

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
«Южно-Уральский государственный университет»  
(национальный исследовательский университет)  
Высшая медико-биологическая школа  
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент, к.пс.н., доцент кафедры  
общей психологии, психодиагностики  
и психологического консультирования

\_\_\_\_\_ Ю.Л. Деменьшина  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_ М.А. Берebin  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

Представления здоровых подростков о сверстниках с ограниченными  
возможностями здоровья

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА  
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ  
ЮУрГУ–37.04.01.2017.112.ПЗ ВКР

Руководитель работы, доцент  
кафедры клинической психологии  
к.пс.н., доцент

\_\_\_\_\_ А.В. Астаева  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

Автор работы  
студент группы МБ–327

\_\_\_\_\_ Л.А. Смольникова  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

Нормоконтролер,  
старший преподаватель кафедры  
клинической психологии

\_\_\_\_\_ А.В. Новохацки  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

Челябинск 2018

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
«Южно-Уральский государственный университет»  
(национальный исследовательский университет)  
Высшая медико-биологическая школа  
Кафедра «Клиническая психология»

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой  
\_\_\_\_\_ М.А. Бербин  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

### **З А Д А Н И Е**

на выпускную квалификационную работу студента  
Смольниковой Лады Александровны

Группа МБ–327

#### 1 Тема работы

Представления здоровых подростков о сверстниках с ограниченными возможностями здоровья

утверждена приказом по университету от 25.12.2017 г. №2438

2 Срок сдачи студентом законченной работы 17.01.2018 г.

#### 3 Исходные данные к работе

В Российской Федерации на 01.01.2017 года насчитывалось 12 500 000 инвалидов. Из них около 700 000 дети-инвалиды. Таким образом, инвалидность является проблемой не только самого человека с проблемами здоровья, но и всего

общества в целом. Включение данной категории детей в общеобразовательную систему развития ребенка сопровождается рядом проблем, начиная от обеспечения условий обучения таким детям, до вопросов включения ребенка в межличностную систему взаимодействия со взрослыми, со сверстниками, не имеющими проблем со здоровьем. Таким образом, необходимо решать вопросы и психологического сопровождения социализации детей с особенностями здоровья и без каких-либо нарушений развития.

4 Перечень вопросов, подлежащих разработке:

1) теоретический анализ по проблеме формирования представлений у подростков к детям с ограниченными возможностями здоровья;

2) изучение представлений о толерантном отношении подростков к детям с ограниченными возможностями здоровья;

3) описание существующих методик экспресс-диагностики, применяющиеся для исследования уровня толерантности или принятия детей с ограниченными возможностями здоровья; определение достоинств и недостатков методик;

4) выделение наиболее информативных тем с целью формирования опросника, направленного на исследования толерантности у подростков к детям с ограниченными возможностями здоровья;

5 Иллюстративный материал (плакаты, альбомы, раздаточный материал, макеты, электронные носители и др.):

В качестве иллюстративного материала использована презентация (электронный носитель) в формате Power Point, в которой отражены основные компоненты работы (13 слайдов).

Общее количество иллюстраций в работе 11.

6 Дата выдачи задания: 16.06.2017 г.

Руководитель \_\_\_\_\_ А.В. Астаева  
(подпись)

Задание принял к исполнению \_\_\_\_\_ Л.А. Смольникова  
(подпись)

## КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН

Наименование этапов выпускной квалификационной работы	Срок выполнения этапов работы	Отметка о выполнении руководителя
Литературный обзор	07.01.17	
Оформление теоретической части работы	01.06.17	
Анализ методик	01.08.17	
Разработка алгоритма проведения исследования	01.08.17 – 01.09.17	
Проведение исследования	01.09.17 – 01.11.17	
Анализ полученных результатов	01.11.17 – 15.12.17	
Оформление дипломной работы	15.12.17 – 17.01.17	
Сдача законченной работы	17.01.18	

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_ /М.А. Берebin/  
(подпись)

Руководитель работы \_\_\_\_\_ /А.В. Астаева/  
(подпись)

Студент \_\_\_\_\_ /Л.А. Смольникова/  
(подпись)

## АННОТАЦИЯ

Смольникова Л.А. Представления здоровых подростков о сверстниках с ограниченными возможностями здоровья.– Челябинск: ЮУрГУ, МБ–327, 57 с., 11 ил., библиогр. список – 73 наим., 1 прил.

Выпускная квалификационная работа выполнена с целью изучения особенностей развития у подростков принятия людей с ограниченными особенностями здоровья, а также изучения формирования адекватных представлений о людях с ограниченными возможностями.

Работа состоит из трех разделов. В первой главе рассматриваются теоретические аспекты актуального состояния инклюзивного образования, а также о социализации подростков и развитии толерантного отношения к детям-инвалидам. Второй раздел включает в себя планирование исследования, описание целей, задач, предмета и объекта исследования, описание выборки, методы исследования. В третьем разделе представлен качественный анализ результатов проведенного исследования: проведен анализ существующих методик, направленных на исследование толерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья, проведена попытка составления опросника для подростков, направленного на исследование уровня принятия подростками детей с ограниченными возможностями здоровья.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ.....	10
1.1 Дети-инвалиды как объект социальной деятельности. ....	10
1.1.1 Инклюзивное образование как современная модель образования детей с ограниченными возможностями здоровья.....	14
1.2 Подростковый период как основа социализации личности.....	18
1.3 Особенности развития толерантности в подростковом возрасте.....	25
Выводы по главе 1.....	28
2 Программа исследования.....	30
2.1 Цели, задачи, предмет и объект исследования.....	30
2.2 Дизайн исследования.....	31
3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	35
3.1 Анализ существующих методик исследования толерантности у подростков .....	35
3.2 Особенности выборки.....	39
3.3 Экспертная оценка.....	40
3.4 Анализ по группам (основные результаты).....	40
ВЫВОДЫ.....	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	48
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	49
ПРИЛОЖЕНИЯ	
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	56

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Одной из актуальных тем современного общества является проблема доступности окружающей среды для людей с ограниченными возможностями здоровья. Воспитание детей-инвалидов – комплексный процесс физического и умственного развития ребенка с отклонениями психического, физического, сенсорного, умственного характера с целью полноценной интеграции ребенка в общество. Воспитание и обучение в корне отличается от подходов к образованию здоровых детей. С возникновением вопроса об обучении детей с инвалидностью, а также тенденциями на инклюзивное образование, выявились значительные трудности в организации образовательного и интеграционного процессов детей с ограниченным здоровьем. Анализ данной проблемы показал, что в практике отсутствует диагностический инструментарий, а именно методики, позволяющие экспресс-методом исследовать актуальные трудности в процессе интеграции и адаптации инвалидов в общество здоровых сверстников.

Возможность жизни, а также уровень их адаптации в обществе всегда связаны с конкретными историческими условиями. При этом одними из главных критериев адаптации детей-инвалидов являются уровень гуманности общества и его экономическое развитие. Изменение социокультурной ситуации развития в Российской Федерации, достижения современной науки и медицины в последние годы привело к уменьшению младенческой смертности. Однако, количество детей с нарушениями развития не уменьшилось. Внимание детских клинических психологов с теоретических проблем развития детей и закономерностей его нарушения перешло в область практической помощи детям и подросткам с нарушениями физического и интеллектуального развития.

В задачи современной детской клинической психологии входит: диагностика и количественная оценка выраженности дефектов; изучение этиологии нарушения развития; общие закономерности нарушенного развития. Наряду с этими

задачами решаются вопросы обучения, воспитания, лечения и курирования детей и подростков с инвалидностью.

Детская клиническая психология перешла от деления детей по уровню образования к современным системам интегрированного и инклюзивного образования, а также разветвленного клинико-психолого-педагогического сопровождения таких детей.

**Объект исследования:** представления подростков о сверстниках с ограничениями здоровья.

**Предмет исследования:** особенности толерантности, как принятия другого, здоровых подростков к сверстникам с ограничениями здоровья.

**Цель исследования:** изучение качественных характеристик и представлений здоровых подростков о сверстниках с ограниченными возможностями.

**Гипотеза исследования:** уровень принятия подростками сверстников с ограничениями здоровья достаточно высокий и зависит от уровня социализации ребенка.

существующие методики способны послужить основанием для создания нового инструментария для изучения уровня толерантности.

**Задачи исследования:**

1. Выявить особенности представлений подростков о сверстниках с ограничениями здоровья.
2. Выявить особенности формирования толерантности в подростковом возрасте.
3. Анализ существующих методик экспресс-диагностики уровня толерантности.
4. Определить уровень толерантности у подростков к сверстникам с ограничениями здоровья.

**Методы и методики, использованные в исследовании:**

Анализ литературы по рассматриваемой теме.



### **Экспериментальная база исследования:**

Эмпирической базой исследования явились «Средняя школа №4» отдела образования акимата города Лисаковска и «Отделение дневного пребывания детей-инвалидов города Лисаковска».

**Материалом для исследования** является специально разработанная анкета для определения уровня толерантности у подростков к сверстникам с ограничениями здоровья. Основанием для разработанной анкеты является методика экспресс-опросник «Индекс толерантности».

### **Научная новизна исследования:**

Проведена попытка разработки методики исследования принятия подростками особенностей сверстников с проблемами здоровья.

Необходимость создания нового инструмента для исследования у здоровых подростков представлений о сверстниках с ограниченными возможностями здоровья обусловлена тем, что существующие методики, которые применяются для диагностики толерантности не направлены на изучение представлений о детях-инвалидах. Кроме того, таких методик крайне мало в сфере изучения толерантности к детям-инвалидам, в основном, в качестве инструментария используются различные анкеты.

# 1 СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

## 1.1 Дети-инвалиды как объект социальной деятельности

Независимо от индивидуальных особенностей каждого человека, также выраженных и в нарушениях здоровья, современный мир придерживается равенства прав и свобод граждан. Научные дискуссии о необходимости полной реализации прав граждан с нарушениями здоровья – инвалидов и эффективного участия в жизни общества, проходят регулярно, хотя барьеров для участия в жизни общества таких граждан огромное множество. В 2006 году Генеральной Ассамблеей ООН была принята Конвенция о правах инвалидов. В связи с этим уровень реализации прав инвалидов в мире был существенно повышен. Российское общество также стало проявлять интерес к организации доступной среды для инвалидов.

В данное время в современном обществе наиболее актуальной и востребованной является проблема обеспечения сопровождения детей с ограниченными возможностями, так как в Российской Федерации наблюдается рост инвалидизации в детской среде, все больше детей рождаются с физическими, а также и с интеллектуальными отклонениями, ограничивающие их активную адаптацию в обществе [59].

Инвалидность вносит ограничения в нормальную жизнедеятельность детей, она становится проблемой личности ребенка в самореализации, затрудняет его развитие и способствует дезадаптации [40].

