медичними сестрами однієї з клінік Відня, в якій протягом 1983-1989 років “сестри смерті” відправили на той світ близько півсотні тяжкохворих за допомогою сильнодіючих снодійних. Своєї провини підсудні не визнали, вважаючи, що своїми діями вони позбавляли хворих від тяжких страждань [3]. Сумнозвісний приклад доктора Дж. Кеворкяна із США (“доктор смерть”), якого шість разів засуджували до ув’язнення за використання активної евтаназії і стільки ж разів виправдовували, поступово перетворився у феномен соціального замовлення смерті.

Отже, на початку ХХІ ст. проблема евтаназії залишається актуальною. Бурхливий розвиток світової медицини, успіхи сучасної реанімації, трансплантології, медичної генетики, поява нових наукових галузей змушує філософську антропологію шукати оціночні критерії щодо евтаназії не стільки у сфері деонтологічних та аксіологічних теорій, скільки в розрізі біоетичного дослідження. З іншого боку, прийняття Декларації прав людини спричинило розробку загальних морально-етичних та правових норм, які забезпечують та гарантують кожній особі свободу вибору, у тому числі на гідне життя та гідну смерть. Адже людина, на думку Д. Юма та Ф.Ніцше, вважатиметься вільною істотою лише за умови права вибору між життям і смертю. Залишити їй тільки одне право — право на життя означатиме обмеження її свободи, зазіхання на її природні права. “Самогубство (читай евтаназія. — О.Б.) є доволі природною та зрозумілою дією — перемога розуму, яке викликає в нас захоплення та заздрість, адже свідомо смерть за умови тривалого виснаження та руйнування заслуговує гідної поваги” [7]

Таким чином, зміст дискусії з приводу проблеми евтаназії умовно можна звести до зіткнення двох протилежних точок зору, що утворилися в суспільній думці. Одна з них доводить, що обов’язок лікаря — полегшити страждання пацієнта, і якщо пацієнт безнадійно хворий і, до того ж, медицина не знає інших засобів для полегшення страждань, то чому лікар не може застосувати “останній” засіб? Протилежна позиція визнає евтаназію вбивством однієї людини іншою, медиком... Якщо лікар здатний вбити людину в її інтересах, то, у разі отримання права вбивати легально, чи не буде він вбивати у своїх власних?

Медицина розглядає проблему евтаназії в контексті загальноприйнятої системи медичної етики, в якій розрізняють два основних підходи.

Патерналістський (традиційний) лікар краще, ніж пацієнт знає, у чому полягає благо пацієнта. Тому тільки лікар вирішує що “добре”, а що “погано” у лікуванні пацієнта. Бажання хворого, його прагнення до співучасті в терапевтичному процесі сприймається лікарем як щось зайве, нерозумне, безпідставне. Ідея евтаназії у такому підході розглядається як така, що суперечить загальній логіці лікувального процесу.

Автономний підхід – протилежна система деонтологічних норм, передбачає право участі хворого у прийнятті рішень, які визначають його майбутнє. Наприклад, тих, що стосується стратегії лікування, у кінцевому рахунку – права відмовитися від лікування, і навіть добровільно померти. Головним критерієм у такому підході виступатиме принцип поінформованої згоди (хворий повинен бути поінформованим про свій стан, можливі методи лікування, наслідки лікування тощо) [6, 11].

**Мета дослідження.** На основі теоретичного та емпіричного матеріалу визначити ставлення лікарів практичної медицини до можливостей застосування різних видів і форм евтаназії на сучасному етапі в Україні.

**Матеріал і методи.** Використовувалися сучасні методи соціологічного дослідження (метод експертної оцінки, фокусоване інтерв'ю). У соціологічному опитуванні (анкетуванні) взяло участь 125 лікарів-експертів м. Чернівці (Обласного онкологічного центру, Обласної клінічної лікарні, Лікарні швидкої медичної допомоги, Обласного кардіологічного диспансеру). Значення показників анкетування занеслися в комп'ютерний банк даних кафедри психології та соціології Буковинського державного медичного університету.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Абсолютна більшість (92,8%) опитаних знає, що таке евтаназія. Головним джерелом інформації тут виступили засоби масової інформації (54,4%); 45% респондентів дізналися про евтаназію впродовж свого навчання.

