

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/96763>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Психология

Содержание

Введение.....	3
Глава I. Теоретические аспекты изучения мотивационного компонента установки болеть у различных групп населения	
1.1. Понятие социальной установки.....	8
1.2. Характеристика мотивации. Мотивационный компонент установки.....	14
1.3. Психологические установки на болезнь.....	21
Глава II. Эмпирическое исследование мотивационного компонента установки болеть у различных групп населения	
2.1. Организация исследования.....	28
2.2. Результаты исследования	32
2.3. Анализ результатов исследования.....	47
Заключение.....	56
Список литературы.....	60
Приложения.....	64

Часто «уход в болезнь» становится для человека бегством от ненавистной работы, тягостных отношений и рутинной жизни.

Для того, чтобы разорвать «порочный круг» болезни и перестать играть в игры с собой и окружающими, важно разобраться и в проблеме вторичных выгод. С этой целью решаем две основные задачи:

- 1) определить потребности, которые удовлетворяются благодаря болезни;
- 2) найти пути удовлетворения этих потребностей иным образом (без участия болезни).

Вторичная выгода от болезни – достаточно сложный феномен. В нём могут проявляться как признаки манипулятивного поведения, так и бессознательных стремлений удовлетворить подавленные, фрустрированные потребности (например, потребность в любви, самоуважении). Элементы вторичной выгоды от болезни различаются по степени осознания. Совокупность представлений о себе в роли больного как составная часть «образа Я» осознаётся полностью, в то время как потребности, которые клиент стремится удовлетворить, находясь в болезни, могут как осознаваться, так и нет.

Авдошина Т.А. рассматривает совокупность как социальных («внешняя вторичная выгода болезни (ВВБ)»), так и интрапсихических преимуществ («внутренняя ВВБ»), получаемых человеком в течение болезни. Автор обосновывает, что внешняя ВВБ является продуктом сложившейся установки «социальной роли больного в обществе», существующей системой признаков (1) нормативно-регрессивного поведения человека во время болезни и (2) отношения к нему со стороны здоровых членов общества.

Таким образом, ВВБ представляется скорее социокультурно-психологическим феноменом, зависимым от сложившихся в каждой конкретной культуре стереотипов отношения к заболевшему. Автор под «вторичной выгодой от болезни» понимает совокупность как социальных («внешняя ВВБ»), так и интрапсихических преимуществ («внутренняя ВВБ»), получаемых человеком в течение болезни.

Вторичная выгода от болезни (ВВБ) является адаптационным феноменом, который формируется в условиях осознания личностью своего страдания. Этот феномен неоднороден и включает в себя представления о себе в «роли больного», внешнюю часть ВВБ и внутреннюю часть феномена. Внешняя часть ВВБ проявляется признаками манипулятивного поведения, внутренняя же формируется в том случае, когда симптомы болезни помогают удовлетворять потребности, фрустрированные до появления страдания (например, потребность в любви, самоуважении для пациентов с невротическими расстройствами). Элементы вторичной выгоды от болезни различаются по степени осознания. Так, совокупность представлений о себе в роли больного как составная часть «образа Я» осознаётся полностью, а внешняя и

внутренняя ВВБ включают в себя как осознаваемые, так и бессознательные части. Механизмы формирования феномена вторичной выгоды от болезни изучены мало. Предполагается, что в его формировании могут принимать участие механизмы психологической защиты (МПЗ), в частности, рационализация и интроекция.

Выводы по главе I.

В теоретической части исследования, рассмотрено понятие установки как социального феномена. Мотивация и мотивационный компонент установки рассматривается в контексте понимания соотношения динамических свойств мотива и мотивации, и устойчивости мотивации, в зависимости от реализации достижения потребности.

В отечественную психологическую науку термин «установка» был введен Д.Н.Узнадзе, который утверждал, что как оценочная, так и поведенческая реакция человека на ситуацию обуславливается не только самой ситуацией, но и некоторой внутренней предрасположенностью к определенной реакции.