Особенность социализации детей-инвалидов заключается в том, что инвалидность скрыто или явно становится системообразующим признаком, определяющим уровень достижения других социальных признаков [14].

Россия после подписания в 2008 году Конвенции о правах инвалидов, соблюдает международные стандарты в сфере экономических, юридических, социальных и других прав инвалидов. В рамках реализации этой международной нормы была утверждена государственная программа Российской Федерации

«Доступная среда» на 2011–2015 гг., основной целью которой стало формирование условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире насчитывается инвалидов более 1 миллиарда человек, то есть 15 % населения земного шара. В связи с этим российское общество изменило отношение к инвалидам. Существующая международная классификация функционирования и ограничений жизнедеятельности и здоровья определяет инвалидность, как зонтичный термин, который обозначает нарушения и ограничения в действиях или в участии. Любые нарушения: психические, интеллектуальные, физические или сенсорные требуют реабилитационных и особых медико-лечебных мероприятий, а также целый комплекс социальных мер: организация общего и профессионального образования, трудоустройство, регулирование вопросов по выплате пенсий, пособий, компенсаций, обеспечение льгот, а также организация пространственной доступности объектов социальной инфраструктуры. Все статистические данные можно получить только при опросе самих инвалидов, речь идет о качестве и объеме реабилитационных, образовательных, медицинских услуг, уровне среднего и профессионального образования, трудоустройстве инвалидов, удовлетворенности размером социальных пособий, уровне социального обеспечения, самоощущении в отношении социального окружения к инвалидам и т.д. [23].

Инвалиды – группа общества, имеющая различные социально-медицинские признаки, возможности и ограничения, которой коррелируют такие факторы как, гендер, возраст, степень и характер нарушений функций организма, материальное положение, место проживания и прочее. Для социализации инвалидов возраст установления инвалидности имеет принципиальное значение – дети или взрослые. В связи с этим дети-инвалиды особая категория, так как формирование общественного опыта происходит у них через восприятие объективных физиологических, интеллектуальных, социальных ограничений. При этом

социальными признакам, формирующим стили поведения, становятся: гендер, уровень образования, профессия, семейное положение [36].

Таким образом, понятие «инвалидность» основывается на устранении барьеров в доступности окружающей обстановки, чтобы люди с ограниченными возможностями здоровья, то есть инвалиды, могли участвовать в социальной жизни общества и развитии их на основе равенства. Так как в данное время основное внимание сосредотачивается на анализе повседневных результатов функционирования человека в определенном окружении, то у человека с ограниченными возможностями, должно быть право выбора в решении вопросов своего бытия, а также самостоятельная жизнь без необходимости использования посторонней помощи [55].

На сегодняшний день миллионы детей продолжают испытывать затруднения получения образования во всем мире. Предоставленная статистика численности детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в России за 10 лет говорит о том, что по данным министерства здравоохранения Российской Федерации число детей с ограниченными возможностями и детей-инвалидов составило более 500 000 человек. Из них только 12 % проживают в специализированных школах-интернатах, остальные обучаются в общеобразовательных школах [2].

В связи с этим инклюзивное образование вызывает затруднения у преподавателей при работе с детьми-инвалидами, так как такие дети имеют различные заболевания. К ним относятся: речевые нарушения, двигательные нарушения, трудности социализации, нарушения коммуникации. Многие дети-инвалиды тяжело воспринимают свои недостатки, они чувствуют себя обделенными, поэтому многим из них сложно обучаться. Они постоянно акцентируют свое внимание на своих психологических и физических травмах и недостатках.

Таким образом, государство гарантирует доступ к качественному образованию для всех учеников независимо от их физических и психологических

возможностей. Инклюзивное образование гарантирует удовлетворение основных потребностей учеников-инвалидов при обучении в общеобразовательных учреждениях.

Каждый ребенок должен себя ощутить ценностью общества, в котором каждый обеспечен равными возможностями в различных сферах личностной самореализации. Для этого необходимо создать в воспитательно-образовательной среде условия, при которых не формируется социальная дезадаптация – исключены затруднения в самообслуживании, в общении, в развитии, в обучении. В этом убеждают различные виды практик профессиональной подготовки, а также изучение опыта работы специалистов социальной работы, коррекционной работы, психологов и социальных педагогов российских регионов [21].

Для того, чтобы дети-инвалиды освоили социальный опыт необходимо в первую очередь установить общение с таким ребенком и его семьей, то есть необходимо включить его в доступную среду и систему общественных отношений.

Работа с детьми-инвалидами начинается с обустройства физического пространства, устранения барьеров социальной направленности. Заканчивается работа с детьми, имеющими отклонение в физическом и интеллектуальном здоровье, формированием навыков взаимодействия инвалидов со здоровыми сверстниками. Для такой работы требуются особые условия, как в психологическом, так и в социальном направлении. Также необходимы педагогические и индивидуальные усилия, все возможные средства для обеспечения социализации таких детей, как дети с ограниченными возможностями физического здоровья, так и с интеллектуальными нарушениями [25].

Можно сделать вывод, что при организации реабилитационной работы с ребенком-инвалидом его следует воспринимать как активную личность с комплексом специфических потребностей, то есть опираться на принципы комплексно-ориентированной модели инвалидности. Необходимо помнить, что

ребенок-инвалид является объектом гиперопеки, но работать с ним нужно как с индивидуальной личностью [40].

### **1.1.1 Инклюзивное образование как современная модель образования детей с ограниченными возможностями здоровья**

В Российской Федерации на 01.01.2017 насчитывалось 12,5 млн инвалидов. Из них около 700 000 дети-инвалиды. Таким образом, инвалидность стала проблемой не только самого больного человека, но и всего общества в целом [4].

На сегодняшний день инклюзия как практика существует в каждой стране. Для обеспечения успешных результатов инклюзивного образования применяется на практике творческий подход всех участников процесса. Основа такого образовательного процесса не только учителя и родители, а также и сами дети, в этом заключается успех инклюзивной практики. «Учителями» в таком процессе являются специалисты, которые работают с ребенком в школе: дефектологи, логопеды, психологи, тьюторы, социальные работники. Индивидуальное развитие таких детей образуется во взаимодействии их с этими людьми. Инклюзивное образование на порядок сложнее обычных для образовательного учреждения задач обучения и воспитания. Пути их решения не всегда сочетаются с теми порядками, которые приняты в общеобразовательных школах. Индивидуализация образования – задача именно такого рода [38].

Индивидуальная образовательная работа складывается как результат усилий ребенка и окружающих его не только взрослых, но и сверстников для преодоления проблемных ситуаций, которые возникают и в образовательном процессе и в жизненных аспектах. Для образовательного процесса необходима индивидуальная программа, которая соответствует его уровню актуального развития и учитывает зону его ближайшего развития. Сам процесс обучения происходит в движении от одной проблемной ситуации к другой. По определению Л.С. Выготского, прохождение каждой такой ситуации открывает новые возможности для ребенка, раздвигая границы его актуального и ближайшего развития [30].

Реализуя индивидуальную программу реабилитации детей-инвалидов, необходимо помнить, что усугубление первичных патологических дефектов ребенка может отрицательно влиять на его обучение, поэтому всем членам семьи такого ребенка необходимо знать аспекты детского развития: уметь ограничивать ребенка от неблагоприятных воздействий окружающей среды, уметь общаться друг с другом и с ребенком, являющимся членом и частью общества.

Ребенок-инвалид должен и может участвовать во всей многофункциональной жизни общества. Для этого социальное и педагогическое сопровождение обеспечивает ребенку с ограниченными возможностями соответствующие условия, при которых может развиваться его дар и талант, которые скрыты за его патологиями, что позволяет ребенку сформироваться полноправным гражданином российского общества. Ребенок-инвалид является развивающимся человеком, а не пассивным объектом социальной помощи. Он имеет полное право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, творчестве, общении и в выражении своих чувств [40].

Основной, определяющий этап процесса социализации человека приходится на детство и юношество, из-за этого молодые люди-инвалиды с точки зрения социальных отношений отличаются от здоровых молодых людей. Многочисленные социальные барьеры, возникающие на жизненном пути детей с ограниченными возможностями здоровья, не позволяют инвалидам активно включаться в жизнь общества и тем самым создают острые проблемы социализации. Социализация – один из важных факторов вступления каждого молодого человека в многогранную взрослую жизнь, процесс приобщения к социальной жизни, который включает в себя усвоение человеком знаний, моральных норм, установок, жизненных ценностей, образцов эталонного поведения, присущих определенному обществу, группе. Только процесс социализации позволяет индивиду стать личностью, способной полноценно функционировать в данном обществе, проявлять себя в различных производственных сферах, творческих направлениях [55].

Степень приспособленности к жизненным условиям зависит не только от степени социализации ребенка-инвалида, но и от психолого-волевого компонента, психологической готовности принять и понять свои возможности [55].

Изначально помощь такой категории детей во всем мире, в том числе и в Российской Федерации, формировалась в виде создания специализированных образовательно-воспитательных учреждений, что привело к усилению изоляции детей-инвалидов в обществе. В настоящее время центры реабилитации детей-инвалидов ставят во главе задач проведение адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в процессе социализации детей, формирование у граждан адекватного отношения к детям-инвалидам и полное интегрирование в современное общество. Целью работы таких центров является обеспечение комфортного состояния родителей детей-инвалидов, помощь в восприятии психических и физических особенностей их детей. Также помощь в решении таких важных жизненных проблем, как: социально-бытовая адаптация, профессиональная реабилитация, повышение уровня жизни семьи [24].

Актуальной проблемой социализации детей-инвалидов, имеющих ограниченные возможности здоровья, является проблема установления со сверстниками общения, межличностных отношений. В образовательных учреждениях в системе инклюзивного образования межличностное общение возможно не только в процессе изучения учебных дисциплин, но и на неформальном уровне, внешкольных занятий. Проблема установления отношений обостряется потому, что окружающие по-разному относятся к таким детям: некоторые не замечают их, другие смеются над ними или пытаются обидеть их. Однако есть и те, кто пытается помочь им или поддержать их, но таких детей не много, поэтому единственное место, где дети-инвалиды чувствуют себя комфортно и безопасно – это родительская семья. Поэтому инклюзивное образование формирует толерантное отношение детей-сверстников к детям-инвалидам.



Многие проблемы технического характера остаются не решенными. До сих пор есть образовательные учреждения, не оснащенные пандусами, аппаратами для обучения слабовидящих и слепых, сурдотехникой, не адаптированными компьютерами, отсутствуют лифты и комнаты отдыха для инвалидов, отсутствует специализированная учебная литература. В компьютерных аудиториях не используются специальные методики, компенсирующие дефекты зрения и слуха и т.д.

