



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет»  
(ФГБОУ ВО «ЮУрГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ, ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

Разрешение конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных  
родственников

Выпускная квалификационная работа  
по направлению подготовки 39.04.02 Социальная работа  
Программа профильная направленность  
«Конфликтология в социальной работе»

Проверка на объем заимствований:

81,23 % авторского текста  
Работа Соболева к защите  
« 10 » 02 2023 г.  
зав. кафедрой СРПиП С

Соколова Надежда Анатольевна

Выполнил (а):

Студент (ка) группы ЗФ-306/279-2-1  
Пятынина Мария Юрьевна

Научный руководитель:  
доктор пед.наук, доцент Е

Харланова Елена Михайловна

Челябинск  
2023

## Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические аспекты разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников .....	9
1.1. Социальные конфликты и правовое регулирование прав ВИЧ-инфицированных людей.....	9
1.2. Взаимоотношения и внутрисемейное восприятие конфликтов между членами в семьях, с ВИЧ-инфицированным родственником.....	24
1.3. Модель разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.....	29
Выводы по первой главе.....	43
Глава 2. Практические аспекты разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников .....	45
2.1. Изучение опыта разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.....	45
2.2. Анализ супружеской сплоченности, как факторов предотвращения и разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.....	55
2.3. Проект разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников .....	67
Выводы по второй главе.....	74
Заключение.....	75
Список использованной литературы.....	78
Приложение.....	87

## Введение

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) стал одним из инфекционных заболеваний, эпидемия которых наблюдается в глобальном масштабе. ВИЧ инфицирован почти 1% населения земного шара, более 30 млн. человек. Из них 2 млн. составляют дети. В России ситуация со СПИДом резко ухудшилась за последние несколько лет. С каждым годом проблема ВИЧ инфицирования взрослых и детей усложняется. Растет число заболевших [40]. По итогам 2017 года мы находимся на пятом месте по заболеваемости в РФ. 97% процентов составляют граждане стран со средним или же низким достатком, более 1000 вновь регистрируемых – дети в возрасте до 15 лет, оставшиеся 6000 составляют женщины (51%) и молодые люди в возрастной группе от 15 до 24 лет. Тем не менее, смертность от СПИДа составила 1,8 миллиона человек, что позволяет говорить о наличии тенденции к небольшому сокращению смертности – на 0,2 миллиона человек за год, а в сравнение с 2004 годом, когда количество смертей от СПИДа равнялось 2,1 миллионам человек – тенденция очевидна.

Социальная работа, в том числе, профилактика и поддержка ВИЧ инфицированных людей и их семей – мощное оружие в борьбе с ВИЧ/СПИДом, адекватное последствиям пандемии здесь и сейчас. В этом отношении, социальная работа приобретает двойной смысл: указывая направление в борьбе с эпидемией ВИЧ, она подразумевает не только использование практических методов и профессиональной подготовки, но и социальный ответ: угроза ВИЧ не может рассматриваться только как личная или медицинская проблема – ВИЧ/СПИД должны стать предметом обсуждения в личных взаимоотношениях, семье, общине, обществе.

С каждым днем в России становится все больше семей, где один или даже несколько членов больны ВИЧ-инфекцией, и людей, имеющих дальних и близких родственников, инфицированных ВИЧ. Часто в таких семьях в связи с диагнозом ВИЧ-инфекции возникают серьезные конфликты,

которые могут привести к очень серьезным последствиям, вплоть до разрушения семьи и возникновения тяжелых жизненных ситуаций, требующих помощи специалистов. Ими, безусловно, могут и должны стать социальные работники системы здравоохранения, социальной защиты и некоммерческих организаций (НКО), работающие в тесном сотрудничестве с другими специалистами медиками, психологами, юристами.

### **Степень разработанности проблемы.**

Несмотря на то, что в последние годы появилось большое количество научных трудов, посвященных социальным аспектам ВИЧ/СПИДа, отмечается дефицит работ по теме разрешения конфликтов в данных семьях.

Большое значение для диссертационного исследования имеют работы классиков социологии, таких как Ф. Знанецкий, У. Томас, Л. Выготской, М. Ковалевский, С. Шпилевский, Л. Штернберг, которые высказывали различные мнения о роли семьи как социального института. Значительный интерес представляют работы Глазыриной Л. А. раскрывающей особенности подготовки педагогических кадров, работающих с ВИЧ-инфицированными детьми, Э. Дюркгейма, предложившего теорию социальной солидарности; П. Сорокина, выделившего факторы ослабления семьи; Т. Парсонса, писавшего об организации семьи как социальной системы; А.Г. Харчева, М.С. Мацковского, О.В. Ермакова, исследовавших социальные проблемы семьи. В работах С.И. Голода основное внимание уделяется структуре и характеру внутрисемейных отношений, формирующих, по сути, семью.

Важными для исследуемой темы являются работы, посвященные социальным проблемам, связанным с ВИЧ-инфекцией, таких российских ученых как В.В. Покровского, О.И. Бородкиной, Р.В. Скочилова, Ю.Ю. Ивашкиной, В.М. Середы, М.В. Жуковой, О.В. Кольцовой, Г.В. Волковой.

Анализ научной литературы по теме диссертационного исследования позволяет утверждать, что, несмотря на то, что в работах отечественных и

зарубежных авторов довольно подробно рассматриваются различные проблемы функционирования семьи как социального института, вопросы разрешения конфликтов людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, и семей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, изучены недостаточно.

Таким образом, анализ литературы и нормативных документов позволил сформулировать **проблему исследования**: Как обеспечить поддержку семьи в разрешении конфликтов, где один из членов семьи имеет диагноз ВИЧ-инфекция?

**Цель исследования**: изучить теоретические, нормативные основы и разработать проект по организации поддержки семей имеющих ВИЧ-инфицированных родственников в разрешении конфликтов.

**Объектом исследования** являются семьи, имеющие ВИЧ-инфицированных родственников.

**Предмет исследования**: разрешение конфликтов в семье, имеющей ВИЧ-инфицированных родственников.

В соответствии с поставленной целью и выдвинутой гипотезой определены следующие **задачи**:

1. Раскрыть особенности социальных конфликтов и меры правового регулирования прав ВИЧ-инфицированных людей.
2. Изучить структуру взаимоотношений и внутрисемейного восприятия конфликтов между членами в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.
3. Разработать модель разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.
4. Изучить опыт разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.
5. Провести анализ супружеской сплоченности, как факторов предотвращения и разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников

б. Разработать и апробировать проект по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

**Методологической и теоретической основой диссертационного исследования** стали труды ученых в области исследования системно-деятельностного подхода, который описывал в своих работах И. В. Блауберг; социологические исследования конфликта (Л. Козер, А.Г. Здравомыслов, А.В. Дмитриев, Г. Зиммель, К. Маркс и др.); психологические исследования конфликтов (А. Я. Анцупов, Ф. М. Бородкин, Н. В. Гришина, А. С. Гусева, А. И. Донцов, А. А. Ершов, В. Г. Зазыкин, А. Г. Ковалев, Н. В. Крогиус, А. И. Шпилов, А. В. Филиппов и др.);

**База и этапы исследования:** ГБУЗ Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Челябинска.

Исследование проходило в **три этапа** с 2020 по 2022 гг.

**Первый этап** (сентябрь 2020 – февраль 2021 гг.) Определение темы и проблематики исследования, обоснование ее актуальности. Теоретический анализ литературы по изучаемой проблематике. Определение проблемы, предмета, объекта, цели и задач исследования, выбор методов и методик проведения исследования.

**Второй этап** (март 2021 – декабрь 2021 гг.) Констатирующий этап программы исследования. Сбор и анализ эмпирических данных по проблеме исследования на основании опроса представителей семей, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

**Третий этап** (январь 2022 – декабрь 2022гг.) был посвящен обобщению, систематизации и описанию полученных результатов, корректировке положений и выводов по теме исследования, оформлению диссертационного исследования, определению практической значимости и внедрению результатов исследования в практику разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

**Методы исследования:** теоретические (анализ, сравнение, обобщение)

ние, синтез, моделирование); эмпирические (опрос, анкетирование, анализ документов, экспертная оценка).

**На защиту выносятся следующие положения:**

1. Актуальность проблемы разрешения межличностного конфликта в семьях с ВИЧ-инфицированными родственниками в условиях работы центров поддержки обусловлена недостаточной разработанностью исследуемой проблемы в теории и практике, возросшими трудностями в разрешении межличностных конфликтов в семьях с ВИЧ-инфицированными родственниками.

2. Модель разрешения конфликтов в семьях имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, включает компоненты: цель, задачи, подходы, принципы, функции, методы, организационные условия, среду, планируемые результаты и в совокупности обеспечивает достижение результата, а именно, снижение конфликтности в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

Защищаемые положения определяют **теоретическую значимость** нашего исследования, которая заключается:

1. В уточнении и конкретизации понятия конфликта семьях с ВИЧ-инфицированными родственниками;

2. В разработанной модели разрешения конфликтов в семьях имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

3. Осуществлен анализ супружеской сплоченности, как факторов предотвращения и разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

**Научная новизна** исследования состоит в том, что:

1. разработана модель разрешения конфликтов в семьях имеющих ВИЧ-инфицированных родственников;

2. выделены условия эффективного функционирования модели: обеспечение процесса разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников через реализацию проекта; психолого-

педагогическое диагностическое обеспечение процесса социализации членов семьи.

**Практическая значимость** исследования: полученные в ходе исследования результаты и на их основе теоретические выводы положены в основу методических рекомендаций. Разработан проект разрешения конфликтов между членами семей, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников. Материалы исследования могут быть использованы в практике деятельности центров поддержки ВИЧ-инфицированных, а так же в рамках профильных курсов.

**Обоснованность и достоверность** исследования определяется анализом современных достижений современной науки, выбором и реализацией комплекса методов, соответствующих цели исследования, воспроизводимостью результатов исследования, подтверждением гипотезы исследования его результатами.

**Апробация и внедрение результатов исследования** осуществлялись:

1. Посредством публикации материалов исследования в научном журнале "Актуальные исследования" (2023 г.), через внедрение разработанных программ и методических рекомендаций по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников в практику деятельности ГБУЗ Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом (2021 – 2022 гг.).

2. Посредством работы в качестве сотрудника, осуществляющего сбор, подготовку и анализ результатов исследований для применения их в подготовке методики подготовки в решении конфликтов сотрудников ГБУЗ Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом. (2021 – 2022 гг.).

**Структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, приложений.



## **Глава 1. Теоретические аспекты разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников**

### **1.1. Социальные конфликты и правовое регулирование прав ВИЧ-инфицированных людей**

ВИЧ – это сокращенное название вируса иммунодефицита человека, т. е. вируса, поражающего иммунную систему. Разрушая иммунную систему человека, этот вирус способствует развитию у него других инфекционных заболеваний, так как иммунная система теряет способность защитить организм от болезнетворных микроорганизмов. Человека, заразившегося ВИЧ, называют ВИЧ-инфицированным, или ВИЧ-позитивным, или ВИЧ-серопозитивным. Таким образом, ВИЧ инфицированный (положительный) человек – это человек, каким-либо из способов передач вируса, заразившийся им [7].

Выделяют следующие группы ВИЧ-инфицированных людей

1. Взрослое население.
2. Взрослое население девиантного (рискового) поведения.
3. Дети, которые приобрели вирус, каким-либо из путей передач.
4. Дети, зараженные от матери.
5. Подростки, также девиантного (рискового) поведения.
6. Беременные женщины.

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) [26] представляет данные исследования, приуроченного к Всемирному дню борьбы со СПИДом. Распределение ВИЧ – инфицированных в России основным известным факторам риска заражения выглядит следующим образом:

1. более чем в 65% случаев это заражение путем внутривенного введения наркотиков (последние шесть лет наблюдается снижение частоты передачи вируса этим способом);
2. более 30% случаев передачи вируса происходили в ситуации гетеросексуального контакта (частота заражения ВИЧ этим способом в по-

следние шесть лет растет. С этим также связано значительное увеличение числа заражений среди женщин);

3. порядка 2% заражение ребенка от матери во время беременности или родов; - менее 2% в случае гомосексуального контакта;

4. на другие способы заражения ВИЧ суммарно приходится менее 1% (сюда включаются заражения ВИЧ на рабочих местах, заражения в медицинских учреждениях и т.п.).

Для сравнения имеет смысл привести общемировую статистику по зарегистрированным случаям передачи ВИЧ:

1. передача заболевания половым путем – 70-80%;
2. инъекционные наркотики – 5-10%;
3. профессиональное заражение медработников – менее 0,01%;
4. переливание зараженной крови – 3-5%;
5. от беременной или кормящей матери ребенку – 5-10%.

Почти половина россиян – 45% не видят разницы между ВИЧ и СПИД, по мнению 18% опрошенных – различия между этими понятиями есть. Свыше трети (37%) затрудняются с оценкой. Чем выше уровень образования опрошенных, тем больше среди них тех, кто указывает, что ВИЧ и СПИД – это не одно и то же (от 10% с образованием ниже среднего до 18% со средним общим и средним специальным и 25% с высшим и незаконченным высшим образованием). Такие данные публикует Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) на основании результатов опроса, проведенного в 46 регионах России [26].

Жизнь с ВИЧ – это серьезное испытание для человека, и те кризисные ситуации, которые чаще всего возникают, связаны с эмоциональными переживаниями и проблемами, с которыми ежедневно сталкивается человек.

Сегодня ВИЧ – проблема не столько медицинская, сколько социальная. Несмотря на то, что во всем мире не зафиксировано ни одного случая передачи ВИЧ контактно-бытовым путем, большинство россиян опасаются

общаться с ВИЧ-инфицированными. Согласно исследованиям, ВЦИОМ, 44% опрошенных россиян заявили, что они забрали бы своего ребенка из детского учреждения, если бы узнали, что туда ходит ребенок с ВИЧ. В то же время ВИЧ-инфицированным детям требуется минимальная медикаментозная поддержка, которую они получают в полном объеме в результате действия государственных программ. Такие предрассудки оказывают большое влияние на судьбу сирот, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, которые составляют большую часть зараженных ВИЧ. Они невольно попадают в изоляцию, не могут посещать детский сад, школу, заниматься спортом, полноценно развиваться.

По данным координатора программы по ВИЧ/ СПИДу Детского фонда ООН (UNICEF) Тиграна Епояна [27], в России насчитывается 2-2,5 тыс. сирот, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин. Такие родители отказываются от детей в 10 раз чаще, чем здоровые. Среди причин – отсутствие супруга, работы, постоянного места жительства, психологической поддержки, а также поведение медицинских работников, которые уговаривают женщину сделать аборт или отказаться от ребенка, негативное общественное мнение. Случаи отказов сократятся в случае оказания психологической и медицинской помощи ВИЧ-инфицированной маме. В России нередко наличие ВИЧ-инфекции делает гражданина мишенью для различных нарушений прав. Незаконное обследование на ВИЧ без согласия человека, разглашение диагноза, незаконное увольнение с работы, вынужденный переезд на новое место жительства из-за гонений и дискриминации, недоступность медицинских и социальных служб на новом месте из-за отсутствия регистрации – это далеко не полный перечень проблем, с которыми может столкнуться человек с ВИЧ – положительным статусом. [39].

Семья – одна из важнейших ценностей человека. Это сложное социальное образование, в котором переплетаются многообразные формы общественных отношений и которое выполняет многочисленные, необходимые обществу и человеку функции: воспитательная, хозяйственно-

бытовая, функция духовного (культурного) общения, эмоциональная функция, здоровьесохраняющая функция, функция первичного социального контроля, сексуально-эротическая функция.

В нашем исследовании мы рассматриваем семью, имеющую ВИЧ-инфицированного родственника. Кроме как проживание на одной территории, экономических, социальных и эмоциональных отношений их сплачивает диагноз одного или нескольких членов семьи. Данные люди объединены браком или кровным родством и имеющие совпадающие интересы в области организации быта, взаимопомощи и взаимной ответственности за здоровье и благополучие членов семьи. Членом семьи с ВИЧ-положительным диагнозом может являться кто-либо из супругов, ребенок, брат или сестра, бабушка или дедушка. Но в нашем исследовании мы рассматриваем конфликты данных членов семьи, поэтому нам важен их тесный, ежедневный контакт, исходя из этого, они должны проживать на одной территории.

Семейные конфликты — это противоборство между членами семьи на основе столкновения противоположно направленных мотивов и взглядов.

Разрешение конфликта — это длительный процесс, с помощью которого две или более стороны, участвующие в разногласиях, спорах или дебатах, достигают соглашения, разрешающего их и удовлетворяющего или частично удовлетворяющего стороны конфликта.

Конфликтными супружескими союзами называют такие, в которых между супругами имеются постоянные ссоры, где их интересы, потребности, намерения и желания приходят в столкновение, порождая особо сильные и продолжительные эмоциональные состояния.

Конфликты бывают открытые и скрытые. Открытые конфликты принимают форму ссоры, скандала, драки и т. д. Скрытые же конфликты не имеют яркого внешнего проявления, это скорее внутреннее недоволь-

ство, но их влияние на супружеские отношения не менее ощутимо, чем влияние открытых.

Конфликты также могут быть легко разрешимыми и трудноразрешимыми. Во-первых, причина может быть легко установлена и устранена. В случае трудноразрешимых конфликтов, даже при выявлении причины, их нелегко ликвидировать, поэтому отношения между супругами остаются напряженными. Однако причину, испортившую отношения, нужно постараться устранить как можно скорее.

Конфликт обычно вызывается какой-то сложной для супругов проблемой. Конфликтные ситуации специфичны для разных стадий развития семьи. Наиболее существенна роль конфликта в период формирования семьи, когда супруги только начинают приспосабливаться друг к другу. Именно на этом этапе важно определить причины конфликтных ситуаций, способы и пути их разрешения.

Конфликты внутри семей, в которых проживает один или несколько ВИЧ-инфицированных людей более закрыты для общества, тяжело воспринимаются их участниками и требуют особой деликатности при помощи и консультациях специалистом

ВИЧ-инфицированный человек и соответственно его семья нередко сталкиваются на своем жизненном пути с такими проблемами как [30; 33; 45]:

Социальная изоляция. Большинство населения России крайне настороженно и с презрением относятся к этой категории граждан, в большинстве случаев, просто не зная реальные пути передачи инфекции. С инфицированными людьми не хотят общаться, сидеть за одной партой, работать в одном коллективе. Взаимоотношения с близкими родственниками и друзьями также является большим стрессом, человек становится замкнутым, либо старается не сообщать о своем диагнозе. Обществом пока эта болезнь не принимается, но центры СПИДа по всей стране регулярно проводят городские акции на тему «ВИЧ касается каждого».

Отказ от приема в медицинское учреждение. Самое страшное, что может быть для больных с вирусом иммунодефицита. Но рано или поздно каждый заболевший сталкивается с этим. Казалось бы, проблема СПИДа в 21 веке в таком ключе рассматриваться не должна, ведь медиков регулярно обучают на семинарах тому, как вести себя с инфицированными и как обезопасить себя от заражения при работе с ними, но получается, в экстренных случаях, например, операция, и инфицированный сам рассказывает о своем диагнозе, у врача срывает, в первую очередь, человеческий фактор, самый сильный – самосохранение и личная безопасность. Также для ВИЧ-инфицированного человека сложностью является обычный визит к стоматологу.

