

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)
Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра коррекционной педагогики

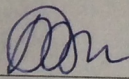
Пронина Наталья Юрьевна
МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Изучение интолерантности родителей типично развивающихся детей к
детям с ограниченными возможностями здоровья
в условиях инклюзивного образования

направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
направленность (профиль) образовательной программы Психолого-педагогическая
реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья

Допускаю к защите:

И.о. заведующего кафедрой

к.п. н., доцент Беляева О.Л. 
(ученая степень, ученое звание, фамилия, имя, отчество)

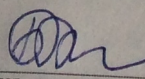
01.12.2017
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к.п. н., доцент Козырева О.А.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, имя, отчество)

Козырева 01.12.17
(дата, подпись)

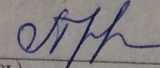
Научный руководитель

к.п.н., доцент Беляева О.Л. 
(ученая степень, ученое звание, фамилия, имя, отчество)

01.12.2017
(дата, подпись)

Студент Пронина Н.Ю.

(фамилия, имя, отчество)

20.11.2017 
(дата, подпись)

оценка отличная
дата защиты 26 декабря 2017
Красноярск 2017

Реферат (аннотация)

Рукопись магистерской диссертации на тему «Изучение интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования» состоит из введения, двух глав исследования, методических рекомендаций, заключения, библиографического списка, включающего 73 литературных источника, 11 приложений. Объем работы составляет 96 страниц основного текста, включая 10 графических рисунков, 6 таблиц. Объектом исследования является интолерантность как интегративное качество человека. В качестве предмета исследования представлена интолерантность родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования. Цель исследования заключается в разработке методических рекомендаций по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования. Для проведения исследования использовались теоретические методы: анализ психологической литературы по проблеме исследования; эмпирические методы: анкетирование, тестирование и математические методы: количественная и качественная обработки данных. Исследование проводилось на базе муниципального бюджетного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание» в течение 2014 – 2017 гг.

В исследовании приняли участие 20 родителей типично развивающихся детей в возрасте от 7 до 11 лет, обучающиеся в условиях инклюзивного образования в общеобразовательных школах Октябрьского района города Красноярска.

На этапе практической части выявлены проявления интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, входящие в состав ее компонентов, о чем мы

сделали выводы путем проведения анализа полученных результатов экспериментального исследования.

Данные результаты использованы в разработанных нами методических рекомендациях, которые важны для специалистов и педагогов образовательных организаций, реализующих инклюзивное образование.

Апробация материалов исследования осуществлялась на базе муниципального бюджетного образовательного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание» в рамках оказания методической помощи образовательным организациям по вопросам обучения и воспитания обучающихся, выборе оптимальных методов обучения и воспитания обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, выявлении и устранении потенциальных препятствий к обучению.

Опубликованы статьи:

1. Пронина Н.Ю., Скакун Л.В. Взаимодействие МБУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание» с образовательными организациями Октябрьского района в городе Красноярске при сопровождении детей с расстройством аутистического спектра. // Мы вместе. В рамках реализации пилотного проекта 2015-2016 г. сборник материалов по оказанию комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра в Красноярском крае. – Красноярск: КГБОУ «Краевой центр психолого-медико-социальной помощи», 2015. – с. 21-26.

2. Пронина Н.Ю. Основные подходы к решению проблемы интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования (принята к печати в научно-методическом журнале «Коррекционная педагогика: теория и практика»).

А также в 2017 г. участие в городской научно-практической конференции «Инклюзивное образование: методология и практика» с докладом «Роль педагога-психолога в развитии инклюзивного образования».

Abstract

The manuscript of the thesis on the topic "The Study of intolerance of parents of typically developing children towards children with disabilities in inclusive education" consists of an introduction, two chapters of the study, methodological recommendations, conclusion, a bibliographic list including 73 literary source, 11 annexes. The amount of work is 96 pages of text, 10 graphics drawings, 6 tables. The object of study is intolerance as an integrative quality of a person. As the subject of the study presented the intolerance of parents of typically developing children towards children with disabilities in terms of inclusive education. The purpose of the study is the development of guidelines to overcome the intolerance of parents of typically developing children towards children with disabilities in terms of inclusive education. To conduct the study used theoretical methods: analysis of psychological literature on the research problem; empirical methods: questioning, testing, and mathematical methods: quantitative and qualitative data processing. The study was conducted in the municipal budget institution "Centre of psychological-pedagogical, medical and social support № 5 "Consciousness" for 2014 – 2017.

The study involved 20 parents of typically developing children aged 7 to 11 years of age studying in the inclusive education in secondary schools of October area of Krasnoyarsk city.

At the stage of the practical part of revealed manifestations of intolerance of parents of typically developing children towards children with disabilities included in the composition of its components, which we drew conclusions by analyzing the obtained results of the pilot study.

These results are used in our developed methodological recommendations, which are important for specialists and teachers of educational institutions implementing inclusive education.

Testing materials the research was carried out on the basis of the municipal budget educational institution "Centre of psychological-pedagogical, medical and social support № 5 "Consciousness" in the provision of methodical assistance to educational organizations for training and education of students, the selection of optimal methods of training and education of students experiencing difficulties in mastering basic educational programs, identifying and removing potential obstacles to learning.

Published articles:

1. Pronina N. Yu., Skakun, L. V., Interaction of MBU "Centre of psycho-pedagogical, medical and social support № 5 "Consciousness" with the educational institutions of the Oktyabrsky district in the city of Krasnoyarsk with the support of children with autism spectrum disorder. // We are together. In the framework of a pilot project 2015-2016, the collection of materials to provide comprehensive medical, social and psycho-pedagogical assistance to children with autism spectrum disorders in the Krasnoyarsk region. – Krasnoyarsk: KGBOU "Regional center of psychological-medical-social assistance", 2015. – p. 21-26.

2. Pronina N. Yu. The main approaches to the problem of intolerance of parents of typically developing children towards children with disabilities in the inclusive education.

Содержание

Введение.....	3
Глава I. Теоретические аспекты интолерантности в психологии.....	10
1.1. Проблема интолерантности человека.....	10
1.2. Интолерантность родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.....	22
1.3. Психолого-педагогические подходы к формированию толерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья и преодолению интолерантности к ним у родителей типично развивающихся детей.....	31
Глава II. Экспериментальное исследование интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.....	42
2.1. Организация и методики экспериментального исследования....	42
2.2. Результаты экспериментального исследования.....	51
2.3. Методические рекомендации по преодолению интолерантности у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.....	72
Заключение.....	84
Библиографический список.....	89
Приложения А – Л.....	97

Введение

Актуальность. В настоящее время в стране активно изменяется социокультурная и образовательная ситуация, усиливается общая тенденция демократизации различных сфер жизнедеятельности человека и общества в целом.

Принятый 29 декабря 2012 года Федеральный закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» вводит два новых для нашего общества понятия: инклюзивное образование и особые образовательные потребности, что обеспечивает возможность получения образования для всех обучающихся с учетом их индивидуальных возможностей и образовательных потребностей, в том числе в форме инклюзивного (включенного образования).

Вступившие в силу с 01 сентября 2016 года федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) определили обязательные требования при реализации адаптированным образовательным программам, вариативность и разнообразия их содержания и организационных форм получения образования обучающимися с учетом их индивидуальных особенностей, образовательных потребностей и состояния здоровья. В связи с этим появилась возможность выбора образовательного маршрута с учетом мнения родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Соответственно, опираясь на данную нормативно-правовую базу, родители все чаще выбирают совместное обучение детей с ограниченными возможностями здоровья с типично развивающимися сверстниками в общеобразовательных школах. Однако необходимо учитывать, что первичные ограничения возможностей здоровья детей часто приводят к

возникновению вторичных отклонений, связанных с психическим развитием, адаптацией, социализацией и взаимодействием с окружающим миром. В связи с этим при реализации образования таких детей в среде здоровых сверстников возникает много актуальных проблем. И одной из основных проблем является неготовность родителей к обучению своих детей вместе с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Сформировать толерантность у ребёнка можно только при участии родителей, которые являются первыми и основными воспитателями детей, и для этого большое значение имеет личный пример родителей.

Проблема интолерантности по отношению к лицам с ограниченными возможностями здоровья является актуальной и практически значимой для специальной психологии и коррекционной педагогики, как в научном, так и в практическом плане. Данный вопрос относительно недавно стал предметом научной дискуссии и еще не в полном объеме изучен современными исследователями.

Общие понятия толерантности – интолерантности рассматривались в философии и философской антропологии, культурологии, социологии (В.А. Лекторского, В.М. Золотухина, Е.Ф. Губского, Г.В. Кораблева, Г.У. Солдатова, В.П. Бабинцева).

Психолого-педагогические аспекты толерантности изложены в трудах А.Г. Асмолова, Г.В. Безюлевой, В.А. Паниной, О.А. Беньковой, А.В. Коржуева, Н.Ю. Кудзиева.

Также в научной литературе изучалась проблема педагогической толерантности (Г.В. Безюлева, Г.М. Шеламова, Л.А. Занина, Н.П. Меньшикова, Н.А. Моревая, Е.Ю. Клепцова, О.Б. Нурлигаянова, М.А. Перепелицына, О.Г. Шаврина, Т.Ю. Фадеева, Г.А. Лопушнян, М.Н. Лабикова М.В. Новикова).

Педагогическую толерантность по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья исследовали: Н.Н. Сергеева, А.В.

Демчук, Г.А. Степанова, И.А. Макарова, С.И. Осипова, Л.М. Безотечество, М.А. Перепелицына, С.К. Бондырев, Д.В. Колесов, Т.Ю. Фадеева, В.В. Леонова, Н.А. Коростелева, Ж.А. Карманова, Л.А. Шкутина, Р.Б. Маженова, У.М. Конхашева, Ж.Е. Алшинбаева.

Формирование толерантности у детей и подростков к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья представлено в трудах М.В. Кукишевой, Е.О Смирновой, Г.Р. Гузеевой, Г.В. Жигуновой, В.О. Денисюк, В.Ю. Москалюк, М.А. Григорьева, Е.А. Худоренко, Н.В. Борисовой, С.А. Прушинского, В.Н. Бутенко,

Разработка проблемы интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья на данный момент недостаточно представлена в научной литературе, имеются данные о важности данной проблемы и возможностях ее решения в работах С.В. Алехиной, М.А. Писаревской, С.Д. Щеколдиной, В.В. Ткачевой, К.С. Шалагиновой.

Сложившаяся ситуация недостаточной разработанности направлений и содержания деятельности к решению этой проблемы в науке и практике привела к возникновению **противоречий**:

1) *на социально-педагогическом уровне*: между социальным запросом на инклюзию в образовании, реализацию прав детей с ограниченными возможностями здоровья в получении качественных образовательных услуг и недостаточном психолого-психологическим обеспечением этого процесса;

2) *на научно-теоретическом уровне*: между необходимостью преодоления интолерантности участников образовательных отношений, в том числе родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, и недостаточной разработанностью и систематизацией на научно-теоретическом уровне ее сущностных характеристик и психолого-педагогических мер;

3) *на методическом уровне*: между потребностью в методических рекомендациях по организации деятельности педагогов, психологов для создания условий для формирования толерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ОВЗ и их недостаточной разработанностью.

Проблема исследования, таким образом, заключается в изучении интолерантности родителей здоровых детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, поиске оптимальных направлений и содержания деятельности по преодолению интолерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья родителей типично развивающихся детей.

Исходя из актуальности выдвинутой проблемы, мы выбрали **тему** нашего исследования: «Изучение интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования».

Цель исследования: изучить интолерантность родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья и разработать методические рекомендации по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

Задачи исследования:

1. Изучить проблему интолерантности в психологии и интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

2. Составить комплекс методик для изучения интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья и провести эмпирическое исследование, выявляющее проявления интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

3. Разработать методические рекомендации по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с

ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования с учетом диагностических показателей выраженности ее компонентов.

Объект исследования: интолерантность как интегративное качество человека.

Предмет исследования: интолерантность родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

Гипотеза исследования:

1. Интолерантность можно понимать как интегративное качество человека, включающее в себя когнитивный компонент (непонимание и недостаточное осознание проблем объекта), эмоциональный компонент (неустойчивость чувств к объекту: раздражительность, эмоциональное реагирование, безразличие), коммуникативный компонент (предрасположенность к типу социального поведения, в основе которого лежит неприятие, отстраненность, манипулирование, агрессивное поведение).

2. Интолерантность родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья является динамическим образованием, которое включает в себя указанные выше компоненты, и которое может изменяться с преобразованием его составляющих.

3. Вероятно, у родителей типично развивающихся детей будут обнаружены проявления интолерантности, входящие в состав ее компонентов, к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

4. Мы предполагаем, что выявленные проявления интолерантности помогут нам разработать методические рекомендации, которые будут способствовать преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей и формированию положительного отношения к детям с

ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

Методы исследования определялись в соответствии с целью, гипотезой и задачами работы:

1. Теоретические методы: анализ психологической литературы по проблеме исследования.
2. Эмпирические методы: анкетирование, тестирование.
3. Количественная и качественная обработка данных.

База исследования: исследование проводилось на базе муниципального бюджетного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание».

Этапы исследования:

Исследование включало в себя 3 этапа:

1 этап – аналитический: осуществлялись подбор, изучение и анализ различных литературных источников по проблеме исследования, определялись теоретические и методологические основы исследования, разрабатывались исходная гипотеза, цели, задачи, адаптация и модификация методик констатирующего эксперимента, подбор испытуемых.

2 этап – этап констатирующего эксперимента: проводилось эмпирическое исследование по изучению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, анализ результатов констатирующего эксперимента.

3 этап – обобщающий этап: систематизировались и обобщались полученные результаты констатирующего эксперимента, уточнялись теоретические выводы, разрабатывались методические рекомендации.

Научная новизна исследования состоит в подборе и модификации диагностических методик для изучения интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья; получении новых сведений, касающихся интолерантности родителей

типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья; обозначении направлений и содержания деятельности по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Научно-теоретическая значимость исследования заключается:

1) в обобщении сведений по проблеме интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, конкретизации понятия интолерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья родителей типично развивающихся детей.

2) в обосновании и описании направлений и содержания деятельности по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Практическая значимость исследования:

- разработанный комплекс диагностических методик и методические рекомендации могут быть использованы в деятельности педагогов-психологов, социальных педагогов, учителей образовательных организаций для изучения и преодоления интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования;

- представленные материалы могут быть интересны администрации образовательных организаций для осуществления планирования работы по созданию специальных условий для образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Структура работы: работа включает в себя введение, две главы, заключение, библиографический список, содержащий 73 наименования, приложения. Основное содержание работы изложено на 96 страницах, включая 10 графических рисунков, 6 таблиц.

Глава I. Теоретические аспекты интолерантности в психологии

1.1. Проблема интолерантности человека

В данной главе ставится задача определения интолерантности как интегративное качество человека, состоящее из определенных компонентов посредством аналитико-синтетической работы с научной психолого-педагогической литературой.

Определить интолерантность невозможно без прояснения понятия толерантности. Понятие толерантности и интолерантности является предметом изучения многих наук: философии, этики, политологии, медицины, педагогики, психологии. Нашей задачей является выявить подходящее понятие интолерантности и на основе этого выработать ее понимание как психологического явления.

В нашей стране значимость толерантности поднимается на государственном уровне. 25 августа 2001 года постановлением правительства Российской Федерации принята федеральная целевая программа «Формирование установок толерантного сознания и профилактика экстремизма в российском обществе (2001-2005 годы)», в которой «...толерантность определяется как ценность и социальная норма гражданского общества, проявляющаяся в праве быть различными всех индивидов гражданского общества; обеспечении устойчивой гармонии между различными конфессиями, политическими, этническими и другими социальными группами; уважении к разнообразию различных мировых культур, цивилизаций и народов; готовности к пониманию и сотрудничеству с людьми, различающимися по внешности, языку, убеждениям, обычаям и верованиям» [54].

В статье 3 Декларации принципов толерантности (на русский язык переведена как «Декларация принципов терпимости»), принятой резолюцией

5.61 Генеральной конференции ЮНЕСКО от 16 ноября 1995 года, толерантность (терпимость) рассматривается как активное отношение, формируемое на основе признания универсальных прав и основных свобод человека, как условие успешной интеграции в систему общественных отношений, означает уважение, принятие и правильное понимание богатого многообразия культур нашего мира, наших форм самовыражения и способов проявлений человеческой индивидуальности. В Декларации принципов толерантности также подчеркнуто, что «...Проявление толерантности, которое созвучно уважению прав человека, не означает терпимого отношения к социальной несправедливости, отказа от своих или уступки чужим убеждениям. Это означает, что каждый свободен придерживаться своих убеждений и признает такое же право за другими» [22].

В русском языке слово «толерантность» появилось в употреблении сравнительно недавно, в энциклопедическом словаре Ф.А. Брокгауза и И.А. Эфрона 1909 года издания дается небольшая статья о существительном «толерантность» как о терпимости к различного рода религиозным воззрениям [45]. В словаре С.И. Ожегова аналогом слова «толерантность» является существительное «терпимость», которое означает умение человека без вражды, миролюбиво относиться к чужому мнению, характеру [51]. Из всего вышеизложенного можно констатировать, что слова «толерантность» и «терпимость» синонимичны.

Таким образом, в большинстве случаев толерантность означает терпимость к другим, непохожим индивидам, группам, точкам зрения, культурам и т. д. Интолерантность, соответственно, означает учет интересов только своей группы (собственных интересов), нетерпимость к другим точкам зрения и бескомпромиссную борьбу (или призывы к борьбе) с ними, в первую очередь насильственными методами [33].

Но нам более близка позиция ученых, вкладывающих в понятие «толерантность» более глубокий и широкий смысл, чем просто терпимость.

Термин «толерантность», понимаемый как «социальная норма, определяющая устойчивость к конфликтам в полиэтничном, межкультурном обществе» наиболее точно выражает суть данного явления [48]. Это – не конформизм, не просто компромисс, это – способность не усугублять конфликты, не фиксировать противоречия, отыскивая пути их разрешения. С этой точки зрения, толерантность является не просто терпимостью, а нечто большим – активным, конструктивным сотрудничеством, соучастием, солидарностью. То есть толерантность – этическая норма отношений в обществе. Как определил сущность этого феномена американский антрополог М. Уолцер, «терпимость (толерантность) делает возможным существование различий; различия же обуславливают необходимость терпимости» [64].

В силу практической значимости, проблема толерантности изучается в разных науках. Например, философские трактовки заложены в трудах А.И. Ильина, Ю.А. Ищенко, В.О. Тишкова, И.Б. Гасанова, В.М. Золотухина. Они рассматривают проблему толерантности как форму активного взаимодействия с миром, которое выражается в терпимом отношении к чужим мнениям, поведению и вере, в признании и учете в деятельности многомерности общественного бытия. Толерантность является практической нормой общения и связана с самоопределением личности, ее целостности в деятельности и общении [49].

Толерантность рассматривается как уважение и признание равенства, отказ от доминирования и насилия, готовность принять других такими, какие они есть, и взаимодействовать с ними на основе согласия [24].

Под интолерантностью (нетерпимостью) (от лат. *Intolerantia* – непереносимость, нетерпимость) понимают свойство этнической общности или отдельного его представителя, характеризующееся неприятием или отрицанием культуры, традиций, ценностей, поведенческих и коммуникативных моделей, образа жизни других этносов [28].

Представители отечественной психологии изучают толерантность сравнительно недавно. А.Г. Асмоловым [9], Г.У. Солдатовой [60] толерантность понимается как уважения и признания равенства, отказа от доминирования и насилия, признания многомерности и многообразия человеческой культуры, норм, верований, отказ от сведения этого многообразия к единообразию или к преобладанию какой-то одной точки зрения. Толерантность, по мнению Е.В. Магомедовой, необходимо рассматривать на двух уровнях человеческого сознания: на рационально-логическом и эмоционально-чувственном. Чтобы быть терпимым к Другому, понимать его, требуется не только знание того, что нужно поступать так, а не иначе, сколько необходимо прочувствовать это. С этой точки зрения толерантность – всегда личностно-прочувствованный поступок [42]. Феномен толерантности П.Ф. Комогоров рассматривает с трех позиций: в контексте антропологической проблемы «Я и Ты», в аксиологическом аспекте проблемы ценностей и в праксеологии, в частности, деятельности общения. А также П.Ф. Комогоров связывает толерантность и общение, т.к. наличие двух субъектов – необходимый признак общения [34].

Проблема терпимости, толерантности, в той или иной мере рассматривается психологами гуманистического направления затрагивающими проблемы развития личностной сферы и её коррекции. З. Фрейд, Э. Фромм связывают интолерантность с проблемой агрессивности и враждебности [49].

Кроме этого существует бихевиоральный подход к определению толерантности, при котором толерантность рассматривается, прежде всего, как особое поведение человека. С точки зрения когнитивного подхода проблему толерантности рассматривают, когда толерантность в основе своей имеет знания и рациональные доводы. Экзистенциально-гуманистический подход определяет полноценную, зрелую толерантность как непременно осознанную, осмысленную и ответственную. Такая толерантность, по

мнению С.Л. Братченко, не сводится к автоматизмам, к простым стереотипным действиям – это ценность и жизненная позиция, реализация которой в каждой конкретной ситуации имеет определенный смысл и требует от субъекта толерантности, поиска этого смысла и ответственного решения [15].

С этих позиций, с точки зрения А.Г. Асмолова, толерантность понимается не как незыблемое правило или готовый к употреблению рецепт, и тем более не как принудительное требование под угрозой наказания, а как свободный и ответственный выбор человека «ценностного толерантного отношения к жизни» [9].

Анализ зарубежных и отечественных работ по толерантности показывает, что понятию толерантность трудно дать однозначную трактовку, поэтому часто реализуется диверсификационный подход. В связи с этим И. Петтай говорит об определенной динамике в развитии толерантности и выделяет несколько фаз становления толерантности. Причем, нельзя однозначно утверждать, что более высокий уровень толерантности всегда предпочтительнее [52]. С точки зрения М. Уолцера о границах толерантности отмечается, что неадекватное событиям повышение толерантности может привести к ослаблению сопротивляемости и увеличению уязвимости человека, снижению его дифференциальной чувствительности, к возникновению угроз для индивидуальности, идентичности [49].

Еще один аспект диверсификации, по мнению С.Л. Братченко, – многоаспектность и неоднородность психологического содержания толерантности. Это означает, что невозможно с достаточной полнотой описать толерантность с опорой только на одно понятие, только в одном измерении [15].

Для описания сложных **психологических процессов и явлений** традиционно используется триада компонентов: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Социально-психологические явления - феномены, возникающие в результате взаимодействия субъектов в открытых условиях, отражающие их в различных формах, выражающие отношения к ним, регулирующие поведение людей, а также способствующее организации как социально-полезной, так и преступной деятельности.

С точки зрения социальной психологии, толерантность (от лат. *tolerantia* — терпение) — это, прежде всего некое особое, идущее от самого человека, отношение, аттитюд (уважение, принятие, понимание-признание — это три компонента аттитюда), потребность, ценность, норма, взгляд или убеждение; вместе с тем, это некая морально-нравственная категория, которая формируется обществом (долг, обязанность). Пусковой механизм появления и проявления толерантности — это обнаружение различий между людьми, группами, государствами, культурами и способ реагирования на них (война или мир). Психологические качества, обеспечивающие толерантность, — это все возможные формы самовыражения людей, допускающие или ограничивающие паритетность проявления социальных различий (свободно это делается или нет).

Появились попытки применения этой схемы и для толерантности [58]. Когнитивный компонент толерантности понимается через признание сложности, многомерности и многообразия мира и несводимости этого многообразия к единообразию. Эмоциональный компонент толерантности отражает необходимость рассмотрения эмпатии как составляющей толерантных отношений. В качестве отдельной составляющей эмоционального компонента. Другой аспект этого вида толерантности связан, по мнению С.Л. Братченко, с терпимым отношением к различным эмоциональным проявлениям других людей [15]. Развитая аффективная толерантность позволяет человеку лучше осознавать как собственные эмоциональные процессы, так и переживания других людей, не раздражаясь и не приписывая им негативного смысла.

Поведенческий компонент толерантности обычно привлекает к себе больше всего внимания исследователей, как при диагностике, так и при обучении. К поведенческой толерантности относится большое число конкретных умений и навыков, среди которых С.Л. Братченко выделяет:

- способность к толерантному высказыванию и отстаиванию собственной позиции как точки зрения;
- готовность к толерантному отношению к высказываниям других, умение договариваться;
- толерантное поведение в напряженных и экзотических ситуациях [15].

А также С.Л. Братченко предлагает выделить еще один условный «компонент толерантности» – вербальный. Если когнитивный компонент предполагает реальное изменение восприятия, понимания, мышления, интерпретации в направлении реализации принципов толерантности, то вербальный компонент ограничивается лишь «знаниевой составляющей». Это наиболее простое и поверхностное «измерение» толерантности, которое может свидетельствовать о знакомстве человека с идеями толерантности и способности внятно рассказать об этом, но еще ничего не говорит о реальном его отношении к этому [15].

Исходя из положений экзистенциально-гуманистического подхода необходимо добавить личностный компонент. Основное содержание личностного измерения толерантности включает в себя, прежде всего, соответствующую ценностно-смысловую систему, в которой центральное место занимают ценности уважения человека как такового, ценности прав и свобод человека и равноправия людей по отношению к базовым вопросам, к выбору мировоззрения и жизненной позиции, ценность ответственности за собственную жизнь и признание таковой за каждым человеком и другие ценности демократического гражданского общества [15].

