

Інститут управління, психології та безпеки  
Львівського державного університету внутрішніх справ

**ЕКЗИСТЕНЦІЯ СТРАХУ  
ЖИТТЯ І СМЕРТІ  
В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ:**

МУЛЬТИМОДАЛЬНІ  
ТА МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛЬНІ АСПЕКТИ  
*(теоретичний та психотерапевтичний досвід)*

За загальною редакцією *Галини Католик*

Видавництво Отців Василіян  
«Місіонер» 2022

УДК 159.922.75

К-29

*Рекомендовано до друку і використання в навчальному процесі та практичній діяльності Вченою радою Львівського державного університету внутрішніх справ (протокол № 8 від 1 лютого 2022 року)*

**К-29** **Екзистенція страху життя і смерті в сучасних реаліях: мультимодальні та мультикультуральні аспекти (теоретичний та психотерапевтичний досвід)** /за заг. ред Г. Католик. [Колективна монографія]. – Львів: Місіонер, 2022. – 352 с.

Рецензенти:

*ГАЛЯН І. М. доктор психологічних наук, професор кафедри теоретичної та практичної психології НУ «Львівська політехніка»*

*КОВАЛЬЧУК З. Я. доктор психологічних наук, професор, завідувачка кафедри теоретичної психології Інституту управління, психології та безпеки Львівського державного університету внутрішніх справ*

ISBN 978-966-658-497-0

**УДК 159.922.75**

На обкладинці використане фото гобелена,  
який виконала львівська мисткиня Лілея Квасниця-Амбіцька,  
Член Національної спілки художників України.

ISBN 978-966-658-497-0

© Католик Г. В., 2022

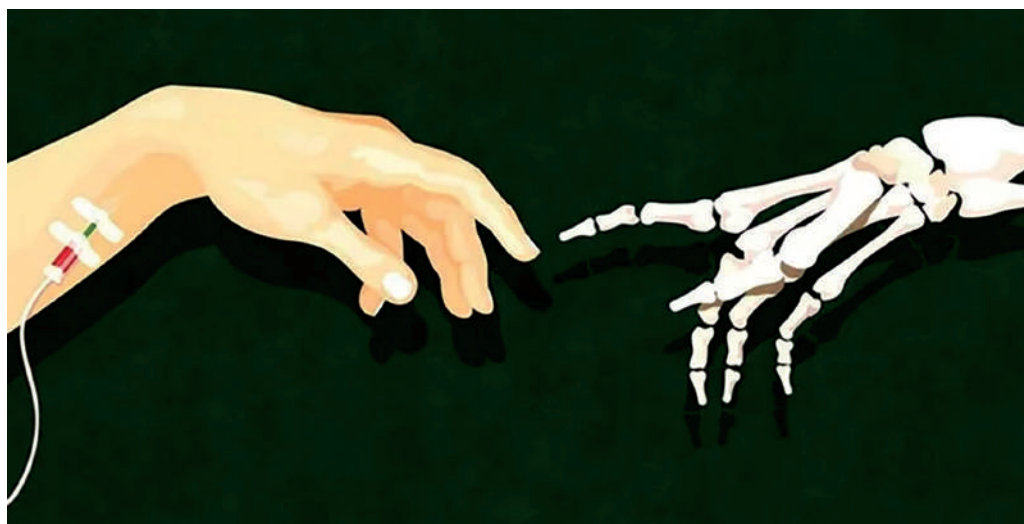
© Видавництво "Місіонер", 2022

## Зміст

Передмова . . . . .	7
Józef Binnebesel, Галина Католик, Маряна Стульківська Досвід кроскультурних досліджень страху смерті (танатичного страху) . . . . .	9
В'ячеслав Бліхар, Зоряна Кісіль, Галина Католик Страх смерті як детермінанта психоемоційної напруженості та професійної деформації працівників правоохоронних органів в умовах дії стрес-факторів . . . . .	35
Галина Католик Страх перед дорослим життям у молоді з різних соціальних середовищ (страх майбутнього: психологічний аспект) . . . . .	57
Галина Католик, Богуслава Католик Соціальні настанови молоді до суїцидальної поведінки у контексті життя та смерті . . . . .	131
Галина Католик Сучасні дослідження ставлення до евтаназії сучасних студентів- медиків (між страхом життя та страхом смерті) . . . . .	197
Наталія Калька, Галина Одинцова Екзистенція, екзистенційні виклики та екзистенційні переживання особистості у ковідній реальності . . . . .	233
Галина Католик, Юстина Олексин, Олександр Львов Особливості екзистенційних страхів COVID-19 у пацієнтів лікарень психіатричного профілю . . . . .	249
Мар'яна Миколайчук, Галина Католик, Ігор Корнієнко, Józef Binnebesel Ставлення до термінальних захворювань та смерті учнів у вчителів з різним рівнем емоційного вигорання . . . . .	287
Анастасія Скаковська Особливості екзистенційних страхів у дітей з онкогематологічними захворюваннями . . . . .	311
Вікторія Багрій Особливості життєвого стилю child-free: детермінанти, причини та фактори впливу. . . . .	333

**СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ  
ДО ЕВТАНАЗІЇ СУЧАСНИХ  
СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ  
(МІЖ СТРАХОМ ЖИТТЯ ТА СТРАХОМ СМЕРТІ)**

**MODERN STUDIES  
ON THE MODERN MEDICAL STUDENTS'  
ATTITUDE TOWARDS EUTHANASIA  
(BETWEEN FEAR OF LIFE AND FEAR OF DEATH)**



**Галина Католик** **Halyna Katolyk**

*доктор психологічних наук, професор  
кафедри практичної психології*

*Львівського державного  
університету внутрішніх справ*

*e-mail: [katolyk@hotmail.com](mailto:katolyk@hotmail.com)*

*ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2169-0018>*

*doctor of psychological sciences,  
professor, Department of Practical  
Psychology Lviv State University  
of Internal Affairs*

## ***Анотація***

У публікації пропонуються сучасні дослідження ставлення до евтаназії представників сучасної молоді, а саме студентів медиків ВНЗ України. Ситуація в у цілому цивілізованому світі дуже невтішна. Попри заохочення до створення хоспісів та паліативних відділень в лікарнях, владні структури все ж наполегливо насаджують ідею про «легку активну чи пасивну смерть». Маємо фантазії, що сучасне суспільство, яке перебуває у фазі пандемії, є у стані пасивної евтаназії, коли відсутня добра статистика захворювання, клінічне мислення лікарів не має жодного значення. До уваги при діагностиці беруться лише результати аналізів, хоч я на собі відчула ситуацію, коли аналізи губляться, недбальство та людський фактор помилок при перевантаженні зростає.

Як свідчать попередньо проведені нами (Г. Католик, М. Левкут) дослідження, зміна мислення на користь евтаназії зростає в геометричній прогресії у різних країнах світу. Нас зацікавили дослідження уявлень майбутніх медиків, які вже віч-на-віч познайомилися з проблемою вмирання пацієнтів у процесі проходження клінічної практики. У розділі розглянути історичні аспекти, соціальні аспекти, медичні аспекти досліджуваного явища, запропоновані результати проведеного нами дослідження.

**Ключові слова:** евтаназія, ставлення до евтаназії, уявлення про евтаназію.

## ***Abstract***

Modern research on the attitude to euthanasia of modern youth, namely medical students of Ukrainian universities is offered in the publication. The situation in the civilized world as a whole is very disappointing. Despite encouraging the creation of hospices and palliative care units in hospitals, the authorities are still pushing for «easy active or passive death». There are fantasies that modern society, which is in the pandemic phase, is in a state of passive euthanasia, when there are no good statistics of the disease, the clinical thinking of doctors does not matter. Only the results of the tests are taken into account in the diagnosis, although I have experienced a situation where the tests are lost, negligence and the human error factor in overload increases.

According to our previous research (G. Katolyk, M. Levkut), the change in thinking in favor of euthanasia is growing exponentially in different coun-

tries. We were interested in the study of the ideas of future physicians, who have already faced the problem of dying patients in the process of clinical practice. In the section to consider The historical aspects, social aspects, medical aspects of the studied phenomenon are considered, the results of our research are presented in the chapter.

**Key words:** euthanasia, attitude to euthanasia, idea of euthanasia.

## АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Один із численних обов'язків, що лягає на плечі лікаря і медицини загалом в сучасному світі, – це констатація моменту, коли серцевий м'яз людини перестає скорочуватися, кров більше не надходить до головного мозку, в результаті чого припиняється мозкова діяльність людини, і ми, зрештою, починаємо вважати людину мертвою. Медичний висновок, який робить з цього приводу лікар, є не тільки визнанням того, що рідним померлої людини нема чого сподіватися. Разом з тим, він виступає як необхідний юридичний документ, що нібито офіційно започатковує всім траурні ритуали, які пов'язані з похованням померлої людини, і виступає правовим актом, який юридично робить дітей сиротами, чоловіка – вдівцем, а жінку – вдовою тощо.

Зрозуміло, наскільки важливими функціями наділяє суспільство лікаря, надаючи йому право визначати момент смерті. Здебільшого нам ці функції здаються очевидними і цілком зрозумілими. Традиційно, смерть визначалася за такими критеріями, як безповоротна зупинка дихання і кровообігу.

Дуже часто лікарів наділяють правом визначати долі пацієнтів. Особливо сьогодні, коли розвивається галузь трансплантології та інших реанімаційних напрямків. Можливо, така тенденція існує не дарма. Неодноразово, лікарі, попри своє покликання оберігати і поліпшувати життя хворому будь-якою ціною, яка прописана в етичному кодексі лікаря, попри нелегку місію віддаватися на максимум в допомозі людині, переходять межі моральної дозволеності і вважають вселюдським благом “допомогти” хворій людині зустріти смерть швидше, трактуючи це як “легку смерть”[4].

