

УДК 930.85:008

DOI: [https://doi.org/10.63437/3083-6433-2026-1\(36\)-05](https://doi.org/10.63437/3083-6433-2026-1(36)-05)

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Лантух Алла,</b><br>кандидат філософських наук, доцент,<br>Приватний заклад вищої освіти<br>«Університет медицини та соціальних наук»,<br>м. Харків, Україна | <b>Lantukh Alla,</b><br>Candidate of Philosophical Sciences,<br>Private Establishment of Higher Education<br>“University of medicine and social sciences”,<br>Kharkiv, Ukraine |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

 <https://orcid.org/0000-0002-5043-1816>

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Лантух Ігор,</b><br>доктор психологічних наук, професор,<br>Харківський інститут Приватного акціонерного<br>товариства «Міжрегіональна<br>Академія управління персоналом»,<br>м. Харків, Україна | <b>Lantukh Ihor,</b><br>Doctor of Psychology Sciences,<br>Kharkiv Institute of the Private Joint-Stock<br>Company “Interregional Academy of Personnel<br>Management”,<br>Kharkiv, Ukraine |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

 <https://orcid.org/0000-0002-0891-2704>

|                                                                                                                                      |                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Меркулова Ніна,</b><br>кандидат медичних наук, доцент,<br>Харківський національний<br>медичний університет,<br>м. Харків, Україна | <b>Merkulova Nina,</b><br>Candidate of Medical Sciences,<br>Associate Professor,<br>Kharkiv National Medical University,<br>Kharkiv, Ukraine |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

 <https://orcid.org/0000-0001-7009-7272>

## ЛІКАР І ПАЦІЄНТ: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ВИМІРИ ЕТИЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

### Анотація.

У статті доведено, що відносини між лікарем і пацієнтом формуються на етичних засадах. Витоки цього сягають часів Гіппократа. Звернено увагу на те, що саме цей давньогрецький цілитель, лікар та філософ, відокремив медицину від містики, заклав підґрунтя наукового підходу, систематизував знання та сформулював етичні принципи лікаря, об'єднані у «Клятві Гіппократа». Зазначено, що «Клятва Гіппократа» та значення її для сучасної культури полягає у тому, що у ній надано уявлення про медицину як професію. Проведена паралель між моральними норми, якими керуються у своїй повсякденній діяльності особистості, що мають переважно негативний характер та моральними нормами, якими керується лікар, щодо своїх пацієнтів.

**Ключові слова:** лікар; пацієнт; медична етика; етичний кодекс; клятва Гіппократа.

## PHYSICIAN AND PATIENT: SOCIAL-PSYCHOLOGICAL DIMENSIONS OF ETHICAL INTERACTION

### Summary.

The article demonstrates that the physician-patient relationship is grounded in ethical principles that date back to Hippocrates. Attention is drawn to the fact that this ancient Greek healer, physician, and philosopher separated medicine from mysticism, laid the foundations of a scientific approach, systematised medical knowledge, and formulated the ethical principles of the physician embodied in the Hippocratic Oath. The significance of the Hippocratic Oath for modern culture lies in its presentation of medicine as a profession with clearly defined moral obligations.

*A parallel is drawn between the moral norms that guide individuals in their everyday activities, which are predominantly restrictive in nature, and the moral norms that guide physicians in their attitudes toward their patients. It is emphasised that the relationship between the physician and the patient differs from both market relations and purely personal relationships between individuals. At the same time, these relations incorporate features of both types. Therefore, physician–patient relations can be characterised as “quasi-personal”.*

*It is established that professional relations, like market relations, involve interactions between strangers and are based on formal norms. At the same time, professional relations, like personal relations, share the feature that their foundation consists not merely of negative restrictions but also of positive obligations aimed at benefiting the client. According to the ethical code of medical professionals, the interests of the patient take precedence over the interests of the physician. It is emphasised that concern for human health constitutes the highest good. This good cannot be ensured by simple market relations. Health is not a commodity that can be distributed among consumers solely on the basis of their purchasing power. To deprive a person of medical care due to an inability to pay for it would be unjust.*

