

Výkladový slovník základních pojmu školské prevence rizikového chování



Michal Miovský a kol.

M O N O G R A F I E

VÝKLADOVÝ SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POJMŮ ŠKOLSKÉ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta v Praze
a Všeobecná fakulní nemocnice v Praze
Klinika adiktologie

VÝKLADOVÝ SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POJMŮ ŠKOLSKÉ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Autorský kolektiv

Michal Miovský, Tereza Adámková, Lenka Čablová,
Tomáš Čech, Pavla Doležalová, Lenka Endrödiová,
Roman Gabrhelík, Miroslav Charvát, Lucie Jurystová,
Lenka Macková, Veronika Pavlas Martanová,
Monika Nevoralová, Petr Novák, Oľga Orosová,
Lenka Skácelová, Lenka Šťastná, Michaela Širůčková,
Michaela Štefunková, Jaroslav Vacek, Jana Zapletalová

Kniha je současně metodickou publikací MŠMT ČR a Kliniky adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze pro oblast primární prevence rizikového chování.

Recenzenti:

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.
doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.
PhDr. Václava Masáková

**VÝKLADOVÝ SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POJMŮ
ŠKOLSKÉ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ**

Autorský kolektiv: Michal Miovský, Tereza Adámková, Lenka Čablová, Tomáš Čech, Pavla Doležalová, Lenka Endrůdiová, Roman Gabrhelík, Miroslav Charvát, Lucie Jurystová, Lenka Macková, Veronika Pavlas Martanová, Monika Nevoralová, Petr Novák, Olga Orosová, Lenka Skácelová, Lenka Šťastná, Michaela Širůčková, Michaela Štefunková, Jaroslav Vacek, Jana Zapletalová

Vydala Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, Praha 2 ve vydavatelství TOGGA, spol. s r. o., Volutová 2524, Praha 5.

© Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN v Praze, 2012

© TOGGA, 2012

Odborná redakce: Roman Gabrhelík, Pavlína Gabrhelíková

Jazyková korektura: Světlana Pavlíková

Koncept obálky: Hana Valíhrová

Typografie a sazba z písma Baskerville a John Sans: Dušan Neumahr

Tisk: Tiskárna Protisk, s. r. o., České Budějovice

Vydání první, Praha 2012

ISBN 978-80-87258-89-7

NEPRODEJNÉ!

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její části nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu vydavatele.

Obsah

<i>Úvod</i>	9
1 Certifikace kvality v primární prevenci (Veronika Pavlas Martanová)	13
2 Cílové skupiny v primární prevenci (Michal Miovský, Lenka Čablová)	19
3 Dovednosti sebeovlivnění (Monika Nevoralová, Lenka Čablová)	25
4 Elektronická média v primární prevenci (Jaroslav Vacek)	33
5 Evaluace preventivních programů a intervencí (Michal Miovský, Lenka Štátná)	39
6 Faktory rizikové a protektivní (Miroslav Charvát, Monika Nevoralová)	45
7 Implementace preventivních programů (Lucie Jurystová)	53
8 Intermediátory (Olga Orosová)	61
9 Intervence (Lenka Endrödiiová)	69
10 Koordinace preventivních programů (Pavla Doležalová)	75
11 Minimální preventivní program školy (Michal Miovský, Lenka Skácelová, Lenka Čablová)	83
12 Metodika (Lenka Skácelová)	89
13 Metody v primární prevenci (Lenka Skácelová)	93

14	Normalita v primární prevenci (Petr Novák)	99
15	Pracovník v primární prevenci (Miroslav Charvát, Lucie Jurystová, Michal Miovský)	103
16	Prevence (Tomáš Čech)	107
17	Preventivní dopad represe (Michaela Štefunková)	113
18	Prostředí realizace preventivních programů a intervencí (Lenka Macková)	117
19	Přístupy v primární prevenci (Tereza Adámková)	121
20	Rizikové chování (Michaela Širůčková)	127
21	Sociálně patologické jevy (Michaela Štefunková)	133
22	Sociální dovednosti (Lenka Čablová, Monika Nevoralová)	137
23	Školní poradenské pracoviště (Jana Zapletalová)	143
24	Teoretické koncepty v primární prevenci rizikového chování (Roman Gabrhelík)	149
25	Typy preventivních intervencí (Roman Gabrhelík)	155
26	Vzdělávání v primární prevenci (Lucie Jurystová, Miroslav Charvát)	161
27	Základní úrovně provádění prevence (Roman Gabrhelík)	167
28	Dovednosti pro život (Lenka Čablová)	173

Obsah

<i>Doslov</i>	179
<i>Seznam použité literatury</i>	181
<i>Žkratky</i>	197
<i>Jmenný rejstřík</i>	199
<i>Věcný rejstřík</i>	205
<i>Příloha: Anglicko-český převodník primárních hesel</i>	215
<i>Abstrakt</i>	217
<i>Summary</i>	219

Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou záštitou a koordinací:

Kliniky adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze



Klinika adiktologie

Díky finanční podpoře:

projektu Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů
pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni
CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky
a je spolufinancován z institucionální podpory na rozvoj výzkumné organizace, PRVOUK-P03/LF1/9.

Kniha je současně metodickou publikací MŠMT ČR
a Kliniky adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze pro oblast
primární prevence rizikového chování.

Úvod

Vážení čtenáři, uživatelé slovníku, po mnoha různých pokusech o sjednocení terminologie v oblasti školské prevence v České republice jsme se rozhodli sestavit tým, který by se pokusil celý proces dokončit. Vznikl tak tento návrh jednotné terminologie, který je schopen unést připomínkové kolo jak ze strany odborné obce, tak ze strany dotčených resortů,¹ majících se školskou prevencí rizikového chování co do činění díky své gesci ve vybraných oblastech – právě se zohledněním faktu, že **prevence rizikového chování má z povahy věci mezioborový a meziresortní charakter**. Náš tým pracoval pod hlavičkou projektu „*Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni*“ (reg. číslo CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK) vedeného Romanem Gabrhelíkem, který vytvořil podmínky pro to, aby bylo možné do výkladového slovníku otisknout podobu danou původním náročným zadáním, jaké jsme si na začátku zformulovali. Záměrem totiž nebylo vytvořit pouze slovník základních pojmů. Naším cílem bylo vytvořit skutečně **výkladový slovník klíčových termínů a konceptů**, se kterými v primární prevenci pracujeme. Identifikovali jsme si v předkole 30 takových pojmů a konceptů a nakonec se nám jich podařilo 28 řádně dokončit a zpracovat. Každý z nich je zasazen do širšího kontextu a vysvětlen v souvislostech a tvoří tzv. **primární hesla** slovníku. U některých pojmů nebylo příliš jednoduché převést zpracování do českého kontextu. Některé z pojmů byly v minulosti opakovaně užívány chybně nebo v neadekvátních kontextech, případně neměly vždy význam odpovídající originálu. Řada pojmů není primárně českých a vznikala často v rámci anglické preventivní terminologie a má za sebou vývoj nezřídka v řádu desítek let. V ČR jsme pro některé z nich používali či používáme různě přesné ekvivalenty, nebo jsme je nepoužívali vůbec a daný pojem naše terminologie doposud neznala – ačkoli se jedná o základní pojem. V takových případech jsme se snažili termínu najít odpovídající českou verzi a vysvětlit jej v kontextu ostatních pojmů. Chtěl bych proto poděkovat všem svým spolupracovníkům, kteří se na slovníku podíleli, za jejich velikou trpělivost

1 Kromě samotného Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy se jedná o Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo obrany, Ministerstvo dopravy.

a motivaci. Některá z hesel jsme přepracovávali vícekrát a vedli debaty o přesnosti či adekvátnosti některých výkladů a interpretací daného pojmu. Jsem si samozřejmě vědom, že jde o první verzi textu. Každé první vydání je zatíženo mnoha nedostatky, které je možné v budoucnu ladit a odstraňovat. Současně je možné, že některé z pojmů, resp. jejich výklad, vyvolají širší následnou diskusi, která může vést k jejich korekci, doplnění atd. Jsem tomuto otevřen a pokud slovník začne být „živou čítankou“, o které povedeme debatu, splní svůj účel a naplní náš cíl. Terminologie je živým organismem, který se vyvíjí spolu s danou odborností. Nikdy nezůstává stát a bez ohledu na to, zda chceme či nikoli, reflektuje lesk i bídu daného oboru. Zobrazuje se v ní s železnou logikou vše, čím obor prochází. Prevence má za sebou nejen v naší zemi náročnou cestu. Dospěli jsme však již do fáze, kdy přesnost, důslednost a profesionální přístup tvoří základní požadavky, bez nichž bude prevence stagnovat, nebo se dokonce vracet zpět.

Jak již bylo zmíněno výše, školská prevence je z povahy věci tématem mezioborovým a meziresortním. Je proto irelevantní řešit, zda pro danou část (heslo, jeho část atd.) je něco více zdravotnického nebo sociálního či výchovného. Jednotlivé oblasti/témata tvoří nedílný celek a vzájemný soulad a vyváženost jsou zárukou bezpečné a efektivní aplikace. Bez tohoto integrujícího pohledu není možné očekávat, že by se nám mohlo dařit lépe komunikovat jak v praxi, mezi poskytovateli preventivních intervencí a služeb, tak v teorii a řízení na úrovni vysokých škol nebo úřadů státní správy i místních samospráv. Máme-li si rozumět, musíme hovořit stejným jazykem a rozumět pojmům, které používáme a kterými označujeme dílčí fenomény, témata, intervence, cílové skupiny atd. Vytvářením paralelních světů, jakého jsme v minulosti byli často svědky, se naopak oddalujeme, prohlubujeme příkopy a znemožňujeme posun vpřed. Navíc jsme tím opakovaně otevřeli dvířka pro vstup šlendriánu, amatérismu a neprofesionality do prevence. Matením či nepřesným používáním různých pojmů navíc znejistujeme nejen sebe navzájem, ale také širší veřejnost a decizní sféru, tedy naše politiky a úředníky. Myslím, že historických zkušeností a příkladů každý osobně známe bezpočet a je dobré chyby neopakovat a nepřipustit, aby znovu a znovu tak snadno docházelo k „odklánění“ finančních prostředků na

naprosté nesmysly a neefektivní preventivní intervence. I k tomu by mělo přispět postupné sjednocení terminologie a hlavních konceptů. Na konci toho všeho jsou v případě školské prevence děti, kterými se všichni zaklínají. Pokud opravdu chceme, aby se k nim dostaly kvalitní, prověřené, bezpečné a efektivní intervence, začněme konečně ctít fakt, že něco takového se těžko může stát prostřednictvím amatérského a neprofesionálního přístupu. Prevence vyžaduje určité znalosti, dovednosti a kompetence a ty je třeba vyžadovat na příslušné úrovni od každého, kdo má s dětmi pracovat a používat při práci s nimi takto citlivé nástroje v tak citlivých oblastech, jakých se prevence dotýká.

Teoretický rámec publikace je tvořen mezioborovým konceptem rizikového chování. Jeho základnímu představení jsme věnovali již samostatnou pasáž původně publikované učebnice (Miovský et al., 2010). Chtěli jsme však tento rámec doplnit a představit jej ve zkrácené podobě. Proto tvoří samostatné primární heslo Rizikové chování (číslo 20) a případným zájemcům o hlubší pochopení celého teoretického rámce současné školské prevence doporučujeme kromě rozšiřující literatury porovnat toto heslo s dalšími dvěma primárními hesly, které s ním vytvářejí jeden tematický celek: teoretické koncepty v primární prevenci rizikového chování (číslo 24) a sociálně patologické jevy (číslo 21).

Rozsah výkladového pojmu se v průměru pohybuje okolo 500–900 slov. Konceptně jsme se při zpracování slovníku inspirovali velmi zdařilou a reprezentativní dvoudílnou publikací *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery*.² Primární hesla jsou řazena abecedně a vytváří dílčí tematické celky. **Složená hesla, sekundární hesla a klíčové pojmy** v textu jsou uvedeny tučně – včetně rejstříků. Je tak možné tyto prvky používat pro lepší orientaci a vyhledávání. **Sekundární hesla** jsou navíc opatřena symbolem (↑) a je možné díky příslušnému rejstříku (jmennému a věcnému) dohledat místo, kde je daný pojem vysvětlen a použit v kontextu jiného primárního hesla. Tučně jsou též vyznačena významná jména osob a opět lze v jejich případě použít pro dohledání dalších výskytů příslušný rejstřík. V závěru publikace je

2 Fisher, G. L., Roget, N. A. (Eds.) (2009). *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery* I, II. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage.

sestaven seznam a výklad nejčastěji užívaných zkratk. Všechna primární hesla mají uveden též anglický **terminologický ekvivalent** a na konci knihy je převodník základních pojmů mezi českým a anglickým jazykem.

Dalším pomocným prvkem pro čtenáře, který by měl zvýšit uživatelský komfort a edukativní potenciál slovníku, je systém citací a doporučené literatury. Ihned za každým primárním heslem je seznam **použité literatury**, do které je možné jít pro rozšíření informací a pro kontrolu, na jaké autorské prostředí je daný výklad pojmu vázán a jakým teoretickým směrem orientován. Současně je každé heslo na svém závěru vždy opatřeno též **doporučenou rozšiřující literaturou**, kterou je možné využít právě ke studijním účelům a která nabízí vhodné rozšíření a doplnění daného primárního hesla.

Snad se našemu týmu podařilo připravit slovník mající šanci podílet se na facilitaci a dalším vývoji preventivní terminologie v naší zemi a současně korigovat některé oblasti, které se v naší terminologii odtrhly či oddálily od celosvětového vývoje školské prevence. Publikace, doufejme, poslouží jako zmíněný podklad pro naši další diskusi o jazyku a pojmech, které ve školské prevenci používáme bez ohledu na to, zda naše původní profese je profesí pedagoga, psychologa, lékaře atd. a bude nás lépe spojovat předmět našeho zájmu a budeme více schopni sdílet informace a poznatky.

*Za autorský kolektiv prof. PhDr. Michal Mioušský, Ph.D.
V Praze 20. května 2012*

1 Certifikace kvality v primární prevenci

(Certification of quality in primary prevention)

Veronika Pavlas Martanová

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality. Jde o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými **Standardy** a udělení či neudělení **certifikátu kvality** o způsobu jejich naplnění. Je to jeden z příkladů praktické realizace **normativní evaluace**. Udělená certifikace je respektována jako garance kvality programu a ovlivňuje směřování státních finančních dotací. Pro školy je proces certifikace důležitý z hlediska objednavatelů programů. Díky udělené certifikaci má škola možnost poznat odborný kredit daného programu a lépe se rozhodnout, jaký **program specifické primární prevence** pro své žáky objednat.

Certifikace je proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými **Standardy kvality** (Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, MŠMT, 2005, 2008; od roku 2012 pak Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování – dále jen „Standardy“, aktuální dokument lze nalézt na webových stránkách MŠMT). Úkol vypracovat původní **Standardy** specifické primární prevence užívání návykových látek (MŠMT, 2005) vyplynul z Usnesení vlády č. 1045 z roku 2000 (o Národní strategii protidrogové politiky na období 2001–2004) a práce na jeho splnění byly zahájeny již v průběhu Phare Twinning projektu „Drogová politika“ ve spolupráci s odborníky z Belgie a Rakouska.

Základní rámec navazujících **Standardů** specifické školské primární prevence rizikového chování (2012) je v souladu s Národní strategií protidrogové politiky na období 2005 až 2009 i na období 2010–2018. Definování kritérií kvality preventivních programů přitom úzce navazuje na úkoly vyplývající z Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998–2000, Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001–2004 a 2005–2008 a Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mlá-

deže a tělovýchovy na období 2009–2012. Významným posunem je definice tohoto úkolu v nejnovější Strategii, v Akčním plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2012 a ve Strategii prevence kriminality v České republice na léta 2012–2015, kde je tento úkol rozšířen na celou oblast školské prevence rizikového chování (tedy nejen na návykové látky).

Standardy specifické školské primární prevence rizikového chování jsou dále v souladu s Národním programem rozvoje vzdělávání, tzv. Bílou knihou, v oblastech, které se týkají vztahů žáků a pedagogů a vytváření klíčových kompetencí pro osobní život i budoucí uplatnění mladých lidí. Dále pak s Protidrogovou strategií EU na období 2005–2012 a Akčním plánem Evropské unie boje proti drogám pro období 2000–2004, 2005–2008 a 2009–2012 a s dokumenty WHO, např. Evropské zdraví 21 – Cíl 12 či Globální strategie pro snížení škodlivého užívání alkoholu.

Standardy PP UNL jsou rozsáhlým dokumentem revidovaným a přijatým ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v letech 2005 a 2008, v roce 2012 pak v rámci projektu VYNSPI (Projekt CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK) rozšířeným na všechny typy rizikového chování. Standardy ve své obecné a speciální části definují základní pojmy, **cílové skupiny preventivních programů** (↑) a zásady efektivity primárně preventivního působení. Dále pak v podobě bodovatelných kategorií vymezují charakteristiky, které by měl kvalitní program obecně splňovat, například: dostupnost, zacílenost, respekt k právu klientů, hodnocení potřeb klienta, adekvátní personální a organizační zabezpečení programů, odpovídající materiálně-technické zázemí a další. Ve své speciální části se Standardy z roku 2005 a 2008 věnují konkrétně pěti typům programů, o jejichž certifikaci lze žádat – programy specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky, programy mimo rámec školní docházky, programy včasné intervence, vzdělávací programy (určené pedagogům) a ediční činnost v oblasti primární prevence.

V letech 2011–2012 prošly Standardy revizí a byly upraveny tak, aby bylo možno certifikovat všechny programy primární prevence bez ohledu na to, na který typ **rizikového chování** (↑) se zaměřuje (do roku 2011 bylo možné certifikovat pouze programy specifické primární prevence užívání návykových látek). Speciální Standardy tedy od roku 2012 postihují tři typy programů dle typu primární prevence – **programy všeobecné, selektivní a indikované prevence** (↑).

Mluvíme-li v souvislosti s certifikacemi o programech, chápeme jimi **programy specifické školské primární prevence** rizikového chování, přičemž za ně považujeme takové aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny právě na oblast konkrétního rizikového chování a rizika s tím spojená. Certifikované programy specifické primární prevence rizikového chování se vyznačují čtyřmi hlavními charakteristikami:

- přímým a explicitně vyjádřeným negativním vztahem k oblasti rizikového chování;
- jasnou časovou a prostorovou ohraničeností realizace (organizace před realizací mapuje potřeby školy a specifika cílové skupiny, následně vytváří plán programu na míru, má písemnou metodiku, se kterou seznámí školu, program je realizován interaktivně s malou skupinou, třídou a nakonec je program zhodnocen a je zajištěna jeho návaznost);
- zacílením na jasně ohraničenou a definovanou cílovou skupinu a s tím souvisejícím zdůvodněním matchingu (tj. přiřazováním určité skupiny či jednotlivce k danému typu programu odpovídajícímu potřebám a problémům cílové skupiny);
- pracovníci programu mají vzdělání přiměřené typu programu a jsou supervidováni.

V procesu certifikace mají možnost státní i nestátní zařízení zažádat o certifikaci svých programů a speciálně vyškolení certifikátoři realizují na základě jejich žádosti místní šetření u poskytovatele služby. Udělená certifikace je respektována jako garance kvality programu a ovlivňuje směřování státních finančních **dotací**. Proces certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů PPUNL i PPRCH byl vybudován v souladu s českými verzemi platných evropských norem pro posuzování, certifikace a audit (ČSN EN 45012; ČSN EN, ISO/IEC 17024; ČSN EN ISO 19011; MPA 60-01-04). Tyto certifikační normy zaručují minimalizaci rizika střetu zájmů, objektivnost a nestrannost celého procesu.

Základními principy certifikací v oblasti školské primární prevence rizikového chování jsou jednak dobrovolnost, neboť certifikace není povinná, organizace o ni sama žádá a podílí se na hrazení s ní souvisejících nákladů v poměru stanoveném MŠMT, jednak transparentnost celého certifikačního procesu a nezávislost šetření a v neposlední řadě je základním principem používání odborně definovaných, obecně akceptovaných kritérií (Standardů) pro hodnocení, schválených MŠMT a Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Ve svých základních principech koresponduje certifikace školské primární prevence s certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (přiděluje RVKPP).

Od roku 2006 je systém certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence implementován v České republice do praxe. Získání certifikátu odborné způsobilosti je jednou z podmínek pro poskytnutí finančních prostředků ze státního rozpočtu (**dotace**), avšak nezakládá nárok na jejich přidělení.

Proces udělování certifikací má předepsaný postup (definovaný Certifikačním řádem a Metodikou místního šetření), kdy se žadatel obrací na **certifikační agenturu** (servisní organizace, která je jmenována MŠMT) se svou žádostí o provedení místního šetření. Certifikační tým, který je z certifikační

agentury vyslán do zařízení na místní šetření, je tříčlenný a je složen z odborníků v oblasti rizikového chování, kteří úspěšně absolvovali kurz vzdělávání certifikátorů a jsou průběžně dále vzděláváni a supervidováni. Certifikátoři mají mnohaleté zkušenosti v primární prevenci a dobře znají školské prostředí. Členové certifikačního týmu jsou vybíráni agenturou z rejstříku certifikátorů s ohledem na nepředpojatost a zabránění možného střetu zájmů. Jejich práce spočívá v tom, že na základě studia dokumentace a návštěvy programu posoudí, zda program odpovídá nárokům **Standardů**. Následně své závěry v podobě Protokolu z místního šetření a Závěrečné zprávy předají **Výboru pro udělování certifikací**, zřízeném při MŠMT. Certifikát odborné způsobilosti pak s konečnou platností uděluje ministr/ministryně školství mládeže a tělovýchovy na základě stanoviska Výboru pro udělování certifikací a odebírá taktéž ministr/ministryně školství mládeže a tělovýchovy na základě zjištění vážných nedostatků, které by se neslučovaly s požadavky dle Standardů na kvalitu služeb u poskytovaného programu. Obecnou platnost certifikátu stanovuje MŠMT (v minulosti byla tři a poté čtyři roky, uvažuje se o prodloužení na pět let), v odůvodněných případech je certifikace udělována na jeden rok (při odstraňování drobných nedostatků, tzv. podmíněčná certifikace). Základními cíli certifikací je hospodárné financování služeb z veřejných prostředků, zajištění a zvyšování kvality programů primární prevence, zefektivnění sítě poskytovatelů programů a začlenění programů školské primární prevence do širšího systému preventivního působení.

Použitá literatura:

ČSN EN 45012 Všeobecné požadavky na orgány provádějící posuzování a certifikaci/ registraci systémů jakosti.

ČSN EN, ISO/IEC 17024 Posuzování shody – všeobecné požadavky na orgány pro certifikaci osob.

ČSN EN ISO 19011 Směrnice pro auditování systémů managementu jakosti a/nebo systémů environmentálního managementu.

Metodické pokyny pro akreditaci MPA 60-01-04.

MŠMT (2005, 2008). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.

Pavlas Martanová, V. (ed.) (2012). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Projekt CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK.

Doporučená literatura:

MŠMT (2005, 2008). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.

Martanová, V. (2006). Certifikace programů primární prevence užívání návykových látek. Adiktologie č. 4/2006, pp. 514–519.

Pavlas Martanová, V. (ed.) (2012). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Projekt CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK.

2 Cílové skupiny v primární prevenci

(Target groups in primary prevention)

Michal Miovský, Lenka Čablová

Cílovou skupinu preventivního programu můžeme definovat jako skupinu populace, na kterou se daný primárně preventivní program orientuje, tedy pro kterou je vzhledem ke svým cílům a metodám nejvíce vhodný/určený. Základním parametrem popisu každého preventivního programu je jasné vymezení cílové skupiny a popis kritérií, která tuto cílovou skupinu vymezují.

Obecně je v oblasti prevence a podpory zdraví doporučováno před definitivním vymezením cílové skupiny reagovat na následující otázky (volně dle Wilson, Kolander, 2011):

- Jaké jsou základní charakteristiky a potřeby dané cílové skupiny a na základě čeho to víme a tvrdíme?
- Jaké mají lidé patřící do dané cílové skupiny postoje k problému a jaké jsou vhodné/možné/relevantní postupy vztahující se k možnostem řešení problému?
- Jak je problém definován, kým a proč?
- Které osobnostní či jiné rysy činí z této skupiny tzv. více/méně zranitelnou a ohroženou populaci?

V zásadě platí, že čím přesnější, užší a co nejvíce relevantní kritéria jsou stanovena, tím lépe. Kritéria pro popis cílových skupin jsou nejčastěji stanovena prostřednictvím základních znaků, jako jsou věk, pohlaví, vzdělání, profese, příslušnost k určité sociální skupině, zdravotní stav či projevy **rizikového chování** (↑) (MŠMT, 2005). Dalšími kritérii mohou být náboženské vyznání, příslušnost k určité neformální nebo názorové skupině. Při popisu cílové skupiny je nutné uplatnit alespoň 3–5 kritérií, která jsou relevantní vůči realizovanému programu. Standardy primární prevence užívání návykových látek MŠMT (2005, revize 2008) definují obecně pro preventivní programy a intervence následující základní požadavky:

- každý program musí mít jasně definovanou svoji cílovou skupinu – prostřednictvím výše uvedených základních znaků,
- realizátor programu musí kromě popisu cílové skupiny také uvést kapacitu programu (minimální a maximální počet osob při realizaci programu),
- nutnost vysvětlit, proč je právě tento program vhodný pro tuto cílovou skupinu, například proto, že u ní byla provedena evaluační studie, a nikoli pro jinou, u níž tato efektivita prokázána nebyla,
- upřesnění, na jaké problémy či specifika definované cílové skupiny se program orientuje a jak je řeší.

Tyto požadavky je nutné dodržet zejména proto, že při jejich nenaplnění nelze daný program evaluovat a porovnat jeho efektivitu s jinými preventivními programy (Miovský et al., 2010). Gallà et al. (2005) uvádí (viz heslo **základní úrovně prevence**), že kromě specifického obsahu školního programu je nutné respektovat konkrétní cílovou skupinu, na kterou se zaměřuje. Definuje tři cílové skupiny v rámci tří druhů programů:

- **Programy všeobecné prevence (↑):** zaměřují se na tzv. **obecnou populaci** či její část (studentskou populaci), která není identifikována podle individuálních rizikových faktorů. Jedná se např. o masmediální kampaně a školní programy orientované na všechny studenty.
- **Programy selektivní prevence (↑):** jsou zaměřeny na **specifické skupiny** – např. školáky se zvýšeným rizikem problémů s chováním a užíváním návykových látek (např. děti z rodin se závislostí na alkoholu nebo ohroženou mládež z center velkých měst).
- **Programy indikované prevence (↑):** jsou zaměřeny na **jednotlivce**, kteří podle diagnostických kritérií nemají problémy se závislostí, ale vykazují určité rysy a charakteristiky rizikového chování (např. intervence zacílené na mladé experimentátory s drogami).

V každém školním preventivním programu je užitečné jasně vymezit a odlišovat přístupy, které se používají v jednotlivých ročnících. Pro každou skupinu dětí je třeba zvolit strategii, jež bude odpovídat jejich věku a jako efektivní se jeví také odlišovat prevenci pro běžné studenty od prevence pro ohrožené skupiny (Gallà et al., 2005). Standardy MŠMT (2005) umožňují klasifikaci a obecný popis několika možných přístupů ke třídění cílových skupin. Vzhledem k nutnosti mezioborového přístupu a důležitosti aplikovat definici cílových skupin na všechny rezorty zabývající se primární prevencí, uvádíme níže souhrnný přehled a popis jednotlivých kritérií:

◆ **Věkové kritérium** definuje populaci do pěti cílových skupin. Hranice mezi skupinami reflektují významné vývojově-psychologické periody a systém členění cílové populace dle věku ve školách a školských zařízeních. Systém dělení odpovídá také věkové hranici stanovené zákonem.

- Předškolní věk (3–6 let)
- Mladší školní věk (6–12 let)
- Starší školní věk (12–15 let)
- Mládež (15–18 let)
- Mladí dospělí (18–26 let)

Pro zahájení primárně preventivních programů se jeví jako dostačující věková hranice 3 let. Vzhledem k současnému stavu realizovaných preventivních programů nemá smysl cílovou skupinu mladí dospělí diferencovat na více podskupin (Miovský, Zapletalová, 2005).

◆ **Kritérium náročnosti** diferencuje cílovou skupinu dle ověřitelné a ve vztahu k **rizikovému chování** relevantní míry sociální a zdravotní zátěže. Podstatou kritéria je specifikovat možnou zdravotní a sociální zátěž, která se promítá jak do **vulnerability** (tj. zranitelnost, pravděpodobnost kontaktu s následnými komplikacemi) vůči jednotlivým formám rizikového chování, tak do samotného faktu, že míra zátěže u cílové skupiny odráží celkovou náročnost preventivní práce. Není proto možné, aby například byly tyto programy plošně dotovány stejnou částkou, neboť jejich finanční náročnost by měla odrážet reálné náklady, které jsou různé podle typu cílové skupiny. Termín **nezasažená populace** označuje skupinu, v níž se zatím konkrétní projev určitého typu rizikového chování neprojevil (Miovský et al., 2010). Níže uvádíme dělení cílových skupin dle zdravotní a sociální náročnosti:

- Nezasazená populace bez výrazné zdravotně-sociální zátěže.
- Nezasazená populace s výraznou zdravotně-sociální zátěží.
- Zasažená populace bez výrazné zdravotně-sociální zátěže.
- Zasažená populace s výraznou zdravotně-sociální zátěží.
- Zasažená populace s výraznou zdravotně-sociální zátěží s výrazným podílem aktuálních komplikujících faktorů nesouvisejících s návykovými látkami.
- Zasažená populace s výraznou zdravotně-sociální zátěží s výrazným podílem aktuálních komplikujících faktorů souvisejících s návykovými látkami.

◆ **Sociálně-společenské kritérium** představuje třetí systém dělení cílových skupin, který je úzce propojen s předchozími dvěma členěními. Všechny tři systémy spolu tvoří jednotný rámec a vzájemně se doplňují. Toto kritérium má zásadní význam pro institucionální diferenciaci cílových skupin, která je podrobně uvedena níže v textu (viz dále též členění dle EMCDDA, 2011).

- Znevýhodněná komunita: patří sem děti a dospívající ze sociálně znevýhodněných komunit (Romové, přistěhovalci, uprchlíci), jež jsou ohroženy sociální deprivací a vyšší mírou marginalizace. Preventivní programy se zaměřují na prevenci kriminality, rozvoj osobního potenciálu dětí a jejich následné uplatnění ve společnosti. Podskupinu zde tvoří etnické skupiny.
- Rodina s rizikovými faktory: děti pocházející z rodin, kde se vyskytuje užívání alkoholu a návykových látek, příp. další rizikové faktory, jsou ve svém vývoji více ohroženy vznikem závislosti nebo jiného rizikového chování (McKeown et al., 2001).
- Děti ohrožené nedokončením školní docházky: jedná se především o populaci ve věku od 10 do 14 let, která je ohrožena předčasným ukončením školní docházky. Programy školské prevence se zaměřují na včasnou detekci záškoláctví a cílenou intervenci.
- Mladí pachatelé trestných činů: včasná intervence pro mladistvé pachatele trestných činů představuje strukturované postupy a metody, jejichž cílem je zabránit další recidivě a marginalizaci této populace.
- Mládež ohrožená sociálně-ekonomickým vyloučením: do této cílové skupiny patří především mládež ve věku 13–26 let, která vykazuje problémy se školní a pracovní integrací. Preventivní programy nabízí profesní a kariérové poradenství a také rekreační aktivity.

◆ **Institucionální kritérium** má největší význam v oblasti školní prevence. Definice a kritéria cílových skupin jsou propojeny s diferenciací v rámci profesního kritéria, s nímž tvoří vzájemně kompatibilní celek. V případě školní prevence můžeme vymezit několik cílových skupin, u nichž má tato diferenciacce smysl zejména kvůli možnosti efektivní intervence jednotlivých preventivních programů. Je tedy možné popsat tyto skupiny:

- Žáci a studenti základních a středních škol – patří k velmi dobře dostupné cílové skupině. Míra institucionální dosažitelnosti je zde velmi vysoká a zároveň v rámci sítě škol a školských zařízení je možná kvalitní spolupráce se školním personálem.
- Studenti vysokých škol – reprezentují specifickou a samostatnou kategorii, neboť spektrum efektivních preventivních programů je zde užší. To je dáno především vyšším intelektem, kritickým myšlením a vyšší mírou znalostí o rizikovém chování společně s jiným společenským postavením vysokoškolských studentů.
- Děti a mladiství v zařízeních ústavní péče – zahrnují děti a mladistvé v ústavní a ochranné výchově, tj. ve výchovných a diagnostických ústavech, v dětských domovech, v dětských domovech se školou a představují výrazně rizikovou skupinu. Míra dosažitelnosti této cílové

skupiny je relativně dobrá, ale zároveň spektrum projevů rizikového chování je v této skupině velmi rozsáhlé.

- Nezaměstnaní mladí lidé do 26 let – představují stejně jako ostatní skupiny nezaměstnaných špatně dostupnou cílovou skupinu, která je současně ohrožena vysokým rizikem vzniku závislosti.
- Rizikové profese – zejména profesní skupiny do 26 let z oblasti zdravotnictví, školství a dalších pomáhajících profesí patří k výrazně vulnerabilní cílové skupině ve vztahu k určité formě rizikového chování. Skupina je nejvíce ohrožena zejména v tzv. přechodových (tranzitorních) obdobích v době po ukončení školní docházky, po skončení rekvalifikačního kurzu či jiné formy vzdělávání (Miovský et al., 2010).

Kromě již definovaného obsahu tzv. sociálně-společenského kritéria pak EMCDDA (2011) dále diferencuje cílové skupiny v selektivní prevenci podle příslušnosti jedince na další skupiny:

- ◆ **Etnická skupina:** u dětí z odlišných etnických menšin se prevence zaměřuje na posílení intrapsychických a sociálních dovedností, jazykových a komunikačních schopností s cílem podpory jejich integrace do většinové populace. Primárně preventivní programy si kladou za cíl také prevenci rasové intolerance a xenofobie.
- ◆ **Rodina s rizikovými faktory:** děti pocházející z rodin, kde se vyskytuje užívání alkoholu a návykových látek, příp. další rizikové faktory, jsou ve svém vývoji více ohroženy vznikem závislosti nebo jiného rizikového chování (McKeown et al., 2001).
- ◆ **Pohlaví:** genderové rozdíly hrají významnou roli v aplikaci intervenčních metod. Programy, které používají odlišný přístup k dívkám a chlapcům, dosahují vyšší míry efektivity (SAMSA/CSAP, 2002).
- ◆ **Tzv. rekreační uživatelé drog:** mládež a mladí dospělí, jež se účastní nočního života, navštěvují taneční scénu, noční kluby a bary. Tato skupina užívá pouze příležitostně návykové látky či vykazuje jiné formy rizikového chování (IREFREA, 2003).

Úkol definovat cílové skupiny primárně preventivních programů v oblasti prevence užívání návykových látek vychází z Usnesení vlády z let 2000, 2004 a 2008 (Národní strategie protidrogové politiky na období 2001–2004, 2005–2008, 2009–2012). Tento úkol je zároveň v souladu s plány Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a odpovídá cílům Strategie prevence sociálně-patologických jevů u dětí a mládeže (Miovský, Zapletalová, 2005).

Použitá literatura:

- EMCDDA (2011). Target groups of selective prevention. Retrieved 17th November 2011 from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index93851EN.html>
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.
- IREFREA (2003). Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation. Valencia: MARTIN IMPRESORES, S.M.
- McKeown, K., Haase, T. & Pratschke, J. (2001). Spring board promoting family well-being: through family support services. Dublin: Kieran McKeown Limited.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Tišnov: Sdružení SCAN a Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. Lékařská fakulta UK a VFN v Praze.
- Miovský, M. & Zapletalová, J. (2005). Cílové skupiny programů specifické primární prevence užívání návykových látek a jejich rozlišení dle resortní příslušnosti. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.
- SAMHSA/CSAP (2002). The national cross-site evaluation of high-risk youth programs. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville: DHHS Publication.
- Wilson, R. W. & Kolander, Ch. A. (2011). Drug abuse prevention. Alcohol and community partnership. Third edition. Canada: Jones and Bartlett Publishers.

Doporučená literatura:

- Green, A. E., Maguire, M. & Canny, A. (2001). Mapping and tracking vulnerable young people. Joseph Rowntree Foundation. Chicago: The Policy Press.
- Edmonds, K., Sumnal, H., McVeigh, J. & Bellis, M. A. (2005). Drug prevention among vulnerable young people. National Collaborating Centre for Drug Prevention. Liverpool: Liverpool John Moores University.
- Miovský, M. & Kreeft, P. (2002). Analýza potřeb v oblasti primární prevence užívání návykových látek (příloha č. III/1/1). Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M. & Kreeft, P. (2002). Závěrečná zpráva z Phare Twinning Project: „Drug Policy“. Pracovní skupina: Primární prevence, Component 3, Zpráva č.: III/1. Praha: Úřad vlády ČR.