Проблему евтаназії для України актуальною вважає половина учасників опитування. Необхідно прийняти відповідний закон, який би врегулював механізм її здійснення. У цьому переконані 46,4% лікарів. Противниками ідеї легалізації евтаназії в Україні виступили 36% респондентів, 17% – утрималися у відповіді. На запитання про доцільність запровадження права на смерть – 34,4% опитаних відповіли, що це було б гуманно стосовно самих хворих та їхніх близьких; 30% опитаних вважає, що людина вже має право самостійно розпоряджатися своїм життям і лише 5% переконані, що невиліковні хворі – зайвий тягар для суспільства. Зазначимо, що жінки-лікарі висловилися проти практики евтаназії рідше (20%), аніж їх колеги – чоловіки (15%), але переважно жінки переконані в гостроті та складності цієї проблеми для сучасної медицини.

Більшість (65%) лікарів вважає, що евтаназію слід застосовувати лише за бажаннями хворого, його родичів та близьких. Лунали пропозиції застосування права на смерть щодо хворих, яким більше 70 років, необхідності комісійного рішення, оскільки “кожний випадок евтаназії унікальний”, і навіть використання донорських органів тих, хто вирішив піти з життя. На запитання про стани хворого, які можуть бути вагомою причиною для застосування евтаназії, чернівецькі лікарі відповіли наступним чином. Абсолютна більшість з тих, хто виступив “за евтаназію” переконана, що такими станами є онкозахворювання IV клінічної групи (усі пухлини) особливо з метастазами в головний мозок, а також переагональні коматозні стани різної етіології. Деякі фахівці вважають, що підставами для застосування евтаназії виступатимуть смерть мозку, агонізуючий стан із тяжкою черепно-мозковою травмою (несумісною із життям), вегетативний стан, розсіяний склероз, виражена генералізація процесу з інтоксикацією, больовим синдромом, неefективне лікування, міастенія з порушенням дихання, декомпенсовані хвороби серця, печінки, нирок, а також хвороба Альцгеймера та СНІД. Близько 10% позитивно налаштованих щодо евтаназії лікарів зазначили, що тільки соціальна смерть та страждання невиліковно хворих виступатимуть причиною для порушення питань про евтаназію.

Вкрай негативне ставлення до застосування будь-яких видів і форм евтаназії висловили 35% респондентів. З цього приводу заслуговує на увагу позиція завідувача відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії Лікарні швидкої медичної допомоги, заслуженого лікаря України В.С.Іванова, висловленої ним в інтерв'ю. Він вважає, що дана проблема характерна для постіндустріальних країн,

де рівень медичного забезпечення досяг вершини свого розвитку. Натомість в Україні порушувати питання про легалізацію евтаназії несвоєчасно й недоречно, адже сприйняття українським суспільством медичної сфери позбавлене, на думку В.С. Іванова, певного рівня довіри щодо надання ефективної лікарської допомоги. За відсутності належного діагностування багатьох хвороб (особливо в сільській місцевості) можливість застосування евтаназії викличе негативні правові та моральні наслідки в розвитку медичної допомоги в Україні. Така позиція цілком зрозуміла, адже лікар, який робить хворому на рак смертельну ін'єкцію, своїми діями призводить до смерті від отруєння на фоні злоякісної пухлини, у той час, як за умови припинення лікування безпосередньою причиною смерті виступатиме онкозахворювання. Проте це не означає, що пасивна евтаназія не має суттєвих перешкод для її застосування. Що робити лікареві, приміром, у випадку кровотечі внаслідок онкозахворювання, якщо пацієнт або його родичі вже погодилися припинити лікування?

