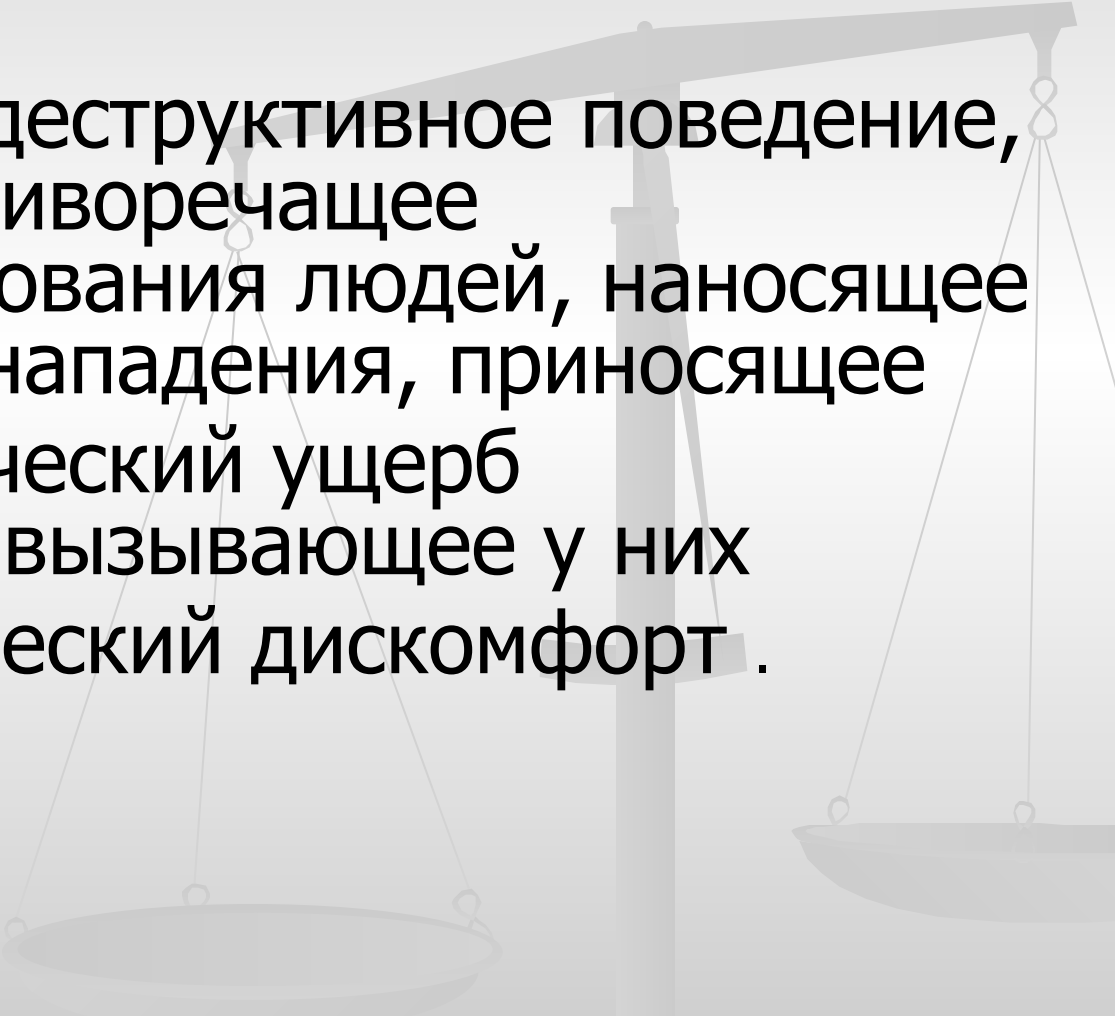
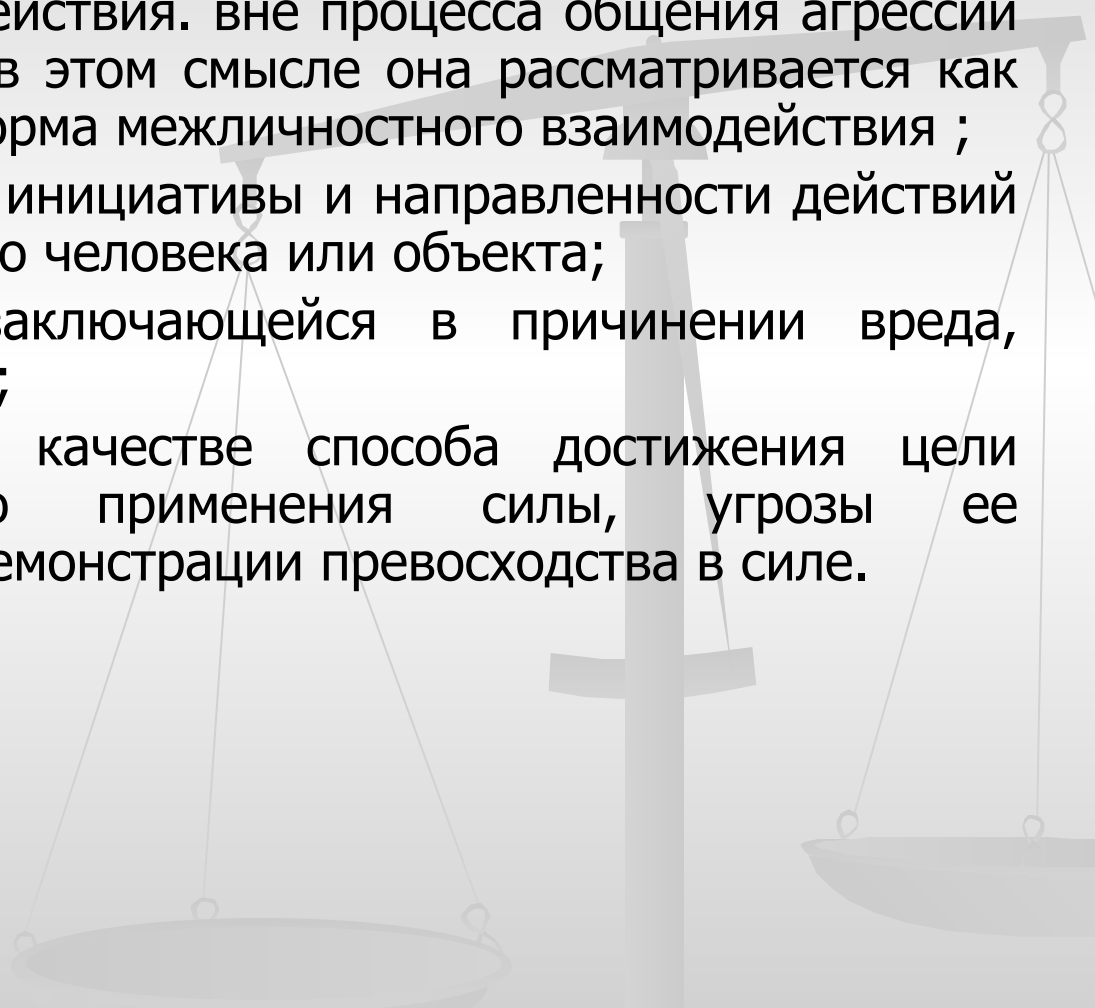