Таким образом, инклюзивное образование позволяет создать все необходимые условия для преодоления социальной дезадаптации детей-инвалидов, что в свою очередь дает возможность детям с ограниченными возможностями здоровья развиваться полноценно независимо от заболевания.

Существуют основные проблемы, с которыми сталкиваются родители и ребенок-инвалид:

1. Отношение окружающих людей к ребенку-инвалиду.
2. Получение доступного образования.

Таким образом, развивая социальную компетентность социально уязвимых групп населения, уменьшается возможность их маргинализации. Поэтому повышается в стране роль инклюзивного образования, то есть совместного обучения.

## **1.2 Подростковый период как основа социализации личности**

Как утверждал Вейнвальд Н.И.: «Развитие любого человека как личности происходит в общем контексте его жизненного пути». Данный путь может определяться как история развития и формирования личности в конкретном обществе, развитие человека как современника данной эпохи, а также сверстника данного поколения. Такой жизненный путь имеет свои определенные фазы. Эти фазы связаны с изменениями в жизненной программе, образе жизни и системе отношений [28].

При определении фаз жизненного пути, Леонтьев А.Н. обращает внимание на то, что фазы накладываются на возрастные стадии онтогенеза таким образом, что

в настоящее время некоторые из них имеют свои обозначения: дошкольное, дошкольное, школьное детство [22].

На каждой фазе жизненного пути ребенка складываются определенные социальные ситуации развития, характеризующиеся как своеобразное отношение данного ребенка к окружающей его социальной действительности.

Подростковый возраст имеет важнейшее значение в становлении личности ребенка. Он характеризуется специалистами как трудный, переходный, критический, так как в данном возрасте качественно меняется характер, закладываются основы сознательного поведения, расширяется объем деятельности, формируются нравственные представления.

Условия развития и бытия в отрочестве значительно отличаются от условий развития в детстве по внутренним причинам. В подростковом возрасте иначе расставляются акценты, такие как: школа, сверстники, семья. Они обретают новые смыслы и значения. Главной целью школы является формирование социально зрелой и всесторонне развитой личности.

Подростковый возраст является переходным от детства к взрослости, переход в свою очередь подразделяется на два этапа: подростковый возраст и юность – ранняя и поздняя. Процесс акселерации нарушил возрастные границы подросткового возраста. Психологическая, юридическая, медицинская, социальная и педагогическая литература определяют границы подросткового возраста следующим образом: от 10 до 14, от 12 до 20, от 14 до 18 лет. В.И. Даль в толковом словаре определил понятие «подросток» как «дитя на подросте», границами данного периода рассматриваются в возрасте от 14 до 15 лет. В академическом словаре русского языка, выпуска 1983 года, понятие «подросток» объясняется как «мальчик или девочка в переходном от детства к юношескому возрасту», речь идет о возрасте от 12 до 16 лет. В современном мире границы подросткового возраста варьируются от 11 до 16 лет [45].

Таким образом, можно сделать вывод, что подростковый возраст является стадией развития личности, начало которой от 11 до 12 лет, а продолжается она до 16 или 17 лет – период вхождения ребенка во взрослую жизнь.

Период подросткового возраста относится к числу критических периодов онтогенеза, так как в этот период происходят кардинальные преобразования в сфере сознания, деятельности и системы взаимоотношения индивида. Данный этап характеризуется бурным ростом подростка, а также формированием организма в процессе полового созревания, что оказывает значительное влияние на психофизиологические особенности подростка. Также характерным для подросткового возраста новообразованием служит появление «чувства взрослости», а также развитие самооценки и самосознания, интерес к своим способностям и возможностям, интерес к себе как к личности. При благоприятных условиях подростковый возраст может протекать без каких-либо отрицательных проявлений [64].

Подростковый возраст «начинается» с изменения социальной ситуации развития. В психологии этот период называют переходным или трудным возрастом [15].

Очень важным аспектом в данном возрастном периоде является социализация подростка. Социальная ситуация развития в этом возрасте представляет собой переход от зависимого детства к самостоятельной и ответственной взрослости.

В интеллектуальной сфере также происходят качественные изменения, а именно продолжает развиваться теоретическое и рефлексивное мышление. В этом возрасте появляется так называемый мужской взгляд на мир и женский. Помимо этого активно начинают развиваться творческие способности. Такие существенные изменения в интеллектуальной сфере приводят к расширению способности самостоятельно справляться со школьной программой. В тоже время многие подростки испытывают трудности в учебе, а для многих учеба отходит на второй план [39].

Таким образом, данный возраст является важным периодом для формирования жизненных позиций подростка в разных сферах жизнедеятельности, а становление психологического развития напрямую зависит от социальной среды.

Выготский Л.С., на основе результатов многочисленных исследований отечественных и зарубежных авторов, писал: «Никогда влияние среды на развитие мышления не приобретает такого большого значения, как именно в переходном возрасте» [26].

Ключевой проблемой подросткового периода Выготский Л.С. называл проблему интересов подростка, когда имеет место разрушение и отмирание прежних групп (доминант) интересов и развитие новых [22].

Выделяется несколько таких доминант [26]:

1. Эгоцентрическая доминанта – интерес подростка к собственной личности.
2. Доминанта дали – доминирование широких интересов, устремленных в будущее, над текущими интересами в данный момент.
3. Доминанта усилия – тяга к сопротивлению, преодолению, волевым усилиям, что нередко проявляется в упрямстве, протесте, хулиганстве.
4. Доминанта романтики – стремление к неизвестному, рискованному, героическому.

Появление новых интересов всегда приводит к преобразованию старой и возникновению новой системы мотивов, которая меняет социальную ситуацию развития подростка. Смена социальной ситуации развития ведет к необходимости одновременно работать с небольшой группой людей (семья, учебная группа, спортивная команда, производственное подразделение). По мере того, как развивалась психологическая практика, произошла смена ведущей деятельности, результатом которой становятся совершенно новые психологические новообразования подросткового возраста.

Таким образом, подростковый возраст является одним из наиболее критических периодов становления личности в котором психологические новообразования младшего возраста резко изменяются, а следовательно меняются

возможности ребенка, а также сфера его интересов и мотивов поведения. Действительно, одним из основных психологических приобретений предыдущего возраста стала произвольность всех психических процессов, лежащая в основе самостоятельного поведения подростка. Именно способность к такому самостоятельному поведению приводит к разрушению старых интересов и мотивов подростка, формированию новых моментов в его потребностно-мотивационной сфере, а также поиску новых форм поведения.

Для подростка социализация или социальное пространство представляется в реальности общения, то есть в том, чтобы взаимодействовать со своими сверстниками и не только, а также в реализации своих обязанностей и прав самостоятельно. Самостоятельность рассматривается подростком явным показателем своей «взрослости». Само общение является значимой деятельностью и условием самого существования, которому придается особенный смысл [68].

Таким образом, в этом возрасте также подросток приобретает самостоятельность, что является для него показателем значимости.

Общение в подростковом возрасте имеет стремление к нескольким тенденциям [60]:

1. Овладение системой словесных и невербальных знаков, образующих язык, для приобщения к родной культуре.
2. Овладение системой словесных и невербальных знаков, которые являются предпочтительными в подростковой субкультуре.
3. Развитие в себе способности грамотно оперировать в социальном пространстве среди своих сверстников и взрослых.

Помимо расширения социального пространства, подростковый возраст становится периодом, когда человек начинает формулировать свои ценностные ориентации сознательно. Подросток стремится быть социально ориентированным и быть «как все» по отношению к нормативному поведению. В то же время он также стремится утвердить свою уникальность, стараясь показать, что он лучше

других. Такие двойственные мотивы создают для подростка большую напряженность при выборе своего поведения [28].

Помимо этого, в данный возрастной период происходит развитие центральных новообразований возраста, которые охватывают в этом периоде все стороны субъективного развития подростка, то есть происходят изменения в моральной сфере, в плане полового созревания, а также в плане развития высших психических функций.

Рассматривая моральную сферу можно отметить несколько значительных особенностей: происходит переоценка нравственных ценностей, появляются устойчивые «автономные» моральные взгляды, собственные суждения и оценки, которые не зависят от случайных влияний извне. Однако моральные убеждения подростка пока что не образуют его мировоззрение, из-за чего оно изменяется довольно легко под влиянием окружения. Укрепить моральные позиции может идеал, который означает то, что у подростка имеется к чему-либо постоянно действующий мотив.

Таким образом, подростковый период – время для формирования моральных убеждений. Происходит преобразование приоритетов в общении. Данная тенденция наблюдается в изменении общения с родителями или учителями, то есть взрослыми на своих сверстников. Само общение выступает для подростка как одним из главных каналов получения информации. Также общение выступает как специфический вид межличностных отношений, который помогает сформировать у подростка навыки социального взаимодействия, а также формирует у подростка навыки высказывать свое мнение и отстаивать свои права. Помимо этого, общение является специфическим видом эмоционального общения и контакта. Оно помогает сформировать чувства солидарности, умение уважать себя, эмоциональное благополучие.

Некоторые ученые говорят о том, что процесс общения включает в себя две противоречивых потребности. Такие как: потребность принадлежать какой-либо определенной социальной группе и потребность обособленности, то есть у

подростка формируется свой внутренний мир, ему чаще хочется остаться наедине с собой что-либо обдумать, или сделать [45].

В подростковом возрасте появляется чувство уникальности, но, несмотря на это, подростки стремятся не отличаться чем-то значительным от своих сверстников. Такая типичная черта данного возраста называется – конформность. Под конформностью понимается склонность личности к усвоению каких-либо групповых норм, ценностей и привычек, стремление к подражанию. Такое желание не отличаться от группы, стремление не выделяться, отвечает потребности в безопасности. Данный феномен принято рассматривать как механизм психологической защиты [28].

В данном возрасте в процессе психического, социального и физического развития наряду с благоприятными формированиями закономерно возникают отрицательные образования и специфические трудности. Развивающееся самосознание подростка делает его особенно тревожным и неуверенным в себе.

Благодаря рефлексии на самого себя и окружающих его людей подросток продвигается в направлении самопознания. Ответ на вопрос «Кто Я?» – служит важным моментом в данном возрастном периоде [71].

Подросток постоянно стремится осмыслить свои притязания на признание. Самосознание подростка уже включает все компоненты самосознания взрослого человека. Активно развивающееся самосознание в данном возрасте определяет духовную работу в отношении определения своей «внутренней позиции», которое основывается на стремлении брать ответственность за свои поступки, личные качества, мировоззрение и за способность отстаивать свои права и убеждения [26].

