МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Л.В. Капилевич, Н.А. Лукьянова,
К.В. Давлетьярова, Е.Н. Роготнева,
Е.В. Фелл, Н.Н. Мещерякова, Е.В. Медведева,
Е.А. Баранова, Ю.П. Бредихина, С.Д. Коршунов**

ИНКЛЮЗИВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ: СОЦИАЛЬНЫЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ

Томск
Издательский Дом Томского государственного университета
2018

УДК 376-056.26(470+571)
ББК 74.044.6(2Рос)
К20

Капилевич Л.В., Лукьянова Н.А., Давлетьярова К.В., Роготнева Е.Н., Фелл Е.В., Мещерякова Н.Н., Медведева Е.В., Баранова Е.А., Бредихина Ю.П., Коршунов С.Д.

К20 Инклюзивное профессиональное образование в России: социальные и физиологические барьеры. – Томск : Издательский Дом Томского государственного университета, 2018. – 250 с.

ISBN 978-5-94621-766-8

На сегодняшний день большое внимание уделяется проблемам социальной и трудовой адаптации людей с ограниченными возможностями. Важное место в этой проблеме занимают возможности получения высшего или среднего профессионального образования. Данная проблема имеет три аспекта – медицинский (физическая реабилитация и формирование навыков обучения в группе), психологический (преодоления психологических барьеров вхождения в коллектив) и социальный (восприятие коллективом людей с ограниченными возможностями. В монографии представлены результаты исследования, в котором был реализован комплексный поход, направленный на решение всех трех названных аспектов.

Для руководителей образовательных организаций и преподавателей вузов и ссузов, реализующих программы инклюзивного профессионального образования, а также для научных работников и аспирантов, выполняющих исследования в данной области.

УДК 376-056.26(470+571)
ББК 74.044.6(2Рос)

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда «Двигательная, социальная, психологическая адаптация детей с ограниченными возможностями к обучению в системе профессионального образования» (проект № 16-18-00016)

Рецензенты:
доктор педагогических наук, директор Института психологии и педагогики Томского государственного педагогического университета *Л.Г. Смышляева*;
доктор медицинских наук, профессор кафедры спортивно-оздоровительного туризма, спортивной физиологии и медицины Томского государственного университета *Е.Ю. Дьякова*

ISBN 978-5-94621-766-8

© Капилевич Л.В., Лукьянова Н.А., Давлетьярова К.В., Роготнева Е.Н., Фелл Е.В., Мещерякова Н.Н., Медведева Е.В., Баранова Е.А., Бредихина Ю.П., Коршунов С.Д., 2018
© Томский государственный университет, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение (*Н.А. Лукьянова, Л.В. Капилевич*) 5

Глава 1. Траектории развития инклюзивных практик в российской системе образования и за рубежом (*Н.А. Лукьянова, Е.В. Фелл*) 10
1.1. Инклюзия в России: поиск эффективных решений 10
1.1.1. Законодательство и сложившиеся модели 10
1.1.2. Что есть инклюзия: критерии и методологии оценки 36
1.1.3. Инструментарий оценки готовности образовательного учреждения системы профессионального образования к реализации инклюзивного подхода 55
1.2. Зарубежный опыт инклюзивных практик в учреждениях высшего образования 57
1.2.1. Определение инклюзивной практики в системе высшего образования в современной западной культуре 57
1.2.2. Реализация инклюзивных практик в вузах США 58
1.2.3. Инклюзивные практики в вузах Европы 66
1.3. Общие траектории организации учебного процесса согласно принципам инклюзии в западных вузах 86
1.3.1. Универсальный дизайн в системе образования 86
1.3.2. Расширенное понятие инклюзии на Западе 89
1.3.3. Дискриминирующий язык (Disablist language) 90
1.3.4. Цель инклюзивных практик на Западе – сгладить различия между людьми 93
1.4. Ориентиры на будущее 94

Глава 2. Социально-психологические аспекты адаптации учащихся с ОВЗ к инклюзивному обучению в системе профессионального образования (*Е.Н. Роготнева, Н.Н. Мещерякова*) 97
2.1. Социально-психологические барьеры в инклюзивном профессиональном образовании 97
2.2. Анализ опыта инклюзивного профессионального образования в регионах России 104
2.2.1. Экспертный опрос руководителей образовательных учреждений и педагогов 104

2.2.2. Анализ социологических исследований, посвященных изучению инклюзивного образования в Российской Федерации 113
2.3. Социально-психологический анализ субъектов инклюзивного образования 117
2.3.1. Опрос школьников и их родителей 117
2.3.2. Нарративное интервью 134
2.3.3. Социометрический анализ 152
2.4. Социально-психологические условия эффективной адаптации студентов-инвалидов в системе инклюзивного образования 165

Глава 3. Физиологическая адаптация студентов с ограниченными возможностями здоровья к условиям инклюзивного образования (*Л.В. Капилевич, К.В. Давлетьярова, Е.В. Медведева, Е.А. Баранова, Ю.П. Бредихина, С.Д. Коршунов*) 168
3.1. Физиологические барьеры адаптации для лиц с ОВЗ 168
3.2. Характеристика физиологической адаптации студентов с ОВЗ в условиях инклюзивного обучения 173
3.2.1. Оценка психофизиологической адаптации студентов с ОВЗ к условиям образовательной среды 173
3.2.2. Оценка двигательных стереотипов у студентов с ОВЗ 178
3.2.3. Оценка вегето-сосудистой адаптации у студентов с ОВЗ ... 187
3.2.4. Адаптивные резервы центральной нервной системы у студентов с ОВЗ при сочетании когнитивных и физических нагрузок 191
3.3. Двигательная адаптация студентов с ОВЗ в условиях инклюзивного образования 210
3.3.1. Методы двигательной адаптации студентов с ОВЗ на основе тренировок с биологической обратной связью 210
3.3.2. Эффективность применения методик двигательной адаптации студентов с ОВЗ на основе биологической обратной связи 220

Заключение (*Л.В. Капилевич, Н.А. Лукьянова*) 228

Приложение 234

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным, приведенным Всемирной организацией здравоохранения, на сегодняшний день в мире насчитывается около 15% людей с ограниченными возможностями[1]. Это более одного миллиарда от общего населения Земли. В Российской Федерации получение образования на всех уровнях считается ключевым инструментом социальной интеграции детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и обретения ими экономической независимости в будущем. Таким образом, внедрение инклюзивных практик в систему образования является основной составляющей инклюзивной политики страны в настоящее время.

По данным статистики, в России инвалидами признаны лишь 9,1% населения страны, причем большинство из них – пенсионеры. Инвалиды трудоспособного возраста составляют меньшинство – примерно 2,4% от всего населения. Учитывая эти данные, имеет смысл принять во внимание, что люди с ограниченными возможностями здоровья живут в социуме условно здоровых людей и их задача – адаптироваться именно к такому обществу. (Для обозначения людей без ограниченных возможностей здоровья мы прибегаем к термину «условно здоровые», так как если понимать здоровье в определении ВОЗ, которое предполагает полное физическое, социальное и психологическое благополучие, то абсолютно здоровых людей практически не существует[2].)

Что касается адаптации в образовательной среде, то этот вопрос имеет длительную историю. Например, в работах Б.В. Белявского[3] описывается история становления специального профессиональ-

---

[1] Статистика инвалидности в России. URL: http://specialbank.ru/2016/10/18/stats_russia

[2] Министерство образования и науки российской федерации. Письмо от 2 февраля 2016 г. № вк-163/07 О направлении методических рекомендаций.

[3] Материал составлен Б.В. Белявским по материалам международной конференции «Инклюзивное образование: перспективы развития в России», 23–25 июня 2006 г. Голицыно, Москва.

ного образования в России. Он указывает, что в начале XIX в. были открыты первые учебно-воспитательные учреждения (опытные училища) для глухонемых детей и слепых детей. К концу XIX в. образование лиц с нарушениями слуха и зрения переходит из категории частных учебно-воспитательных учреждений в систему специализированных государственных школ. Становление специального образования как государственная система обучения детей с отклонениями в развитии началось после 1918 г. В 1950-е гг. началось обучение детей с нарушением опорно-двигательного аппарата и тяжелыми нарушениями речи. В настоящее время в Российской Федерации действует система специального образования (8 видов специальных (коррекционных) образовательных учреждений). Кроме того, используется новая форма обучения в школах – «надомное» обучение.

История становления отношений общества к людям с ОВЗ характеризуется определенными формами, характером социальных «пространств» или «ниш», которые им предназначались. Описание таких пространств нашло выражение в разных моделях (эволюцию некоторых моделей отношений общества к инвалидам описал Н.Н. Малофеев[4]).

Модель «Больной человек» – человек рассматривается как объект лечения. В этой модели предполагается только медицинский аспект взаимоотношений инвалида и общества.

Модель «Недочеловек». Согласно этой модели человек с отклонениями в развитии рассматривается как неполноценное существо, которому необходимо создать барьеры для вхождения в общество.

Модель «Угроза обществу», согласно которой человек с ОВЗ воспринимается как реальная угроза, как человек, способный

[4] Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом : в 2 ч. Ч. 1: Западная Европа. М. : Печатный двор, 1996. 182 с.; Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Россия : учеб. пособие : в 2 ч. М. : Просвещение, 2010. Ч. 1. 319 с.; Малофеев Н.Н. История становления и развития национальных систем специального образования (социокультурный контекст) // Специальная педагогика : учеб. пособие / под ред. Н.М. Назаровой. 9-е изд., стер. М., 2009. Раздел I, гл. 3. С. 87–121.

нанести материальный и моральный ущерб обществу, – отсюда создание закрытых учреждений. Обучение в этом случае либо отсутствует вообще, либо является недостаточным.

В модели «Объект жалости» к человеку относятся как к маленькому ребёнку, который никогда не взрослеет (особенно эта точка зрения распространяется на лиц с нарушением интеллекта). Основная задача общества при такой модели – защитить инвалида от «плохого мира».

Модель «Объект обременительной благотворительности» связана с неприятием и отторжением инвалидов, поскольку бремя их содержания перекладывается на частных лиц.

Модель «Развитие». Эта модель предполагает наличие у лиц с ограниченными возможностями способностей к образованию и развитию. Этому содействовало принятие в 1971 г. Декларации ООН «О правах умственно отсталых лиц», в 1975 г. – Декларации ООН «О правах инвалидов», в 1989 году – «Конвенции о правах ребенка»[5].

В зарубежной практике описывается от двух до пяти моделей инвалидности, которые частично дублируют вышеописанные модели[6].

1. Благотворительная модель предполагает, что люди страдают от своего состояния, им нужно помочь и защитить в специальных

[5] Амиридзе С.П. Обзор зарубежного опыта в области инклюзивного образования. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/obzor-zarubezhnogo-opyta-v-oblasti-inklyuzivnogo-obrazovaniya

[6] Disability and disablism. URL: http://www.coe.int/ru/web/compass/disability-and-disablism; The social model of disability: an outdated ideology? URL: http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Textos_discapacidad/00_Shakespeare2.pdf; Disability Definitions: the Politics of Meaning. URL: http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Textos_discapacidad/01_Oliver_ch1.pdf; Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research ed. by Colin Barnes, Geof Mercer. Leeds : The Disability Press, 2004. P. 1–17. URL: http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Barnes-implementing-the-social-model-chapter-1.pdf; The individual and social models of disability. URL: http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Oliver-in-soc-dis.pdf; Models of Disability. URL: http://www.copower.org/leadership/models-of-disability

учреждениях. Общество должно также удовлетворять потребности таких людей в образовании.

2. Медицинская модель предполагает, что у инвалида есть проблема, которую необходимо исправить, и это задача медицины. Такие люди рассматриваются как пациенты, которые являются проблемой здравоохранения. В медицинской модели важным является контроль за состоянием таких людей.

3. Экономическая модель определяет инвалидность как отсутствие способности участвовать в производительном труде и оценивает экономические последствия для человека с инвалидностью и государства. К таким последствиям относятся отсутствие заработка и государственные социальные выплаты. Общество платит за финансовую поддержку программ поддержки инвалидов посредством налогообложения.

4. Социальная модель. Люди с инвалидностью являются такой же частью общества, как и все остальные, и задача заключается в том, чтобы преодолеть барьеры, ведущие к дискриминации инвалидов. Эта модель наиболее часто описывается в западной литературе. Социальная модель инвалидности естественным образом приводит к идее развития инклюзивных практик.

5. Модель права человека. Лица с ограниченными возможностями являются обладателями равных прав, включая право на инклюзивное образование.

Рассматривая эффективность норм российского трудового права и права человека на социальное обеспечение, регулирующих труд и социальное обеспечение инвалидов, Р.Н. Жаворонков предлагает следующую периодизацию этапов правового регулирования оказания помощи инвалидам[7]:

1. Период влияния религиозной модели (996 г. – середина XVI в.) характеризуется тем, что основной формой помощи являлась милостыня, а осуществление помощи было возложено на церковь.

[7] Жаворонков Р.Н. Правовое регулирование труда и социального обеспечения инвалидов в Российской Федерации : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2014. URL: http://msal.ru/common/upload/Avtoreferat_-_ZHavoronkov_R.N..pdf

2. Период влияния модели государственного призрения (середина XVI – начало XX в.), согласно которой инвалиды рассматривались в качестве бедных, не способных работать по причине состояния здоровья и подлежащих призрению в специально созданных для этого государством учреждениях – больницах, богадельнях, домах для сумасшедших и т.д.

3. Период влияния экономической модели инвалидности (начало XX – конец 80-х гг. XX в.). Спецификой правового регулирования в рассматриваемый период было то, что инвалиды являлись участниками административных правоотношений и становились субъектами, наделенными правом на получение помощи. Главное отличие данной модели от предыдущей в том, что причиной потери трудоспособности признаются объективные обстоятельства и инвалид рассматривается как полноправный член общества, имеющий право на социальное обеспечение и на труд.

4. Период влияния медико-социальной модели (1990 г. – настоящее время), определяющей инвалидность как нарушение жизнедеятельности в результате болезни или увечья. На данной модели базируются Федеральные законы «О социальной защите инвалидов в РФ», «Об основах социального обслуживания в РФ», «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов в РФ», составляющие основу современного правового регулирования социальной защиты инвалидов[8].

Во многих культурах испокон веков инвалидность считалась позором и воспринималась как религиозное наказание за грехи. Инвалидность не вписывалась в концепцию «человек – подобие Бога», в связи с чем носитель недуга воспринимался как существо неполноценное и не заслуживающее никакого внимания. Более того, он не мог рассчитывать даже на нейтральное отношение окружающих к себе, так как считалось, что глухота, слепота и другие недуги являются наказанием человеку за его грехи или грехи его родителей. В XX в. начали предприниматься серьезные шаги по изменению данной концепции, в том числе в сфере профессионального образования.

[8] Жаворонков Р.Н. Указ. соч.

Глава 1. ТРАЕКТОРИИ РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНЫХ ПРАКТИК В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ЗА РУБЕЖОМ

1.1. Инклюзия в России: поиск эффективных решений

1.1.1. Законодательство и сложившиеся модели

Одним из ключевых документов, определяющих стратегию и тактику повышения доступности объектов образования и услуг для инвалидов в Российской Федерации, является Приказ Минобрнауки России от 02.12.15 № 1399. В нем был утвержден План мероприятий («дорожная карта») Министерства образования и науки Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых на них услуг в сфере образования. В нем предусмотрено постепенное повышение показателей доступности в объектах образования. Кроме того, в Постановлении Правительства РФ от 23 мая 2015 г. № 497 «О Федеральной целевой программе развития образования на 2016–2020 годы» предусмотрено, что реализация Программы приведет к достижению следующих конечных результатов: будут приняты и начнут использоваться современные программы обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по программам среднего профессионального и высшего образования; будут созданы в субъектах Российской Федерации ресурсные учебно-методические центры (не менее 30 центров во всех федеральных округах) по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья на базе ведущих профессиональных образовательных организаций; будут организованы конкурсы (в субъектах Российской Федерации не реже одного раза в два года) профессионального мастерства среди студентов-инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, ближайшая перспектива, определяющая стратегию и тактику в области обеспечения доступности высшего образования для абитуриентов с инвалидностью, включает, прежде всего, доступность объектов образования через создание адаптированных образовательных программ и доступность технического оснащения.

Из специальных исследований, посвященных проблеме инвалидов в системе высшего образования, проведенных в России начиная с 1990-х гг., можно выделить следующие.

В 2002–2003 гг. группой социологов Саратовского государственного технического университета при поддержке фонда Форда и Независимого института социальной политики в составе: Белозерова Е.В., Зайцев Д.В., Карпова Г.Г., Наберушкина Э.К., Романов П.В., Чернецкая А.А., Ярская-Смирнова Е.Р. (руководитель), было проведено исследование «Доступность высшего образования для инвалидов». По итогам работы были опубликованы научные статьи[9]. Ведущая организация – Центр социальной политики и гендерных исследований.

В 2002–2004 гг. коллективом исследователей был выполнен проект «Анализ доступности высшего образования для социально уязвимых групп», результаты которого нашли отражение в сборнике статей Независимого института социальной политики[10]. Статьи содержат информацию о различиях в возможностях получения высшего образования для разных социальных групп, включая детей с инвалидностью.

В апреле–июне 2008 г. рамках проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Рос-

[9] Доступность высшего образования для инвалидов. URL: http://ecsocman.hse.ru/data/456/846/1217/89-99.pdf; Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя // Социологические исследования. 2010. № 9. С. 50–58; Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В. Образы инвалидов в массовой культуре // Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. Апрель. С. 4–12.

[10] Доступность высшего образования в России / отв. ред. С.В. Шишкин. М., 2004. 500 с. URL: http://www.socpol.ru/publications/pdf/dvo.pdf

сийской Федерации» впервые в России проведено широкомасштабное социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации инвалидов (Костромская, Московская, Саратовская области и г. Санкт-Петербург). Исследование проводилось широким кругом российских и европейских экспертов, признанных специалистов в области социологии, реабилитологии и социальной политики из Оксфордского и Эксетерского университетов (Великобритания), Санкт-Петербургского государственного университета, Московского института медико-социальной реабилитологии, Центра социальной политики и гендерных исследований (г. Саратов). В результате исследования получены уникальные данные, которые позволяют реально оценить положение инвалидов в Российской Федерации, способствуют совершенствованию государственной социальной политики в отношении инвалидов, дают основание для выработки конкретных мер, направленных на повышение эффективности комплексной реабилитации и социальной интеграции инвалидов. Как было отмечено в информационном сообщении, в итоге удалось зафиксировать параметры лояльности студенческого и преподавательского коллективов к учащимся-инвалидам; существующий уровень развития доступной среды; спектр специальностей, востребованных инвалидами, а также меры, посредством которых вузы обеспечивают возможность получения высшего профессионального образования[11].

В декабре–ноябре 2010 г. было проведено межвузовское исследование «Студенты-инвалиды в российских вузах» (заказчик – Российский Союз ректоров). В опросе приняли участие 214 высших учебных заведений России, что составляет 25% от вузов, имеющих бюджетную форму обучения и дневное отделение. Были получены данные о 8 тысячах студентов-инвалидов. Целью исследования было выявление ключевых направлений активности вузов в области поддержки образовательного и профессионального ста-

[11] Пресс-конференция по презентации проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации». URL: http://www.mterentiev.ru/news/news.php?id=264

новления детей и молодежи с ограниченными возможностями здоровья[12].

Кроме того, можно отметить еще несколько диссертационных работ по проблеме обучения инвалидов в системы ВПО: Меринова В.Н. Особенности интеграции в общество лиц с ограниченными возможностями здоровья (2007); Веденеева Н.В. Социальные аспекты реабилитации инвалидов в Российской Федерации (2004); Воеводина Е.В. Социальная адаптация студентов с ограниченными возможностями здоровья к условиям высшего учебного заведения: социологический анализ (2012).

Среди комплексных обзорных исследований необходимо отметить следующие работы: подготовленный материал по теме «Организация и проведение комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете Конвенции ООН о правах инвалидов» представляет собой пример теоретического осмысления проблем организации статистического учета инвалидов и инвалидности в Российской Федерации в свете требований Конвенции ООН о правах инвалидов с целью подготовки практических рекомендаций по созданию концепции комплексного мониторинга положения инвалидов в России (2014)[13]; сборник материалов круглого стола «Высшее образование инвалидов по зрению: проблемы и перспективы» (2011 г.)[14].

Результаты вышеприведенных исследований и изучение официальной статистической и иной информации позволяют проанализировать текущую ситуацию.

Что касается статистических данных, Л.О. Рокотянская и Т.А. Ярая отмечают: «Так, по данным внутреннего мониторинга

---

[12] Межвузовское исследование «Студенты-инвалиды в российских вузах». URL: http://www.rsr-online.ru/doc/2010_12_03/2.pdf

[13] Васин С.А., Горлин Ю.М., Гришина Е.Е., Елисеева М.А., Малева Т.М., Рагозина Л.Г., Рамонов А.В., Тындик А.О. Организация и проведение комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете конвенции ООН о правах инвалидов. URL: https://www.hse.ru/data/2014/09/30

[14] Высшее образование инвалидов по зрению: проблемы и перспективы : сб. докл. и информ. материалов межвед. круглого стола (30 ноября 2011 г.) / сост. С.И. Пермякова. Красноярск : КСБ, 2012. 99 с.

Министерства образования и науки Российской Федерации 2016 года, большинство инвалидов обучаются в вузах, подведомственных Министерству образования и науки Российской Федерации – 70%; в вузах, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, обучается 26,9% инвалидов; в негосударственных вузах обучается лишь 3,1% таких студентов»[15].

Исследовательской группой в рамках реализации проекта был изучен опыт российских учебных заведений профессионального образования, реализующих программы инклюзивного образования. На основе изучения источников, находящихся в свободном доступе, была проведена оценка успешности реализации программ инклюзивного образования. Для систематизации опыта российских учебных заведений профессионального образования, реализующих программы инклюзивного образования, вузы и ссузы были классифицированы по трем направлениям моделей инклюзии и описаны их ключевые параметры, реализуемые в российских вузах. В первую группу вошли вузы и ссузы, не имеющие широкого опыта обучение инвалидов. Вторая группа состоит из частично специализированных вузов и ссузов, имеющих специальные отделения или центры работы с инвалидами (в этот список вошли, например, Новосибирский государственный технический университет – специализированный центр Институт социальных технологий и реабилитации, Московский государственный технический университета им. Н.Э. Баумана – Головной учебно-исследовательский и методический центр (ГУИМЦ)). В указанный список вошли только вузы, имеющие многолетний успешный опыт реализации программ инклюзивного образования. На основе анализа программ инклюзивного образования отобранных вузов и ссузов проводился анализ методического обеспечения и сопровождения процесса обучения студентов с ОВЗ. Именно в эти вузы были командированы участники проекта. На основе анализа был

[15] Рокотянская Л.О., Ярая Т.А. Инклюзивные практики в России: аналитические исследования по федеральным округам // Вестник Череповецкого государственного университета. 2017. № 5 (80). С. 200–206.

представлен перечень критериев оценки готовности образовательного учреждения профессионального образования к инклюзии, включающий систему адаптации студентов с ОВЗ к обучению в системе профессионального образования (см. приложение 1). В третью группу вошли специализированные вузы и ссузы. Это вузы, изначально ориентированные на образование людей с ограниченными возможностями (например, Московский государственный специализированный институт искусств, Московский государственный социально-гуманитарный институт (МГСГИ) и др.).

Поскольку ключевой задачей проекта является разработка мер повышения двигательной, социальной и психологической адаптации детей с ограниченными возможностями для дальнейшего обучения в высших и средних специальных учебных заведениях, в рамках программы инклюзивного образования необходимо было провести анализ доступности информации об условиях обучения в вузах и ссузах.

В качестве критериев анализа взяты стандартные требования к ее открытости и доступности: информация об условиях поступления, информация о методической и организационной поддержке в период обучения (ответственные лица, подразделения), информация о доступности инфраструктуры корпусов (кампуса), информация о наличии специального оборудования для обучения инвалидов, информация о преподавателях, имеющих опыт работы со студентами с инвалидностью или прошедших повышение квалификации по соответствующему направлению, информация о наличии программ физической адаптации для студентов с инвалидностью. В качестве объекта анализа взяты сайты вузов и ссузов, относящиеся к первой группе (массовые).

В рамках проекта членом нашей исследовательской группой Т.В. Конюховой были проанализированы сайты 90 вузов и 20 ссузов, не специализирующихся на обучении лиц с ОВЗ и инвалидностью, на предмет доступности необходимой информации для абитуриентов, их родителей (законных представителей), а также уже обучающихся студентов с ОВЗ в части правил приема, учебно-методического сопровождения, наличия / отсутствия необ-

ходимого оборудования и доступной среды, а также программ физической адаптации.

Абсолютно все вузы и ссузы размещают доступную информацию для лиц с ОВЗ и инвалидов о правилах поступления, имеющихся у них льгот и преференций. Это связано с политикой государства, ориентированной на расширение возможностей лиц с ОВЗ (ЛОВЗ) и инвалидов для получения образования 34,5% вузов и ссузов (34 вуза и 4 ссуза) для абитуриентов, родителей (законных представителей) и студентов предоставляют информацию о лицах, ответственных за методическую и организационную поддержку студентов в период обучения. Качество этой информации разнится от наличия формально обозначенных структур и лиц (деканаты, директора учебных подразделений, заведующие кафедрами и пр.) до поименного списка ответственных и / или наличия горячей линии для ЛОВЗ и инвалидов, куда они могут обратиться в рабочее время по всем интересующим их вопросам, связанным с организационно-методической поддержкой в вузе. Одиннадцать вузов и восемь ссузов на своих официальных сайтах не представили информацию о доступности инфраструктуры учебных корпусов и / или кампуса ни в формате официальных документов «Паспорт доступности объектов для ЛОВЗ и инвалидов», Дорожная карта по повышению доступности, ни в фотографиях, ни в декларативных фразах о создании условий для беспрепятственного доступа к объектам обеспечения учебного процесса в отчетах по самоанализу. Наличие данной информации является неотъемлемой частью при организации инклюзивного образования, поэтому считаем, что всем вузам и ссузам следует выработать и разместить подобную информацию в открытой части официального сайта своего учебного заведения. 80% ссузов и 52,2% вузов (58) не предоставляют на своих официальных порталах информацию о наличии специального оборудования для реализации образовательного процесса для ЛОВЗ и инвалидов. Это значительно затрудняет выбор данной категорией граждан образовательного учреждения. Весьма актуальный показатель, демонстрирующий готовность профессорско-педагогического состава осуществлять образовательную деятель-

ность для лиц с ОВЗ и инвалидов на высоком уровне и с учетом особенностей студентов данной категории, освещается лишь у 18,9% вузов (21) и 20% ссузов (4). Показательным является то, что часть заведений приводят списочный состав педагогов, прошедших повышение квалификации по соответствующему направлению, а другая часть указывает в обобщенных отчета по самообследованию, что весь профессорско-преподавательский состав ознакомлен с психолого-физиологическими особенностями обучающихся инвалидов и лиц с ОВЗ и методами их обучения.

Ни один вуз или ссуз не организует последовательно программу по физической адаптации для студентов с ОВЗ и инвалидов. У нескольких образовательных организаций имеется лишь адаптивная программа по физической культуре.

Изучая корреляцию между размещением на официальных сайтах вузов и ссузов информации для лиц с ОВЗ и инвалидов и неофициальных сайтах Федеральных округов, в котором функционирует вуз или ссуз, мы пришли к выводу, что явно выраженных связей нет. Скорее, взаимосвязь прослеживается между показателями общей численности студентов и размещаемой информацией. Чем меньше вуз и ссуз, тем скуднее представлены необходимые сведения для ЛОВЗ и инвалидов на официальном сайте и в его общедоступных документах. Кроме того, данная ситуация продиктована отсутствием жестких требований со стороны федеральных органов власти, несформированностью культуры предоставления информации для всех целевых аудиторий в данном сегмента образовательных услуг, а также отсутствием оценки объективных перспектив развития образования в данном направлении.

Изучение лучших практик в вузах второй группы, а также анализ зарубежных источников и лучших практик зарубежных вузов позволили описать и систематизировать модели инклюзии, реализуемые в российских вузах, выделить наиболее успешные механизмы реализации моделей инклюзии, определить ключевые параметры функционирования российских и западных моделей инклюзии в системе высшего образования с учётом нозологий и направления обучения.

Описаны три модели инклюзии и их ключевые параметры, реализуемые в российских вузах:

1. Формализованная модель, инклюзия «де юре». Ключевые параметры (выполнение приказа Минобрнауки России от 9 ноября 2015 г. № 1309):

– выполнены организационно-нормативные требования (представлена информация на сайте для абитуриентов и студентов с инвалидностью);

– выполнены минимальные требования к кадровому обеспечению;

– в приемной комиссии осуществляется работа с абитуриентами-инвалидами и абитуриентами с ограниченными возможностями здоровья;

– выполнены минимальные требования по доступности зданий образовательных организаций и по материально-техническому обеспечению образовательного процесса;

– в вузе осуществляется процесс по адаптации образовательных программ и разрабатывается учебно-методическое обеспечение образовательного процесса;

– организация образовательного процесса осуществляется с использованием дистанционных образовательных технологий.

2. Неформализованная модель, инклюзия «де факто». Ключевые параметры:

– выполнены организационно-нормативные требования (информация на сайте для абитуриентов и студентов с инвалидностью представлена с учетом нозологий);

– выполнены требования к кадровому и методическому обеспечению (преподаватели регулярно повышают квалификацию и имеют опыт работу со студентами-инвалидами);

– ведется систематическая работа с абитуриентами-инвалидами и абитуриентами с ограниченными возможностями здоровья, студенты-инвалиды знают, к кому и куда обратиться;

– здания образовательных организаций и кампус доступны, присутствует необходимое материально-техническое обеспечение образовательного процесса;

– в вузе разработаны и успешно осуществляются адаптивные образовательные программы, также разработано учебно-методическое обеспечение образовательного процесса;

– в образовательном процессе используются дистанционные образовательные технологии, но они дублируются;

– осуществляется комплексное сопровождение образовательного процесса и здоровьесбережение.

3. Модель «Инклюзия обратного порядка» (Д.С. Райдугин, Е.В. Александрова). Ключевые параметры:

– обучение ведется в малых группах по 7–15 человек, что позволяет индивидуализировать образовательные технологии;

– реализуется индивидуально-ориентированный подход;

– активно используются здоровьесберегающие технологии (адаптивная физическая культура и спорт), обеспечивается возможность физкультурно-оздоровительной работы в группах;

– адаптируется методическое обеспечение (ООП, РП и пр.) к специальным потребностям обучающихся с нарушениями ОДА;

– реализуется установленная для каждого индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПР и ИПРА) в «триедином» образовательном процессе, включающем обучение, воспитание, личностное развитие;

– ведется продуктивная научно-исследовательская работа, направленная на оптимизацию образовательного процесса для лиц с нарушениями опорно-двигательной системы (функционирует научно-исследовательская лаборатория, работают кафедры);

– еще одно важное условие – наличие в среде профессорско-преподавательского и административного состава людей с инвалидностью.

Установлено, что в первых двух моделях присутствует существенный недостаток – не учитывается процесс работы со сверстниками, отсюда – психологические барьеры пребывания в учебных группах. То есть вся работа направлена только на самих инвалидов и в меньшей степени – на их кружение. В некоторых программах сделан акцент на переподготовку преподавателей, работающих со

студентами-инвалидами. Иногда речь может идти о волонтерах, работающих с инвалидами. Но не учитывается окружение в целом.

В рамках государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 гг. предусмотрено повышение уровня доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения, а также повышение уровня профессионального развития и занятости инвалидов[16]. Всеми организациями, предоставляющими услуги в сфере образования, созданы паспорта доступности объектов. В данных паспортах предусмотрено поэтапное изменение инфраструктуры в сторону повышения доступности. Нужно отметить, что Программа «Доступная среда», которая начала действовать в 2011 г., сдвинула ситуацию с мертвой точки. Это подтверждает всероссийская общественная организация «Союз добровольцев России» при поддержке Центра информационных коммуникаций «Рейтинг», которая провела исследование, посвященное доступности в регионах РФ объектов социальной инфраструктуры для лиц с ограниченными возможностями[17].

Отметим, что доступная инфраструктура образовательных объектов является ключевой для системного решения вопроса. «Будучи стеснены в своих финансовых возможностях, вузы, где обучаются лишь несколько инвалидов, подчас ограничиваются сооружением пандуса, что позволяет колясочнику попасть внутрь помещения, но далее его перемещение по зданию оказывается весьма проблематичным. …Очевидно, что значительное число учебных заведений лишь частично решает задачу обеспечения

[16] Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 ноября 2015 г. № 1309 утвержден порядок обеспечения условий доступности для инвалидов объектов, в том числе и объектов, подведомственных Министерству образования и науки Российской Федерации; Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 2 декабря 2015 г. № 1399 определены перечень мероприятий и сроки их выполнения («дорожной картой»).

[17] Национальный рейтинг: Доступная среда. URL: http://russia-rating.ru/ info/8288.html

безбарьерной среды»[18]. По данным мониторинга 2011 г., только 10 % вузов обеспечивают не только архитектурную, но и, прежде всего, учебно-методическую доступность высшего образования для инвалидов, должный уровень профессионально-педагогической готовности преподавателей. В то же время именно такие вузы становятся центрами притяжения для инвалидов и аккумулируют наибольшее число обучающихся[19]. Однако проблема все еще существует: «Самой большой проблемой для таких людей попрежнему остается физическая недоступность образовательных учреждений из-за отсутствия необходимой инфраструктуры»[20].

При этом проблема недоступности инфраструктуры тесно связана с вопросами социальной адаптации в образовательном пространстве. В исследованиях Романова и Ярской-Смирновой (2010) подчеркивается, что барьерами являются не сами по себе особенности внешности, способы коммуникации или передвижения, а дефицит общественного участия, недостатки юридического или технического свойства, которые и усугубляют социальное неравенство между людьми[21].

В Томском политехническом университете осенью 2016 г. студентами и преподавателями был реализован проект «Доступный кампус ТПУ». В ходе выполнения проекта студенты направления

---

[18] Касьянова А.И. Инклюзивное образование в рамках системы среднего профессионального образования в России. URL: http://elar.urfu.ru/bitstream/10995/38900/1/po_2015_01_37.pdf, свободный (дата обращения: 17.04.2017).

[19] Анализ результатов оценки доступности зданий, сооружений и входящих в их состав помещений российских вузов для маломобильных групп населения. 2011. URL: http://vid1.rian.ru/ig/ratings/Analitika.pdf; Топ вузов по доступности зданий для маломобильных групп населения. URL: http://vid1.rian.ru/ig/ratings/Analitika.pdf, свободный (дата обращения: 15.04.2017).

[20] Обсуждение проблем социальной реабилитации и создания безбарьерной среды для инвалидов. URL: http://kremlin.ru/events/president/news/13543. свободный (дата обращения; 17.04.2015); Эксперты ОНФ провели мониторинг доступности российских вузов для инвалидов. URL: http://onf.ru/2015/07/08/eksperty-onf-proveli-monitoring-dostupnosti-rossiyskih-vuzov-dlya-invalidov/, свободный (дата обращения: 13.04.2017).

[21] Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя // Социологические исследования. 2010. № 9. С. 50–58.

«Промышленный дизайн» совместно с преподавателями (Радченко В.Ю., Давыдова Е.М., Фех Е.С.) проводили мониторинг и оценку состояния доступности внутрикампусной архитектурной среды ТПУ[22]. Результатом проекта стало создание интерактивной карты кампуса. Данная проектная работа была направлена на решение двух задач. Первая задача – учебная, направленная на формирование профессиональных компетенций. Вторая задача – повысить уровень лояльности студентов и их готовность к обучению на принципах инклюзии. Процесс реализации проекта показал, что решать нужно не каждую проблему в отдельности, следует улучшать инфраструктуру или создавать программу социальной адаптации. Эти задачи взаимосвязанные.

В процессе решения первой задачи студенты проводили «полевые исследования», делали замеры и фотографировали. Такой подход позволил будущим инженерам на практике увидеть существующие проблемы, задуматься о том, что есть разные варианты решения задач по инфраструктурной доступности. Студенты проводили анализ официальных документов, определяющих нормы и правила оценки доступности. С помощью преподавателей разрабатывали методические рекомендации по улучшению состояния доступности внутрикампусной дружественной социальной среды на основе выбранных критериев: 1) доступность, 2) безопасность, 3) информативность. Спецификой проекта было то, что обследовались территории около корпусов на предмет доступности подъезда к ним. Подробно рассматривались маршруты движения между корпусами, имеющими аудитории, адаптированные для занятий студентов-инвалидов. Сложность инфраструктуры кампуса в том, что он включен в инфраструктуру города. Следовательно, университет не всегда может самостоятельно устранить барьеры в передвижении от корпуса к корпусу.

[22] Лукьянова Н.А. Пространство равных возможностей: студенческий проект «доступный кампус» // Социальные процессы в современной Западной Сибири : сб. науч. тр. XVII Всерос. науч.-практ. конф. Горно-Алтайск : Горно-Алтайск. гос. ун-т, 2017. С. 94–97.

При решении второй задачи преподаватели, осуществлявшие руководство данным проектом, изначально столкнулись с «сопротивлением» студентов, которые не стремились примерять на себя роль человека с ограничениями. Но в процессе работы появился интерес. Студенты сами предложили несколько креативных решений и слоганы при оформлении карты доступности кампуса.

Безусловно, плоскость человеческих отношений является на сегодняшний момент одним из ключевых барьеров в развитии идеологии инклюзии. Речь идет о процессе восприятия инвалидности. Традиционно в России существовала медицинская модель инвалидности с ограничительно-покровительственной позицией общества. Образование, согласно этой модели, является закрытым для людей, имеющих инвалидность. В настоящее время в России осуществляется переход к социальной модели, направленной на развитие инклюзивных практик. Однако сегодня в мире наиболее актуальной представляется модель инклюзии «права человека». Согласно ей лица с ограниченными возможностями являются обладателями равных прав, включая право на инклюзивное образование (L. Terzi, M.L. Savickas, L. Nota, J. Rossier). Задача общества – обеспечение таких прав. Ключевым принципом данной модели является доступность (в том числе образования) и избегание создания «особых условий», которые бы подчеркивали исключительный статус для определенных категорий граждан. В процессе реализации проекта по созданию карты доступности кампуса решалась задача именно такого восприятия инвалидности. Студенты применили свои знания промышленных дизайнеров и предложили инженерные решения в рамках концепта «Город равных возможностей»[23]. В процессе работы у студентов изменился характер отношения к проблеме, появилось понимание важности решения вопросов инфраструктурной доступности в контексте равенства прав всех членов общества.

[23] Лукьянова Н.А. Пространство равных возможностей: студенческий проект «доступный кампус» // Социальные процессы в современной Западной Сибири : сб. науч. тр. XVII Всерос. науч.-практ. конф. Горно-Алтайск : Горно-Алт. гос. ун-т, 2017. С. 94–97.

Ограничения жизненного пространства и возможностей являются ключевыми проблемами, которые отмечают российские и зарубежные ученые[24]. В образовательном пространстве эти проблемы проявляются наиболее остро. В исследованиях П. Бурдье доказывается, что причины данных проблем заложены в системе высшего образования. В вузы изначально попадали представители определенных социальных групп. При этом дети-инвалиды (и это доказывают исследования социологов еще с 1960-х гг.) занимают более низкостатусные позиции и не получают образования в школе такого образования, которого было бы достаточного для обучения в вузе.

В таком контексте доступность высшего образования должна рассматриваться в системе общей политики инвалидности и различных моделей инвалидности. Идентификация барьеров, с которыми сталкиваются инвалиды, стремящиеся к получению высшего образования, обусловлена максимальной вовлеченностью государства в системное решение проблем инвалидов. Исследователи указывают на важную роль семьи и общественных организаций в совместной работе вузов и других субъектов образовательного процесса, когда речь идет о высшем образовании[25].

---

[24] Добровольская Т.Н., Шабалина Н.Б. Инвалиды: дискриминируемое меньшинство? // Социологические исследования. 1992. № 5; Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов : Саратовский гос. техн. унт, 1997; Gleeson B. Geographies of Disabilities. L. ; N.Y. : Routledge, 1999. Константиновский Д.Л. Динамика неравенства. Российская молодежь в меняющемся обществе: ориентации и пути в сфере образования (от 1960-х годов к 2000-му) / под ред. В.Н. Шубкина. М. : Эдиториал УРСС, 1999. Bourdieu P., Passeron J.C. Reproduction in Education, Society and Culture. L. : Sage, 1977. Davis K., Moore W.E. Some principles of stratification / R. Bendix., S.M. Lipset. (eds.). Class, Status and Power. N.Y., 1966.

[25] Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом. М., 1997; Ярская-Смирнова Е.Р., Лошакова И.И. Инклюзивное образование детей-инвалидов // Социологические исследования. 2003. № 5. С. 100–106; Филиппов Д.Е., Бурмистров В.А., Антропов А.И. Система довузовской подготовки в Челябинском государственном университете как основа обеспечения доступности высшего образования для выпускников средних учебных заведений города //

Общеизвестны два сценария обучения инвалидов в системе высшего образования. О них многократно говорилось в научных работах.

Первый сценарий: студент с инвалидностью имеет статус обычного студента, если он не заявляет о необходимости предоставления особых условий обучения. В данном сценарии присутствуют как плюсы, так и минусы. Плюсы: моральный аспект проблемы, равное отношение. Минусы: неприспособленность вузовского образовательного пространства к их особенностям.

Второй сценарий: статус студента и инвалида. Такой студент обучается по адаптированной образовательной программе, в штатном расписании предусматривается должность тьютора, который помогает в освоении образовательной программы и в процессах интеграции в пространство вуза[26].

История становления высшего профессионального образования достаточно подробно описана в трудах исследователей[27]. Отметим только несколько ключевых моментов. Во-первых, три основных российских вуза, начавшие свою работу с инвалидами еще в 30-е гг. прошлого века, являются наиболее успешными в этой области и на сегодняшний момент: Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана, Московский институт-интернат для инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы, Институт социальной реабилитации Новосибирского государственного технического университета. Данные вузы финансируются из федерального бюджета.

Стратегия расширения доступности высшего образования в Челябинской области. Челябинск : Челяб. гос. ун-т, 1999.

[26] Зарубина И.Н. Возможно ли обучение лиц с нарушением зрения в высших учебных заведениях? // Проблемы высшего профессионального образования лиц с нарушениями зрения : материалы науч.-практ. конф. Н. Новгород, 2000; Концептуальные подходы к созданию системы профессионального образования инвалидов в Российской Федерации : материалы предоставлены Т. Волосовец / Министерство образования Российской Федерации. 2003.

[27] Россия: на пути к равным возможностям. М., 2009. URL: http://www.unrussia.ru/sites/default/files/doc/russia_on_the_pat_ru.pdf

Во-вторых, ряд вузов на собственные средства или средства других фондов также обучает инвалидов: Челябинский государственный университет, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Московский государственный педагогический университет, Красноярский государственный торгово-экономический институт[28].

Сегодня каждый вуз составляет документ, подтверждающий наличие в образовательных организациях высшего образования условий для получения высшего образования инвалидами. Такие справки должны быть на сайте каждого вуза. В них содержатся следующие сведения:

– обеспечение беспрепятственного доступа обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, в учебные помещения и другие помещения лицензиата, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальных пониженных стоек-барьеров; при отсутствии лифтов аудитории для проведения учебных занятий должны располагаться на первом этаже);

– предоставление услуг ассистента, оказывающего обучающимся с ограниченными возможностями здоровья необходимую техническую помощь, в том числе услуг сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков;

– адаптированные образовательные программы (специализированные адаптационные предметы, дисциплины (модули));

– специализированные учебники, учебные пособия и дидактические материалы, в том числе в формате печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

---

[28] Станевский А.Г. Проектирование содержания университетского технического образования инвалидов по слуху // Профессиональное образование инвалидов. М. : Моск. институт-интернат для инвалидов, 2000. С. 85–88; Птушкин Г.С. Организация профессионального обучения в специальном государственном образовательном учреждении // Профессиональное образование инвалидов. С. 70–88; Саркисян Л.А. Об интегрированном обучении в Московском институте-интернате // Профессиональное образование инвалидов. М., 2000. С. 22–25.

– наличие специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

– размещение в доступных для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий;

– дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);

– электронные образовательные ресурсы, к которым обеспечивается доступ обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

– условия питания обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

– наличие общежития, интерната, приспособленных для использования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья, и другая уточняющая информация.

Как видим, речь идет преимущество о создании инфраструктуры доступности, что не позволяет оценить в целом готовность образовательной среды к обучению студентов с ограниченными возможностями здоровья. По информации, присутствующей в документах бывшего Министерства образования и науки, есть показатели, характеризующие обучение лиц с ОВЗ. Согласно справке о наличии в образовательных организациях высшего образования условий для получения высшего образования инвалидами в ряде организаций реализуются программы дистанционного образования и адаптированные основные программы высшего образования. Эти же данные представлены в действующих формах федерального статистического наблюдения №№ СПО-1 и ВПО-1. Именно они характеризуют общую систему образования для лиц с ОВЗ.

С 2010–2011 гг. фиксируется снижение количества студентов-инвалидов, поступающих в учреждения профессионального образования, что связано с демографией, в 2010 г. количество выпускников школ сократилось до 700 тысяч против 1,3 миллиона

в 2006 г. Одновременно исследователи сегодня отмечают следующий момент: «По данным Федеральной службы государственной статистики, численность студентов с инвалидностью, а также количество принятых студентов и выпускников с инвалидностью за 2008–2016 гг. оставались практически неизменными, несмотря на то, что в этот промежуток вузам вменили требования по организации инклюзивного образования»[29]. Называются причины сокращения числа обучающихся: «Можно предположить, что причины следующие: нет мест в учреждениях, осуществляющих образовательные услуги; нет образовательных учреждений поблизости; мнение родителей, что дома ребенку лучше»[30].

Еще одну причину, на наш взгляд, одну из самых важных, называют авторы статьи «Анализ социально-экономических показателей инклюзивного образования в России», что согласуется с тезисами О. Смолина в докладе на заседании коллегии Минобрнауки. Авторы работы отмечают: «Причину сокращения числа студентов-инвалидов следует искать в другом. В первую очередь это стало следствием закрытия специализированных коррекционных образовательных учреждений. «Еще в 2011 году на содержание одного ребенка в образовательном учреждении выделялась дифференцированная сумма, и она зависела от типа и вида учебного заведения (например, была разница в финансировании школы общеобразовательной и коррекционной, школы надомного обучения, гимназии и лицея – всего было выделено 15 типов учреждений)»[31]. Оказавшись в обычной школе, ребенок-инвалид сталкивается с тем, что педагоги не готовы к присутствию в классе человека с особыми образовательными потребностями. Боясь снизить уровень знаний

[29] Богомолова Т.Ю., Коржук С.В. Инклюзивное высшее образование как часть жизненной траектории: опыт выпускников НГУ, имеющих инвалидность // Мир экономики и управления. 2017. Т. 17, № 4. С. 201–214.

[30] Касьянова А.И. Инклюзивное образование в рамках системы среднего профессионального образования в России. URL: http://elar.urfu.ru/bitstream/10995/38900/1/po_2015_01_37.pdf

[31] Спасти коррекционное образование может только чудо? // Православие и мир. URL: http://www.pravmir.ru/spasti-korrektsionnoe-obrazovanie-mozhet-tolko-chudo/

остальных учеников, преподаватели стараются вывести такого ребенка на домашнее обучение, результатом чего становится крайне низкий уровень знаний и отсутствие возможности реальной социализации. Окончив школу, такой ребенок уже и не помышляет о продолжении образования. К сожалению, тенденция к закрытию специализированных образовательных учреждений в последнее время усиливается». Тем самым процесс перехода из школы в вуз становится фактически невозможным.

В качестве еще одной причины того, что дети-инвалиды не идут в учреждения ВПО, исследователи называют их боязнь поступления. По словам президента Московского государственного технического университета имени Н.Э Баумана Игоря Федорова, многие инвалиды не верят, что смогут получить диплом вуза: «Большинство детей-инвалидов не могут посещать общеобразовательную школу – нет там подходящих условий. Такие дети состоят на надомном обучении, которое, по сути, не дает никакого образования. Поступать потом в вуз они просто боятся»[32]. Тенденция к снижению числа студентов – инвалидов с ограничениями по состоянию здоровья наблюдается как минимум последние пять лет.

По данным Росстата на начало 2014/15 учебного года, в учреждения среднего профессионального образования было принято на обучение 4 308 студентов-инвалидов, а в высшие учебные заведения – 5 179 человек. При этом в прошлом учебном году численность таких лиц составляла 4 456 и 5 194 соответственно, а в позапрошлом учебном году – 5 185 и 5 530 человек. Из анализа статистики видна тенденция к снижению принятых на обучение абитуриентов. Немалую роль в этом играет отказ образовательных организаций принимать инвалидов в тех случаях, когда у них отсутствуют соответствующие условия для обучения таких лиц[33]. Следует отметить еще один момент. Примерно 60% поступивших студентов-инвалидов заканчивают учреждения среднего профессио-

[32] Васильченко М. Не по ребенку школа. Совместное обучение детей-инвалидов со здоровыми пока остается редкостью // Новые известия. URL: http://www.newizv.ru/society/2010-12-20/138320-ne-po-rebenku-shkola.html
[33] ГАРАНТ.РУ. URL: http://www.garant.ru/news/622161/#ixzz4NL6VmWhp

нального образования и от 40 до 50% – учреждения высшего профессионального образования. Примерно половина студентов-инвалидов так и не получают диплом о профессиональном образовании. Одной из причин является отсутствие комплексного подхода к обеспечению необходимых условий для обучения людей с инвалидностью. «Будучи стеснены в своих финансовых возможностях, вузы, где обучаются лишь несколько инвалидов, подчас ограничиваются сооружением пандуса, что позволяет колясочнику попасть внутрь помещения, но далее его перемещение по зданию оказывается весьма проблематичным. Полное переоборудование здания требует расширения дверных проемов, замены лифтового оборудования, обеспечения площадок для разворота коляски, изменения планировки санузлов и многого другого. Очевидно, что значительное число учебных заведений лишь частично решает задачу обеспечения безбарьерной среды»[34]. Мониторинг профориентационной работы с детьми-инвалидами показал, что ежегодно до 20–30% студентов-инвалидов отчисляются из образовательных организаций профессионального образования, не закончив обучение. Отчисление происходит, как правило, по причине состояния здоровья студентов-инвалидов или потому, что в процессе обучения студент-инвалид понимает, что выбрал не то направление подготовки, не ту специальность, по которой сможет в дальнейшем работать[35].

Кроме того, очная форма обучения требует постоянного посещения занятий, в то время как для инвалидов было бы удобно посещение один или два раза в неделю[36]. Василий Жуков, в 2010 г. ректор РГСУ, озвучил еще одну проблему, связанную с процессом обучения: «Вот идет лекция по высшему финансированию.

[34] Касьянова А.И. Инклюзивное образование в рамках системы среднего профессионального образования в России. URL: http://elar.urfu.ru/bitstream/10995/38900/1/po_2015_01_37.pdf

[35] При президенте Российской Федерации состоялось заседание Комиссии по делам инвалидов. URL: http://www.smolin.ru/news/3/3615/

[36] Высшее образование для льготников: инвалидов, сирот и победителей олимпиад // Радио свобода. URL: http://www.svoboda.org/a/2163710.html

В аудитории сидят слабовидящие, либо слепые и обычные студенты. Если бы не было слепых и слабовидящих, профессор бы говорил: “Запишем”. Но если есть хоть один студент, имеющий ограничение по зрению, профессор должен диктовать каждый символ, каждый знак. Технические средства здесь особой помощи не оказывают. Темперамент самой речи, конечно же, в связи с этим утрачивается. Естественно, познавательный интерес всех остальных уменьшается»[37].

В настоящие время в Российской Федерации только 10% вузов обеспечивают не только архитектурную, но и, прежде всего, учебно-методическую доступность высшего образования для инвалидов, должный уровень профессионально-педагогической готовности преподавателей. В то же время именно такие вузы становятся центрами притяжения для инвалидов и аккумулируют наибольшее число обучающихся. Вместе с тем только 21 вуз, по данным мониторинга, имеют возможность обучения инвалидов любой из нозологий[38].

Сегодня в России создается сеть ресурсных (опорных) центров в федеральных округах на базе вузов, имеющих значительный опыт работы со студентами-инвалидами различных нозологий, координируемых из единого центра. Планируется, что такая сеть позволит решить проблемы с доступностью системы высшего образования при ограниченном финансировании, поскольку не все вузы могут создать комплексную систему инклюзии. Решение этой проблемы позволит большему количеству студентов-инвалидов успешно обучаться и получить диплом о высшем образовании.

Необходима дифференцированная информация об использовании адаптированных образовательных программ и специальных методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных

---

[37] Высшее образование для льготников: инвалидов, сирот и победителей олимпиад // Радио свобода. URL: http://www.svoboda.org/a/2163710.html

[38] Топ вузов по доступности зданий для маломобильных групп населения. URL: http://vid1.rian.ru/ig/ratings/Analitika.pdf; http://ria.ru/ratings_analytics/20110711/400106487.html

пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставлении услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведении групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечении доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и других условиях, без которых невозможно или затруднительно освоение образовательных программ общего образования обучающимися с ОВЗ и инвалидами. Только путем создания инструментария, позволяющего проводить специальные обследования в сфере изучения потребности и условий обучения лиц с ОВЗ и инвалидов по основным и дополнительным общеобразовательным программам, программам профессионального образования с учетом особенностей их психофизического развития, можно создать в достаточной степени подробную информационную базу и обеспечить особый подход к проблемам «особенных» людей в ходе разработки и реализации государственной политики в сфере образования.