3 Dovednosti sebeovlivnění (Self-management)

Monika Nevoralová, Lenka Čablová

V oblasti primární prevence rizikového chování jsou důležité dovednosti pro život, neboli **životní dovednosti** („Life skills“), které lze rozdělit na **sociální dovednosti** („Social skills“) a **dovednosti sebeovlivnění** („Self-management“). Jednotlivé dovednosti se mohou překrývat – např. využívání komunikačních dovedností (sociální dovednost), které vyžaduje jisté sebeovládání a určitou schopnost zvládat negativní emoce (dovednost sebeovlivnění) (Nešpor & Scheansová, 2009). Zahraniční autoři používají termín **self-management**, který lze definovat jako osobní a systematické uplatňování strategií zaměřených na změnu chování s cílem dosáhnout požadovaných změn ve vlastním chování (Hughes & Lloyd, 1993; Lam, Cole, Shapiro & Bambara, 1991; Nelson, Smith, Young & Dodd, 1991; Reid, 1996). Schopnost efektivně používat strategie sebeovlivnění je dovednost, která je klíčová pro školní úspěch dítěte i profesní kariéru v dospělosti. Techniky sebeovlivnění mohou studentům pomoci minimalizovat stres a udržet motivaci ke studiu. Studie ukazují, že školní intervence, které jsou založeny na metodách pracujících s dovednostmi sebeovlivnění, dosahují pozitivních výsledků u dětí od předškolního věku až po středoškolské studenty (Hughes & Lloyd, 1993; Lam, Cole, Shapiro & Bambara, 1994; Reid, 1996).

Mezi **dovednosti sebeovlivnění** patří sebmotivace, lepší sebeuvědomování a sebeovládání, schopnost chránit zdravé sebevědomí, schopnost vést přiměřený životní styl, zvládání rizikových duševních stavů, jako craving (bažení), úzkost, hněv, deprese, radost a nuda, schopnost si zdravým způsobem navodit relaxaci (využívání relaxačních technik), schopnost péče o zdraví, včetně využívání zdravotnických služeb atd. Většinu těchto dovedností si lze osvojit nácvikem (Nešpor, in Höschl, 2002).

Techniky sebeovlivnění jsou široce používány ve vzdělávacích institucích a při práci s dětmi, které mají například problémy s dosahováním vlastních cílů. Dále jsou používány k výuce studentů s cílem naučit je samostatně plnit úkoly a být aktivní v procesu sebekontroly a zpětného posílení vlastního chování.

Mohou být doporučovány pro zlepšení školního výkonu a prospěchu, zvýšení produktivity práce, dodržování časové struktury a snížení výskytu rizikových forem chování (Kanar, 2001; Pauk, 1997; Payne, Walker, 2000). Dalším cílem technik posilujících dovednosti sebeovlivnění je nahradit rizikové vzorce chování vhodnějšími a sociálně oceňovanými dovednostmi (Sevier Country Special Education, 2011).

Strategie posílení dovednosti sebeovlivnění jsou v ideálním případě realizovány ještě před tím, než se objeví první projevy rizikového chování. Studenti se mohou například naučit zvládat stres, rozvíjet své sebevědomí, účinné strategie zvládání konfliktů, pozitivní vztah ke studiu, akademické dovednosti, učit se ze zpětné vazby a předcházet tak opakovaným chybám, udržet si zdravý životní styl a naučit se lépe organizovat svůj čas (Haddrill, Singh & Bennett, 2007).

V případech, že student umí pracovat s vlastní sebekontrolou a vnímá důsledky svého chování, může průběžně hodnotit svůj pokrok a vytvářet si osobní záznamy ve formě dat, grafů či vývojových křivek (Reid, 1996). Strategie sebeovlivnění tak umožňují studentům určit si současné cíle, porovnávat jejich aktuální vývoj a systematicky pracovat na jejich dosažení. Sebezpozorování i sebehodnocení jsou cennými nástroji k posílení efektu zpětného zpevnění. Student zastává aktivní roli v procesu formování vlastní osobnosti pomocí strategií zpětných vazeb a může pak lépe odhadnout osobní vývoj a reálnou dosažitelnost budoucích cílů (University of Kansas, 2011). Současně s tím má příležitost hodnotit již splněné cíle, kterých dosáhl pomocí strategií rozvoje dovednosti sebeovlivnění.

Je důležité si uvědomit, že nově vytvořené plány, jak posilovat dovednosti sebeovlivnění, mohou na počátku vyžadovat větší úsilí a nepřinášet stejné výsledky jako dosavadní formy **rizikového chování** (↑). Autoři Hughes a Lloyd (1993) proto doporučují při návrhu plánu sebeovlivnění zvážit řadu faktorů, aby měl student jistotu, že konečný výsledek bude efektivnější než dosavadní rizikové chování. Je potřeba vzít v úvahu fyzické a psychické úsilí, které do nových vzorců investuje, zvážit, kolik energie student vloží do své činnosti, aby dosáhl stejných výsledků jako při předchozím rizikovém chování a také, zda získá dostatečnou zpětnou vazbu a pozitivní zpevnění tak často, aby to podpořilo rozvoj dovedností sebeovlivnění a udrželo nové vzorce chování. Získaná zpětná vazba a pozitivní zpevnění by měly být stejně silné a rychlé jako důsledky asociované s předchozím problémovým chováním (Kerr & Nelson, 1998). Mezi jednotlivé dovednosti sebeovlivnění patří:

- ◆ **Kritické myšlení (Critical thinking)** můžeme definovat jako schopnost analyzovat a objektivně posoudit informace a zkušenosti. Kritické myšlení pomáhá rozpoznat rizikové faktory, které ovlivňují naše postoje, chování a hodnoty a uvědomit si tlak ze strany médií či vrstevnické skupiny. Cílem je získat kritický náhled na užívání návykových látek (WHO, 1994).

- ◆ **Kreativní myšlení (Creative thinking)** umožňuje člověku, aby sám prozkoumal a zhodnotil různé alternativy a následky svých činů. Přispívá tak jednak k rozhodování, ale i k samotnému řešení problémů. Uspodňuje opuštění dosavadního rámce přímých zkušeností. Pomocí kreativního myšlení se lze naučit reagovat na situace každodenního života pružně a flexibilně (WHO, 1994).
- ◆ **Řešení problémů (Problem solving)** je důležitá dovednost ve vztahu k duševnímu zdraví a psychické pohodě (well-being). Jedná se o schopnost konstruktivně se vypořádávat s každodenními problémy a konflikty v běžném životě. V případě dlouhodobé neschopnosti nebo nemožnosti vyřešit závažný problém je organismus ohrožen zvýšeným stresem a psychickou zátěží (WHO, 1994).
- ◆ **Rozhodování (Decision making)** je schopnost strukturovaně a efektivně volit a realizovat vhodný postup v důležitých oblastech našeho života. Oblasti zdravotní prevence se dotýká v případě, když se mladí lidé rozhodují o vlastním zdraví na základě zhodnocení jiných možností a konkrétních následků jednotlivých rozhodnutí. Cílem je získat schopnost rozhodovat se o vlastních životních cílech a prioritách a předvídat následky určitého jednání (WHO, 1994).
- ◆ **Dovednost stanovování cílů (Goals skills)** označuje schopnost vytvořit a naplánovat si osobní a profesní cíle, které jsou pro jedince významné a k jejichž dosažení směřuje převážnou část své energie a mentální kapacity. Jedná se o krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé cíle. Cílové dovednosti představují schopnost nastavit si konkrétní, jasně určené a časově ohraničené cíle, které jsou pro jedince atraktivní, realistické a mají definované výsledky. Dovednost stanovit si reálné cíle vyžaduje motivaci a vytrvalost, schopnost plánovat, flexibilitu, sebeuvědomění a sebeocení za splnění. Efektivní je sledování pokroku a průběžné hodnocení dosahování vlastních cílů v souvislosti s celkovým vývojem v životě (WHO, 1994).
- ◆ **Schopnost sebemotivace** je schopnost nacházet a zacházet s vnitřními a vnějšími zdroji pozitivním způsobem podporujícím seberealizaci a zdravý životní styl. Lze využívat negativní motivaci (uvědomovat si nepříznivé následky nevhodného jednání) i pozitivní motivaci (své dobré cíle a možnosti) (Nešpor & Scheansová, 2009).
- ◆ **Reflexe sebe sama (Reflection)** je schopnost přemýšlet o minulých zkušenostech a zvažovat jejich příčiny a důsledky – např. stav mysli, emoce a pocity, vztahy s ostatními, vlastní chování nebo plány do budoucna. Podstatou dovednosti je uvědomění si vlastní motivace, svých potřeb a přání. Přínosná je úvaha o tom, jak daný člověk reaguje na lidi, na

určité situace a jak je jeho jednání vnímáno ostatními. Pomocí procesu sebereflexe je možné si lépe uvědomit, jak lze změnit své negativní chování, pocity nebo postoje a vytvořit si tak nové strategie k dosažení cíle (University of Sydney, 2011).

- ◆ **Sebeuvědomění (Self-awareness)** označuje schopnost poznání sebe sama, vlastního charakteru, uvědomění si našich práv a povinností, sebekontroly, silných a slabých stránek. Rozvíjení sebeuvědomění může pomoci rozpoznat, kdy jsme ve stresu nebo cítíme nepříjemný tlak. Může být také považováno za předpoklad pro rozvoj empatie, efektivní komunikace a vytváření pozitivních vztahů s druhými (WHO, 1994).
- ◆ **Sebehodnocení (Self-esteem)** označuje schopnost oceňovat své vrozené i získané zdatnosti, vnímat a přijímat své úspěchy a neúspěchy a začleňovat je do svého sebeobrazu. Sebehodnocení nám umožňuje popsat sebe sama a ohodnotit se (Gallà et al., 2005).
- ◆ **Sebeocení (Self-appraisal)** představuje schopnost objektivně analyzovat vlastní situaci, dovednosti, vlastnosti, rozpoznávat své silné a slabé stránky a umět ocenit své silné stránky. Umožňuje nám identifikovat oblasti v životě, ve kterých bychom chtěli zvýšit své znalosti nebo dovednosti a stanovit postupy, pomocí nichž těchto cílů můžeme dosáhnout (University of Sydney, 2011).
- ◆ **Vnímaná osobní účinnost (Self-efficacy)** je subjektivní přesvědčení jedince o kontrole nad událostmi, o možnosti mít vliv na svůj vlastní život. Představa, že jsme schopni řídit svůj život, kontrolovat chod dění, je spojována s představou lepšího zvládnání životních těžkostí (Cohen & Edwards, 1989).
- ◆ **Zvládání emocí (Coping with emotions)** představuje schopnost poznat emoce u druhých i u nás samotných a uvědomit si, jak ovlivňují naše chování. Intenzivní emoce, jako je hněv, zlost nebo lítost, mohou negativně ovlivnit naše zdraví, pokud na ně nezareagujeme adekvátním způsobem. Cílem je naučit se zvládat emocionální distres (WHO, 1994). Nešpor a Scheansová (2009) hovoří o této dovednosti při zvládání rizikových duševních stavů (např. zvládání bažení, úzkosti, hněvu, deprese, radosti, nudy, únavy). Mezi možnosti řešení patří např. tělesná aktivita, změna prostředí, relaxace či psychoterapie.
- ◆ **Zvládání stresu (Coping with stress)** v sobě obsahuje zejména schopnost identifikovat zdroje stresu a to, jak ovlivňují naše zdraví a následně si uvědomit, jakým způsobem je možné kontrolovat úroveň působícího stresu. Efektivní je jednání s cílem redukovat zdroje stresu – například změnou našeho prostředí nebo dosavadního životního stylu. Dalšími

možnostmi je naučit se relaxovat a snížit tak napětí, aby se nezvyšovalo riziko zdravotních problémů (WHO, 1994).

- ◆ **Plánování a kontrolování (Planning and Monitoring)** umožňuje rozvíjet podrobné a realistické strategie nutné k vyřešení problému nebo dosažení cíle. Na základě této schopnosti můžeme předvídat problémy a omezení, přizpůsobovat plány situačním změnám nebo změnám priorit. Prostřednictvím kontrolování může jedinec posuzovat úspěšnost zvolené strategie k dosažení vytyčeného cíle (University of Sydney, 2011).
- ◆ **Organizace času (Time management)** nám umožňuje rozvrhnout si efektivně čas vzhledem ke stanoveným cílům, povinnostem, závazkům, ale i potřebám (např. potřeba odpočinku, relaxace, společenského života). Správná organizace času vede ke snížení stresu a zvýšení produktivity a efektivity práce (University of Sydney, 2011). Nešpor a Scheansová (2009) v tomto kontextu hovoří o schopnosti plánovat čas a nakládat s energií.
- ◆ **Angažovanost (Commitment)** v sobě zahrnuje schopnosti, jako je spolehlivost, důvěryhodnost, ochota plnit své povinnosti, vytrvalost při dosahování cílů, odhodlanost dosáhnout úspěchu, cílů a závazků (University of Sydney, 2011).
- ◆ **Flexibilita (Flexibility)** představuje schopnost přizpůsobit se novým situacím, pružně využívat své dovednosti v různých oblastech, popř. si osvojit nové potřebné dovednosti. Zahrnuje zároveň i schopnost konstruktivně spolupracovat s lidmi s různými hodnotami, sociálním zázemím, pohledy a úrovněmi porozumění (University of Sydney, 2011).

V souvislosti s prevencí a léčbou návykových nemocí autoři Nešpor a Scheansová (2009) uvádějí ještě další **dovednosti sebeovlivnění**, jako je schopnost odepřít si nebo oddálit potěšení kvůli výhodě v budoucnu, relaxační dovednosti, schopnost pečovat o vlastní zdraví či schopnost racionálně hospodařit s penězi.

Použitá literatura:

- Cohen, S. & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In: Neufeld, R. W. J. (Ed.). *Advances in the investigation of psychological stress*. Wiley, New York, 235–283.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hadrill, K., Singh, K. & Bennett, T. (Ed.) (2007). *Self management*. Academic tip sheet. Edith Cowan University. Retrieved September 2, 2011 from: http://www.ecu.edu.au/CLT/tips/docs/self_management.pdf
- Nešpor, K. (2002). Návykové nemoci. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie* (s. 556–576). Praha: TIGIS.
- Hughes, C. & Lloyd, J. W. (1993). An analysis of self-management. *Journal of Behavioral Education*, 3(4), 405–425.
- Kerr, M. M. & Nelson, C. M. (1998). *Strategies for managing behavior problems in the classroom*. (3rd ed.). Columbus, Ohio: Prentice Hall.
- Lam, A. L., Cole, C. L., Shapiro, E. S. & Bambara, L. M. (1994). Relative effects of self-monitoring on-task behavior, academic accuracy and disruptive behavior in students with behavior disorders. *School Psychology Review*, 23(1), 44–58.
- Nelson, J. R., Smith, D. J., Young, R. K. & Dodd, J. M. (1991). A review of self-management outcomes research conducted with students who exhibit behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 16(3), 169–179.
- Nešpor, K. (2003). *Metodika prevence ve školním prostředí*. Praha: Fontis pro MŠMT.
- Nešpor, K. & Scheansová, A. (2009). *Dovednosti pro život v prevenci a léčbě návykových nemocí*. Staženo 22. 2. 2012 z <http://www.cepros.cz/odborna-verejnost/zahranicni-a-domaci-praxe/dovednosti-pro-zivot-v-prevenci-a-lecbe-navykovych-nemoci.html>
- Sevier Country Special Education (2011). *Self-management of behavior in schools*. Retrieved 2, September 2011 from: <http://www.slc.sevier.org/selfmgt.htm>
- University of Kansas (2011). *Teaching self-management skills*. Retrieved September 1, 2011 from: <http://www.specialconnections.ku.edu/cgi-bin/cgiwrap/speconn/main.php?cat=behavior§ion=main&subsection=pbsint/self>
- University of Sydney (2011). *Personal skills*. Retrieved September 1, 2011 from: http://sydney.edu.au/science/uniserve_science/projects/skills/jantrial/personal.htm
- Reid, R. (1996). Research in self-monitoring with students with learning disabilities: The present, the prospects, the pitfalls. *Journal of Learning Disabilities*. 29(3), 317–331.
- WHO (1994). *Life skills education in schools*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.

Doporučená literatura:

Bernard, M. E. (1991). *Procrastinate later*. Melbourne: Schwartz & Wilkinson.

Kanar, C. C. (2001). *The confident student* (4th ed.). New York: Houghton Mifflin Company.

Pauk, W. (1997). *How to study in college* (6th ed.). New York: Houghton Mifflin Company.

Payne, E. & Walker, L. (2000). *Developing essential study skills*. Harlow: Financial Times/ Prentice Hall.

4 Elektronická média v primární prevenci (Electronic media in primary prevention)

Jaroslav Vacek

Elektronická média jsou komunikační prostředky, při nichž původce a příjemce sdělení nejsou v přímém bezprostředním kontaktu, a využívají oproti např. tištěným médiím k šíření informací různá elektronická zařízení. Dle formy komunikace je dělíme na **jednosměrná** a **interaktivní**, interaktivní dále na **offline** a **online** dle připojení k internetu. **Internet**, který se coby nejdynamičtěji se rozvíjející médium stává stále dostupnějším, umožňuje levné, rychlé a efektivní předávání informací v několika modalitách (text, zvuk, obraz). Vedle nesporných výhod získávání informací na internetu má však jeho využití také svá **omezení**, kvalitu a pravdivost publikovaných informací je třeba posuzovat kriticky. Zjištění **důvěryhodnosti** lze provést na základě posouzení těchto kritérií: **autorství, účel, objektivita, spolehlivost a aktuálnost** prezentovaného materiálu. Elektronická média mohou kromě prostých informačních účelů sloužit také jako **nástroj distribuce vlastních preventivních intervencí**, nejčastěji ve formě interaktivních **individuálně přizpůsobených intervencí**. **Účinnost** takových intervencí je výzkumně prokázána a je srovnatelná s efektivitou primárně preventivních aktivit realizovaných tváří v tvář. Za **výhody používání elektronických médií** v oblasti prevence můžeme považovat nízké provozní náklady, zachování věrnosti originálu, možnost individuálního přizpůsobení, účinnost a flexibilitu ve způsobu distribuce, naopak **nevýhody** představují závislost na technologickém zabezpečení, vyšší pořizovací náklady (vysoká náročnost tvorby obsahů) a nevhodnost pro určité oblasti preventivních intervencí.

Elektronická média jako prostředky sociální komunikace, při které původce a příjemce sdělení nejsou v přímém bezprostředním kontaktu, využívají oproti klasickým, většinou tištěným, médiím k šíření informací rozličná elektronická zařízení. Elektronická média reprezentují tradiční masové sdělovací prostředky jako rozhlas a televize, analogicky audio a videonahrávky využívající různých technologií, dále počítače umožňující kromě prostého zobrazení multimediálního obsahu (text, obraz, zvuk, video) také interakci se zpětnou vazbou

v rámci určité aplikace (např. kvíz či dotazník a jejich vyhodnocení, multimediaální virtuální realita ve hře atd.). Počítače a jiné multifunkční přístroje (např. mobilní telefony) v případě připojení na celosvětovou síť internet umožňují zobrazovat online obsahy (statické či interaktivní webové prezentace) a komunikovat synchronní (chat, IP telefonie) a asynchronní (e-mail) formou.

Elektronická média můžeme **dle formy komunikace** rozdělit na: **jednosměrná** (televize a rozhlas, individuálně distribuovaná multimédia, informace na internetu) a **interaktivní** (umožňující vzájemnou komunikaci či interakci člověk–aplikace). Interaktivní média lze dělit na **offline** aplikace na PC a interaktivní multimédia a **online** interaktivní internetové aplikace. Všechna výše zmíněná média nacházejí své uplatnění v primární prevenci.¹

Internet se stává **hlavním zdrojem informací** pro stále více lidí, a to i v oblasti prevence, což potvrzují i výsledky četných studií (např. Andreassen, 2007). Mezi **výhody získávání informací na internetu** patří zejména místní, časová i finanční dostupnost, rychlost vyhledávání, jejich aktuálnost a vzájemná provázanost (hypertextový charakter webových stránek). Získávání informací na internetu má však svá **omezení**, která jsou dána zejména tím, že zde může publikovat kdokoliv téměř cokoli – **kvalitu a pravdivost publikovaných informací je proto třeba vždy posuzovat kriticky**. Na internetu mohou publikovat jednotlivci či zájmové skupiny, jejichž úmysly, ať již záměrně nebo bezděčně, mohou působit škodlivě a současně se na první pohled nemusí jevit čtenáři jako závadné (Gabrhelík & Kubů, 2010). Obecně platí, že pokud existují jakékoliv pochybnosti o obsahu, je skepse na místě.²

Obecné zásady pro **posouzení důvěryhodnosti** informací na internetu z odborného i etického hlediska shrnují např. Hunter (2007), Kirk (2011) nebo Ormondroyd (2011).³ Následující výčet kritérií je výtahem z výše zmíněných zdrojů:

- **autorství**: stránky (texty) jsou podepsány, obsahují kontaktní informace na autora a instituci, kterou reprezentuje, autorita má odpovídající kvalifikaci a znalosti;⁴
- **účel**: cíl, s jakým jsou informace zveřejněny, je explicitně uveden nebo je jasně patrný;

1 Samostatnou kapitolu primární prevence rizikového chování představuje otázka bezpečnostních a zdravotních rizik spojených s využíváním elektronických médií – např. kyberšikana, kybergrooming, sexting, cyberstalking, závislostní chování na internetu či v souvislosti s využíváním dalších médií, somatické poruchy v důsledku jednostranné zátěže a další.

2 Počítačová gramotnost, která zahrnuje i schopnost vyhledávat a kriticky hodnotit informace na internetu, představuje také jednu z klíčových dovedností pro předcházení nejrůznějším formám rizikového chování na internetu.

3 Nadace Zdraví na síti (Health On the Net Foundation), která uděluje certifikáty provozovatelům zdravotně informačních stránek, vytvořila interaktivní kontrolní seznam (checklist) pro příjemce informací k posouzení odbornosti a etičnosti konkrétních stránek, který lze velmi dobře použít i pro hodnocení důvěryhodnosti preventivních stránek (https://www.hon.ch/cgi-bin/HONcode/Inscription/site_evaluation.pl).

4 Základní orientaci poskytuje již jméno domény, podle kterého lze s pomocí služby WhoIs zjistit provozovatele (např. <http://www.nic.cz/whois/>).

- **objektivita:** informace jsou prezentovány nezaopatě, bez manipulace, případná reklama je jasně odlišená od obsahu sdělení, konflikt zájmů je vyloučen;
- **spolehlivost:** fakta jsou jasně odlišena od názorů, zdroje převzatých informací jsou uvedeny a řádně citovány, vlastní myšlenky autora jsou logické, text je gramaticky a kompozičně správný, stránky obsahují seznam použité literatury nebo odkazů;
- **aktuálnost:** informace jsou aktuální, odkazy funkční, je uvedeno datum vytvoření a aktualizace stránek.

Elektronická média v primární prevenci mohou být využívána jednak preventivními pracovníky pro **prohlubování jejich odbornosti**, jednak mohou sloužit jako **nástroj a forma distribuce vlastních preventivních intervencí** pro cílovou populaci. Pro tyto intervence neexistuje v současné době jednotné označení, nejčastěji bývají nazývány dle použitého média jako *digitally delivered*, *computer-tailored*, *computer-based*, *internet-based* nebo *web-based*. Kromě prostého předávání textových a obrazových informací jsou zde využívána i multimédia a zejména následující interaktivní formy intervencí (volně dle RCAP, 2008):

- **individuálně přizpůsobené intervence:** zpětná vazba je přizpůsobena individuálním zkušenostem, znalostem a dovednostem, demografickým a psychologickým charakteristikám;
- **interaktivní multimediální intervence:** příjemce vybírá alternativní pokračování scénky zahrnující rizikové chování a vidí možné důsledky své volby;
- **pohyb ve virtuální realitě:** příjemce se aktivně podílí na průběhu scénky, stejně jako v předchozím případě zažívá ve virtuální realitě možné důsledky své volby;
- **skupinově zacílené intervence:** jsou vytvořené zvláště pro určitou specifickou a/nebo rizikovou skupinu.

Formy nebo komponenty poskytování interaktivních intervencí lze rozdělit na: automatické funkce, komunikační funkce a doplňkové formy. **Automatické funkce** mohou zahrnovat použití informačně obohaceného prostředí (doplňkový obsah a odkazy, uživatelské výpovědi, video, hry), automatickou zpětnou vazbu založenou na individuálním vyhodnocení postupu (srovnání s normami nebo stanovenými cíli, posilovací zprávy) nebo automatické zasílání zpráv (např. upomínky, tipy, informační bulletiny, povzbuzení). **Komunikační funkce** představují možnost požádat o radu odborníka (internetová poradna, diskuzní fórum nebo chat s odborníkem), plánovaný kontakt s odborníkem (např. formou e-mailu) nebo vrstevnickou komunikaci (peer-to-peer, svépomocný princip). Konečně **doplňkové formy** interaktivních intervencí zahrnují využití e-mailu, telefonu, SMS zpráv či videokonferencí (Webb et al., 2010).

Účinnost (↑) interaktivních preventivních intervencí realizovaných prostřednictvím elektronických médií byla výzkumně prokázána v zahraničí pro několik oblastí a dle výsledků dosahují zhruba stejné efektivity jako intervence realizované tvář v tvář (Noar et al., 2010; Webb et al., 2010). Jako **příklady specifických intervencí**, které jsou realizovány a prošly evaluací, můžeme uvést následující: prevence rizikového sexuálního chování a šíření sexuálně přenosných nemocí včetně HIV/AIDS (např. <http://www.wrapphome.net/>), prevence poruch příjmu potravy (např. <http://www.beyondblackboards.com/>), podpora zdravého životního stylu (např. <http://www.hartstichting.nl/>), prevence užívání alkoholu a konopných drog (např. <https://www.climateschools.tv/>).⁵ V českém prostředí nebyly internetové intervence dosud evaluovány, nicméně jako příklad fungujících webů lze uvést následující informační stránky s interaktivními prvky, které jsou určeny dětem, jejich rodičům i profesionálům, a zaměřují se na prevenci různých forem rizikového chování s důrazem na užívání drog (<http://www.odrogach.cz/>) nebo specificky na rizikové chování na internetu (<http://e-bezpeci.cz/>, případně <http://www.proyouth.eu>).⁶

Obecné **výhody používání elektronických médií** můžeme shrnout do následujících bodů: **nízká cena** – poté, co byly intervence vytvořeny, je lze distribuovat a realizovat s nesrovnatelně nižšími náklady než prevenci prováděnou přímo odbornými pracovníky; **věrnost originálu** – originál je zachován (v případě digitálních médií zcela) bez ztráty kvality; **možnost individuálního přizpůsobení** – v případě interaktivní aplikace může být obsah přizpůsoben jednotlivci automatickými algoritmy; **účinnost** – interaktivita a využití multimédií může zvyšovat efektivitu; **flexibilita ve způsobu distribuce** – elektronické obsahy lze šířit pomocí internetu, na různých digitálních médiích také prostřednictvím preventivních agentur, školských i klinických zařízení (RCAP, 2008).

Mezi **nevýhody používání elektronických médií** v prevenci patří zejména: **závislost na technologickém zabezpečení** – je nutný hardware, případně připojení k internetu, oboje v dostatečné kvalitě; **náročnost tvorby obsahů** – vytvoření intervencí je časově a personálně náročné a tedy finančně nákladné; **nevhodnost pro určité oblasti preventivních intervencí** – např. sociálně interaktivní dovednosti lze prostřednictvím elektronických médií získat pouze v omezené míře.

5 Nad rámec primární prevence lze vnímat využití počítačů a internetu pro časnou intervenci u užívání alkoholu a tabáku (viz např. <http://www.campushealthandsafety.org/effectiveprevention/eit/earlyintervention/examples/>), základní komponenty online krátké intervence tvoří online dotazník a zpětná vazba založená na výsledku dotazníku (podrobněji viz např. Holcnerová & Vacek, 2010). V těchto aplikacích lze hledat inspiraci pro realizaci primárně preventivních aktivit prostřednictvím elektronických médií, která lze plnohodnotně využít zejména díky nižšímu prahu, snadné dostupnosti a minimálnímu stigmatizačnímu potenciálu v rámci časné intervence u rizikových uživatelů návykových látek, kteří se do klasických léčebných služeb téměř nedostávají.

6 Časnou intervenci u závislostního chování na internetu nabízejí stránky <http://poradna.adiktologie.cz/> nebo <http://www.konechry.cz/>.

Použitá literatura:

- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H. & Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BioMed Central Public Health*, 7, 53.
- Gabrhelík, R. & Kubů, P. (2010). Informační zdroje v primární prevenci. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 135–139). Praha: Sdružení SCAN Tišnov a Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze.
- Holcnerová (Vondráčková), P. & Vacek, J. (2010). Využití internetu v léčbě abúzu a syndromu závislosti na alkoholu. *Adiktologie*, 10, 110–119.
- Hunter, S. (2007). Checklist for Evaluating Web Sites. Retrieved on 2011-10-20 from: www.library.dal.ca/How/Guides/Checklist/
- Kirk, E. E. (2011). Evaluating Information Found on the Internet: Items to Consider. Retrieved on 2011-10-20 from: <http://guides.library.jhu.edu/evaluatinginformation>
- Kubů, P. (2002). Obecné zásady, kritéria kvality, testování a cílová skupina využití internetu v projektech prevence závislosti a harm reduction. *Adiktologie*, 2, 30–39.
- Newton, N. C., Teesson, M., Vogl, L. E. & Andrews, G. (2010). Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*, 105(4), 749–759.
- Noar, S. M., Pierce, L. B. & Black, H. G. (2010). Can computer-mediated interventions change theoretical mediators of safer sex? A meta-analysis. *Human Communication Research*, 36(3), 261–297.
- Ormondroyd, J. (2011). Critically analyzing information sources. Retrieved on 2011-10-20 from: <http://olinuris.library.cornell.edu/ref/research/skill26.htm>
- RCAP – Rural Center for AIDS/STD Prevention (2008). Computer technology-based HIV prevention interventions. Rural Center for AIDS/STD Prevention: Fact Sheet, 22, 1–4.
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L. & Michie, S. (2010). Using the internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), e4.

Doporučená literatura:

- Gabrhelík, R. & Kubů, P. (2010). Informační zdroje v primární prevenci. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 135–139). Praha: Sdružení SCAN Tišnov a Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze.
- Kubů, P. (2002). Obecné zásady, kritéria kvality, testování a cílová skupina využití internetu v projektech prevence závislosti a harm reduction. *Adiktologie*, 2(2), 30–39.

- Kubů, P. (2004). Metody hodnocení kvality internetových projektů prevence závislostí a harm reduction. *Adiktologie*, 4(3), 268–285.
- Monteiro, M. G. (1999). Young People and Substance Use: A Manual – Create, use and evaluate educational materials and activities. WHO Department on Substance Abuse, 36. Retrieved on 2011-10-20 from: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/who_materials_00.pdf
- Siemer, C. P., Fogel, J. & Van Voorhees, B. W. (2011). Telemental health and web-based applications in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(1), 135.
- United Nations, Office on Drugs and Crime. (2003). Internet: using the internet for drug abuse prevention. New York: United Nations, Office on Drugs and Crime. Retrieved on 2011-10-20 from: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_internet_english.pdf

5 **Evaluace preventivních programů a intervencí**

(Evaluation of preventive programmes and interventions)

Michal Miovský, Lenka Šťastná

Evaluace preventivního programu¹ nebo intervence je systematické shromažďování, analyzování a interpretování informací o přípravě, průběhu intervence a jeho možných účincích na cílovou skupinu. Získané informace mohou být použity k rozhodování o zlepšení intervence, k jejímu rozšíření nebo odmítnutí (EMCDDA, 1999, 2010). Realizace jakékoli preventivní intervence s sebou přináší určitá rizika, která je nutné evaluací ověřit a zvážit poměr mezi předpokládanými (ověřenými) klady/dopady a potenciálními riziky. Kromě **žádoucích dopadů** intervence (zamýšlený efekt) se totiž samozřejmě mohou objevit také různé typy **nežádoucích dopadů**. Kromě toho mohou být **dopady intervence explicitní nebo skryté** (a to jak v případě pozitivních, tak negativních dopadů). Pak hovoříme o tzv. vedlejších účincích/dopadech, které je nutné evaluací samozřejmě co nejlépe popsat, porozumět jim, případně je též umět posilovat (pozitivní dopady), nebo naopak minimalizovat či eliminovat (negativní/nežádoucí dopady).

Každý preventivní program/intervence by měl být evaluován. To znamená, že by u něj mělo být ověřeno, zda je pro danou cílovou skupinu vhodný (např. tím, že způsob podávání informací odpovídá psychosociální úrovni vývoje dané cílové skupiny dětí), že je prováděný v souladu s doporučeními autorů (tj. že je způsob jeho realizace přiměřeně přizpůsoben prostředí a podmínkám školy), že nepůsobí kontraproduktivně (tj. že program nemá spíše negativní dopad) a že splňuje cíle, které si definoval (tj. že ověřujeme míru naplnění definovaných cílů programu). Čím přesnější je popis cílů, metod a cílových

1 Podrobněji zpracované lze toto téma nalézt v článku: Miovský, M., Miovská, L. & Kubů, P. (2004). Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti v časopise Adiktologie č. 3/2004, pp. 288–305.

skupin daného programu, tím lépe je možné jeho dopad výzkumně ověřovat. Bez jasného popisu programu, jeho cílové skupiny, cílů atd. je provádění jakékoli kvalitní evaluace vyloučeno. Van der Stel a Voordewind (1998) v tomto kontextu doporučují u každého programu reflektovat tyto požadavky:

- účinnost intervence musí být prokazatelná,
- je nutné popsat a vysvětlit mechanismy (faktory), které brání efektu intervence, nebo jej naopak podporují,
- mělo by být možné spočítat návratnost investice do dané intervence,
- měly by být identifikovány a popsány neúmyslné a nežádoucí účinky intervence.

K evaluaci programů primární prevence lze přistupovat různě. Existuje více modelů, jak o těchto programech uvažovat a jak je hodnotit (Springer & Uhl, 1998). Na jedné straně se lze setkat s jednou krajní variantou spočívající v odmítání jednotných standardů (tj. jednotného pojetí kritérií kvality) a v důrazu pouze na vyhodnocení dopadů (efektivity) programů. V rámci tohoto přístupu není tedy naším cílem zjišťovat a definovat nějaká jednotná **kritéria kvality** a konkrétní programy s nimi porovnávat. Takto konstruktivisticky laděný přístup má mnoho zastánců, klade však značné nároky na erudovanost personálu, připravenost výzkumných a kontrolních institucí a finanční zajištění evaluace. Jistou nevýhodou je obtížnost srovnání daná našimi omezenými možnostmi výzkumně uchopit některé složité fenomény a adekvátně je při evaluaci zohlednit. Další možností je prostřednictvím srovnávání a výzkumu různých modelů přístupu a programů primární prevence definovat obecná kritéria kvality a s těmito kritérii následně ostatní programy srovnávat, resp. srovnávat míru naplnění jednotlivých kritérií (požadavků). Takový přístup je finančně méně náročný a snadněji realizovatelný. Jeho nevýhodou je však určitá rigidita a pomalost v reagování na proměny potřeb cílových skupin a menší potenciál pro inovaci.

Jednotlivé **evaluační metody** se liší podle toho, k čemu mají být výsledky evaluace použity (účel evaluace a způsob využití/aplikace výsledků). Při **formativní evaluaci** (případně formativním přístupem v evaluaci) je hlavním cílem nalézt silné a slabé stránky evaluované preventivní intervence a navrhnout změny, které povedou k odstranění či zlepšení slabých stránek (WHO, 2000a). Cílem formativní evaluace je však výhradně zlepšení či zdokonalení (programu, lektora atp.), nikoli přímý postih za zjištěné chyby či jiné nedostatky. Naproti tomu hlavním důsledkem **normativní evaluace** (případně normativního přístupu v evaluaci) mohou být právě „politické“ důsledky jako rušení programu, sankce realizátorům programu za nedostatky, nižší dotace v dalším dotačním řízení apod. Někteří autoři užívají také termín **sumativní evaluace** (Kröger, 1998). Při normativní evaluaci porovnáваме hodnocený program např. s již existujícími standardy (hodnotíme míru a kvalitu naplnění standardů) nebo jej srovnáme s jiným programem. Oba tyto základní přístupy k evaluaci se významně od-

lišují v metodologických a epistemologických východiskách a předpokladech (Kröger, 1998) a při jejich praktické aplikaci je třeba tyto odlišnosti respektovat. Další možností, jak rozlišovat mezi jednotlivými postupy evaluace, je orientace těchto metod na různé fáze realizace preventivní intervence (Kröger, 1998):

- ◆ **Evaluace přípravy:** realizaci každé úspěšné a efektivní preventivní aktivity předchází fáze podrobného plánování a přípravy vlastní realizace. Při evaluaci přípravy se především sleduje, jak kvalitně je daný program připraven před tím, než je spuštěn. Evaluace se tak zaměřuje především na stav přípravné dokumentace a veškerých přípravných kroků (Jerfelt, 1998). To vyžaduje sledování kvality projektového managementu, přípravy finančního a materiálního zajištění projektu, adekvátní úrovně vzdělání všech realizátorů preventivní intervence atd. (EMCDDA, 1998).
- ◆ **Evaluace procesu:** při evaluaci procesu se klade důraz na vlastní implementaci programu. Vyhodnocují se jednotlivé kroky (části) intervence s ohledem na přípravnou fázi. Hodnotíme, zda na sebe různé části navazují v logickém pořadí, které usnadní orientaci v problému příjemcům preventivní intervence, či jaká je vlastní kvalita jednotlivých kroků programu (WHO, 2000b; Kröger, 1998). Evaluace procesu je poměrně obtížnou částí evaluace preventivní intervence. Jde o hodnocení průběhu implementace programu. Zatímco při evaluaci přípravy a výsledku může hodnotitel vycházet z písemných dokumentů zpracovaných při plánování projektu (podkladů poskytnutých navrhovatelem intervence do příslušného dotačního řízení či závěrečné zprávy, eventuálně odborných publikací typicky informujících o výsledku konkrétní intervence u cílové skupiny), při evaluaci procesu je často odkázán především na výpovědi realizátora, jeho spolupracovníků nebo informace získané přímo od účastníků programu, případně na data získaná vlastním pozorováním.
- ◆ **Evaluace výsledku:** evaluace výsledku (nebo také **měření efektivity**) sleduje dopad intervence u cílové skupiny definované v přípravné fázi projektu, případně další dopady, které program má (Kuipers, 1998). Při sledování dopadu intervence je výhodné kombinovat kvantitativní a kvalitativní výzkumné metody, protože jen syntéza zjištění obou přístupů může zprostředkovat informaci o reálném a do kontextu zasazeném výsledku evaluované intervence. Bez kvalitativních výzkumných metod se lze jen těžko obejít při hledání odpovědi na otázku, zda evaluovaná intervence skutečně ovlivňuje to, co ovlivňovat má, či jakým způsobem zvolenou charakteristiku cílové skupiny ve skutečnosti ovlivňuje (WHO, 2000c; Kröger, 1998). Změna chování plánovaná v důsledku preventivní intervence se u cílové skupiny může v měřitelné míře projevit s delším časovým odstupem, než probíhá samotné hodnocení. Některé žádoucí,

ale velmi diskrétní změny chování jedinců z cílové skupiny se nemusí navenek projevit vůbec, eventuálně jedinci, u nichž ke změně chování došlo, se mohou i nadále v obavě z odsudku vrstevníků při hodnocení jevit jako intervencí neovlivněná část cílové skupiny. Téma efektivity primární prevence je velice náročné a citlivé. Pod pojem **efekt** nebo také **dopad na cílovou skupinu** se totiž významově zařazuje množství fenoménů, jako jsou například znalosti, dovednosti, názory a postoje nebo různé behaviorální projevy (určité typy chování či vzorce chování). **Efekt prevence** je možné samozřejmě ověřovat a měřit. Za efektivní program nelze v žádném případě považovat takový, u kterého není efekt vědecky/výzkumně ověřen (tzv. **evidence based přístup**, tj. **přístup založený na důkazech**).