# АГРЕССИЯ

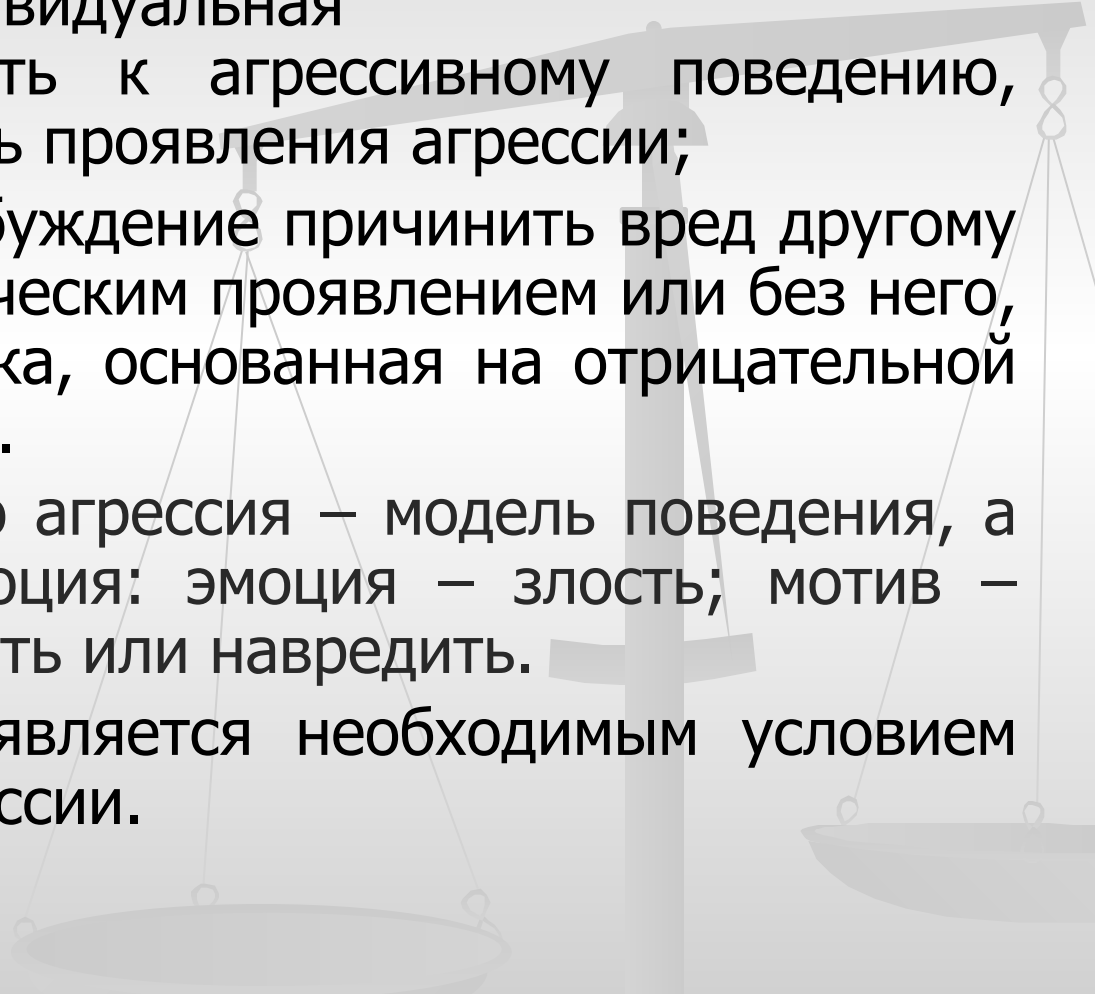
мотивированное деструктивное поведение,  
противоречащее  
нормам сосуществования людей, наносящее  
вред объектам нападения, приносящее  
физический ущерб  
людям или вызывающее у них  
психологический дискомфорт .



# Агрессия – это форма социального поведения, для которой характерно:

- наличие взаимодействия. вне процесса общения агрессии не существует, и в этом смысле она рассматривается как патологическая форма межличностного взаимодействия ;
  - наличие признака инициативы и направленности действий против конкретного человека или объекта;
  - наличие цели, заключающейся в причинении вреда, нанесении ущерба;
  - использование в качестве способа достижения цели непосредственного применения силы, угрозы ее применения или демонстрации превосходства в силе.
- 

# Агрессию необходимо дифференцировать с такими понятиями как:

- *Агрессивность*—индивидуальная предрасположенность к агрессивному поведению, высокая вероятность проявления агрессии;
  - *Враждебность* – побуждение причинить вред другому человеку с поведенческим проявлением или без него, негативная установка, основанная на отрицательной оценке и суждениях.
  - Важно помнить, что агрессия – модель поведения, а не мотив или эмоция: эмоция – злость; мотив – стремление оскорбить или навредить.
  - Их наличие не является необходимым условием возникновения агрессии.
- 

# Концепция агрессии

- **Агрессия как инстинктивное поведение.** Психоналитическая концепция рассматривает агрессивное поведение как врожденное.
- **Агрессия** – это результат конфликта между саморазрушением и самосохранением, инстинкт смерти (З. Фрейд, 1920).
- **Эволюционный подход** предполагает, что предрасположенность к агрессии является следствием естественного отбора, это проявление инстинкта борьбы, присущее всем живым существам, включая человека.

# Концепция агрессии

- **Агрессия как проявление побуждения.** Теория фрустрации («обман», «неудача», «тщетное ожидание», «расстройство замыслов») - агрессии Дж. Долларда (1939) заключается в том, что побуждение к агрессии является производной фрустрации:
- фрустрация всегда приводит к агрессии в какой – либо форме;
- агрессия всегда является результатом фрустрации.
- Лоллард считал, что для возникновения агрессии решающими и стимулирующими являются *три фактора*:
- степень ожидаемого удовлетворения от достижения цели;
- сила препятствия на пути достижения цели;
- количество последовательных фрустраций.

# Концепция агрессии

- **Агрессию как познавательный процесс.** В своих более поздних работах 80 – х годов 20 в. Берковиц утверждал, что в основе взаимосвязи фрустрации и агрессии лежат эмоциональные и познавательные процессы. Посылки к агрессии вовне не являются обязательным условием для ее возникновения. Блокировка достижения цели не будет побуждать к агрессии, если она не воспринимается как неприятное событие. Важна индивидуальная интерпретация негативного воздействия.

# Концепция агрессии

- **Агрессия как приобретенное социальное поведение.** Согласно точки зрения А. Бандуры (1983), агрессия включает в себя сложные навыки, которым надо научиться. Соответственно, будучи приобретенной моделью социального поведения, она может подвергаться модификации. При этом подчеркивается роль социальных условий, изменение которых ведет к предотвращению или ослаблению агрессии.

# Варианты агрессивного поведения:

- **Конструктивный** - открытое проявление агрессивных побуждений в социально приемлемой форме с позитивным эффектом. Допускает развитие и изменение каждого индивида в группе, способствующей формированию деловых отношений.
- **Деструктивный** – прямое проявление агрессии, связанное с нарушением морально-этических норм и правил поведения, препятствующее развитию межличностных отношений и разрушающее их (делинквентное поведение).
- **Дефицитарный**, который характеризуется отсутствием достаточной реализации агрессивных побуждений при дефиците соответствующих поведенческих навыков, что проявляется, в частности, в игнорировании окружающих и ограничении социальных контактов. Характерна для пациентов с психосоматическими заболеваниями.



# Классификация видов агрессии

**Агрессию можно описать на основании трех шкал:**

- Физическая - вербальная;
- Активная – пассивная;
- Прямая – непрямая.

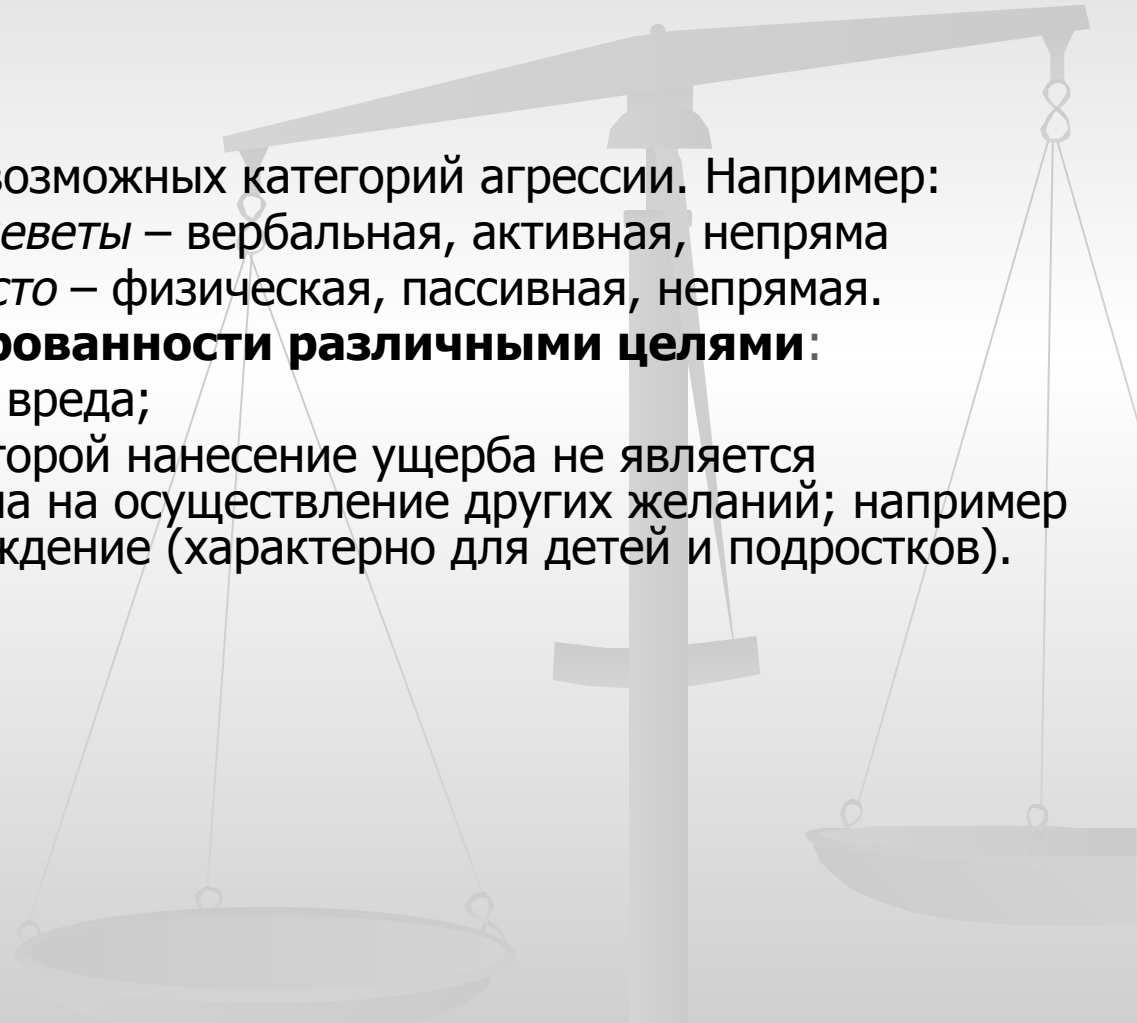
Их комбинации дают восемь возможных категорий агрессии. Например:  
*Распространение клеветы* – вербальная, активная, непряма  
*отказ освободить место* – физическая, пассивная, непрямая.