Главной чертой психологии подростка по сравнению с ребенком младшего школьного возраста является более высокий уровень самосознания. В данном периоде подросток стремится познать сильные и слабые стороны своей личности, открывает свое «Я». Поведение подростка регулируется самооценкой, которая регулируется, прежде всего, в ходе общения с окружающими сверстниками. Ориентируясь на сверстника, подросток удовлетворяет потребность быть

принятым и признанным в коллективе или группе, или иметь друга. Таким образом, можно сделать вывод, что на развитие самооценки подростка влияет взаимоотношения со сверстниками, а также с классным коллективом.

Не менее важным аспектом в подростковом возрасте ребенка являются проблемы нравственного развития.

Социализация – совокупность всех психологических и социальных процессов, посредством которых человек усваивает систему норм, знаний и ценностей, которые позволяют ему быть полноправным членом общества.

При анализе процесса развития личности, учитываются следующие уровни:

1. Развитие как самоцель.
2. Всестороннее развитие как формирование нового типа личности.
3. Самореализация как деятельная реализация.

В подростковом возрасте важным фактором, регулирующим социальные взаимодействия, является система ценностей, такие как: предпочтительные социальные связи для данного индивида, регуляторы социального взаимодействия.

Первостепенной задачей педагогов является формирование приоритета общечеловеческих ценностей у подростков. Так как в данный возрастной период у подростков проявляется потребность в самостоятельности и стремление к обособленности, необходимо помогать формированию у них собственной системы ценностей, при этом нужно учитывать общепринятые нормы.

Таким образом, в подростковом возрасте нравственное развитие подростка является важным аспектом, который при правильном развитии оказывает положительное влияние на дальнейшую социальную жизнь подростка.

### **1.3 Особенности развития толерантности в подростковом возрасте**

В современном понимании «толерантность» означает расположенность и доброжелательность, признание прав на собственный образ жизни, уважение и признание других людей, отношение к другим людям как к себе, а не смиренно-выносливое отношение к неприятным людям [6].



В научной литературе «толерантность» интерпретируются как восприятие другого как себе равного, признание прав другого, понимание и сочувствие другим людям, готовность принимать представителей других культур и народов, а также взаимодействовать с ними на основе уважения и согласия.

Психологическая наука «толерантность» рассматривает как: психологическая устойчивость в подавляющих и деструктивных ситуациях, устойчивость к манипуляции и противостояние влиянию, фрустрационная толерантность [9].

Наиболее емким понятием «толерантность» в психологии является – установка либерального принятия убеждений, моделей поведения и ценностей других [45].

Важнейшим периодом в психосоциальном развитии ребенка является подростковый возраст. В данный период подросток активно включается во взрослую жизнь, осваивает разные социальные роли, формирует свою идентичность. Так как в данный возрастной период происходит становление ценностной сферы личности ребенка, то его глобальная жизненная ориентация зависит от его отношения к миру в целом, к себе и к другим людям в этом мире [12].

Именно в этом возрастном периоде подросток уже не способен к тому типу принятия, которое было характерно для ребенка и еще не способен к тому терпению, которое характерно для взрослого [20].

Выделяются следующие психологические предпосылки развития толерантного сознания (Сомова Н.Л.) [31]:

1. Сформированная эго-идентичность, а также потенциал для развития самосознания. В отличие от интолерантной личности, у которой «Я-реальное» и «Я-идеальное» практически совпадает, у толерантной личности имеется существенный разрыв между «Я-реальным» и «Я-идеальным».

2. Ответственность. Формирование локус-контроля, то есть принятие на себя ответственности за события, которые происходят в данный период.

3. Потребность в личной независимости. У интолерантных людей выражена потребность в принадлежности к определенной социальной группировке.

4. Способность к эмпатии. Толерантная личность выражает понимание и сопереживает психологическому состоянию другого человека.

5. Открытость новому опыту, которая проявляется в легкости восприятия всего нового, гибкости и готовности к изменениям.

Таким образом, важным в данном возрастном периоде является приобретение навыков общения не только со сверстниками, но и со взрослыми. Этот возраст является сензитивным для развития социальной толерантности. Также в данный период эмоционально-личностная и мотивационно-волевая сферы психики подростка значительно изменяются. Меняется самосознание, то есть рефлексия является особой субъективной реальностью.

В подростковом возрасте происходит становление системы эталонов самооценивания, формируется способность анализировать абстрактные идеи, решать свои проблемы творчески, проявлять сочувствие чужому горю и сопереживать. Данные мотивы возникают уже на основе самостоятельно принятых решений, но также данному возрасту характерна резкая смена настроения и подростковая агрессия [42].

На развитие агрессивности подростка особое влияние оказывает воспитание в семье, взаимоотношения со сверстниками, окружающими людьми, влияние СМИ, а также индивидуальные особенности подростка.

Определяющую роль в формировании толерантного сознания подростка могут сыграть общественные объединения. Многие молодежные организации используют организации в качестве института социализации [50].

В современной научной литературе выделены следующие основные принципы толерантности:

1. Уважение человеческого достоинства всех окружающих людей.
2. Уважение различий между людьми.
3. Понимание индивидуальной неповторимости.
4. Взаимодополняемость, как основная черта различий.
5. Взаимозависимость как основа совместных действий.

6. Культура мира.

7. Сохранение памяти.

В психологии толерантность делится на несколько видов: моральная толерантность, естественная толерантность, нравственная толерантность.

Формирование толерантности происходит за счет двух факторов – объективных и субъективных. К объективным факторам относится: влияние средств массовой информации, семьи и социального окружения. Соответственно, к субъективным факторам относятся: возрастные особенности личности и индивидуальные особенности личности [18].

Выделяются основные показатели толерантности: эмпатия, мобильность поведения, устойчивость личности, социальная активность, дивергентность поведения.

Также считается, что с психологической точки зрения, толерантность не столько черта личности, качество, сколько ее реализуемое состояние.

К доминирующим методам развития толерантности относятся:

1. Интеллектуальная сфера – убеждение и самоубеждение.
2. Мотивационная сфера – стимулирование и мотивация.
3. Эмоциональная сфера – внушение и самовнушение.
4. Волевая сфера – требования и упражнения.
5. Сфера саморегуляции – коррекция и самокоррекция.
6. Предметно-практическая сфера – воспитывающие ситуации и социальные пробы-испытания.
7. Сфера саморазвития – метод дилемм и рефлексия.

С педагогической точки зрения, воспитание толерантности это – направленное создание условий, требующих взаимодействия с другими, какими бы в глазах субъекта они ни были. Данная способность формируется в процессе социального взаимодействия с разными людьми, сообществами при неизменном контакте с другими общностями [52].

Таким образом, можно сделать вывод, что формирование толерантности начинается с началом подросткового возраста и продолжается в юности. В зависимости от протекания таких процессов, как становление личностной идентичности, ценностно-смысловой сферы и самосознания, можно говорить о наличии и уровне развития толерантного сознания.

### **Выводы по разделу 1**

Подростковый возраст является одним из наиболее критических периодов становления личности, в котором психологические новообразования младшего возраста резко изменяются, а, следовательно, меняются возможности ребенка, а также сфера его интересов и мотивов поведения. Нравственное развитие подростка, умение либерально принимать убеждения, модели поведения и ценности других, то есть развитие толерантного отношения к окружающим людям, является важным аспектом, который при правильном развитии оказывает положительное влияние на дальнейшую социальную жизнь самого подростка.

Принцип инклюзивного образования является определяющим в процессе личностного развития как детей, имеющих ограничения здоровья, так и подростков, не имеющих таких ограничений. При этом развивая социальную компетентность социально уязвимых групп населения, уменьшается возможность их маргинализации.

Таким образом, одной из тем изучения формирования личности в подростковом возрасте должна быть особенность представлений у здоровых подростков о сверстниках с ограниченными возможностями здоровья, что позволит понять ведущие факторы, влияющие на развитие эмпатии, морали, жизненных ценностей современных детей.

## 2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1 Цели, задачи, предмет и объект исследования

**Объект исследования:** представления подростков о сверстниках с ограничениями здоровья.

**Предмет исследования:** особенности толерантности, как принятия другого, здоровых подростков к сверстникам с ограничениями здоровья.

**Цель исследования:** изучение качественных характеристик и представлений здоровых подростков о сверстниках с ограниченными возможностями.

**Гипотеза исследования:** уровень принятия подростками сверстников с ограничениями здоровья достаточно высокий и зависит от уровня социализации ребенка.

Существующие методики способны послужить основанием для создания нового инструментария для изучения уровня толерантности.

**Задачи исследования:**

1. Выявить особенности представлений подростков о сверстниках с ограничениями здоровья.
2. Выявить особенности формирования толерантности в подростковом возрасте.
3. Анализ существующих методик экспресс-диагностики уровня толерантности.
4. Определить уровень толерантности у подростков к сверстникам с ограничениями здоровья.

В качестве первичных математических методов были выбраны следующие: мода, медиана, дисперсия.

В качестве вторичного математического метода использовался U-критерий Манна-Уитни.

### 2.2 Дизайн исследования

Исследование проводилось на базе «Средняя школа №4» отдела образования акимата города Лисаковска и «Отделение дневного пребывания детей-инвалидов города Лисаковска».

Общее количество испытуемых – 50 подростков, из них 29 девушек и 21 юношей, в возрасте от 16 до 17 лет со средним возрастом 16,5 лет.

Опытно-экспериментальная работа, по исследованию представлений у здоровых подростков по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья, состоит из следующих этапов:

1. Изучение и определение особенностей подросткового возраста с целью выделения факторов социализации, определения данного периода как критического в формировании личностных характеристик.

2. Определения понимания толерантности с точки зрения психологических наук.

3. Определение значения формирования толерантности в контексте инклюзивного образования.

4. Изучение принципов и этапов разработки диагностических методик.

5. Комплектование вопросов с целью составления анкеты для подростков, направленного на исследование принятия ровесников с ограничениями здоровья.

6. Проведение первичной апробации анкеты.

7. Проведение экспертизы анкеты с целью внесения корректив.

1 этап. Представленная в данной работе анкета, направлена на выявление представлений, а именно уровня толерантности у здоровых подростков от 16 до 17 лет к сверстникам с ограниченными возможностями, была разработана на базе экспресс-опросника «Индекс толерантности», который отражает личностную шкалу проявления толерантности.

При составлении анкеты были отобраны вопросы, которые могли отражать личностное отношение подростков к детям-инвалидам. Для этого был составлен список вопросов, который изначально включал в себя 30 вопросов, который подверглись экспертному анализу на выявление соответствия самих вопросов соответствующей тематике. Оставшиеся вопросы были поделены на две категории: вопросы, затрагивающую личностную или социальную сторону

толерантного отношения здоровых подростков по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья.

Результатом данного исследования стал окончательный список вопросов, который и стал основой анкеты.

Разработанная анкета отражает уровни толерантности по отношению к детям-инвалидам. Анкета состоит из 20 утверждений.