Опишем ключевые проблемы, с которыми сталкиваются абитуриенты с ОВЗ, желающие обучаться в российских вузах. Подчеркнем, что данные проблемы озвучивались в различных документах Министерства образования и науки, Минтруда России и т.д.:

1. Возможность обучения в вузах во многом зависит от территориально-социальных условий проживания. Н.В. Васильева отмечает, что московские выпускники-инвалиды видят больше возможностей для продолжения образования, чем выпускники-инвалиды из малых городов России, и осознание этих возможностей влияет на построение их жизненных планов[39]. Как и раньше, «самой большой проблемой для таких людей по-прежнему остается физическая недоступность образовательных учреждений из-за

[39] Международная научно-практическая социологическая конференция «Продолжая Грушина». Москва, 11–12 ноября 2010 г.; Обсуждение проблем социальной реабилитации и создания безбарьерной среды для инвалидов. URL: http://kremlin.ru/events/president/news/13543

отсутствия необходимой инфраструктуры: нет соответствующих пандусов, поручней, в зданиях узкие двери. И это при том, что существуют квоты на обучение студентов-инвалидов и специальные программы поступления в вузы»[40].

2. Высшее образование в России никогда не было полностью инклюзивным. Архитектурная среда во многих вузах продолжает оставаться недоступной, препятствием является и отсутствие специального оборудования для помощи в обучении. Создание такой среды требует больших финансовых вложений, что является недоступным для многих вузов: «… ограниченное финансирование создания доступной инфраструктуры образовательных организаций, что приводит к тому, что согласно данным за 2014 год, из 6 708 зданий подведомственных высших учебных заведений, где проходит обучение или в которых проживают обучающиеся, в 4 015 зданиях в настоящее время обучаются и живут студенты с ограниченными возможностями здоровья и инвалиды. Из них 3 870 зданий полностью или частично приспособлены для получения профессионального образования, а также для временного проживания»[41]. Это конечно не единственная причина, но следует отметить, что на образовательные организации возлагаются дополнительные обязательства без учета эффективности использования инфраструктуры. Помимо выделения средств из государственного бюджета помочь решить данную проблему может удаленная форма работы. «Для этого разработать систему стимулирования вузов посредством конкурсов грантов и целевых программ финансирования в зависимости от их участия в предоставлении образовательных услуг инвалидам. Включать в эту систему как те вузы, число студентов-инвалидов в которых превышает 100 чело-

[40] Эксперты ОНФ провели мониторинг доступности российских вузов для инвалидов. URL: http://onf.ru/2015/07/08/eksperty-onf-proveli-monitoring-dostupnosti-rossiyskih-vuzov-dlya-invalidov/

[41] Учебные заведения предлагается оценивать по приспособленности для студентов с ограниченными возможностями. URL: http://izvestia.ru/news/585887#ixzz4IjKzA1y0

век, так и вузы, которые только начинают работу в данном направлении»[42].

3. Многие специалисты, работающие с инвалидами, не верят в реализацию их жизненной ориентации на получение высшего образования[43]. Плоскость человеческих отношений, определяющая отношение к инвалидам в обществе, еще не позволяет им полностью интегрироваться в систему ВПО. «Преподаватели и сотрудники должны иметь подготовку для общения со студентами с ОВЗ и инвалидностью, быть готовыми оказать поддержку в образовательном процессе и подстраиваться под особые потребности каждого учащегося»[44]. В этом же контексте следует рассматривать необходимость работы по устранению дискриминационных барьеров, в том числе посредством привлечения средств массовой информации с целью создания положительного имиджа высшего образования инвалидов[45].

4. Отсутствует комплексное решение сопровождения лиц с ОВЗ, обучающихся в системе высшего профессионального образования, – единая методическая база и технология осуществления инклюзивного профессионального образования. По сути, организации образования сами определяют инструменты, в том числе и финансовые, позволяющие осуществлять инклюзию в образовательном процессе. В документах Министерства образования и науки не раз подчеркивалось, что необходим единый координирующий центр по обеспечению взаимодействия различных образовательных учреждений в реализации среднего и высшего профессионального образования инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

---

[42] URL: http://www.socpol.ru/publications/pdf/dvo.pdf

[43] Международная научно-практическая социологическая конференция «Продолжая Грушина». Москва, 11–12 ноября 2010 г.

[44] Михальчи Е.В. Состояние инклюзивного образования в системе высшего образования в России // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2. URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=12445 (дата обращения: 10.09.2016).

[45] Доступность высшего образования в России. URL: http://www.socpol.ru/publications/pdf/dvo.pdf

5. Мотивация к поступлению школьников, имеющих инвалидность и обучающихся в массовых школах, достаточно высока. По результатам исследований, менее уверены в своей достаточной подготовке к поступлению в вуз старшеклассники, находящиеся на домашнем обучении. Как правило, они ориентированы на получение среднего специального образования как подготовительного этапа к высшему образованию. В выборе профессии основную роль играют родители, близкие родственники, реже – учителя [46].

6. Необходима максимально конкретная информация о возможности будущего трудоустройства, поскольку конкурентоспособность инвалидов на рынке труда очень невысока (особенно для инвалидов детства)[47]. Как подчеркивается в исследовании сотрудников Лаборатории мониторинговых исследований Московского городского психолого-педагогического университета, «слабая осведомленность об инклюзивном образовании остается серьезнейшим барьером для его внедрения»[48].

Итак, изучение успешности реализации программ инклюзивного образования показало, что в России сегодня реализуется несколько моделей инклюзии в образовательном процессе. Как было отмечено выше, все вузы были разделены на три группы: В первую группу вошли неспециализированные вузы и ссузы, не имеющие широкого опыта обучения инвалидов (в основном предлагается, дистанционное обучение; нет преподавательского опыта работы со студентами, имеющими инвалидность). Это самая большая часть учреждений профессионального образования в России, реализующих модель инклюзии «де юре». Вторая группа – частично-специализированные вузы и ссузы, имеющие специальные отделения: центры подготовки инвалидов для поступления, центры психолого-педагогической помощи инвалидам и пр. Это образовательные учреждения, имеющие многолетний успешный опыт реализации программ инклюзивного образования. В данных

[46] Доступность высшего образования в России. Там же.
[47] Доступность высшего образования в России. Там же.
[48] Высшее образование на пути к безбарьерной среде. URL: https://iq.hse.ru/news/177670553.html

вузах реализуется модель инклюзии «де факто». В третью группу вошли специализированные вузы и ссузы. Это вузы, изначально ориентированные на образование людей с ограниченными возможностями, они реализуют модель «обратной инклюзии».

В первых двух моделях присутствует существенный недостаток – не учитываются психологические барьеры пребывания в учебных группах. То есть вся работа направлена только на самих инвалидов и в меньшей степени – на их кружение. Кроме того, все модели, реализуемые в российских вузах и ссузах, сформированы в рамках «социальной модели» инклюзии, пришедшей на смену «медицинской модели». Этот факт не позволяет учитывать средовые факторы при внедрении принципов инклюзии в работу образовательных учреждений. Изучение опыта зарубежных образовательных учреждений показало, что необходимо опираться на модель инклюзии, базирующейся на принципах демократизации образования и идей того, что возможность продолжать обучение на протяжении всей жизни – это одно из неотъемлемых прав человека, на равенстве прав всех участников образовательного процесса (а не только на приоритетном праве инвалида). Ключевым принципом данной модели является тот факт, что права инвалида на образование не должны ущемлять права других участников.

Именно поэтому необходимо не просто сравнение различных моделей инклюзии (как у нас и как на западе), многие вещи в России могут быть неприемлемы. Необходима разработка собственных критериев оценки, позволяющих учитывать российский опыт и специфику образовательных программ.

1.1.2. Что есть инклюзия: критерии и методологии оценки

В 2017 г. на уровне Правительства РФ было принято решение о создании региональных учебно-методические центров (РУМЦ). Считается, что они могут стать одним из эффективных инструментов развития инклюзивного образования. В целом программа

«Доступная среда» предполагает до 2020 г. создать 21 РУМЦ[49], в рамках которых предлагается, в том числе, проводить апробацию методик оценки инклюзии. Исследовательский коллектив в рамках настоящего проекта провел сравнительный анализ нескольких методологий оценки вузов / школ на предмет выявления уровня «принятия» инклюзии всеми участниками образовательного процесса, в каждой методологии есть как достоинства, так и недостатки. В табл. 1 представлены шесть подходов, имеющих наиболее полное описание в различных источниках. Отметим, что данные подходы, как правило, описывают принципы мониторинга на уровне среднего и начального образования. Это накладывает определенные ограничения на исследуемый в проекте объект, поскольку наш приоритет – высшее профессиональное образование.

Отметим, что как таковой специально разработанной методологии оценки уровня инклюзии в образовательных учреждениях не существует. Проанализированы пять методологических подходов оценки вузов/школ на предмет выявления уровня «принятия» инклюзии всеми участниками образовательного процесса для уточнения критериев оценки вузов и ссузов, разработанных на втором этапе исследования. По результатам анализа для каждого подхода выявлены плюсы и минусы (представлены в таблице). Сделан вывод, что, в целом, каждый подход направлен на решение определенной задачи.

[49] Инклюзивное образование в России: преодоление скепсиса, бюрократии и правовой дискриминации. URL: http://libinform.ru/read/articles/Inklyuzivnoe-obrazovanie-v-Rossii-preodolenie-skepsisa/

Таблица 1

Подходы к оценке уровня «принятия» инклюзии в образовательных учреждениях

Источник / автор или авторская группа				
Критерии, присутствующие в отчете о выполненных работах по I этапу Государственного контракта № 07.027.11.0015 от 07.08.2013 г. по проекту «Разработка федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и механизмов его внедрения»[50] *(приводятся в сокращенном виде)*	Критерии, согласно требованиям российского законодательства (отражены в нормативных документах и представлены в интернет-ресурсах вузов и ссузов)[51] *(приводятся в сокращенном виде)*	Критерии, включенные в индекс инклюзии, предложенные, Тони Бутом, Мэлом-Эйнскоу. Центр изучения инклюзивного образования. Бристоль, Великобритания[52] *(приводятся в сокращенном виде)*	Критерии, разработанные в рамках реализации Госконтракта от 7 июня 2016 г. № 05.020.11.0007 по проекту «Мониторинг и информационно-аналитическое сопровождение деятельности региональных ресурсных центров высшего образования для инвалидов» коллективом авторов Мининского университета[53] *(приводятся в сокращенном виде)*	Критерии (минская группа, Республика Беларусь)[54] *(приводятся в сокращенном виде)*

[50] Особенности осуществления государственного контроля оценки качества образования детей с ограниченными возможностями здоровья. URL: https://minobr.gov-murman.ru/files/Recom.pdf

[51] Требования к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе оснащенности образовательного процесса. Письмо Минобрнауки России от 18.03.2014 № 06-281; Методические рекомендации об организации приема инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательные организации высшего образования (утв. Минобрнауки России 29.06.2015 № АК-1782/05); основные положения Федерального закона от

Объект экспертизы				
– Образовательная деятельность организации, обеспечивающая реализацию адаптированной образовательной программы для детей с ОВЗ; – достижения (подготовка) обучающихся как отражение степени достижения пла-	– Доступность профессионального образования для инвалидов и лиц с ОВЗ; – качество результатов обучения в образовательных организациях, реализующих образовательные программы для инвалидов и лиц с ОВЗ;	Атмосфера участия в школах	**– Условия реализации системы инклюзивного высшего образования;** **– процессы реализации системы инклюзивного высшего образования;** **– результаты реализации системы инклюзивного высше-**	Среда образовательного учреждения по трем направлениям: уровень доступности образования, деятельность коллектива по созданию инклюзивной культуры и степень реализации инклюзивной практики

1.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов»; Приказ Минобрнауки России от 02.12.15 № 1399. В нем был утвержден План мероприятий («дорожная карта») Министерства образования и науки Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых на них услуг в сфере образования и др.; Федеральный закон от 27.06.2018 г. № 162-ФЗ; Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 гг.

[52] Бут Т., Эйнскоу М. Показатели инклюзии : практ. пособие / под ред. М. Вогана; пер. с англ. И. Аникеев. М. : Перспектива, 2007. 124 с.

[53] Каштанова С.Н., Фильченкова И.Ф. Критериальная база для проведения мониторинга деятельности вузов и региональных ресурсных центров по обучению лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью // Современные научные исследования и инновации. 2016. № 10. URL: http://web.snauka.ru/issues/2016/10/72157 (дата обращения: 07.06.2018).

[54] Лемех Е.А., Светлакова О.Ю. Мониторинг эффективности продвижения инклюзивного образования // Я в мир удивительный этот пришел : сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. 8 февраля 2016 г. М. : Добрый мир, 2016. С. 107–110.

нируемых результатов образовательной программы, т.е. результаты образования как итоги освоения содержания основной образовательной программы	– условия реализации программ для инвалидов и лиц с ОВЗ (кадры, материально-техническое обеспечение, хозяйственная деятельность)		**го образования**	
Ключевые критерии, по которым проводится оценка инклюзии (приводятся в сокращенном виде)				
1. Оценка соответствия адаптированной образовательной программы (АОП) требованиям ФГОС: структурная полнота, соответствие сроков освоения, характеристика содержания образования детей с ОВЗ. 2. Оценка организационных аспектов реализации АОП: – соответствие наполняемости классов действующим нормативным документам; разнообразие категорий детей, осваивающих АОП;	1. Удельный вес (*информация предоставлена в сокращенном виде*) зданий, помещений, в которых предоставляются услуги, соответствующие требованиям доступности и потребностей для инвалидов. 2. Удельный вес объектов, на которых обеспечиваются условия индивидуальной мобильности инвалидов и возможность для самостоятельного их передвижения по объекту.	1.ОСЬ А. Создание инклюзивной культуры: построение школьного сообщества; принятие инклюзивных ценностей. Такая школьная культура создает общие инклюзивные ценности, которые разделяются и принимаются всеми участниками процесса. 2. ОСЬ В. Разработка инклюзивной политики. Развитие школы для всех. Организация поддержки разнообразия. Эта ось показывает	Структурными компонентами модели мониторинга выступили *условия, процесс и результаты* инклюзивного высшего образования. **1. Условия реализации системы инклюзивного высшего образования:** – **финансово-экономическое обеспечение** (общие расходы вуза на обеспечение доступной среды по следующим статьям за календарный год, безбарьерная среда, технические	Каждое направление может быть представлено рядом показателей (индикаторов): 1. Доступность образования: – близость расположения образовательного учреждения к месту жительства ребенка с особенностями психофизического развития); – доступность здания, помещений – организация и создание в образовательном учреждении пространственных ресурсов, обладающих не-

– соответствие планирования образовательной деятельности нормативным документам; – осуществление индивидуального и дифференцированного подхода в образовательной деятельности; – взаимодействие специалистов; участие родителей в реализации АОП. 3. Оценка методик и технологий реализации АОП: качество применения используемых методик и технологий; адекватность применяемых методик и технологий ожидаемым результатам. 4. Формы организации образовательной деятельности: использование специфических образовательных технологий; исполь-	3. Удельный вес объектов с надлежащим размещением оборудования и носителей информации, необходимых для обеспечения беспрепятственного доступа к объектам (местам предоставления услуг) – надписи, знаки с шрифтом Брайля и пр. 4. Удельный вес объектов, в которых одно из помещений, предназначенных для проведения массовых мероприятий, оборудованных звукоусиливающей аппаратурой, от общего количества объектов, на которых инвалидам предоставляются услуги. 5. Удельный вес объектов, имеющих утвержденные паспорта доступности	необходимость присутствия инклюзивных подходов во всех школьных планах. Поддержкой считаются любые действия, способствующие тому, чтобы школа надлежащим образом реагировала на разнообразие потребностей своих учеников. Все виды поддержки разрабатываются в соответствии с инклюзивными принципами и объединяются в общую систему. 3. ОСЬ С. Развитие инклюзивной практики. Управление процессом обучения Мобилизация ресурсов. Ось показывает направление развития практики обучения, отражающей инклюзивную направленность культуры	средства обучения лиц с ОВЗ и инвалидностью, кадровое сопровождение обучения лиц с ОВЗ и инвалидностью, специализированное учебно-методическое сопровождение); – **обеспеченность деятельности вузов по обучению студентов с ОВЗ и инвалидностью нормативно-правовой документацией** (положения, регламентирующие работу с обучающимися с ОВЗ и инвалидностью, размещены на официальном сайте вуза, утвержден паспорт доступности зданий, утвержден план мероприятий по развитию инклюзивного образования в вузе);	обходимым стимулирующим и поддерживающим потенциалом, безбарьерной среды; – доступность образовательной среды – индивидуальный подбор образовательной среды (адаптивные технологии, технические средства обучения, средства специального назначения и т.д.); – наличие в штате сотрудников для оказания помощи в организации учебно-воспитательного процесса; – привлечение специалистов (инструкторов ЛФК, физиотерапевтов, медицинских работников и т.д.) к оказанию необходимой коррекционной помощи в условиях

зование ИКТ-технологий; адаптация методик и технологий к образовательным потребностям детей. 5. Оценка методического обеспечения реализации АОП: соответствие методического обеспечения реализуемым программам; качество использования дидактических средств; адаптация дидактических средств. 6. Оценка методического сопровождения реализации АОП: система, управление, результативность. 7. Оценка системы специальной поддержки освоения основной образовательной программы детьми с ОВЗ: структурная полнота	для инвалидов объекта и услуг, от общего количества объектов, на которых предоставляются услуги. 6. Удельный вес услуг, предоставляемых с использованием русского жестового языка, от общего количества предоставляемых услуг. 7. Доля работников органов государственной власти, прошедших инструктирование или обучение для работы с инвалидами. 8. Удельный вес услуг, предоставляемых инвалидам с сопровождением тьютора, от общего количества предоставляемых инвалидам услуг. 9. Удельный вес услуг, предоставляемых инвалидам с со-	и политики школы. При внедрении такой практики на уроках обязательно учитывается разнообразие потребностей учащихся, а ученики поощряются к активному участию в собственном образовании, основанном на опыте и знаниях, полученных вне школы. Поиск ресурсов, которые могут быть задействованы для поддержки обучения и полноценного участия каждого ребенка в школьной жизни ведется среди всех сотрудников школы, родителей / опекунов и среди местных сообществ	**– обеспеченность процесса обучения лиц с ОВЗ и инвалидностью в вузе кадрами** (наличие отдела (структурного подразделения) по сопровождению студентов с ОВЗ и инвалидностью, ответственный за организацию сопровождения студентов с ОВЗ и инвалидностью в вузе, численность специалистов в штате вуза, обеспечивающих сопровождение студентов с ОВЗ и инвалидностью, удельный вес ППС и учебно-вспомогательного персонала вуза, повысившего квалификацию по вопросам работы с обучающимися с ОВЗ и инвалидностью в течение 3 лет (%));	учреждения образования. 2. Создание инклюзивной культуры: – готовность и способность сотрудников образовательного учреждения к работе с детьми с ОВЗ (принятие принципов и ценностей инклюзивного образования, систематическое повышение квалификации специалистов инклюзивного образования); – готовность и способность учащихся к совместному обучению и взаимодействию в условиях инклюзивного образования (формирование толерантности, терпимости, эмпатии); – организация взаимодействия с родите-

специальной поддержки освоения АОП; характеристика педагогической, социально-педагогической, логопедической и медицинской поддержки. 8. Квалификация кадрового состава: соответствие штатного расписания направленности АОП; укомплектованность квалифицированными кадрами и их соответствие специалистов профилю деятельности; уровень квалификации специалистов, квалификация руководителей организации, реализующей АОП; повышение квалификации работников. Использование современных образовательных технологий	провождением ассистента. 10. Удельный вес органов и организаций, предоставляющих услуги, официальный сайт которых адаптирован для лиц с нарушением зрения (слабовидящих)		**– создание безбарьерной среды для лиц с ОВЗ и инвалидностью** (число корпусов в вузе, в которых создана безбарьерная среда, удельный вес учебных корпусов, в которых создана безбарьерная среда для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью, доступность библиотечного фонда для обучающихся); – **обеспечение процесса обучения лиц с ОВЗ и инвалидностью техническими средствами** (количество аудиторий, обеспеченных стационарными техническими средствами по нозологиям); **– профориентация в системе инклюзивного высшего**	лями: обеспечение активного участия родителей ребенка с особенностями психофизического развития в учебно-воспитательном процессе. 3. Развитие инклюзивной практики: – активное участия ребенка с ОВЗ в учебной деятельности; – взаимодействие учащихся в ходе учебной деятельности; – уровень благополучия микроклимата детского коллектива – социометрический статус детей с особенностями психофизического развития, уровень сформированности коллектива, деятельность педагога по оптимизации меж-

и ЭОР. Апробация и использование новых технологий в образовательной деятельности. Выступления на конференциях и семинарах. Наставничество. 9. Материально-техническое обеспечение реализации АОП: соответствие помещений, технических средств, предметной среды образовательным потребностям детей. 10. Соответствие среды: задачам физического развития детей, эстетического развития детей, трудового обучения и воспитания, развития доступных видов детской деятельности. Соответствие среды методической деятельности педагогов.			**образования** (общее число семинаров / вебинаров для педагогических работников и родителей по вопросам профориентации и получения услуг высшего образования для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью, общее число участников семинаров / вебинаров, наличие программы трудового и профессионального ориентирования абитуриентов, наличие специалистов по профессиональной ориентации студентов из числа лиц ОВЗ и инвалидностью). **2. Процессы реализации системы инклюзивного высшего образования:** **– адаптация образовательных про-**	личностного общения в детском коллективе; – стимулирование и поощрение педагогами дружеских отношений с учащимися с особенностями психофизического развития; – демонстрация коллективных и индивидуальных достижений учащихся; – создание в учреждении образования условий для активного участия детей с ОВЗ во внеклассных и внешкольных мероприятиях с учетом их особенностей и возможностей

11. Информационное обеспечение реализации АОП: доступ к сети интернет, сайт организации. 12. Оценка финансово-экономических условий			**грамм и учебно-методического обеспечения обучения лиц с ОВЗ и инвалидностью** (учитывающих форму нозологии; – **реализация адаптированных образовательных программ** (удельный вес студентов с ОВЗ и инвалидностью в вузе, обучающихся по адаптированным образовательным программам в общей численности обучающихся с ОВЗ и инвалидностью в вузе (%)); **– качество организации процесса обучения и сопровождения лиц с ОВЗ и инвалидностью** (удельный вес студентов с ОВЗ и инвалидностью, получа-	

			ющих: психолого-педагогическое сопровождение, медицинское сопровождение, тьюторинг, социально-реабилитационное сопровождение, наличие действующего волонтерского движения по работе со студентами с ОВЗ и инвалидностью): **3. Результаты реализации системы инклюзивного высшего образования** **– результаты инклюзивного высшего образования** (общая численность студентов с ОВЗ и инвалидностью, завершивших освоение образовательных программ); **– трудоустройство выпускников с ОВЗ и инвалидностью**	

			(создан и функционирует отдел по трудоустройству студентов с ОВЗ и инвалидностью, утверждена программа(ы) содействия трудоустройству выпускников с ОВЗ и инвалидностью); **– обеспеченность постдипломного сопровождения** (утверждена программа постдипломного сопровождения лиц с ОВЗ и инвалидностью, завершивших обучение по программам высшего образования (не менее 3 лет после окончания вуза))	
Плюсы и минусы подходов				
«+» Данный подход является наиболее комплексным с позиции разработки системы	«+» На законодательном уровне определены основные вопросы осуществления оцен-	«+» Принципы и ценности влияют как на решения в отношении всей школьной политики,	«+» Данный подход составляет основу механизма оценки качества обучения лиц с	«+» Экспертиза проводится по трем направлениям: уровень доступности образова-

контроля качества адаптированных образовательных программ в образовании детей с ограниченными возможностями здоровья. В нем представлены критерии для оценки качества самой образовательной программы и результатов освоения адаптированной образовательной программы. «–» В представленной методологии не рассматриваются особенности взаимодействия всех участников образовательного процесса и процесса «принятия» инклюзии ими. Процесс видится односторонним. Обучающиеся с ОВЗ рас-	ки качества инклюзивного образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность. В соответствии со ст. 5 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее – ФЗ-273) в целях реализации права каждого человека на образование образовательными организациями должны быть созданы необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами с ОВЗ, а также социального развития этих лиц, в том числе посред-	так и на ежесекундную практику обучения в каждом классе. Развитие школы становится при этом постоянным и непрерывным процессом в создании инклюзивной образовательной среды. Важен главный принцип, декларированный в методике «сами педагоги и родители должны захотеть вместе с администраторами сделать школу инклюзивной и оценить». Методология разработки инструментария основывается на коллективных воркшопах, круглых столах, когда обсуждается каждый индикатор[55]. «–»	ОВЗ и инвалидностью в системе высшего образования. Предполагается разделение системного содержания деятельности на три направления: условия, процессы и результаты инклюзивного образования в этих организациях. Данный подход концептуально отвечает современным требованиям федерального и международного законодательства в сфере инклюзивного высшего образования. В данном подходе учтена возможность построения карьеры после окончания обучения. В методике учтен социальный и образовательный аспекты. Данный под-	ния, деятельность коллектива по созданию инклюзивной культуры и степень реализации инклюзивной практики. Используя предложенные критерии, учреждение образования может разрабатывать индивидуальные программы мониторинга реализации инклюзивного образования. Данные критерии опираются на критерии инклюзии, разработанные Т. Бутом. «–» Это английская методика, создана для английского общества (культура, повседневность, политика). Поэтому ее невозможно просто пере-

[55] Семинар «Как и зачем измерять инклюзию». URL: https://www.hse.ru/inclusive/news/193077298.html

сматриваются как потребители услуг. Практически исключен личностноориентированный подход. Он представляется определенной «калькой» с процесса аккредитации общих образовательных программ, что позволяет говорить о качестве разработанных АОП, но не всегда о том, насколько удачно осуществляется процесс инклюзии	ством организации инклюзивного образования. Статья 79 ФЗ-273 обязывает профессиональные образовательные организации и образовательные организации высшего образования, а также организации, осуществляющие образовательную деятельность по основным программам профессионального обучения, создавать специальные условия для получения образования обучающимися с ОВЗ. Профессиональные стандарты в сфере образования, предъявляющие требования к педагогиче-	Это английская методика, создана для английского общества (культура, повседневность, политика). Поэтому ее невозможно просто переложить на российскую действительность. Данная методика предназначена для школ. На основании данной инклюзии предложен индекс мягкой инклюзии[56]	ход ориентирован на студентов. «–» Оценка процесса однонаправленна, отсутствует оценка обратной связи от обучающихся с ОВЗ. Практически исключен личностноориентированный подход – не учтена возможность измерения благополучия внутри коллектива. Не учтена среда, создаваемая всеми участниками процесса	ложить на российскую действительность. Данная методика предназначена для школ. На основании данной инклюзии предложен индекс мягкой инклюзии[57]

[56] Там же.
[57] Там же.

	ским работникам, вступают в силу 1 января 2017 г. Определены основные процедуры проведение мониторинга осуществления образовательной деятельности контингентом обучающихся с ОВЗ. «–» Заказ на оценку формируется со стороны органов управления образованием, что не позволяет учитывать только формальную сторону «принятия инклюзии»			

В первом походе (проект № 07.027.11.0015 от 07.08.2013 г. «Разработка федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и механизмов его внедрения») ключевой задачей являлась оценка образовательной деятельности организации, обеспечивающей реализацию инклюзивного подхода в образовании в части оценки результатов освоения адаптированный образовательной программы. Этот подход направлен в первую очередь на оценку собственно образовательной программы, оценку образовательных достижений обучающихся.

Второй подход (согласно требованиям российского законодательства) связан с оценкой специальных условий для получения образования обучающимися с ОВЗ, что дает возможность на государственном уровне увидеть готовность образовательного учреждения к приему обучающихся с ОВЗ. Если в первом подходе оцениваются в основном качество образовательного процесса и результаты обучения, то во втором ключевым становится методическое, материально-техническое и кадровое обеспечение данного процесса для обучающихся с ОВЗ. Данные подходы в большей степени формальны. Они дают ответ на вопрос, как организован учебный процесс для обучающихся с ОВЗ. Обучающиеся с ОВЗ рассматриваются как потребители услуг. Практически исключен личностноориентированный подход. Первый и второй подходы представляются определенной «калькой» с процесса аккредитации общих образовательных программ, что позволяет говорить о качестве разработанных АОП, но не всегда о том, насколько удачно осуществляется собственно процесс инклюзии, позволяющий учитывать индивидуальные потребности таких детей в обучении. Четвертый подход (проект «Мониторинг и информационно-аналитическое сопровождение деятельности региональных ресурсных центров высшего образования для инвалидов», 2016) является структурно сходным с первым и вторым. В нем оцениваются условия, процесс и результаты реализации инклюзивного подхода в образовании. Важно то, что он ориентирован на высшее образование. Таким образом, использование индикаторов,

предложенных в первом, втором и четвертом подходах дает возможность оценить уровень доступности высшего образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, качество образовательных программ, материально-технические условия их обеспечения, возможность их адаптации и социализации.

Третий и пятый подходы отличаются от трех описанных выше тем, что в них во главу угла ставится создание инклюзивной среды и формирование культуры инклюзии. Работа «Индекс инклюзии» (третий подход) английских авторов послужила основой для разработки подходов, позволяющих оценить атмосферу участия в школах, или, в терминологии минских исследователей (пятый подход), «среду образовательного учреждения». Безусловным плюсом данных подходов является мониторинг динамики формирования атмосферы соучастия. В них оценивается не только уровень овладения предметом. Помимо собственно результатов освоения образовательной программы оцениваются социальные навыки и возможность развития творческого потенциала обучающимися. Кроме того, при проведении оценки уровня развития инклюзии предлагается учитывать мнение всех участников образовательного процесса (третий подход). Методология разработки инструментария основывается на коллективных воркшопах, круглых столах, когда обсуждается каждый индикатор[58], это так называемый мягкий индекс инклюзии[59]. Сложность создания такой системы измерений в том, что необходимо учитывать обратную связь и мнение всех стейкхолдеров во всей сложности формулировок и неоднозначности позиций. Например, руководитель образовательного учреждения может утверждать, что школа или вуз доступны для инклюзии. Одновременно родители и их дети говорят об обратном. Или другой пример. Интервьюер смотрит на ситуацию в школе и отмечает дружественную атмосферу, но при этом он не выявил ни одного ученика с явной формой инвалидности. В таком

[58] Семинар «Как и зачем измерять инклюзию». URL: https://www.hse.ru/inclusive/news/193077298.html
[59] Там же

подходе важны сотрудничество и понимание сложностей, с которыми сталкиваются все участники процесса. Необходимо использовать разные методы и разработать инструмент для анализа самих себя.

В целом во всех вышеперечисленных подходах есть плюсы и минусы (см. в табл. 1). Однако ни в одном из них не учитывается сложность процесса перехода от школы в вуз / ссуз. «Были случаи, когда молодым людям, обратившимся в МСЭ за необходимыми документами для предоставления в вуз (справка и ИПРА), снимали инвалидность или пересматривали ИПРА»[60]. Кроме того, во внимание принимаются только сложности, с которыми сталкиваются обучающиеся, имеющие явную инвалидность. И это подчеркивается при описании требований в материально-техническом обеспечении (и не только) для каждой нозологии. Обучающиеся со скрытой инвалидностью зачастую нуждаются в поддержке еще больше. Кроме того, при описании практик инклюзии в вузах не рассматривается проблема приобретенной инвалидности, часто в достаточно взрослом возрасте. Такие учащиеся в большей степени нуждаются в психологической поддержке. Это связано с тем, что, например, студенты (инвалиды с детства) уже имеют положительный опыт «приспособления» к окружающей среде, а студент с приобретенной инвалидностью такого опыта не имеет. Ему необходима дополнительная поддержка. И эта поддержка в большей степени связана с физической реабилитацией и абилитацией. В свою очередь, дети со скрытой инвалидностью достаточно часто (из-за постоянных пропусков занятий) переходят на домашнее обучение, но вузовская система не предусматривает такой формы (если это не заочное обучение). В этом случае необходима также поддержка, поскольку физические нагрузки возрастают.

Следующий аспект, не нашедший достаточного отражения в анализируемых подходах, – это то, что получение профессио-

[60] Инклюзивное образование в России: преодоление скепсиса, бюрократии и правовой дискриминации. URL: http://libinform.ru/read/articles/Inklyuzivnoe-obrazovanie-v-Rossii-preodolenie-skepsisa/

нального образования является переходным этапом на пути к трудоустройству. Мониторинг профориентационной работы с детьми-инвалидами показал, что ежегодно до 20–30% студентов-инвалидов отчисляются из образовательных организаций профессионального образования, не закончив обучение. Отчисление происходит, как правило, по причине состояния здоровья студентов-инвалидов или потому, что в процессе обучения студент-инвалид понимает, что выбрал не то направление подготовки, не ту специальность, по которой сможет в дальнейшем работать[61]. Здесь присутствует еще один момент: «К получению высшего образования абитуриенты с инвалидностью относятся очень серьезно и даже прагматично. Действующая процедура приема позволяет им с большей вероятностью поступить на бюджетные места. Если они видят, что на квотированное место одной специальности подано много заявлений, то отдают документы на специальность, где больше шансов быть зачисленным»[62]. Проблема профессионального образования в большей степени связана с дальнейшей профессиональной ориентацией, а точнее, с ее отсутствием, – отметил Сергей Заир-Бек[63]. «Неутешительна и статистика трудоустройства выпускников-инвалидов: 34% находят работу самостоятельно, вуз помогает устроиться лишь 31%, а 25% инвалидов трудоспособного возраста вообще не имеют работы. К тому же от 63 до 25% студентов-инвалидов за 2010–2016 гг. по различным причинам отчислились из вузов»[64]. В четвертом подходе отмечается, что в процессе мониторинга системы инклюзивного образования необходимо

[61] При президенте Российской Федерации состоялось заседание Комиссии по делам инвалидов. URL: http://www.smolin.ru/news/3/3615/

[62] В АмГУ число студентов с ограниченными возможностями здоровья за три года выросло вдвое. URL: https://www.ampravda.ru/2016/11/30/071349.html

[63] URL: https://iz.ru/602835/daria-filippova/detsady-i-tekhnikumy-ne-gotovy-k-priemu-osobykh-detei

[64] Инклюзивное образование в России: преодоление скепсиса, бюрократии и правовой дискриминации. URL: http://libinform.ru/read/articles/Inklyuzivnoe-obrazovanie-v-Rossii-preodolenie-skepsisa/

включать индикаторы, связанные с процессом карьерного конструирования[65].

Третий аспект, который необходимо ввести в систему мониторинга динамики внедрения инклюзии, – повышение уровня информированности. «Только 14% вузов указывают на своих сайтах список необходимых для поступления инвалидов документов. Лишь 31% – сообщают о наличии специальных средств обучения для инвалидов, 30% – о наличии доступной среды и специальных технических образовательных средств, 7% – контакты лиц, ответственных за инклюзивное образование. При этом 81% вузов уже создали версию сайта для слабовидящих». Это показали наши исследования в 2017 г. Исследовательской группой был проведен мониторинг 90 сайтов вузов и ссузов на предмет открытости и доступности информации (итоги мониторинга были представлены выше).

1.1.3. Инструментарий оценки готовности образовательного учреждения системы профессионального образования к реализации инклюзивного подхода

Данный инструментарий оценки степени готовности образовательного учреждения системы профессионального образования к реализации инклюзивного подхода был разработан с целью обеспечения высокого качества внедрения инклюзии в систему подготовки студентов. Соответствие критериям должно гарантировать единство требований к системе инклюзивного образования и способствовать непрерывному совершенствованию образовательных программ высших учебных заведений в контексте инклюзивного подхода.

[65] Фелл Е.В., Лукьянова Н.А., Капилевич Л.В. Инвалидность и построение карьеры в области науки, технологии, инженерии и математики // Наука и образование: научное издание МГТУ им. Н.Э. Баумана. 2016. № 7. С. 352–360.

Критерии инклюзии соответствуют положениям Конвенции о правах инвалидов (в мае 2012 г. Россия ее ратифицировала) и Федеральному закону от 29 декабря 2012 г. № 273 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

Критерии и процедура оценки разработаны с учетом мирового опыта оценки реализации инклюзивного подхода в образовательных учреждениях. Критерии ориентированы на оценку степени готовности образовательного учреждения системы профессионального образования к реализации инклюзивного подхода. Результаты представляют совокупность оценок по нескольким блокам: создание инклюзивной культуры, разработка инклюзивной политики, развитие инклюзивной практики, перспективы равного карьерного конструирования.

В приложении представлены критерии (разработаны участниками исследовательской группы по проекту РНФ) и матрица оценки степени готовности образовательного учреждения системы профессионального образования к реализации инклюзивного подхода.

Процедура оценки проходит в два этапа:

– 1-й этап – индивидуальная оценка эксперта;

– 2-й этап – работа экспертной комиссии.

Критерии устанавливают различные уровни требований:

– *должен, необходимо* означают требование, выполнение которого обязательно для того, чтобы все процессы в образовательном учреждении соответствовали принципам инклюзии;

– *важный фактор* означает желательное, но необязательное требование, выполнение которого является преимуществом при принятии инклюзивного подхода;

– *может* применяется там, где приводятся примеры возможных вариантов выполнения критерия.

В предложенном инструментарии, безусловно, присутствует специфика российских образовательных учреждений, однако в нем был учтен и опыт западных вузов. Однако и здесь требуется доработка, в первую очередь, в той части, которая касается роли самих обучающихся с ОВЗ в реализации инклюзивного подхода. Инклюзия должна включать в себя и активное желание инвалидов изме-

нить отношение к своей роли в обществе. А это требует работы не только тех людей, которые их окружают, но и самих инвалидов. Необходимо уходить от роли «жертвы»[66]. Как уже отмечалось выше необходимо более четко оценивать дискриминационную составляющую, исключать любое проявление дискриминации, и не только в отношении людей с инвалидностью. Еще один важный момент, который необходимо отразить в инструментарии в будущем: права одних не должны ограничивать права других участников образовательного процесса. Все эти условия необходимо учесть при доработке данного инструментария. Для этого следует подробно изучить зарубежный опыт реализации инклюзивного подхода.

1.2. Зарубежный опыт инклюзивных практик в учреждениях высшего образования

1.2.1. Определение инклюзивной практики в системе высшего образования в современной западной культуре

Современное определение инклюзивной практики в западной культуре опирается на осмысление понятия инклюзии Миллера и Катца как ощущения человека, что его уважают и ценят за то, что он из себя конкретно представляет, а также через ощущение должного уровня поддерживающей энергии со стороны других людей и их поддержки, направленной на то, чтобы человек мог добиться наилучших результатов в своем развитии и в своей деятельности[67]. Инклюзия в системе высшего образования, связанная прежде всего с целенаправленным процессом демократизации

[66] Русанова А.А., Лукьянова Н.А Образы нетипичной телесности в визуальной культуре // Дискурс. 2017. № 4. С. 21–31.

[67] Miller F.A., Katz J.H. The inclusion breakthrough: Unleashing the real power of diversity. San Francisco, CA : Berrett-Koehler, 2002.

высшего образования[68], определяется так: Инклюзивное обучение и преподавание в высшем образовании относятся к тому, как разрабатываются и осуществляются педагогические процессы, учебные программы и системы оценки успеваемости с целью вовлечения студентов в процесс обучения, который характеризуется значимостью, актуальностью и доступностью для всех. При таком подходе конкретный индивидуум и его индивидуальные особенности воспринимаются как источник разнообразия, которое способно обогатить жизнь и процесс обучения других (перевод *Е. Фелла*)[69].

1.2.2. Реализация инклюзивных практик в вузах США

Минимальные обязательные требования к вузам в отношении реализации инклюзивных практик в США соответствуют требованиям, представленым в «Законе об инвалидах» (Americans with Disabilities Act (ADA), который запрещает дискриминацию по признаку инвалидности и защищает (1) самих инвалидов и (2) тех, кто связан с инвалидом, например, родственников. Определение инвалидности в «Законе об инвалидах» таково: лицо с инвалидностью определяется «Законом об инвалидах» как лицо, имеющее физическое или психическое расстройство, которое существенно ограничивает одну или несколько основных форм жизнедеятельности, лицо, имеющее историю такого нарушения или заключение о таком нарушении, или лицо, которое воспринимается другими как

[68] Patrick Blessinger (04 November 2016) Creating a culture of inclusion in higher education // University World News. № 435. URL: http://www.universityworldnews.com/article.php?story=20161102112722844

[69] Professor Christine Hockings (April 2010) Inclusive learning and teaching in higher education: a synthesis of research. Synthesis - Higher Education Academy. P. 1. URL: https://www.heacademy.ac.uk/system/files/inclusive_teaching_and_learning_in_he_synthesis_200410_0.pdf

имеющее такое нарушение. «Закон об инвалидах» конкретно не перечисляет все расстройства, к которым относится[70].

«Закон об инвалидах», запрещающий дискриминацию инвалидов в учебных заведениях, коррелирует с Разделом 504 «Закона о реабилитации 1973 г.» (Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973)[71]. Однако не все определения в законодательных документах однозначны, и это создает трудности в их интерпретации в конкретных ситуациях. Тем не менее закон не допускает отказывать индивидуумам с подходящей квалификацией в участии в программах или в пользовании услугами, финансируемыми из федерального бюджета, а также отказывать в доступе к программам, услугам, препятствовать извлечению пользы или использования возможностей из участия в программах или услугах посредством наличия или создания физических барьеров[72].

Тем не менее немаловажно, что данное законодательство касается только тех университетов, которые хотя бы частично получают финансирование из федерального бюджета. Студенты частных и религиозных учебных заведений не защищены «Законом об инвалидах» в том случае, если учебные заведения не получают никакой федеральной поддержки. Кроме того, если заболевание студента временное и длится менее шести месяцев, то студент не считается инвалидом по этому заболеванию и «Закон об инвалидах» его не защищает.

В США каждый университет принимает решение, считать ли данного студента инвалидом, и устанавливает, какие документы студент должен предоставить, чтобы доказать свою инвалидность. Если администрация университета признает студента инвалидом,

---

[70] Americans with Disabilities Act (ADA), (July 2009). A Guide to Disability Rights Laws, U.S. Department of Justice. URL: https://www.ada.gov/cguide.htm#anchor62335

[71] Section 504, Rehabilitation Act of 1973 (29 U.S.C. § 701). dol.gov. Office of the Assistant Secretary for Administration and Management, US Dept. of Labor.

[72] YOUR RIGHTS UNDER SECTION 504 OF THE REHABILITATION ACT. URL: https://web.archive.org/web/20150317090828/http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/resources/factsheets/504.pdf

то университет обязан обеспечить адаптацию учебных процессов и материальной базы в разумных пределах в том случае, если эти модификации не изменят саму суть образовательного процесса.[73]

Например, конкретные примеры модификаций в разумных пределах могут включать в себя следующие требования:

– не снижать баллы за орфографические ошибки при сдаче письменных экзаменов;

– разрешить замену одной программы обучения на другую;

– разрешить студенту использовать дополнительное время на экзаменах;

– допустить снижение учебной нагрузки и увеличение срока, в течение которого необходимо выполнить все составляющие элементы университетского курса;

– обеспечить личного помощника студента с инвалидностью жильем.

Ниже приведены конкретные примеры дополнительных услуг и устройств, которые американские университеты обязаны предоставлять:

– для студентов с нарушениями слуха предоставить квалифицированного переводчика или предложить иные эффективные способы восприятия учебного материала, который другими студентами воспринимается на слух;

– предоставить помощника, записывающего лекции;

– предоставить помощника-чтеца;

– для студентов с нарушениями зрения или с нарушениями в сфере восприятия и переработки информации, например при дислексии, предоставлять аудиозаписи или записанные в цифровом формате тексты или предложить иные эффективные способы восприятия учебного материала, который другими студентами воспринимается зрительно;

[73] Rights of Students with Disabilities in Higher Education July 2013. Pub #5309.01 A Guide for College and University Students. URL: http://www.disabilityrightsca.org/pubs/530901.pdf

– предоставить учебные материалы в альтернативных форматах (например, тексты в шрифте Брайля, на аудиокассетах или в виде цифровых файлов);

– приобрести необходимое оборудование или дополнительные устройства или обеспечить модификации имеющихся в наличии устройств.

Процесс предоставления дополнительных услуг студенту включает в себя следующие этапы. Студент обращается в службу, оказывающую специализированные услуги студентам с инвалидностью при университете. (В университете возможно наличие координатора – специалиста в области законодательства, защищающего права инвалидов.) Сотрудники службы определяют, какой тип модификации программы необходим студенту. Если специальной службы в университете нет, то студент обращается к декану по студенческим делам или к научному руководителю.

Если студент курируется Департаментом реабилитации (Department of Rehabilitation) – организацией, предоставляющей услуги инвалидам по адаптации к условиям трудоустройства и независимому проживанию[74], – то он обращается в Департамент реабилитации к своему консультанту по вопросам профессиональной реабилитации.

При этом студент должен написать письменное заявление, в котором он (1) заявляет о том, что имеет инвалидность (ограничение возможности), (2) описывает, каким образом его инвалидность влияет на участие в учебном процессе, (3) перечисляет, какие модификации ему требуются, и (4) объясняет, как они помогут ему компенсировать ограничение возможности. Кроме того, в заявлении (5) указывается дата, до которой он ожидает получить ответ. Если студент не получает ответ по истечении указанного срока, то он вправе предположить, что его запрос был отклонен, и начать процедуры подачи апелляции и жалобы.

[74] Например, California Department of Rehabilitation. URL: http://www.rehab.cahwnet.gov/

Немаловажно учесть, однако, что обязательства по отношению к студенту с инвалидностью в университетах США ограничены, что отражено в табл. 2[75].

Таблица 2

Обязанности университета, обозначенные законодательством

Вид модификации	Университет обязан / не обязан
Адаптация условий при сдаче вступительных экзаменов	Обязан
Обеспечение доступным жильем на время учебы	Обязан, если обеспечивает студентов жильем. Не обязан, если в принципе не обеспечивает студентов жильем
Замена трудновыполнимых компонентов учебной программы на другие	Не обязан, если эти компоненты являются основным элементом программы. Университет сам устанавливает стандарты, и снижение стандарта не является разумной модификацией программы
Самая лучшая модификация	Не обязан предоставлять лучшее, достаточно, чтобы было эффективное и разумное решение
Любая запрашиваемая модификация	Университет в праве отказать, если предоставление модификации (1) создало бы чрезмерную финансовую или административную нагрузку для факультета; (2) коренным образом изменило бы академическую программу; (3) запрашиваемая модификация имеет личный характер (например, помощь в приеме пищи или помощь в уборной)

В случае отказа в запрашиваемой модификации студент может подать апелляцию или обратиться в суд. Отметим, что на каждый момент параметры того, что университеты США обязаны делать по закону, определяются результатами судебных процессов. Несколько примеров недавних судебных процессов:

1. «Арчут против Ross University». Студент с дислексией, проходящий курс Университета Росс за пределами США, не получил

[75] Rights of Students with Disabilities in Higher Education July 2013. Pub #5309.01. A Guide for College and University Students. URL: http://www.disa-bilityrightsca.org/pubs/530901.pdf

разрешение на модификации в разумных пределах при сдаче экзаменов. Решение суда было вынесено в пользу университета, так как законодательство, защищающее права инвалидов в США, не применяется к образовательным программам, которые преподаются за границей[76].

2. «Аргений против Creighton University». Университет отказал глухому студенту-медику в его просьбе предоставить титры или услуги переводчика для изучения всех программ курса. Студент выиграл процесс[77].

3. «Гукенберг против Boston University». Студенты с нарушениями познавательной способности, дислексией и синдромом дефицита внимания подали групповой иск в федеральный суд на Бостонский университет с обвинением в дискриминации, так как университет им отказал в модификациях. Суд признал, что университет нарушил их гражданские права[78].

4. «Теша против University of San Francisco». Студент с умственной отсталостью подал иск на университет на том основании, что для него не было сделано необходимых модификаций при сдаче экзамена дистанционно онлайн. Студент проиграл процесс, так как суд установил, что учебная программа была достаточно доступна для его восприятия[79].

В то время как законодательство определяет минимальные требования к университетам в отношении инклюзии, независимая организация «Выбор колледжа» (College Choice) создала систему оценки инклюзивных практик в системе высшего образования США, которая позволяет сравнить вузы, используя следующие критерии:

1. Наличие развитых и эффективных учебных программ, адаптированных для студентов с инвалидностью разных нозологий.

---

[76] Peter Blanck and David Braddock (2016) eQuality: The Struggle for Web Accessibility by Persons with Cognitive Disabilities (Cambridge Disability Law and Policy Series), Cambridge University Press. P. 261.
[77] Ibid.
[78] Ibid. P. 218.
[79] Ibid. P. 216.

2. Наличие эффективно функционирующей и надежной системы вспомогательных услуг для студентов с ограниченными возможностями.

3. Наличие программ и услуг, специально адаптированных для студентов с нарушениями функций восприятия, умственной отсталостью, расстройством дефицита внимания, гиперактивностью, расстройством аутистического спектра, нарушениями зрения и слуха.

4. Наличие программ и услуг, специально адаптированных для студентов с особыми физическими потребностями, которым требуются специально оборудованный доступ в помещение и особые модификации оборудования, наличие служебных животных и / или альтернативного транспорта.

«Выбор колледжа» выделяет 50 лучших университетов США, практики которых (1) намного превышают минимальные юридические требования к доступности, а также (2) оцениваются на основе таких характеристик, как академическая репутация и удовлетворенность студентов[80]. Первые три места в рейтинге «Выбор колледжа» занимают (1) University of Michigan, (2) University of Southern California и (3) Northeastern University. Таким образом, Университет Мичигана, где обучение студентов с инвалидностью началось в 1973 г., является признанным лидером по инклюзивным практикам в США. С 1989 г. «Служба для учащихся с ограниченными возможностями» университета (Services for Students with Disabilities (SSD)) активно выступает за права студентов-инвалидов на государственном, национальном и международном уровнях. Сотрудники SSD первыми создали лабораторию с адаптированными компьютерами и участовали в создании фонда поддержки необходимых модификаций для студентов-инвалидов.

SSD представляет собой «децентрализованную» систему поддержки студентов с инвалидностью в рамках университетского сообщества. В центре службы работают 7 сотрудников, каждый из которых обладает специальными знаниями по различным нозоло-

[80] College Choice (2017). URL: http://www.collegechoice.net/50-best-disability-friendly-colleges-and-universities/

гиям, 1 администратор и 5–6 студентов-практикантов. В центре внедрена новая пилотная позиция – тренер по институциональной адаптации (Institutional Adjustment Coach), задача которого помогать студентам с более тяжелыми нарушениями в их переходе от школы к университету.

Число зарегистрированных в центре студентов постоянно растет. В 2015/16 учебном году в SSD было зарегистрировано 2 277 человек, из них 800 новых. Наиболее многочисленную группу представляют инвалиды с нарушениями в области познавательных способностей (907 человек 40%). Вторая по численуости группа – инвалиды с нарушениями психики (600, 26%), и третья группа представлена людьми с хроническими заболеваниями (356, 15%) (табл. 3).

Таблица 3

Студенты, зарегистрированные в SSD Университета Мичигана по нозологиям в 2015–2016 гг. (некоторые студенты имеют более одной инвалидности; цифры в сумме не составляют 100%)

Нозология	Количество	% от всех студентов-инвалидов
Нарушения в области познавательных способностей	907	40
Психические нарушения	600	26
Хрогические заболевания	356	15
Двойная инвалидность	200	9
Временная инвалидность	108	5
Нарушения зрения	38	2
Нарушения слуха	41	2
Нарушения подвижности	26	1

Услуги, предлагаемые SSD, включают следующие виды поддержки: психометрическое тестирование; независимое обучение, но в обществе других студентов (в составе группы); HathiTrust Digital Library – библиотека учебной литературы в цифровом формате для тех, кто не может пользоваться печатными материалами; академический тренинг – обучение адаптации к образовательным процессам; система титров, сопровождающих текущую учебную

программу и текущие мероприятия – Communication Access Realtime Translation (CART); транспортные услуги; видеотелефоны; услуги сурдопереводчика; адаптация материалов для чтения для слепых и слабовидящих; создание электронных текстов; услуги помощника, записывающего лекции; создание титров для видеозаписей; предоставление специального оборудования.

1.2.3. Инклюзивные практики в вузах Европы

Активное вовлечение инвалидов в систему высшего образования в Европе поддерживается Европейской стратегией в отношении инвалидов 2010–2020[81] и Конвенцией ООН о правах инвалидов[82]. Одним из основных механизмов содействия получению инвалидами высшего образования (как представителями групп людей, недостаточно представленных в системе высшего образования) является Болонский процесс – совместная работа министерств европейских стран, направленная на обеспечение сопоставимости стандартов и качества квалификаций высшего образования.

Сравнивать уровень инклюзии в европейских вузах трудно из-за отсутствия общей терминологии в отношении инвалидности. Люди, живущие в более развитых странах с относительно щедрыми системами социального обеспечения, такие как Финляндия, Франция, Нидерланды и Великобритания, с большей вероятностью готовы сообщать о наличии у них проблем со здоровьем или об инвалидности, чем те, которые живут в более бедных странах с менее развитыми системами социального обеспечения, таких как Румыния. Кроме того, в разных европейских странах инвалидность понимается по-разному, таким образом, в отдельных социумах может иметь место узкое понимание инвалидности (только физи-

[81] European Commission (2010) European Disability Strategy 2010–2020, Brussels: European Commission.
[82] United Nations (2006) United Nations Convention on the Rights of Person with Disabilities New York: United Nations. URL: http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml

ческая инвалидность или хроническое заболевание), и при этом проблемы психического здоровья и дислексия могут не входить в это понятие.

По данным социологического исследования, проводенного в 2015 г., где осуществлялась попытка целенаправеленно расширить понятие инвалидности, на Мальте, в Черногории, Румынии, Болгарии и в России доля учащихся с ограниченными возможностями оказалась относительно низкой (7% или менее), тогда как, например, в Нидерландах была выявлена относительно высокая доля (около 30%). С одной стороны, эти особенности могут отражать существенные различия во включении студентов с инвалидностью в высшее образование, но с другой стороны, могут отражать и тот факт, что в различных странах под инвалидностью понимается неодинаковый набор ситуаций, связанных со здоровьем и развитием человека[83].