*All of this distinguishes the relationship between physician and patient from the relationship between seller and buyer. The physician assumes the obligation to provide assistance to the patient even at the expense of personal interests, while the patient, in turn, is obliged to trust the physician. Unlike contractual relations between buyer and seller, the relationship between physician and patient goes far beyond ordinary moral obligations.*

**Keywords:** *physician; patient; medical ethics; ethical code; Hippocratic Oath.*

**Постановка проблеми.** Взаємодія лікаря та пацієнта є складним соціокультурним феноменом, етичний і соціально-психологічний виміри якого визначають не лише ефективність лікувального процесу, а й загальний рівень гуманізму в суспільстві. Польський класик афоризмів Владислав Гжешик зазначив, що «добро існує там, де його постійно творять». Це твердження можна і треба екстраполювати на взаємодію лікаря та пацієнта, що є багатовекторною та всебічною. Ця проблема виходить на рівень етичних відносин, які є актуальними та затребуваними суспільством у різні часи та епохи, а особливо у добу сьогодення, коли психологічна напруга під час війни є максимальною. Рівень захворювань, поранень, панічних атак зростає у геометричній прогресії. Тому проблема взаємин лікаря і пацієнта, їхній етичний контекст є камертоном для розв’язання багатьох проблем.

**Аналіз актуальних публікацій.** Навряд чи буде перебільшенням стверджувати, що в сучасному західному етичному дискурсі провідне місце посідають проблеми медичної етики [1; 2]. Таким проблемам, як еутаназія, етика біотехнологій тощо, присвячені публікації не лише в межах вузькоспеціалізованих видань [3; 4], а й у періодичній пресі. В Україні дослідження та наукова дискусія з проблем медичної етики перебувають на початковому етапі становлення та потребують подальшого системного розвитку [5–10].

**Метою** статті є дослідити зміни взаємин між лікарем і пацієнтом і як це вплинуло на етичні засади їх взаємодії у сучасних умовах соціального буття.

**Виклад основного матеріалу.** Структура моралі є багатоелементною. Це етичні принципи середнього рівня, а саме – принципи автономії, милосердя, справедливості, принцип «не зашкодь». Ці принципи належать до середнього рівня, оскільки вони носять менш загальний характер, аніж етичні теорії, наприклад, кантіанство чи утилітаризм, але більш загальний, ніж моральні правила. Прикладами моральних правил є такі положення, як «не спричиняй іншому біль», «не обманюй», «не кради». Будь-яка людина як особистість заслуговує поваги, оскільки вона має особливий хист до раціонального вибору цілей, побудови плану в досягненні цих цілей. Повага до особистості означає повагу до її здібностей. Особливу повагу вимагають також умови реалізації вказаних здібностей: життєздатність, цілісність організму, свобода вибору та вчинків. Повага особистості передбачає повагу її прав. У межах медичної етики виділяють такі права особистості, як право на життя, право на інформацію про своє здоров’я, право на зберігання особистісної таємниці.

Згідно з моральною філософією, наслідки мають відповідати правильності чи помилковості вчинків суб'єкта. Проте питання про те, які наслідки є правильними, досі залишаються предметом етичних дискусій. Представники гедонізму та утилітаризму ототожнюють «вірні» наслідки з задоволенням або щастям особистості, представники інших етичних теорій – з задоволенням, що отримують від раціонального вибору, або з «об'єктивним добробутом» суб'єкта. Важливе значення у структурі моральних цінностей мають такі рольові зобов'язання, як зобов'язання надавати необхідну медичну допомогу, зберігати лікарську таємницю, проявляти милосердя щодо до людського плоду тощо. Важливу роль у моральному вигляді особистості відіграють такі переваги, як чесність, співчуття, цільність, піклування про інших. Хоча переваги тісно пов'язані з моральним характером особистості, їх можна використовувати в оцінці вчинків: той факт, що в основі вчинку лежить та або інша перевага, може слугувати основним для його виправдання.

