

• создание «горячей линии здравоохранения» при администрации города.

Наиболее целесообразным является адресное выделение целевых средств на закупку диагностического и лечебного оборудования. При этом следует ориентироваться на российскую медицинскую технику. Необходимо довести ее качество до уровня мировых стандартов, развивать инновации в здравоохранении и медицинской науке; создавать научные центры, приглашая к сотрудничеству специалистов со всего мира. Это возможно путем увеличения финансирования здравоохранения до 15 % от ВВП (в настоящее время всего 3–4 %). Расширение рамок внедрения современных медицинских технологий (вплоть до амбулаторного звена) в лечении больных во многом могло бы решить территориальные проблемы доступности медицинской помощи: операции контрапульсации, проводимые в поликлиниках (технически это вполне возможно) на 50 % могли бы снизить риск возникновения инсультов и инфарктов; повсеместная вакцинация населения от онкологических заболеваний также могла бы снизить риск возникновения новообразований; обучение новейшим технологиям в операциях на сердце кардиохирургов на периферии также решило бы проблему стоимости и доступности данного вида лечения.

Важным моментом в усовершенствовании современной системы здравоохранения могло бы быть повышение квалификации медицинских работников и прохождение ординатуры в зарубежных клиниках, а также введение системы поощрений качественного труда медицинских работников амбулаторного и стационарного звена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко Н. Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте ев-

ропейских тенденций здоровья // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 3. – С. 10–14.

2. Михайлова Ю. В., Шестаков М. Г., Соболева Ю. В. и др. Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 2. – С. 37–41.

3. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

4. Роговина А. Г. Динамика преждевременной и предотвратимой смертности в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 6. – С. 10–21.

5. Саперов В. Н. Модели врачевания и их связь с основными принципами и правилами медицинской этики // Биоэтика. – 2014. – № 1. – С. 27–31.

6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 28.11.2011. – № 48.

7. Фуко М. Рождение клиники / Пер. с франц. А. Ш. Тхостова. – М.: Смысл, 1998. – 301 с.

REFERENCES

1. Gerasimenko N. F. Sverhsmernost' naseleniya – glavnaya demograficheskaya problema Rossii v kontekste evropeiskih tendencii zdorov'ya // Zdravooхранenie RF. 2009. № 3. S. 10–14.

2. Mihailova Yu. V., Shestakov M. G., Soboleva Yu. V. i dr. Predotvratimye poteri zdorov'ya naseleniya kak ob'ekt analiza // Ekonomika zdavooхранeniya. 2008. № 2. S. 37–41.

3. Reshetnikov A. V. Sociologiya mediciny (vvedenie v nauchnuyu disciplinu): Rukovodstvo. M.: Medicina, 2002. 976 s.

4. Rogovina A. G. Dinamika prezhdevremennoi i predotvratimoi smernosti v Rossiiskoi Federacii // Problemy social'noi gigeny, zdavooхранeniya i istorii mediciny. 2006. № 6. S. 10–21.

5. Saperov V. N. Modeli vrachevaniya i ih svyaz s osnovnymi printsipami i pravilami meditsinskoy etiki // Bioetika. 2014. № 1. S. 27–31.

6. Federal'nyi zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ (red. ot 25.06.2012) «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federacii» // Sobranie zakonodatel'stva RF. 28.11.2011. № 48.

7. Fuko M. Rozhdenie kliniki / Per. s franc. A. Sh. Thostova. M.: Smysl, 1998. 301 s.

УДК 614. 2

НРАВСТВЕННОСТЬ И РАЦИОНАЛЬНОСТЬ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ

А. А. Кожевников

кандидат социологических наук, проректор по общим вопросам Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей МЗ РФ, г. Новокузнецк, nvkz2004@rambler.ru

В статье рассмотрено медико-социальное поведение в контексте нравственности и рациональности как одно из оценочных характеристик организации системы здравоохранения на популяционном уровне. Автор приходит к выводу, что распространенность среди населения неинфекционных болезней, как и инфекционных, зависит от степени развития не только социальной среды, но и системы общественных отношений, регулируемых органами власти и управления в сфере жизнедеятельности и жизнеобеспечения людей. Выработанный в популяции тип поведения не всегда является позитивным с точки зрения социальных норм, морали, права и безопасности, так как многое зависит от качества социокультурной среды, а также от существующей закономерности, связанной с тем, что при удовлетворении потребностей в определенной ситуации люди стремятся создать такую же ситуацию, а при многократном длительном совершении подобных действий они входят в привычку и, влияя на поведение, становятся поведенческим стереотипом.