Мотивационная установка — это задание для себя, запланированное, но отсроченное, или намерение, которое будет осуществлено при появлении нужной ситуации, повода. Ее можно рассматривать как латентное состояние готовности к удовлетворению потребности, реализации намерения (наподобие того, как пламя «переходит» в тлеющие угли, но, стоит только подбросить дров, как вспыхивает вновь).

Мотивационная установка может возникать и без неудачных попыток достичь цели как долговременное намерение (замысел). При этом мотивационная установка-намерение может проявляться в различных формах: в виде принятого задания, взятого обязательства, данного обещания, мечты. Таким образом, мотивационная установка является тем психологическим образованием, которое рядом авторов (В.Г.Асеев, В.И.Ковалев) относится к потенциальным мотивам, которые сформировались, но не проявляются в данный момент.

Установка на болезнь рассматривается как составной компонент феномена вторичной выгоды от болезни (ВВБ), рассматриваемого в теоретических и прикладных исследованиях авторов, и является социокультурально-психологическим феноменом, зависимым от сложившихся в каждой конкретной культуре стереотипов отношения к заболевшему. Под «вторичной выгодой от болезни» понимается совокупность как социальных («внешняя ВВБ»), так и интрапсихических преимуществ («внутренняя ВВБ»), получаемых человеком в течение болезни. Это адаптационный феномен, внешняя часть которого проявляется признаками манипулятивного поведения, внутренняя же формируется в том случае, когда симптомы болезни помогают удовлетворять потребности, фрустрированные до появления страдания (например, потребность в любви, самоуважении для пациентов с невротическими расстройствами). Элементы вторичной выгоды от болезни различаются по степени осознания. Так, совокупность представлений о себе в роли больного как составная часть «образа Я» осознается полностью, а внешняя и внутренняя ВВБ включают в себя как осознаваемые, так и бессознательные части.

Глава II. Эмпирическое исследование мотивационного компонента установки болеть у различных групп населения

2.1. Организация исследования

План и выборка исследования.

Эмпирическое исследование включало два этапа:

- на первом этапе была реализована диагностика трех социальных групп: (1) медицинские работники (врачи) – 30 человек; (2) «часто болеющие» - смешанная группа населения, критерием отбора в данную группу стал факт обращения в медицинские учреждения чаще трех раз в год – 30 человек, (3) условно «редко болеющие» - индивиды, обращающиеся в медицинские учреждения максимум 3 раза в год и реже – 30 человек.

Была проведена диагностика по авторской методике (корректно указать ФИО автора – научного руководителя) мотивационного компонента установки болеть.

Методика позволяет выявить степень психологической выгоды болезни для индивида, а также степень осознанности психологической выгоды.

На первом этапе эксперимента, главной задачей являлось выявление степени психологической выгоды у

отдельных групп населения и степени осознанности психологической выгоды болезни для индивида. По результатам первого этапа исследования, испытуемые были объединены в две группы: медицинские работники и часто болеющие пациенты (обращающиеся в медицинское учреждение не реже 2-х раз в год). - на втором этапе эксперимента, основной задачей стало выявление социально-психологических маркеров и особенностей врачей и пациентов, в контексте рассмотрения мотивационной установки болеть. .

Гипотеза исследования:

1. Существуют различия в социально – психологических особенностях врачей и пациентов, которые отражены в наличии/отсутствии осознанности мотивации болеть, отличиях локуса контроля, доминирующего состояния и др.

В исследовании были выдвинуты следующие задачи.

- организовать исследование мотивационного компонента установки болеть у различных групп населения;
- выделить социально-психологические признаки (отличия) врачей и пациентов в контексте наличия/отсутствия мотивационного компонента установки болеть;
- описать результаты исследования и подготовить выводы по теме исследования.

Методики исследования.

Помимо стандартизированных методик, использовалось включенное наблюдение, для фиксации невербальных реакций при рассказе о переживаниях и способах совладания со стрессом болезни, опасения заболеть и т.д.

Были использованы следующие диагностические методики:

2) Авторская методика ... позволяющая определить степень и осознанность психологической выгоды от болезни для индивида.