Дети с ВИЧ. ВИЧ-инфицированные дети – инвалиды детства. Они получают денежное пособие и льготы, определенные законом РФ. Ребенок с ВИЧ-инфекцией имеет право посещать детский сад, школу и другие образовательные учреждения наравне со здоровыми детьми без каких-либо ограничений и ущемлений, но так как ВИЧ-инфицированные дети более подвержены заражению вирусными заболеваниями контакты сводятся к минимуму. Ребенок будет состоять на диспансерном учете в центре СПИДа пожизненно. Здесь его бесплатно наблюдают, по мере необходимости обследуют специалисты (врач-педиатр, врач-инфекционист и др.), назначают малышу необходимые препараты для поддержания иммунитета.

Внутриличностные проблемы ВИЧ-инфицированного. Человек, который только что узнает о своем диагнозе ВИЧ-инфекция, испытывает разрушительные для человеческого организма эмоции, как страх, осознание наличия серьезного заболевания, неуверенность и чувство обреченности. Именно под их влиянием больной все чаще замыкается в себе и постепенно погружается в депрессию. Стоит ли говорить, что такое состояние только вредит человеку и никак не способствует его стремлению вести полноценную жизнь. Заболевшему важно прийти к пониманию, что ВИЧ-инфекция – это заболевание, с которым бывает нелегко бороться в одиноч-

ку, ему жизненно необходима поддержка. Значит, нужно рассказать о своем диагнозе окружению, первым сделать крайне тяжелый шаг для инфицированного человека. Однако далеко не каждый решается рассказать о своем диагнозе кому-то еще. Люди с положительным ВИЧ-статусом, как правило, боятся испортить отношения с друзьями и родственниками из-за возможного их осуждения или боязни заразиться. Близкие люди не всегда могут обеспечить необходимую поддержку ВИЧ-позитивного человека в силу непонимания, отсутствия необходимой информации о заболевании. Каждый, кто столкнулся с ВИЧ, может обратиться за помощью к психологу, который бесплатно консультирует в Областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом [8].

Диссидентство - (от лат. *Dissidens* - несогласный, инакомыслящий,). Относительно новая, но одна из самых опаснейших проблем для ВИЧ-инфицированных людей. В XX веке появились люди, которые стали отрицать ВИЧ/СПИД – ВИЧ-диссиденты, пропагандировать идею, что ВИЧ не существует. Этим людям невозможно переубедить обычными аргументами, какими бы вескими они ни были. На самом же деле в этих людях говорит, в первую очередь, отрицание, непринятие болезни и трусость. Самые основные мифы насчет ВИЧ в обществе [9]:

1. «Меня это не коснется» Не обязательно вести «беспорядочный» образ жизни для того, чтобы заболеть.
2. «ВИЧ не существует» Доказано всеми странами мира, ВИЧ есть, но с ним научились сосуществовать. Можно сравнить это заболевание с сахарным диабетом, больной принимает инсулин, регулярно посещает врача, сдает необходимые анализы и живет с этим заболеванием.
3. «Медикаментозная терапия разрушает организм инфицированного еще больше, чем сам вирус». Как у каждого лекарственного препарата у антиретровирусной терапии существуют побочные реакции, она назначается каждому человеку индивидуально, регулярная сдача анализов и просмотр динамики — это главная задача врача-инфекциониста. Под-

держание нормальной жизнедеятельности у ВИЧ-инфицированных возможно, благодаря своевременному приему терапии, ведению здорового образа жизни, правильному питанию. Это довольно успешно подтверждают сотни тысяч больных, которые проходят лечение, получают информационную поддержку и психологическую помощь в специализированных учреждениях.

4. «Возможность заразиться воздушно-капельным путем». Существует только три пути передачи ВИЧ-инфекции: через кровь, половым путем и вертикальным - от матери к ребенку, если она кормит его грудью.

Избавиться с диссидентством полностью невозможно, поэтому следует заняться главной задачей: ликвидацией безграмотности среди населения. Чтобы ликвидировать мифы, нужно больше приводить реальных историй из жизни ВИЧ-положительных людей. Проблема лишь в том, что не так много людей готовы рассказать о своей жизни в открытую.

Люди, заразившиеся ВИЧ-инфекцией должны приспособиться к своему диагнозу, принять его. Этот процесс не является одномоментным. Мало того, особого внимания специалиста образовательной организации заслуживает тот факт, что каждый человек, находящийся в кризисе, очень нуждается в помощи и поддержке своей собственной семьи, близких людей.

Мы рассмотрели этапы принятия диагноза «ВИЧ-инфекция». В процессе рассмотрения данных стадий, мы пришли к выводу, что каждая из них имеет свой собственный конфликт.

Выделяют шесть стадий реакции на кризис и то, как можно облегчить психологическое состояние таких людей [18; 20].

1. «Шок» Обычно эта стадия начинается с того момента, когда человек впервые узнает о том, что он ВИЧ-инфицирован. На этом этапе человек может внешне казаться спокойным, но ему приходится справляться с беспорядочным потоком мыслей и чувств. Очень важно не оставлять



его одного, быть с ним, разговаривать дружелюбно, не критикуя, побуждать его говорить.

2. «Отрицание» Оправляясь от шока, человек не может поверить, что все это происходит именно с ним: «Это невозможно, это какая-то ошибка», – обычно слышат от ВИЧ-инфицированного человека. Отрицание — это временная защита, позволяющая накопить энергию, как физическую, так и эмоциональную. Она потребуется, чтобы справиться с чувством страха, появившимся из-за угрозы жизни. Полное отрицание встречается редко. В большинстве случаев вместе с отрицанием человек проявляет глубокую обеспокоенность ситуацией, когда он должен осознать и принять правду.

3. «Злость». Затем следует период, когда отрицание уже становится невозможным. Его заменяют злость, гнев. Инфицированный человек спрашивает себя и людей вокруг: «Почему я? Что я сделал? Чем я хуже других?». Злость выражается во всем. Она может быть направлена на близких, на медработников, на власть, на педагогов и специалистов образовательной организации, на сверстников. На этой стадии очень важны терпимость и сопереживание близкого окружения.

4. «Преодоление». За стадиями шока, отрицания и злости следует попытка изменить ситуацию. Человек желает изменить свое поведение. Очень важно слушать размышления ВИЧ-позитивных людей, которые обычно свидетельствуют о развившемся чувстве вины. ВИЧ-инфицированные люди чувствуют себя виноватыми из-за своего прежнего поведения, часто они относятся к ВИЧ как к наказанию за свою жизнь. Выражения чувства вины обычно очень сильные. Результатом может стать депрессия, разрушительно воздействующая на все стороны жизни.

5. «Депрессия». На этом этапе инфицированный человек чувствует подавленность, грусть, страх за свое будущее, боязнь быть отвергнутым и остаться в одиночестве. Депрессию обычно усиливает низкая самооценка. ВИЧ-инфицированный воспринимает свою болезнь как собственную

неудачу, поражение, чувствует себя слабым и жалким. На этой стадии важно позволить человеку выражать свои чувства, свою грусть, больше говорить.

б. «Принятие» Если у человека достаточно времени, если необходимая помощь оказана и, что самое главное, ему не мешали в прохождении предыдущих этапов, он достигает состояния, когда диагноз и его осознание больше не вызывают у него ни злости, ни депрессии. ВИЧ-позитивный человек снова начинает уважать и ценить себя, к нему возвращаются интересы и желание общаться. Семье в этот момент важно просто быть рядом, без навязчивости показывать свое участие, заботу и готовность помочь.

Для разрешения конфликтов семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников необходима поддержка, почти всегда она опирается на нормативно-правовую базу. На Международном уровне «Всеобщая декларация прав человека» (1948); «Декларация прав ребенка» (1959); «Конвенция ООН о правах ребенка» (1989); «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» (2001), «Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека» (2006) и др.[17; 30]. На государственном уровне РФ регламентируется нормативно правовыми актами, направленными на обеспечение конституционных прав и интересов ВИЧ-инфицированных членов семей Конституция РФ (2020); Гражданский кодекс РФ (2021); Семейный кодекс РФ (2022); Федеральный закон № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (1995); Федеральный закон № 12-ФЗ «Об образовании» N 273-ФЗ (2012); Письмо Министерства образования и науки РФ № 0100/8129-05-32 «Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде» (2005) и др.

В соответствии с Федеральным законом [41] «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом

иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), принятым Государственной Думой Федерального Собрания РФ 24 февраля 1995 года, государством гарантируются:

1. Производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции;
2. Доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности;
3. Предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам РФ в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
4. Социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным гражданам РФ, получение ими образования (среднего, полного, высшего), их переподготовка и трудоустройство, получение новой или другой профессии;
5. Обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

ВИЧ-инфицированные граждане РФ обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации и действующим законодательством РФ.

Права и свободы граждан РФ могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом. Данный закон запрещает ограничение прав ВИЧ-инфицированных.

Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-

инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних имеют право на:

1. совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;

2. сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного - несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным – несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж;

3. Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей[39; 41].

Статьей 19 закона установлена социальная поддержка ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних.

Так, ВИЧ-инфицированным – несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными – несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В государственную стратегию по противодействию распространения ВИЧ инфекции в РФ, которая, принята на государственном уровне на

период 2020-2021г. входит разработка и внедрение технологий социальной адаптации и реабилитации, а также мер социальной поддержки лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в ключевых группах населения.

Важнейшими составляющими комплекса мероприятий, направленных на борьбу с ВИЧ-инфекцией в ключевых группах населения, помимо профилактики, медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию и лечения лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, являются их социальная адаптация и реабилитация, а также оказание им социальной поддержки, в том числе в разрешении конфликтов в семьях. Иногда это происходит с привлечением социально-ориентированных некоммерческих организаций [5; 33; 47].

Для развития данного направления необходимо:

1. обеспечивать взаимодействие медицинских организаций и органов социальной защиты населения по вопросам организации комплексной медико-социальной помощи лицам, зараженным вирусом иммунодефицита человека, и их семьям;
2. применять эффективные технологии социальной, образовательной, правовой поддержки детей, зараженных вирусом иммунодефицита человека, развивать институт усыновления и опеки детей, зараженных вирусом иммунодефицита человека, проводить профилактику сиротства среди детей, рожденных женщинами, зараженными вирусом иммунодефицита человека;
3. обеспечивать профилактику, лечение и паллиативную помощь лицам, зараженным вирусом иммунодефицита человека, отбывающим наказание в виде лишения свободы;
4. обеспечивать межведомственное взаимодействие при разработке и реализации мероприятий по профилактике, лечению, социальной адаптации и реабилитации лиц, зараженных вирусом

иммунодефицита человека и потребляющих наркотики в немедицинских целях;

5. оказывать содействие социально ориентированным некоммерческим организациям и добровольцам, занимающимся профилактикой ВИЧ-инфекции, предоставляющим услуги по уходу и поддержке лицам, зараженным вирусом иммунодефицита человека, их семьям, а также обеспечивать их взаимодействие с государственными учреждениями различных ведомств.

Таким образом, мы видим, что сегодня ВИЧ – проблема не столько медицинская, сколько социальная. И жизнь с ВИЧ – это серьезное испытание не только для человека, но и для его окружения – семьи. Нередко кризисные конфликтные ситуации возникают из-за дискриминации и неприятия ВИЧ-инфицированных социумом, это подтверждают многочисленные опросы общественного мнения.

Сегодня изучением конфликта активно занимаются специалисты различных сфер: философии, психологии, социологии, педагогики, социальной работы и др. И мы видим, что семья занимает огромную роль в разрешении конфликтной ситуации. Ведь семья – это одна из важнейших ценностей человека, она выполняет необходимые обществу и человеку функции: воспитательная, хозяйственно-бытовая, функция духовного (культурного) общения, эмоциональная функция, здоровьесохраняющая функция, функция первичного социального контроля, сексуально-эротическая функция.

Изучение конфликта в семье помогает определить нам конфликт, как противоборство между членами семьи на основе столкновения противоположно направленных мотивов и взглядов.

С точки зрения психологического аспекта конфликтными супружескими союзами называют такие, в которых между супругами имеются постоянные ссоры, где их интересы, потребности, намерения и желания приходят в столкновение, порождая особо сильные и

продолжительные эмоциональные состояния. Также конфликты в таких семьях могут быть легко разрешимыми и трудноразрешимыми. Ведь причина может быть легко установлена и устранена. В случае трудноразрешимых конфликтов, даже при выявлении причины, их нелегко ликвидировать, поэтому отношения между супругами остаются напряженными.

Ученые выделяют ряд проблем, с которыми сталкивается семья с ВИЧ-инфицированным родственником:

Чаще всего проблемой бывают объективные причины, например социальная изоляция, проблемы связанные с медицинским обслуживанием, в рабочих и детских коллективах.

Рассмотрев параграф и ознакомившись с понятиями ВИЧ-инфицированный человек, семья, мы увидели что каждая стадия имеет свой конфликт и свою специфику разрешения проблемы, такие как: шок, отрицание, преодоление, депрессия, принятие. Для разрешения конфликтов необходима поддержка, почти всегда она опирается на нормативно-правовую базу. На Международном уровне «Всеобщая декларация прав человека» (1948); «Декларация прав ребенка» (1959); «Конвенция ООН о правах ребенка» (1989); «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» (2001), «Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека» (2006) и др.[17; 30]. На государственном уровне РФ регламентируется нормативно-правовыми актами, направленными на обеспечение конституционных прав и интересов ВИЧ-инфицированных членов семей Конституция РФ (2020); Гражданский кодекс РФ (2021); Семейный кодекс РФ (2022); Федеральный закон № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (1995); Федеральный закон № 12-ФЗ «Об образовании» N273-ФЗ(2012); Письмо Министерства образования и науки РФ №0100/8129-05-

32 «Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде» (2005) и др.

Проанализировав литературу, позицию ученых, мы пришли к выводу, что государство гарантирует производство медицинских препаратов, обследования, помощь в трудоустройстве и получении образования, но не гарантирует помощь в разрешении конфликтов. Для этого чаще всего привлекаются социально-ориентированные некоммерческие организации.

## **1.2. Взаимоотношения и внутрисемейное восприятие конфликтов между членами в семьях, с ВИЧ-инфицированным родственником**

Одной из наиболее серьезных является проблема раскрытия ВИЧ-статуса перед родными и близкими, другими значимыми людьми. Из-за этого часто происходит осложнение супружеских отношений (возникает атмосфера взаимного недоверия, внутрисемейные конфликты, угроза распада семьи). Соккрытие одним из супругов своего ВИЧ-статуса вносит в семейные отношения оттенок недосказанности, напряженности, подозрительности. В конечном счете, «запоздалое разоблачение тайны» еще более утяжеляет внутрисемейный конфликт. Чувство одиночества ВИЧ-положительных людей нередко усугубляется изоляцией в то время, когда им особенно необходимо взаимопонимание и возможность поговорить с кем-то о своих страхах и одиночестве.

Для женщины важно, что подумают о ней окружающие, как будут восприняты ее объяснения по поводу того, как она получила инфекцию. Женщины чаще боятся расставаний, беспокоятся о том, что они не смогут в должной мере ухаживать за детьми, престарелыми родителями. Знание этих психологических особенностей помогает социальным работникам грамотно построить беседу с женщинами, имеющими ВИЧ-



положительный статус, и проанализировать их социальные проблемы для последующей разработки программы социальной помощи в разрешении ситуации.

Практика показывает, что у многих женщин с ВИЧ беременность протекает без существенных последствий, дети благодаря проведенной комплексной профилактике рождаются здоровыми. Многие ВИЧ-положительные женщины в настоящее время воспитывают здоровых детей.

Неотъемлемой частью психосоциальных проблем являются проблемы, связанные со стигматизацией и дискриминацией. Стигматизация (предвзятое отношение) — сложный процесс социально-психологического межличностного взаимодействия, который ведет к отвержению лиц с определенными нежелательными признаками. Стигма — это свойство, рассматриваемое как порочащее, неуместное, отличающее человека от социально определяемой нормы. В случае инфекции ВИЧ таким свойством или признаком является ВИЧ-положительный статус. Неосведомленность о путях развития ВИЧ-инфекции привела к появлению в обществе предубеждений по отношению к инфицированным людям. Отсутствие медицинского просвещения по поводу передачи и клинических проявлений инфекции ВИЧ, представление о том, что СПИД во всех случаях — закономерный результат аморального и антисоциального поведения, спровоцировали ситуацию, когда ВИЧ-положительный статус стал для человека своего рода социальным клеймом.

Проявления стигматизации и дискриминации отмечаются даже в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2001). Вследствие этого люди неохотно сообщают окружающим, в том числе социальным работникам, о своем ВИЧ-статусе, усиливая таким образом собственную изоляцию.

Одним из важных аспектов проблем людей, живущих с ВИЧ являются - психосоциальный. Люди, живущие с ВИЧ, сталкиваются с

рядом специфических психосоциальных проблем. Назовем основные из них.

Эмоциональные проблемы:

1. Чувство тревоги, подавленности (вплоть до депрессии);
2. Потеря уверенности в будущем;
3. Недостаток взаимопонимания в семье;
4. Одиночество;
5. Чувство обиды и разочарования;
6. Потеря контроля над собой;
7. Чувство своей вины или, напротив, необоснованные обвинения

окружающих;

8. Чувство беспомощности;
9. Страх смерти и социального отвержения.

Проблемы, связанные с повышенной социальной уязвимостью:

1. угроза потери работы или безработицы;
2. временное ограничение или потеря трудоспособности;
3. отсутствие социальной поддержки со стороны семьи и лиц ближайшего окружения;
4. возросшие расходы на лечение на фоне отсутствия или недостаточности социальных пособий;
5. проблемы, связанные с возможной дискриминацией (неформального административного и явного психологического давления) формального и не-формального социального статуса.

Вопросы сексуального поведения:

1. страх (часто преувеличенный) заразить любимого человека;
2. опасения разрыва отношений в случае раскрытия своего ВИЧ-положительного статуса и т.п.

Можно выделить следующие психологические типы отношения к своим проблемам лиц, живущих с ВИЧ:

1. «гармоничный», характеризуется адекватным отношением к проблеме, активным поиском социальной поддержки, контактностью, пониманием необходимости своего активного участия в системе социальной поддержки.

2. «эргопатический» («уход в работу»), отличается попыткой скрыть свою тревогу за лихорадочной активностью, опасениями, что на работе узнают о его ВИЧ-статусе.

3. «анозогнозический», предпочитает избирательную «слепоту» в отношении проблемы, убежденность в том, что «это может случиться с каж- дым, но только не со мной» («результаты тестирования ошибочны»).

4. «тревожный», проявляется тревогой, перерастающей в панику. Возникает стремление к бесконечным перепроверкам результатов теста, обращение к разным специалистам и службам, поиск каких-то сверхдорогостоящих и нереалистичных методов лечения.