Ключевые слова: медико-социальное поведение, система здравоохранения, нравственность, рациональное поведение, популяция, коренное население Сибири, социологические исследования.

MORALITY AND RATIONALITY IN HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOUR OF THE INDIGENOUS POPULATION OF SIBERIA AT THE POPULATION LEVEL

A. A. Kozhevnikov

Ph.D. (Sociology), Vice-rector for General Affairs, the SEI Novokuznetsk state Institute of improvement of doctors

of the Ministry of health of Russia, Novokuznetsk, nvkz2004@rambler.ru

The article describes the medico-social behaviour in the context of morality and rationality, as some of the qualitative features of the organization of the health system at the population level. The author comes to the conclusion that the prevalence among the population of non-communicable diseases, and infectious, depends on the degree of development of not only the social environment, but also a system of social relations regulated by the authorities and administration in the sphere of life and livelihood of people. Developed in the population type of behavior is not always positive from the point of view of social norms, morality, law and security, as much depends on the quality of the socio-cultural environment, as well as from the existing laws related to the fact that in responding to the needs in a particular situation, people tend to create the same situation, and repeated for a long period of committing such actions, they become habits and influencing behavior, behavioral become a stereotype.

Key words: medico-social behavior, health system, moral, rational behavior, population, indigenous people of Siberia, sociological researches.

Проведение в течение ряда лет исследований по вопросам, связанным с возможностью применения социологического обеспечения в целях достижения медико-социального благополучия коренных народов Сибири, позволило выделить проблемы, которые непосредственным образом связывают здоровье с такими категориями, как «нравственность» и «рациональное», в процессе медико-социального поведения. Причиной для этого послужили данные социологических опросов, а также статическая информация, характеризующая динамику рождаемости, смертности и заболеваемости тубалар, проживающих в Республике Алтай, и телеутов, имеющих постоянное место жительства на территории Кемеровской области. Дополнительно учитывались содержание и направленность мер, предпринимаемых федеральными и региональными властями по повышению качества медицинских услуг. В ходе анализа было установлено, что, несмотря на значительные финансовые затраты и организационные мероприятия, за последние годы существенного улучшения здоровья на популяционном уровне не произошло. При относительном росте рождаемости продолжает сохраняться большое количество хронически больных, особенно среди сельских жителей. Отмечается высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения и новообразований. В данных популяциях выше общероссийских показатели смертности от внешних причин, таких как отравления, в том числе алкоголем, а также из-за травм, связанных с эксплуатацией автотранспортных средств и насилием в быту. Для Республики Алтай характерен высокий уровень смертности по причине самоубийств.

Выделение в социальном поведении понятия, связанного с медико-социальным поведением, обусловлено тем, что, как правило, при заболевании, лечении и реабилитации у людей меняются потребности, мотивация и сам характер совершаемых действий. В зависимости от тяжести и продолжительности болезни это оказывает существенное влияние на уклад жизни, на отношения с окружающими и сознание больных, влияя

на субъективное их восприятие того, что является нравственным, рациональным и иррациональным с точки зрения индивидуальной оценки происходящего с ними, а также от совершаемых ими действий в социальной среде. Установлено, что при сложившейся в настоящее время системе оказания медицинских услуг, большая часть населения в состоянии, обусловленное необходимостью лечения, попадает, как правило, тогда, когда возникают болевые ощущения и здоровью уже причинен существенный вред, в том числе, если оценивать с официальной точки зрения, по причине иррационального поведения самих больных. При этом, до появления явных проблем с здоровьем, люди в процессе своего повседневного социального поведения не полностью осознают, что они совершают иррациональные и безнравственные действия, употребляя спиртное, наркотики и куря табак, нарушая режим питания, отдыха, лечения и меры личной безопасности, так как это, несмотря на существующие законодательные ограничения, считается допустимым и возможным в социальной среде. Отмечается, что в угоду извлечению финансовой прибыли повсеместно распространена эксплуатация психологической и физиологической зависимости у людей от различного рода веществ и потребностей, зачастую популяризуя и рекламируя их в средствах массовой информации. По своей сути, являясь безнравственной, данная политика антиздорового образа жизни провоцирует факторы риска появления болезней, будучи следствием потребительского подхода к организации жизни. С учётом повсеместной коммерциализации в нашей стране это стало характерным для частной медицины и фармацевтического бизнеса, ориентированных, прежде всего, на получение максимальной прибыли.