Очевидно, що цінність людського життя спонукає боротися за неї навіть всупереч об'єктивним природним законам. Невипадково, що згідно із "Етичним кодексом медичної сестри України" (ст. 10) евтаназія у всіх її видах вважається неетичною [10]. Медичній практиці відомі випадки зцілення безнадійних хворих. Не можна також з абсолютною впевненістю виключати й вірогідність хибного діагнозу, зважаючи на рівень медичного обслуговування в Україні. Вказані обставини змушують увесь медичний персонал не послаблювати лікувальних заходів навіть щодо тяжкохворих, прагнути усіма відомими засобами проводити знеболювання, а стосовно соціально незахищених пацієнтів призначати економічний курс терапії. Безперечно, що це створює сприятливий психоемоційний клімат для одужання хворого. "Надія на одужання – половина одужання" (Вольтер). Постійний та виснажливий біль зазвичай стає причиною того, що хворий просить прискорити його смерть, а отже, таке прохання не є свідомою дією, а швидше усього має афективний характер. Практиці відомі приклади, коли інваліди, особливо молодого віку, благали лікарів застосувати щодо них активну евтаназію. Згодом посттравматичний шок у таких пацієнтів проходив й завдяки старанням лікарів-психологів вони поверталися до життя.

Подібна тенденція виявлена й за результатами опитування. Майже 64% лікарів не готові особисто реалізувати прохання хворого піти з життя. Тобто, кожний другий опитаний у разі прийняття відповідного закону про евтаназію не готовий до морально-правової відповідальності за можливі наслідки від застосування такого закону.

Але, якщо активна евтаназія цілком видається несподіваною для лікарської діяльності (переважна більшість лікарів взагалі не уявляє собі, яким чином таке явище може мати місце в конкретній лікарні та за конкретних обставин), то пасивна евтаназія в різних її формах широко застосовується у медичній практиці. Зокрема, 35,2% опитаних визнали, що їм доводилося відмовляти хворим у наданні ефективної медичної допомоги через брак коштів. Такий високий показник є доволі тривожним сигналом. Відсутність належного лікування стимулюватиме наразі вимоги хворого про евтаназію. Це дозволить, на наш погляд, лікареві припинити будь-яке лікування та догляд за тяжкохворими, виходячи лише з економічних міркувань. У такому випадку заручниками "ситуації евтаназії" стають як лікар, так і хворий. Якщо додати до цього "чорний" ринок донорських органів, який останнім часом стрімко просувається по всьому простору колишнього СРСР, то отримуємо новий вид бізнесу "полювання на евтаназію".

Несподіваними виявилися результати опитування у "групі віруючих лікарів". Поміж усіх учасників анкетування – 74,4 % вважають себе віруючими, з яких лише 38,7% переконані в антигуманності практики евтаназії. Половина респондентів даної соціальної групи висловила впевненість в актуальності такого явища, як евтаназія. Відповідно питання про легалізацію права на смерть розділило цю групу навпіл: одна її частина вважає, що закон про евтаназію в Україні потрібний, інша – ні. Близько 36 % віруючих лікарів розглядають евтаназію як своєрідний акт гуманності стосовно самого хворого, інші (25,8%) – переконані, що людина має самостійне (?) право розпоряджатися своїм життям, а 16% – готові допомогти хворому в його прагненні піти з життя. Отже, незважаючи на те, що переважна частина з "групи віруючих" негативно сприйняла перспективи практики евтаназії, за конкретних обставин релігійні приписи загалом не заважатимуть їм прийняти остаточне рішення стосовно реалізації права хворого на смерть.