2) Методика УСК (уровень субъективного контроля), адаптирован и разработан в НИИ им. Бехтерева авторами – Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, Л.М.Эткинд. В основе данной методики лежит концепция локуса контроля Дж. Роттера. Является модифицированным вариантом методики выявления локуса контроля Дж. Роттера. В рамках данной методики представится возможность оценить уровень субъективного контроля в различных сферах жизнедеятельности, диагностировать степень ответственности человека за свои поступки и свою жизнь в разных сферах. В основу положена идея о том, что люди различаются по тому, как они объясняют причины значимых для себя событий и где локализируют контроль над ними – во внешних либо во внутренних факторах воздействия. Это экстернальный (внешний) и интернальный (внутренний) локус контроля (ЛК). Первый вариант проявляется, когда человек полагает, что происходящее с ним зависит от внешних факторов и мало подчиняется особенностям индивида (например, здесь причиной будет – случайности или вмешательства других людей). Во втором случае (интернальный ЛК) человек интерпретирует значимые события как результат своих собственных усилий.

Методика диагностики включает 44 утверждения-суждения, относительно которых испытуемые должны решить – верно оно или неверно, согласен он с ним или не согласен.

Рядом с номером суждения в бланке ответов необходимо поставить цифру, соответствующую мнению опрашиваемого, выражающую степень Его согласия-несогласия.

Вариативность данных находится в пределах 10 стенов, среднее значение которых составляет пять с половиной стенов.

3) 16 факторный опросник Кеттелла.

Методика представлена в виде опросника, где 16-ю независимыми и психологически содержательными факторами, описывается личность. Каждый фактор имеет определенное название и предполагает определенную связь между отдельными чертами личности. Модель факторного опросника для каждого отдельного индивида, отражает особенности индивидуально-психологических свойств его личности и при наложении на групповую модель выборки, в которой находятся данные, демонстрирует личностное своеобразие, позволяет прогнозировать дальнейшее поведение личности в конкретных ситуациях. Исследование в группе, позволяет применять данную методику как экспресс-методику и сводит к минимуму субъективный фактор, что позволяет повысить надежность исследования. В данном исследовании использован адаптированный вариант методики (С.Чугунова, 1972), на кафедре социальной психологии МГУ. Непосредственно методика состоит из опросника, предполагает наличие бланка для ответов и ключа для интерпретации результатов. Вариативность данных находится в пределах 10 стенов, среднее значение

которых составляет пять с половиной стана. Оценки в 4,7 говорят о незначительные отклонения характеристики от средних показателей, яркая выраженность качеств связанные с оценками 1-3 и 8-10, учитывая биполярность каждого Фактора.

4) Методика определения доминирующего состояния Л. В. Куликова

Методика касается определения доминирующего состояния, создана данная методика для определения характеристик психологического и социально-психологического уровней доминирующего психического состояния индивида. Оценивается данный показатель с помощью самооценок тестируемого. Методика представлена в форме опросника с определенными утверждениями, которые описывают признаки, характеризующие состояние и поведение, а также взаимоотношения с различными аспектами социально-психологического порядка. Оценка уровня согласия с каждым утверждением, даётся по 7 бальной шкале. Это позволяет сделать опросник много параметрическим, но с небольшим количеством пунктов, краткость опросника и отсутствие «неудобных» утверждений, позволяет использовать данную методику в различных массовых обследованиях, в разных возрастных и социальных группах. Представлены показатели рядом шкал, по которым оценивается и описывается модель личности. Шкалы биполярны, по ним может быть получена оценка низкого, высокого или среднего уровня. Достаточно информативная методика, помогающая оценить особенности социально-психологического состояния личности. Непосредственно методики диагностики и инструкции к ним представлены в Приложении 1.

Исследование проводилось в дистанционном режиме.

Возраст испытуемых – 22 - 45 лет, средний возраст находится в пределах 28-35 лет, некоторые имеют хронические заболевания, но скомпенсированы, испытуемые за последние 2 года обострений хронических заболеваний не было.

Соотношение мужчин и женщин в выборке равное.