Материалы и методы. В целях обнаружения определенных закономерностей при оценке местным населением доступности и эффективности медицинской помощи использовался направленный отбор в качестве метода формирования выборочной совокупности, что позволило, отбирая из генеральной совокупности

определенные единицы наблюдения, вычленив влияние неизвестных факторов при устранении воздействия известных.

В частности, в 2011 г. для установления роли социологических методов исследования в определении отношения представителей коренного населения Республики Алтай к употреблению алкоголя методом опроса было проведено пилотное исследование коренного населения, проживающего в Турочакском районе Республики Алтай. Исследование проводилось по разработанной специализированной анкете. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы JBM SPSS Statistics. В качестве респондентов были выбраны мужчины, представители северных этносов алтайского народа – тубалары, в возрасте от 16 до 59 лет в количестве 120 человек.

В 2012 г. по инициативе руководства Министерства здравоохранения Республики Алтай с привлечением специалистов республиканских медицинских учреждений, а также ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации было проведено комплексное медицинское обследование жителей сел Каракокша, Уймень, Ынырга и Красносельск Чойского района Республики Алтай в количестве 331 человек, из которых 45 человек приняли участие в социологическом опросе. По национальному составу данная группа распределилась следующим образом: 66,7 % были тубалары, а 31,1 % – русские. Сбор сведений осуществлялся с помощью специализированного опросника и опросника SF-36 «русская версия». Средний возраст респондентов составил 47 лет. Среди опрошенных 75 % были женщины.

В сентябре 2014 г. в селе Беково Кемеровской области по согласованию с местными и областными властями проводились мероприятия, связанные с оказанием медицинской помощи населению путем применения аппарата мезодиэнцефальной модуляции ЭсГМТ «Медаптон» МДМК-4 в комплексе с социологическим опросом респондентов. Сбор сведений осуществлялся с помощью специализированного медико-социологического опросника, подготовленного с учетом особенностей социальной, культурно-языковой (этнолингвистической) среды изучения и опросника SF-36 в русской версии, а также были проанализированы данные официальной статистики, имеющие отношение к рассматриваемой проблематике.

Результаты исследования. По информации Федеральной службы государственной статистики РФ в Республике Алтай наибольшее количество населения умерло от болезней системы кровообращения: в 2010 г. – 44,8 % (1124 / 2508); в 2011 г. – 46,1 % (1166 / 2529); за 10 месяцев 2012 г. – 46,5 % (1035 / 2227). Гибель от внешних причин (транспортные травмы, убийства, самоубийства, случайные отравления алкоголем) стоит на 2-м месте по количеству смертей: в 2010 г. – 21,7 % (543 / 2508); в 2011 г. – 20,1 % (509 / 2529); за 10 месяцев 2012 г. – 21,7 % (483 / 2227). На 3-м месте находятся потери от болезней, связанных с новообразованиями: в

2010 г. – 12,2 % (306 / 2508); в 2011 г. – 13,3 % (337 / 2529); за 10 месяцев 12,1 % (269 / 2227). Всего в Республике Алтай в 2010 г. – 78,7 %, в 2011 г. – 79,5 %, за 10 месяцев 2012 г. – 88,3 % смертей приходится на причины, которые можно отнести в соответствии с европейским подходом оценки предотвратимых потерь к 1-й группе, что является уровнем первичной профилактики, во многом зависимым не только от деятельности органов здравоохранения, но и от стиля жизни, профессиональных рисков, состояния социальной среды, условий жизнедеятельности и жизнеобеспечения местных популяций.