На думку С. Stronga, традиційні етичні теорії не здатні відповісти на питання, що виникли в практиці сучасної медицини [11]. У межах кантівського вчення про мораль центральною є ідея про те, що іншу людину варто розглядати як ціль, а не як засіб. Цей принцип, або категоричний імператив, неможна порушувати ні при яких умовах. Проте серйозні труднощі виникають тоді, коли суб'єкт, зокрема лікар, постає перед вибором із декількох взаємовиключних варіантів можливих дій, кожен із яких є його професійним обов'язком. Усе це означає, що такі традиційні етичні теорії, як кантіанство, утилітаризм, теорія контракту, мають бути конструктивно доповнені у відповідності з новими вимогами, що змінилися.

В античні часи медицина ще не розглядалася як професія у сучасному розумінні. Звільнившись від впливу релігії, медицина мала статус ремесла, тобто способу для отримання засобів до існування. У добу античності не існувало ніякої системи підготовки лікарів. Кожний охочий міг пропонувати медичну послугу і отримувати певну платню за результатами своєї праці. Якщо звернутися до особистості Гіппократа, то варто зазначити, що саме цей давньогрецький цілитель, лікар і філософ, відокремив медицину від містики, заклав основи наукового підходу, систематизував знання та сформулював етичні принципи лікаря, об'єднані у «Клятві Гіппократа». Значення «Клятви Гіппократа» для сучасної культури полягає в тому, що вона формує уявлення про медицину як про професію з чітко окресленими етичними засадами.

Треба зазначити, що школа Гіппократа виходила за межі усталеної традиції. Це була саме «школа». Про це свідчить, по-перше, те, що вона була місцем, де майбутні лікарі могли оволодіти медичними знаннями; по-друге, у ній висувалися певні погляди на здоров'я, хворобу, методи лікування; по-третє, це була свого роду гільдія, члени якої були пов'язані з лояльністю один до одного, до своїх вчителів і до своєї школи [7].

Проголошення клятви – урочистої обіцянки, яку давали перед Богом, – передбачало суттєву різницю між повсякденним життям і тими зобов'язаннями, які стосувалися більш важливих галузей. Сам факт складання клятви засвідчував особливий статус лікаря: це не лише спосіб здобуття засобів до існування, а належність до окремої професійної спільноти. У священних таїнах гіппократівської медицини посвяту отримував не кожен, а лише той, хто міг бути допущений до гільдії лікарів. Ідея солідарності між колегами була невіддільним елементом традиційного розуміння професії. Належність до професії характеризувалася тим, що її члени домовлялися між собою не конкурувати одне з одним, а навпаки – надавати взаємну підтримку. Проте подібна лояльність між колегами була здатна обернутися проти тих, кому представники професії зобов'язані були слугувати, тобто проти інтересів пацієнтів. Наприклад, це траплялося в тих випадках, коли лікарі відмовлялися бити на сполох щодо проявів некомпетентності чи корупції колег, тобто тоді, коли проявлялася на практиці деформація ідеї медичного професіоналізму.

До обов'язків лікаря належала багатofункціональність його роботи: працювати на благо пацієнта; за можливості, не спричиняти йому болі; не давати ліків, які здатні спричинити смерть; не використовувати свого становища в корисливих цілях, наприклад, з метою сексуального зваблення; зберігати секрети своїх пацієнтів тощо [2]. Сутність професії в цьому випадку

полягала в служінні клієнту, у прийнятті на себе певних етичних обов'язків, тобто так званого етичного кодексу. Професія існувала не для самозадоволення професіонала, а для служіння інтересам тих, для кого вона була створена. Від лікарів школи Гіппократа в разі потреби очікувалося надання безкоштовної медичної допомоги, що вирізняло їхню практику серед традицій античного світу. В інших випадках оплата лікарю здійснювалася лише після досягнення успішного результату лікування, що підкреслює пріоритетність інтересів пацієнта в професійній практиці лікаря.

Професіонал – це той, хто пов'язаний із клієнтом певними моральними зобов'язаннями, у цьому випадку етичним кодексом, які слугують насамперед інтересам клієнта, а не представникам тієї чи іншої професії. Досвід школи Гіппократа свідчить, що професія є не лише комерційною діяльністю, а й підпорядкованою певним етичним нормам, які забезпечують пріоритет інтересів пацієнта над особистою вигодою професіонала.