Великобритания. В Великобритании до начала 1990-х гг. обучение студентов-инвалидов в британских высших учебных заведениях носило эпизодический характер и зависило от расположения других студентов и преподавателей, которые готовы были оказать поддержку и помощь на добровольной основе[84]. Однако в 1993 г. было введено пособие для студентов с инвалидностью (Disabled Students' Allowance), что в значительной степени способствовало росту включения инвалидов в образоваетельный процесс. В 2017/18 учебном году максимальные суммы, начисляемые студенту дневного отделения, составили до 5 358 фунтов стерлингов, выделяемых на приобретение специализированного оборудования на весь период обучения по программе бакалавреата, и до 21 305 фунтов ежегодно на оплату услуг немедицинского помощника[85]. Эти по-

[83] Deutsche Zentrum für Hochschul und Wissenschaftforschung (DZHW) (2015) Social and Economic Conditions of Student Life in Europe Eurostudent V 2012–2015 Synopsis of Indicators, Hanover.

[84] Riddell S., Tinklin T., Wilson A. (2005) Disabled Students in Higher Education. London: RoutledgeFalmer.

[85] Disabled Students' Allowances (DSAs). URL: https://www.gov.uk/disabled-students-allowances-dsas/eligibility

собия начислялись в зависимости от индивидуальных потребностей студента с инвалидностью и не зависили от его дохода.

Инвалиды в Великобритании, получившие университетское образование, имеют почти такие же шансы преуспеть на рынке труда, что и остальные выпускники вузов. По данным Ассоциации консультативных служб по вопросам карьеры выпускников (Association of Graduate Careers Advisory Services (AGCAS)), перспектива трудоустройства выпускников-инвалидов в целом положительная. Инвалиды с высшим образованием гораздо чаще трудоустраиваются, чем инвалиды с низким уровнем квалификации[86]. При этом инвалиды, у которых нет высшего образования, намного реже востребованы на рынке труда, чем инвалиды такого же возраста, не имеющие высшего образования. Есть данные, что в 2012 г. выпускники вузов с инвалидностью имели лишь немного меньшую вероятность трудоустройства, чем выпускники вузов без инвалидности, и обе группы выпускников в равной степени занимали позиции высококвалифицированных профессионалов и менеджеров[87].

Однако, несмотря на то, что в Великобритани делаются значительные усилия для того, чтобы привлечь студентов-инвалидов в вузы, студенты с инвалидностью продолжают сталкиваться с определенными трудностями, причем это особенно касается лиц с психическими заболеваниями, а также тех, кто проживает в социально неблагоприятных условиях[88].

Основным британским законадательным документом, регулирующим процессы инклюзии, в том числе и в высшем образовании, является «Закон о равноправии от 2010 г.» (Equality Act

[86] Hills J., Brewer M., Jenkins S., Lister R., Lupton R., Machin S., Mills C., Modood T., Rees T. and Riddell S. (2010). An Anatomy of Economic Inequality in the UK Report of the National Equality Panel, London: London School of Economics.

[87] Fordyce M., Riddell S., O'Neill, R. & Weedon E. (2014) 'Educational outcomes of young people in Scotland who are deaf or hard of hearing: Intersections of deafness and social class.' International Journal of Inclusive Education. DOI: 10.1080/13603116.2014.929749

[88] Fordyce M., Riddell S., O'Neill R. & Weedon E. (2014) 'Educational outcomes of young people in Scotland who are deaf or hard of hearing: Intersections of deafness and social class.' International Journal of Inclusive Education. DOI: 10.1080/13603116.2014.929749

2010)[89]. В рамках этого закона в Великобритани запрещается дискриминация в отношении тех, кто имеет инвалидность, причем под инвалидностью понимается состояние, которое оказывает значительное и долговременное негативное воздействие на повседневную жизнь человека. Это может быть психическое или физическое заболевание, в том числе рак и ВИЧ[90].

В рамках «Закона о равноправии от 2010 г.» наказуемая законом дискриминация в отношении инвалидов в образовательной среде может принимать разные формы, что видно из примеров, приведенных ниже.

Пример 1. В учебном заведении организовано мероприятие для будущих студентов с детьми. Потенциальная студентка приезжает со своим сыном, у которого имеется инвалидность по физическому и психическому заболеванию. Организатор мероприятия просит женщину сесть в задней части помещения подальше от других абитуриентов и их детей, потому что он обеспокоен тем, как отреагируют на присутствие мальчика-инвалида другие маленькие дети. Действия организатора представляют собой прямую дискриминацию в отношении ребенка по признаку инвалидности, а также прямую дискриминацию по признаку инвалидности его матери как лица, связанного с инвалидом[91].

Пример 2. Организаторы поездки в театр для студентов, изучающих тетральное искусство, отклонили заявку на поездку от женщины с нарушением слуха, поскольку, по их мнению, она не получит тех же преимуществ от посещения театра, что и другие сту-

[89] Equality Act 2010: guidance. URL: https://www.gov.uk/guidance/equality-act-2010-guidance.

[90] Elena Fell, Maria Dyban ‘Against Discrimination: Equality Act 2010 (UK)’ The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS Volume XIX, (17 January 2017), pp. 188–194. URL: http://www.futureacademy.org.uk/files/images/upload/WELLSO2016F25.pdf

[91] Equality Act 2010. Technical Guidance on Further and Higher Education. P. 50. URL: https://www.equalityhumanrights.com/en/publication-download/equality-act-2010-technical-guidance-further-and-higher-education

денты. Это является прямой дискриминацией по признаку инвалидности[92].

Важно иметь в виду, что «Закон о равноправии» защищает только инвалидов и не защищает людей, не имеющих инвалидности. Это означает, что оказывание предпочтения инвалиду не является незаконной дискриминацией в отношении лица, не имеющего инвалидности[93], что мы видим в примере 3.

Пример 3. В университете проходит платное мероприятие для студентов и их гостей. Организаторы предлагают бесплатное посещение для помощника, сопровождающего студента с инвалидностью. Подобное предпочтительное отношение к инвалиду является законным[94].

Что касается учебного процесса, то университет обязан заранее готовить приспособления, необходимые для студентов с инвалидностью. Например, если студенты в соответствии с расписанием лекций вынуждены быстро перемещаться из одного корпуса в другой, то организаторы рискуют быть обвиненными в дискриминации студента-инвалида, который не может быстро перемещаться, если не организуют учебный процесс по-другому. Также если в университете вступительные экзамены сдаются за один раз, то правила необходимо изменить для инвалида, которому трудно сдавать все экзамены за раз[95].

Пример 4 показывает, как задача создания приспособлений решается конкретно в случае, когда преподаватель решает использовать на занятии несколько коротких клипов для студентов. Если в клипах нет субтитров, глухие студенты могут быть поставлены в невыгодное положение по сравнению со студентами, которые не являются глухими, потому что у них не будет доступа к содержанию клипа, который будут обсуждать их сокурсники. Такая си-

---

[92] Equality Act 2010. Technical Guidance on Further and Higher Education. P. 53. URL: https://www.equalityhumanrights.com/en/publication-download/equality-act- 2010-technical-guidance-further-and-higher-education

[93] Ibid. P. 60.

[94] Ibid. P. 61.

[95] Ibid. P. 80.

туация является косвенной дискриминацией по признаку инвалидности. Чтобы этого избежать, преподаватель заранее целенаправленно ищет видеоролики с субтитрами либо готовит письменную запись содержания клипов. Таким образом, он выполняет обязательство предвидеть потребности учащихся-инвалидов и внести разумные коррективы заранее[96].

Тем не менее важно иметь в виду, что дискриминация по признаку инвалидности не всегда является противозаконной, как в примере 5.

Пример 5. Девушка с диспраксией поступила в вуз на отделение биохимии. Она испытывает значительные трудности с концентрацией при выполнении инструкций. Несмотря на внесение ряда разумных корректировок, университет приходит к выводу, что имеет место постоянный риск для самой студентки и для других лиц, и запрещает ей продолжать учебу. Это оправданная дискриминация по признаку инвалидности, поскольку примененная мера является соразмерным средством достижения законной цели сохранения академических стандартов и обеспечения безопасности и здоровья учащихся, включая саму студентку[97].

Обращаясь к примеру поддержки инвалидов в конкретном британском вузе – Лидском университете, отметим, что почти у 10% студентов Лидского университета[98] имеется инвалидность. Университет обеспечивает общую и обусловленную конкретными условиями поддержку для студентов-инвалидов через службу Disabled Students' Assessment and Support. Система работы со студентами-инвалидами в Лидском университете включает в себя службу поддержки и оценки состояния студентов-инвалидов, адаптирующую их к процессам учебы и оказывающую консультации по вопросам финансирования и проживания; команду практической поддержки, которая координирует немедицинскую поддержку

[96] Equality Act 2010. Technical Guidance on Further and Higher Education. P. 81. URL: https://www.equalityhumanrights.com/en/publication-download/equality-act-2010-technical-guidance-further-and-higher-education

[97] Ibid. P. 86.

[98] Официальный сайт университета Лидс. URL: https://www.leeds.ac.uk

для студентов-инвалидов и бесплатное программное обеспечение, приложения и онлайн-инструменты для студентов (табл. 4).

Таблица 4

Бесплатное программное обеспечение, приложения и онлайн-инструменты для студентов

Программа	Основная задача	Функции программы
Microsoft Outlook	Календари и органайзеры	Календарь, организация и планирование учебного процесса
OneNote	Календари и органайзеры	Программа для записи, хранения и организации текстовых заметок, веб-страниц, фотографий, вложений и звуковых файлов
Календарь Google	Календари и органайзеры	Веб-календарь, который может отправлять напоминания по электронной почте или текстовые сообщения
Apple Calendar	Календари и органайзеры	Приложение «Календарь» для устройств Apple
Evernote	Календари и органайзеры	Запись, хранение и организация текстовых заметок, веб-страниц, фотографий, вложений и звуковых файлов
Wunderlist	Календари и органайзеры	Управление задачами на основе списков дел
Mindview	Mindmapping	Программа, создающая майндмапы
Coggle	Mindmapping	Программа, создающая майндмапы
Freemind	Mindmapping	Программа, создающая майндмапы
Audio Class Notes	Для создания записей	Записывает лекции только устройства Apple
Class Notes	Для создания записей	Для записи лекций и других функций
TextHelp Read & Write – Read & Write для Windows	Помощь в чтении	Панель инструментов, содержащая функции поддержки, облегчающие чтение, запись и поиск. Включает в себя преобразование текста в речь, репетитор по произношению, предсказание слов
Natural Reader	Помощь в чтении	Программное обеспечение для преобразования текста в речь, которое может конвертировать любой письменный текст, такой как MS Word, веб-страница, PDF и электронные письма в устную речь

Программа	Основная задача	Функции программы
RoboBraille	Помощь в чтении	Конвертирует документы в аудиофайлы. Может также преобразовывать файлы изображений и нетекстовые PDF-файлы в доступные документы или в аудиофайлы
ATbar	Помощь в чтении	Изменение внешнего вида веб-страниц, увеличение и уменьшение размеров шрифтов, чтение текста вслух, использование цветных накладок, словарь для облегчения чтения. Проверка орфографии предсказание слов при написании
MyStudyBar	Помощь в чтении	Маскировка экрана, разговорный словарь, увеличение, преобразование текста в речь, виртуальные цветные наложения, сохранение текста в MP 3 и т.д.
Встроенный в Windows Text-to-speech.	Помощь в чтении	Экранный диктор, который читает текст на экране вслух и описывает некоторые события (например, появление сообщения об ошибке)
Text-to-Speech	Помощь в чтении	Считывает выделенный текст при нажатии определенной клавиши
BeeLine Reader	Помощь в чтении	Облегчает процесс чтения, используя цветовой градиент, который направляет глаза от конца одной строки к началу следующей. Чтение с меньшим зрительным напряжением. Также работает с PDF-файлами
Grammerly	Помощь при письме	Исправляет ошибки, предлагает синонимы
PaperRater	Помощь при письме	Обнаружение плагиата, проверка орфографии и грамматики, анализ стиля, инструмент для расширения словарного запаса
Ginger	Помощь при письме	Корректор
Internet Grammar of English	Помощь при письме	Ресурс для изучения грамматики
DiCom	Помощь при письме	Позволяет создавать слова при меньшем количестве нажатий клавиш, что делает его ценным инструментом для пользователей с моторными и координационными нарушениями. Включает в себя английские и французские словари

Программа	Основная задача	Функции программы
Dragon Naturally Speaking	Диктование	Преобразует живую речь в текст на компьютере
Anki Card	Повторение пройденного материала	Облегчает запоминание материала
Cram.com	Повторение пройденного материала	Карточки для повторения материала
NVDA (NonVisual Desktop Access)	Экранные читатели	Читает текст на экране компьютеризированным голосом
VoiceOver	Экранные читатели	Читает текст на экране
TalkBack	Экранные читатели	Читает текст на экране
Jaws	Экранные читатели	Вывод текста в речь или обновляемый дисплей Брайля
Zoomtext Extra	Экранные читатели	Позволяет видеть и слышать все на экране компьютера, а также предоставляет доступ к приложениям, документам, электронной почте и интернету
Office 365	Офисные программы	Microsoft Word, Excel, PowerPoint, Outlook and OneNote
Libre Office	Офисные программы	Текстовый редактор, электронные таблицы, инструменты для презентаций, редактор векторной графики, менеджер баз данных и редактор математических формул
Microsoft Office Online, Google Documents	Офисные программы	Текстовый редактор, электронная таблица и презентационная программа
Daltonize	Коррекция цветов при дальтонизме	Изменяет цвета, чтобы сделать их доступными для восприятия
Инструкции онлайн	Снижение стресса для глаз	Изменение цвета текста и фона на экране
ssOverlay	Снижение стресса для глаз	Программа, которая помещает цветное наложение на экран
Screen Shades	Снижение стресса для глаз	Программа, которая помещает цветное наложение на экран
Skills@Library	Прививает навыки обучения	Обеспечивает обучение академическим навыкам и поддержку электронного обучения, чтобы учащиеся могли эффективно находить, использовать и применять информацию. Обучающие программы,

Программа	Основная задача	Функции программы
		программы семинаров и индивидуальные сеансы поддержки «один-на-один»
How to study	Прививает навыки обучения	Веб-сайт с ресурсами по всем аспектам и навыкам обучения
Palgrave Study Skills	Прививает навыки обучения	Руководство по развитию критического мышления, навыков повторения материала, сдачи экзаменов, создания презентаций и использования разных методов исследования
ASK Assignment Survival Kit	Прививает навыки обучения	Инструмент для планирования и написания эссе, отчетов, портфолио и презентаций. После ввода даты сдачи задания система внедряет поэтапный план с указанием дат завершения и контрольных списков
BBC Skillswise	Прививает навыки обучения	Развивает основные математические навыки и навыки изучения английского языка

Что касается адаптации материальной базы, то в Лидсе разработан доступный маршрут на территории кампуса, предназначенный для обеспечения бесступенчатого доступа для студентов-инвалидов, сотрудников и иных лиц. Маршрут начинается у главного входа университета и заканчивается в здании Уорсли и предполагает использование лифтов в некоторых местах. Кроме того, университет выделил места для парковки на территории кампуса для инвалидов. Чтобы использовать эти места, инвалиду необходимо подать заявление на получение специального разрешения.

В университетской библиотеке сотрудники помогают инвалидам доставать материалы с полок и делать копирование. Однако если инвалиду требуется помощь систематически, он должен обратиться в службу поддержки, где его обеспечат личным помощником.

Практическую (немедицинскую) поддержку студентов-инвалидов в Лидсе оказывают, по мере необходимости, личный помощник, помощник для пользования библиотекой, зрячий со-

проводающий, помощник для записи лекций, специализированный наставник, обучающий процессу учебы, и сурдопереводчик[99].

Что касается специализированного наставника, то в его обязанности входит внедрение стратегий для организации, планирования времени и управления рабочей нагрузкой, а также поддержание мотивации, фокусирование на академическом прогрессе и участии в университетской жизни. Кроме того, специализированныый наставник обеспечивает связь студента с учебным отделом и другими службами в университете. Наставник анализирует требования к учебной работе и разбивает задания на составные части, а также помогает с ориентацией на кампусе и оказывает дополнительную поддержку во время начального периода обучения. Однако он не может помогать с изучением конкретного предмета, заходить в жилое помещение инвалида, оказывать услуги психотерапевта, корректировать курсовую работу студента, а также выполнять функции секретаря или личного помощника, обязанности которого представлены в табл. 5.

Основная роль специалиста по адаптации инвалида к процессу учебы – разработать долгосрочные стратегии и помочь инвалиду развить навыки, которые помогут ему включиться в процесс учебы и социально адаптироваться в дальнейшем после окончания вуза.

Занятия со специалистом по адаптации планируются на основе данных в отчете по оценке потребностей (Needs Assessment Report), который создается до того, как студент приступает к занятиям. Наставник по учебным навыкам использует отчет по оценке потребностей в качестве отправной точки и разрабатывает вместе с инвалидом индивидуальный план обучения (individual learning plan), в котором прописаны этапы обучения.

Обязанности специалиста по адаптации включают в себя пересмотр и оценку личного планирования и разработку стратегий ведения записей и чтения, помощь с грамматикой, орфографией и пунктуацией, структурой научной работы, а также ссылками

[99] Сайт университета Лидс. URL: http://students.leeds.ac.uk/info/10710/disability_mental_health_learning_difficulties

в тексте. Специалист по адаптации обучает студента навыкам корректировки своего текста, показывает, как проводить исследования и управлять ресурсами, разрабатывать презентации и писать научный текст. Тем не менее студенты должны понимать, что помощь в улучшении качества конкретной курсовой работы, а также обучение конкретному предмету и корректировка отдельных элементов работы не входят в функции специалиста по адаптации, хотя он может помочь с разработкой стратегии корректировки работ.

Таблица 5

Обязанности личного помощника или помощника для пользования библиотекой

Помощник обязан	**Помощник не может**
Помогать получать инвалиду доступ к услугам и помещениям в университете	Оказывать помощь в комнате инвалида. Помощникам не разрешается посещать студенческое общежитие
Получение / возврат / поиск книг в библиотеке	Оказывать помощь за пределами кампуса. Помощники обязаны находиться в кампусе, за исключением заранее оговоренных особых обстоятельств
Помогать в работе на компьютере	Выполнять задание за студента
Оказывать помощь при выполнении физических задач по мере необходимости	Помогать тогда, когда помощь не связана с учебой
Обеспечивать мобильность	Предоставлять поддержку, касающуюся изучения предмета
Оказывать услуги, которые направлены на удовлетворение индивидуальных потребностей инвалида и вести учет эпизодов поддержки	Оказывать услуги личного характера

Поддержка инвалидов в Лидском университете включает в себя и конкретные рекомендации преподавателям, в особенности тем, которые обучают студентов с синдромом Аспергера или другими специфическими трудностями обучения, в частности дислексией, которая диагностирована примерно у 4% всех студентов университета Лидса.

Каждый диагноз, связанный с трудностями в изучении, характеризуется нестандартным профилем навыков человека. Это достаточно часто приводит к трудностям в выполнении заданий, несмотря на то, что уровень интеллекта у таких студентов может быть средний или выше среднего. При этом различные люди с аналогичным диагнозом сталкиваются с разными трудностями. В частности, некоторые учащиеся могут испытывать дискомфорт при зрительном восприятии – это нарушение, которое иногда называют синдромом Ирлена (Irlen Syndrome). Это нарушение влияет на восприятие печатного текста на белой бумаге и на слайдах, а также на использование компьютера, причем стресс и ощущение тревоги, испытываемые в процессе работы, могут оказывать дополнительное негативное влияние.

Педагогам, обучающим студентов, которые испытывают подобные трудности, рекомендуется загружать все лекционные заметки и другие учебные материалы в виртуальную учебную среду (VLE) перед лекциями заранее, чтобы учащиеся могли ознакомиться с общим содержанием лекции и используемой лексикой. Кроме того, преподаватель должен четко обозначать структуру каждой лекции и избегать использования ненужных терминов или необычных грамматических конструкций, а если он вводит новый термин, то должен представлять его в письменном виде и обязательно давать его определение. Преподавателю необходимо также предоставить глоссарий терминов для объяснения сложной терминологии.

Преподаватель должен избегать просить учащихся читать вслух, и планировать занятия так, чтобы у студентов было достаточно времени, чтобы самим прочитать тексты. Кроме того, он обязан предоставить четкие пошаговые письменные инструкции для выполнения любой практической работы. Задавая вопрос студентам, преподаватель должен убедиться, что дает студентам достаточно времени, чтобы они могли подумать, прежде чем отвечать.

Преподаватели Лидского университета отдают себе отчет в том, что презентационные слайды необходимо делать инклюзивными и доступными. При этом рекомендуется использовать крупный и четкий фронт (например, Arial, размер шрифта 22 или больше), ограни-

чивать каждый слайд небольшим количеством ключевых моментов и эффективно использовать диаграммы, рисунки и другие наглядные пособия. Каждый преподаватель обязан изучить руководство по созданию доступных письменных и печатных материалов, так как в нем содержатся советы по выбору и размеру шрифта, и т.д.[100] Рекомендуется также создавать все материалы (включая слайды, раздаточные материалы, студенческие справочники) на бледно-желтом или бледно-синем фоне. Для многих студентов белый фон создает блики, и им трудно воспринимать текст на таком фоне. В процессе обучения студентам необходимо предоставлять множество возможностей для того, чтобы они могли задавать вопросы и давать свои отзывы.

Педагогам, работающим со студентами, страдающими синдромом Аспергера (Asperger syndrome), нарушением из спектра аутизма, имеющимся у 1% всех людей, рекомендуется:

– установить четкую линию коммуникации со студентом, чтобы информировать его об изменениях в повседневных событиях (другая комната для занятий, лектор болен и т.д.);

– указывать студенту на связи между различными аспектами учебной программы;

– применять различные стили обучения и рассуждения, используя визуальные стратегии и мультисенсорные подходы при планировании лекций и семинаров;

– предоставлять бумажные копии презентационных слайдов перед занятиями. Убедиться, что студент получил их и что они ему понятны;

– предвидеть трудности для занятий за пределами университета. У студента могут возникнуть трудности с использованием общественного транспорта, или он может вообще им не пользоваться;

– рассматривать возможность дать студенту разрешение работать самостоятельно, а не в группе. Если важно, чтобы студент работал в группе, то ему может потребоваться помощь преподавателя при выборе партнеров;

---

[100] Сайт университета Лидс. URL: http://ses.leeds.ac.uk/info/21810/disabled_students/925/accessible_written_materials

– организовывать регулярные встречи с личным наставником студента, чтобы мониторить прогресс;

– соблюдать четкость инструкций и сроков подачи работ, а также давать детальное описание заданий.

Италия. Пример – Падуанский университет (Università degli Studi di Padova)[101]. Италия может служить примером того, как программы инклюзивных практик реализуются в условиях экономики с более ограниченными возможностями, нежели экономики Великобритании. В связи с этим подчеркнем, что в Падуанском университете поддержка инвалидов проводится строго в соответствии с принципом целесообразности, четкого понимания того, насколько перспективен предполагаемый карьерный путь студента с ОВЗ, и эффективного расходования ресурсов.

Падуанский университет предоставляет ряд услуг для студентов-инвалидов, которые предназначены для обеспечения студентам-инвалидам надлежащего доступа к образовательным процессам во время учебы и участию в полной мере в жизни университета. В частности, университет предоставляет возможность сопровождать учащихся на экзамены и лекции, а также помощь в административных процессах. Преподаватель помогает студентам разрабатывать индивидуальные учебные планы и эффективные методики подготовки к экзаменам. Инвалиды могут сдавать вступительные и текущие экзамены с использованием дополнительного времени, с поддержкой программного обеспечения и т.д. Глухие и слабослышащие студенты могут обратиться за помощью к профессиональному переводчику языка глухонемых или к помощнику, который обеспечит письменную запись лекции[102].

Важно то, что в отличие от англоязычных стан, в итальянском университете дислексия не классифицируется как инвалидность, но рассматривается наряду с инвалидностью. Так, в Университете Падуи функционирует Офис по инвалидности и дислексии (Disability and Dyslexia Office). Однако, по сравнению с британ-

[101] Сайт университета Падуи. URL: http://www.unipd.it/en/

[102] Сайт университета Падуи. URL: http://www.unipd.it/en/special-needs-0

скими и американскими вузами, информация для студентов с инвалидностью и дислексией на сайте университета очень ограничена. Список того, что конкретно предлагает университет для облегчения условий учебы для инвалидов, тоже ограничен[103].

Для получения поддержки заявители должны подать заявление в Офис по инвалидности и дислексии, приложив копию свидетельства о наличии инвалидности в соответствии с процедурами и сроками, установленными для сдачи экзаменов. Университет поощряет посещение потенциальных студентов-инвалидов на таких мероприятиях как дни открытых дверей и оказывает помощь при посещении университета. Также могут быть организованы индивидуальные консультации, чтобы помочь инвалидам сделать выбор программы высшего образования, которая наиболее подходит для их потребностей, и оправдает ожидания в отношении дальнейшей карьеры. Что касается вступительных экзаменов, абитуриенты-инвалиды могут сдавать их в особых условиях − например, используя дополнительное время или с помощью сопровождающего при ответе на вопросы − с учетом конкретной ситуации и конкретных трудностей.

Студенты с нарушениями слуха могут получить поддержку на всех учебных мероприятиях и занятиях через сурдоперевод. Как альтернативный способ помощи студентам с нарушениями слуха предлагается стенография лекций – это позволяет записывать текст в режиме реального времени в письменной форме. Студент видит текст на экране в режиме реального времени, в то время как сам текст одновременно сохраняется в цифровом формате на компьютере. В конце урока файл, содержащий расшифрованный текст, передается учащемуся. Служба стенографирования доступна не только студентам с нарушениями слуха, но и тем, у кого есть какие-либо двигательные нарушения, затрудняющие ведение записей.

Возможность получать поддержку стенографиста или сурдопереводчика существует не во всех программах университета. Когда студент с нарушением слуха выбирает учебную программу, он со-

[103] Сайт университета Падуи. URL: http://www.unipd.it/en/node/234

ставляет список учебных курсов, которые его интересуют, и подает заявление в Офис по инвалидности и дислексии с просьбой о поддержке с указанием на то, какую услугу он предпочитает – стенографию и сурдоперевод. Служба по вопросам инвалидности связывается с преподвателями и организует поддержку с согласия преподавателя и в рамках директив, ежегодно издаваемых Комиссией по инвалидности (Disability and Handicap Commission), и правил, установленных для обслуживания инвалидов.

В целях обеспечения права на образование для учащихся с ограниченными возможностями существует форма поддержки главным образом на ранних этапах обучения с использованием индивидуальных методов, учитывающих потребности конкретных учащихся. Услуга предназначена для студентов, обучающихся на первом и втором курсах, но может также предоставляться и в последующие годы по просьбе учащегося и с одобрения администрации специально отобранными и обученными студентами старших курсов или другими сотрудниками.

В случае инвалидности, которая исключает возможность сдачи экзаменов в обычном порядке, студент должен запросить альтернативный формат сдачи экзамена по крайней мере за неделю до экзамена, после чего Служба инвалидности свяжется с преподавателем, указав на меры, которые должны быть применены. Также может предоставляться помощь в соблюдении административных процедур в случаях, когда студенту физически затруднительно посещать офисы Университета без посторонней помощи.

Несмотря на то что люди с дислексией фактически не страдают неврологическими и сенсорными заболеваниями, в настоящее время они считаются (согласно итальянскому закону № 170 от 2010 г.) страдающими нарушением здоровья, которое попадает в сферу специфических трудностей в обучении, которые могут представлять собой серьезное ограничение определенных видов деятельности в повседневной жизни.

Закон № 170 от 2010 г. гарантирует право на образование для лиц, испытывающих трудности в учебе, и налагает на университеты, как и на другие учреждения, задачу определения форм препо-

давания и методов оценки, направленных на обеспечение успешного обучения. В соответствии с текущей политикой Университета Падуи дислексики могут просить о продлении времени, разрешенного при сдаче экзаменов для поступления в магистратуру, на 30% от стандартного. Кроме того, администраторы будут оценивать необходимость дальнейшей поддержки в рамках академической программы, если потребуется, на основе руководящих указаний в декрете от 12 июля 2011 г., принятых Министерством образования в осуществление Закона 170 от 2010 г. Студенты с дислексией должны заполнить форму и отправить ее в Службу инвалидности вместе с документацией, подтверждающей диагноз.

Студенты-инвалиды могут попросить, чтобы их сопровождали в разных частях кампуса с целью сдачи экзаменов, выполнения административных процедур и лекций, семинаров и встреч с педагогами. Эта услуга предоставляется в основном добровольцами.

В службе поддержки инвалидов также используются специально оборудованные автомобили, предназначенные в основном для студентов с двигательными нарушениями. Что касается других видов инвалидности, то студентов обычно сопровождают в общественном транспорте.

Что касается проживания для студентов с особыми потребностями, то в настоящее время университет предоставляет 26 спальных комнат для студентов с нарушением моторно-двигательного аппарата, при каждой из которых имеется специально оборудованная ванная комната, а также помещение для проживания сиделки.

Кроме того, имеется особо оборудованное жилье для людей с ослабленным зрением (с тактильными знаками, помещением для собаки-поводыря и условиями для лиц, осуществляющих уход). В жилых помещениях для глухих имеются светящиеся знаки и факс.

В 2009/10 учебном году также появились две квартиры типа «домотик». «Domotic» – новый термин, происходящий от сочетания латинского «domus» и французского «informatique». Цель жилья domotic – создать «умное» жилище, интегрируя коммуникационные функции во все устройства с электрическим приводом; упростить и оптимизировать повседневные действия в доме (от-

крытие дверей и окон, управление отопительной системой, включение и выключение света, включение бытовых электроприборов); повысить безопасность проживающих (обнаружение утечек газа, предупреждение пожаров и наводнений, система охранной сигнализации). Кроме того, в жидище «домотик» имеется подключение к службам удаленной помощи (телеуслуги, телемониторинг, телемедицина) и другим общим службам (интернет-магазины, домашние банковские услуги, информационные услуги).

Отдел обслуживания инвалидов располагает библиотекой, в которой работают сотрудники, специализирующиеся на предоставлении услуг учащимся-инвалидам. К числу доступных средств относятся доступ к инструментам библиографических исследований, заказ литературы из других библиотек, воспроизведение документов, находящихся в библиотеке, а также закупка материалов в альтернативных форматах для удовлетворения потребностей студентов с различными видами инвалидности. Что касается предоставления материалов в альтернативных форматах, то время их подготовки может варьироваться в зависимости от количества страниц, типа текста и запрошенного формата.

Компьютерный класс оборудован специальными рабочими местами для инвалидов. Для людей с нарушениями зрения – это специальные мониторы, принтер Брайля и сканер штрих-кодов, программное обеспечение для усиления голоса, устройства для голосовой связи. Для студентов с нарушениями моторно-двигательного аппарата – это электронно регулируемый по высоте настольный компьютер, альтернативные системы ввода данных, джойстики, экранированные клавиатуры, системы распознавания голоса. Студенты с дислексией имеют возможность пользоваться специализированным программным обеспечением.

Также доступны для студентов мультимедийный зал, оснащенный интерактивной доской, и комната, оборудованная для индивидуальных занятий с репетиторами. Служба инвалидности также выдает компьютерные и технологические средства, которые пользователи берут напрокат и возвращают в конце учебного года.

Швеция. Политика в отношении инвалидов Стокгольмского университета (Stockholms universitet)[104], одного из крупнейших скандинавских университетов, основана на Законе Швеции о дискриминации (SFS 2008: 567) (Sweden´s Discrimination Act (SFS 2008:567). Закон о дискриминации гласит, что дискриминация студентов или абитуриентов по признаку инвалидности запрещена и что университет или иное высшее учебное заведение обязаны активно поощрять осуществление равных прав и возможностей для учащихся.

В Законе о дискриминации (SFS 2008: 567) инвалидность определяется как устойчивое физическое, умственное или интеллектуальное ограничение функциональной способности человека, которое возникло вследствие травмы или врожденного заболевания в момент рождения или получения травмы или может возникнуть в результате этого в дальнейшем.

Команда координаторов по инвалидности Стокгольмского университета предлагает консультации и рекомендации для студентов с широким спектром нарушений, таких как дислексия, диспраксия, дискалькулия, нарушения дефицита внимания; нарушения аутистического спектра; проблемы психического здоровья; сенсорные нарушения и устойчивые заболевания.

Студент Стокгольмского университета с документированной недееспособностью может подать заявление на получение поддержки в образовательных процессах. Решение относительно поддержки, которая может потребоваться, выносится индивидуально, с учетом способностей и ограничений человека в отношении учебного плана.

Что касается ограничений обязанностей учебных учреждений, то университет не может оказывать помощь с транспортом, техническим оборудованием, медицинской помощью или вспомогательными средствами вне университетского учреждения. Эта поддержка является ответственностью Системы социального обеспе-

[104] Политика в отношении инвалидов Стокгольмского университета URL: http://www.su.se/english/education/student-services/studying-with-a-disability

чения (Social Welfare System) муниципалитета по месту жительства. В этой связи прежде чем подавать заявление в университет студенту необходимо связаться с муниципалитетом.

В случае приезда в Стокгольм в качестве студента по обмену, он задолго до поездки должен связаться с координатором по вопросам инвалидности и / или с международным офисом в своем университете относительно возможности подачи заявки на дополнительный грант ERASMUS для покрытия расходов на поддержку, которую Стокгольмский университет будет ему оказывать во время визита по обмену.

1.3. Общие траектории организации учебного процесса согласно принципам инклюзии в западных вузах

1.3.1. Универсальный дизайн в системе образования

В западных странах в рамках безбарьерного доступа к среде обучения популярна идея универсального дизайна[105]. В то время как проектирование любого здания или иной среды должно учитывать многие факторы, включая эстетику, технические варианты, экологические проблемы, проблемы безопасности, отраслевые стандарты и стоимость, зачастую дизайнеры и архитекторы ориентируются на обычного пользователя. В отличие от традиционного дизайна, универсальный дизайн – это такой дизайн помещений и иных сред обитания, который может использоваться всеми людьми в максимально возможной степени, без специальной адаптации к нуждам отдельных категорий потребителей.

Универсальный дизайн в образовании предусматривает выход за пределы доступного дизайна для людей с ограниченными воз-

[105] Universal Design: Process, Principles, and Applications. URL: http://www.washington.edu/doit/universal-design-process-principles-and-applications

можностями и ориентируется на то, чтобы сделать все аспекты образовательного процесса более доступными для студентов, родителей, сотрудников, преподавателей, администраторов и посетителей с большим разнообразием характеристик. Эти характеристики включают в себя широкий диапазон особенностей, относящихся к полу, расе и этнической принадлежности, возрасту, росту, типу инвалидности и стилям обучения[106].

Универсальный дизайн применяется к широкому набору продуктов и сред: компьютерные и научные лаборатории; учебные планы; образовательное программное обеспечение; процесс обучения; библиотеки; профессиональные организации; студенческое жилье и пользование кампусом; вебсайты. В отличие от модификаций для конкретного лица с ограниченными возможностями, практика универсального дизайна идет на пользу всем учащимся, в том числе тем, кто не является инвалидом официально. Когда применяется универсальный дизайн, люди с инвалидностью и без нее могут использовать одни и те же входы и маршруты путешествий, и при этом создается атмосфера, благоприятная, гостеприимная и доступная для всех.

Таким образом, идея универсального дизайна стирает границы между инвалидами и неинвалидами, так как инвалидность является только одним аспектом, принимаемым во внимание дизайнерами, что отражено в основных принципах универсального дизайна, разработанных Центром универсального дизайна (The Center for Universal Design) еще в 1997 г:

1. Равноправное использование. Дизайн доступен для людей с различными способностями.

2. Гибкость в использовании. Дизайн вмещает широкий спектр индивидуальных предпочтений и способностей. Пример: в музее кампуса посетитель может по выбору либо прочитать либо прослушать описание содержимого витрин.

---

[106] URL: http://www.washington.edu/doit/sites/default/files/atoms/files/Universal_Design%20Process%20Principles%20and%20Applications.pdf

3. Простое и интуитивно понятное использование. Использование дизайна легко понять независимо от опыта пользователя, знаний, языковых навыков или уровня концентрации.

4. Видимая информация. Конструкция эффективно передает необходимую информацию пользователю независимо от внешних условий или сенсорных способностей пользователя. Пример: в общежитии для студентов установлена система аварийной сигнализации с визуальными, слуховыми и кинестетическими характеристиками.

5. Допущение ошибки. Конструкция сводит к минимуму негативные последствия непреднамеренных действий. Пример с учебным программным обеспечением: программа сигнализирует, когда учащийся делает неправильный выбор.

6. Незначительное физическое усилие. Конструкция может использоваться эффективно и комфортно с минимальными усилиями. Пример с учебным планом: программное обеспечение с кнопками управления на экране, которые достаточно велики для учащихся с ограниченными навыками мелкой моторики.

7. Удобный размер и достаточное пространство для доступа и использования. Соответствующий размер и пространство предусмотрены для подхода и использования независимо от размера тела пользователя, его осанки или мобильности. Пример: регулируемый стол в научной лаборатории и рабочая область, которые могут использоваться правшами или левшами и другими категориями людей, имеющими широкий диапазон физических характеристик и способностей.

Универсальный дизайн применительно к образовательным продуктам разрабатывается как особая категория универсального дизайна[107], и тремя основными принципами при этом являются следующие:

1) многовариантные методы представления информации, которые дают учащимся возможность получать информацию разными способами;

[107] Universal Design for Learning: A Concise Introduction. URL: https://accessproject.colostate.edu/udl/modules/udl_introduction/udl_concise_intro.pdf

2) разнообразные способы, посредством которых студенты могут демонстрировать полученные знания;

3) разнообразные способы участия студентов в образовательном процессе.

Дэвид Роуз, один из основателей концепции универсального дизайна в обучении (Universal Design for Learning) заявил: «Универсальный дизайн в образовании прикрепляет ярлык инвалидности туда, где ему место – к учебной программе, а не к ученику. Учебная программа является инвалидом, если она не соответствует разнообразным потребностям учащихся»[108].

1.3.2. Расширенное понятие инклюзии на Западе

Важно иметь ввиду, что понятие инклюзии и инклюзивного образования на Западе подразумевает не только включение инвалидов в процесс обучения и социализации. Это понятие охватывает все категории людей, которым исторически (на основе законодательств или традиций) было отказано обществом в полноценном, максимальном участии в социальных процессах. Традиционно те, кто исторически полноценно участвовал в жизни общества, относятся к категории «мужчина, принадлежащий к белой расе, среднему или высшему классу, с традиционной сексуальной ориентацией». Дискриминация при этом охватывала все остальные категории людей, и понятие инклюзии, таким образом, относится ко всем, кто не подходит под эту узкую категорию.

Британский закон о равноправии перечисляет следующие характеристики и обстоятельства жизни людей, на которые в равной степени распространяется защита этого закона[109]: возраст; инва-

[108] Council for Exceptional Children (2011). New Guidelines for Universal Design for Learning Provide a Roadmap for Educators and Educational Publishers. URL: http://www.cec.sped.org/AM/Template.cfm?Section=Home&CAT=none&CONTENTID=10573&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm

[109] Elena Fell, Maria Dyban ‘Against Discrimination: Equality Act 2010 (UK)’ The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS Volume XIX (17 Jan-

лидность; смена пола; брак и гражданское партнерство; беременность и материнство; раса; религия и вероисповедание; пол; сексуальная ориентация.

В связи с этим, например, наиболее «инклюзивным» работодателем в Великобритании объявлен банк Ллойд (Lloyds Banking Group) на том основании, что он является лидером по найму и целенаправленной поддержке лесбиянок, гомосексуалистов и трансвеститов[110].

В связи с тем, что инклюзия на Западе все больше ассоциируется с иными характеристиками, нежели только инвалидность, при взаимодействии и коллаборации с западными партнерами термин «инклюзия» необходимо применять с осторожностью, так как при этом вероятна подмена понятий со стороны западных партнеров. В таких ситуациях рекомендуется заменять термин «инклюзия» на термин, отражающий более узкую идею, например «disability-friendly university».

1.3.3. Дискриминирующий язык (Disablist language)

В британском социуме, в особенности в учебных заведениях, ведется непримиримая борьба с дискриминирующим языком «Disablist language», т.е. с такими языковыми явлениями, которые содержат оскорбление инвалидов или закрепляют предубеждения против них, подразумевая, что инвалидность представляет собой изъян или дефект[111]. При этом активистами проводится идея, что хотя такие люди имеют нарушения, они не являются инвалидами сами по себе. Человека инвалидом делают внешние обстоятельства и другие члены общества. Люди с инвалидностью называют себя инвалидами потому, что их угнетает общество, а также из соли-

---

uary 2017). P. 188–194. URL: http://www.futureacademy.org.uk/files/ images/upload/WELLSO2016F25.pdf

[110] Disablist language. URL: http://www.belfasttelegraph.co.uk/news/uk/trailblazer-lloyds-named-uks-most-inclusive-employer-by-equality-charity-35379688.html

[111] Definition of disablist in English: URL: https://en.oxforddictionaries.com/definition/disablist

дарности друг к другу[112]. Борьба с дискриминирующей лексикой проводится на уровне школьного образования, и к моменту поступления в вуз молодой человек является уже практически экспертом по использованию корректной лексики. Список запрещенных слов и выражений включает в себя следующие: dwarf, dumb, dumbo, handicapped, freak, lame, idiot, imbecile, mental, nutter, crazy, lunatic, loony, шnsane, weird, weirdo, bonkers, psycho, mad, moron, stupid (табл. 6).

Таблица 6

Рекомендации по использованию корректной лексики в средних школах (в университетах это уже является усвоенным материалом)

Недопустимое выражение	Почему недопустимо	На что надо заменить
Invalid (с XVII в. использовалось в значении «инвалид», как и в русском языке)	Latin 'invalidus' – лишенный ценности	disabled
Epileptic (эпилептик)	Надо отделять человека от заболевания	'a person with epilepsy'
'The disabled'	Обобщения превращают людей в предметы	Disabled People
The blind; The deaf; The disabled	Использование артикля «The» по отношению к людям превращает их в предметы	Blind people, deaf people, disabled people
Cripple (калека)	Страшное оскорбление	«Person who has +заболевание» или «person with + заболевание»
Raspberry Ripple	Рифмуется с «Cripple» из сленга	
Feeble-minded	Содержит унизительный смысл	Person with learning difficulty
Mentally handicapped	Подразумевает изъян	People with learning difficulties

[112] A to Z of Offensive Disablist Language. URL: https://www.anti-bullyingalliance.org.uk/sites/default/files/field/attachment/Ato-Z-of-Offensive-language-FINAL.pdf

Недопустимое выражение	Почему недопустимо	На что надо заменить
Mong / Mongolian	Ассоциация с представителем «низшей» расы	People with Down's Syndrome
Retard	Подразумевает отставание в развитии. Страшное оскорбление	People with a learning difficulty
Spazz, spazzie or spastic		People with cerebral palsy
Victim, sufferer	Подразумевает, что инвалид наказан высшими силами, Богом	Person with a disability
Wheelchair-bound (привязанный к инвалидной коляске)	Инвалидная коляска – средство передвижения, что касается ограничений, то это вина общества	Wheelchair user

В применении к русскому языку в рамках такой политики[113] недопустимы следующие слова и фразы (табл. 7).

Таблица 7

Недопустимые слова и фразы на русском языке

Недопустимое выражение	Почему недопустимо
Факультет дефектологии	Подразумевается, что инвалидность – это дефект
Педагог-дефектолог	
Инвалид	Latin 'invalidus' – лишенный ценности
Умственные, сенсорные или психические отклонения	Подразумевает, что инвалидность – это патология
Страдает... (заболеванием)	Человек не страдает, он просто отличается от искусственно усредненной модели человека. Страдает он только от дискриминации
Дети с нарушениями интеллектуального развития	Подразумевает, что что-то не в порядке с самими детьми, в то время как все проблемы из-за того, что общество подвергает их дискриминации

[113] URL: https://www.demos.co.uk/files/disablistbritain.pdf

1.3.4. Цель инклюзивных практик на Западе – сгладить различия между людьми

При рассмотрении сложившейся ситуации с инклюзивными практиками в США и Западной Европе можно сделать следующие выводы. Во-первых, понятие инклюзии в рамках высшего образования не рассматривается узко как предоставление возможности получить образование тем студентам, у которых имеются нарушения здоровья. Инклюзия в вузе – это элемент более расширенной системы процессов максимально широкого вовлечения всех слоев населения, а не только инвалидов в социальные процессы на равных условиях. Кроме того, инклюзия в вузе касается не только студентов с инвалидностью, но и преподавателей, и посетителей университетских мероприятий.

Во-вторых, с одной стороны наблюдается тенденция создания особых условий и услуг для инвалидов, но с другой стороны, есть и альтернативная тенденция – внедрение универсального дизайна во все социальные процессы (в том числе учебные) на уровне инфраструктуры и на уровне распространения информации. Универсальный дизайн «растворяет» понятие инвалидности в понятии естественных «различий» между людьми, которые охватывают и такие характеристики, которые не означают инвалидности (левша, низкий рост), но которые могут создавать препятствия при использовании стандартных помещений и предметов обихода.

Понятие инвалидности в рамках инклюзивных практик постоянно расширяется. В настоящее время новейшим дополнением является признание дислексии как вида инвалидности, который требует поддержки со стороны преподавателей и администрации вузов. Что касается перспектив на будущее, то активистами ведется работа, направленная на признание особых потребностей людей (в том числе студентов) с психическими заболеваниями, когнитивными нарушениями и умственной отсталостью.

Следует отметить высокий уровень языковой дисциплины при обращении с инвалидами как особое достижение британских акти-

вистов. Ими достигнут полный пересмотр лексики, относящейся к лицам с физическими и прочими нарушениями. Тем не менее работа в этой области не завершена, и проводятся исследования в области лингвистики с целью сделать как специальный, так и обыденный язык более инклюзивным.

Что касается уровня поддержки в различных системах высшего образования, то нельзя не прийти к выводу, что вузы США являются наиболее продвинутыми в плане инклюзии и остальные вузы в той или иной степени следуют их примеру.

1.4. Ориентиры на будущее

Майк Адамс в статье «Learning, Teaching and Disability: The Need for a New Approach»[114] отмечает, что традиционно инициативы поддержки инвалидов были сосредоточены на доступе к физической среде и поддержке со стороны социального обеспечения. Однако если мы серьезно относимся к удовлетворению разнообразных потребностей широкого круга учащихся, тогда важно наряду с этими более традиционными формами поддержки сосредоточиться на решении проблем, связанных с доступом к учебной программе. Автор видит будущее инклюзии в том, что студенты с инвалидностью будут настолько беспрепятственно включаться в учебный процесс, что это приведет к упразднению существующих должностей специалистов по поддержке инвалидов. Вместо специалистов по практической поддержке появятся специалисты-ученые, изучающие вопросы инвалидности на уровне научных разработок.

Автор отмечает, что уже создаются магистерские курсы по специальности «инвалидность». Например, Университет Ковентри внедрил магистерскую программу в области инвалидности и социальной справедливости. Необходимо поощрять академический персонал к проведению исследований, связанных с педагогикой

[114] Mike Adams (2015) Learning, Teaching and Disability: The Need for a New Approach. Planet, 6:1, 7–10, DOI: 10.11120/plan.2002.00060007.

и инвалидностью, подчеркивает ученый. Кроме того, крайне важно разработать базу фактических данных для поддержки и повышения инноваций в этой области.

Адамс отмечает невозможность серий готовых решений при создании инклюзивной среды, а также невозможность какого-либо исчерпывающего руководства или плана. Вследствие этого для решения конкретных задач постоянно будет требоваться участие именно специалистов-ученых.

Что касается конкретных перспектив в плане инклюзии в Российской Федерации, то отметим, что Центр стратегических разработок (ЦСР) в новостном бюллетене от 22 февраля 2017 г. опубликовал первичные результаты стратегической сессии, посвященной перспективам развития инклюзивного образования в России до 2024 и 2035 г.[115]

Согласно ЦСР на данный момент государственные структуры практически устранились от поддержки инклюзивного образования и переложили эту задачу на уровень регионов и муниципалитетов. В результате сократилось госфинансирование инклюзивного образования и финансовая нагрузка оказалась перенесенной на общественные организации, местные бюджеты, а также на родителей детей с инвалидностью.

Кроме того, увеличивается социально-экономическая неравномерность в развитии инклюзивного образования в регионах. Разумеется, сложившаяся ситуация, которая касается начального и среднего образования, в свою очередь затруднит внедрение инклюзивного образования в системе высшего образования, так как не будет предоставлять удовлетворительную базу для приобретения учащимися навыков и знаний, необходимых для адаптации выпускника школы в вузе.

Как отмечают Е.В. Голуб и И.С. Сапрыкин, инклюзивное образование – «это долгосрочная стратегия, требующая терпения и терпимости, систематичности и последовательности, непрерывно-

[115] Будущее инклюзивного образования в России. URL: https://www.csr.ru/news/budushhee-inklyuzivnogo-obrazovaniya-v-rossii/

сти, комплексного подхода для ее реализации»[116]. В условиях современной России эту задачу невозможно решать без привлечения специалистов-ученых, и заявление Адамса о том, что изучение инвалидности необходимо выводить именно на научный уровень, приобретает особую силу в условиях ограниченного финансирования и недостаточно разработанной системы государственной поддержки.

[116] Голуб Е.В., Сапрыкин И.С. Инклюзивное образование в высших учебных заведениях России: проблемы и решения // Поволжский педагогический вестник. 2015. № 4 (9). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/inklyuzivnoe-obrazovanie-v-vysshih-uchebnyh-zavedeniyah-rossii-problemy-i-resheniya (дата обращения: 15.06.2018).

Глава 2. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ С ОВЗ К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБУЧЕНИЮ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

2.1. Социально-психологические барьеры в инклюзивном профессиональном образовании

Когда наша исследовательская команда приступила к трехлетней работе по изучению вопросов двигательной, социальной, психологической адаптации детей с инвалидностью в системе профессионального образования, мы изначально настраивались на многоэтапную, последовательную деятельность. Мы запланировали серию социологических и социально-психологических исследований, которые собирались проводить, опираясь на различные методики; также предположили, что результаты, которые мы получим, будут наслаиваться друг на друга, подкрепляя или ставя под сомнение предыдущие выводы, но в конечном итоге создавая кумулятивный эффект, который позволит получить новое качество: нестандартные выводы, видение ситуации в целом, в ее многочисленных аспектах и подробностях.

По ходу работ мы открыли для себя уникальный мир людей, которые смотрят на реальность под особым углом зрения, и с их точки отсчета он выглядит совсем не так, как его привыкли воспринимать те, чьи сенсорные, двигательные и психические функции укладываются в понятие так называемой нормы. Мы обнаружили, что мироощущение человека с инвалидностью преимущественно зависит от того, является ли инвалидность врожденной (либо приобретенной в раннем возрасте) и воспринимается ли человеком как стартовые условия существования, с которыми приходится считаться; либо человек стал инвалидом в более поздний период, и тогда это становится мощным травмирующим воздей-

ствием, которое сильнейшим образом перекраивает уже сложившуюся личность.

В одной из поездок по стране мы познакомились с уже не юным человеком по имени Сергей (имя изменено), который потерял зрение в возрасте тридцати лет. До несчастного случая он работал водителем-дальнобойщиком. Принять себя как слепого инвалида стоило ему больших усилий и мужества. Большое значение имела помощь в лице встреченных им «правильных» людей. Сегодня он учится в университете, активно участвует в общественном движении инвалидов по зрению и даже научился управлять яхтой. Эта и подобные истории заставили нас взглянуть по-новому на мир людей с ограниченными возможностями здоровья.

Мы открыли для себя понятие здорового инвалида (healthy disabled[117]), которое подразумевает, что если у человека не происходит ухудшение состояния здоровья, связанное с его инвалидностью, то вовсе не она в первую очередь определяет его реальность, надежды, ожидания и т.д. Мы обнаружили, что инвалидность сегодня трактуется не столько как медицинская модель состояния человека, а скорее как социальная[118], которая отделяет сами дефекты здоровья от ограничений, которые создаются в отношении инвалидов современным социальным устройством общества. Мы установили разницу мироощущения у людей с видимой инвалидностью (visible disability) и скрытой формой инвалидности (invisible disability[119]); изучили роль агентов первичной социализации в развитии механизмов адаптации детей с инвалидностью к социальной реальности, развитии их социального интеллекта. Исходя из посыла, что личность человека не измеряется единственно тя-

[117] Wendell S. Unhealthy Disabled: Treating Chronic Illnesses as Disabilities. *Hypatia.* Vol. 16, No. 4, Feminism and Disability, Part 1 (Autumn, 2001), pp. 17–33.

[118] Калашникова И.В., Тринадцатко А.А. Эволюция социальных моделей инвалидности // Вестник Тихоокеанского государственного университета. 2017. № 3 (46). С. 277–288.

[119] Gartrell A., Jennaway M.G., Manderson L., Godden N. Making the Invisible Visible: Disability Inclusive Development in Solomon Islands. *The Journal of Development Studies*. Volume 52, 2016, Issue 10, pp. 1389–1400.

жестью заболевания, мы обнаружили, что чем больше, многограннее, полнее в своих компетенциях эта личность, тем в меньшей степени она зависима от наличествующих ограничений здоровья.

Отношение к человеку с инвалидностью менялось от эпохи к эпохе: от истребления к сегрегации, ограничению прав и, наконец, признанию равенства с остальными людьми. В целом сегрегация – исторически «нормальное» отношение здоровых людей к инвалидам. Образование людей с ограниченными возможностями в течение длительного времени имело исключительно сегрегированные формы. Ситуация начала меняться только после принятия в 1990 г. «Всемирной декларации об образовании всех»[120], которая определила общее видение инклюзивного образования.

Движение за десегрегированное образование за последние два десятилетия обрело множество сторонников не только в среде педагогов и психологов, но и представителей правительств различных стран (UNESCO, 2008). Безусловно, прекращение практики изоляции людей с ограниченными возможностями можно характеризовать как социальный прогресс. Однако далеко не все исследователи согласны с тем, что инклюзивное образование способно решить проблему сегрегации инвалидов; более того, в неоднородном и разрозненном обществе, где существует понятие «социальное неравенство», инклюзия не более чем иллюзия[121].