По продолжительности жизни населения среди субъектов Сибирского федерального округа Республика Алтай занимает 7-е место. На начало 2010 г. данный показатель составил 65,8 года, в том числе мужское население – 59,7 года, женское население – 72,4 года. В СФО общая продолжительность жизни соответствовала 67 лет, в РФ соответственно 68,7; 62,8 и 74,7 года. В 2013 г. показатель по РФ увеличился до 70,76, у мужчин – 65,13, у женщин – 76,3. Для сельского населения он составляет 69,18 лет [3].

По информации Министерства здравоохранения Республики Алтай, распространенность наркологической патологии составила 2,3 % от численности населения (2010 г. – 2,8 %). Несмотря на снижение заболеваемости, показатель составил 2250,3 на 100 тысяч населения, в РФ – 2222,4. Наиболее высокий уровень отмечается в Горно-Алтайске (3549,2), Чемальском (2978,8), Турочакском (2888,3) районах. Хронический алкоголизм – 1223,4 (2010 – 1576,0). За 2011 г. зарегистрировано 63 случая смерти от отравления этиловым спиртом и суррогатами (см. табл. 19), показатель – 30,3 (2010 – 43,2) СФО – 21,9; РФ – 13,5. Высокий уровень смертности от отравлений этиловым спиртом и суррогатами в Усть-Коксинском (52,5), Усть-Канском (46,4) и Чемальском (42,2) районах [2].

Установлено, что респонденты из числа тубаларов считают дозу средней при следующем количестве употребляемого ими алкоголя: 100 г (4АЕ) – 16 чел., 200 г (8АЕ) – 37 чел. (30,8 %), 300 г (12 АЕ) – 16 чел. (13,3 %), 400 г (16 АЕ) – 5 чел. (4,2 %), 500 г (20 АЕ) – 12 чел. (10 %) и 6 чел. (5 %) – 1 литр. Отказались отвечать на данный вопрос 28 человек. При этом, 26 человек (21,7 %) сообщили, что в течение дня они выпивают алкогольный напиток крепостью 40° в количестве 500 г (20 АЕ); 25 (20,8 %) выпивают по 200 г (8 АЕ); по 12 человек (10 %) – 100 г (4АЕ) и 300 г (12АЕ) соответственно. 13 человек (10,8 %) сообщили, что они выпивают до 700 г (28 АЕ). Не ответили на данный вопрос 16 человек (13,3 %). В результате 92 (76,7 %) от числа респондентов употребляют спиртосодержащий напиток в дозах – более 2АЕ ежедневно либо разово более 4 АЕ, что сопряжено с высоким риском возникновения не только заболеваний, но и наступлением последствий, которые могут привести к смерти.

В результате опроса респондентов, проживавших в Чойском районе, было выяснено, что 88,9 % от их общего числа за помощью в меди-

цинские учреждения обращаются в случае заболевания и лишь 2,2 % в целях получения консультаций. При этом 51 % считают свое состояние здоровья плохим и 26,7 % – удовлетворительным. На момент анкетирования 70 % опрошенных вынуждены тратить от 30 минут до 2 часов, в зависимости от места проживания и наличия транспорта, на поездку из сел Каракокша, Уймень, Ынырга, Красносельск в Чойскую центральную районную больницу, расстояние до которой составляет до 100 км, для того чтобы попасть на прием к врачу. Разовое посещение больницы занимает полдня и требует финансовых затрат. По утверждению респондентов, 35,6 % от их общего числа вынуждены обращаться в медицинское учреждение в течение года от 2 до 5 раз; 24,4 % свыше 5 раз, 15,6 % – 1 раз и 17,8 % не обращались в ЦРБ, ограничиваясь посещением местного фельдшера. Обращает внимание тот факт, что 31,1 % указали, что ожидать прием у врача приходится до 2 ч, а 6,7 % сообщили о времени более 3 ч.

Полученные данные свидетельствуют о том, что лечебные учреждения не могут на должном уровне профилактировать, а население не имеет финансовых возможностей, чтобы своевременно самостоятельно диагностировать заболевания и не допускать их перехода в хроническую форму, особенно по болезням системы кровообращения и новообразованиям.

Дополнительно в ходе анкетирования было установлено, что 53,3 % от общего числа респондентов доверяют врачам, 20,0 % относится к ним с недоверием, а 17,8 % затруднились ответить на данный вопрос. При этом 66,7 % считают, что лечение, оказанное в медицинском учреждении и рекомендованное врачами, им помогло, а 15,6 % отметили, что нет.