Согласно деятельностному подходу структуру толерантных – интолерантных отношений можно рассмотреть в комплексе мотивационно-ценностного, когнитивного, эмоционально-волевого и конативного (поведенческого) компонентов [49].

По мнению К. В. Крутовой в основе толерантности лежит активное отношение, формируемое на основе признания универсальных прав и основных свобод человека [35]. Она выделяет следующие уровни толерантности:

1. Уровень сдерживания негативного реагирования на нравственно значимый фактор, который исключает насилие. Данный уровень можно охарактеризовать как уровень проявления терпимости. При этом необходимо учитывать, что терпимость является выражением свободной эмпатии, не может порождаться угрозой, мольбой, подражанием. За терпимость ошибочно могут быть приняты: замедленность реакции, нерешительность, неспособность к ценностному различению, упование на автоматизм судьбы, циничное равнодушие.

А. Е. Зимбули [25] выделяет следующие виды терпимости:

- квазитерпимость – вид сдержанности, который внешне предстает как терпимость, но являются мнимым, ненастоящим; возможные мотивы подобного поведения – прагматизм, конформизм, самореклама, попустительство, вера в автоматизм событий;
- псевдотерпимость – случаи сознательного введения кого-либо в заблуждение; мотивация – притворство;
- «негативная» терпимость – терпимость, носящая показной характер, а также злонамеренное невмешательство; мотивация – отлаженная месть, злонамеренное воздержание;
- «позитивная» или подлинная терпимость обусловлена такими мотивами, как внимание, понимание, симпатия, помощь, забота об адресате.

2. Уровень готовности к взаимопониманию и понимание другого на основе общечеловеческих ценностей, а также признание за ним права на существование.

3. Уровень критического диалога и расширение собственного опыта на основе критического осмысления.

Российский философ В. А. Лекторский считает, что толерантность может быть выражена в четырех возможных формах:

1. Безразличие – толерантные отношения в такой форме вполне достаточны, когда дело касается различий в обычаях, мнениях, убеждениях.

2. Уважение к другому, которого можно понимать и с которым нет взаимодействия. Такая форма толерантности может существовать в науке и культуре: все научные взгляды и культурные традиции равноправны, но вместе с тем несоизмеримы.

3. Снисхождение к слабости других, сочетающееся с некоторой долей презрения к ним [39].

Расширение собственного опыта и критический диалог – это способность посмотреть на другого с его точки зрения и тем самым увидеть слабость своей позиции [12].

Проблема интолерантности в отличие от толерантности изучается, как правило, только в антропологическом аспекте.

Структурными элементами интолерантности, по мнению О. Шемякиной, являются гнев, отвращение и презрение [70].

Качества антонимичные «триаде враждебности», с точки зрения Д.В. Зиновьева, будут структурными элементами толерантности. Согласно словарю антонимов русского языка М.В. Львова, чувством, противоположным «презрению» является «уважение» – чувство, основанное на признании чьих-либо достоинств, заслуг, качеств. Ко второму компоненту «триады враждебности» – отвращению, словарь антонимов пояснений не дает, но в словаре русского языка под редакцией А.П. Евгеньевой в статье

«Антипатия» в синонимичном ряду данного понятия приведено и понятие «отвращение» и противоположное ему – «симпатия». В словаре «Практического психолога» симпатия – это устойчивое одобрительное эмоциональное отношение человека к другим людям, их группам или социальным явлениям, проявляющееся в приветливости, доброжелательности, восхищении, побуждающее к общению, оказанию внимания, помощи и прочее [49]. Противоположным словом «гнев» Д.В. Зиновьев считает слово «доброта». Доброта – это качество человека, выражающее его способность и стремление делать людям добро. Средством выражения доброты является доброжелательность – отношение к человеку, ориентированное на содействие его благу, на совершение добра. При этом в доброжелательности подчеркивается не только безусловное признание в человеке его морального достоинства, но выражается миролюбие, дружелюбие, готовность к плодотворному сотрудничеству. Следовательно, триадой толерантности является «уважение, симпатия, доброта», триадой интолерантности – «гнев, отвращение, презрение» [26].

Д.В. Зиновьев определяет толерантность через социокультурный подход. Сущностными характеристиками социокультурной толерантности являются уважение к иному; принятие этнических и национальных особенностей, принятых в данном обществе; принятие различий в социальных воззрениях. Различия порождаются особенностями условий жизни, профессиональной деятельности, культурных традиций. Социальная культура предполагает взаимное уважение, право другого на ошибку; она призвана помочь учащимся почувствовать собственное своеобразие, непохожесть на других не как недостаток, а как определенную ценность [27].

Б. Риэрдон, например, выделяет следующие признаки интолерантности: уничижительный, очернительный или отчуждающий язык; определение всех членов какой-либо социальной группы посредством обобщённых негативных характеристик; высмеивание и оскорбление

конкретных качеств и характеристик людей; высказывания по поводу отдельных людей и групп на основании негативных обобщений и стереотипов, а не реальных фактов; преднамеренные действия, направленные на унижение и устрашение других, на ограничение и лишение человека прав; физические и моральные издевательства, вооруженные нападения, и т. д. Отсутствие данных симптомов говорит о толерантности. Толерантность – интолерантность может представлять собой интегративное свойство личности, присущее всем людям, но при этом имеет разную меру выраженности. С этой точки зрения имеет смысл говорить о разных уровнях толерантности (высоком, среднем, низком) [61].

Таким образом, несмотря на то, что понятие толерантность – интолерантность является объектом достаточного количества исследований, нет единого мнения в вопросе терминологии. Проанализировав литературные источники, и исходя из классификации С.Л. Братченко, в нашем исследовании будет использоваться диверсификационный подход, в соответствии с которым под термином «интолерантность» мы будем понимать интегративное качество человека, включающее в себя когнитивный компонент (непонимание и недостаточное осознание проблем объекта), эмоциональный компонент (неустойчивость чувств к объекту: невыдержанность, раздражительность, эмоциональное реагирование, безразличие, холодность, эмоциональная неустойчивость, агрессивность, пренебрежение), коммуникативный компонент (предрасположенность к типу социального поведения, в основе которого лежит агрессивное поведение, отстраненность, импульсивность, требование, манипулирование, упреки, угрозы, приказы).

Выдвинутое нами определение соответствует методологической базе исследования, содержит практико-применимые формулировки и не противоречит современной научной мысли. Оно дополнено и

конкретизировано. Это дает возможность применения его в дальнейшей работе.

1.2. Интолерантность родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования

В соответствии с Конвенцией о правах ребенка каждый ребенок имеет право на получение образования. Инклюзивное образование – это единственный признанный в мире инструмент реализации этого права.

Идея инклюзии родилась в рамках масштабных изменений в понимании прав человека, его достоинства, идентичности, а также механизмов социальных и культурных процессов, определяющих его статус и влияющих на обеспечение его прав. Перемена в отношении к людям с инвалидностью стала лишь одним из проявлений этих изменений.

Не случайно, введение понятия инклюзивного образования Саламанкской Декларацией лиц с особыми потребностями (1994 г.) и принятие Декларации ЮНЕСКО о культурном разнообразии (2001 г.) близки по времени своего появления: оба эти документа выражают не просто признание неоднородности общества и его культуры, но и изменение отношения в обществе к этому разнообразию – осознание его ценности, осознание ценности различий между людьми.

Согласно статистическим данным каждый двадцатый житель нашей страны относится к категории инвалидов. В настоящее время в России насчитывается более 2 млн. детей с ограниченными возможностями (8% всей детской популяции), из них около 700 тыс. составляют дети с инвалидностью [1].

Следует отметить, что число детей, официально получающих пособия по инвалидности, в нашей стране постоянно возрастает [50], [1].

Выдвинутая президентом Д.А.Медведевым Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа» (2009), поставила перед педагогическим сообществом конкретные стратегические цели, где

инклюзивному подходу в образовании отводилась особая роль: «Новая школа - это школа для всех. В любой школе будет обеспечиваться успешная социализация детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов...» [2].

Принятый 29 декабря 2012 года Федеральный закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» Пункт 27 статьи 2 этого закона звучит так: «Инклюзивное образование – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей». Это важная веха в истории развития прав человека в России: политика включения лиц с ограниченными возможностями здоровья и трудностями в обучении в систему общего образования теперь постулирована на государственном уровне и обещает им создание необходимых условий для получения без дискриминации качественного образования (см. ст.5 п.1 того же закона). В наши дни в российском обществе – особенно это заметно в мегаполисах – происходят явные изменения в сторону его большей гетерогенности, вследствие колебаний его национального состава, активных межкультурных взаимодействий, изменений в политике и в экономике. Параллельно с этими процессами, но, к сожалению, гораздо более медленно, началась важная трансформация общественного сознания по отношению к равноправию всех без исключения граждан в области качества жизни и, в частности, образования [3].

Указом Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы», в которой подчеркивается, что в Российской Федерации особое и достаточное внимание должно быть уделено детям, относящимся к уязвимым категориям. «Необходимо разрабатывать и внедрять формы работы с такими детьми, позволяющие преодолевать их социальную исключенность и способствующие реабилитации и полноценной интеграции в общество».

Стратегия предусматривает Законодательное закрепление правовых механизмов реализации права детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья на включение в существующую образовательную среду на уровне дошкольного, общего и профессионального образования (права на инклюзивное образование) [63].

Идея инклюзия основана на концепции «включающего общества». Она означает изменение общества и его институтов таким образом, чтобы они благоприятствовали включению *другого* (человека другой расы, вероисповедания, культуры, человека с ограниченными возможностями здоровья). Причем предполагается такое изменение институтов, чтобы это включение содействовало интересам *всех* членов общества, росту их способности к самостоятельной жизни (включая лиц с ОВЗ), обеспечению равенства их прав и т.п. Если инклюзия не обеспечивается соответствующим изменением институтов, то ее результатом может становиться углубление социальной дезадаптации людей с ОВЗ и рост интолерантности к ним со стороны тех, кто подобных ограничений не имеет. Готовность общества к изменениям навстречу другому – важная предпосылка успешной инклюзии, и она должна воспитываться.

Инклюзивный подход к образованию детей с ОВЗ вызван к жизни социальным заказом общества и государства и предполагает решения целого ряда вопросов, связанных, в частности, с подготовкой кадров, законодательным обеспечением адаптивности и вариативности услуг и условий общеобразовательного учреждения, изменением отношения общества к проблеме.

В числе основных трудностей, с которыми встречается образовательное учреждение, реализующее инклюзивный процесс отмечаются и «психологические «барьеры», связанные с общественным мнением (отношение к инвалидам со стороны родителей детей без инвалидности, общественности в широком смысле слова)».

Родители обычных детей в наибольшей степени опасаются переключения внимания педагогов на детей с ОВЗ в ущерб их детям. Проблема отношения родителей к включающему образованию является важной исследовательской задачей, определяющей возможность его развития [1].

Одним из важнейших социально-психологических факторов интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья в жизнь общества, по нашему мнению, является отношение здоровых людей к инвалидам. Отношение социума к лицам с ограниченными возможностями здоровья противоречиво. Это обусловлено тем, что в общественном сознании не сформирован позитивный образ человека с ограниченными возможностями здоровья. Большинство не только российских граждан, но и государственных структур не считают таких людей полноценными членами общества, чаще делая акцент на отличиях, чем на интеграции равных прав и возможностей. Необходимо усилия общества и государства направлять на создание условий для полноценной, максимально независимой жизни людей с ограниченными возможностями здоровья в социуме, но чаще органы государственной власти ориентируют общество на создание изолированной среды обитания для таких людей. Широко распространенная неготовность воспринимать людей с ограниченными возможностями здоровья в качестве равных членов общества вызывает беспокойство [23].

Представления об инвалидности в массовом сознании связаны с древней стигмой, придающей физическому недостатку «постыдный» статус «неполноценности». Отторжение стигматизированных индивидов из социума является закономерным механизмом сохранения социальной идентичности. Следствием этого механизма является идеология аблеизма — дискриминации людей по признаку наличия инвалидности [56].

Инвалидность не признается как полноправный способ жить и представляется как ущербность, которую либо необходимо преодолеть, либо

смириться со своей участью. Анализ ситуаций позволяет выделить проявления общественного негатива к инвалидам:

- агрессия – не пропустить без очереди, читать мораль родителям об их некомпетентности, если ребёнок-инвалид не может ждать из-за состояния здоровья, и т.п.;
- отрицание и игнорирование — от инвалидов могут отвернуться, отказаться их обслуживать, стараться не думать об этих проблемах;
- обвинение и осуждение – даже при условии, что многие льготы фактически не работают, в глазах многих наших сограждан инвалид выглядит обузой для общества;
- отвращение – доходит до того, что мамочки здоровых детей собираются и требуют от матери больного ребёнка больше не выходить на площадку к здоровым детям, потому что брезгают их присутствием.

Инвалидность в нашем обществе — явление, вызывающее устойчивые стереотипы. Можно выделить несколько групп стереотипов.

1. Стереотипы общества по отношению инвалидам: инвалиды — больные люди, вызывающие жалость, сострадание; инвалиды — обидчивые и ранимые люди, чрезмерно требовательные к окружающим.

2. Стереотипы инвалидов по отношению к обществу: общество должно нам; общество не понимает нас; общество равнодушно к инвалидам...

3. Стереотипы инвалидов по отношению к инвалидам: с одной стороны — взаимопонимание, взаимопомощь, стремление к общению, сплочённость; с другой стороны — зависть, непонимание, нетерпимость, категоричность [68].

В современном обществе отношение большинства к людям с ограниченными возможностями здоровья, со статусом «инвалид» давно сложилось в две четкие модели: медицинскую и социальную.

Основной смысл социальной модели выражен в Фундаментальных принципах инвалидности, опубликованных организацией «Союз людей с

физическими нарушениями против сегрегации» (UPIAS). В контексте социальной модели признаётся факт, что физические нарушения и хронические болезни создают для людей реальные трудности, а положение и дискриминация, которую они испытывают, искусственно созданы обществом [68].

В медицинской модели и дети, и взрослые с ограниченными возможностями здоровья определяются как проблема, в которой поставлен акцент на зависимость инвалида, а подход основан на отрицательных стереотипах. Возможная помощь рассматривается в плоскости медицины и ассоциируется с медицинскими работниками, которые зачастую принимают решения, где и какое образование может получить ребёнок с ограниченными возможностями здоровья, где и в каких условиях ему жить, где и кем работать взрослому человеку. Итог подобного подхода – люди с инвалидностью перестают быть частью жизни общества

Стереотип «инвалидности как медицинской проблемы» формирует убеждение в том, что все обратимые недуги инвалида-пациента можно решить только путем медицинского вмешательства. Они, инвалиды, должны сами, насколько это возможно, адаптироваться к миру. Если же адаптация затруднена, человека с инвалидностью должно отправить в какое-либо «специализированное» заведение и удовлетворять только самые насущные потребности в соответствии с государственными социальными стандартами. «Медицинской» образ инвалидности акцентирует внимание на «полной зависимости» человека с ограниченными возможностями, вызывает «жалость», «страх», иногда — «желание опекать». Предметом знания окружающих становится само «нарушение», а не реальные нужды человека. При этом само окружение постепенно формируется во «врачебное», где все говорят только о «лечении» и «нормализации». Жизнь инвалида просто-напросто «отдана» этому окружению и «распределяется» им по направлениям терапевтического воздействия на «недуг» [68].

Один из самых распространенных стереотипов о детях с ограниченными возможностями здоровья: инвалидность ребёнка – это сплошное несчастье и бесконечные проблемы. Этот стереотип действует угнетающе на людей, не имеющих отношение к детям-инвалидам, и демобилизующее – на тех родителей, кто впервые столкнулся с тяжёлой болезнью своего ребёнка.

Ещё один распространенный стереотип: ребёнок с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью ущемлен и в обязательном порядке глубоко несчастен. «Несчастные» дети с ограничениями в здоровье вызывают жалость, чрезмерное сочувствие и полную уверенность в их беспомощности [68].

Люди являются инвалидами из-за того, что они плохо или совсем не могут «ходить», «слышать», «видеть», «говорить». Фокусируясь на «болезни» и «неспособности», многие люди воспринимают инвалидов как «не подпадающих под определение нормальности», «всегда больных», «не могущих работать», «иждивенцев», «обузу», «клиентов специализированных медицинских учреждений» [7].

На самом деле главная проблема людей с ограниченными возможностями здоровья кроется не в медицинском диагнозе и не в необходимости приспособиться к своему физическому недостатку, а в конфликте между личностью инвалида и враждебным ему социумом. Враждебность же последнего выражается в прямой дискриминации человека-инвалида. Социум предлагает только две роли, которые инвалид якобы в состоянии исполнить: роль «больного», нуждающегося в помощи и смирившегося с этим состоянием; или роль «нормального», отрицающего себя как инвалида и концентрирующего в буквальном смысле невероятные усилия — для достижения «нормальности» (то есть способности иметь семью, детей, образование, профессию) [36].

Следовательно, для общества, мыслящего только стереотипными категориями, нужна новая интерпретация стереотипа восприятия инвалидности, которая есть не «проблема», а «социальный феномен», «явление» общественной жизни и её атрибут. Причём явление, имеющее всецело объективный характер, то есть лишь подчеркивающий отсутствие каких бы то ни было гарантий, способных обезопасить некоего абстрактного обывателя от внезапного наступления инвалидности.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья свойственна социальная недостаточность, обусловленная в основном различными видами нарушений жизнедеятельности – ограничениями физической подвижности и независимости, способности к освоению образовательных программ и овладению какой-либо профессиональной деятельностью в будущем, готовности включения в общество, что еще больше усугубляется интолерантностью общества, и конкретно, на пути образования – педагогов, сверстников, родителей типично развивающихся детей, что не позволяет обеспечить психологические комфортные условия для пребывания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательном учреждении.

Особо стоит проблема переориентирования на толерантное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья родителей типично развивающихся сверстников, которые в отличие от педагогов не обязаны принимать детей с ограниченными возможностями здоровья. Необходимо проводить системные мероприятия, направленные на создание условий для реализации качественных образовательных услуг детям с ограниченными возможностями здоровья, одним из неотъемлемых аспектов проблемы является формирование толерантности у всех участников образовательных отношений, в том числе и у родителей типично развивающихся детей.

Таким образом, в нашем исследовании интолерантность родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями

здоровья будет определяться как динамическое образование [65], включающее в себя обозначенные выше компоненты, которая может изменяться с преобразованием ее составляющих.

1.3. Психолого-педагогические подходы к формированию толерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья и преодолению интолерантности к ним у родителей типично развивающихся детей

Целью данного параграфа является изучение существующих в науке теоретических психолого-педагогических подходов к формированию толерантности к обучающимся с ограниченными возможностями здоровья и преодолению интолерантности к ним у родителей типично развивающихся детей.

Толерантность, как и интолерантность, не является врожденным качеством, следовательно, ее можно развить путем целенаправленной специальной психолого-педагогической работы, успех которой зависит от многих факторов, в том числе от психопрофилактики интолерантности здоровых людей по отношению к людям с отклонениями в развитии [28].

Многие «составляющие» толерантности, видимо, могут быть сформированы путем специального обучения, социально-психологических тренингов и т.д. Во многих психолого-педагогических разработках отдается предпочтение именно формирующим подходам, кроме того, именно данный подход заложен и в Федеральную целевую программу «Формирование установок толерантного сознания и профилактика экстремизма в российском обществе (2001-2005 годы)». Если понимать толерантность не как простую сумму знаний или поведенческих умений, а как личностную позицию, ценностное отношение, то наиболее адекватной психолого-педагогической тактикой развития толерантности является фасилитативный подход, при котором основное внимание сосредоточено не на достижении общих для всех «заданных результатов», а на создании условий, способствующих формированию толерантности [49].

Активное внедрение инклюзивного образования актуализирует необходимость целенаправленного формирования в обществе толерантного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Психолого-педагогические подходы к формированию толерантности или профилактики интолерантности в научной литературе в большинстве случаев представлены по отношению к педагогам и сверстникам детей с ограниченными возможностями здоровья.

По мнению Н.А. Асташовой, понятие толерантности отражает важнейшие психолого-этические характеристики человеческих взаимоотношений: гуманность, рефлексивность, свободу, ответственность, защищенность, гибкость, уверенность в себе, самообладание, вариативность, перцепцию, эмпатию и чувство юмора [21].

С.К. Бондарева рассматривает толерантность как результат развития и саморазвития – собственный выбор и позиция, способствующие принятию другого и сохранению внутреннего равновесия индивида или общества [21].

В педагогическом аспекте толерантность рассматривается как сформированное моральное качество, моральная добродетель, родовое существенное свойство человека, условие успешной социализации, проявляющееся в социальных отношениях, главным признаком которого является уважение права другого на отличие (А.А. Гусейнов, Д.В. Зиновьев, П.Ф. Комогоров, А.А. Реан, В.А. Ситаров, П.Ф. Степанов и др.). Данное понятие наиболее применимо в вопросе о толерантном отношении к детям с особыми образовательными потребностями [21].

С практической точки зрения проблема формирования толерантного отношения к детям с ОВЗ в условиях инклюзивного образования заслуживает особого внимания со стороны специалистов и ставит перед обществом сложную задачу переосмысления подходов и оценок в обучении, воспитании и развитии данной категории детей [31].

Писаревской М.А. в изданном методическом пособии обобщён опыт работы образовательных учреждений с инклюзивным обучением и воспитанием в России, собран и проанализирован материал по применению психолого-педагогических форм работы формирования толерантного отношения друг к другу у субъектов инклюзивного образования. В своей работе автор отмечает, что процесс формирования толерантного, терпимого отношения участников образовательного процесса к детям с ограниченными возможностями здоровья осуществляется комплексно и предусматривает работу со всеми субъектами инклюзивного образования: с руководителем образовательного учреждения, с педагогами; специалистами, родителями и детьми [53].

В связи с реализацией в Российской Федерации инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья возникла настоятельная необходимость обновления содержательной и технологической сторон профессиональной подготовки педагогических работников. В большей степени в современных диссертационных работах освещаются особенности подготовки и этапы формирования инклюзивной компетентности будущих учителей (А.В. Демчук, Н.Н. Сергеева, Г.А. Степанова и др.) [4].

При разработке содержательного и организационного аспектов процесса развития толерантности педагогов к обучающимся с ограниченными возможностями здоровья авторы исходят из понимания педагогической толерантности как компонента компетентности в области инклюзивного образования [43] и рассматривают ее в качестве многоуровневой структуры, включающей когнитивный, поведенческий (деятельностный) и эмоционально-личностный компоненты [20]. Когнитивный компонент предполагает актуализацию в сознании педагога информации о психолого-педагогических особенностях обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, об их особых образовательных

потребностях, о знаниях сущности толерантности как качестве личности, о границах допустимости толерантности. Эмоционально-личностный компонент характеризуется особенностями взаимного познания субъектами друг друга как основы взаимопонимания, отражающий степень сформированности психических качеств личности в процессе взаимодействия с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья и их родителями. Поведенческий компонент выполняет регулятивную функцию и характеризуется готовностью к толерантным действиям в отношении обучающегося с ограниченными возможностями здоровья, и отражает сформированность следующих умений: строить взаимоотношения с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их родителями на толерантной основе, проявлять к собеседнику эмпатию и владеть собой, не допуская срыва, учитывать индивидуальные особенности обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Т. А. Алтухова в своих исследованиях выделяет три основных этапа: теоретический, нацеленный на формирование когнитивного компонента толерантности; практический, ориентирован на формирование умений и навыков в области планирования педагогической деятельности по созданию позитивного психологического климата в образовательных организациях через развитие толерантности к обучающимся с ограниченными возможностями здоровья у всех участников образовательного процесса; деятельностный, предполагающий создание условий для применения знаний об особых образовательных потребностях детей с ограниченными возможностями здоровья, о толерантности, а также практических навыков непосредственно в образовательном процессе. Для этого в образовательных организациях реализуется специальная программа «Территория толерантности», основной целью которой выступает обеспечение позитивного психологического климата в отношении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья [4].

О.Б. Нурлигаянова в рамках данного диссертационного исследования по педагогической толерантности, изучающего психологическое содержание педагогической толерантности как профессионально важного качества учителя, были разработаны методические рекомендации по формированию коммуникативной педагогической толерантности. Автор представляет модель формирования педагогической толерантности, в состав которой входит следующих 5 этапов: подготовка, осознание, переоценка, действие, рефлексия. По мнению исследователя, развитие толерантности должно быть основано на целостном подходе и рассматриваться как движение от случайно-ситуативного проявления толерантности через признание возможных толерантных отношений к доброжелательным отношениям в малой группе, от них – к становлению толерантности, выходящей за пределы тренинговой группы, готовность личности к самосовершенствованию. Этап подготовки связан с установлением контакта с респондентами. Затем предлагается проводить занятия в тренинговой группе. На следующих этапах О.Б. Нурлигаянова определяет условия формирования педагогической толерантности: дискуссионный характер взаимодействия, использование форм организации деятельности: диалог, мозговой штурм, ролевые игры, деловые игры, тренинговые упражнения; осуществляет разработку тренинга по формированию педагогической толерантности с учетом возрастнo-нормативной модели развития взрослого человека. Исследователь утверждает, что ценность такой работы заключается в том, что она развивает навыки исследования, рассуждения и образования понятий. Вне зависимости от проблемного содержания обсуждения подобные навыки содействуют развитию умений вести направленную и результативную дискуссию, а значит, и критический диалог, который является неотъемлемым атрибутом толерантности, выступая одним из ее проявлений в действии [49].

