**И.В. Горская**

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И РАЙОННОГО ОТДЕЛА НАРОДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**

ННГУ им. Н.И. Лобачевского

e-mail: irvigor@list.ru

Одной из серьезных проблем современного российского общества являются негативные зависимости (табакокурение, алкоголизм, токсикомания, наркомания) как одна из форм асоциального поведения детей и подростков. Под асоциальным поведением понимается поведение, противоречащее нормам, принятым в обществе, при недостаточном развитии у личности нравственных, правовых ценностей и проявляющееся в поступках и действиях.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы», формируется государственная политика по улучшению положения детей. В качестве мер, направленных на развитие и социализацию детей, определено обеспечение проведения комплексной профилактики негативных явлений в детской среде; обновление форм и методов борьбы с детской безнадзорностью, наркоманией, алкоголизмом; разработка эффективных механизмов профилактики девиантного поведения детей.

«Подростки в возрасте от 10 до 18 лет нередко оказываются вне достаточного внимания со стороны государства. Трудности, с которыми они сталкиваются в этот сложный возрастной период, подчас приводят к самым трагическим последствиям. Особого внимания требуют проблемы подросткового алкоголизма, включая "пивной алкоголизм", наркомании и токсикомании, немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ детьми, особенно школьного возраста» [1].

Для реализации Национальной стратегии действий в интересах детей в субъектах Российской Федерации разрабатываются методики для выявления группы риска и ситуаций, способствующих употреблению наркотиков. В школах и средне-специальных учебных заведениях проводится тестирование учащихся на наркотики.

По сведениям Нижегородского Областного наркологического диспансера в г. Нижнем Новгороде в 2012-2013 году обследовано с помощью тестирования на наркотики 7078 учащихся, положительных результатов – 74, что составляет 1%. Казалось бы 1% это немного, а если перевести в абсолютные цифры, то получается, что это каждый 100 школьник. И это только из тех, кто дал согласие на проведение тестирования. Здесь мы должны понимать, что тестирование проводится добровольно. Учащиеся 15 лет и старше в рамках российского законодательства самостоятельно принимают решения, а до 15 лет согласие на тестирование дает один из родителей, а при отсутствии законный представитель ребенка [2]. А каково число необследованных? И есть ли среди них подростки, употребляющие наркотические средства?

В 4 разделе Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы говорится о мерах по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков. В качестве одной из мер предлагается внесение в федеральное законодательство изменений, касающихся раннего выявления лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ, среди обучающихся в образовательных учреждениях общего и профессионального образования, а также оказания наркологической помощи несовершеннолетним, больным наркоманией, в возрасте от 16 до 18 лет без их согласия по просьбе или с согласия их родителей (законных представителей) [1].

Достаточное внимание уделяется межведомственной координации по формированию здорового образа жизни и профилактики асоциальных проявлений в детской, подростковой и молодежной среде. Но возникают трудности с выбором формы профилактической работы с данным контингентом подростков. Провели добровольное анонимное тестирование, осознали проблему. А как начать работу с подростком, употребляющим наркотики, с его окружением, с семьей?

На сегодняшний момент основная работа по этому направлению ведется детской наркологической службой, в которой выделяется профилактический и патогенетический вид деятельности и, соответственно им, две группы пациентов. Первая группа – лица вовремя обратившиеся, до возникновения заболевания, т.е. потребители алкоголя, токсических веществ или наркотиков. Вторая группа – это больные, находящиеся на диспансерном наблюдении (учете), т.е. пациенты у которых есть зависимость от алкоголя, токсических веществ или наркотиков.

Особое внимание надо уделить взаимодействию детской поликлиники и районному отделу народного образования (РОНО) в целях создание школьных оздоровительно-реабилитационных центров (ШОРЦ). Данный центр должен находиться непосредственно в каждой школе, а курировать деятельность будет детская поликлиника. Руководителю детской поликлиники в штат школьного оздоровительно-реабилитационного центра можно предложить ввести должность врача-нарколога. Который мог бы вести прием в соответствии с графиком приема детей. Это позволит решить проблему регулярности диспансерного наблюдения детей-подростков, связанную с затруднением посещаемости в наркодиспансере. Важно наличие в школах медицинского психолога, который может использовать медико-психолого-социальный подход.

Создание ШОРЦ должно стать основой целенаправленной работы по формированию здорового образа жизни и профилактики асоциальных проявлений в детской, подростковой и молодежной среде.

Литература:

1. Указ Президента Российской Федерации от 01.06.2012г. №761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы»
2. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, ст.54.