Dalším možným rozdělením evaluativních přístupů a metod je **hledisko užitého typu výzkumného plánu**. Kröger (1998) rozlišuje celkem tři základní typy evaluací podle užitého výzkumného plánu: experimentální, kvaziexperimentální a neexperimentální evaluaci:

- ◆ **Experimentální typ evaluace** předpokládá použití experimentální a kontrolní skupiny vybrané náhodným výběrem, u kterých hodnotíme (měříme) stav před a po provedení intervence (případně také v jejím průběhu) a dopad s odstupem času po ukončení intervence (follow-up). Na závěr pak porovnáваме výsledek (rozdíl) dosažený u experimentální skupiny (která byla podrobena experimentálnímu zásahu) a kontrolní skupiny (bez zásahu).
- ◆ **Kvaziexperimentální typ evaluace** spočívá v tom, že výběr experimentální a kontrolní skupiny není náhodný, ale je podřízen určitým podmínkám či kritériím, a často tak při něm využíváme záměrného výběru (Bryman, 2001). Využívá se v situaci, kdy není možné provést klasický experiment (např. pokud bychom chtěli měřit preventivní účinek něčeho, co nelze opakovat nebo by to eticky nebylo přípustné – např. vliv těžkého úrazu spolužáka v důsledku provozování extrémního sportu na třídní kolektiv). Při neexperimentální evaluaci obvykle nemáme kontrolní skupinu (ačkoli i zde je možné za určitých okolností kontrolní skupinu konstruovat, i když to má svá omezení) a pracujeme pouze se skupinou, která je podrobena preventivní intervenci.
- ◆ Jiní autoři již reflektují také možnosti, které evaluaci primární prevence přinášejí **kvalitativní výzkumné metody** (Brounstein et al., 2001), jako je zúčastněné pozorování, různé typy interview, ohniskové skupiny atd. Důležitá je samozřejmě adekvátnost zvoleného typu výzkumu, případně kombinace více typů v případě složitějších projektů.

Některé situace vylučují provedení spolehlivé evaluace. To úzce souvisí s procesem přípravy preventivního projektu. Častou příčinou nemožnosti hodnotit danou preventivní intervenci je absence jasně definovaných a měřitelných cílů či definice samotné intervence nebo cílové skupiny. V těchto případech se často setkáváme se zcela nerealistickými cíli, jako např. dosažení úplné abstinence či zabránění prvnímu kontaktu s drogou u 100 % cílové populace. Evaluaci nelze kvalitně provést, nejsou-li na ni k dispozici dostatečné finanční prostředky. Evaluace má nenulové náklady a obecně platí, že výše rozpočtu přímo úměrně ovlivňuje šíři, hloubku i kvalitu samotné evaluace. Standardní **nezávislá evaluace** je vyloučena např. v situaci, kdy mezi realizátorem a hodnotitelem existuje nepřiměřená vazba (zaměstnanec-poměr atd.) nebo možnost realizátora (zadavatele) přímo ovlivnit výši odměny pro evaluátora.

Použitá literatura:

- Bryman, A. (2001). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Brounstein, P. J., Zweig, J. M., Gardner, S. E. et al. (2001). *Science-based substance abuse prevention: A guide*. The Department of Health and Human Services (DHHS).
- EMCDDA: *Guidelines for the evaluation of drug prevention* (1998). Series Manuals No. 1. Lisabon: EMCDDA.
- EMCDDA. (2010). *Manuals: Prevention and evaluation resources kit (PERK)*. Step 2a: Models and theories. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>.
- Jerfelt, T. (1998). Evaluation planning. In: Baker, O., Mouteney, J. & Neaman, R. (Eds.), *Evaluation Drug Prevention in the European Union* (pp. 67–72). Scientific Monograph Series, No. 2. Lisabon: EMCDDA.
- Kröger, Ch. (1998). Evaluation: Definitions and Concept. In: Baker, O., Mouteney, J. & Neaman, R. (Eds.), *Evaluation Drug Prevention in the European Union* (pp. 61–66). Scientific Monograph Series, No. 2. Lisabon: EMCDDA.
- Kuipers, H. (1998). Measuring outcomes: methodology, Tudory and mediating variables. In: Baker, O., Mouteney, J. & Neaman, R. (Eds.), *Evaluation Drug Prevention in the European Union* (pp. 73–80). Scientific Monograph Series, No. 2. Lisabon: EMCDDA.
- Miovský, M., Miovska, L. & Kubů, P. (2004). Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti. *Adiktologie* č. 3/2004, pp. 288–305.
- Spinger, A., Uhl, A. (Eds.). (1998). *Evaluation research in regarding primary prevention of drug abuse*. European Commission: Social Sciences. Cost A6. Brussels: European Commission.
- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.). (1998). *Handbook of Primary Prevention: Alcohol, Drugs and Tobacco*. Amsterdam: Jelinek Insitute.

- WHO (2000a). International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000b). Process evaluations. Workbook No. 4. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000c). Outcome evaluations. Workbook No. 7. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.

Doporučená literatura:

- Baker, O., Mountney, J., Neaman, R. (Eds.) (1998). Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph. Series, No. 2. Lisbon: EMCDDA.
- Nilson, M., Solberg, U. (2000). Evaluation: a key tool for improving drug prevention. Scientific Monograph. Series, No. 5. Lisbon: EMCDDA. Pp. 101–106.
- EMCDDA. (2010). Manuals: Prevention and evaluation resources kit (PERK). Step 2a: Models and theories. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kröger, Ch. (1998). Evaluation: Definitions and Concept. In: Baker, O., Mountney, J. & Neaman, R. (Eds.), Evaluation Drug Prevention in the European Union (pp. 61–66). Scientific Monograph Series, No. 2. Lisbon: EMCDDA.
- Miovský, M., Miovská, L. & Kubů, P. (2004). Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti v časopise Adiktologie č. 3/2004, str. 288–305.
- MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2002). Evaluace a diagnostika preventivních programů. Praha: MŠMT.
- Neaman, R., Nilson, M. & Solberg, U. (2000). Evaluation: A key tool for improving drug prevention. Scientific Monograph Series, No. 5. Lisbon: EMCDDA.
- Spinger, A. & Uhl, A. (Eds.) (1998). Evaluation research in regarding primary prevention of drug abuse. European Commission: Social Sciences. Cost A6. Brussels: European Commission.
- WHO (2000). International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.

6 Faktory rizikové a protektivní

(Risk and protective factors)

Miroslav Charvát, Monika Nevoralová

Jako **faktory rizikové** označujeme v primární prevenci praxí či epidemiologicky vysledované a výzkumem ověřené činitele nebo podmínky spojuvané s rostoucí pravděpodobností výskytu **rizikového chování** u jedince. Jde o jasně definované charakteristiky chování, konstituce (např. genetické), životního prostředí atp. (VanderBos, Ed., 2006). Jako **faktory protektivní (ochranné)** pak označujeme ty, které dopad a účinky rizikových faktorů zmírňují, působí proti nim nebo je kompenzují (Jessor, 1991). Mnoho typů rizikového chování má společné příčiny, resp. rizikové a protektivní faktory. Faktorů v obou kategoriích je velké množství a dají se dle **teorie problémového chování** základně rozdělit na pět systémů: biologický, sociální, vnímaného prostředí, osobnost a chování (Jessor, 1998). Tyto skupiny faktorů vytvářejí u každého jedince specifickou síť příčinných souvislostí. Přítomnost rizikového faktoru nemusí vždy nutně znamenat rozvoj rizikového chování, ale ani přítomnost protektivního faktoru nemusí v každém případě jedince od rizikového chování či jeho následků ochránit (Jessor, Van den Bos, Vanderryn, Costa & Turbin, 1997). Znalost multifaktoriální povahy etiologie rizikového chování má zásadní význam při tvorbě efektivních primárně preventivních programů.

Spolehlivá predikce výskytu různých forem **rizikového chování** (↑) je v oblasti primární prevence logickým požadavkem. Chceme-li cíleně předcházet vzniku či rozvoji rizikového chování u dětí a mládeže, je potřeba znát jeho **etiologii**, tj. jeho kauzální příčiny. Hledání faktorů, které s rizikovým chováním souvisí, je náplní mnoha výzkumů již řadu desetiletí. Například Hawkins, Catalano & Miller (1992) ve své rozsáhlé přehledové studii odhalili tyto **rizikové faktory** vedoucí k užívání návykových látek v dospívání: zákony tolerující užívání drog, dostupnost drog, extrémní ekonomická deprivace, dezorganizované sousedství, nepříznivé biochemické a genetické charakteristiky, časná a přetrvávající problémy v chování včetně agresivního chování u chlapců, hyperaktivita v dětství a dospívání, užívání alkoholu a nelegálních drog v rodině, slabé výchovné působení v rodině, rodinné konflikty, nízká vazba k rodině, školní neúspěch,

zanedbávání školních povinností, časně odmítnutí vrstevníky, sociální tlaky k užívání drog, odcizení a rebelství, kladné postoje k užití drog a raný začátek užívání drog. Užívání návykových látek zde ilustruje obdobnou situaci, která nastala i ve výzkumu ostatních typů rizikového chování. Od 90. let minulého století se začaly postupně prosazovat i teorie komplexnější, zahrnující více faktorů současně. Například Newcomb (1995) roztrídil výše zmíněné rizikové faktory do čtyř oblastí: kultury a společnosti (a), interpersonální (b), psycho-behaviorální (c) a biogenetické (d).

Při budování koncepčního rámce rizikového chování dospívajících se kromě víceméně deskriptivních a klasifikačních snah řešila i otázka, do jaké míry existuje mezi různými rizikovými způsoby chování v dospívání nějaká struktura či souvislost. Pro primárně preventivní intervenci je totiž obrovský rozdíl v tom, zda se zabývá nezávislými a izolovanými způsoby chování, nebo naopak organizovanou konstelací rizikových způsobů chování, které jsou navzájem propojené. Kromě vysvětlujících (nezávislých) proměnných tedy roste komplexita i na straně vysvětlovaných (závislých) proměnných. Profesor **R. Jessor** tuto konstelaci označil jako **syndrom rizikového chování v dospívání** (↑) (SRCH D) (Jessor, 1991). Syndrom se skládá převážně z a) abúzu návykových látek a vzniku závislosti na nich, b) negativních sociálních jevů v užším smyslu (zejména problémové chování, sociální maladaptace, agresivita, rizikové chování v dopravě, kriminalita, ale i autoagresivita a suicidální chování) a c) poruch reprodukčního zdraví, charakterizovaných časným začátkem intimního života a s tím spojenými nepříznivými konsekvencemi. Samotné období adolescence je pak nadále chápáno jako rizikové samo o sobě a v moderní společnosti se de facto stalo nejrizikovějším obdobím života. WHO dokonce stanovila dospívající jako samostatnou rizikovou populační skupinu, jejíž zdraví je ohroženo více behaviorálně (než biomedicínsky). Většina adolescentů se zapojuje do chování, které může mít vážné zdravotní důsledky, navíc stále častěji v nižším věku, než tomu bylo v předešlých generacích. Rovněž velká část adolescentů participuje ve více formách rizikového chování současně (Hamanová, Hellerová, 2000). Dospívající jsou též velmi zranitelní z hlediska neurofyziologického. Například v případě návykových látek mají nižší míru tolerance a stávají se závislými rychleji a při nižších dávkách nežli dospělí. Dospívání je ve zdravém lidském mozku obdobím dramatické transformace a neurální reorganizace, lze např. pozorovat markantní vývojové proměny prefrontální kůry a limbických oblastí mozku, což přispívá k obměnám kognitivních schopností a osobnosti (EMCDDA, 2009). Kromě faktorů rizikových nabývají na významu též **faktory protektivní**. Velký přínos v tom měly práce věnující se **resilienci** (odolnosti) vůči prokazatelně nepříznivým vlivům vedoucím k vývojovým poruchám v dětství a dospívání (Garmezy & Masten, 1986; Matějček, Dytrych, 1998; Rutter, 1987). Mnozí dospívající, kteří jsou vysoce ohroženi, vyrůstají za podmínek všudypřítomných negativních vlivů, omezených zdrojů a intenzivních tlaků

na překračování konvenčních norem, dokáží tyto okolnosti překonat a rizikovému chování nepodlehnou, anebo, když už se u nich rizikové chování projeví, zmizí rychleji než u druhých (Jessor, 1991).

Nejobecněji se rizikové a protektivní faktory dají rozdělit na ty, které působí na úrovni individua, a ty, kterou jsou dány prostředím. Řada autorů však nabízí detailnější členění. Jessor (1998) používá pět hlavních vysvětlujících domén sdružujících rizikové (RF) i protektivní faktory (PF), které uvádíme i s příklady:

- Biologický systém – RF: alkoholismus v rodině; PF: inteligence v pásmu nadprůměru;
- Sociální systém – RF: nízký socioekonomický statut, sociální vyloučení a znevýhodnění; PF: zdravá škola, soudržná rodina, příznivá lokalita bydliště, pozitivní vzory mezi dospělými;
- Vnímané prostředí – RF: modely rizikového chování, normativní mezigenerační konflikt; PF: modely konvenčního chování, kontrola rizikového chování;
- Osobnost – RF: uvědomování si snížených životních šancí, nízké sebehodnocení, tendence riskovat; PF: přítomná hodnota zdraví a úspěchu, netolerující postoj k rizikovému chování;
- Chování – RF: problémové pití alkoholu, školní neúspěch; PF: religiozita, aktivní zapojení do školních akcí a jiných zájmových aktivit.

Rizikové a protektivní/ochranné faktory působí na všech úrovních, kde jedinec komunikuje s ostatními a společností kolem sebe. Soubor vlastností, které si do těchto interakcí přináší, tak interaguje s aktuálním prostředím a kontextem. Jeden z užitečných způsobů, jak je utřídit, je dělení do šesti životních oblastí, v nichž se objevují. Opět je uvádíme i s příklady RF a PF:

- ◆ Individuální oblast – RF: nepříznivý genetický profil, neurokognitivní změny, poruchy emocionality, impulzivita, úzkostnost, deprese, vyhledávání zážitků, deficity v sociálních dovednostech, hostilita a agrese, odcizení, nízké sebevědomí a sebehodnocení, negativní životní události a traumatické zážitky, těžkosti s učením, problémy ve vazbě na matku, časné začátky rizikového chování; PF: emocionální stabilita, rozvoj sociálních dovedností, pozitivní vztah k sobě, výkonnost ve škole, odolnost vůči zátěži, flexibilita, svědomitost, přívětivost, odolnost vůči skupinovému tlaku, dovednosti zaměřené na cíle a řešení problémů;
- ◆ Rodinná oblast – RF: zneužívání alkoholu, drog či gambling u rodičů, slabá rodičovská podpora, nedostatečný zájem a kontrola rodičů, nedůsledná výchova, segregace, chudoba, nezaměstnanost, hrubost a konflikty v rodině, souhlasný postoj k užívání drog; PF: pozitivní pouto

mezi rodiči a dítětem, emocionální podpora, vysoká rodičovská očekávání, jasná pravidla a hranice, rodičovská kontrola a důslednost;

- ◆ Vrstevnická oblast – RF: vrstevnický tlak, členství ve skupině s rizikovým chováním či pozitivními postoji k němu, odmítnutí a vyřazení z vrstevnické skupiny; PF: dobrá vrstevnická skupina s přiměřenými zájmy a aktivitami, dobrá interpersonální komunikace, dostatek přátel, vzájemná podpora;
- ◆ Školní a pracovní oblast – RF: školní selhávání, nezdravé školní klima, nízké očekávání pedagogů, zaměření na výkon, agresivní nebo odtažitě chování ve třídě, odborná nepřípravenost pedagogů; PF: zdravé školní prostředí, dobré vztahy s učiteli, srozumitelná pravidla, včasná systematická a efektivní specifická primární prevence, participace žáků a rodičů, pozitivní hodnocení;
- ◆ Komunitní oblast – RF: ztráta ekonomických a vzdělávacích příležitostí, rozvoj užívání drog, alkoholu a gamblingu, vysoká kriminalita, narušené sousedské vztahy, odcizení lidí a nezájem o dění, vysoká mobilita lidí, kulturní nesourodost, vytváření uzavřených lokalit, nedostatečná nabídka volnočasových aktivit; PF: komunita pečuje o životní prostředí, vytváří sociální a ekonomické příležitosti, podporuje aktivity na bázi duchovního rozvoje, sponzoruje spektrum aktivit pro děti a mládež, její členové mají vědomí příslušnosti, provádí evaluaci stavu rizikového chování;
- ◆ Oblast společnosti a životního prostředí – RF: nadřazené politické a populistické zájmy, převaha represivních opatření, nedostatek finanční podpory pro preventivní aktivity, malá podpora vzdělávání; PF: dobré kulturní a ekonomické podmínky, převládající pozitivní hodnoty a normy, funkční a vyvážený systém zákonů a sankcí, stabilní politická situace, finanční podpora preventivních programů a vzdělávání (SAMHSA/CSAP, 2001; NIDA, 2003; Martanová et al., 2007).

Výzkumy rovněž ukázaly, že tyto oblasti nejsou ve svém důsledku statické, ale že na sebe vzájemně působí a v průběhu času se jejich vliv na jedince mění s tím, jak se mění jeho vnímání a interakce s rodinou, vrstevníky, školou či komunitou (SAMHSA/CSAP, 2001; NIDA, 2003; Martanová et al., 2007).

Vyšší míra vystavení působení rizikových faktorů nemusí nutně znamenat absenci protektivních faktorů. U jedince může docházet i k tomu, že vystavení vlivu rizikových faktorů může být zmírněno současným působením faktorů protektivních. Tyto interakce shrnuje tzv. **teorie problémového chování** (↑) (Jessor et al., 2003). Jessor (2008) později stručně zobecňuje tři základní typy protektivních faktorů: pozitivní modely, kontrolu a podporu a tři základní

typy rizikových faktorů: negativní modely, příležitosti a náchylnost. Uvádí, že tento teoretický základ může být zobecnitelný kdekoliv a zároveň že konkrétní obsahy mohou být definovány sociokulturně. Jeden faktor též může působit i ambivalentně, tj. být někdy protektivním a v jiné konstelaci i rizikovým. Například sociální opora od kamarádů funguje jako protektivní faktor v případě agresivního chování, nicméně je rizikovým faktorem v případě problémů ve škole, problémů s autoritami nebo v případě užívání drog (Širůček, Širůčková a Macek; 2007).

Fergus & Zimmerman (2005) v tomto kontextu popisují tři modely resilience: **resilience kompenzační** (compensatory), **resilience ochranná** (protective) a **resilience z odolňující** (challenging). V **kompenzačním modelu** působí protektivní faktor proti nebo v opačném směru než rizikový faktor. Má tedy přímý účinek na rizikové chování, nezávislý na efektu rizikového faktoru. Mládež žijící v chudobě má například větší pravděpodobnost ke spáchání násilného chování, ale soustavná kontrola ze strany dospělých může dopady tohoto nepříznivého sociálního prostředí vyvážit. V **ochranném modelu** má protektivní faktor nepřímý účinek na rizikové chování a funguje tak, že moderuje efekt faktoru rizikového, pomáhá neutralizovat účinky rizik. Například u jedinců, jejichž rodiče neposkytují dostatečnou podporu nebo dohled (rizikový faktor) můžeme odlišit dvě podskupiny. Jedni mají jinou dospělou osobu, která plní roli pozitivního vzoru (ochranný faktor), a delikventní chování se u nich tudíž nevyvine. Druzí žádný takový pozitivní dospělý vzor nemají a mohou tak vykazovat delikventní chování. Ve třetím **zodolňujícím modelu** není vztah mezi rizikovým faktorem a výsledkem lineární. Rizikový a protektivní faktor je v podstatě stejnou proměnnou a záleží pouze na úrovni jejího působení. Expozice velmi nízkých a velmi vysokých úrovní rizikového faktoru jsou spojeny s negativními důsledky, ale střední úroveň rizika může přinášet dokonce pozitivní výsledky. Například příliš málo rodinných konfliktů neumožní mladým připravit se na obdobné situace a řešit mezilidské konflikty mimo domov. Příliš mnoho konfliktů v rodině může být vysilující a vést k beznaději a zoufalství. Přiměřené množství konfliktů však může poskytnout mladým lidem dostatečnou expozici, která aktivizuje jejich zvládací strategie a přinese jim poučení z vývoje a schopnost řešení konfliktů.

Zejména v souvislosti s rizikovými faktory se někdy vyčleňují tzv. **rizikové skupiny** (↑) (high risk groups, at-risk groups). Práce s těmito rizikovými skupinami je základem **selektivní prevence** (↑), včasný záchyt rizikových jedinců se pak dále využívá při **indikované prevenci** (↑) (EMCDDA, 2009). **Preventivní programy** obecně by dle NIDA (2003) měly kromě snižování vlivu rizikových faktorů cílit i na posilování faktorů protektivních. Měly by též brát v úvahu, že se možný dopad specifických rizikových a ochranných faktorů mění s věkem. Například rizikové faktory v rodinném prostředí mají větší vliv na mladší děti, zatímco kontakt s vrstevníky užívajícími drogy může být vý-

znamnějším rizikovým faktorem pro dospívající. Včasná intervence směřovaná k rizikovým faktorům (jako je např. agresivní chování a špatné sebeovládání) má často větší vliv než pozdější intervence zaměřená na změnu životní cesty (trajektorie) od problémů k pozitivnímu chování. NIDA dále upozorňuje, že rizikové a ochranné faktory mohou mít různý účinek v závislosti na pohlaví, etnickém původu, kultuře či životním prostředí. V posledních letech se proto v tomto ohledu klade důraz na tzv. **komunitní přístup v primární prevenci** (Hawkins, Catalano & Arthur, 2002).

Použitá literatura:

- EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399–419.
- Garnezy, N. & Masten, A. S. (1986). Stress, competence, and resilience: Commonfrontiers for therapist and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 17:500–521.
- Hamanová, J. & Hellerová, P. (2000). Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). *Československá pediatrie*, 55 (6), 380–387.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 11 2(1), 64–105.
- Hawkins, J., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951.
- Janečková, B. & Daněčková, T. (Eds.) (2007). Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze.
- Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12, pp. 597–605.
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In: Jessor, R. (Ed.), *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Jessor, R. (2008). Description versus explanation in cross-national research on adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43, 527–528.
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1997). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. In: Marlatt, G., VandenBos, G. R. (Eds.), *Addictive behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment* (pp. 239–264). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Martanová, V., Skácelová, L., Slavíková, I., Braun, R., Valentová, K., Heider, D. et al. (2007). Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN v Praze.
- Matějček, Z., Dytrych, Z. (1998). Riziko a resilience. *Československá psychologie*, 42 (2), 97–104.
- Newcomb, M. D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In: Rahdert, E. & Czechowicz, D. (Eds.), *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 156. DHHS Pub. No. 95-3908. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.

- NIDA (2003). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders. (2nd ed.). Maryland, Bethesda: National Institute on Drug Abuse.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57:316–33.
- SAMHSA/CSAP (2001). Science-based substance abuse prevention: A guide. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Širůček, J., Širůčková, M. & Macek, P. (2007). Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá Psychologie*, 51(5), 476–488.
- VanderBos, G. R. (Ed.). (2006). *APA dictionary of psychology*. (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Doporučená literatura:

- Canning, U., Millward, L. & Raj, T. (2003). Drug use prevention among young people: a review of reviews. (1st ed.). London: Health Development Agency.
- Širůčková, M. (2010). Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- NIDA (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. (2nd ed.). Maryland, Bethesda: National Institute on Drug Abuse.

7 Implementace preventivních programů (Implementation of preventive programmes)

Lucie Jurystová

Implementace je uskutečnění plánu, programu či strategie v praxi (Gallà et al., 2005), tedy zavedení vytvořeného programu, modelové intervence atd. do praxe. Znamená realizovat konkrétní program (intervenci) pro konkrétní cílovou skupinu, na konkrétním místě a čase, za vymezené finanční podpory. Zároveň je implementace ověřením toho, zdali je možné daný preventivní program, jenž se jeví jako úspěšný v určitých podmínkách, zopakovat úspěšně i v kontextu cizím, např. v odlišné zemi s odlišnou kulturou (Van der Stel, 1998).

Realizátoři musí při implementaci respektovat fakt, že se program (intervence) stále vyvíjí (není něčím statickým a daným), stejně jako se mění reálný kontext, v němž se program (intervence) provádí. Znamená to, že je nutné brát ohled na místní specifika, specifika dané cílové skupiny a okolnosti realizace. Program (intervence) musí tedy zákonitě být modifikován, ačkoli jádro (předloha, návrh, vzor, model atd.) programu (intervence) zůstane stejné. Na druhé straně je však nutné, aby reálná podoba implementovaného programu (intervence) co nejvěrněji reprodukovala původní vzor (předlohu, návrh, model atd.), neboť jen ten představuje vyzkoušenou a otestovanou podobu intervence. Tímto způsobem je zajištěno dosažení optimální **efektivitv intervence** (↑) (Van der Stel, 1998, Gázquez Pertusa, 2011). Při implementaci je proto nutné najít kompromis mezi potřebou zavést do praxe daný program (intervenci) co nejvěrněji podle příslušného vzoru (předlohy, modelu), tedy metodologicky správným postupem (uskutečnit všechny jeho části a dodržet původní obsah a strategii atd.), a na druhé straně potřebou co nejvíce program přizpůsobit specifickým místním odlišnostem, sociokulturnímu kontextu, finančním, organizačně-technickým a personálním podmínkám a možnostem. Tím se mj. také zajišťují podmínky pro provedení možné **evaluace** (↑) a program (intervence) dosahuje obvykle lepšího výsledku z hlediska efektivitv (EMCDDA, 2010). Vedle toho někteří autoři uvádějí, že určité typy programů (např. programy zaměřené na **life skills**, tedy **dovednosti pro život** (↑)) jsou úspěšné napříč různými kontexty,

etnickými skupinami, a není je tedy nutné modifikovat místním podmínkám (EMCDDA, 2010).¹

Pro úspěšnou implementaci a zvýšení úspěšnosti programu (intervence) je nezbytné systematické monitorování všech jeho realizovaných částí (komponent) a souladu s jeho realizovanou a plánovanou podobou. K tomuto slouží **evaluace procesu** (↑), jejíž neuskutečnění nebo nepřesné provedení může vést k selhání nebo nenaplnění cílů programu/intervence (EMCDDA, 2010). Autoři se obecně shodují (např. Greenberg et al., 2005; McCoy & Reynolds, 1998) v základních důvodech pro provádění implementace za současné realizace evaluace procesu:

- Dozvědět se, co se při realizaci programu (intervence) opravdu dělo, tedy především informace o rozsahu a obsahu programu (intervence), jeho kvalitě, provedení a zasažení plánované cílové skupiny.
- Poskytnout zpětnou vazbu pro kontinuální rozvoj programu (intervence) a jeho zkvalitňování. Díky průběžnému monitorování programu (intervence) je možné eliminovat nežádoucí účinky programu (intervence) již v průběhu jeho realizace.
- Podpořit a hlouběji vysvětlit sdělení učiněná v souvislosti s programem (např. jeho efektivita nebo **neočekávané efekty programu/intervence**).
- Pochopit vnitřní dynamiku implementace programu/intervence, tedy především objasnit návaznost a propojenost jednotlivých částí programu/intervence, zapojení a fungování uživatelů programu/intervence (trenéři, realizátoři, příjemci).
- Podpořit šíření programu/intervence. Díky přesnému zaznamenání implementačního procesu je možné program/intervenci replikovat a přenést do nových podmínek, případně program pro jeho nevhodnost vůbec neimplementovat.

Faktory zvyšující úspěšnost implementace programu je možné shrnout do několika úrovní dle jejich primárního výskytu a působnosti (úroveň individuální, školy a místní komunity):

- ◆ Na individuální úrovni je v implementačním procesu nezbytné zajistit odbornou kvalifikaci osob realizujících program (intervenci) a jejich kontinuální rozvoj (Mihalic et al., 2004, Greenberg et al., 2005). Nezanedbatelný podíl představuje dále široké spektrum charakteristik, jež má osoba realizující program (intervenci) splňovat, jako například pozitivní naladění k programu, motivaci (Greenberg et al., 2005) a osobní angažovanost (Zins & Elias, 2006). Nicméně Mihalic et al. (2004) uvá-

1 Například preventivní program Unplugged projektu The European Drug Addiction Prevention (EU-Dap) trial prokázal, že může být s pozitivními výsledky plně implementován v několika různých evropských státech s odlišným sociokulturním zázemím (např. Řecko, Belgie, Španělsko, Česká republika atp.).

dějí, že nedostatek silné osobní angažovanosti nemusí být nutně překážkou. Na osobní úrovni úspěšnou implementaci dále zvyšuje finanční ohodnocení osob realizujících program (intervenci) a zejména poskytnutí adekvátního času na přípravu (Mihalic et al., 2004). V oblasti materiálně-technického zabezpečení programu (intervence) je optimální používat pomůcky a nástroje, které jsou vizuálně atraktivní a přehledné, přiměřené věku a kultuře. Takové pomůcky mohou mít významný význam na kvalitu doručené intervence (Mihalic et al., 2004; Zins & Elias, 2006).

- ◆ Na úrovni školy je zapotřebí především stabilní, motivované a týmové prostředí reprezentované sdílením vizí a cílů implementovaného programu (intervence). Zahraniční autoři navíc uvádějí, že implementaci programu (intervence) ve školním prostředí napomáhá přítomnost tzv. „zastávce programu“. Tato osoba (ideálně osoby) mají dvě základní charakteristiky, a to vliv na rozhodování o aktivitách školy, a dále udržování vztahu s osobami, které program (intervenci) přímo implementují (např. pedagogičtí pracovníci). Svou pozicí tak mohou působit jak na posílení osobní motivace, tak na druhé straně podporovat udržení programu (intervence) ve škole (Mihalic et al., 2004).
- ◆ Na úrovni komunity je rozhodné zjištění a pochopení jejích potřeb a fungování a kooperace jednotlivých složek systému, v nichž má být program (intervence) implementován. Jedná se tedy o analýzu politického prostředí, rolí, zapojení klíčových osob a institucí a také zmapování dostupných zdrojů. Klíčové hráče, tedy formální instituce (např. okresní koordinátor prevence), neformální iniciativy (např. rodiče) a další veřejnost – je nezbytné od samotného počátku do implementačního procesu přizvat, vysvětlit komponenty programu (intervence) a angažovat je ve spolupráci (Mihalic et al., 2004; Zins & Elias, 2006). Angažování komunity může podpořit nastartování organizačních změn nutných k uskutečnění programu (intervence), případně přinést finanční prostředky. Zapojení komunity však zejména představuje nástroj ke snížení strachu a rezistence, ke zvýšení motivovanosti program (intervenci) podporovat (Mihalic et al., 2004) a k jasnému vymezení úkolů a zodpovědností v rámci implementace programu (intervence). Samostatným úkolem je nalezení finančních zdrojů pro financování programu (intervence) a vypracování kvalitní přitažlivé marketingové strategie pro jeho diseminaci (NRCIM, 2009).

Nutnou součástí úspěšného implementačního procesu představuje existence plánu preventivních aktivit ve škole, který demonstruje opravdové odhodlání

pro implementaci programu/intervence (Mihalic et al., 2004). V této souvislosti je klíčové zařazení programu do běžného kurikula a jeho podpora ze strany managementu školy (Greenberg et al., 2005, Jurystová, 2009). Implementaci programu (intervence) dále podporuje znalost potřeb studentů a pěstování dobrého klimatu, jak na úrovni třídy, tak na úrovni personálu (Greenberg et al., 2005). Významný efekt na zdárnou implementaci nových programů (intervencí) má průběžná podpora během implementace programu (intervence), tedy následné **metodické vedení**, **intervize** či **supervize** (↑) (Greenberg et al., 2005, Zins a Elias, 2006; NRCIM, 2009, Jurystová, 2009). Nedostatek těchto setkání může zapříčinit ztrátu **kvality** (↑) nebo **udržitelnosti programu** ve škole (Greenberg et al., 2005). Různí autoři rozdělují jednotlivé kroky implementace do specifických fází. Například Greenberg et al. (2005) uvádějí 3 fáze reprezentované jednotlivými kroky implementace:

- pre-adaptační fáze: vyškolení implementátorů,
- fáze dodání programu a jeho monitorování,
- fáze po uskutečnění a diseminace úspěšného programu a sběr zpětných vazeb.

Gallà et al. (2005) proces implementace dělí do 4 fází, které jsou identifikovány klíčovými otázkami a úkoly, jež by měly být zváženy a naplněny před přechodem do fáze následující:²

- fáze před zahájením programu,
- fáze přípravy/plánování,
- fáze zahájení a spuštění programu,
- fáze udržení programu.

Mihalic et al. (2004) rozlišuje kroky, které by měly být splněny pro úspěšnou implementaci programu (intervence) bez ohledu na počet fází celého procesu: (1) vytvoření plánu pro implementaci (harmonogram, finance, materiály a osoby), (2) vytvoření administrativně-organizačního plánu jako vyjádření aktivní podpory programu (intervence); (3) vytvoření personální základny (osoby jsou zahrnuty do plánování a rozhodování) a zajištění její kvalifikace, zaškolení a rozvoje, stejně jako finančního ohodnocení (4) zajištění „zastánců programu (intervence)“ a jeho propagace; (5) materiálně-technické zabezpečení programu (intervence); (6) implementace programu (intervence) co možná nejdříve.

Pochopení implementace školních preventivních programů je zásadní pro vývoj sofistikovanějších intervencí podporujících sociální a emocionální rozvoj žáků/děti a celkově prevenci jejich **rizikového chování** (↑). Při implementaci

2 Pro úplný a podrobný popis těchto 4 fází a jejich jednotlivých úkolů odkazujeme na publikaci „Jak vytvořit ve škole zdravější prostředí“ (Gallà et al., 2005).

programů (intervencí) často narážíme na nedostatek finančních zdrojů, které plynou také z protichůdných priorit systémů a komunit, v nichž by měly být programy (intervence) implementovány. Pro úspěšnou implementaci je nezbytné identifikovat správný poměr mezi vkladem expertů (jak provádět implementaci), politickou podporou (propagace a podpora využívání **evidence-based** preventivních programů) a praktickou uplatnitelností a **udržitelostí programu** (intervence) (Greenberg et al., 2005).

U programů (intervencí) je často známé, co funguje, ale ne nezbytně, jakým způsobem. Durlak (1998) studoval 1200 preventivních programů, ale pouze 5 % z nich ověřovalo implementaci. Jedním z důvodů, proč není implementace adekvátně zkoumána, může být její značná komplexnost a rozměry. Zins a kolektiv (2007) uvádějí, že preventivní programy jsou mnohdy implementovány v podmínkách neuspořádaných, komplikovaných a časově náročných. Pro výzkum a rozvoj preventivních programů (intervencí) a jejich implementace je klíčové popsat skutečné podmínky a situace, bariéry a výzvy, navrhovaná řešení, vytvořené zdroje, formované vztahy a neočekávané konsekvence. Pro sílení a růst programu často není ponechán dostatek času (Elias et al., 2003), neboť implementátoři nebo školní personál mohou mít nerealistická a ukvapená očekávání či soudy stran výsledků programu (intervence). Při implementování **preventivních programů** (intervencí) by měly být vzaty v potaz všechny výše uvedené faktory, které mohou **ne/účinnost preventivního programu** (intervence) ovlivnit (EMCDDA, 2010, Mihalic et al., 2004).