Моральні норми, якими керуються у своїй повсякденній діяльності особистості, мають переважно негативний характер. Це насамперед заборони на такі дії, які здатні завдавати іншим людям наруги. До таких правил належать, наприклад, «не бреші», «не порушуй обіцянки» тощо. Ці правила стосуються людей, які незнайомі одне з одним, не пов'язані між собою особливими взаєминами. Ці норми відрізняються, наприклад, від тих, які пов'язують батьків із дітьми, братів із сестрами, коханців тощо.

У контексті сучасних ринкових відносин, взаємини між продавцем і покупцем – це відносини, зазвичай, між незнайомцями. Продавець, що торгує м'ясом, не обов'язково є другом своєму клієнту: головний мотив його діяльності – заробити засоби для існування, і моральні норми, якими він керується, лише обмежують коло його можливих дій щодо клієнта. Відносини на ринку між продавцем і покупцем мають договірний або квазідоговірний характер. М'ясник має моральне зобов'язання пропонувати покупцю товар певної якості. Проте було б безглуздом вимагати від нього постачати м'ясо безкоштовно всім тим, хто здатен придбати його за ринковими цінами.

Екстраполюючи ці відносини між лікарем і пацієнтом, варто підкреслити, що вони відрізняються як від ринкових відносин, так і від особистісних взаємин між людьми. Водночас ці відносини запозичують риси як перших, так і останніх. З огляду на зазначене, відносини між лікарем і пацієнтом можна кваліфікувати як квазіособистісні.

Професійні відносини подібні до ринкових, оскільки виникають між незнайомими людьми та регулюються формальними нормами. Ваш лікар – це не ваш друг. Професійні відносини мають з особистими відносинами те спільне, що в їх основі знаходяться не просто негативні обмеження, а позитивні обставини, спрямовані на користь клієнта. Згідно з етичним кодексом медиків, інтереси пацієнта ставляться вище, ніж інтереси лікаря.

Дослідник Е. Matthews визначає професію як заняття, що має забезпечити добробут, необхідний для нормального людського буття. Він визначає медицину як професійну парадигму, оскільки користь, яку вона надає, є першою необхідністю [1].

Турбота про здоров'я людей – це найвище добро. Це добро не може бути засноване на засадах простих ринкових відносин. Здоров'я – це не той товар, що може розподілятися між споживачами лише на підставі їхньої платоспроможності. Позбавити будь-кого медичної допомоги на підставі його неплатоспроможності було б несправедливо. Ці чинники відрізняють професійні відносини між лікарем і пацієнтом від комерційних відносин між продавцем і покупцем. Лікар зобов'язаний надавати пацієнту допомогу незалежно від власних інтересів, а пацієнт зобов'язаний довіряти своєму лікарю. На відміну від договірних відносин між покупцем і продавцем відносини між лікарем і пацієнтом виходять далеко за межі простих моральних зобов'язань.

Цікаво, що поряд із «Клятвою Гіппократа» дослідник Е. Matthews висуває нову декларацію, згідно з якою випускник медичного закладу вищої освіти зобов'язаний використовувати власні знання та здібності на користь усіх своїх пацієнтів і суспільства загалом, у своїй діяльності суворо дотримуватися традицій медичної професії і не робити нічого такого, що було б несумісне

з цими традиціями. Науковець наголошує, що він не згоден з «Клятвою Гіппократа» у тій її частині, де йдеться про замкненість представників цієї медичної школи, яка порівнюється із замкнутістю масонських лож [1].

Було б недоречно розглядати лікарів як представників якоїсь священної гільдії, пов'язаних особливими зобов'язаннями між собою. Перехід від клятви Гіппократа до урочистої декларації символізує перехід від ідеї професії як священного братерства людей, які мають допомагати одне одному, до ідеї професії як групи людей, у яких на першому плані стоять інтереси пацієнта, або від погляду «всередину» до погляду «ззовні» професії.