2.2. Результаты исследования

На первом этапе эксперимента, по итогам диагностики трех социальных групп: (1) медицинские работники (врачи) – 30 человек; (2) «часто болеющие» - смешанная группа населения, критерием отбора в данную группу стал факт обращения в медицинские учреждения чаще трех раз в год – 30 человек, (3) условно «редко болеющие» - индивиды, обращающиеся в медицинские учреждения максимум 3 раза в год и реже – 30 человек, были получены следующие результаты (см.Табл. 1, Рис.2).

Результаты можно представить в процентном соотношении по каждой из групп и средний уровень по группам(см.Табл. 1, Рис.2)..

В процентном соотношении по группам получены следующие результаты.

В группе врачей – 40% (12 опрошенных) показали средний уровень психологической выгоды от болезни и 60% опрошенных (18) демонстрируют низкий уровень. При этом, высокая осознанность у 70% врачей и средний уровень осознанности продемонстрировали 30% испытуемых.

В группе часто болеющих пациентов, ситуация отличается – преобладают высокие показатели по уровню психологической выгоды от болезни (50%), средний уровень показали 40% испытуемых, 10% испытуемых показали низкий уровень психологической выгоды от болезни. Осознанность в группе психологической выгоды от болезни в группе – в 10% низкая, у 70% средняя, 20% показали высокий уровень осознанности. В группе условно редко болеющих пациентов – 40% опрошенных показали средний уровень психологической выгоды от болезни и 60% опрошенных – низкий уровень; относительно осознанности – 60% демонстрируют средний уровень, 30% - низкий, 10% высокий уровень осознанности.

Ниже представлены средние показатели по группам.

Таблица 1.

Показатели степени психологической выгоды от болезни и осознанности психологической выгоды от болезни в различных группах населения

Группа испытуемых	Степень психологической выгоды от болезни	Осознанность психологической выгоды от болезни
-------------------	---	--

Врачи Низкая (1 балл) Высокая(4 балла)

Часто болеющие пациенты Высокая (7 баллов) Средняя (2 балла)

Редко болеющие пациенты Низкая (2 балла) Средняя (3 балла)

Наглядно результаты обследования представлены на рисунке 2.

Рис.2. Уровень выраженности психологической выгоды от болезни и осознанности психологической выгоды в различных группах населения

Определяя сравнительные различия между группами населения, можно отметить наличие особенно выраженных различий в отношении степени психологической выгоды и осознанности у врачей и часто болеющих пациентов. Редко болеющие пациенты демонстрируют низкий уровень выгоды и средний уровень осознанности выгоды от болезни.

В силу того, что в рамках данного исследования, актуальным является выявление социально-психологических различий мотивационной установки болеть, проведем более развернутое обследование пациентов (часто болеющих) и врачей.

По результатам первого этапа исследования, испытуемые были объединены в две группы: медицинские работники и часто болеющие пациенты (обращающиеся в медицинское учреждение не реже 2-х раз в год). - на втором этапе эксперимента, основной задачей стало выявление социально-психологических маркеров и особенностей врачей и пациентов, в контексте рассмотрения мотивационной установки болеть. .

Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений. М.: Аспект Пресс, 2000. – 375 с.
2. Андреева Г.М. К проблематике социального познания // Мир психологии,1999. № 3. С. 15 - 23.
3. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г.Ананьев. - СПб.: Питер,2001. - 272 с.
4. Барабанщиков В.А. Системный подход в структуре психологического познания / В.А.Барабанщиков // Методология и история психологии. - 2007. Т. 2. № 1. - С. 86-99.
5. Бакулин В.С. Психология болезни и инвалидности: учебное пособие. //И.Б.Грецкая, В.В.Петрова. – Волгоград: ФГОУ ВПО «ВГАФК», 2010. – 136 с.
6. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). – Москва.: Смысл, 1993
7. Браун Дж.Ф. Техники воздействия: от пропаганды до промывания мозгов – М.: АСТ, 2002. – 280 с.
8. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М.: Медиум, 1995. – 390 с.
9. Быкова Д.В. Прокрастинация как проявление эмоционально-ориентированного и ориентированного на избегание стилей копинга//Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе/ Материалы II международной научно-практической конференции/Отв. ред.Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. – Кострома., КГУим. Н.А. Некрасова , 2010.-С.194
10. Войтасик Л. Психология политической пропаганды. – М.: Прогресс, 1981. – 278 с.
11. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е.Водопьянова. – Спб.: Питер, 2009. – 255 с.
12. Годфруа Ж. Что такое психология: В 2-х т. Т. 1: Пер. с франц.-М.: Мир 1992.-496 с.
13. Евгеньева Т.В. Технологии социальных манипуляций и методы противодействия им. Спецкурс по политической психологии. СПб.: Питер, 2007. – 112 с.
14. Евгеньева Т.В., Селезнева А.В. Психология массовой политической коммуникации: учебное пособие. М.: Издательство Московского университета, 2013. – 299 с.
15. Зобков В.А. Личность и деятельность в теории отношения В.Н.Мясищева / В.А.Зобков // Психологический