Použitá literatura:

- Durlak, J. A. (1998). Why program implementation is important? *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 17, 5–18.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Graczyk, P. A. & Weissberg, R. P. (2003). Implementation, sustainability, and scaling up of social-emotional and academic innovations in public schools. *School Psychology Review*, 32(3), 303–319.
- EMCDDA (2010). *Prevention and Evaluation Resources Kit*. Lisbon: EMCDDA.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.
- Gázquez Pertusa, M., García del Castillo, J. A. & Ruiz Alfaro, I. (2011). Importancia de la fidelidad en la implementación de programas escolares para prevenir el consumo de drogas. *Health and Addictions* (2), retrieved: <http://www.haaj.org/sites/default/files/0-3-importancia.pdf>, 7th October 2011.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A. & Zins, J. E. (2005). *The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice* (Volume 3). DHHS Pub. No. (SMA). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Van der Stel, J. (1998). Příručka prevence: alkoholu, drog a tabáku. Skupina Pompidou. Council of Europe and Jellinek Consultancy, s. 131.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence [Unplugged Primary Prevention Programme – Formative Evaluation of the Implementation Process by School Prevention Workers]. *Adiktologie*, (9)1, 10–19.
- McCormick, L. K., Steckler, A. B. & McLeroy, K. R. (1995). Diffusion of innovations in schools: A study of adoption and implementation of school-based tobacco prevention curricula. *American Journal of Health Promotion*, 9, 210–219.
- McCoy, A. R. & Reynolds, A. J. (1998). Evaluating implementation. In: Reynolds, A. J. and Walberg, H. J. (Eds.). *Advances in educational productivity: Vol. 7* (pp. 117–133). New York: JAI Press.
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D. & Elliott, D. (2004). Successful program implementation: Lessons from blueprints. *Juvenile Justice Bulletin*, 1–11.
- O'Connell, M. E., Boat, T. & Warner, E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Zins, J. E. & Elias, J. M. (2006). Social and emotional learning: Promoting the development of all students. In: Bear, G. G., Minke, K. M. & Thomas, A. (Eds.), *Children's needs III: Development, problems and alternatives* (pp. 1–13). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Zins, J. E. & Elias, J. M. (2007). Implementation of prevention programs: Lessons for future research and practice: A commentary on social and emotional learning: Promoting the development of all students. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 17 (2&3), 257–262, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Doporučená literatura:

- Cook, T. D., Murphy, R. F. & Hunt, H. D. (2000). Comer's school development program in Chicago: A theory-based evaluation. *American Education Research Journal*, 37, 535–597.
- Dane, A. V. & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23–45.
- Harachi, T. W., Abbott, R. D., Catalano, R. F., Haggerty, K. P. & Fleming, C. B. (1999). Opening the black box: Using process measures to assess implementation and theory building. *American Journal of Community Psychology*, 27, 711–731.
- Illback, R. J., Zins, J. E. & Maher, C. A. (1999). Program planning and evaluation: Principles, procedures and planned change. In: Reynolds, C. R. & Gutkin, T. B. (Eds.), *The handbook of school psychology* (3rd ed., pp. 907–932). New York: Wiley.
- Lipsey, M. W. (1997). What can you build with thousands of bricks? Musings on the cumulation of knowledge in program evaluation. In: Rog, D. J. & Fournier, D. (Eds.), *Progress and future directions in evaluation: Perspectives on theory, practice, and methods* (pp. 7–24). *New Directions for Evaluation*, 76. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusions of innovations*. New York: Free Press.
- Scheirer, M. A. (1994). Designing and using process evaluation. In: Wholey, J., Hatry, H. P. & Newcomer, K. E. (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 40–67). San Francisco: Jossey-Bass.
- Tanyu, M. F. (2004). Evidence-based preventive interventions in school settings: A review of implementation. Unpublished manuscript.
- Weissberg, R. P. & Greenberg, M. T. (1998). School and community competence enhancement and prevention programs. In: Siegel, I. & Renninger, A. (Eds.), *Handbook for child psychology: Vol. 4, Child psychology in practice* (5th ed., pp. 877–954), New York: Wiley.
- Wilson, D. B. (1995). The role of method in treatment effect estimates: Evidence from psychological, behavioral, and educational meta-analyses. Unpublished doctoral dissertation, Claremont Graduate School.

8 Intermediátory

(Intermediators)

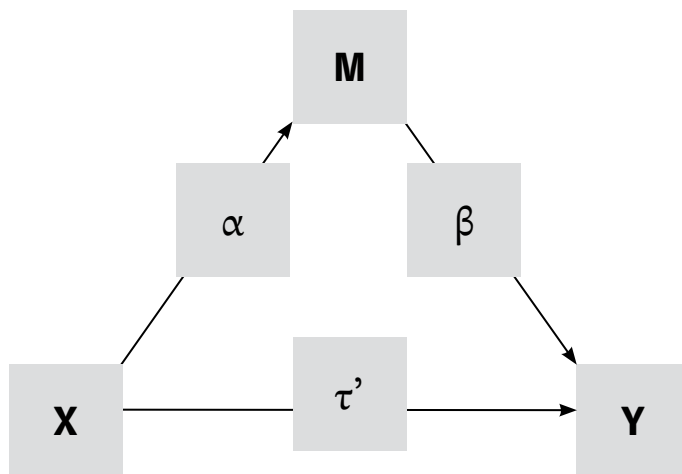
Olga Orosová

Intermediátor anebo Mediátor (Intermediator or Mediator) Preventivní programy nemohou změnit chování přímo, ale pouze nepřímo, prostřednictvím proměnných známých pod označením mediátor. Mediátorem mohou být dovednosti, vlastnosti, znalosti atd. **Mediační analýza (Mediation Analysis)** Při přípravě preventivního programu si můžeme položit otázku: „Které komponenty preventivního programu jsou efektivní, neefektivní, kontraproduktivní?“ Kdybychom zkoumali jenom přímý vztah, sledovali bychom, zda náš preventivní program vedl/nevedl ke změně chování v očekávaném směru. („Preventivní program → Změny v chování“; Donaldson, 2002), nezískáme však odpověď na uvedenou otázku. Musíme proto vsadit mezi preventivní program (nezávislou proměnnou) a očekávanou změnu chování (závislou proměnnou) třetí – mediační proměnnou a zkoumat nepřímý vztah. Například zda má program prevence vztah k sociálním dovednostem, a zda mají sociální dovednosti vztah k očekávaným změnám v chování: „Program prevence → Sociální dovednosti → Změny v chování“. Sociální dovednosti jsou v tomto případě mediátorem a mediační analýza odpovídá na otázku, jak program funguje, odpovídá na to, jestli rozvojem sociálních dovedností u dospívajících je možné dosáhnout očekávané změny v jejich chování, zda jsou sociální dovednosti proměnnou (komponentou) programu, prostřednictvím jejíhož rozvoje program funguje efektivně, neefektivně, či kontraproduktivně. **Mediátory, Mnohonásobný mediační model (Mediators, Multiple-mediator Model)** V případě mnohonásobného mediačního modelu bychom mohli hypotetizovat a následně ověřovat, zda by program zaměřený nejenom na jednoho mediátora (sociální dovednosti), ale i na rozvoj poznatků a sebeúcty (tedy více mediátorů), vedl k očekávaným změnám v chování: „Preventivní program → Mediátory (dovednosti, poznatky, sebeúcta) → Změny v chování“. Mediační analýza nám umožňuje odhalit, pochopit „černou skříňku“ preventivního programu, zjistit, jak náš program ovlivňuje zdraví dětí a dospívajících; mediační analýza nám umožňuje nahradit otázku, zda preventivní program vede k změnám v chování, otázkou, jak preventivní program vede k změnám v chování.

Intermediátor anebo Mediátor (Intermediator or Mediator) je třetí (intervenující anebo mediační, intermediační) proměnná (MacKinnon et al., 2007a), která reprezentuje mechanismus, jímž nezávislá proměnná (prediktor) může ovlivňovat závislou proměnnou (kritérium); mediátor vysvětluje, jak vnější události nabývají vnitřního psychologického významu (Baron & Kenny, 1986).

Mediace (Mediation) představuje vliv třetí proměnné, jímž se identifikuje vztah mezi dvěma proměnnými prostřednictvím vysvětlení, jak anebo proč mají dané dvě proměnné vztah (Fairchild et al., 2009, s. 487). Prostřednictvím mediace mohou výzkumníci vysvětlit proces anebo mechanismus, kterým jedna proměnná ovlivňuje druhou (MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007b). Mediace může být definovaná jako vztah, resp. řetězec vztahů, v kterém nezávislá proměnná ovlivňuje mediační proměnnou, jež následně ovlivňuje závislou proměnnou (MacKinnon & Luecken, 2008; MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007b), přičemž, jak uvádějí autoři, potvrzení mediace předpokládá naplnění existujících podmínek: a) musí existovat substanciální vztah mezi nezávislou proměnnou a mediační proměnnou (mediátorem) a musí existovat vztah mezi mediační proměnnou a závislou proměnnou, b) mediace vyžaduje kauzální následnost, tedy nezávislá proměnná předchází a je příčinou mediátora, stejně tak mediátor musí předcházet a být příčinou závislé proměnné.

Mediační analýza (Mediation Analysis) Mediační analýza (Obrázek 1) naznačuje kauzální proces, který spojuje proměnné prostřednictvím modelování toho, jak intervenující proměnná anebo mediátor (M) přenáší vliv nezávislé proměnné (X) na výsledek (Y) (Fairchild et al., 2009).



Obrázek 1 | Spojovací model jednoduchého mediátora; X = nezávislá proměnná; Y = závislá proměnná; M = mediační proměnná (mediátor); α , β = nepřímý vliv mediátora na Y; τ' = přímý vliv X na Y s odstraněním vlivu mediátora (upraveno podle Fairchild et al., 2009, 487).

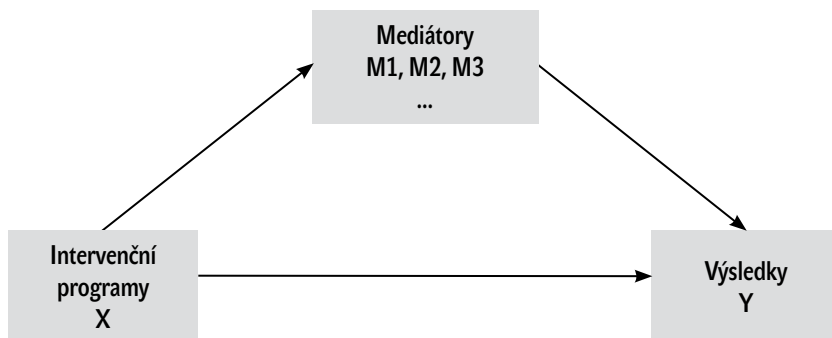
Totální efekt X na Y (tzn. τ) je sumou nepřímého vlivu, $\alpha\beta$, a přímého vlivu, τ' : $\tau = \tau' + \alpha\beta$ (Fairchild et al., 2009). O funkci mediátora můžeme uvažovat, pokud při kontrole vlivu nezávislé proměnné na mediační proměnnou a vlivu mediační proměnné na závislou proměnnou se původně signifikantní vztah mezi závislou a nezávislou proměnnou změní na nevýznamný, přičemž nejsilnější demonstrací mediace je změna původně signifikantního vztahu nezávislé a závislé proměnné na nulový vztah (Baron & Kenny, 1986). Prakticky to tedy může znamenat, že jsme v prvním kroku zjistili, že náš preventivní program vede k očekávaným změnám chování (vztah τ' byl významný). V druhém kroku jsme se ptali na to, jak náš program funguje a zařadili jsme do analýz třetí proměnnou (M = mediátor), kterou byla sebeúcta. Zjistili jsme, že vztah α (preventivní program a sebeúcta), jakož i vztah β (sebeúcta a změna chování) byly významné a přímý vztah τ' (preventivní program – změna chování) se změnil na nevýznamný. Pro nás to znamená, že prostřednictvím rozvoje sebeúcty jsme naším preventivním programem dosáhli očekávanou změnu chování a zároveň že existují další proměnné, které mohou uvedenou změnu chování objasnit. Kdyby se přímý vztah τ' (preventivní program – změna chování) změnil na nulový (což je z teoretického hlediska velice málo pravděpodobné), pak by to znamenalo, že sebeúcta je silným a jediným mediátorem, který vysvětluje mechanismus dosažení očekávané změny chování naším preventivním programem.

Mediační analýzy v psychologii (Mediation Analyses in Psychology) Mediační analýzy identifikují kognitivní anebo behaviorální procesy, které vysvětlují vztah nezávislé k závislé proměnné (Morgan-Lopez & MacKinnon, 2006). Určitá popularita **mediačních proměnných** v psychologii má několik příčin (Morgan-Lopez & MacKinnon, 2006; MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007b; MacKinnon & Luecken, 2008):

- ◆ Dominance S–O–R psychologického modelu, v kterém mediační mechanismy v organismu (O) vysvětlují, jak stimulus (S) vede k určité reakci (R); podle výsledků mediačních analýz v etiologických studiích je možné identifikovat vztahy mezi rizikovými faktory a výslednými závislými proměnnými (například ukazateli zdraví, rizikového chování apod.)
- ◆ S mediačními proměnnými pracují víceré psychologické teorie. Mediační analýzy přispívají k rozvoji a **evaluaci** intervenčních programů, programů prevence; umožňují identifikovat komponenty programů a mediátory, které jsou anebo nejsou odpovědné za transmissi efektů programu. V těchto souvislostech je možno shrnout, že intervence jsou programované tak, že očekávaná změna výsledku zájmu programu (např. redukce konzumace alkoholu) je dosahovaná prostřednictvím mediačních proměnných, u kterých kauzální vztah k očekávanému výsledku byl hypotetizovaný.

- ◆ Metodologická příčina, tedy že z metodologického hlediska se mediační analýza podílí na řešení otázky, jako třetí proměnná může být inkorporována do statistických analýz odhalujících existující mechanismy anebo podmínky vysvětlující její rostoucí anebo klesající efekt. Ačkoliv se systém tří proměnných jeví být jednoduchý, zařazení třetí proměnné do analýz umožňuje jiné, od mediátora odlišné interpretace. Mediátor jako třetí proměnnou je potřeba ve psychologickém zkoumání odlišit od dalších dvou typů třetí proměnné, a to moderátora (moderátor je jednou z proměnných, které mění se úroveň mění i vztah nezávislé a závislé proměnné; moderační analýza testuje, zda se mění anebo nemění vztah mezi dvěma proměnnými jako funkce třetí proměnné) a kovariací (tato proměnná má vztah s jednou anebo oběma proměnnými, nezávislou a závislou, ale neovlivňuje, nemění významným způsobem vztah závislé a nezávislé proměnné, pokud kovariantní proměnnou vložíme do statistických analýz). Mediační analýzy mohou poskytovat informace o mediačních procesech, ale nemohou poskytovat informace, zda jsou tyto procesy rozdílné v jednotlivých subpopulacích. Kombinace přístupů, analýza moderátorů a mediátorů, je aplikovaná jak v etiologických studiích, tak i při zkoumání prevence zdraví; uvedená kombinace umožňuje identifikovat faktory odpovědné například za účinnost intervence, tak i identifikovat subpopulace, které mají/nemají benefit z intervence.

Mediační analýza a psychologie zdraví (Mediation Analysis and Health Psychology): zájem o třetí proměnnou v psychologii zdraví, o analýzy související s třetí proměnnou, jak uvádí MacKinnon a Luecken (2008), umožňují odhalení „černé skříňky“, resp. nabízejí sofistikovanější potvrzení souvislosti mezi psychologickými procesy a zdravím; analýzy mediace umožňují posun od otázky „zlepšuje určitá intervence zdraví jednotlivce?“ k otázce „jak intervence ovlivňuje zdraví?“. Tento posun je znakem pohybu výzkumu od zkoumání vztahů mezi proměnnými k detailnějšímu vysvětlování mechanismů, kauzálních cest, kterými jedna proměnná přináší změny v jiné, přičemž zkoumání naznačených kauzálních cest na teoretické úrovni má svou praktickou důležitost, jež spočívá v implementaci zjištění do procesu přípravy efektivních a účinných intervenčních programů (MacKinnon & Luecken, 2008). Mediační analýzy v preventivních programech často obsahují více mediačních proměnných (mnohonásobné mediátory, Multiple Mediators; obrázek 2) (MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007b) a testují, zda změny v mediačních proměnných, na které je intervence zacílená, jsou důsledkem participace v programu a zda tato skutečnost může mít následně vztah k behaviorálním změnám souvisejícím s ukazateli zdraví, jimiž mohou být například depresivní symptomy, internalizace a externalizace problémů, užívání návykových látek, fyzická aktivita dětí a dospívajících (Bühler, Schröder & Silbereisen, 2008; Compas et al., 2010; Salmon, Brown & Hume, 2009).



Obrázek 2 | Intervenční mediační model (upraveno podle McKinnon, 2011).

Mediační analýza a programy prevence užívání návykových látek (Mediation Analysis and Drug Use Prevention Programs) Mediační analýza v prevenci užívání návykových látek umožňuje zkoumat nejen mechanismus, kterým preventivní program ovlivňuje užívání návykových látek, ale také rozsah, v němž teoretický model reflektuje procesy behaviorální změny (Orlando et al., 2005). Mediační mechanismy programu prevence užívání návykových látek založeného na implementaci strategie rozvoje **dovedností pro život** (↑) v prevenci zneužívání substancí zkoumali Bühler, Schröder a Silbereisen (2008); jejich mediační analýzy odhalily, že poznatky o životních dovednostech a o způsobilém chování byly mediátorem sledovaných závislých proměnných (užívání návykových látek). Mediační mechanismy programu prevence užívání návykových látek založeného na implementaci strategie **sociálního vlivu** zkoumali Mac Kinnon et al. (1991), kteří zjistili, že mediátorem efektu školského programu zaměřeného na užívání návykových látek byla jedincem percipovaná tolerance přátel k užívání návykových látek, záměry užívat, přesvědčení týkající se pozitivních důsledků užívání; dále Orlando et al. (2005) zjistili, že nejsilnějším mediátorem kouření tabákových cigaret jsou percipované postoje vrstevníků a prevalence; a opět důležitým mediátorem konzumace alkoholu jsou pozitivní přesvědčení týkající se následků jeho užívání.

Mediační mechanismy programu prevence užívání návykových látek založeného na rozvoji **kognitivně-behaviorálních dovedností** a na **posilování kritických komunitních komponent** zkoumali Liu a Flay (2009), kteří zjistili, že mediačními proměnnými programu prevence užívání návykových látek byla normativní přesvědčení týkající se prevalence vrstevníků užívajících návykové látky, užívání návykových látek přáteli, jednotlivcem percipované povzbuzování přátel k užívání návykových látek a postoje k užívání návykových látek.

Použitá literatura:

- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Bühler, A., Schröder, E. & Silbereisen, R. K. (2008). The role of life skills promotion in substance abuse prevention: a mediation analysis. *Health Education Research*, 23(4), 621–632.
- Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. A., Reeslund, K. L., Fear, J. et al. (2010). Coping and Parenting: Mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 623–634.
- Donaldson, S. (2002). High-potential Mediators of Drug-Abuse Prevention Program Effects. In: Crano, W. D., Burgoon, M. (Eds.). *Q0a4. Mass Media and Drug prevention: Classic and contemporary theories and research*. (pp. 215–230). Mahwah, NJ: Erlbaum. Retrieved 15. 9. 2011 from <http://www.cgu.edu/pages/904.asp>
- Fairchild, A. J., MacKinnon, D. P., Taborga, M. P. & Taylor, A. B. (2009). R2 effect size measures for mediation analysis. *Behavior Research Method*, 41(2), 486–489.
- Liu, L. C. & Flay, B. R. Aban Aya Investigators (2009). Evaluating mediation in longitudinal multivariate data: mediation effects for the Aban Aya Youth Project drug prevention program. *Prevention Science*, 10(3), 197–207.
- MacKinnon, D. P., Johnson, A. J., Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Hansen, W. B., Flay, B. R. et al. (1991). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First year effects of the midwestern prevention project. *Health Psychology*, 10, 164–172.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Brown, C. H. et al. (2007a). The intermediate endpoint effect in logistic and probit regression. *Clinical Trials*, 4, 499–513.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J. & Fritz, M. S. (2007b). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 59–614.
- MacKinnon, D. P. & Luecken, L. J. (2008). How and for whom? Mediation and moderation in health psychology. *Health Psychology*, 27(2 Suppl), 99–100. doi: 10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S99.
- MacKinnon, D. P. (2011, February). Integrating mediation and moderation in outcome studies. Paper presented at The International Conference on Outcomes Research. Retrieved 5. 10. 2011 from: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/lokala utbildningar/Documents/Mackinnon.pdf>.
- Morgan-Lopez, A. A. & MacKinnon, D. P. (2006). Demonstration and evaluation of a method to assess mediated moderation. *Behavior Research Methods*, 38 (1), 77–87.
- Orlando, M., Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F. & Longshore, D. L. (2005). Mediation analysis of a school-based drug prevention program: Effects of Project ALERT. *Prevention Science*, 6, 35–46.
- Salmon, J., Brown, H. & Hume, C. (2009). Effects of strategies to promote children's physical activity on potential mediators, *International journal of obesity*, 33, 566–573.

Doporučená literatura:

- Bullock, J. G., Green, D. P. & Ha, S. E. (2010). Yes, but what's the mechanism? (Don't expect an easy answer). *Journal of Personality & Social Psychology*, 98(4), 550–558.
- Cole, D. A. & Maxwell, S. E. (2003). Testing mediational models with longitudinal data: questions and tips in the use of structural equation modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 558–77.
- Sloboda, Z., Bukowski, J. (Eds.). (2006). *Handbook of drug abuse prevention: Theory, science, and practice*. New York: Springer.

9 Intervence (Intervention)

Lenka Endrödiová

Intervence je v nejširším smyslu slova jakýkoliv zásah do nějakého procesu za účelem jej ovlivnit, změnit. V užším smyslu jde o cílený, předem promyšlený zásah, zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé situace, či jakýkoliv postup, technika, směřující k přerušení, zamezení nebo úpravě probíhajícího procesu (Hartl, Hartlová, 2009). Podobně Průcha, Walterová a Mareš (2009) definují intervenci jako předem plánovaný a systematický zásah sledující zpravidla řešení určitého problému jedince, rodiny, skupiny apod. V širším smyslu slova je tedy každý primárně preventivní program intervencí, která má za účel upravit (rozvinout) vědomosti, postoje a chování žáků žádoucím způsobem. Obvyklejší je ale užití termínu intervence pro specifickou ohraničenou aktivitu zaměřenou na řešení konkrétního problému u jedince či skupiny.

Termín intervence (z lat. *intervenire* – zasahovat, konat) je široce používán ve většině oborů. Pro účely tohoto textu se budeme zaměřovat pouze na významy spojené s rizikovým chováním, jeho primární, sekundární a terciární prevencí, a tedy i na intervence užívané při výskytu rizikového chování u žáků a studentů škol a školských zařízení. I v této oblasti je mnoho aspektů, jak na tento termín můžeme nahlížet. Z hlediska objektu intervence lze rozlišit intervenci zaměřenou:

- na jednotlivce (dítě, žáka),
- na rodinu,
- na specifickou skupinu (vybranou například dle věku, pohlaví, rizikového osobnostního rysu, již projevených potíží apod.),
- na třídu (např. cílená práce s třídou při výskytu šikanování, po překonaném traumatu apod.),
- na školu (intervence zaměřené na změnu **školního klimatu**),
- intervence zaměřené na samotné pedagogické a výchovné pracovníky (metody práce s týmem, rozvoj kompetencí pedagogů aj.).

Vhodné je všechny tyto intervence v co největší míře plánovat, koordinovat a vytvářet tak zastřešující **komplexní intervenci ve škole** (comprehensive school-based intervention), která je pomocí plánovaných vzájemně kompatibilních a navazujících dílčích intervencí doplněna o intervence použitelné v indikovaných případech (například výskyt šikany ve škole). Z hlediska zaměření intervence lze rozlišit, zda jde o intervenci zaměřenou na nedostatky ve vzdělávání, výchovné obtíže, psychologické problémy, rozvoj dovedností, zručností, kompetencí apod. U tohoto rozlišení je ale potřeba mít na paměti, že přes hlavní zaměření většina intervencí má přímý či nepřímý dopad i na ostatní oblasti.

Jiný aspekt, podle něhož se intervence liší, je subjekt, osoba, která se pro intervenci rozhoduje a vykonává ji. Toto hledisko je jedno z rozhodujících pro zdárný průběh intervence – jednotlivé osoby/subjekty mají různé **znalosti** (↑), vzdělání, schopnosti, **dovednosti** (↑) a jiné rozhodovací **kompetence** (↑) v rámci své role v organizaci. Tak intervence doručená například školním psychologem může mít zcela jiný efekt, než stejná intervence ze strany ředitele školy (byť by měl např. také psychologické vzdělání). U osob vykonávajících intervence ve škole je tedy nutné zohlednit zároveň dva aspekty – postavení, role v organizaci a vzdělání, kompetence pro vykonávání intervencí dle čtyřúrovňového modelu vzdělávání (viz). Z hlediska role/pozice v organizaci a dělby kompetencí mohou intervenci vykonávat (nebo rozhodnout o její realizaci) různí pracovníci. Dále zpracované příklady přímo též reflektují různé úrovně prevence (viz) (všeobecnou, selektivní a indikovanou), do nichž tyto příklady intervencí řadíme a současně naznačuje v této souvislosti vazbu na požadavky vzdělání dle navrženého **čtyřúrovňového modelu vzdělávání** (↑):

a) Úroveň všeobecné prevence (↑):

- ◆ rodiče, rodina – jejich dlouhodobý vliv na dítě lze jen uměle rozdělit do částečných intervencí. Z pohledu školy je důležité připomenout, že rodič (zákonný zástupce) by měl být obeznámen se všemi zásadními intervencemi vůči dítěti, případně rozhodnout o jejich ne/realizaci. Také lze vyčlenit intervence rodičů, kterými pozitivním či negativním způsobem zasahují do programů realizovaných školou (podpora dítěte v účasti na programu, pomoc při vyplňování domácích úkolů pro některý program – ale i naopak, znevažování, znehodnocování intervence provedené školou, zamezení plné účasti na programu apod.).
- ◆ mimoškolní subjekty, např. OSPOD, soudy, soudní kuratel, probační a mediační služba, policie (městská a státní), lékaři, zdravotnická zařízení, obvodní lékař, psychiatr, klinický či poradenský psycholog a další instituce. Dle své profese a kompetencí realizují specifické intervence vůči žákům, rodině (udělení výchovných opatření, léčba onemocnění, psychoterapie, probace a mediace atd.) – pro tyto intervence mají při-

měřené vzdělání, které není zahrnuto v čtyřúrovňovém modelu, jelikož se již nejedná o primárně preventivní intervence. Mohou však být také přizváni k realizaci preventivních programů či indikovaných intervencí přímo ve škole – v tom případě by měli mít alespoň základní úroveň (pro realizaci edukací, osvěty), či středně pokročilou úroveň (pro programy vyžadující interakci).

- ◆ ředitel školy, vedení školy (schvalování plánů intervencí pro školu – například MPP (viz); rozhodnutí, do jaké míry bude jednotlivé programy realizovat škola svými vlastními silami a pro které programy si přizve externí subjekty; rozhodování o postupu při řešení porušení školního řádu – udělení či neudělení sankcí, jako je důtka, snížená známka z chování, vyloučení žáka apod.; rozhodnutí, zda a jaké jsou potřebné intervence zaměřené na pedagogické pracovníky – např. vyslání pedagoga na trénink zručností, přizvání externího subjektu pro vzdělávání celého pedagogického sboru). Je vhodné, aby členové vedení školy měli vzdělání odpovídající alespoň základní úrovni (primárně preventivní minimum), absolvované například v kurzu primární prevence pro vedoucí pracovníky. Zároveň je ale žádoucí, aby svá rozhodnutí konzultovali s pracovníky majícími vzdělání na pokročilé úrovni – zejména se školním metodikem prevence či s členy školního poradenského pracoviště.
- ◆ třídní učitel – bývá první instancí, která rozhoduje/navrhuje udělení sankcí za porušení školního řádu. Kromě toho ale má na třídnických hodinách prostor realizovat intervence zaměřené na zlepšení vztahů ve třídě, rozvoj dovedností a kompetencí žáků. Obvyklá je alespoň úroveň primárně preventivního minima, pracuje pod dohledem pracovníka na pokročilé úrovni.
- ◆ ostatní pedagogové a další zaměstnanci školy – rovněž podávají žákům intervence, obvykle neplánované, v situacích, které se vyskytnou při výuce i mimo vyučovací hodiny; podílejí se na vytváření školního klimatu a obvykle se rovněž podílejí na výchově žáků (drobnými intervencemi ve smyslu upozornění při nevhodném chování apod.) – měli by být minimálně obeznámeni s postupem školy při zjištění rizikového chování (záškoláctví, užívání alkoholu, drog, šikana, ale i riziko úrazu apod.) a o svých povinnostech/kompetencích v takových situacích. Někteří pedagogové mohou být rovněž proškoleni v provádění vybraných plánovaných primárně preventivních programů, jako je Unplugged – pro realizaci těchto programů je nutná alespoň středně pokročilá úroveň vzdělání v PP. Práce ostatních pracovníků školy, kteří nedosahují úrovně primárně preventivního minima, je koordinována pokročilým primárně preventivním pracovníkem, má být v souladu se školním řádem a s minimálním preventivním programem.

- ◆ **peer aktivisté** – mohou sami podávat intervenci na peer úrovni (rozhovor se spolužákem o jeho problémech, doporučení, na koho se s daným problémem může obrátit), zároveň se mohou podílet na určení (zejména skryté populace) studentů, kteří vyžadují intervenci ze strany pedagogů či psychologa. Nedosahují úrovně primárně preventivního minima, ale jsou proškoleni ve způsobech a limitech svých aktivit, jejich práce je koordinována pokročilým primárně preventivním pracovníkem.

b) **Úroveň selektivní (↑) a indikované prevence (↑):**

- ◆ **školní poradenské pracoviště, školní metodik prevence** – navrhuje plán intervencí pro školu, realizuje anebo koordinuje většinu plánovaných intervencí zaměřených na žáka, třídu, rodinu. Vzhledem k náročnosti vykonávaných aktivit je dle čtyřstupňového modelu vzdělávání (viz) požadována pokročilá úroveň.
- ◆ **školní psycholog/speciální pedagog** – realizuje plánované i neplánované intervence vyžadující hlubší znalosti v oblasti psychologie, psychodiagnostiky, poradenství a skupinové dynamiky – jde zejména o individuální poradenství u indikovaných žáků, práci se skupinou v „problémových“ třídách, zaměřenou na úpravu vztahů ve třídě a rozvoj osobnosti žáků; zajišťuje intervence v krizových situacích (Zapletalová, 2010). Realizuje také programy indikované prevence zaměřené na úpravu rizikových vlastností, například Preventure (Čablová, 2011). Dle Zapletalové (2010) rovněž poskytují specifickou metodickou podporu učitelům v rámci práce s problematickými dětmi. Požadována je pokročilá úroveň, doplněná kurzy pro vykonávání konkrétních programů selektivní či indikované prevence anebo krizové intervence.

Kromě širokého pojetí slova intervence se často setkáváme s několika specifickými typy intervence, které obecně řadíme též do úrovně **indikované prevence (↑)** ve výše naznačeném členění:

- ◆ **časná diagnostika a intervence** – intenzivnější cílená práce se zvýšeně ohroženým či již zasaženým kolektivem či jednotlivcem, například na základě odhalení zvýšení rizika užívání návykových látek v běžném primárně preventivním programu (Pavlas Martanová, 2010). Může jít například o intenzivnější práci se třídou, kde se ukázalo, že vzájemné vztahy jsou napjaté a hrozí (případně již počíná) rozvoj šikany. Anebo o práci s dětmi, u kterých se objevilo experimentování s drogami, či u nichž jsou první problémy se záškoláctvím.
- ◆ **krátká intervence** – intervence, která si klade za cíl prozkoumat potenciální problém a motivovat jedince, aby s ním začal něco dělat, ať

již sám, anebo tím, že vyhledá další léčbu. Základním cílem je snížit možné poškození, k němuž by mohlo při pokračování v daném jednání dojít. S pojmem krátká intervence se setkáváme nejčastěji u problematiky užívání návykových látek. Může jít například o několik jednoduchých otázek mapujících užívání alkoholu u dětí či jejich kamarádů, dle odpovědi pak přiměřené vysvětlení rizik, která by nastala, pokud dítě bude pít (pokračovat v pití) – zdravotních, právních, riziko úrazu apod. a nabídka dalších zdrojů informací a způsobů, jak problém zvládnout, či kde vyhledat pomoc.

- ◆ **krizová intervence** – specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi (Špatenková, 2004). Podle Robertse (2005) jde o profesionální pomoc podanou bezprostředně po krizové události a poskytovanou v krátkodobém horizontu (max. několik týdnů). Samotný obsah pojmu krize je přitom individuální, má se za to, že pro každého jedince může být krizovou situací něco jiného. Může jít například o specifickou práci s dítětem po krizové události v jeho osobním životě, v rodině, ale i o práci s třídou, ve které došlo k závažné změně – například úmrtí či vážné onemocnění spolužáka apod.

Při volbě a zavádění jakýchkoli programů klademe důraz na tzv. **evidence based přístup** (přístup založený na důkazech): u tohoto přístupu vyžadujeme, aby výsledky intervencí byly vědecky zkoumatelné a opakovatelné v obdobných podmínkách (Kratochwill & Shernoff, 2004) a aby pro jejich účinnost a bezpečnost existovaly vědecké důkazy. S evidence-based přístupem úzce souvisí **evaluace** (↑).

Použitá literatura:

- Čablová, L., Štastná, L., Charvát, M., Maierová, E., Endrödiová, L. & Dolejš, M. (2011). Preventure – metoda krátké cílené intervence. *Adiktologie*, (11)2, 92–98.
- Kratochwill, T. R. & Shernoff, E. S. (2004). Evidence-based practice: Promoting evidence-based interventions in school psychology. [Article; Proceedings Paper]. *School Psychology Review*, 33(1), 34–48.
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. et al. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. [Article]. *Addiction Research & Theory*, 18(1), 84–96.
- Pavlas Martanová, V. (2010). Certifikace preventivních programů. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (pp. 124–128). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Roberts, A. R. (Ed.) (2005). *Crisis intervention handbook. Assessment, treatment and research*. New York: Oxford University Press.
- Špatenková, N. a kol. (2004). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Zapletalová, J. (2010). Školní poradenské pracoviště. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování* (pp. 78–81). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.

Doporučená literatura:

- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. & Bellis, M. (2007). *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací. Nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- McCounaghy, S. H. (2005). *Clinical interviews for children and adolescents. Assessment to intervention*. New York, London: The Guilford Press.
- Jimerson, S. R., Burns, M. K. & VanDerHeyden, A. M. (2007). *Handbook of response to intervention. The science and practice of assessment and intervention*. New York: Springer Science+Business Media, LLC.

10 Koordinace preventivních programů

(Coordination of preventive programmes)

Pavla Doležalová

Koordinace aktivit zaměřených na prevenci rizikového chování je tvořena širokým spektrem na sebe navazujících a vzájemně se doplňujících vzdělávacích, kontrolních a evaluačních opatření, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a místní úrovni. **Koordinace preventivních programů umožňuje systémově zavádět aktivity podporující protektivní a minimalizující rizikové faktory vznikající v průběhu života jedince.** Cílem koordinace preventivních opatření je implementace takových programů, které s jasně zjištěnou efektivitou usilují o předcházení rizikového chování u dětí a mládeže ve školách a školských zařízeních nebo v komunitě. Dílčími cíli koordinace preventivních opatření na státní, krajské i regionální úrovni je sjednocování standardizovaných postupů, spolupráce na přidělování dotací, sběr dat a jejich vyhodnocování, přenos informací a přístupů v oblasti prevence rizikového chování, rozšíření konzistentních programů ověřených na základě vědecky podložených cílů (Van der Stel & Voorde-wind, 1998). Koordinačními nástroji na horizontální a vertikální úrovni jsou strategické dokumenty, akční plány, odborné skupiny, komise nebo výbory. **Principy koordinace preventivních opatření** jsou: systémovost, terminologická jednotnost, multidisciplinární přístup, vyhodnotitelnost, vyváženost, cílenost podle věkových kategorií, objektivita informací a vědeckost.

System koordinace primárně preventivních programů probíhá na dvou zásadních vzájemně se ovlivňujících úrovních, a to na centrální úrovni a krajské (místní) úrovni. Při procesu koordinování systému jsou využívány horizontální a vertikální postupy a nástroje. Koordinační mechanismy se prolínají jak na horizontální, tak i na vertikální úrovni, neexistuje doposud jednotná představa zastřešujícího systému koordinace primární prevence (Miovský, 2010).

a) Horizontální koordinace

Horizontální koordinace na centrální úrovni usiluje o sladování postupů jednotlivých resortů a o iniciování a podporu jejich optimální spolupráce při plnění úkolů (Radimecký, 2009). Resorty na horizontální úrovni zpracovávají a předkládají dokumenty, jejichž konsenzuálním výstupem je například Strategie prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství (MŠMT, 2009) a Akční plán, který je integrální součástí Národní strategie protidrogové politiky na centrální úrovni (Kiššová, Ed. 2011). Zodpovědnost za tvorbu a naplňování úkolů ze strategií nesou příslušné resorty, které se zodpovídají vládě ČR. Koordinaci preventivních opatření rizikového chování na horizontální úrovni realizuje, nebo se na nich do jisté míry podílí, zejména MŠMT, RVKPP při ÚV ČR, MZ, RVPPK při MV:

- ◆ **Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy**, které bylo v oblasti protidrogové primární prevence pověřeno koordinací primární protidrogové prevence usnesením vlády č. 549/2003 k závěru Projektu Phare Twinning 2000 „Posílení národní protidrogové politiky“ (ÚV ČR, 2005). MŠMT se snaží koordinovat problematiku prevence rizikového chování a spolupracuje s věcně příslušnými resorty (MZ, MV, MPSV, MO a další), v rámci meziresortních orgánů a struktur spolupracuje např. s Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Republikovým výborem pro prevenci kriminality. Dále pak MŠMT participuje na opatřeních a programech se samosprávou (kraji a obcemi), s poskytovateli poradenských pracovišť, vzdělávacích a metodických služeb v primární prevenci, s přímo řízenými organizacemi pro výkon institucionální výchovné a preventivní péče, nestátními neziskovými organizacemi, vysokými školami, výzkumnými pracovišti. Nástrojem k realizaci a koordinaci programů a opatření prevence rizikového chování je Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT, 2009) a Akční plán (Kiššová, Ed. 2011).
- ◆ **Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky** je součástí struktury Úřadu vlády ČR. RVKPP vznikla na základě usnesení vlády č. 643 ze dne 19. června 2002; její výkonnou složkou je sekretariát RVKPP a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Vláda ČR, 2002). RVKPP zřizuje výbory, odborné pracovní skupiny k podpoře meziresortní koordinace protidrogové politiky. Nástrojem pro zajištění protidrogové politiky je Národní protidrogová strategie a Akční plány, v nichž jsou obsažena opatření, jež realizují a koordinují jednotlivá ministerstva v oblasti prevence rizikového chování. Sekretariát RVKPP metodicky podporuje krajské protidrogové koordinátory, zřizuje a organizačně zajišťuje Výbor zástupců regionů, ve kterém jsou zastoupeni

krajští protidrogoví koordinátoři. Zřízení Výboru bylo schváleno usnesením vlády č. 616 ze dne 4. června 2007 (RVKPP, 2011).