**По признаку мотивированности различными целями:**

- враждебная – причинение вреда;
- инструментальная, для которой нанесение ущерба не является самоцелью; она направлена на осуществление других желаний; например принуждение и самоутверждение (характерно для детей и подростков).

По вариантам реализации:

- конструктивная;
- деструктивная;
- дефицитарная.



# Выделяют следующие причины агрессии:

- **Биологические:** наследственность, отягощенная психическими заболеваниями, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и психотропных препаратов, наличие в анамнезе тяжелых или повторных черепно-мозговых травм, а также ряда случаев инфекций, интоксикаций и т.д.;
- **Социальные:** образование, наличие и характер выполняемой работы, семейное положение, общение в асоциальных группах и др.;
- **Психологические:** эгоцентризм, эмоциональная неустойчивость, импульсивность, тревожность, склонность к дисфориям, к эмоциям ярости и гнева. Могут иметь значение особенности самооценки, самоконтроля, характеристики мотивационной сферы, уровень социализации индивида со степенью интериоризации морально-этических и правовых норм.

# Проявление агрессивного поведения определяется влиянием ряда социально-психологических факторов:

- - личностных особенностей: повышенной раздражительности;
- тенденции усматривать враждебность в чужих действиях; высокого локуса контроля, когда человек чувствует себя хозяином своей судьбы в любой ситуации; склонностью к чувству стыда;
- - особенностей семейных отношений: сплоченности семьи или разлада; близости родителей и ребенка; характера взаимоотношений между братьями и сестрами; стиля семейного руководства (чрезмерно суровых наказаний, отсутствия контроля, опыта насилия);
- - средств массовой информации (демонстрация насилия).  
Научение агрессивному поведению под влиянием социально-психологических факторов происходит двумя путями: посредством прямого подкрепления (поощрения) и наблюдения агрессивных действий.

# К внешним факторам,

- Научение агрессивному поведению под влиянием социально-психологических факторов происходит двумя путями: посредством прямого подкрепления (поощрения) и наблюдения агрессивных действий.

К внешним факторам, определяющим возникновение агрессии, относятся особенности среды или ситуации, которые могут повысить вероятность агрессивных действий, в частности физические условия:

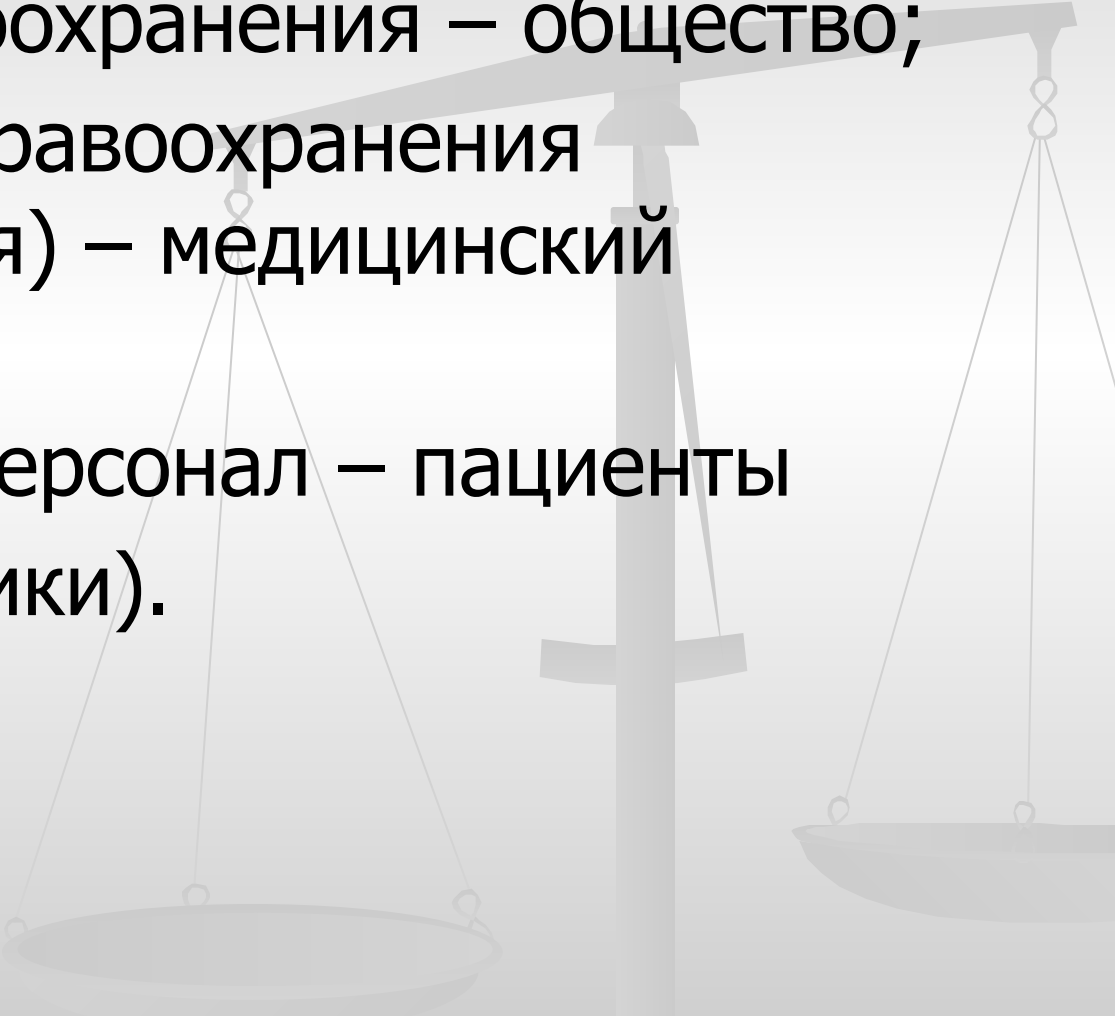
- умеренно высокая температура воздуха по сравнению с очень жаркими или холодными температурными режимами;
- шум;
- теснота (скученность);
- загрязнение воздуха (дым, неприятные запахи).
- Дополнительными внешними факторами являются, например, «насильственная» порнография, спорт с элементами насилия и т.п.

# Превентивные меры и управление агрессией

- *Предотвращение агрессии* – наказание, но при условии, что агрессор не находится в состоянии крайнего озлобления. Оно должно быть достаточно суровым, следовать сразу же за агрессивными действиями и соответствовать определенным правилам.
- *Редуцирование агрессии* – элиминация стимулирующих факторов – может происходить *двумя путями*:
  - демонстрация неагрессивного поведения;
  - индукция несовместимых с агрессией реакций (боль и страдания жертвы, юмор, умеренная энергетическая стимуляция, неожиданная похвала, подарок).