5. «ипохондрический», «застревает» на малейших изменениях в организме, каких-либо симптомах, как правило, не имеющих отношения к ВИЧ. Все самые малейшие и незначительные изменения в организме человек начинает относить к проявлениям ВИЧ-инфекции.

6. «меланхолический» (депрессивный), проявляется чувством безысходности. У человека формируется убежденность, что он самый худший, невезучий, мерзкий. «Мое состояние — результат роковых ошибок прошлого, на- стоящее ужасно, а в будущем ожидает самое худшее». На этом фоне нередко возникает стремление к самонаказанию, в том числе путем ухода из жизни (суицидальные стремления). У лиц этой группы многократно возрастает риск самоубийства.

7. «неврастенический», характеризуется «раздражительной слабостью» — реакцией, очень часто встречающейся в ситуации хронического стресса. Она проявляется перепадами настроения, вспышками раздражительности и гнева. Это состояние сменяется слезами, раскаянием. Такой человек в сердцах может наговорить резких слов

социальным работникам, членам своей семьи, другим людям, а потом глубоко сожалеть об этом.

8. «демонстративный» (истероидный), отмечен выраженным стремлением к привлечению внимания окружающих. Человек получает своеобразное удовлетворение, сообщая всем о своем ВИЧ-статусе. Возможны демонстративный суицидальный шантаж, связанный с неудовлетворенными притязаниями, а также обвинения окружающих вплоть до необоснованных наговоров.

9. «сенситивный» (сверхчувствительный), имеют место опасения социального осуждения («если узнают о ВИЧ-статусе») со стороны близких людей и общества в целом. ВИЧ-положительный статус субъективно воспринимается как «факт, позорящий семью». Вследствие этого у человека развивается выраженное стремление к максимальному сокрытию информации. Он начинает изолировать себя и семью, вплоть до ухода с работы, отказа от посещения школы, вуза. Это, в свою очередь, чревато резким снижением социально-экономического статуса. В отдельных случаях возникает убежденность в не-нужности продолжения жизни, вплоть до суицидальных попыток.

10. «паранойяльный», проявляется в высказывании внешнеобвинительных идей, порой на грани утраты связи с реальностью. Например, «медики проводят запрещенные эксперименты. Они меня заразили»; «заразили специально, чтобы убить, отнять имущество». Продолжением такой позиции могут стать бесконечные жалобы в различные организации, содержащие обвинения в адрес мнимых «обидчиков». Иногда встречаются и попытки «саморасправы», когда такие лица проявляют агрессию по отношению к предполагаемым обидчикам. Поскольку люди данного типа часто находятся в состоянии пограничного нервно-психического расстройства, необходимо тесное взаимодействие социального работника с медицинским психологом, психотерапевтом или психиатром.

11. «дисфорический», парадоксально сочетает в себе тоску и злобу, недоброжелательное отношение к людям, положение которых считает лучше своего, используют свою проблему для психологического давления на окружающих.

12. «апатический», характеризуется безразличием к своей судьбе и проявляется позицией «лежачего камня». Чаще подобное состояние пассивности развивается у ВИЧ-положительных, относящихся к малоимущим социоэкономическим слоям общества. Такие люди ничего не предпринимают для улучшения своего положения, и оно еще более усугубляется. Забота о внешнем виде, соблюдение правил гигиены – все отходит на второй план. Клиент «ложится и собирается умирать».

Комплекс проблем, включая психоэмоциональные реакции и неадекватный стиль поведения, приводит к ухудшению качества жизни, повышению конфликтности человека и семьи в целом.

Подведем итоги данного параграфа:

Рассматривая взаимоотношения в семье, имеющей ВИЧ-инфицированного родственника мы увидели, что стигматизация данных семей обществом провоцирует огромное количество конфликтов, которые возникают в семьях. Конфликты чаще всего связаны с эмоциональными переживаниями, повышенной социальной, и что немало важно, учитывая само заболевание, медицинской уязвимостью, и проблемами сексуального характера. Также выделили типы отношения семьи к возникающим конфликтным ситуациям, увидели разницу в подходе и личную ответственность в разрешении конфликта каждого члена семьи.

### **1.3. Модель разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников**

Ранее мы рассмотрели социальные конфликты и правовое регулирование прав ВИЧ-инфицированных людей, а так же остановились на взаи-

моотношения и внутрисемейном восприятии конфликтов членами семьи с ВИЧ-инфицированным родственником

В настоящее время собран значительный объем знаний, который позволяет нам исследовать проблему конфликта во многих аспектах. Сегодня продолжают изучать конфликт специалисты многих областей – педагогики, психологии, социологии, политики, юридических наук и даже медицины.

На данный момент не существует какой-либо точной модели комплексной помощи для разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, что определяет их высокую конфликтность и безусловно демонстрирует социальную стигму и дискриминацию к ним. Проанализировав научную литературу, нормативно-правовые документы, мы пришли к идее разработки модели по разрешению конфликтов в таких семьях, и, схематичное её описание, приведено на рисунке 1.

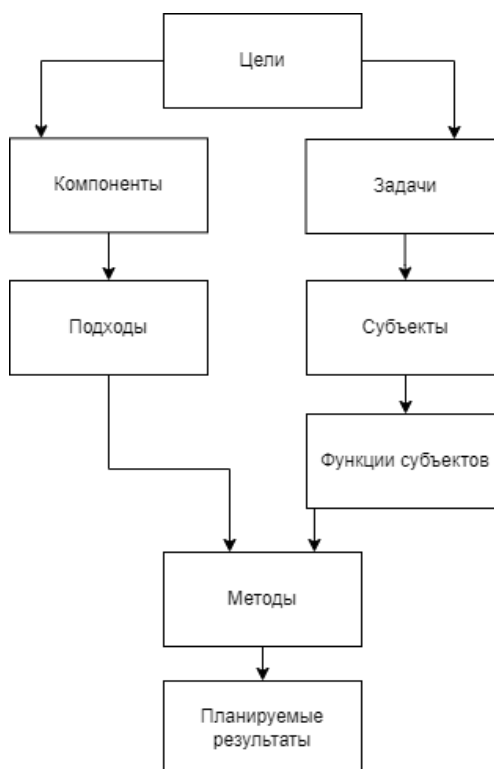


Рисунок 1 – Блок-схема реализации модели по разрешению конфликтов

Мы предполагаем использование нашей модели в Областном Центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Челябинска.

Целевой компонент является основным в нашей модели. Ю.А. Конаржевский отмечает, что цель выступает фактором, обуславливающим способ и характер деятельности. Она определяет соответствующие средства ее достижения и является не только спроектированным конечным результатом, но и исходным побудителем деятельности

Основная цель нашей модели – формирование конфликтологической грамотности семей, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников (рисунок 2). Целевым компонентом модели мы выделяем:

1. Интеграцию различных услуг;
2. Сохранение независимости клиентов и улучшение качества его жизни;
3. Информирование клиента по вопросам ВИЧ-инфекции и здоровья;
4. Пропаганда нерискованного поведения.

Рассмотрев позицию и подходы ученых к нашей теме, мы пришли к тому, что важными задачами в модели разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников являются:

1. Диагностика, направленная на выявление уровня психологической близости, доверительных отношений в семье ;
2. Разработка индивидуальной карты поддержки ВИЧ-инфицированного и его семьи;
3. Разработка методов и методических рекомендаций по реализации помощи в разрешении конфликта в семье;



Рисунок 2 – Цель и задачи модели по разрешению конфликтов

При разработке модели мы опираемся на деятельностный подход. Он определяется в модели как базовый, что обусловлено выводами ученых (А. Г. Асмолов, В. В. Давыдов, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, Н. К. Платонов, В. Д. Шадриков, Р. Х. Шакуров и др.) о том, что формирование социально активной личности происходит посредством рефлексии деятельного взаимодействия человека с миром и другими людьми; позволяет актуализировать субъективный и объективный потенциал человека (К. Г. Абульханова-Славская, Б. Г. Ананьев, В. Г. Афанасьев, Л. П. Буюева, М. В. Демин, М. С. Каган, А. Н. Леонтьев, А. С. Макаренко, Б. Д. Парыгин, С. Т. Шацкий, Г. И. Щукина и др.).

Мы акцентируем внимание на том, что именно деятельность является основным средством включения ВИЧ-инфицированных людей в социальную среду и соответственно гармоничную семью, как ячейку общества.

Системный подход позволяет рассмотреть нашу модель как целостную систему. Под системой В.Н. Садовский понимает «совокупность элементов, находящихся в отношениях и связях друг с



другом, которая образует определённую целостность, единство» [91]. Ю.А.Конаржевский считает, что система – это некоторая совокупность взаимосвязанных, взаимодействующих, спроектированных для достижения определенной цели элементов, представляющих целостное образование [51]. Западные педагоги – Г. Бэлдвин, Р. Кауфман, Дж. Шилеппи, характеризуют систему как совокупность взаимосвязанных элементов, изменение каждого из которых существенно влияет на другие. В.Г.Афанасьев указал признаки, которые определяют систему как целостное образование:

1. наличие интегративных качеств (системность), то есть таких качеств, которыми не обладает ни один из отдельных взятых элементов, образующих системы;
2. наличие составных компонентов, из которых образуется система;
3. наличие структуры, то есть определенных связей и отношений между элементами;
4. наличие функциональных характеристик системы в целом и отдельных ее компонентов;
5. наличие коммуникативных свойств системы, проявляемых в двух формах: в форме взаимодействия со средой и в форме взаимодействия данной системы более низкого или высокого порядка, по отношению к которым она выступает как часть (подсистема) или как целое;
6. историчность, преемственность или связь прошлого, настоящего и будущего в системе и в ее компонентах [10].

Следующим базовым подходом, используемым в модели, является средовой подход. (Н. М. Борытко, А. В. Иванов, И. С. Кон, Ю. С. Мануйлов, Г. Г. Шек и др.), который позволяет:

1. Актуализировать потенциал специализированного учреждения;

2. Предоставить дополнительные возможности каждому участнику деятельности (ВИЧ-инфицированным, сотрудникам специализированных учреждений, социальным партнерам) для удовлетворения своих личностных, духовных, материальных и организационных потребностей (А. В. Иванов, Ю. С. Мануйлов и др.).

Соглашаясь с мнением ученых о том, что «Путь через влияние семьи в целом, которые приобщают индивида к участию в семейной и общественной жизни, учат его пониманию культуры, поведению в коллективах, утверждению себя и выполнению различных социальных ролей»; «Путь через влияния среды с позиции социального воспитания – это путь опосредованного управления процессом формирования и развития личности» (Н. М. Борытко), в данном случае, среда не только способствует расширению представлений ВИЧ-инфицированных людей о возможности участия в социально значимой деятельности семьи, но и стимулирует поддержание устойчивого интереса к участию в ней.

Мы понимаем, что необходимо максимально использовать возможности и ресурсы Центра для создания среды, в которой семьи получают высококвалифицированную помощь в разрешении конфликтов. И выделяем в средовом подходе следующие компоненты:

Предметно-пространственный компонент – здесь мы понимаем наличие помещения, компьютеров, мультимедийного оборудования, офисной техники, информационных стендов, мебели для проведения консультаций, бесед, семинаров, «круглых столов», групп встреч.

Информационный компонент – нормативные документы, методические разработки, связанные со спецификой учреждения, брошюры, листовки, ведение социальных сетей, интернет-сайта, организация горячей телефонной линии.

Технологический компонент – помощь оказывается с применением таких технологий, как медиация, консультирование, беседа, административные технологии, анкетирование, группы встреч.

Подходы представлены на рисунке 3.

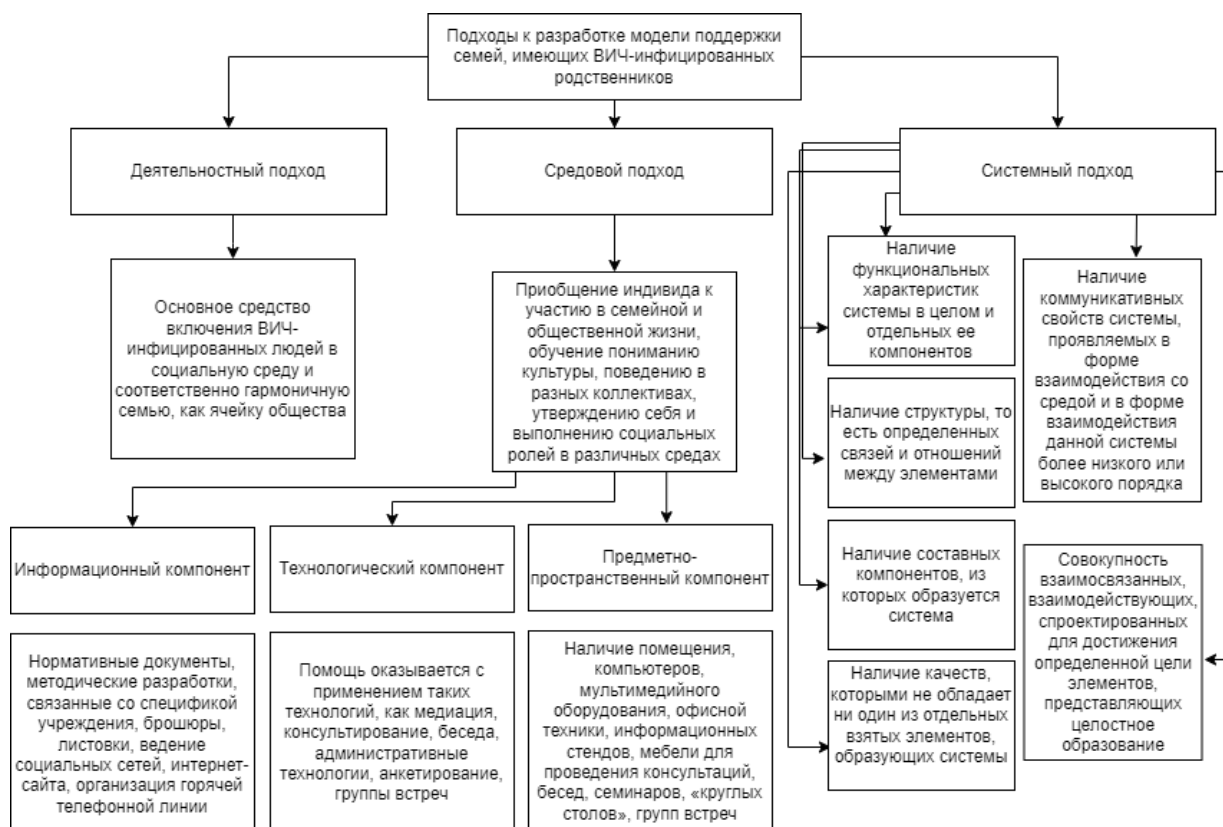


Рисунок 3 – Подходы, используемые в модели

В рамках нашего исследования мы понимаем, что семьи нуждаются в целом комплексе услуг, но мы сосредоточимся именно на тех технологиях, которые связаны с разрешением конфликтов, а именно медиация, посредничество, группы встреч.

Большое развитие, и неоценимую помощь во всем мире оказывают, группы самопомощи инфицированным людям. На них может быть профессиональный медик, психолог, а может и не быть, люди делятся своим опытом «жизни с диагнозом», тем самым помогая друг другу. Человек понимает, что он не один. Очевидно, процесс установления отношений с другими людьми и обмен жизненным опытом является исцеляющим и обогащающим. Исследование среди ВИЧ-инфицированных людей, находящихся в депрессии, показало, что группы поддержки помогают облегчить депрессию, физические симптомы, снижают враждебность. Было также показано, что группы поддержки формируют активизм и повышают личную вовлеченность членов сообщества.

Также мы выделяем принципы работы, которыми должны руководствоваться субъекты при выстраивании взаимодействий с клиентом, базирующиеся на нормативных правах ВИЧ-инфицированных людей:

1. неприкосновенность частной жизни; конфиденциальность; самостоятельность клиента в принятии решений;
2. отсутствие дискриминации, в том числе связи с ВИЧ-положительным статусом;
3. право на заботу, сострадание, право на уважение и достоинство личности;
4. право на получение квалифицированной медицинской и социальной помощи.

Субъектами конфликтологической помощи мы считаем сотрудников Центра СПИД, психологов. При реализации помощи в разрешении конфликтов в семьях мы опираемся на следующие функции, которые сотрудники обязаны реализовывать:

1. Вмешиваться в кризисную (конфликтную) ситуацию;
2. Вести переговоры и защищать клиентов при получении ими услуг в другой организации;
3. Информировать и консультировать клиентов относительно ВИЧ / СПИДа;
4. Оказывать психологическую помощь как самим клиентам, так и членам их семей.

Мы выделили следующие тематические блоки работы Центра направленные, на помощь в разрешении конфликта:

*Социально-медицинский блок* включает ряд мероприятий, направленных на расширение представлений о ВИЧ-инфекции и ее влиянии на организм человека; мерах безопасности и санитарно-гигиенических правилах и нормах; обучение навыкам оказания первой помощи себе и другим и т. д.

*Социально-правовой блок* направлен на формирование знаний прав и обязанностей ВИЧ-инфицированных граждан (в том числе членов семьи и детей); о нормах международного и российского права на предоставление основных и дополнительных услуг ВИЧ-инфицированным. Например, он может выглядеть как консультационная беседа по устройству ребенка с диагнозом ВИЧ в образовательное учреждение – детский сад, школа.

*Социально-экономический блок* представлен комплексом мероприятий, формирующих представления ВИЧ-инфицированных о льготах, предоставляемых гражданам, затронутым ВИЧ: пособиях, субсидиях, компенсациях.

*Социально-психологический блок* включает психологическое сопровождение в процессе жизнедеятельности, обучения и воспитания, обеспечивающих психологический комфорт ВИЧ-инфицированного и его семьи, а также комплекс индивидуальных и групповых мероприятий, направленных на снижение уровня тревожности, конфликтности, агрессии и т. д.; формирование мотивации к обучению и разнообразной социально значимой деятельности, коррекция мировоззрения, поведения и т. д.

*Социально-педагогический блок* реализуется через комплекс воспитательных мероприятий, направленных на формирование у людей:

1. гражданственности, патриотизма, уважения к правам и свободам человека;
2. представлений о нравственности и опыта взаимодействия со сверстниками и взрослыми в соответствии с общепринятыми нравственными нормами, приобщение к системе культурных ценностей;
3. трудолюбия, стремления к профессионализму, конкурентоспособности; – экологической культуры, предполагающей ценностное отношение к природе, людям, собственному здоровью;
4. эстетического отношения к окружающему миру, умения видеть и понимать прекрасное, потребности и умения выражать себя в различных,

доступных и наиболее привлекательных для ребенка видах творческой деятельности;

5. организационной культуры, активной жизненной позиции, лидерских качеств, организаторских умений и навыков, опыта руководства небольшой социальной группой и сотрудничества со сверстниками и взрослыми, коммуникативных умений и навыков, навыков самоорганизации, проектирования собственной деятельности;

6. физической культуры, навыков здорового образа жизни.