В процессе опроса жителей Бековского сельского поселения было установлено, что 78,5 % от общего числа опрошенных обращаются за медицинской помощью в случае болезни. У респондентов, по национальности русских, данный показатель достигает 90 %. Лечебные учреждения в целях получения консультаций посещает незначительное количество опрошиваемых, не более 3 %. При этом в случае заболевания около 60 % респондентов, независимо от национальности и того, что проживают в селах, где имеются ФАПы, предпочитают обращаться в центральную району больницу, расположенную на удалении до 30 км. Следует отметить, что 75,4 % от числа опрошенных лиц сообщили на том, что имеют хронические заболевания. В отношении эффективности лечения 46,2 % от общего числа респондентов считают, что оно помогает, а 20 % – что не помогает. При этом 10,8 %, по их утверждению, сталкивались с отказом в оказании им медицинской помощи в лечебных учреждениях.

Вывод. Распространенность среди населения неинфекционных болезней, как и инфекционных, зависит от степени развития не только социальной среды, но и системы общественных отношений, регулируемых органами власти и управления в сфере жизнедеятельности и жизнеобеспечения людей. Факты свидетельствуют о том, что выработанный в по-

пуляции тип поведения не всегда является позитивным с точки зрения социальных норм, морали, права и безопасности, так как многое зависит от качества социокультурной среды, а также от существующей закономерности, связанной с тем, что при удовлетворении потребностей в определенной ситуации люди стремятся создать такую же ситуацию, а при многократном длительном совершении похожих действий они входят в привычку и, влияя на поведение, становятся поведенческим стереотипом (по Дж. Хомансу).

В целях усиления гуманитарной составляющей в настоящее время необходима парадигма нового общественного сознания, основанного на принципах солидарности и нравственности. Рациональное поведение в рамках здорового образа жизни должно поддерживаться социальными институтами не формально, а за счет механизмов социально-экономической мотивации людей на сохранение своего здоровья. Возможно, что решить данную проблему поможет система медико-социального софинансирования, когда пациент станет основным распорядителем финансовых средств, формируемых им лично на персональных банковских картах, а также за счет поступающих на них сумм налоговых отчислений, предусмотренных сейчас системой ОМС, и субсидий, размер которых будет зависеть от отношения к своему здоровью и социального статуса пациента. Используя карту, можно будет рублем «оценивать» качество оказанной медицинской помощи в лечебных учреждениях, независимо от их организационно-правовой формы. Наряду с этим требуется наполнение реальным содержанием мер взаимной ответственности как для тех, кто обеспечивает медицинские услуги, так и для тех, кто иррационально относится к своему образу жизни.

Относительно создания и оснащения региональных сосудистых центров, первичных сосудистых отделений, проведения информационных компаний по профилактике, а также внедрения системы эпидемиологического контроля следует отметить, что в сельской местности они должны в первую очередь учитывать степень их доступности для местного населения. Без этого мероприятия по совершенствованию медицинской помощи становятся иррациональными. Так, профилактика, лечение и реабилитация во многом зависят от соблюдения больными предписаний врачей. В условиях вне стационара и сельской местности, а также при наличии у пациентов подсобного хозяйства, требующего физических нагрузок и повседневного внимания, без помощи социально-патронажных служб провести эффективное лечение практически невозможно. Поэтому такие большие проценты хронически больных людей.

Принимая во внимание сознательный характер поведения и постоянное взаимодействие участника (актора) с окружающей средой, оно является социальным, так как по своей сути поведение формируется по поводу удовлетворения потребностей и интересов вне, либо в рамках предписанных действий. Без этого невозможно ни «обучение» ролевому поведению, ни

существование обратной связи – от субъекта к его общественному деянию. Если связь субъекта с внешней средой прерывается, то в социальном смысле он перестает существовать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия вредного употребления алкоголя: Резолюция Шестидесять третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2010 г.) // ВОЗ. Италия, 2010.
2. Доклад министра здравоохранения Республики Алтай на итоговой коллегии МЗ РА № 1 «Об итогах деятельности отрасли в 2011 г. и задачах на 2012 г.» // Министерство здравоохранения Республики Алтай. URL: <http://www.minzdravra.ru/modules.php?name=Pages&page=42>.
3. Ожидаемая продолжительность жизни за 2011 год. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Алтай. URL: http://statra.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/statra/ru/statistics/population.