# КОНФЛИКТЫ В МЕДИЦИНЕ

## Уровни конфликтов в медицине

- Система здравоохранения – общество;
  - Учреждения здравоохранения (администрация) – медицинский персонал;
  - Медицинский персонал – пациенты (и их родственники).
- 

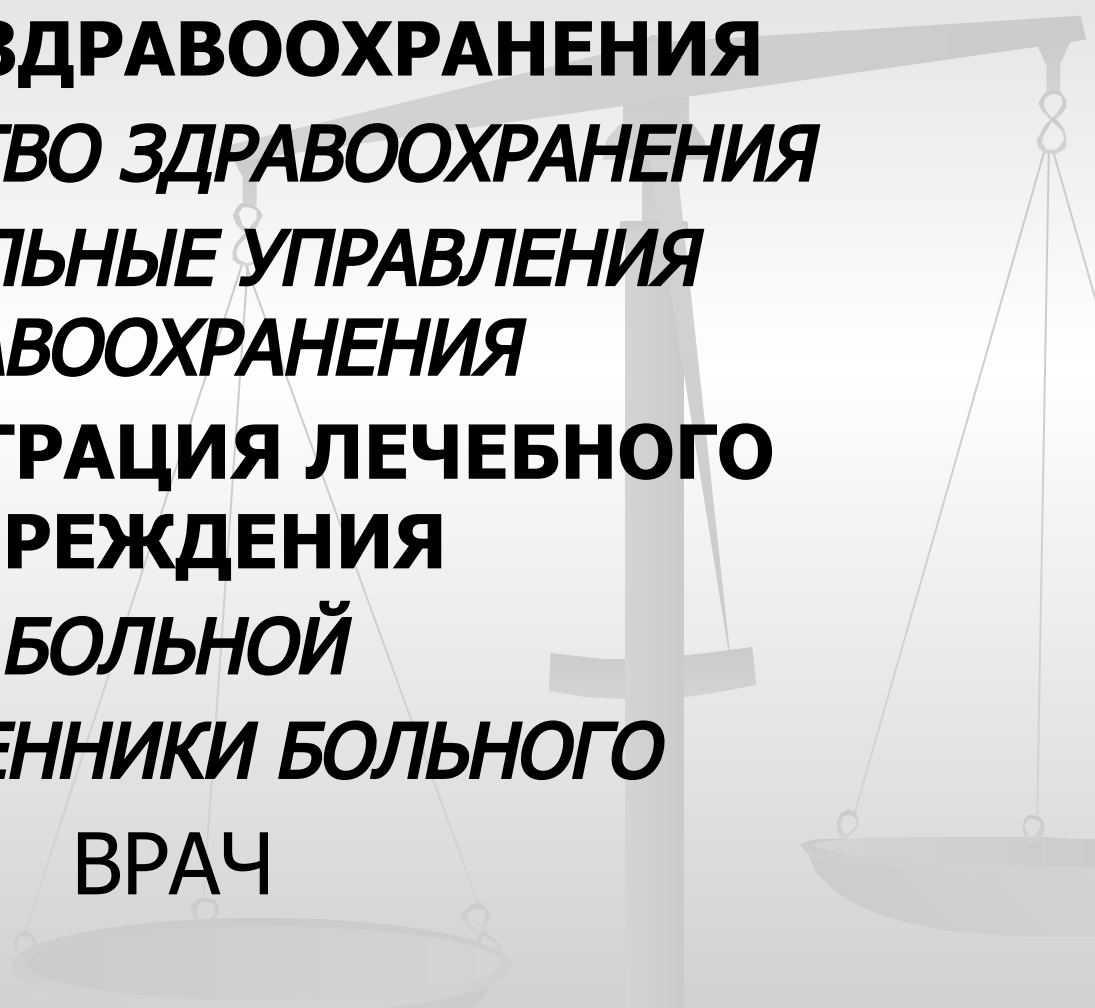
# Уровни

- Высший
- Средний
- Низкий



# СХЕМА ВЕРТИКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

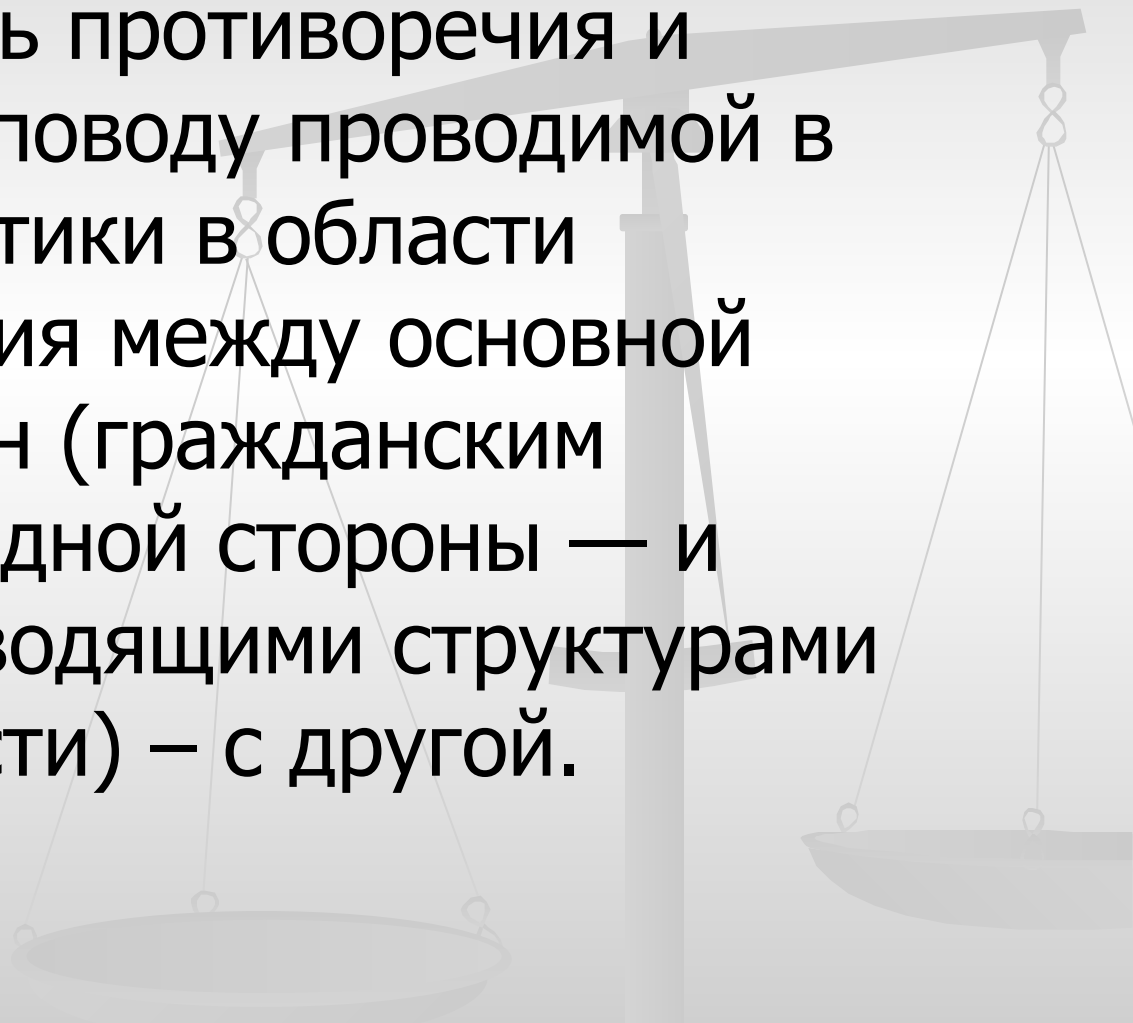
**ОБЩЕСТВО**  
**СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**РЕГИОНАЛЬНЫЕ УПРАВЛЕНИЯ**  
**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**АДМИНИСТРАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО**  
**УЧРЕЖДЕНИЯ**  
**БОЛЬНОЙ**  
**РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНОГО**  
**ВРАЧ**