В повседневной жизни представители маргинальных групп, в том числе люди с ограниченными возможностями здоровья, постоянно испытывают явные и скрытые формы дискриминации как со стороны отдельных индивидов, так и со стороны организаций

[120] Всемирная декларация об образовании для всех и рамки действий для удовлетворения базовых образовательных потребностей. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/jomtien.pdf

[121] Atkins L. Dis(en)abled: legitimating discriminatory practice in the name of inclusion? // British Journal of Special Education, 2016. Vol. 43(1). P. 6–21; Mullins L., Preyde M. The lived experience of students with an invisible disability at a Canadian university // Disability & Society, 2013. Vol. 28 (2). P. 147–160; Moswela E., Mukhopadhyay S. Asking for too much? The voices of students with disabilities in Botswana // Disability & Society. 2011. Vol. 26 (3). P. 307–319.

и социальных институтов, включая институт образования. Прежде всего, причина дискриминации в том, что образовательный институт исходит из понимания инвалидности как особого состояния, требующего дополнительных затрат и усилий, а инклюзия возможна только если рассматривать инвалидность как обычное, повседневное, часто встречающееся явление[122]. Бурдье отмечал, что «те, кто говорит о равных возможностях, забывают, что социальные игры нельзя назвать "честными играми"»[123].

Большинство образовательных учреждений «играют в рейтинги», стремятся соответствовать не только национальным, но и мировым стандартам качества образования, соревнуются за высокие научные и академические результаты. Соответственно, возникает напряжение между стремлением попасть в число престижных учебных заведений и требованиями обеспечить среду инклюзивного образования, что приводит или к тому, что вузы неохотно принимают студентов, чей уровень подготовки и успеваемости может отрицательно повлиять на позиции в общем рейтинге[124]. Или для студентов с ограниченными возможностями здоровья разрабатываются специальные образовательные программы и учебные планы, т.е. применяется модель дефицита, суть которой в том, что потребность в образовательных ресурсах устанавливается в соответствии с официальным диагнозом и администрация вуза выступает в роли распорядителя данных ресурсов[125].

Основная цель всего проекта – разработать комплекс мер, которые позволят помочь студентам с ограниченными возможностями здоровья адаптироваться к условиям обучения в среде профессионального образования (высшего и / или среднего), изменить отношение педагогов и сверстников к студентам с особыми образова-

[122] Graham, L., Slee, R. (2008) An illusory interiority: interrogating the discourse/s of inclusion. Educational Philosophy and Theory, 40(2), P. 277–293.
[123] Bourdieu, P. (2000) Pascalian Meditiations. Cambridge: Polity Press. 264 pp.
[124] Hodkinson, A. (2010) Inclusive and Special education in the English Education System. British Journal of Special Education, 37(2), P. 61–67.
[125] Lloyd, C. (2008) Removing barriers to achievement: a strategy for inclusion or exclusion? International Journal of Inclusive Education, 12(2), P. 221–236.

тельными потребностями, создать среду равных образовательных возможностей.

На первом этапе реализации проекта необходимо было собрать информацию об уже существующих мерах институциональной поддержки студентов-инвалидов и лиц с ОВЗ в системе высшего и среднеспециального образования, а также обобщить положительный и негативный опыт инклюзивного профессионального образования.

Первая трудность, с которой мы столкнулись в ходе исследования, это отсутствие единого категориального аппарата для определения статуса людей с ограниченными возможностями здоровья. Проблемы людей с особыми потребностями образуют сложные смысловые поля, где стремительно меняются значения используемых понятий. Отсутствие унифицированных понятий, с одной стороны, свидетельствует о сложности и новизне проблемы, с другой стороны, размытость формулировок приводит к тому, что они не отражают реальность и могут нанести ущерб человеческому достоинству.

Всемирная организация здравоохранения предложила использовать три разных понятия: дефект, нетрудоспособность или ограниченные возможности и инвалидность. На основе различий этих понятий в 2001 г. была принята Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, которая является стандартом ВОЗ для описания и измерения степени нарушений здоровья. В данной классификации дефект определяется как «любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции или отклонение от нее». К дефектам относятся слепота, глухота, потеря зрения на один глаз, паралич конечности, ампутация конечности, умственная отсталость, частичная потеря зрения и речи. Под инвалидностью понимают «ограниченность конкретного индивидуума, которая препятствует или лишает его возможности играть роль, считающуюся для этого индивидуума нормальной в зависимости от возрастных, половых, социальных и культурных факторов». Фактически инвалидность рассматривается не только как медицинский, но также

социальный и психологический термин. Если анатомический или функциональный дефект не ограничивает жизнедеятельность человека, то он не является инвалидом. Так возник термин «люди с ограниченными физическими возможностями».

В психологической и педагогической литературе используется также ряд новых терминов для определения данной категории граждан: люди с особыми образовательными потребностями (people with special educational needs), люди, сталкивающиеся с вызовом (challenged). Последнее понятие описывает людей с ограниченными возможностями с позиции жизненной ситуации, в которой они оказались[126]. Вызов заставляет человека сделать выбор между преодолением сложной ситуации или полным подчинением обстоятельствам. Кроме того, выбор является обязательным условием профессионального самоопределения. Для той части людей с ОВЗ, которые выбирают поиск вариантов полноценного включения в жизнь общества, было предложено более корректное определение – «человек, способный сделать выбор» (capable to make choice).

Социальная изоляция инвалидов означает не только ограниченность ресурсов, но и трудность или невозможность эффективно участвовать в экономической, социальной, политической и культурной жизни, или даже полное отчуждение. Равенство прав предполагает доступность абсолютно всех уровней образования, включая высшее профессиональное образование. Университет является важным этапом конструирования идентичности молодых людей с ограниченными возможностями здоровья, кроме того, высшее профессиональное образование дает возможность активно участвовать в жизни общества в процессе трудовой деятельности.

На сегодняшний день сложились три формы профессионального образования людей с ОВЗ: первая – сегрегированное образование – специальные коррекционные образовательные учреждения, нацелен-

[126] Живицкая А.И. Равный среди равных, или определение статуса людей с ограниченными возможностями здоровья // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии. 2011. С. 11–13.

ные на обучение студентов-инвалидов профессиональным навыкам в условиях социальной изоляции. Вторая форма – это интегрированное образование, где происходит постепенное включение студентов с ОВЗ в группы здоровых студентов после предварительной подготовки по специально адаптированным программам. И третья форма – это собственно инклюзивное образование, предполагающее постоянное присутствие студентов с ОВЗ в группе здоровых сверстников, активное участие во всех учебных и внеучебных мероприятиях, а также одинаковые учебные нагрузки. Каждая из трех форм имеет преимущества и недостатки и напрямую зависит от оценки физических и интеллектуальных возможностей данной категории студентов.

Несмотря на всеобщее убеждение в правильности инклюзивного образования, ряд экспертов отмечают, что выпускники коррекционных школ имеют более качественные знания по отдельным дисциплинам, чем выпускники инклюзивных классов. При этом они не отрицают отсутствия целого ряда социальных навыков у таких студентов.

Сторонники интегрированной формы исходят из того, что студентов с ОВЗ необходимо «привести в соответствие» с общим потоком студентов, а для этого требуется специальная дополнительная подготовка, индивидуальная работа с каждым из- них. Специалисты проводят диагностику студентов с особыми потребностями, которая включает медицинское обследование, психологическую оценку, педагогическую и социальную оценку. После диагностики разрабатываются индивидуальные образовательные траектории, цель которых добиться «нужного» для включения в общую систему результата[127].

Форма инклюзивного образования базируется на уважении различий между учащимися, обучении педагогов новым эффективным стратегиям преподавания, учете образовательных потребностей всех студентов. Таким образом, меняются не студенты под требования системы, а образовательная среда под потребности студентов с ограниченными возможностями здоровья.

---

[127] Riser, R. (2008) Implementing Inclusive Education. A Commonwealth Guide to Implementing Article 24 of the UN Convention on the Rights of People with Disabilities.

2.2. Анализ опыта инклюзивного профессионального образования в регионах России

2.2.1. Экспертный опрос руководителей образовательных учреждений и педагогов

Поскольку объект нашего исследования, студенты-инвалиды в системе инклюзивного образования, не был нам достаточно хорошо знаком, то начали мы свой цикл работ с разведывательного исследования. Оно проводилось в мае 2016 г. методом экспертного опроса[128]. На первом этапе реализации проекта необходимо было собрать информацию об уже существующих мерах институциональной поддержки студентов-инвалидов и лиц с ОВЗ в системе высшего и среднеспециального образования, а также обобщить положительный и негативный опыт российского инклюзивного профессионального образования.

Изучая накопленный опыт, мы обнаружили, что в российском и зарубежном образовании сложилось две точки зрения по вопросу установившихся отношений между студентами с ОВЗ, учебными заведениями и государством. Первая группа исследователей считает, что для студентов с ОВЗ лучше иметь в вузе статус обычных студентов, поскольку это способствует их успешной интеграции в среду здоровых сверстников. Российские и зарубежные исследования показывают, как компенсаторные механизмы позволяют студентам с ОВЗ осваивать учебную программу наравне со здоровыми сверстниками, хотя физические, интеллектуальные и эмоциональные затраты на поддержание этого равенства гораздо выше, поэтому при работе со студентами-инвалидами от преподавателя

[128] Мещерякова Н.Н., Роготнева Е.Н. Опыт организации обучения студентов-инвалидов в высших образовательных учреждениях Российской Федерации // Социодинамика. 2017. № 9. С. 46–57; Rogotneva E., Meshcheryakova N. Integration versus Inclusion in Russian Vocational Education // ERPA International Congresses on Education 2017. Book of Proceedings. Hungary. 2017. 18–21 May. P. 107–114.

требуется больше такта и внимания[129]. Единственное значимое отличие между здоровыми студентами и инвалидами заключается в субъективной оценке благополучия, которая у студентов с ОВЗ заметно ниже, чем у здоровых студентов[130]. Основная трудность – выпадение из учебного процесса в силу неприспособленности вузовского образовательного пространства к потребностям студентов с ОВЗ.

Второй взгляд на взаимоотношения предполагает сочетание двух статусов – студента и инвалида. В этом случае встает задача составить для студентов с ОВЗ коррекционный учебный план, тщательно отобрать методы преподавания, специально рассчитать нагрузку, а также изменить инфраструктуру учебного заведения. В социально-психологическом плане возникают трудности во взаимоотношениях с преподавателями и однокурсниками и, как следствие, социальная депривация. Студенты с ОВЗ признают, что преимущества от статуса студента-инвалида в университете перевешивают все негативные аспекты, связанные с этим статусом[131], в то время как в постуниверситетской среде инвалидность становится серьезным препятствием.

Мы изучили мнение ведущих российских экспертов по выявленным проблемам. Для этого нами был проведен полуформализованный анкетированный опрос, в котором приняли участие 34 эксперта, много лет занимающихся организацией инклюзивного образования и его психолого-педагогическим сопровождением. Они представляют те вузы страны, где не только учатся студенты-инвалиды,

---

[129] Александрова Л.А., Лебедева А.А., Леонтьев Д.А. Ресурсы саморегуляции студентов с ограниченными возможностями здоровья как фактор эффективности инклюзивного образования // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России : материалы II Междунар. науч.-практ. конф. Кисловодск : СевКав ГТУ, 2009. Ч. 2. С. 11–16.

[130] Curpaş M. The wellbeing of the people with disabilities. Doctoral thesis summary. Cluj-Napoca, 2011. 50 p.

[131] Riddell S., Weedon E. Disabled students in higher education: Discourses of disability and the negotiation of identity // International Journal of Educational Research. 2013. Vol. 63. P. 38-46.

но и осуществляется научная и учебно-методическая работа по изучению и продвижению опыта инклюзивного образования.

За последние годы очень много сделано в российском обществе в плане правового обеспечения возможностей и равенства в получении профессионального образования студентами с ОВЗ, в том числе возможностей получения его инклюзивно. Но в вопросе создания доступной среды Россия сильно отстает от лучших образцов. Эксперты считают, что институциональная среда учреждений профессионального образования готова обеспечивать равные возможности студентам с ОВЗ в низкой степени, и, несмотря на то, что многое делается, еще больше предстоит сделать.

Учреждения профессионального образования не оборудованы такими элементами безбарьерной среды, как специальные лифты, пандусы, специализированные туалетные комнаты, тактильные знаки для студентов с нарушениями зрения и пр. Та же картина наблюдается в общежитиях и столовых. Спортивные залы недостаточно оснащены для студентов с ОВЗ; бассейны, там, где они есть, не приспособлены для пользования ими инвалидами. Городская транспортная инфраструктура не позволяет студентам с двигательными ограничениями беспрепятственно добираться до студенческих кампусов. Пока инфраструктура российских учебных заведений не подготовлена для безбарьерного передвижения и обучения студентов-инвалидов, это заслоняет иные трудности их полноценной социализации в обществе. Но по мере развития безбарьерной среды эти трудности будут становиться все очевиднее.

С точки зрения экспертов, для полноценной инклюзии не в полной мере подготовлен сам образовательный процесс: слабая техническая оснащенность аудиторий, отсутствуют или не хватает адаптированных средств обучения. Необходима дополнительная визуализация учебного материала, больший упор на интерактивные образовательные технологии, развитие технологий дистанционного обучения для студентов, вынужденно пропускающих занятия в аудиториях из-за своего физического состояния и пр. Эксперты отмечают также неготовность педагогического состава к обучению инвалидов: отсутствуют навыки обучения студентов с

ОВЗ, некоторые преподаватели не желают учитывать особенности изложения материала для них.

До сих пор спорным остается вопрос в российском высшем образовании, означает ли инклюзия необходимость для студентов-инвалидов полностью соответствовать требованиям, предъявляемым к здоровым студентам без всяких поправок на их особенное состояние, или саму возможность инклюзивного профессионального образования надо обеспечить постоянным медицинским, психолого-педагогическим сопровождением и социальной помощью, организованной в стенах университета[132]. Некоторые сотрудники, особенно из числа преподавателей, считают, что если студент не в состоянии адаптироваться к тому, как они работают в аудиториях в расчете на обычных слушателей, то ему место в специальном образовательном учреждении. Сами лекторы не обязаны приспосабливаться к особенностям каждого обучающегося. Есть в этом доля их правоты. Но ни тогда, когда столь жесткой позицией прикрывается собственная некомпетентность и нежелание совершенствовать методику преподавания. До сих пор некоторые преподаватели в аудиториях начитывают свои лекции, избегая интерактивных форм обучения. Студенты с ОВЗ из-за двигательных или сенсорных ограничений не успевают за ними записывать. Но возникает вопрос, насколько технологии проведения занятий этих преподавателей соответствуют современным требованиям к техническому, учебно-методическому сопровождению учебного процесса, насколько высока квалификация самих лекторов. Командное обучение, решение проблемных кейсов, проведение дебатов, электронные лекции, презентации, видеоматериалы – все это должно быть в арсенале современного педагога.

Общей позицией экспертов, которая явствует из их ответов, является индивидуализация траекторий получения высшего образования студентами-инвалидами. Мы считаем, что индивидуальные

[132] Михайлова В.П. Проблемы и вызовы высшего инклюзивного образования – взгляд преподавателя // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии : материалы междунар. науч.-практ. конф. М. : МГППУ, 2011. С. 187–189.

маршруты в высшей школе, это путь для всех обучающихся в современном обществе, но больше всего они необходимы людям с особенностями здоровья. Это построение индивидуальных планов, возможность иметь дополнительные занятия с преподавателями или тьюторами, консультации, это возможность варьировать временной ресурс на освоение того или другого предмета. Хорошо зарекомендовал себя дополнительный год обучения (подготовительное отделение) для адаптации к условиям вуза. Российская высшая школа выставляет жесткие временные рамки учебного процесса, которым могут соответствовать не все, значит ли это, что они не могут освоить программу обучения вообще и стать квалифицированными специалистами?

Наш исследовательский коллектив интересовали и вопросы социальной адаптации (восприятие коллективом людей с ограниченными возможностями) и психологической адаптации (преодоление психологических барьеров вхождения в коллектив). Если для медицины физический ущерб – это проявление болезни, или биологический сбой, то для социологии инвалидность – это то, как ее воспринимают в обществе. И если с физиологической точки зрения вред от увечья можно только минимизировать, то социокультурные представления возможно менять принципиальным образом, что мы наблюдаем в последние десятилетия по отношению к различного рода меньшинствам.

Российские эксперты, как показал наш опрос, признают, что для максимально успешной социализации студентов с ОВЗ важно, чтобы инклюзивное образование начиналось в дошкольном возрасте, продолжалось в школе, тогда инклюзия будет успешней. Переход от домашнего обучения к инклюзивному профессиональному образованию сопряжен с многочисленными трудностями, и именно их выявило наше исследование. Вместе с тем респонденты в своем большинстве (59%) не считают, что профессиональное образование следует осуществлять только инклюзивно, они являются сторонниками идеи выбора специального или инклюзивного образования в зависимости от конкретного случая. Этот выбор каждый раз определяется спецификой и тяжестью инвалидности.

В нашем исследовании мы узнали мнение экспертов и по поводу того, как студенты-инвалиды позиционируют себя относительно остальных учащихся, и наоборот, как их воспринимает социальное окружение. Непродуктивные эмоциональные реакции, которые относятся к так называемым эмоциональным барьерам инвалидности, наблюдаются в социальной среде учебных заведений и являются двусторонними. У условно здоровых студентов и сотрудников системы российского профессионального образования ведущей реакцией на инвалидов является неловкость (62%), на втором месте страх (32%) и любопытство (32%) – все три реакции диктуются, прежде всего, новизной явления в личном опыте. Инклюзия для учеников средних школ, студентов до сих пор не есть общераспространенная норма в России, и по мере расширения данной практики подобные реакции должны сокращаться. Чувство вины, гиперопека – это уже рефлексия опыта взаимодействия с инвалидами. Они диктуются в том числе неприспособленностью окружающей среды в удовлетворении первоочередных нужд инвалидов, связанных со свободой передвижения, коммуникации. Удельный вес подобных реакций будет сокращаться по мере развития институциональной среды, повышающей качество жизни людей с функциональными ограничениями. Имеют место по отношению к инвалидам и брезгливость, и насмешка, и избегание контакта, и даже дискриминация. И несмотря на то, что единичные эксперты отмечают столь деструктивные эмоции, они попрежнему занимают свое место в системе коммуникации.

Со стороны самих студентов-инвалидов наибольшее количество голосов (по 35%) набрали «ожидание гиперопеки» и «стремление спрятаться за своими проблемами со здоровьем». Надо отметить, что статус инвалида дает молодым людям определенные преференции в системе высшего профессионального образования в России, в том числе льготы при поступлении, материальные бенефиции и социальную поддержку, особое, более внимательное отношение преподавателей, зачастую заниженные требования при оценивании знаний и пр. Можно сказать, что это форма психологического приспособления к ситуации по типу регрессии, и инва-

лиды используют те игральные карты, которые раздала им природа или случай. Стремление к изоляции, ответ, набравший 24% голосов экспертов, защитная эмоциональная реакция, свидетельствующая об опасении быть отвергнутым, о наличии барьеров коммуникации. Иные защитные механизмы, такие как «жалость к себе», перекладывание ответственности за свои проблемы на других, также имеют место. Но, по мнению российских экспертов, сами студенты с ОВЗ более готовы к инклюзии, чем готова к ней социальная среда.

Мы систематизировали и проанализировали мнения экспертов о наиболее типичных барьерах социально-психологической адаптации студентов-инвалидов.

Это ожидание гиперопеки, которое воспитывает семья, и весь предыдущий опыт обучения в системе среднего общего образования. При повышенной гиперопеке возникает проблема развития трудоспособности, порождаются ожидания: снисходительного отношения, снижения требований на учебе. Студенты демонстрируют неготовность к равным условиям получения образования, неспособность работать много, хотят дополнительного внимания со стороны преподавателей, слабо приспособлены к самостоятельной жизни, не могут без посторонней помощи решать проблемы, возникающие в процессе обучения и бытовые.

Для них характерна проблема застревания в своем состоянии, постоянная тревога, озабоченность, воспринимают ли их как равных, подавленность. С подобными проблемами могут помочь только профессиональные психологи. Специалисты помогают студентам-инвалидам раскрепоститься и действительно почувствовать себя равными со всеми, считают эксперты.

Заниженная самооценка – еще один из серьезных барьеров адаптации и препятствие к полноценной коммуникации. Она порождает неуверенность в себе, своих возможностях вплоть до самостигмации, ведет к самоизоляции. Возникают проблемы с публичными выступлениями перед аудиторией, неуверенность в своих возможностях, стеснение и отказ от выступлений на занятиях, желание общаться только в своей среде, проблемы в общении

с противоположным полом, с организацией совместного досуга со сверстниками вне учебной деятельности.

Вместе с обозначенными трудностями эксперты наметили и пути их преодоления. С одной стороны, они понимают инклюзивное образование как образование, которое предъявляет одинаковые требование к знаниям, навыкам, умениям студентов, как условно здоровых, так и инвалидов, и, по мнению большинства респондентов, инвалидность на обучаемость не влияет или влияет незначительно (94%). Но с другой стороны, условиями успешной эффективной социально-психологической адаптации в коллективе они называют психологическое и медицинское сопровождение учебной деятельности. Эксперты указывают, что студентам-инвалидам необходимо время, чтобы осознать себя обычными учащимися, которые должны выполнять то же, что и остальные, без скидок на свою особенность. Но это же осознание становится мощной движущей силой и причиной гордости на пути преодоления трудностей. Необходимость такой помощи во многом связана с тем, что многие из них получали школьное образование не инклюзивно и не выработали навыков адаптации.

Очень большую роль играют микроклимат в учебном заведении, уровень культуры и толерантности – это важно для учащихся со всеми особенностями характера и поведения. Студент должен попадать в доброжелательную среду на время обучения. Создание такого микроклимата – важнейшая задача учебного заведения и общества в целом, на решение которой должны быть направлены усилия университетов.

Такие проблемы социально-психологической адаптации, как заниженная самооценка, застревание в своем состоянии, создающие коммуникативные барьеры, тем более сложно преодолимы, поскольку строятся с обеих сторон – и со стороны студентов-инвалидов, и со стороны их здоровых сверстников и сотрудников учебных заведений, но они также подвергаются корректировке.

Положительный опыт преодоления обозначенных трудностей, которые описали эксперты, можно сгруппировать в два основных направления деятельности: развитие научно-исследовательского

и творческого потенциала студентов с ОВЗ и вовлечение их в совместную деятельность с условно здоровыми сверстниками.

Лучшие практики, которые эксперты предложили из своего педагогического опыта, следующие: участие студентов-инвалидов в творческих конкурсах, научных конференциях, спортивных состязаниях, дискуссионных клубах, инклюзивных спектаклях, научно-исследовательской работе под руководством преподавателя и пр. Все это способствует выходу из изоляции, раскрепощению и развитию их творческих и интеллектуальных способностей, повышают самооценку, что позволяет обрести бóльшую самостоятельность мышления и действий. В целом разрушаются и коммуникативные барьеры. Для этого должно соблюдаться еще одно непременное условие – совместная деятельность студентов с ОВЗ и их здоровых сверстников. Все вышеперечисленные мероприятия особенно эффективны для целей адаптации, когда они проходят не для студентов-инвалидов, а вместе с ними. На это особое внимание обращают большинство экспертов.

Положительный результат социализации имеет привлечение студентов к социально-значимой деятельности совместно со здоровыми студентами, например, такие волонтерские проекты как «Здоровая инициатива» – антинаркотическое волонтерское движение обучающейся молодежи. Преодолению коммуникативных барьеров способствуют любые групповые формы работы в системе студент–студент. Как мы помним, эти барьеры существуют с обеих сторон.

Проведенный нами опрос экспертов показал, что неготовность российских учебных заведений профессионального образования обеспечить студентам с особыми потребностями безбарьерную среду обучения отодвигает на задний план иные серьезные трудности инклюзивного образования, которые, тем не менее, существуют и являются очень серьезными. Нам еще предстояло в ходе исследований ответить на вопросы, что такое инвалидность – только физиологический феномен или социокультурный конструкт, от которого необходимо отказываться; являются ли люди с ограниченными возможностями здоровья полноценными члена-

ми общества или к ним по-прежнему следует относиться с точки зрения их ущербности и необходимости опекать и оказывать благотворительность и пр.

2.2.2. Анализ социологических исследований, посвященных изучению инклюзивного образования в Российской Федерации

Благодаря использованию знаний и опыта экспертов нам удалось выявить наиболее важные аспекты исследуемой проблемы и оценить текущее состояние инклюзивного профессионального образования. Мы также провели вторичный анализ российских исследований для того, чтобы на следующем этапе комплексного изучения среды и потребностей студентов-инвалидов в системе профессионального инклюзивного образования в Российской Федерации иметь возможность опереться на накопленный опыт.

Социологические исследования, посвященные лицам с ОВЗ и инвалидностью вообще и теме инклюзивного образования в частности, на российском поле представлены довольно широко. Особенно активно вопрос о профессиональной подготовке лиц с ОВЗ стал изучаться, когда в Российской Федерации вслед за остальным миром инвалидность перестала рассматриваться как болезнь, инвалиды – как девиантная, сегрегированная группа, которой необходимо выделить какое-то денежное довольствие, чтобы люди могли просто выжить. Когда государство признало, что инвалидность есть продукт неустроенности общественных отношений и взяло на себя обязательства изменить к лучшему условия жизни всех категорий граждан, в том числе инвалидов.

Благодаря финансовой поддержке научных фондов и на средства самих вузов осуществлялись и осуществляются исследования различных аспектов становления системы инклюзивного образо-

вания как в школах, так и учреждениях профессионального образования. Их можно классифицировать по различным основаниям.

По объекту исследования: студенты и преподаватели (Саратов, Челябинск); вузовская администрация (Саратов, Красноярск, Самара; проект «Доступность высшего образования для инвалидов», 2002–2003 руководитель Е.Р. Ярская-Смирнова[133]). Матери детей-инвалидов, женщины-инвалиды и эксперты («Женщины и инвалидность: опыт дискриминации и преодоления», Саратов, 2006[134]). В ходе масштабного исследования «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации»[135], 2008–2009 (сбор данных проводился в апреле – июне 2008 г. в пилотных регионах проекта: Костромской, Московской, Саратовской областях и г. Санкт-Петербурге) были опрошены сами инвалиды, жители населенных пунктов, в которых проводилось исследование. Инвалиды с проблемами интеллектуального развития и родители детей-инвалидов, руководители предприятий и коммерческих организаций; руководители и специалисты, работающие в сфере реабилитации инвалидов; руководители общественных организаций инвалидов. Семьи, где есть дети-инвалиды (проект «Социокультурный анализ нетипичности», Саратов, 1997[136]). Представители разных целевых групп, участников процесса инклюзивного образования: педагоги общеобразовательных школ, педагоги инклюзивных школ, педагоги коррекционных школ, родители детей без отклонений в развитии, родители детей с ОВЗ

[133] Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В., Зайцев Д.В., Наберушкина Э.К. Политика в сфере высшего образования инвалидов // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2, № 1. С. 91–114.

[134] Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Женщина и инвалидность: Испытания на прочность // Социологические исследования. 2009. № 5. С. 70–76.

[135] Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р., Вайтфилд С., Келли С. Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации в Российской Федерации. Анализ основных результатов исследования. М., 2009. URL: www.rehabsys.ru

[136] Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 1997.

и детей-инвалидов (проект «Инклюзивное образование в Москве: социальные условия, проблемы и ограничения», данные 2010 г.[137]).

По предмету исследования: доступность высшего образования для инвалидов с точки зрения субъектов образовательного процесса; влияние инклюзивных учебных программ и безбарьерной среды в вузе на отношение к студентам-инвалидам; взгляды университетского руководства на перспективы интегрированного образования (проект «Доступность высшего образования для инвалидов» 2002–2003, руководитель Е.Р. Ярская-Смирнова). Гендерный аспект инвалидности. Механизмы социальной политики в отношении инвалидности, которые влияют, воспроизводят или усугубляют гендерное неравенство. Физические и социальные барьеры. Основные блокирующие механизмы: несовершенство законодательства, гендерные стереотипы и дискриминирующие социальные установки («Женщины и инвалидность: опыт дискриминации и преодоления», Саратов, 2006). Ключевые проблемы и потребности инвалидов, сложности, с которыми они сталкиваются в попытках интегрироваться в активную социальную жизнь, точки роста – те аспекты, которые способствуют реализации социального потенциала или на которые можно было бы опираться в преодолении социальной изоляции (проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации», 2008–2009). Ситуации социального исключения в современном российском контексте на примере детей-инвалидов и их семей (проект «Социокультурный анализ нетипичности», Саратов, 1997). Информированность участников процесса инклюзивного образования и влияния этого фактора на их отношение к его внедрению (проект «Инклюзивное образование в Москве: социальные условия, проблемы и ограничения» данные», 2010).

По методам исследования: массовый опрос, фокусированное интервью (проект «Доступность высшего образования для инвали-

[137] Задорин И.В., Колесникова Е.Ю., Новикова Е.М. Инклюзивное образование в Москве: дифференциация информированности участников как фактор-ограничение // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 60–73.

дов», 2002–2003, руководитель Е.Р. Ярская-Смирнова). Интервью («Женщины и инвалидность: опыт дискриминации и преодоления», Саратов, 2006). Массовый опрос, групповое интервью и фокус-группы (проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации», 2008–2009). Анализ документов (проект «Социокультурный анализ нетипичности», Саратов, 1997). Выборочный анкетный опрос (проект «Инклюзивное образование в Москве: социальные условия, проблемы и ограничения», данные» 2010).

В ходе этих и подобных исследований, проводимых не только вузовской средой, но и по инициативе служб Уполномоченных по делам ребенка, различных центров и общественных организаций, были получены обширные и разнообразные результаты:

1) выявлены барьеры: институциональные (несформированность безбарьерной среды и регламентирующих документов), социально-психологические (устойчивые стереотипы в отношении к инвалидам) для продвижения в образовательной и профессиональной сферах (проект «Доступность высшего образования для инвалидов», 2002–2003);

2) установлены основные блокирующие механизмы: несовершенство законодательства, гендерные стереотипы и дискриминирующие социальные установки (двойная дискриминация как женщин и как инвалидов или матерей-инвалидов. «Женщины и инвалидность: опыт дискриминации и преодоления», Саратов, 2006);

3) доказано, что существенный прогресс в социальной политике можно ожидать при условии развития межсекторного взаимодействия, повышения прозрачности контроля со стороны инвалидов и общества в целом. Успех социальной инклюзии зависит от множественных факторов, от разных людей и инстанций, участвующих в процессе изменений – самих инвалидов, их семей и более широких социальных сетей – актуальных и потенциальных работодателей, государственных, региональных и муниципальных структур и учреждений, негосударственных организаций, включенных в оказание поддержки и реабилитационные процессы, а также от россиян. Инвалиды, объединяясь для совместной рабо-

ты в ассоциации или сотрудничая с благотворительными сервисными организациями, предпринимают осознанные стратегические усилия для того, чтобы прийти к совместному пониманию мира и самих себя. Формирование их коллективных стратегий способно влиять на государственную политику и жизнь отдельных граждан, являясь важным шагом развития гражданского общества (проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации», 2008–2009);

4) разработаны концепции и система категорий социокультурного анализа нетипичности, служащих ключом к пониманию сегодняшнего социального статуса и эволюции социального отношения к детям-инвалидам и их семьям; проработаны теоретические положения социокультурной теории стигматизации; проведен анализ стратификационных характеристик инвалидности, предложен комплекс причин социального исключения нетипичных детей и их семей (проект «Социокультурный анализ нетипичности», Саратов, 1997).

Это далеко не полный перечень исследований, посвященных лицам с ОВЗ и инвалидностью в Российской Федерации начиная с 90-х гг. XX в. Сама обширность затронутых аспектов проблемы взаимодействия лиц с ОВЗ с различными социальными группами, институциональными структурами, их включенности или исключения из социальных процессов, говорит о росте меры ответственности государства и общества перед социально уязвимой категорией лиц, об изменении мировоззренческих установок на феномен инвалидности.

2.3. Социально-психологический анализ субъектов инклюзивного образования

2.3.1. Опрос школьников и их родителей

Прежде чем перейти непосредственно к изучению студентов с ОВЗ (имеющих инвалидность), мы опросили школьников старших классов (9–11-х), выбирающих свой профессиональный путь,

и их родителей (опекунов). Конечно, и в данном случае респонденты имели инвалидность и получали среднее образование в инклюзивной форме. Опрос проходил в сентябре – октябре 2016 г.

Мы стремились выявить те барьеры, которые мешают учащимся старших классов, имеющим ОВЗ, выбирать в качестве дальнейшей траектории своего личностного развития получение профессионального образования.

Эти барьеры являются субъективной оценкой сложившихся социально-экономических условий, а также оценкой своих личных возможностей и способностей. Субъективная оценка всегда является личной точкой зрения, опирающейся на внутренние убеждения. Она может опираться на объективные обстоятельства или не опираться, но при этом оставаться серьезным препятствием для деятельности.

Серией вопросов методом формализованного анкетирования мы постарались выявить, намерены ли обучающиеся получать профессиональное образование? Какие барьеры и трудности они видят на пути получения профессионального образования? Намерены ли родители (опекуны) способствовать тому, чтобы их дети, имеющие ОВЗ, получали профессиональное образование? Какую форму получения образования они предпочитают и какими мотивами руководствуются в своем стремлении обеспечить его своим детям? Какие барьеры и трудности родители (опекуны) видят на этом пути? Мы постарались установить, есть ли различия в субъективном восприятии необходимости, возможности и барьеров к получению профессионального образования между самими обучающимися с ОВЗ и их родителями (опекунами).

Исследование проводилось среди школьников старших классов (9–11-х классов) г. Томска, имеющих ОВЗ, обучающихся по инклюзивной форме. По своему типу это массовый опрос социальной общности школьников г. Томска, имеющих ограничения по состоянию здоровья. Исследование планировалось как репрезентативное по отношению к старшеклассникам с ОВЗ г. Томска. Мы охватили бóльшую часть (70%) общего массива респондентов. Для иных регионов исследование имеет значение как пилотное, спо-

собствующее более глубокому погружению в проблему, заявленную проектом. Маршрутизация опроса выглядела следующим образом:

1. На имя начальника Департамента образования г. Томска было отправлено письмо с просьбой оказать содействие в проведении социологического опроса.

2. Департамент подготовил и разослал распоряжение директорам школ, в которых учащихся с ОВЗ 9–11-х классов более 5 человек.

3. Таких школ оказалось 12. Были исключены 3 школы, в которых учатся исключительно дети с умственной отсталостью. В остальные отправлены интервьюеры, которые опросили всех названных администрацией учеников.

Одновременно по формализованным анкетам, коррелирующим по своим вопросам с анкетами детей, были опрошены их родители (опекуны).

Мы вынуждены признать, что из всех этапов проведенных нами исследований именно на этом были допущены серьезные процедурные нарушения, которые не позволяют утверждать, что мы выдержали все методологические и методические тонкости подобного исследования. Наши ошибки объясняются «трудностями поля». Эта социальная среда, дети-инвалиды, их родители настолько сложно и тонко организована, что подходить к ней с методиками массовых опросов, которые все же претендуют на более четкую структуризацию поля, мы на дальнейших этапах больше не решались. Проще говоря, часть респондентов оказались нам недоступна.

Одним из незапланированных результатов опроса стало выявление факта, что инклюзивное образование сегодня в школах г. Томска обеспечивается в значительной степени на бумаге. Образовательные учреждения вынуждены лавировать между, с одной стороны, возрастающими требованиями к созданию безбарьерной среды и обеспечению прав каждого ребенка, имеющего инвалидность, получать образование инклюзивно, а с другой – невозможностью обеспечить это право в полной мере из-за неготовности, в первую очередь, инфраструктуры. Так, в нашу выборку не попали так называемые маломобильные респонденты, инвалиды

с наиболее тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, для передвижения которых требуются вспомогательные средства. Несмотря на то что по документам Департамента образования они числятся как обучающиеся инклюзивно, на поверку они находятся на домашнем обучении, школы делегируют к ним на дом преподавателей. И выбор домашнего обучения для обеих сторон является не свободным, а вынужденным.

Не попали в нашу выборку и школьники с тяжелыми сенсорными дефектами, слепотой, глухотой, которые в системе российского среднего образования по-прежнему обучаются в специализированных учебных заведениях.

В результате мы опросили школьников с нетяжелыми формами физических и функциональных дефектов и детей-инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями. Не рассчитывали мы и на то, что в выборку попадут такие респонденты с диагнозом «задержка психического развития» из-за неразличимости диагнозов в предоставленных нам Департаментом образования документах. Когда разрабатывался инструментарий, мы не тестировали его на респондентах с ментальными нарушениями.

Однако отрицательный результат – тоже результат, трудности поля только помогли нам глубже осознать проблемы, встающие перед инклюзивным образованием в Российской Федерации. Результаты данного исследования стали для нас разведывательными.

Всего было опрошено 77 человек. По итогам процедуры ремонта выборки были исключены анкеты с неполными ответами, коррекция выборочной совокупности, контроль социально-демографических характеристик, т.е. более сложные процедуры ремонта при обработке данных не понадобились в силу однородности объекта изучения и сплошного характера анкетирования.

Всего было проанализировано 70 единиц наблюдения. Из них 39% девушек, 61% юношей, по классам обучения: 9-й класс – 84%, 10-й – 4%, 11-й – 12%. Были представлены лица с ОВЗ следующих нозологий (табл. 8).

Таблица 8

Распределение респондентов по типу ОВЗ, в % от числа опрошенных

Нарушения слуха	Нарушения зрения	Речевые дисфункции	Нарушения ОДА	Комплексные нарушения	Другое
4	14	16	8,5	21,5	36

Самая многочисленная категория «Другое» включает школьников, имеющих ОВЗ, связанные с соматическими заболеваниями и задержкой психического развития.

Обучающимся был задан вопрос, собираются ли они после окончания школы получать профессиональное образование. 65,7% опрошенных заявили, что собираются продолжать обучение в колледже (училище, техникуме), 25,7% стремятся попасть в высшее учебное заведение, 7,1% еще не приняли решение и 1,4%, это один респондент, продолжать учиться не намерен.

Нами выявлено, что установки учеников старших классов, имеющих ОВЗ, довольно четко ориентированы на получение профессионального образования, только один заявил, что не собирается это делать, пятеро колеблющихся могут выбирать между СПО и ВПО, инструментарием опроса это не выявляется. По вопросу, из каких источников, они получают информацию о профессиональном образовании (респондентов не ограничивали в количестве выборов), иерархия ответов выглядит следующим образом (ответы расположены от набравших наибольшее количество выборов к наименьшему):

1. От родителей – 61%.
2. Самостоятельно ищу в интернете – 60%.
3. В школе проводят профориентацию – 51%.
4. От друзей, одноклассников – 36%.
5. От социальных работников – 10%.
6. Другое – 1,4%.

Судя по ответам, и родители, и школа помогают детям с ОВЗ определиться с профессиональным выбором. Сами они также ини-

циативны в поиске информации. Неактивными выглядят на этом фоне социальные службы. Учитывая, что профориентационная работа в школах нацелена на преобладающую группу обучающихся, здоровых детей и наши респонденты учатся в обычных классах, им необходим отбор информационного потока, который обычно преподносится потенциальным абитуриентам.

Мы спросили и о том, достаточно ли респондентам информации о профессиональном образовании, которую они имеют на настоящий момент. Никто не выбрал ответы «Я не нуждаюсь в информации» или «Совершенно нет информации», наибольший процент ответили «Да, вполне» – 49%; заявили, «Я уже много знаю, но хотелось бы еще больше» – 31% и выбрали ответ «У меня очень мало информации о том, какое профессиональное образование я мог (могла) получить» – 20%. Очевидно, что информация о возможностях получения профессионального образования нашей группой респондентов востребована, но, по крайне мере, у 51% эта потребность полностью не удовлетворена и развитие этого направления профориентационной работы должно быть интенсифицировано. Кто этим будет заниматься – школа или иные организации системы образования, возможно, требует уточнений, размежевания сфер ответственности.

Принципиально важным для целей нашего исследования был вопрос «Как Вы считаете, для людей с ограничениями по здоровью что может быть самым трудным в получении профессионального образования? (Выберите не более 3-х, но самых важных препятствий)». Распределение ответов выглядит следующим образом (ответы расположены от набравших наибольшее количество выборов к наименьшему):

1. Утомляемость, нехватка сил – 67%.
2. Особых трудностей не вижу – 37%.
3. Недоброжелательное отношение окружающих – 31%.
4. Финансовые трудности – 30%.
5. Физически очень сложно добираться до учебы – 27%.
6. Другое – 4%.

Нельзя рассматривать данный вопрос в отрыве от типа ОВЗ школьника. Если взять такую категорию, как ОДА, то у этих респондентов выбор «Физически сложно добираться до учебы» встречается уже в 83% случаев, что отражает объективную ситуацию в городе, где безбарьерная среда не создана. Второй по удельному весу выбор у данной категории респондентов – это физическая утомляемость, 50% опрошенных.

У респондентов с нарушениями зрения лидируют выборы «Утомляемость, нехватка сил» – 80%, и «Недоброжелательное отношение окружающих» – 50%.

У обучающихся с речевыми дисфункциями те же главные проблемы: утомляемость – 73%, а на втором месте недоброжелательное отношение окружающих – 54,5%.

Наибольший процент лиц, заявивших о том, что особых трудностей с получением профессионального образования не видят среди респондентов категории «комплексные нарушения» – 46,7%, но и они жалуются на утомляемость, это первый по популярности выбор – 53%.

Если говорить в общем обо всей группе респондентов, то наибольшая трудность для них заключается в «Утомляемости, нехватке сил»; второй по популярности ответ – «Особых трудностей не вижу, и третье место у недоброжелательного отношения окружающих.

Респондентам был задан вопрос: «Скажите, что Вам более всего не нравится в отношении к вам окружающих? (Выберите не более 3, но самых важных факторов)». Получены следующие результаты:

1. Насмешка – 50%.
2. Любопытство – 44%.
3. Неловкость – 37%.
4. Некоторые боятся – 20%.
5. Никто не хочет помочь – 17%.
6. Свой вариант – 13%.
7. Все лезут с предложением помощи 11%.

Насмешка, любопытство, неловкость лидируют среди непродуктивных реакций одноклассников на обучающихся с ОВЗ, по их

субъективной оценке. Отделяют ли сами респонденты отношение к себе именно как к инвалиду и как к личности, в формализованном исследовании не представляется возможным определить. Среди вариантов ответа были: «Все хорошо», «Все устраивает», «Ничего». То есть 13% респондентов не видят эмоциональных барьеров общения со сверстниками, которые были бы связаны с состоянием собственного здоровья.

По мнению экспертов, опрошенных нами на предыдущем этапе исследования, в отношениях типично развивающихся студентов и студентов-инвалидов присутствует неловкость (это был самый популярный ответ, 62% экспертов), а вот насмешку отметили только 3% экспертов. Это доказывает, что восприятие ситуации общения здоровых студентов и студентов-инвалидов может сильно отличаться у двух сторон коммуникации.

Только у тех респондентов, которые собираются продолжать образование после окончания школы, мы спросили, какая форма получения образования кажется им предпочтительнее. Наши респонденты получают общее образование инклюзивно и профессиональное хотели бы получать таким же образом (77%). По специальным программам хотели бы продолжать учиться 4% опрошенных, заочно – 13%, дистанционно – 6% респондентов.

Однако определенные тревоги, связанные с обучением в системе профессионального образования, у них есть. Мы задали им вопрос: «Что Вас беспокоит, когда Вы думаете о будущем профессиональном образовании? (Выберите до 3 наиболее важных моментов)» (ответы расположены от набравших наибольшее количество выборов к наименьшему):

1. Сильно ничего не беспокоит – 56%.
2. Смогу ли я поступить – 51%.
3. Не справлюсь с учебной программой – 41%.
4. Не справлюсь с физическими нагрузками – 26%.
5. Мне сложно знакомиться с новыми людьми – 25%.
6. Родителям будет трудно – 15%.
7. Боюсь насмешек над собой – 10%.
8. Боюсь жалости к себе – 3%.

9. В учебных заведениях нет необходимых условий для моего обучения (например: пандусов, лифтов и т.п.) – 3%.

Напоминаем, что на этот вопрос отвечали только те респонденты, которые уже приняли решение получать профессиональное образование. Более половины из них вообще ничего не беспокоит, оставшиеся переживают, смогут ли они поступить. То есть в большей степени школьники с ОВЗ демонстрируют поведение и психологические реакции, аналогичные для их здоровых сверстников. Также они обеспокоены, справятся ли с учебной программой и физическими нагрузками. Они переживают за родителей, которым будет трудно, признаются, что им бывает сложно знакомиться с новыми людьми, а вот жалости к себе и насмешек практически не боятся, демонстрируя высокую жизнестойкость.

Выбор «В учебных заведениях нет необходимых условий для моего обучения (например, пандусов, лифтов и т.п.)» собрал только два голоса, но респондентов с ОДА было только шестеро человек, возможно, с нетяжелыми дефектами.

Нас интересовало, какими соображениями руководствуются наши респонденты при выборе учебного заведения. Мы задали им вопрос: «При выборе учебного заведения на какие условия Вы обращаете внимание прежде всего (выберите до 2 наиболее важных фактора)» (ответы расположены от набравших наибольшее количество выборов к наименьшему):

1. Возможность обучаться по профессии, которая нравится, – 92%.
2. Близость учебного заведения к дому – 54,4%.
3. Наличие специальных программ обучения для людей с ограничениями по здоровью – 13%.
4. Положительные отзывы людей с ограничениями по здоровью, которые там уже учатся (учились) – 10,2%.
5. Наличие специальных условий для обучения людей с ограничениями по здоровью (например: пандусы, лифты и т.п.) – 4,4%.

Респонденты демонстрируют в этом ответе определенный уровень зрелости. Осознают свою потребность, выдвигают цель, достижение которой способствует ее реализации, и ищут средства. Возможность обучаться именно по той профессии, которую они

выбрали, является для них приоритетной по сравнению с другими соображениями. На втором месте фактор близости к дому, что может отражать и неразвитость инфраструктуры вузов, связанной с проживанием студентов с ОВЗ отдельно от опекающих их родственников и с зависимостью от этой самой опеки.

На вопрос «Хотите ли Вы, чтобы вместе с Вами обучались и другие студенты с ограничениями по здоровью?» 36% ответили «Да», 7% – «Нет», 50% – «Мне все равно» и еще 7% затруднились с ответом.

В заключение мы задали обучающимся вопрос: «Отметьте главные цели получения профессионального образования (выберите не более 2 самых важных)»; (ответы расположены от набравших наибольшее количество выборов к наименьшему):

1. Материальная независимость в будущем – 54%.
2. Стать более самостоятельным(ой), уверенным(ой) в себе – 48,5%.
3. Не быть обузой для родителей в будущем – 43%.
4. Получить новые знания – 38%.
5. Почувствовать себя полезным(ой) обществу – 12%.
6. Расширить круг общения – 10%.
7. Избежать одиночества – 10%.

И вновь наши респонденты демонстрируют высокую степень личной зрелости, их выбор рационален, материалистичен, индивидуалистичен. Эмоциональные факторы: расширить круг общения, избежать одиночества, отступают на второй план. Стать самостоятельными, независимыми людьми в будущем – их главная цель. Это соответствует концепции независимой жизни инвалидов[138]: финансовая самостоятельность, возможность влиять на обстоятельства, управлять собственной жизнью.

Наша исследовательская команда опросила обучающихся старших классов школ параллельно с их родителями (опекунами),

[138] Дробот О.С. Концепция независимой жизни как форма интеграции инвалидов в современном мире // Ученые заметки ТОГУ. 2011. Т. 2, № 1. С. 22–27.

чтобы выявить сходство / противоречие в установках, барьерах и другом между детьми и их родителями (опекунами).

Всего было получено 60 анкет, после ремонта выборки в работу были включены 58 единиц наблюдения. Из них 55 респондентов – это родители детей с ОВЗ (94,8%), 2 опекуна (3,4%) и 1 респондент (1,7%) – «другой родственник». Далее в отчете всех респондентов мы будем именовать «родители».

На вопрос, работаете ли Вы, наши респонденты сообщили следующее: 77,6% работают с полной занятостью, 8,6% работают с неполной занятостью, 1,7% работают на дому, 12% не работают, ухаживают за ребенком. 49 (84%) из них – родители девятиклассников, 3 человека (5%) – десятиклассников, 6 (10%) – одиннадцатиклассников.

На вопрос «Какое у Вашего ребенка ограничение по состоянию здоровья?» они сообщили следующее (табл. 9):

Таблица 9

Ограничения по здоровью детей со слов родителей, % от числа опрошенных

Нарушения слуха	Нарушения зрения	Речевые дисфункции	Нарушения ОДА	Комплексные нарушения	Другое
3,4	8,6	24,2	8,6	31	24,2

Небольшое расхождение результатов детей и родителей связано, во-первых, с тем, что родительских анкет было собрано на 12 меньше, чем детских, во-вторых, родители лучше разбираются в диагнозах своих детей, поэтому категория «другое» уменьшилась за счет других категорий, в первую очередь, за счет комплексных нарушений.

На вопрос, собирается ли их ребенок получать профессиональное образование, никто из родителей при наличии такого варианта ответа не ответил «Нет, не собирается». Четкая ориентация детей на продолжение профессионального образования является, в том числе, результатом установок родителей. 70,7% родителей сообщили, что их дети собираются получать среднее профессиональное образование, 27,6% – высшее, 1,7% – что ребенок еще не принял решение.

На вопрос, кто принимал решение о получении профессионального образования, большинство (76%) заявили, что решение принимали совместно; 21% – что это, прежде всего, решение самого ребенка, и 3% – что ребенок прислушался к мнению родителей.

Родителям, как и их детям, был задан вопрос: «Скажите, из каких источников вы получаете информацию о профессиональном образовании?» (ответы расположены от набравших наибольшее количество выборов к наименьшему).

1. В школе проводят профориентацию – 57%.
2. Ищу самостоятельно – 53%.
3. В социальной группе в интернете – 17%.
4. От родителей других детей с ОВЗ – 10%.
5. Другое – 10%.
6. От социальных работников – 3%.

Для родителей, также как и их детей, самостоятельный поиск информации и профориентационная работа в школе являются основными ее источниками. Среди своих вариантов ответа встретились: «От знакомых», «ВТЭК» (Врачебно-трудовая экспертная комиссия).

Вопрос «Вам достаточно информации о профессиональном образовании, которую Вы имеете на данный момент?» мы задали точно в той же формулировке, что и детям, поэтому ответы можно сопоставить. Только один человек (1,7%) выбрал ответ «Я не нуждаюсь в информации» и никто – «Совершенно нет информации». Наибольший процент ответили «Да, вполне» – 38% (у детей – 49%); заявили «Я уже много знаю, но хотелось бы еще больше» – 36% (у детей – 31%); выбрали ответ «У меня очень мало информации о том, какое профессиональное образования мог бы получить мой ребенок» 24% (у детей – 20%). То есть у 60% родителей дополнительная информация о возможностях получения образования их детьми востребована, вопрос в том, какие социальные институты следует сориентировать на ее предоставление семьям, где есть инвалиды.

Ответы родителей на вопрос «Как Вы считаете, для людей с ограничениями по здоровью что может быть самым трудным

в получении профессионального образования? (выберите не более 3, но самых важных препятствий)» мы можем сопоставить с ответами их детей (в скобках):

1. Утомляемость, нехватка сил – 53% (67%).
2. Особых трудностей не вижу – 41% (37%).
3. Финансовые трудности – 36% (30%).
4. Недоброжелательное отношение окружающих – 26% (31%).
5. Физически очень сложно добираться до учебы –14% (27%).
6. Другое – 3% (4%).

В целом родители видят те же препятствия в получении профессионального образования, что и дети. Тройка лидеров в ответах следующая. Наибольшая трудность для них заключается в «Утомляемости, нехватке сил». Второй по популярности ответ «Особых трудностей не вижу», но на третье место вышли финансовые трудности, у детей – недоброжелательное отношение окружающих.

Наибольший процент лиц, заявивших о том, что особых трудностей с получением профессионального образования не видят, среди респондентов, у детей которых «комплексные нарушения», – 55%. В ответах самих школьников та же закономерность. Недоброжелательное отношение окружающих беспокоит родителей, у детей которых речевые дисфункции – 36%. Удивительным является только то, что из родители детей с ОДА никто не выбрал «физически очень сложно добираться до учебы», видимо, среди респондентов нет детей на инвалидных колясках.

Мы спросили родителей: «Скажите, что Вам более всего не нравится в отношении окружающих к Вашему ребенку? (Выберите не более 3, но самых важных факторов)», сравним их ответы с ответами детей (в скобках):

1. Насмешка – 36% (50%).
2. Неловкость – 33% (37%).
3. Любопытство – 31% (44%).
4. Некоторые боятся – 22% (20%).
5. Никто не хочет помочь – 17% (17%).
6. Свой вариант – 17% (13%).
7. Все лезут с предложениями помощи – 14% (11%).

Ответы родителей распределяются более равномерно, чем детские, но тройка лидеров та же: насмешка – 36%, неловкость – 33%, любопытство – 31%. Среди своих вариантов ответа: «Сейчас ничего не раздражает», «Ничего». То есть, так же как и у детей, в «другое» попали ответы тех, кто не отмечает непродуктивных эмоциональных реакций по отношению к своим детям со стороны сверстников.

На следующую группу вопросов отвечали только те родители, дети которых собираются получать профессиональное образование. На вопрос, какая форма получения образования кажется им предпочтительней, респонденты выбрали преимущественно инклюзивную – 84%, только 2% хотели бы, чтобы ребенок учился по специальной программе, еще 8% – за дистанционное образование, а 5% – за заочное образование.

Ответы на вопрос «Что Вас беспокоит, когда Вы думаете о будущем профессиональном образовании для Вашего ребенка? (Выберите до 3 наиболее важных моментов)» у нас также есть возможность сравнить с ответами детей (в скобках).

1. Не справится (не справлюсь) с учебной программой – 45% (41%).
2. Не сможет поступить (смогу ли я поступить) – 41% (51%).
3. Сильно ничего не беспокоит – 40% (56%).
4. Боюсь насмешек над ним, ней (собой) – 17% (10%).
5. Не справится (не справлюсь) с физическими нагрузками – 15,5% (26%).
6. Ему, ей (мне) сложно знакомиться с новыми людьми – 14% (25%).
7. Непосильные финансовые затраты для нашей семьи – 14%[139].
8. Боюсь жалости к нему, ней (себе) – 1,7% (3%).
9. В учебных заведениях нет необходимых условий для обучения (например, пандусов, лифтов и т.п.) – 0 (3%).