Гірка правда така, що явище евтаназії (грец. εὖ – добре + грец. θάνατος – смерть), прописане як “добра, легка смерть”, не можна вважати об'єктивно легким через різноманітні етичні, медичні, психологічні та моральні особливості проведення цієї процедури [1].

Проте, прибічники евтаназії все ж знаходять виправдання в пришвидшенні відходу потребуючого хворого. Така медична процедура користується попитом в чималій кількості держав у світі. Проте, легалізованою є лише в деяких. Наразі добровільна евтаназія узаконена в Нідерландах, Бельгії, Люксембурзі, Португалії, Швейцарії, Німеччині, Канаді, Данії, Іспанії, Новій Зеландії понад 20 штатів Америки частина Австралії. Нідерланди є піонерами евтаназії. У 2001 році прийняли закон «Про припинення життя на вимогу і про допомогу в самогубстві», який доз-



воляв лікарям застосовувати активну евтаназію і допомагати хворим у здійсненні самогубства, виписуючи рецепти на смертельні дози ліків. Цей закон набув чинності 1 квітня 2002 року [7].

У Бельгії тенденція застосування евтаназії набрала стрімких обертів. З квітня 2005 року в аптеках з'явилися спеціальні набори для евтаназії, що дозволяють полегшити процедуру [7].

Попри законну заборону проведення евтаназії в Україні, все-таки були зафіксовані відчайдушні спроби змінити ситуацію. При внесенні змін до Цивільного кодексу України, прихильники евтаназії вирішили внести свої поправки і дозволити проведення пасивної евтаназії. Проте, така спроба провалилася, бо тоді найвагомим аргументом проти виступила власне пересторога лікарської помилки під час процедури. Інша така спроба в Україні відбулася 5 лютого 2010 року. Хоча її теж не довели до прийняття.

Коли не брати до уваги моральні та етичні аспекти евтаназії, виходячи із ситуації соціального забезпечення, то бажання легалізувати евтаназію стає зрозумілим. Якби в Україні прийняли закон, який би дозволяв проводити евтаназію у будь-якому вигляді, то це би призвело до багатьох негативних наслідків. На утримання термінального хворого в лікарні потрібні чималі кошти, а при мінімальній заробітній платі лікаря в Україні та у випадку схвалення евтаназії Законом України, потреба піклуватися про хворого взагалі відпаде. Для бідної людини це може бути єдиним шляхом боротьби з її недугою [11].

Ситуація в нашій країні дуже невтішна. Попри заохочення до створення хоспісів та паліативних відділень в лікарнях, наша влада все ж наполегливо насаджує думки про «легку смерть» через пасивне недбальство, що цілком серйозно можна трактувати як активну пропаганду.

Як свідчать попередньо проведені нами (Г. Католик, М. Левкунт) дослідження, зміна мислення на користь евтаназії зростає в геометричній прогресії і в майбутніх медиків, які вже віч-на-віч познайомилися з проблемою вмирання пацієнтів. За даними досліджень позаминулого року, медицина в Україні застигла десь ще у 90-х роках минулого століття. Соціально бажана поведінка, яка мала би підводити нас до кращих висот, тримає нас в рабстві відмови від будь-яких змін [12].

На жаль, така сумна ситуація в Україні ніяким чином не змушує нас прагнути до вирішення проблем на користь життя людини. Бо від браку поінформованості та розуміння всіх аспектів життя та вмирання, ми дедалі більше прагнемо обрати, на перший погляд, легке життя, а відтак і легку смерть.

На основі проведеного нами дослідження у 2018-2019 рр. (Г. Католик при допомозі М. Левкут) спостерігаємо зміну мислення на користь евтаназії і в майбутніх медиків. Тому виходячи з актуальності проблеми нами була висунута **мета дослідження: теоретично та емпірично** дослідити ставлення сучасних студентів-медиків до явища евтаназії в Україні.

**Об'єктом дослідження було вибрано** ставлення до евтаназії як психологічного, медичного та морального явища. **Предмет дослідження** – особливості ставлення до евтаназії студентів-медиків.

Згідно з об'єктом та предметом дослідження нами були висунуті **завдання, які полягали** у здійсненні теоретичного аналізу наукових досліджень, де йдеться про евтаназію, її медичну, психологічну та моральну проблематику, в контексті якої дати визначення поняттю «евтаназія»; з'ясувати суть цього явища; дослідити ставлення до евтаназії, яке формувалося протягом тисячоліть, опираючись на наукові джерела; емпірично дослідити ставлення сучасних студентів-медиків до процесу евтаназії, їх життєві цінності, здатність до емпатії, та взаємозв'язок цих явищ з типами акцентуацій. Згідно з отриманими результатами дослідження узагальнити наукові висновки.

Виходячи з поставлених завдань нами було визначено наступні **гіпотези**: припускаємо, що в студентів старших курсів медичного університету є різне ставлення до явища евтаназії; ймовірно, що в студентів, у яких спостерігаються термінальні та інструментальні цінності, існують різні проєкції власних імпліцитних та експліцитних досвідів на явище евтаназії; припускаємо, що у студентів з високим рівнем емпатії існує негативне ставлення до евтаназії.

**Методичний інструментарій** дослідження склали методики: анкета, опитувальник Леонгарда-Шмішека, опитувальник для діагностики здатності до емпатії А. Мехрабіан, Н. Апштайн, методика ціннісних орієнтацій М. Рокіча, а також проєктивний тест-символ, що візуалізує ставлення до евтаназії студентів-медиків.

**Теоретичне значення дослідження:** існує проблема недостатньої едукації про евтаназію в навчальних закладах, зокрема, в медичних університетах. Студенти не є до кінця свідомими стосовно явища евтаназії, не мають чіткого ставлення до цього процесу, не інформовані стосовно феноменів страху смерті та страху життя, які є генетично детермінованими в наших імпліцитних змістах та є спонукальною силою даної медичної маніпуляції.

**Практичне значення дослідження:** статистично відобразити ставлення студентів-медиків до евтаназії, що може стати поштовхом до змі-

ни когнітивних екзистенцій і впровадження спеціального навчання в університетах, щоби допомогло б майбутнім медикам правильно застосовувати своє покликання на практиці.

## **АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ СТАВЛЕННЯ ДО ЕВТАНАЗІЇ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ У СУЧАСНІЙ НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ**

### ***Суть і форми евтаназії***

Вперше термін «евтаназія» вжив Ф. Бекон для позначення «легкої смерті». Він вважав, що лікарі повинні бути відданими своєму обов'язку та почуттю гуманності, мають поглиблювати свої знання в медицині і водночас робити все для того, щоб полегшити відхід з життя хворого, ще до того моменту, поки той не перестав дихати. Це вважалося дуже гуманним вчинком. Таке прагнення запобігти природному вмиранню хворого можна трактувати як небажану і морально недопустиму інтервенцію з боку лікаря чи медичного персоналу. Таким чином вбивство та самогубство стало набувати інших, більш наукових та завуальовано етичних, назв [18].

Від того часу, термін «евтаназія» став відомим в різних колах людей і ще більше став користуватися попитом, бо людині завжди легше чинити «страшні речі» під виглядом «благих вчинків». Найбільше процедура пришвидшення настання смерті користувалася попитом в критичних ситуаціях, таких як війни, радикальні політичні потрясіння тощо.

Слово евтаназія походить з грецької мови (від «eu» – добрий та «thanatos» – смерть), а суть евтаназії полягає у свідомому припиненні життя людини з наміром позбавити її моральних чи фізичних страждань.

За характерним способом проведення евтаназія поділяється на два найперші та найпростіші види: активна та пасивна. Активною евтаназією вважається націлене втручання лікаря чи медичного персоналу з метою припинити життя пацієнта. В такому випадку найчастішим шляхом переривання життя з медичної перспективи вважається ін'єкція з препаратами, які викликають летальний ефект [25].

В більшості випадків, коли хворий через різні внутрішні та зовнішні причини відмовляється від лікування, що може призвести до його смерті, постає питання про діяльність лікуючого лікаря, особливо у випадку з термінальним пацієнтом (термінальний пацієнт – хворий, якому

за медичними прогнозами залишається жити менше, ніж півроку). З моральної точки зору, аналізуючи відмову пацієнта від лікування, з'являється спірне питання про різницю між завданням лікаря *не починати лікування і припинити вже почате лікування*. Перший випадок порушує моральний обов'язок лікаря врятувати/не дати померти, а в другому випадку – не умертвити. Між цими вдома нелегкими завданнями, які стоять перед лікарем, існує дуже тонка межа [27].

На перший погляд, другого правила не так вже і важко дотримуватися. Тобто лікарю не треба прикладати надмірних зусиль, аби не вбивати когось. Це ніби звичайне життя серед людей, які, природно кожного дня помирають, а ми тільки не можемо ніяк на це вплинути.

Однак, коли в першому випадку не починати лікування, лікарю просто достатньо нічого не робити, то у випадку припинити лікування виникає складна дилема, бо доводиться здійснити певну дію: припинити виписувати ліки, чи відключити людину від апарату життєзабезпечення. Узагальнюючи, можна сказати, що покладений на плечі лікаря тягар, в другому випадку буде тяжчим. Проте, цю різницю між діяльністю і бездіяльністю не варто абсолютизувати. Бо, якщо лікар буде побоюватися починати лікування, щоб не потрапити в ситуацію, коли йому доведеться припинити це лікування через волю пацієнта, то це може стати ще більшим злом стосовно пацієнта, якому таке лікування дійсно могло би допомогти [27].

Якщо з деякими формами відмови від лікування доводиться миритися, то проти активної евтаназії висуваються доволі вагомі аргументи морального характеру.