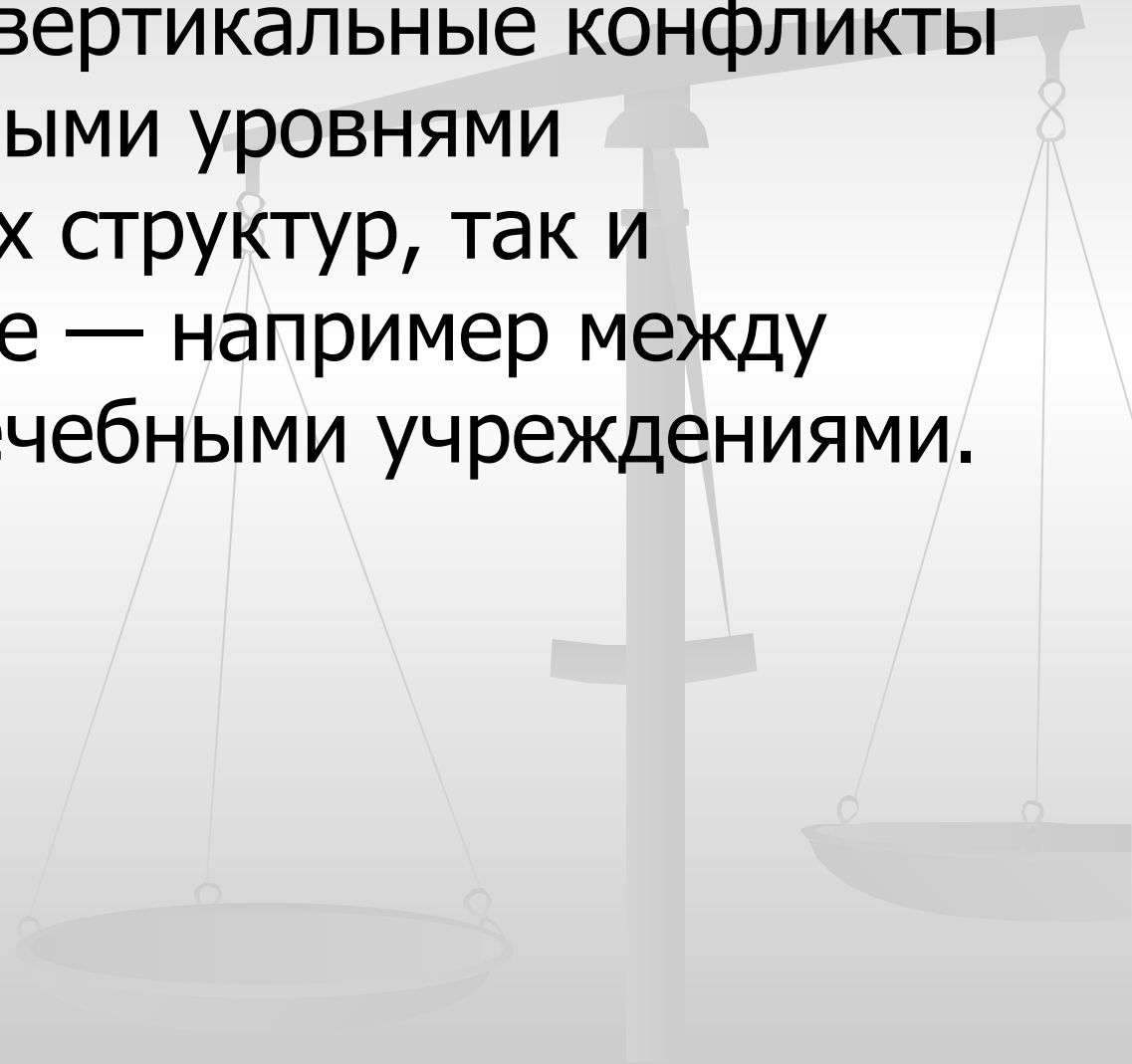
# На уровне «ОБЩЕСТВО»

- могут возникать противоречия и конфликты по поводу проводимой в обществе политики в области здравоохранения между основной частью граждан (гражданским обществом) с одной стороны — и высшими руководящими структурами (органами власти) – с другой.



# На уровне «АДМИНИСТРАЦИЯ»

- возможны как вертикальные конфликты между различными уровнями управленческих структур, так и горизонтальные — например между различными лечебными учреждениями.



# На уровне «ВРАЧ», «БОЛЬНОЙ»

- возникают горизонтальные конфликты:  
врач-врач, больной-больной



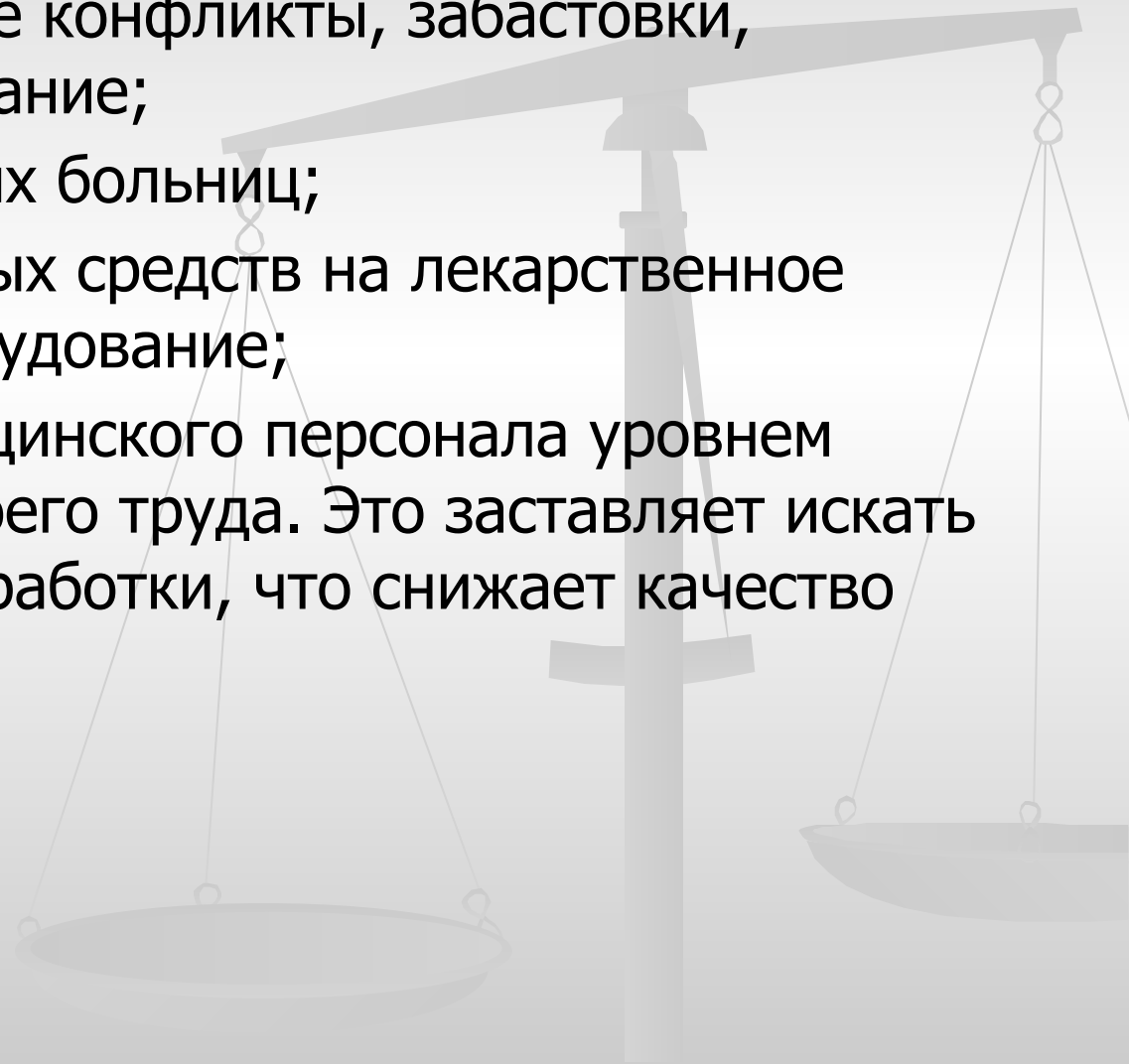
# Противоречия, из-за которых возникают конфликты в системе здравоохранения

На уровне «ОБЩЕСТВО – ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

- Отсутствие целостной и последовательной концепции развития здравоохранения.
- Недостаточность финансового и материально-технического обеспечения системы здравоохранения. Имеет объективные (экономика в упадке, недостаток ресурсов) и субъективные (недальновидная, безответственная политика государства) причины.

# Скудность выделяемых средств ведут к таким негативным последствиям как:

- Социально-трудовые конфликты, забастовки, митинги, пикетирование;
- Закрытие участковых больниц;
- Недостаток денежных средств на лекарственное обеспечение и оборудование;
- Недовольство медицинского персонала уровнем вознаграждения своего труда. Это заставляет искать дополнительные заработки, что снижает качество работы.