Структура анкеты представлена в Таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Структура толерантности в разработанной анкете

Шкала	Утверждения
Толерантность как черта личности	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Социальная толерантность	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

В исследовании приняли участие две группы подростков:

а) Первая группа – здоровые подростки, не имеющие отклонения в физическом и психологическом здоровье (25 человек).

б) Вторая группа – дети-инвалиды (25 человек).

2 этап – определение конструктивной валидности методики.

3 этап – проведение исследования.

На данном этапе участвовали обе группы подростков. В ходе проведения исследования изучался уровень толерантности.

4 этап – математический анализ: сравнение особенностей уровней толерантности среди двух групп после проведенной процедуры исследования. Показатели различий между двух выборок выступают эталоном сравнения для установления статистической проверки валидности эмпирических индикаторов. В дальнейшем результаты исследования подверглись соответствующему анализу и использовались для установки или обоснования определенных аспектов при создании опросника.

За основу разработки анкеты был взят экспресс-опросник «Индекс толерантности» (Солдатова Г.У., Кравцова О.А., Хухлаев О.Е., Шайгерова Л.А.). Для диагностики общего уровня толерантности группой психологов центра «Гратис» была разработана методика в основу которого лег зарубежный и отечественный опыт в данной области. Стимульный материал опросника составлен из утверждений, которые отражают социальные установки в различных сферах взаимодействия, где возможны проявления толерантности и интолерантности человека, а также общее отношение индивида к окружающему миру и другим людям. В экспресс-опросник были включены утверждения, которые выявляют отношение к различным социальным группам, таким как: психически больным людям, меньшинствам, нищим); готовность к конструктивному решению конфликтов, а также к продуктивному сотрудничеству и уважение к мнению оппонентов, что соответствует коммуникативным установкам; Особое внимание было уделено этнической толерантности, а именно отношению к людям иной этнической группы и расы, оценку культурной дистанции, отношению к собственной этнической группе.

Для качественного анализа аспектов толерантности были созданы три субшкалы опросника:

1. Этническая толерантность. Данная субшкала выявляет отношение индивида к представителям иных этнических групп и установки в сфере межкультурного взаимодействия.

2. Социальная толерантность. Субшкала направлена на выявление толерантных и интолерантных проявлений в отношении различных социальных групп (преступников, психически больных людей, меньшинств), а также позволяет изучить установки личности по отношению к некоторым социальным процессам.

3. Толерантность как черта личности. Данная субшкала исследует личностные черты, убеждения и установки, которые в значительной степени отражают отношение индивида к окружающему миру.



## 3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 3.1 Анализ существующих методик исследования толерантности у подростков

Для определения тематики и структуры вопросов, с целью составления опросника для подростков, направленного на исследование принятия ровесников с ограничениями здоровья, были проанализированы следующие существующие методики:

1. Вопросник для измерения толерантности, авторами которого являются – Магун В.С., Жамкочьян М.С., Магура М.М. Данный вопросник изначально применялся для изучения влияния тренинга толерантности на сознание подростков. Однако содержание методики позволяет использовать ее в более широком контексте, так как не имеет привязки к особенностям тренинга. При конструировании вопросов, авторы данной методики, опирались на общетеоретические представления о толерантности, а также имеющийся опыт зарубежных психологов в данной сфере. Вопросы методики направлены на изучение различных установок, в основном, на толерантность вербального поведения людей. В состав вопросника входят утверждения, направленные на такие виды толерантности, как: толерантность к иным взглядам, взглядам меньшинства; толерантность к представителям других наций; толерантность к неопределенности и сложностям окружающего мира; толерантность к отступлениям от общепринятых норм.

2. Методика исследования коммуникативной толерантности, автором является – В.В. Бойко. Данная методика позволяет выявить у старшеклассников способность принятия и непринятия индивидуальности окружающих людей; оценить тенденцию давать оценку людям исходя из собственного «Я», т.е. в какой мере умеют сглаживать и скрывать неприятные впечатления при общении с некоммуникабельным человеком; имеется ли человек склонность «подгонять партнеров под себя»; оценить уровень адаптационных способностей при взаимодействии с другими людьми.

3. Диагностика уровня сформированности толерантности у школьников (П.Н. Степанов). Данная методика включает в себя 45 утверждений. Вопросы, включенные в методику, позволяют определить уровень толерантности либо интолерантности у подростков. Характер вопросов касается тех или иных проблем поликультурного общества.

При анализе данных методик было выявлено, что вопросы, включенные в стимульный материал, не относятся и никак не затрагивают сферу инклюзивного образования. Выявить уровень толерантного отношения к инвалидам, используя данные методики, не представляется возможным.

После того, как существующие методики, исследующие толерантность подростков были проанализированы, вопросы, подходящие под критерии исследования уровня толерантности по отношению к детям-инвалидам, были выделены отдельно. При отборе материала для опросника были использованы следующие принципы:

1. Формулировки утверждений должны быть понятными для подростков, а также восприниматься однозначно.

2. Утверждения должны побуждать подростка продемонстрировать свое личное отношение к отличию других людей него – образу жизни, мнению, внешнему виду, поведению, к другой расе, ценностям, материальному статусу.

3. Утверждения должны быть сформулированы так, что тот или иной ответ не выглядел в глазах подростка заведомо общественно одобряемым.

Для определения окончательных вопросов для опросника был составлен перечень тем и вопросов, которые послужили в качестве основы для анкеты открытого типа, которая была предоставлена экспертам. Рассматривались следующие утверждения:

1. Большинство ваших друзей похожи на Вас или отличаются от Вас?
2. Необходимо ли озвучивать проблемы людей, имеющих ограниченное здоровье?
3. Злит ли тебя, что кто-то выглядит не так как ты?

4. Не правильно ли считать, что здоровые люди лучше, чем все остальные?
5. Есть ли в твоём классе ученики, имеющие нарушения здоровья?
6. Если кто-то поступает грубо по отношению к другим людям, постараетесь ли Вы пресечь это?
7. Детям-инвалидам уделяется слишком мало внимания?
8. Человек, который выглядит не так, как Вы, не вызывает у Вас раздражение?
9. Возможно ли обучение детей-инвалидов в общеобразовательной школе?
10. Относятся ли инвалиды к здоровым людям с неприязнью и настороженностью?
11. Считаете ли Вы нужным принимать участие в социальных проблемах инвалидов?
12. Могут ли возникнуть положительные моменты в совместном обучении с ребёнком-инвалидом? Какие моменты?
13. Люди с ограниченными возможностями добиваются многого в своей жизни?
14. Сделали бы Вы все возможное, чтобы окружающие так же относились к инвалиду, как и к Вам?
15. Могут ли возникнуть отрицательные моменты в совместном обучении? Какие моменты?
16. Испытываешь ли ты недостаток терпимости по отношению к инвалидам?
17. Освещается ли в СМИ информация об инвалидах?
18. Были ли случаи, когда по твоей вине страдали люди с ограниченными возможностями?
19. Инвалиды социально защищены в нашем государстве меньше, чем здоровые люди?
20. Много людей принимает участие в социальных проблемах инвалидов?
21. Дети-инвалиды способны адаптироваться к современным условиям жизни и обучения?
22. Проблема инвалидности актуальна в нашем обществе?

23. Дети-инвалиды должны обучаться в общеобразовательных учреждениях?

24. Может ли ребенок с инвалидностью стать «заложником неудобств» при обучении со здоровыми детьми?

25. Необходимо ли проводить мероприятия в образовательных учреждениях по включению инвалидов в общество?

26. Может ли отношение к человеку зависеть от его внешности?

27. Считаете ли Вы, что у инвалидов друзья могут быть из чувства жалости?

28. Нужно ли улучшать условия проживания и образования для детей-инвалидов?

29. Может ли ребенок-инвалид стать твоим другом?

30. Считаешь ли ты, что детей с инвалидностью нужно оградить от общества?

В дальнейшем список вопросов был проанализирован экспертами, которые оценили принадлежность вопросов к данной тематике, а также понимание вопросов в данном возрастном периоде.

Анкета включает в себя две субшкалы и три уровня толерантности. Субшкалы:

1. Толерантность как черта личности: личностные черты, установки и убеждения, которые в значительной степени определяют отношение человека к инвалидам.

2. Социальная толерантность: толерантные и интолерантные проявления в отношении социальных групп (инвалидов, психически больных людей).

Уровни толерантность:

1. Низкий уровень – высокая интолерантность человека и наличие у него выраженных интолерантных установок по отношению к инвалидам.

2. Средний уровень – характерно сочетание как толерантных, так и интолерантных черт. В одних социальных ситуациях ведут себя толерантно, в других могут проявлять интолерантность.

3. Высокий уровень – выраженные черты толерантной личности.

### 3.2 Особенности выборки

В опытно-экспериментальной работе были исследованы 50 подростков, из них 29 девушек и 21 юношей, в возрасте от 16 до 17 лет со средним возрастом 16,5 лет. Количество подростков, обучающихся в общеобразовательных школах, составило 35 человек, из них 10 детей-инвалидов, которые обучаются со здоровыми детьми и интегрированы в общеобразовательные школы. Количество детей-инвалидов, посещающих отделение дневного пребывания инвалидов, составило 15 человек. Данная категория подростков учебную программу осваивает через домашнее обучение.

Алгоритм исследования осуществлялся следующим образом: 25 здоровых подростков и 5 подростков с ОВЗ проходили анкетирование вместе, так как 15 человек обучаются в 10 классе, 15 человек в 11 классе. Подростки, обучающиеся на домашнем обучении и посещающие центр дневного пребывания инвалидов, проходили исследование совместно в центре ДПИ. Еще 5 подростков с ОВЗ, обучаются в других школах города, проходили исследование индивидуально.