Повертаючись до активної евтаназії, біоетична література виділяє три її форми: вбивство (умертвіння) через співчуття, добровільну активну евтаназію і самогубство з допомогою лікаря. В першому випадку життя, яке є стражданням для пацієнта, так чи інакше переривається іншою людиною, до того ж неважливо, чи це відбувається зі згоди пацієнта. В другому і третьому випадках береться до уваги бажання пацієнта. Проте, різниця між останніми двома видами евтаназії полягає в тому, що в другому випадку сам лікар на прохання того, що страждає, робить ін'єкцію, коли в третьому випадку лікар дає хворому летальну дозу засобу, який дозволяє вчинити самогубство. [25]

Відповідно до способу проведення евтаназії, в Законі України виділяють наступні форми пришвидшення настання смерті:

- Органазія – позбавлення лікарем життя термінального хворого, який переживає фізичні чи (і) моральні страждання, що заважають йому нормально жити. Це відбувається за бажанням хворого, чи юридичним правом його законних представників через розгляд суду.
- САЛ – це процедура, коли лікар на бажання термінального хворого, який переживає фізичні чи (і) моральні страждання, допомагає йому в самогубстві. Лікар виписує рецепт зі смертельною дозою ліків хворому і надає чітку інструкцію із застосуванням препарату [30].

### ***Історичний аспект проблематики евтаназії в психологічному контексті***

Для багатьох первісних суспільств було нормою умертвляти старих людей, хворих, чи, для кочових народів, не забирати зі собою при зміні місця ночівлі. Всім добре відомий звичай давньогрецької Спарти, де слабких, хворих хлопчиків скидали в прірву. В цілому це зовсім не відбувалося окремо від загальноприйнятих уявлень і в інших давньогрецьких полісах. Так, Платон у своєму творі «Республіка» писав, що медицина покликана заопікуватися лише здоровими тілом і душею, що не варто перешкоджати смерті фізично слабких людей. Якщо говорити загалом про Древню Грецію, то там підтримувалося і заохочувалося самогубство тих людей, які досягли 60-річного віку [14].

Сократ, Платон, а також філософи від Зенона (IV-III ст. до н.е.) до Сенеки (I ст. до н.е.) виправдовували умертвіння слабких і тяжкохворих людей, навіть без їх дозволу. Сократ і Платон, крім того, вважали, що якщо людина через свою слабкість чи хворобу робиться для інших тягарем, то вчинити самогубство – її моральний обов'язок. Проте, варто зазначити, що Аристотель був противником умертвіння тяжкохворих чи старих людей [6].

Християнство, яке успадкувало від іудаїзму ідею про те, що людське життя – дар Бога, від самого початку виступало також проти самогубства, навіть, якщо воно було викликане стражданнями. Страждання сприймалися як щось, що варто прийняти з гідністю, з мужністю, як випробування. Блаженний Августин (IV-V ст. н.е.) слідом за Аристотелем засуджував самогубство, навіть перед лицем нестерпного болю вважав самогубство проявом боягузтва і слабкості [6].

Дуже різко проти самогубства та евтаназії виступив Тома Аквінський. Він вважав, що самогубство і вбивство погано впливають на формування

здорового суспільства, християнської традиції, порушують суверенне право Бога розпоряджатися життям людини.

Така позиція безкомпромісного відкидання самогубства і евтаназії ніким не заперечувалася аж до періоду Відродження та Просвітництва. На початках її притримувався і протестантський світогляд, проте звучав він дещо по-іншому: самогубство не вважається непрощеним гріхом, але при цьому стверджувалося, що рішення про долю душі належить єдиному Богу, а відповідно, тільки Бог може судити самогубця [10].

Пізніше, в протестантизмі панувала думка, що в деяких випадках самогубство є результатом психічної неврівноваженості. В контексті такої ідеї, англійський поет, Джон Донн, висунув думку, що деколи самогубство не порушує ні природного закону, ні норм людського розуму, ні Біблійних законів, ні влади Бога над життям людини.

Опираючись на таке твердження, варто ще раз повернутися до роздумів Ф. Бекона. Обговорюючи етичні питання в стосунку зі смертельно хворими, він підкреслював, що: а) в лікарів багато хвороб вважаються невиліковними; б) відповідно до цього, лікарі несправедливо зарікають людей на смерть, хоча деякі люди все ж одужують незалежно від передрікань лікарів; в) хоча б через залишок гуманності, медицині потрібен напрям, який би займався вивченням ефективної допомоги хворим, що помирають [13].

Одним з найбільш відомих лікарів ХІХ ст. в Німеччині був Х. Гуфеланд, який осуджував лікарів, що ставляться до вмираючих хворих з презирством, а відтак закликав лікарів не покидати хворих до самої їхньої смерті, щоб принаймні полегшити їхні страждання [13].

Ще один німецький науковець, І. Рейль, у своїх працях про евтаназію наголошував на тому, що обов'язком кожного лікаря є полегшити відхід хворого.

Ще до кінця позаминулого століття подібні розмови не викликали великого інтересу. Тільки близько ста років тому, в умовах падіння релігійності людей і поширення еволюціонізму, активно стала поширюватися ідея добровільної евтаназії, коли йдеться про право закінчити життя самогубством, коли смертельна хвороба перетворює життя в муки і позбавляє сенсу в житті. Тоді ж в Англії та США постало питання про те, щоб дозволити людині, що вмирає, звернутися до лікаря з проханням допомогти їй пришвидшити її смерть. Роль лікаря при цьому визначалася, по-перше, необхідністю точно діагностувати невиліковну хворобу і, по-друге, тим, що в нього під рукою повинні були бути хлороформ і

морфін, які б дозволили припинити страждання людини, ну і, зрештою, обірвати саме життя [15].

В першій половині минулого століття нацистська Німеччина була країною, де евтаназія застосовувалася у величезних масштабах і в конкретних цілях. Проводилася державна політика насильницької евтаназії для всіх тих, хто був «тягарем для суспільства». У 20-х роках минулого століття, німецький науковець та дослідник даного явища А. Хохе висунув ідею про життя, які не варті того, щоб їх проживати, а також про те, що життя підлягає припиненню.

У контексті вищезгаданих тогочасних тенденцій, Гітлер в 1939 р. видав указ про реєстрацію дітей, які страждають на гідроцефалію, параліч, чи мають інвалідність. Документи свідчать, що 5 тисяч з тоді зареєстрованих дітей піддалися евтаназії, отримавши величезну дозу фенобарбіталу. Після ін'єкції фенобарбіталу застосовувалися газові камери на підлітках а також на дорослих, які страждали на розумову відсталість.

Після того, як фашизм був переможений, Всесвітня медична асоціація засудила нацистські експерименти, в тому числі умертвіння неповносправних і хворих дітей та дорослих. Суспільна думка в цілому світі стала різко відкидати евтаназію. Однак, минуло чверть століття і ситуація стала змінюватися. Розвиток нових медичних технологій, які, перш за все, включають апарати для підтримки дихання, життєзабезпечення, а поряд з тим й право людини на «гідне завершення життя» призвело до того, що проблема евтаназії знову постала в центрі уваги. Тепер, однак, цей термін подається як «пришвидшення смерті тяжко та невиліковно хворого пацієнта, яке відбувається згідно з його волею чи з волі відповідальних за нього осіб» [19].

### ***Сучасні дослідження явища евтаназії***

Наприкінці ХХ ст., на початку ХХІ ст. людство зіткнулося з принципово новими проблемами, які виникли через бурхливий розвиток науки і суспільства, і неготовністю людей до морально-етичного вирішення цих проблем. В 70-х роках минулого століття в США та країнах Європи сформувалася нова культура постмодерну, представники якої намагалися знайти і обґрунтувати моральні стандарти стосовно феномену життя. Мова йде про «право на смерть» та «легку смерть».

У всьому цивілізованому світі порушувалися гострі питання про право людини на смерть (Й. Біннебезель, Б. Антушевські, С. Урбанські, Г. Като-

лик, Н. Калька, П. Краковяк, Д. Крижановські, А. Модлінська, А. Яновіч та інші). Існують дослідження, у яких розглядали питання легалізації умертвіння хворих. Питання евтаназії стало частиною культури сучасної людини. Проблема евтаназії обговорюється і є предметом суперечок в соціології, психології, філософії, релігії, юриспруденції та медицині [28]. У 2013 році в Торуні відбулась Міжнародна мультимодальна конференція під назвою «Чи є життя в комі?», де зібрались сотні фахівців з цілого світу, серед яких були представники медицини, соціальні працівники, психологи, психотерапевти, священнослужителі, політики та родини людей, що перебувають у тривалій комі. Серед багатьох представлених досліджень та практик гостро порушувалось питання евтаназії, яке любіювали представники медичних та політичних кіл Нідерландів. Точились гострі дебати між представниками різних культур та професій.



*Рис. 1. Між життям та смертю: страх чого??? (інтернет ресурс)*

Традиційна лікарська етика включає в себе заборону: «Я нікому, навіть тому, хто проситиме мене про це, не дам ліки, які би викликали смерть, і навіть не пораджу цього ніколи нікому». З недавніх часів, однак, все частіше і частіше, в лікарів з'явилася потреба в такій практиці принаймні тоді, коли пацієнт сам просить про смерть.

В медичному плані вгамувати біль можна завжди. Краще розуміння та розвиток медицини сприяють тому, щоб лікар, маючи всі потрібні йому препарати, допоміг людині впоратися з її недугою тавилікувати її.

Часто біль виникає як наслідок неправильного його вгамування і недостатньої дози ліків. Вгамувати біль фармакологічним методом можливо, проте недостатньо.



Драма більшості термінальних пацієнтів має, в основному, соціально-психологічний характер: вони почуваються покинутими не тільки лікарем, але й часто родичами. Якраз в такий момент і приходить думка про евтаназію, прохання про яку, по суті, є криком про допомогу [20].