# Конфликты в системе врач – больной

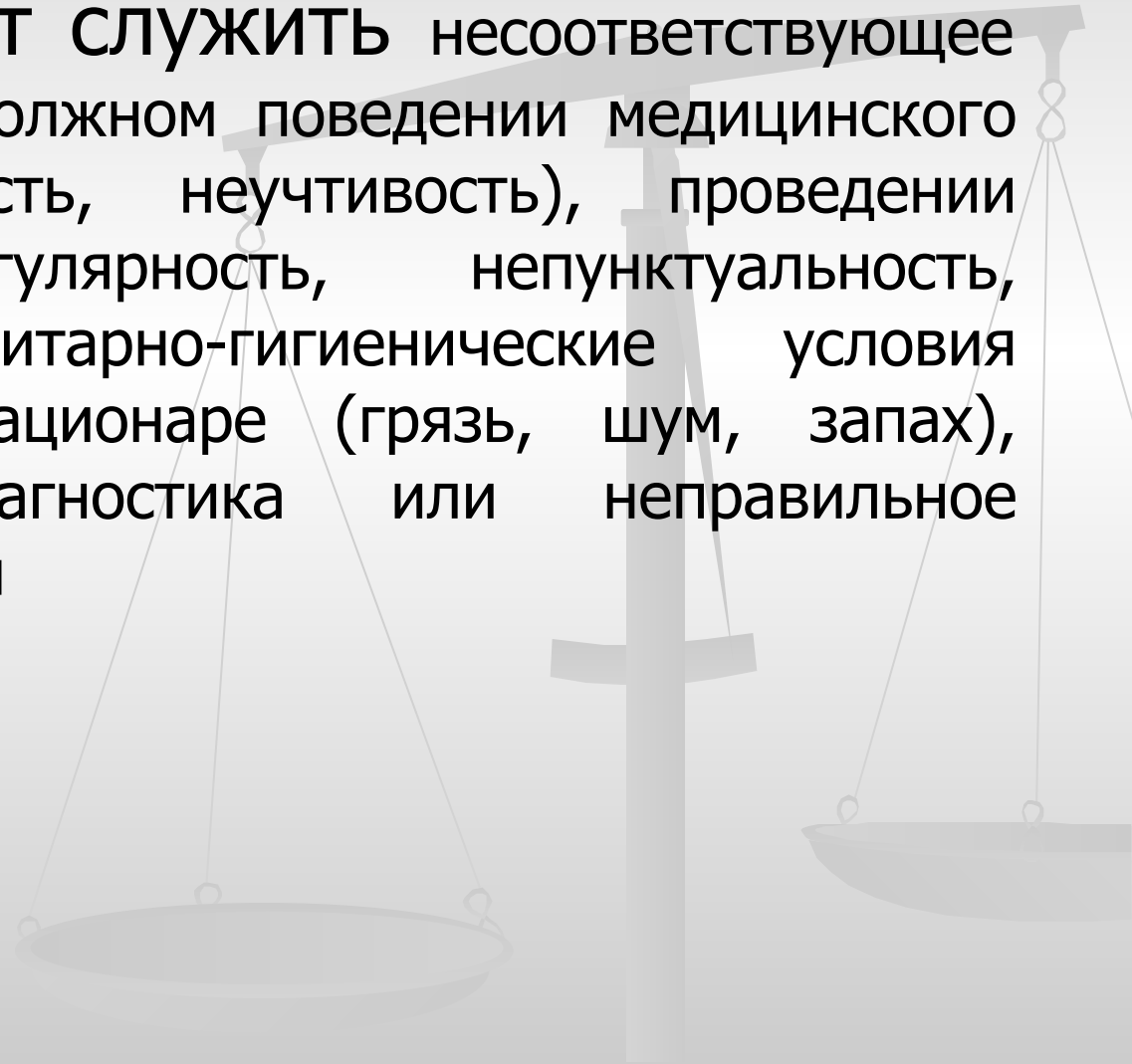
- Суть конфликтов в системе врач-больной заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Выделяются **объективные, Субъективные и нереалистические** конфликты.

- **Объективные конфликты** вызваны неудовлетворением обещанного, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов.

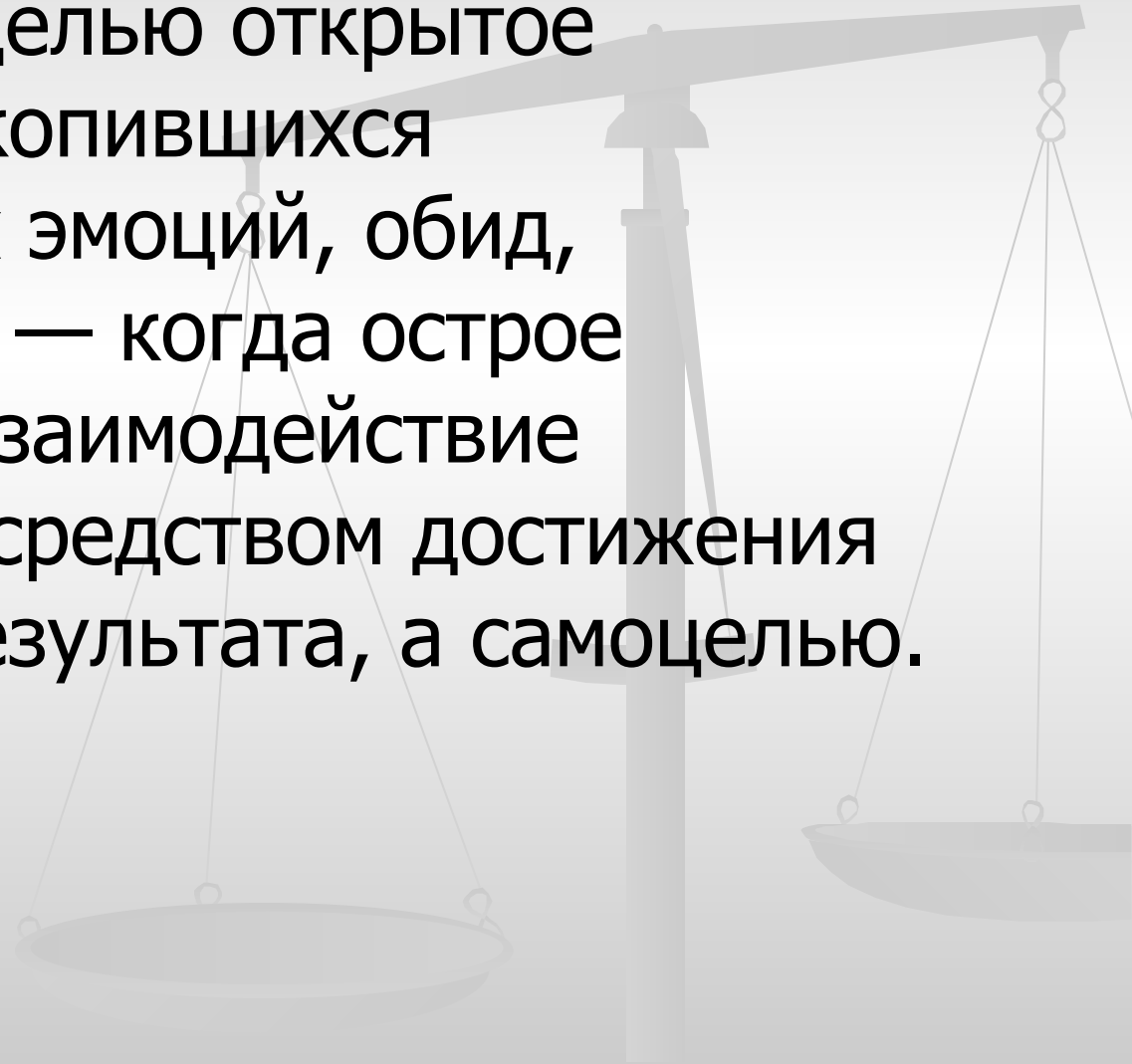
## Субъективные конфликты. Этот тип конфликта часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью

- Поводом может служить несоответствующее представление о должном поведении медицинского персонала (грубость, неучтивость), проведении процедур (нерегулярность, непунктуальность, халатность), санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре (грязь, шум, запах), неправильная диагностика или неправильное назначение терапии



# Нереалистичные конфликты

- имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, — когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью.





# ТИПЫ ПАЦИЕНТОВ

- Пациентов, с которыми часто возникают трудности, в установлении сотрудничества условно можно разделить на следующие типы:

настырно-требовательные, вязкие,  
хронически недовольные.