Программа тренинга толерантности, предложенная С. Д. Щеколдиной, направлена на ознакомление с понятиями «толерантность» и

«интолерантность», развитие умения управлять своим поведением, эмоциями, общением и включает когнитивный (информирование по вопросам толерантности и повышение психологической культуры), эмоционально-волевой (аффективный – самосовершенствование коммуникативных навыков с позиции толерантного взаимодействия и развитие умений эмоциональной саморегуляции в процессе общения и деятельности) и поведенческий (развитие толерантных качеств) компоненты. Данная программа может быть использована в работе с подростками и взрослыми (родителями, учителями) [71].

В своем исследовании Шалагинова К.С. [67] рассмотрела необходимость при переходе к инклюзивному образованию организации работы не только с педагогами, детьми, администрацией образовательной организации, но и с родителями. При этом автором отмечено, что в сопровождении нуждаются родители как здоровых детей, так и детей с особыми образовательными потребностями. Были выделены основные принципы психолого-педагогического сопровождения родителей: 1) рекомендательный характер советов сопровождающего; 2) приоритет интересов сопровождаемого «на стороне ребенка»; 3) непрерывность сопровождения; 4) мультидисциплинарность (комплексный подход) сопровождения: согласованная работа «команды» специалистов, проповедующих единые ценности, включенных в единую организационную модель и владеющих единой системой методов. Определены приоритетными направлениями работы с родителями: круглые столы, семинары, подготовка и распространение буклетов, оформление стендового материала. Шалагинова К.С. выделила три основные составляющие в работе: поддержка родителей детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования; подготовительная работа с родителями типично развивающихся детей; совместные занятия. При работе с данной категорией родителей важно донести накопленный опыт, доказывающий, положительные эффекты в

реализации инклюзивного образования, снятие негативных представлений о влиянии инклюзии на снижение успеваемости здоровых детей. Автором был предложен цикл занятий с родителями здоровых детей, направленных на формирование установок понимания и принятия чужого мнения, умение проявлять эмпатию, налаживать контакты, осознание собственной уникальности и уникальности других, развитие умения понимать чувства, эмоции, действия, отношение других людей, овладение умением сопереживать через установление эмоционального контакта и регулярного общения. Наиболее эффективной формой проведения цикла занятий автор выделяет совместные занятия с родителями обеих категорий детей по определенному алгоритму.

1. Просветительский блок а) информационный блок о том, «что такое инклюзивное образование», его основные принципы, каковы особенности детей с ограниченными возможностями здоровья; преимущества включения таких детей в совместное обучение со здоровыми сверстниками, возможные трудности и проблемы; б) законодательный блок информирует о правах детей вообще и правах инвалидов в частности, о российском и международном законодательстве, обеспечивающем право на равный доступ детей к образованию; какую законодательную базу нужно иметь, чтобы выстроить систему инклюзивного образования, какая роль отводится родителям, а какая — самим детям, как выстраивается график занятий ребенка и какие условия создаются для того, чтобы каждому ребенку было комфортно в школе.

2. «Психологический» блок призван помочь родителям и «больных» и «здоровых» детей решить проблемы и трудности психологического характера: а) рассмотрение существующих стереотипов в отношении людей с инвалидностью и подходов к пониманию проблем инвалидности; выработку основных направлений по разрушению барьеров; б) приобретение навыков

для улучшения ведения переговоров с представителями органов образования и школьной администрации.

3. Блок обмена опытом: а) обсуждение опыта зарубежных стран по реализации инклюзивного образования; б) обсуждение проблем и трудностей при переходе к инклюзивному образованию; в) обсуждение конкретных примеров – историй о детях с ограниченными возможностями здоровья, которые успешно учатся в массовых школах.

Такие занятия позволяют реализовать принцип инклюзии «Другой — не значит плохой!» и защитить права детей с ограниченными возможностями на равный доступ к образованию и общению со сверстниками. Работа, построенная подобным образом, помогает родителям лучше понимать проблемы детей, а родителям детей с инвалидностью избавиться от чрезмерной опеки над ними, чтобы дети становились более самостоятельными и уверенными в себе [67].

Проанализировав данную область исследования, можно сделать вывод, что была изучена необходимость формирования толерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья у всех участников образовательных отношений: изучалась специфика коммуникативно-педагогической толерантности учителя общеобразовательной школы и по данной проблеме сформированы методические рекомендации; представлены разработки по формированию толерантного отношения здоровых детей и подростков к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья. Отмечены наработки по проблеме работы с родителями по принятию инклюзивного образования. Но имеется недостаточно исследованной проблема интолерантности и ее преодоления у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, а также формирование у них принимающего отношения к переменам, происходящим в современном образовании.

Исходя из этого, определяется необходимость изучения интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, рассматриваемой, как динамическое образование, и ее структурных компонентов (когнитивного, эмоционального, коммуникативного), и важности разработки методических рекомендаций, представляющих собой направления и содержание деятельности по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями посредством изменения ее структурных компонентов и формированию положительного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

Выводы по I главе

Проанализировав литературные источники по изучаемой проблеме, становится очевидным то, что термин «интолерантность» является объектом достаточного количества исследований, но установлено, что нет единого мнения в вопросе терминологии. Сделав детальный анализ изученной литературы, определились, что под понятием «интолерантность» будет пониматься интегративное качество человека, включающее в себя когнитивный компонент (непонимание и недостаточное осознание проблем объекта), эмоциональный компонент (неустойчивость чувств к объекту: невыдержанность, раздражительность, эмоциональное реагирование, безразличие, холодность, эмоциональная неустойчивость, агрессивность, пренебрежение), коммуникативный компонент (предрасположенность к типу социального поведения, в основе которого лежит агрессивное поведение, отстраненность, импульсивность, требование, манипулирование, упреки, угрозы, приказы).

Анализируя литературные источники по изучению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, стало очевидным то, что интолерантности

родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья можно рассматривать, как интегративное качество человека, вытекающее из термина «интолерантность», но его отличительной особенностью будет выступать характер динамического образования, изменяемого с преобразованием его состава и уровня развития компонентов.

Таким образом, интолерантность родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья будет определяться как динамическое образование, включающее в себя обозначенные выше компоненты, которая может изменяться с преобразованием ее составляющих.

Изучив существующие в научной литературе теоретические психолого-педагогические подходы, можно сделать вывод, что была представлена необходимость формирования толерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья у всех участников образовательных отношений: изучалась специфика коммуникативно-педагогической толерантности учителя общеобразовательной школы и по данной проблеме сформированы методические рекомендации; представлены разработки по формированию толерантного отношения здоровых детей и подростков к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья. Отмечены наработки по проблеме работы с родителями по принятию инклюзивного образования. Но имеется недостаточно исследованной проблема интолерантности и ее преодоления у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, а также формирование у них принимающего отношения к переменам, происходящим в современном образовании.

Исходя из этого, определяется необходимость изучения интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, рассматриваемой, как динамическое образование, и ее структурных компонентов (когнитивного, эмоционального, коммуникативного), и важности разработки методических рекомендаций, представляющих собой направления и содержание

деятельности по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями посредством изменения ее структурных компонентов и формированию положительного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

Глава II. Экспериментальное исследование интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья

2.1. Организация и методики экспериментального исследования

Экспериментальное исследование было организовано с целью изучения интолерантности родителей типично развивающихся сверстников к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Наше исследование проводилось на базе муниципального бюджетного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание», расположенного в Октябрьском районе города Красноярска Красноярского края. Данное учреждение согласно статье 42 Федерального закона № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» предназначено для оказания психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, которая включает в себя, в том числе, психолого-педагогическое консультирование родителей (законных представителей) обучающихся. В муниципальное бюджетное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание» обращаются родители, имеющие детей с ограниченными возможностями здоровья, детей раннего возраста с нарушениями в психическом и (или) физическом развитии или с риском появления таких нарушений, детей с трудностями в развитии, обучении, адаптации. В том числе в учреждение обращаются родители типично развивающихся (здоровых) детей с целью получения консультации по оптимизации детско-родительских отношений, определению имеющихся у детей способностей и одаренности, по использованию развивающих методик и игрушек и игровых пособий. Также, в качестве оказания дополнительных

образовательных услуг в учреждении проводятся общеразвивающие занятия для детей дошкольного и младшего школьного возраста, направленные на развитие основных новообразований возрастных групп и творческих способностей детей. Таким образом, в муниципальном бюджетном учреждении «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание» проходит работа не только с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья, но и с родителями типично развивающихся детей, что подтверждает тематика обращений и диагностическое обследование познавательной и эмоционально-личностной сфер ребенка.

Задачи экспериментального исследования:

1. Отобрать методики для адекватного оценивания уровней и компонентов интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

2. Выбрать группу родителей типично развивающихся детей, посещающих общеобразовательные школы Октябрьского района г. Красноярска.

3. Провести диагностику уровней интолерантности и ее проявлений у родителей данной группы.

4. Провести количественный и качественный анализ результатов экспериментального исследования.

5. Обобщить выявленные уровни и компоненты интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья с целью дальнейшей разработки методических рекомендаций по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования

Эксперимент проводился в 3 этапа.

I этап – проводилась модификация выбранных методик в соответствии с поставленными целями и задачами исследования, был организован опрос родителей по методике «Анкета для родителей о совместном обучении здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья» (модифицированный вариант Анкеты для родителей [53]), представленной в приложении А. В дальнейшем в работе были использованы отдельные вопросы из предложенной анкеты и было рекомендовано ее использование для мониторинга общественного мнения по проблеме инклюзивного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях с целью определения проблемных точек и планирования системной работы по созданию специальных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в рамках инклюзивного образования.

II этап – выявлялись уровни интолерантности (толерантности) родителей к различным группам людей, в том числе и с ограниченными возможностями здоровья, и явлениям общественной жизни, выявлялись компоненты и проявления интолерантности в соответствии с определенным ее уровнем с помощью модифицированных экспресс-опросника Солдатовой Г.У., Кравцовой О.А., Хухлаева О.Е., Шайгеровой Л.А. «Индекс толерантности» [59] и методики Бойко В.В. «Диагностика общей коммуникативной толерантности» [14], изучались особенности проявления коммуникативного (поведенческого) компонента интолерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья по модифицированной методике Рене Жилия «Фильм-тест» [14]. На основе анализа данных экспериментального исследования определялись уровни интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья и компоненты, относящиеся к трем группам – когнитивной, эмоционально-личностной и коммуникативной, характеризующие уровни интолерантности.

III этап – проводился количественный и качественный анализ полученных результатов сравнивались показатели интолерантности у родителей, выявивших разное (положительное и отрицательное) отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья.

В ходе экспериментального исследования были использованы следующие **методы**: анкетирование, тестирование.

Метод анкетирования – психологический вербально-коммуникативный метод, в котором в качестве средства для сбора сведений от респондента используется специально оформленный список вопросов – анкета, опросник. При помощи метода анкетирования можно с наименьшими затратами получить высокий уровень массовости и экономичности по времени исследования. Особенностью этого метода можно назвать его анонимность (личность респондента не фиксируется, фиксируются лишь его ответы). Анкетирование проводится в основном в случаях, когда необходимо выяснить мнения людей по каким-то вопросам и охватить большое число людей за короткий срок. Личностные опросники базируются самооценке респондента. Информацию, получаемую с помощью личностных опросников, можно адекватно оценить лишь при сравнении ее с данными объективной оценки личности, а также при дополнении ее результатами исследования личности в процессе деятельности, проективными методами. Под проективными мы понимаем такие методики опосредованного изучения личности, которые базируются на построении специфической, пластичной ситуации, создающей в силу активности процесса восприятия наиболее благоприятные условия для проявления тенденций, установок, эмоциональных состояний и других особенностей личности.

Тестирование – это исследовательский метод, который позволяет выявить уровень знаний, умений и навыков, способностей и других качеств личности, а также их соответствие определенным нормам путем анализа способов выполнения испытуемым ряда специальных заданий. Такие задания

принято называть тестами. Тест – это стандартизированное задание или особым образом связанные между собой задания, которые позволяют исследователю диагностировать меру выраженности исследуемого свойства у испытуемого, его психологические характеристики, а также отношение к тем или иным объектам.

Методики исследования:

1. Экспресс-опросник «Уровень интолерантности» (модифицированный экспресс-опросник «Индекс толерантности» Г.У.Солдатовой, О.А.Кравцовой, О.Е. Хухлаева, Л.А.Шайгеровой).

2. Методика Бойко В.В. «Диагностика общей коммуникативной толерантности», модифицированная.

3. Методика «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми» (модифицированный тест Рене Жиля).

Участниками экспериментального исследования стали 20 родителей типично развивающихся детей от 7 до 11 лет, обучающихся в условиях инклюзивного образования в общеобразовательных школах. Более подробная характеристика участников исследования представлена в приложении Д. Исследование проводилось в соответствии с целями и задачами, поставленными в работе, и проходило с 2015 по 2016 гг.

При изучении интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья нами был использован экспресс-опросник Солдатовой Г.У., Кравцовой О.А, Хухлаева О.Е., Шайгеровой Л.А. «Индекс толерантности» [59], представленный в приложении Б. Проанализировав информацию об использовании данной методики мы пришли к выводу, что для выявления уровня интолерантности родителей в том числе к детям с ограниченными возможностями здоровья необходимо модифицировать методику Солдатовой Г.У., Кравцовой О.А, Хухлаева О.Е., Шайгеровой Л.А. Для этого мы переформулировали

некоторые вопросы и добавили субшкалу «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья». Обработка результатов исследования видоизменению не подвергалась. Полученные баллы в соответствии с прямой или обратной постановкой вопросов суммировались и соотносились с балльной шкалой для определения уровня интолерантности – толерантности. Анализ литературных источников позволяет выделить показатели низкого, среднего и высокого уровней интолерантности родителей типично развивающихся детей к различным группам людей, в том числе и к детям с ограниченными возможностями здоровья, а также возможность определить общий уровень интолерантности испытуемых. Методика получила название «Экспресс-опросник «Уровень интолерантности».

Также для этих целей нами использовалась методика Бойко В.В. «Диагностика общей коммуникативной толерантности» [14], представленная в приложении В. Чтобы решить задачи нашего исследования мы разделили вопросы данной методики по шкалам, которые соотнесли с выделенными нами компонентами интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья. Модификация вопросов и количественная обработка методики не проводились, так как они представляли определенные свойства личности, характеризующие ее интолерантное или толерантное отношение к различным событиям и категориям представителей общества, и позволяли оценить общую интолерантность родителей как их интегративное качество, являющееся динамическим образованием, которое включает в себя указанные выше компоненты, и которое может изменяться с преобразованием его составляющих. Описание компонентов интолерантности и их проявлений, а также распределение шкал методики в соответствии с определенным компонентом представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение шкал методики «Диагностика общей коммуникативной толерантности» в соответствии с компонентами интолерантности

Когнитивный компонент	Эмоциональный компонент	Коммуникативный компонент
Непонимание и недостаточное осознание проблем объекта	Неустойчивость чувств к объекту: раздражительность, эмоциональное реагирование, безразличие, агрессивность	Предрасположенность к типу социального поведения, в основе которого лежит неприятие, отстраненность, манипулирование, агрессивное поведение
Шкала 1. Неприятие или непонимание индивидуальности другого человека	Шкала 4. Неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными качествами партнеров	Шкала 5. Стремление переделать, перевоспитать партнеров
Шкала 2. Использование себя в качестве эталона при оценке поведения и образа мыслей других людей.	Шкала 8. Нетерпимость к физическому или психическому дискомфорту, создаваемому другими людьми	Шкала 6. Стремление подогнать партнера под себя, сделать его «удобным»
Шкала 3. Категоричность или консерватизм в оценках других людей		Шкала 7. Неумение прощать другим ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности. Шкала 9. Неумение приспособливаться к характеру, привычкам и желаниям других
От 0 до 15 – низкий, от 16 до 30 – средний, от 31 до 45 – высокий.	От 0 до 10 – низкий, от 11 до 20 – средний, от 21 до 30 – высокий.	От 0 до 20 – низкий, от 21 до 40 – средний, от 41 до 60 – высокий.

Для более глубоко изучения конативного (коммуникативного) отношения родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья перед нами встала необходимость поиска проективной методики исследования. В качестве такой методики нами была выбрана методика Рене Жилия «Фильм-тест» в русскоязычной адаптации И. Н. Гильяшевой и Н. Д. Игнатъевой. Но для использования данной методики в нашем исследовании необходимо было модифицировать ее, убрав задания касающиеся отношений детей к семье, друзьям и другие, в том числе отказаться от анкетных вопросов. Нами были использованы задания № 22, 23, 26, 28, 31, 32 (относящиеся в оригинальном тесте к категориям «Стремление к общению в больших группах детей», «Стремление к доминированию или лидерству среди детей», «Конфликтность, агрессивность», «Стремление к уединению», «Отношение к учителю, воспитателю», «Любознательность»). Мы присвоили этим заданиям соответственно номера 1, 2, 3, 4, 5, 6 и отнесли их к категориям:

- «Ситуация свободного общения детей» - задания № 1, 2.
- «Ситуация обучения и организованной деятельности детей» - задания № 3, 4, 5, 6.

Интерпретация результатов методики позволяет определить отношение родителя к ребенку с ограниченными возможностями здоровья и его местом в обществе здоровых детей:

- чем дальше находится ребенок от педагога или от детей, тем меньше он адаптировался в среде сверстников и недостаточно принят детьми и педагогами, что будет косвенно указывать и на неприятие такого ребенка родителем типично развивающихся детей;

- выбор ребенка с ограниченными возможностями здоровья, совпадающий с обозначенным на изображении ребенком с неадекватным или агрессивным поведением показывает негативное отношение к нему со стороны родителя здорового ребенка с изображенным ребенком с

нейтральной или индифферентной позицией – неоднозначным отношением к нему родителя, с заинтересованной или активной позицией принятие такого ребенка родителем;

- чем ближе расположены дети – собственный ребенок родителя и ребенок с ограниченными возможностями здоровья, тем более принимающее отношение к нему демонстрирует родитель, чем дальше собственный ребенок от ребенка с ОВЗ, тем более нейтральную или негативную позицию занимает родитель.

Методика получила название «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми» (приложение Г).

Данные анализа результатов проведенных методик по изучению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья представлены далее в параграфе 2.2.

2.2. Результаты экспериментального исследования

Целью второго этапа экспериментального исследования было проведение анализа результатов изучения интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи второго этапа:

1. Проанализировать результаты исследования по методикам «Экспресс-опросник «Уровень интолерантности» и «Диагностика общей коммуникативной толерантности» Бойко В.В.

2. Проанализировать результаты обследования по методике «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми».

3. Обобщить результаты и, сопоставив данные по всем методикам, выявить особенности проявлений интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья как интегративного качества, являющегося динамическим образованием и включающего в себя когнитивный компонент (непонимание и недостаточное осознание проблем объекта), эмоциональный компонент (неустойчивость чувств к объекту: раздражительность, эмоциональное реагирование, безразличие, агрессивность), коммуникативный компонент (предрасположенность к типу социального поведения, в основе которого лежит неприятие, отстраненность, манипулирование, агрессивное поведение), и которое может изменяться с преобразованием его составляющих.

Результаты фиксировались нами последовательно в соответствии с предъявляемыми методиками.

1. Экспресс-опросник «Уровень интолерантности» (модифицированный экспресс-опросник «Индекс толерантности» Г.У.Солдатовой, О.А.Кравцовой, О.Е. Хухлаева, Л.А.Шайгеровой).

2. Методика Бойко В.В. «Диагностика общей коммуникативной толерантности», модифицированная.

3. Методика «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми» (модифицированный тест Рене Жилия).

Результаты выполнения заданий экспресс-опросника «Уровень интолерантности» представлены в таблице 2.

Субшкалы методики, обозначенные нумерацией в таблице 2 следующие:

1. Этническая толерантность – интолерантность.
2. Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья.
3. Социальная толерантность – интолерантность.
4. Толерантность – интолерантность как черта личности.

Полученные результаты показывают в основном похожую картину по всем представленным субшкалам. Основной показатель интолерантности по данной методике находится в средних значениях, что говорит о характерном для испытуемых сочетании как толерантных, так и интолерантных черт. В одних социальных ситуациях они ведут себя толерантно, в других могут проявлять интолерантность.

Таблица 2.

Уровень интолерантности

Испытуемые	Субшкалы				Итого	Общий уровень интолерантности
	1	2	3	4		
1	12/с	21/с	26/с	36/н	95	средний
2	14/с	22/н	22/с	24/с	82	средний
3	8/в	22/н	19/н	31/с	80	средний
4	10/с	20/с	27/с	26/с	83	средний
5	11/с	16/с	24/с	29/с	80	средний
6	11/с	25/н	27/с	27/с	90	средний
7	11/с	17/с	21/с	31/с	80	средний
8	15/н	22/н	26/с	28/с	91	средний
9	12/с	15/с	23/с	31/с	81	средний
10	10/с	21/с	23/с	28/с	82	средний
11	8/в	20/с	21/с	28/с	77	средний
12	9/с	13/в	21/с	27/с	70	средний
13	12/с	15/с	19/с	27/с	73	средний
14	10/с	23/н	24/с	29/с	86	средний
15	11/с	16/с	23/с	31/с	81	средний
16	14/с	22/н	27/с	29/с	92	средний
17	10/с	16/с	27/с	31/с	84	средний
18	15/н	23/н	26/с	32/с	96	средний
19	12/с	15/с	23/с	31/с	81	средний
20	10/с	20/с	22/с	29/с	81	средний

Условные обозначения к таблице 2: н – низкий уровень, с – средний уровень, в – высокий уровень.

Средний бал по субшкале 2 «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья» составляет 19,2, что показывает средний уровень интолерантности. 35% родителей демонстрируют низкий уровень интолерантности по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья, 5% - показывают высокую степень неприятия данной категории детей. Наименьший средний балл получило утверждение «К некоторым детям с ограниченными возможностями здоровья трудно относиться хорошо», что говорит о трудностях в принятии некоторых групп

детей с ограниченными возможностями здоровья, особенно тех, чье поведение идет вразрез с принятыми в обществе нормами.

Общие результаты по данной субшкале «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья» методики «Экспресс-опросник «Уровень интолерантности» представлены на рисунке 1.

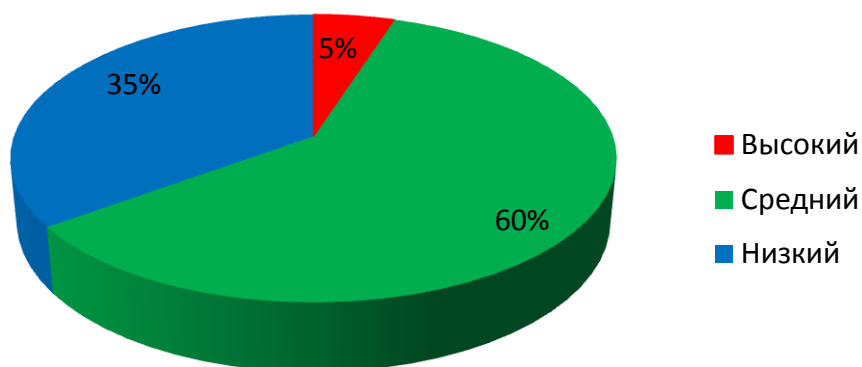


Рис. 1. Уровни интолерантности родителей типично развивающихся детей по субшкале «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья» методики «Экспресс-опросник «Уровень интолерантности».

Общий уровень интолерантности у родителей типично развивающихся детей согласно данным методики «Экспресс-опросник «Уровень интолерантности» у 100% испытуемых соответствует среднему уровню (см. рис. 2). Распределение по всем четырем субшкалам свидетельствует о том, что чаще интолерантность родители типично развивающихся детей демонстрируют по субшкале «Этническая толерантность - интолерантность» - высокий уровень интолерантности отмечается у 10% испытуемых. Было выявлено также, что большинство респондентов (90%) хотели бы стать более

терпимыми по отношению к другим, что говорит об активной личностной позиции и готовности изменяться.

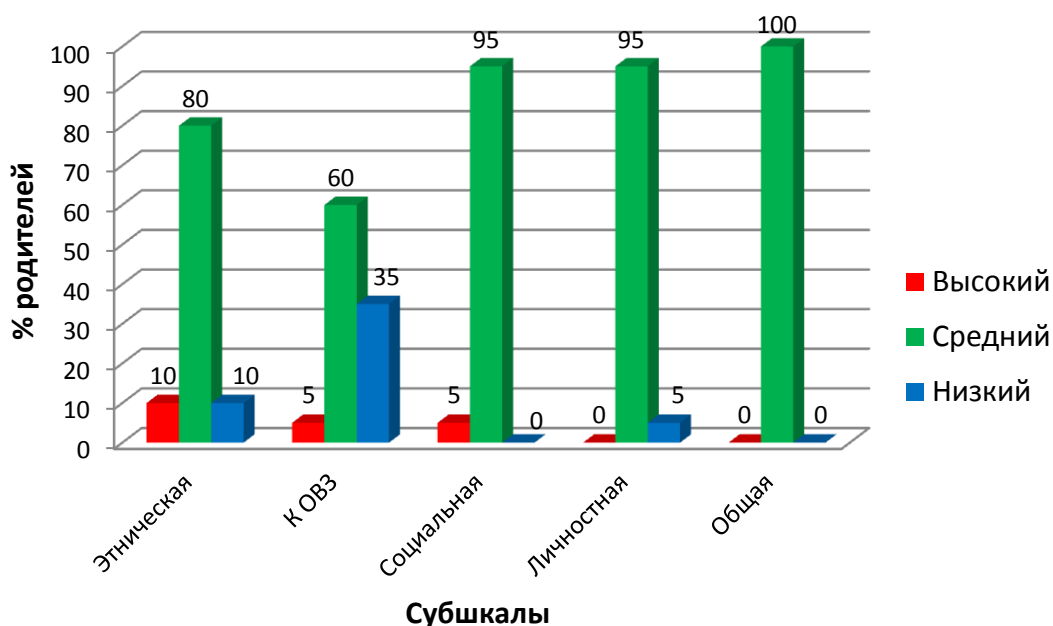


Рис. 2. Уровни интолерантности у родителей типично развивающихся детей по четырем субшкалам и общим показателям.