Проте, в наш час існують такі лікарі, котрі виписують анальгетики величезними дозами для того, щоб під прикриттям вгамування болю здійснити справжню евтаназію. Більше того, не раз ставалися випадки, коли лікарі формували у термінального хворого думку, що евтаназія – єдине вірне рішення, яке може прийняти пацієнт в момент страждання. Дуже часто для відчайдушного хворого лікар – єдиний авторитет, якому можна довіряти. Тому під психологічним тиском лікаря хворий погоджується на такий «безнадійний» крок, – прийняти евтаназію. Коли ж пацієнт помирає, лікар продовжує свою практику, оскільки єдиний свідок евтаназії є ще й самогубцем, то ніхто нічого не видасть.

За останні 10-15 років по всій ближній Європі та Азії прибічників евтаназії серед лікарів стає все більше. Про це свідчать останні соціологічні дослідження. Наприклад, в столиці Казахстану, Астані, було проведено соціологічне дослідження, метою якого було вивчення ставлення лікарів до евтаназії. Серед опитуваних були практикуючі лікарі, викладачі Медичної академії, працівники Міністерства охорони здоров'я, фельдшери і медсестри. Аналіз опитування показав, що майже половина лікарів підтримують евтаназію. На запитання «чи змогли би ви обірвати життя хворого власноруч?» половина лікарів відповіла «ні». Таким чином, стає зрозуміло, що велика частина лікарів ставиться до евтаназії позитивно, проте, на їхню думку, здійснювати її повинен хтось інший.



*Рис. 2. Лікарські маніпуляції (інтернет ресурс)*

Вітчизняний дослідник А. Коні вважав можливим допустити евтаназію в медичній практиці, проте за наявності чітких умов та правил: хворий має бути свідомим, коли просить чи приймає таке рішення; відсутня можливість полегшення страждань відомими засобами; точне доведення неможливості врятувати життя хворого і одногласно прийняте лікарями рішення про це [21].

Повага до гідності людини завжди пов'язана з визнанням волі людини робити вибір в залежності з її духовними цінностями. Саме тому, досі актуальним залишається питання, чи етично допускати будь-які лікарські дії, що завідомо призводять до смерті хворого. Довіра людей до лікарів базується на тому, що медицина покликана зцілювати і її можливості не повинні використовуватися для наближення смерті. Заборону вбивати можна трактувати як спробу захистити лікаря від зла і має не тільки практичне, а й символічне значення, – зберегти соціальний статус медицини [16].

В окремих випадках евтаназія може виглядати як наслідок суб'єктивного милосердя, однак з об'єктивної точки зору така діяльність може нашкодити медичній професії специфічно і суспільству загалом, а тому не може бути виправдана.

Карл Густав Юнг писав про питання смерті так: «Для сучасної людини продовження життя і його кульмінація є цілком ймовірними цілями, тоді як ідея життя після смерті здається людині проблематичною чи такою, що не заслуговує довіри». Згідно з поглядами Зігмунда Фрейда, який наприкінці свого життя роздумував над питанням [власної] смерті та долі людини загалом, вважав, що самогубство і війна представляють собою вираження інстинктивної агресії і деструкції, котрі в свою чергу є взаємозамінними елементами інстинкту смерті. До 1910 року Фрейд знав про самогубство досить багато. Він виділяв ряд клінічних особливостей: 1) почуття провини через бажання, щоб інші люди померли, особливо батьки; 2) порівнювання себе зі суїцидальними батьками; 3) втрата задоволення, точніше відмова від прийняття лібідного задоволення; 4) акт помсти, особливо за втрату задоволення; 5) втеча від приниження; 6) крик про допомогу; 7) тісно пов'язані смерть та сексуальність: корені самогубства – садизм і мазохізм. Особисте ставлення Фрейда до смерті було неоднозначним і тяжким в різних аспектах. Проте, як відомо, хворіючи на рак горла, сам він і вдався до евтаназії [22].

В. Франкл – людина, яка пройшла через жах концтаборів, яка знає ціну людського життя, має величезний науковий і клінічний досвід. Тому

його думка про евтаназію дійсно вартує уваги: «Ми, перш за все, повинні сказати, що не лікарю визначати, чи має життя людини яку-небудь цінність. Суспільство поклало на лікаря єдиний обов'язок – допомагати завжди, коли він може; втамувати біль там, де вважає за потрібне; лікувати, наскільки це в його силах, і доглядати за смертельно хворим. Якби хворі та їхні близькі не були переконані, що лікар серйозно і ретельно підходить до вирішення своїх обов'язків, вони би ніколи більше не довірилися йому. Бо, в іншому випадку, у хворого не було би впевненості, ким для нього зараз буде лікар – помічником чи катом». Ті, хто схвалює евтаназію, очевидно, намагаються не усвідомлено приміряти на себе роль Бога. Тільки не беруть до уваги той факт, що вони такі самі люди, як ті, яких потенційно притягають до смерті» [29].

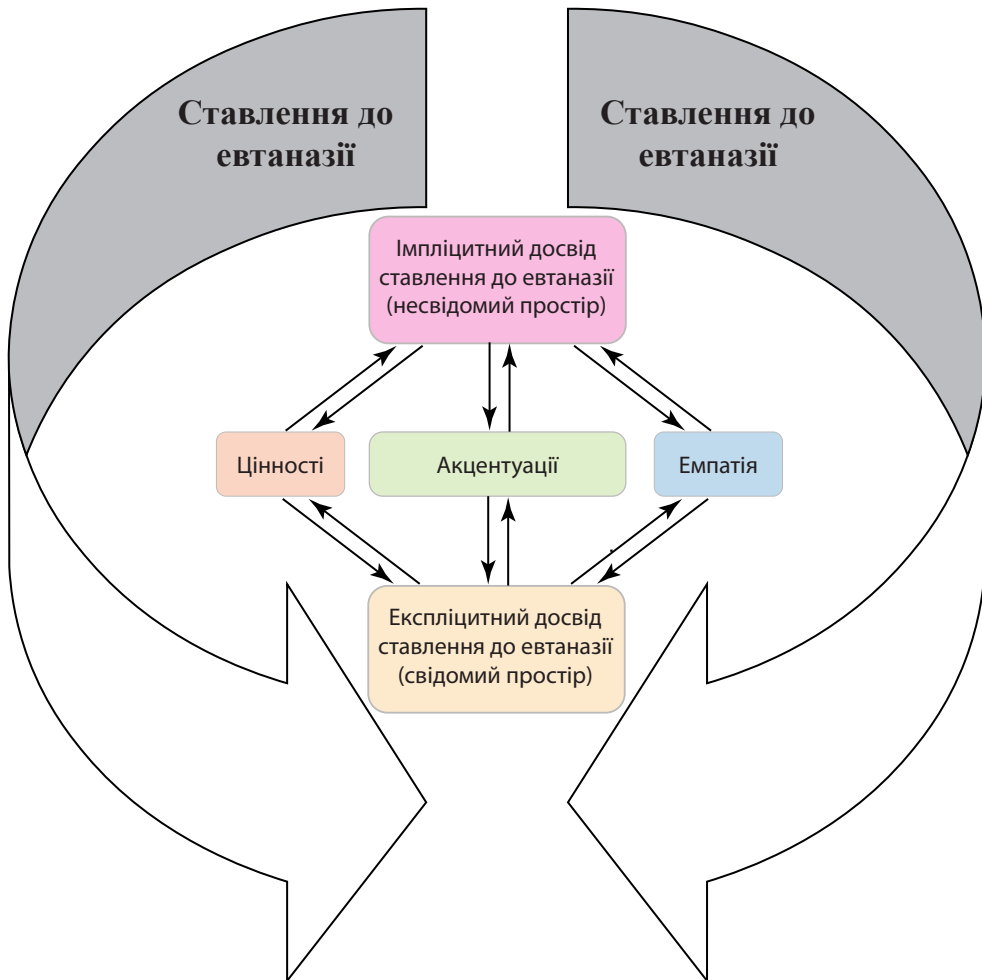


Рис. 3. Модель взаємозв'язків ставлення до евтаназії у студентів-медиків (Г. Католик).

В наш час ми переживаємо світову пандемію COVID-19 та спостерігаємо феномени медичних, клінічних та фармакологічних феноменів, які можуть частково належати як до пасивної, так і до активної форм евтаназії. Існують численні теорії появи та розповсюдження вірусу, до яких належать теорії штучно виведеного вірусу, теорії світової змови, біологічної зброї тощо. Важко орієнтуватись у потоці інформації і просяти реальне. Усе покаже майбутнє... Опираючись на теоретичний аналіз наукових досліджень щодо явища евтаназії нами була побудована гіпотетична модель цього феномену, яка виглядає наступним чином:

Опираючись на історико-теоретичний аналіз досліджень феномену евтаназії у різні періоди історичного розвитку суспільства, помічаємо хвильову будову цього феномену: у певні періоди функціонування соціальних спільнот цей феномен засуджувався і був поза законом, у інший підтримувався і був частиною моделі просоціального медичного протоколу. Базуючись на психодинамічному підході нами була побудована гіпотетична модель взаємозв'язків ставлення до евтаназії у студентів-медиків. Модель відображає взаємну залежність цінностей, які сповідують досліджувані, їх характерологічних акцентуацій, рівня емпатії, імпліцитного та експліцитного досвіду кожного з них, від як не можна відкидати трансгенераційного досвіду кожного досліджуваного, у якому генетично закарбовані досвіди стосунку з евтаназією попередніх поколінь. Припускаємо, що імпліцитний досвід здійснив вплив на формування ставлення до евтаназії через неусвідомлені пережиті ситуації, які знаходилися в латентному стані у несвідомому просторі. Через зовнішні тригери, неопрацьовані досвіди досліджуваних, приховані переживання певною мірою вийшли на свідомий простір і знаходяться у більш доступному для усвідомлення та опрацювання рівні. Через цю модель ми намагалися встановити кореляційні зв'язки між цінностями, акцентуаціями особистості та рівнем емпатії в досліджуваних та прослідкувати їхній прояв через призму імпліцитного та експліцитного досвіду.