Тревоги родителей, во-первых, аналогичны тревогам своих детей, а также родителей всех выпускников школ, которым вступать во взрослую профессиональную жизнь. Поступят / не поступят, справится ли с программой. Специфические моменты, связанные

[139] У детей был вариант ответа «Родителям будет трудно» – 15%.

с наличием ограничений по здоровью (жалость, насмешки), волнуют в меньшей степени.

На вопрос «При выборе учебного заведения на какие условия Вы обращаете внимание прежде всего? (выберите до 2 наиболее важных факторов)» были получены следующие результаты в сравнении с детьми (в скобках).

1. Возможность обучаться по профессии, которая нравится, – 89,6% (92%).

2. Близость учебного заведения к дому – 31% (54,4%).

3. Наличие специальных программ обучения для людей с ограничениями по здоровью – 15,5% (13%).

4. Положительные отзывы людей с ограничениями по здоровью, которые там уже учатся (учились) – 15,5% (10,2)%.

5. Наличие специальных условий для обучения людей с ограничениями по здоровью (например, пандусы, лифты и т.п.) – 3,4% (4,4%).

Родители и дети и в этом вопросе продемонстрировали единодушие. Важнейшим фактором, определяющим выбор учебного заведения, является наличие там выбранной программы подготовки. На втором месте – близость учебного заведения к дому, но об этом заявили менее трети родителей (31%).

На вопрос «Хотите ли Вы, чтобы вместе с Вашими детьми обучались и другие студенты с ограничениями по здоровью?» 52% ответили «Да» (среди детей – 36%), 3% – «Нет» (среди детей – 7%), 33% – «Мне все равно» (среди детей – 50%) и еще 12% затруднились с ответом.

И в заключение мы попросили родителей, так же как и детей, отметить главные цели получения профессионального образования ребенком, необходимо было выбрать две наиболее важных. Ответ «не быть обузой родителям» был исключен из родительских анкет, у детей он набрал существенную долю – 43%, и занял третье место по удельному весу выбора. Ответы расположены от набравших наибольшее количество выборов к наименьшему, результаты по детям приведены в скобках.

1. Стать более самостоятельным(ой), уверенным(ой) в себе – 71% (48,5%).

2. Материальная независимость в будущем – 64% (54%).
3. Почувствовать себя полезным(ой) обществу – 31% (12%).
4. Получить новые знания – 24% (38%).
5. Расширить круг общения – 10% (10%).
6. Избежать одиночества – 1,7% (10%).

Выбор родительских ответов говорит и о большей житейской мудрости, приходящей с возрастом (понятие «стать самостоятельным» шире, чем «материально независимым»), и, возможно, о сдвиге поколенческих ценностей («стать полезным обществу» дети выбирают гораздо реже, чем их родители). В целом же у родителей, так же как у детей, превалируют рациональные мотивы над эмоциональными. И в целом их выбор, скорее всего, похож на выбор родителей здоровых выпускников школ.

Отвечая на вопросы, связанные с задачами, поставленными в опросе, мы должны констатировать, что обе группы наших респондентов и старшеклассники с ОВЗ и их родители в подавляющем большинстве ориентированы на получение профессионального образования. Они предпочитают его инклюзивную форму. Это в значительной степени объясняется тем, что и среднее образование они получают инклюзивно, адаптация к этой форме у них произошла еще в школе. Мотивы получения образования, которые не расходятся у детей и их родителей, связаны с желанием стать самостоятельной, уверенной в себе личностью, материально независимой. В своих ответах старшеклассники с ОВЗ продемонстрировали определенный уровень личностной зрелости, рационализм, материализм и индивидуализм (мотив нужности обществу большой роли у них не играет). При выборе учебного заведения главным фактором для школьников и их родителей является наличие в нем желательной образовательной программы. На втором месте со значительным отставанием – близость к дому.

Те трудности, которые отмечают старшеклассники с ОВЗ и их родители на пути получения образования, во-первых, типичны для абитуриентов и их родителей вообще. Они беспокоятся за само поступление и справятся ли с учебной программой. Специфические моменты, связанные с наличием ограничений по здоровью

(жалость, насмешки по отношению к человеку с ОВЗ), волнуют в меньшей степени.

Кроме трудностей поступления и обучения респондентов беспокоят такие сложности, связанные с процессом обучения, как утомляемость, нехватка сил, недоброжелательное отношение окружающих. Первое еще раз подтверждает необходимость создания при учебных заведениях центров физической реабилитации лиц с ОВЗ и специальных программ реабилитации, что является конечной целью нашего гранта. Второе свидетельствует о сохранении значимости социально-психологических барьеров получения профессионального образования для лиц с ОВЗ. В данном опросе почти не прозвучала несформированность в учебных заведениях безбарьерной среды. Скорее всего, это связано со спецификой маршрутизации опроса. Лица с тяжелыми дефектами в нее не попали.

Разницы в субъективном восприятии необходимости, возможности и барьеров к получению профессионального образования между самими обучающимися с ОВЗ и их родителями (опекунами) в ходе опроса выявлено не было.

Объединяя выводы, полученные в ходе экспертного опроса и массового опроса старшеклассников с ОВЗ и их родителей в г. Томске, надо отметить, что инклюзивная форма получения профессионального образования становится в современном обществе ведущей и желательной со стороны самих лиц с ОВЗ. Инфраструктуру возможностей получения образования по такой форме развивать необходимо, тем более что и физические, и психологические, и материальные барьеры сохраняют свое значение. На следующем этапе исследования мы постараемся прояснить, какие из этих страхов и опасений учащихся школ и их родителей нашли свое подтверждение в профессиональной школе, а какие оказались надуманными, с какими реальными трудностями сталкиваются студенты-инвалиды в системе профессионального образования.

2.3.2. Нарративное интервью

В начале 2017 г., приступая к следующему этапу работ по гранту, мы, как и планировали, обратились к изучению субъективного опыта обучения в системе профессионального образования студентов, имеющих инвалидность. Было принято решение не подходить к этому достаточно редкому объекту с методиками массовых опросов, а использовать не часто применяющийся на российском поле метод нарративного интервью[140].

Методология нарративного интервью имеет следующие привлекательные для целей нашего исследования особенности. Во-первых, она индуктивна. Мы исходили из того, что недостаточно знаем об объекте исследования, студенте-инвалиде, как он или она субъективно переживает и интерпретирует свою жизненную ситуацию. Поэтому выбрали путь познания «снизу вверх», от частного к общему, следуя за рассказчиком, а не пытаясь разместить его нарратив в прокрустовом ложе готовой теории. Мы предполагали, что это позволит нам построить гипотезы, к которым мы были не подготовлены изначально.

Во-вторых, в ходе интервью нас больше интересовала не истинность изложенных рассказчиком фактов, а их субъективная интерпретация, конструирование себя, собственной идентичности.

В-третьих, нарративное интервью позволяет выявить связь индивидуальных жизненных траекторий и институциональных ожиданий относительно личности с инвалидностью, социальные рамки, в которых ей приходится существовать.

Автором, которая, с одной стороны, проводит в своих работах теоретический анализ нарративного интервью как качественного метода в социальных и гуманитарных исследованиях, не слишком распространенного на российском поле, а с другой – использует его

[140] Мещерякова Н.Н., Роготнева Е.Н., Гончарова Н.А. Факторы выбора профессии студентами-инвалидами: исследование методом нарративного интервью // Вопросы психологии. 2018. № 4.

в изучении интересующей нас проблематики: инвалидность, социальная модель инвалидности, является Е.Р. Ярская-Смирнова.

По ее мнению, интерес к нарративному анализу свидетельствует об «интепретативном повороте» в социальных науках[141]. Язык и знаки и сам процесс означивания не позволяет одномерно толковать наблюдаемые явления. Любой наблюдаемый или вербально предлагаемый феномен интерпретируется, т.е. наделяется смыслом. Сам подход отсылает нас к традициям символического интеракционизма, этнометодологии, феноменологии, т.е. субъективистских направлений социологии и психологии, уделяющих особое внимание языку коммуникации, пониманию и интерпретации. Исследователь подчеркивает, что прошлое – всегда селективная, избирательная реконструкция[142]. Люди исключают из своих рассказов опыт, угрожающий их сегодняшней, утверждаемой ими идентичности. Но для ученого, и в этом собственно и состоит позиция исследователя, следующего феноменологическим традициям, установить истинность индивидуального объяснения – не главная задача. Большее значение имеет то, как рассказчик хочет, чтобы его воспринимали. «Изучение реальных людей, имеющих реальный жизненный опыт в реальном мире, происходит в нарративном анализе при помощи истолкования смысла, которым люди наделяют переживаемые события»[143].

Объектом исследования Е.Р. Ярской-Смирновой были матери детей-инвалидов. Анализ качественных интервью опирался на методологические подходы «обоснованной теории» (grounded theory), предложенной Ансельмом Страусом и Барни Глейзером[144].

Обоснованная теория строится на индуктивном анализе данных с последовательным обобщением и укрупнением смысловых еди-

---

[141] Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов : СГТУ, 1997. С. 60.

[142] Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов : СГТУ, 1997. С. 73.

[143] Там же. С. 74.

[144] Glaser B., Strauss A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago : Aldine Publishing Company, 1967.

ниц анализа от кодов и концептов к категориям и заключительной формулировке теории, которая очевидно не просматривалась до применения всех аналитических процедур[145]. Проделанная работа привела Ярскую-Смирнову к созданию теоретической модели экзистенциального состояния нетипичности как субъективно переживаемой инаковости, исключения и стигматизации этого состояния социальной средой[146].

Индуктивность, теоретическая неангажированность, подчеркнутая связь социальных и биографических процессов – это то, что роднит обоснованную теорию и метод исследователя из Германии Ф. Шютце. Два этих подхода можно сравнить как североамериканскую и европейскую традиции качественных исследований. Страус и Глейзер разрабатывали методологические основания своего подхода, интервьюируя неизлечимо больных пациентов в больницах. Ф. Шютце начинал применение своих идей в рамках социологического проекта Билефельдского университета[147], изучая взаимодействие между властными структурами после объединения муниципальных округов. Но в дальнейшем его метод нашел применение прежде всего в биографических исследованиях. Они проводились среди таких групп населения, как безработные, бездомные, пациенты психиатрических клиник, представители различных профессиональных сообществ и т.д. Зачастую именно среди социальных групп, находящихся на периферии социальных взаимодействий или даже исключаемых из них. Сам Шютце видел особую силу своей методологии в изучении глубоких переживаний стра-

---

[145] Страусс А., Корбин Дж. Основы качественного исследования: обоснованная теория, процедуры и техники. М. : Эдиториал УРСС, 2001.

[146] Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов : СГТУ, 1997. С. 7.

[147] Schütze F. Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung kommunaler Machtstrukturen, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Kommunikative Sozialforschung – Alltagswissen und Alltagshandeln, Gemeindemachtforschung, Polizei, Politische Erwachsenenbildung, München: Fink, 1976. S. 159–260.

дания и их биографического смысла[148]. Это привлекло нашу исследовательскую группу, когда мы искали подходы к специфическому объекту исследования студентам-инвалидам. Наши респонденты, имеющие врожденную инвалидность, изначально находятся в сложной жизненной ситуации, которая задает траекторию личностного развития, поэтому мы применили аналитический инструментарий, разработанный Ф. Щютце, для интерпретации полученных качественных данных.

Релевантность выбранного метода для изучения различных аспектов образовательных траекторий студентов-инвалидов подтверждается большим количеством исследований европейских и американских авторов. Эллиот Мишлер[149] подробно разбирает три подхода к анализу нарративных интервью. По мнению ученого, выбор модели анализа повествования зависит от фокуса исследования: это может быть связь между событиями и их упоминанием в рассказе, при этом также важна narrative-time model, последовательность, в которой эти события упоминаются информантом; либо это структура и связность повествования, как они достигаются; либо исследователей интересуют психологические, культурные и социальные коды, заложенные автором повествования. В рамках каждой модели выделяются конкретные способы решения центральной проблемы.

В 2015 г. британские ученые[150] подготовили обзор четырнадцати качественных исследований, в которых основной целью было выяснить отношение нормально развивающихся студентов к инклюзивному образованию. Как правило, во всех исследованиях поднима-

[148] Schütze Fritz Biography Analysis on the Empirical Base of Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews. Part I. Biographical counselling in rehabilitative vocational training. Magdeburg : Univ., 2007. 63 s. [Module B.2.1]

[149] Mishler E.G. Models of narrative analysis: A typology. Journal of Narrative and Life History. 1995. Vol. 5(2). P. 87–123; Mishler E.G. Narrative and identity: the double arrow of time. Studies in Interactional Sociolinguistics. Vol. 23. 2006. P. 30–47.

[150] Bates H. et al. Review: typically-developing students' views and experiences of inclusive education // Disability and Rehabilitation. 2015. Vol. 37 (21). P. 1929–1939.

лись три темы: 1) негативное отношение к инвалидам-сверстникам; 2) слабая информированность о принципах и ценностях инклюзивного образования; 3) рекомендации по улучшению инклюзивной среды. Главный вывод аналитического обзора гласит, что успех инклюзивного образования во многом зависит от того, насколько здоровые студенты включены в процесс создания инклюзивной среды. Авторы подчеркивают, что студенты без инвалидности, как правило, не понимают задач инклюзивного образования, и это порождает враждебность по отношению к нему.

Американские исследователи[151] обнаружили, что при модернизации инклюзивного образования часто упускается из виду мнение педагогов-практиков. Они провели нарративное интервью школьных учителей из США и Канады, чтобы выяснить их отношение к организации инклюзивного образования и изучить практический опыт работы с учащимися с особыми образовательными потребностями. Основная тема исследования строится вокруг Универсального дизайна в обучении. Universal Design for Learning (UDL) – это такая методологическая рамка, которая позволяет конструировать учебный процесс, исходя из возможностей учащихся. Авторы пришли к выводу, что необходима конкретизация понятий, поскольку ключевые принципы UDL трактуются всеми участниками поразному; необходима разработка универсального методического сопровождения учебного процесса: какие формы, приемы, методы и средства обучения позволят создать разнообразие учебных планов и программ. И разработанной методологии UDL нужно учить и студентов педагогических университетов, и педагогов по месту работы.

В 2010 г. профессор Университета Севильи Анабель Морина[152] изучала феномен социальной изоляции молодых людей в возрасте 18–25 лет, при этом особое внимание уделялось молодежи с ограниченными возможностями. В качестве базового метода было вы-

[151] Lowrey K.A. et al. More Than One Way: Stories of UDL and Inclusive Classrooms. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities. 2017. Vol. 42(4). P. 225–242.

[152] Morina A. School memories of young people with disabilities: an analysis of barriers and aids to inclusion // Disability & Society. 2010. Vol. 25 (2). P. 163–175.

брано нарративное интервью. Позже это исследование послужило заделом для четырехлетней работы над проектом «Анализ университетских барьеров, выявленных студентами-инвалидами»[153]. Полученные данные помогли увидеть инклюзивную среду вуза глазами студентов с инвалидностью и позволили сформулировать предложения по ее усовершенствованию.

Израильский исследователь Нурит Двир изучал методом нарративного интервью жизненные истории учителей, которые сами являются инвалидами[154]. Им был раскрыт процесс формирования идентичности от чувства исключения из обычной жизни до постепенного перехода от неудач к победе, от позиции жертвы к роли ответственного взрослого, отвечающего за свою жизнь и жизни других. Этот процесс, в случае информантов, завершился чувством профессиональной самоэффективности, осознанием уникальной значимости своей «добавленной стоимости» для профессии и способностью вдохновлять своих учеников как с ОВЗ, так и без.

Коллектив канадских авторов, изучив нарративы студентов, пришел к выводу, что включение людей с ОВЗ в междисциплинарную сферу и сферу естественно-научных, технических, медицинских дисциплин несет возможности для обеих сторон, как для сотрудника с ОВЗ, так и работодателя, и раскрывает путь инновациям и применению талантов[155].

---

[153] Morina A. We aren't heroes, we're survivors': higher education as an opportunity for students with disabilities to reinvent an identity // Journal of Further and Higher Education. 2017. Vol. 41(2). P. 215–226; Morina A. et al. Inclusive curricula in Spanish higher education? Students with disabilities speak out // Disability & Society. 2014. Vol. 29 (1). P. 44–57; Morina A. et al. Social Networks and Academic Support of Students with Disabilities Contributing to Inclusion in Higher Education // Prisma Social. 2016. Vol. 16. P. 32–59; Morina A. et al. What if we could Imagine an Ideal University? Narratives by Students with Disabilities. International Journal of Disability // Development and Education. 2017. Vol. 64 (4). P. 353–367.

[154] Dvir N. Does physical disability affect the construction of professional identity? Narratives of student teachers with physical disabilities // Teaching and Teacher Education. 2015. Vol. 52. P. 56–65.

[155] Sukhai M.A., Mohler C.E. Chapter 4: Student perspectives on disability – impact on education, career path, and accommodation. Book chapter in. Elsevier Inc., 2017. P. 41–56.

Исследование группы ученых из Финляндии вносит вклад посредством обращения к нарративному анализу 13 финских школьников с СДВГ[156] (Синдром дефицита внимания и гиперактивности) по поводу стратегий классной работы, заполняя недостаточность исследований этой темы и представлений со стороны учащихся. В результате было выявлено пять типов нарратива, четыре из которых содержали негативную оценку руководства и стратегии проведения классного занятия учителем: диспропорциональное, нечестное, отрицающее, травмирующее, понимающее. Один из любопытных результатов исследования состоит в том, что СДВГ играл на удивление минимальное значение в нарративе школьников.

Принимая во внимание все то значительное, что было сделано в сфере исследований инклюзивного образования методом нарративного интервью, мы построили собственное исследование на сопоставлении нарративов двух групп студентов, тех, кого получает среднее профессиональное образование, и тех, кто получает высшее профессиональное образование. Это позволило добиться новых оригинальных результатов, расширяющих понимание возможностей студентов-инвалидов, которые объясняют, что влияет на выбор студентами траектории получения профессионального образования. Мы ставили перед собой две смежные задачи, вытекающие из предыдущих этапов проведенных нами исследований:

1) изучение двигательных, социальных, психологических барьеров обучения студентов вузов и ссузов, имеющих «видимую инвалидность» (visible disability). Мы исходили из гипотезы, что студенты с видимыми функциональными ограничениями и студенты, имеющие ограничения по здоровью, которые зримо не выделяют их из ряда здоровых сверстников, могут сталкиваться с неравнозначными адаптационными затруднениями в системе инклюзивного образования;

[156] Honkasilta J., Vehkakoski T., Vehmas S. ‘The teacher almost made me cry’ Narrative analysis of teachers' reactive classroom management strategies as reported by students diagnosed with ADHD // Teaching and Teacher Education. 2016. Vol. 55. P. 100–109.

2) исследование трудностей социальной и психологической адаптации здоровых студентов к обучению совместно со сверстниками, имеющими видимую инвалидность.

Оба исследования методологически связаны с результатами опросов, проводимых на предыдущем этапе работы в рамках гранта в 2016 г. Был проведен сравнительный анализ, какие из опасений, выявленных у учеников старших классов перед поступлением в профессиональные образовательные учреждения, нашли свое подтверждение у студентов, а какие нет. Установлено, какие из названных трудностей адаптации связаны с особенностями физического состояния учащихся, а какие являются общими для большинства студентов начальных курсов.

Нарративное интервью является вариантом качественного исследованиях, цель которого – измерение и оценка историй жизни, рассказанных или сообщенных свидетельств о жизни с позиции тех, кто эту жизнь прожил. Цель нарративного интервью – зафиксировать, как информант конструирует свою жизнь и конструирует самого себя, передает не объективную реальность, а как он воспринимает те или иные события и переживает их. Нарратив по своей форме и содержанию соответствует конструируемой идентичности человека. Шютце считает, что рассказ о жизненных событиях, о пережитом является повседневной привычной формой коммуникации. Рассказчик ретроспективно формирует свою биографическую идентичность, размещая события жизни значимым порядком. В нарративе, таким образом, разворачивается собственный гештальт личности. Информант представляет информацию о себе, выбирая значимое, упорядочивая пережитый опыт в соответствие с центральной линией повествования, представляя его в сжатой форме.

Нарративное интервью максимально не формализовано, максимально недирективно. Интервьюер здесь утрачивает роль ведущего, управляющего процедурой интервьюирования – происходит реверсия (изменение) ролей, и ведущим становится информант. Предполагается, что рассказ о жизни всегда имеет свою внутреннюю структуру и логику, поскольку каждый человек в повседневной жизни обладает интуитивной компетентностью относительно

правил построения рассказа о себе. Любой человек строит рассказ о себе так, чтобы быть услышанным и понятым. Условием максимального проявления данного правила коммуникации является ситуация, в которой у рассказчика не было возможности заранее планировать и готовить свой рассказ.

Нас в ходе изучения жизненных нарративов студентов с инвалидностью интересовало не только, что было рассказано, но почему было рассказано именно так, как информант убеждает нас в подлинности своей истории. В первую очередь мы обращали внимание на следующее:

– структурирование (упорядочивание опыта);

– интерпретация (осмысление) опыта;

– лингвистические и культурные ресурсы информанта.

Спонтанное повествование использует основные процедуры представления и связанные с ними типичные языковые формы, чтобы вспомнить и выразить социальный опыт. Процедуры представления и языковые формы работают на трех уровнях:

1) на уровне глобальной сюжетной линии;

2) промежуточных (вспомогательных) когнитивных фигур автобиографического рассказа;

3) единичных описательных единиц и частных сцеплений описательных единиц.

Общая линия и направленность повествования обозначаются рассказчиком в первых же словах своего рассказа (преамбуле) или в заключении основной части (коде). Здесь обнаруживаются маркеры траектории (trajectory marker), маркеры образа действия (action scheme marker), а также аргументация (argumentative commentaries).

Лингвистические формулировки, используемые информантом, имеют особое значение для интерпретации получаемых результатов. Лингвистическая презентация довольно часто выражает сложные, трудные, тонкие социально-биографические переживания лишь косвенно, симптоматично и не полностью, поскольку последняя может быть амбивалентной, когнитивно или эмоционально слишком сложной, причиняющей боль, постыдной или просто

непонятной. Тем не менее лингвистические формулировки являются неотъемлемой частью, а также инструментом центральной фокусировки биографической работы.

Мы включили в анализ следующие маркеры представления и язык структур биографических процессов:

1) схемы биографических действий: формулирования намерений, эмоциональной воли и позитивного, оптимистического настроения и / или мышления и планирования (пример: «и тогда я решил пойти учиться»);

2) язык условной реакции на мощные травмирующие внешние вмешательства (пример: «я был бессилен что-либо сделать»);

3) институциональные ожидания в истории жизни по типу сложилось / не сложилось (пример: «у меня не получилось сделать то, что от меня ожидали»);

4) язык творческого внутреннего развития, поиск смены своей идентичности и размышления об этом (примеры: «я был не уверен, не удовлетворен» или, напротив, «я понимал, что могу сделать это»).

Особое внимание мы уделяем тем фрагментам повествования, в которых информант противопоставляет себя и общество (социальную группу), а также в которых происходит разрыв между реальным и идеальным представлением о себе. Для нашего исследования принципиально важным являлось сопоставить две линии жизненного опыта информанта: индивидуальную и социальную. В описании событий респонденты раскрывают такие категории, как «нормальный – аномальный», «изоляция – включение», «близость – одиночество», «свой – чужой».

Без какого-то серьезного вмешательства интервьюера каждому информанту был задан вопрос: «Расскажите о себе, о том, как Вы учитесь, с какими трудностями сталкиваетесь, как строятся отношения между здоровыми студентами и студентами-инвалидами в Вашей группе?» После составления транскрипций мы проанализировали каждое интервью по методике Шютце по маркерам общей линии повествования и маркерам представления и языке структур биографических процессов.

В ходе исследования мы провели двенадцать интервью студентов с различными особенностями здоровья, имеющими группу инвалидности, установленную учреждениями медико-социальной экспертизы Российской Федерации. Одиннадцать информантов являются инвалидами с рождения, один стал инвалидом в подростковом возрасте, пятеро юношей, семь девушек являются студентами вузов, шестеро – колледжа (учреждение среднего профессионального образования). Все обучаются по программам инклюзивного образования. Кроме двух студентов, чьи нарративы были включены для сопоставления и выявления различий, большинство информантов имеют видимую инвалидность.

Важнейшим моментом, определяющим возможности социально-психологической адаптации в профессиональном образовательном учреждении, является наличие видимой инвалидности или скрытой от глаз окружающих. В первом случае информанты отмечают трудности социализации. Если дефекты здоровья не видны, это позволяет их скрывать и социализироваться по тем же траекториям, что и здоровые студенты.

По избранным маркерам анализа две подгруппы респондентов студенты вузов и студенты ссузов, значительно отличаются друг от друга. Предполагаем, что к моменту встречи с нашей исследовательской группой информанты уже прошли через серьезный жизненный отбор. Те студенты-инвалиды, которые учатся в вузах, к данному этапу своей жизнедеятельности уже развили высокий уровень адаптационных способностей, навыков самостоятельного мышления, принятия решений, умеют справляться с трудностями. Те же студенты, которые учатся в специализированном образовательном учреждении, являющемся ресурсным центром инклюзивного профессионального образования, попадают сюда, не проходя жесткий селективный отбор. Некоторые не имеют даже основного общего образования, являясь выпускниками коррекционных школ. Поэтому, сравнив нарративы, мы обнаружили скорее различия этих двух групп, связанные с уровнем интеллектуального и личностного развития, чем сходство, объясняемое общностью жизненной ситуации инвалидности, в которой они находятся.

Студенты вузов способны к длительному монологическому повествованию, к самостоятельному поиску причинно-следственных связей, построению прогнозов; их отличают хорошо развитая грамотная речь, богатая эпитетами, метафорами и сравнениями, в то время как речь учащихся техникумов оставляет мало шансов для образной интерпретации. Информанты первой группы способны к самоиронии, у них преобладает внутренний локус контроля.

Сопоставляя общую линию повествования по маркеру траектории, для первой группы характерно представление жизненных процессов и формирование собственного гештальта через языковые единицы: стал учиться, выбрал направление, я решил, для студентов ссузов – меня направили. Первые считаются с институциональными ожиданиями относительно себя, но решения принимает самостоятельно, на основе внутренней мотивации. Жизненную траекторию вторых определяют другие (родители, школа).

Аргументация студентов вузов развернутая и многоплановая, они учитывают сразу и внешние условия, и собственные возможности, и предпринятые шаги. У студентов ссузов аргументация примитивней, сравнения дуальные: лучше – хуже, легче – тяжелее.

В результате мы пришли к выводу, что важнейшим фактором, обусловливающим жизненную траекторию детей-инвалидов, является фактор семьи, студенты вузов выходят из более высокой социальной страты и, получая высшее образование, пополнят иную социальную страту, чем их сверстники со средне-техническим образованием. У последних родители зачастую либо сами инвалиды, либо пьющие и т.д. Это обстоятельство определяет дальнейшую судьбу в большей степени, чем тяжесть дефекта (мы не касаемся самых тяжелых случаев инвалидности, где вопрос стоит сугубо о поддержании жизни).

Вторым важнейшим фактором является учебное заведение, в котором они получают начальное и среднее образование, т.е. агенты первичной и вторичной социализации.

Инвалидность, особенно врожденная, если нет отрицательной динамики, может не являться главной точкой напряжения в жизни студента-инвалида при наличии другого травмирующего фактора. У одного из наших информаторов, девушки, таким фактором было отсутствие семьи и воспитание в детском доме, поэтому для нее более травмирующим противопоставлением является не инвалид – здоровый, а детдомовский – домашний. Только один из опрошенных нами респондентов стал инвалидом в подростковом возрасте в результате перенесенного заболевания, и только для него это является мощным травмирующим фактором, от которого он отсчитывает свою жизнь: до болезни, после болезни. Информанты, родившиеся с дефектами здоровья, воспринимают их скорее как стартовые условия своего существования.

Опрашивая на предыдущем этапе учеников старших классов общеобразовательных школ, имеющих ограниченные возможности здоровья, и их родителей мы установили, что те трудности, которые они отмечают на пути получения образования, типичны для абитуриентов и родителей вообще. Они беспокоились за само поступление и справятся ли с учебной программой. Специфические моменты, связанные с наличием ограничений по здоровью (жалость, насмешки по отношению к человеку с ОВЗ), волновали в меньшей степени (детей с тяжелыми формами инвалидности среди респондентов не было).

Относительно студентов вузов выводы предыдущего этапа нашли свое подтверждение и подкрепление. Студентов вузов беспокоят типичные для студентов вообще проблемы: успеваемость, справятся ли с нагрузками.

У студентов ссузов, а их обучение проходило в коррекционных школах и интернатах и в предыдущую волну нашего исследования они не попадали, страхи были более обширные, размытые, четко не вербализированные, что опять-таки свидетельствует об их меньшей интеллектуальной и психологической зрелости.

Исследование факторов профессионального выбора студентов-инвалидов методом нарративного интервью показало, что сам выбор напрямую зависит от уровня развития у личности социального

интеллекта[157], особенно такой его составляющей, как социально-перцептивные способности[158], развитие которых ведет к адекватному самопознанию, пониманию собственного положения в социальной среде, верному восприятию собственных индивидуальных способностей и особенностей. Студенты вузов демонстрируют более высокий уровень социального интеллекта, чем студенты колледжа из числа наших информантов.

Главным фактором, повлиявшим на профессиональный выбор студентов-инвалидов, стала сама способность осуществления выбора на основании адекватного понимания себя, своих возможностей и своего положения в социальной среде, а не ситуация инвалидности как таковая. Чем выше уровень развития когнитивных психологических функций, эмоциональной и волевой сферы человека, тем менее конкретная личность определяется и самоопределяется через инвалидность. Развитие личности компенсирует физическую и даже частично психическую ущербность.

Формирование социального интеллекта и шире – социальной компетентности, происходит в том числе благодаря безбарьерной среде. Но сама по себе доступность инфраструктуры и ликвидация отношенческих барьеров становление самодостаточности не обеспечат. Главную роль здесь играют, как показало наше исследование, агенты ранних этапов социализации. Это справедливо для становления всех детей, но компенсаторные механизмы, если какой-то из агентов неэффективно выполняет свою роль, в случае инвалидов менее эффективны, чем в рядовых ситуациях. То, что не дают родители, компенсировать, как показал нарративный анализ, можно, но при значительных целенаправленных, систематических и профессиональных усилиях. Если же дети остаются в се-

[157] Allport G.W. Patterns and grows in personality. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1961; Goleman D. Social Intelligence: The New Science of Human Relationships. Bantam Books. 2006.

[158] Южанинова А.Л. К проблеме диагностики социального интеллекта личности // Проблемы оценивания в психологии : сб. ст. Саратов : Изд-во Сарат. Ун-та, 1984. С. 63–67.

мьях, где им гарантировано только выживание, зрелое формирование социального интеллекта не происходит.

Школа первых ступеней играет двоякую роль. Она может «выдавить» не всегда по очевидным основаниям ребенка на периферию социального мира в коррекционные классы, которые закрывают лифты социальной мобильности и тормозят развитие самодостаточной личности. А может и способствовать компенсаторному развитию. Здесь, как это ни печально признавать, кому как повезет. Значимость и необходимость развития личностной самодостаточности необходимо осознать как проблему и как цель образования для детей с особыми потребностями, чтобы в будущем они реализовали свое право на независимую жизнь.

Концепция социального интеллекта не дублирует философию независимой жизни, плодотворно развивающуюся в последнее время в исследовательской литературе. В ее свете главное препятствие полноценной и независимой жизни – это представления об инвалидах как о больных, которые нуждаются в постоянной заботе и помощи, которым следует сочувствовать, т.е. отождествление их с неполноценными людьми. И важнейшим барьером на пути к независимой жизни инвалидов является, с этой точки зрения, неготовность внешней среды[159]. Мы же рассматриваем социальный интеллект как проявление зрелости когнитивной, эмоциональной и волевых сфер.

Второе из проведенных нами весной 2017 г. исследований однокурсников студентов-инвалидов показало, что среди здоровых студентов разница в зрелости мотивационной сферы, развитии речи, логического, абстрактного мышления между студентами вузов и ссузов столь же заметна, как и у студентов с инвалидностью. Для студентов ссузов характерны речевые и смысловые конструкты: «не я принимал решение», «документы бабушка принесла», «сама

[159] Неберушина Э.К. Инвалидность и право на независимую жизнь // Вестник Московского университета. Сер. 18: Социология и политология. 2009. № 4. С. 128–137.

хотела или журналистом, или туристом, или в политех». У студентов вузов «родители вообще не касались учебы» и пр.

По отношениям к однокурсникам-инвалидам противопоставление мы–они в ряде случаев сохраняется, особенно у студентов ссузов: «ни как с обычными людьми», «мне как бы сложно сравнивать себя и инвалида». Студенты ссузов признают наличие таких непродуктивных эмоциональных реакций по отношению к инвалидам со стороны других людей, как насмешка, презрение, отвращение. У студентов вузов какие-либо противопоставления стерты, но и они признают, что при первом знакомстве, настороженность, растерянность, непонимание, как себя вести, присутствуют, «отношение, когда с маленьким ребенком общаешься, стараешься помягче говорить» проходит после некоторой адаптации.

Абсолютно доминантным речевым конструктом у студентов ссузов, когда они характеризуют более длительное знакомство с инвалидами, является «они такие же люди, как и все». Встречается в каждом интервью. У студентов вузов не выявлено, но у них и первоначальная установка на то, что они могут быть не такие, как все, отсутствует.

У студентов ссузов следующей реакцией после «они такие же, как все» идет «они лучше нас». У студентов вузов не выявлено. Лучше, потому что: «с ним как бы интереснее, чем с обычными», не проявляют негатива к сверстникам даже в ответ на их негатив, «с ними лучше себя чувствуешь», «они на самом деле могут больше, чем мы». Респонденты из ссузов отмечают большую чувствительность и ранимость инвалидов.

Абсолютно доминантным смыслом у всех интервьюируемых является необходимость совместного обучения, чтобы научиться понимать и принимать друг друга.

Мы сопоставили, опираясь на полученные нарративы, концепты специального и инклюзивного образования, как их формулируют сами информанты с инвалидностью. Опыт и того и другого имеют среди опрошенных Илья и Юрий. Оба учились в специализированных школах для слепых и слабовидящих, сейчас они студенты неспециализированных вузов. Имеют такой опыт и боль-

шинство информантов из колледжа, но они его разницу не рефлексируют.

Илья (21 год) на вопрос о том, какая форма образования в школе, если оглянуться назад, была бы предпочтительнее – специальное образование или инклюзивное, однозначно выбрал инклюзивное, объясняя это тем, что тогда бы не понадобилось столько времени на адаптацию (год) в высшей школе, где он учится инклюзивно.

Юрий (40 лет): «В интернат всех загнали, я это прошел, поэтому знаю, как это сложно, ты привык среди круга своих незрячих, и как мне было сложно прийти в университет. Я притворялся, что вижу, что попало, нет, чтобы открыто сказать "ребята, я не вижу", преподавателям сказать, я стеснялся этого. Я чувствовал себя чужим здесь, там я свой, там мне не надо ничего говорить, здесь я чувствую себя чужим. Инклюзив – это все-таки правильный шаг, и причем этот шаг во всех отношениях правильный». «Да, психологически настроить на активную деятельность, да, вы незрячие, вы имеете недостаток, соответственно, вы должны трудиться больше, чем обычный человек. Никто вам не говорит, что вы должны… в плане того, что вы должны, если вы все это пройдете, вы сильнее, везде… И тот, кто продолжает двигаться, становится сильнее. Поэтому, я и говорю, изолировать с детства, уводить от родителей, учить, заставлять, ломать стереотип, перестать их жалеть. Эта жалость губит их, она их просто деградирует, они гибнут как личности, они не реализуются, они просто проживают жизнь... Трудности только… эээ… уси… наполняют жизнь. Они… их преодолеваешь и становишься сильнее».

Обучение инклюзивно учит адекватно оценивать себя, давая материал для сравнения и сопоставления. Среда специализированных учебных учреждений таких возможностей не предоставляет даже при интеллектуальной сохранности обучающегося.

Однако среда профессиональных образовательных учреждений в Российской Федерации не является в настоящий момент безбарьерной и в полном смысле инклюзивное образование обеспечить не может. Об этом говорит опыт обучения нашей самой маломо-

бильной информантки колясочницы Ирины (24 года, студентка вуза). «Нет, я, конечно же, не посещала школу вместе с другими детьми, да и не слышала никогда, чтобы в российских школах дети-инвалиды учились вместе с другими детьми. Я находилась на домашнем обучении. Никак отношений с одноклассниками у меня не было, только с учителями… Решение о профессиональном образовании принимала за меня мама… Впечатления об учебе нормальные, с одногруппниками я, по понятным причинам, не общаюсь. Учеба в университете проходит обычно. Я скачиваю учебные пособия, методички, смотрю вебинары, выполняю задания в конце семестра, решаю тесты онлайн».

Информант признает факт ограничения мобильности и социализации, при этом четко понимает, что у него нет проблем с усвоением материала и успеваемостью. Демонстрирует смирение с ситуацией инвалидности, описывая свое обучение как домашнее, дистанционное, исключающее общение с сокурсниками, как само собой разумеющееся, не видя других возможностей и альтернатив. Решение о профессиональном образовании принималось мамой информанта. Во время интервью ни разу не упоминается получаемая в университете квалификация. Очевидно, что личностные качества действовать вопреки обстоятельствам, которые демонстрируют остальные студенты вузов, в данном случае не сложились.

Когда на последнем этапе реализации проекта мы задались вопрос о том, какие еще дополнительные задачи мы хотели бы решить и какими методами, мы подумали о продолжении цикла работ, начатых нарративным интервью. Мы попытались методом социометрии преодолеть те барьеры социально одобряемого ответа, которые существуют при любых формах опроса. Принятие инвалида, безусловно, является сегодня в обществе социально-одобряемым поведением, относится к сфере должного. Но насколько реальная практика социальных отношений, складывающаяся в студенческих группах инклюзивного образования, соответствует этим представлениям о должном?

2.3.3. Социометрический анализ

Целью данного этапа исследования стали выявление личных статусов студентов с видимой инвалидностью и инвалидностью, скрытой от глаз окружающих, в межгрупповых отношениях и самооценка их положения в группе. Предполагается, что студенты с видимыми функциональными ограничениями и студенты, имеющие ограничения по здоровью, которые зримо не выделяют их из ряда здоровых сверстников, могут сталкиваться с неравнозначными адаптационными затруднениями в системе инклюзивного образования.

Забегая вперед, мы вынуждены отметить, что социометрический анализ групп инклюзивного обучения (3 группы, в которых учатся 4 инвалида) выявил, что у большинства инвалидов личные статусы низкие: только один «предпочитаемый», остальные: «пренебрегаемый», «изолированный» и «изгой». Причем именно в вузовских группах у таких студентов самые низкие статусы. Поэтому именно здесь тенденция давать социально одобряемый ответ была на этапе нарративных интервью представлена ярче.

В силу малого количества групп, которые мы анализировали, делать выводы о том, что инвалиды обычно, или как правило, занимают в ученических группах позиции с низкими статусами, мы не можем, но и оптимизма наши результаты не внушают.

Объектом исследования стали студенческие группы инклюзивного образования (уровень образования ссузы и вузы). Предметом исследования были определены характер межличностных отношений в группах инклюзивного образования и личный статус студентов с инвалидностью.

Для изучения межличностных отношений в малых социальных группах был избран метод социометрии, разработанный Якобом Морено именно для решения подобных задач[160]. По мнению само-

[160] Морено Я.Л. Социометрия: Экспериментальный метод и наука об обществе / пер. с англ. А. Боковикова. М. : Академический проект, 2001; Moreno, Jacob Levy (1951). Sociometry, Experimental Method and the Science of Society: An Approach to a New Political Orientation. Beacon House.

го автора, сущность социометрии заключается в изучении внутренней структуры социальных групп. Каждая сторона социальной жизни легко объяснима состоянием эмоциональных отношений между индивидами. Конкретно это может выражаться в проявлении людьми антипатий и симпатий друг к другу. Изменение психологических отношений в небольших группах непосредственно оказывает влияние на всю социальную систему.

Социометрический метод представляет собой систему диагностики эмоциональных связей, отношений или взаимных симпатий между членами одной группы, расчет их личных статусов: звезды, изолированные, отвергнутые. В процессе исследования измеряется степень разобщенности-сплоченности группы, выявляются внутригрупповые сплоченные образования (микрогруппы, подгруппы), устанавливаются положительные, напряженные или даже конфликтные отношения, их определенная мотивационная структура. Социометрический метод исследования группы является одним из немногих способов анализа межличностных отношений в небольшом коллективе, которые зачастую имеют скрытый характер. Обнаружение этих скрытых механизмов межличностных отношений между инвалидами и здоровыми сокурсниками и стало нашей решаемой задачей на данном этапе.

Инклюзивное образование – это многогранный феномен, который может быть описан в таких категориях: социальное признание, социальное взаимодействие, социальная дистанция, поддержка студентов с ограниченными возможностями здоровья, отношение педагогов и родителей к инклюзии, а также социометрический статус студентов с ограниченными возможностями здоровья в группе здоровых сверстников. Для того чтобы дать количественную и качественную оценку конкретной практике инклюзивного образования, исследователи предлагают использовать комплекс методов: социометрические методы, систематическое наблюдение, опросники, рисунки учащихся[161]. Например, ученые из универси-

[161] Balboni G., de Falco S., Venuti P. (2005) Evaluation of inclusion of students with disabilities: integration of different methods. *Cognition and learning in diverse settings,* 18, 139–151.

тета города Вуппераль для измерения «социальной дистанции» между учащимися без инвалидности и учащимися с ОВЗ предложили использовать Шкалу социальной дистанции Богардуса[162]. Данная шкала была создана еще в 1933 г. для измерения межрасовых и межэтнических отношений в США, и ее основное допущение заключалось в том, что чем сильнее предубеждение человека в отношении некой социальной группы, тем меньше его желание вступать в контакт с представителями этой группы. Геруллис и Губер изменили текст опросника с тем, чтобы расширить привычную область применения шкалы Богардуса и оценить с ее помощью, каким образом такая переменная, как ограниченные возможности здоровья, влияет на «социальную дистанцию» между учащимися инклюзивных классов.

В 2004 г. американские исследователи применили такой непараметрический метод, как H-критерий Краскела–Уоллиса (англ. Kruskal–Wallis one-way analysis of variance), чтобы проверить, зависит ли готовность к совместной деятельности со сверстникам с ОВЗ от академической успеваемости или этнической принадлежности респондентов[163]. Результаты не показали существенных количественных различий между успевающими и неуспевающими студентами или между англо-американцами и афро-американцами в отношении их готовности позволить сверстникам с ОВЗ участвовать в тех же видах деятельности, что и они. Однако существуют различия в том, в какой степени студентам с ОВЗ будет разрешено участвовать в совместных мероприятиях или отказано в участии.

Поскольку для достижения целей собственного исследования мы выбрали социометрический метод, то нас в первую очередь интересовала практика применения данного метода для решения

[162] Gerullis A., Huber C. (2018) I agree to sit next to you. Does that mean I like you? Measuring using the wrong tapeline – the lack of 'Social Distance' measures for inclusive school development and research. *Journal of research in special educational needs,* 18 (2), 124–135.

[163] Plata, M., Trusty, J., Glasgow, D. (2005) Adolescents with learning disabilities: Are they allowed to participate in activities? Journal of educational research, 98 (3), 136–143.

схожих задач. Большинство ученых отмечают ограниченные познавательные возможности социометрии для глубокого анализа личности в группе и предлагают использовать дополнительные методы. В частности, группа исследователей под руководством Э. Аврамидиса[164] поднимает ряд методологических вопросов, связанных с социометрическими методами и их применением в инновационных междисциплинарных исследовательских проектах. При этом отдельное внимание уделяется использованию социометрии для измерения социометрического статуса учащихся с особыми образовательными потребностями в инклюзивной образовательной среде. Чтобы раскрыть всю сложность социальных отношений школьников, авторы предлагают дополнительно использовать методику когнитивного картирования.

Согласно результатам социометрических исследований большинство учащихся с ограниченными возможностями здоровья имеют более низкий социометрический статус среди сверстников и чаще принадлежат к группе «изолированных» или «пренебрегаемых»[165]. Дэвид Эстел с коллегами отметили, что все эти исследования были проведены за короткий срок, и динамика положения учащихся с ОВЗ в группе никем до настоящего времени не изучалась. Они провели собственное лонгитюдное исследование, в котором принял участие 1 361 школьник (678 девочек и 683 мальчиков, из них 55 учащихся испытывающих трудности в обучении). Социометрический эксперимент проводился каждые полгода начиная с весеннего семестра третьего класса до осени шестого

[164] Avramidis, E., et.al (2017) Using sociometric techniques to assess the social impacts of inclusion: Some methodological considerations. Educational research review, 20, 68–80.

[165] Bakker, J., et al. (2007) Sociometric status and self-image of children with specific and general learning disabilities in Dutch general and special education classes. Learning Disability Quarterly, 30 (1), 47–62; Hall, L.J., McGregor, J.A. (2000) A follow-up study of the peer relationships of children with disabilities in an inclusive school. Journal of special education, 134 (3), 114–123; Mu, K., Siegel, E.B., Allinder, R.M. (2000) Peer interactions and sociometric status of high school students with moderate or severe disabilities in general education classrooms. Journal of the association for persons with severe handicaps, 25 (3), 142–152.

класса. Результаты показали, что, несмотря на сформированность навыков социального взаимодействия, студенты с ОВЗ оценивались как более низкие в социальном положении среди своих одноклассников. Эти результаты сохранялись в течение всех шести семестров, что указывает на то, что продолжительность обучения в инклюзивной среде не может существенно повлиять на отношение сверстников к студентам с ОВЗ[166]. В 2001 г. похожее социометрическое исследование провели Фредриксон и Фурнам с участием 41 учащегося с ОВЗ и 375 здоровых сверстников[167]. Результаты показали, что учащиеся с ОВЗ чаще оказываются в группе «пренебрегаемых», и за два года более половины из них не изменили своего социометрического статуса. У учащихся без инвалидности статусы оказались менее устойчивые. К схожему выводу пришли П. Сейл и Д. Кэри, которые провели социометрический опрос учащихся инклюзивных классов и установили, что совместное обучение здоровых детей и детей с трудностями в обучении не устраняет социальное неприятие учащихся-инвалидов[168].

Немецкие исследователи из университета Кельна[169] проанализировали социометрические данные 1 244 детей младшего школьного возраста с тем, чтобы установить, в какой степени нарушение поведения и отставание в учебе влияют на социальное положение учащихся в классе и, наоборот, в какой степени социальное положение влияет на поведение и успеваемость. Результаты показывают, что проблемы с поведением или трудности с обучением в пер-

[166] Estell, David B., et al. (2008) Peer Groups, Popularity, and Social Preference Trajectories of Social Functioning Among Students With and Without Learning Disabilities. Journal of learning disabilities, 41 (1), 5–14.

[167] Frederickson, N.L. & Furnham, A.F. (2001) The long-term stability of sociometric status classification: A longitudinal study of included pupils who have moderate learning difficulties and their mainstream peers. Journal of child psychology and psychiatry, 42 (5), 581–592.

[168] Sale, P. & Carey, D.M. (1995) The sociometric status of students with disabilities in a full-inclusion school. Exceptional children, 62 (1), 6–19.

[169] Krull, J., Wilbert, J., Hennemann, T. (2018) Does social exclusion by classmates lead to behaviour problems and learning difficulties or vice versa? A cross-lagged panel analysis. European Journal of special educational needs, 33 (2), 235–253.

вом классе приводят к значительно меньшему социальному принятию сверстниками во втором классе, но не предполагают полного социального отторжения. Во всяком случае, прямой зависимости установить не удалось. И наоборот, ни социальное одобрение, ни социальное неприятие в первом классе не влияют на развитие навыков поведения или успеваемость во втором классе.

Американские ученые из университета Майами поставили цель выяснить, какой эффект оказывает инклюзивное образование на «социометрические позиции» и групповой статус учащихся с ОВЗ[170]. Для участия в эксперименте были отобраны учащиеся второго, третьего и четвертого классов, которые в течение всего года обучались в инклюзивном классе. Среди участников было 16 человек с ограниченными возможностями здоровья, 27 учащихся с невысокой академической успеваемостью и 21 учащийся со средними и высокими показателями в учебе. Исследователи провели социометрические измерения в начале и в конце учебного года по таким показателям социального взаимодействия, как степень принятия сверстниками, степень социального отчуждения, уровень самооценки, внутреннее ощущение одиночества. Результаты показали, что учащиеся с ОВЗ отличались от одноклассников без ОВЗ по степени принятия сверстниками, так как чаще испытывали на себе групповое отчуждение, их самооценка была ниже, чем у сверстников. Однако не выявлено различий между респондентами по ощущению изолированности, и к концу учебного года количество положительных взаимных выборов учащихся с ОВЗ увеличивалось.

Ученые Делавэрского университета использовали метод социометрии для изучения социальной адаптации 46 детей с ограниченными возможностями в обучении и 199 детей без ОВЗ в условиях инклюзивного обучения[171]. Они не выявили пропорциональных раз-

[170] Vaughn, S., et.al (1996) The effects of inclusion on the social functioning of students with learning disabilities. Journal of learning disabilities, 29 (6), 598–608.
[171] Juvonen, J. & Bear, G. (1992) Social-adjustment of children with and without learning disabilities in integrated classrooms. Journal of educational psychology, 84 (3), 322–330.

личий между учащимися с ОВЗ и без ОВЗ среди «предпочитаемых» и «изолированных» социометрических групп. Две трети детей с ОВЗ имели, по крайней мере, один взаимный выбор, и более половины дружили с одноклассником без инвалидности. Девушки с ОВЗ получили наибольшее количество отрицательных выборов и оказались «пренебрегаемыми». Интересно, что педагоги оценили учащихся с ОВЗ как менее социально и академически компетентных, чем учащихся без ОВЗ, даже несмотря на высокие показатели социальной адаптации первых. Отсюда авторы исследования подчеркивают особое значение квалифицированного педагогического состава для социальной адаптации учащихся в инклюзивных классах.

В отечественной литературе интерес к изучению социометрических статусов студентов-инвалидов значительно ниже, хотя несколько исследований последних лет все же привлекло наше внимание. Например, Е.В. Воеводина в рамках диссертационного исследования[172] провела социометрический опрос 13 студенческих групп, в которых обучаются студенты с явными признаками инвалидности. Результаты социометрии подтвердили наличие социальной дистанции между студентами-инвалидами и их однокурсниками в неформальных сферах жизнедеятельности. В качестве дополнительного метода было использовано интервьюирование студентов без ограничения возможностей жизнедеятельности, обучающихся вместе с инвалидами. Вывод, к которому пришла Е.В. Воеводина: большинство опрошенных однокурсников ориентированы на медицинскую модель инвалидности и считают, что инвалидам лучше обучаться отдельно. Интервью также позволило определить сильные и слабые стороны студентов с ОВЗ. По мнению однокурсников, студентам-инвалидам присущи такие отрицательные черты характера, как неуверенность в себе, закомплексованность, скрытность, уныние, неспособность к труду, неспособность к самообслуживанию, зависимость от других, озлобленность на окружающих, недружелюбие. Среди положитель-

[172] Воеводина, Е.В. Социальная адаптация студентов с ограниченными возможностями здоровья к условиям высшего учебного заведения: социологический анализ : автореф. дис. ... канд. соц. наук. М., 2012.

ных качеств были названы усердие, трудолюбие, ответственность, отзывчивость, стремление к общению, сила воли, храбрость, терпеливость.

В рамках собственного исследования мы приняли решение провести социометрический анализ тех групп, в которых учатся студенты с инвалидностью, у которых (а также их однокурсников) мы брали нарративное интервью на предыдущем этапе. Мы решали связанные друг с другом задачи: выше ли статус студента со скрытыми от глаз окружающих дефектами здоровья статуса студента с видимой инвалидностью. Есть ли разница между самоощущением своего статуса инвалида и тем, какое место ему реально отводится в группе. Отличается ли реальное поведение здоровых однокурсников-инвалидов от социально одобряемых моделей поведения, которые они представляют в своих интервью.

В основе процедуры рассматриваемого метода лежит социометрический опрос. Суть анализа состоит в исчислении персональных и групповых социометрических индексов.

Выбранные нами группы отвечают требованиям, предъявляемым к объектам социометрического опроса. Они имели численность не более 20 человек (критерий отбора 3–25 членов); были созданы более 6 месяцев назад, члены исследовательского коллектива не имели с ними в прошлом социальных контактов или межличностных отношений.

Социометрические критерии представляют собой вопросы, ответы на которые служат основанием для установления неформальной структуры в группе. Выбор критериев определяется задачами исследования. Критерии в своем строении, форме должны отвечать общим требованиям: ясности, однозначности, соответствия измеряемому параметру. Одновременно они должны отвечать следующим специфическим требованиям:

1. В содержании социометрического критерия должны отражаться взаимоотношения между членами группы.

2. В критерии должна воспроизводиться ситуация выбора партнера.

3. Критерий не должен ограничивать возможности выбора.

4. Применяемые критерии должны быть значимы для исследуемого коллектива.

5. Критерий должен описывать конкретную ситуацию.

Исходя из этих требований, были сформулированы следующие критерии:

1) инструментальный (формальные отношения): а) «С кем из группы Вы хотели бы вместе работать над учебным заданием?» (критерий, ориентированный на позитив); б) «С кем из группы Вы не хотели бы вместе работать над учебным заданием?» (критерий, ориентированный на негатив);

2) эмоциональный (неформальные отношения): а) «С кем из группы Вы предпочли бы проводить свободное время?» (критерий, ориентированный на позитив); «С кем из группы Вы не хотели бы проводить свободное время?» (критерий, ориентированный на негатив);

3) самооценки: «Как Вы думаете, кто из группы хотел бы проводить свободное время с Вами?»;

4) лидерской позиции: «Кто из группы может (должен) быть старостой?».