Визуально принципы и функции субъектов конфликтологической помощи в модели представлены на рисунке 4.

Мы можем отметить, что Центр оказывает широкий спектр услуг, в связи со спецификой основного заболевания клиента, но мы, в рамках нашей модели разрешения конфликтов в таких семьях рассматриваем возможности каждого из блоков именно с точки зрения помощи в разрешении конфликтов. Конфликты могут быть обусловлены неинформированностью либо нехваткой компетенций у клиентов в разрешении конфликта. При разрешении конфликта мы планируем обращение к специалисту, который ответственен за конкретный блок, для того чтобы найти необходимую информацию для разрешения ситуации.

Все эти блоки проходят сквозь призму консультационной работы, направленной на помощь в разрешении конфликтов в семьях. На этапе помощи мы будем применять базовые технологии. Это технологии информирования, консультирования, медиации, технология группы встреч.

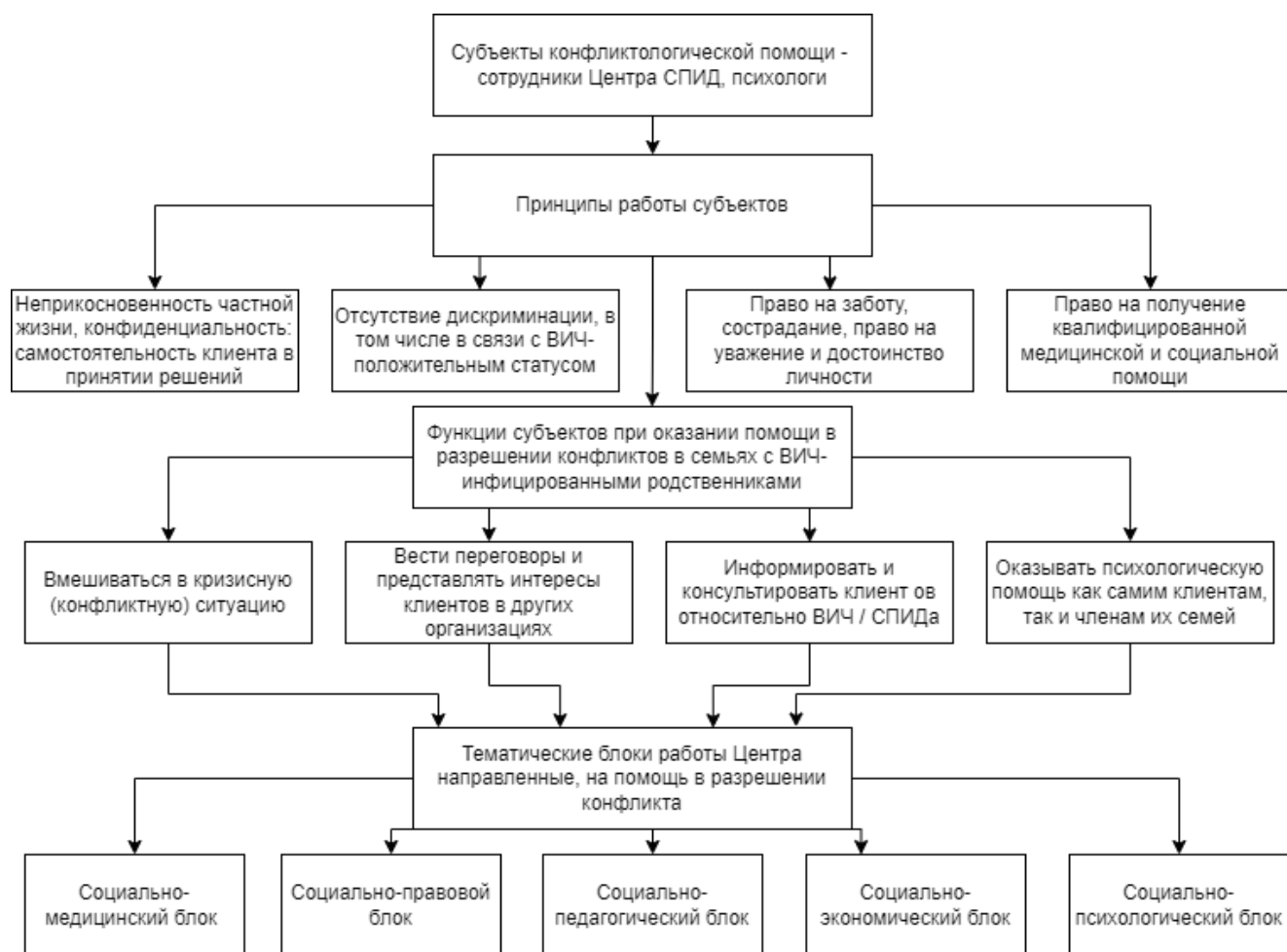


Рисунок 4 - Принципы и функции субъектов конфликтологической помощи

Мы хотим использовать потенциал групп встреч для того чтобы при проведении этой группы помогать выявлять конфликтные ситуации, прорешивать ситуацию, тем самым давая семье инструменты для самостоятельного разрешения конфликта. Для нас технология группы встреч очень важна так как опираясь на потенциал такой группы у нас реализуется модель разрешения конфликтов.

Использование данных методов, представленных на рисунке 5, позволяет повысить уровень субъектности (собственной активности) ВИЧ-инфицированных людей и членов их семей, сформировать их уверенность в собственных силах, дает им возможность почувствовать свою значимость для окружающих, расширить и укрепить социальные контакты.

К организационным условиям для реализации модели разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников следует отнести:

1. активное раннее выявление, мотивирование, привлечение семей в систему разрешения конфликта и удержание в ней до получения положительных результатов;
2. оказание комплекса услуг клиенту осуществляется специалистами различной квалификации и профессиональной подготовки, входящими в состав единой команды Центра;
3. координацию процесса оказания услуг (специалисты не только сами оказывают услуги семье, но и обеспечивают координацию оказания услуг службами других ведомств);
4. организацию работы с членами семьи ВИЧ-инфицированного клиента для обеспечения его внутрисемейной поддержки;
5. организацию взаимодействия и социального партнерства с медицинскими организациями, социально ориентированными негосударственными некоммерческими организациями (СО НКО) и другими службами.



Рисунок 5 – Методы оказания помощи в разрешении конфликтов и организационные условия для реализации модели



Планируемые результатом, визуально представленных на рисунке 6, использования модели мы хотели бы видеть повышение субъектности членов семей в отношении разрешения конфликтов, их умения самостоятельно разрешать конфликты.

Предполагается использование трехуровневой оценки работы модели. Где низкий уровень – не позволяет семье разрешить конфликтную ситуацию самостоятельно, позиция клиента пассивная, доверительные отношения с сотрудниками Центра не выстроены.

Допустимый уровень – семья еще нуждается во внешней помощи специалистов Центра, но есть изменения в позиции клиентов к более активной вовлеченности в процесс разрешения конфликта.

Оптимальный – семья самостоятельно, как субъект справляется с конфликтами, знает где получить информацию, занимает активную позицию в разрешении конфликтов.



Рисунок 6 – Планируемые результаты

Как мы видим каждый уровень определяется степенью активности и вовлеченности семьи. В зависимости от уровня постепенно меняются степень активности специалиста и клиентов и их ролевые позиции: от активной позиции специалиста – к пассивной и, наоборот, у клиентов – от пассивной позиции к активной. Доверительные отношения клиентов и специалиста продолжают поддерживаться на протяжении всего периода оказания помощи в разрешении конфликта, однако специалист постепенно

дистанцируется от клиентов, помогая им перейти к самостоятельному решению собственных проблем. В идеале в ходе конфликтологической работы жизненная ситуация клиентов становится саморегулируемой, что выражается в формировании ответственности за себя, своих детей и близких. Постепенное снижение интенсивности взаимодействия характеризуется изменением режимов работы специалиста (частота встреч и контактов с клиентами, количество времени, затрачиваемого на оказание помощи в разрешении конфликтов в семье) и их ролевых позиций.

Таким образом разработана модель разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, включающая компоненты: цель, задачи, подходы, принципы, функции, методы, организационные условия, среду, планируемые результаты.

## Выводы по первой главе

Проанализировав социальные конфликты и правовое регулирование прав ВИЧ-инфицированных людей и членов их семей мы рассмотрели в качестве основных определений понятие семья с ВИЧ инфицированным родственником и понятие семейных конфликтов. В связи с тем, что особая ситуация, связанная с данным заболеванием вызывает целый ряд сложностей во взаимодействии с окружающими людьми, такие как, стигматизация – у семьи повышена конфликтность, ей необходима помощь в разрешении конфликтов.

Работая над темой – разрешение конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, мы разобрали понятие разрешение конфликтов. Разрешение конфликта – это длительный процесс, с помощью которого две или более стороны, участвующие в разногласиях, спорах или дебатах, достигают соглашения, разрешающего их и удовлетворяющего или частично удовлетворяющего стороны конфликта. Мы проанализировали нормативно-правовые основы в соответствии с которыми реализуется поддержка семей в разрешении конфликтов являются международные и российские нормативные акты, направленных на защиту прав человека и гражданина: «Всеобщая декларация прав человека» (1948); «Декларация прав ребенка» (1959); «Конвенция ООН о правах ребенка» (1989); «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» (2001), «Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека» (2006).

Российское законодательство регламентирует социальную поддержку семей, живущих с ВИЧ/СПИДом следующими нормативными актами: Конституция РФ (1993); Гражданский Кодекс РФ (1994); Семейный Кодекс РФ (1995); Федеральные закон № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»

(1995); Федеральный закон № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (1996); Приказ Минздравмедпрома РФ № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» (1994); Приказ Минздрава РФ № 312 «О совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИД» (2000); Приказ Минздрава СССР № 776 «Об организации поиска больных СПИД и контроле доноров на наличие возбудителя СПИД» (1985); Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации № 0100/8129-05-32 «Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде» (2005) и др.

На основе системного, деятельностного, средового подходов нами разработана модель по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, которая включает в себя компоненты: цель, задачи, подходы, принципы, функции, методы, организационные условия, среду, планируемые результаты и в совокупности обеспечивает достижение результата, а именно, снижение конфликтности в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

## **Глава 2. Практические аспекты разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников**

### **2.1. Изучение опыта разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников**

Семьи, живущие с ВИЧ-инфицированными родственниками, относятся к особой группе лиц в нашем обществе: оказавшись под влиянием такого сильного стрессогенного фактора, как первый положительный ответ на ВИЧ статус, зачастую индивиды замыкаются в себе и сознательно ограничивают своё социальное общение, воспринимая общество других людей вокруг как враждебных и не заслуживающих доверия, часто этими людьми выступают самые близкие – семья.

В большинстве случаев больные ВИЧ на первых порах остаются один на один со своими переживаниями, так как страх разглашения диагноза близким, страх быть отвергнутым является психологическим барьером для общения с другими, доверия к миру и людям [45].

Специфика ВИЧ-инфекции как заболевания вызывает целый перечень социальных проблем, провоцирующих конфликт, таких как: нарушение гражданских прав, увольнение или отказ от приема на работу, ограничение или отсутствие средств к существованию, крушение круга общения и привычной жизненной обстановки.

Большую роль в решении этих проблем, а также в осуществлении профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции играют территориальные Центры по борьбе со СПИДом, основными задачами которых являются [33]:

1. организация и проведение мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа среди населения;
2. оказание необходимых видов медицинской, социальной и психологической помощи ВИЧинфицированным;

3. помощь в решении социально-правовых и реабилитационных вопросов в отношении инфицированных ВИЧ и больных СПИДом.

Одновременно с этим пациенту и его семье предоставляются различные виды поддержки: социальная адаптация больного и его семьи, включая патронаж на дому, восстановление утраченных документов, решение вопросов занятости и жилищно-имущественных проблем, помощь в получении предусмотренных социальных выплат, пенсий, пособий, а также решение юридических вопросов.

Основополагающей технологией в работе с ВИЧ/СПИД-больными и членами их семьи на базе Центра СПИД является консультирование, которое позволяет:

1. дать возможность человеку лучше справиться с возникшей конфликтной ситуацией;
2. найти реальные пути разрешения конфликтной ситуации;
3. предотвратить либо сократить дальнейшие конфликтные ситуации в семье, имеющей ВИЧ-инфицированного родственника.

Консультирование осуществляется по различным направлениям, таким как: профилактическое, поддерживающее, при проведении тестирования на ВИЧ. Для оказания более эффективной социально-медицинской помощи и профилактики распространения ВИЧ/СПИДа формируются команды консультантов [14; 36].

Следует отметить, что помощь в разрешении конфликта ВИЧ-инфицированным и их семье осуществляется по разработанной методике, которая проводится в четыре этапа.

На первом этапе формируется доверительный контакт с семьей: обеспечивается поддержка, выясняются все потребности, составляется план взаимодействия с пациентом и его семьей.

Второй этап совпадает с периодом постановки диагноза и оказывает существенное влияние на последующее отношение больного к Центру, соблюдение им плана диспансерного обследования и лечения.

Третий этап включает в себя формирование индивидуального плана работы с пациентом и семьей, проведение психосоциальной диагностики с учетом специфики взаимоотношений с родными и близкими.

На четвертом этапе в реализации индивидуального плана принимают участие специалисты мультипрофессиональной команды с учетом жизненных ценностей и межличностных связей с ближним и дальним окружением пациента.

Серьезным конфликтом для семей, живущих с ВИЧ-инфицированным родственником является преодоление социального барьера, который ограничивает их в обращении за помощью к специалистам. Практика показывает, что обследованию и лечению пациентов могут препятствовать различные причины, такие как: отсутствие навыков общения со специалистами-медиками, неудобство посещения Центра СПИД в утренние рабочие часы в связи с трудовой деятельностью и др. Для решения проблем взаимоотношений Центра и пациента специалист помогает установить удобный график посещения врачей и наладить хороший контакт с лечащим инфекционистом. При работе с лицами, имеющими сочетанную патологию с нарушением морфофункциональных возможностей, специалист находит пути решения медико-социальных проблем, позволяя тем самым тяжело больному человеку оставаться в обществе, быть рядом с родными, не страдать от проявлений болезни и продолжать жить. Следовательно, использование правильно подобранных методов в деятельности специалиста способствует положительному решению проблем ВИЧ-инфицированных лиц, включению их в процесс оказания социально-медицинской помощи и интеграции их в семью и общество.

Начнем с истории создания системы социальной работы и социального обслуживания категории семей, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников в городе Челябинске.

Организация системы помощи данным семьям началась с создания в нескольких районах города в структуре государственных бюджетных учреждений (ГБУ) «Центр социальной помощи семье и детям» специализированных отделений (или служб внутри отделений), которые начали работать с ВИЧ-инфицированными беременными, женщинами с детьми и членами их семей. Постепенно система расширялась: в 2008 году в 2 районах города в учреждениях социального обслуживания были созданы такие отделения, а к 2012 году – в остальных районах. Деятельность отделений была регламентирована распоряжением Комитета по социальной политике Челябинской области, а на их организацию и развитие через городские целевые программы по профилактике ВИЧ-инфекции предусматривалось финансирование из средств бюджета Челябинска.

Исходя из социально-демографической характеристики и особенностей целевой группы, перед отделениями (службами), кроме общих задач, стоящих перед системой социального обслуживания, встали и свои, специфические, как например:

1. установление доверительного контакта с клиентом и получение информированного согласия на раскрытие статуса;
2. увеличение осведомленности клиента о ВИЧ-инфекции и путях ее передачи;
3. содействие формированию и поддержанию устойчивой приверженности диспансерному наблюдению и лечению, мотивации на изменение типа поведения и ведение здорового образа жизни; - содействие решению вопросов и проблем, возникающих у людей, живущих с ВИЧ, в связи со стигмой и дискриминацией.

Специфика потребностей и проблем представителей ключевой группы не укладывалась в действующие традиционные модели социального обслуживания, поэтому в 2011 году в Челябинске была выбрана, переработана и внедрена в практику работы с людьми,



живущими с ВИЧ, технология междисциплинарного ведения случая (в англоязычном варианте – «кейс-менеджмент»), получившая название «технология социального сопровождения» (с 2015 года – «технология ведения социального случая»). Под социальным сопровождением следовало понимать целенаправленную деятельность по всестороннему анализу и решению комплекса различных социальных проблем ВИЧ-инфицированных женщин, их детей и членов их семей с использованием междисциплинарного принципа работы специалистов и координации процесса оказания услуг [19; 30]. В рамках технологии был обобщен имеющийся опыт проектной деятельности ряда общественных организаций, международный опыт и уже накопленный опыт работы отделений (служб), созданных в районах. Данная технология была изложена в Методических рекомендациях, утвержденных Комитетом по социальной политике Челябинской области в 2011 году.

В городе Челябинск в 2006 году учрежден центр профилактического сопровождения "КОМПАС" управлением по делам молодежи администрации города Челябинска. Центр действует в сфере здоровьесбережения и развития молодежи, профилактики социально значимых заболеваний и сопровождения людей, затронутых проблемами ВИЧ-инфекции и наркомании. Мероприятия центра ориентированы на первичную профилактику негативных явлений и предупреждение социально значимых заболеваний в молодежной среде, а также развитие личностного потенциала молодежи Челябинска. Здесь оказывают помощь ВИЧ-инфицированным – направленную, в основном, на облегчение их социальной и психологической адаптации, а также на сохранение взаимоотношений внутри семьи.

В Челябинском областном Центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями социальную поддержку в разрешении конфликтов курирует специалист социальной работы, в обязанности которого входит: сбор психосоциального анамнеза и

эмоциональная поддержка больного человека и членов его семьи, проведение мониторинга по диагностике их социальных и психологических проблем. Одновременно с этим осуществляется работа по защите интересов пациента в различных службах и реабилитационных центрах, координируется работа по взаимодействию с организациями, осуществляющими социально-психологические, юридические и медицинские услуги.

В Челябинской области проводится множество первоочередных мероприятий по противодействию распространения ВИЧ инфекции, которые предоставляются министерством социальных отношений челябинской области и отдел по организации социальной защиты семьи и детей. Проводятся различные конференции по профилактики ВИЧ такие как «Профилактика ВИЧ инфекции. Взгляд в будущее». Проводится ряд специализированных тренингов таких как «базовые знания о ВИЧ инфекции для социальных работников». Достаточно часто организуются совещания, на которых обсуждается ВИЧ инфекция. Так на Южном Урале ежегодно проходит организация и проведение встреч бесед, игр, которые направлены на профилактику ВИЧ инфекции, которые позволяют повысить уровень социальной ответственности, и недопустимости распространению инфекции. Следует отметить, что сопровождение семей с детьми затронутых ВИЧ, осуществляется на общих основаниях. Необходимо отметить, то, что по федеральному законодательству представитель социальной защиты не располагает информацией о медицинских статусах клиентов, фактически сопровождение данной семьи осуществляется так же, как и других семей, которые стоят на учете. Оказание социальной помощи лицам ВИЧ инфекцией в учреждениях социальной защиты осуществляется только при наличии информированного согласия клиента, которое подписывается клиентом в медицинском учреждении, и оно дает право медицинскому работнику передать информацию и клиенте в социальное учреждение. При

зачислении на оказание социальных услуг или на сопровождении в учреждение социальной защиты населения, гражданин подписывает договор о социальном обслуживании и дополнительное соглашение и конфиденциальности. Таким образом, вся информация о клиенте, которая становится известной специалисту в ходе сопровождения становится конфиденциальной и не может передаваться в другие ведомственные учреждения. Обязательным элементом предоставления социального обслуживания данной категории населения служит обучение специалиста работы с ВИЧ положительными различными аспектам работы. Существует ряд учреждений, которые оказывают комплекс социально-педагогических, социально-психологических социально-правовых услуг. К деятельности данных учреждений относятся консультативно-диагностический прием населения, лечебно-профилактическая помощь клиентам с ВИЧ. Телефон круглосуточной экстренной психологической помощи, юридическое сопровождение социальным юристом, профилактика распространения заболеваний, передающихся половым путем [5; 8; 17].