Высокий уровень свидетельствует о выраженных интолерантных установках по отношению к окружающему миру и людям.

Средний уровень характерен для респондентов, которым свойственно сочетание как толерантных, так и интолерантных черт. В одних социальных ситуациях они ведут себя толерантно, в других могут проявлять интолерантность.

Люди, имеющие *низкий уровень* интолерантности обладают выраженными чертами толерантной личности. Также важно учитывать, что респонденты, попавшие в этот диапазон, могут демонстрировать высокую степень социальной желательности.

По степени выраженности интолерантности субшкалы распределились следующим образом:

1. «Толерантность – интолерантность как черта личности», включающая пункты, диагностирующие личностные черты, установки и

убеждения, которые в значительной степени определяют отношение человека к окружающему миру. По данной субшкале определяется наиболее высокий средний балл, что говорит о низком уровне интолерантности и преобладании толерантных качеств личности (средний балл – 29,25).

2. «Социальная толерантность – интолерантность» (средний балл – 23,55).

3. «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья (средний балл – 19,2).

4. «Этническая толерантность – интолерантность» (средний балл – 11,25) – самый низкий показатель, который свидетельствует о выраженности интолерантности к представителям других этнических групп и негативные установки в сфере межкультурного взаимодействия.

Нами выявлены проявления интолерантности родителей типично развивающихся детей:

– для всех родителей характерно сочетание как толерантных, так и интолерантных черт. В одних социальных ситуациях они ведут себя толерантно, в других могут проявлять интолерантность;

– субшкала «толерантность как черта личности», включающая пункты, диагностирующие личностные черты, установки и убеждения, которые в значительной степени определяют отношение человека к окружающему миру, более всего выражена и имеет наиболее высокий средний балл, что говорит о низком уровне интолерантности и преобладании толерантных качеств личности (средний балл – 29,25), также выявлено, что большинство респондентов (90%) хотели бы стать более терпимыми по отношению к другим, что говорит об активной личностной позиции и готовности изменяться;

– средний балл по субшкале «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья» составляет 19,2, что показывает средний уровень интолерантности. 35% испытуемых демонстрируют низкий

уровень интолерантности по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья, 5% – показывают высокую степень неприятия данной категории детей. Наименьший средний балл получило утверждение «К некоторым детям с ограниченными возможностями здоровья трудно относиться хорошо», что говорит о трудностях в принятии некоторых групп детей с ограниченными возможностями здоровья, особенно тех, чье поведение идет вразрез с принятыми в обществе нормами.

На основании вышеизложенного мы делаем вывод о том, что интолерантность родителей в большинстве случаев ситуативна и зависит от многих факторов, например от нозологической группы детей с ограниченными возможностями здоровья.

Все респонденты, как показывают результаты исследования, имеют средний уровень интолерантности, причем, у большинства уровень интолерантности находится в пределах от 80 до 96 баллов, что говорит о тенденции к преобладанию именно толерантных проявлений.

Большая часть респондентов имеют мотивацию для проявления толерантности.

Анализ полученных данных по методике Бойко В.В. «Диагностика общей коммуникативной толерантности» показал следующие результаты, которые сопоставимы с данными по предыдущей методике.

Родители типично развивающихся детей распределились по уровню коммуникативной толерантности в следующем соотношении: 20% показали средний уровень коммуникативной толерантности, что свидетельствует о нетерпимом отношении к некоторым типам партнёров; у 80% респондентов уровень коммуникативной интолерантности соответствует низкому уровню, что свидетельствует о достаточно высоком уровне коммуникативной толерантности, о терпимости личности ко многим типам партнеров практически во всех ситуациях, а также о достаточном понимании или

принятии индивидуальности других людей (см. рис. 3). Высокий уровень интолерантности не показал никто.

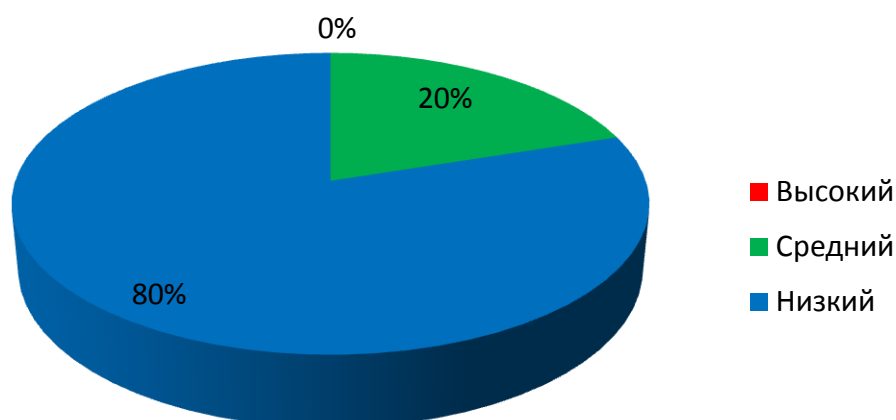


Рис. 3. Исследование общей коммуникативной толерантности всей выборки испытуемых

Исходя из таблицы 3, средний балл коммуникативной интолерантности 36,8 при максимально возможном балле 135 говорит о низком уровне коммуникативной интолерантности. Наиболее высокое значение наблюдается по следующим шкалам коммуникативной интолерантности: «Неумение прощать другому ошибки: вы не умеете прощать другому его ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности», «Стремление переделать, перевоспитать партнера по общению: вы стремитесь переделать, перевоспитать, изменить по вашему желанию своего собеседника», «Неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства: вы не умеете скрывать или хотя бы сглаживать неприятные чувства, возникающие при столкновении с некоммуникабельными качествами у партнеров», «Стремление подогнать других участников коммуникации под себя: вам хочется подогнать других к своему характеру, привычкам, притязаниям», «Неумение приспособливаться к другим участникам общения:

вы плохо приспосабливаетесь к характерам, привычкам или притязаниям других».

Таблица 3.

Степень выраженности коммуникативной интолерантности и родителей

№ п/п		Среднее значение	Max	Min
1.	Непринятие или непонимание	4,14	8	0
2.	Я - эталон	3,29	6	0
3.	Категоричность или консерватизм	4,29	9	0
4.	Неумение скрывать чувства	4,52	9	1
5.	Стремление к перевоспитанию	4,57	8	2
6.	Стремление подогнать под себя	4,43	8	0
7.	Неумение прощать	4,90	11	1
8.	Нетерпимость к дискомфорту	2,62	6	0
9.	Неумение приспосабливаться	4,42	8	2
	Коммуникативная интолерантность	36,8	62	17

Все показатели интолерантности родителей делятся на три группы в соответствии с выделенными выше компонентами интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья. Показатели первого – когнитивного компонента отражают непонимание и недостаточное осознание родителями проблем объекта. Показатели второго – эмоционального компонента отражают то, что родители испытывают неустойчивость чувств к объекту: раздражительность, эмоциональное реагирование, безразличие, агрессивность. Показатели третьего – коммуникативного компонента отражают предрасположенность к типу социального поведения, в основе которого лежит непринятие, отстраненность, манипулирование, агрессивное поведение.

Средние показатели выраженности негативных проявлений по компонентам интолерантности по всей группе выборки соответствуют низкому уровню (см. таблицу 4).

Таблица 4.

Степень выраженности негативных проявлений в компонентах
интолерантности

Компоненты интолерантности	Средний балл	Уровень интолерантности	Max	Min
Когнитивный	12	Низкий	23	2
Эмоциональный	6,9	Низкий	13	3
Коммуникативный	17,9	Низкий	30	6

Полученные результаты показывают, что в общем, все родители проявляют низкий уровень негативных проявлений в когнитивном, эмоциональном и коммуникативном компонентах. При этом можно отметить, что выраженность отдельных показателей у 40% испытуемых по коммуникативному компоненту соответствует среднему уровню, находится на среднем уровне, что говорит о трудностях в принятии несоответствующего представлением испытуемого поведения окружающих, их ошибок, причинения ими неприятностей, неумении или нежелании приспособливаться к другим участникам общения, избегания «странных», по мнению респондентов, людей. 20% родителей имеют средний уровень выраженности негативных проявлений в эмоциональном компоненте, что свидетельствует о раздражительности на людей, стремящихся отстаивать свою точку зрения жалобы о здоровье, эмоциональном реагировании на людей, причиняющих в чем-то дискомфорт, избегание неприятных в чем-то людей. 15 % респондентов не могут понять тех, кто отличается от них, реагируют на людей в соответствии со сложившимися у них стереотипами, не пытаются принять и понять особенности людей и ситуаций, в которые они попадают (см. рис. 4).

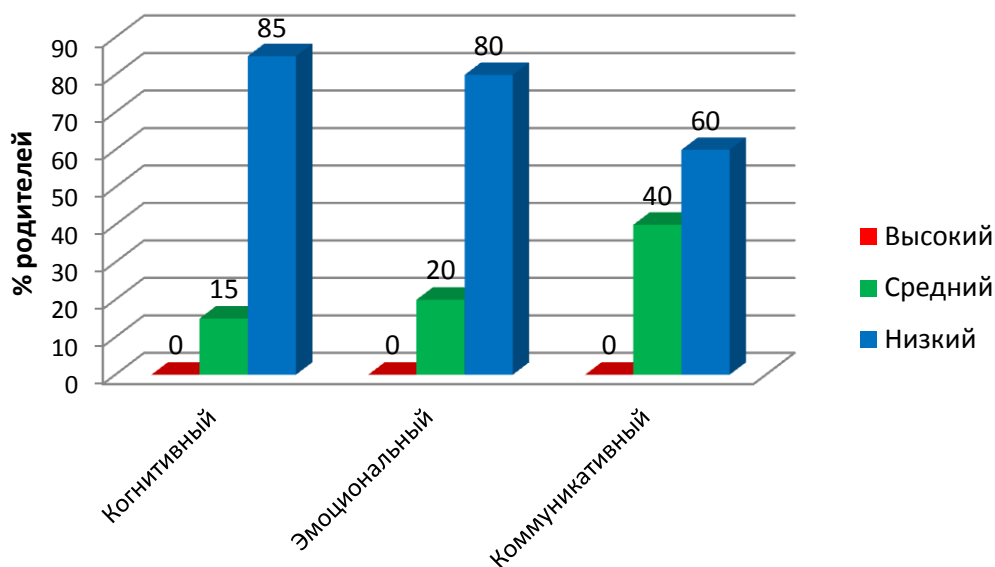


Рис. 4. Уровни выраженности негативных проявлений у родителей по компонентам интолерантности.

Анализ результатов обследования по методике «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми» (модифицированный тест Рене Жиля) показал, что родителям типично развивающихся детей присуще различное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья: положительное, нейтральное и отрицательное (см. таблицу 5).

Таблица 5.

Результаты диагностического исследования по методике «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми»

Характер отношения	Количество родителей	%
Положительное	7	35
Нейтральное	9	45
Отрицательное	4	20

Более подробные результаты диагностического исследования толерантного отношения родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья отражены в таблицах, представленных в приложении Ж.

Таким образом, у 35% (7) родителей типично развивающихся детей выявлено положительное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья, которое характеризуется в позитивно настроенном эмоциональном, эмпатийном отношении, принятии совместного обучения детей. Такие родители приветствуют общение своего ребенка с особым ребенком, как в ситуации свободного общения, так и в ситуации совместного обучения, признают за таким ребенком возможность адекватного, заинтересованного поведения. У 45 % (9) родителей нейтральное (безразличное) отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья, проявляемое во внешне положительной эмоциональной окраске отношения, но при общей отстраненности от ситуации совместного обучения разных детей, считая, что особенные дети чувствуют себя «не в своей тарелке», до конца не адаптируются в среде здоровых сверстников, у таких родителей нет четких представлений об особенностях и, главное, возможностях детей с ограниченными возможностями здоровья. Отрицательное (негативное) отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья определено у 20% (4) родителей, у них отсутствует положительная эмоциональная окраска во взаимоотношениях с представленной категорией детей, они не принимают ситуацию совместного обучения здоровых детей с детьми с ограниченными возможностями здоровья, имеют представления об особенном ребенке, как о невоспитанном, неадаптивном, мешающем обучению здоровых детей (см. рис. 5). Наиболее низкие баллы у родителей этой группы выявлены в «Ситуациях обучения и организованной деятельности детей» (см. рис. 6).

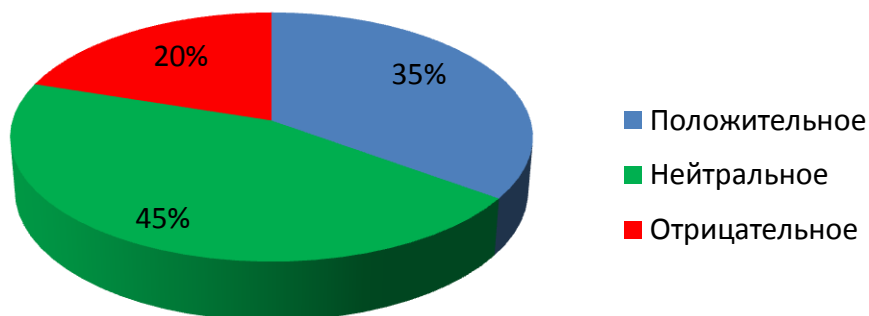


Рис. 5. Особенности интолерантного отношения родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья

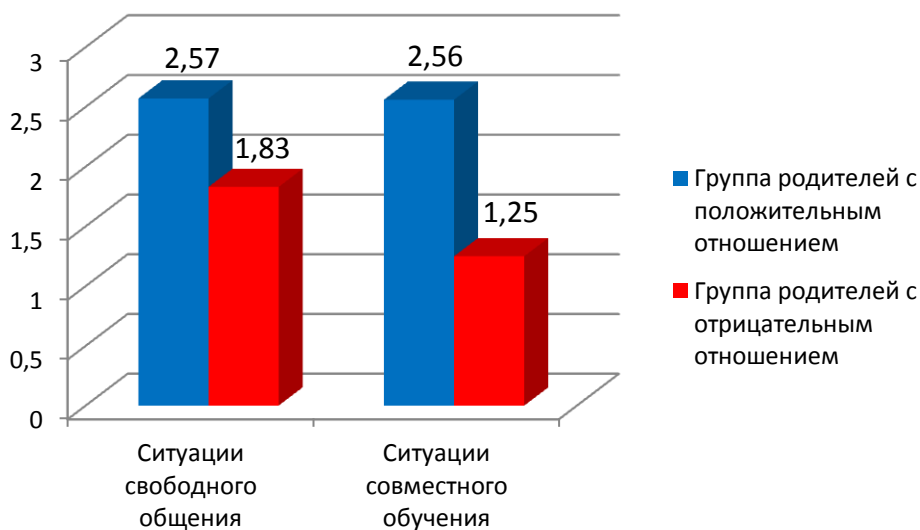


Рис. 6. Средние показатели отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в разных ситуациях родителей типично развивающихся детей.

Таким образом, сопоставив данные диагностических методик и проведя качественный анализ полученных результатов, мы пришли к выводу:

1. У всех родителей был выявлен средний уровень интолерантности, что говорит о том, что им свойственно сочетание как толерантных, так и

интолерантных черт. В одних социальных ситуациях они ведут себя толерантно, в других могут проявлять интолерантность.

2. 35% родителей (7) показали низкий уровень интолерантности по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья (показатели субшкалы «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья»). Эти родители готовы принять в качестве друга и одноклассника своего ребенка сверстника с ограниченными возможностями здоровья, считают, что ко всем детям с ограниченными возможностями здоровья (независимо от нозологии нарушений), можно относиться хорошо, а также могут допустить, что полная изоляция психически больных детей не всегда необходима. Также, уровень коммуникативной интолерантности у этих родителей соответствует низкому уровню (они входят в 80% родителей, у которых низкий уровень коммуникативной интолерантности). При этом выявлено, что у 5 (25%) из 7 родителей низкий уровень негативных проявлений по всем компонентам интолерантности (когнитивному, эмоциональному и коммуникативному), у 2 (10%) родителей средний уровень негативных проявлений наблюдается по одному из компонентов интолерантности – по когнитивному и коммуникативному, эмоциональный компонент представлен позитивными проявлениями. Нами выявлено, что у этих же родителей сформировано положительное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья, выявленное у 35% (7) родителей.

3. 20% родителей, имеющих отрицательное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья, интолерантность по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья (показатели субшкалы «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья») находится на среднем уровне (15% (3 – человека) или высоком уровне (5% – 1 человек), то есть с преобладанием негативных проявлений. Коммуникативная интолерантность выражена на среднем уровне у 20% (2) родителей, на низком уровне так же у 20% (2) родителей. У 10% родителей

средний уровень негативных проявлений по все трем компонентам интолерантности, при этом у остальных 10% - может отмечаться низкий уровень негативных проявлений по одному или двум компонентам – когнитивному и (или) эмоциональному. Коммуникативный компонент у всех родителей, показавших отрицательное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья на среднем уровне, что говорит о наличии в каких-то ситуациях или к каким-то отдельным нозологическим группам детей с ограниченными возможностями здоровья как негативных, так и позитивных проявлений.

4. У 45% родителей выявлено нейтральное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья, проявляемое во внешне положительной эмоциональной окраске отношения, но при общей отстраненности от ситуации совместного обучения разных детей, считая, что особенные дети чувствуют себя «не в своей тарелке», до конца не адаптируются в среде здоровых сверстников, у таких родителей нет четких представлений об особенностях и, главное, возможностях детей с ограниченными возможностями здоровья. Такие родители все имеют средний уровень интолерантности по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья (показатели субшкалы «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья»), следовательно, демонстрируют как толерантные, так и интолерантные проявления – не в полной мере могут принять ребенка с ограниченными возможностями здоровья в качестве друга и одноклассника своего ребенка, не согласны на совместное обучение здоровых детей с детьми с ограниченными возможностями здоровья по некоторым нозологиям. Коммуникативная интолерантность у респондентов данной выборки, в основном, на низком уровне, только у 5% (1) родителей средний уровень по этому показателю, выраженность негативных проявлений по компонентам интолерантности так же в основном на низком уровне (в 20% случаев

отмечается средний уровень негативных проявлений по эмоциональному или коммуникативному компоненту интолерантности). Более подробные данные представлены в таблицах в приложении И.

Для более детального изучения проявлений интолерантности нами были определены средние показатели видов и компонентов интолерантности у родителей типично развивающихся детей, проявивших положительное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья. Также определены средние показатели видов и компонентов интолерантности у родителей, проявивших отрицательное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Сравнительные данные показателей интолерантности у родителей были изучены для определения отличительных особенностей и степени выраженности интолерантности у родителей с разным отношением к детям с ограниченными возможностями здоровья – положительным и отрицательным.

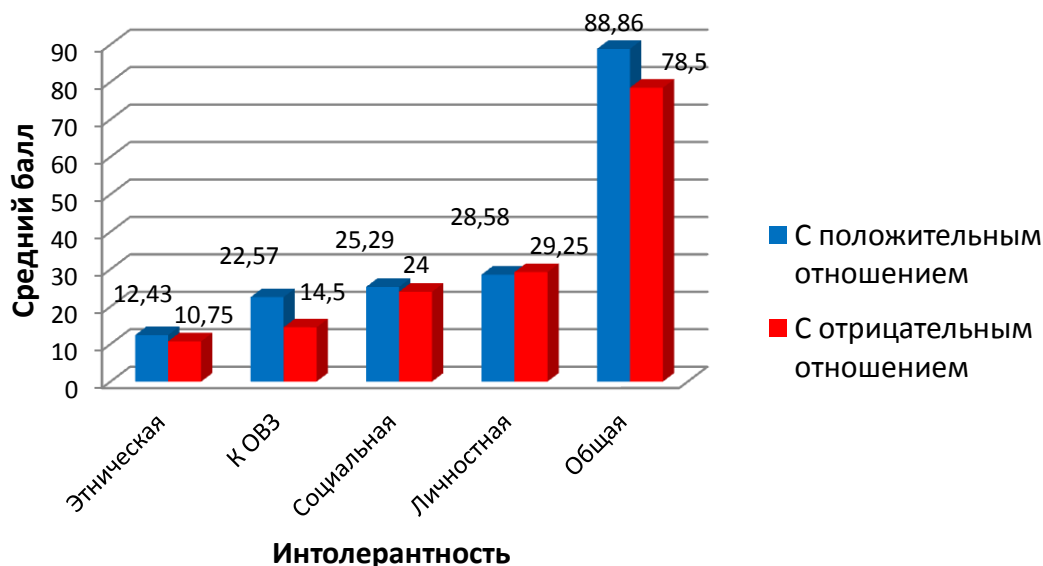


Рис. 7. Сравнительные балльные значения выраженности общей интолерантности и по отдельным субшкалам у родителей типично развивающихся детей с положительным и отрицательным отношением к детям с ограниченными возможностями здоровья.

На рисунке 7 представлены экспериментальные данные интолерантности у родителей, проявивших разное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья. Средние показатели группы родителей с положительным отношением по субшкале «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья» в 1,5 раза (на 36%) выше, чем показатели у родителей с отрицательным отношением, а согласно интерпретации используемой методики, чем выше полученные значения, тем более высокий уровень толерантности свойственен респондентам, следовательно, представители этой группы обладают выраженными чертами толерантной личности. Также, можно отметить, что в 1,15 (на 12%) раза выше показатели по субшкале «Этническая интолерантность - толерантность» и по общему уровню интолерантности, что тоже свидетельствует о более выраженной толерантности у родителей с положительным отношением к детям с ограниченными возможностями здоровья. При этом, данные по субшкалам «Социальная интолерантность – толерантность» и «Интолерантность – толерантность как личностная черта» показатели находятся примерно на одном уровне, что может говорить о том, что интолерантность у родителей обеих групп ситуативна и зависит от разных факторов, в том числе от категории групп, конкретных людей или ситуаций в которых они находятся.

Также мы сравнили средние баллы, показывающие степень выраженности негативных проявлений по компонентам интолерантности и коммуникативной интолерантности в целом (см. рис. 8).

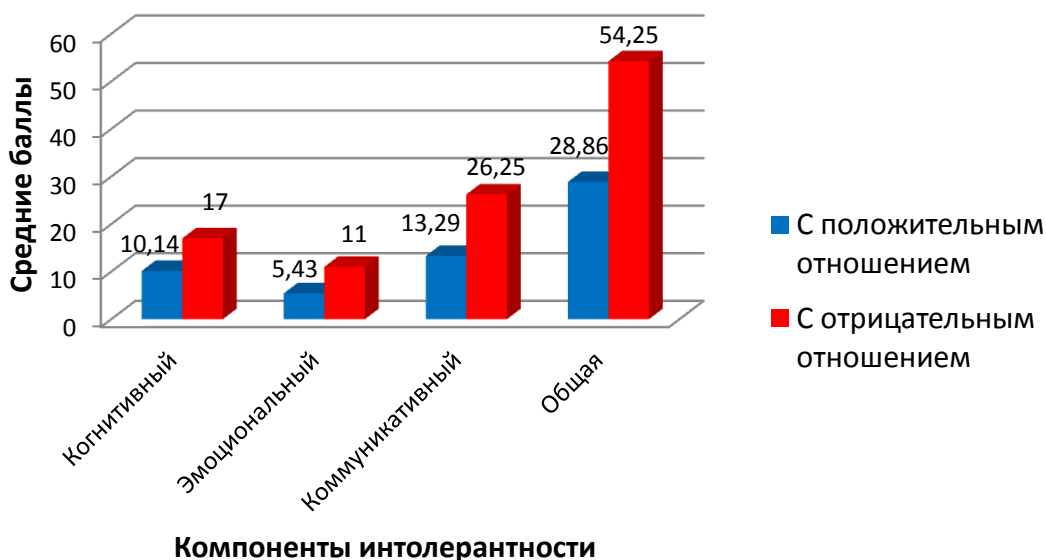


Рис. 8. Средние балльные значения выраженности негативных проявлений по компонентам интолерантности и общей коммуникативной интолерантности у родителей с разным отношением к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Согласно интерпретации показателей методики, по которой определялись представленные на рисунке 8 результаты, чем ниже балльные значения, тем более выражены позитивные проявления по компонентам интолерантности и более выражены толерантные тенденции. Несмотря на то, что общий уровень коммуникативной интолерантности у всех респондентов выявляется на низком или на среднем уровне, и отсутствуют явно выраженные интолерантные тенденции, у группы родителей с положительным отношением показатели по всем компонентам ниже, чем у родителей с отрицательным отношением к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Сравнительные показатели по результатам «Методики диагностики общей коммуникативной толерантности» (В.В. Бойко)

Компоненты интолерантности	Средний балл (родители с положительным отношением)	Средний балл (родители с отрицательным отношением)	Сравнение средних показателей
Когнитивный	10,14	17	меньше на 40%
Эмоциональный	5,43	11	меньше на 50%
Коммуникативный	13,29	26,25	меньше на 50%
Коммуникативная интолерантность	28,86	54,25	меньше на 53%

Согласно результатам, представленным в таблице 6, степень выраженности негативных проявлений по компонентам интолерантности на 50% меньше у группы родителей с положительным отношением к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Определив группу родителей с отрицательным отношением к детям с ограниченными возможностями здоровья, перед нами встала задача дальнейшего изучения проявлений по компонентам интолерантности у данной группы респондентов. Для соотнесения показателей между собой мы привели их к единой шкале, представив в виде процентного отношения к максимальному значению по каждому компоненту (см. рис. 9).