- ◆ **Ministerstvo zdravotnictví** v koordinaci primární prevence hraje roli, která vyplývá ze zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Významným nástrojem MZ je např. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, vycházející z usnesení vlády ČR č. 1046 ze dne 30. 10. 2002 či z Národní strategie protidrogové politiky a jejího Akčního plánu. V gesci MZ ČR je koordinován program Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století (MZ ČR, 1999). Jednotlivé resorty mají v rámci programu Zdraví 21 uložené úkoly. MŠMT plní několik úkolů v oblasti výchovy a vzdělávání, výzkumu, tělovýchovy a sportu. Komplexnost celého programu vychází z pojmu zdraví, dle definice WHO. Tato definice byla zahrnuta i v dalších dokumentů MŠMT, například do Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání v ČR (Holická, 2010 in Miovský et al., 2010).
- ◆ **Republikový výbor pro prevenci kriminality** je součástí Ministerstva vnitra, zajišťuje realizaci širě pojatých opatření v rámci prevence kriminality Ministerstva vnitra. RVPPK je meziresortní iniciační, koordinační a metodický orgán zřízený při Ministerstvu vnitra usnesením vlády ze dne 3. 11. 1993 č. 617. Těžiště horizontální spolupráce spočívá ve spolupřetváření preventivní politiky vlády ve vztahu k obecné kriminalitě a koordinaci preventivních činností jednotlivých resortů zastoupených v Republikovém výboru a v podněcování nových aktivit. Ministerstvo vnitra vytváří Strategii prevence kriminality v České republice na léta 2012 až 2015, ve které je vymezen systém prevence kriminality a role jednotlivých resortů (MZ ČR, 2011).

b) Vertikální koordinace

Vertikální koordinace usiluje o sladování jednotlivých aktivit protidrogové politiky na regionální a místní úrovni (tj. krajské i obecní) tak, aby byly zohledňovány místní podmínky a potřeby a současně, aby realizovaná opatření a intervence byly uskutečňovány v souladu s hlavními cíli, principy a postupy doporučenými národní strategií (Radimecký, 2009). Na vertikální úrovni MŠMT metodicky vede a koordinuje krajské školské koordinátory prevence (pracovníky krajských úřadů) oblastní metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školní metodiky prevence (určení pedagogové ve školách a školských zařízeních). RVKPP metodicky podporuje krajské protidrogové koordinátory v realizaci strategických opatření protidrogové po-

litiky a RVPPK prostřednictvím manažerů/krajských koordinátorů prevence kriminality, působí na orgány veřejné správy a další instituce v obcích. Koordinaci preventivních opatření rizikového chování na vertikální úrovni realizují jednotliví **koordinátoři** (pracovníci krajských úřadů), kteří tvoří systémově orientované klíčové pracovníky vyšších územních samosprávných celků. Obecně existují čtyři základní oblasti náplně práce koordinátorů:

- koncepční a koordinační činnost,
- metodická, informační a vzdělávací činnost,
- práce s daty (převážně epidemiologickými),
- ostatní činnosti (např. medializace problematiky, zahraniční spolupráce).

Harmonizování mechanismů koordinace prevence na krajích a jejich stabilizování není zcela synchronizováno a vyžaduje například legislativní úpravy. Dalším systémovým opatřením je navržený a ověřovaný model Krajského **metodického centra** primární prevence, které by mělo plnit metodickou a koordinační funkci, na principu dobrovolnosti (Miovský et al., 2010).

Krajský protidrogový koordinátor: funkce krajského protidrogového koordinátora (KPK) je v krajích zřizována na základě § 23 zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Koordinátoři jsou zaměstnanci jednotlivých krajských úřadů. Role krajského protidrogového koordinátora komplexně propojuje jednotlivé složky systému v kraji a klíčové hráče z oblasti prevence rizikového chování, léčby, minimalizace zdravotních a sociálních rizik a represe na vertikální i horizontální úrovni. Jeho role spočívá ve spolupráci s dalšími koordinátory v krajském úřadě, zejména s krajským školským koordinátorem prevence, koordinátorem pro romské záležitosti a manažerem/koordinátorem prevence kriminality. Metodickou podporu a poradenství zabezpečují KPK obcím a především **místním protidrogovým koordinátorům** na území příslušného kraje. Protidrogoví koordinátoři v obcích, popř. kontaktní pracovníci pro otázky ve věcech drog, zajišťují koordinaci protidrogové politiky, realizaci opatření na místní úrovni a přenos informací mezi krajskou úrovní a úrovní obcí. Jejich funkce je také zřizována na základě zákona č. 379/2005 Sb. (Mravčík et al., 2009).

Krajský školský koordinátor prevence: za účelem koordinace činností realizovaných v rámci krajské strategie prevence rizikového chování krajský školský koordinátor prevence spolupracuje především s krajským protidrogovým koordinátorem a dalšími koordinátory. Na úrovni obcí metodicky podporuje ředitele škol a školských zařízení, školní metodiky prevence ve všech typech škol a metodiky prevence v pedagogicko-psychologické poradně (PPP). Vymezení činností jednotlivých aktérů koordinace je obsaženo v Metodickém doporu-

čení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (MŠMT, 2010). Krajsťí školní koordinátoři prevence tvoří Asociaci krajských školských koordinátorů prevence (AKŠKP, 2011).

Manažer/Koordinátor prevence kriminality: standardně zabezpečuje tvorbu koncepčních materiálů a programů prevence kriminality kraje. Podporuje metodicky obce a subjekty na území kraje, koordinuje preventivní aktivity na úrovni kraje i v jednotlivých obcích v oblasti prevence kriminality, podílí se na medializaci a informovanosti. Manažer/koordinátor je kontaktní osobou pro Odbor prevence kriminality MV ČR a spolupracuje s dalšími koordinátory na krajské úrovni (MZ ČR, 2011).

Koordinátor pro romské záležitosti: hlavní zaměření koordinátora pro romské záležitosti spočívá v koordinaci různých preventivně zaměřených aktivit a programů týkajících se romské problematiky i cizinců, zajišťuje metodickou podporu obcím a dalším subjektům na místní úrovni ve prospěch zlepšení sociální, kulturní i politické situace Romů. Činnost koordinátora pro romské záležitosti je legislativně ukotvena v zákoně č. 129/2000 Sb., o krajích. Koordinátor se podílí na spolupráci s neziskovými organizacemi na prevenci rizikového chování a s ostatními krajskými koordinátory vytváří systémový prvek na úrovni kraje.

Ve **školském poradenském systému**, ve školách a školských zařízeních, je realizována koordinace primárních programů pedagogickými pracovníky nebo psychology, spolupráce probíhá se zřizovatelem (základní územně správní celky – obce, vyšší územně správní celky – kraje a krajsťí koordinátoři) a s celou řadou dalších subjektů.

Školní metodik prevence (↑): standardní činnosti školního metodika prevence jsou vymezeny ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Koncepční činnosti spočívají v koordinaci, metodické, informační a poradenské činnosti a realizaci preventivního programu (Slavíková, Zapletalová, 2010 in Miovský et al., 2010). Školní metodik prevence je pracovník škol nebo školských zařízení. Na koordináčním systému se podílejí i další pedagogičtí pracovníci škol a školských zařízení nebo **školské poradenské pracoviště (↑)**, která jsou obvykle zajišťována výchovným poradcem, školním metodikem prevence, případně školním psychologem/školním speciálním pedagogem (Zapletalová, 2010 in Miovský et al., 2010). **Ředitel školy** vytváří podmínky pro školské poradenské pracoviště, podporuje předcházení rozvoje rizikového chování, koordinuje tvorbu, kontrolu a realizaci preventivního programu a začlenění Školního preventivního programu do osnov a učebních plánů školního vzdělávacího programu

školy (MŠMT, 2010). **Třídní učitel** spolupracuje se školním metodikem prevence, participuje na realizaci preventivního programu **Metodik prevence** (↑) v pedagogicko-psychologické poradně zajišťuje specifickou prevenci rizikového chování a realizaci preventivních opatření v oblasti územní působnosti vymezené krajským úřadem (MŠMT, 2010).

Použitá literatura:

- AKŠKP (2011). <http://rejstrik.penize.cz/ares/22877126-asociace-krajskych-skolskych-koordinatoru-prevence-o-s>, staženo 17. 2. 2012.
- Holická, N. (2010). Realizace programu Zdraví 21 v kontextu MŠMT. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), Primární prevence rizikového chování (s. 66–70). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). (2010). Primární prevence rizikového chování. Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Mravčík, V. (Ed. et al.) (2009). Zaostrěno na drogy, číslo 2/2009 (ročník sedmý). Česká protidrogová politika a její koordinace; Historie a současnost. Praha: Úřad vlády ČR Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- MŠMT (2010). Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Č. j. 21291/2010-28. MŠMT.
- Kiššová, L. (Ed.) (2011). Národní strategie protidrogové politiky 2010–2018, schválena usnesením č. 340 ze dne 10. 5. 2010, VČR.
- MŠMT (2009). Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012, Praha: MŠMT.
- MV ČR (2011). Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012 až 2015. Praha: MV ČR.
- MZ ČR (1999). Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. Praha: MZ ČR.
- Slavíková, I., Zapletalová, J. (2010). Školní metodik prevence. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), Primární prevence rizikového chování (s. 82–88). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.). (1998). Handbook of primary prevention. Alcohol, drugs and tobacco. Amsterdam: Jelinek Institute.
- Zákon o krajích 129/2000 Sb. (krajské zřízení) <http://www.sbirkazakonu.info/zakon-o-krajich-krajske-zrizeni/>, staženo 28. 12. 2010.

Zákon 379/2005 Sb. k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem, návykovými látkami, http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/place, staženo 17. 2. 2012.

Úřad vlády ČR (2005). Bilanční zpráva o plnění úkolů z národní strategie protidrogové politiky 2001–2004. Praha: ÚV ČR.

Usnesení vlády ČR (2002) ze dne 19. června 2002 č. 643 o zřízení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. <http://racek.vlada.cz/usneseni/usnweb.nsf/0/B16EDC6E61E087B7C12571B6006BAA04>; staženo 17. 2. 2012.

Doporučená literatura:

Evaluační protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji (2003). Závěrečná zpráva č.1 http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluační_evaluační_protidrogových_opatření_a_programů_ve_stredoceskem_kraji, staženo 30. 10. 2011.

MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.

NIDA (2003). Preventing drug abuse among children and adolescents: a research-based guide for parents, educators, and community leaders. Second Edition. Maryland: NIDA.

Realizace protidrogové politiky v krajích v roce 2010 – souhrnná zpráva: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/vyroční-zpravy/VZ_kraje_2010_souhrnná_zpráva.pdf. Staženo 17. 2. 2012.

RVKPP (2011). Statut Výboru zástupců regionů, Výbor Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Staženo z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vybory/VZRe_statut.pdf

11 Minimální preventivní program školy

(Minimum school-based preventive programme)

Michal Miovský, Lenka Skácelová, Lenka Čablová

Minimální preventivní program (dále též MPP) je obecný/modelový rámec pro školní preventivní program. Cílem MŠMT ČR bylo definovat jeho prostřednictvím základní představu o tom, co by měl komplexní a dlouhodobý školní program splňovat a být přitom součástí školního vzdělávacího programu vycházejícího z příslušného rámcového vzdělávacího programu, popř. přílohou dosud platných osnov a učebních plánů. MPP je konkrétním dokumentem školy zaměřeným na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností a měl by obsahovat též programy specificky zaměřené na jednotlivé formy rizikového chování (↑). MPP je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce se žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků školy. Obecně by měl mít minimálně 3 části: soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole a na školních akcích, programy pro rozvoj dovedností pro život (Life-skills) skládající se z programů zaměřených na rozvoj sociálních dovedností (Social-skills) a dovedností sebeovlivnění (Self-management), a konečně programy specificky zacílené na jednotlivé formy rizikového chování. MPP je zpracován na období jednoho školního roku a zodpovídá za něj **školní metodik prevence** (↑). Podléhá kontrole České školní inspekce, je průběžně vyhodnocován a písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy.¹

Minimální preventivní program definuje Metodický pokyn MŠMT ČR č. j. 20006/2007-51.² Současně ale ani tento materiál, ani pracovní verze jeho alternativ a diskuse o nich, nepřináší příliš mnoho konkrétních parametrů, jak

1 § 12 odst. 1, zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školní zákon), v platném znění.

2 Podrobněji viz Miovský, Skácelová, Zapletalová & Novák (2010, s. 101–114) a materiál vzniklý v rámci projektu VYNSPI Miovský, Skácelová, Čablová, Veselá, Zapletalová, 2012, který obsahuje podrobně zpracovanou doporučenou podobu MPP pro základní školy ČR.

přesně (struktura, obsah, rozsah) by měl vypadat. MPP musí jasně definovat dlouhodobé a krátkodobé cíle preventivních programů a aktivit škol a být naplánován tak, aby mohl být řádně proveden a zkontrolován. Přitom musí být přizpůsoben kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy či specifické populaci jak v jejím rámci, tak v jejím okolí. Program musí důsledně respektovat rozdíly ve školním prostředí, oddalovat, bránit nebo snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí. Na tvorbě a realizaci MPP se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy. Při tvorbě a vyhodnocování MPP spolupracuje školní metodik prevence dle potřeby s metodikem prevence příslušné pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP), případně s místními neziskovými organizacemi a dalšími subjekty (např. Policie ČR aj.). K zahájení nebo rozvinutí prioritních preventivních projektů realizovaných jako součást MPP nebo k zabezpečení preventivního programu může škola využít dotačního řízení v rámci „Programů na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na daný rok“ (příslušné informace o dotačním řízení a jeho podmínkách v daném regionu poskytuje MŠMT a příslušný krajský úřad). Uvedené pojetí MPP vychází ze současně platné školské legislativy a každá škola a každý metodik prevence by měli mít ve svém archivu aktuální verze všech dokumentů, které tvoří základní rámec pro realizaci MPP a jakýchkoli dalších preventivních aktivit:

- platné školské dokumenty pro oblast primární prevence,
- koncepci primární prevence /PP/ na úrovni celonárodní, kraje, obce,
- standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů PP užívání návykových látek,
- dlouhodobou preventivní strategii školy,
- řád školy,
- krizový plán a postup školy při výskytu rizikových forem chování dětí a mládeže,
- sankční řád.

Abychom vypracovali **efektivní preventivní program** (↑), vyžaduje to spolupráci a odpovědnost pedagogických i nepedagogických pracovníků školy na všech úrovních. Za nejdůležitější pokládáme podporu postavení pedagoga ve funkci ŠMP vůči ostatním pedagogickým pracovníkům školy, jeho kompetencí, standardních činnostech, místa a spolupráce jednotlivých členů ve školním poradenském pracovišti ze strany vedení školy. Podrobný postup při zpracování MPP na konkrétní škole popisuje Skácelová (2010). **Krátkodobé cíle** jsou zásadní součástí dokumentu MPP. Měly by být zcela konkrétní pro dané cílové skupiny a měly by navazovat na preventivní strategii školy. Škola by měla mít stanoveny priority a podle nich cíle řadit. Cíle a opatření by měly spolu korespondovat. K definování cílů při plánování MPP lze využít model SMART,

kteřý nám může posloužit i k rychlému zhodnocení proveditelnosti školního programu (Gallà et al., 2005). Při tvorbě MPP na konkrétní škole se ukazuje jako efektivní používat terminologii deskriptorů, jež jsou zatím používány v oblasti vzdělávání (Kolář, 2011). **Deskriptory** (↑) představují konceptuální rámec, který propojuje každou oblast prevence se systémem národního kvalifikačního rámce. Vyjadřují obsah a rozsah příslušných znalostí, dovedností a kompetencí dětí dle ročníku školy a počtu hodin vymezených na prevenci v konkrétní oblasti. Jsou formulovány pomocí výstupů z příslušné oblasti prevence a vymezují identitu dané oblasti vůči ostatním oblastem MPP. **Dlouhodobé cíle** jsou spíše obecnějšího charakteru i časově náročné a jsou především uvedeny v preventivní strategii školy, která je nad úroveň MPP. Základními požadavky na dlouhodobé cíle je, aby jasně korespondovaly s preventivní strategií školy a se strategií v oblasti prevence rizikového chování na regionální úrovni a zohledňovaly všechny oblasti rizikového chování. Níže uvádíme přehled jednotlivých oblastí **rizikového chování** (↑), které považujeme za důležité zohlednit při tvorbě MPP na konkrétní škole.

- Záškoláctví
- Šikana a extrémní projevy agrese
- Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě
- Rasismus a xenofobie
- Negativní působení sekt
- Sexuální rizikové chování
- Prevence v adiktologii
- Spektrum poruch příjmu potravy a zdravý životní styl
- Okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte

Vzhledem k výše uvedeným oblastem rizikových forem chování by se MPP měl skládat z minimálně tří komponent:

a) Soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole a na školních akcích:

Jednotlivé základní skupiny fenoménů rizikového chování (podrobněji viz Miovský, et al., 2010, s. 61–78) jsou spojeny s různými bezpečnostními riziky pro děti i personál školy. Cílem této části MPP je pro danou konkrétní školu doplnit pravidla chodu školy nad rámec povinností daných platnou legislativou tak, aby došlo k minimalizaci dopadů rizikového chování na děti a zaměstnance školy. Tato pravidla mohou být zpracována jak na úrovni školního řádu, tak na úrovni doporučení a dobrovolných pravidel zpracovaných do dokumentů vztahujících se k různým školním aktivitám a akcím (včetně např. škol v přírodě, exkurzí, školních výletů atd.).

b) Programy zaměřené na rozvoj dovedností pro život (tzv. life-skills) skládající se z programů zaměřených na rozvoj sociálních dovedností (social-skills) a dovedností sebeovlivnění (self-management):

Životní dovednosti (dovednosti pro život) (↑) jsou schopnosti, které usnadňují adaptivní chování jedince a pomáhají ve zvládnání každodenních problémů. Jsou to schopnosti, které umožňují dětem a dospívajícím chovat se zdravým způsobem, vzhledem k jejich přáním a potřebám (Taromian, 1999). Tyto dovednosti umožňují jedinci přijmout svoji sociální odpovědnost a úspěšně zvládnout požadavky, očekávání a potencionální problémy, zejména v mezilidských vztazích. Dochází tak k prolínání mezi intrapersonálními a interpersonálními dovednostmi. Životní dovednosti můžeme členit na dovednosti sebeovlivnění a sociální dovednosti. **Sociální dovednosti** (↑) definujeme jako schopnosti adaptivního, naučeného a společensky akceptovatelného chování, které umožňují efektivně se vypořádat s požadavky a výzvami každodenního života (Gresham et al., 2011). Patří mezi ně zejména schopnost čelit sociálnímu tlaku, zvládnání konfliktních a zátěžových situací či další dovednosti jako asertivita (zdravé sebeprosazení), empatie, komunikace, strategie řešení problémů nebo předvídaní následků svého jednání. **Dovednosti sebeovlivnění** (self-management) (↑) definujeme jako osobní a systematické uplatňování strategií zaměřených na změnu chování s cílem dosáhnout požadovaných změn ve vlastním chování. Techniky sebeovlivnění mohou studentům pomoci minimalizovat stres a udržet motivaci ke studiu.

c) Programy specificky zacílené na jednotlivé formy rizikového chování (↑):

Jednotlivé formy rizikového chování dětí a mládeže (podrobněji viz Miovský et al., 2010, s. 61–77) jsou spojeny se specifickými projevy, a přestože některé z rizikových a protektivních faktorů mohou být (a bývají) totožné, nemusí tomu tak být vždy. Současné různé situační, historické, ekonomické a další souvislosti zásadním způsobem ovlivňují jak průběh, tak dílčí projevy tohoto chování. Proto vznikají a jsou testovány pro různé konkrétní formy rizikového chování (např. užívání návykových látek) konkrétní programy a intervence (např. program Unplugged), u kterých nacházíme specifický pozitivní účinek a vliv na chování dětí a mládeže. MPP by tedy měl v sobě mít integrovány dílčí programy pro všechny základní typy rizikového chování a měl by je mít seřazený dle věkových a dalších možností vzhledem k vlastnostem cílové skupiny.

Použitá literatura:

- Gresham, F. M., Elliott, S. N., Vance, M. J. & Cook, C. R. (2011). Comparability of the social skills rating system to the social skills improvement system: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 27–44.
- Kolář, P. (2011). Národní kvalifikační rámec vzdělávání (Q-RAM). Nepublikovaná prezentace. Dostupný 4. 6. 2012 na: <http://www.radavs.cz/prilohy/15p8Q-RAM-Kolar.ppt>
- Miovský, M. a kol. (2010). Systém školské primární prevence rizikového chování. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 61–78). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., Zapletalová, J. (2012). Doporučená struktura a rozsah Minimálního preventivního programu školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Skácelová, L. (2010). Postup při zpracování minimálního preventivního programu. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 103–110). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Taromian, F. (1999). Life skills; definitions and theoretical basics. *Journal Zharfaye Tarbiat*, 4, 32–35.

Doporučená literatura:

- European Commission. (1996). *Teaching and learning: Towards the learning society. White Paper on Education and Training*. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Havlíková, M. & Kolář, M. (2001). *Sociální klima v prostředí základních škol ČR*.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 6, 923–933.
- Jessor, R., Turbin, M. S. & Costa, F. M. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 75, No. 3, 788–800.
- Pokyny pro zpracování deskriptorů oblastí vzdělávání. (2011). Pracovní skupina projektu Q-RAM. Nepublikovaná příručka.

Rosenbaum, M. (2008). Bezpečnost především: realistická protidrogová prevence pro rodiče. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze.

Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.) (1998). Příručka prevence: Alkoholu, drog a tabáku. Velvyslanectví nizozemského království.

WHO (1999). HEALTH 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization (1993). Increasing the Relevance of Education for Health Professionals. In: EMCDDA, Models and theories. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>

12 Metodika

(Methodology)

Lenka Skácelová

Slovo **metodika** pochází z řeckého slova *methodikos*, tedy *návodný, návod podávající*. Nověji se toto slovo ve vzdělávání užívá mj. pro speciální didaktiku, teorii vyučování určitému předmětu (Všeobecná encyklopedie Universum. 9. díl Sp–T, 2001). Metodiku chápeme jako teoreticko-praktické schéma, které určuje postup provádění určité odborné činnosti. Vycházíme přitom z vědeckého poznání a empirické praxe a přesně vymezujeme dílčí postupy pro popis odborné činnosti (Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích. 4. díl, Ř–Ž, 1998). Metodika v primární prevenci (dále jen PP) je soubor vzájemně provázaných **metod** a postupů, aplikovaných v rámci určitého **programu PP**. Metodika tak určuje/popisuje doporučený postup, jak procedurálně aplikovat dílčí metody (např. pořadí, způsob kombinování, kontroly atd.) a provádět tak preventivní činnost (konkrétní preventivní intervenci), abychom dosáhli stanoveného cíle. Metodika proto obvykle obsahuje též popis indikátorů, jejichž prostřednictvím ověřujeme, zda jsme dosáhli dílčích cílů v rámci jednotlivých částí nebo fází intervence a zda jsme skutečně splnili stanovené cíle (např. jaké znalosti, dovednosti a kompetence mají děti po absolvování programu mít).

Obecně je při provádění primárně preventivních programů snahou využívat co nejširší škálu informačních zdrojů, aby preventivní informace směřující k cílové skupině (↑) byla co nejúčinnější, adekvátní a byla zprostředkována ověřeným způsobem/postupem. Například autoři **Marco Siegrist** a **Horst Belz** (2001) definovali a popsali pět základních skupin moderních výukových metodických postupů. Uvedené dělení lze úspěšně využívat též v oblasti PP, neboť usnadňuje pohled na výběr a kombinaci jednotlivých metod v těchto programech tak, aby bylo dosaženo stanovených cílů, ale i cíle obecného, kdy u cílové skupiny předáváme objektivní informace, učíme dovednostem a vedeme k posílení kompetencí. Zvolené cíle, obsahy, metody, prostředky a formy můžeme popsat a definovat jednotlivě, v samotné praxi realizace preventivního programu se ale navzájem prolínají, podmiňují a doplňují. Záleží také

na osobnosti lektora PP, na jeho schopnostech teoretických a praktických, na charakteristice a zvláštnostech konkrétní cílové skupiny:

a) Informativní metodický postup:

Používáme-li metody informační, chceme dosáhnout toho, aby se z prezentovaných informací staly znalosti. Znalost chápeme jako zpracovanou informaci. Získáváme je nejen v procesu učení při použití klasických informativních metod využívajících levou hemisféru (logika, řeč, symbolické myšlení), ale také skrze vlastní zkušenost pomocí vnějších metod, které zapojují hemisféry obě. Pravá hemisféra – intuitivní myšlení, fantazie, úvahy, gesta, mimika. Příklady výběru a zařazení metod: audiovizuální přednáška, kvíz, dohledávání informací v médiích, textech.

b) Narativní metodický postup:

V této oblasti je dominantní řeč a možnosti naučit žáky se adekvátně vyjadřovat k zadanému tématu, umět vystihnout problémové situace a adekvátně řešit problémy. Učí se také vést rozhovor, dotazovat se na názory členů skupiny, učí se oceňovat druhé, zdůvodnit svůj názor a stát si za ním. Učí se argumentovat a umět obstát v potenciálních konfliktech a rizikových situacích. Tyto metody přispívají k podpoře pocitu vlastní hodnoty. Příklady výběru a zařazení metod: beseda s odborníkem z praxe, metoda sněhové koule (každý individuálně zpracuje zadaný úkol, ten pak konzultuje ve dvojici s cílem nalézt společné řešení, totéž následuje ve čtveřici atd.), případová analýza (např. analýza důvodů proč...), diskuse, práce ve skupinách při řešení situací, případů, názorová škála atd.

c) Operativní metodický postup:

Dominantní pro operativní metodický postup jsou metody, které napomáhají jak jedinci, tak i skupině v rozhodování, jak provádět činnosti a napomáhají nácviku chování v konkrétní situaci. Příklady výběru a zařazení metod: prožitkové hry, simulační hry, hraní rolí, nácvik odmítání atd.

d) Integrativní metodický postup:

Zahrnuje všechny typy celostních metod. Jeho podstatou je oslovit jedince v jeho celistvosti, tzn. působí na jeho intelektuální, tělesnou, emocionální, případně spirituální úroveň. Příklady výběru a zařazení metod: relaxační metody, různé typy ice-breakerů a worm-upů (uvolnění atmosféry, ledolamky, rozhřívačky apod.).

e) Intuitivní metodický postup:

Umožňuje využívat spontánní schopnosti celistvého/komplexního uchopení zadaného problému a jeho řešení. Není tedy primárně založeno na systematickém přístupu a analytické schopnosti, ale na schopnosti kombinace znalostí a zkušeností spolu s pocitovým uchopením problému. Jde o prohlubování a trénink schopnosti naslouchání svému „vnitřnímu hlasu“ a jeho využívání při zpracování problémů. Intuitivní metody mohou být doplňovány a podporovány hudbou či obrazy. Příklady výběru a zařazení metod: brainstorming, imaginativní postupy, meditace, relaxační poslech hudby, vizualizace (lektor provází tichým hlasem představami na příjemné téma).

Použitá literatura:

Belz, H. & Siegrist, M. (2001). Klíčové kompetence a jejich rozvíjení. Praha: Portál.
Všeobecná encyklopedie Universum (2001). 9. díl / SP–T, Praha: Odeon.
Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích (1998). 4. díl, Ř–Ž. Praha: Nakladatelský dům OP Diderot.

Doporučená literatura:

Belz, H. & Siegrist, M. (2001). Klíčové kompetence a jejich rozvíjení. Praha: Portál.
Fontana, D. (2003). Psychologie ve školní praxi. Praha: Portál.
Gajdošová, E. & Herényiová, G. (2006). Rozvíjení emoční inteligence žáků. Praha: Portál.
Průcha, J. (2005). Moderní pedagogika. Praha: Portál.

13 Metody v primární prevenci

(Primary prevention methods)

Lenka Skácelová

Obecně pojem **metoda** označuje cestu, postup k dosažení cíle. Metoda jako cesta k cíli je rozhodujícím prostředkem k dosahování těchto cílů v každé uvědomělé činnosti. Metody v primární prevenci jsou tedy ověřené způsoby, postupy, jak dosáhnout v preventivním programu stanoveného **cíle**. Jde o cílevědomý a záměrný postup, kterým primárně preventivní pracovník (viz) reguluje svoji činnost. Metody v primární prevenci částečně korespondují s výukovými metodami, které uplatňují učitelé ve výchovně-vzdělávacím procesu. Různé metody práce aplikuje v různých typech preventivních intervencí (přístupů) a většinou se jedná o různé složité kombinace metod.

Preventivní programy (PP) (intervence) (↑) jsou realizovány především ve **školním prostředí** a jsou koncipovány s ohledem na charakteristiku **cílové skupiny (↑)**, rizikovost vrstevnického prostředí či regionu a respektují **zásady** pro poskytování programů PP dle Standardů primární prevence (MŠMT, 2008). Při realizaci programů PP neexistuje obecně žádná univerzálně nejúspěšnější metoda, jen široké spektrum možností, jak dosáhnout stanovených cílů a jak zvládnout stanovený obsah. Z tohoto spektra lektor PP vybírá nejvhodnější metody a navzájem kombinuje jejich použití. Výběr metod lze obecně podřídit následujícím aspektům:

- psychologickým zvláštnostem cílové skupiny,
- sociálnímu či profesnímu zaměření posluchačů,
- učební způsobilosti cílové skupiny,
- hodnotové orientaci,
- praktickým zkušenostem lektora,
- potřebám a zájmům účastníků programu, jejich životnímu stylu a návykům.

Z hodnocení efektivity programů PP (Miovský et al., 2004) vyplývá, že pouhé použití slovní metody (přednášky či výkladu) bez dalších typů programů není

efektivní. Tyto metody se používaly v počátečním období rychlého nástupu určité formy rizikového chování, např. rozšíření experimentování s návykovými látkami. Během krátkého období se naopak zavádí přístup, kde je podporována aktivita, samostatnost, tvořivost samotných účastníků programu PP. Obecně rozlišujeme 4 hlavní skupiny metod:

a) Metody slovní (verbální): jsou založeny na vnímání a chápání slovního projevu lektora účastníky programu. Řadíme sem metodu monologickou, vyprávění, vysvětlování nebo přednášky. V programech PP se tyto metody nedoporučují aplikovat samostatně, pouze v kombinaci s jinými aktivizačními metodami:

- ◆ **Vyprávění** spočívá v předávání poznatků a zkušeností epickou formou. Jeho znakem je konkrétnost, živost, dramatickosti a vytváření představ. Často se v něm využívá emocionální přístup se záměrem vyvolat u posluchačů citové zaujetí. Je důležité nepoužívat záměrně zastrasování či zlehčování významu daného tématu. Využití je vhodné pro mladší školní věk.
- ◆ **Vysvětlování** patří k základním lektorským dovednostem. Vysvětlení určitého tématu pomůže účastníkům pochopit podstatu jevu nebo problému a jeho osvojení. Vysvětlování záměrně navazuje na zkušenosti žáků a jejich dříve osvojené poznatky. Didaktické výzkumy potvrzují, že cíle a obsahy, metody a prostředky a sociální formy můžeme sice popisovat odděleně, v prostředí vzdělávání se s nimi ale vždy setkáváme v jednotě.
- ◆ **Přednáška** je nejnáročnější ze všech slovních metod, jak pro lektora, tak pro samotné účastníky. Doporučuje se pro starší školní věk a studenty, u nichž lze předpokládat možnosti delší schopnosti soustředit se a rozvinutého abstraktního myšlení. Pro oblast PP se tato metoda samostatně nedoporučuje, pouze v kombinaci s jinými metodami.

b) Metody slovní dialogické: při používání těchto metod dochází k výměně názorů mezi lektorem, pedagogem a žáky nebo mezi žáky navzájem. Zejména při formě práce ve skupinách jsou tyto metody efektivní a splňují kritérium aktivního zapojení zúčastněných:

- ◆ **Rozhovor** je komunikace dvou nebo více osob, které si vyměňují názory, zkušenosti a hledají odpovědi na určité otázky (např. rozhovory žáků v pracovních skupinách).
- ◆ **Práce s textem** – studium literatury, vyhledávání ve slovnících, encyklopediích, odborných časopisech, v textech různého druhu a v neposlední řadě vyhledávání informací na internetu. V programech PP se doporu-

čuje jejich využití ojediněle, až ve věkové skupině žáků II. stupně základní školy, středních škol a výše.

- ◆ **Napodobování** je proces přebírání určitých způsobů chování od jiných, zejména starších vrstevníků či osobností, které jsou autoritou pro danou skupinu. Projevuje se jako napodobování bezděčné, či záměrné a je ovlivňováno racionálně nebo citovými vazbami k referenčnímu objektu. Rozlišujeme formu bezprostřední a zprostředkovanou nepřímou (z četby knih, vlivu médií). V PP je důležité podporovat přirozené pozitivní vzory v daném vrstevnickém prostředí. Tohoto efektu využívají např. peer programy.

c) Metody aktivizační: jsou zajímavé, přitažlivé, vytvářejí příznivé klima ve skupině a rozvíjejí klíčové kompetence žáků příslušných věkových skupin. Jsou také náročné na čas, přípravu, prostředí a udržení kázně. Velký důraz se klade na myšlení a řešení problémů. V programech PP má jejich používání zásadní roli:

- ◆ **Diskuse** – disputace, rozprava, beseda, rokování, výměna názorů. Jde vždy o formu komunikace mezi skupinou a lektorem PP, při níž si zúčastnění navzájem vyměňují názory k danému tématu, argumentují, upřesňují si daný problém nebo jeho řešení. Tato metoda se tak stává efektivním nástrojem pro výcvik komunikace a pozitivních sociálních postojů. V programech PP je často používána.
- ◆ **Řešení problému** podněcuje u žáků samostatné tvořivé myšlení. Je založena na vyhledávání, třídění, objevování, kladení problémových otázek vedoucích k řešení daného problému. Velký význam zde hraje aktivní zkoumání a myšlení. Metoda je doporučovaná pro oblast PP a je využívána v mnoha programech (např. Unplugged, Normální je nekouřit).
- ◆ **Metoda situační** rozšiřuje řešení problémů do jejich reálné podoby v životě nebo v profesi. Vyvolává potřebu se s danými problémy vypořádat a vyžaduje od účastníků angažované úsilí při hledání řešení. K výhodám této metody patří podpora aktivního sociálního učení, řešení konfliktních situací s využitím emocionálního působení a aplikace teoretických poznatků do navozené situace. Základní fáze metodického postupu jsou: prezentace případu (slovní, písemná, film, video atd.), hledání dalších informací, řešení případu (individuálně, ve skupinách), rozbor variant řešení, diskuse, vyhodnocení výsledků a zobecnění závěru. Metoda je doporučovaná pro oblast PP směrem k různým cílovým skupinám, v programech pro žáky i ve vzdělávacích programech pro pedagogy (např. kasuistický seminář, výměna zkušeností).

- ◆ **Metoda inscenační** – podstatou je rovněž aktivní proces učení v modelových situacích. Účastníci sami předvádějí určitou situaci dle jednotlivých fází postupu: přípravná, realizační a hodnotící (např. prvky dramatické výchovy).

d) Metody komplexní – místo o komplexních metodách mluvíme často o organizačních formách činnosti v rámci programu PP (skupinová a kooperativní práce, projektová činnost, kritické myšlení apod.). V programech PP je tato metoda využívána a doporučována:

- ◆ **Brainstorming** – hlavním smyslem je vyprodukovat co nejvíce nápadů a následně posoudit jejich užitečnost. Přínosem metody je rozvoj divergentního myšlení, které je důležitým východiskem pro další možnosti při hledání řešení problému. Metoda se velmi často používá v programech PP tam, kde není příliš vysoký počet účastníků. Osvědčuje se při řešení konkrétních, ne příliš obecných problémů, které vyžadují originální nápady (Maňák, 2003).
- ◆ **Mediální technologie** – využití audiovizuálních programů a počítačová podpora výuky. Uvedené možnosti mají v současné době nezastupitelné místo v programech PP. Při jejich zvládnutí a promyšlené integraci do ostatních použitých metod v PP jsou vysoce efektivní, účastníci jsou však v pasivní pozici, proto je nutná kombinace s metodami aktivizací. Jejich použití vyžaduje důkladnou přípravu ze strany lektora pokud jde o výběr vhodnosti materiálu pro danou cílovou skupinu a následnou analýzu prezentovaného materiálu s účastníky (kladení otázek, posouvání diskuse apod.).