Областным центром СПИД реализуются Программы, направленные на защиту здоровья населения и прав человека в связи с распространением в Челябинской области социально значимых заболеваний. Под социально значимыми заболеваниями понимаются заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты гражданина. Центр оказывает защиту и поддержку людям с социально значимыми заболеваниями, такими как ВИЧ-инфекция и туберкулез. Деятельность Фонда направлена на снижение бремени социально значимых заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции, на территории Челябинской области. С 2007 года создается и реализуется множество проектов, направленных на оказание помощи людям из социально уязвимых групп и семьям с детьми. В трех городах Челябинской области организованы службы социально-психологической поддержки семей с ВИЧ, а именно в Челябинске,

Магнитогорске, Златоусте. Выделяются такие направления деятельности как: разработка и реализация моделей сопровождения семей, затронутых проблемами ВИЧ-инфекции, наркомании и туберкулеза, а также сопровождение ВИЧ-инфицированных лиц, имеющих опыт отбывания наказания в исправительных учреждениях. Более десяти лет Центр оказывает методическую и консультационную помощь другим общественным организациям.

Областной Центр СПИД является одной из немногих государственных организаций, занимающихся социальным сопровождением ВИЧ-инфицированных семей и разрешением конфликтов среди членов данных семей.

Специалистами и волонтерами Центра оказываются социальное, психологическое и педагогическое сопровождение в которые входит широкий спектр услуг. Следует отметить уникальность разработанных программ и проектов по технологии социального сопровождения семей с ВИЧ-инфекцией. Однако эффективность от данных мероприятий очень мала. Мы провели анализ обращений в Центр и установили категории клиентов и виды оказываемой помощи, приведённые в таблице 1.

Таблица 1 – Услуги, оказанные взрослым клиентам в Центре

№ п/п	Категория клиентов	Количество	Оказанная помощь
1.	ВИЧ-инфицированные женщины, впервые обратившиеся	34	Индивидуальное консультирование
2.	Опекуны ВИЧ-инфицированных детей	14	Консультирование и социально-психологическое сопровождение
3.	ВИЧ-инфицированные матери	19	участники программы «По ступенькам с детьми»
4.	ВИЧ-инфицированные женщины, освободившиеся из мест заключения	5	Социально-психологическое сопровождение
5.	Постоянные клиенты	30	Индивидуальное консультирование и участие в программах
6.	Постоянные клиенты, требующие постоянного сопровождения	11	Длительное сопровождение, более года
7.	Разовые обращения	107	
	Всего	240	

За 2022 год в проекте Фонда приняло участие 240 ВИЧ-инфицированных женщин, 34 из которых обратились в организацию впервые и 14 опекунов ВИЧ-инфицированных детей. 19 матерей приняли участие в программе «По ступенькам с детьми», 30 женщин получили индивидуальную психологическую поддержку, с 11 из которых велось длительное сопровождение. Всего 5 женщинам с ВИЧ-положительным статусом, освободившимся из мест заключения была оказана помощь. В таблице 2 представлены услуги, оказанные детям.

Таблица 2 – Услуги, оказанные детям в Центре

№ п/п	Категория детей	Количество	Оказанная помощь
1.	Дети с ВИЧ-положительным статусом	214	
2.	Дети с ВИЧ-отрицательным статусом	66	Консультирование и социально-психологическое сопровождение
3.	дети с неподтвержденным ВИЧ-статусом, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями	20	Патронажное сопровождение
4.	Дети-участники программы по раскрытию диагноза	10	Социально-психологическое консультирование

В программах фонда участвовали 214 детей с ВИЧ-положительным статусом, 66 детей с ВИЧ-отрицательным статусом и 20 детей с неподтвержденным ВИЧ-статусом, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. 43 детям была оказана помощь патронажной службой. Всего 10 детей приняли участие в программе по раскрытию диагноза. Около 50 семей находились на комплексном социальном сопровождении. Подводя итог, можно сказать, что доля семей, которым была оказана помощь, очень мала по сравнению с количеством ВИЧ-инфицированных женщин и детей в Челябинской области. Центром была оказана помощь нескольким десяткам ВИЧ-инфицированных, в то время как в Челябинске проживают тысячи людей с положительным ВИЧ-статусом.

Исходя из рассмотренного параграфа мы увидели на примере Областного Центра по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Челябинска опыт разрешения конфликтов в семьях,

имеющих ВИЧ-инфицированных родственников. Мы выделили задачи Центра, которыми являются:

1. Организация и проведение мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа среди населения;
2. Оказание необходимых видов медицинской, социальной и психологической помощи ВИЧ-инфицированным;
3. Помощь в решении социально-правовых и реабилитационных вопросов в отношении инфицированных ВИЧ и больных СПИДом.

Областной Центр СПИД является одной из немногих государственных организаций, занимающихся социальным сопровождением ВИЧ-инфицированных семей и разрешением конфликтов среди членов данных семей.

Увидели, что основополагающей технологией в работе с ВИЧ/СПИД-больными и членами их семьи на базе Центра СПИД является консультирование. Отметим, что в Центре существует поэтапная методика в разрешении конфликтов в семьях, важным ее аспектом является установление доверительных отношений между клиентами и специалистами Центра.

Рассмотрели какие виды помощи оказывались чаще всего и кто обращался за помощью, чаще всего это были женщины.

## **2.2. Анализ супружеской сплоченности, как факторов предотвращения и разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников**

ВИЧ-дискордантные пары представляют собой диаду партнёров (супругов, сожителей, любовников и т. д.) с разным ВИЧ-статусом: один партнёр ВИЧ-положителен (болен ВИЧ), а другой — ВИЧ-отрицателен (не имеет данного диагноза).

ВИЧ-дискордантные пары в современном российском обществе, за счёт СМИ, служат инструментом развития толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ (далее, ЛЖВ). Общественность получает наглядные примеры того, что ВИЧ — не помеха семейного счастья, за счёт чего происходит снижение уровня дискриминации и стигматизации ЛЖВ. Молодые люди получают возможность пересмотреть свои опасения по поводу известия о позитивном ВИЧ-статусе потенциального, или актуального партнёра.

Если обратиться к интернет-сообществам в социальных сетях, интернет-форумам для людей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, станет известно, что дискордантные пары всё же испытывают беспокойство на счёт приобретения положительного ВИЧ-статуса неинфицированным партнёром, которое порой, может нарушить адекватное функционирование взаимоотношений.

Как правило, переживания касаются таких аспектов, как:

1. поддержка социального/физического/душевного благосостояния инфицированного партнёра;
2. как сохранить отношения с родительской семьёй, друзьями, если избранник имеет диагноз ВИЧ-инфекция;
3. каким образом вести полноценную сексуальную жизнь и не заразиться/не заразить своего партнёра ВИЧ-инфекцией;
4. планирование, зачатие и рождение ребёнка в ВИЧ-

дискордантных взаимоотношениях.

Супружеская установка заключается в готовности действовать определенным образом в рамках отношений, строить взаимоотношения тем или иным образом, обесценивая или придавая значимость различным аспектам супружеской жизни.

Между супружескими установками партнёров существуют значимые различия, так же значимые различия имеются по показателям супружеской сплочённости и адаптации между двумя категориями пар (пары, где женщина не инфицирована, мужчина инфицирован, и пары, в которых женщина инфицирована, мужчина не инфицирован). В исследовании, проведённом международным научным журналом "Молодой ученый" (№ 26 (316) / 2020) рассмотрены несколько подходов к анализу:

1. Теоретический анализ литературы по теме исследования.
2. Методы мат. статистики: Т-критерий Стьюдента для сравнения независимых выборок; коэффициент корреляции r-Пирсона. Статистическая обработка осуществлялась в программе IBM SPSS Statistics.
3. Психодиагностические методы:
  - Тест А. Ассингера «Оценка агрессивности в межличностных отношениях» (Приложение 1)
  - Опросник К. Томаса «Стиль поведения в конфликте» (Приложение 2)
  - Экспресс-диагностика О.Л. Гончаровой на выявление уровня конфликтности (Приложение 3)
  - Тест В.Ф. Ряховского «Самооценка конфликтности» (Приложение 4)
  - Рекомендации педагогу «Алгоритм деятельности по разрешению конфликта «17 шагов» (Приложение 5)

В проведении исследования участвовали следующие учреждения: Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (г. Челябинск), Центр профилактики СПИДа (г. Курган),



Реабилитационный центр «Крылья» (г. Челябинск), Низкопороговый центр «Точка опоры» (г. Челябинск).

Количество испытуемых,  $n = 28$  пар, а именно 12 пар, где женщина ВИЧ-отрицательная, мужчина ВИЧ-положительный; 16 пар, где женщина ВИЧ-положительная, мужчина ВИЧ-отрицательный. Возраст испытуемых: 28-33 года; стаж взаимоотношений с партнёром: 1-5 лет. Партнёры являются сожителями, состоят в отношениях без официальной регистрации брака, и проживают на одной жилплощади, не имея детей.

Сбор эмпирического материала осуществлялся посредством сотрудников СПИД-сервиса. Обратим внимание на результаты применения психодиагностических методик. Тип супружеской сплочённости и адаптации был определён путём подсчёта среднего значения в каждой категории ВИЧ-дискордантных пар (женщина ВИЧ+, мужчина ВИЧ-,  $n = 12$  пар; женщина ВИЧ-, мужчина ВИЧ+,  $n = 16$  пар).

Так, в парах, где женщина ВИЧ-, а мужчина ВИЧ+ выявлен разделённый (сбалансированный) тип супружеской сплочённости. Партнёры, преимущественно, предпочитают проводить свой досуг по отдельности, в чем усматривается некоторая степень эмоциональной дистанции, разница интересов, но при этом, оба партнёра находятся в теплых взаимоотношениях друг с другом. В случае необходимости партнёры способны объединиться и выразить поддержку друг другу, что позволяет диадам осуществлять свою психотерапевтическую функцию. Социальное окружение, интересы преимущественно разнятся, несмотря на это, присутствуют точки соприкосновения.

Уровень адаптации в данных парах достигает хаотичного (не сбалансированного). Существует нехватка управляемости отношениями, за отсутствием адекватного руководства и структурированности партнёрских функций. Решения, принимаемые партнёрами зачастую необдуманно, импульсивны. Роли партнёров по отношению друг к другу размыты, непосто-

яжны, и часто перемещаются от одного партнёра к другому. По данной причине, то, что происходит в парах, носит непредсказуемый характер.

Пары, в которых женщина ВИЧ-положительна, а мужчина ВИЧ-отрицателен, отличаются разобщённым (крайне низким, не сбалансированным) уровнем сплочённости. В парах имеется дефицит факторов, удерживающих партнёров в данных взаимоотношениях, эмоциональная отстраненность. Данные взаимоотношения членам диады видятся скорее не-симпатичными. Партнёры практически не испытывают привязанности друг к другу, выстраивают большую дистанцию, выражают несогласованное поведение: отсутствуют общие интересы и желание проводить время вместе, партнёры испытывают трудности в оказании поддержки друг другу при эмоционально дискомфортных ситуациях. Наиболее распространённая причина данного варианта сплочённости — неспособность устанавливать близкие взаимоотношения, нарастание тревоги при сближении с другими людьми.

Адаптация представлена структурированным (сбалансированным) уровнем. Парам свойственны некоторые черты демократического руководства — партнёры способны к обсуждению совместных проблем и учитывать мнение друг друга. Правила и роли партнёров внутри взаимоотношений стабильны, но существует возможность к их обсуждению и пересмотру.

Можно отметить, что пары, где женщина ВИЧ-, мужчина ВИЧ+ обладают признаком разбалансированных взаимоотношений по параметру адаптации (хаотичный уровень), а пары, где женщина ВИЧ+, мужчина ВИЧ-, по параметру сплочённости (разобщённый уровень). Так, в парах первой категории, диагностирован благоприятный эмоциональный климат между партнёрами, но неумение справляться с общими жизненными трудностями. Пары второй категории, напротив, эмоционально отдалены друг от друга, но, при этом, способны мобилизоваться перед возникающими стрессорами.

Кроме того, с помощью Т-критерия Стьюдента для сравнения независимых выборок, обнаружены значимые различия по уровню адаптации ( $p \leq 0.01$ ) и сплочённости ( $p \leq 0.01$ ) между парами, где женщина ВИЧ-положительная, мужчина ВИЧ-отрицательный, и где мужчина ВИЧ-положительный, а женщина ВИЧ-отрицательная.

Переходим к анализу результатов, полученных по опроснику «Изменение установок в семейной паре».

В таблицах 3, 4, 5, 6 представлены супружеские установки женщин и мужчин, чей партнёр имеет противоположный ВИЧ-статус.

Таблица 3 – Супружеские установки ВИЧ-отрицательных женщин, состоящих в ВИЧ-дискордантных взаимоотношениях, средний балл,  $n = 12$

Средний балл	Установка
<b>Положительные установки, значимые аспекты взаимоотношений</b>	
3,5	Отношение к любви романтического типа
1,75	Отношение к детям
0,75	Отношение к «запретности секса»
-0,5	Отношение к разводу
<b>Отрицательные установки, отвергаемые аспекты взаимоотношений</b>	
1	Отношение к сексу
-0,5	Отношение к людям
-0,25	Отношение к деньгам
2	Отношение к автономности или зависимости (ориентация на совместную деятельность)
0,75	Альтернатива между чувством долга и удовольствием (ориентация на чувство долга)
-0,5	Отношение к патриархальному или эгалитарному устройству семьи

Испытуемые легко относятся к трате денежных средств, без учета рациональности использования финансов. Удовлетворённость сексуальными отношениями с партнёром не имеет значения, а тема секса, её обсуждение с избранником считается скорее недопустимым. Наличие детей в семье является значимым. Гедонистические настроения уступают ориентации на чувство долга, следованию моральным принципам. Кроме того, испытуемым свойственны традиционные представления об идеале женствен-

ности и роли женщины в семье, нежели взгляды, связанные с равноправием полов.

Отношение испытуемых к разводу скорее лояльное. Среди испытуемых наблюдается ориентация на совместную деятельность с партнёром, а также на романтическую составляющую взаимоотношений. По отношению к окружающим людям в целом, испытуемые настроены скорее негативно. Ссылаясь на данную таблицу, наиболее значимой сферой в супружеских отношениях является любовь, наименее востребованной — вопросы бюджета.

Таблица 4 – Супружеские установки ВИЧ-положительных мужчин, состоящих в ВИЧ-дискордантных взаимоотношениях, средний балл, n = 12

Средний балл	Установка
<b>Положительные установки, значимые аспекты взаимоотношений</b>	
1,5	Отношение к любви романтического типа
1,25	Отношение к людям
0,26	Отношение к детям
0	Отношение к «запретности секса»
-1,5	Отношение к сексу
<b>Отрицательные установки, отвергаемые аспекты взаимоотношений</b>	
0	Отношение к разводу
-0,25	Отношение к деньгам
1	Отношение к автономности или зависимости (ориентация на совместную деятельность)
-0,75	Альтернатива между чувством долга и удовольствием (ориентация на удовольствия)
-2,75	Отношение к патриархальному или эгалитарному устройству семьи

Испытуемым характерно свободное отношение к финансовым расходам. Важным условием существования и развития супружеских взаимоотношений выступают романтические чувства, половая жизнь, сексуальная гармония между партнёрами. При этом разговоры с партнёром на тему секса - табуированы. Отношение к разводу - не лояльно. Наличие детей является значимым, поскольку ребёнок позволяет ощутить полноценность семейной системы. К окружающим людям мужчины относятся скорее позитивно. Испытуемым свойственно избегать той деятельности, которая не

связана с наслаждением, а требует лишь соблюдения обязательств. Испытуемые обладают установкой на то, что роль женщины в семье должна быть традиционной, женщина — хранительница домашнего очага, а мужчина — глава и добытчик.

Мужчины ориентированы скорее на совместную деятельность со своими партнёрами (общие хобби и увлечения), чем на раздельное время проведение. Так же, как и среди ВИЧ-отрицательных женщин, состоящих в дискордантных отношениях, для мужчин не востребована материальная сторона жизни, а наиболее значимой сферой взаимоотношений выступает романтическая любовь.

Несмотря на то, что тема секса в отношениях с позиции испытуемых не подлежит обсуждению, половая жизнь с партнёром является значимой, поскольку основной источник супружеских проблем кроется в низком качестве физической близости. Наличие детей в семье, романтическая взаимосвязь между партнёрами так же являются важными.

В сравнении с ориентацией на удовольствия, испытуемые в большей мере склоняются к следованию чувству долга, даже если осуществляемая деятельность тяготит. В вопросе выбора между раздельным и совместным времяпровождением с партнёром женщины предпочитают посвящать избраннику большую часть своего свободного времени.

Таблица 5 – Супружеские установки ВИЧ-положительных женщин, состоящих в ВИЧ-дискордантных взаимоотношениях, средний балл, n = 16

Средний балл	Установка
<b>Положительные установки, значимые аспекты взаимоотношений</b>	
2,41	Отношение к любви романтического типа
1,33	Отношение к детям
0,91	Отношение к «запретности секса»
-0,08	Отношение к разводу
<b>Отрицательные установки, отвергаемые аспекты взаимоотношений</b>	
0	Отношение к сексу
-0,25	Отношение к деньгам

-0,41	Отношение к людям
0,91	Отношение к автономности или зависимости (ориентация на совместную деятельность)
0,5	Альтернатива между чувством долга и удовольствием (ориентация на чувство долга)
0	Отношение к патриархальному или эгалитарному устройству семьи

Отношение к расставанию с партнёром скорее лояльное. Испытуемые легко относятся к финансовым тратам - без тщательного планирования бюджета. Испытуемые больше склонны к построению эгалитарных супружеских отношений, в которых роль женщины «не типична», ей отводится владение деловыми качествами, и супруга ни в чем не уступает мужчине. Отношение к окружающим людям скорее отрицательное. Наиболее значимой сферой взаимоотношений является любовь романтического типа, отношение к окружающим людям — наиболее негативная установка в выборке испытуемых

Таблица 6 – Супружеские установки ВИЧ-отрицательных мужчин, состоящих в ВИЧ-дискордантных взаимоотношениях, средний балл, n = 16

Средний балл	Установка
<b>Положительные установки, значимые аспекты взаимоотношений</b>	
1,66	Отношение к любви романтического типа
1,16	Отношение к детям
0,91	Отношение к людям
0,66	Отношение к «запретности секса»
-0,33	Отношение к разводу
-0,08	Отношение к сексу
<b>Отрицательные установки, отвергаемые аспекты взаимоотношений</b>	
-0,16	Отношение к деньгам
0,41	Отношение к автономности или зависимости (ориентация на совместную деятельность)
-0,25	Альтернатива между чувством долга и удовольствием (ориентация на удовольствия)
-1	Отношение к патриархальному или эгалитарному устройству семьи

Испытуемые ориентированы скорее на получение удовольствий, нежели на действия, управляемые чувством долга, соблюдением обязанностей.