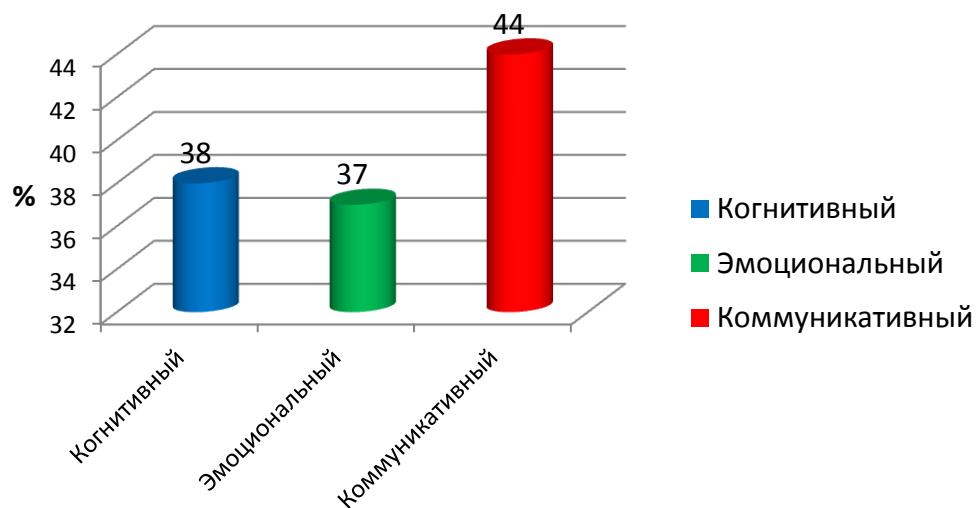


Рис. 9. Средние значения (%) сформированности компонентов интолерантности у родителей, проявивших отрицательное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, сравнив средние показатели сформированности представленных компонентов интолерантности, определено, что представленные выше компоненты интолерантности сформированы у данной группы родителей на среднем уровне. При этом, чем выше показатель, тем более выражены негативные проявления и менее представлены позитивные, толерантные качества. По рисунку 9 видно, что менее всего выражены позитивные проявления у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья по коммуникативному компоненту интолерантности, предполагающие настрой на сотрудничество. Также недостаточно выражены позитивные качества, характеризующие когнитивный и эмоциональный компонент толерантности (в противоположность толерантности).

Проанализировав и сравнив данные экспериментального исследования, мы можем сделать следующие выводы:

1. Высокой степени интолерантности не было обнаружено ни у одного родителя.

2. 100% родителей типично развивающихся детей, участвовавших в исследовании, имеют средний уровень интолерантности, что говорит о наличии как толерантных, так и интолерантных проявлений.

3. Не у всех родителей типично развивающихся детей в достаточной мере сформировано положительное толерантное отношение и преодолены негативные проявления по компонентам интолерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья.

4. 20% родителей типично развивающихся детей имеют отрицательное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья, особенно в ситуациях совместного обучения и организованной деятельности здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Исходя из полученных в ходе исследования данных, возникает необходимость организации работы по преодолению интолерантных проявлений к детям с ограниченными возможностями здоровья с родителями типично развивающихся детей. Это свидетельствует о необходимости использования в образовательных организациях, реализующих инклюзивное образование, методических рекомендаций, направленных на преодоление интолерантности и негативных проявлений ее компонентов через формирование положительного отношения у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья по всем компонентам интолерантности – толерантности, для повышения эффективности деятельности по созданию условий успешного образования детей с ограниченными возможностями здоровья и типично развивающихся детей.

2.3. Методические рекомендации по преодолению интолерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья у родителей типично развивающихся детей в условиях инклюзивного образования

С целью преодоления интолерантных проявлений у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья на данном этапе эксперимента нами были разработаны методические рекомендации, разграниченные по компонентам интолерантности.

Учитывая, что понятие интолерантности неразрывно связано с понятием толерантности и трактуется как его противоположность, мы разрабатывали методические рекомендации по преодолению интолерантности у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в направлении необходимости формирования у них положительных проявлений по компонентам интолерантности – толерантности, а именно в противопоставлении негативного позитивному:

- в когнитивном компоненте (непонимание и недостаточное осознание проблем объекта) – развитие понимания и осознания проблем интолерантности, представлений о том, что такое ограниченные возможности здоровья и инвалидность;

- в эмоциональном компоненте (неустойчивость чувств к объекту: раздражительность, эмоциональное реагирование, безразличие) – формирование эмоциональной устойчивости, понимания и принятия чужого мнения, толерантности как таковой, эмпатии;

- коммуникативный компонент (предрасположенность к типу социального поведения, в основе которого лежит неприятие, отстраненность, манипулирование, агрессивное поведение) – формирование предрасположенности к типу социального поведения, в основе которого

лежит понимание сотрудничества, принятие на себя ответственности, определение собственных действий по разрешению возникающих проблем.

Структурно-содержательная схема методических рекомендаций по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, показывающая основные направления деятельности педагогов, представлена на рисунке 10.



Рис. 10. Структурно-содержательная схема методических рекомендаций по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Организуя работу по преодолению интолерантности в когнитивном аспекте, отмечаем, что непринятие ситуации совместного обучения здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья в большинстве случаев происходит из-за непонимания и незнания того, что обучение таких детей не заключается в том, что ребенка без подготовки вводят в общеобразовательный класс, заставляют учить то же, что учат типично развивающиеся обучающиеся, а он, испытывая трудности в освоении этого материала, начинает сопротивляться, выражая это неадекватным поведением и агрессивностью. Для профилактики возникновения и предотвращения уже имеющегося непонимания сущности инклюзивного образования в первую очередь необходимо сделать акцент на формировании у родителей когнитивного компонента толерантности. Под когнитивным компонентом педагогической толерантности мы понимаем осознание и принятие родителем неполноты и субъективности собственных представлений и своей картины мира в отношении инклюзивного образования и детей с ограниченными возможностями здоровья, их психофизических особенностей и особых образовательных потребностей. Формирование когнитивной стороны толерантности можно осуществлять посредством мини-лекций, дискуссий, тематических бесед, семинаров-практикумов, создание информационных роликов, главной целью которых будет являться повышение компетентности родителей. Мини-лекция послужит средством для теоретической подачи новой информации об индивидуально-личностных особенностях обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, специальных условиях инклюзивного образования, которая затем будет отрабатываться в практических упражнениях. Основным результатом мини-лекции – слушающие родители получают новую информацию о данной категории детей, их индивидуальных особенностях, о характере дефекта, и его влиянии на развитие ребенка, и, главное, о его возможностях, и условиях, в которых комфортно будет учиться всем обучающимся. В ходе мини-лекции

будет формироваться позитивная установка на то, что все сказанное педагогом или психологом действительно будет соответствовать реальности. Например, если до мини-лекции у родителей были лишь сложившиеся в обществе стереотипы представления о детях с ограниченными возможностями здоровья, то после мини-лекции, благодаря новым знаниям, у участников появится возможность сменить своё отношение и понять важность полученной информации для ее использования при взаимодействии как с собственными детьми, так и с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Материал в ходе мини-лекции должен быть подан таким образом, чтобы родителям захотелось использовать полученную информацию, применить на практике то, что они узнали.

Помимо выше представленного метода, рекомендуется в рамках изучаемой темы использовать метод дискуссии, понимаемый как коллективный или фронтальный метод непосредственного общения с целью обмена знаниями по проблеме, выяснения истинности различных мнений. Дискуссия стимулирует познавательные потребности родителей, развивает их творческое начало, что помогает более глубокому усвоению знаний. Дискуссия будет способствовать предоставлению участникам возможности получить разнообразную информацию друг от друга, проверить и уточнить собственные представления и взгляды на обсуждаемую проблему, применить имеющиеся знания в процессе совместного решения проблемных ситуаций. Дискуссия требует тщательной предварительной подготовки педагога, психолога, который должен представить различные точки зрения по обсуждаемому вопросу, например, представить участникам информацию о толерантных и интолерантных людях, их личностных характеристиках, их влиянии на восприятие обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и о прогнозе возможных последствий.

Как одного из способов в рамках деятельностного подхода, интересно использование совместного со своими детьми создания информационных

роликов о ситуациях инклюзивного образования, об особенностях взаимодействия с отдельными нозологическими группами детей с ограниченными возможностями здоровья, об особенностях инклюзивного этикета. Помогая детям или организуя себя и детей на такую деятельность, и родителями и детьми усвоение и присвоение информации происходит в естественных условиях, непосредственно, и, таким образом, задерживается надолго и применяется уже в практических ситуациях.

Одной из форм работы по развитию когнитивного компонента является создание библиотеки для родителей по типу «буккроссинга» и привлечение их к чтению рекомендуемой специалистами литературы

По завершению описанных выше техник, родители будут готовы к следующему этапу – практическим упражнениям, которые следуют за мини-лекцией, дискуссией, совместной деятельности по поиску информации и направлены на отработку практических навыков.

Практические техники в работе с родителями по изучаемой проблеме рекомендуется применять при формировании эмоционального и коммуникативного компонентов толерантности.

Эмоциональный компонент характеризуется эмоциональной устойчивостью при восприятии детей с ограниченными возможностями, толерантностью в значении принятия и понимания, проявлением эмпатии. Например, при несформированности эмоционального компонента толерантности, родитель в условиях инклюзивного образования может проявлять раздражение по отношению к ребенку, демонстрирующему несоответствующее общепринятым меркам поведение, отношение, проявления, демонстрировать неспособность к сочувствию и сопереживанию, проявлять безразличие, равнодушие при контакте с такими детьми, а также непонимание своих собственных чувств по отношению к данной категории детей, их эмоциональном неприятии. Для профилактики и устранения негативных проявлений эмоционального компонента

интолерантности нами предлагается использовать психологический тренинг, под которым понимается технология психологического воздействия на личность родителя, осуществляемая в единстве и последовательности процессов обучения, коррекции и развития. Его целью определяется формирование эмоциональной устойчивости у родителей, позволяющей им быть эмоционально стабильными в проблемных ситуациях, возникающих при становлении инклюзивного образования; формирование установок понимания и принятия чужого мнения, толерантности, эмпатии; улучшение отношения родителей к детям с ограниченными возможностями здоровья, осознание, что ребенок с ограниченными возможностями здоровья такой же, как и типично развивающиеся дети, и должен иметь равные права и возможности. В общем виде можно представить задачи тренинга по повышению эмоциональной устойчивости, которые определяются, как осознание интерперсонального контекста собственной личности; точное распознавание и вербализация собственных эмоций; переживание и осознание прошлого эмоционального опыта, получение нового опыта в группе родителей; формирование навыков эффективной саморегуляции.

При формировании эмоционального компонента толерантности у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья необходимо следовать определенным принципам:

- принцип целенаправленности, предполагающий, что при формировании качества, основой которого является активная социальная позиция и психологическая готовность, возможно только при наличии мотивации и при осознании родителем того, зачем именно ему необходимо это качество (личная цель), и осознании значимости для общества (социальная цель). Единство целей педагога и родителя является одним из факторов успешности формирования толерантности;

- принцип уважительного отношения к родителю, независимо от его позиции или мировоззрения, при формировании толерантности этот принцип

приобретает двойную значимость: уважая и принимая, не обязательно соглашаясь, позицию и мнение другого, мы показываем пример толерантного отношения к человеку с иным взглядом на мир;

- принцип опоры на положительное основывается на том, что мы должны видеть и поддерживать личность, готовую к самоизменениям и самореализации, актуализировать положительные проявления, позитивный социальный опыта.

Следует познакомить родителей с различными психологическими понятиями, необходимыми для успешной самореализации (личность, характер, воля, темперамент, эмоции, саморегуляция, эмпатия, эмоциональная устойчивость, толерантность, интолерантность и др.); применять блок разминок и психологических упражнений, направленных на снятие психологических защит, устранение эмоционального напряжения; распознавание, анализ, моделирование эмоциональных состояний в разных ролевых ситуациях с использованием технических и дидактических средств; обучение обратной связи через вербальные и невербальные упражнения; проигрывание заданий на закрепление полученных навыков для их переноса в повседневную жизнь; освоение психологических приемов по эмоциональной саморегуляции.

Также для развития позитивных качеств эмоционального компонента толерантности большое значение имеют совместные детско-родительские мероприятия, позволяющие в совместной деятельности актуализировать эмоциональные связи, положительные эмоции, совместное чувствование сопереживание. Этому может способствовать организация совместных для родителей и детей, как здоровых, так и с ограниченными возможностями здоровья, праздников, конкурсов, выставок детского творчества, фотоэкспозиций, «Дня одного ребенка», культпоходов, экскурсий позволяющих привлечь внимание к проблеме инклюзивного образования,

реализация социальных проектов, направленных на формирование толерантного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Формирование эмоционального компонента тесно связано с развитием коммуникативной сферы родителя. Под коммуникативным компонентом толерантности понимается предрасположенность к такому типу социального поведения, основой которого являются понимание, сотрудничество, умение толерантно взаимодействовать с детьми с ограниченными возможностями здоровья. При формировании данного компонента можно применять технику анализа проблемных ситуаций, под которой следует понимать реальную обстановку, в которой будут приниматься решения о способах взаимодействия и воздействия на решение проблемных или конфликтных ситуаций, связанных с совместным образованием типично развивающихся детей и детей с ограниченными возможностями здоровья. Данную технику также можно рассматривать как проблемную ситуацию, представляющую психическое состояние познавательного и практического затруднения, характеризующегося осознанием родителем необходимости устранения непонимания по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья, пути преодоления которых родителю неизвестны. Предлагается применять в использование распространенные алгоритмы анализа проблемных ситуаций.

1. Прежде всего, следует *понять психологический смысл описанной ситуации (опишите ситуацию с точки зрения уровня развития личности ребенка, его жизненного опыта, взглядов, позиции), провести анализ ситуации (умение анализировать ситуацию, определить, в чём она заключается). Проанализировать, разделить на составные части. Ответить на такие вопросы, как: «Что дано?», «Что есть (что произошло, кто участвовал в событии, где оно произошло)?», «Что нужно?».*

2. *Выявить имеющиеся противоречия и сформулировать проблему, причины её возникновения (Что предшествовало возникновению ситуации?).*

Вычленив психологическую проблему: в чем сущность конфликта, что нужно сделать, чтобы разрешить его? Характер проблем: социальная, психолого-педагогическая, этическая и т. д. Сформулировать реально существующее или назревающее противоречие, к которому ведет описанная ситуация. Выяснить или предположить истоки представленного конфликта.

3. *Определить психологическую цель (планируемый результат, которого хотелось бы достичь в данной ситуации).*

4. *Выдвинуть гипотезу решения проблемы. Сформулировать несколько вариантов решения проблемы, эффективного поведения родителя в этом случае.*

5. *Сделать выбор и обосновать оптимальный вариант решения проблемы в данной ситуации.*

6. *Выбрать возможные дальнейшие действия.*

Ключевым моментом таких ситуаций может являться то, что дети с ограниченными возможностями здоровья не приспособляются к правилам и условиям инклюзивного образования, а включаются в жизнь на своих собственных условиях, которые необходимо научиться принимать и учитывать. В ходе осуществления анализа психологических ситуаций у родителей будет развиваться стремление к повышению своей компетентности во взаимодействии с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Самый главный результат в использовании данной техники – это формирование родительской компетентности, которая поможет эффективно общаться с собственным ребенком, конструктивно разрешать конфликты в семейной ситуации, комфортно чувствовать себя при любых обстоятельствах, создавать благоприятный климат в общении с детьми.

Выбор техники анализа проблемных ситуаций будет выступать в качестве приоритетного метода на данном этапе, способствовать развитию коммуникативных, рефлексивных навыков.

Также, для формирования ответственного коммуникативного поведения, понимания того, что могут сделать родители типично развивающихся детей для детей с ограниченными возможностями здоровья, можно применять проведение социально-значимых акций, в которых родители будут активными организаторами и участниками. Важно устанавливать и сохранять позитивные традиции, связанные с общением и взаимодействием всех участников образовательных отношений, в которых активная роль будет принадлежать детям и родителям.

Примерные сценарии тренинга и совместного детско-родительского мероприятия предложены в приложениях К, Л.

Таким образом, представленные выше методические рекомендации позволяют определить направления и содержание деятельности по преодолению интолерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья родителей типично развивающихся детей посредством мини-лекций, дискуссий, совместного создания информационных роликов, тренинговых занятий, совместных детско-родительских мероприятий, анализа проблемных ситуаций, проведения социально-значимых акций, традиций, которые будут приводить в систему знания по данной тематике у родителей типично развивающихся детей и позволят предотвратить у них интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования, что, несомненно, эффективно отразится на успешной социализации представленной категории детей в образовательной организации, и будет способствовать их дальнейшему развитию и совершенствованию.

Выводы по II главе

Составлением комплекса методик и изучением интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья путем выявления ее проявлений в данном исследовании решалась его вторая задача.

Данная задача предполагала работу по организации изучения интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья с помощью трех подобранных и модифицированных методик:

1. Экспресс-опросник «Уровень интолерантности» (модифицированный экспресс-опросник «Индекс толерантности» Г.У.Солдатовой, О.А.Кравцовой, О.Е. Хухлаева, Л.А.Шайгеровой).

2. Методика Бойко В.В. «Диагностика общей коммуникативной толерантности», модифицированная.

3. Методика «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми» (модифицированный тест Рене Жиля).

Исследованием было охвачено 20 родителей типично развивающихся детей от 7 до 11 лет, обучающихся в условиях инклюзивного образования в общеобразовательных школах, и проводилось оно на базе муниципального бюджетного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание», расположенного в Октябрьском районе города Красноярска Красноярского края.

Исследование интолерантности родителей типично-развивающихся детей к детям с ОВЗ показало:

1. 100% родителей типично развивающихся детей имеют средний уровень интолерантности, что говорит о наличии как толерантных проявлений, так и интолерантных.

2. 20% родителей (4) имеют отрицательное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья, особенно к ситуации совместного обучения или организованной деятельности здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья.

3. Указанные выше компоненты интолерантности сформированы у группы родителей с отрицательным отношением к детям с ограниченными

возможностями здоровья на среднем уровне. При этом, чем выше показатель, тем более выражены негативные проявления и менее представлены позитивные, толерантные качества. Отмечено, что менее всего выражены позитивные проявления у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья по коммуникативному компоненту интолерантности, предполагающие настрой на сотрудничество. Также недостаточно выражены позитивные качества, характеризующие когнитивный и эмоциональный компонент толерантности (в противоположность толерантности).

Исходя из полученных в ходе исследования данных, возникает необходимость организации работы по преодолению интолерантных проявлений к детям с ограниченными возможностями здоровья с родителями типично развивающихся детей.

Методические рекомендации по направлениям и содержанию деятельности по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья включают в себя: описание возможных направлений деятельности; описание содержание используемых методов и техник, содержат примерные сценарии тренинга и совместного детско-родительского мероприятия.

Заключение

Изучение интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, проведенное нами, имеет теоретическую и практическую значимость и основывается на актуальности рассматриваемого вопроса.

Актуальность определяется, прежде всего, новой нормативно-правовой базой образования детей с ограниченными возможностями здоровья (новый Федеральный закон № 273-ФЗ «Об образовании в РФ», федеральные государственные образовательные стандарты НОО обучающихся с ОВЗ, образования обучающихся с интеллектуальными нарушениями, дающие право на получение инклюзивного образования всем обучающимся с ограниченными возможностями здоровья), во-вторых – необходимостью преодоления интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в связи с неготовностью к обучению своих детей вместе с детьми с ограниченными возможностями здоровья, а также недостаточностью научно-практических исследований, позволяющих выстроить работу в образовательной организации по разрешению данной проблемы.

Поэтому свою работу мы посвятили изучению интолерантности родителей здоровых детей к детям с ограниченными возможностями здоровья и поиску оптимальных направлений и содержания деятельности по преодолению интолерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья родителей типично развивающихся детей.

В соответствии с поставленной проблемой определена цель исследования – изучить интолерантность родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья и разработать методические рекомендации по преодолению интолерантности родителей

типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

Достижению поставленной цели способствовали следующие шаги (задачи исследования):

1. Изучить проблему интолерантности в психологии и интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

2. Составить комплекс методик для изучения интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

3. Провести эмпирическое исследование, выявляющее проявления интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

4. Разработать методические рекомендации по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования с учетом диагностических показателей выраженности ее компонентов.

В первой главе мы представили проанализированный теоретический материал по проблеме интолерантности в психологии и интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования. Результатом анализа литературных источников стало обобщение сведений по проблеме интолерантности в психологии и интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования; а также обоснование и описание подходов к поиску оптимальных направлений и содержания деятельности по преодолению интолерантности к детям с ограниченными возможностями

здоровья родителей типично развивающихся детей, что и составило теоретическую значимость исследования.

Проведение эмпирического исследования по выявлению проявлений интолерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья родителей типично развивающихся детей, организовано нами в рамках решения второй задачи исследования.

Данная задача предполагала работу по организации изучения интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья с помощью трех подобранных и модифицированных методик:

1. Экспресс-опросник «Уровень интолерантности» (модифицированный экспресс-опросник «Индекс толерантности» Г.У.Солдатовой, О.А.Кравцовой, О.Е. Хухлаева, Л.А.Шайгеровой).

2. Методика Бойко В.В. «Диагностика общей коммуникативной толерантности», модифицированная.

3. Методика «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми» (модифицированный тест Рене Жиля).

Исследованием было охвачено 20 родителей типично развивающихся детей от 7 до 11 лет, обучающихся в условиях инклюзивного образования в общеобразовательных школах, и проводилось оно на базе муниципального бюджетного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание», расположенного в Октябрьском районе города Красноярска Красноярского края.

Далее мы проанализировали и сравнили результаты эмпирического исследования по разным методикам для их дальнейшего использования при разработке методических рекомендаций.

Исследование интолерантности родителей типично-развивающихся детей к детям с ОВЗ показало:

1. 100% родителей типично развивающихся детей имеют средний уровень интолерантности, что говорит о наличии как толерантных проявлений, так и интолерантных.

2. 20% родителей (4) имеют отрицательное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья, особенно к ситуации совместного обучения или организованной деятельности здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья.

3. Указанные выше компоненты интолерантности сформированы у группы родителей с отрицательным отношением к детям с ограниченными возможностями здоровья на среднем уровне. При этом, чем выше показатель, тем более выражены негативные проявления и менее представлены позитивные, толерантные качества. Отмечено, что менее всего выражены позитивные проявления у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья по коммуникативному компоненту интолерантности, предполагающие настрой на сотрудничество. Также недостаточно выражены позитивные качества, характеризующие когнитивный и эмоциональный компонент толерантности (в противоположность толерантности).

Исходя из полученных в ходе исследования данных, возникает необходимость организации работы по преодолению интолерантных проявлений к детям с ограниченными возможностями здоровья с родителями типично развивающихся детей.

Методические рекомендации по направлениям и содержанию деятельности по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья включали в себя: описание возможных направлений деятельности по преодолению интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья с учетом ее компонентов: когнитивного, эмоционального, коммуникативного; описание содержания

используемых методов и техник, содержат примерные сценарии тренинга и совместного детско-родительского мероприятия.

Материалы исследования представляют собой оконченное исследование, проведенное в соответствии с поставленными целью, задачами, этапами.

Гипотеза, выдвинутая перед началом практической части исследования, подтверждена результатами экспериментального исследования, проведенным изучением интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, доказано, что у родителей типично развивающихся детей имеются проявления интолерантности, входящие в состав ее компонентов, к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования, что требует организации деятельности по преодолению интолерантности у родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Библиографический список

1. Алехина С.В. Инклюзивное образование для детей с ограниченными возможностями здоровья // Современные образовательные технологии в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: монография / Н.В. Новикова, Л.А. Казакова, С.В. Алехина / под общ. ред. Н.В. Лалетина; Сиб. Федер. ун-т, Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева [и др.]. Красноярск, 2013. – С. 71 – 95.
2. Алёхина С.В. Образование через призму инклюзии. // Материалы Международной научно-практической конференции «Инклюзивное образование: проблемы, поиски, решения», 21-23 сентября 2011 г., г. Якутск.
3. Алехина С.В. Развитие инклюзивного образования в свете нового Закона «Об образовании в Российской Федерации»// Бюллетень Учебно-методического объединения вузов Российской Федерации по психолого-педагогическому образованию. – 2013. – № 1 (4). – С. 73 – 79.
4. Алтухова, Т.А. Новая наука: опыт, традиции, инновации: Международное научное периодическое издание по итогам Международной научно-практической конференции (24 апреля 2016 г, г. Омск). / В 3 ч. Ч.2 – Стерлитамак: АМИ, 2016. – 180 с.
5. Андреева Г.М. Социальная психология: учебник для вузов / Г. М. Андреева. – Москва: Аспект Пресс, 2006.
6. Апанасюк Л.А. Психолого–педагогические факторы реализации социально–культурных программ преодоления ксенофобии в молодежной среде / Л. А. Апанасюк // Вестник Тамбовского университета. Серия Гуманитарные науки. – 2012. – № 6 (110). – С. 153–158.
7. Арпентьева М.Р. Метатехнология понимания и проблемы интеграции инвалидов в жизнь общества // Социальное здоровье: проблемы и решения. – 2014. – № 2. – С. 58 – 70.