### ***Висновок до розділу***

В даному розділі висвітлено суть поняття евтаназії, розглянуто історичні аспекти стосунку різних культурних просторів з даним феноменом і розглянуто сучасні протиріччя у поглядах на це явище.

Нами було чітко окреслено актуальну проблематику, яку порушує питання евтаназії для світу в хронологічній послідовності від самого початку її застосування і до сьогодення. Ми також встановили різницю між

активною та пасивною евтаназією; провели загальну оцінку цьому явищу, зважуючи «за» і «проти» людей, які професійною мірою дотичні до проблематики вмирання і лікування, надали етичну оцінку явищу евтаназії, опираючись на морально-етичні погляди. В процесі дослідження вагомим аргументом «проти» евтаназії впродовж всесвітньо відомої практики застосування цієї процедури можна назвати власне людський негативний досвід, який пов'язаний з переживанням і втратою. Такий неприємний і непотрібний прибічникам евтаназії досвід пришвидшення власної чи чужої смерті часто замовчується і не виноситься назагал.

Підсумовуючи перший розділ, який стосувався історичного формування поняття «евтаназія», практики застосування, сучасних практик та поглядів на це явище, можна зробити висновок, що тенденція використання способів пришвидшення смерті не спадає, а навпаки зростає у зв'язку з падінням моралі та наростанням соціального тиску.

## **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЕВТАНАЗІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

### ***Опис групи досліджуваних, методик дослідження***

У дослідженні взяли участь 46 осіб 4-6 курсів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, за лікувальним напрямком, з яких 33 – представниці жіночої статі, 13 – чоловічої статі.

Для проведення емпіричного дослідження були використані наступні психодіагностичні методики:

- Авторська анкета досліджуваного;
- Опитувальник акцентуацій особистості Леонгарда-Шмішека;
- Опитувальник для діагностики здатності до емпатії А. Мехрабіана та Н. Апштайна;
- Опитувальник ціннісних орієнтацій М. Рокіча;
- Малюнок-символ для зображення явища евтаназії.

Студентам була запропонована анкета, як одна із методик, де вони могли вибрати своє ставлення до евтаназії серед запропонованих питань. Наприклад, питання «Як Ви ставитесь до евтаназії?» передбачало наступні закриті відповіді: А) позитивно, Б) негативно, В) байдуже; та варіант, який дозволяв висловити власну думку.

## Опис організації та ходу емпіричного дослідження

Для проведення дослідження виділено ціннісні орієнтації у студентів медиків 4-6 курсів.

Ми побудували таблицю, представлену в таблиці 1, в якій відобразили ставлення студентів-медиків до еутаназії. Ставлення відображене варіантами відповіді: а) позитивно, б) негативно, в) байдуже; також досліджувані могли обрати свій варіант відповіді, прописавши його своїми словами.

Табл. 1. Розподіл досліджуваних за ставленням до еутаназії.

	Позитивно	Негативно	Байдуже	Свій варіант
1	+			
2		+		
3	+			
4				50/50
5		+		
6	+			
7		+		
8	+			
9	+			
10	+			
11	+			
12	+			
13				неоднозначно
14	+			
15	+			
16	+			
17	+			
18	+			
19		+		
20				допускає можливість в певних випадках
21	+			
22		+		
23	+			
24		+		
25				залежить від випадку
26				неоднозначно
27	+			
28	+			

	Позитивно	Негативно	Байдуже	Свій варіант
29	+			
30	+			
31		+		
32				не виключає
33	+			
34	+			
35	+			
36	+			
37	+			
38				компромісно
39	+			
40		+		
41		+		
42		+		
43	+			
44	+			
45	+			
46	+			

На основі отриманих даних було побудоване графічне зображення розподілу досліджуваних за ставленням до евтаназії, представлене на рис. 4.



Рис.4. Графічне зображення ставлення до евтаназії у студентів-медиків.

Серед досліджуваних 29 студентів мають позитивне ставлення до евтаназії, у 10 студентів вироблене негативне ставлення і 7 студентів мали

свій варіант, представлений такими відповідями: *неоднозначно; компромісно; залежить від випадку; 50/50; допускає можливість проведення евтаназії в конкретних випадках.*

Пропонуємо також таблицю, у якій відобразили типи акцентуацій студентів-медиків за методикою Леонгарда-Шмішека (табл. 2):

Табл. 2. Розподіл досліджуваних за типами акцентуації особистості (опитувальник Леонгарда-Шмішека).

Типи	Кількість студентів
Демонстративний	5
Педантичний	5
Застрагаючий	8
Збудливий	3
Гіпертимний	4
Дистимічний	2
Тривожний	9
Циклотимний	3
Афективно-екзальтований	4
Емотивний	3

На основі отриманих даних з таблиці про розподіл досліджуваних за типами акцентуацій особистості (опитувальник Леонгарда-Шмішека), було побудоване графічне зображення розподілу досліджуваних за акцентуаціями особистості, представлене на рис. 5.



Рис. 5. Розподіл досліджуваних за акцентуаціями особистості (опитувальник Леонгарда-Шмішека).



Згідно з даними, які ми отримали після розподілу досліджуваних за акцентуаціями особистості, домінуючими акцентуаціями серед студентів-медиків були зафіксовані застрягаючий та тривожний типи. Виходячи з таких результатів можемо припустити, що переважна більшість студентів-медиків мають певного роду страхи та інші боязні; також легко піддаються афекту і довго не позбавляються від переживань.

Таблиця, подана нище, показує рівень емпатії у студентів-медиків відповідно до методики А. Мехрабіана та Н. Апштайна.

Високий рівень емпатії	Середній рівень емпатії	Низький рівень емпатії
16	13	17

Табл. 3. Рівні емпатії у студентів-медиків за опитувальником А. Мехрабіана та Н. Апштайна.

Серед 46 студентів-медиків – 17 студентів володіють найнижчим рівнем емпатії, що може свідчити про їхню нечутливість як до людських страждань, так і до запитань про евтаназію.

На діаграмі нижче (представленій на рис. 6) зображені рівні емпатії у студентів-медиків.

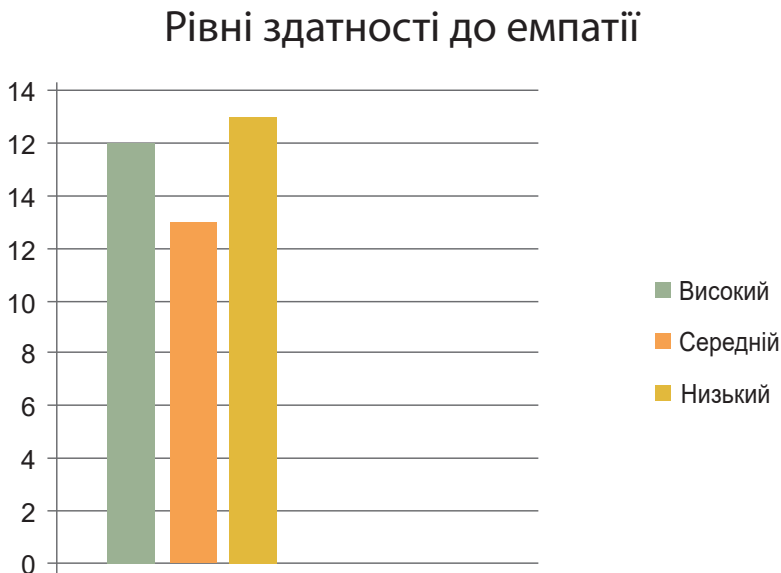


Рис. 6. Рівні здатності до емпатії (опитувальник А. Мехрабіан та Н. Апштайн).

Серед досліджуваних – 46 студентів, 16 – мають високий рівень емпатії, 13 – середній, 17 – низький рівень емпатії. Можна припустити, що низький рівень емпатії у більшості досліджуваних міг бути спричи-

нений їхніми прихованими (імпліцитними) та явними (експліцитними) досвідами і сформуватися впродовж досвідів життя, навчання та транс-генераційних досвідів.

Щодо ціннісних орієнтацій студентів-медиків – спостерігаємо наступну картину (рис. 7).

### Ціннісні орієнтації М. Рокіча

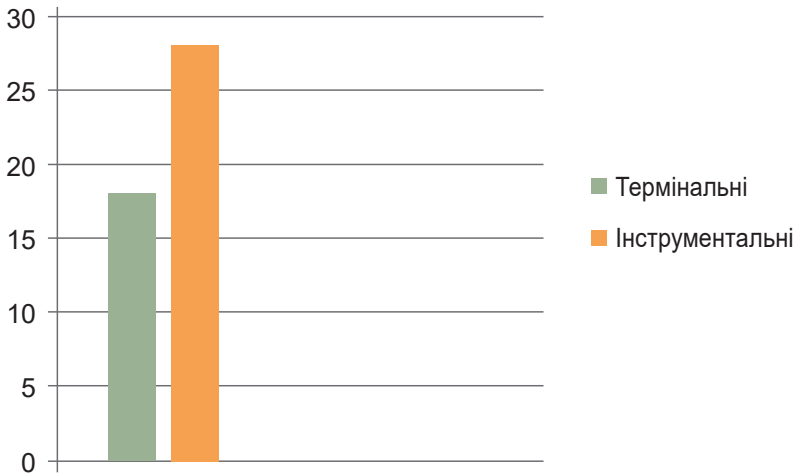


Рис. 7. Графічний розподіл досліджуваних за ціннісними орієнтаціями (опитувальник М. Рокіча).

Серед досліджуваних студентів, що володіють термінальними цінностями (переконання, що мета життя людини вартує пройденого шляху) виявлено 18; студентів, що володіють інструментальними цінностями (переконання, що будь-яка дія людини завжди є кращою в індивідуальній ситуації) є 28.

### **Опис, аналіз та інтерпретація емпіричного дослідження**

В дослідженні нами були використані методи статистичної обробки отриманих результатів.