Социометрическая процедура, при которой респондент выбирает в соответствии с заданным критерием столько лиц, сколько он считает нужным, называется *непараметрической*. Мы предпочли *параметрическую* процедуру, которая предполагает выбор с заранее заданным количеством ограничений (три). Это не позволяет респондентам осуществить конформный, но неискренний выбор всех. Такое правило имеет название «лимит выборов» или «социометрическое ограничение». Оно снижает вероятность случайности, облегчает задачу обработки и интерпретации информации, заставляет участников опроса адекватнее и вдумчивее подходить к ответам.

В данном случае позиция исследователей была полуоткрытая. Студентам сообщили, что исследование направлено на измерение межличностных отношений в группе, но особый интерес к студентам с инвалидностью остался скрытым от них.

После того как карточки социометрического опроса были заполнены и собраны, была проведена их математическая обработка.

Задействованы такие методы количественной обработки данных, как графический, табличный и индексологический.

Исследованию подлежали следующие вопросы:

1) характер межличностных отношений в структуре совместной учебной деятельности;

2) характер межличностных отношений в структуре неформального общения;

3) совпадают ли позиции формального лидера (старосты группы) и неформального лидера;

4) статусы студентов с видимой инвалидностью и латентной инвалидностью в структуре совместной деятельности и структуре межличностных отношений;

5) совпадают ли ожидания студентов с инвалидностью с их реальным статусом в группе.

В зависимости от количества полученных социометрических положительных выборов испытуемые были классифицированы по пяти статусным группам (табл. 10).

Таблица 10

Классификация испытуемых по итогам социометрического эксперимента

Статусная группа	Количество полученных выборов
«Звезды»	В полтора-два раза больше, чем среднее число полученных выборов одним испытуемым
«Предпочитаемые»	Примерно равно среднему числу полученных выборов одним испытуемым
«Изолированные»	В полтора раза меньше, чем среднее число полученных выборов одним испытуемым
«Пренебрегаемые»	Равно нулю
«Изгои»	Отрицательные значения

Как уже говорилось выше, социометрические статусы инвалидов, включенных в наше исследование, невысокие. Но гипотеза о том, что видимая инвалидность оставляет меньше шансов на включение, чем латентная, полученными здесь результатами не подтверждается. В студенческой группе колледжа, который является ресурсным центром инклюзивного среднего профессио-

нального образования, обучаются и студент с видимой инвалидностью (глухота), и студенты с латентной (хроническое соматическое заболевание); статус первого (юноша) – «предпочитаемый», второй (девушка) – «изолированная».

У учащегося два положительных выбора в структуре учебной деятельности, один из которых взаимный, и ни одного отрицательного выбора. В структуре межличностных отношений у него только один положительный выбор, но взаимный, отрицательных выборов также не зафиксировано. Можно сделать вывод, что студент с видимой инвалидностью пользуется уважением и признанием в группе за свои личностные качества (он активно участвует в мероприятиях колледжа, является призером конкурса «Абилимпикс»), в интервью нашей команде несколько одногруппников отметили, что ради полноценного общения с ним освоили жестовый язык. Социометрический статус девушки с латентной инвалидностью позволяет классифицировать ее скорее в группу «изолированных».

В вузовских студенческих группах, которые мы обследовали, также учатся студенты с видимой (юноша, слабовидящий, нистагм) и с латентной (юноша, опухоль головного мозга, доброкачественная, прооперированная) инвалидностью. Статус первого мы определили как «пренебрегаемый», поскольку отрицательные выборы у него численно превалируют над положительными. Но и в сфере деловых (учебных) и межличностных отношений у него взаимный положительный выбор с девушкой из своей группы, что, учитывая возраст, имеет большое значение для самочувствия и самооценки. В сфере деловых отношений – взаимный выбор с социометрической «звездой» группы, самым высокостатусным ее членом. Кроме того, наш респондент является старостой группы, и все участники опроса согласились с тем, что будет справедливо, если именно он станет старостой. Можно сделать вывод, что студент с видимой инвалидностью пользуется уважением и признанием в группе за свои личностные качества (все признали в нем формального лидера), но в межличностных отношениях на сближение с ним одногруппники не идут.

Что касается студента с латентной инвалидностью, которая видимо никак не проявляется, то он «изгой» в системе и деловых, и межличностных отношений. Положительных выборов нет вообще, множественные – отрицательные. Низкий статус может быть объяснен только после социально-психологической диагностики данной личности, наше исследование ответить на этот вопрос не может.

В целом статусы двух студентов с видимой инвалидностью, участвовавших в нашем исследовании, выше, чем с латентной. Полученные результаты позволяют предположить, что влияние видимой инвалидности на личный статус амбивалентно. Это, конечно, может быть прямое негативное, отталкивающее воздействие. В этом признавался наш слабовидящий респондент в нарративном интервью на предыдущем этапе: «Ну, у меня особенность диагноза состоит в том, что я не очень хорошо вижу, это, во-первых. А во вторых, у меня еще косят глаза. И они дрожат, то есть за счет расслабления глазных мышц, когда глазные нервы начали отмирать. У меня дрожат глаза, и чтобы это исправить стоит очень больших денег. И некоторые считают, что такое с моими глазами, почему я их кошу. Считают меня некоторые неуравновешенным. Но, опять же, с течением времени это все изменилось».

Однако такое воздействие может давать и противоположный эффект. На основе результатов социометрического опроса можно предположить, что наличие видимой инвалидности положительно сказывается на отношении членов группы к студенту-инвалиду, поскольку отсутствие социальных навыков общения списывается на последствия недуга, к его «странностям» относятся с пониманием, сокурсники готовы предпринимать встречные усилия, чтобы наладить контакт или помочь студенту с ОВЗ быть понятым. В то же время латентная инвалидность, особенно если она скрывается от окружающих, ставит студента с ОВЗ в один ряд со здоровыми сверстниками, к нему предъявляются равные требования и критерии оценивания. Но поскольку вне зависимости от тяжести заболевания у всех студентов с ОВЗ наблюдается недоразвитие коммуникативных и социальных навыков, то латентные инвалиды

не всегда оправдывают эти ожидания и оказываются в статусной группе «изолированных» или «пренебрегаемых».

Что касается самооценки, то наши респонденты с видимой инвалидностью адекватно оценивают свой статус в системе межличностных отношений. Студент колледжа (глухой) на вопрос «Как Вы думаете, кто хотел бы проводить свободное время с Вами?» назвал студента, который действительно выбрал его и для делового, и для межличностного общения.

Респондент из вуза (слабовидящий, нистагм) на аналогичный вопрос, кто его выбирает, также четко определил двух человек, которые выбрали его в сфере деловых и межличностных отношений.

В то же время студент вуза с латентной инвалидностью, чей статус мы определили как «изгой», на вопрос «Как Вы думаете, кто хотел бы проводить свободное время с Вами?» назвал трех студентов, из которых двое имеют высокие статусы в системе межличностных отношений. Одновременно он противопоставил себя еще более отвергаемому члену группы. В реальности группа не отдала ему ни одного положительного выбора, но он получил множественные отрицательные.

Полученные результаты еще раз подкрепили наши выводы, сделанные на этапе нарративного интервью, о значимости социального интеллекта, такой его составляющей социально-перцептивных способностей, развитие которых ведет к адекватному самопознанию, пониманию собственного положения в социальной среде, верному восприятию собственных индивидуальных способностей и особенностей. Главным фактором, определяющим местоположение и статус инвалида в системе межличностного общения, является адекватное понимания себя, своих возможностей и положения в социальной среде, а не ситуация инвалидности как таковая.

Полученные на трех этапах исследования вопросов двигательной, социальной, психологической адаптации детей с инвалидностью в системе профессионального образования результаты позволяют нам сделать некоторые общие выводы и рекомендации.

2.4. Социально-психологические условия эффективной адаптации студентов-инвалидов в системе инклюзивного образования

Серия социологических исследований 2016–2017 гг., объектами в которых стали школьники старших классов с ОВЗ, их родители, студенты ссузов и вузов, имеющие инвалидность, их здоровые сокурсники, представители экспертного сообщества, организаторы системы инклюзивного профессионального образования, показала, что условиями эффективной социально-психологической адаптации студентов-инвалидов к системе профессионального образования являются:

– психолого-педагогическое сопровождение учебной деятельности студентов с ОВЗ, реализуемое через психологическое консультирование и систему тьюторства;

– целенаправленное и систематическое вовлечение студентов-инвалидов в совместную деятельность со здоровыми студентами в формах научно-исследовательской деятельности, досуговой, в том числе творческой, волонтерского движения;

– адаптация через победу. Организация конкурсов профессионального мастерства, научно-исследовательских конференций, адаптивных к возможностям инвалидов творческих и спортивных состязаний, продвижение студентов с ограниченными возможностями как победителей, призеров способствуют росту самооценки, уверенности в своих возможностях, преодолению социально-психологических барьеров;

– адаптация через участие. Проведение мероприятий, в которых для здоровых студентов имитируются условия функциональных ограничений, свойственных инвалидам, способствует снижению барьеров, которые являются двусторонними;

– внедрение современных методик и технических средств организации учебного процесса, повышение профессионального образования преподавателей, индивидуализация траекторий получения

образования. Рост успеваемости ведет к улучшению социально-психологической адаптации.

Барьеры коммуникации у преподавателей

Неготовность преподавателей к системе инклюзивного образования связана с существованием целого ряда барьеров:

1. Барьер предвзятости и беспричинной негативной установки – что студенты-инвалиды ждут гиперопеки, неспособны соответствовать требованиям учебного процесса и последние необходимо снижать и т.д.

2. Барьер психологической некомпетентности. Преподаватели, не имеющие опыта работы с инвалидами, не знают, как себя с ними вести. Необходимо ли преподавателю регулировать взаимоотношения студентов-инвалидов с другими здоровыми студентами? Вопрос педагогического вмешательства во внутригрупповые процессы, соответственно, требует понимания психологии этих процессов.

3. Барьер методологической некомпетентности. Преподаватели не знают, как адаптировать методики преподавания к студентам-инвалидам с разными нозологиями.

Причины маргинализации студентов-инвалидов в вузе, личностные и средовые

1. Личностные особенности, влияющие на маргинализацию студентов-инвалидов в вузе: ожидание гиперопеки, застревание в своем состоянии, заниженная самооценка, барьеры коммуникации с иными агентами системы высшего профессионального образования, тенденция замкнутся в микрогруппах сверстников с аналогичными проблемами со здоровьем.

2. Средовые.

2.1. Объективные: отсутствие безбарьерной среды. Недоступность объектов инфраструктуры вынуждает переходить на ди-

стантные формы обучения, способствует росту отчуждения, маргинализации.

2.2. Субъективные: у условно здоровых студентов и сотрудников системы российского профессионального образования ведущей реакцией на инвалидов является неловкость, на втором месте – страх и любопытство; все три реакции диктуются, прежде всего, новизной явления в личном опыте. Чувство вины, гиперопека – это уже рефлексия опыта взаимодействия с инвалидами. Подобные непродуктивные эмоциональные реакции мешают полноценной интеграции инвалидов в сообщества, существующие в вузах, ведут к их маргинализации.

Глава 3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ К УСЛОВИЯМ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

3.1. Физиологические барьеры адаптации для лиц с ОВЗ

В современном обществе принципиально изменился взгляд на проблему людей с особыми потребностями. От понятия инвалидности, подразумевающего наличие физических или психологических дефектов и, как следствие, необходимости реабилитации, общество переходит к понятию «особенные люди». Принятое в зарубежной литературе обозначение «persons with special needs» все шире проникает и в отечественные исследования. Такой переход – не просто терминологическое изменение, происходит глубинная трансформация самого подхода к проблеме и способам ее решения[173]. Люди с особыми потребностями, или с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), – именно такое определение зафиксировано в законодательных актах РФ – в данной парадигме рассматриваются как полноправные члены общества[174]. Задача

[173] Азаматова Н.С. Нейробиологический и онтогенетический подход в оценке риска формирования двигательных нарушений у детей первого года жизни перенёсших гипоксию : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 36 с.; Алехина С.В. Принципы инклюзии в контексте развития современного образования // Психологическая наука и образование. 2014. № 1. С. 5–16; Витензон А.С., Журавлев А.М., Баскакова Н.В. Изменения в структуре ходьбы больных детским церебральным параличом после операции Эггерса // Протезирование и протезостроение : сб. тр. М. : ЦНИИПП, 1977. Вып. 42. С. 55–62; Прянишникова О.А., Городничев Р.М. Спортивная электронейромиография // Теория и практика физической культуры. 2005. № 9. С. 6–12.

[174] Витензон А.С. Структура ходьбы больных детским церебральным параличом и ее коррекция посредством фазовой электростимуляции мышц. М. : Научно-

общества при этом – не расширение спектра медицинских и социальных услуг таким людям, а их полноценная адаптация, включение во все сферы общественной жизни с преодолением как социальных, так и физических барьеров[175].

На сегодняшнем этапе такой подход в большей степени реализован в социально-психологической плоскости. В физиологическом аспекте такие люди по-прежнему чаще всего расцениваются как пациенты, нуждающиеся в особой медицинской помощи. Данное противоречие становится существенным барьером на пути полноценной интеграции людей с ОВЗ в общество. Необходимо распространить интегративный подход и на физиологические аспекты, и перспективной основой для этого является теория функциональных систем.

Теория функциональных систем была разработана П.К. Анохиным в результате проводимых им исследований компенсаторных приспособлений нарушенных функций организма. Как показали эти исследования, всякая компенсация нарушенных функций может иметь место только при мобилизации значительного числа физиологических компонентов, зачастую расположенных в различных отделах центральной нервной системы и рабочей периферии, тем не менее, всегда функционально объединенных на основе получения

медицинская фирма МБН, 2004. 448 с.; Кашуба В.А., Сергиенко К.Н., Валиков Д.Н. Компьютерная диагностика опорно-двигательной функции человека // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. Харьков : ХХПИ, 2002. № 1. С. 11–16; Рогов А.В. Способ реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата // Детская и подростковая реабилитация. 2008. № 2 (11). С. 47–49; 69; Рогов А.В. Комплексная коррекция ограничений жизнедеятельности ребенка 13 лет с детским церебральным параличом // Педиатрия. 2010. Т. 89, № 4. С. 146–147.

[175] Николаев С.Г. Практикум по клинической электромиографии. 3-е изд., перераб. и доп. Иваново : Иванов. гос. мед. академия, 2003. 264 с.; Перхурова И.С., Лузинович В.М., Сологубов Е.Г. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции. М. : Книжная палата, 1996. 248 с.; Потовская Е.С., Шилько В.Г. Воспитание силовых способностей и выносливости у студенток // Теория и практика физической культуры. 2013. № 4. С. 20–23; Старшов А М. Реография для профессионалов // Исследования сосудистой системы : пособие для врачей. М. : Познавательная книга, 2003. 80 с.

конечного приспособительного эффекта. Такое функциональное объединение различно локализованных структур и процессов на основе получения конечного (приспособительного) эффекта и было названо «функциональной системой» (П.К. Анохин, 1968). Ядром функциональной системы является приспособительный эффект, определяющий состав, перестройку эфферентных возбуждений и неизбежное обратное афферентирование о результате промежуточного или конечного приспособительного эффекта[176].

Одна из основных физиологических составляющих нормального формирования и развития организма человека – это движение. Благодаря ему развиваются все зоны коры больших полушарий мозга, координация межцентральных связей, коррекция и компенсация недостатков в физическом и психическом развитии, формируются двигательные взаимодействия анализаторных систем и познавательных процессов. Движение – это необходимое условие жизнеобеспечения организма, а также средство и метод поддержания его работоспособности. Соответственно, важное направление адаптации лиц с ОВЗ начиная с детского возраста – формирование у них двигательных навыков. При этом важно делать упор в первую очередь на мобилизацию собственных компенсаторных механизмов, которая может быть реализована на основе изучения физиологических особенностей двигательной адаптации у лиц с ОВЗ[177].

Особые двигательные стереотипы у таких людей могут быть положены в основу формирования новых двигательных навыков, что приведет к повышению двигательной активности. Однако разработка методов адаптации должна осуществляться на физиологически обоснованных принципах, в частности с учетом функцио-

[176] Касаткин Д.С. Патогенетическая терапия спастичности // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. Т. 108, № 3. С. 80–85; Imms C. et al. Children with cerebral palsy participate: a review of the literature. 11/30; 30(24), 1867–84 (2008).

[177] Буклекбаева Ш.А. Разработка и оценка эффективности реабилитационных мероприятий при различных формах детского церебрального паралича : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Алматы, 2010. 39 с.; Дубровский В.И., Федорова В.Н. Биомеханика : учеб. М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. 672 с.

нального состояния нервной системы, опорно-двигательного аппарата и механизмов вегетативного обеспечения[178].

Поступая на первый курс в вуз, даже студенты, не имеющие проблем со здоровьем, испытывают стресс, попадая в новые непривычные условия – увеличение учебного дня по сравнению со школой, увеличение личной ответственности, передвижение между корпусами, новые территориальные условия. А студенты с ОВЗ, попадая в новые для них социально-образовательные условия, в большинстве случаев чувствуют себя некомфортно, напряженно, сохраняют долгое время дистанцию в общении с сокурсниками, у них присутствует тревожность, связанная с попаданием в незнакомую среду[179].

Одной из основных проблем в современной системе образования является необходимость формирования условий, обеспечивающих доступность и качество высшего образования для лиц с ОВЗ, которое напрямую зависит от успешности их адаптации в учебном окружении. Расширение возможностей людей с проблемами в развитии, создание условий для их успешной социализации способствуют преодолению их изоляции. В то же время интегрированное обучение студентов с ОВЗ неизбежно сопровождается преодолением адаптационных трудностей. Затруднения и препятствия в процессе адаптации рассматриваются как естественная составляющая, дающая человеку стимул к дальнейшему развитию

[178] Коновалов А.Б. Особенности лечебной физкультуры у детей младшего школьного возраста с патологией кранио-вертебральной области : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2008. 23 с.; Кошельская Е.В. Капилевич Л.В. Баженов В.Н. и др. Физиологические и биомеханические характеристики техники ударно-целевых действий футболистов // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2012. Т. 153, № 2. С. 235–237; Краева Л.С. Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсий и эпилептических синдромов у детей и подростков Томской области : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2010. 25 с

[179] Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика : учеб. для вузов. М., 2014. 560 с.; Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. М., 2010. 664 с.; Krasilnikov A., Smirnova A. Online social adaptation of first-year students and their academic performance // COMPUTERS & EDUCATION. 2017. Vol. 113. P. 327–338.

в социальной среде[180]. Однако нагрузка, с которой сталкиваются студенты с ОВЗ в процессе обучения, в некоторых случаях является для них существенной и превышает их адаптивные возможности.

О системных механизмах двигательной адаптации можно судить только на основе всестороннего учета совокупности реакций целостного организма, включая реакции со стороны центральной нервной системы, двигательного и гормонального аппаратов, органов движения и кровообращения, системы крови, анализаторов, обмена веществ и других функциональных систем[181]. При этом выраженность изменений функций организма в ответ на физическую нагрузку зависит, прежде всего, от индивидуальных особенностей человека, а также от вида и степени патологии студентов с ограниченными возможностями[182].

С позиций теории управления биологическая адаптация представляет собой динамический процесс, сопровождающийся перестройкой функциональной системы гомеостаза на новый уровень

---

[180] Андреева Р.В. Развитие инклюзивного образования в вузе // Juvenis scientia, 2016. № 1. С. 41–42; Павлова А.М. Субъективные особенности студентов с ограниченными возможностями здоровья, препятствующие их успешной адаптации // Молодой ученый. 2016. № 18. С. 193–196.

[181] Капилевич Л.В., Давлетьярова К.В., Овчинникова Н. Совершенствование навыков координации и равновесия у студентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата за счет включения элементов лечебной физической культуры в структуру академических занятий по физическому воспитанию // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2017. Т. 94, № 1. С. 36–40; Bekken W. Decision-Making in Paediatric Rehabilitation: Exploring Professionals' and Children's Views on Decision-Making. Involvement // CHILDREN & SOCIETY. 2017. Vol. 31, № 6. P. 486–496; Ревенко Е.М., Зелова Т.Ф., Кривощекова О.Н. Оценка физиологического развития и функциональной подготовленности человека. Омск, 2015. 21 с.; Bredirhina Yu.P., Baranova E.A. Balance and steadiness correction of the upright posture of patients having withstood an ischemic stroke with the help of stabilographic rehabilitation training equipment with biofeedback [Electronic resource] // SHS Web of Conferences. Les Ulis: EDP Sciences, 2016. Vol. 28: Research Paradigms Transformation in Social Sciences (RPTSS 2015). P. 01017, 4.

[182] Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. М., 2010. 664 с.; Lotfi Y., Rezazadeh N., Moossavi A. Preliminary evidence of improved cognitive performance following vestibularrehabilitation in children with combined ADHD and concurrent vestibular impairment // AURIS NASUS LARYNX. 2017. Vol. 44, № 6. P. 700–707.

регулирования. При этом некоторые функции могут истощаться, и тогда состояние дезадаптации может привести к развитию переутомления, перенапряжения, значительному снижению работоспособности[183]. Повторяющиеся эмоциональные расстройства неблагоприятно сказываются на организме студента и провоцируют функциональные нарушения нервной системы, которые могут стать источником других заболеваний или причиной ухудшения существующих. Таким образом, способность к быстрому восстановлению и умение справляться с психофизиологическим напряжением является решающей в процессе адаптации к условиям обучения для студентов с ОВЗ.

Изучение биомеханических и физиологических индикаторов движения у студентов с ОВЗ позволит разработать программу обучения их определенным двигательным навыкам, необходимым для дальнейшего обучения в вузах и среднеспециальных учебных заведениях в рамках программы инклюзивного образования.

3.2. Характеристика физиологической адаптации студентов с ОВЗ в условиях инклюзивного обучения

3.2.1. Оценка психофизиологической адаптации студентов с ОВЗ к условиям образовательной среды

В исследовании приняли участие 39 студентов первого курса в возрасте 18–19 лет. Исследование проводилось в два этапа: в начале

[183] Давлетьярова К.В., Капилевич Л.В., Солтанова В.Л., Баранова Е.А., Андреев В.И. Адаптационные возможности организма студентов, занимающихся лечебной физической культурой // Бюллетень сибирской медицины. 2011. № 3. С. 116–120; Баевский Р.М. Вариабельность сердечного ритма и донозологическая диагностика // Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и практическое применение : материалы V всерос. симпоз. Ижевск : Удмурт. ун-т, 2011. С. 487–491; Капилевич Л.В., Давлетьярова К.В., Кошельская Е.В., Бредихина Ю.П., Андреев В.И. Физиологические методы контроля в спорте. Томск : Изд-во Том. политех. ун-та, 2009. 172 с.

(сентябрь) и в конце учебного года (май). Группу студентов с ОВЗ составили две подгруппы: 1-я – студенты, имеющие патологию опорно-двигательного аппарата; 2-я – студенты с выраженными нарушениями зрения. Оценка психофизиологического состояния проводилась с помощью самоопросников для определения уровня тревожности (индекс напряжения по Т.А. Немчину), функционального состояния, уровня психической активации, а также методики самооценки социально-психологической (СПА) и эмоционально-деятельностной адаптивности (ЭДА). Оценка механизмов регуляции физиологических функций и способности организма к восстановлению проводилась методом кардиоинтервалографии (КИГ) на приборе «ЭКГ-триггер-МКА-02» и включала определение исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивости, вегетативного обеспечения деятельности и типа реакции на ортостатическую нагрузку. Достоверность различий между группами оценивалась с использованием непараметрического критерия Манна–Уитни.

После проведения антропометрических измерений все студенты были охарактеризованы по нормостеническому типу телосложения. По медицинскому заключению были определены в группу лечебной физической культуры. Контрольную группу составили студенты ТПУ первого курса в возрасте 18–19 лет, которые по результатам медицинского осмотра были закрепленны в группу ОФП в количестве 30 человек. Средняя ЧСС студентов группы ОВЗ на начало семестра составила 81,5 ± 8,9. Показатели АД – 130/80 ± 15/7,3 мм рт. ст.

Следует отметить, что студенты-первокурсники, попадая в новые для них социально-образовательные условия, в большинстве случаев чувствуют себя некомфортно, напряженно, сохраняют долгое время дистанцию в общении с сокурсниками, присутствует тревожность, связанная с попаданием в незнакомую среду.

Индекс функциональных изменений (ИФИ) системы кровообращения, или адаптационный потенциал (АП), у всех студентов в сентябре был определен менее 7,2, что характеризует удовлетворительный уровень адаптации и говорит о высоких и достаточных функциональных возможностях организма.

Психофизиологическое тестирование студентов по опроснику для определение нервно-психического напряжения выявило, что 40% опрошенных студентов имеют 40-процентное среднее значение уровня личностной тревожности и 60-процентное низкое значение (табл. 11).

Таблица 11

Результаты психофизиологического тестирования студентов с ОВЗ

Опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т. Немчин)		
Уровень личностной тревожности	60-процентное низкое значение	40-процентное среднее значение
Опросник качества жизни и состояния здоровья		
Физические функции	90-процентная высокая физическая активность в повседневной жизни	10-процентная средняя физическая активность в повседневной жизни
Психологические функции	80-процентный высокий уровень психического здоровья	20-процентный средний уровень психического здоровья
Социально-ролевые функции, работа		100-процентный средний уровень работоспособности
Социально-ролевые функции, социальная активность	90-процентная высокая социальная активность	10-процентная низкая социальная активность
Социально-ролевые функции, взаимодействие	100-процентный высокий уровень взаимодействия	
Работа	90-процентное высокое значение	10-процентное среднее значение

Опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т. Немчин)		
Болезнь	100-процентное высокое значение	
Здоровье	100-процентное высокое значение	
Итоговая сумма	100-процентный высокий уровень качества жизни	
Психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряжение и комфортность		
Оценка психической активации	100-процентная средняя психическая активация	

Оценка интереса	60-процентный средний уровень интереса	40-процентный низкий уровень интереса
Эмоциональный тонус	100-процентный средний уровень интереса	
Напряжение	90-процентный высокий уровень напряжения	10-процентный средний уровень напряжения
Комфортность	100-процентный средний уровень комфортности	
Итоговая сумма	100-процентное текущее психическое состояние является негативным	
Методика самооценки социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптивности		
СПА	40% выше среднего уровня	60-процентный низкий уровень
ЭДА	90-процентный средний уровень	10-процентный низкий уровень

По результатам опросника определения качества жизни и состояния здоровья выявлено, что физические функции у 90% студентов проявляются высоким уровнем физической активности в повседневной жизни, психологические функции в 80% – высоким уровнем психического здоровья, социальные функции в 90–100% проявляются высокой социальной активностью. Все опрошенные студенты определяют высокий уровень значимость здоровья, болезни и работы. В целом в 100% случаев выявлен высокий уровень качества жизни студентов.

Следует учесть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. На данный момент мы наблюдаем, что оценки самочувствия, активности, настроения примерно равны. По мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

Подводя итоги тестирования на уровень психической активности, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности, было выявлено, что у всех студентов текущее психическое состояние является негативным. Оценка психической активности

и интереса определяется на среднем уровне. У 90% студентов выявлен высокий уровень психоэмоционального напряжения.

Опросник самооценки социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптивности показал, что у 60% студентов определяется низкий уровень СПА и средний уровень СДА у 90% студентов.

Далее, в результате разделения студентов с ОВЗ на две подгруппы (рис. 1), было отмечено, что уровень тревожности в конце учебного года достоверно возрастает в обеих подгруппах (47,2 ± 4,19 в подгруппе с миопией и 54,0 ± 1,47 в подгруппе ОДА), так же как снижается уровень психического здоровья (19,20 ± 3,07 и 15,0 ± 1,75 соответственно) и степень социально-ролевого взаимодействия (23,40 ± 2,25 и 16,0 ± 0,92 соответственно), причем изменения показателей очевидно более выражены в группе студентов с нарушениями ОДА.

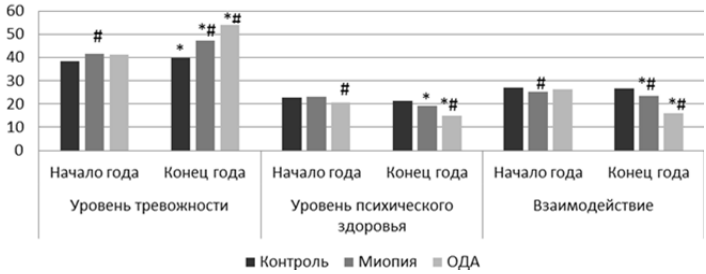


Рис. 1. Психофизиологические показатели:
* – достоверность различий в начале и в конце учебного года, $p < 0,05$;
# – достоверность различий с контрольной группой, $p < 0,05$

Кроме того, в группе ОДА отмечается резкое падение эмоционального тонуса (с 12,25 ± 1,49 до 7,0 ± 0,1), психоэмоционального напряжения (с 18,0 ± 1,47 до 9,0 ± 0,05) и уровня комфортности (с 11,75 ± 0,1 до 9,0 ± 0,04), в то время как в группе миопии достоверно снижается только напряжение (с 16,57 ± 1,43 до 13,80 ± 2,56). Также в конце года в обеих группах снижен уровень социально-психологической адаптивности, однако эмоционально-деятельностная адаптивность, напротив, значительно возрастает

(с 7,75 ± 1,7 до 14,0 ± 0,41 в группе миопии и с 6,14 ± 0,14 до 10,8 ± 0,17 в группе ОДА), чего в контрольной группе не выявлено (рис. 2).

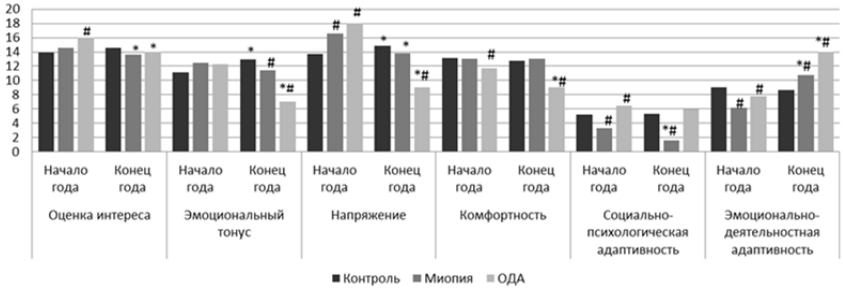


Рис. 2. Функциональное состояние и адаптивность:
* – достоверность различий в начале и в конце учебного года, $p < 0,05$;
# – достоверность различий с контрольной группой, $p < 0,05$

3.2.2. Оценка двигательных стереотипов у студентов с ОВЗ

Оценка двигательных стереотипов осуществлялась методом регистрации мышечной активности и проводилась при помощи компьютерного электронейромиографа «Нейро-МВП-4». Электроды накладывались на следующие мышцы (справа и слева): икроножная мышца (медиальная головка); латеральная широкая мышца бедра; двуглавая мышца бедра; прямая мышца спины (см. рис. 3, 4).

В табл. 12–15 приведены сравнительные показатели интерференционной ЭМГ тестируемых мышц студентов с ОВЗ.

У студентов с ОВЗ со стороны икроножной мышцы мы наблюдаем снижение максимальной амплитуды осцилляций (2825 ± 389 мкВ; $p < 0,05$) слева и справа (3636 ± 567 мкВ; $p < 0,05$) и увеличение средней амплитуды осцилляций (844 ± 164 мкВ; $p < 0,05$) слева и справа (869 ± 150 мкВ; $p < 0,05$). Суммарная амплитуда также несколько возрастает (268 ± 44 мВ/с; $p < 0,05$) слева и справа (267 ± 44 мВ/с; $p < 0,05$), тогда как частота осцилляций заметно снижается (652 ± 98 Гц; $p<0,05$) слева и справа

(285 ± 40 Гц; p<0,05). В результате мы наблюдаем существенный прирост амплитудно-частотного показателя (20 ± 3,5 мкВ×с; p < 0,05) слева и справа (77,3 ± 15 мкВ×с; p < 0,05).

Таблица 12

Параметры биоэлектрической активности икроножных мышц (медиальной головки) у студентов с ОВЗ и у контрольной группы при ходьбе

Параметры / Мышцы		Макс. ампл., мкВ		Средн. ампл., мкВ		Суммар. ампл., мкВ		Средн. част., 1/с		Ампл./част., мкВ×с	
		Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа
Икроножная мышца (медиальная головка)	Левая нога	2825 ± 389*	10089 ± 997	844 ± 164*	405 ± 57	268 ± 44*	195 ± 30	625 ± 98*	1275 ± 100	20 ± 3,5*	8,5 ± 1,8
	Правая нога	3636 ± 567*	7129 ± 913	869 ± 150*	238 ± 32	267 ± 51*	131 ± 25	285 ± 40*	1254 ± 97	77,3 ± 15*	10,7 ± 2,1

*Достоверность различий с контрольной группой, p < 0,05.

Со стороны латеральной широкой мышцы бедра (разгибатель коленного сустава) изменения во многом сходные, но менее выраженные – снижение частоты в группе студентов с ОВЗ (18,9 ± 3,3 мкВ×с; p<0,05) слева и справа (9,6 ± 1,1 мкВ×с; p<0,05) в сочетании с возрастанием амплитуды (10 610 ± 887 мкВ; p<0,05) слева и справа (11 314 ± 1 300 мкВ; p<0,05)в группе студентов с ОВЗ (табл. 13).



Рис. 3. Электромиограмма икроножной мышцы (справа) при ходьбе у студента с ОВЗ (*А*) и контрольной (*Б*) группы



Рис. 4. Электрическая активность мышц передней (*1*) и задней (*2*) поверхности бедра справа при ходьбе у студента с ОВЗ (*А*) и контрольной (*Б*) групп

Увеличивалась частота в группе студентов с ОВЗ слева (79,3 ± 7,1 мкВ×с; $p < 0,05$) и справа (42,2 ± 4,9 мкВ×с; $p < 0,05$) в сочетании с возрастанием амплитуды слева (2258 ± 370 мкВ; $p < 0,05$) и справа (2949 ± 370 мкВ; $p < 0,05$) в группе студентов с ОВЗ (см. табл. 14).

Характеристики биоэлектрической активности прямых мышц спины (табл. 13) в значительной степени отличались от контрольной группы. В группе студентов с ОВЗ мы наблюдаем увеличение максимальной (9180 ± 990 мкВ; $p < 0,05$) и суммарной амплитуды осцилляций (885 ± 95 мВ/с; $p < 0,05$).

Средняя амплитуда была выше контрольных значений (227 ± 25 мкВ) в группе студентов с ОВЗ (1347 ± 175 мкВ; $p < 0,05$). Средняя частота значительно снижалась в группе студентов с ОВЗ (1154 ± 142 Гц; $p < 0,05$). Амплитудно-частотный показатель снижался в группе студентов с ОВЗ (см. табл. 15).

Таблица 13

Параметры биоэлектрической активности широкой мышцы бедра (латеральная головка) у студентов с ОВЗ и у контрольной группы при ходьбе

Параметры / Мышцы		Макс. ампл., мкВ		Средн. ампл., мкВ		Сум. ампл., мкВ		Средн. част., 1/с		Ампл./част. мкВ×с	
		Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа
Латеральная широкая мышца бедра	Левая нога	10 610 ± 887*	5 367 ± 612	899 ± 145*	229 ± 28	520 ± 105*	175 ± 41	1 025 ± 115*	2 664 ± 180	18,9 ± 3,3*	54,9 ± 7,4
	Правая нога	11 314 ± 1 300*	3 162 ± 420	373 ± 65	341 ± 55	179 ± 25	75 ± 10	1 412 ± 230	1 167 ± 247	9,6 ± 1,1	6,8 ± 0,9

* Достоверность различий с контрольной группой, $p < 0,05$.

Таблица 14

Параметры биоэлектрической активности двуглавой мышцы бедра у студентов с ОВЗ и у контрольной группы при ходьбе

Параметры / Мышцы		Макс. ампл., мкВ		Средн. ампл., мкВ		Сум. ампл., мкВ		Средн. част., 1/с		Ампл./част. мкВ×с	
		Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа
Двуглавая мышца бедра	Левая нога	2 258 ± 370*	2 824 ± 355	400 ± 77	403 ± 62	101 ± 15*	86 ± 11,5	634 ± 79*	1112 ± 135	79,3 ± 7,1*	210,9 ± 25
	Правая нога	2 949 ± 370*	1 964 ± 220	343 ± 40	336 ± 42	89 ± 8,5*	11 ± 1,9	248 ± 25*	47 ± 4	42,8 ± 4,9*	23,8 ± 2,9

* Достоверность различий с контрольной группой, $p<0,05$.

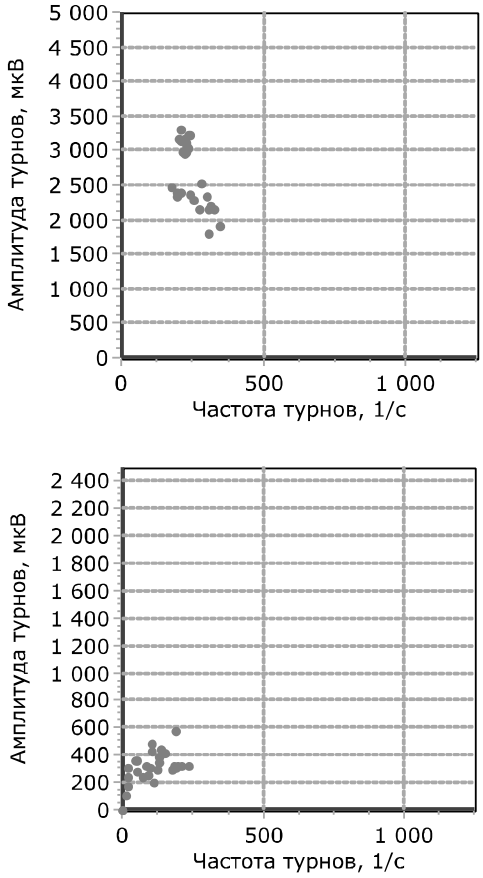
Таблица 15

Параметры биоэлектрической активности прямых мышц спины у студентов с ОВЗ и у контрольной группы при ходьбе

Параметры / Мышцы		Макс. ампл., мкВ		Средн. ампл., мкВ		Сум. ампл., мкВ		Средн. част., 1/с		Ампл./част. мкВ×с	
		Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа	Группа студентов с ОВЗ	Контрольная группа
Прямая мышца спины	Левая нога	9 180 ± 990*	5 147 ± 778	1 347 ± 175*	162 ± 25	885 ± 95*	230 ± 27	1 154 ± 142*	4 647 ± 620	10,3 ± 1,5*	28,3 ± 3,1
	Правая нога	7 362 ± 750*	4 687 ± 510	1 486 ± 160*	227 ± 25	1 751 ± 190*	222 ± 30	2 237 ± 255*	3 026 ± 340	12,9 ± 1,3*	36,7 ± 4,1

* Достоверность различий с контрольной группой, $p<0,05$.

Особенно наглядными оказались результаты турно-амплитудного анализа, представленные на рис. 5–7. В контрольной группе точки турно-амплитудного анализа на всех группах мышц образуют «облако», занимающее положение центральнее и чуть ниже (визуально) относительно биссектрисы угла нулевой отметки.

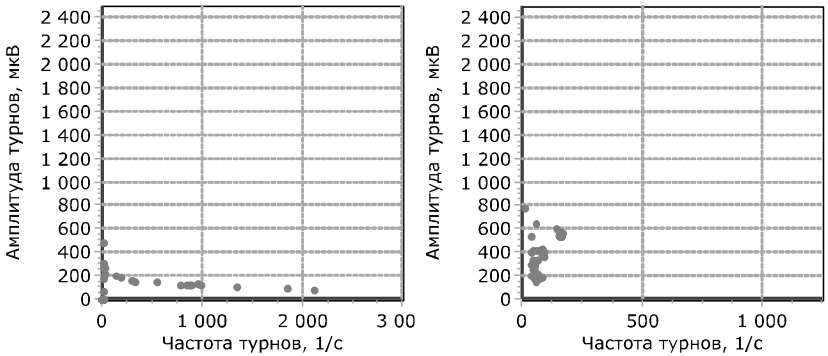


А – группа студентов с ОВЗ В – контрольная группа

Рис. 5. Диаграммы турно-амплитудного анализа электромиограмм икроножной мышцы (медиальная головка)

В группе студентов с ОВЗ распределение точек турно-амплитудного анализа икроножной мышцы значительно отличалось от контрольной (рис. 5). В группе студентов с ОВЗ «облако» смещалось вертикально вверх.

На латеральной широкой мышце бедра (см. рис. 6) «облако» размазывалось вправо, образуя ряд отдельных точек, в группе студентов с ОВЗ. У студентов с ОВЗ формировалось два «облака» турнов, одно из которых смещалось вправо горизонтально, а второе – вправо и вверх.



А – группа студентов с ОВЗ

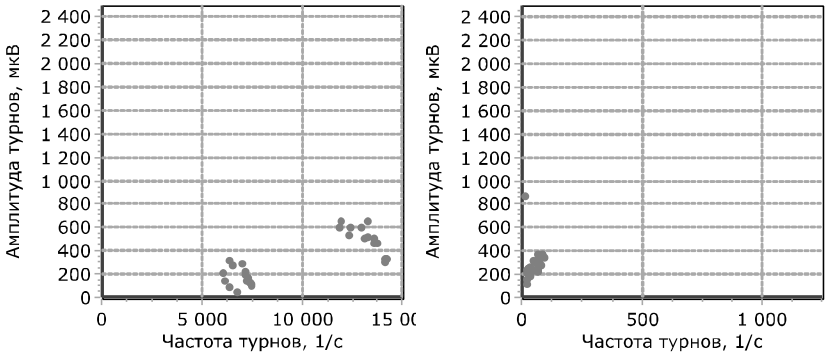
В – контрольная группа

Рис. 6. Диаграммы турно-амплитудного анализа электромиограмм латеральной широкой мышцы бедра

Таким образом, основными отличиями динамического стереотипа ходьбы у студентов с ОВЗ, по данным электромиографического анализа, являются наиболее значительные изменения в биоэлектрической активности икроножных мышц. При этом у студентов с ОВЗ мы наблюдаем явление гиперсинхронизации – значительное возрастание амплитуды осцилляций в сочетании со снижением частоты. «Облако» турнов смещается вверх, что свидетельствует о вовлечении центральных компенсаторных механизмов (см. рис. 5). В группе студентов с ОВЗ наблюдается избыточ-

ная активность прямых мышц спины в сравнении с контрольной группой (рис. 7).

При этом в группе студентов с ОВЗ мы наблюдаем явление синхронизации (снижение частоты при возрастании амплитуды и смещение одного из «облаков» турнов вверх; см. рис. 7).



А – группа студентов с ОВЗ В – контрольная группа

Рис. 7. Диаграммы турно-амплитудного анализа электромиограмм прямой мышцы спины

Активность задней группы мышц бедра несколько снижалась в группе студентов с ОВЗ, активность передней группы мышц бедра возрастала (см. рис. 4).

Таким образом, динамический стереотип ходьбы у студентов с ОВЗ отличается избыточным вовлечением в локомоции икроножных мышц и прямых мышц спины, при этом центральные механизмы гиперсинхронизации активности двигательных единиц являются основным адаптационным механизмом. Можно предположить, что упражнения, направленные на тренировку данных групп мышц, будут способствовать формированию адаптивного стереотипа и улучшению двигательной адаптации данной группы студентов с ОВЗ.

3.2.3. Оценка вегетососудистой адаптации у студентов с ОВЗ

При обследовании групп студентов в начале осеннего семестра были получены следующие результаты.

При изучении функционального «портрета» студентов было выявлено, что исходный вегетативный тонус (ИВТ) в группе контроля в начале семестра был представлен в 15% случаях гиперсимпатикотонией, в 20% – ваготонией, в 50% – нормотонией и в 15% – симпатикотонией. В группе ОВЗ – также гиперсимпатикотонией (30%), ваготонией (15%), норматонией (30%) и симпатикотонией (30%) (см. рис. 8).

Вегетативная реактивность в группах была представлена асимпатикотонической (3% – в группе ОВЗ, 15% – в группе контроля), нормотонической (38% – в группе ОВЗ и 50% – в группе контроля) и гиперсимпатикотонической (59% – в группе ОВЗ и 35% – в группе контроля, $p < 0,05$) реакциями (рис. 9).

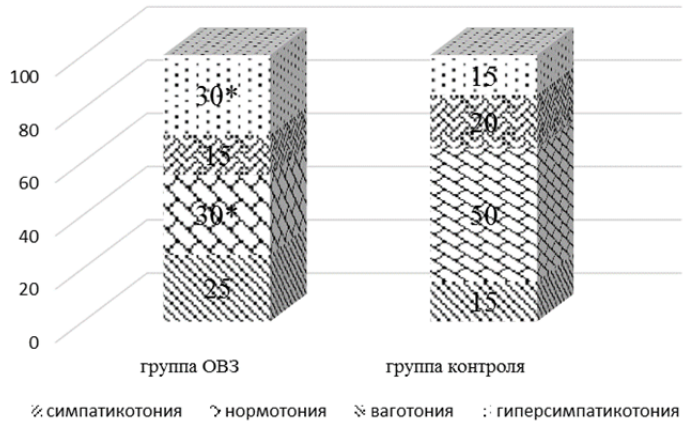


Рис. 8. Исходный вегетативный тонус у студентов.
* Достоверность различий с группой контроля, $p < 0,05$

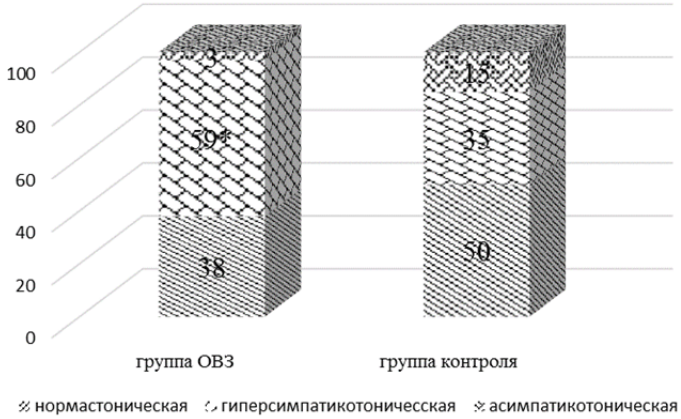


Рис. 9. Вегетативная реактивность у студентов.
* Достоверность различий с группой контроля, p<0,05

Вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) в группе контроля в 76% случаев было достаточным, а в группе ОВЗ – только в 41% (p < 0,05; рис. 10).

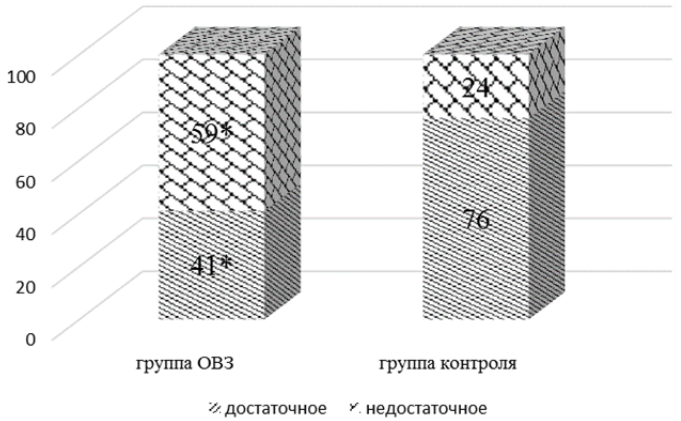


Рис. 10. Вегетативное обеспечение деятельности у студентов.
* Достоверность различий с группой контроля, p < 0,05

Тип реакции на ортостатическую нагрузку в группе ОВЗ был одновременно представлен как астеническими (20%) и симпатикотоническими (50%), так и умеренными симпатикотоническими (30%) реакциями. В группе контроля на астенический тип реакции прошлось 16%, на симпатикотонический – 44% и 40%, на умеренный симпатикотонический тип реакции (см. рис. 11).

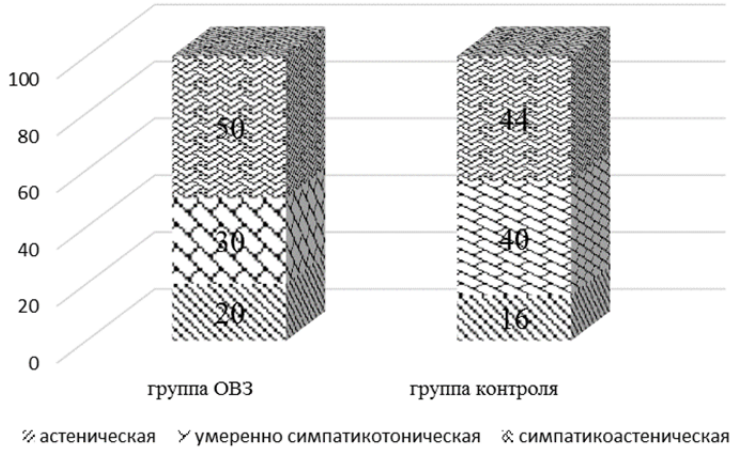


Рис. 11. Реакция на ортостатическую нагрузку у студентов

В 40% случаях в группе ОВЗ и в 73% в группе контроля был нормальный период восстановления после проведения клиноортостатической пробы ($p < 0,05$; рис. 10). В остальных случаях фиксировался удлиненный восстановительный период ($p<0,05$; см. рис. 12).

Также был проведен статистический анализ по некоторым другим показателям КИГ – Mo, AMo, ИН, dX, RRcp (табл. 16). Фиксировались более высокие значения моды (Mo) при выполнении клиноортостатической проб в группе ОВЗ по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$; табл. 16).

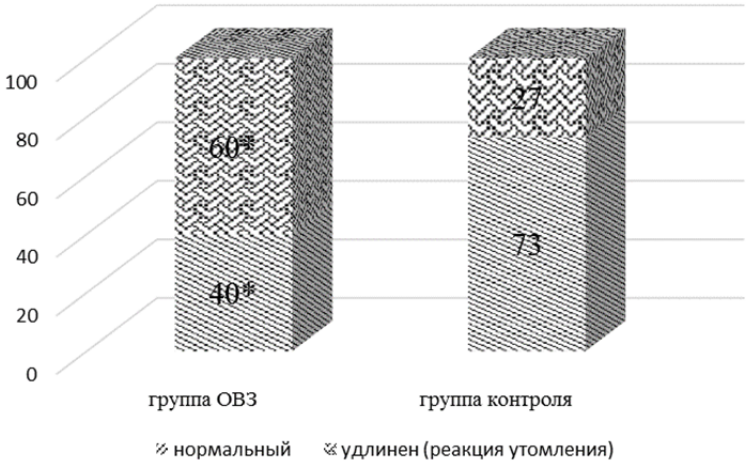


Рис. 12. Восстановительный период у студентов.
* Достоверность различий с группой контроля, $p < 0,05$

Таблица 16

Характеристика сердечного ритма у студентов

Показатели	Группа ОДА		Группа контроля	
	Фоновая проба	Клиноорто-статическая проба	Фоновая проба	Клиноорто-статическая проба
Mo	0,78 ± 0,08	0,81 ± 0,08*	0,64 ± 0,08	0,7 ± 0,08
dX	0,43 ± 0,04*	0,33 ± 0,03*	0,85 ± 0,09	0,54 ± 0,09
AMo	18,5 ± 1,7*	12,7 ± 1,4*	28,8 ± 1,5	19,4 ± 1,6
ИН	89,7 ± 9,4*	109,5 ± 15*	66,4 ± 7,3	91,7 ± 10,3
RRcp	0,70 ± 0,08*	0,79 ± 0,09*	0,55 ± 0,08	0,49 ± 0,08
ЧСС	81,5 ± 8,9	118 ± 20	79,9 ± 8,4	110,5 ± 12

* Достоверность различий с группой контроля, $p < 0,05$.

А вариационный размах (dX) и амплитуда моды (AMo) были наименьшими в руппе ОВЗ и при выполнении фоновой пробы и клиноортостатической ($p < 0,05$; табл. 16). Показатели индекса напряжения (ИН) и средняя длительность интервала RR (RRcp) преобладали в группе ОВЗ при выполнении всех видов проб ($p >$

0,05; табл. 16). Частота сердечных сокращений (ЧСС) так же преобладала в группе ОВЗ, но достоверных доказательств этому не было зафиксировано (табл. 16).

Таким образом, можно заключить, что для студентов ОВЗ характерно увеличение влияния симпатического и гиперсимпатического влияния вегетативной нервной системы, что приводило к ухудшению адаптации к физическим и умственным нагрузкам. Это проявляется в увеличении показателей Мо, вариационного размаха и индекса напряжения и в уменьшении вариационного размаха и амплитуды Мо. Можно заключить, что студенты группы ОВЗ наиболее подвергнуты отрицательным влияниям учебного процесса и социальной адаптации к окружающей среде.

3.2.4. Адаптивные резервы центральной нервной системы у студентов с ОВЗ при сочетании когнитивных и физических нагрузок

В настоящее время, наряду с исследованиями биомеханических основ движения, перспективным является изучение показателей, характеризующих функциональное состояние центральной нервной системы[184].

Известно, что при заболеваниях опорно-двигательного аппарата нарушается система регуляции движений, кроме того, наблюдаются различные когнитивные и психоречевые расстройства, вегетативная дисфункция. При этом страдают неспецифические системы мозга, интегрирующие сложные регуляторные и адаптационно-компенсаторные процессы в организме в целом.

По данным эпидемиологических и клинико-социальных исследований, значительную часть инвалидности среди пациентов мо-

[184] Валеев Н.М. Некоторые особенности реабилитации спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата // Теория и практика физической культуры: Тренер: Журнал в журнале. 2004. № 1. С. 28–30; Лалаева Г.С. Психофизиологические особенности спортсменов циклических и силовых видов спорта // Теория и практика физической культуры. 2015. № 11. С. 73–75.