Дети-инвалиды, принимающие участие в исследовании имеют следующие особенности здоровья:

Таблица 3.1 – Клинические характеристики детей с особенностями здоровья

№ п/п	Диагноз
1	Слабовидящая. Врожденная миопия
2	Врожденный двухсторонний вывих бедра
3	Генерализованная эпилепсия
4	ДЦП. Левосторонний гемипарез средней степени тяжести
5	Слабовидящий. Частичная атрофия зрительного нерва. Горизонтальный нистагм
6	Единственная правая почка. Викарная гипертрофия правой почки. Состояние после нефруретерэктомии слева. Состояние после бужирования уретры
7	Гидронефроз 3 ст. левой почки. Вторичный хронический пиелонефрит, неактивная фаза.
8	Ювенильный идиопатический артрит, олигоартрикулярный вариант
9	РОП ЦНС. СДВГ. Бронхиальная астма. Эндемический зоб I ст.
10	Эпилепсия генерализованная форма. Миопия сл.ст.ОИ
11	СОМ. Сахарный диабет

12	Слабовидящая. Врожденная катаракта
13	ДЦП, спастическая диплегия
14	ВПС. Аномалия Эбштейна. Нед-ть трикуспидального клапана III ст. Открытое овальное окно. Легочная гипертензия СН ФК III. Сост. после операции
15	РОП ЦНС. Гипертензионный с-м. Слож. миопич. астигматизм ОИ. Расх-ся содруж. косоглазие. Горизонтальный нистагм. Интелл. развитие соотв. возрасту
16	F - 91.1. Эпилепсия генерализованная форма. Интелл. развитие соотв. возрасту. Миопия сл. ст. ОИ.
17	Ювенильный идиопатический артрит, полиартикулярный в-т, активность выс. ст. Интелл. развитие соотв. возрасту. Миопия сл. ст. ОИ.
18	Слабовидящая. Врожденная миопия
19	Острый миелобластный лейкоз, FAB M 1 с внекостно-мозговым очагом. Период клинико-лабораторной ремиссии. Интеллектуальное развитие соответствует возрасту
20	ВАР МВС. Полное удвоение левой почки. Психическое развитие соответствует возрасту. Фонетическое недоразвитие речи
21	Слабовидящая. Врожденная миопия
22	Сахарный диабет
23	ДЦП, спастическая диплегия ср. ст. тяж., тимомегалия 2.
24	Сахарный диабет
25	Абсанс эпилепсия детская

### 3.3 Экспертная оценка

Проведение процедуры экспертизы опросника осуществлялась тремя специалистами, а именно психологами, имеющими стаж работы с детьми и подростками-инвалидами не менее 10 лет. Особое внимание экспертов уделялось тому, насколько корректно составлены вопросы, в какой степени отражают проблематику данной сферы, правильно ли составлены вопросы и способствуют они побудить подростка дать свою личностную оценку. В результате экспертизы десять вопросов были убраны из анкеты, так как, по мнению экспертов, не позволяли отнести вопрос к категории личностной или социальной толерантности, а также были составлены таким образом, что затрудняло понимание сути вопроса.

### 3.4 Анализ по группам (основные результаты)

Констатирующий этап исследовательской работы начался с проведения анализа по используемой анкете.

Полученные результаты были подвергнуты математической обработке по первичным математическим методам, а затем по вторичному математическому методу, а именно U-критерию Манна-Уитни.

При обработке опросника нами были получены следующие результаты:

Таблица 3.2 – Результаты исследования уровня толерантности среди подростков, не имеющих отклонений здоровья

№ п/п	Количество баллов по I шкале	Количество баллов по II шкале	Общие баллы
1	36	46	82
2	37	52	89
3	43	51	94
4	44	48	92
5	36	55	91
6	45	57	102
7	35	51	86
8	32	50	82
9	33	43	76
10	33	46	79
11	42	51	93
12	45	53	98
13	47	47	94
14	45	50	95
15	41	41	82
16	36	42	78
17	38	51	89
18	47	48	95
19	45	59	104
20	42	47	89
21	33	46	79
22	40	49	89
23	36	56	92
24	43	53	96
25	36	44	80

Таблица 3.3 – Сводные результаты определения уровня толерантности

Уровень толерантности	Количество подростков	%
Высокий	2	8 %
Средний	23	92 %
Низкий	0	0

При обработке опросника нами были получены следующие результаты: высокий уровень толерантности выявлен у 8 % опрошенных, средний уровень – 92 %. В данной группе подростков, преобладал средний уровень толерантности по отношению к детям-инвалидам на момент исследования.

Таблица 3.4 – Результаты исследования уровня толерантности среди детей-инвалидов.

№ п/п	Количество баллов по I шкале	Количество баллов по II шкале	Общие баллы
1	34	53	82
2	32	39	66
3	33	45	72
4	37	36	68
5	34	38	67
6	33	40	68
7	39	50	83
8	31	33	59
9	40	35	70
10	39	49	81
11	33	38	66
12	38	41	73
13	34	37	66
14	41	36	72
15	39	42	76
16	36	35	66
17	37	39	71
18	29	34	58
19	31	38	63
20	37	36	66
21	33	39	67
22	43	49	87
23	36	39	70
24	31	36	62
25	35	51	81



Таблица 3.5 – Сводные результаты определения уровня толерантности детей-инвалидов.

Уровень толерантности	Количество подростков	%
Высокий	0	0
Средний	25	100 %
Низкий	0	0

При обработке анкеты были получены следующие результаты: средний уровень толерантности выявлен у 100 % опрошенных. Таким образом, можно сделать вывод, что в данной группе подростков также преобладал средний уровень толерантности по отношению к детям-инвалидам на момент исследования.

При сравнительном анализе полученных данных с помощью первичных математических статистик были полученные следующие данные:

Таблица 3.6 – Результаты экспериментальных групп, полученные с помощью первичных математических методов

Группа	Экспериментальная группа подростков не имеющих отклонения здоровья	Экспериментальная группа детей-инвалидов
Среднее арифметическое	89,04	70,56
Мода	89	66
Медиана	92	68
Дисперсия	56,3184	58,872

По результатам первичной математической статистике можно сделать вывод, что данные достоверны и верны, что позволяет классифицировать и сравнить между собой полученные результаты первой и второй группы.

Достоверность различий определялась с помощью U-критерия Манна-Уитни:

Таблица 3.7 – Результаты сравнения групп математическими статистиками

	Экспериментальная группа подростков не имеющих отклонения здоровья	Экспериментальная группа детей-инвалидов
Средняя арифметическая	89,04	70,56
Среднеквадратное отклонение	12,865	15,128
Коэффициент достоверности расчетный	2,076	

Исходя их данных вычислений, можно сделать вывод, что различия первой группы и второй группы статистически значимы.  $U_{эмп} = 172,5$ .



Рисунок 1 - Ось значимости изменений уровня толерантности первой и второй группы по U-критерию Манна-Уитни

Данные, которые отображены на рисунке 1 свидетельствуют о том, что полученные данные при сравнении первой и второй группы, статистически значимы.

Как видно из полученных результатов значимые различия существуют, а, следовательно, отражают степень репрезентации исследуемого психологического конструкта ( $p \leq 0,05$ ). Наглядно сравнительный анализ первой и второй экспериментальных групп отражен на рисунке 2.

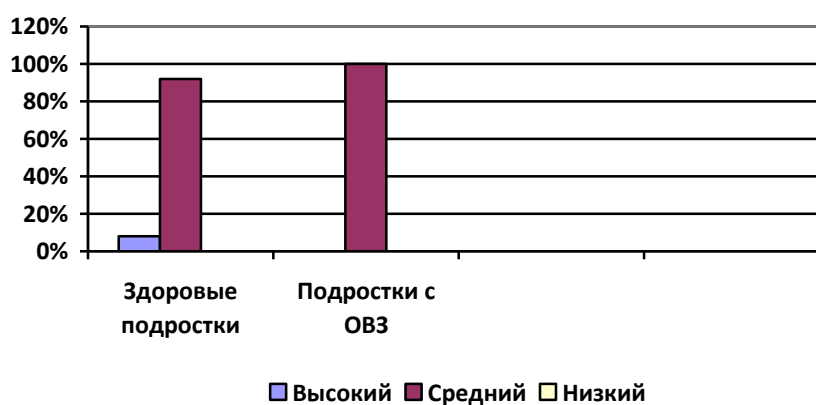


Рисунок 2 – Сравнительный анализ первой и второй групп

При качественном анализе данных, полученных по каждому отдельному утверждению, были выявлены различия ответов в следующих вопросах:

Таблица 3.8 – Результаты сравнения ответов здоровых подростков и подростков-инвалидов

№	Утверждение	Ответы здоровых подростков	Ответы подростков-инвалидов
1	Необходимо озвучивать проблемы людей, имеющих ограниченное здоровье.	Полностью согласны	Не согласны
2	Детям-инвалидам уделяется слишком мало внимания, нежели взрослым.	Полностью согласны	Не согласны
3	Инвалиды не относятся к здоровым людям с неприязнью и настороженностью.	Скорее согласны	Не согласны
4	Много людей принимают участие в социальных проблемах инвалидов.	Согласны	Не согласны
5	Проблема инвалидности актуальна в нашем обществе.	Согласны	Не согласны
6	Если кто-то поступает грубо по отношению к другим людям, я постараюсь пресечь это.	Согласны	Не согласны

Анализ данных утверждений показывает, что ответы в баллах по данным утверждениям в группе подростков-инвалидов колебался от 1 до 2 баллов, в то время, как у здоровых подростков от 5 до 6 баллов. Таким образом, негативный полюс преобладал у подростков-инвалидов в данных утверждениях. Это может быть связано с тем, что инвалиды не желают озвучивать свои проблемы, так как у детей-инвалидов совершенно иное мировосприятие, они изолированы от общества и считают, что сверстники не воспримут их с полным пониманием. С точки зрения инвалидов, озвучивая их проблемы, привлекая лишние внимание к ним, окружающие люди лишней раз замечают то, что они отличаются от здоровых подростков. Настороженное, а в определенных моментах, неприязненное отношение инвалидов к сверстникам можно объяснить тем, что отсутствие полной инклюзии, способствует тому, что инвалид не включен в многогранное взаимодействие с социумом, социальный статус ребенка-инвалида остается низким, что провоцирует насмешки и издевательства над данной категорией детей со стороны сверстников. Решением проблем инвалидов, как правило, озабочены родители детей-инвалидов, на социальном уровне так и

остаются не решенными многие проблемы, которые способствовали социализации детей-инвалидов: отсутствие специально оборудованных транспортных средств катастрофически мало, не позволяет охватить всех инвалидов; отсутствие пандусов и лифтов в школах, не позволяет определенной категории инвалидов иметь доступ в общеобразовательные учреждения. Таким образом, проблема инвалидности остается актуальной только для родственников инвалидов. Дети-инвалиды не постараются пресечь грубое отношение к другим людям, так как боятся, что агрессивно настроенный человек переключится на них, и объектом издевательств могут стать уже сами инвалиды.

Выявленные различия здоровых подростков и сверстников с ограниченными возможностями акцентируют дальнейшее внимание на следующих мишенях коррекции:

1. Необходимо формирование микросоциального отношения к инвалидам, понимания того, как инвалиды относятся к различным жизненным аспектам, т.е. навыков толерантного общения, адекватного психологического контакта.

2. Необходимо формирование личностного отношения к инвалидам, понимания того, что и как чувствуют инвалиды, то есть навыков эмпатии и саморегуляции.

3. Формирование социального отношения к инвалидам, понимания последствий поступков и действий к данной категории людей, то есть бесконфликтного поведения.