Стара ідея Гіппократа про те, що лікар не має права вимагати оплати за надання послуг, наразі замінюється ідеєю про те, що медичні послуги мають бути забезпечені суспільством. Такі практики вже існують. Це країни Скандинавії, США тощо. Прикладом може бути Скандинавія, де медична служба існує за рахунок податків. Щодо інших європейських країн, то медицина підкріплюється державною системою обов'язкового медичного страхування. Навіть у США, де більша частина медичного забезпечення знаходиться в приватній власності, існує система соціальної медичної допомоги для ветеранів, людей похилого віку та інших верств населення. Перехід від лікаря, чиє існування залежить від гонорарів своїх пацієнтів, до лікаря, який отримує свою зарплату від держави, зміцнює його позиції як професії.

Медицина сьогодні на всіх рівнях стає дедалі більш груповим видом діяльності. Лікарі працюють разом із медичними сестрами та представниками інших пов'язаних із медичною сферою професій. Водночас відносини між лікарем і пацієнтом стають усе менш особистісними. Лікар вже не може зберігати у своїй пам'яті всіх своїх пацієнтів, їхній образ життя, їхні проблеми тощо. Тому лікар не може говорити про своїх пацієнтів «мої пацієнти», а пацієнти про лікаря – «мій лікар». Натомість лікар дедалі частіше постає знеособленим гарантом надання медичної допомоги, чому безпосередньо сприяє стрімка технологізація сучасної медицини. У таких умовах особистість фахівця втрачає свою знаковість, поступаючись масштабним можливостям новітніх технологій, які застосовує медична команда. Особистість лікаря стає менш знаковою у порівнянні з можливостями технологій, які він або його команда використовує.

Медична професія здатна забезпечити людей тим, що Аристотель називав «людським добром». Це «добро» не можна ототожнювати з «моральним добром» у сучасному посткантіанському сенсі цього виразу – це лише компонент людської евдемонії. Сам І. Кант заперечував, що здоров'я може бути моральним добром, оскільки здорові люди можуть бути та аморальними.

Якщо здоров'я належить до основного людського добра, то турбота про нього суттєво відрізняється від простого задоволення тих чи інших бажань суб'єкта. Забезпечення таким «добром» вимагає певної відданості, «моральної серйозності» з боку лікаря. Лікар зобов'язаний розглядати свою професію не лише як засіб до існування, а і як засіб служіння людству. Не випадково зобов'язання кодексу етики, яке бере на себе лікар, відображає не стільки інтереси представників даної професії, скільки інтереси пацієнта.

Дослідник J. Lowenstein підкреслює, що від руйнування традиційних відносин між лікарем і пацієнтом більше страждають пацієнти. Від самого початку відносини між лікарем і пацієнтом означали дещо більше, ніж просте надання медичної допомоги. Повною мірою ці відносини проявлялися тоді, коли пацієнт знаходився в «пограничній ситуації» між життям і смертю. У цьому випадку обидві сторони переживають особливий емоційний стан безпорадності, невизначеність та жах, що відчували пацієнти, викликають відповідний «емоційний резонанс» у лікаря. Цей «підбадьорливий» емоційний стан Аристотель кваліфікував як катарсис. Тому J. Lowenstein вважає, що подібне емоційне спілкування має бути частиною відносин між лікарем і пацієнтом на етапі розвитку сучасного суспільства [11].

Співчуття – це повага, визнання індивідуальності іншого суб'єкта, бажання вступити у взаємини з яким визначається не лише розумом, а й інтуїцією, емоціями. Співчуття – необхідний елемент відносин між лікарем і пацієнтом. «Якщо ми бажаємо зберегти в медицині гуманістичні цінності, навчити співчуттю, то перший крок у цьому напрямі – визнання відповідальності

викладачів медичних освітніх закладів за етичне виховання студентів» [11, с. 17]. Важливим кроком у цій справі було б звернення у межах курсу історії медицини до прикладів гуманістичних взаємин між лікарем і пацієнтом, наданим у художніх творах, наприклад, німецького письменника Томаса Манна, англійського – Артура Конан Дойля та ін.

Нові форми та методи лікування не мають докорінним чином змінювати характер відносин між лікарем і пацієнтом: лікар має зберігати співчуття до хворого. Відносини між лікарем і пацієнтом демонструють моменти глибокого задоволення і «внутрішнього зв'язку».