лодого возраста составляет прогрессирующая близорукость[185]. Одними из основных причин прогрессирования близорукости являются сосудистые нарушения органа зрения в результате цервикальной недостаточности, изменения функций ЦНС, окислительно-восстановительных процессов в организме и нарушения ферментативных процессов[186]. Близорукость чаще возникает на фоне нарушения кровоснабжения зрительного анализатора, связанного с патологией кровообращения в позвоночных сосудах и заболеваниями ЦНС[187]. Как известно, двигательная активность (ДА) – это естественная потребность человека в движении, которая включает в себя сумму всех движений, выполняемых человеком в процессе жизнедеятельности. В результате удовлетворения потребности че-

[185] Макашова Н.В. Сравнительный анализ гемодинамических параметров в оценке состояния глаукомного процесса у пациентов с миопией // Вестник офтальмологии. 2004. № 2. С. 25–29; Ястребцева Т.А., Демидова Т.Е., Поликарпова В.Е. Состояние интра-краниального венозного кровотока у школьников 12–15 лет с близорукостью // Рефракционные и глазодвигательные нарушения : тр. междунар. конф. М., 2007. С. 186–188.

[186] Дорошева Е.А. Эволюционный подход к вопросам формирования близорукости: перестройка зрительного анализатора как адаптация к социокультурным условиям // Экспериментальная психология. 2014. Т. 7, № 3. С. 83–96; Gwiazda J., Deng L et al. Seasonal variations in the progression of myopia in children enrolled in the correction of myopia e valuation trial // Investigative Ophthalmology and Visual Science. 2014. Vol. 55, Is. 2. P. 752–758. DOI: 10.1167/iovs.13-13029; Modjtahedi B.S., Ferris F.L., Hunter D.G., Fong D.S. Public Health Burden and Potential Interventions for Myopia // Ophthalmology. 2018 May. № 125 (5). P. 628–630. Doi: 10.1016/j.ophtha.2018.01.033.

[187] Grudzińska E., Modrzejewska M. Modern Diagnostic Techniques for the Assessment of Ocular Blood Flow in Myopia: Current State of Knowledge // J Ophthalmol. 2018. 4694789. Doi: 10.1155/2018/4694789; Чередниченко Н.Л. Влияние физической нагрузки на состояние аккомодации, рефрактогенеза и регуляцию вегетативной нервной системы у детей и подростков // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. № 3. DOI: https://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11107; Апрелев А.Е., Сетко Н.П., Караулова Е.С., Пашинина Р.В. Зависимость объема аккомодации от преобладания вида вегетативного тонуса центральной нервной системы у студентов с миопией различной степени // Медицинский вестник Башкортостана. 2015. № 2 (56).

ловека в движении происходит его всестороннее развитие, а также взаимодействие с внешней средой[188].

В исследовании принимали участие студенты Томского политехнического университета, имеющие ограниченные возможности здоровья, а также здоровые студенты, занимающиеся физической культурой в основной группе. Возраст – 18–20 лет.

Контрольная группа состояла из студентов, посещавших занятия два раза в неделю в основной группе здоровья. В первой экспериментальной группе участвовали студенты с ограниченными возможностями здоровья с заболеваниями опорно-двигательного аппарата: сколиоз III–IV степени. Вторая экспериментальная группа включала студентов с миопией высокой степени. В каждой группе было по 10 человек (n = 10).

Электроэнцефалографическое обследование выполнялось на программно-аппаратном комплексе «Нейрон-спектр 4/П» (Нейрософт, Россия) в системе отведений «10-20» (см. рис. 11) по 8 каналам (лобные (FP), область центральной борозды (C), височные (T), затылочные (O) электроды) (рис. 13).

Наложение электродов осуществлялось с помощью специальной шапочки для проведения ЭЭГ (монтаж монополярный, референтные электроды – ушные (A)).

Четные отведения – слева, нечетные – справа с соблюдением симметричности и равенства межэлектродных расстояний. С целью снижения межэлектродного сопротивления контактные площадки электродов покрывали электродной пастой. Для контроля качества наложения электродов ориентировались на значения подэлектродного импеданса (см. рис. 13), которые не должны превышать 15 кОм.

Процедура исследования включала фоновую запись ЭЭГ (в состоянии относительного покоя) в течение 180 с.

---

[188] Neupokoev S.N., Bredikhina J.P., Guseva N.L. Influence of muscle tension type on bioelectrical activity and regional blood flow in lower limbs of skilled // Teoriya i Praktika Fizicheskoy Kultury. 2017. № 8. С. 83–85.

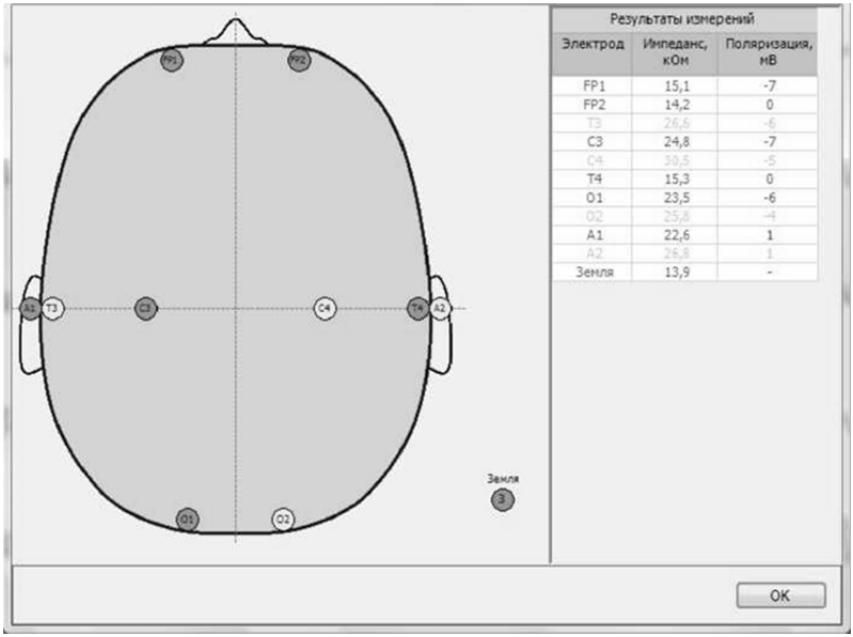


Рис. 13. Схема наложения активных и референтных электродов со значениями подэлектродного импеданса

В ходе электроэнцефалографического исследования была проведена оценка следующих параметров:

– средняя амплитуда спектра для альфа-, бета- и тета-, дельта-диапазонов;

– средняя мощность частотных спектров для альфа-, бета- и тета-, дельта-диапазонов.

Показатели оценивались для альфа-, бета- и тета-диапазонов в лобных (FP), центральных (C), височных (T) и затылочных (O) областях коры головного мозга.

Тест «Цифры в фигурах» проводился с целью определения объема и распределения внимания у испытуемых. Предварительно тест предлагали выполнить всем испытуемым 3–4 раза для устранения фактора научения.

Каждому испытуемому в течение секунды показывали карточку с изображением трех различных геометрических фигур, на которых были написаны разные числа (испытуемые запоминали и фигуры, и числа). После того как убирали карточку, необходимо было ответить, на каких фигурах какие числа были написаны, сложить эти числа и назвать сумму. При повторном проведении теста после кратковременной физической нагрузки исследуемым показывали другие карточки, на которых были изображены новые геометрические фигуры и числа. Правильно выполненное упражнение оценивалось в 1 балл, неправильное – в 0 баллов. На основании полученных результатов делался вывод о проявлении таких свойств внимания, как его объем и распределение.

Дизайн исследования представлен на рис. 14. Электроэнцефалографическое обследование проводилось в два этапа: до и после физической нагрузки, в качестве которой использовался тест PWC170[189]. Во время записи ЭЭГ испытуемым был предложен тест «Цифры в фигурах», который проводился с целью определения объема и распределения внимания у испытуемых. Предварительно тест предлагали выполнить всем испытуемым 3–4 раза для устранения фактора научения.

На первом этапе с обследуемого снималась электроэнцефалограмма в состоянии покоя с закрытыми глазами (фоновая запись) в течение 30 с. Затем после команды «открыть глаза» испытуемому на несколько секунд показывали карточку, где были изображены три геометрические фигуры, в каждой из которой было расположено однозначное число. В течение следующих 30 с испытуемый должен был мысленно сосчитать сумму этих чисел и запомнить их порядок и расположение (в какой фигуре какая цифра), а после окончания записи назвать сумму и ответить, в каких фигурах какие числа были написаны.

Затем испытуемый в качестве физической нагрузки выполнял тест PWC170, основанный на существовании линейной зависимости между ЧСС и мощностью физической нагрузки.

---

[189] Freeman W.J. The electrical activity of a primary sensory cortex: the analysis of EEG waves // Intern. Rev. Neurobiol. 1963. Vol. 5. P. 53–119.

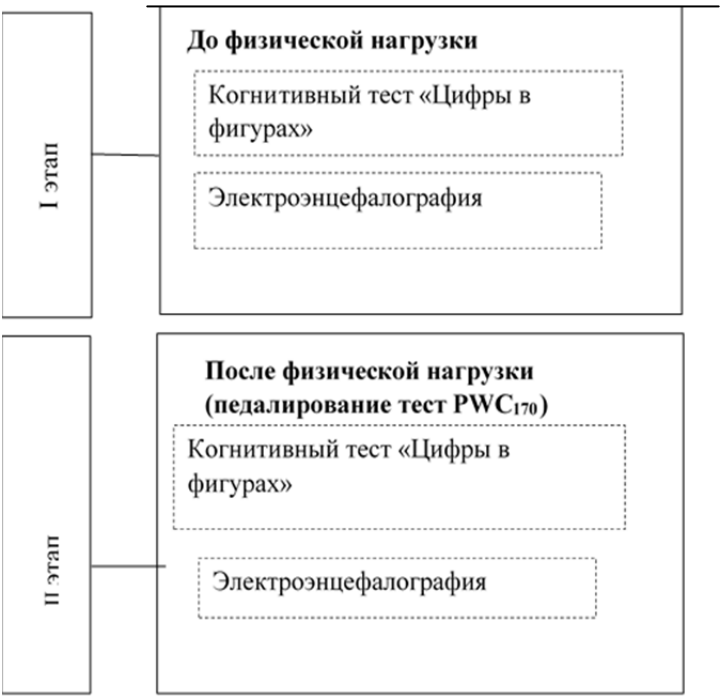


Рис. 14. Дизайн исследования

В тесте предлагались две нагрузки возрастающей мощности на велоэргометре длительностью по пять минут каждая, без предварительной разминки, с интервалом отдыха три минуты. Величина первой нагрузки задавалась в зависимости от массы тела испытуемого, мощность второй нагрузки – с учетом ЧСС, вызванной первой нагрузкой. Частота педалирования – 60–70 об./мин. В конце пятой минуты каждой нагрузки (за последние 30 с) регистрировали ЧСС. Расчет показателя осуществлялся по формуле:

$$PWC_{170} = W_1+((W_2–W_1)\cdot(170–f_1))/(f_2–f_1),$$

где PWC_{170} – уровень физической работоспособности при 170 уд./мин; W_1 и W_2 – мощность первой и второй нагрузки соответственно; f_1 и f_2 – частота сердечных сокращений после первой и второй нагрузки соответственно.

На втором этапе, сразу после выполнения теста, проводилась запись ЭЭГ в том же порядке, что и до нагрузки. Во время выполнения когнитивного теста испытуемому показывали другую карточку, содержащую цифры и фигуры, отличные от первой (см. рис. 14).

Статистическая обработка данных была проведена с помощью программы STATISTICA 8.0 и включала расчет описательных выборочных параметров и сравнительный анализ выборок с использованием статистических критериев Манна – Уитни для независимых выборок и Вилконсона для зависимых выборок. За статистически значимое различие принимали $p \leq 0,05$.

В ходе электроэнцефалографического исследования была проведена оценка следующих параметров:

– средняя амплитуда спектра для альфа-, бета- и тета-, дельта-диапазонов;

– средняя мощность частотных спектров для альфа-, бета- и тета-, дельта-диапазонов.

Для спектрального анализа использовали 60-секундные отрезки безартефактной записи, подразделявшиеся на четырехсекундные эпохи, подвергавшиеся быстрому преобразованию Фурье с использованием окна Ханна. Преобразование Фурье позволяет разложить сигнал на три гармонические составляющие без какой-либо потери информации: амплитуда, начальная фаза, частота. Зависимость амплитуды и фазы от частоты называется спектром[190].

Вычисление спектров мощности ЭЭГ позволяет получить характеристику частотного состава ЭЭГ в количественных величинах (мкВ/2). При анализе спектров рассматривается мощность или амплитуда частотных составляющих ЭЭГ за данный исследуемый отрезок времени, за счет чего можно определить соотношение мощности разных ритмов ЭЭГ и выявить те частоты, которые невозможно выявить при визуальном анализе.

---

[190] Чадова И.Н. Особенности компонентов динамики хронограммы церебральной активности женщин в возрасте от 16 до 45 лет : дис. ... канд. биол. наук. Майкоп, 2014. 156 с.; Кулаичев А.П. Компьютерная электрофизиология и функциональная диагностика : учеб. пособие. 4-е изд., перераб. и доп. М. : ФОРУМ; ИНФРА–М, 2007. 640 с.

Эти показатели оценивались для альфа-, бета- и тета-диапазонов в лобных (FP), центральных (С), височных (Т) и затылочных (О) областях коры головного мозга.

При выполнении когнитивного теста до физической нагрузки в контрольной группе было зарегистрировано доминирование альфа-активности в лобных отведениях. Наблюдалась функциональная асимметрия ритма с незначительным превышением средней амплитуды спектра в левом полушарии в лобном отделе в группе студентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Однако в группе студентов с заболеваниями зрительного аппарата было зафиксировано смещение максимума амплитуды спектра в левом полушарии в сторону затылочного отдела (табл. 17).

Таблица 17

Средняя амплитуда спектра альфа-ритма во время выполнения когнитивного теста до и после физической нагрузки (мкВ/с), $X_{ср} \pm m$

Отведение	Альфа-ритм с миопией		Альфа-ритм с ОДА		Альфа-ритм-контроль	
	до	после	до	после	до	после
FP1-A1	1,21 ± 0,14#	1,21 ± 0,12#	1,20 ± 0,06#	1,14 ± 0,17*#	2,41 ± 0,9*#	2,02 ± 0,15#
0C3-A1	0,81 ± 0,10#	0,86 ± 0,12#	1,21 ± 0,29	0,92 ± 0,31*#	1,3 ± 0,35*#	1,22 ± 0,22#
O1-A1	1,29 ± 0,15	1,29 ± 0,16	2,04 ± 0,18#	2,44 ± 0,21*#	1,29 ± 0,31#	1,29 ± 0,19#
T3-A1	0,54 ± 0,07#	0,60 ± 0,07	0,6 ± 0,08	0,87 ± 0,18*	0,92 ± 0,1#	0,91 ± 0,15#
FP2-A2	1,24 ± 0,16#	1,19 ± 0,11#	1,21 ± 0,86#	1,56 ± 0,46*#	2,41 ± 0,85#	1,95 ± 0,43*#
C4-A2	0,82 ± 0,08#	0,89 ± 0,10#	1,23 ± 0,26	1,47 ± 0,31*#	1,25 ± 0,29	1,16 ± 0,41*
O2-A2	1,51 ± 0,21#	1,39 ± 0,13*	1,80 ± 0,26#	2,44 ± 0,27*#	1,37 ± 0,17	1,38 ± 0,17
T4-A2	0,56 ± 0,05#	0,62 ± 0,05#	0,70 ± 0,06#	0,92 ± 0,15*	1,21 ± 0,14	0,98 ± 0,18*

* Достоверность различий до и после физической нагрузки, $p < 0,05$.

\# Достоверность различий между экспериментальной и контрольной группами, $p < 0,05$.

Кроме регистрации средней амплитуды спектра, параллельно фиксировалась мощность частотных спектров. Было показано, что в группе контроля мощность спектра альфа-ритма доминирует симметрично в зоне лобного отдела коры головного мозга.

В обеих экспериментальных группах было отмечено смещение максимальной мощности спектра в сторону затылочного отдела коры больших полушарий, причем в группе с заболеваниями опорно-двигательного аппарата сдвиг был достоверно ($p < 0,05$) больше, при этом стоит отметить, что в группе студентов с миопией смещение средней амплитуды спектра было в правую сторону, тогда как во второй экспериментальной группе сдвиг спектра был влево (рис. 15).

После выполнения физической нагрузки также проведено исследование когнитивных функций. Было показано, что средняя амплитуда и мощность осцилляций альфа-ритма, напротив, увеличивалась в группе студентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата во всех отделах коры головного мозга, в отличие от группы студентов с миопией, где было зарегистрировано достоверное ($p < 0,05$) уменьшение в затылочной области слева (см. табл. 18). В контрольной группе было отмечено снижение как амплитуды частотных спектров альфа-волн, так и мощности спектра.

Таким образом, было показано, что у студентов с миопией было выражено смещение амплитуды спектра в затылочную область коры больших полушарий, что, возможно, связано с чрезмерным включением зрительного анализатора при выполнении тестов. Также есть основания полагать, что по характеру доминирования альфа-колебаний можно судить о преобладании словесно-логического (левое полушарие) или конкретно-образного (правое полушарие) мышления.

После физической нагрузки, в состоянии утомления увеличение мощности спектра в группе студентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата может свидетельствовать о чрезмерном напряжении функциональных систем после физической нагрузки. Существуют мнения о том, что в состоянии активного бодрствования (в условиях интеллектуальной деятельности, при выполнении

корректурной пробы, зрительном слежении, в процессе решения вербальных и невербальных тестовых заданий) происходит снижение амплитуды и мощности альфа-частот[191].

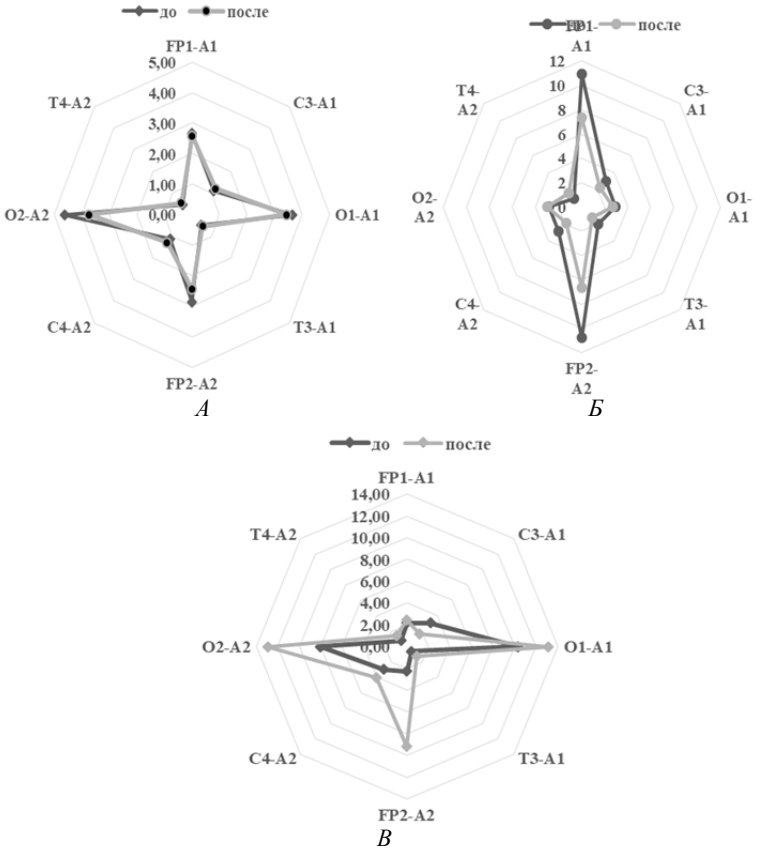


Рис. 15. Средняя мощность спектра альфа-активности на фоне физической и когнитивной нагрузки, мкВ²/с: *А* – группа с миопией; *Б* – контрольная группа; *В* – группа с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

[191] Щебланова Е.И. Изменение ритмов ЭЭГ при вербальном и наглядно-образном мышлении // Журнал высшей нервной деятельности. 1988. № 4. С. 137–139.

Полученные нами данные об изменении альфа-2-активности при выполнении когнитивного теста до и после физической нагрузки, по всей видимости, связаны с тем, что у студентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата выше уровень эмоциональной устойчивости, т.е. такие студенты более адаптированы к условиям инклюзии. Стоит отметить, что в обеих экспериментальных группах было зарегистрировано изменение амплитуды и мощности частотных спектров тета-ритма при выполнении когнитивного теста до и после физической нагрузки (см. табл. 18).

При выполнении когнитивного теста до физической нагрузки во всех исследуемых группах было зарегистрировано доминирование тета-диапазона в лобных отведениях, при этом в группе студентов с миопией наблюдалась небольшая функциональная асимметрия амплитуды спектра вправо в затылочном отделе коры головного мозга (табл. 18).

Таблица 18

Средняя амплитуда спектра тета-ритма во время выполнения когнитивного теста до и после физической нагрузки (мкВ/с), Xср ± m

Отведение	Тета-ритм с миопией		Тета-ритм с ОДА		Тета-ритм-контроль	
	до	после	до	после	до	после
FP1-A1	3,07 ± 0,47#	3,12 ± 0,51	2,46 ± 0,18#	2,74 ± 0,50#	6,94 ± 1,12	5,88 ± 1,24*
C3-A1	1,07 ± 0,08#	1,09 ± 0,07#	1,13 ± 0,03#	1,04 ± 0,13#	1,85 ± 0,17	1,89 ± 0,21
O1-A1	1,29 ± 0,33*#	1,09 ± 0,07*#	1,21 ± 0,10*#	1,33 ± 0,10*	1,54 ± 0,21*	1,37 ± 0,25*
T3-A1	0,74 ± 0,06#	0,84 ± 0,06#	0,63 ± 0,01*#	1,11 ± 0,47*#	1,44 ± 0,14	1,49 ± 0,19
FP2-A2	3,22 ± 0,50*#	3,02 ± 0,46*#	2,52 ± 0,18*#	2,92 ± 3,88*#	6,88 ± 0,75*	5,88 ± 0,90*
C4-A2	1,06 ± 0,07#	1,07 ± 0,09#	1,12 ± 0,11#	1,20 ± 0,17#	1,76 ± 0,31*	1,87 ± 0,24*
O2-A2	1,93 ± 0,56*#	1,26 ± 0,21*#	1,17 ± 0,16*#	1,37 ± 0,28*#	1,68 ± 0,24	1,63 ± 0,24
T4-A2	0,74±0,06#	0,82±0,06	0,72±0,07*#	1,04±0,40*#	1,21±0,22*	1,74±0,15*

* Достоверность различий до и после физической нагрузки, $p < 0,05$.

\# Достоверность различий между экспериментальной и контрольной группами, $p < 0,05$.

При анализе мощности частотных спектров тета-ритма в контрольной группе и группе студентов с миопией был выявлен резкий симметричный сдвиг спектра во фронтальную область, причем у студентов с нарушениями зрения было зафиксировано смещение спектра в затылочную области справа. В группе с нарушениями опорно-двигательного аппарата был также сдвиг спектра во фронтальной области, но с меньшей амплитудой, чем в двух других группах (рис. 16).

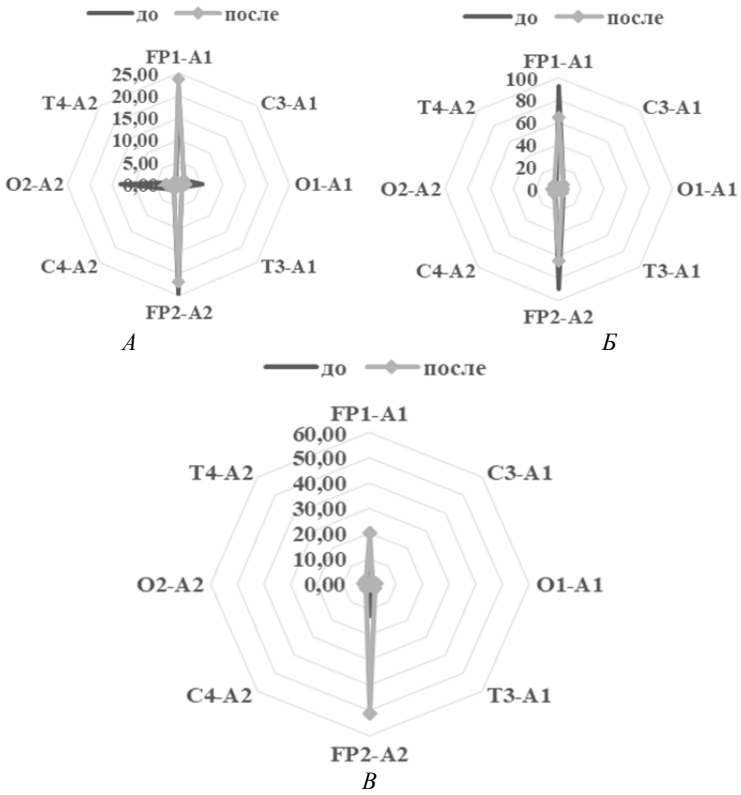


Рис. 16. Средняя мощность спектра тета-активности на фоне физической и когнитивной нагрузки, мкВ²/с: *А* – группа с миопией; *Б* – контрольная группа; *В* – группа с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

После физической нагрузки результаты когнитивного теста изменились. Достоверный ($p < 0,05$) тотальный прирост амплитуды и мощности тета-ритма был получен в группе студентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в группе с студентов с миопией наблюдалось несимметричное снижение амплитуды и мощности спектра тета-ритма, более выраженное в правом отделе коры головного мозга. В группе контроля сохранялся сдвиг спектра во фронтальную область, но с меньшей амплитудой и мощностью, чем до физической нагрузки (табл. 18, см. рис. 16).

Вопрос о функциональном значении тета-ритма до сегодняшнего дня остается предметом дискуссий. Однако существуют факты, позволяющие рассматривать этот ритм как показатель состояния психофизиологической направленности человека, индикатор эмоционального возбуждения, «ритм напряжения»[192]. Полученные нами результаты, соотнесенные с изложенными данными литературы, позволяют высказать предположение, что изменение показателей активности тета-ритма при переходе от состояния покоя к выполнению когнитивного теста до и после физической нагрузки в группах с различными заболеваниями отражает функциональное состояние корковых и подкорковых структур, которые непосредственно связаны с обеспечением оптимальной деятельности в созданных условиях.

Так, показано, что студены с заболеваниями опорно-двигательного аппарата больше подвержены утомлению как умственному, так и физическому.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что от характера заболевания зависит влияние кратковременных физических нагрузок на показатели когнитивной деятельности спортсмена, это влияние реализуется через механизмы формирования специфических паттернов биоэлектрической активности коры головного мозга.

---

[192] Русалова В.М., Кошмана С.А. Дифференциально-психологический анализ интеллектуального поведения человека в вероятностной среде. Психофизиологические исследования интеллектуальной саморегуляции и активности. М. : Наука, 1980. 305 с.

Амплитудная характеристика спектра дельта-ритма имела ряд особенностей. Данные ЭЭГ при выполнении когнитивного теста до физической нагрузки характеризуются резким увеличением мощности и амплитуды спектра в экспериментальных группах студентов во фронтальной области, причем достоверно ($p < 0,05$) большим в группе студентов с миопией.

После выполнения физической нагрузки было зарегистрировано увеличение ($p < 0,05$) амплитуды и мощности дельта-волн во всех отделах коры головного мозга в группе студентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Во второй группе амплитуда снижалась в большей степени в затылочной области обеих полушарий. При этом мощность частотных спектров дельта-волн достоверно увеличивалась симметрично в лобной области и резко снижалась в затылочной (рис. 17).

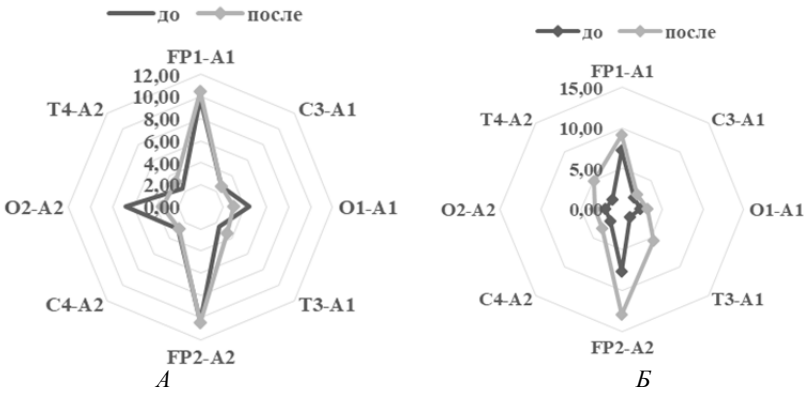


Рис. 17. Средняя амплитуда спектра дельта-активности на фоне физической и когнитивной нагрузки обеих групп, мкВ²/с:
А – группа с миопией; *Б* – группа с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

При выполнении когнитивного теста до физической нагрузки в группе контроля зарегистрировано доминирование низкочастот-

ного бета-ритма в лобных отведениях и затылочном отведении в правом полушарии.

В группе студентов с заболеваниями зрительного аппарата наблюдалось небольшое повышение амплитуды в затылочной области, преимущественно справа, тогда как во второй экспериментальной группе было зафиксировано симметричное увеличение амплитуды спектра в лобной области коры головного мозга (табл. 19).

Таблица 19

Средняя амплитуда спектра низкочастотного бета-ритма во время выполнения когнитивного теста до и после физической нагрузки (мкВ/с), Хср ± m

Отведение	Низкочастотный бета-ритм с миопией		Низкочастотный бета-ритм с ОДА		Низкочастотный бета-ритм-контроль	
	До	После	До	После	До	После
FP1-A1	0,59 ± 0,05#	0,63 ± 0,04#	0,72 ± 0,16*#	0,61 ± 0,15*#	1,11 ± 0,12	1,05 ± 0,15
C3-A1	0,50 ± 0,05#	0,54 ± 0,05#	0,50 ± 0,01#	0,51 ± 0,01#	0,9 ± 0,1*	0,78 ± 0,19*
O1-A1	0,74 ± 0,09	0,71 ± 0,08#	0,71 ± 0,04	0,78 ± 0,01#	0,79 ± 0,11*	0,96 ± 0,19*
T3-A1	0,45 ± 0,05*#	0,54 ± 0,04*#	0,40 ± 0,07*#	0,51 ± 0,15*#	0,85 ± 0,08	0,88 ± 0,1
FP2-A2	0,62 ± 0,06#	0,63 ± 0,03#	0,73 ± 0,16*#	0,86 ± 0,08*#	1,19 ± 0,18*	0,97 ± 0,05*
C4-A2	0,51 ± 0,05#	0,53 ± 0,05#	0,54 ± 0,02#	0,62 ± 0,03#	0,78 ± 0,12	0,74 ± 0,12
O2-A2	0,87 ± 0,12*#	0,77 ± 0,08*#	0,69 ± 0,08*#	0,79 ± 0,08*#	0,96 ± 0,06	1,03 ± 0,1
T4-A2	0,49 ± 0,05#	0,48 ± 0,03#	0,54 ± 0,11#	0,62 ± 0,14#	0,81 ± 0,07	0,76 ± 0,09

* Достоверность различий до и после физической нагрузки, $p < 0,05$.

\# Достоверность различий между экспериментальной и контрольной группами, $p < 0,05$.

В состоянии относительного покоя бóльшая средняя мощность спектра низкочастотного бета-ритма в обеих группах концентрируется в лобных и затылочных отделах. Во время выполнения когнитивного теста до физической нагрузки в лобном отделе наблюдается значительное превышение средней мощности спектра в правом полушарии в контрольной группе. В затылочном отделе средняя мощность спектра ритма больше в правом полушарии в группе с нарушениями зрения.

При проведении когнитивного теста после физической нагрузки были выявлены значительные различия между двумя группами. В отличии от амплитуды альфа-, тета- и дельта-ритма, значения осцилляций амплитуды низкочастотного бета-ритма значительно меньше. Так, в группе студентов с миопией было зарегистрировано небольшое снижение амплитуды и мощности ритма в затылочной области справа и увеличение в теменной слева. Во второй группе было отмечено увеличение амплитуды низкочастотного бета-ритма в передних отделах коры головного мозга и в затылочной области справа. При этом было зарегистрировано тотальное увеличение мощности спектра низкочастотного бета-ритма (см. рис. 18).

При анализе высокочастотного бета-ритма на ЭЭГ при выполнении когнитивного теста до физической нагрузки во всех группах величина амплитуды спектра распределена относительно равномерно, но в группе контроля величина амплитуды спектра достоверно превышает показатели экспериментальной группы (см. табл. 20).

Показатели мощности высокочастотного бета-спектра до физической нагрузки в целом аналогичны параметрам амплитуды спектра. Но в группе студентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата регистрировалось увеличение показателя в затылочной области справа (см. рис. 19).

После физической нагрузки данные ЭЭГ при выполении когнитивного теста изменились: мощность спектра бета-ритма выросла во всех зонах коры головного мозга. Однако в группе с заболеваниями зрительного аппарата было достоверное снижение

частоты мощности спектра бета-активности в затылочной области слева и справа (см. рис. 19).

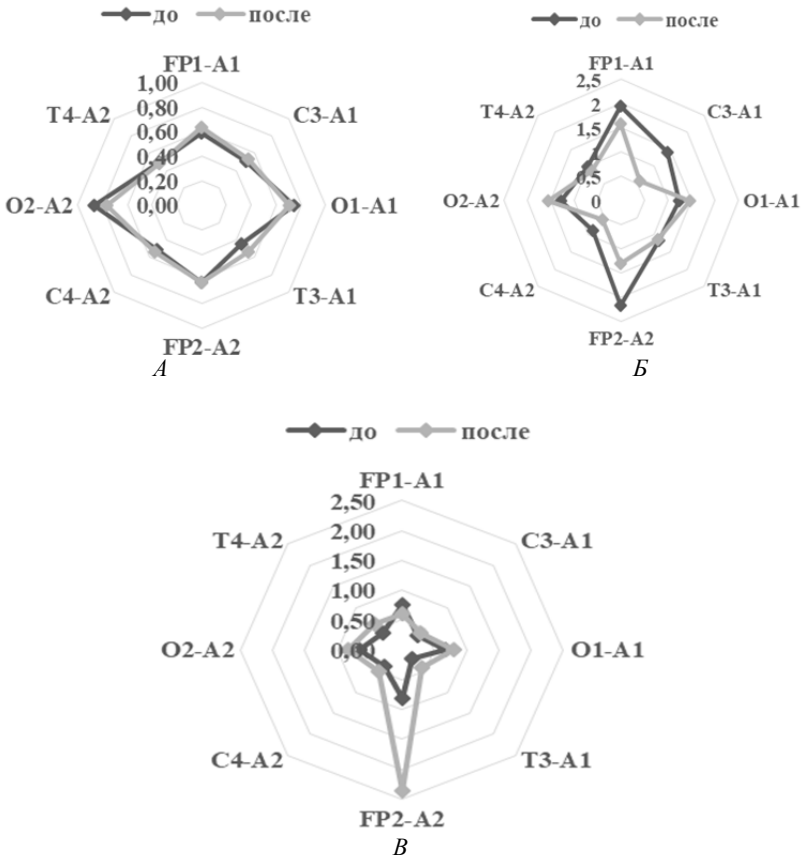


Рис. 18. Средняя мощность спектра низкочастотной бета-активности на фоне физической и когнитивной нагрузки, мкВ²/с:
А – группа с миопией; *Б* – контрольная группа;
В – группа с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

Таблица 20

Средняя амплитуда спектра высокочастотного бета-ритма во время выполнения когнитивного теста до и после физической нагрузки (мкВ/с), Xср ± m

Отведение	Высокочастотный бета-ритм с миопией		Высокочастотный бета-ритм с ОДА		Высокочастотный бета-ритм-контроль	
	До	После	До	После	До	После
FP1-A1	0,38 ± 0,02#	0,41 ± 0,01#	0,54 ± 0,18#	0,42 ± 0,19#	0,74 ± 0,07	0,73 ± 0,07
C3-A1	0,33 ± 0,03#	0,35 ± 0,03#	0,32 ± 0,01#	0,33 ± 0,03#	0,78 ± 0,09	0,61 ± 0,07
O1-A1	0,49 ± 0,05#	0,47 ± 0,05#	0,42 ± 0,01#	0,47 ± 0,03#	0,59 ± 0,02	0,66 ± 0,09
T3-A1	0,36 ± 0,05#	0,43 ± 0,03#	0,31 ± 0,06#	0,36 ± 0,12#	0,81 ± 0,08	0,83 ± 0,08
FP2-A2	0,39 ± 0,02#	0,40 ± 0,01#	0,62 ± 0,21#	0,62 ± 0,15#	0,85 ± 0,07*	0,63 ± 0,07*
C4-A2	0,32 ± 0,02#	0,32 ± 0,02#	0,32 ± 0,02#	0,40 ± 0,07#	0,59 ± 0,07	0,52 ± 0,06
O2-A2	0,54 ± 0,07	0,48 ± 0,04#	0,40 ± 0,03#	0,47 ± 0,05#	0,63 ± 0,04*	0,78 ± 0,07*
T4-A2	0,42 ± 0,07#	0,37 ± 0,03#	0,43 ± 0,12#	0,45 ± 0,14#	0,7 ± 0,05	0,63 ± 0,09

* Достоверность различий до и после физической нагрузки, $p < 0,05$.

Достоверность различий между экспериментальной и контрольной группами, $p < 0,05$.

На сегодняшний день изменение амплитудных и частотных характеристик бета-диапазона является предметом дискуссии. Так, в работах G. Dolce и H. Waldeier указывается на то, что повышение уровня активации мозга при решении арифметических задач, чтении текста и просто при открывании глаз связано с ростом мощности бета-частот[193].

[193] Dolce G., Waldeier H. Spectral and multivariate analysis of EEG changes during mental activity in man // EEG and Clin. Neurophysiol. 1974. Vol. 36. P. 577–560.

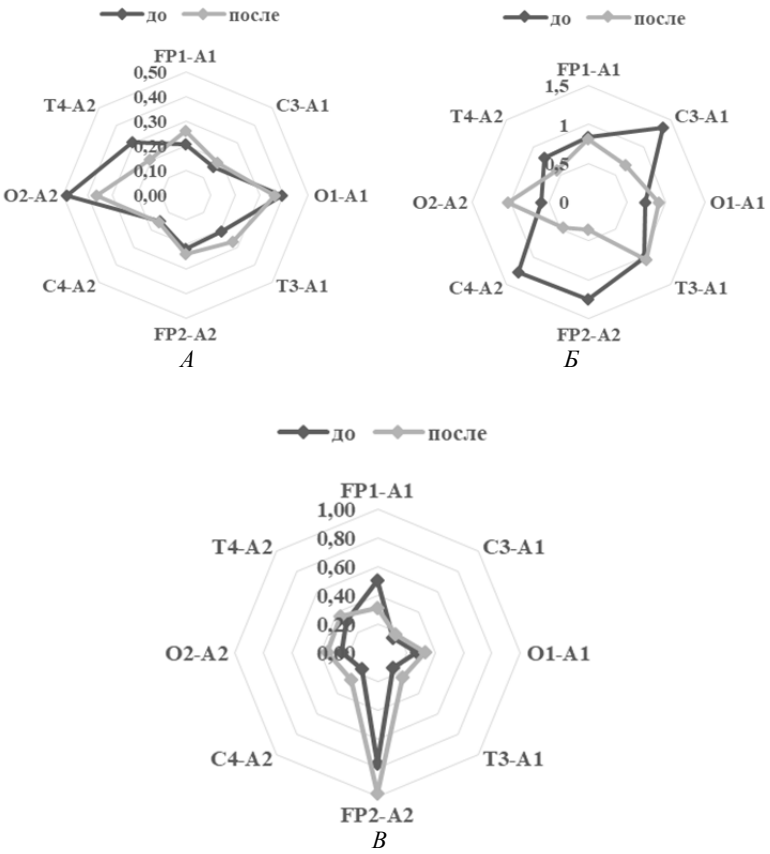


Рис. 19. Средняя мощность спектра высокочастотной бета-активности на фоне физической и когнитивной нагрузки обеих групп, мкВ²/с:
А – группа с миопией; *Б* – контрольная группа; *В* – группа с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

По результатам исследований показано, что студенты с заболениями опорно-двигательного аппарата более эмоциальны. Полученные нами характеристики бета-активности могут быть связаны с различной степенью активации нервных центров при

выполнении физических упражнений в разных группах и отражать уровень адаптационного потенциала, степень эмоциональной стабильности устойчивости к стрессовым ситуациям.

Полученные результаты позволяют говорить об определенных паттернах ритмики ЭЭГ, специфичных для студентов с ограниченными возможностями здоровья. Значительные изменения в электрической активности мозга были выявлены у представителей обеих групп. В группе контроля они оказались менее выраженными, так как более существенное значение в этих группах приобретают подкорковые центры, связанные с двигательными функциями. Все это непосредственно связано с особенностями приспособления организма к определенному уровню ДА, а также приобретенных и закрепленных специфичных двигательных навыков. Характер, уровень и периодичность физических нагрузок, наряду с формированием двигательных стереотипов, оказывают влияние на двигательную адаптацию студентов. Это влияние реализуется через механизмы формирования специфических паттернов биоэлектрической активности коры головного мозга.

3.3. Двигательная адаптация студентов с ОВЗ в условиях инклюзивного образования

3.3.1. Методы двигательной адаптации студентов с ОВЗ на основе тренировок с биологической обратной связью

Для улучшения биомеханических характеристик локомоций у студентов с ОВЗ нами предлагается включение в стандартные занятия ЛФК в Томском политехническом университете занятия на тренажерах с биологической обратной связью (БОС) для улучшения и формирования новых двигательных навыков, позволяющих повышать двигательную активность студентов с ОВЗ и, как следствие, приводящих к более активной и успешной физической и социальной адаптации студентов[194].

[194] Меерзон Т.И. Методы социализации детей с ОВЗ: технологии биологической обратной связи (БОС) // Концепт. 2017. Т. 35. С. 89–94. URL: http://e-

В течение двух недель у студентов ТПУ первого курса проводится три занятия ЛФК. Предлагается проводить одно из занятий на тренажерах БОС.

В качестве тренажеров предлагается компьютерный стабилоанализатор с биологической обратной связью «Стабилан–01–2» (производство НПО «Нейрософт», г. Иваново, Россия). Будут использоваться реабилитационные тренажеры «Построение картинок», развивающий тренажер «Тетрис». Также планируется применять компьютерный комплекс для диагностики, лечения и реабилитации больных с двигательной патологией «Траст–М», будут использоваться тренажеры на основе биологической обратной связи «Мишень» и «Ралли».

Стабилографические реабилитационные тренажеры на основе БОС учат произвольно контролировать и управлять положением ЦД собственного тела, тренируя функцию равновесия[195]. Сформированный таким образом навык позволяет обучающемуся улучшить свои движения и в дальнейшем выполнять бытовое самообслуживание без потери равновесия. Реабилитационные игры повышают устойчивость вертикальной позы, что приводит к уменьшению вероятности падения (как при стоянии, так и при ходьбе), снижает риск переломов и улучшает качество походки[196].

---

koncept.ru/2017/771189.htm; Провоторова Ю.А. Технология БОС в коррекционной работе с детьми с особыми образовательными потребностями. URL: http://nsportal.ru/nachalnaya-shkola/psikhologiya/2012/11/21/tekhnologiya-bos-v-korrektsionnoy-rabote-s-detmi-s-osobymi (дата обращения: 24.06.2018).

[195] Nogueira P., Urbano J., Reis L.P., Gonçalves J., Faria B.M. A Review of Commercial and Medical-Grade Physiological Monitoring Devices for Biofeedback-Assisted Quality of Life Improvement Studies // Journal of Medical Systems. 2018. № 42 (6). P. 101.

[196] Popova N.F., Shagaev A.S., Dyomina T.L., Boiko A.N. et al. Dynamic stabilometry as a monitoring for the movement and the management of disorders // Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova. 2009. № 109 (1). P. 35–39; Likhachev S.A., Maryenko I.P. Statokinetic characteristics of vestibular dysfunction in patients with vascular compression of the cochleo-vestibular nerve // Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova. 2015. № 7. P. 35–39; Hosseinpoor A.R., Bergen N., Schlotheuber A., Boerma T. National health inequality monitoring: current challenges and opportunities // Global Health Action. 2018. Vol. 11. Doi: 10.1080/16549716.2017.1392216.

Кроме того, увлекательный сюжет игр, эмоционально воздействуя на играющего, вызывает интерес к результату, повышает мотивацию к тренировочному процессу и эффективность обучения. Моделируется стрессовая (соревновательная) ситуация, которую в процессе тренировки необходимо преодолеть, и таким образом происходит как обучение навыкам контроля вегетативных реакций в условиях психоэмоционального напряжения, так и оздоровительный тренинг. Преодолевая противоречие между психоэмоциональной нагрузкой и необходимостью сохранять состояние спокойствия, играющий учится формировать резистентность к стрессовой ситуации виртуального соревнования. Ситуация соревнования вызывает у участника игры повышение симпатического тонуса, а необходимость расслабиться, повысив парасимпатический тонус, обучает его умению сохранить вегетативный баланс. Таким образом, играющий обучается контролировать свои вегетативные реакции и вырабатывает навыки адекватного поведения в условиях моделируемого стрессового воздействия[197]. Обучающие алгоритмы построены так, что для победы нужно улучшить свой собственный предыдущий результат, это является залогом совершенствования индивидуальных навыков. Все результаты сохраняются в базе данных, что позволяет проследить за динамикой обучения. Возможность анализировать результаты игровых сессий помогает определять индивидуальные особенности участника, выбирать наиболее подходящую тактику освоения навыков саморегуляции.

Тренажер «Построение картинок». Данная игра специально разработана для лиц, имеющих двигательные нарушения: инсульт, ДЦП, ограничение подвижности нижних конечностей после травм и переломов и т.п. Для проведения тренировки обучающегося устанавливают на стабилоплатформу и запускают новое обследование, выбрав в списке методик тренажер «Построение картинок».

[197] Suntsova A.S., Baranov A.A., Vorozhtsova I.B. Adaptive physical education at inclusive schools to facilitate mental and physical development of children with visual impairments // Teoriya i Praktika Fizicheskoy KulturyIssue. 2017. № 1. P. 35–37.

Запись пробы проводится последовательно в два этапа: этап предварительной настройки и этап записи тренинга при выборе соответствующих команд. Также существует дополнительная возможность синхронного наблюдения и записи физиологических каналов, имеющихся в стабилоплатформе. Возможно включение звукового сопровождения – режима, при котором будут озвучиваться события в игре.

В верхней части игрового поля располагаются четыре картинки и курсор, отображающие положение ЦД тренирующегося на плоскости стабилоплатформы. Образец картинки, которую необходимо собрать находится в нижней части панели управления (см. рис. 20). При запуске игры тренирующийся должен совместить курсор с одной из частей картинки, отклоняясь вперед с пятки на носок обеих ног. Задержав курсор на выбранной части картинки на 1 с (во время которой происходит захват части картинки), следует переместить захваченную картинку в одно из положений квадрата, перемещая ЦД с носка на пятку обеих ног. За каждую правильно собранную картинку тренирующийся получает 20 очков. При неправильном положении картинки в квадрате тренирующийся получает ошибки.

После завершения записи сеанс тренинга завершен, и программа переходит к обработке результатов обследования. На закладке «Результаты сеанса тренинга» (см. рис. 21) содержится результат игры: количество набранных очков и ошибок, длительность интервала захвата и укладки, скорость на этапе захвата и укладки. Уровень сложности игрового задания может меняться посредством увеличения или уменьшения масштаба. Успешность выполнения определяется по общему соотношению количества набранных очков и допущенных ошибок. Чем больше тренирующийся набирает очков, допуская при этом меньше ошибок, тем качественнее проведена игра.

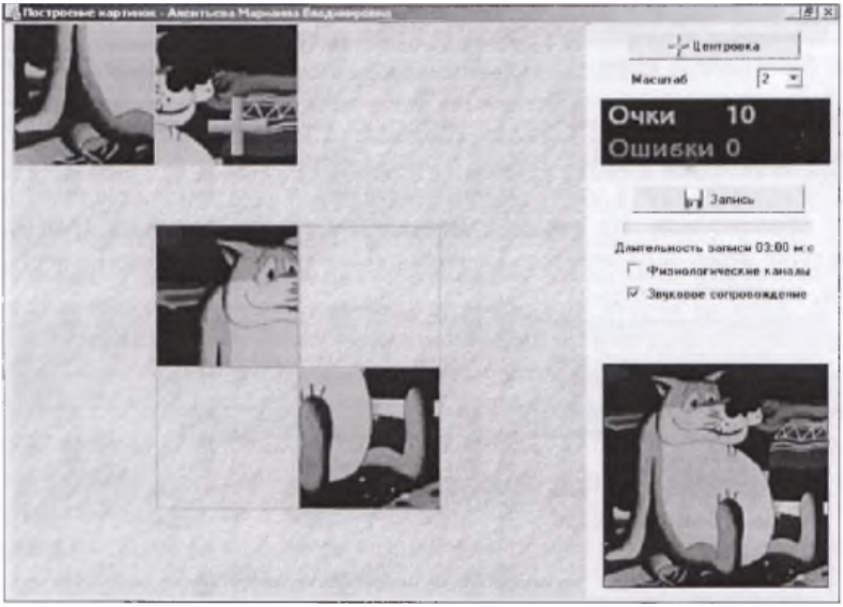
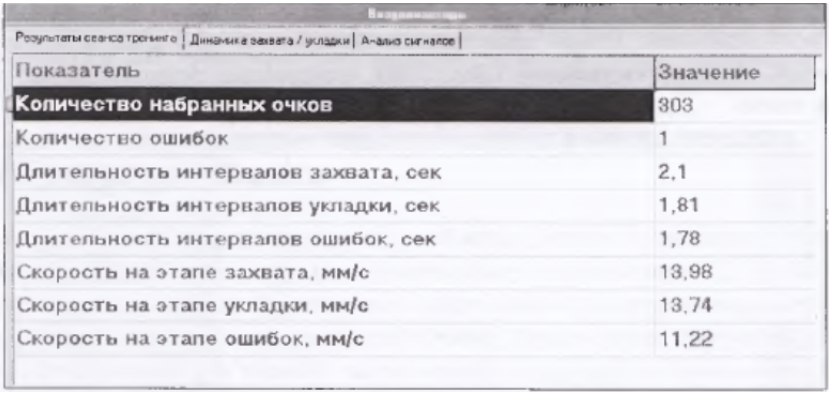


Рис. 20. Окно тренажера «Построение картинок»



Показатель	Значение
Количество набранных очков	303
Количество ошибок	1
Длительность интервалов захвата, сек	2,1
Длительность интервалов укладки, сек	1,81
Длительность интервалов ошибок, сек	1,78
Скорость на этапе захвата, мм/с	13,98
Скорость на этапе укладки, мм/с	13,74
Скорость на этапе ошибок, мм/с	11,22

Рис. 21. Диспетчер обработки тренажера «Построение картинок»

Тренажер «Тетрис». Данная игра обучает произвольному перемещению ЦД с максимальной амплитудой в сагиттальном и фронтальном направлениях (вперед–назад, влево–вправо). Цель игры – набрать максимальное количество очков. Для проведения методики тренирующегося устанавливают на стабилоплатформу и запускают новое обследование, выбрав в списке методик тренажер «Тетрис». Запись пробы проводится последовательно в два этапа: этап предварительной настройки и этап записи тренинга. Перед началом тренинга необходимо провести операцию центрирования, заключающуюся в совмещении центра координат стабилоплатформы с ЦД тренирующегося. На экране кроме игрового поля тренирующимся показаны набранные очки и строки. Существует возможность, как и в предыдущем тренинге, вывода физиологических каналов и звукового сопровождения игры. Пункт игры «Очистить стакан» позволяет очистить игровое поле при его полном заполнении. Пункт «Следующая фигура» позволяет тренирующемуся увидеть следующий четырехугольник. В левой части окна находится поле игры, содержащее четырехугольник и курсор, отображающий ЦД тренирующегося на стабилоплатформу.

Игровое поле состоит из прямоугольных фигур, появляющихся в верхней части экрана (см. рис. 22). При запуске игры фигура появляется в верхней части экрана. Задача обучающегося – положить ее в нижнюю часть игрового поля, резко отклоняясь назад (плавное отклонение назад приводит к сбросу фигуры). В игре «Тетрис» тренирующийся имеет возможность переворачивать фигуры на 90 градусов резким отклонением вперед. Внизу игрового поля обучающийся, перемещая фигуры из верхней части поля, должен составить строку. За каждую выстроенную строку студент получает 10 очков. Уровень сложности игрового задания может меняться посредством увеличения или уменьшения масштаба. Успешность обучения оценивается по количеству набранных очков.

После завершения записи сеанс тренинга завершен и программа переходит к обработке результатов обследования. На закладке «Результаты сеанса тренинга» (см. рис. 23) содержится результат игры: количество набранных очков и удаленных строк.