Отношение к разводу в большей степени лояльное. Прослеживается значимость романтической подоплёки взаимоотношений, а также наличия

детей. Относится к категории значимых сексуальная сфера, испытуемые склонны полагать, что характер супружеских отношений зависит от того, как складываются сексуальные взаимоотношения между партнёрами. При этом, испытуемые имеют установку на ограничение обсуждений сексуальных трудностей и темы секса с партнёром. Мужчины в большей мере, склоняются к совместному время проведению с партнёром, чем к автономному, демонстрируют небережливое отношение к деньгам и положительное отношение к людям — желание идти на помощь. Также мужчины предпочитают традиционное устройство семьи эгалитарному, в котором профессиональная занятость женщины мешает счастливой супружеской жизни.

Так, наиболее выраженной является установка на романтическую любовь, наименее важными выступают финансовые вопросы. В целях выявления согласия и противоречий между партнёрами в контексте супружеских установок, мы использовали Т-критерий Стьюдента для сравнения независимых выборок. Так, в парах, где женщина ВИЧ-, мужчина ВИЧ+ были обнаружены следующие значимые различия между партнёрами:

1. *По отношению к людям ( $p \leq 0.01$ ).* Для женщин в данных парах проблемы окружающих людей не представляют интереса, не вызывают эмоциональной и деятельностной вовлеченности. Мужчинам напротив, безразличны заботы и трудности других.

2. *По отношению к разводу ( $p \leq 0.01$ ).* Женщины относятся к окончанию супружеских взаимоотношений с партнёром более лояльно, чем мужчины. Представители мужского пола склонны игнорировать возможность расставания.

3. *По отношению к сексу ( $p \leq 0.01$ ).* Женщины выражают меньшую сексуальную заинтересованность в контексте взаимоотношений, по сравнению с мужчинами.

4. *Альтернатива между чувством долга и удовольствием ( $p \leq 0.01$ ).* Женщины, в отличие от мужчин, склоняются к соблюдению обя-

зательств и моральных принципов в отношениях, в то время как мужчины проявляют гедонизм.

5. Между *установками партнёров по отношению к детям, романтической любви, деньгам, «запретности секса»* значимых различий не найдено ( $p \leq 0.05$ ).

6. Также значимые различия отсутствуют по отношению к *патриархальному или эгалитарному устройству семьи*, и к автономности или зависимости во взаимоотношениях ( $p \leq 0.05$ ).

Можно сделать вывод, что в данных аспектах партнёры не имеют разногласий.

Перейдем к описанию результатов математической статистической обработки супружеских установок в парах, где женщина ВИЧ+, мужчина ВИЧ-.

Между партнёрами в данных парах были обнаружены следующие значимые различия:

1. По отношению к *патриархальному или эгалитарному устройству семьи* ( $p \leq 0.01$ ). Мужчины в большей степени настроены на традиционный уклад семейной системы, в то время как женщины имеют установку на эгалитарное супружеское взаимодействие.

2. Альтернатива между *чувством долга и удовольствием* ( $p \leq 0.01$ ). Женщины руководствуются чувством долга, а мужчины склонны к получению удовольствия и к избеганию обстоятельств, не предусматривающих его.

3. По отношению к *сексу* ( $p \leq 0.01$ ). Мужчины выражают меньшую сексуальную заинтересованность в контексте взаимоотношений, по сравнению с женщинами.

4. По отношению к *людям* ( $p \leq 0.01$ ). Женщины более равнодушны к окружающим людям и их пребыванию в трудных жизненных ситуациях, в отличие от мужчин.



Отсутствие значимых различий по отношению к детям, романтической любви, деньгам, «запретности секса», разводу, к автономности или зависимости во взаимоотношениях может свидетельствовать о том, что партнёры не имеют разногласий по данным вопросам.

Далее мы провели корреляционный анализ между супружескими установками лиц, состоящих в ВИЧ-дискордантных взаимоотношениях, и супружеской сплочённостью, адаптацией. По итогу корреляционного анализа, среди испытуемых были выявленные прямые и обратные корреляционные взаимосвязи.

Так, среди ВИЧ-отрицательных женщин выявлена прямая высоко значимая корреляция между супружеской сплочённостью и альтернативой между чувством долга и удовольствием ( $p \leq 0.001$ ). При достаточно тёплых взаимоотношениях с партнёром возрастает установка на соблюдение обязательств перед ним. В условиях эмоциональной дистанции осуществляется ориентация на удовольствия, гедонистический образ жизни в противовес нравственному поведению.

В выборке ВИЧ-позитивных мужчин обнаружены следующие прямые корреляционные взаимосвязи:

1. Адаптация и альтернатива между *чувством долга и удовольствиями* ( $p \leq 0.001$ ). Чем хуже пара умеет справляться с кризисными ситуациями, тем испытуемые в большей степени склонны отказываться от моральных обязательств перед партнёрами, и ориентироваться исключительно на собственные удовольствия, и напротив

2. Адаптация и отношение к «запретности секса» ( $p \leq 0.001$ ). Чем ниже качество адаптации, как способности партнёров к решению совместных трудностей, тем менее желанно обсуждение сексуальных проблем в паре.

3. Сплочённость и отношение к *автономности или зависимости* ( $p \leq 0.01$ ). При близких эмоциональных взаимоотношениях возрастает установка на совместную деятельность и совместное время проведение с

партнёром.

4. Сплочённость и *отношение к сексу* ( $p \leq 0.01$ ). При наличии привязанности, эмоциональной близости с партнёром усиливается значимость сексуальных взаимоотношений в паре.

У ВИЧ-положительных женщин выявлена прямая высоко значимая корреляционная взаимосвязь между адаптацией и отношением к *любви романтического типа* ( $p \leq 0.001$ ). Установка на любовь романтического типа усиливается при благополучном решении общих жизненных проблем в паре. Значимость романтической составляющей во взаимоотношениях снижается, когда партнёры выражают неумение противостоять воздействию стресса. Корреляций между супружескими установками и супружеской сплочённостью, адаптацией у ВИЧ-отрицательных мужчин не обнаружено.

Стоит заметить, что выявленные различия в семейных установках между партнёрами ещё не являются доказательством того, что данные противоречия создают конфликтогенную обстановку в паре, которая затрудняет взаимоотношения между мужчинами и женщинами.

Наличие конфликта зависит от того, насколько толерантно/интолерантно испытуемые относятся к тому, что семейная установка партнёра по каждому конкретному вопросу не соответствует собственной, а также от особенностей коммуникации между партнёрами.

Рассматривая данный параграф, мы отметили, какие переживания доставляют семьям большее беспокойство, тем самым провоцируя конфликт, ими являются это физическое и психологическое здоровье члена семьи, отношения с родителями, друзьями, коллегами, зачатие и рождение здоровых детей. Рассмотрели понятие супружеская сплоченность, супружеские установки. Провели диагностику стилей поведения выбираемых супругами в конфликте, оценку их агрессивности в межличностных отношениях и другие.

Также мы провели исследование супружеской сплоченности, в котором приняли участие 28 пар. Критериями оценки выступали: отношение к

людям, к разводу, к сексу, к чувству долга и удовольствия, отношение к детям, романтической любви, деньгам, устройству семьи, автономность либо независимость семьи.

### **2.3. Проект социальной поддержки, направленные разрешение конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников**

Разрабатывая модель по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, которая была ранее нами представлена в параграфе 1.3., проанализировав трудности, с которыми сталкиваются семьи с ВИЧ-инфицированными родственниками в разрешении конфликтов, и опираясь на данную модель по разрешению конфликтов, мы разработали проект, который связан с реализацией одной из технологий, а именно технология групп встреч.

Основоположником в области групповой психотерапии и психокоррекции по мнению большинства ученых (Рудестам и т.д.) является американский врач – фтизиатр Джозеф Пратт, который применил технику групповой работы у больных туберкулезом не имеющих средства получать комплексное стационарное лечение. Д. Пратт организовал группы пациентов и проводил на них тренинги, целью которых было получение новых знаний о природе происхождения заболевания, формах профилактики рецидивов, необходимостью ведения здорового образа жизни и как следствия повышения качества жизни пациентов.

Главным критерием отличия группы от психотерапии является обучающий процесс на каждом этапе работы. Через виды обучения (арт-терапия, обучающие семинары тренинги, психологический дискурс, создание коррекционной среды и т.п.), человек обучается по новому взглянуть на изменившиеся условия существования (в случае с болезнью, переездом на новое место жительства из-за каких либо особо значимых

причин), избавиться от вредных привычек (анонимные алкоголики, метод Шичко и т.п.).

Мы считаем необходимым использовать потенциал этой технологии для решения выявленной проблемы. Ведь часто причиной неразрешения или долгого поиска разрешения конфликта является нехватка смемейного взаимодействия. С опорой на данную технологию мы решили разработать проект. Проект мы хотим рекомендовать для внедрения в работу ГБУЗ «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Челябинска».

**Актуальность проекта.** Возрастание количества семей, имеющих ВИЧ-инфицированного родственника, и в связи со спецификой заболевания возникновение конфликтов и трудностей поиска разрешения конфликтных ситуаций с которыми они сталкиваются при взаимодействии внутри семьи и с окружающими людьми.

**Цель реализации проекта:** создание среды, в условиях которой будет происходить снижение конфликтности внутри семьи и повышение их субъектности в процессе взаимодействия на группах встреч.

**Задачи проекта:**

1. Диагностика, направленная на выявление уровня психологической близости, доверительных отношений в семье;
2. Разработка индивидуальной помощи в рамках группы встреч, учитывая характер отношений в семье;
3. Разработка методических рекомендаций по реализации помощи в разрешении конфликта в семье.

**Целевая группа:** семьи, имеющие ВИЧ-инфицированных родственников.

**Исполнители проекта:** ГБУЗ «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Челябинска». Специалисты Центра.

**Партнеры проекта.** Центр профилактического сопровождения «КОМПАС». Учрежден Управлением по делам молодежи Администрации города Челябинска в 2006 году. Центр действует в сфере здоровьесбережения и развития молодежи, профилактики социально значимых заболеваний и сопровождения людей, затронутых проблемами ВИЧ-инфекции и наркомании.

**Метод проекта.** Основным ведущим методом проекта по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников является технология группы встреч.

Спецификой реализации данного метода в проекте является проведение данной группы встреч, совмещая ее с тематикой блока обучения для разрешения их конфликтных ситуаций и развития гармоничных внутрисемейных отношений.

Группы взаимопомощи распространены по всему миру. В группы могут объединяться либо непосредственно люди, затронутые серьезной проблемой, либо их близкие – родные и друзья. Участники группы делятся своими чувствами и накопленным опытом, и это дает каждому уникальное чувство сопереживания и взаимной поддержки, а также позволяет собрать воедино имеющуюся практическую информацию и способы преодоления трудностей. В группу объединяются семьи с общей проблемой (ВИЧ инфекция) и ставят своей задачей преодоление или облегчение этой проблемы, нахождение решения в конфликте. Объединившись, они противостоят изоляции, дискриминации со стороны общества. Сами оказывают помощь и сами ее получают. Рассказав о своей проблеме, при желании человек может услышать об опыте нескольких участников – других семей, затронутых той же проблемой, что помогает делать собственные выводы и принимать решения. Группы взаимопомощи отличаются от групп, которые ведут профессионалы (терапевтические группы, тренинги и т.п.) отсутствием иерархичности: главный признак таких групп - отношения равный-равному. Такие группы организуются на собственном энтузиазме и жела-

нии людей помочь (и/или получить помощь) другим семьям с похожей проблемой.

Группа встреч – особый формат, где идет свободное обсуждение конфликтов, с которыми сталкивается данная семья, создается ситуация, для нахождения самой семьей конструктивного решения в разрешении конфликта.

В нашей модели разрешения конфликтов в семьях ВИЧ-инфицированных родственников, представленной в параграфе 1.3. были выделены тематические блоки, которые образуют тематическое содержание группы встреч. А именно, социально-медицинский блок, социально-правовой блок, социально-экономический блок, социально-психологический блок, социально-педагогический блок. Мы планируем в рамках нашего проекта не менее 15 таких тематических встреч в течении 3 месяцев, на которые будут приглашены специалисты, ответственные за тематический блок. Каждую встречу будет выбираться определенная тема для разбора ее со специалистом, причем одна и та же тема может повториться несколько раз, если это актуально для семьи, которая посещает группу встреч. В таблице 6 мы раскрыли некоторые из вопросов тематических блоков, которые могут обсуждаться на группе встреч семей с ВИЧ-инфицированным родственником.

Таблица 6 – Содержание тематических блоков, обсуждаемых на группах встреч семей с ВИЧ-инфицированным родственником

Тематический блок	Содержание	Приглашенный специалист
Социально-медицинский	Вопрос приема терапии, зачатие и рождение детей	Врач-инфекционист, репродуктолог
Социально-правовой	Вопрос оформления пособий, выплат и т.д.	Юрист
Социально-экономический	Вопрос устройства на работу, оформление договора	Специалист службы занятости
Социально-психологический	Вопросы, связанные с повышенной тревожностью, агрессией	Психолог

	сией, конфликтностью	
Социально-педагогический	Вопросы по воспитанию детей, по нахождению их в детских коллективах	Социальный педагог

Для привлечения на группы взаимопомощи семей с ВИЧ инфицированных родственником можно использовать информационные листки, размещенные в Центре СПИД, городских поликлиниках и больницах, территориальных центрах социального обслуживания, общественных и благотворительных организациях, кризисных центрах, аптеках, личные знакомства.

Основные принципы организации групп взаимопомощи:

1. Самоорганизация (группы собираются на собственном энтузиазме и не подчиняются другим организациям).
2. Самообеспечение (деятельность происходит благодаря собственным пожертвованиям).
3. Демократичность (нет иерархической системы власти, все вопросы решаются большинством голосов, все необходимые должности выборные).<sup>4</sup>
4. Анонимность (нераспространение личностной информации).
5. Открытость и ротационность (на группу принимаются все люди с заявленной проблемой, свободное посещение групп и выход из них).
6. Волонтерская деятельность (необходимые административные и организационные функции выполняются на волонтерских принципах).
7. Непрофессиональность – четкое разделение между профессиональной помощью и самопомощью - к деятельности групп профессионалы не привлекаются. Могут привлекаться профессионалы только на тематические группы, посвященные обсуждению проблемы из тематического блока.

8. Информирование о деятельности – одна из основных задач группы: распространение информации о ее деятельности для привлечения новых членов семей.

Правила проведения на группе:

1. Правило конфиденциальности – просим вас не выносить услышанных на группе сведений об участниках, их высказываниях и проблемах за пределы группы.

2. Говорите о себе от своего имени (употребляя местоимение «Я»), не говорите о себе во втором или в третьем лице (не употреблять местоимение «мы», «ты»). Вы высказываете свою позицию и свое видение ситуации в семье.

3. В своих высказываниях просим акцентироваться на себе, на своих чувствах, мыслях, поступках, и меньше на обстоятельствах их вызвавших.

4. Просим вас делиться вашим конкретным пережитым жизненным опытом, а не знаниями, взглядами, предположениями и т.д.

5. Просим вас не пропагандировать ваш личный способ избавления от проблем, а просто рассказывать, о том, как вы справились с ситуацией, что вы конкретно применяли для решения этих проблем в своей жизни.

6. На группе следует ограничивать высказывания по политическим, религиозным, национальным, половым и другим подобным вопросам.

7. Главным на группе является ведущий, его решения во время прохождения группы не обсуждаются. Вы можете высказать свои взгляды и предложения ведущему после группы или обсудить возникшие проблемы со специалистами Центра СПИД.

#### **Календарный план проекта.**

1. Подготовительный этап (10 дней) – формирование группы, обсуждение работы со специалистами, участвующими в проекте, опреде-



ление регламента работы, места, аудитории, приобретение необходимого реквизита – мебель, доска, организационная техника и др.

2. Основной этап (3 месяца) – проведение групп в течении 3 месяцев, статистика регулярности их проведения, контроль соблюдения правил как сотрудниками так и специалистами

3. Итоговый этап (1 неделя) – обратная связь от групп, анкетирование участников группы встреч из чего можно определить, насколько решены поставленные задачи.

**Ожидаемые результаты:** количественные результаты: количество проведенных групп, подсчет участников, посетивших группы. Качественные результаты: изменения у участников группы встреч, а именно, снижение конфликтности в семьях, повышение субъектности семей, социализация семей с ВИЧ-инфицированными родственниками, привлечение общественного внимания к данной проблеме, профессиональный рост кадрового состава Центра СПИД.

Разрабатывая проект по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников мы ввели понятие «группа встреч» или как ее называл основоположник групповой терапии Джозеф Пратт – группа взаимопомощи. В нашем проекте мы определили актуальность темы в связи с ростом количества таких семей, а с ними и конфликтов, обозначили цель и задачи проекта, календарный план, ожидаемые результаты. Определили целевую группу проекта, исполнителей и партнёров, правила и принципы проведения группы встреч.

Основным методом проекта по разрешению конфликтов, в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников является технология группы встреч, а его спецификой – совмещение группы с обучающим тематическим блоком, а именно социально-медицинский, социально-правовой, социально-экономический, социально-психологический, социально-педагогический блок.

## Выводы по второй главе

Изучая опыт разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников мы увидели, что Областной Центр СПИД является одной из немногих государственных организаций, занимающихся помощью в разрешении конфликтов данным семьям. Отметим, что основополагающей технологией в работе с ВИЧ-инфицированными и членами их семьи является консультирование. Разобрали этапы методики в разрешении конфликтов в семьях. Рассмотрели, какие виды помощи в разрешении конфликтов в семьях с ВИЧ-инфицированным родственником оказывались чаще всего.

Отметили, какие переживания доставляют семьям большее беспокойство, тем самым провоцируя конфликт, когда проводили анализ супружеской сплоченности, как факторов предотвращения и разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников. Ввели в нашу работу понятие супружеская сплоченность и супружеские установки.

Также в рамках практической работы мы провели исследование супружеской сплоченности, в котором приняли участие 28 пар. Критериями оценки выступали: отношение к людям, к разводу, к сексу, к чувству долга и удовольствия, отношение к детям, романтической любви, деньгам, устройство семьи, автономность либо независимость семьи.