#### **Порівняльний аналіз**

Для проведення порівняльного аналізу ми за допомогою методики акцентуацій особистості Леонгарда-Шмішека виділили два переважаючих типів акцентуацій особистості у досліджуваних. Серед яких: застрягаючий тип (46%) та тривожний тип (54%) (рис. 8).

## Типи акцентуацій особистості



Рис 8. Порівняльний аналіз типів акцентуацій особистості серед студентів-медиків за методикою Леонгарда-Шмішека.

Для дослідження здатності до емпатії ми використали опитувальник А. Мехрабіана та Н. Апштайна. Відповідно до методики ми отримали наступні результати (рис. 9):

- група з високим рівнем емпатії (16 осіб, або 34% від загальної кількості досліджуваних);
- група з середнім рівнем емпатії (13 осіб, або 28% від загальної кількості досліджуваних);
- група з низьким рівнем емпатії (17 осіб, або 36% від загальної кількості досліджуваних).

## Рівні здатності до емпатії



Рис. 9. Порівняльний аналіз рівнів емпатії за методикою А. Мехрабіан та Н. Апштайна.

Для діагностики та порівняльного аналізу ціннісних орієнтацій ми використали методику М. Рокіча та отримали такі результати і представили їх на рис. 10:

- група студентів, які володіють термінальними цінностями (переко-  
нання, що мета життя людини вартує пройденого шляху) налічує  
18 осіб або 39%;
- група студентів, що володіють інструментальними цінностями (пе-  
реконання, що будь-яка дія людини завжди є кращою в індивідуаль-  
ній ситуації) складає 28 осіб або 61%.

### Ціннісні орієнтації



Рис. 10. Порівняльний аналіз термінальних та інструментальних цінностей за методикою М. Рокіча.

### Кореляційний аналіз

Оскільки метою нашого дослідження було дослідити ставлення студентів-медиків до явища евтаназії, ми провели кореляційний аналіз отриманих даних. Оскільки розподіл даних є наближеним до нормального, ми в першу чергу розрахували коефіцієнт кореляції Пірсона. Відповідно до результатів кореляційного аналізу, існує пряма кореляція між ставленням до евтаназії і рівнем емпатії ( $r = 0,35$ ,  $p \leq 0,05$ ), тобто, що менший рівень емпатії, то більш позитивне ставлення до евтаназії. Дані за коефіцієнтом кореляції Спірмена відповідають попереднім результатам ( $r = 0,36$ ,  $p \leq 0,05$ ).



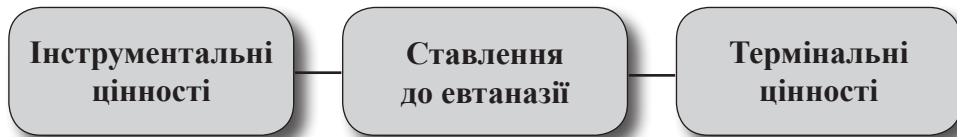
Рис. 11. Пряма кореляція між ставленням до евтаназії та рівнем емпатії за методикою А. Мехрабіана та Н. Ашитайна.

Була проведена кореляція між ставленням до евтаназії та результатами опитувальника акцентуацій особистості. Ми отримали прямий зв'язок за коефіцієнтом кореляції Пірсона між ставленням до евтаназії та акцентуаціями особистості ( $r = 0,39, p \leq 0,05$ ). За коефіцієнтом кореляції Спірмена ми отримали подібні результати ( $r = 0,36, p \leq 0,05$ ).



*Рис.12. Пряма кореляція між ставленням до евтаназії та акцентуаціями особистості за опитувальником Леонгарда-Шмішека.*

Також ми отримали прямий зв'язок між інструментальними і термінальними цінностями та ставленням до евтаназії ( $r = 0,41, p \leq 0,05$ ) за коефіцієнтом кореляції Пірсона. За коефіцієнтом кореляції Спірмена ми отримали схожі результати ( $r = 0,44, p \leq 0,05$ ).



*Рис.13. Пряма кореляція між ставленням до евтаназії та інструментальними і термінальними цінностями за методикою М. Рокіча.*

Можемо припустити, що у студентів-медиків, які кожен день бачать страждання людей, емпатія супроводжує їхнє бажання допомогти хворому уникнути тих страждань. У багатьох випадках, на їхню думку, це може бути лише шляхом позбавлення людей життя. Оскільки інші можливості вичерпані і не діють.

Ми не виявили кореляційного зв'язку між віком та статтю досліджуваних. Також в нашому досліджуванні не корелювала загальна мотивація до професії лікаря у студентів-медиків.

В загальній плеяді можливих прямих зв'язків ми виявили кореляцію між такими явищами: ставлення до евтаназії корелює з акцентуаціями особистості ( $r = 0,39, p \leq 0,05$ ), рівнем емпатії ( $r = 0,35, p \leq 0,05$ ), термінальними та інструментальними цінностями ( $r = 0,41, p \leq 0,05$ ), та має незначний зв'язок з імпліцитним та експліцитним досвідом (відповідно до якісного аналізу, який буде представлений нижче). Акцентуації особистості корелюють з інструментальними та термінальними цінностями

ми ( $r = 0,29$ ,  $p \leq 0,05$ ), а також зі ставленням до евтаназії. Термінальні та інструментальні цінності, у свою чергу, корелюють з рівнем емпатії ( $r = 0,31$ ,  $p \leq 0,05$ ) та мають незначну кореляцію з імпліцитним та експліцитним досвідом (відповідно до якісного аналізу).

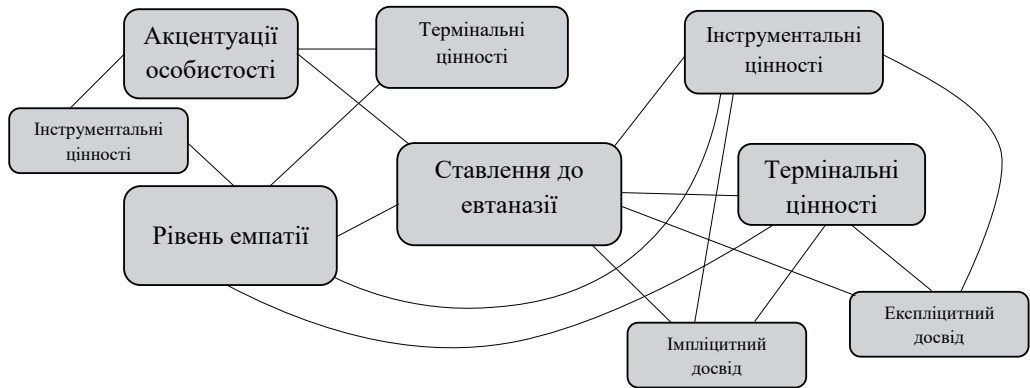


Рис. 14. Загальна плеяда можливих прямих зв'язків між явищами в емпіричному дослідженні.

### Якісний аналіз

Для дослідження імпліцитних змістів досліджуваного явища нами застосовувалась проєктивна методика «Малюнок-символ «евтаназія». Вона полягала в зображенні на аркуші паперу досліджуваним певного символу, який нагадує йому, чи чітко передає значення евтаназії. При інтерпретації результатів були виявлені наступні тенденції:

- в найбільшій кількості малюнків серед досліджуваних спостерігаються сцени самого процесу евтаназії (реалістичні сцени), де є пацієнти, які лежать на ліжку. Є й поряд ті люди, які безпосередньо роблять ін'єкцію, а також близьке оточення, яке емоційно страждає. На цих малюнках вагомим предметом є сам шприц. Як правило, він є достатньо великим, іноді, як сама людина;
- на деяких малюнках спостерігається ангел, який є над хворим, що можна трактувати, як екзистенційного сприйняття самого процесу евтаназії з точки зору конкретної дії чи події досліджуваними;
- на восьми малюнках зображений шприц, яким виконується дія евтаназії, що може бути символом у зміні стану досліджуваного.

Малюнки поділились також за сюжетними лініями:

- 1 група. Сюжет «Взаємодія». Досліджувані у своїй взаємодії підняли у процесі дослідження цілу гаму емоцій, які пов'язані з влас-

ними експліцитними та імпліцитними досвідами і створили певні переживання особистісного характеру.

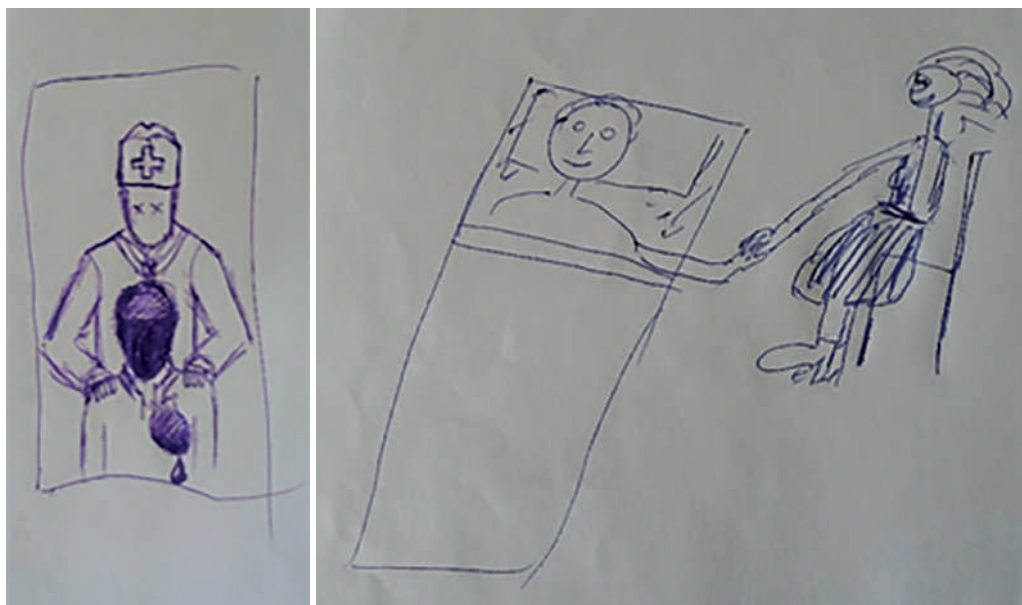


Рис. 15. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Взаємодія».