V efektivních programech primární prevence se metody střídají, optimálně se využívá všech cest, které máme k dispozici pro dosažení cíle.

Použitá literatura:

- Maňák, J., Švec, V. (2003). *Výukové metody*. Brno: Paido.
- Miovský, M., Miovska, L. & Kubů, P. (2004). *Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR*. *Adiktologie* 3, 288–305.
- MŠMT (2008). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT.

Doporučená literatura:

- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Jůva, V. (1999). *Úvod do pedagogiky*. Brno: Paido.
- Kalina, K. et kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR.
- MŠMT (2005). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT.
- Nešpor, K., Csémy, L. & Pernicová, H. (1996). *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha.
- Okoň, W. (1966). *K základům problémového vyučování*. Praha: MŠMT.
- Průcha, J. (2005). *Moderní pedagogika*. Praha: Portál.
- Žaloudíková, I. (2011). *Normální je nekouřit*. Brno: PedF MU.

14 Normalita v primární prevenci

(Normality in primary prevention)

Petr Novák

Normalita v primární prevenci je stav jedince nebo skupiny, který odpovídá zvolené **normě**, či je od ní v tolerovatelné vzdálenosti, popřípadě se k ní přibližuje. Tento stav závisí na zvolené metodologii a od ní odvozeném druhu a kategorii normy. Normou je v tomto případě myšlena podobnost pozorovatelná v chování většího množství lidí (Jandourek, 2007), anebo ideální stav, ke kterému by jednání těchto lidí mělo směřovat. Jelikož je známo značné množství jednotlivých norem, existuje proto mnoho pohledů, jak se na pojem normality dívat a jak jej metodologicky uchopovat. S ohledem na evidence based efektivitu primární prevence je nutné vždy zvažovat účelnost zvolené normy vzhledem k cílové populaci a celkovému designu primárně preventivní intervence.

Normy jsou neoddelitelnou součástí každodenního života jakékoli společnosti, neboť definují způsoby a vzorce jednání jednotlivců a skupin (Fischer & Škoda, 2009). Pomáhají k deskripci a přesnému rozlišení mezi normálním a abnormálním, popřípadě deviantním. **Deviaci** je v tomto smyslu nutné chápat širěji než patologii, ale jako prostou odchylku od námi zvolené normy, ať již v pozitivním nebo negativním směru. Podle svého rozsahu je normy možné dělit na obecné, závazné pro všechny členy daného společenství a partikulární, které jsou platné pouze pro určité vybrané jedince či skupiny. Formální stránka těchto norem bývá většinou explicitně sdělena a písemně kodifikována. Neméně důležité normy neformální jsou však sdělovány pouze implicitně a opírají se především o tradici a zvyk (Urban & Dubský, 2008).

V oblasti primární prevence rizikového chování je možné identifikovat čtyři okruhy norem, které se váží k jednotlivým pohledům na normalitu, a to pohled **statistický**, **sociokulturní**, **funkcionalistický** a pohled vztahovaný k **normě ideálu**:

- ◆ **Statistická norma** je vymezena četností a intenzitou posuzovaného jevu. Do statistického pojetí normality spadá i **norma epidemiologická**. Je využitelná především tehdy, lze-li daný fenomén kvantifikovat a číselně vyjádřit. Norma je tak nejčastěji vymezena pomocí Gaussovy křivky. Jev

pohybující se za hranicí statistických odchylek je tak možné označit za deviaci. Předností tohoto pojetí je vysoká interpersonální objektivita a relativní exaktnost. Omezujícím však můžeme shledávat například fakt, že ideální stav nepřítomnosti rizikového chování není v tomto pojetí považován za normu, ale naopak za deviaci.

- ◆ Okruh **sociokulturních norem** je v dané společnosti tvořen normami sdílenými jednotlivými skupinami nebo subkulturami. Pojetí normy závisí na konkrétním kulturním kontextu. Do této kategorie spadá například **norma školy a rodiny**. Nedílnou součástí a zároveň tvůrcem norem v této oblasti jsou média, která tak tvoří v současnosti velmi významnou **mediální normu** (Novák et al., 2010). V rámci normy předkládané nám médiu může však být prezentován určitý vzor, ačkoli se z pohledu jiných norem jedná o extremitu (Fischer & Škoda, 2009). Společensky podmíněně **legislativní normy** stojí již na rozhraní s normou ideálu.
- ◆ **Funkční norma** se vztahuje k její užitečnosti a vztahu k určitému cíli. Normální je to, co pragmaticky umožňuje optimální fungování jedince či skupiny ve společnosti. Do tohoto pojetí zahrnujeme i **normu biomedicínskou** (Rose, 2009) a **psychologickou** (Syřišťová et al., 1972; Foucault, 1999). Skrytou hrozbou tohoto pojetí je často neotřesitelný názor odborníků (lékařů, psychologů) na pojetí zdraví, který se však odvíjí od aktuálního stupně poznání v dané společnosti a může být například v rozporu s normou etickou (Ondok, 1999).
- ◆ **Norma vztažená k ideálnímu stavu** odkazuje především na oblast **normy etické a morální**. Normalita vymezená tímto pojetím odkazuje k ideálním **kategorickým imperativům** a nejvyšším **hodnotám** (Kant, 1976). Tento koncept však dovoluje pouze proximální přiblížení se **ideální normě**. Normou je v tomto případě ideální stav, který se v naší společnosti prakticky nevyskytuje.

Od vztahu k normě je také možné odlišit termíny **sociálně patologický jev** (↑) a **rizikové chování** (↑). Sociální patologie je dřívější označení nežádoucích jevů, které naznačuje analogii s patologií postihující normální stav biologického organismu (Jandourek, 2007). Pracuje tedy s koncepcí srovnávání s určitou předem definovanou normou. Pro oblast primární prevence je tato analogie koncepčně méně vhodná např. proto, že mnoho z jevů, které se stávají sociální normou, představuje značné zdravotní riziko pro jednotlivce. Navíc se v praxi ukázalo, že používání pojmů „patologie, patologický“ atd. vedlo v prevenci spíše k podpoře stigmatizujících postojů a sklonu ideologizovat preventivní strategie (Miovský et al., 2010).

Identifikovat normy dané skupiny (např. školní třída) může být v rámci primární prevence prospěšné i u tzv. procesu **denormalizace**. Tento pojem zna-

mená, že se normy a hodnoty určitého společenství změní tak, aby lidem nepřipadalo rizikové chování jako žádoucí, ale ani jako neutrální sociální norma. Cílem denormalizace je především zvýšit v daném společenství obecné povědomí o rizicích, morálku a účast na řešení problému (Bém & Kalina, 2003). Z tohoto předpokladu vychází i všechny **normativní přístupy** v primární prevenci, které akcentují především žádoucí změnu představ o rozšířenosti rizikových typů chování (Gabrhelík, 2010; Fearnow-Kenney et al., 2004). Práce s inadekvátním **normativním přesvědčením** (tzn. vlastní názor dítěte na to, co je v rámci jejich vrstevnické skupiny „normální“, tudíž běžné a žádoucí) se promítá takřka do všech programů primární prevence, u nichž byla prokázána efektivita. Vycházíme zde z předpokladu, že mezi dětmi panuje značné množství mylných přesvědčení a kognitivních omylů o rozšířenosti, četnosti, či domnělé neškodnosti určitých vzorců rizikového chování. Žáci základních škol například velmi často považují rozšířenost užívání návykových látek za vyšší, než je tomu ve skutečnosti. Cílem by pak měl být stav, kdy dítě danou situaci nepodceňuje ani nepřeceňuje a umí si stanovit jasné a adekvátní normy ve vztahu k rizikovým formám jednání (Gabrhelík, 2010). Preventivní program, na kterém je možné demonstrovat efektivitu práce s normativním přesvědčením, je preventivní intervence Unplugged (Adámková et al., 2009).

Normalitu je nutné chápat jako značně pohyblivou a dynamickou kategorii. Je sociokulturně podmíněná a v průběhu času dochází k posunu jejích hranic. V rámci primární prevence rizikového chování je si tedy nutné být vědom její relativity a rizika rigidního setrvávání na jednom z výše uvedených konceptů. Je nutné vzít v potaz, že se jedná především o interval okolo střední hodnoty. Nelze však opomenout ani pozitivní vliv výskytu nestereotypních, kreativních a jedinečně individuálních vlastností jednotlivce.

Použitá literatura:

- Adámková, T., Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovska, L. & Miovský, M. (2009). Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. Adiktologie, 9(2), 87-94.
- Bém, P. & Kalina, K. (2003). Úvod do primární prevence – východiska, základní pojmy a přístupy. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kap. 10/1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Fearnow-Kenney, M. D., Wyrick, D. L., Hansen, W. B., Bibeau, D. L. & Dyreng, D. (2004). Normative beliefs, alcohol expectancies and alcohol-related problems among college students: Implications for theory and prevention practice. Journal of Alcohol and Drug Education 47 (1), 31-44.
- Fischer, S. & Škoda, S. (2009). Sociální patologie. Praha: Grada Publishing.
- Foucault, M. (1999). Psychologie a duševní nemoc. Praha: Dauphin.

- Gabrhelík, R. (2010). Teoretické modely v primární prevenci a základní typy preventivních programů. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 43–52). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Jandourek, J. (2007). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Kant, I. (1976). *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Novák, P., Miovský, M. & Štastná, L. (2009). Mediální obraz konopných drog v souvislosti s kriminální činností. *Adiktologie*, 9 (4), 196–203.
- Ondok, J. P. (1999). *Bioetika*. Svitavy: Trinitas.
- Rose, N. (2009). Normality and pathology in a biomedical age. *Sociological review*, 57 (Suppl.), 66–83.
- Syříštová, E. (Ed.). (1972). *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum.
- Urban, L. & Dubský, J. (2008). *Sociální deviace*. Plzeň: Aleš Čeněk.

Doporučená literatura:

- Bartlett, S. J. (2011). *Normality does not equal mental health: the need to look elsewhere for standards of good psychological health*. New York: Praeger.
- Fearnow-Kenney, M. D., Wyrick, D. L., Hansen, W. B., Bibeau, D. L. & Dyreng, D. (2004). Normative beliefs, alcohol expectancies and alcohol-related problems among college students: Implications for theory and prevention practice. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 47 (1), 31–44.
- Gabrhelík, R. (2010). Teoretické modely v primární prevenci a základní typy preventivních programů. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 43–52). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Rose, N. (2009). Normality and pathology in a biomedical age. *Sociological review*, 57 (Suppl.), 66–83.
- Thibaut, J. W. (1943). The concept of normality in clinical psychology. *Psychological Review* 50 (3), 338–344.

15 Pracovník v primární prevenci

(Primary prevention professional)

Miroslav Charvát, Lucie Jurystová, Michal Miovský

Pracovník v primární prevenci (primárně preventivní pracovník) je profesionál či dobrovolník věnující se systematicky oblasti primární prevence rizikového chování. Jeho působení se dá v základu rozdělit na přímou práci s cílovými skupinami a koordinační či podpůrné systémové činnosti. Většinou nejde o primární profesi, ale spíše o specializaci v rámci mnoha původních profesí (nejčastěji jde o pedagogy, speciální pedagogy, psychology, sociální pracovníky, adiktology atp.). Primárně preventivní pracovník může působit přímo v rámci své instituce jako interní zaměstnanec s konkrétní pracovní náplní nebo externě na pozvání v rámci dojednaného kontraktu. Primárně preventivní aktivity v dnešní době představují vysoce organizovanou a náročnou činnost, založenou na široké bázi ověřených metodik z praxe a poznatků z výzkumu, vyžadující specifické vzdělávání. Úloha pracovníka v primární prevenci má nezanedbatelný etický rozměr. Velmi významnou roli v preventivním působení hraje vzájemná spolupráce, informovanost a koordinace v rámci instituce i komunity.

Pracovníkem v primární prevenci rizikového chování (primárně preventivním pracovníkem) se dle nejširšího chápání může cítit každý člověk, který vědomě a systematicky působí v oblasti primární prevence rizikového chování. V České republice ani v evropském kontextu nejde (zatím) o primární profesní kvalifikaci. Jedná se i historicky spíše o specializaci v rámci původních profesí nebo o konkrétní náplň práce v dané roli či pracovní pozici. Aktivity vykonávané pracovníky v primární prevenci se na nejvyšší úrovni obecnosti dají rozdělit na ty, které jsou spojené a) s přímou prací s cílovými skupinami (např. vedení **preventivních programů** ve třídách) a b) s koordinační a organizační stránkou (např. tvorba **minimálního preventivního programu** (↑)). V primární prevenci se tak angažuje celá řada pracovníků s rozličným profesním backgroundem.

U přímé práce s cílovými skupinami se v rámci školské větve prevence nejčastěji jedná o pedagogy, speciální pedagogy, vychovatele (zejména v rámci ústavních zařízení), psychology a poradenské pracovníky. Školy a školská za-

řízení buď prevenci provádějí svépomocí, nebo si najímají externí organizace a experty, někdy též označované jako **intermediátoři** (↑) (Gallà et al., 2005), kteří doplňují preventivní působení v užších kontextech a specifictějších činnostech. Jedná se nejčastěji o zaměstnance neziskových organizací. Profesionálně může jít o sociální pracovníky, lékaře, zdravotníky a záchranáře, policisty, adiktology, duchovní atp. Zatím ústřední pracovní pozicí v systému primární prevence na školách s koordinační rolí je metodik prevence (dále i ŠMP), který je v českém systému vykonává dle vyhlášek MŠMT o činnosti metodické, koordinační, informační a poradenské (Slavíková & Zapletalová, 2010). Koordinační činnosti na vyšší úrovni vykonávají zejména oblastní a krajské metodici prevence v rámci pedagogicko-psychologických poraden a krajské protidrogové koordinátory při krajských úřadech.

Mezi další specifické a vysoce organizované činnosti pracovníka v primární prevenci můžeme zařadit i vzdělávání a supervizi (viz), koncepční práce (jako je například tvorba nových metodik či převod zahraničních metodik), výzkum a evaluaci, a neměli bychom zapomínat ani na u nás zatím zanedbávané aktivity, jako je fundraising, propagace, popularizace a politický lobbing či politické rozhodování (EMCDDA, 2011). Tyto specifické nadstavbové činnosti by měli vykonávat pracovníci s jistou expertní úrovní. V posledních letech se setkáváme i s rolí tzv. koučů, kteří pomáhají personálu škol v zavádění **dobré praxe** v primární prevenci či **zdravého školního klimatu** (Gallà et al., 2005).

S rozvojem moderních poznatků o **rizikových a protektivních faktorech** (↑) působících při vzniku, vývoji i prevenci rizikového chování a rozšiřování celkové znalostní báze spojené s cílovými skupinami i ovlivňovanými jevy dochází k potřebě specializace a nabývání specifických poznatků. K tomuto účelu slouží systém **vzdělávání v primární prevenci**, a to i na bázi celoživotního vzdělávání (zácvik v nové metodice či zacházení s novými fenomény, jako je např. kyberšikana). Nutné je též věnovat pozornost obtížnosti jednotlivých preventivních činností. Snazší je obvykle realizace programů všeobecné primární prevence, obtížnější a na znalostní a dovednostní výbavu pracovníka náročnější bývají programy **selektivní a indikované primární prevence** (↑).

Pokud se mají primárně preventivní pracovníci profesionalizovat, je třeba navrhnout a udržovat jistý definovaný standard. Pro oblast školství je aplikovatelný například čtyřúrovňový systém vzdělávání navržený Charvátém, Mišovským a Jurystovou (2012). Pro externí poskytovatele, zejména ze sektoru NNO, jsou personální požadavky též součástí tzv. **Standardů odborné způsobilosti** (↑) poskytovatelů programů primární prevence. Po odborné stránce by měl každý profesionál působící v primární prevenci vykazovat **specifické znalosti, dovednosti a způsobilosti**. Na základní úrovni preventivní pracovník například: Zná hlavní formy a projevy rizikového chování u dětí a mládeže (znalost). Všimá si dění ve skupině i nápadností v chování jednotlivců (dovednost). Dokáže ve skupině, se kterou pracuje, rozeznat ohroženého jedince

a předat ho do návazné péče (způsobilost). Vedle toho je možné též definovat tzv. **měkké dovednosti** (soft skills), které sahají od empatie přes komunikativnost či sebekritičnost až po schopnost prosadit se, vést tým anebo schopnost nadchnout ostatní pro společný cíl. Nezanedbatelnou úlohu pak jistě mohou sehrávat i takové kvality, jako je mravní bezúhonnost či vyznávání zdravého životního stylu, neboť zejména pracovníci pracující přímo s cílovými skupinami mají mnohdy roli pozitivních vzorů, tj. modelů nerizikového chování (Charvát, Mioviský & Jurystová, 2012). Svou roli tedy hraje i **etický kodex** či etický standard, tak jak jej definují například Evropské standardy kvality drogové prevence (EMCDDA, 2011).

V duchu zkušenosti, že celek je více než jen součet jeho částí, bychom rádi zdůraznili ještě významnou roli vzájemné spolupráce, informovanosti a koordinace preventivních činností, která se odvíjí zejména od konkrétních jednotlivých lidí na jmenovaných pozicích. Na úrovni školy jde v českém kontextu například o **školní poradenská pracoviště** (↑) složená nejčastěji ze školního metodika prevence, výchovného (kariérového) poradce a případně i školního psychologa či speciálního pedagoga (Zapletalová, 2010). Na regionální úrovni jde zejména o vytváření **komunitního přístupu v primární prevenci**, tj. spolupráci při zjišťování specifických potřeb, plánování, realizaci a vyhodnocování programů primární prevence pomocí sítě klíčových osob a institucí (Václavková & Černý, 2010; Hawkins, Catalano & Arthur, 2002). V systému navíc na rovině všeobecné **nespecifické primární prevence** působí řada dalších **prevenčních činitelů** na neprofesionální a/nebo dobrovolné úrovni. Nebudeme se zde věnovat působení rodičů či vrstevníků (viz jiná hesla), máme na mysli spíše rozličné aktivity nespecifické prevence, volnočasové a zájmové aktivity a jejich vedoucí, ale též i **svěpomocné skupiny**.

Použitá literatura:

- EMCDDA (2011). EMCDDA Manuals No 7. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: The Publications Office of the European Union.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hawkins, J., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951.
- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M. (2012). Čtyřúrovňový model vzdělávání v primární prevenci. [nepublikovaný koncepční materiál projektu ESF OP VK „VYNSPI“ reg. č. CZ.1.07/1.3.00/08.0205]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK.
- Slavíková, I. & Zapletalová, J. (2010). Školní metodik prevence. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (s. 82–88). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Václavková, B. & Černý, M. (2010). Komunitní spolupráce a základní pojetí primární prevence v komunitě. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (s. 57–59). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Zapletalová, J. (2010). Školní poradenské pracoviště. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (s. 78–82). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.

Doporučená literatura:

- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.

16 Prevence

(Prevention)

Tomáš Čech

Pojmem **prevence** označujeme všechna opatření směřující k **předcházení a minimalizování jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledků**. Jedná se zejména o předcházení a minimalizaci různých souvisejících poruch a onemocnění, poškození, úrazů atd. a dále pak samotných projevů rozmanitých typů rizikového chování, které ohrožuje společnost a jedince v ní (srov. Čech, 2005, s. 140; Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 218; Hartl, Hartlová, 2009, s. 450). Prevence může mít charakter předcházení vzniku, rozvíjení a recidivy společensky nežádoucího jevu a tomu odpovídají tři stupně – **prevence primární, sekundární a terciární**. Prevencí může být jakýkoli typ výchovné, vzdělávací, zdravotní, sociální či jiné intervence směřující k předcházení výskytu rizikového chování, zamezující jeho další progresi, zmírňující již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhající řešit jeho důsledky.

Obecně se pod pojmem prevence můžeme setkat s tzv. širším a užším pojetím. V užším pojetí chápeme pod pojmem prevence především samotnou prevenci primární, která je nasměrována k bazální **ochraně jednotlivce i společnosti**. V tomto smyslu za prevenci rizikového chování považujeme jakýkoli typ výchovné, vzdělávací, zdravotní, sociální či jiné intervence směřující k předcházení výskytu rizikového chování, zamezující jeho další progresi, zmírňující již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhající řešit jeho důsledky. V okamžiku, kdy primární prevence selhává, aktivizuje se ve vztahu k více ohrožené, zranitelné, znevýhodněné (vulnerabilní) skupině či jedinci prevence sekundární, popř. terciární. Je proto nasnadě, že primární prevenci by v celospolečenském kontextu měla být věnována největší pozornost, měla by naplňovat podstatu **imunizace**, tzn. **ochrany jedince i ohrožených skupin** před negativními vlivy a dopady rizikového chování. Ochrana se v tomto případě netýká izolace jedince a zabránění jeho kontaktu s nežádoucím podnětem, ale **výchovně-preventivní a intervenční práce**, která se bude podílet u jedince (především dětí a mladistvých) na **formování správných postojů** a potřebných

znalostí a kompetencí, díky nimž bude schopen žít ve společnosti, kde se rizikové chování a jevy vyskytují, bude schopen je rozpoznat a nenechá se jimi ohrožit. Klíčovou roli tak v primární prevenci sehrávají základní edukační činitelé, především **rodina a škola**, ale také např. volnočasová zařízení nebo **lokální prostředí** (včetně např. **pravidel bezpečného prostředí**) s důležitou rolí z hlediska **sociálního učení** prostřednictvím **sociální kontroly** atd.

Primárně preventivní aktivity na úrovni **všeobecné prevence** (↑) směřujeme k co nejširší populaci, aby podchytily, imunizovaly a pozitivně zformovaly co největší skupinu jedinců v rámci společnosti. Na úrovni práce s ohroženými a jinak znevýhodněnými skupinami vyvíjíme preventivní strategie na úrovni **selektivní prevence** (↑). Pokud pak jde přímo o ohrožené jedince a jedince, u kterých se již objevuje rizikové chování, pak využíváme intervence na úrovni **indikované prevence** (↑). Tento způsob práce se jeví být důležitý jak z hlediska **kvality života** samotného jedince, tak z hlediska fungování celé společnosti. Důraz je přirozeně kladen na děti a dospívající, u kterých dochází k rozvoji a prohlubování **znalostí, utváření a formování hodnotového žebříčku** a postojů, k **osvojování norem společnosti** a k přípravě na různé **sociální role**. Díky širokému spektru opatření a charakteru primární prevence ji pak dále dělíme na **nespecifickou** a **specifickou** – ve vymezení pak je patrna role zmíněných výchovně vzdělávacích činitelů. V případě nespecifické prevence jsou podporovány **žádoucí formy chování** (↑) obecně (bez důrazu na konkrétní riziko) – jedná se o výchovné přístupy přirozeně formující osobnost dospívajícího jedince, jeho zájmy, postoje, hodnotovou orientaci, mravní povědomí atp. Aktivity také směřují k podpoře **efektivního využívání volného času, upevňování zdraví a zdravého životního stylu** (včetně **zdravých sociálních vztahů**). Nezanedbatelnou součástí tohoto přístupu je rozvoj a budování tzv. **bezpečného prostředí** (↑), tedy prostředí, které napomáhá budovat orientaci na zdraví a naopak snižuje riziko nebezpečných situací a jevů (např. adekvátně zpracovaný školní řád, pravidla bezpečné školy atd.). Nejpřirozenějším prostředím pro realizaci nespecifické prevence je **prostředí rodiny** (kvalita nespecifické prevence, především v předškolním věku, přímo úměrně souvisí s kvalitou **rodinné výchovy**) a **školy**, kde by na ni měla kontinuálně navazovat **prevence specifická**. Ta se zaměřuje na předcházení vzniku konkrétního rizika, např. **drogové závislosti, šikany, rasismu** atp. Měla by mít charakter komplexního, holistického přístupu k **rizikovému chování**. Rizikovým chováním rozumíme takové vzorce chování, v jejichž důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu výchovných, zdravotních, sociálních a dalších rizik pro jedince nebo společnost. **Vzorce rizikového chování** přitom považujeme za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a/nebo léčebnými intervencemi. Nejčastěji do konceptu rizikového chování řadíme: šikanu a násilí ve školách včetně dalších forem extrémně agresivního jednání, dále záškoláctví, užívání návyko-

vých látek, nelátkové závislosti (gambling, problémy spojené s nezvládnutým využíváním PC atd.), užívání anabolik a steroidů, obecně prekriminální a kriminální jednání, sexuálně-rizikové chování, vandalismus, xenofobii, rasismus, intoleranci a antisemitismus, komerční zneužívání dětí, týrání a zneužívání dětí atd. (srov. Čech, 2011, s. 4; Průcha et al., 2009, s. 218, 247–248 a Miovský et al., 2010, s. 61–77).

Různé dokumenty Ministerstva školství (např. MŠMT, 2005, 2007, 2009 a další) rozlišují velké množství typů rizikového chování. Proto byla provedena klasifikace pomáhající snadněji kategorizovat různé typy rizikového chování především pro didaktické účely a následně též **Standardy kvality programů prevence** (↑), do kterých byla tato klasifikace promítnuta. Tyto dokumenty člení rizikové chování do celkem 9 skupin (podrobněji Miovský et al., 2010, s. 61–78). V nejužším pojetí řadíme do základních typů rizikového chování:

- a) záškoláctví,
- b) šikanu a extrémní projevy agrese,
- c) extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě,
- d) rasismus a xenofobii,
- e) negativní působení sekt,
- f) sexuální rizikové chování,
- g) závislostní chování (adiktologie).

V širším pojetí pak k těmto sedmi oblastem zařazujeme další dva okruhy, které se z hlediska výskytu v populaci začínají stávat velkými ohnisky pro preventivní práci, ale jež nelze jednoznačně zahrnout do konceptu rizikového chování:

- h) okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte,
- i) spektrum poruch příjmu potravy.

Ve školství i zdravotnictví byl také v českém prostředí konečně publikován koncept syndromu rizikového chování. Ten částečně zjednodušuje pohled na uvedených 9 oblastí, nicméně neřeší problém jejich nehomogenity a současně neřeší klíčový problém. Tím jsou různé/stejně příčiny a různé/stejně následky rizikového chování, které zákonitě vyžadují mezioborový přístup přesahující zásadním způsobem pouze zdravotnické hledisko. Kulturní, společenská a sociální podmíněnost některých behaviorálních projevů je prokázána a v mnoha případech zřejmá.

Na nespécifickou prevenci pak úzce navazuje specifická primární prevence rizikového chování, jež by měla být doménou především základní školy, kterou lze považovat ihned po rodině za klíčového edukačního činitele v životě dítěte, podílejícího se zásadním způsobem na **formování jeho osobnosti** a úspěšné **socializaci**. Hlavním nástrojem **školní prevence** je tzv. **minimální preventivní program** (↑), který má při správném koncipování plnit roli komplexního systémového prvku v realizaci preventivních aktivit v základních a speciálních

školách, ve školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Jeho realizace je pro každou školu a zařízení závazná a podléhá kontrole České školní inspekce (Metodický pokyn..., 2007). Za utváření a naplňování minimálního preventivního programu zodpovídá **školní metodik prevence** (↑), který koordinuje preventivně-výchovné aktivity, metodicky vede pedagogy v rámci školy v podpoře jejich výchovné práce a v případě potřeby naplňuje také funkci poradenskou a informační (srov. Vyhláška MŠMT č. 72/ 2005; Čech, 2011, s. 5–6).

Efektivita všeobecné primární prevence (↑) v rodinách i ve škole někdy nezřídka selhává a dospívající není dostatečně imunní a kompetentní adekvátně zvládat rozmanitá rizika a rizikové situace. Postupně s nimi může získat prvotní negativní zkušenosti. V případě rozvoje rizikového chování je nutné k němu směřovat pozornost z hlediska primární **prevence selektivní** (↑). Ta je zaměřena na **ohrožené skupiny**, např. ze socioekonomicky znevýhodněného prostředí, specifické komunity, popř. etnika, které však ještě nemají recidivující, popř. závislostní charakter. Úlohou selektivní prevence je zabránit rozvoji rizikového chování a zamezit případně jeho další progresi. V případě, že dojde již reálně k rozvoji rizikového chování u ohroženého jedince, pak hovoříme o **indikované prevenci** (↑). V jejím rámci se zaměřujeme na práci s ohroženými jednotlivci vykazujícími znaky rizikového chování (kouření, pití alkoholu, šikany atd.). V rámci školy nabízí oporu z hlediska selektivní i indikované prevence jak **školní metodik prevence** (↑), tak **výchovný poradce** (↑), popř. **školní psycholog** (↑), pokud jej škola zaměstnává. Mimo školu je prvotním poradenským zařízením **pedagogicko-psychologická poradna**, při vážnějších problémech pak **středisko výchovné péče**.

Selhávají-li (tzn. jsou-li nedostatečné) však i strategie na úrovni selektivní a indikované prevence, nastupuje **prevence sekundární** a **terciární**, určená jedincům, kteří vykazují vážné formy rizikového chování, jež není možné již zvládat běžnými preventivními opatřeními (drogové závislosti, sexuální agrese, kriminální jednání apod.). Sekundární a terciární prevence mají zabránit další recidivě a eliminovat co nejvíce rizik souvisejících s daným typem (či kombinací typů) rizikového chování a životním stylem jedince. V souvislosti s terciární prevencí hovoříme rovněž o **reedukaci**, tzn. cíleném posilování pozitivních vlastností osobnosti, které se nedostatečně rozvinuly, a **resocializaci**, tedy pomoci nasměrovat závislého či problémového jedince (po výkonu trestu, léčení apod.) k novým životním hodnotám (rodina, práce, aktivně-pozitivní využití volného času apod.) a životu bez patologie a závislosti. Dělení prevence na primární, sekundární a terciární lze považovat za příznačné pro české podmínky (a častěji se s ním setkáváme v pojetí zdravotní prevence), v zahraniční literatuře se však můžeme setkat s dalšími možnými členěními prevence.

A. Röhm (2002, s. 265) uvádí, že „v závislosti na čase intervence procesu vzniku nějaké poruchy, nápadnosti nebo poškození hovoříme o:

- **ochranné, preventivní intervenci** (adekvátní pojmu primární prevence);
- **podporující, supportivní nebo léčebné intervenci** (viz sekundární prevence) a
- **kompenzační nebo rehabilitační intervenci**, která vyrovnává, zamezuje a potlačuje další negativní vlivy (prevence terciární)“.

Autorka dále uvádí, že s ohledem na možné spektrum faktorů způsobujících závislosti lze prevenci diferenciovat také na strategie prevencí, které se zaměřují na změnu určité situace (tzv. **prevence vztahů**) a strategie, které se zaměřují na určitou změnu u osoby (**prevence chování**) (Röhm, 2002, s. 265). Jiné členění, definované především k problematice drogových závislostí, přínášejí ze severoamerické odborné literatury autoři Nešpor, Csémy, Pernicová (1999, s. 7) a odkazují na následující členění:

- **Prevence (všeobecná, selektivní, indikovaná).**
- **Léčba** je určena jedincům, kteří návykové látky škodlivě užívají nebo jsou na nich závislí.
- **Udržování stavu a prevence recidiv.**

Použitá literatura:

Čech, T. (2005). Primární drogová prevence a protidrogová výchova ve školách. In: Střelec, S. (Ed.). Studie z teorie a metodiky výchovy II (pp. 140–152). Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3687-7.

Čech, T. (2011). Škola a její preventivně-výchovná strategie jako předpoklad rozvoje kompetencí dětí. *Prevence*, 8(7), 4–7. ISSN 1214-8717.

Hartl, P. & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.

Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (Č.j.: 20 006 /2007 – 51 ze dne 16. 10. 2007).

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.

MŠMT (2005). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT.

MŠMT (2009). *Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012*.

Nešpor, K., Csémy, L. & Pernicová, H. (1999). *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag.

- Průcha, J., Walterová, E. & Mareš, J. (2009). Pedagogický slovník. 6. aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.
- Röhm, A. (2002). Präventionsebenen und Handlungsstrategien. In: Arnold, H. & Schille, H. J. (Eds.). Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention (pp. 265–281). Weinheim, München: Juventa. ISBN 3-7799-0783-6.
- Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. 2005. Dostupné na: <<http://www.msmt.cz>>.

Doporučená literatura:

- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. In: Sloboda, Z. & Bukowski, W. J. (Eds.), Handbook of drug abuse prevention: Theory, science and practice (pp. 45–69). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Mioviský, M. a kol. (2010). Systém školské primární prevence rizikového chování. In: Mioviský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), Primární prevence rizikového chování ve školství (s. 61–78). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P. M., Diana, G., Streke, A. V. & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 metaanalysis. *Journal of Primary Prevention* 20(4), 275–336.

17 Preventivní dopad represe

(Preventive effect of repression [punishment])

Michaela Štefunková

Preventivní dopad represe je jedním z účelů ukládání sankcí za porušení společenských norem. Ukládaná sankce (trest) má působit jednak **individuálně preventivně** přímo na samotného pachatele, kterého má odradit od dalšího porušování společenských norem, jednak **generálně preventivně** na ostatní bezúhonné členy společnosti, které má **hrozba trestu** odradit od společensky nežádoucího chování. Aby ukládaná sankce plnila tento účel, musí být zejména obecně jasné, jaké konání je považováno za nežádoucí a jaký trest za porušení normy hrozí. Dalším klíčovým faktorem je neodvratnost postihu nežádoucího chování a vnímaná spravedlnost uložené sankce. Obecná prevence je závislá na prevenci individuální (speciální) – pokud se sankce jeví jako nepřiměřená (nevhodná) pro pachatele, nebude působit výchovně ani na ostatní členy společnosti.

Mezi normativními systémy zaujímá vedle morálky zvláštní místo **právo**. Právní normy jsou formálně publikovány a jejich dodržování je možno vynutit státní mocí. Tyto normy působí motivačně na lidské chování v podstatě ve dvou směrech. Jednak podávají informaci o tom, jak se lidé mají chovat, na straně druhé hrozí sankcí v případě, že se budou chovat protiprávně. Psychologicky tedy působí nejen **sankce**, ale celá právní norma. Podstatným faktorem ovlivňujícím fungování právní normy je možnost volby adresáta, jestli se bude chovat podle ní, anebo ji poruší. Tato možnost se projevuje jednak v rovině objektivní jako alternativa chování a jednak subjektivní, tedy jako intelektuální a volní způsobilost k rozhodování (Knapp, 1995). Hrozba právní sankcí posiluje u člověka vnímání morálních povinností prostřednictvím možnosti donucení, které v případě morálky nelze uplatnit (Večeřa et al., 2006). Regulaci společenských vztahů musí vždy předcházet detailní analýza konkrétního sociálního fenoménu, který má být upraven. Vždy je potřeba se zabývat etiologií chování, jakož i reflektovat obecné zájmy společnosti a aktuální morální hodnoty, které se v průběhu času mohou měnit. Právní norma tedy působí k dosažení žádoucího stavu preventivně tím, že ji lidé zachovávají buď dobrovolně,

nebo prostřednictvím státního donucení. Nejintenzivnější formou reakce státu a společnosti na společensky nežádoucí konání je využití prostředků trestní represe. **Preventivní úloha trestu** (nebo preventivní dopad represivního opatření) se projevuje zejména ve dvou směrech, a to jako:

- ◆ **Prevence individuální** (speciální), to znamená, že újma způsobená trestem má pachatele odradit od dalšího nežádoucího konání. **C. Beccaria** (1893) poznamenává, že „aby trest vyvolával účinek, který se od něj očekává, postačí, když újma, kterou způsobuje, převyší prospěch, jež viník ze zločinu čerpal“.
- ◆ **Prevence generální**, tedy, že hrozba trestu má odradit ostatní členy společnosti (potencionální pachatele) od nežádoucího jednání. **M. Foucault** (1975) v této souvislosti poznamenává, že „trest musí působit svými nejintenzivnějšími účinky na ty, kteří žádný špatný skutek nespáchali; v krajním případě lze říci: kdyby bylo jisté, že viník nezačne znovu páchat zločiny, stačilo by nechat ostatní věřit, že byl potrestán“.

Hlavním účelem je tedy nastolení stavu, kdy „zločin“ se nevyplácí. Samotná hrozba trestem má však relativně omezený efekt. Aby uložená sankce plnila svůj preventivní účel, musí být zřejmé:

- Jaké konání je společensky nežádoucí.
- Jaké důsledky jsou spjaty s porušením norem.
- Neodvratnost trestu za porušení norem.
- Spravedlnost (přiměřenost) uloženého trestu.

Odstrašující efekt trestu bývá někdy přeceňován, i když se zpříšňováním sankcí porušování práva úměrně neubývá (Hill, 2010; Kury, 2008). Mnohem důležitější je v tomto směru vědomí neodvratnosti následku za porušení norem ve formě sankce. **Exemplární tresty**, které nejsou společností vnímané jako spravedlivé, vyvolávají spíše negativní efekt, než aby působily preventivně. Idea práva totiž často u lidí splývá s idejí **spravedlnosti**. Rozpor mezi „spravedlivým“ a platným právem oslabuje důvěru veřejnosti k regulujícímu subjektu a tato situace může vést k vytváření antiprávních systémů, které vynalézají, jak se sankci vyhnout (Knapp, 1995). Pokud tedy represivní opatření není spojeno se společenským (morálním) odsudkem protiprávního jednání, vůči němuž směřuje, má tato okolnost vždy velmi negativní vliv na účinnost postihu (Karabec, 2004). Důkazem, že jednání, které je společensky atraktivní a akceptované, není možné eliminovat jen prostřednictvím zákazu pod hrozbou sankce, je například neúspěšný pokus o úplnou prohibici alkoholu v USA ve 20. letech minulého století.