Варто зауважити, що мова медицини останніми роками істотно трансформувалася. Зміни в мові та методах медичного дослідження призводить до збільшення розриву між лікарем і пацієнтом. «Заклик до “старого доброго лікаря” – це не заклик до старої доброї людини з маленьким чорним саквоюжем і невеликим вибором нешкідливих ліків, але скоріш прагнення до спілкування однією мовою» [11, с. 22]. Ця мова повинна виражати надію, вітху, силу, хоробрість.

Кожен пацієнт робить певний внесок у процес навчання лікаря. Здатність лікаря вивчати хворобу шляхом терплячого та уважного спілкування з пацієнтом підтверджується практикою. Якщо лікар знайде делікатний підхід до пацієнта, то пацієнт повідомить йому все необхідне для анамнезу. Досвід спілкування з пацієнтами може надати лікарю набагато більше, ніж звернення до медичних підручників.

Потреба у втішенні хворого є невіддільною частиною відносин між лікарем і пацієнтом. Чим більше невизначеним є майбутнє і чим песимістичніші прогнози, тим більше пацієнт потребує підтримки лікаря, усвідомлення того, що лікар перебуває «поряд». Потреба пацієнта в заспокоєнні – це прагнення не до магії, а скоріше – до людського зв'язку. Це вітху в тому, що біль пацієнта є під контролем лікаря, що пацієнт збереже свої чесноти та його бажання будуть враховані, що його не залишать на самоті перед обличчям смерті.

Почуття невизначеності, жах перед втратою, безпорадність, що відчуває пацієнт, не можуть залишитися непоміченими лікарем. Співчуття – природна реакція на співчуття лікарем. І хоча лікар здатен поділяти почуття, що відчуває пацієнт, їхні відносини мають асиметричний характер. Вочевидь, пацієнт і члени його родини страждають у більшій мірі, ніж лікар. «Почуття задоволеності, яке лікар відчуває в результаті щирого спілкування з пацієнтом, можливо, компенсує накопичений вантаж невизначеності, журби та втрати» [11, с. 51].

Останніми роками відносини між лікарем і пацієнтом у питанні щодо істини суттєво змінилися. Патерналізм пішов у небуття на користь автономії пацієнта та переконання в тому, що «повна відвертість» необхідна для буденної медичної практики. Наслідком цього є певна обізнаність пацієнтів у таких складних питаннях, як діагностика та лікування хвороб.

Інформаційне повідомлення лікаря для пацієнта є важливішим за рецепти та формальні призначення, оскільки формує довіру та впливає на процес лікування. Думка лікаря має віддзеркалювати повне розуміння ним потреб пацієнта. Якщо у спілкуванні з одними пацієнтами від лікаря вимагають «повної відвертості», то в інших випадках лікарю навпаки варто діяти обережніше. Питання щодо розкриття міри істини, так само, як і питання щодо ступеня інтенсивності лікування мають відображати повне розуміння лікарем життя та обставин пацієнта.

**Висновки.** Таким чином, аналіз відносин між лікарем і пацієнтом засвідчує, що вони складаються і формуються на засадах етики та зорієнтовані на гуманістичний вектор розвитку. Попри те, що ці відносини стають менш особистісними, комплекс етичних норм визначає необхідність і цінність їх у спілкуванні між лікарем і пацієнтом. Це аксіома, яка підтверджується практикою людського буття.

#### Використані літературні джерела

1. Matthews E. Codes of ethics: Who needs them? *Ends a. means. Aberdeen*, 1999. Vol. 4, No. 1. URL: [http://www.abdn.ac.uk/cpts/article 7.shtml](http://www.abdn.ac.uk/cpts/article%207.shtml).
2. Overman E. S., Foss I. The ethics of physicians and citizens: An empirical test of the «separatist thesis». *Ethics and public administration*. New York, 1993. P. 121–135.
3. Strong C. Ethics in reproductive and perinatal medicine: A new framework. New Haven etc., 1977. 247 p.