Аналіз результатів соціологічного опитування виявив, що у ставленні лікарів до проблеми евтаназії в Україні переважає автономна система медико-етичних

принципів, в якій першочерговими виступатимуть раціональні чинники сприйняття проблеми. Теоретичне “за” легалізацію евтаназії, натомість, не означає, що прихильники цього підходу, безумовно, готові до практичних дій. Вірогідно, що характер дискусії навколо проблеми евтаназії в межах медичної деонтології визначатиметься загальним настроєм суспільної думки з цього приводу. Якщо суспільна мораль визнає такий принцип, як святість людського життя вищим за повагу до прав особистості або святість людської волі, то таке суспільство буде проти евтаназії. Відповідно зростатиме кількість прихильників патерналістського підходу в медичній етиці щодо евтаназії. І навпаки.

Більшість учасників опитування визнали, що активна евтаназія в усіх її формах є антигуманним явищем. Навіть формальний дозвіл активної евтаназії, на думку лікарів, може спричинити параліч модернізаційного процесу у сфері охорони здоров'я.

Для сучасної медичної практики України перспективи легалізації пасивної евтаназії видаються нам цілком реальними, такими, що відповідатимуть сучасному стану українського суспільства. Більшість тяжкохворих, як виявили результати дослідження, для сучасної системи охорони здоров'я України є економічним та, власне, й моральним тягарем. Навіть створення спеціальних медико-соціальних закладів (хоспісів) для тяжкохворих або пацієнтів літнього віку лише підмінюють проблему. Чи можна вважати моральним рішенням лікаря відправити хворого на рак помирати вдома, мотивуючи перед родичами хворого свої дії тим, що операція, мовляв, може зашкодити, а достатньої кількості знеболювальних лікарня не спроможна забезпечити такому хворому? (Прикладів подібних ситуацій у медичній практиці достатньо). Очевидно, що традиційний (патерналістський) підхід створює для евтаназії своєрідну деонтологічну пастку, видаючи псевдогуманізм за мораль. Це моралізуюча самоомана. Як зазначає російський філософ А.Гусейнов, для усвідомлення моральної якості позитивного вчинку важливі мотиви, за якими він здійснюється. Але надто складно при цьому виокремити моральні мотиви від прагматичних, тобто дати відповідь про те, якою мірою вчинок був здійснений внаслідок обов'язку, а якою – лише через прагнення вигоди. Особливо складно це для індивіда, адже З.Фрейд та його школа довели, що людина може обманювати себе не менш витончено, ніж інших, – вважає А.Гусейнов [2]. Якщо пасивна евтаназія у той чи інший спосіб має місце в практичній сфері медицини, то чи не варто її впорядковувати і знайти їй цивілізовані форми застосування? Наприклад, Американська медична асоціація не вважає пасивну евтаназію аморальною та антигуманною дією [3].

Фізіологічні особливості вмирання людини додають гостроти цій проблемі. Смерть мозку (кома тозний стан) як критерій смерті дозволяє вважати людину мертвою, якщо та перебуває у стійкому (тривалому) вегетативному стані. Смерть кори головного мозку (“кортикальна смерть”, “смерть верхнього мозку”) створює ситуацію, за якої тіло живе, а пацієнта немає [6]. У даному випадку про евтаназію як вбивство не йдеться [11].

Евтаназія у тих країнах, де вона легалізована, практикується не тільки за умови свідомої на це згоди хворого (або його родичів), але й за дозволом третьої інстанції (судових органів або особливих комітетів з етики, що діють у певній клініці). Таким чином, з'являється солідарна відповідальність лікаря за морально-правові наслідки евтаназії, мінімізується можливість зловживання нею. Якщо хворий не здатний висловити свідомого бажання про евтаназію, використовується принцип “прижиттєвого заповіту” (living will) хворого. Такий заповіт може укласти пацієнт, якому впродовж хвороби загрожує незворотна втрата свідомості, в якому він формулює ті умови, за яких він вважає за доцільне застосування до себе евтаназії [11].

#### **Висновки.**

1. Проблема евтаназії залишається відкритою. Однією із загроз, що несе у собі позитивне вирішення цієї проблеми, є реальна здатність перетворення права на смерть в обов'язок померти (ситуація бажаної смерті).