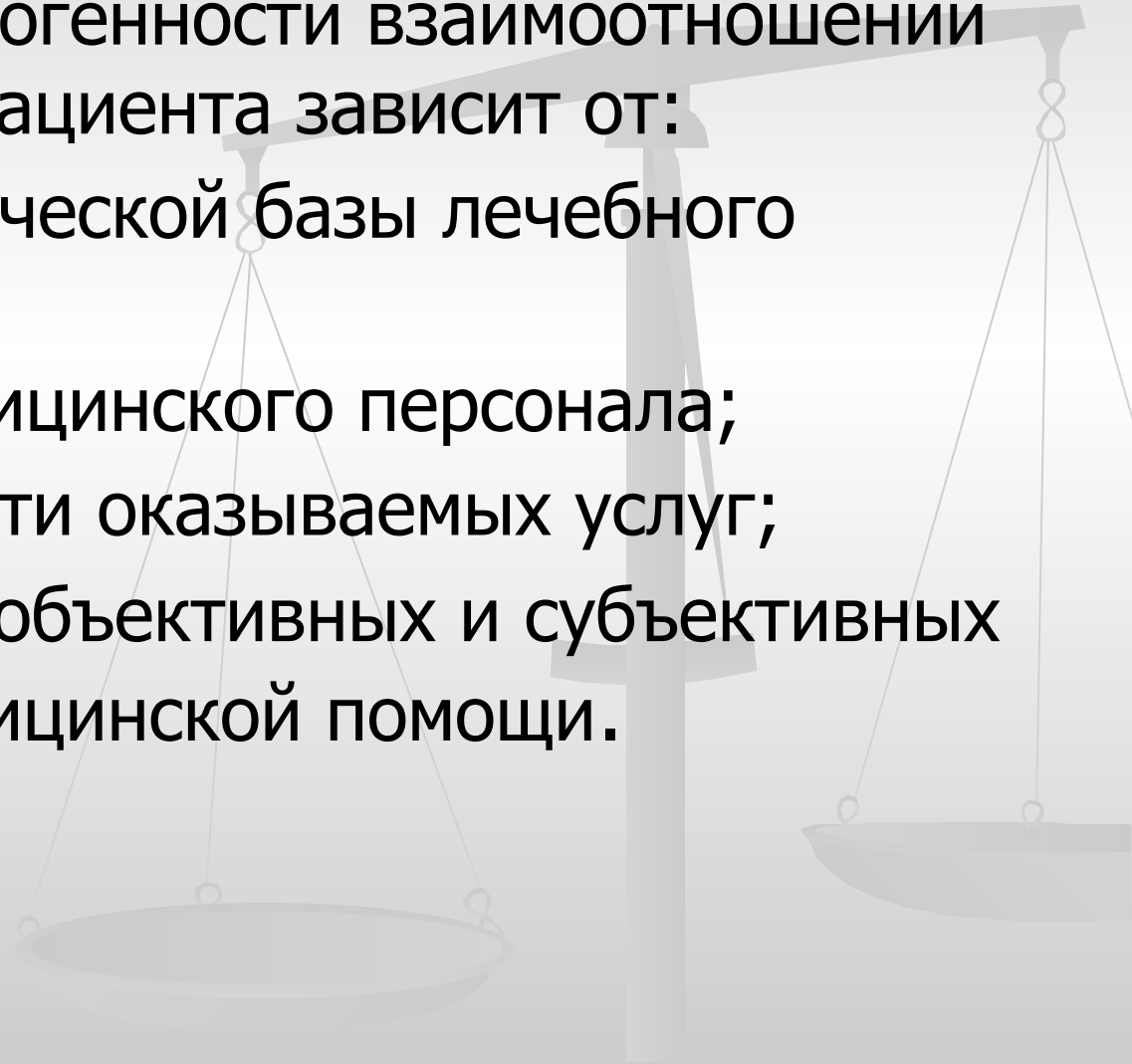
# Приемы работы

- Настырно-требовательному следует разъяснить его право на хорошее медицинское обслуживание, которое, однако, не обязательно включает выполнение каждого его требования
- вязких пациентов целесообразно проводить регулярные короткие осмотры в строго установленные часы; медицинское обоснование для назначения очередного приема необязательно
- с хронически недовольными пациентами, лучше всего признать неутешительные результаты лечения, разделить их пессимизм и обратить свое внимание скорее на установление с ними хороших отношений, чем на выполнение.

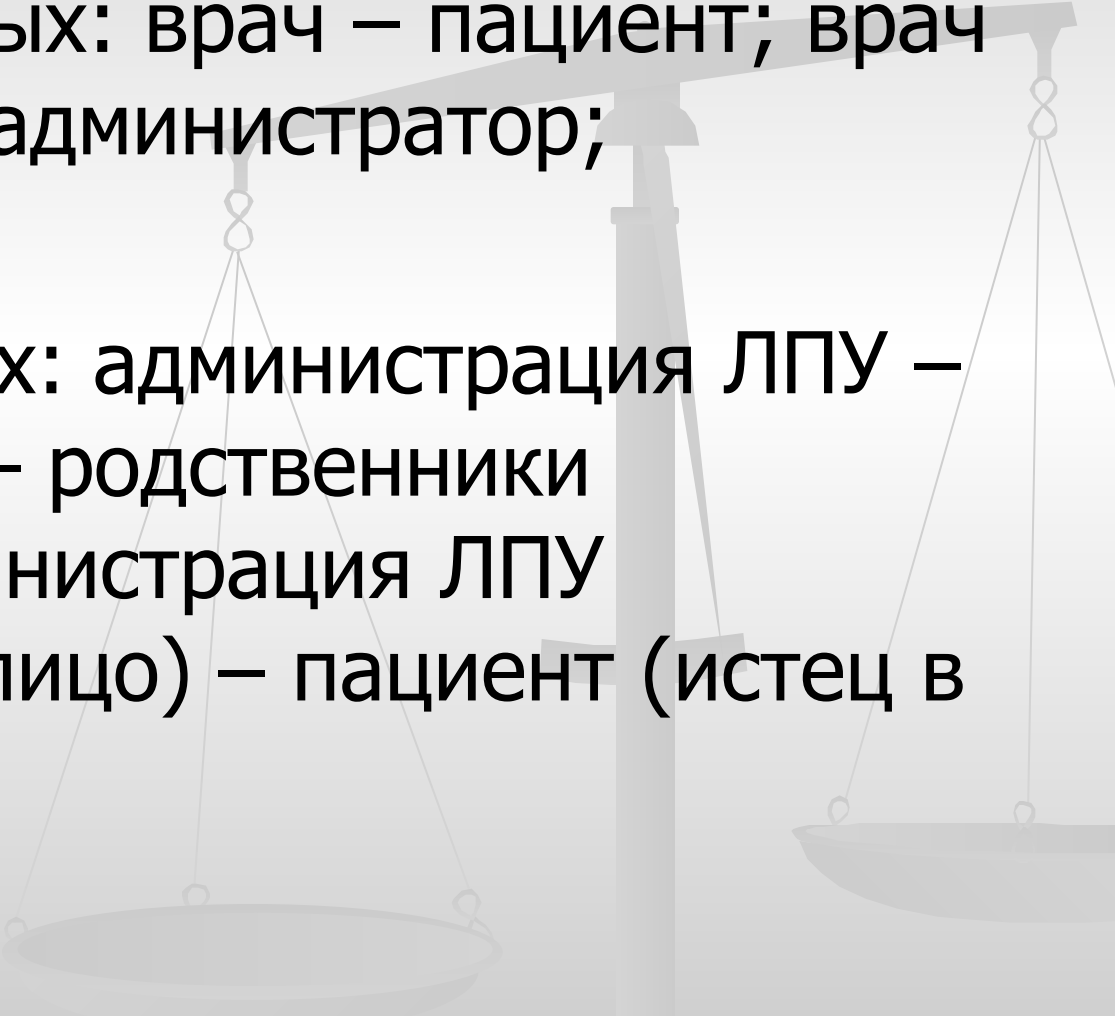
# Причины и условия возникновения конфликтов в медицине

Уровень конфликтности взаимоотношений врача и пациента зависит от:

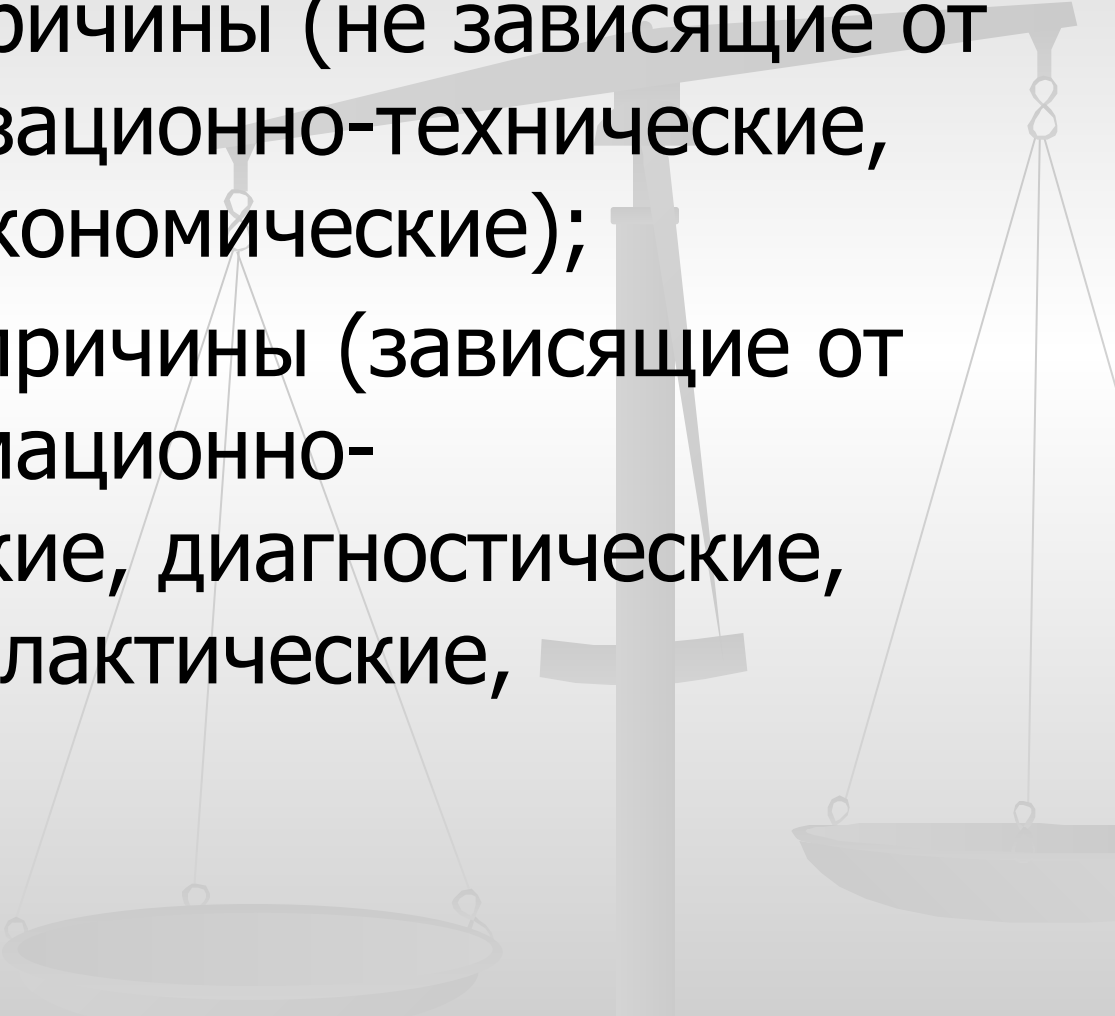
- материально-технической базы лечебного учреждения;
- квалификации медицинского персонала;
- качества и стоимости оказываемых услуг;
- оценки пациентом объективных и субъективных составляющих медицинской помощи.



# Стороны и предмет конфликта в медицине

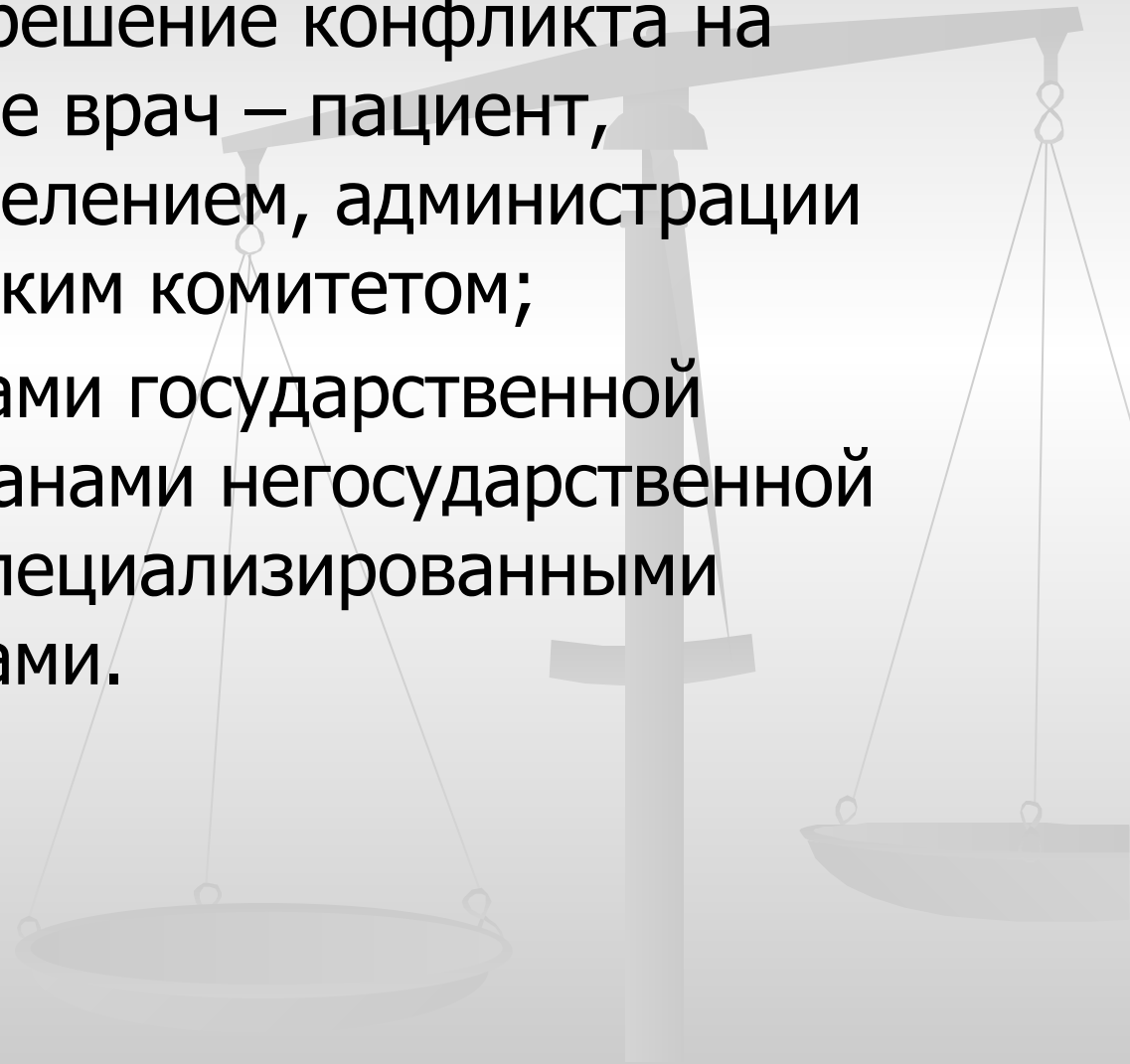
- в межличностных: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор;
  - в межгрупповых: администрация ЛПУ – пациент, врач – родственники пациента, администрация ЛПУ (юридическое лицо) – пациент (истец в суде)
- 

# Предметом конфликта в медицине выступают

- объективные причины (не зависящие от врача): организационно-технические, финансовые (экономические);
  - субъективные причины (зависящие от врача): информационно-деонтологические, диагностические, лечебно-профилактические, тактические.
- 

# способы разрешения конфликтов

- **досудебный:** разрешение конфликта на первичном уровне врач – пациент, заведующего отделением, администрации ЛПУ, КЭК, этическим комитетом;
- **судебный:** органами государственной юрисдикции; органами негосударственной юрисдикции — специализированными третейскими судами.



# результаты разрешения конфликта

- а) разрешение конфликта на досудебном уровне;
- б) исполнение решения суда.



# Ведущие виды конфликтов в медицинских отраслях

- сокращение продолжительности врачебного приема является главным фактором конфликтогенности в системе отношений «медицинский персонал — пациент» на амбулаторно–поликлиническом приеме;
- в судебно-медицинской практике ситуацию конфликтного взаимодействия субъектов медицинской практики формируют результаты экспертизы;
- в стоматологической практике главным конфликтогенным фактором является несоответствие цены и качества услуги;



# ВИДЫ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОТРАСЛЯХ

- в фармации конфликт врача и фармацевта – это конфликт профессионалов, который может быть позитивным, а конфликт пациента и фармацевта – это конфликт профессионала и непрофессионала, который непродуктивен, но может быть разрешен путем более полного информирования пациента;
- из тех видов конфликтов, которые существуют в медицинской науке, наибольшее социальное значение имеют конфликты в клинических испытаниях, поскольку они провоцируют риски для испытуемых