8. Асмолов А.Г. Историческая культура и педагогика толерантности / А. Г. Асмолов // Мемориал. – 2001. – № 24. – С. 61–63.
9. Асмолов А.Г. Толерантность в общественном сознании России. – М.: ИЭАРАЮ, 1998.
10. Асмолов А.Г. Толерантность как культура XXI века / А. Г. Асмолов // Толерантность: объединяем усилия: учебное пособие: сб. науч. тр. / Московск. гос. ун–т. – Москва, 2002. – С. 165–181.
11. Безлюева Г.В. Толерантность: взгляд, поиск, решение: учебник / Г. В. Безлюева, Г. М. Шеламова. – Москва: Вербум–М, 2003. – 168 с.
12. Бердяев Н.А. О назначении человека. – М.: Республика, 1993. – 383 с.
13. Битянова М.Р. Социальная психология / М. Р. Битянова. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб.: ПИТЕР, 2008. – 368 с.
14. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Филинь, 1996. – 472 с.
15. Братченко С.Л. Межличностный диалог и его основные атрибуты // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М., 1997. – с. 201 – 222.
16. Братченко С.Л. Образование: ненасилие, толерантность и гуманитарная экспертиза / С.Л. Братченко // Межкультурный диалог: исследования и практика. – Москва: Центр СМИ МГУ им. Ломоносова, 2004. – С. 172–182.
17. Братченко С.Л. Психологические основания исследования толерантности в образовании// Педагогика развития. Материалы 9-й науч.-практ. конф., Красноярск: Краснояр. гос. ун-т, 2003. С. 104 – 117.
18. Геворкян М.М. Концептуальные подходы к проблеме толерантности / М. М. Геворкян // Толерантность в современном обществе: опыт междисциплинарных исследований: сб. науч. статей / Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2011. – С. 48 – 52.

19. Гурина О.Д. Психологические особенности формирования ксенофобских установок [Электронный ресурс] / О. Д. Гурина // Психология и право. – 2011. – № 4. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n4/49301.shtml>.

20. Гурьянов А.М. Педагогические условия формирования толерантности у учителей физической культуры в системе повышения квалификации: автореф. канд. пед. наук: 13.00.08 / Гурьянов Андрей Михайлович. – Ульяновск, 2010. – 22 с.

21. Гусейнова Э.М. Основные подходы к изучению понятия толерантности в отечественной и зарубежной науке. // Молодой ученый. – 2014. – № 21. – С. 626 – 629.

22. Декларация принципов толерантности // Век толерантности: Научно- публицистический вестник. М., 2001. № 1

23. Дороничева А.С., Машевская С.М. Формирование толерантного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья в социуме. // Материалы V Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум» URL: <http://www.scienceforum.ru/2013/77/4492>.

24. Жигунова Г.В. Интолерантность в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательной среде / Г.В. Жигунова // Гуманизация образования. – Сочи: Издательство: Международный инновационный университет. – 2010. - № 1. – С. 24 – 29.

25. Зимбули А.Е. Почему терпимость и какая терпимость? // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. б. – 2003. – в.3. (№ 20) – С. 22 – 28.

26. Зиновьев Д.В. Повышение педагогического мастерства будущего педагога на основе формирования социокультурной толерантности. Дисс. канд. пед. наук, Красноярск – 2000.

27. Зиновьев Д.В. Социокультурная толерантность – ее сущностные характеристики. / Д.В. Зиновьев // Парадигма. – 1998. – №1. – С. 50 – 61.

28. Зыкова Н.В., Шаукенова Э.Ш. Психопрофилактика интолерантности подростков по отношению к людям с ограниченными возможностями здоровья // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – № 3 (март). – С. 91–95. URL: <https://e-koncept.ru/2016/16057.htm>.

29. Иванова Н.Л. Социальная идентичность в различных социокультурных условиях // Вопросы психологии, 2004. – № 4. – С. 65–75.

30. Иванова Н.Л. Социальная идентичность и профессиональное становление личности. М. – Ярославль, МАПН – «Аверс-Пресс», 2005. – 168 с.

31. Качалай Е.М., Фоминых Е. С. Формирование толерантного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья как актуальная проблема инклюзивного образования. // Воспитание и обучение: теория, методика и практика: материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 20 март 2016 г.). В 2 т. Т. 1 / редкол.: О. Н. Широков и др. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. – С. 95 – 97.

32. Кожухарь Г.С. Проблема толерантности в межличностном общении / Г. С. Кожухарь // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 3–12.

33. Кольцова Е.Ю., Таратута Е.Е. Измерение толерантности // Журнал социологии и социальной антропологии. 2003. – Т. VI. – № 4. – С. 113 – 129.

34. Комогоров П.Ф. Формирование толерантности в межличностных отношениях студентов высшего учебного заведения. Дисс. канд. пед. наук., Курган. – 2000. – 189 с.

35. Крутова К.В. Формирование у старшеклассников отношения к толерантности как социально значимой ценности в обучении гуманитарным дисциплинам. Дисс. канд. пед. наук. – Волгоград, 2002. – 231 с.

36. Куликова Т.И. Педагогическая толерантность как фактор преодоления стереотипов о детях с ограниченными возможностями здоровья.

// Адаптация личности в современном мире: Межвуз. сб. науч. тр. / под ред. М.В. Григорьевой. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2012. – Вып. 5. – С. 166 – 171.

37. Лакиз К.С., Гакаме Ю.Д. Проблема формирования социальной толерантности у младших школьников в инклюзивном образовании // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 37. – С. 276–280. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/95678.htm>.

38. Лебедева Н. М. Теоретико-методологические основы исследования этнической идентичности и толерантности в поликультурных регионах России и СНГ// Идентичность и толерантность. М.: Изд-во Ин-та этнологии и антропологии РАН, 2002. – С.10–35.

39. Лекторский В.А. О толерантности, плюрализме и критицизме // Вопросы философии, 2002. – №11. – С. 46 – 54.

40. Леонтьев Д.А. К операционализации понятия «толерантность» / Д.А. Леонтьев // Вопросы психологии, 2009. – № 5. – С. 3–16.

41. Леонтьев Д.А. Очерки психологии личности. – М.: «Смысл», 1993. – 93 с.

42. Магометова Е.В. Толерантность как принцип культуры. Дисс. канд. фил. наук. – Ростов-на-Дону, 2000. – 133 с.

43. Макарова, И. А. Инклюзивное образование, толерантность, эмпатия: грани пересечения. // Актуальные задачи педагогики: материалы IV междунар. науч. конф. (г. Чита, октябрь 2013 г.). – Чита: Издательство Молодой ученый, 2013. – С. 129 – 132.

44. Маланчук И.Г. Речь как психический процесс: монография. – изд. 2-е., доп. – Красноярск, 2013. – 358 с.

45. Малый энциклопедический словарь. Издатели: Ф.А. Брокгауз (Лейпциг), И.А. Ефрон (С.-Петербург). С.-Петербург. Типография Акц. Общ. «Издательское ДЪЛО» Брокгауз – Ефрон, 1909.

46. Мацковский М. Толерантность как объект социологического исследования // Век толерантности: Научно-публицистический вестник. – М.: МГУ, 2001. – Вып. 3–4. – (электронный ресурс) [URL: http://www.tolerance.ru/vek-tol/](http://www.tolerance.ru/vek-tol/)
47. Методологические и методические проблемы контент-анализа. Вып. 1-2. – М.: 1973. – С. 24–45.
48. На пути к толерантному сознанию. / Отв. редактор д. псих. наук А.Х. Асмолов. – М., Смысл, 2000. – С. 7 – 13.
49. Нурлигаянова О.Б. Психологическое содержание педагогической толерантности как профессионально важного качества учителя. Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Ярославль 2006. – с. 188
50. Образование для всех? Региональный мониторинговый доклад. UNICEF. Florence. № 5. 1998. С. 58-67
51. Ожегов С.И. Словарь русского языка: ок. 57000 слов / под ред. Н.Ю. Шведовой. – 14-е изд., стереотип. – М.: рус. яз., 1983. – 816 с.
52. Петтай И. Взаимная толерантность эстонцев и неэстонцев // Интеграция эстонского общества. Мониторинг 2000. Таллинн, 2000. – С. 6 – 10.
53. Писаревская М.А. Формирование толерантного отношения к детям с ограниченными возможностями в условиях инклюзивного образования. – Краснодар: Краснодарский ЦНТИ, 2013. – 132 стр.
54. Постановление правительства Российской Федерации от 25 августа 2001 г. № 629 «О федеральной целевой программе «Формирование установок толерантного сознания и профилактика экстремизма в российском обществе (2001-2005 годы)» Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/1586359/>.
55. Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой. – М.: Смысл, 2008. – 172 с.

56. Рябова А.А. «Журналистика как инструмент социальной интеграции людей с инвалидностью» Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/zhurnalistika-kak-instrument-sotsialnoi-integratsii-lyudei-s-invalidnostyu#ixzz50nOn0NyH>.
57. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2002.
58. Скрябина О.Б. Педагогические условия формирования коммуникативной толерантности у старшеклассников. Автореф. дисс. ... канд. пед. наук. – Кострома, 2000. – 24 с.
59. Солдатова Г.У. Жить в мире с собой и другими: тренинг толерантности для подростков / Г.У. Солдатова, Л.А. Шайгерова, О.Д. Шарова. – М.: Генезис, 2000. – 112 с.
60. Солдатова Г.У. Межэтническая напряженность. – М.: Смысл, 1998. – 196 с.
61. Сольнин Н.Э. Основные подходы к определению понятия «толерантность». // Ярославский педагогический вестник, 2009. – № 4 (61). – С. 178 – 181.
62. Столин В.В. Опросник самоотношения / В.В. Столин, С.Р. Пантилеев // В кн.: Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы. М., 1988. – С. 123–130.
63. Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы». Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70183566/#ixzz50nNGVyBw>.
64. Уолцер М. О терпимости. – М.: Идея-Пресс, 2000. – 160 с.
65. Фадеева Т.Ю. Формирование толерантности у будущих педагогов-психологов в образовательном процессе вуза // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия «Педагогика и психология». 2011. – № 2 (5). С. 194 – 198.

66. Шабанов Л.В., Лапшин В.В. Пара «толерантность – интолерантность» как регулятор взаимоотношений этнических субкультур // Вестник Томского государственного педагогического университета. – Выпуск № 2, 2009. – Серия: Рубрика: Общая психология. – С. 100-104
67. Шалагинова К.С. Психолого-педагогическое сопровождение родителей при переходе к инклюзивному образованию // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: Материалы международной научно-практической конференции (20 – 22 июня 2011 г., Москва) / Моск. гор. психол.-пед. Ун-т; Редкол.: С. В. Алехина и др. – М.: МГППУ, 2011. – С. 103 – 105.
68. Шалагинова К.С. Работа со здоровыми детьми по преодолению барьеров и стереотипов в отношении инвалидности как условие успешного перехода к инклюзивному образованию. // Вестник практической психологии образования. – 2013. – № 3. – С. 13 – 19.
69. Шапарь В.Б., Практическая психология. Психодиагностика отношений между родителями и детьми. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 432 с.
70. Шемякина О. Эмоциональные преграды во взаимопонимании культурных общностей (заметки историка о межгрупповой враждебности). // Общественные науки и современность, 1994. – №4. – с. 104 – 114.
71. Щеколдина С. Д. Тренинг толерантности. – М.: «Ось-89», 2004 – 80 с.
72. Экспресс-опросник «Индекс толерантности» (Г.У. Солдатова, О.А. Кравцова, О.Е. Хухлаев, Л.А. Шайгерова) // Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г.У. Солдатовой, Л.А. Шайгеровой. – М.: Смысл, 2008. – С. 46-51.
73. Ящук С.Л. Место толерантности в системе отношений личности / С. Л. Ящук // Толерантность в современном мире: опыт междисциплинарных исследований: сб. науч. тр. – Ярославль, 2011. – С. 101–103.

**Анкета для родителей
о совместном обучении здоровых детей
и детей с ограниченными возможностями здоровья**

Уважаемые родители, Вы, очевидно, знаете, что есть здоровые дети и с ограниченными возможностями здоровья (нарушениями речи, зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития, нарушениями интеллекта, расстройством аутистического спектра). В ряде стран существует практика совместного (инклюзивного) обучения и воспитания детей обеих групп. Просим Вас высказать свое мнение относительно возможности совместного обучения здоровых детей и с ограниченными возможностями здоровья. Анализ Вашего мнения позволит подойти к решению этой проблемы в нашем учреждении.

Как заполнять анкету

Анкета состоит из вопросов, имеющих варианты ответов. Вам надо выбрать тот вариант ответа, который соответствует Вашему мнению, и обвести номер выбранного варианта кружком. Если Вы не найдете вариант, соответствующий Вашему мнению, то напишите свой ответ. В анкете есть и другие вопросы. Чтобы ответить на них, Вам нужно написать свое мнение. Просим Вас не пропускать ни одного вопроса и быть искренними. Фамилию указывать не надо. Результаты будут использоваться в обобщенном виде.

Заранее благодарим Вас за ответы.

1. Как часто Вы встречаете в общественных местах детей или молодых людей с ограниченными возможностями здоровья?

1. Постоянно
2. Часто

3. Когда как
4. Редко
5. Никогда не встречал(а)

2. *Как, по Вашим наблюдениям, относятся к таким детям люди в обществе?*

1. Очень доброжелательно
2. Скорее доброжелательно
3. Нейтрально
4. Скорее недоброжелательно
5. Крайне недоброжелательно

3. *Как Вы относитесь к лицам с ограниченными возможностями здоровья?*

1. Лучше, чем к здоровым людям
2. Так же, как и к другим людям
3. Хуже, чем к здоровым людям
4. Затрудняюсь ответить

4. *Каким образом может быть решена проблема приспособления детей с ограниченными возможностями здоровья к жизни общества?*

1. Надо воспитывать их отдельно от других детей;
2. Такие дети должны расти и развиваться вместе со здоровыми детьми;
3. Затрудняюсь ответить;

4. Другой вариант (напишите)

5. *В какой мере Вы можете представить себя на месте человека с ограниченными возможностями, почувствовать то, что чувствуют они?*

(ответ дайте по 10-балльной шкале, где **1** – совсем не можете представить, а **10** – отлично представляете себя на месте такого человека)

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

6. Испытываете ли Вы при виде детей-инвалидов следующие чувства?

№	Наименование	Нет	Да	Затрудняюсь ответить
1.	Любопытство			
2.	Сострадание			
3.	Сочувствие			
4.	Жалость			
5.	Дискомфорт			
6.	Неприязнь			
7.	Брезгливость			
8.	Отвращение			
9.	Страх			

7. Представьте, что Вашему ребенку придется взаимодействовать с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Какие формы взаимодействия Вы считаете допустимыми?

№	Вариант ответа	С детьми с нарушениями зрения	С детьми с нарушениями слуха	С детьми с нарушениями речи	С детьми с нарушениями движения	С детьми с нарушениями интеллекта	С детьми с задержкой психического развития	С детьми с аутизмом
1	Близкая дружба							
2	Совместные игры во дворе, на улице							
3	Совместное общение после занятий: в кружках, секциях							
4	Совместная							

	учёба в одном классе, воспитание в одной группе д/с							
5	Учёба в одной школе, воспитание в д/с							
6	Только случайное общение на улице							
7	Буду препятствовать общению							

8. В какой мере, по Вашему мнению, необходимо включать детей-инвалидов в полноценную жизнь общества? (ответ дайте по 10-балльной шкале, где **1** - нужно изолировать лиц с ограниченными возможностями от общества, а **10** - необходимо полностью интегрировать данных детей в общество)

1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**

9. Где, по Вашему мнению, должны учиться лица с ограниченными возможностями здоровья?

1. В обычном образовательном учреждении
2. В специализированном учреждении
3. Дома
4. Затрудняюсь ответить
5. Другое _____

10. Обучение каких детей с ограниченными возможностями здоровья возможно, по Вашему мнению, в условиях общеобразовательной школы:

№	Нозологические группы	Возможно обучение	Не возможно	Не знаю
1.	Дети с нарушением слуха			
2.	Дети с нарушением зрения			
3.	Дети с нарушением речи			
4.	Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата			
5.	Дети с нарушениями интеллекта			
6.	Дети с аутизмом			

11. Как Вы считаете, имеются ли необходимые условия в Вашей школе для обучения в ней детей-инвалидов?

1. Имеются в полной мере
2. Имеются частично
3. Отсутствуют
4. Затрудняюсь ответить

12. Какие положительные моменты для здоровых детей могут возникнуть в процессе совместного обучения, воспитания? (можно отметить несколько вариантов ответов)

1. Здоровый ребёнок станет добрее;
2. Здоровый ребёнок научится помогать другим;
3. Здоровый ребёнок получит опыт сочувствия, сострадания;
4. Здоровый ребёнок научится быть терпимым;
5. Это сблизит педагогов и детей;
6. Это расширит представления здорового ребёнка о жизни общества;
7. Нет положительных моментов.

13. Какие отрицательные моменты для здоровых детей могут возникнуть в процессе совместного обучения, воспитания? (можно отметить несколько вариантов ответов)

1. У здоровых детей снизится интерес к учёбе;
2. Снижение успеваемости и темпа развития здоровых детей;

3. Возникновение конфликтов в детском коллективе;
4. Уменьшение внимания к здоровым детям со стороны педагогов, воспитателей;
5. Ухудшится самочувствие здоровых детей;
6. Нет отрицательных моментов;
7. Другое (напишите) _____

14. Как Вам кажется, какие положительные моменты для ребёнка с особыми нуждами и его родителей возникнут в случае совместного обучения, воспитания? (можно отметить несколько вариантов)

1. Ребёнок с детских лет научится взаимодействовать со здоровыми детьми;
2. Он может получить дополнительную поддержку со стороны сверстников;
3. Ребёнок будет чувствовать себя более полноценно, участвуя в жизни детского коллектива наравне со здоровыми детьми;
4. Общаясь со здоровыми детьми, ребёнок будет более активно развиваться;
5. Для родителей факт обучения их ребёнка в обычной школе, детском саду – положительно скажется на их психическом самочувствии;
6. У ребёнка появятся широкие возможности проявить свои способности в различных видах деятельности, общения;
7. Нет положительных моментов.

15. Как Вам кажется, какие отрицательные моменты для ребёнка с особыми потребностями и его родителей возникнут в случае совместного обучения, воспитания? (можно отметить несколько вариантов)

1. Ребёнок не сможет проявить себя в среде здоровых детей;
2. Учебная нагрузка, рассчитанная на здоровых детей, усугубит физическое и психическое здоровье детей данной категории;
3. Плохое отношение со стороны здоровых сверстников;

4. Ребёнок не будет успевать в учёбе и играх за здоровыми детьми, и это снизит его самооценку, уверенность в себе;
5. Внимание педагогов, воспитателей будет недостаточным для усвоения материала ребёнком с особыми потребностями ;
6. У родителей ребёнка с особыми нуждами возникнут дополнительные заботы, связанные с совместным обучением;
7. Нет отрицательных моментов;
8. Другой вариант (напишите) _____

16. При каких условиях, на Ваш взгляд, возможно введение системы совместного обучения здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях? (можно отметить несколько вариантов ответов)

1. Сокращение числа учащихся в классах, воспитанников в группах;
2. Увеличение количества педагогов;
3. Увеличение времени занятий;
4. Дополнительное финансирование;
5. Постройка пандусов, специальных приспособлений и т.д.;
6. Специальное оборудование кабинетов;
7. Разработка специальных образовательных программ;
8. Дополнительная подготовка педагогов;
9. Подготовка общественного мнения;
10. Затрудняюсь ответить;
11. Другие условия (напишите) _____

17. Как Вы считаете, какими дополнительными умениями и навыками должны владеть педагоги, воспитатели, работающие в образовательных учреждениях, где совместно обучаются, воспитываются здоровые дети и дети с особыми нуждами? (Можно отметить несколько вариантов ответа)

1. Они просто должны любить детей и быть терпимыми;

2.Необходимы специальные знания особенностей развития детей с ОВЗ;

3.Необходимы дополнительные медицинские знания;

4.Нужны навыки оказания поддержки, предотвращения конфликтов;

5.Затрудняюсь ответить;

6.Другие (напишите)_____

18. *Что бы Вы могли сделать для таких детей?* _____

19. *Каков ребенок-инвалид в Вашем представлении?*

Ребенок-инвалид – это человек, который _____

Мы благодарим Вас за участие в исследовании
и желаем Вам успехов в воспитании Ваших детей!

Приложение Б.

«Экспресс-опросник «Уровень интолерантности»

(модификация экспресс-опросника «Индекс толерантности» Г. У. Солдатовой, О. А. Кравцовой, О. Е. Хухлаева, Л. А. Шайгеровой)

Инструкция: Оцените, пожалуйста, насколько вы согласны или не согласны с приведенными утверждениями, и в соответствии с этим поставьте галочку или любой другой значок напротив каждого утверждения.

№	Утверждения	Абсолютно не согласен	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Согласен	Полностью согласен
1.	В средствах массовой информации может быть представлено любое мнение						
2.	В смешанных браках обычно больше проблем, чем в браках между людьми одной национальности						
3.	Если друг предал, надо отомстить ему						
4.	К кавказцам станут относиться лучше, если они изменят свое поведение						
5.	В споре может быть правильной только одна точка зрения						
6.	Нищие и бродяги сами виноваты в своих проблемах						
7.	Нормально считать, что твой народ лучше, чем все остальные						
8.	С неопрятными людьми неприятно общаться						
9.	Даже если у меня есть свое мнение, я готов выслушать и другие точки зрения						
10.	Всех психически больных детей необходимо изолировать от общества						
11.	Я готов принять в качестве одноклассников моего ребенка детей с инвалидностью						
12.	Беженцам надо помогать не больше, чем						

	всем остальным, так как у местных проблем не меньше						
13.	Если кто-то поступает со мной грубо, я отвечаю тем же						
14.	Я хочу, чтобы среди друзей моего ребенка были дети с ограниченными возможностями здоровья						
15.	Для наведения порядка в стране необходима «сильная рука»						
16.	Приезжие должны иметь те же права, что и местные жители						
17.	Человек, который думает не так, как я, вызывает у меня раздражение						
18.	К некоторым детям с ограниченными возможностями здоровья трудно хорошо относиться						
19.	Беспорядок меня очень раздражает						
20.	Любые религиозные течения имеют право на существование						
21.	Я могу представить ребенка с инвалидностью близким другом моего ребенка						
22.	Я хотел бы стать более терпимым человеком по отношению к другим						

Обработка результатов. Для количественного анализа подсчитывается общий результат, без деления на субшкалы. Каждому ответу на прямое утверждение присваивается балл от 1 до 6 («абсолютно не согласен» – 1 балл, «полностью согласен» – 6 баллов). Ответам на обратные утверждения присваиваются реверсивные баллы («абсолютно не согласен» – 6 баллов, «полностью согласен» – 1 балл). Затем полученные баллы суммируются.

Номера прямых утверждений: 1, 9, 11, 14, 16, 20, 21, 22.

Номера обратных утверждений: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19.

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

22-60 – высокий уровень интолерантности (низкий уровень толерантности). Такие результаты свидетельствуют о высокой интолерантности человека и наличии у него выраженных интолерантных установок по отношению к окружающему миру и людям.

61-99 – средний уровень интолерантности (средний уровень толерантности). 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 – низкий уровень интолерантности (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).

Для качественного анализа аспектов толерантности можно использовать разделение на субшкалы:

1. «Этническая толерантность – интолерантность»: 2, 4, 7.

До 8 баллов – высокий уровень интолерантности

9-13 баллов – средний уровень

14 и более баллов – низкий уровень интолерантности

2. «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья»: 10, 11, 14, 18, 21.

До 13 баллов – высокий уровень интолерантности

14-21 баллов – средний уровень

22 и более баллов – низкий уровень интолерантности

3. «Социальная толерантность – интолерантность»: 1, 6, 8, 12, 15, 16, 20.

До 19 баллов – высокий уровень интолерантности

20-31 – средний уровень

32 и более баллов – низкий уровень интолерантности

4. «Толерантность – интолерантность как черта личности»: 3, 5, 9, 13, 17, 19, 22.

До 19 баллов – высокий уровень интолерантности

20-31 – средний уровень

32 и более баллов – низкий уровень интолерантности

Субшкала «Этническая толерантность» выявляет отношение человека к представителям других этнических групп и установки в сфере межкультурного взаимодействия. Субшкала «Толерантность к детям с ОВЗ» показывает отношение человека к детям, имеющим ограниченные возможности здоровья, инвалидность. Субшкала «Социальная толерантность» позволяет исследовать толерантные и интолерантные проявления в отношении различных социальных групп (меньшинств, преступников), а также изучать установки личности по отношению к некоторым социальным процессам. Субшкала «Толерантность как черта личности» включает пункты, диагностирующие личностные черты, установки и убеждения, которые в значительной степени определяют отношение человека к окружающему миру.

**Методика диагностики общей коммуникативной толерантности
(В.В. Бойко)**

Методика диагностики общей коммуникативной толерантности, предложенная В.В. Бойко позволяет диагностировать толерантные и интолерантные установки личности, проявляющиеся в процессе общения.

Согласно автору методики, коммуникативная толерантность, или толерантность в общении, подразделяется на ситуативную, типологическую, профессиональную и общую. Уровень ситуативной толерантности определяется отношением человека к конкретному партнеру по общению (супругу, коллеге, случайному знакомому), типологической – отношением к собирательному типу или группе людей (представителям какой-либо национальности, профессии, социального слоя). Профессиональная коммуникативная толерантность проявляется в рабочей обстановке, во взаимодействии с теми людьми, с которыми приходится иметь дело по роду деятельности (клиентами, пациентами). Общая коммуникативная толерантность обусловлена жизненным опытом, свойствами характера, нравственными принципами и в значительной мере предопределяет другие формы коммуникативной толерантности.