Použitá literatura:

- Beccaria, C. (1893). O zločinech a trestech. Praha: Bursík a Kohout.
- Foucault, M. (2000). Dohlížet a trestat. Praha: Dauphin.
- Hill, G. (2010). Use of evidence based practices. Přednáška v rámci konference „Trestní politika, kriminalita a kriminologie: zkušenosti a nové výzvy“. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 16.–17. 9. 2010.
- Kaiser, G. (1994). Kriminologie. Praha: C. H. Beck.
- Karabec, Z. (2004). Kriminologické aspekty trestní represe. In: Novotný, O., Zapletal, J. et al. (2004). Kriminologie (s. 203–222). Praha: ASPI.
- Knapp, V. (1995). Teorie práva. Praha. C. H. Beck.
- Kratochvíl, V. et al. (2009). Kurs trestního práva. Trestní právo hmotné. Obecná část. Praha: C. H. Beck.
- Kury, H. (2008). Fear of crime: punitivity: new developments in theory and research. Brockmeyer Verlag.
- McConville, S. (Ed.). (2003). The use of punishment. Willan Publishing.
- Musil, J. (2010). Úvaha o přepínání trestní represe. Přednáška v rámci konference „Trestní politika, kriminalita a kriminologie: zkušenosti a nové výzvy“. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 16.–17. 9. 2010.
- Novotný, O., Vanduchová, M. et al. (2007). Trestní právo hmotné – I. Obecná část. Praha: ASPI.
- Roberts, J. & Hough, M. (Eds.). (2002). Changing attitudes to punishment: Public opinion, crime and justice. Willan Publishing.
- Večeřa, M. et al. (2006). Základy teorie práva. Brno: MU.
- Kaiser, G. (1994). Kriminologie. Praha: C. H. Beck.
- Musil, J. (2010). Úvaha o přepínání trestní represe. Přednáška v rámci konference „Trestní politika, kriminalita a kriminologie: zkušenosti a nové výzvy“. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 16. – 17. 9. 2010
- Roberts, J. & Hough, M. (Eds.). (2002). Changing Attitudes to Punishment: Public opinion, crime and justice. Willan Publishing.
- Večeřa, M. et al. (2006). Základy teorie práva. Brno: MU.

Doporučená literatura:

- Foucault, M. (2000). Dohlížet a trestat. Praha: Dauphin.
- Kaiser, G. (1994). Kriminologie. Praha: C. H. Beck.
- Musil, J. (2010). Úvaha o přepínání trestní represe. Přednáška v rámci konference „Trestní politika, kriminalita a kriminologie: zkušenosti a nové výzvy“. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 16.–17. 9. 2010.
- Roberts, J. & Hough, M. (Eds.). (2002). Changing attitudes to punishment: Public opinion, crime and justice. Willan Publishing.
- Večeřa, M. et al. (2006). Základy teorie práva. Brno: MU.

18 Prostředí realizace preventivních programů a intervencí

(Setting for preventive programmes and interventions)

Lenka Macková

Na průběh preventivního programu působí mnoho faktorů, jedním z nich je i **prostředí**, ve kterém je preventivní program realizován. Jasná prostorová a časová ohraničenost realizace programů souvisí také s tím, že je možné v komplexním systému preventivního působení rozlišovat mezi jednotlivými programy, sledovat jejich kvalitu a efektivitu (MŠMT, 2005). Vzhledem k **efektivitě programů** je žádoucí, aby preventivní programy odrážely specifika dané cílové skupiny nejen co do obsahu, ale také pokud jde o prostředí realizace (Miovský et al., 2010).

Prostředí realizace preventivního programu chápeme jako samotný prostor, místo, kde program probíhá. V širším smyslu lze také jako prostředí realizace programu chápat atmosféru nebo naladění, které ve skupině program a jeho průběh vytváří. Tedy jak vzájemné interakce mezi účastníky a lektory programu ovlivňují psychosociální klima v této skupině (např. školní třídě). Žádoucí je, aby psychosociální klima skupiny v rámci preventivního programu bylo pozitivní. Pozitivní klima působí facilitačně – napomáhá a do jisté míry usnadňuje realizaci programu, zvyšuje motivovanost účastníků aktivně se v rámci programu angažovat a získávat z něho. Dovednost rozvíjet pozitivní psychosociální klima mezi účastníky programu patří mezi základní kompetence lektora programu (Helus, 2007).

Preventivní program může být realizován ve školním nebo mimoškolním prostředí. Ve **školním prostředí** je možné využít prostory školní třídy, školního poradenského pracoviště, školního klubu nebo jiné společenské místnosti. Specifický prostor pro realizaci preventivního programu ve školním prostředí dává jeho průběhu pevný rámeček a preventivním aktivitám v dané škole jasné zakotvení. Na program a jeho lektory to zároveň klade požadavky, aby se dokázali přizpůsobit chodu školy (např. zohlednit počet žáků ve třídě, velikost místnosti, délku vyučovací hodiny) (Miovský et al., 2010).

Mnoho preventivních programů bývá realizováno v **mimoškolním prostředí**. Zpravidla jsou to prostory státních nebo nestátních neziskových organizací, které se ve své činnosti věnují práci s rizikovou mládeží, s uživateli návykových látek apod. Výhodou realizace preventivního programu v prostorách takové organizace je to, že účastníci toto zařízení navštíví, seznámí se s jeho chodem a s některými zaměstnanci. Tento „první kontakt“ usnadní případný další kontakt se zařízením, pokud by to potřeboval účastník programu sám nebo někdo z jeho okolí. Z hlediska realizátorů programu je výhodou mimoškolního prostředí stabilní organizační, technické a odborné zázemí pro lektory programu, které např. umožňuje využití náročnějších pomůcek (Kolektiv autorů, 2006). K mimoškolním programům patří také nejrozličnější jednorázové mediálně podpořené kampaně či komponované pořady pro větší počet žáků, které bývají realizovány v prostředí veřejných prostor (např. kino). Je známo, že efektivita takových programů je nízká (Kalina et al., 2003).

O prostředí realizace preventivního programu lze také uvažovat z hlediska vhodnosti k jednotlivému **typu preventivního programu** (↑). **Programy všeobecné primární prevence** typu beseda, edukativní program, interaktivní seminář, vzdělávání peer aktivistů a jiné vzdělávací programy je doporučeno realizovat ve školním prostředí. Za vhodný prostor je považována např. klubovna nebo jiná společenská místnost, školní třída spíše výjimečně. Ve školní třídě je doporučováno realizovat program typu přednáška. V mimoškolním prostředí je doporučeno realizovat programy primární prevence, které jsou dlouhodobé a komplexní nebo jsou poskytované mimo rámec školní docházky (Kolektiv autorů, 2006). **Programy selektivní a indikované primární prevence** (↑) je doporučeno realizovat v mimoškolním prostředí. Jedná se o **programy včasné intervence**, tedy o cílenou práci se zasaženým kolektivem nebo jednotlivci a s rizikovými skupinami (McGrath et al., 2007).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že s větší odbornou náročností programu (ve smyslu vertikály od všeobecné, přes selektivní, k indikované prevenci), zásadně také stoupají nároky na prostředí, ve kterém je program realizován. Podrobněji to můžeme ilustrovat na konkrétních příkladech z praxe:

- ◆ Školní metodik prevence (↑) objednává v preventivním centru program pro žáky 2. stupně ZŠ, program by měl být zaměřený na základní informace o jednotlivých drogách, rozvoji závislosti a o tom, jak užívání drog ovlivňuje život nejen uživatele. Jde o **program všeobecné primární prevence** (↑), který může být realizován v prostorách školy, nejlépe ve školní klubovně, případně ve školní třídě, programu se účastní spolu s žáky i třídní učitel. Z hlediska prostředí bývají takové programy méně náročné, většinou stačí prostor, kde lze sedět pohodlně v kruhu, lektori mají k dispozici pomůcky potřebné pro vedení programu, je vhodné, aby se programu účastnila jedna školní třída, účast pedagogů je většinou vítaná.

- ◆ Na preventivní centrum se obrátilo vedení SOS vesničky s žádostí o preventivní program pro jejich 15 dětí ve věku 15–18 let, vnímají děti jako potencionálně rizikové ve vztahu k užívání návykových látek, proto by pro ně rádi uspořádali program zaměřený na posílení sebevědomí, zvládnání stresu a odmítání návykových látek. Jde o **program selektivní primární prevence** (↑), který se věnuje rizikové mládeži. Pravděpodobně půjde o program komplexnější, sestávající z několika na sebe navazujících setkání. Cílem bude ovlivnit prožívání a postoje účastníků. Prostředí realizace takového programu by mělo být pro účastníky bezpečné, s pevným a jasně stanoveným rámcem (pravidla setkávání). Je vhodné, aby byl takový program realizován mimo prostředí SOS vesničky a bez přítomnosti vychovatelů.
- ◆ Preventivní centrum nabízí v rámci své činnosti skupinová setkávání pro experimentální a rekreační uživatele návykových látek. Jde o komplexní program, vytvořený podle ověřené metodiky, sestávající z 10 setkání, skupina je určena pro max. 8 účastníků, skupina je uzavřená, tzn. po druhém setkání již nelze do programu vstoupit, program vedou dva lektori, odborně vzdělaní pro tento typ programů. Jde o **program indikované primární prevence** (↑). Mezi hlavní cíle programu patří získat důvěru účastníků a hlouběji ovlivnit jejich prožívání i chování. Program je nutné realizovat v chráněném prostředí, tak, aby se účastníci mohli v rámci skupinové práce bezpečně otevřít. Z hlediska prostředí realizace programu jde o program velice náročný, který je nutné realizovat mimo školní prostředí. Program je také náročný na odbornost vedení ze strany lektorů.

Zajištění kvalitního prostředí pro realizaci preventivního programu je také jedním z kritérií, která jsou sledovaná při procesu **certifikace preventivního programu** (↑). Kromě zajištění organizačního a materiálně-technického zázemí je hodnoceno, zda zařízení má zpracované a uplatňované postupy a kompetence pro zajištění „**minimálního bezpečí**“ včetně řešení havarijních, nouzových a mimořádných událostí (MŠMT, 2005). Zásady minimálního bezpečí vyjadřují základní požadavky ochrany života, zdraví, osobní integrity a majetku daného zařízení. Zásady zajištění minimálního bezpečí je nutné respektovat při realizaci programu ve školním i mimoškolním prostředí. Mezi tyto zásady například patří:

- ◆ Povinnost lektorů programu sledovat a usměrňovat chování účastníků, které může ohrozit bezpečné prostředí, osobní bezpečí a integritu ostatních účastníků (např. ohrožující chování, slovní agrese, psychologický nátlak). Povinnost lektorů zachovávat mlčenlivost o všech údajích týkajících se klientů či účastníků programu. Povinnost lektorů dbát o bezpečnost a zdraví své i účastníků programu.

- ◆ Zákaz manipulace s drogami a užívání drog, zákaz násilného chování a přechovávání zbraní, zákaz ničení a zcizování majetku v zařízení nebo v rámci programu.

Prostředí realizace preventivních programů musí samozřejmě vyhovovat také obecně závazným hygienickým a požárním normám (např. zák. č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, zák. č. 133/1985 o požární ochraně).

Použitá literatura:

- Helus, Z. (2007). Sociální psychologie pro pedagogy. Praha: Grada.
- Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. Praha: ÚV ČR.
- Kolektiv autorů (2006). Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády ČR.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M. (2007). Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací. Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). (2010). Primární prevence rizikového chování. Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.

Doporučená literatura:

- Fontana, D. (2003). Psychologie ve školní praxi. Praha: Portál.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.

19 Přístupy v primární prevenci

(Primary prevention approaches)

Tereza Adámková

Přístupy v primární prevenci při využití klasifikace výchovných stylů Kurta Lewina dělíme na **autoritativní**, **liberální** a **demokratické**. V rámci **autoritativního** přístupu jsou uplatňovány příkazy a zákazy. Vše je diktováno shora a není přípustné o věcech diskutovat. Nositel autority je expert (realizátor prevence, tvůrce programů popř. stát), kdežto subjekty prevence jsou v roli pasivních posluchačů. V **liberálním** přístupu je role vedoucího nebo experta potlačena, aktivity jsou řízeny zdola. V rámci školní třídy se žákům nedostává jasného vedení a nejsou dané normy a preferované chování. Liberální přístup v primární prevenci převažuje u nedostatečně proškolených vedoucích týmů z řad studentů nebo peerů, popřípadě při absenci jakékoliv prevence. **Demokratický** přístup je vyvážením obou předchozích pólů. Hlavní důraz je kladen na to, aby členové skupiny byli informováni o společném dění a aby se mohli podílet na rozhodování o společných činnostech. Vedoucí v rámci tohoto přístupu nabízí alternativy a nechává skupinu, aby si zvolila jednu z nich, respektuje zkušenosti členů skupiny.

Přístupy v primární prevenci chápeme jako východiska plánování, implementace a vlastní realizace primární prevence na školách. Při charakteristice jednotlivých přístupů je možné použít klasifikaci výchovných stylů podle **Kurta Lewina** (Lewin, Lippit & White, 1939). Podle dnes již klasického experimentu rozdělil Kurt Lewin a jeho spolupracovníci výchovné styly na **autoritativní**, **liberální** a **demokratické**. Při **autoritativním** výchovném stylu vedoucí pracovník především rozkazuje. Málo respektuje přání dětí, determinuje práci dětí, nabízí jasně danou strukturu práce, ale nenabízí prostor pro diskusi o jednotlivých krocích. Poskytuje malý prostor pro samostatnost a iniciativu (dtto). Autoritativním přístupem v primární prevenci je například přednáška experta (lékař, policie), kde jsou nabízeny pouze informace o drogách s použitím zastrašování a bez bližšího chápání situace, ve které se posluchači nacházejí. Dále je možno mezi autoritativní přístupy zařadit **testování na školách**, zákazy užívání alkoholu a tabáku apod.

Ideální by se mohl zdát opak autoritářského výchovného stylu – styl **liberální**. Jedná se však o styl, kde je příliš slabé vedení a neklade na děti nebo účastníky skupiny žádné požadavky, nechává volný prostor pro jakékoliv činnosti, což je v závěru akterý hodnoceno negativně. V primární prevenci je možno mezi tyto přístupy zařadit názor, že programy tohoto druhu nejsou vůbec potřeba. Dále bychom sem mohli zařadit programy **volnočasových aktivit**, které jsou nabízeny jako alternativy užívání drog, s očekáváním, že pokud se frekventanti rozhodnou pro danou aktivitu, nehrozí jim již nebezpečí užívání drog, podle hesla: „kdo si hraje, nezlobí“.

Třetí styl – **demokratický** – spočívá v tom, že členové skupiny mají přehled o jejím celkovém dění a o jejích cílech. Vedoucí nabízí několik alternativ a nechá skupinu, aby se rozhodla pro jednu z nich. Tento styl proto vyžaduje méně příkazů a podporuje iniciativu v členech skupiny. Skupina je zpravena o svých právech, je zvyklá diskutovat o činnosti. Pro řízení se používají spíše příklady než příkazy (Lewin, Lippit & White, 1939). V primární prevenci se jedná o **komplexní programy** zaměřené na rozvoj **sociálních dovedností** (↑) a **dovedností pro život** (↑), kde se pracuje s malou skupinou dětí, a které mohou být díky **interaktivním technikám** přizpůsobeny potřebám účastníků.

Z Lewinova výzkumu vyplývá, že **autoritativní styl** zvyšuje u dětí dráždivost, dominanci a agresivitu. Kázeň nebo dohodnutá pravidla jsou dodržována pouze pod dozorem autority. Převzaté normy jsou akceptovány pouze na základě hrozby trestu a nejsou zvnitřněny. Podle Lewina jsou jedinci v důsledku použití autoritativního stylu buď poslušní a závislí na autoritě, nebo jsou vůči autoritě agresivní. Skupina není v případě potřeby schopná odolávat překážkám, ale rozpadá se na jednotlivce. U **liberálního** stylu vnímají jedinci negativně především absenci jasných pravidel či norem a hodnot a tudíž i jistoty, to vede k malé efektivitě práce a posléze frustraci. Při **demokratickém** stylu převládá příznivá citová atmosféra, členové skupiny se mohou se skupinou identifikovat, učí se hodnotit význam spolupráce a nabízené normy jsou zdrojem jistoty a hranic (Lewin, Lippit & White, 1939).

Přístupy primární prevence charakterizované optikou výchovných stylů je možno zkoumat na několika úrovních, například na úrovni realizace ve školní třídě nebo dětské skupině, na úrovni školy nebo komunity a na úrovni celostátní. Přístup na úrovni školní třídy je závislý na konkrétním realizátorovi primární prevence. Výsledky použití jednotlivých přístupů odpovídají výsledkům Lewinova experimentu. Přístup na úrovni komunity odráží do značné míry celkovou náladu dané komunity a její postoje vůči drogám (např. tolerantní přístup k alkoholu), zároveň se zde také mohou promítat aktuální problémy regionu (vysoká nezaměstnanost, sociální nepokoje atp.). Úroveň státu, kam patří především zákonné normy, není tak náchylná na aktuální problémy a ve větší míře než komunita reflektuje příklady dobré praxe ze zahraničí a expertní znalosti. Na druhé straně jsou zde patrné politické popularizační tlaky a preference určitých témat.

Přístupy aplikované v systému primární prevence na regionální nebo národní úrovni je možno pozorovat např. z hlediska historického vývoje, kde vidíme tendenci směřující od autoritářského přístupu k demokratickému. Například *Miovský* (Miovský et al., 2010) v přehledu historického vývoje prevence na území České republiky uvádí, že před rokem 1989 se objevovaly aktivity spíše nekoordinované a sporadické, které byly založeny na principu odstrašování. Tento princip je podle *Botvina* a spol. (Botvin & Griffin, 2003) typický pro začátek preventivních aktivit a objevuje se i v USA. Podobně popisuje vývoj primární prevenci v Německu Franzowiak (2002). Koncem 60. a začátkem 70. let bylo náplní informačních kampaní v Německu především vzbudit strach a odstrašit potencionální uživatele zdůrazňováním rizik spojených s užíváním drog. Nemluvalo se vůbec o legálních drogách a nebyla přiznána existence **experimentování** nebo **rekreačního užívání drog**. V rámci informačních kampaní byly hlavními mluvčími lékaři nebo zástupci policie. Nebyl tedy vytvořen prostor pro zkušenosti posluchačů etablovaných z řad žáků základních a středních škol. Teprve na začátku 90. let se v rámci primární prevence začala předávat zodpovědnost za chování v souvislosti s drogami na žáky. Příkladem toho byl počínající důraz v kurikulech primární prevence na **osobnostní dovednosti**, **sociální dovednosti** a rozvoj **kritického myšlení** (Franzowiak, 2002). Zajímavým vývojem prošlo v tomto kontextu Rumunsko (Dégi, 2009), kde byl přístup k prevenci do roku 1995 spíše liberální. Na základě idealistické domněnky, že užívání drog nebude problém Rumunska, neexistovaly žádné preventivní, ale ani jiné aktivity a strategie zaměřené na drogy. Až v souvislosti se vznikem prvního protidrogového zákona v roce 2000 začaly vznikat i preventivní aktivity. Tyto aktivity vycházely z přístupu autoritativního – převládal pohled kriminalizující a regulační, formy prevence byly především mediální a chyběly evaluace výsledku i procesu (Dégi, 2009).

V současnosti vydalo evropské monitorovací centrum EMCDDA zprávu *Prevention profiles* (EMCDDA, 2010), kde srovnává politiku a přístup k primární prevenci 27 států Evropské unie a Chorvatska, Turecka a Norska, a to na úrovni **environmentální strategie** (strategie zaměřené na změnu kulturního, sociálního a ekologického prostředí, které ovlivňuje užití drogy), **universální, indikované** a **selektivní prevence** (↑). V rámci každé úrovně jsou stanoveny indikátory a stupnice jejich hodnocení. Například na úrovni environmentální strategie můžeme najít indikátor „škála kontroly tabáku a alkoholu“, který se snaží kvantifikovat opatření vedoucí k omezení jejich spotřeby. Mezi taková opatření patří např. cena cigaret a tabákových výrobků, zákazy kouření na pracovišti apod. Jak již bylo uvedeno, škály kontroly by bylo možné zařadit do autoritativních přístupů k primární prevenci. Na úrovni **universální prevence** (↑) rozlišuje EMCDDA (2010) 5 indikátorů, u kterých hodnotí i jejich užitečnost. Mezi efektivní indikátory řadí například existenci programů zaměřených na nácvik osobních a sociálních dovedností nebo intervence zaměřené pouze na

dívky/chlapce. Mezi neefektivní řadí mimoškolní aktivity, testování na drogy, informační dny o drogách, policie nebo ex-user v roli lektorů atp. Z porovnání jednotlivých indikátorů vyplývá, že součástí preventivních aktivit vybraných států jsou i nadále jak přístupy autoritativní, tak (méně) liberální i demokratické. Efektivní strategie vycházejí z demokratického přístupu v prevenci (nácviky, skupinové aktivity, aktivity šité na míru účastníkům) a neefektivní nebo málo efektivní strategie vycházejí spíše z přístupu autoritativního (testování na školách, policie na školách) respektive liberálního (informační dny, nestrukturované ad hoc programy, volnočasové aktivity atp.) (EMCDDA, 2010).

Použitá literatura:

- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. In: Sloboda, Z. & Bukowski, W. J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention: Theory, science and practice* (pp 45–69). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Dégi, C. L. (2009). A review of drug prevention system development in Romania and its impact on youth drug consumption trends, 1995–2005. *Drug and Alcohol Review*, 28, 419–425.
- EMCDDA (2010). Prevention Profiles. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/prevention-profiles>
- Franzowiak, P. (2002). Primary drug prevention: Developments in Germany since the 1970s. *Journal of drug issues*. 491–502.
- Lewin, K., Lippitt, R. & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates. *Journal of social psychology*, 10, 271–299.
- Mioviský, M. (2010). Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice. In: Mioviský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 13–28). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN a Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha.

Doporučená literatura:

- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence* 11(1), 56–95.
- EMCDDA (2011). EMCDDA Manuals No 7. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: The Publications Office of the European Union.
- Meir, C. R., DiPerna, J. C. & Oster, M. M. (2006). Importance of social skills in the elementary grades. *Education and Treatment of Children*, 29, 1–11.

- García, F., Gracia, E. (2009): Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence Spring* 44(173), 101–132.
- Van der Vorst, H., Engels, R., Meeus, W., Dekovic, M., Vermulst, A. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors* 20(2), 107–116.

20 Rizikové chování

(Risk behaviour, problem behaviour, risk-taking behaviour)

Michaela Širůčková

Pojem **rizikové chování** zahrnuje rozmanité formy chování, které mají negativní dopady na zdraví, sociální nebo psychologické fungování jedince anebo ohrožují jeho sociální okolí, přičemž ohrožení může být reálné nebo předpokládané. Mezi formy rizikového chování se řadí rizikové zdravotní návyky, rizikové sexuální chování, agresivní chování, delikventní chování, rizikové chování ke společenským institucím, hráčství a rizikové sportovní aktivity. Společným jmenovatelem všech forem rizikového chování je kritérium prepatologické úrovně sledovaného jevu, tzn. že teoretické systémy zabývající se rizikovým chováním nepřesahují do popisu patologické roviny problematiky (např. závislostní chování). Jednotlivé formy rizikového chování se často u jedince vyskytují současně, tento jev je označován jako syndrom rizikového chování. Rizikové chování je multidisciplinární a sociální konstrukt, jehož užší definice je ovlivňována předmětem daného vědního oboru, společenským, historickým, vývojovým a kulturním kontextem.

Širší definice rizikového chování

Rizikové chování lze nejobecněji charakterizovat jako takové chování, které má negativní dopady na fyzické či psychické fungování člověka a které je nějakým způsobem ohrožující i pro jeho okolí. Rizikové chování proto představuje značně heteronomní kategorii různých typů chování, které se pohybuje na škále od extrémních projevů chování „běžného“ (např. provozování adrenalinových sportů) až po projevy chování na hranici patologie (např. abúzus návykových látek, sebevražedné pokusy). Můžeme ale uvažovat o rizikovém chování osob s jinou diagnostikovanou patologií (např. závislostní nebo sexuální chování u nemocných HIV). Mezi formy rizikového chování zařazujeme:

- rizikové zdravotní návyky (např. pití alkoholu, kouření, užívání drog, ale i nezdravé stravovací návyky, nedostatečná nebo nadměrná pohybová aktivita)
- sexuální chování (např. předčasné zahájení pohlavního života, promiskuita, nechráněný pohlavní styk, pohlavní styk s rizikovými partnery, předčasné mateřství a rodičovství)
- interpersonální agresivní chování (např. násilné chování, šikana, týrání, rasová nesnášenlivost a diskriminace některých skupin, extremismus)
- delikventní chování ve vztahu hmotným majetkům (např. krádeže, vandalismus, sprejerství)
- hráčství (gambling)
- rizikové chování ve vztahu ke společenským institucím (např. problémové chování ve škole jako záškoláctví, neplnění školních povinností, předčasné ukončení vzdělávání)
- rizikové sportovní aktivity (např. provozování adrenalinových a extrémních sportů)

Speciálními tématy v rámci uvedených, jimž je v posledních desetiletích věnována pozornost, jsou např. rizikové chování při řízení (motorových) vozidel, kterým se projevuje tendence chovat se nebezpečně na silnici. Mezi projevy rizikového chování při řízení se řadí rychlá jízda, jízda bez zapnutých bezpečnostních pásů, agresivní nebo bezohledná jízda, jízda pod vlivem alkoholu nebo drog, jízda v autě s řidičem, který je pod vlivem alkoholu nebo drog (např. Williams, 1998; McCarthy, Pedersen, Thompson & Leuty, 2006). Důvodem odborného zájmu jsou zvyšující se počty zranění a úmrtí na silnicích a procento zraněných dopínavajících, které převyšuje počty zraněných dospělých (Harré, 2000).

Dalším příkladem je rizikové chování ve vztahu ke školským institucím a vlastnímu vzdělávání. Mezi typické projevy lze zařadit výukové selhávání, neplnění školních povinností, záškoláctví a předčasné ukončení školní docházky (např. Janosz, Blanc, Boulerice & Tremblay, 2000; Zimmerman & Schmeelk-Cone, 2003; French & Conrad, 2001). Toto chování není, nahlíženo z krátkodobé perspektivy, tolik znepokojující. Uvážíme-li však jeho dlouhodobé důsledky, jako je snížená uplatnitelnost na trhu práce, která sebou nese riziko rozvoje dalšího rizikového chování, můžeme odborný zájem o toto chování považovat za důvodný.

Užší definice rizikového chování

Rizikovým chováním se zabývají různé vědní obory (např. medicína, sociologie, psychologie, pedagogika). Fenomén rizikového chování můžeme tedy považovat za multidisciplinární. Užší definice odrážejí předmět zájmu daného vědního oboru. Z hlediska medicínského (např. Holland, Detels & Knox,

1991) je rizikové chování vymezováno jako jeden z faktorů ovlivňujících zdraví a nemoc. Rizikové chování je v tomto pojetí považováno za rizikový faktor rozvoje nemocí či vedoucí k úmrtí (morbidity, mortality). Např. kouření je v medicínském kontextu považováno za rizikový faktor rozvoje kardiovaskulárních chorob. Sociální vědy zdůrazňují psychosociální hledisko a kontext rizikového chování. Zabývají se zejména dopady rizikového chování na kognitivní výkonnost, emocionalitu a sociální vztahy jedince s ostatními. Pojetí rizikového chování uplatňované v sociálních vědách odkazuje na porušování obecně přijímaných sociálních norem. Takové chování je označováno jako **problémové chování** (↑) (Jessor & Jessor, 1977) a je definováno jako „problematičké, znepokojující, nebo jako nežádoucí vzhledem k normám konvenční společnosti, jejím institucím a autoritám“ (Jessor, Donovan, Costa, 1991, s. 24). Citovaná definice problémového chování má normativní konotaci, závislou na historických, kulturních, lokálních, ontogenetických podmínkách, což v důsledku problematizuje zařazení konkrétních forem chování do této kategorie (např. sexuální chování).

Hodnocení závažnosti problémového chování je ovlivněno kontextem, ve kterém probíhá. Dworkin (2005) uvádí příklady rozdílného hodnocení pití alkoholu v různých kontextech. Je rozdíl, zda např. adolescent okusí několik doušků piva při rodinné večeři nebo se čtyřikrát týdně opije s přáteli. Rozdílně hodnotíme pití malého množství alkoholu a pití malého množství alkoholu, po kterém člověk usedá za volant automobilu. Vymezení problémovosti chování je mimo jiné závislé i na interakci mezi jedincem a jeho prostředím. V souvislosti s problémovým chováním Jessor & Jessor (1977) popsali **syndrom rizikového chování** (↑), který tvoří abúzus alkoholu, kouření cigaret, užívání marihuany, abúzus ilegálních látek, delikventní jednání a předčasné zahájení pohlavního života. Tyto projevy spolu kvantitativně souvisí. Platí, že dospívající, kteří se zapojí do jedné z forem problémového chování, obvykle svůj repertoár záhy rozšiřují o další podoby, dostupné v daném prostředí.

Rizikové a riskující chování

Významově je vhodné rozlišovat pojmy **rizikové chování** (risk behaviour) a **riskující chování** (risk-taking behaviour). V prvním, častěji frekventovaném pojetí, je riziko neuvědomovaným nebo popíraným aspektem chování vedeného jiným motivem. Typickým případem je nechráněný pohlavní styk mezi náhodnými partnery. Riskující chování je charakterizováno plným vědomím rizika, které může být i součástí motivačního systému daného chování, např. horolezecký výstup v extrémních podmínkách. Tento typ chování úzce souvisí s problematikou rozhodování (např. Loewenstein, Hsee & Weber, 2001).

Motivace rizikového chování

Pro účinnou prevenci se nelze spokojit pouze s deskripcí projevů a forem rizikového chování, ale je třeba postihnout jeho dynamiku skrze dominující motivaci. Autoři Kloep, Güney, Cok & Simsek (2009) klasifikují rizikové chování na základě jeho motivů a funkce. Navrhli členění do tří kategorií:

- ◆ Nezodpovědné rizikové chování (irresponsible risk behaviour) je prostředkem k dosažení jiného cíle, např. neužití kondomu při pohlavním styku. Člověk v dané situaci nedohlédne možné negativní důsledky svého chování anebo není ochoten se vzdát aktuálního prožitku, přestože míru rizika dokáže realisticky zhodnotit. Primárním cílem tedy není prožitek samotného rizika.
- ◆ Publikem kontrolované riskující chování (audience-controlled risk-taking behaviour) je motivováno strachem ze ztráty sociální opory nebo touhou po ocenění a přijetí ze strany důležitých osob (např. iniciační rituály pro přijetí do vrstevnické skupiny).
- ◆ Vzrušení vyhledávací chování (thrill seeking behaviour) je vedeno touhou po vyhledávání nových výzev a testování vlastních limitů. Příkladem je provozování extrémních a adrenalinových sportů (agresivní bruslení v podmínkách běžného českého sídliště).

Faktory ovlivňující rozvoj rizikového chování

Dispozici k rizikovému chování lze predikovat na základě znalosti působení rizikových a protektivních faktorů. Vlivným explanačním rámcem je v tomto ohledu **teorie problémového chování** (Problem behavior theory, Jessor & al., 1991), která člení psychosociální faktory ovlivňující genezi rizikového chování do tří systémů:

- ◆ subjektivní percepcie a hodnocení sociálního prostředí, zejména vnímání a hodnocení vztahů s druhými lidmi, modely chování u blízkých osob, vnímaná kontrola ze strany rodičů a přátel;
- ◆ osobnostní charakteristiky, jako je sebepojetí, hodnotová orientace a osobnostní rysy;
- ◆ chování, které představuje přímé antecedenty vlastního problémového chování (např. nedostatky ve školní práci), nebo aktivity s rizikovým chováním neslučitelné (např. zapojení do prosociálních aktivit v komunitě).

Použitá literatura:

- Dworkin, J. (2005). Risk taking as developmentally appropriate experimentation for college students. *Journal of Adolescent Research*, 20, 2, 219–241.
- French, D. C. & Conrad, J. (2001). School dropout as predicted by peer rejection and antisocial behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 3, 225–244.
- Harré, N. (2000). Risk evaluation, driving, and adolescents: A typology. In: *Developmental Review* 2000, No. 20, pgs. 206–226. Dostupný z [www: <http://www.idealibrary.com>](http://www.idealibrary.com)
- Holland, W. W., Detels, R., Knox, G. (eds.) (1991). *Oxford Textbook of Public Health*, 2nd edition, Volume 1, 2, 3. UK: Oxford University Press.
- Janosz, M., Blanc, M. L., Boulerice, B. & Tremblay, R. E. (2000). Predicting different types of school dropouts: A typological approach with two longitudinal samples. *Journal of Educational Psychology*. 92, 1, 171–190.
- Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.
- Kloep, M., Güney, N., Cok, F. & Simsek, Ö. F. (2009). Motives for risk-taking in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Adolescence*, 32(1), 135–151.
- Krch, F. D., Csémy, L., Drábková, H. (2003). Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů (Školní studie). *Česká a slovenská psychiatrie*, 8, 415–422.
- Loewenstein, G. F., Hsee, Ch. K. & Weber, E. U. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127, 2, 267–286.
- Macek, P. (2003). *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.
- McCarthy, D. M., Pedersen, S. L., Thompsen, D. M. & Leuty, M. E. (2006). Development of a measure of drinking and driving expectancies for youth. *Psychological Assessment*, 18, 2, 155–164.
- Turbin, M. S., Jessor, R., Costa, F. M., Hongchuan, Zhang, Q. D. Z. & Wang, Ch. (2006). Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does Social Context Matter? *Health Psychology*, 25, 4, 445–454.
- Williams, A. F. (1998). Risky driving behaviour among adolescents. In: Jessor, R. (Eds.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 221–240). Cambridge University Press.
- Zimmerman, M. A. & Schmeelk-Cone, K. H. (2003). A longitudinal analysis of adolescent substance use and school motivation among African American Youth. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 2, 185–210.

Doporučená literatura:

- Hurrlemann, K. & Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: The relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14, 20–28.
- Miovský, M. (2010). Definice hlavních typů rizikového chování, na které se ve školské prevenci zaměřujeme. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 76–78). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Willoughby, T., Chalmers, H. & Busseri, M. A. (2004). Where is the Syndrome? Examining co-occurrence among multiple problem behaviors in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 6, 1022–1037.

21 Sociálně patologické jevy

(Social pathologies)

Michaela Štefunková

Sociálně patologické jevy lze obecně definovat jako závažné poruchy chování jedince, které se projevují zejména v porušování sociálních, případně právních norem. Negativní následky sociálně patologických jevů se projevují jednak na úrovni jedince, zejména na jeho fyzickém a duševním zdraví, a jednak v širší rovině v rámci jeho okolí nebo i na celospolečenské úrovni. Vnímání sociálně patologických jevů je proměnlivé v prostoru a času. Posuzování rovněž závisí na kulturních normách a konkrétním kontextu jednání. Diapazon jednání, které lze označit jako sociálně patologické jevy, je velice široký a různorodý. Nejčastěji sem bývají zahrnovány projevy násilí a agrese, různé formy závislostí, nežádoucí sexuální jednání, xenofobie, rasismus, sebevraždy a jiné. Sociálně patologické jevy často bývají prediktorem či průvodním jevem trestné činnosti, nebo jsou případně samy o sobě kriminalizovány.

Pojem **sociální patologie** označuje společensky nežádoucí jevy (sociálně patologické jevy, dále též SPJ), které porušují sociální, morální a právní normy. Současně se tímto pojmem označuje též vědní disciplína, která se zabývá příčinami a podmínkami vzniku a existence těchto jevů ve společnosti. Vznik konceptu sociální patologie je spojován zejména s anglickým viktoriánským filozofem **H. Spencerem**. Tento představitel „organistické“ sociologie připodobňoval fungování společnosti k biologickému organismu a hledal paralelu mezi patologií (nemocí) a patologií jako chorobou společnosti (Spencer, 1874–1875). Normativní rozměr tohoto pojmu akcentoval **E. Durkheim** (1938), který považoval sociálně patologické jevy za neoddělitelnou součást společenského života.

Sociální patologie je předmětem zájmu různých, zejména společenskovědných, disciplín (sociologie, psychologie, kriminologie, ale i medicína). Při zkoumání etiologie SPJ pak v závislosti na svém hlavním zaměření tyto disciplíny zdůrazňují biologická, sociálně psychologická, normativní nebo sociologická hlediska. Sociální patologie bývá často ztotožňována s pojmem sociální deviace. Jako **sociální deviace** (↑) je označován způsob jednání, které není konformní vůči společenské normě, jež je akceptována většinou populací. Jde

tedy o pojem širší, který v sobě zahrnuje kromě jiných projevů i SPJ. Na rozdíl od SPJ je však pojem sociální deviace hodnotově i emocionálně neutrální (Havlík, 2007). V praxi nicméně převládá negativní pojetí (Giddens, 1999).

V oblasti školní prevence se v poslední době preferuje spíše používání pojmu **rizikové chování** (↑), které označuje chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Miovský, 2010). Příklon k tomuto pojetí je patrný i ze změny názvu „Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy“ (MŠMT), která byla pro období 2009–2012 přejmenována na „Strategii prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže“. V nejužším pojetí se mezi základní typy rizikového chování řadí záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese, extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobie, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování, závislostní chování (adiktologie) a dále pak v širším kontextu okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte, a též spektrum poruch příjmu potravy. Tyto vzorce chování mohou mít různé dílčí projevy, různé příčiny a mohou souviset s mnohem složitějšími fenomény (Miovský, 2010).