## ВЫВОДЫ

1 Подростковый возраст является одним из наиболее критических периодов становления личности, в котором психологические новообразования младшего возраста резко изменяются. Нравственное развитие, умение либерально принимать убеждения, модели поведения и ценности других, то есть развитие толерантного отношения к окружающим людям, является важным аспектом, который при правильном развитии оказывает положительное влияние на дальнейшую социальную жизнь подростка.

2 Анализ существующих методик экспресс-диагностики толерантности подростков к сверстникам с ограничениями здоровья, показал, что вопросы, включенные в стимульный материал, не затрагивают сферу инклюзивного образования и совместного обучения здоровых детей и детей, имеющих особенности здоровья. Выявить уровень толерантного отношения к инвалидам, используя данные методики, не представляется возможным.

3 Методики исследования представления здоровых подростков о сверстниках с ограниченными возможностями здоровья должны включать вопросы, направленные на выявление личностной и социальной толерантности подростков.

4 Уровень толерантности подростков, здоровых и имеющих ограничения здоровья одинаковый и характеризуется средними показателями. И, скорее всего, по результатам анализа данных уровень принятия зависит от социализации подростка и степени общения с детьми нормы или с детьми, имеющими ограничения здоровья.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По статистическим данным социальных служб численность детей-инвалидов возрастает с каждым годом. Включение данной категории детей в общеобразовательную систему развития ребенка сопровождается рядом проблем, начиная от обеспечения условий обучения таким детям, до вопросов включения ребенка в межличностную систему взаимодействия со взрослыми и со сверстниками, не имеющими проблем со здоровьем.

Подростковый возраст является одним из наиболее критических периодов становления личности, в котором психологические новообразования младшего возраста резко изменяются, следовательно, меняются возможности ребенка, а также сфера его интересов и мотивов поведения. Необходимо изучать формирование личности в подростковом возрасте, а именно особенность представлений у здоровых подростков о сверстниках с ограниченными возможностями здоровья, что позволит понять ведущие факторы, влияющие на развитие эмпатии, морали, жизненных ценностей современных детей.

При анализе существующих методик экспресс-диагностики было выявлено, что выявить уровень толерантного отношения к инвалидам, используя современные методики, не представляется возможным. После процедуры комплектации вопросов, анкета была подвергнута экспертной оценке. В последующем была проведена процедуры апробации анкеты, которая показала, что данные валидны, однако, в последующем необходимо провести апробацию анкеты на детях разных возрастов, и более глубокое исследование должно затрагивать детей с ограниченными возможностями здоровья.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1 Аверина, Е.А. Интеграция инвалидов в общество: теоретическое осмысление проблемы / Е.А. Аверина // Вестник Томского Государственного Университета. Философия. Социология. Политология. – 2011. – Вып. 1. – № 1 (12). – С. 17.–19.

2 Аджиева, Е.А. Этнопедагогические и этнопсихологические условия воспитания толерантности / Е.А. Аджиева // Толерантное сознание и формирование толерантных отношений (теория и практика). – 2003. – Вып. 3. – № 5 (10). – С. 21–23.

3 Акатов, Л.И. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности / Л.И. Акатов. – Москва: Изд-во Просвещение, 2002. – 276 с.

4 Антипьева, Н.В. Организационно-методические и правовые основы социально-средовой реабилитации инвалидов: методическое пособие / Н.В. Антипьева. – Санкт-Петербург: Изд-во СПбНЦЭПР им. Альбрехта, 2012. – 210 с.

5 Ахметзянова, А.И. Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: теория и практика / А.И. Ахметзянова. – Казань: Изд-во Отечество, 2013. – 137 с.

6 Асмолов, Г.А. Мы обречены на толерантность / Г.А. Асмолов // Семья и школа. – 2001. – Вып. 12. – № 10 (14). – С. 31–36.

7 Асташова, Н.А. Проблема воспитания толерантности в системе образовательных учреждений / Н.А. Асташова // Толерантное сознание и формирование толерантных отношений (теория и практика). – 2003. – Вып. 10. – № 10 (12). – С. 29–31.

8 Белякова, Я.С. Специфика проявления межличностной толерантности в ситуации конфликтного взаимодействия / Я.С. Белякова. – Москва: Изд-во Флинта, 2006. – 198 с.

9 Бондырева, С.К. Толерантность (введение в проблему) / С.К. Бондырева, Д.В. Колесов. – Воронеж: Изд-во МОДЭК, 2003. – 240 с.

10 Воеводина, Е.В. Особенности обработки эмпирической информации в качественных и количественных исследованиях социальной сферы / Е.В. Воеводина, Е.Е. Горина // Алгоритмы, методы и системы обработки данных. – 2011. – Вып. 6. – № 8 (12). – С. 10–13.

11 Баева, И.А. Диагностический и экспертный подходы к оценке психологической безопасности образовательной среды / И.А. Баева, В.В. Ковров // Социально-психологические проблемы исследования и оценки безопасности в образовании. – 2012. – Вып. 3. – № 5 (10). – С. 37–40.

12 Бардиер, Г.Л. Социальная психология толерантности: автореферат дисс. ... д-ра псих. наук / Г.Л. Бардиер. – М.: Изд-во РИНЦ, 2007. – 31 с.

13 Безюлева, Г.В. Толерантность: взгляд, поиск, решение / Г.В. Безюлева, Г.М. Шеламова. – Москва: Изд-во Вербум-М, 2003. – 168 с.

14 Больницкая, А.Н. Инвалиды и общество / А.Н. Больницкая // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2014. – Вып. 5. – № 7 (12). – С. 21–23.

15 Бурдьё, П. Социология социального пространства / П. Бурдьё. – Санкт-Петербург: Изд-во Алетейя, 2005. – 288 с.

16 Бурлачук, Л.Ф. Словарь справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозова. – Санкт-Петербург: Изд-во Питер, 2000. – 453 с.

17 Гембаренко, В.Д. Семья и ребенок с ограниченными возможностями / В.Д. Гембаренко // Социальное обеспечение. – 2002. – Вып. 4. – № 7 (14). – С. 7–11.

18 Грива, О.А. Пути воспитания толерантной личности в поликультурном обществе / О.А. Грива // Толерантное сознание и формирование толерантных отношений (теория и практика). – 2003. – Вып. 6. – № 9 (11). – С. 13–15.

19 Гришпун, И.Б. Введение в психологию статистики / И.Б. Гришпун. – Москва: Изд-во ИНФРА-М, 2002. – 463 с.



20 Губогло, М.Н. Толерантность сознания молодежи: состояние и особенности / М.Н. Губогло // Толерантное сознание и формирование толерантных отношений (теория и практика). – 2003. – Вып. 11. – № 9 (12). – С. 29–33.

21 Дарвиш, О.Б. Возрастная психология: учебное пособие / О.Б. Дарвиш. – Москва: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 264 с.

22 Дименштейн, Р.П. «Особый» ребенок в России. Как реализовать его права на образование и реабилитацию / Р.П. Дименштейн, П.Ю. Кантор, И.В. Ларинова. – М.: Теревинф, 2006. – 71 с.

23 Домбровская, А.Ю. Представления российских инвалидов о благоприятных условиях социальной адаптации / А.Ю. Домбровская // Мониторинг общественного мнения. – 2013. – Вып. 3. – № 5 (10). – С. 21–24.

24 Доступность образования для инвалидов: личный опыт: сборник научных трудов / под ред. Е.С. Данилова, Д.В. Зайцева. – Саратов: Изд-во Научная книга, 2007. – 273 с.

25 Воронцова, М.В. Адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: Монография / М.В. Воронцова, Т.А. Дубровская, В.С. Кукушин. – М.: Таганрог, 2009. – 317 с.

26 Выготский, Л.С. Педология подростка / Л.С. Выготский. – Москва: Изд-во БЗО, 2000. – 158 с.

27 Ермолаев, О.Ю. Математическая статистика для психологов: учебное пособие / О.Ю. Ермолаев. – Москва: Изд-во Флинта, 2002. – 336 с.

28 Жданова, С.Ю. Отношение к другим в зависимости от отношения к себе / С.Ю. Жданова // Вестник ЧГПУ. – 2001. – Вып. 3. – № 11 (13). – С. 7–11.

29 Зак, Г.Г. Историко-генетический анализ инвалидности как социальной проблемы / Г.Г. Зак // Специальное образование. – 2008. – Вып. 10. – № 12 (15). – С. 12–16.

30 Зарецкий, В.К. О возможности индивидуализации образовательного процесса на основе рефлексивно-деятельностного подхода в инклюзивной

практике / В.К. Зарецкий, М.М. Гордон // Психологическая наука и образование. – 2011. – Вып. 3. – № 6 (9). – С. 24–27.

31 Ильинская, С.Г. Философско-методологические подходы к изучению категории «толерантность» / С.Г. Ильинская // Политико-философский ежегодник. – 2008. – Вып. 1. – № 3 (5). – С. 26–29.

32 Карпова, Г.Г. Инвалиды и культурная политика / Г.Г. Карпова // Социологические исследования. – 2010. – Вып. 3. – № 7 (14). – С. 20–22.

33 Клайн, П. Справочное руководство по конструированию тестов / П. Клайн. – Киев: Изд-во НАИРИ, 1994. – 393 с.

34 Кленова, Н.В. Что нужно знать о толерантности / Н.В. Кленова, Г.Г. Абдулкаримов // Образование в современной школе. – 2003. – Вып. 7. – № 8 (10). – С. 17–19.

35 Клочко, Е.Ю. Жизнь без барьеров: о перспективах и изменениях в положении детей с инвалидностью и инвалидов с детства / Е.Ю. Клочко // Психологическая наука и образование. – 2016. – Вып. 8. – № 10 (12). – С. 24–26.

36 Коростелева, Н.А. Социальная модель инвалидности как основа формирования толерантного отношения к инвалидам / Н.А. Коростелева // Вестник ЧГПУ. – 2012. – Вып. 5. – № 7 (10). – С. 31–33.

37 Кумарина, Г.А. Инвалиды и сфера образования в России / Г.А. Кумарина // Социальная педагогика. – 2007. – Вып. 4. – № 6 (9). – С. 39–41.

38 Кулагина, Ю.И. Развитие ребенка от рождения до 17 лет / Ю.И. Кулагина. – Москва: Изд-во ЮРАО, 2000. – 179 с.

39 Куликова, Т.О. Социальное сопровождение социализации детей с ограниченными возможностями / Т.О. Куликова // Гуманитарные научные исследования. – 2013. – Вып. 8. – № 10 (12). – С. 7–9.

40 Курмышова, О.А. Особенности развития познавательной сферы обучающихся с ОВЗ в условиях инклюзивной школы / О.А. Курмышова // Международный научный журнал. – 2016. – Вып. 9. – № 11 (13). – С. 22–24.