4. Стародубов В. И. Развитие человеческого потенциала в России сквозь призму здоровья населения / Под ред. В. И. Стародубова, А. Е. Иванова. – М.: Литтера, 2012. – С. 241.

REFERENCES

1. Globalnaya strategiya vrednogo upotrebleniya alkogolya: Rezolyutsiya Shestdesyat tretey sessii Vsemirnoy assamblei zdavoohraneniya (may 2010 g.) // VOZ. Italiya, 2010.
2. Doklad ministra zdavoohraneniya Respubliki Altay na itogovoy kollegii MZ RA № 1 «Ob itogah deyatel'nosti otrasli v 2011 g. i zadachah na 2012 g.» // Ministerstvo zdavoohraneniya Respubliki Altay. URL: <http://www.minzdravra.ru/modules.php?name=Pages&page=42>.
3. Ozhidaemaya prodolzhitel'nost zhizni za 2011 god. Territorial'nyy organ Federal'noy sluzhby gosudarstvennoy statistiki po Respublike Altay. URL: http://statra.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/statra/ru/statistics/population.
4. Starodubov V. I. Razvitie chelovecheskogo potentsiala v Rossii skvoz prizmu zdorovya naseleniya / Pod red. V. I. Starodubova, A. E. Ivanova. M.: Littera, 2012. S. 241.

УДК 343.148.3:159.97

О ПСИХОДИНАМИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К ПРЕПОДАВАНИЮ БИОЭТИКИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ

О. В. Бермант-Полякова

кандидат психологических наук, судебный психолог, соредактор журнала «Теория и практика психотерапии» (Монреаль, Канада), Модиин, Израиль, office_dr_olga@mail.ru

Психодинамические методы общепризнаны в качестве эффективных инструментов для лучшего осознания студентами самих себя, формирования у них рефлексивных стратегий мышления и улучшения их коммуникативных навыков. Статья представляет критический обзор новейших зарубежных исследований по теме морального выбора, рассказывает об отечественных разработках в психодинамической психодиагностике, обеспечивших интегративное понимание эмоциональных и этических процессов, и представляет оригинальный методический инструментарий, используя который преподаватель может диагностировать уровень неадекватности этических представлений у студентов и формировать алгоритмы принятия решения относительно этических дилемм.

Ключевые слова: моральный выбор, психодиагностика, преподавание биоэтики, этическое мышление, этические дилеммы.

PSYCHODYNAMIC APPROACH TO TEACHING MEDICAL STUDENTS ABOUT THE BIOETHICS

O. V. Bermant-Polyakova

PhD in social psychology, forensic psychologist, the co-editor of the Journal «Theory and Practice of Psychotherapy» (Montreal, Canada), Modiin, Israel, office_dr_olga@mail.ru

Psychodynamic methods are well-known as an effective tool in increasing students' self-mindedness, setting up reflection thinking strategies and improving their communication skills. The article represents an evaluation and review of the latest foreign studies on moral decision-making. The author introduces the number of recent Russian psycho-diagnostics development through and by which a comprehensive understanding of the emotional and the ethical processes have been achieved. The paper proposes the original method to deal with ethical reasoning. Using it as a tool enables a teacher to diagnose the ethical attitudes of students and the level of their inadequacy if exists. Moreover, the decision-making algorithms in case of ethical dilemmas may be worked through and reorganized in the teaching process applying this method.

Key words: moral decision-making, psychodiagnostic, teaching bioethics, ethical reasoning, ethical dilemmas

Психодинамический подход ориентирован на понимание человеком своих собственных внутренних процессов и на установление связей между переживаниями во внутреннем мире и собственным поведением и выборами в реальной жизни. Психодинамические методы общепризнаны в качестве эффективных инструментов для лучшего осознания студентами самих себя, формирова-

ния у них рефлексивных стратегий мышления и улучшения их коммуникативных навыков. В настоящей статье вниманию читателя предлагается методика О. В. Бермант-Поляковой «Как следует поступать в данной ситуации?» и демонстрируются возможности психодинамического подхода в преподавании биоэтики студентам медицинских университетов.