- 2 група. Сюжет «Шприц як знаряддя». Через через цей об'єкт відбувається зміна стану пацієнта. Власні досвіди і переживання пов'язані з медичними маніпуляціями, які переживали студенти у своєму життєвому досвіді (ми припускаємо, що це можуть бути дитячі досвіди та страхи).

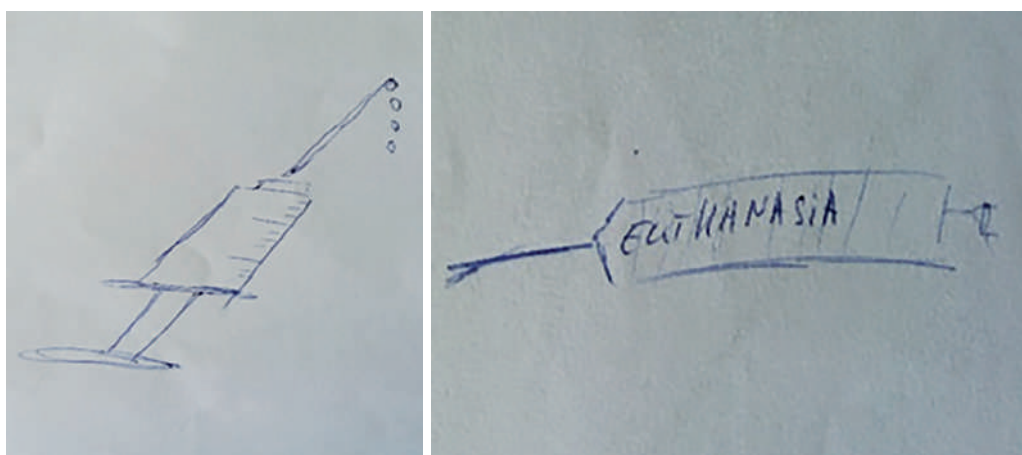
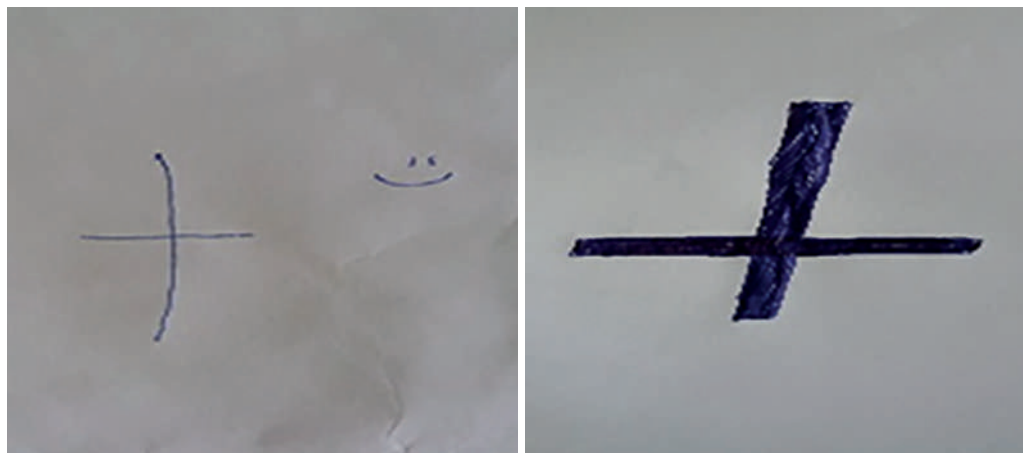


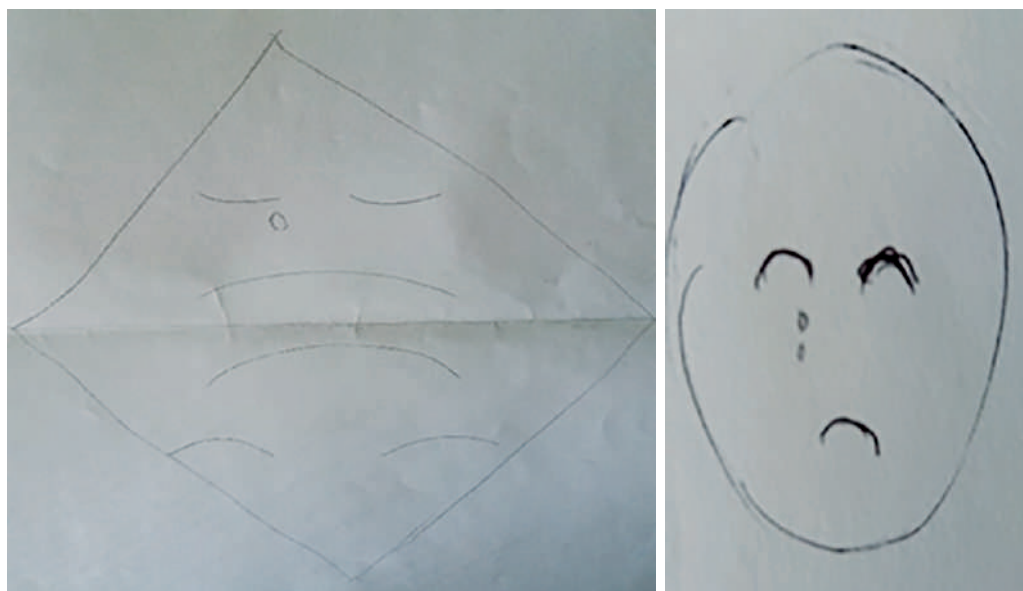
Рис. 16. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Шприц як знаряддя».

- 3 група. Сюжет «Хрести». До цієї групи можна віднести малюнки з архетипною символікою. Концентрація на хрестах свідчить про конкретний колективний перехід з одного стану в інший.



*Рис. 17. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Хрести».*

- 4 група. Сюжет «Емоція смутку». Обличчя в стражданні, що може бути свідченням переживань. Відсутність на малюнку людей і стосунків нашоєхує нас на думку про власні ранні дитячі страждання студентів та відщеплення від тіла.



*Рис. 18. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Емоція смутку».*



- 5 група. Сюжет «Символіка». В досліджуваних проявляється архетипний досвід, що втілюється в архетипній символіці (згасання свічки, символ смерті, символ змії з чашею, ключ, сонце, місяць). Можемо припустити, що осмислення цієї ситуації приводить досліджуваних до зустрічі із загальнолюдськими базовими архетипними символами та досвідами.

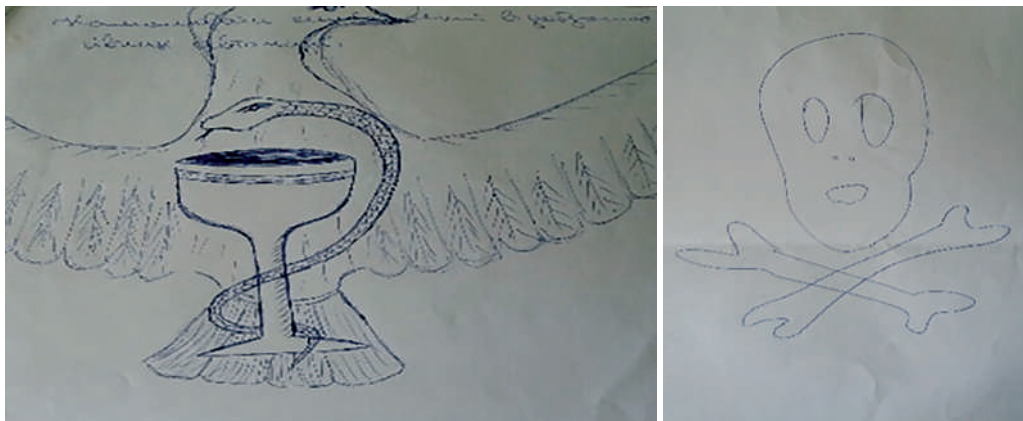


Рис. 19. Приклад символічного зображення явища етаназії досліджуваними з групи «Символіка».

- 6 група. Сюжет «Явища природи». В досліджуваних можуть виникати складні життєві питання екзистенційного характеру в просторі і часі.



Рис. 20. Приклад символічного зображення явища етаназії досліджуваними з групи «Явища природи».

- 7 група. Сюжет «Перервана ізоляція». Таке зображення передає перехід частоти серцевих коливань в ізоляції і може свідчити про професійний досвід (дисоційоване сприйняття етаназії).

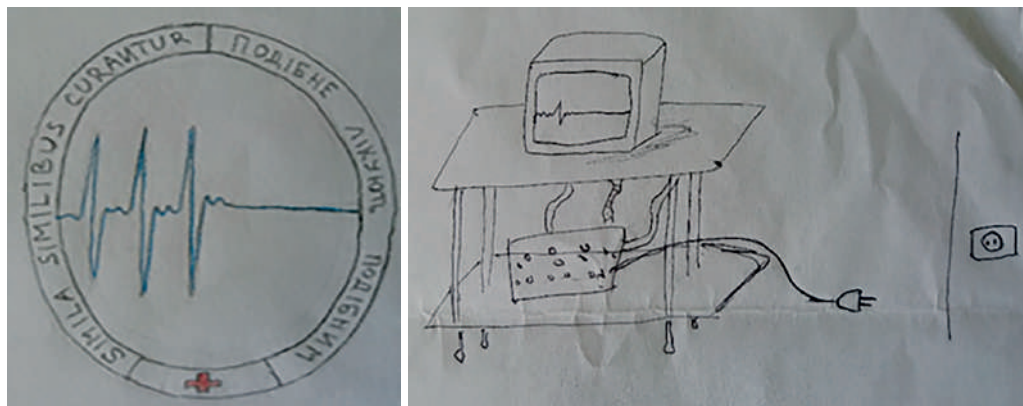


Рис. 21. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Перервана ізоляція».