Опираясь на результаты диагностики, модель разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, разработанную нами ранее мы создали проект по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, который планируем внедрить в работу в Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Челябинска.

## Заключение

Изучение конфликтов в семье, имеющей ВИЧ-инфицированного родственника, анализ литературы, нормативно-правовой документации, опыт работы в Областном центре по профилактике и борьбе со СПИДОм и инфекционными заболеваниями г. Челябинска, проведенное нами исследование показало, что необходима организация процесса помощи таким семьям в разрешении их конфликтных ситуаций. Это обусловлено недостаточной разработанностью исследуемой проблемы в теории и на практике, возросшими требованиями и трудностями в организации данной помощи. Настоящее диссертационное исследование посвящено актуальной проблеме нашего общества – разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированного родственника.

Целью нашего исследования являлось: изучение теоретических, нормативных основ и разработка проекта по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

Решая первую задачу исследования, мы раскрыли особенности социальных конфликтов и меры правового регулирования прав ВИЧ-инфицированных людей, конкретизировали и раскрыли сущность понятия «конфликт» и «семья, имеющая ВИЧ-инфицированного родственника».

Семейный конфликт в семьях с ВИЧ-инфицированным родственником – это возникающее в результате межличностного взаимодействия противоречие, носящее краткосрочный временной характер, имеющее ярко выраженный эмоциональный фон, косвенных участников и предполагающее быстрый поиск его конструктивного разрешения.

Отвечая на вторую задачу исследования увидели, что поддержка в разрешении конфликтов в данных семьях опирается на нормативную базу, На Международном уровне «Всеобщая декларация прав человека» (1948); «Декларация прав ребенка» (1959); «Конвенция ООН о правах ребенка» (1989); «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДОм»

(2001), «Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека» (2006) и др.[17; 30]. На государственном уровне РФ регламентируется нормативно правовыми актами, направленными на обеспечение конституционных прав и интересов ВИЧ-инфицированных членов семей Конституция РФ (2020); Гражданский кодекс РФ (2021); Семейный кодекс РФ (2022); Федеральный закон № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (1995); Федеральный закон № 12-ФЗ «Об образовании» N 273-ФЗ (2012); Письмо Министерства образования и науки РФ № 0100/8129-05-32 «Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде» (2005) и др.

Решая третью задачу исследования на основе системного, деятельностного, средового подходов разработали модель по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

Разработанная модель разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников ориентирована на конкретную цель: формирование конфликтологической грамотности семей, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников.

В рамках четвертой задачи исследования рассмотрели практические аспекты разрешения конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников. Изучили опыт разрешения конфликтов в таких семьях на примере Областного центра по профилактике и борьбе со СПИДОм г. Челябинска.

Решая пятую задачу исследования, провели анализ супружеской сплоченности, как факторов предотвращения и разрешения конфликтов в семьях.

Отвечая на последнюю задачу исследования разработали проект по разрешению конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, в котором определили актуальность, цель, задачи, целевую

группу, исполнителей, партнёров проекта, наметили календарный план и определили ожидаемые результаты от деятельности проекта.

Увидели, что основополагающей технологией в разрешении конфликтов в данных семьях является группы встреч и метод консультирования: дать возможность человеку и членам семьи лучше справиться со сложившимися конфликтными ситуациями в их жизни; найти пути решения конфликтов; предотвратить либо сократить дальнейшие конфликтные ситуации в семье, имеющей ВИЧ-инфицированного родственника.

Таким образом, решили поставленные задачи, цель исследования достигнута. Тема может быть продолжена в некоторых аспектах, среди которых мы выделили доработку технологий помощи в разрешении конфликтов в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников, подготовку сотрудников в аспекте разрешения конфликтов в данных семьях.

## Список используемой литературы

1. **Алексеева, Д.В.** Информационные кампании по ВИЧ/СПИДу (пособие для организатора): современные социальные технологии/ Д.В. Алексеева. – Новосибирск: ЮНИСЕФ, 2005. – 226 с. – ISBN 5-9900604-1-6
2. **Анцупов, А. Я.** Конфликт как системное явление и его определения / А. Я. Анцупов // Научно-методический журнал «Мир психологии». – Москва – Воронеж: Издательско-полиграфическая фирма «Воронеж», 2005. – с.24 – 35. – ISSN 2073-8528
3. **Анцупов, А. Я.** Семнадцать шагов для разрешения конфликтов / А. Я. Анцупов // Соционика, психология и межличностные отношения: человек, коллектив, общество. — 2005. — № 11. — С. 59 - 60. – ISBN 978-5-496-01605-6
4. **Анцупов, А. Я.** История отечественной конфликтологии / А. Я. Анцупов, С. Л. Прошанов. – М.: Изд. «Проспект», 2018. – 444 с. – ISBN 978-5-392-26103-1
5. **Анцупов, А. Я.** Словарь конфликтолога: 2-е изд. / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. – СПб.: Питер, 2006. – 528 с. – ISBN 978-5-699-38468-6
6. **Банькина, С. В.** Педагогическая конфликтология: состояние, проблемы исследования и перспективы развития/ С. В. Банькина // Современная конфликтология в контексте культуры мира. – М., 2001. – с. 373-394. – URL <https://smolsoc.ru/index.php/home> (дата обращения 16.12.2022).
7. **Барабохина, В.А.** Анализ образовательно-просветительских программ в области профилактики ВИЧСПИД в России/ В.А. Барабохина, Г.Р. Замалдинова. – Санкт-Петербург: Речь, 2008. – 314 с. – ISBN: 5-9268-0702-6
8. **Блинов, Д.С.** Оценка эффективности медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам/ Д.С.Блинов, В.М.Мельников, М.Г.Ласеева, Н.Н. Чернова, О.П Балыкова и др. – Проблемы социальной

гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2017. – 205 с. – URL: <https://rucont.ru/efd/612893> (дата обращения: 12.01.2023)

9. **Бузунова, А.Д.** Особенности восприятия временной перспективы, собственного соматического здоровья и уровня социальной поддержки у ВИЧ инфицированных пациентов/А.Д.Бузунова. – Вестник Южно-уральского государственного университета, 2017. – 727 с. – ISSN: 2071-3053

10. **Виленчик, Б.Т.** Профилактика СПИДа и наркомании в вопросах и ответах/ Б.Т.Виленчик. – Минск:Академия МВД РБ, 2009. – 74 с. – ISBN 985-427-293-1

11. **Волков, А.И.** ВИЧ-инфекция, сексуальное и репродуктивное здоровье молодежи/ А.И.Волков. – Островитянин – Москва, 2010. – 344 с. – ISBN 978-5-98921-031-2

12. **Величко, О.А.** ВИЧ-инфекция и СПИД/ О.А.Величко. – ГЭОТАР-Медиа – Москва, 2010. – 198 с. – ISBN 978-5-9704-4869-4

13.

14. **Вушаков, И.И.** ВИЧ/СПИД и дети/ И.И.Вушаков. – ООО "АБТ" – Москва, 2007. – 352 с. – ISBN 5-9651-0176-7

15. Вич/СПИД, Закон и права человека: руководство для российских законодателей /Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС) / Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации (ЮНЭЙДС). – 2005 [Электронный ресурс] / Режим доступа [un.org](http://un.org) (дата обращения 13.12.2022)

16. Вич/СПИД и права человека: молодые люди в действии / ЮНЕСКО / Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭДС). – 20012005 [Электронный ресурс] / Режим доступа: [un.org](http://un.org) (дата обращения 13.12.2022).

17. **Выползов, А.С.** Все в твоих руках/ А.С.Выползов. –Пособие для волонтеров программ по профилактике ВИЧ/СПИДа среди сверстников [Электронный ресурс] /Режим доступа:

<http://www.library.fa.ru/files/Posobie4volonterov.pdf> (дата обращения 13.12.2022)

18. **Галагузова, М.А.** Социальная педагогика: курс лекций: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.А. Галагузова. – М. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. – 2003. – 416 с. – ISBN 5-691 00372-0

19. **Гаттарова, О.А.** Выбери жизнь/ О.А.Гаттарова. – Методическое пособие по профилактике ВИЧ/СПИД среди молодежи [Электронный ресурс]/Режим доступа: <https://bel.roostolin.gov.by/files/00768/obj/110/28683/doc/Методическое%20пособие%20по%20СПИД.pdf> (дата обращения 13.12.2022)

20. **Глазырина, Л.А.** Подготовка будущего учителя к взаимодействию с ВИЧ-инфицированными учащимися/А.Л.Глазырина. – диссертация ФГБОУ ВПО Челябинский государственный педагогический университет, 2012. – 26 с. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://viewer.rsl.ru/ru/rsl01005008016?page=23&rotate=0&theme=white> (дата обращения 13.01.2022)

21. **Григорьева, М.Ю.** Профилактика распространения ВИЧ/СПИДа в подростковой среде/ М.Ю.Григорьева, Е.В. Железникова // Воспитание школьников. – 2014. – 87 с. – ISSN 0130-0776

22. **Дементьева, Н.Ф.** Социальная реабилитация: учебное пособие/ Н.Ф. Дементьева. – 4-е изд. – М.:Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°». – 2006. – 87 с. – ISBN 5-94798-048-7

23. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа (2004 г.) / 4-й Глобальный доклад. — ЮНЭЙДС, 2004 [Электронный ресурс] / Режим доступа: [un.org](http://un.org) (дата обращения 23.12.2022)

24. **Ершов, А. А.** Социально-психологические аспекты конфликтов / А. А. Ершов // Социальная психология и социальное планирование. Под ред. Е. С. Кузьмина, А. А. Бодалева. – Л., 1973. – С. 37-38. – ISBN 5-8290-0415-1



25. **Ефремов, Д.В.** Позиционный документ: Профилактика ВИЧ-инфекции/ Д.В.Ефремов. – М., 2008. – 56 с. – DOI: 10.20953/1729-9225-2019-1-72-76
26. **Жданко, Т. А.** Системно-деятельностный подход: сущностная характеристика и принципы реализации / Т. А. Жданко // Материалы научно-методического семинара «Сущность системно-деятельностного подхода и пути его операционализации в условиях высшего профессионального образования». – Иркутск: ФГБОУ ВПО «ИГЛУ», 2012. – С. 183-189. – ISSN: 2079-8717
27. **Журавлев, А. Л.** Социально-психологические аспекты исследования конфликта / А. Л. Журавлев, А. А. Вахин // Современная конфликтология в контексте культуры мира. – М., 2001. – с. 357 – 372. – URL: <https://smolsoc.ru/index.php> (дата обращения 24.11.2022)
28. **Зарецкий, В.В.** Социально-психологическая поддержка лиц, зараженных ВИЧ, а также сопровождения семей, в которых проживает ребенок, зараженный вирусом иммунодефицита человека/ В.В. Зарецкий. – Профилактика зависимостей. – 2018. – С. 181-212. – ISSN: 2410-4779
29. **Зайнышев, И.Г.** Технология социальной работы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. И.Г. Зайнышева/ И.Г.Зайнышев. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 69 с. – ISBN 5-691-00523-5
30. **Иванов, Н.Р.** СПИД. Синдром приобретенного иммунодефицита/ Н.Р.Иванов, Д.И.Дранкин. - 2-е изд., испр. и доп. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 1989. – 156 с.– ISBN 5-292-00509-6
31. **Козер, Л. А.** Основы конфликтологии: учеб. пособие / Л.А. Козер, пер. с англ. А. А. Крашевского, М. В. Скорокина. – СПб, 2001. – ISBN-5-222-00031-1
32. **Коломинский, Я.Л.** Становление социально-психологической структуры совместной деятельности в онтогенезе / Я. Л. Коломинский, Б. П. Жизневский // Совместная деятельность: Методология, теория, практи-

ка. – М.: Наука, 1988. С. 37-50. – URL: <http://www.allbest.ru/> (дата обращения 27.11.2022).

33. Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде / Министерство образования РФ. — М., 2005 [Электронный ресурс] / Режим доступа: [minobrnauki.gov.ru](http://minobrnauki.gov.ru) (дата обращения 24.11.2022)

34. Комплексный подход к противодействию ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации: региональный опыт. – 2007[Электронный ресурс] / Режим доступа: [minobrnauki.gov.ru](http://minobrnauki.gov.ru) (дата обращения 24.11.2022)

35. **Кошевой, И.Т.** Комплексная профилактика ВИЧ-инфекции в группах высокого риска. Опыт Санкт-Петербургского благотворительного фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие»/ И.Т.Кошевой. –СПб., 2010. – 164 с. – ISBN 978-5-9684-1697-1

36. **Колкова, В.В.** Культуральные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/ СПИД в России/ В.В.Колкова. – М. Права человека, 2013. – 52 с. – ISBN 5-89775-033-5

37. **Крюкова, Т. В.** Основы теории принятия решений в конфликте / И. А. Крюкова. – СПб.: Изд. СПбУ, 2015. – 180 с. – ISBN 978-5-9907824-2-6

38. **Ладная, Н.Н.** Научное издание Международная научно-практическая конференция Актуальные вопросы ВИЧ Материалы конференции/ Н.Н.Ладная, В.В.Покровский. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2016. – 212 с. – ISBN 978-5-9907447-5-2

39. **Левчук, С.В.** Структурно-функциональная модель социально-педагогической поддержки семей, воспитывающих детей с положительным ВИЧ статусом/ С.В. Левчук // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки, 2018. – 89 с. – ISSN 1810-0201

40. **Львов, Л. В.** Конфликтология: теория и практика: учебно-методическое пособие / Л. В. Ладюшина. – М.: Челябинск: ЧИЭП им. М. В. Ладюшина, ЧГАА, 2012. – 292 с. – ISBN 978-5-903270-17-0

41. **Мардахаев, Л. В.** Социальная педагогика: социальное воспитание: учебник для бакалавриата / Л. В. Мардахаев. – Москва: Директ-Медиа, 2019. – 391 с. – ISBN 978-5-4475-9741-2
42. **Никифорова, А.О.** Некоторые медико-социальные аспекты населения, живущих с ВИЧ инфекции/ А.О.Никифорова // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. –2018. – Т. 2. –№ 4 (23). [Электронный ресурс] / Режим доступа па: [https://old.chelsma.ru/files/misc/181200vestnik4\\_23\\_t2aiokh.pdf](https://old.chelsma.ru/files/misc/181200vestnik4_23_t2aiokh.pdf) (дата обращения 24.11.2022)
43. **Онищенко, Г.Г.** Задачи органов управления и учреждений здравоохранения по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации/ Г.Г. Онищенко //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2017-9-2-82-90> (дата обращения 20.11.2022)
44. **Орланова, А. И.** Специфика развития отечественной конфликтологии / А. И. Орланова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология, 2013. – №. 4-5, с. 132 – 137. – ISSN: 2313-2272
45. Официальный сайт: Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ)[Электронный ресурс] Режим доступа:<http://www.wciom.ru> (дата обращения 20.12.2022)
46. Официальный сайт: Объединённая программа Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДилиЮНЭЙДС [Электронный ресурс] Режим доступа: [www.unaids.org](http://www.unaids.org) (дата обращения 20.01.2022)
47. **Покровский, В.В.** ВИЧ-инфекция и СПИД:Национальное руководство/ В.В.Покровский. – М.ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 28 с. – ISBN 978-5-9704-0471-3
48. **Привалова, О.И.** Выявление степени осведомленности молодежи по вопросам ВИЧ/СПИДА/ О.И. Привалова. – Вопросы науки и обра-

зования, – 2017. – 89 с. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/187/47693/> (дата обращения: 12.12.2022)

49. Приоритетный национальный проект «ЗДОРОВЬЕ»: ПРОГРАММА по первичной профилактике ВИЧ-инфекции в образовательной среде, формированию толерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям и их ближайшему окружению– 2012[Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения: 12.12.2022)

50. **Пристыков, Л.М.** Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде: учеб. пособие для преподавателей педагогических вузов/ Л.М.Пристыков. – М, 2010. – 16 с. – ISBN 5-901842-33-2

51. **Решетова, П.С.** Социально-реабилитационная помощь ВИЧ-инфицированным/ П.С.Решетова, П.А. Семенов. – Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области, – 2017. 18-19 с. – ISSN: 2308-2127

52. **Рослякова, С.В.** Особенности социализации современных подростков/ С.В.Рослякова, Т.Г.Пташко, Е.Г.Черникова. – Балтийский гуманитарный журнал, – 2018. – ISSN: 2311-0066

53. Соколова, Н.А. Конфликтология социальной сферы: учебное пособие /А. К. Бисембаева, В.Ф. Жеребкина, Е. В. Моисеева, Т. Г. Пташко, А. Е. Перебейнос, С. В. Рослякова, Н. В. Сиврикова, Н. А. Соколова, Е. Г. Черникова, Е. М. Харланова / под ред. Н. А.Соколовой, Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет. – [Челябинск]: Южно-Уральский центр РАО, 2021. – 266с. ISBN 978-5-907408-43-2

54. **Соколова, Н.А.** Содержание и методика педагогической деятельности в социальной работе (социальная педагогика): учеб.пособие / Н.А.Соколова, Н.П.Артемьева, В.Ф.Жеребкина, Т.Г.Пташко, С.В.Рослякова, Е.Г.Черникова, Т.П.Скребцова, А.А.Шевченко,

Е.В.Моисеева, Н.В.Сиврикова.– Челябинск: изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, – 2014. – 350с. – ISBN 978-5-906777-07-2

55. Соколова Н. А., Сиврикова Н. В., Черникова Е. Г., Пташко Т. Г., Харланова Е. М., Рослякова С. В. Конфликтологическая подготовка будущих педагогов // Образование и наука. 2020. Т. 22, № 7.С. 101–124. DOI: 10.17853/1994-5639-2020-7-101-124

56. **Сиврикова,Н.В.** Сравнительный анализ жизнестойкости представителей разных поколений современной России [Текст]/ Н.Сиврикова, М.Постникова, Е.Солдатова, Т.Пташко, Е.Черникова, А. Шевченко. – Российский психологический журнал, – 2019. – 144-165 с. – ISSN: 1812-1853

57. **Топчий, Л.В.** Этика социальной работы: Учебно-методические материалы и программа общепрофессиональной учебной дисциплины [Текст]/ Л.В.Топчий. – М . ВЛАДОС, – 2008. – 36 с. – ISBN 978-5-7139-0927-7

58. **Уфимцева,Н.Ф.** Механизмы социальной защиты ВИЧ положительных граждан [Текст]/ Н.Ф.Уфимцева. – Сборник: Новые тенденции в деятельности социозащитных институтов. – 2019. – 115 с. – ISBN 978-5-7253-3005-2

59. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом: Количество ВИЧ-инфицированных в России за 2015 год [Электронный ресурс]/ Режим доступа: [wciom.ru](http://wciom.ru) (дата обращения: 18.12.2022)

60. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями на 23 мая 2016 года) (редакция, действующая с 1 января 2017 года)[Электронный ресурс]/ Режим доступа: <https://base.garant.ru/10104189/> (дата обращения: 18.12.2022)

61. **Хепфнер, К.** СПИД – медико-биологические и социальные аспекты болезни/ К. Хепфнер. – Москва : Педагогика-Пресс, – 2002. – 258 с. – ISBN 5-7155-0406-6
62. **Цветков, В. Л.** Конфликтология: учебное пособие / В. Л. Цветков. – М.: ЮСТИЦИЯ, 2019. – с. 15 – 16. – ISBN 5-93004-148-2
63. **Чернявская, О.А.** Человек, живущий с ВИЧ в городской среде / О.А.Чернявская. – Социология города, – 2016. – 53-62 с. – ISSN: 1994-3520
64. **Черникова, Е.Г.** К вопросу о формировании здорового жизненного стиля у подростков [Текст] / Е.Г.Черникова. – Вестник ЧГПУ, 2014. – 169-172 с. – ISSN: 1994-2796
65. **Чумиков, А. Н.** Управление конфликтом и конфликтное управление как новые парадигмы мышления и действия / А. Н. Чумиков // Социс, 1995. № 3. – С. 52. – ISSN: 0132-1625
66. **Шатохина, В.В.** ВИЧ-инфекция как социальная проблема/ В.В.Шатохина. – Инновационная наука, – 2016. – 58 с. – ISSN: 2410-607
67. **Шейнов, В. П.** Управление конфликтами / В. П. Шейнов. – ООО Издательство «Питер», 2014. – 572 с – ISBN 978-5-496-00725-2
68. **Шурыгина.Ю.Ю.** Теоретические основы социально-медицинской реабилитации различных групп населения: Учебно-методическое пособие/ Ю.Ю.Шурыгина. – Улан-Удэ [Электронный ресурс]/ Режим доступа: [https://www.studmed.ru/view/shurygina-yuyu-teoreticheskie-osnovy-socialno-medicinskoy-reabilitacii-razlichnyh-grupp-naseleniya\\_bfea4c3ba0d.html](https://www.studmed.ru/view/shurygina-yuyu-teoreticheskie-osnovy-socialno-medicinskoy-reabilitacii-razlichnyh-grupp-naseleniya_bfea4c3ba0d.html) (дата обращения: 18.01.2023)

## Приложения

### Приложение 1 – Тест А. Ассингера «Оценка агрессивности в межличностных отношениях»

Тест А. Ассингера позволяет определить, достаточно ли человек корректен в отношениях со своими коллегами и легко ли им общаться с ним. Для большей объективности ответов можно провести взаимооценку, когда коллеги отвечают на вопросы друг за друга. Это поможет понять, насколько верна их самооценка.