2. Оптимізація лікувального процесу не дозволить зняти напруженість проблеми. Адже в західному розвиненому суспільстві з його медициною ХХІ століття евтаназія взагалі розглядається як новий вид бізнесу “добровільної гідної смерті”.

3. Сподіватися на об'єктивний розгляд проблеми можна лише за умови тісної взаємодії медиків, філософів, психологів, соціологів та юристів, на основі обміну інформацією та власних думок. Суспільство не може почувати себе здоровим доти, доки здоров'я людини залишатиметься виключно відомчою проблемою.

**Перспективи подальших досліджень.** Результати проведених досліджень засвідчили про необхідність звуження проблемного кола. Насамперед, детальнішого вивчення вимагає практика пасивної евтаназії в сучасному лікувальному процесі; визначення та аналіз критеріїв активної та пасивної форм евтаназії; дослідження чинників різного характеру, що прямо чи опосередковано впливають на ставлення лікарів до проблеми евтаназії. Очевидно, що специфічність проблеми передбачає максимальне залучення дослідників немедичних спеціальностей (юристів, філософів, соціологів, психологів, теологів) з метою комплексного вивчення евтаназії як явища.

**Література.** 1. *Андреев И.Л.* "Заказное" самоубийство (ритуальный уход из жизни как социально-психологический феномен) // *Вопр. философии.* – 2000. – №12. – С. 14-34. 2. *Гусейнов А.А.* Об идее абсолютной морали // *Вопр. философии.* – 2003. – №3. – С. 3-13. 3. *Громов А.П.* Эвтаназия // *Судебно-медицинская экспертиза.* – 1992. – №4. – С. 3-6. 4. *Джонсон П.* Популярная история евреев / Пер. с англ. И.Л.Зотов. – М., 2001. – 672 с. 5. *Монтень М.Э.* Опыт. Избранные главы / Пер. с фр. – М., 1991. – 656 с. 6. *На грани жизни и смерти* (Краткий очерк современной биоэтики в США). / Д. Уикер, Д.Брок, А.Каплан и др. / Пер. с англ. Л.В. Коноваловой, И.А.Опариной, В.М. Иванова. – М., 1989. – 64 с. 7. *Ницше Ф.* Человеческое, слишком человеческое; Веселая наука; Злая мудрость: Сборник / Пер. с нем. М.В.Драко. – Минск, 1997. – 701 с. 8. *Психология суїциду.* Навчальний посібник / За ред. В.П.Москаля. – Київ-Івано-Франківськ, 2002. – 249 с. 9. *Сергеев Ю.Д.* Профессия врача: юридические основы. – К., 1988. – 203 с. 10. *Філософія сестринської справи.* Основи сестринського процесу. Збірник. – Чернівці: училище БДМА, 1999. – 36 с. 11. *Юдин Б.Г.* Право на добровольную смерть: против и за // *О человеческом в человеке* / Под ред. И.Т. Фролова. – М., 1991. – С. 247-261.

## **EUTHANASIA IN A CONTEXT OF MEDICAL PRACTICE (BASED ON THE RESULTS OF AN INTERVIEW CONDUCTED IN THE CITY OF CHERNIVTSI)**

*O.T. Bezarov*

**Abstract.** The research investigates the problem of euthanasia based on the example of an expert estimation of Chernivtsi's doctors. As it has turned out from the results of an interview of doctors (experts), the problem of euthanasia has given rise to an unequivocal evaluation and apprehension. Stressing the topicality and acuteness of such a phenomenon as euthanasia, medical professional are convinced that raising the question of the legalization of all kinds and forms of euthanasia is premature and dangerous, taking into account the low level of medical provision in our country.

**Key words:** euthanasia, active euthanasia, passive euthanasia, disease, death, doctor.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)  
*Buk. Med. Herald.* – 2005. – Vol.9, №1. – P.149–154.

*Надійшла до редакції 28.01.2005 року*