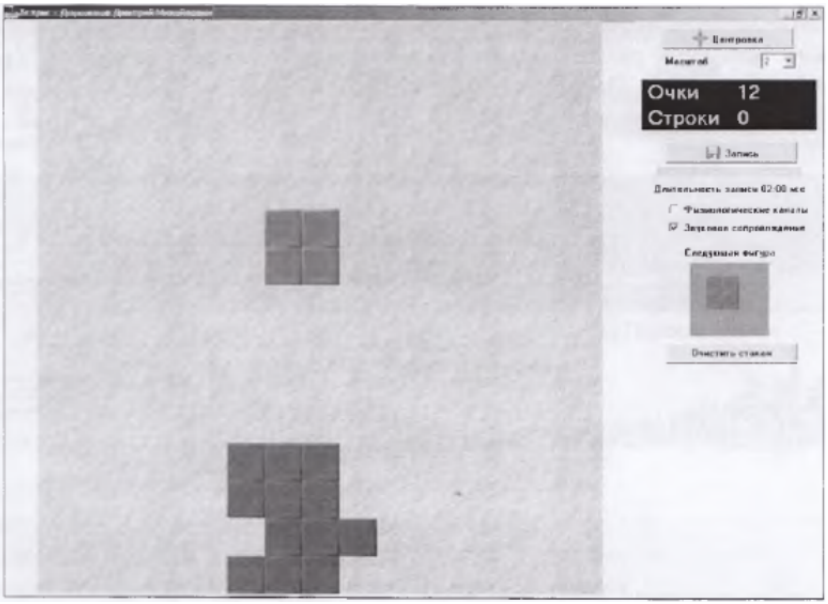


Рис. 22. Окно тренажера «Тетрис»

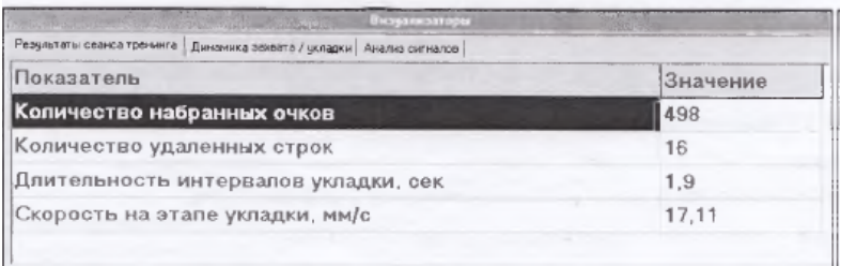


Рис. 23. Диспетчер обработки результатов тренажера «Тетрис»

Если методы БОС компьютерного стабилоанализатора отражают на экране одну общую точку центра давления всего тела пациента и ее передвижение в такт заданию и, в первую очередь, направлены на усиление устойчивости обучающегося и на укреп-

ление голеностопных суставов, то методы «Траст–М» с помощью специальных датчиков могут отражать работу каждой конечности в отдельности и их общий результат. Можно задать тренировочное задание на одну конечность или на обе, проводить избирательную тренировку движений в коленном или тазобедренном суставах при ходьбе (тренажер «Ралли») или работу только мышц верхних конечностей (тренажер «Мишень»).

При успешном выполнении текущей тренировки допустимо увеличение датчиков до 14 для усложнения заданий.

Таким образом, с помощью данного прибора возможна тренировка студентов с ОВЗ по преодолению препятствий и движений при резких поворотах пути с постепенным увеличением нагрузки.

Тренажер «Ралли». Начало работы стандартное: необходимо создать карточку обучающегося при первичном тренинге или найти в базе данных при последующем прохождении тренинга. Выбирается необходимая методика. Устанавливается один, два или более сенсоров, улавливающих работу ОДА на тренирующегося в зависимости от состояния и уровня поражения ОДА. Два из трех сенсоров устанавливают на нижние или верхние конечности симметрично. Сенсор поворота головы устанавливается на голову сзади на затылок (см. рис. 24). Существует возможность посмотреть правильность установки сенсоров на трехмерной модели при выборе соответствующего пункта меню программы. Особенностью работы на данном приборе является наличие автоматического центрирования, поэтому тренирующийся не должен вставать на платформу (см. рис. 25) до загрузки игр. После установки тренирующегося на платформу нажимается команда «Запуск». На рабочем экране отражается биомеханическая модель движения тренирующегося, на втором экране (экран тренирующегося) – окно с игрой и параметрами процесса тренировки (см. рис. 26). Сюжетом игры являются автомобильные гонки. Задача тренирующегося – пройти как можно быстрее и точнее заданную трассу, отклоняя ЦД тела в разные стороны, перенося ЦД с одной ноги на другую, совершая повороты суставов в сагиттальной и фронтальной плоскостях. Фиксируются время и отклонение от заданной трассы.

При запуске программы тренажера происходит автоматическая центровка платформы, далее следует установка тренирующегося на платформу, учитывая специальную разметку на ней. После установки игра запускается. На рабочем экране отражаются графические параметры движения тренирующегося, на втором экране (экран тренирующегося) – окно с игрой и параметрами процесса тренировки (см. рис. 26).

Время задается пользователем от двух минут в начале тренинга и до 10 минут в конце череды тренировочных занятий.

После окончания тренинга данные о нем сохраняются в базе данных «Траст–М» (рис. 27).

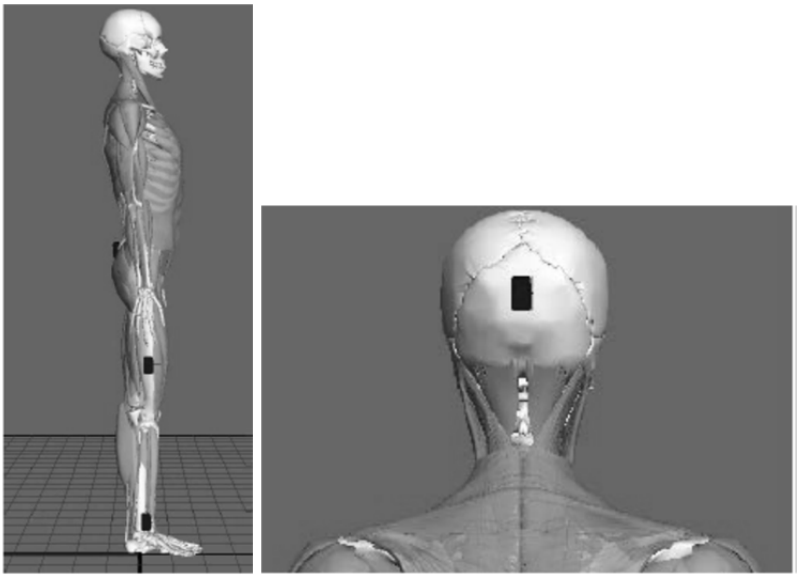


Рис. 24. Схема установки сенсоров



Рис. 25. Вид стабилографической платформы комплекса «Траст–М»



Рис. 26. Экраны тренажера «Ралли»

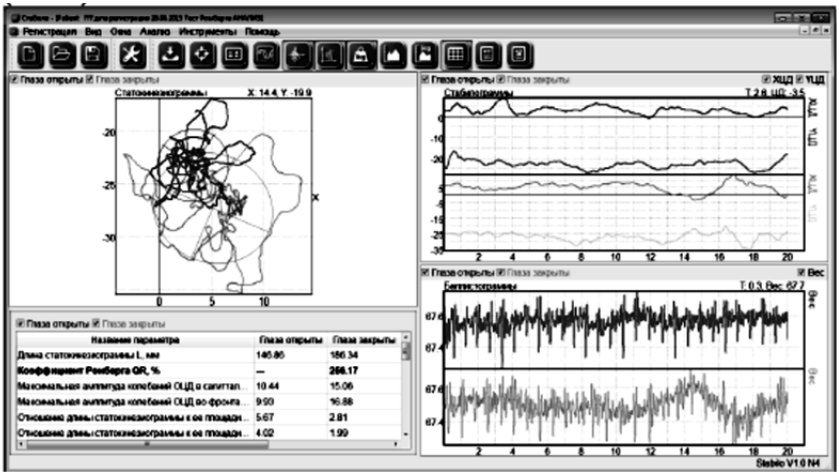


Рис. 27. Диспетчер обработки результатов тренажера «Ралли»

3.3.2. Эффективность применения методик двигательной адаптации студентов с ОВЗ на основе биологической обратной связи

В исследовании принимали участие 27 студентов с ОВЗ, среди которых 17 имели нарушения опорно-двигательного аппарата – группа ОДА, и 10 студентов – высокую степень миопии (от 6 до 10 диоптрий) – группа миопии. Возраст студентов составил от 18 до 20 лет. Цель исследования – оценить влияние курса БОС-тренировок на статодинамическую адаптацию студентов с БОС.

В течение 10 дней студенты занимались по 20 мин на реабилитационных БОС-тренажерах «Построение картинок» (5 мин), «Тетрис» (5 мин) на компьютерном стабилоанализаторе с биологической обратной связью «Стабилан–01–2» (производство НПО «Нейрософт», г. Иваново, Россия) и реабилитационном тренажере «Ралли» (10 мин) на компьютерном комплексе для диагностики, лечения и реабилитации больных с двигательной патологией «Траст–М».

Для оценки эффективности использования данной реабилитационной программы до и после курса БОС-тренировок у студентов с ОВЗ были проведены тесты на анализ статодинамической устойчивости с помощью компьютерного комплекса «Траст–М». Были сделаны стабилографические тесты: тест Ромберга с европейской постановкой ног с открытыми (ОГ) и закрытыми (ЗГ) глазами, тест лимита стабильности и сенсорно-вестибулярный тест. Полученные данные обрабатывались с помощью компьютерной программы статистического анализа Statistica 10.0. Для оценки достоверности использовался непараметрический критерий Манна – Уитни.

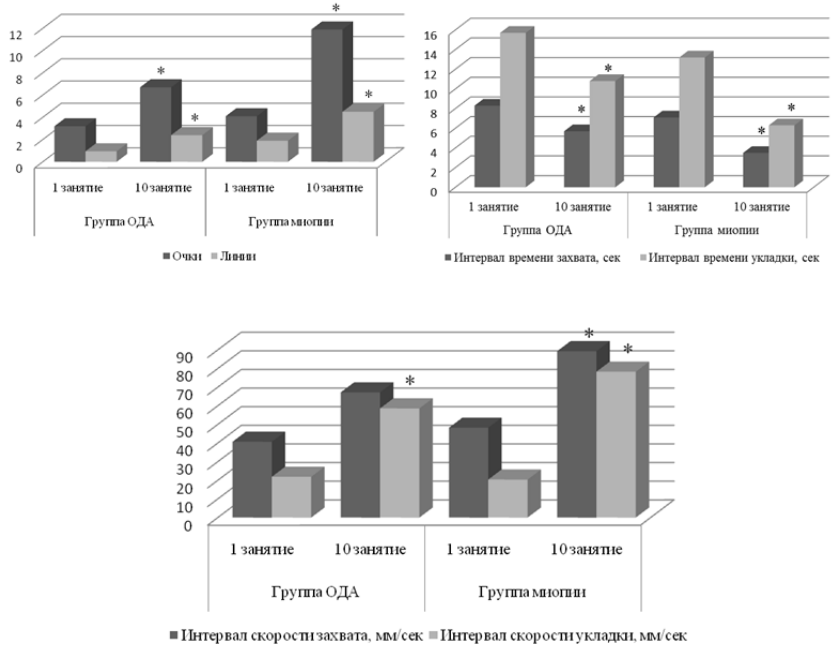


Рис. 28. Стабилографические показатели выполнения реабилитационных тренажеров «Построение картинок» и «Тетрис». * Достоверность различий первого и десятого занятия БОС-тренировки, $p < 0,05$

После проведения курса БОС-тренировок с использованием реабилитационного тренажера «Построение картинок» и развивающего тренажера «Тетрис» по сравнению с результатами первого занятия было зафиксировано в группе ОДА увеличение количества набранных очков на 209%, в группе миопии – на 290% ($p < 0,05$; см. рис. 26). Количество набранных линий увеличивалось на 255% в группе ОДА и на 293% в группе миопии ($p < 0,05$; см. рис. 26). Интервалы времени захвата и времени укладки уменьшились на 31% в группе ОДА ($p < 0,05$) и на 51 и 53% соответственно, в группе миопии ($p < 0,05$; см. рис. 28). Интервал скорости захвата цели увеличился достоверно только в группе миопии на 185%, а интервал скорости укладки в обеих группах – на 267% в группе ОДА и на 384% в группе миопии.

При анализе статокинезиограмм, полученных при первичном прохождении студентами с ОВЗ реабилитационного тренажера «Ралли», было видно, что ОЦД студентов группы ОДА постоянно смещался вперед и минимально отклонялся назад. У студентов группы миопии происходило то же – смещение ОЦД вперед с более уверенным смещением назад (см. рис. 29). После прохождения курса БОС-тренировок у студентов группы ОДА наблюдалось смещение ОЦД на 20–30% к началу (центру) координат и более уверенное отклонение назад. В группе миопии происходило более значимое смещение ОЦД в начало координат и уверенное отклонение ОЦД назад, влево и вправо (рис. 29).

Таким образом, более значимые результаты наблюдались у студентов группы миопии (рис. 28, 29). Но в то же время после курса БОС-тренировок студентам обеих групп стало легче манипулировать своим центром давления и свободнее удерживаться в неудобном положении.

При устных опросах у студентов группы ОДА часто наблюдалось улучшение чувства опоры на двух ногах, в группе миопии – улучшение чувства координации в пространстве.

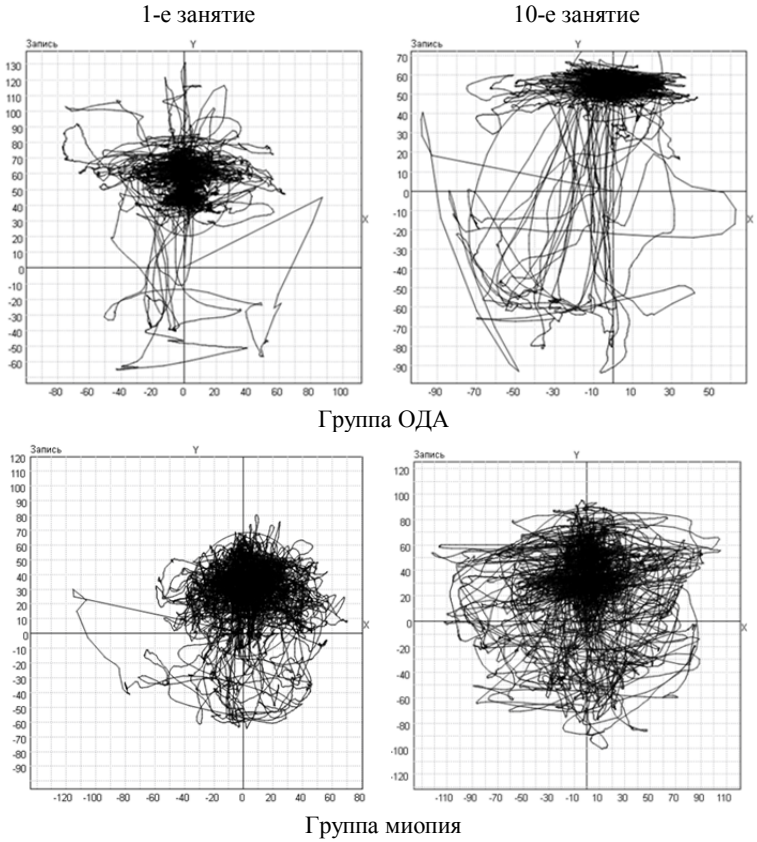


Рис. 29. Статокинезиограммы выполнения
реабилитационного тренажера «Ралли»

При анализе результатов стабилографических тестов после проведения курса БОС-тренировок были зафиксированы достоверные изменение показателей в обеих группах. При этом в группе миопии фиксировались более значимые изменения (см. рис. 28–30).

В тесте Ромберга площадь статокинезиограммы в группе миопии при выполнении пробы с открытыми глазами уменьшилась практически в 2 раза и уменьшалась на 40% с закрытыми глазами

(p < 0,05; рис. 30). Показатель затраченной работы в группе ОДА с закрытыми глазами увеличивался на 10%, в группе миопии с открытыми глазами происходило увеличение на 17,5%, а с закрытыми глазами – на 7% (p < 0,05; рис. 30).Уменьшение среднеквадратического отклонения ОЦД в сагиттальной плоскости при выполнении пробы Ромберга с закрытыми глазами в группе ОДА после курса БОС-тренировок происходило на 15%, а в группе миопии – на 42% (p < 0,05; рис. 30). Во фронтальной плоскости уменьшение среднеквадратического отклонения ОЦД происходило только в группе миопии с закрыми глазами на 25% (p < 0,05; рис. 30).

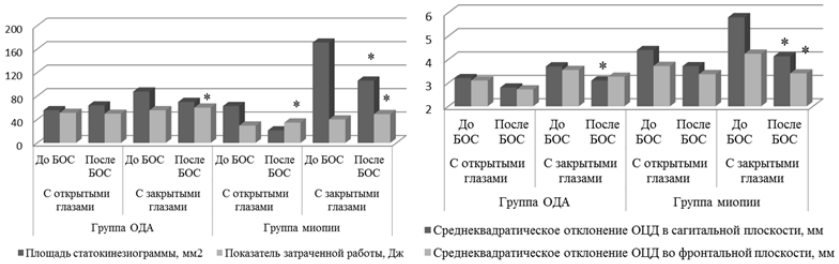


Рис. 30. Стабилографические показатели выполнения теста Ромберга до и после курса БОС-тренировок. * Достоверность различий до и после курса БОС-тренировки, p < 0,05

После курса БОС-тренировок при выполнении теста лимита стабильности было зафиксировано уменьшение показателя максимума стабильности при наклоне туловища назад и влево, на 26 и 29% соответственно в группе ОДА (p < 0,05; см. рис. 31). В группе миопии максимум стабильности увеличивался при наклоне вперед на 12%, назад – на 15%, и уменьшался при наклоне вправо на 33% (p < 0,05; см. рис. 31). Показатели скорости передвижения ОЦД в группе ОДА увеличивались при наклоне вперед (34%) и назад (47%), в группе миопии уменьшались – при наклоне назад на 37%, влево на 13% и вправо на 33% (p < 0,05; см. рис. 31). Среднее положение в сагиттальной плоскости в группе ОДА уменьшалось при наклоне назад на 62% (p<0,05), в группе миопии при наклоне назад – на 51%, при

наклоне влево – на 75,5%, и увеличивалось на 82,4% при наклоне вперед ($p < 0,05$; рис. 31). Среднее положение во фронтальной плоскости в группе ОДА увеличивалось при наклоне вперед на 330% и снизилось при наклоне назад на 288%, вправо – на 211%. В группе миопии происходило, наоборот, уменьшение при наклоне вперед на 53% и при наклоне вправо – на 40% ($p < 0,05$; рис. 31).

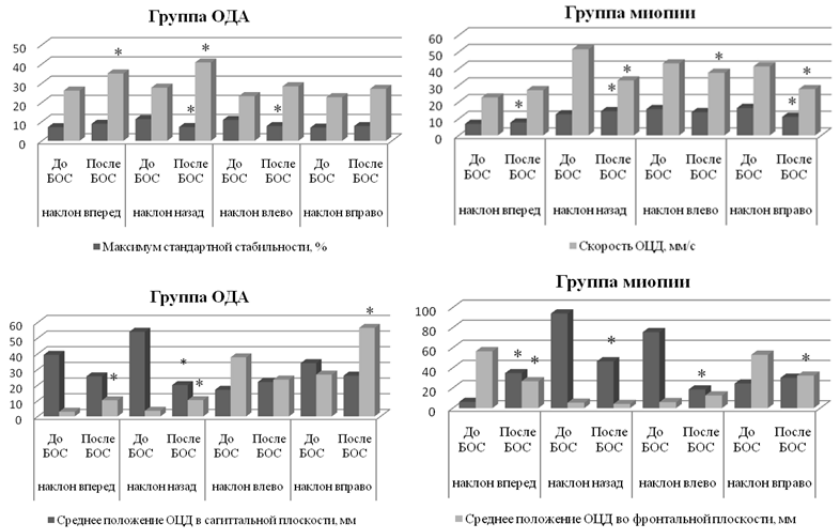


Рис. 31. Стабилографические показатели выполнения теста лимита стабильности до и после БОС тренировки. * Достоверность различий до и после курса БОС-тренировки, $p<0,05$

При анализе показателей выполнения сенсорно-вестибулярного теста было обнаружено, что в группе ОДА длина эллипса уменьшается практически вдвое при повороте головы вправо при открытых и закрытых глазах и при повороте головы влево с закрытыми глазами ($p < 0,05$; см. рис. 32). В группе миопии происходило уменьшение данного показателя также практически вдвое при выполнении всех вариантов теста ($p < 0,05$; рис. 32). Отношение длины статокинезиограммы к ее площади в группе ОДА увеличивалось при повороте

вправо при открытых глазах на 43,2%, при повороте головы влево – на 48% при закрытых ($p < 0,05$; рис. 32). В группе миопии происходило увеличение данного отношения с открытыми глазами при повороте головы влево на 223% и при повороте головы вправо – на 207% ($p < 0,05$; рис. 32). Показатель стабильности в группе ОДА увеличивался на 5% при повороте головы влево при открытых и закрытых глазах ($p < 0,05$; рис. 32). В группе миопии так же происходило увеличение (на 6–7%) при повороте головы влево и право при открытых глазах ($p < 0,05$; рис. 32). Показатель ширины эллипса: в группе ОДА при повороте головы вправо происходило уменьшение на 40% при открытых глазах и на 33% при закрытых ($p < 0,05$; рис. 32). В группе миопии наблюдалось уменьшение на 47% данного показателя при повороте головы влево с открытыми глазами, при повороте вправо на 42% с открытыми и на 33% с закрытыми глазами ($p<0,05$; рис. 32).

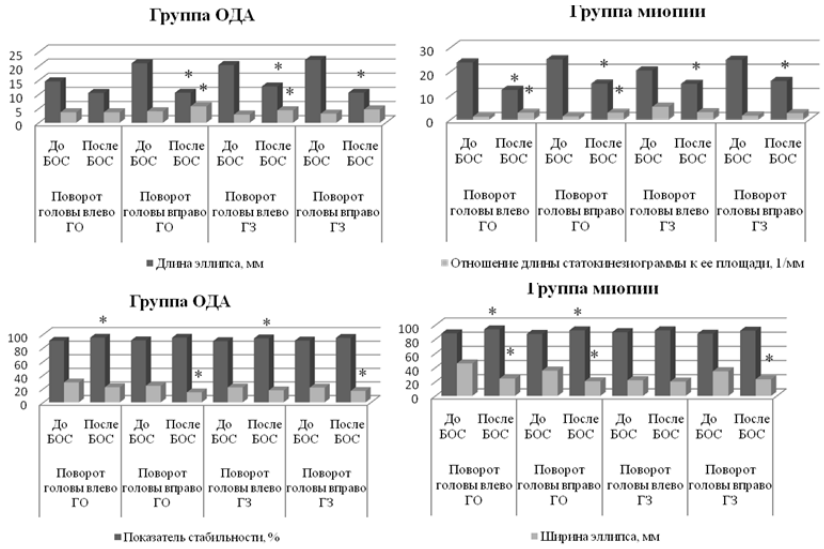


Рис. 32. Стабилографические показатели выполнения сенсорно-вестибулярного теста до и после БОС тренировки. *Достоверность различий до и после курса БОС-тренировки, $p < 0,05$; ГО – глаза открыты, ГЗ – глаза закрыты

Таким образом, после прохождения курса БОС-тренировок стабилографические характеристики выполнения для анализа статодинамической устойчивости претерпели значительные изменения в обеих исследуемых группах студентов.

После прохождения курса БОС-тренировок у студентов обеих групп происходило уменьшение разброса среднего положения в сагиттальной и фронтальной плоскостях, уменьшение площади эллипса, его ширины и длины. При проведении теста Ромберга произошло уменьшение скорости ОЦД, а при выполнении теста лимита стабильности – увеличение как компенсация резкого изменения положения тела. Большинство изменений было характерно для сагиттальной плоскости. В то же время, студенты стали вкладывать больше энергии в процесс удерживания равновесия. Полученные результаты свидетельствуют об улучшении статического и динамического равновесия – усиливается роль вестибулярного анализатора и уменьшается зависимость равновесия от зрительного анализатора. Больший эффект БОС-тренировок проявляется в группе миопии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании анализа зарубежного опыта двигательной, социально-психологической и педагогической адаптации студентов с ОВЗ к обучению в среде университетов и колледжей выявлены следующие наиболее действенные механизмы адаптации, которые могут быть использованы в российской системе профессионального образования:

1. Универсальный механизм, который может быть использован для работы со всеми нозологиями и по всем направлениям начиная со старших классов школы. Создание постоянно совершенствующейся «децентрализованной» системы поддержки студентов с инвалидностью в рамках университетского сообщества посредством образования межинституциональных центров. Такого рода центры могут стать драйверами развития инклюзии в образовательном учреждении на основе принципов разумности и достаточности. На их базе будут проводиться индивидуальные консультации, чтобы помочь инвалидам сделать выбор программы высшего (среднего) образования, которая наиболее подходит для их потребностей и оправдает ожидания в отношении дальнейшей карьеры.

2. Постоянная модификация образовательных программ и единое пособие (по примеру Disabled Students' Allowance) для студентов с инвалидностью позволит решить вопрос образовательной адаптации на уровне вуза (ссуза). Однако следуя принципу разумности нет необходимости делать адаптированными все программы, поскольку не все они избираются для обучения инвалидами. Оптимальным решением является разработка унифицированного модуля для основных образовательных программ, состоящего из следующих блоков: психологического (решение вопроса личностной адаптации – программа тренингов), социального (работа с учебной группой, знакомство с кампусом и преподавателями, консультации по карьерному конструированию и пр.), физиологического (адаптивная образовательная программа в рамках стандартных занятий

физической культуры) с учетом нозологии. В данный модуль могут быть включены блоки дисциплин на выбор.

3. Проведение комплексных мероприятий для работы с преподавательским составом в целях популяризации принципов инклюзии и устранения Disablist language.

4. Критическая оценка результатов первого года обучения показала, что решение вопроса физической доступности в здание не решает проблему доступности в целом образовательного процесса. Одним из наиболее эффективных механизмов адаптации является работа с территориями кампуса на основании принципов универсального дизайна (реализован студенческий проект «Доступный кампус» с учетом потребностей студентов с различными нозологиями).

5. В качестве эффективного механизма адаптации в России перспективно использовать практику сопровождения добровольцами (на базе волонтерских центров) студентов с инвалидностью.

Сравнение результатов международных исследований с направлениями нашей научно-исследовательской работы показало, что в российской практике имеет место узкое понимание инвалидности (физическая явная инвалидность). Однако понятие инвалидности постоянно расширяется, может включать дислексию (избирательное нарушение способности к овладению навыком чтения и письма при сохранении общей способности к обучению). Кроме того, результаты социологического исследования показали, что студенты с неявной инвалидностью также нуждаются в поддержке и карьерном сопровождении. Скрытая инвалидность часто является причиной низких оценок студентов в учебном процессе. Можно констатировать, что этот аспект, безусловно, должен быть учтен при разработке механизмов эффективной адаптации. Кроме того, в результате комплексного (социально-психологического и физиологического блоков) исследования было установлено, что система адаптации обучающихся с врожденной инвалидностью должна отличаться от системы адаптации обучающихся с приобретенной инвалидностью. Для вторых должна быть усилена физиологическая составляющая.

На основе изучения опыта российских учебных заведений профессионального образования, реализующих программы инклюзивного образования, были отобраны и обоснованы методы оценки эффективности программ по адаптации студентов с ОВЗ к обучению в системе профессионального образования – разработан перечень критериев для оценки степени готовности образовательного учреждения системы ВПО к реализации инклюзивного подхода (см. приложение). Был составлен и классифицирован по трем группам список учреждений высшего и среднего профессионального образования, в которых этот опыт наиболее успешен.

Был изучен опыт российских учебных заведений профессионального образования, реализующих программы инклюзивного образования. На основе изучения источников, находящихся в свободном доступе, была проведена оценка успешности реализации программ инклюзивного образования. Для систематизации опыта российских учебных заведений профессионального образования, реализующих программы инклюзивного образования, вузы и ссузы были классифицированы по трем направлениям, согласно описанным и систематизированным моделям инклюзии. В первую группу вошли неспециализированные вузы и ссузы, не имеющие широкого опыта обучение инвалидов (в основном предлагается дистанционное обучение; нет преподавательского опыта работы со студентами, имеющими инвалидность). Это самая большая часть учреждений профессионального образования в России, реализующих модель инклюзии «де юре». Вторая группа – частично специализированные вузы и ссузы, имеющие специальные отделения: центры подготовки инвалидов для поступления, центры психолого-педагогической помощи инвалидам и пр. Это образовательные учреждения, имеющие многолетний успешный опыт реализации программ инклюзивного образования. В данных вузах реализуется модель инклюзии «де факто». На основе анализа программ инклюзивного образования проводился анализ методического обеспечения и сопровождения процесса обучения студентов с ОВЗ. Именно в эти вузы были командированы участники проекта. С представителями данных вузов был обсужден перечень критериев для оцен-

ки готовности образовательного учреждения профессионального образования к инклюзии. В третью группу вошли специализированные вузы и ссузы. Это вузы, изначально ориентированные на образование людей с ограниченными возможностями, они реализуют модель «обратной инклюзии».

Установлено, что в первых двух моделях присутствует существенный недостаток – не учитывается процесс работы со сверстниками – психологические барьеры пребывания в учебных группах. То есть вся работа направлена только на самих инвалидов и в меньшей степени – на их окружение. Кроме того, все модели, реализуемые в российских вузах и ссузах, сформированы в рамках «социальной модели» инклюзии, пришедшей на смену «медицинской модели». Этот факт не позволяет учитывать средовые факторы при внедрении принципов инклюзии в работу образовательных учреждений. Изучение опыта зарубежных образовательных учреждений показало, что необходимо опираться на модель инклюзии, базирующейся на принципах демократизации образования и идей того, что возможность продолжать обучение на протяжении всей жизни – это одно из неотъемлемых прав человека, на равенстве прав всех участников образовательного процесса (а не только на приоритетном праве инвалида). Ключевым принципом данной модели является тот факт, что права инвалида на образование не должны ущемлять права других участников. Кроме того, исследование показало, что в работе с обучающимися с инвалидностью не рассматриваются два аспекта: процессы адаптации не учитывают студентов с неявной инвалидностью, а также то, когда была получена инвалидность (является ли она врожденной или приобретенной).

В целом важно отметить, что в обществе наметился положительный сдвиг в сторону принятия практики инклюзивного образования. Значительная часть публикаций последних трех лет затрагивает вопросы трудоустройства выпускников вузов и ссузов. Тем не менее эта проблема продолжает оставаться остро актуальной. Анализ зарубежного опыта и результаты нашего исследования показали, что данная проблема может быть решена посредством ранней профессиональной интервенции (профессионального консультирования)

и выстраивания индивидуальных карьерных траекторий. Эту задачу по силам взять на себя учебным заведениям. За период 2012–2017 г. в вузах присутствует положительная динамика, связанная с доступностью обучения молодых людей с разной степенью инвалидности. Однако «де факто» не означает, что инвалиды могут поступить и обучаться в вузах без ограничений. По результатам анализа различных источников сделаны выводы о том, что достаточно успешно решаются проблемы физической изоляции (создание инфраструктуры), однако при решении этой проблемы необходимо опираться на требования универсального дизайн. В противном случае сам по себе пандус в учебном корпусе не делает учебный корпус доступным. Кроме того, решение проблемы одного здания не решает вопросов доступности передвижения между корпусами. Необходимо разрабатывать стандарты карт кампусов, где были бы указаны маршруты передвижения между корпусами. Это возможность преодоления пространственно-средового барьера[198].

Кроме того, как показал опыт исследований физического состояния студентов с ОВЗ, в процессе преодоления пространственно-средового барьера важной является физическая подготовка студента с инвалидностью, причем как с явной, так и скрытой. В процессе исследования была показана высокая эффективность применения тренировки с БОС для формирования у студентов с ОВЗ необходимых двигательных навыков, оптимального уровня физической и функциональной подготовленности для психофизиологической адаптации к условиям образовательной среды, что способствует более активной и успешной физической и социальной адаптации студентов.

Поэтому целесообразно включить в программу по физической культуре в системе профессионального образования занятия на тренажерах с БОС для формирования и закрепления новых двига-

[198] Лукьянова Н.А. Пространство равных возможностей: студенческий проект «доступный кампус» // Социальные процессы в современной Западной Сибири : сб. науч. тр. XVII Всерос. науч.-практ. конф. Горно-Алтайск : Горно-Алтайск. гос. ун-т, 2017. С. 94–97.

тельных навыков, позволяющих повышать двигательную активность.

В настоящее время тренировки на тренажере с БОС стабилометрического комплекса «Траст-М БОС-Биомеханика» уже внедрены на практических занятиях по физической культуре и реализуются в рамках базовой рабочей программы модуля «Адаптивная физическая культура». Однако информация о возможности заниматься адаптивной физической культуры присутствует только на сайтах вузов. Программа разработана в основном для студентов-бакалавров. Желательно ее присутствие в магистерских программах хотя бы в качестве вариантивного компонента.

Таким образом, анализ информации из различных источников показал, что ключевыми барьерами в обучении студентов с ОВЗ являются не только физические и средово-пространственные, но и, в значительной степени, социальные (эмоциональные, коммуникативные) и педагогические барьеры, в том числе связанные с медицинской и методической поддержкой студентов в вузе.

Разработанный план мероприятий состоит из трех этапов, каждый из которых включает собственные блоки мероприятий. Концептуально план мероприятий представляет собой систематизацию опыта зарубежных и российских образовательных учреждений в части наиболее эффективных практик по адаптации обучающихся с ОВЗ к системе высшего образования.

Первый, довузовский этап состоит из двух блоков мероприятий: профориентационного и функционального. Первый блок включает мероприятия раннего профориентирования (начиная с 9-го класса) школьников с ОВЗ. Социологическое исследование показало, что именно учащиеся с ОВЗ и их родители испытывают дефицит информации о направлениях профессиональной подготовки, которые предлагают вузы и ссузы в их регионе и ближайших областях. Мероприятия носят информационный характер и направлены на формирование представления обучающегося о профессиях, требованиях к квалификации и профессионально важных качествах специалиста, а также особенностях рынка труда. Основными методами работы при этом являются лекции, беседы,

семинары. Мероприятия должны быть направлены как на детей, так и на их родителей. Функциональный блок направлен на решение задач по организации подготовительных отделений при колледжах, техникумах и университетах для тех, кто планирует сдавать вступительные экзамены, а не ЕГЭ.

Второй этап (условно обозначим его как вузовский) состоит из двух блоков мероприятий. Первая группа – мероприятия по оценке ресурсного потенциала образовательного учреждения, нацеленные на решение вопросов создания инклюзивного пространства. Посредством данных мероприятий решаются вопросы: обучения преподавателей преимуществам инклюзивного образования (технологии, работа в классе, отношение); доступности среды и инфраструктуры; готовности вузов и ссузов иметь дело со студентами с ОВЗ (знание потребностей, адаптация учебных планов, программ). На основании системы критериев самооценки, выстроенных по четырем векторам (описаны выше), оценивается готовность университетов иметь дело со студентами с ОВЗ (знание потребностей, адаптация учебных планов, программ и пр.).

Вторая группа мероприятий связана с системой психологической, социальной и двигательной адаптации в первые два года обучения. Оценивается подготовленность самого студента с ОВЗ к обучению в вузе (информированость и профориентированость). Оценивается каждый обучающийся по следующим параметрам: возможности компенсации дефектов и нарушений; ранняя диагностика; способность воспринимать дефекты и ограничения здоровья позитивно; социальная поддержка от значимых «других»; знание индивидуальных сильных сторон; знание своих ограничений и как это отражается на получении знаний; самоопределение; чувство внутреннего и внешнего контроля; способность ставить «гибкие» цели; упорство и познавательная креативность; удовлетворенность сервисами и размещением в вузе; опыт обучения в колледже до обучения в университете. На этом этапе активно задействованы волонтерские центры и центры межинституционального взаимодействия, решаются вопросы доступности кампуса.

На третьем этапе ключевыми являются мероприятия по карьерному конструированию и профессиональному самоопределению, поиску мест для прохождения производственной практики, организации доступности инфраструктуры в местах прохождения практики, сопровождению к месту практики, помощи в трудоустройстве в сотрудничестве с центром занятости. Комплекс мероприятий по карьерному конструированию является сквозным и проходит через все три этапа.

План мероприятий выстроен на иерархии целей и задач: на первом уровне задаются социально-значимые цели, связанные с внедрением принципов инклюзии в работу образовательных учреждений. Это работа ведется на уровне министерств. На втором уровне задаются функциональные требования к образовательным учреждениям, оценивается их ресурсный потенциал на основе разработанных критериев. Такой подход базируется на принципах разумности и универсального дизайна. Именно на этом уровне коллектив проекта способен разработать систему общественной оценки готовности образовательных учреждений к инклюзии. На третьем уровне реализуются конкретные формы и методы работы со студентами-инвалидами и студентами с ОВЗ: это комплекс социально-психологических, педагогических и физиологических мероприятий, которые входят в систему описанных выше мероприятий.

План мероприятий позволяет комплексно применить формы и методы адаптационной работы в вузах и ссузах, обосновать их последовательность, а критерии готовности к внедрению принципов инклюзии в структуру образовательного процесса позволят оценить внешние и внутренние условия ее успешной реализации.

Приложение

Критерии индивидуальной оценки

Критерий	Пример / практика	Экспертная оценка
Ось А. Создание инклюзивной культуры **А.1.** ***Построение университетского сообщества***		
А.1.1. В учебной группе каждый чувствует, что к нему относятся доброжелательно	В группе, где есть студент-колясочник, сокурсники оставляют незанятым удобное место в классе для коляски	от 1 до 5
А.1.2. Одногрупники/однокурсники всегда готовы помочь друг другу	Если студент отсутствует из-за недомогания, кто-то из студентов свяжется с ним и сообщит важную (новую) информацию	от 1 до 5
А.1.3. Преподаватели взаимодействуют друг с другом по вопросам методического и иного обеспечения учебного процесса для студентов с ОВЗ	Все преподаватели, обеспечивающие учебный процесс, знают о потребностях и о том, что в группе есть студент с особыми потребностями	от 1 до 5
А.1.4. Обучающиеся и преподаватели относятся друг к другу с уважением	Студенты и преподаватели не позволяют себе неуважительных реплик по отношению друг к другу	от 1 до 5
А.1.5. Вуз и представители различных организаций (медицинские, реабилитационные и др. учреждения) работают в сотрудничестве	При составлении индивидуального плана реабилитации, индивидуального плана, индивидуальной карьерной траектории все организации сотрудничают. Вовлечение студентов-инвалидов в совместную внеучебную деятельность со здоровыми однокурсниками	от 1 до 5
А.2. ***Принятие инклюзивных ценностей***		
А.2.1. Прогноз успеваемости не зависит от наличия или отсутствия инвалидности	Стандарты обучения не снижаются для инвалидов	от 1 до 5

A.2.2. Сотрудники вуза, вышестоящие организации, обучающиеся и родители разделяют (принимают) идеологию инклюзии	Инвалид не чувствует, что его оставили одного наедине с его проблемами	от 1 до 5
A.2.3. Всех обучающихся одинаково ценят как личностей	Преподаватели приучаются отделять инвалидность от самого человека и его способностей	от 1 до 5
A.2.4. Преподаватели и обучающиеся относятся друг к другу искренне, а не формально играют свои «роли»	Студенты отмечают , что им комфортно в обществе преподавателей	от 1 до 5
A.2.5. Преподаватели стремятся преодолеть барьеры на пути обучения и полноценного участия всех обучающихся во всех аспектах университетской жизни	Студенты с инвалидностью посещают спортзал, приглашаются на университетские мероприятия	от 1 до 5
A.2.6. Вуз стремится к тому, чтобы исключить все виды дискриминации (по гендерному, национальному, религиозному и другим принципам)	Студента с инвалидностью приглашают, и он участвует во всех мероприятиях, где его участие (присутствие) не угрожает здоровью его и других, где возможно оказать ему поддержку в разумных пределах	от 1 до 5
Ось B. Разработка инклюзивной политики **B.1.** ***Развитие вуза для всех***		
B.1.1. Назначения сотрудников с инвалидностью и их повышение в должности являются справедливыми	Сотрудники с инвалидностью могут занимать любые ступеньки в карьерной лестнице (нет ограничений)	от 1 до 5
B.1.2. Всем новым сотрудникам помогают влиться в коллектив вуза	В корпоративных мероприятиях участвуют все сотрудники (с инвалидностью и без). Вовлечение сотрудников с инвалидностью в совместную деятельность	от 1 до 5

В.1.3. Университетский кампус и аудитории доступны для обучающихся с физической инвалидностью	Разработаны маршруты, позволяющие студенту с инвалидностью посещать все необходимые лекции и помещения (столовая, библиотека, уборная) или продумана альтернатива: помощник сходит по поручению студента в библиотеку или библиотекарь вынесет заказанные книги студенту. Наличие парковочных мест для транспорта инвалидов. Оборудованные места в общежитиях	от 1 до 5
В.1.4. Информационное пространство вуза соответствует потребностям студентов-инвалидов (с различными нозологиями)	Наличие версии сайта для слабовидящих. Наличие информации об условиях предоставления образовательных услуг для инвалидов. Наличие информации о перечне оказываемых образовательных услуг. Наличие раздела сайта для студентов с ОВЗ с функцией обратной связи и пр.	от 1 до 5
В.1.5. Всем первокурсникам помогают Адаптироваться в университете	В вузе есть куратор, тьютор и студенты его (их)лично знают. Кураторы и тьюторы знакомы со студентом, которому требуется помощь (все ситуации уникальны)	от 1 до 5
В.2. ***Организация поддержки разнообразия***		
В.2.1. Все виды поддержки, предоставляемые вузом, координируются	Преподаватель может получить консультацию у координатора (тьютора), который работает со студентом с инвалидностью. Преподаватель всегда знает, к кому обратиться (есть функциональный центр), чтобы получить помощь: – сурдопереводчика и тифлокомментатора, ассистентов для записи лекций;	от 1 до 5

	– в использовании технического оборудования для обучения каждой группы инвалидов (с различными нозологиями). Образовательные потребности студентов с ОВЗ учитываются при составлении расписания аудиторий	
В.2.2. Повышение профессиональной квалификации сотрудников вуза помогает им более адекватно реагировать на разнообразие потребностей обучающихся	В вузе есть постоянно действующие курсы по повышению квалификации преподавателей для работы со студентами с ОВЗ Проходят регулярное повышение квалификации и стажировки преподавателей, работающих со студентами с ОВЗ	от 1 до 5
В.2.3. Вузовская политика образования учитывает интересы обучающихся с особыми образовательными потребностями	Преподаватели понимают, что они обязаны поддержать студента с особыми потребностями, и согласны с тем, что человек с инвалидностью имеет право на получение полноценного образования	от 1 до 5
В.2.4. Студенты с инвалидностью активно вовлекаются / участвуют в дополнительные(ых) внеаудиторные(ых) занятия(х)	Участие студентов с ОВЗ в совместных проектах со здоровыми одногрупниками (студенты не отказываются от выполнения совместных заданий). Студенты-инвалиды вовлечены в совместную внеучебную деятельность со здоровыми однокурсниками. В вузе организованы спортивные клубы и секции для студентов с ОВЗ. В рамках проведения спортивных мероприятий проводятся «параолимпийские» соревнования	от 1 до 5

B.2.5. Снижены социально-психологические барьеры, мешающие посещению занятий	Студенты с ОВЗ не испытывают коммуникативных проблем при общении с их здоровыми сокурсниками. Отсутствие социальной дистанции между студентами-инвалидами и сокурсниками в неформальных ситуациях общения	от 1 до 5
Ось С. Развитие инклюзивной практики **С.1.** ***Управление процессом обучения***		
С.1.1. Учебный процесс планируется с учётом образовательных потребностей всех обучающихся	Адаптация учебного материала к образовательным возможностям студентов с ОВЗ. Учебный материал предлагается в разных форматах	от 1 до 5
С.1.2. На занятиях поощряется участие каждого обучающегося в процессе обучения	Поощряется работа студентов-инвалидов в парах, в группах	от 1 до 5
С.1.3. Обучающиеся принимают активное участие в обсуждении вопросов о качестве и доступности образовательных услуг	Присутствует обратная связь при обсуждении доступности учебных материалов, качества обучения	от 1 до 5
С.1.4. В вузе организованы курсы по адаптивной физической культуре в рамках часов, отведенных на дисциплину «физическая культура»	Курсы проводятся в рамках часов, отведенных на дисциплину «физическая культура», или часов, отведенных на факультативные занятия	от 1 до 5
ОСЬ С. Развитие инклюзивной практики **С.2. Мобилизация ресурсов**		
С.2.1. Преподаватели применяют знания, полученные на курсах повышения квалификации, на практике	С обучающимися с ОВЗ на постоянной основе работают специалисты – психолог, специалист ЛФК и др.	от 1 до 5

C.2.2. Вуз находит дополнительные ресурсы для обучения и полноценного участия всех обучающихся в университетской жизни	Вуз выделяет финансовые (внебюджетные) и иные средства. Вуз активно вовлекает волонтерский корпус в сопровождение студентов-инвалидов и их поддержку. Студентам с ОВЗ предлагаются мероприятия по физической (двигательной) адаптации и реабилитации с использованием специальных тренажеров и технических устройств	от 1 до 5
C.2.3. Вузовские ресурсы распределяются справедливо и способствуют инклюзии	Любой студент может рассчитывать на помощь вуза	от 1 до 5
Ось D. Перспективы равного карьерного конструирования		
D. 1. Перспектива карьерного конструирования включает учет возможностей в соответствии с текущими обстоятельствами («контекстный») каждого обучающегося	Есть тьютор, который выступает в роли профконсультанта. Проведение психологических семинаров и тренингов для адаптации студентов с ОВЗ к обучению в вузе	от 1 до 5
D. 2. Процесс конструирования карьеры динамичен	Тьютор помогает студенту пересматривать планы по мере необходимости. На каждом этапе карьерного конструирования студент имеет возможность оценить свои перспективы, ознакомиться с перечнем возможных мест работы	от 1 до 5
D. 3. В процессе конструирования карьеры все обучающиеся имеют возможность рассматривать и сопоставлять множество перспектив	Проведение психологических семинаров и тренингов для адаптации студентов с ОВЗ к обучению в вузе. Организация подготовительного отделения для студентов-инвалидов	от 1 до 5

D. 4. В процессе конструирования карьеры все обучающиеся имеют возможность моделировать индивидуальные траектории	Организованы занятия, на которых студент «пробует» на себе определенные роли. Индивидуализация образовательных траекторий студентов с ОВЗ на основе входного анкетирования, составление специальных адаптационных курсов	от 1 до 5
ИТОГО	Оптимальный уровень: 130–160 баллов Высокий уровень: 85–129 баллов Средний уровень: 50–84 балла Низкий уровень: 33–49 баллов Недопустимый уровень: менее 32 баллов	

Инструментарий оценки в целом по образовательному учреждению (заполняется и подписывается комиссией)

Вуз _____

_____

! Баллы проставляются в соответствии с прилагаемой Картой оценки.

	Наименование	Баллы (1–5)
	A.1. Построение университетского сообщества	
	A.2. Принятие инклюзивных ценностей	
	B.1. Развитие вуза для всех	
	B.2.Организация поддержки разнообразия	
	C.1. Управление процессом обучения	
	C.2. Мобилизация ресурсов	
	D. Перспективы равного карьерного конструирования	

Председатель экспертной комиссии _____
Фамилия И.О.

Эксперты _____
Фамилия И.О.

_____
Фамилия И.О.

_____
Фамилия И.О.

Дата «___»_____ г.

Карта оценки степени реализации инклюзивного подхода в вузе / ссузе

Балл	A.1. Построение университетского сообщества	A.2. Принятие инклюзивных ценностей	B.1. Развитие вуза для всех	B.2. Организация поддержки разнообразия	C.1. Управление процессом обучения	C.2. Мобилизация ресурсов	D. Перспективы равного карьерного конструирования
1	Формальные контакты	Факты принятия ценностей инклюзии фиксируются от случая к случаю	Немногие процессы инклюзии (карьера, вовлеченность в совместную деятельность, доступность кампуса, информационное пространство, система адаптации) определены и задокументированы	Все виды поддержки, предоставляемые вузом, формальны	Планирование учебного процесса с учетом потребностей всех обучающихся осуществляется от случая к случаю	Отсутствует	Определены нечетко
2	Учащиеся с ОВЗ каким-то образом взаимодействуют с другими участниками образовательного процесса	Процессы формирования инклюзивной культуры определены, задокументированы и формально управляются; четко увязаны с политикой инклюзии в вузе	Некоторые основные процессы вуза для всех (карьера, вовлеченность в совместную деятельность, доступность кампуса, информационное пространство, система адапта-	Система поддержки формально существует в рамках отдельных мероприятий, обусловленных общим планом, миссией и целями образовательной организации	Планирование учебного процесса с учетом потребностей всех обучающихся осуществляется. Некоторые результаты обучения определяются	Система мобилизации ресурсов частично (в большей степени формально) присутствует в рамках программы развития вуза	Определены в общих чертах и задокументированы, студенты знакомы с возможностями будущего трудоустройства

			ции) определены и задокументированы; четко увязаны с миссией вуза		и систематически совершенствуются; выявляются недостатки и исправляются с учетом мнениях всех обучающихся		
3	Частично проработано участие обучающихся с ОВЗ во всех процессах взаимодействия студентов и преподавателей	Процессы формирования инклюзивной культуры определены, задокументированы и формально управляются; чётко увязаны с политикой инклюзии в вузе, частично удовлетворяют требованиям потребителей	Все процессы вуза для всех (карьера, вовлеченность в совместную деятельность, доступность кампуса, информационное пространство, система адаптации) определены и задокументированы; четко увязаны с миссией вуза	Система поддержки формально и неформально существует в рамках отдельных мероприятий, обусловленных общим планом, миссией и целями образовательной организации. Отслеживаются основные результаты реализуемых мероприятий; недостатки предупреждаются и заранее исключаются	Планирование учебного процесса с учетом потребностей всех обучающихся осуществляется постоянно. Определяются все основные результаты обучения; имеет место систематическое оценивание и совершенствование образовательных программ (с учетом за-	Система мобилизации ресурсов (включая дополнительные) присутствует в рамках программы развития вуза. Любой студент имеет возможность обратиться за помощью	Четко определены; задокументированы и измеримы; студентам дается информация о процессах построения карьеры

					дач по физической, психологической и социальной адаптации); недостатки предупреждаются и заранее исключаются при активном участии в данном процессе всех обучающихся		
4	Существует вовлеченность студентов с ОВЗ во все процессы вузовской жизни, что демонстрирует наличие устойчивого партнерства со всеми	Процессы формирования инклюзивной культуры определены, задокументированы и формально управляются; четко увязаны с политикой инклюзии в вузе, полностью удовлетворяют	Все процессы вуза для всех (карьера, вовлеченность в совместную деятельность, доступность кампуса, информационное пространство, система адаптации) определены и задокументированы; чётко увя-	Система поддержки формально и неформально существует в рамках всех мероприятий, обусловленных миссией и целями образовательной организации. Отслеживаются основные результаты реализуемых	Планирование учебного процесса с учетом потребностей всех обучающихся осуществляется систематически и постоянно. Определяются все результаты обучения;	Система мобилизации ресурсов (включая дополнительные) интегрирована и присутствует в рамках программы развития вуза. Любой студент име-	Четко определены, задокументированы и измеримы; четко увязываются с индивидуальными возможностями, присутствует помощь тьютора, отвечают требованиям работода-

	группами университетского сообщества	требованиям потребителей	заны с миссией вуза и удовлетворяют требованиям потребителей	мероприятий; недостатки предупреждаются и заранее исключаются; привлекаются многие дополнительные службы; источники проблем определены и устраняются	имеет место систематическое оценивание и совершенствования образовательных программ (с учетом задач по физической, психологической и социальной адаптации); привлекаются многие дополнительные службы; источники проблем определены и устраняются при активном участии в данном процессе всех обучающихся	ет возможность обратиться за помощью. Вуз финансирует все поддерживающие службы	телей, систематически пересматриваются и обновляются

5	Высокая степень вовлечения студентов с ОВЗ в определение целей, результатов, оценку процессов наличие устойчивого партнерства со всеми группами университетского сообщества	Процессы формирования инклюзивной культуры определены, задокументированы и формально и неформально управляются; четко увязаны с политикой инклюзии в вузе, полностью удовлетворяют требованиям потребителей, исключают все виды дискриминации	Все процессы вуза для всех (карьера, вовлеченность в совместную деятельность, доступность кампуса, информационное пространство, система адаптации) формально и неформально определены и задокументированы; четко увязаны с миссией вуза и удовлетворяют требованиям потребителей, демонстрируют наличие устойчивого партнерства со всеми группами потребителей	Система поддержки формально и неформально существует в рамках всех мероприятий, обусловленных миссией и целями образовательной организации. Систематически отслеживаются основные результаты реализуемых мероприятий; недостатки предупреждаются и заранее исключаются; привлекаются многие дополнительные службы; все возможные источники проблем определены и устранены	Планирование учебного процесса с учетом потребностей всех обучающихся осуществляется систематически, постоянно учитывается мнение обучающихся. Определяются все результаты обучения; имеет место систематическое оценивание и совершенствования образовательных программ (с учетом задач по физической, психологической и социальной адаптации);	Устойчивая, высокоинтегрированная система мобилизации всех ресурсов вуза для развития инклюзивных практик. Любой студент имеет возможность обратиться за помощью и получить ее. Вуз финансирует все поддерживающие службы. Осуществляет процессы сопровождения и адаптации	Четко определены, задокументированы и измеримы; четко увязываются с индивидуальными возможностями, присутствует помощь тьютора, отвечают требованиям работодателей, систематически пересматриваются и обновляются, предоставляется множественность выбора для моделирования индивидуальных траекторий

					привлекаются все дополнительные службы; все возможные источники проблем определены и устранены в кооперации со всеми участниками образовательного процесса		

Научное издание

КАПИЛЕВИЧ Леонид Владимирович, ЛУКЬЯНОВА Наталия Александровна,
ДАВЛЕТЬЯРОВА Ксения Валентиновна, РОГОТНЕВА Елена Николаевна,
ФЕЛЛ Елена Владимировна, МЕЩЕРЯКОВА Наталья Николаевна,
МЕДВЕДЕВА Елена Владимировна, БАРАНОВА Елена Алексеевна,
БРЕДИХИНА Юлия Петровна, КОРШУНОВ Сергей Дмитриевич

ИНКЛЮЗИВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ: СОЦИАЛЬНЫЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ

Редактор Н.А. Афанасьева
Оригинал-макет А.И. Лелоюр
Дизайн обложки Л.Д. Кривцовой

Подписано к печати 03.12.2018 г. Формат 60×84 $^{1}/_{16}$
Бумага для офисной техники. Гарнитура Times.
Печ. л. 15,6. Усл. печ. л. 14,5.
Тираж 50 экз. Заказ № 3470.

Отпечатано на оборудовании
Издательского Дома
Томского государственного университета.
634050, г. Томск, пр. Ленина, 36
Сайт: http://publish.tsu.ru. E-mail: rio.tsu@mail.ru

ISBN 978-5-94621-766-8