Ниже представлены пункты опросника, сгруппированные в 9 шкал. Бланк предъявляется респондентам без названий шкал.

Бланк методики

Инструкция: Оцените, насколько приведенные ниже суждения верны по отношению к Вам. При ответе используйте баллы от 0 до 3, где:

- 0 – совсем неверно,
- 1 – верно в некоторой степени,
- 2 – верно в значительной степени,

3 – верно в высшей степени.

Шкала 1. Неприятие или непонимание индивидуальности другого человека

№	Утверждения	Баллы
1.	Медлительные люди обычно действуют мне на нервы	
2.	Меня раздражают суетливые, непоседливые люди	
3.	Шумные детские игры я переношу с трудом	
4.	Оригинальные, нестандартные, яркие личности чаще всего действуют на меня отрицательно	
5.	Безупречный во всех отношениях человек насторожил бы меня	
Всего:		

Шкала 2. Использование себя в качестве эталона при оценке поведения и образа мыслей других людей.

№	Утверждения	Баллы
6.	Меня обычно выводит из равновесия несообразительный собеседник	
7.	Меня раздражают любители поговорить	
8.	Меня затрудняет разговор с безразличным для меня попутчиком в поезде (самолете), начатый по его инициативе	
9.	Я бы тяготился разговорами случайного попутчика, который уступает мне по уровню знаний и культуры	
10.	Мне трудно найти общий язык с партнерами иного интеллектуального уровня, чем у меня	
Всего:		

Шкала 3. Категоричность или консерватизм в оценках других людей

№	Утверждения	Баллы
11.	Современная молодежь вызывает неприятные чувства своим внешним видом (прически, косметика, наряды)	
12.	Так называемые “новые русские” обычно производят	

	неприятное впечатление либо бескультурьем, либо рвачеством	
13.	Представители некоторых национальностей в моем окружении откровенно мне несимпатичны	
14.	Есть тип мужчин (женщин), который я не выношу	
15.	Терпеть не могу деловых партнеров с низким интеллектуальным или профессиональным уровнем	
		Всего:

Шкала 4. Неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными качествами партнеров

№	Утверждения	Баллы
16.	Считаю, что на грубость надо отвечать тем же	
17.	Мне трудно скрыть, если человек мне чем-либо неприятен	
18.	Меня раздражают люди, стремящиеся в споре настоять на своем	
19.	Мне неприятны самоуверенные люди	
20.	Обычно мне трудно удержаться от замечания в адрес озлобленного или нервного человека, который толкается в транспорте	
		Всего:

Шкала 5. Стремление переделать, перевоспитать партнеров

№	Утверждения	Баллы
21.	Я имею привычку поучать окружающих	
22.	Невоспитанные люди возмущают меня	
23.	Я часто ловлю себя на том, что пытаюсь воспитывать кого-либо	
24.	Я по привычке постоянно делаю кому-либо замечания	
25.	Я люблю командовать близкими	
		Всего:

Шкала 6. Стремление подогнать партнера под себя, сделать его «удобным»

№	Утверждения	Баллы
26.	Меня раздражают старики, когда они в час пик оказываются в городском транспорте или в магазинах	
27.	Жить в номере гостиницы с посторонним человеком для меня просто пытка	
28.	Когда партнер не соглашается в чем-то с моей правильной позицией, то обычно это раздражает меня	
29.	Я проявляю нетерпение, когда мне возражают	
30.	Меня раздражает, если партнер делает что-то по-своему, не так, как мне того хочется	
Всего:		

Шкала 7. Неумение прощать другим ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности.

№	Утверждения	Баллы
31.	Обычно я надеюсь, что моим обидчикам достанется по заслугам	
32.	Меня часто упрекают в ворчливости	
33.	Я долго помню обиды, нанесенные мне теми, кого я ценю или уважаю	
34.	Нельзя прощать сослуживцам бестактные шутки	
35.	Если деловой партнер непреднамеренно заденет мое самолюбие, я на него, тем не менее, обижусь	
Всего:		

Шкала 8. Нетерпимость к физическому или психическому дискомфорту, создаваемому другими людьми

№	Утверждения	Баллы
36.	Я осуждаю людей, которые плачутся в чужую жилетку	
37.	Внутренне я не одобряю своих знакомых, которые при	

	удобном случае рассказывают о своих болезнях	
38.	Я стараюсь уходить от разговора, когда кто-нибудь начинает жаловаться на свою семейную жизнь	
39.	Обычно я без особого внимания выслушиваю исповеди друзей (подруг)	
40.	Мне иногда нравится позлить кого-нибудь из родных или друзей	
		Всего:

Шкала 9. Неумение приспособливаться к характеру, привычкам и желаниям других

№	Утверждения	Баллы
41.	Как правило, мне трудно идти на уступки партнерам	
42.	Мне трудно ладить с людьми, у которых плохой характер	
43.	Обычно я с трудом приспособливаюсь к новым партнерам по совместной работе	
44.	Я стараюсь не поддерживать отношения с несколькими странными людьми	
45.	Чаще всего я из принципа настаиваю на своем, даже если понимаю, что партнер прав	
		Всего:

Обработка результатов:

По каждой шкале подсчитывается общая сумма баллов. Максимальное число баллов по каждой шкале – 15, общее по всем шкалам – 135. Чем выше число набранных респондентом баллов, тем выше степень его нетерпимости к окружающим. В среднем опрошенные набирают: воспитатели дошкольных учреждений – 31 балл, медсестры – 43, врачи – 40 баллов. Рассмотрение ответов по отдельным шкалам позволяет выявить наиболее характерные

аспекты и тенденции проявления коммуникативной толерантности и интолерантности.

Чем больше баллов, тем ниже уровень коммуникативной толерантности, что свидетельствует об абсолютной нетерпимости к окружающим и высокой вероятности конфликтов. Обратите внимание на то, по каким поведенческим блокам получены высокие суммарные оценки. Чем больше баллов по конкретному признаку, тем меньше испытуемый терпит к людям в данном аспекте отношений с ними, и ему сложнее наладить эффективный процесс общения. Напротив, чем меньше оценки по тому или иному поведенческому признаку, тем выше уровень общей коммуникативной толерантности по данному аспекту отношений.

Возьмем за основу тот факт, что максимальное число баллов 135, таким образом:

- 45 баллов и ниже – высокий уровень толерантности (низкий уровень интолерантности),

- от 46 до 85 – средний уровень,

- от 86 до 125 – низкий уровень толерантности (высокий уровень интолерантности),

- от 126 до 135 – очень высокая степень интолерантности (полное неприятие окружающих).

Расшифровка блоков:

1. Неприятие или непонимание индивидуальности человека: вы не умеете либо не хотите понимать или принимать индивидуальные особенности других людей.

2. Использование себя в качестве эталона при оценках других: оценивая поведение, образ мыслей или отдельные характеристики людей, вы рассматриваете в качестве эталона самого себя.

3. Категоричность или консерватизм в оценках людей: вы категоричны или консервативны в оценках людей, вам не хватает гибкости и широты кругозора.

4. Неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства: вы не умеете скрывать или хотя бы сглаживать неприятные чувства, возникающие при столкновении с некоммуникабельными качествами у партнеров.

5. Стремление переделать, перевоспитать партнера по общению: вы стремитесь переделать, перевоспитать, изменить по вашему желанию своего собеседника.

6. Стремление подогнать других участников коммуникации под себя: вам хочется подогнать других к своему характеру, привычкам, притязаниям.

7. Неумение прощать другому ошибки: вы не умеете прощать другому его ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности.

8. Нетерпимость к дискомфортным (болезнь, усталость, отсутствие настроения) состояниям партнера по общению: вы не терпимы к физическому или психическому дискомфорту, в котором оказался другой.

9. Неумение приспосабливаться к другим участникам общения: вы плохо приспосабливаетесь к характерам, привычкам или притязаниям других.

Для получения количественных показателей уровней выраженности характеристик по каждой шкале возьмем за основу тот факт, что максимальное число баллов по шкале составляет 15, таким образом:

- 5 баллов и ниже – низкий уровень проявления негативных аспектов коммуникации (низкий уровень интолерантности),

- от 6 до 10 – средний уровень,

- от 11 до 15 – высокий уровень проявления негативных аспектов коммуникации (высокий уровень интолерантности).

«Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми»

(модифицированная методика Рене Жилия «Фильм-тест», представленного в русскоязычной адаптации И. Н. Гильяшевой, Н. Д. Игнатъевой)

Перед началом работы с методикой испытуемому сообщается, что от него ждут ответов на вопросы по картинкам. Родитель должен выбрать расположение ребенка с ограниченными возможностями здоровья и своего ребенка в соответствии с заданием к каждому изображению, указав их место разными метками, которые должны быть обговорены заранее, чем будет отличаться пометка собственного ребенка и другого ребенка – цветом или формой.

Методика состоит из 6 заданий – картинок. Заданиям присвоены соответственно номера 1, 2, 3, 4, 5, 6, и они отнесены к двум категориям:

- «Ситуация свободного общения детей» - задания № 1, 2.
- «Ситуация обучения и организованной деятельности детей» - задания № 3, 4, 5, 6.

Интерпретация результатов методики позволяет определить отношение родителя к ребенку с ограниченными возможностями здоровья и его местом в обществе здоровых детей:

- чем дальше находится ребенок от педагога или от детей, тем меньше он адаптировался в среде сверстников и недостаточно принят детьми и педагогами, что будет косвенно указывать и на неприятие такого ребенка родителем типично развивающихся детей;

- выбор ребенка с ограниченными возможностями здоровья, совпадающий с обозначенным на изображении ребенком с неадекватным или

агрессивным поведением показывает негативное отношение к нему со стороны родителя здорового ребенка с изображенным ребенком с нейтральной или индифферентной позицией – неоднозначным отношением к нему родителя, с заинтересованной или активной позицией – принятие такого ребенка родителем;

- чем ближе расположены дети – собственный ребенок родителя и ребенок с ограниченными возможностями здоровья, тем более принимающее отношение к нему демонстрирует родитель, чем дальше собственный ребенок от ребенка с ОВЗ, тем более нейтральную или негативную позицию занимает родитель.

Для количественной оценки результатов методики нами были выбраны критерии и соответствующие баллы, представленные в таблице:

Баллы	Критерии методики		
	Расположение ребенка с ОВЗ в пространстве	Расположение здорового ребенка и ребенка с ОВЗ относительно друг друга	Ассоциация ребенка с ОВЗ с изображенным ребенком с определенным поведением
	1	2	3
3	Нахождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в центре детей	Близкое расположение детей – собственного ребенка родителя и ребенка с ограниченными возможностями здоровья	Выбор ребенка с ограниченными возможностями здоровья совпадает с изображенным ребенком с заинтересованной или активной позицией
2	Нахождение ребенка с ограниченными возможностями на границе, очерчивающей большинство детей	Расположение детей неподалеку или через предметы	Выбор ребенка с ограниченными возможностями здоровья совпадает с изображенным ребенком с нейтральной или индифферентной позицией

1	Нахождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья за границей большинства детей	Расположение детей далеко друг от друга	Выбор ребенка с ограниченными возможностями здоровья совпадает с обозначенным на изображении ребенком с неадекватным или агрессивным поведением
---	---	---	---

- 3 балла характеризуют отношение родителя типично развивающегося ребенка к ребенку с ОВЗ как благоприятное, *положительное*, отражающееся в позитивно настроенном эмоциональном, эмпатийном отношении, принятии совместного обучения детей.

- 2 балла свидетельствуют об отношении родителя к данной категории детей как *нейтральное*, как безразличное, проявляемое во внешне положительной эмоциональной окраске, но отстраненном поведении.

- 1 балл говорит об отношении родителя к детям с ОВЗ, как *отрицательном*, негативно настроенном отношении, с отсутствующей положительной эмоциональной окраской, неприятии ситуации совместного обучения, представлении о ребенке с ограниченными возможностями здоровья, как о невоспитанном, неадаптивном, мешающем обучению здоровых детей.

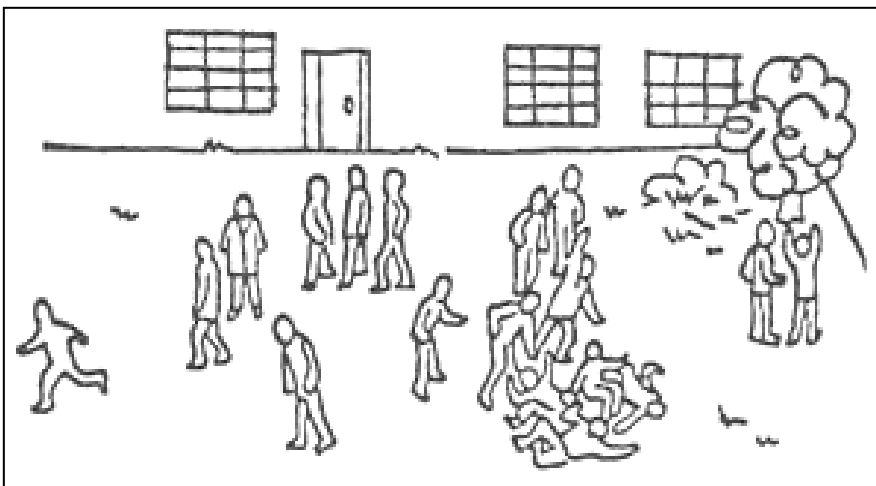
Диапазон баллов для определения характера отношения к ребенку с ограниченными возможностями здоровья следующий:

- от 1 до 1,6 баллов – отрицательное отношение,
- от 1,7 до 2,3 баллов – нейтральное отношение,
- от 2,4 до 3 баллов – положительное отношение

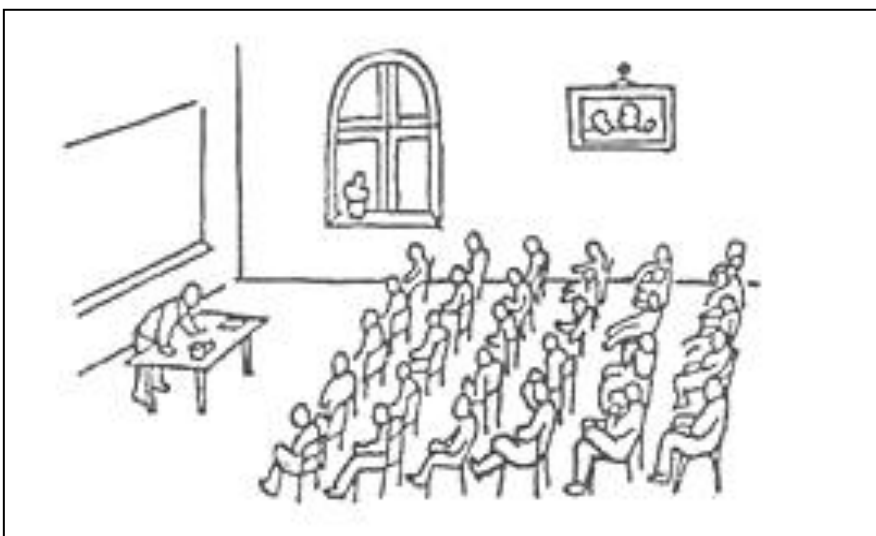
Стимульный материал к методике
«Определение отношения к детям с ограниченными возможностями
здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми»



1. Это площадка для игр. Обозначьте, где находится ребенок с ОВЗ, а где находится Ваш ребенок.



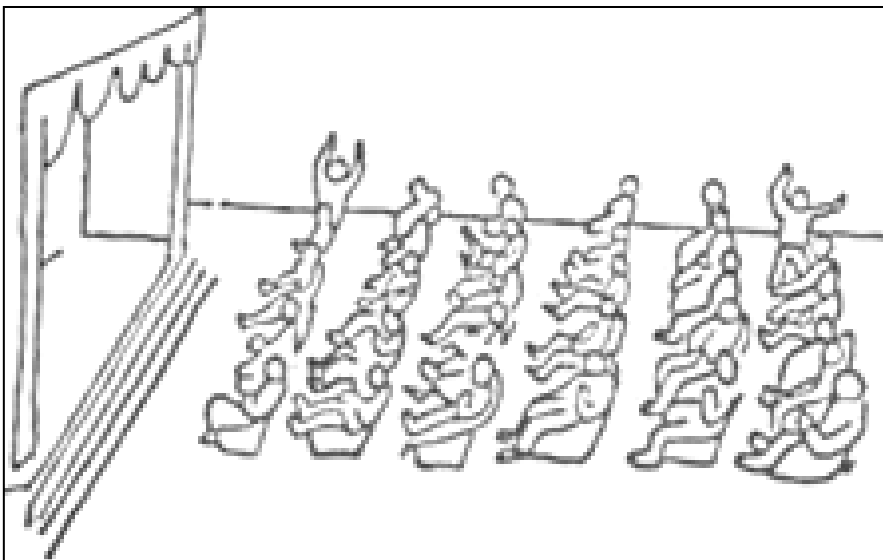
2. Дети ссорятся по неизвестной причине во дворе. Обозначьте крестиком, где будет ребенок с ОВЗ, а где будет Ваш ребенок.



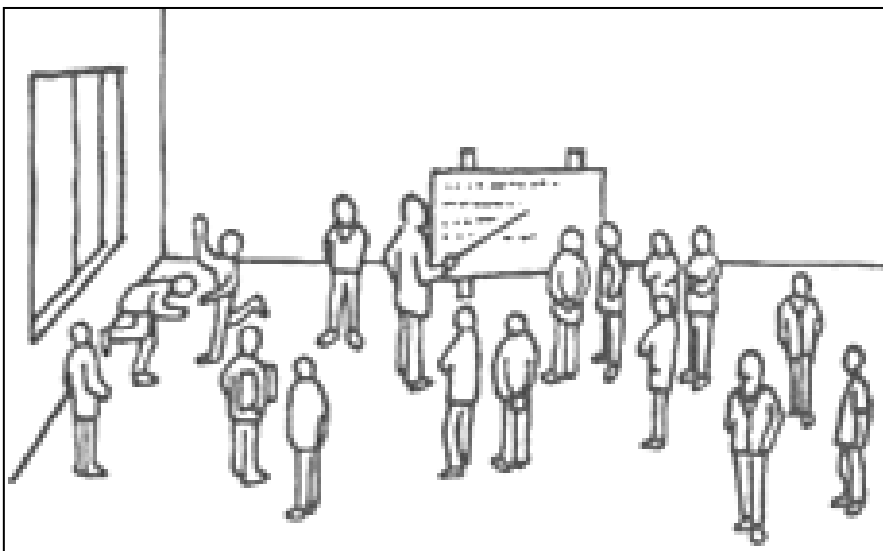
3. Идет занятие (урок). Обозначьте крестиком, где ребенок с ОВЗ, а где Ваш ребенок.



4. Идет занятие (урок), учитель около стола что-то объясняет. Обозначьте крестиком, где ребенок с ОВЗ, а где Ваш ребенок.



5. Дети смотрят интересный спектакль. Обозначьте крестиком, где ребенок с ОВЗ, а где Ваш ребенок.



6. Это показ у таблицы. Обозначьте крестиком, где ребенок с ОВЗ, а где Ваш ребенок.

Приложение Д.

Данные об участниках экспериментального исследования

№	ФИО родителя	Возраст родителя	Возраст и пол ребенка
1.	К. Людмила Николаевна	32	мальчик 10 лет
2.	М. Наталья Александровна	36	девочка 8 лет
3.	В. Алина Витальевна	34	мальчик 7 лет
4.	Б. Ольга Владимировна	37	девочка 11 лет
5.	И. Дарья Константиновна	35	мальчик 9 лет
6.	П. Олеся Александровна	34	мальчик 8 лет
7.	К. Марина Александровна	37	мальчик 10 лет
8.	Б. Евгения Владимировна	36	девочка 10 лет
9.	К. Елена Александровна	38	девочка 11 лет
10.	С. Татьяна Викторовна	36	девочка 7 лет
11.	Р. Анастасия Артемовна	33	мальчик 10 лет
12.	М. Ирина Олеговна	37	девочка 10 лет
13.	В. Евгения Геннадьевна	34	девочка 8 лет
14.	Г. Елена Петровна	31	мальчик 7 лет
15.	Д. Екатерина Вадимовна	37	мальчик 9 лет
16.	С. Ольга Александровна	36	мальчик 10 лет
17.	Ч. Татьяна Станиславовна	38	девочка 9 лет
18.	А. Светлана Анатольевна	36	девочка 11 лет
19.	Л. Елена Дмитриевна	34	мальчик 8 лет
20.	Ф. Елизавета Максимовна	37	девочка 10 лет

Приложение Е.

Первичные данные по методике

«Диагностика общей коммуникативной толерантности» Бойко В.В.

№	Имя	Шкалы									Итого
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	К. Людмила Николаевна	0	0	2	2	3	4	2	2	2	16
2.	М. Наталья Александровна	6 с	5	7 с	5	2	5	7 с	0	6 с	43
3.	В. Алина Витальевна	3	1	4	1	2	0	1	4	3	19
4.	Б. Ольга Владимировна	4	5	4	7 с	8 с	3	8 с	0	6 с	45
5.	И. Дарья Константиновна	5	1	6 с	2	3	2	3	1	4	27
6.	П. Олеся Александровна	4	3	2	3	3	6 с	4	3	2	30
7.	К. Марина Александровна	5	5	5	5	6 с	6 с	6 с	6 с	6 с	50 с
8.	Б. Евгения Владимировна	4	4	3	4	2	4	4	1	3	29
9.	К. Елена Александровна	6 с	4	5	7 с	8 с	4	4	0	5	43
10.	С. Татьяна Викторовна	6 с	6 с	7 с	9 с	4	8 с	11 в	4	6 с	61 с
11.	Р. Анастасия Артемовна	6 с	4	4	7 с	8 с	4	3	1	5	42
12.	М. Ирина Олеговна	6 с	6 с	7 с	9 с	5	8 с	11 в	4	6 с	62 с
13.	В. Евгения Геннадьевна	4	4	2	3	4	6 с	4	4	2	33
14.	Г. Елена Петровна	3	1	4	1	2	1	1	4	3	20
15.	Д. Екатерина Вадимовна	5	1	6 с	2	3	2	3	1	4	27
16.	С. Ольга Александровна	6 с	4	5	7 с	8 с	4	4	1	5	44
17.	Ч. Татьяна Станиславовна	4	5	4	7 с	8 с	3	8 с	0	6 с	44

18.	А. Светлана Анатольевна	0	0	2	2	3	4	2	2	2	17
19.	Л. Елена Дмитриевна	5	5	5	5	6 с	7 с	6 с	6 с	6 с	51 с
20.	Ф. Елизавета Максимовна	4	3	3	3	3	6 с	4	3	2	31
Средний		6	2	5	7	7	7	5	2	7	4
Низкий		14	18	15	13	13	13	13	18	13	16
Высокий								2			

Показатели уровня выраженности интолерантности по ее компонентам

№	Испытуемые	Компоненты интолерантности						Итог о
		Когнитивны й компонент		Эмоциональны й компонент		Коммуникативны й компонент		
		1, 2, 3		4, 8		5, 6, 7, 9		
1.	К. Людмила Николаевна	2	н	4	н	11	н	16
2.	М. Наталья Александровна	18	с	5	н	20	н	43
3.	В. Алина Витальевна	8	н	5	н	6	н	19
4.	Б. Ольга Владимировна	13	н	7	н	25	с	45
5.	И. Дарья Константинов на	12	н	3	н	12	н	27
6.	П. Олеся Александровна	9	н	6	н	15	н	30
7.	К. Марина Александровна	15	н	11	с	24	с	50/с
8.	Б. Евгения Владимировна	11	н	5	н	13	н	29
9.	К. Елена Александровна	15	н	7	н	21	с	43
10.	С. Татьяна Викторовна	19	с	13	с	29	с	61/с
11.	Р. Анастасия Артемовна	14	н	8	н	20	н	42
12.	М. Ирина Олеговна	19	с	13	с	30	с	62/с
13.	В. Евгения Геннадьевна	10	н	7	н	16	н	33

14.	Г. Елена Петровна	8	н	5	н	7	н	20
15.	Д. Екатерина Вадимовна	12	н	3	н	12	н	27
16.	С. Ольга Александровна	15	н	8	н	21	с	44
17.	Ч. Татьяна Станиславовна	13	н	7	н	25	с	44
18.	А. Светлана Анатольевна	2	н	4	н	11	н	17
19.	Л. Елена Дмитриевна	15	н	11	с	25	с	51/с
20.	Ф. Елизавета Максимовна	10	н	6	н	15	н	31
Низкий		17		16		12		16
Средний		3		4		8		4
Высокий								

Условные обозначения: н – низкий уровень, с – средний уровень, в – высокий уровень.

Для подсчета количественных показателей выраженности проявлений по компонентам интолерантности родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья, представленным в работе, используется следующая шкала:

1. Когнитивный компонент:

- 15 баллов и ниже – низкий уровень выраженности негативных проявлений, входящих в состав когнитивного компонента,
- от 16 до 30 – средний уровень,
- от 31 до 45 – высокий уровень выраженности негативных проявлений, входящих в состав когнитивного компонента.

2. Эмоциональный компонент:

- 10 баллов и ниже – низкий уровень выраженности негативных проявлений, входящих в состав эмоционального компонента,
- от 11 до 20 – средний уровень,

- от 21 до 30 – высокий уровень выраженности негативных проявлений, входящих в состав эмоционального компонента.