41 Леонтьев, Д.А. К операционализации понятия толерантность / Д.А. Леонтьев // Вопросы психологии. – 2009. – Вып. 6. – № 8 (10). – С. 25–27.

42 Мириманова, М.С. Идентичность и толерантность в процессе социализации / М.С. Мириманова, И.А. Баева, В.В. Ковров // Социально-психологические проблемы исследования и оценки безопасности в образовании. – 2012. – Вып. 2. – № 4 (12). – С. 16–18.

43 Мириманова, М.С. Профилактика конфликтности и развитие толерантности в образовательной среде / М.С. Мириманова. – Москва: Изд-во ИЭП МГППУ, 2011. – 97 с.

44 Мухина, В.С. Возрастная психология. Феноменология развития, детство, отрочество / В.С. Мухина. – Москва: Изд-во Академия, 2004. – 456 с.

45 Немов, Р.С. Психология. В 3 ч. Ч. 3: Психодиагностика / Р.С. Немов. – Москва: Изд-во ВЛАДОС, 1998. – 630 с.

46 Новикова, И.Н. К вопросу подготовки будущих учителей к работе в инклюзивной образовательной среде / И.Н. Новикова, М.В. Желтякова, С.Я. Инашвили // Гуманитарные научные исследования. – 2015. – Вып. 10. – № 13 (16). – С. 21–25.

47 О’Брайен, Д. Инвалидность и бедность / Д. О’Брайен // . – Москва: Изд-во Феникс, 2006. – 173 с.

48 Обухова, Л.Ф. Возрастная психология / Л.Ф. Обухова. – Москва: Изд-во Российское педагогическое агентство, 2003. – 374 с.

49 Орлов, А.Б. Психология толерантности: проблемы и перспективы / А.Б. Орлов, А.З. Шапиро // Вопросы психологии. – 2006. – Вып. 6. – № 7 (14). – С. 31–33.

50 Основы психодиагностики / Под. ред. А.Г. Шмелев. – Москва: Изд-во Феникс, 2000. – 347 с.

51 Погодина, А.А. Толерантность: термин, позиции, смысл, программа. Проблемы толерантности в современном мире / А.А. Погодина. – Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2011. – 357 с.

52 Проблемы толерантности в подростковой субкультуре. Труды по социологии образования: в 8 т. / Под ред. В.С. Собкина. – Москва: Изд-во Центр социологии образования РАО, 2003. – Т. 3. – 391 с.

53 Петровский, М.Г. Психологический словарь / М.Г. Петровский; под. ред. М. Ярошевского. – Москва: Изд-во Москва, 2000. – 397 с.

54 Психологическое обеспечение социальной работы с семьей / Под. ред. Г.В. Слепухиной. – 2-е изд., перераб. и доп. – Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2011. – 143 с.

55 Собкин, В.С. Возрастные особенности формирования толерантности / В.С. Собкин. – Москва: Изд-во РАО, 2003. – 208 с.

56 Реут, М.В. Комплексный подход к определению инвалидности / М.В. Реут // Журнал Власть. – 2008. – Вып. 5. – № 7 (12). – С. 20–22.

57 Романов, В.П. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя / В.П. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. – 2010. – Вып. 8. – № 9 (14). – С. 13–15.

58 Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство / С.Я. Рубинштейн. – Москва: Изд-во Питер, 2003. – 475 с.

59 Рыжова, Ж.Б. Понятие толерантности в современном культурном контексте / Ж.Б. Рыжова // Социально-политические науки. – 2012. – Вып. 1. – № 2 (10). – С. 9–11.

60 Самохвалова, В.И. Понятие толерантности и его содержание в современном культурном контексте / В.И. Самохвалова // Толерантность в культуре и процессе глобализации. – 2010. – Вып. 10. – № 11 (13). – С. 16–19.

61 Словарь-справочник по психологической диагностике / Под. ред. С.Б. Крымский, Л.Ф. Бурлачук. – Киев: Изд-во Наук. Думка, 1989. – 401 с.

62 Смирнова, Е.О. Межличностные отношения как сфера зарождения и проявления толерантности. В 3 ч. Ч. 2: Возрастные особенности формирования

толерантности. Труды по социологии образования / Е.О. Смирнова, В.С. Собкин. – Москва: Изд-во Центр социологии образования РАО, 2003. – 371 с.

63 Солдатова, Е.Л. Психология развития и возрастная психология. Онтогенез и дизонтогенез / Е.Л. Солдатова. – Ростов-на-Дону: Изд-во Феникс, 2004. – 384 с.

64 Теоретическая, экспериментальная и практическая психология: сборник научных трудов / под ред. Н.А. Батурина. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2004. – 227 с.

65 Ткаченко, В.С. Интеграция в российское общество людей с инвалидностью: дис...д-ра социол. наук / В.С. Ткаченко. – Ставрополь: Изд-во ЧОУ ВО, 2007. – 351 с.

66 Толерантность как принцип поведения / под ред. В.М. Золотухин, А.Б. Ребера. – Москва: Изд-во Теревинф, 2002. – 467 с.

67 Туревская, Е.И. Возрастная психология. Периодизация психического развития человека / Е.И. Туревская. – Москва: Изд-во Институт практической психологии, 2006. – 240 с.

68 Хакимов, Э.Р. Психологическое обеспечение подготовки педагогов к этно-толерантно направленному образованию детей и молодежи / Э.Р. Хакимов // Психология образования. – 2006. – Вып. 5. – № 7 (14). – С. 12–16.

69 Чернявская, В.С. Развитие педагогической толерантности в процессе непрерывного профессионального образования учителя: дисс. ... д-ра пед. наук / В.С. Чернявская. – Владивосток: Изд-во ДФУ, 2007. – 36 с.

70 Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон; под ред. А.В. Толстых. – Москва: Изд-во Прогресс, 1996. – 344 с.

71 Seligman, M.P.E. Power and Powerlessness: Comments on «Cognates of Personal Control» / M.P.E. Seligman // Applied and Preventive Psychology. -2002. – january.

72 Интернет портал Электронный гражданин. Раздел: Лицам с ограниченными возможностями. [Электронный ресурс]//URL: <http://ecitizen.nnov.ru/handicapped/> Дата просмотров 10.11.2017.

73 Федеральная служба государственной статистики [электронный ресурс]–  
[http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/health\\_care/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/health_care/#) (дата обращения: 11.11.2017).

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Анкета

Стимульный материал анкеты составляют утверждения, отражающие как общее отношение к инвалидам, так и социальные установки в различных сферах взаимодействия с инвалидами, где проявляются толерантность и интолерантность человека. Две субшкалы анкеты направлены на исследование таких аспектов толерантности, как социальная толерантность, толерантность как черта личности.

Инструкция: «Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны или не согласны с приведенными утверждениями, и в соответствии с этим поставьте галочку напротив каждого утверждения».

	№	Утверждение	Абсолютно не согласен	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Согласен	Полностью согласен
I.	1	Необходимо озвучивать проблемы людей, имеющих ограниченное здоровье.	1	2	3	4	5	6
	2	В СМИ мало освещается разная информация об инвалидах.	1	2	3	4	5	6
	3	Детям-инвалидам уделяется слишком мало внимания, нежели здоровым.	1	2	3	4	5	6
	4	Инвалиды не относятся к здоровым людям с неприязнью и настороженностью.	1	2	3	4	5	6
	5	Люди с ограниченными возможностями добиваются многого в своей жизни.	1	2	3	4	5	6
	6	Инвалиды социально защищены в нашем государстве меньше, чем здоровые люди.	1	2	3	4	5	6
	7	Много людей принимает участие в социальных проблемах инвалидов.	1	2	3	4	5	6
	8	Дети-инвалиды способны адаптироваться к современным условиям жизни и обучения.	1	2	3	4	5	6
	9	Проблема инвалидности актуальна в нашем обществе.	1	2	3	4	5	6
	10	Детям-инвалидам должны обучаться в общеобразовательных учреждениях.	1	2	3	4	5	6
		Итого:						

II.	11	Не правильно считать, что здоровые люди лучше, чем все остальные.	1	2	3	4	5	6
	12	Если кто-то поступает грубо по отношению к другим людям, я постараюсь пресечь это.	1	2	3	4	5	6
	13	Человек, который выглядит не так, как я, не вызывает у меня раздражение.	1	2	3	4	5	6
	14	Я должен быть терпимее по отношению к другим людям	1	2	3	4	5	6
	15	Я хочу, чтобы среди моего окружения были люди с ограниченными возможностями здоровья.	1	2	3	4	5	6
	16	Если понадобится оказать помощь инвалиду на улице или в другом общественном месте, я помогу ему.	1	2	3	4	5	6
	17	Я считаю нужным принимать участие в социальных проблемах инвалидов.	1	2	3	4	5	6
	18	Я сделал бы все возможное, чтобы окружающие так же относились к инвалиду, как и ко мне	1	2	3	4	5	6
	19	Я не испытываю недостаток терпимости по отношению к инвалидам	1	2	3	4	5	6
	20	Не было таких случаев, когда по моей вине страдали люди с ограниченными возможностями.	1	2	3	4	5	6
		Итого:						

### I. Толерантность как черта личности

Субшкала «толерантность как черта личности» включает пункты, исследующие личностные черты, установки и убеждения, которые в значительной степени определяют отношение человека к инвалидам.

До 20 баллов – низкий уровень

21–40 – средний уровень

41 и более баллов – высокий уровень

### II. Социальная толерантность

Субшкала «социальная толерантность» позволяет исследовать толерантные и интолерантные проявления в отношении социальных групп (инвалидов, психически больных людей).

До 20 баллов – низкий уровень



21–40 – средний уровень

41 и более баллов – высокий уровень

Для количественного анализа подсчитывается общий результат, без деления на субшкалы.

Индивидуальная или групповая оценка выявленного уровня толерантности осуществляется по следующим ступеням:

22–60 – низкий уровень толерантности. Такие результаты свидетельствуют о высокой интолерантности человека и наличии у него выраженных интолерантных установок по отношению к инвалидам.

61–99 – средний уровень. Такие результаты показывают респонденты, для которых характерно сочетание как толерантных, так и интолерантных черт. В одних социальных ситуациях они ведут себя толерантно, в других могут проявлять интолерантность.

100–132 – высокий уровень толерантности. Представители этой группы обладают выраженными чертами толерантной личности. В то же время необходимо понимать, что результаты, приближающиеся к верхней границе (больше 115 баллов), могут свидетельствовать о размывании у человека «границ толерантности», связанном, к примеру, с психологическим инфантилизмом, тенденциями к попустительству, снисходительности или безразличию. Также важно учитывать, что респонденты, попавшие в этот диапазон, могут демонстрировать высокую степень социальной желательности (особенно если они имеют представление о взглядах исследователя и целях исследования).