4. Volkenandt M. Supportive care and euthanasia – an ethical dilemma. *Support care cancer. Berlin; Heidelberg*, 1998. Vol. 6, № 2. P. 114–119. DOI: <https://doi.org/10.1007/s005200050144>.
5. Поплавська С. Д. Етика професійної взаємодії медпрацівника і хворого. *Комп'ютерно-інтегровані технології: освіта, наука, виробництво*. 2013. Вип. № 11. С. 121–127.
6. Левенець С. С. Медична етика і деонтологія: реалії і перспективи. *Медична освіта*. 2012. № 4. С. 87–90. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.v0i4.1350>.
7. Алексеєнко А. П. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини: навч. посіб. / за ред. В. М. Лісовий. Харків: Колегіум, 2010. 340 с.
8. Лантух А., Лантух І., Остапенко В. Медична етика: чи потрібна вона лікарям та фармацевтам? *IV International scientific conference Modern educational space the transformation of national models in terms of integration (October 23, 2020)*. Leipzig, 2020. С. 156–159.
9. Мудріцька В. К. Сучасні погляди медичної етики і деонтології. *Медсестринство*. 2014. № 3. С. 34–36.
10. Макеєва Л. А. Теоретичні проблеми лікарської етики і медичної деонтології в умовах сучасної НТР: автореф. дис. ... к. ф. н. Львів, 1985. 21 с.
11. Lowenstein J. The midnight meal and other essays about doctors, patients, and medicine. New Haven etc., 1997. XV, 128 p.

### References

1. Matthews, E. (1999). Codes of ethics: Who needs them? *Ends a. means*, 4(1), 7-12. Retrieved from: [http://www.abdn.ac.uk/cpts/article 7.shtml](http://www.abdn.ac.uk/cpts/article%207.shtml).
2. Overman, E. S., & Foss, I. (1993). The ethics of physicians and citizens: An empirical test of the «separatist thesis». *Ethics and public administration*, 121-135.
3. Strong, C. (1977). Ethics in reproductive and perinatal medicine: A new framework. New Haven, 247 p.
4. Volkenandt, M. (1998). Supportive care and euthanasia – an ethical dilemma. *Support care cancer*, 6(2), 114-119. DOI: <https://doi.org/10.1007/s005200050144>.
5. Poplavska, S. D. (2013). Etyka profesiinoi vzaemodii medpratsivnyka i khvoroho [Ethics of professional interaction between a medical worker and a patient]. *Kompiuterno-intehrovani tekhnologii: osvita, nauka, vyrobnytstvo – Computer-integrated technologies: education, science, production*, (11), 121-127. [in Ukrainian].
6. Levenets, S. S. (2012). Medychna etyka i deontolohiia: realii i perspektyvy [Medical ethics and deontology: realities and prospects]. *Medychna osvita – Medical Education*, (4), 87-90. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.v0i4.1350>. [in Ukrainian].
7. Aliksieienko, A. P., & Lisovyi, V. M. (Eds.). (2010). Sotsialno-filosofski ta etychni problemy medytsyny: navch. posibnyk [Socio-philosophical and ethical problems of medicine: textbook]. Kharkiv, 340 p. [in Ukrainian].
8. Lantukh, A., Lantukh, I., & Ostapenko, V. (2020). Medychna etyka: chy potribna vona likariam ta farmatsevtam? [Medical ethics: is it needed for doctors and pharmacists?]. *IV International scientific conference Modern educational space the transformation of national models in terms of integration (October 23, 2020) – IV International scientific conference Modern educational space the transformation of national models in terms of integration (October 23, 2020)*, 156-159. [in Ukrainian].
9. Mudritska, V. K. (2014). Suchasni pohliady medychnoi etyky i deontolohii [Modern views of medical ethics and deontology]. *Medsestrynstvo – Nursing*, (3), 34-36. [in Ukrainian].
10. Makeieva, L. A. (1985). Teoretychni problemy likarskoi etyky i medychnoi deontolohii v umovakh suchasnoi NTR [Theoretical problems of medical ethics and medical deontology in the conditions of modern scientific and technological revolution] (Author's abstract of PhD thesis). Lviv, 21 p. [in Ukrainian].
11. Lowenstein, J. (1997). The midnight meal and other essays about doctors, patients, and medicine. New Haven, 143 p.

Прийнято 15 лютого 2026 року.

Затверджено 20 березня 2026 року.

Опубліковано 31 травня 2026 року.

Матеріал ліцензується на умовах міжнародної ліцензії Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).