журнал, 2013, № 4, Том 34. - С. 16-29

16. Зобков В.А. Творчество. Отношение. Деятельность. Теоретико-методологические аспекты / В.А.Зобков, Е.В. Пронина. - Владимир: Собор, 2010. - 164 с.
17. Идобаева О.А. Психолого-педагогическая модель формирования психологического благополучия личности / О.А.Идобаева. - Автореф. дис. док. психол. наук. - М., 2013. - 24 с.
18. Ильин Е. Мотивация и мотивы - СПб.: Питер, 2003. - 516 с.
19. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции. М., 1991. - 1208 с.
20. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: Монография / Т. Л. Крюкова. - Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. - 296 с.
21. Кара-Мурза С.Г. Манипуляция сознанием. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. - 832с.
22. Квале С. Исследовательское интервью /С.Квале. - М.: Смысл, 2009. - 301 с.
23. Коттлер Д. Психотерапевтическое консультирование / Д.Коттлер, Р.Браун. - СПб.: Питер, 2001. - 464 с.
24. Келли Г. Процесс казуальной атрибуции // Современная зарубежная социальная психология. Тексты. Под ред. Г.М.Андреевой, Н.Н.Богомоловой, Л.А.Петровской. М.: Изд-во МГУ, 1984. С.127-137.
25. Лисковский О.В. Медицинская психология. - УМК. Программа курса. - Мн.: ФУСТ БГУ, 2003. - 114 с.
26. Лебон Г. Психология народов и масс. СПб.: Макет, 1995. - 521 с
27. Леонтьев А.Н. Образ мира // Избранные психологические произведения. М.: Педагогика, 1983. С.251-261.
28. Липпман У. Общественное мнение. М.: Институт фонда «Общественное мнение», 2004. - 384 с.
29. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 2007. - 516 с.
30. Мечковская Н.Б. Социальная лингвистика/Н.Б.Мечковская. - М.: Аспект Пресс, 2000. — 207 с.
31. Молчанова Е. С., Авдошина Т. Вторичная выгода от болезни и механизмы психологической защиты у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией //Социальная и клиническая психиатрия. - ТОМ 17 Выпуск 1, 2007
32. Назаретян А. П. Психология стихийного массового поведения. СПб.: Питер, 2003. - 112 с.
33. Ольшанский Д.В. Психология масс. СПб.: Питер, 2002., Ольшанский Д.В. Основы политической психологии. М.: Деловая книга, 2001. - 368 с.
34. Платонов К.К. Занимательная психология / К.К. Платонов.- М.: Издательство «Молодая гвардия», 1986. - 288 с.
35. Тард Г. Законы подражания. М.: Академический проект, 2011. - 311 с.
36. Узнадзе Д.Н. Психология установки. СПб.: Питер, 2001. С. 21-28.; Ядов В.А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности // Методологические проблемы социальной психологии. М., 1975.
37. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. — М.: Академический Проект, 2004. — 848 с.
38. Шадриков В. Д.Психология деятельности человека. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. - 464 с.
39. Шибутани Т. Социальная психология. Р/н Д.: Феникс, 2002. - 539 с.
40. Шерковин Ю.А. Психологические проблемы массовых информационных процессов. М.: Издательство «Мысль», 1973. - 215 с.
41. Ядов В.А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности // Методологические проблемы социальной психологии. М., 1975. С.89-105

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/96763>