2. Коммуникативный (поведенческий) компонент:

- 20 баллов и ниже – низкий уровень выраженности негативных проявлений, входящих в состав коммуникативного компонента,

- от 21 до 40 – средний уровень,

- от 41 до 60 – высокий уровень выраженности негативных проявлений, входящих в состав коммуникативного компонента.

Приложение Ж.

Первичные данные по методике «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми» (модифицированный тест Рене Жилия)

№	Испытуемые	№ задания																		Средний балл	Отношение
		1			2			3			4			5			6				
		Критерии																			
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3				
1.	К.Людмила Н.	1	2	2	1	2	2	2	1	2	3	2	2	2	1	1	2	2	2	1,78	н
2.	М.Наталья А.	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2,56	п
3.	В. Алина В.	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2,5	п
4.	Б. Ольга В.	2	1	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	1	1,89	н
5.	И. Дарья К.	1	1	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2	1	3	3	1	3	2,06	н
6.	П. Олеся А.	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2,61	п
7.	К. Марина А.	3	2	3	3	2	3	2	1	2	3	1	3	2	2	3	2	1	2	2,22	н
8.	Б. Евгения В.	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2,5	п
9.	К. Елена А.	3	1	3	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1,56	о
10.	С. Татьяна В.	2	2	1	3	3	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,56	о
11.	Р.Анастасия А.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1,78	н
12.	М. Ирина О.	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1,33	о
13.	В. Евгения Г.	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1,78	н
14.	Г. Елена П.	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2,67	п
15.	Д.Екатерина В.	3	2	3	3	2	3	2	1	2	3	1	3	2	2	3	2	1	2	2,22	н

16	С. Ольга А.	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2,5	п
17	Ч. Татьяна С.	2	1	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	1	1,89	н
18	А.Светлан а А.	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2,61	п
19	Л. Елена Д.	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1,33	о
20	Ф.Елизаве та М.	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2,22	н

Условные обозначения к таблице: н – нейтральное отношение, п – положительное отношение, о – отрицательное отношение.

Критерии:

- 1 – расположение ребенка с ОВЗ в пространстве;
- 2 – расположение здорового ребенка и ребенка с ОВЗ относительно друг друга;
- 3 – ассоциация ребенка с ОВЗ с изображенным ребенком с определенным поведением.

Показатели отношения родителей типично развивающихся детей к детям с ограниченными возможностями здоровья в разных ситуациях по методике «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми» (модифицированный тест Рене Жиля)

№	Испытуемые	Категории			
		Ситуация свободного общения детей		Ситуация обучения и организованной деятельности детей	
		Средний балл	Отношение	Средний балл	Отношение
1.	К. Людмила Николаевна	1,67	нейтральное	1,83	нейтральное
2.	М. Наталья Александровна	2,5	положительное	2,58	положительное
3.	В. Алина Витальевна	2,68	положительное	2,42	положительное
4.	Б. Ольга Владимировна	2	нейтральное	1,83	нейтральное
5.	И. Дарья Константиновна	1,67	нейтральное	2,25	нейтральное
6.	П. Олеся Александровна	2,67	положительное	2,58	положительное
7.	К. Марина Александровна	2,67	положительное	2	нейтральное
8.	Б. Евгения Владимировна	2,33	нейтральное	2,58	положительное
9.	К. Елена Александровна	2,17	нейтральное	1,25	отрицательное
10.	С. Татьяна Викторовна	2,33	нейтральное	1,17	отрицательное
11.	Р. Анастасия Артемовна	1,83	нейтральное	1,75	нейтральное
12.	М. Ирина Олеговна	1,5	отрицательное	1,25	отрицательное
13.	В. Евгения Геннадьевна	2	нейтральное	1,67	нейтральное
14.	Г. Елена Петровна	2,67	положительное	2,67	положительное

15.	Д. Екатерина Вадимовна	2,67	положительно е	2	нейтральное
16.	С. Ольга Александровна	2,33	нейтральное	2,58	положительно е
17.	Ч. Татьяна Станиславовна	2	нейтральное	1,83	нейтральное
18.	А. Светлана Анатольевна	2,83	положительно е	2,5	положительно е
19.	Л. Елена Дмитриевна	1,33	отрицательное	1,33	отрицательное
20.	Ф. Елизавета Максимовна	2,33	нейтральное	2,17	нейтральное

Приложение 3.

Первичная информация результатов экспериментального исследования

№	ФИО родителя	Методика 1	Интолерантность к ОВЗ	Методика 2	Методика 3
		Уровень	Уровень	Уровень	Отношение
1.	К. Людмила Николаевна	средний	средний	низкий	нейтральное
2.	М. Наталья Александровна	средний	низкий	низкий	положительное
3.	В. Алина Витальевна	средний	средний	низкий	положительное
4.	Б. Ольга Владимировна	средний	средний	низкий	нейтральное
5.	И. Дарья Константиновна	средний	средний	низкий	нейтральное
6.	П. Олеся Александровна	средний	низкий	низкий	положительное
7.	К. Марина Александровна	средний	средний	средний	нейтральное
8.	Б. Евгения Владимировна	средний	средний	низкий	положительное
9.	К. Елена Александровна	средний	средний	низкий	отрицательное
10.	С. Татьяна Викторовна	средний	средний	низкий	отрицательное
11.	Р. Анастасия Артемовна	средний	средний	низкий	нейтральное
12.	М. Ирина Олеговна	средний	высокий	средний	отрицательное
13.	В. Евгения Геннадьевна	средний	средний	низкий	нейтральное
14.	Г. Елена Петровна	средний	низкий	низкий	положительное
15.	Д. Екатерина Вадимовна	средний	средний	низкий	нейтральное
16.	С. Ольга Александровна	средний	средний	низкий	положительное

17.	Ч. Татьяна Станиславовна	средний	средний	низкий	нейтральное
18.	А. Светлана Анатольевна	средний	низкий	низкий	положительное
19.	Л. Елена Дмитриевна	средний	средний	средний	отрицательное
20.	Ф. Елизавета Максимовна	средний	средний	низкий	нейтральное

- **Методика 1:** Экспресс-опросник «Уровень интолерантности» (модифицированный экспресс-опросник «Индекс толерантности» Г.У.Солдатовой, О.А.Кравцовой, О.Е. Хухлаева, Л.А.Шайгеровой);

- **Интолерантность к ОВЗ:** Субшкала «Толерантность – интолерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья» методики 1;

- **Методика 2:** Методика Бойко В.В. «Диагностика общей коммуникативной толерантности», модифицированная;

- **Методика 3:** Методика «Определение отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях совместной деятельности со здоровыми детьми» (модифицированный тест Рене Жилля).

Показатели интолерантности у родителей, с положительным отношением к детям с ОВЗ

№	Родители	Шкалы								Итого	Общий уровень интолерантности
		Этническая		ОВЗ		Социальная		Личностная			
1.	М.Наталья А.	14	с	22	н	22	с	24	с	82	средний
2.	В. Алина В.	8	в	22	н	19	в	31	с	80	средний
3.	П. Олеся А.	11	с	25	н	27	с	27	с	90	средний
4.	Б. Евгения В.	15	н	22	н	26	с	28	с	91	средний
5.	Г. Елена Петровна	10	с	23	н	27	с	29	с	89	средний
6.	С. Ольга А.	14	с	22	н	27	с	29	с	92	средний
7.	А.Светлана А.	15	н	23	н	29	с	32	н	98	средний
Средний балл		12,43		22,57		25,29		28,58		88,86	

Показатели интолерантности у родителей, с отрицательным отношением к детям с ОВЗ

№	Имя	Шкалы								Итого	Общий уровень интолерантности
		Этническая		ОВЗ		Социальная		Личностная			
1.	К. Елена А.	12	с	15	с	23	с	31	с	81	средний
2.	С.Татьяна В.	10	с	21	с	23	с	28	с	82	средний
3.	М. Ирина О.	9	с	10	в	24	с	27	с	70	средний
4.	Л. Елена Д.	12	с	12	с	26	с	31	с	81	средний
Средний балл		10,75		14,5		24		29,25		78,5	

**Показатели уровня выраженности интолерантности по ее компонентам
у родителей, с положительным отношением к детям с ОВЗ**

№	Родители	Компоненты интолерантности						Итого	
		Когнитивный компонент		Эмоциональный компонент		Коммуникативный компонент			
1.	М.Наталья А.	18	с	5	н	20	н	43	н
2.	В. Алина В.	8	н	5	н	6	н	19	н
3.	П. Олеся А.	9	н	6	н	15	н	30	н
4.	Б.Евгения В.	11	н	5	н	13	н	29	н
5.	Г. Елена П.	8	н	5	н	7	н	20	н
6.	С. Ольга А.	15	н	8	н	21	с	44	н
7.	А.Светлана А.	2	н	4	н	11	н	17	н
Средний балл		10,14		5,43		13,29		28,86	

**Показатели уровня выраженности интолерантности по ее компонентам
у родителей, с положительным отношением к детям с ОВЗ**

№	Родители	Компоненты интолерантности						Итого	
		Когнитивный компонент		Эмоциональный компонент		Коммуникативный компонент			
1.	К. Елена А.	15	н	7	н	21	с	43	н
2.	С.Татьяна В.	19	с	13	с	29	с	61	с
3.	М. Ирина О.	19	с	13	с	30	с	62	с
4.	Л. Елена Д.	15	н	11	с	25	с	51	с
Средний балл		17		11		26,25		54,25	

Тренинг для родителей «Кто такой особенный ребенок ...»

Цель: Формирование эмоционального принятия индивидуальности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, способности родителей к самосохранению и укреплению психологического здоровья.

Задачи:

- формирование представлений о безусловном принятии, как главном условии удовлетворения потребности ребенка в любви;
- формирование позитивного образа ребенка, его будущего через изменение уровня родительских притязаний;
- оказание эмоциональной поддержки родителям;
- обучение родителей эффективным приемам релаксации;
- формирование у родителей умения снимать напряжение.

Актуальность: С введением инклюзивного образования у родителей повышается эмоциональное напряжение, связанное с беспокойством за получение качественного образования собственного ребенка и страхом за своего ребенка в связи с возможностью возникновения неблагоприятных условий для его обучения в связи с появлением детей с ограниченными возможностями здоровья. В результате могут формироваться интолерантные проявления к детям с ограниченными возможностями здоровья. Именно поэтому так важно, чтобы родители научились принимать и понимать особого ребенка, а так же умели снимать появившееся напряжение, овладели эффективными приемами релаксации.

План занятия:

1. Приветствие. Знакомство.
2. Упражнения на принятие и понимание.

3. Упражнения на овладения способами снятия психоэмоционального напряжения.

4. Рефлексия чувств. Прощание.

Продолжительность: 45 мин.

Ход занятия:

1. Обсуждение правил работы в группе.

Психолог. Чтобы чувствовать себя защищенными, нужно придерживаться определенных правил. Я предлагаю вам для принятия в нашей группе основные правила.

1. Правило активности: каждому члену группы надо постараться быть активным участником всех предлагаемых игр, упражнений и заданий.

2. Правило искренности: каждый член группы должен быть искренним по мере возможности.

3. Правило своего мнения: каждый участник говорит от своего имени. Необходимо избегать безличных речевых оборотов.

4. Правило конфиденциальности: все, о чем говорится в группе, остается в группе и не выносится за ее пределы.

5. Правило безоценочного отношения: все, о чем мы с вами будем говорить, не будет подвергаться критике и оценке.

2. Знакомство.

Психолог: Уважаемые родители, а теперь давайте все познакомимся.

Упражнение «Наши имена».

Цель: знакомство участников группы.

Психолог: Давайте каждый по очереди назовет свое имя и качество, его характеризующее в наибольшей степени. Одно условие – качество должно начинаться на ту же букву, что и Ваше имя. Начнем с меня, Наталья – надежная.

3. Основная часть.

Психолог: Для того чтобы ребенок понимал и слышал Вас, необходимо общаться с ним в уравновешенном, спокойном состоянии. Сейчас мы с вами попробуем несколько упражнений для снятия психоэмоционального напряжения.

Упражнение «Вверх по радуге»

Цель: снять напряжение.

Психолог: Закройте глаза, сделайте глубокий вдох и представьте что с этим вдохом вы взбираетесь вверх по радуге, а выдыхая, съезжаете с нее, как с горки, повторите три раза. Обратите внимание на свое состояние. Вы улыбаетесь, а значит расслаблены.

Упражнение «Ленивая кошечка».

Цель: снять физическое напряжение.

Психолог: Встаньте. Поднимите руки вверх, затем вытяните вперед, потянитесь, как кошечка. Почувствуйте, как тянется тело. Затем резко опустите руки вниз, одновременно на выдохе произнося звук «А!». Также повторите упражнение несколько раз.

Упражнение «Рука». У счастливой мамы - счастливый ребенок.

Цель: освоение способов саморегуляции. Делимся опытом.

Психолог: «Перед вами – детская ручка. Каждый пальчик – это способ, который вы используете для того, чтобы сохранить внутреннее самообладание. Запишите столько своих способов, сколько пальчиков на ручке». Обсуждение: «Я предлагаю поделиться своими способами, может быть они будут полезны кому-либо из нас».

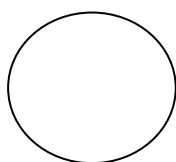


Психолог: А теперь давайте вспомним, какие же замечательные особенные дети.

Упражнение «Солнышко».

Цель: формирование позитивного образа ребенка с ограниченными возможностями развития у родителей.

Психолог: На листе под ладошкой нарисован круг. Это не просто круг. Это солнышко, но оно еще без лучиков. Лучики это положительные черты особенного ребенка. Нарисуйте лучики нашему солнышку и подпишите их.



Упражнение «Пойми чувства ребенка».

Цель: формирование понимания чувства ребенка.

Психолог: А теперь давайте попытаемся встать на место ребенка. Перед вами таблица, в которой вам нужно заполнить графы. В левой колонке вы найдете описание ситуации и слова ребенка, справа напишите, какие, по вашему мнению, чувства он испытывает в этом случае, затем обозначьте, что вы думаете в связи с этим и Ваши собственные чувства

Ситуация и слова ребенка	Чувства ребенка	Что вы думаете в связи с этим Ваши собственные чувства
«Это тебе подарок! Сам сделал!» Ребенок протягивает непонятную конструкцию из пластилина. Вы замечаете, что пластилином вымазаны		

не только руки и одежда малыша, но и ковер около стола.		
Все выполнили упражнения, а ваш ребенок еще не закончил.		
У ребенка, наконец-то, получилось рисовать круги.		
Ребенок не удержал кружку в руке, она упала и разбилась.		

Обсуждение: «Всегда ли у Вас, получается, учитывать чувства своего ребенка, какие трудности возникают?»

4. Заключение.

Психолог: Мы с вами очень хорошо поработали, а теперь настало время отдохнуть. Займите удобное положение, закройте глаза.

Музыкальная релаксация «У моря».

Сделайте три глубоких вдоха и выдоха и найдите внутри самих себя точку внутреннего спокойствия – такое место в душе, где тихо и спокойно. Если вы хорошенько прислушаетесь, то можете услышать, как волны океана мягко накатываются на берег. Быть может, сначала шум океана слышится где-то далеко, однако постепенно звук накатывающейся на берег воды становится все громче и громче... Затем волна откатывается обратно... Потом снова бросается на берег и снова отступает... Ритм прибоя звучит ровно и успокаивающе. Пусть волны смоят и унесут ваши заботы и все, что вас напрягает. И подобно тому, как волны разглаживают песок на берегу, они

могут сделать вас спокойными и ясными. Теперь откройте глаза.
(музыкально сопровождение).

Подводя итоги встречи, психолог интересуется у участников, что полезного они узнали, что для них было важным, благодарит всех участников группы за совместную работу.

Сценарий игры-квеста для родителей и обучающихся 6-8 лет

«В гостях у «Фиксиков»

Цель: создание условий для взаимодействия обучающихся разных психологических групп, их родителей, формирования толерантности, положительных отношений между обучающимися, их родителями на основе взаимопомощи, взаимоподдержки при выполнении совместных заданий на развитие интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы.

Задачи:

- развивать познавательный интерес;
- развивать качества, способствующие адаптации в стрессовых ситуациях, преодолению негативных поведенческих реакций (самоконтроль, целеустремленность, самостоятельность, инициативность);
- способствовать развитию внимания, мышления;
- формировать коммуникативные навыки;
- воспитывать уважение друг к другу, чувство ответственности, внимательное отношение к окружающим.

Ход мероприятия:

В общем зале сидят дети и родители. Звучит музыкальная заставка к м/ф «Фиксики». Входит Дим Димыч (как будто кого-то ищет и не замечает детей):

- Симка! Нолик! Вы где? Мне нужна ваша помощь! Срочно!

Видит людей в зале и удивляется:

- Ой! Ребята! Да еще и с мамами и папами! Здравствуйте! А я вас и не заметил. Ой! Я кажется проговорился. Это же большой – большой секрет, ой-ой-ой! Или вы тоже знакомы с Фиксиками? Кто это? (Ответы детей).

- Здорово! А вы их тут случайно не видели? (Дети отвечают, что не видели). Жаль. У меня такая проблема. Скоро – 26 ноября – будет замечательный праздник – День Мамы. И я хотел очень хотел подарить моей маме танец под её любимую песенку про Винтик! Но мой планшет сломался! Вернее, я его сломал! Теперь никак музыка не включается! И без Фиксиков совсем никуда! Поможете мне их найти? (Дети отвечают).

- Класс! Тогда я положу свой сломанный планшет в эту коробку, а вам помогу разделиться на команды с помощью цветных жетончиков. Вытяните правую руку вперед ладошкой вверх – Вот так! (раскладывает жетончики) Теперь вы должны найти своего помощника по цвету (дети ищут свою команду) Замечательно! Ну, что, ребята! в путь! Встретимся здесь! Я вас очень буду ждать!!!

Дети и родители делятся на 4 команды и отправляются с сопровождающими по площадкам квеста.

1. Комната Симки:

Дети и родители входят в комнату.

-Здравствуйте, ребята, здравствуйте, родители! А Вы узнали меня?

Я умная девочка Симка,

Люблю я крутить и играть,

Люблю всем всегда помогать,

Все ремонтировать и сочинять!

- Удивительное всегда рядом. А давайте, я вас научу делать веселую вертушку, которую можно запускать в воздухе. Вертушка будет, как вентилятор быстро крутиться и делать движения в воздухе. А мы посмотрим, у кого – у детей или родителей лучше будут крутиться «вентиляторы».

Детям и родителям даются заготовки из цветной бумаги и скрепки, они делают веселые вертушки и запускают их в воздухе.

- Молодцы! А теперь давайте со мной веселую песенку споем! Я вам даю шейкеры, вы будете подыгрывать и со мной танцевать. (Симка играет на гитаре).

- Молодцы! Я так рада, что вы со мной повеселились,
Но ждут меня еще дела,
До свиданья, мне пора!

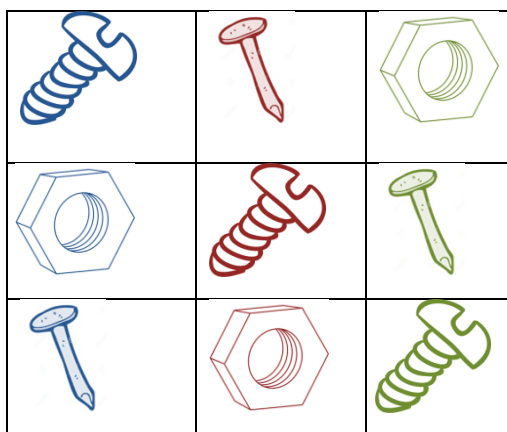
2. Комната Нолика:

Дети и родители заходят в комнату и видят там грустного Нолика, который сидит на стуле. Нолик поднимает голову и видит, заходящих в комнату людей, начинает радоваться:

- Ребята, как здорово, что вы пришли! Мне нужна ваша помощь! А с вами и родители? Тогда вы сможете им решить мои задачки?

Дети отвечают.

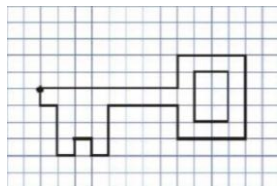
Нолик: «Уважаемые взрослые, я перебирал коробки с деталями: винтиками, гайками, гвоздиками, они у меня разложены в специальном порядке, по цветам и по видам, и случайно уронил все коробки. Они все перепутались. Помогите мне разложить детали: найдите закономерность и поместите подходящую деталь в пустую клетку (так, чтобы они не повторялись в каждом ряду). А ваши дети, я думаю, будут вам подсказывать!»



Все выполняют задание.

Нолик: «У вас так быстро получилось! Быстро и абсолютно правильно, именно так, как я и хотел разложить все детали. А теперь, я хочу вас попросить для каждой коробочки изготовить ключик, чтобы они

закрывались, и даже если упадут коробки, то детали больше не разлетятся в разные стороны.



Нолик:

- Ребята, взрослые, как же вы мне помогли! И детали собрали, ключики коробкам сделали и настроение подняли! Молодцы какие! Ребята, а вы что-то ищете? Винтики - болтики? Так вот у меня их сколько много! Держите!

Ребята забирают винтики и прощаются с Ноликом.

3. Комната Профессора Чудакова:

Ч: Здравствуйте ребята, здравствуйте, родители! А зачем это вы пожаловали в мою лабораторию?

Р: Нам надо помочь Фиксикам отремонтировать планшет.

Ч: А, ну тогда вы зашли правильно в мою лабораторию! Я как раз начал делать один интересный опыт! Светомузыку для планшета Дим Димыча!

Если вы мне поможете в этом опыте, чтоб я быстрее справился, я вам дам болтики, которые нужны для ремонта планшета!

Рассаживаемся за свои места в нашей лаборатории!

Для опыта нам потребуются колбы, вода, краски, масло, шипучий аспирин!

1. Наливаем воду в колбочки

2. Добавляем немного краски – чтоб получилась цветная и веселая светомузыка.

3. Наливаем маслянистую жидкость.

4. И последний наш ингредиент – чудо твердый порошок (таблетка шипучая).

Пузырьки в колбочке заиграли! Ура наш опыт совершен!

Вы можете закрыть баночки крышками и забрать с собой, они вам еще могут понадобиться!

Теперь вы с честью можете называться Экспериментаторами!

Ой, я же вам обещал болтики! Но пока мы делали нашу веселую колонку, они немного заржавели, я сейчас сделаю радужную пену, болтики окислятся, и станут как новенькие!

Чудаков делает еще один опыт с цветной пеной. Отдает болтики команде детей и родителей!

4. Комната Кусачки:

Оформление: На стенах висят портреты «Мама и папа Дим Димыча» и «Дим Димыч с Ноликом и Симкой»; картинка с изображением Луны.

Оборудование: ноутбук с колонкой, воздушный шар желтого цвета, корзинка, головоломка «Змейка» 8 штук, инструкция по сборке головоломки, картинки с фигурками разных зверей собранных из «Змейки», кость 4 шт. (на обороте приклеены болтики).

Дети и родители заходят в комнату. Звучит музыка из мультфильма «Большой секрет для маленькой компании». Кусачка воеет на Луну.

Сопровождающий: Здравствуй, Кусачка. Что произошло, почему ты воешь?

Кусачка: Здравствуйте, ав-ав! Как же мне не выть... У Папы и Мамы есть Дим Димыч, у Дим Димыча Катя и Фиксики, даже у вас есть рядом мамы или папы, а я совсем одна – нет у меня друзей. (Воеет).

Сопровождающий: Мы могли бы стать тебе друзьями, только сейчас мы заняты – мы собираем детали для починки Планшета.

Кусачка: Детали? Это что такое?

Сопровождающий: Это винтики, болтики...

Кусачка: О, у меня есть какие-то железные косточки. Я с радостью вам их отдам. Только помогите мне, пожалуйста! Помогите мне собрать друзей –

маленьких как у Дим Димыча. Я тут нашла палочки, может они подойдут? (несет корзинку с головоломками).

Только кого же выбрать (рассматривает картинки с изображением зверей). Вот! Вот такого (выбирает картинку с собакой и несет детям).

Дети вместе с родителями усаживаются за стол, знакомятся с инструкцией, собирают собачку.

Кусачка (ставит музыку на паузу) вертится вокруг стола, подбадривает детей.

Сборка закончена.

Кусачка: Как здорово, теперь у меня много маленьких друзей! Спасибо, дети! А теперь давайте поиграем в мяч! (включает музыку)

Играют в надувным шаром в кругу.

Музыка заканчивается.

Сопровождающий: Очень жаль, Кусачка, но нам пора на поиски деталей.

Кусачка: Спасибо вам, дети. Я так вам благодарна, вот возьмите железные косточки (отдает кость с деталями).

5. Все команды возвращаются к Дим Димычу и рассаживаются на стулья.

- Ура! Вы вернулись! Где вы побывали? Кого встретили на своем пути? (Ответы детей).

- Класс! Теперь пора, наконец, наладить мой планшетик! Пожалуйста, сложите все винтики, которые вы получили, в эту коробочку, и мы с вами увидим, как быстро Фиксики справятся со своей сложной работой! (Высыпаем винтики в коробку, закрываем, раздаются звуки молоточков и пил. Дим Димыч достает целый планшет).

- «Ты-дыщ»! Спасибо, Фиксики! Теперь мы можем вместе с вами включить песенку и выучить весёлый танец для наших мам! Смотрите на меня и повторяйте движения, а песенка наверняка вам хорошо знакома!

(Дим Димыч танцует с детьми и родителями танец «Винтик»)

- Ура! А теперь подарки! (Под музыку выходят все герои и дарят подарки детям и вместе танцуют и фотографируются под «фикси-пелки»).

- «Ты-дыщ!» Дорогие ребята и взрослые! Большое вам спасибо! С вами было очень весело! До новых встреч!