- 8 група. Сюжет «Машина на дорозі». Може свідчити про евтаназію, як про певний шлях, який треба перейти людині, яка страждає. Машина може виступати символічним переходом з одного стану людини в інший; може позбавити хворого від небажаних мук; переправити в «краще життя».

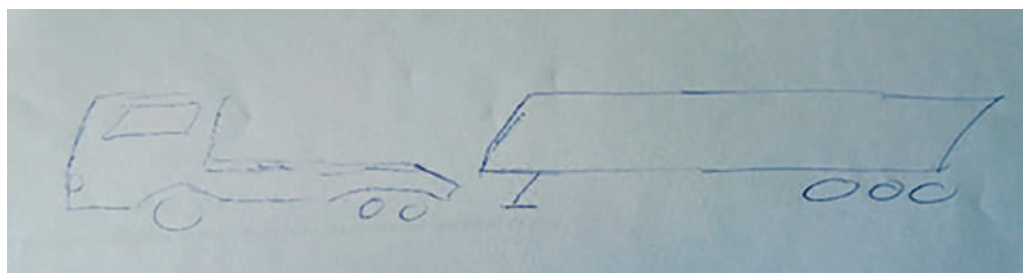


Рис.22. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Машина на дорозі».

- 9 група. Сюжет «Пустка». Пустий листок на підписом «тут все намальовано». Відмова чи небажання подати зображення може свідчити про певною мірою втечу від реальності або вести за собою певний прихований зміст, містити підтекст.

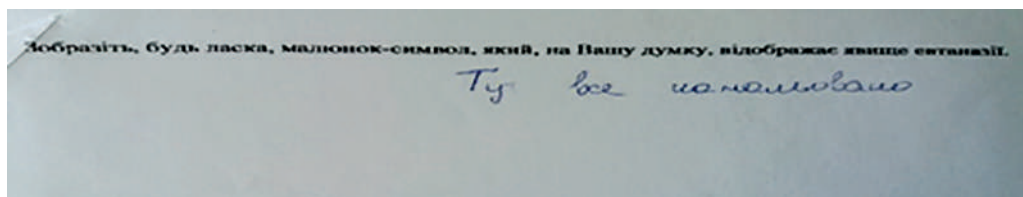


Рис. 23. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Пустка».

При останньому опрацюванні результатів емпіричного дослідження були виявлені наступні результати:

- 29 студентів мають позитивне ставлення до евтаназії, у 10 студентів виявлене негативне ставлення і 7 студентів мали свій варіант, представлений такими відповідями: неоднозначно; компромісно; залежить від випадку; 50/50; допускає можливість проведення евтаназії в конкретних випадках.
- Відповідно до розподілу досліджуваних за акцентуаціями особистості (опитувальник Шмішека). Демонстративний та педантичний типи були виявлені у 5 студентів, застрягаючого типу є 8 студентів, збудливого, емотивного і циклотимного – 3, гіпертимного та емотивно-екзальтованого є 4, тривожного – 9 студентів.
- Із 46 студентів-медиків 16 – мають високий рівень емпатії, 13 – середній, 17 – низький рівень емпатії.
- Студентів, що володіють термінальними цінностями (переконання, що мета життя людини вартує пройденого шляху) є 18; студентів, що володіють інструментальними цінностями (переконання, що будь-яка дія людини завжди є кращою в індивідуальній ситуації) є 28.

## ВИСНОВКИ

В даній роботі нам вдалося теоретично дослідити явище евтаназії; прослідкувати формування ставлення до евтаназії в історичному контексті та розглянути позиції прибічників та противників цього явища.

За допомогою емпіричного дослідження ми дослідили вплив рівня емпатії у студентів-медиків на ставлення до евтаназії. У дослідженнях ми використали 5 методик: авторську анкету досліджуваного, опитувальник акцентуацій особистості Леонгарда-Шмішека, опитувальник для діагностики здатності до емпатії А. Мехрабіана та Н. Апштайна, опитувальник ціннісних орієнтацій М. Рокіча та малюнок-символ для візуалізації ставлення до явища евтаназії.

В дослідженні взяли участь 46 студентів-медиків, з яких 13 – чоловіки і 33 – жінки. Відповідно до першої гіпотези, де йдеться, що ймовірно у студентів-медиків буде різне ставлення до евтаназії, – все підтвердилося. Згідно з порівняльним аналізом були виявлені інструментальні та термінальні цінності та їхня кореляція зі ставленням до евтаназії, а відповідно до якісного аналізу ми отримали різні проєкції імпліцитних та експліцитних досвідів на явище евтаназії.

Беручи до уваги всі отримані дані, ми можемо частково підтвердити нашу гіпотезу, що у студентів, які сповідують термінальні та інструментальні цінності, існують різні проєкції власних імпліцитних та експліцитних досвідів. Також частково можемо стверджувати, що сформоване позитивне ставлення до евтаназії може бути спричинене достатньо високим рівнем емпатії. Часткове підтвердження гіпотези може впливати з невеликої вибірки досліджуваних. Однак, ми спостерігаємо певний зв'язок між цими явищами, що може бути підставою для проведення дослідження з більшою вибіркою досліджуваних.

## **Список використаних джерел:**

1. Андрусів С. В., «Кримінальне право України: Особлива частина. Підручник»; За ред. П. С Матишевського та ін. К.: Юрінком Інтер, 1999. 45 с.
2. Кириленко Т. С., Мирончак К. В. «Особливості переживання страху смерті в різних життєвих ситуаціях: когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти». 2010. 82 с.
3. Примаченко В. Ф., «Проблема евтаназії в кримінальному праві України», Виво «Право і безпека», 2002. С. 5-11.
4. С. Йосафата Оксана Дробик, «Паліативна допомога як протидія евтаназії», Видавництво «Друкарські куншти», Львів, 2011.
5. Арнольд Дж. Тойнби, «Роль личности в истории», Изд-во: «Харвест», «Астрель» 2012 г. 114 с.
6. Байер К., Шейнберг Л. «Здоровый образ жизни». М.: Мир, 1997.
7. Большой толковый социологический словарь. В 2-х т. Т.2.-М: Вече; АСТ, 2001. 528 с.
8. Выготский Л. С., «Психология развития человека», Изд-во «Смысл» Эксмо, 2005. 109 с.
9. Иммануил Кант. Критика способности суждения. Изд. «Искусство» 1994 г.
10. Мельников Д. Тайна гестапо. Империя смерти. Вече, 2000.
11. Парахневич О. С., Портнова А.Г. Специфика переживания страха смерти в возрастно-половом аспекте. Изд-во «Генезис». 2006. 12-15 с.
12. Секацкий А. К. Ускользание и обман в поединке со смертью / В кн. Психология умирания и смерти: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. Мн.: Харвест, 1998 г. 79-82 с.
13. Сельченко К. В. Анализ внутренних переживаний потребителя / Психология умирания и смерти: Хрестоматия. Изд-во «Харвест», 1998 г. 3-11 с.
14. Введение в биоетику. Учебное пособие. Изд-во «Прогресс-традиция». Москва 1998 г.
15. Ardel M., "Effects of Religion and Purpose in Life on Elders' Subjective Well-Being and Attitudes toward Death." Journal of Religious Gerontology, 2002. 163-192 p.
16. Baergen R., "Ethics at the end of life", Idaho state university, 2001. 1-38 p, 42-46 p.
17. Becker E., "The Denial of Death", New York, 1973.
18. Campbell C, Fahy T. Suicide and schizophrenia. Psychiatry. 2005.
19. Dowbiggin I., "A merciful end: The euthanasia movement in modern America", New York: Oxford University Press, Inc; 2003.
20. Fenigsen R., M.D., Ph.D., «Other people's lives: reflections on medicine ethics and euthanasia», New Jersey, 2011.
21. Phillips P., "Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: attitudes and knowledge of medical students", GMS Journal for Medical Education, 2016. – 42 p.
22. Gandhi A., "Desire for death in cancer patients – an Indian Study", Presented at the International Congress of the International Psycho Oncology Society, Copenhagen, 2004. 39-128 p.

23. Griffin G., “A prospective investigation of suicide ideation, attempts, and use of mental health service among adolescents in substance abuse treatment”, 2008.
24. Hurley K., “Implementing a population health plan in an animal shelter”, Blackwell Publishing Professional, Oxord, UK, 2004.
25. Lock J., An Essay Concerning Human Understanding, «Oxford University Press», 2008. 205 p.
26. Katolyk H.V. Peculiarities of attitudes of medical students to eutanasia: the psychological aspect. Personality in society: psychological mechanisms of activity: collective monograph / N. P. Hapon, S. L. Hrabovska, N. V. Hrebin., etc. – Lviv-Torun : Liha-Pres, 2020. P. 94-117.
27. Maslow A. H. “A Theory of Human Motivation, New York, 2004.
28. McLennan M., “The revised death fantasy scale: a measure of reaction to anticipatory contemplation of personal death”, The Australian Counseling Psychology, 1994. 232 p.
29. Morris K. N., “Trends in intake and outcome data for animal shelters in Colorado”, Journal of the American Veterinary Medical Association, February, 2009. 98-153 p.
30. O`donnell T.J., “Morals in medicine”, The newman press, Westminster, Maryland, 1956. 190-193 p.
31. Piaget J., «The Psychology of Intelligence», Brooklyn, 1947. 1-94 p.
32. [petition.kmu.gov.ua](#) > [kmu](#) > [Petition](#) > [View](#)
33. [irbis-nbu.gov.ua](#) > [cgi-bin](#) > [irbis\\_nbu](#) > [cgiirbis\\_64](#) > [jnn\\_2014\\_1](#)