**Инструкция.** Выберите один из вариантов ответов.

№	Вопрос	Варианты ответа
1	Склонны ли Вы искать пути к примирению после очередного служебного конфликта?	1. Всегда. 2. Иногда. 3. Никогда.
2	Как Вы ведете себя в критической ситуации?	1. Внутренне кипите. 2. Сохраняете полное спокойствие. 3. Теряете самообладание.
3	Каким считают Вас коллеги?	1. Самоуверенным и завистливым. 2. Дружелюбным. 3. Спокойным и независтливым.
4	Как Вы отреагируете, если Вам предложат ответственную должность?	1. Примете ее с некоторыми опасениями. 2. Согласитесь без колебаний. 3. Откажетесь от нее ради собственного спокойствия.
5	Как Вы будете себя вести, если кто-то из коллег без разрешения возьмет с Вашего стола бумагу?	1. Выдадите ему "по первое число". 2. Заставите вернуть. 3. Спросите, не нужно ли ему еще что-нибудь.
6	Какими словами Вы встретите мужа (жену), если он (она) вернулся с работы позже обычного?	1. "Что это тебя так задержало?" 2. "Где ты торчишь допоздна?" 3. "Я уже начал(а) волноваться".
7	Как Вы ведете себя за рулем автомобиля?	1. Стараетесь ли обогнать машину, которая "показала вам хвост"? 2. Вам все равно, сколько машин Вас обошло.

		3. Помчитесь с такой скоростью, чтобы никто не догнал Вас.
8	Какими Вы считаете свои взгляды на жизнь?	1. Сбалансированными. 2. Легкомысленными. 3. Крайне жесткими.
9	Что Вы предпринимаете, если не все удается?	1. Пытаетесь свалить вину на другого. 2. Смиряетесь. 3. Становитесь впредь осторожнее.
10	Как Вы отреагируете на фельетон о случаях распущенности среди современной молодежи?	1. "Пора бы уже запретить им такие развлечения". 2. "Надо создать им возможность организованно и культурно отдыхать". 3. "И чего мы столько с ними возимся?"
11	Что Вы ощущаете, если место, которое Вы хотели занять, досталось другому человеку?	1. "И зачем я только на это нервы тратил?" 2. "Видно, его физиономия шефу приятнее". 3. "Может быть, мне это удастся в другой раз".
12	Как Вы смотрите страшный фильм?	1. Бойтесь. 2. Скучаете. 3. Получаете искреннее удовольствие.
13	Если из-за дорожной пробки вы опаздываете на важное совещание?	1. Будете нервничать во время заседания. 2. Попытаетесь вызвать снисходительность партнеров. 3. Огорчитесь.
14	Как Вы относитесь к своим спортивным успехам?	1. Обязательно стараетесь выиграть. 2. Цените удовольствие почувствовать себя вновь молодым. 3. Очень сердитесь, если не везет.
15	Как Вы поступите, если Вас плохо обслужили в ресторане?	1. Стерпите, избегая скандала. 2. Вызовите метрдотеля и сделаете ему замечание. 3. Отправитесь с жалобой к директору ресторана.
16	Как Вы себя поведете, если Вашего ребенка обидели в школе?	1. Поговорите с учителем. 2. Устроите скандал родителям "малолетнего преступника".



		3. Посоветуете ребенку дать сдачи.
17	Какой, по-вашему, Вы человек?	1. Средний. 2. Самоуверенный. 3. Пробивной.
18	Что Вы ответите подчиненному, с которым столкнулись в дверях учреждения, если он начал извиняться перед вами?	1. "Простите, это моя вина". 2. "Ничего, пустяки". 3. "А повнимательней Вы быть не можете?!"
19	Как Вы отреагируете на статью в газете о случаях хулиганства среди молодежи?	1. "Когда же, наконец, будут приняты конкретные меры?!" 2. "Надо бы ввести телесные наказания". 3. "Нельзя все валить на молодежь, виноваты и воспитатели!"
20	Представьте, что Вам предстоит заново родиться, но уже животным. Какое животное Вы предпочтете?	1. Тигра или леопарда. 2. Домашнюю кошку. 3. Медведя.

### Обработка результатов и интерпретация

Суммируйте номера ответов.

**45 и более очков.** Вы излишне агрессивны, при том нередко бываете неуравновешенным и жестоким по отношению к другим. Вы надеетесь добиться до управленческих "верхов", рассчитывая на собственные методы, добиться успеха, жертвуя интересами окружающих. Поэтому Вас не удивляет неприязнь сослуживцев, но при малейшей возможности Вы стараетесь их за это наказать.

**36-44 очка.** Вы умеренно агрессивны, но вполне успешно идете по жизни, поскольку в Вас достаточно здорового честолюбия и самоуверенности.

**35 и менее очков.** Вы чрезмерно миролюбивы, что обусловлено недостаточной уверенностью в собственных силах и возможностях. Это отнюдь не значит, что Вы как травинка гнетесь под любым ветерком. И все же больше решительности Вам не помешает!

Если по семи и более вопросам Вы набрали по три очка и менее чем по семи вопросам — по одному очку, то взрывы Вашей агрессивности носят скорее разрушительный, чем конструктивный характер. Вы склонны к непродуманным поступкам и ожесточенным дискуссиям. Вы относитесь к людям пренебрежительно и своим поведением провоцируете конфликтные ситуации, которых вполне могли бы избежать.

Если же по семи и более вопросам Вы получите по одному очку и менее чем по семи вопросам — по три очка, то Вы чрезмерно замкнуты. Это не значит, что Вам не присущи вспышки агрессивности, но Вы подавляете их уж слишком тщательно.

## Приложение 2 – Опросник К. Томаса «Стиль поведения в конфликте» (адаптированный Н.В. Гришиной)

Тест используется для изучения личностной предрасположенности к конфликтному поведению. К.Томас выделяет следующие типы поведения в конфликтной ситуации:

1. соперничество (конкуренция) как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому;
2. приспособление, означающее в противоположность соперничеству, принесение в жертву собственных интересов ради другого;
3. компромисс;
4. избегание, для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей;
5. сотрудничество, когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

В опроснике по выявлению типичных форм поведения К. Томас описывает каждый из пяти перечисленных возможных вариантов 12 суждениями о поведении индивида в конфликтной ситуации. В различных сочетаниях они сгруппированы в 30 пар.

**Инструкция:** В каждой паре выберите то суждение, которое наиболее точно описывает Ваше типичное поведение в конфликтной ситуации.

Ответ «А»	Ответ «Б»
1. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.	Чем обсуждать то, в чем мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, с чем мы оба согласны.
2. Я стараюсь найти компромиссное решение.	Я пытаюсь уладить дело, учитывая интересы другого и мои.
3. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.	Я стараюсь успокоить другого и сохранить наши отношения.
4. Я стараюсь найти компромиссное решение.	Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.
5. Улаживая спорную ситуацию, я все	Я стараюсь сделать все, чтобы избежать

время стараюсь найти поддержку у другого.	напряженности.
6. Я пытаюсь избежать возникновения неприятностей для себя.	Я стараюсь добиться своего.
7. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.	Я считаю возможным уступить, чтобы добиться своего.
8. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.	Я первым делом стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы.
9. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.	Я предпринимаю усилия, чтобы добиться своего.
10. Я твердо стремлюсь достичь своего.	Я пытаюсь найти компромиссное решение.
11. Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы.	Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения.
12. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.	Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу.
13. Я предлагаю среднюю позицию.	Я настаиваю, чтобы было сделано по-моему.
14. Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах.	Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.
15. Я стараюсь успокоить другого и, главным образом, сохранить наши отношения.	Я стараюсь сделать все необходимое, чтобы избежать напряженности.
16. Я стараюсь не задеть чувств другого.	Я пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции.
17. Обычно я настойчиво стараюсь добиться своего.	Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.
18. Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.	Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу.
19. Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы.	Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.
20. Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия.	Я стремлюсь к лучшему сочетанию выгод и потерь для всех.
21. Ведя переговоры, я стараюсь быть	Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению

внимательным к желаниям другого.	проблемы.
22. Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей позицией и точкой зрения другого человека.	Я отстаиваю свои желания.
23. Я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого.	Иногда я представляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.
24. Если позиция другого кажется ему очень важной, я постараюсь пойти навстречу его желаниям.	Я стараюсь убедить другого прийти к компромиссу.
25. Я пытаюсь доказать другому логику и преимущества моих взглядов.	Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.
26. Я предлагаю среднюю позицию.	Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.
27. Я избегаю позиции, которая может вызвать споры.	Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.
28. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.	Улаживая ситуацию, я стараюсь найти поддержку у другого.
29. Я предлагаю среднюю позицию.	Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий
30. Я стараюсь не задеть чувств другого.	Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы с другим заинтересованным человеком могли добиться успеха.

**Интерпретация результатов:** за каждый ответ, совпадающий с ключом, соответствующему типу поведения в конфликтной ситуации начисляется один балл. Доминирующим считается тип (типы) набравшие максимальное количество баллов.

№	Соперн.	Сотрудн.	Компр.	Избег.	Приспособ.
1				А	Б
2		Б	А		
3	А				Б
4			А		Б
5		А		Б	
6	Б			А	
7			Б	А	
8	А	Б			
9	Б			А	

10	А		Б		
11		А			Б
12			Б	А	
13	Б		А		
14	Б	А			
15				Б	А
16	Б				А
17	А			Б	
18			Б		А
19		А		Б	
20		А	Б		
21		Б			А
22	Б		А		
23		А		Б	
24			Б		А
25	А				Б
26		Б	А		
27				А	Б
28	А	Б			
29			А	Б	
30		Б			А

### **Приложение 3 – Экспресс-диагностика О.Л. Гончаровой на выявление уровня конфликтности**

**Инструкция:** ответьте на вопросы «да» или «нет».

1. Доставляет ли вам удовольствие доказывать свою точку зрения, спорить?
2. Тяжело ли вам удержаться от реплик в ваш адрес?
3. Прислушиваетесь ли вы к мнению других?
4. Вы болезненно отнеситесь к критике в ваш адрес?
5. Считаете ли вы себя вспыльчивым человеком?
6. Считаете ли вы себя спокойным человеком?
7. Свойственна ли вам агрессия?
8. Можете ли вы применить физическую силу к людям, если они не согласны с вашим мнением?
9. Трудно ли вас вывести из себя?
10. Стараетесь ли вы избегать споров?
11. Считаете ли вы, что компромисс – это лучший способ разрешения спора.
12. Считаете ли вы, что спор – это лучший способ разрешения конфликта.

Обработка и интерпретация результатов. За ответ «да» начисляется 1 балл, за ответ «нет» – 0 баллов. Подсчитывается сумма баллов.

9-12 баллов – высокий уровень конфликтности;

5-8 баллов – средний уровень конфликтности;

0-4 баллов – низкий уровень конфликтности.

#### Приложение 4 – тест В.Ф. Ряховского «Самооценка конфликтности»

Тест содержит шкалу для самооценки по 10 парам утверждений. Выполнение его сводится к следующему. Вы оцениваете каждое утверждение левой и правой колонки. При этом отметьте кружочком, на сколько баллов в вас проявляется свойство, представленное в левой колонке. Оценка производится по 7-балльной шкале. 7 баллов означает, что оцениваемое свойство проявляется всегда — 1 балл указывает на то, что это свойство не проявляется вовсе.

1. Рветесь в спор	7 6 5 4 3 2 1	Уклоняетесь от спора
2. Свои выводы сопровождаете тоном, не терпящим возражений	7 6 5 4 3 2 1	Свои выводы сопровождаете извиняющимся тоном
3. Считаете, что добьетесь своего, если будете рьяно возражать	7 6 5 4 3 2 1	Считаете, что если будете возражать, то не добьетесь своего
4. Не обращаете внимания на то, что другие не принимают твоих доводов	7 6 5 4 3 2 1	Сожалеете, если видите, что другие не принимают твоих доводов
5. Спорные вопросы обсуждаете в присутствии оппонента	7 6 5 4 3 2 1	Рассуждаете о спорных вопросах в отсутствии оппонента
6. Не смущаетесь, если попадаете в напряжённую обстановку	7 6 5 4 3 2 1	В напряжённой обстановке чувствуете себя неловко
7. Считаете, что в споре надо проявлять свой характер	7 6 5 4 3 2 1	Считаете, что в споре не нужно демонстрировать свои эмоции
8. Не уступаете в спорах	7 6 5 4 3 2 1	Уступаете в спорах
9. Считаете, что люди легко выходят из конфликта	7 6 5 4 3 2 1	Считаете, что люди с трудом выходят из конфликта
10. Если «взрываетесь», то считаете, что без этого нельзя	7 6 5 4 3 2 1	Если «взрываетесь», то вскоре ощущаете чувство вины

#### Обработка и интерпретация результатов

Подсчитывается суммарное количество баллов.



**Менее 15 баллов.** Для вас свойственно избегать конфликтных ситуаций. Вы предпочитаете отказаться от своих интересов, лишь бы избежать какой-либо напряжённости в отношениях. Так можно потерять уважение окружающих.

**15 – 30 баллов.** Конфликтность не выражена. Вы тактичны, не любите конфликтов. Если же вам приходится вступать в спор, вы всегда учитываете, как это может отразиться на ваших взаимоотношениях с окружающими.

**31 – 50 баллов.** Конфликтность выражена слабо. Вы умеете сглаживать конфликты и избегать критических ситуаций, но при необходимости готовы решительно отстаивать свои интересы.

**51 – 60 баллов.** Выраженная конфликтность. Вы настойчиво отстаиваете своё мнение, даже если это может отрицательно повлиять на ваши взаимоотношения с окружающими. За что вас не всегда любят, но зато уважают.

**Свыше 60 баллов.** Высокая степень конфликтности. Зачастую вы сами ищите повод для споров. Не обижайтесь, если вас будут считать любителем поскандалить. Лучше задумайтесь о своём поведении.

### **Приложение 5 – Рекомендации педагогу «Алгоритм деятельности по разрешению конфликта «17 шагов» (по А.Я. Анцупову)**

Опыт деятельности по управлению конфликтами третьей стороной может быть обобщен в определенный алгоритм – систему «17 шагов». Предлагаемая последовательность действий может уточняться исходя из особенностей ситуации.

1. Представить общую картину конфликта и определить ее суть, исходя из анализа той информации, которой вы в данный момент располагаете. Оценить позиции и скрытые интересы обеих сторон.

2. Побеседовать с одним из оппонентов, позиция которого на данный момент кажется вам более оправданной. Узнать о его точке зрения на причины конфликта, чего он хочет добиться и чего опасается. Установить его мнение об основных интересах и опасениях второго оппонента.

3. Обязательно побеседовать со вторым оппонентом.

4. Побеседовать о причинах и характере конфликта с друзьями первого оппонента. Они дадут более объективную информацию об интересах и опасениях своего друга. В дальнейшем они же могут помочь в разрешении конфликта.

5. Побеседовать о причинах, характере и способе урегулирования конфликта с друзьями второго оппонента.

6. Обсудить причины, способы урегулирования и перспективы с неформальными лидерами коллектива.

7. При необходимости обсудить проблему с руководителями обоих оппонентов.

8. Понять главную причину конфликта и представить, что в конфликте участвуют не эти конкретные участники, а абстрактные люди.

Теперь для руководителя анализ данных и выработка конкретных действий. Это может быть примирение сторон, выдвижение рекомендаций

обязательных для выполнения, или просто решение вопросов, обеспечивающих успешность взаимодействия оппонентов.

9. Определить подсознательные мотивы, скрытые за внешними поводами. Точно понять скрытое содержание конфликта.

10. Определить, в чем каждый из оппонентов прав, а в чем не прав. Поддержать в том, в чем они правы, и указать на слабые места в позиции каждого.

11. Оценить наилучший, наихудший и наиболее вероятный варианты развития событий. Определить, возможно ли, чтобы стороны сами пришли к компромиссу.

12. Оценить возможные скрытые, отсроченные и перспективные последствия вашего вмешательства в конфликт. Чтобы не превратиться во врага одного из оппонентов.

13. Продумать и разработать программу-максимум. Подготовить 3-4 варианта предложений оппонентам совместных действий по реализации этой программы.

14. Продумать и разработать программу-минимум. Подготовить 3-4 варианта предложений оппонентам совместных действий по реализации этой программы.

15. Обсудить обе программы с друзьями каждого из оппонентов, неформальными лидерами, при необходимости – с руководителями. Внести коррекцию в планы общих действий.

16. Попытаться разрешить конфликт, корректируя не только тактику, но и стратегию действий с учетом конкретной ситуации. Активно привлекать друзей, неформальных лидеров, при необходимости – руководителей. Лучше разрешать конфликт их руками.

17. Обобщить позитивный и негативный опыт, приобретенный в результате вмешательства в данный конфликт.