Jako rizikové je označováno zejména chování dětí a mládeže. Účelem školní prevence je tedy působit na jednotlivce (nebo jasně ohraničenou sociální skupinu) a podporovat jeho zdravý vývoj. Opatření primární prevence rizikového chování se snaží působit na jedince v tzv. „prepatologické“ fázi, kdy existuje reálné nebo předpokládané ohrožení, k samotnému nežádoucímu stavu však ještě v plném rozsahu nedošlo (Širůčková, 2010). Rizikové je zejména období adolescence. Jednotlivé formy rizikového chování se zřídka vyskytují izolovaně, většinou existují vedle sebe, nebo přechází jedna forma do druhé. Tyto případy se zejména např. ve zdravotnickém kontextu označují pojmem **syndrom rizikového chování** (↑), případně je v kontextu školské prevence, zahrnující též zdravotní perspektivu, využíván obecně pojem **rizikové chování** (↑) (Miovský et al., 2010). Ten klade důraz na pojetí funkční normy, proti normě statistické, či pojetí sociální normy.

Pojem SPJ se pro tuto oblast jeví jako nevhodný zejména v důsledku svého normativního ladění, ve školním prostředí může působit jako stigma. Pojem SPJ se spíše užívá v kontextu **prevence kriminality** v širším pojetí. Účelem opatření prevence kriminality je usilovat o to, aby nedošlo k závažnějšímu narušení nejdůležitějších společenských regulativ (zejména norem trestního práva hmotného). I když zejména v případě primární sociální prevence kriminality je hranice s prevencí rizikového chování velice úzká, je potřeba se snažit tyto přístupy jako celek vždy oddělovat. Prevence rizikového chování je výrazně individuálně laděná, její záběr je širší. Snaží se předcházet rizikovému chování komplexně, nikoli pouze konání kriminálnímu a kriminogenním faktorům (v určitých případech SPJ).

V zahraniční literatuře je možné se setkat i s dalšími přístupy, které popisují konání v rozporu se společenskými normami. **Problémové chování (problem behaviour)** je definováno jako chování, které se odchyluje od sociálních a právních norem uznávaných většinou společností. Jde o konání společensky neuznávané autoritativními institucemi, které vyvolává určitou reakci ve formě sociální kontroly, ať už mírné pokárání, sociální odmítnutí, nebo dokonce uvěznění (Donovan, 1996). Autoři tohoto přístupu (Jessor & Jessor, 1977) tedy zdůrazňují zejména normativní aspekt.

Pojem **antisociální chování (antisocial behaviour, ASB)** se používá zejména v anglosaském prostředí. Tento výraz je používán k označení agresivní, zstrašující nebo destruktivní činnosti, která negativně ovlivňuje kvalitu života jiných osob, zvláště pokud jde o aktivity trvalé nebo opakované (Clarke et al., 2011). Antisociální chování může mít různé formy, od obtěžujících projevů po trestnou činnost (rušení nočního klidu, pití alkoholu na ulici, prodej a užívání drog na veřejnosti, agresivní žebráání a jiné), důraz je kladen více na negativní efekt, který tyto jevy vyvolávají v životě místní komunity, než na samotné akce tohoto jednání.

Použitá literatura:

- Clarke, A. et al. (2011). Describing and assessing interventions to address anti-social behaviour. Home Office Research Report 5.1.
- Donovan, J. (1996). Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Drug Issues*. Vol 26(2), pp. 379–404.
- Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
- Harrington, A. et al. (2006). *Moderní sociální teorie*. Praha: Portál.
- Havlík, R. (2007). *Úvod do sociologie*. Praha: Karolinum.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Miovský, M. (2010). Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství (s. 13–28)*. Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Mühlpachr, P. (2002). *Sociální patologie*. Brno: MU.
- Novotný, O., Zapletal, J. et al. (2004). *Kriminologie*. Praha: ASPI.
- Pokorný, V., Telcová, J., Tomko, A. (2003). *Prevence sociálně patologických jevů*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky.

Širůčková, M. (2010). Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 30–39). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.

Doporučená literatura:

- Spencer, H. (1874–1875). *The Principles of Sociology*. Parts I. to V. Williams and Norgate.
- Donovan, J. E. & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 890–904.
- Donovan, J. E., Jessor, R. & Costa, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence – a replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 762–765.
- Durkheim, E. (1938). *The Rules of Sociological Method*. New York: The Free Press.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A Study in Sociology*. New York: The Free Press.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence – A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597–605.

22 Sociální dovednosti

(Social skills)

Lenka Čablová, Monika Nevoralová

Sociální dovednosti patří společně s dovednostmi **sebeovlivnění** („Self-management skills“) mezi **životní dovednosti** („Life skills“). Sociální dovednosti můžeme definovat jako schopnosti adaptivního, naučeného a společensky akceptovatelného chování, které umožňují efektivně se vypořádat s požadavky a výzvami každodenního života (Gresham et al., 2011; WHO, 1994). Mezi sociální dovednosti patří zejména schopnost čelit sociálnímu tlaku a další dovednosti jako **asertivita** (zdravé sebeprosazení), **empatie**, **komunikace**, řešení problémů a předvídaní následků svého jednání, vytváření zdravé sítě sociálních vztahů, mediální gramotnost, včetně schopnosti čelit reklamě na návykové látky, dovednosti týkající se zaměstnání, zvládnutí přechodu do nového prostředí a **rodičovské dovednosti** (Nešpor, 2002). Komárková, Slaměník a Výrost (2005) k výše zmíněným sociálním dovednostem dále řadí **sociální percepce** (sebereflexe, poznávání druhých), zvládání konfliktních situací, zvládání zátěžových situací (**copingové strategie**) a tvořivost v sociálním chování a komunikaci.

Sociální dovednosti hrají významnou roli v rodinném životě, školním úspěchu a v budoucím profesním i osobním životě obecně. Osvojené sociální dovednosti jsou důležité pro vytváření kladných vazeb a dobrých vztahů, přijetí sociálních norem a pravidel, zodpovědnosti pro pomoc druhým lidem a všeobecně dodržování základních lidských práv (Avcioglu, 2005). Sociální dovednosti jsou z pohledu primární prevence na zdravý vývoj dítěte důležité zejména pro úspěch ve škole a ve skupině vrstevníků (Gülay, 2009). Arslan et al. (2011) uvádí, že sociální dovednosti u dětí ovlivňují jejich chování vůči ostatním dětem. Autoři dále naznačují, že jedinci s dostatečně osvojenými sociálními dovednostmi mohou být úspěšnější ve všech činnostech, které vyžadují kontakt a interakce s druhými lidmi. Dobře rozvinuté sociální dovednosti hrají rozhodující roli ve formování individuálních sociálních vztahů (Gülay, 2009). Sociální dovednosti důležité pro školní úspěch jsou dle studií: schopnost naslouchat, dodržování školního řádu a pravidel ve třídě, respektování pokynů

učitele, schopnost požádat o pomoc, spolupráce s druhými dětmi a ovládnutí temperamentových vlastností v konfliktních situacích (Lane, Givner & Pierson, 2004; Meir, DiPerna & Oster, 2006).

Caldarella a Merell (1997) vytvořili taxonomii sociálních dovedností vycházející z metaanalýzy 21 výzkumů sociálních dovedností, kterou člení na pět oblastí: dovednosti ve vztahu k vrstevníkům, seberegulační a sebeorganizační dovednosti (ovládání sebe sama), akademické dovednosti (strategie učení), kázeň a dovednost dodržování pravidel a asertivní dovednosti. Dle Vojtové (2010) je tato taxonomie vhodným nástrojem pro rozhodování o intervenčních postupech a hodnocení jejich efektivity. Na základě shrnutí aktuálních poznatků lze klasifikovat následující sociální dovednosti (Nešpor, Scheansová, 2009; Komárková, Slaměník, Výrost, 2005):

- ◆ **Komunikační dovednosti** – představují schopnost být přiměřeně otevřený, hovořit o svých pocitech, účinně se dorozumívat jak verbálně, tak neverbálně, vyjednávat, nacházet kompromis, vyslechnout druhého a umět dávat zpětnou vazbu.
- ◆ **Schopnost čelit sociálnímu tlaku a umět odmítat** – např. odmítnout návykovou látku.
- ◆ **Asertivní dovednosti** – částečně se kryjí s komunikačními dovednostmi a dovednostmi odmítnout. Navíc sem patří schopnost prosazování a odmítání požadavků nebo přijímání kritiky, ale i pochvaly a komplimentů.
- ◆ **Schopnost empatie** – dovednost interpretovat pocity a chování druhých a porozumění životním situacím.
- ◆ **Sociální percepce** – sebereflexe a poznávání druhých.
- ◆ **Schopnost zvládat konfliktní situace.**
- ◆ **Copingové strategie** – umožňují zvládnutí zátěžových situací.
- ◆ **Dovednost rozhodování se a schopnost předvídat následky určitého jednání.**
- ◆ **Výběrová upřímnost (selektivní autenticita)** – předpokládá dobrou schopnost uvědomění si vlastních pocitů a zároveň i porozumění zevní situaci.
- ◆ **Schopnost vytvářet vztahy a budovat si přiměřenou síť sociálních vztahů** – představuje schopnost navázat a udržet kontakt, sociální interakci ve skupině (kooperace a kompetice).
- ◆ **Tvořivost v sociálním chování a komunikaci.**
- ◆ **Mediální gramotnost** – umožňuje čelit reklamě a dalším negativním vlivům okolí.

- ◆ **Pracovní a studijní dovednosti** – týkají se volby a hledání vhodného zaměstnání, popř. studia a dobrého fungování v něm.
- ◆ **Přizpůsobivost (přizpůsobení)** – představuje zvládnutí přechodu do jiné životní situace nebo do jiného prostředí, např. přechod ze střední školy na vysokou, ukončení ústavní výchovy, návrat z výkonu trestu, pobyt v cizině, přechod z ústavní léčby do nechráněného prostředí.
- ◆ **Rodičovské dovednosti** – jsou významné především u dětí z problémových rodin, kterým nemohli rodiče sloužit jako pozitivní modely.

Dále je užitečné vymezit pojmy **sociální kompetence** (↑) a **sociální dovednosti**. Sociální dovednosti vnímáme jako nástroj pro kompetentní chování jedince. Sociální dovednosti zahrnují chování, které musí být učeno (procvičováno, opakováno), naučeno (zpevněno) a aplikováno v praxi, zatímco sociální kompetence reprezentuje evaluaci tohoto chování okolím (Lane et al., 2002). Sociální kompetence jedince zjišťujeme skrze posouzení úrovně sociálních dovedností. Úroveň sociální kompetence ovlivňuje psychologické, akademické a adaptivní fungování jedince (Coie et al., 1995). Vybavenost sociální kompetencí lze považovat za **protektivní faktor** (↑) proti **rizikovému chování** (↑) a psychickému onemocnění, neboť zvyšuje odolnost vůči stresu a psychické zátěži.

Sociální dovednosti je možné si osvojit v procesu **sociálního učení**. Podle teorie sociálního učení A. Bandury (1977) je lidské chování v převážné míře sociálně zprostředkované, a to buď vědomě, nebo nevědomě prostřednictvím příkladů lidí, kteří jsou pozorováni. Vývoj sociálních dovedností je celoživotní. Návik sociálních dovedností je možné realizovat v průběhu edukačního procesu. Existuje mnoho návikových metodických cyklů. Cílený návik sociálních dovedností v rámci vzdělávání může mít podobu specifické i nespecifické prevence **rizikového chování** (↑). Rozvíjí zdravou sebedůvěru ve vlastní schopnosti, anticipaci důsledků svého chování, možnost participace na řešení problémových situací ve svém životě. Zážitek a vědomí vlastní kompetentnosti při řešení svých problémů s sebou přináší pozitivní perspektivu do budoucnosti. Jedinec současně získává sebejistotu v mezilidské interakci a zvládnání stresových situací. Nové vzorce chování nahrazují nežádoucí projevy a vedou k eliminaci vzniku konfliktních situací. Naučené chování přináší novou či **ko-reaktivní zkušenost**, která by měla přinést jiné postoje ve vnímání sebe sama a své sociální situace (Běhouňková, 2010).

V **preventivních programech** (↑) zaměřených na rozvoj sociálních dovedností si děti a dospívající vytvářejí schopnosti, které jim umožňují rozhodovat se o vlastním životě, řešit každodenní problémy, vypořádat se s obtížnými situacemi. Zároveň se učí jasně a otevřeně komunikovat, rozvíjet dovednosti mezilidských vztahů, vypořádat se s emocemi a stresovými situacemi ve svém životě, uvědomění si sebe sama a soucitu s ostatními (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998).

K osvojování sociálních dovedností se využívá interaktivních metod učení, hraní rolí a diskuzí. Přístupy založené na didaktickém přístupu a poskytování informací pravděpodobně nebudou účinné. Sociální dovednosti se procvičují zejména v kontextu konkrétních každodenních situací i v kontextu hypotetičtějších, ale konkrétních problémových či rizikových situací pro odpovídající věkové skupiny. Program nácviku sociálních dovedností by měl být dlouhodobý, prováděný proškolenými učiteli (Gallà et al., 2005).

Pro evaluaci sociálních dovedností slouží přímé a nepřímé metody hodnocení. **Přímé metody** jsou ty, které evaluují chování v čase a místě jeho aktuálního výskytu, jedná se např. o **systematické pozorování v přirozeném prostředí**. Mezi **nepřímé metody** hodnocení sociálních dovedností patří např. rozhovor, hodnotící škály sociálních dovedností, dotazníková šetření, sociometrie, projektivní metody, ohniskové skupiny, videonahrávky aj. Využití metod pro zjištění sociální kompetence skrze posouzení úrovně sociálních dovedností musí odpovídat exaktnímu postupu. Jejich nekvalifikované používání může vést k nesprávnému vyhodnocení a ve svém důsledku ovlivnit proces intervence v neprospěch dítěte. Doporučuje se využívání standardizovaných diagnostických nástrojů (Běhounková, 2011).

Použitá literatura:

- Arslan, E., Durmusoglu-Saltali, N. & Yilmaz, H. (2011). Social skills and emotional and behavioral traits of preschool children. *Social Behavior and Personality*, 39(9), 1281–1288.
- Avcioğlu, H. (2005). Social skills training with activities. Ankara: Kök.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Běhounková, L. (2010). Artefietická prevence, intervence a poradenství v kontextu inkluzivního vzdělávání žáků s problémy v chování na 2. stupni ZŠ. *Speciální pedagogika*, 20(1), 10–31.
- Běhounková, L. (2011). Rozvoj sociálních dovedností ohrožených dětí v institucionální výchově v kontextu přípravy na samostatný život. *Disertační práce*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.
- Caldarella, P. & Merrell, K. W. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: a taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, 26(2), 264–278.
- Coie, J. (et al.) (1995). Childhood peer rejection and aggression as predictors of stable patterns of adolescent disorder. *Development and Psychopathology*, 7, 697–713.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.

- Gresham, F. M., Elliott, S. N., Vance, M. J. & Cook, C. R. (2011). Comparability of the social skills rating system to the social skills improvement system: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 27–44.
- Gülay, H. (2009). Peer relations in the preschool stage. *Journal of Balikesir University Social Sciences Institute*, 12 (22), 82–93.
- Komárková, R., Slaměník, I. & Výrost, J. (eds.). (2005). *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik*. Praha: Grada.
- Lane, K. L., Givner, C. C. & Pierson, M. R. (2004). Teacher expectations of student behavior: Social skills necessary for success in elementary school classrooms. *Journal of Special Education*, 38, 104–111.
- Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al. (2002). *Interventions for Children With or At Risk of Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: Allyn&Bacon.
- Meir, C. R., DiPerna, J. C. & Oster, M. M. (2006). Importance of social skills in the elementary grades. *Education and Treatment of Children*, 29, 1–11.
- Nešpor, K. (2002). Návykové nemoci. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie* (s. 556–576). Praha: TIGIS.
- Nešpor, K. & Scheansová, A. (2009). Dovednosti pro život v prevenci a léčbě návykových nemocí. Staženo 22. 2. 2012 z <http://www.cepros.cz/odborna-verejnost/zahranicni-a-domaci-praxe/dovednosti-pro-zivot-v-prevenci-a-lecbe-navykovych-nemoci.html>
- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.) (1998). *Příručka prevence: Alkoholu, drog a tabáku*. Velvyslanectví nizozemského království.
- Vojtová, V. (2010). *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku poruch chování a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Muni Press.
- WHO (1994). *Life skills education in schools*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.

Doporučená literatura:

- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211–232.
- Fenning, R. M., Baker, B. L. & Juvonen, J. (2011). Emotion discourse, social cognition, and social skills in children with and without developmental delays. *Child Development*, 82(2), 717–731.
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171–194.
- Van der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M., Lindahl, A. M., Melero, J. C., Vassara, M., Faggiano, F., the EU-Dap Study Group. (2009). „Unplugged”: A new European school program against substance abuse. *Drugs Education Prevention and Policy*, 16, 167–181.

23 Školní poradenské pracoviště

(School counselling service)

Jana Zapletalová

Školní poradenské pracoviště je označení pro poskytovatele poradenských služeb ve školách, je součástí školy, nepředstavuje externí pracoviště, je vymezeno ve Věstníku MŠMT z roku 2005 (č. 7), navazuje na vyhlášku č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších změn. Služby školního poradenského pracoviště jsou obvykle poskytovány výchovným poradcem, školním metodikem prevence, případně školním psychologem/školním speciálním pedagogem a jejich konzultačním týmem složeným z vybraných pedagogů školy. Součástí tohoto týmu jsou na mnoha školách také asistenti pedagoga a sociální pedagogové.

Za poskytované služby školního poradenského pracoviště odpovídá ředitel školy, případně jím pověřený pracovník. Struktura poradenských služeb poskytovaných školou je vymezena ve **školním programu pedagogicko-psychologického poradenství**, jehož součástí je i **minimální preventivní program školy** (↑). Poradenské služby a preventivní programy realizované školou by měly zahrnovat specifika dané školy a měly by být koordinovány se službami školských poradenských zařízení v regionu. Realizace tzv. „školního programu pedagogicko-psychologického poradenství“ (strategie) předpokládá vytvoření vnitřního systému komunikace ve škole, na kterém se podílí ředitel školy ve spolupráci především s třídními učiteli, s učiteli volby povolání na ZŠ a úvodu do světa práce na SŠ, učiteli-metodiky pro práci s nadanými žáky, případně dalšími pedagogy. Tito pedagogové poskytují metodickou a konzultační podporu žákům a jejich rodičům a vytvářejí konzultační tým pro poradenské pracovníky školy. Na většině škol je vytvořen základní tým školního poradenského pracoviště ve složení **výchovný poradce** (↑), **školní metodik prevence** (↑).

Výchovný-kariérový poradce (↑) se věnuje primárně problematice kariérového poradenství a procesu integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (včetně integrace nadaných a sociálně a kulturně znevýhodněných) na školách, vykonává činnosti poradenské, informační a činnosti metodické. O těchto činnostech vede písemnou dokumentaci.

- a) Vedle poradenských činností se věnuje vyhledávání a orientačnímu šetření žáků, jejichž vývoj a vzdělávání vyžadují zvláštní pozornost a přípravu návrhy na další péči o tyto žáky.
- b) Zprostředkovává diagnostiku speciálních vzdělávacích potřeb (vstupní a průběžnou) a podílí se na intervenčních činnostech pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.
- c) Koordinuje poskytování poradenských služeb těmto žákům školou a školskými poradenskými zařízeními; koordinuje vzdělávací opatření (včetně zvláštního režimu přijímacích zkoušek a maturit) u těchto žáků.
- d) Poskytuje služby kariérového poradenství žákům/cizincům se zřetelem k jejich speciálním potřebám.
- e) Pomáhá zavádět nové metody pedagogické diagnostiky a intervence, pomáhá při tvorbě individuálních vzdělávacích plánů, práci s nadanými žáky apod.
- f) Poskytuje informace o činnosti poradenských pracovníků školy, o specializovaných školských a dalších poradenských zařízeních v regionu, o jejich zaměření, kompetencích a o možnostech využívání jejich služeb žákům a jejich zákonným zástupcům.
- g) Shromažďuje odborné zprávy a informace o žácích v poradenské péči specializovaných poradenských zařízení a jejich zajištění v souladu s předpisy o ochraně osobních údajů.

Školní metodik prevence (↑) pracuje především v oblasti prevence **rizikového chování** (↑), vykonává činnosti metodické, koordinační, informační a poradenské, zaměřené na prevenci. O těchto činnostech vede písemnou dokumentaci. K metodickým a koordinačním činnostem zejména patří:

- a) Koordinace tvorby a kontrola realizace preventivního programu školy.
- b) Koordinace a participace na realizaci aktivit školy zaměřených na prevenci záškoláctví, závislostí, agresivního chování, vandalismu, sexuálního zneužívání, zneužívání sektami, prekriminálního a kriminálního chování, rizikových projevů sebepoškozování atd.
- c) Metodické vedení činnosti učitelů školy v oblasti prevence sociálně patologických jevů (vyhledávání problémových projevů chování, preventivní práce s třídními kolektivy apod.).
- d) Koordinace přípravy a realizace aktivit zaměřených na zapojování multikulturních prvků do vzdělávacího procesu a na integraci žáků/cizinců; prioritou v rámci tohoto procesu je prevence rasismu, xenofobie a dalších jevů, které souvisí s otázkou přijímání kulturní a etnické odlišnosti.

- e) Koordinace spolupráce školy s orgány státní správy a samosprávy, které mají v kompetenci problematiku prevence sociálně patologických jevů.
- f) Shromažďování odborných zpráv a informací o žácích v poradenské péči specializovaných poradenských zařízení v rámci prevence rizikového chování.
- g) Zajišťování a předávání odborných informací o nabídkách programů a projektů, o metodách a formách specifické primární prevence pedagogům školy.

V oblasti **poradenských činností** pak zejména:

- a) Vyhledávání a orientační šetření žáků s rizikem či projevy rizikového chování; poskytování poradenských služeb těmto žákům a jejich zákonným zástupcům, případně zajišťování péče odpovídajícího odborného pracoviště (ve spolupráci s třídními učiteli).
- b) Spolupráce s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje rizikového chování u jednotlivých žáků a tříd a participace na sledování úrovně rizikových faktorů.
- c) Příprava podmínek pro integraci žáků s poruchami chování ve škole a koordinace poskytování poradenských a preventivních služeb těmto žákům školou a specializovanými školskými zařízeními.

Na řadě škol v ČR jsou školní poradenská pracoviště rozšířena o služby **školních psychologů** (↑) nebo **školních speciálních pedagogů** (↑). Tito odborníci pak obvykle služby pracoviště koordinují. Rozsah činnosti těchto odborníků by neměl klesnout pod 0,5 úvazku, protože pak by úloha školního psychologa/speciálního pedagoga ztratila svoji funkčnost pro činnost školy jako systému. Školní psychologové vnášejí do škol některá **specifika poradenské práce**, především vytváření **systému včasné identifikace žáků** s širokým spektrem příznaků rizik v jejich vzdělávání i příznaků rizikového chování. Zajišťují **intervence v krizových situacích**, mezi které můžeme zařadit zejména úrazy, úmrtí blízkých, sebevraždy a vraždy nebo zvládání raptů a afektivních reakcí. Současně pomáhají žákům se zvládnutím případné školní neúspěšnosti. Vedle péče o žáky se věnují i pedagogům škol, kterým poskytují metodickou podporu při práci s problematickými žáky a jejich rodinami. Školy pak mohou s větší pravděpodobností úspěšně identifikovat rizikové žáky ve skupině, periodicky monitorovat jejich chování a získávat pro ně psychologickou asistenci. Školní speciální pedagogové se zaměřují především na procesy reedukace specifických poruch učení, případně i poruch chování. Stejně jako psychologové věnují pozornost práci s třídami a metodickému vedení pedagogů při vzdělávání těchto žáků.

Pro poskytování poradenských služeb ve školách již byly vytvořeny metodické materiály, byla stanovena pravidla pro přijímání a zpracovávání zakázek pro školní psychology i speciální pedagogy, byly stanoveny standardní činnosti těchto odborníků, které jsou přílohou vyhlášky č.72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších změn. Byly specifikovány podmínky pro tzv. **informovaný souhlas s poskytováním školních poradenských služeb**. Služby těchto odborníků vytvářejí předpoklady pro nastavování inkluzivního modelu vzdělávání ve školách tam, kde to umožňuje charakter speciálních vzdělávacích potřeb žáků. **Konzultační tým** pro poskytování poradenských služeb ve škole obvykle tvoří:

- třídní učitel
- asistent pedagoga
- učitel-metodik pro přípravu školního vzdělávacího programu
- učitel(é) vzdělávací oblasti Výchova k volbě povolání (ZŠ) a Úvodu do světa práce (SŠ)
- případně další pedagogové, zejména učitelé výchov a sociální pedagogové

Základní obsah poskytovaných poradenských služeb ve škole je formulován ve **Školním programu (strategii) pedagogicko-psychologického poradenství**. Školní program každoročně aktualizuje tým poradenských pracovníků školy, konzultuje jej s pracovníky vytvářejícími konzultační tým pro poskytování poradenských služeb ve škole a poté předkládá ke schválení řediteli školy. Program naplňuje především následující cíle:

- pracovat se všemi subjekty školy a vytvořit tak širokou základnu primární prevence školní neúspěšnosti a prevence rizikového chování,
- sledovat účinnost preventivních programů aplikovaných školou a vytvořit metodické zázemí pro jejich vytváření a realizaci,
- zavádět do školství nové poznatky o koncepci kariérového poradenství,
- připravit podmínky a rozšířit možnosti integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných,
- vybudovat příznivé sociální klima pro integraci kulturních odlišností a přijímání sociálních odlišností na škole,
- posílit průběžnou a dlouhodobou péči o žáky s neprospěchem a vytvořit předpoklady pro jeho snižování,
- prohloubit včasnou intervenci při aktuálních problémech u jednotlivých žáků a třídních kolektivů,
- poskytovat metodickou podporu učitelům při aplikaci psychologických a speciálně pedagogických aspektů vzdělávání do školních vzdělávacích programů,
- prohloubit a zlepšit spolupráci a komunikaci mezi školou a rodiči,

- integrovat poradenské služby poskytované školou se službami specializovaných poradenských zařízení, zejm. PPP, SPC, SVP a úřadů práce.

Podmínky pro poskytování poradenských služeb ve škole jsou obvykle popsány ve školním řádu nebo jiném interním dokumentu školy. Jsou ovlivněny velikostí školy a tomu odpovídající velikostí školního poradenského pracoviště. Dále jsou ovlivněny profesním zastoupením odborníků, zda má škola školního psychologa nebo speciálního pedagoga, případně oba odborníky nebo zda pracuje školní poradenské pracoviště pouze v základním modelu za přítomnosti výchovného poradce a školního metodika prevence.

Použitá literatura:

- Zapletalová, J. (1999). Školní psycholog ve vztahové síti školy: Pozitiva a úskalí profese. *Výchovné poradenství – Zpravodaj IPPP ČR a APPŠ*, 20–23.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Koncepce poskytování poradenských služeb ve školách, IPPP ČR. *Věstník MŠMT*, č. 7/2005.
- Gajdošová, E. (1998). *Školský psycholog a jeho vstup do humanizace našich škol*. Bratislava: Příroda.

Doporučená literatura:

- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kratochwill, T. R. & Shernoff, E. S. (2004). Evidence-based practice: Promoting evidence-based interventions in school psychology. *School Psychology Review*, 33(1), 34–48.
- Slavíková, I. & Zapletalová, J. (2010). Školní metodik prevence. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (s. 82–88). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Praha: MŠMT.

24 Teoretické koncepty v primární prevenci rizikového chování

(Theoretical concepts in the primary prevention of risk behaviours)

Roman Gabrhelík

Nosné **psychologické, psychosociální, sociologické, pedagogické a bio-medicínské teorie a modely** popisují a vysvětlují příčiny problémového chování, a současně poskytují návod, jak na daný typ rizikového faktoru adekvátně reagovat a snižovat negativní vliv rizikových faktorů na vývoj jednotlivce, skupiny, komunity a celé společnosti. Teoretické koncepty a modely slouží jako platforma pro tvorbu a následné provádění preventivních programů v praxi. V prevenci za významné považujeme kognitivní modely a modely založené na informacích, sociologické a vývojové modely, modely sociálního vlivu a modely komplexního vlivu sociálního prostředí.

Psychologie pracuje s pojmy, jako jsou např. emoce, frustrace a stres, agrese, postoje aj. Tyto a mnohé další individuální faktory vstupují do vzájemné interakce a formují prožívání, myšlení a chování jednotlivce. Z pohledu prevence **rizikového chování** (↑) je klíčová znalost osobnosti člověka (teorie a modely v rámci psychologie osobnosti), jeho vývojových etap (teorie a modely v rámci vývojové psychologie), sociálních a kulturních kontextů (teorie a modely v rámci sociální psychologie, ale i sociologie), variability lidské psychiky, normality, poruch psychických funkcí (klinická psychologie, psychopatologie a patopsychologie), diagnostiky (včetně znalosti relevantních medicínských teorií a modelů) a mnohých dalších faktorů, které formují člověka.

a) Kognitivní modely a modely založené na informacích

Tyto modely vycházejí z předpokladu, že se jedinci rozhodují na základě vlastních znalostí a názorů. V praxi se však ukazuje, že tyto modely nejsou plně funkční, neboť neberou v potaz další faktory, které ovlivňují chování (zejm. sociální a emoční faktory) (EMCDDA, 2010). Dle **modelu víry ve zdraví** (Health belief) se jedinec nežádoucího chování vyvaruje, pokud je seznámen

s negativními dopady svého chování na své zdraví (EMCDDA, 2010; Rosenstock et al., 1994). Jiným příkladem je **model odůvodněného konání a postoje** (Reasoned action-attitude), který je založen na předpokladu, že chování (či záměr se nějak chovat) odráží hodnoty jedince a jedincem vnímané normy ostatních (EMCDDA, 2010; Ajzen, Fishbein, 1980; Fishbein, Ajzen, 1975).

b) Sociologické a vývojové modely

Zde uvedené modely reflektují skutečnost, že se jedinci v průběhu času vyvíjejí a stejně tak se vyvíjí i jejich vnímání otázek spojených s návykovými látkami a dalšími typy rizikového chování (EMCDDA, 2010). **Modely vývojové teorie** (Evolution theory) reprezentuje model Kandelové (1980), podle něhož užití nelegální drogy předchází zkušenost s alespoň jednou legální drogou, tedy alkoholem či tabákem (EMCDDA, 2010). **Sociálně-ekologický model a ekolo-gicko-environmentální model** (Social ecology model/ecological-environmental model) reprezentují přístup, že k udržení nebo dosažení žádoucího chování je třeba pozitivně působit současně na sociální klima ve společnosti, komunitě, rodině i mezi vrstevníky (EMCDDA, 2010; Kumpfer, Turner, 1990–1991).

Teorie šíření novinek (Diffusion of innovation theory) představuje nový a komplexnější pohled na šíření forem rizikového chování ve společnosti a na prevenci rizikového chování. Podle této teorie drogu vyzkouší „inovátor“, který následně svým chováním ovlivňuje přátele (někteří z nich se stávají „šířiteli“) a následně se okruh zasvěcených lidí zvětšuje. Významnou (negativní) roli v šíření jevu v rámci společnosti hrají masmédiá (EMCDDA, 2010; Ferrence, 2001).

c) Modely sociálního vlivu

Modely sociálního vlivu akcentují význam sociálních faktorů (zejm. rodina, vrstevníci a média), které hrají významnou roli zejm. v počátečních fázích drogové kariéry (EMCDDA, 2010). Dle **teorie sociálního učení** (Social Learning) je chování výsledkem pozorování a napodobování chování, postojů a emočních reakcí ostatních (EMCDDA, 2010; Bandura, 1986, 1994). **Teorie dovedností pro život** (↑) (Life Skills) staví na předpokladu, že jedinec by měl být vybaven potřebnými dovednostmi pro život: dovednostmi řešení problémů, kritického myšlení, komunikačními dovednostmi, uvědomování si vlastních kvalit a dovednostmi zacházení se stresem (EMCDDA, 2010; WHO, 1993). **Teorie normativního přesvědčení** (Normative beliefs) postuluje, že chování a postoje jednotlivce jsou ovlivněny tím, jak jednotlivce posuzuje, co je z pohledu společnosti normální a akceptovatelné (EMCDDA, 2010). Typická je argumentace: „Všichni berou drogy, proč bych je nebral i já?“ Při pohledu na statistiky se však ukáže, že toto přesvědčení je mylné. Programy vycházející z modelu sociálního vlivu jsou založeny na posilování rezistence k sociálnímu

tlaku, jednomu z identifikovaných rizikových faktorů zvyšujících pravděpodobnost užití návykových látek (McGuire, 1964; Tobler et al., 1986).

d) Modely komplexního vlivu sociálního prostředí

Tyto modely mají teoretické základy v konceptu rizikových a protektivních faktorů, přičemž cílem u mladých lidí je – často za podpory rodičů a důležitých dospělých – posilovat faktory protektivní a oslabovat faktory rizikové. Preventivní programy postavené na tomto modelu jsou v prevenci považovány za jedny z nejúčinnějších (EMCDDA, 2010). **Model problémového chování** (Problem behaviour) bere v potaz komplexní vztahy jednotlivce s prostředím spolu s kognitivní složkou, postoji, osobnostními, sociálními a behaviorálními faktory, které formují výsledné chování. Rizikové chování u mladých lidí tak může představovat způsob, jak se vyrovnat s nepřízní prostředí (EMCDDA, 2010; Jessor, Jessor, 1977; Jessor, 1991).

Model sociálního vývoje (Social development) se místo rizikových faktorů soustředí na posilování faktorů protektivních (budování pozitivních vztahů k rodině, škole, komunitě a vrstevníkům). Podle autorů se mladí lidé potřebují cítit, že jsou milovaní, schopní a důležití (EMCDDA, 2010; Catalano et al., 1992). Dle Sussmana et al. (2004) programy vycházející z **modelu komplexního vlivu sociálního prostředí** rozšiřují model sociálního vlivu o prvky poskytující nácvik dalších dovedností (např. komunikačních dovedností či asertivity), dále o prvky zaměřené na rozhodování, podporu vlastní aktivity, závazku ke skupině, komunitě a společnosti.

Použitá literatura:

- Adámková, T., Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovska, L. & Miovský, M. (2009). Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. *Adiktologie*, (9)2, 86–94.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente, R. J. & Peterson, J. L. (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp. 25–29). New York: Plenum Press.
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.*;112(1), 64–105.
- EMCDDA (2010). *Manuals: Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). Step 2a: Models and theories*. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>
- Ferrence, R. (2001). Diffusion theory and drug use. *Addiction* 96, 165–73.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597–605.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie* 9 (1), 11–19.
- Kandel, D. B. (1980). Development stages in adolescent drug involvement. In: Lettieri, D. J., Sayers, M. & Pearson, H. W. (Eds), *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monographs No 30.
- Kumpfer, K. L. & Turner, C. W. (1990–1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of the Addictions* 25(4A): 435–463.
- McGuire, W. J. (1961). The effectiveness of supportive and refutational defenses in immunizing defenses. *Sociometry* 24, 184–97.
- National Institutes of Health (NIH) (2005). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice (Second Edition)*. NIH. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3), 390–395.

- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In: DiClemente, R. J. & Peterson, J. L. (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp. 5–24). New York: Plenum Press.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W. & Newcomb, M. D. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of „drug abuse“ prevention. *Subst Use Misuse*, 39 (10–12), 1971–2016.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *J. Drug Issues* 16(4), 537–567.
- World Health Organization (1993). Increasing the relevance of education for health professionals. In: EMCDDA, *Models and theories*. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>

Doporučená literatura:

- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addict Behav.* 27(6), 1009–23.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. & Lemma, P. (2008a). School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review. *Prev Med.* 46(5), 385–96.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W. & Newcomb, M. D. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of „drug abuse“ prevention. *Subst Use Misuse* 39(10–12), 1971–2016.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *J. Drug Issues* 16(4), 537–67.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P. M., Diana, G., Streke, A. V. & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 metaanalysis. *J. Prim. Prev.* 20(4), 275–336.

25 Typy preventivních intervencí

(Types of preventive interventions)

Roman Gabrhelík

Při konstrukci preventivních programů se vychází z teoretických transdisciplinárních konceptů a modelů (viz **teoretické modely**). Toto heslo obsahuje celkem 13 základních typů programů, které jsou užívány v preventivní praxi. Tematicky jsou seskupeny do pěti kategorií, a to programy: zaměřené na rozvoj životních dovedností; zaměřené na intrapersonální rozvoj; se sociální komponentou; založené na poskytování informací; pro rodiče. Preventivní programy rizikového chování mají svá specifika, z nichž za nejdůležitější považujeme zejména následující tři. Prvním specifickým je, že vzájemnou kombinací jednotlivých typů a komponent programů se jejich efektivita zvyšuje. Druhým specifickým je, že některé typy jsou vhodné pro všechny úrovně prevence (všeobecná, specifická, indikovaná, časná diagnostika a intervence), jiné pouze pro jednu nebo dvě úrovně. Třetím je skutečnost, že i sebeefektivnější typ programu ztrácí svou efektivitu, pokud je prováděn neprofesionálně, bez odpovídajících znalostí, dovedností a kompetencí koncového realizátora, mimo indikaci.

Uvádíme základní typy programů, které jsou užívány v preventivní praxi, volně dle Gallà et al. (2005), Van der Stel et al. (1998) a Institute of Medicine (2002).

a) Programy zaměřené na rozvoj dovedností pro život (↑)

Programy zaměřené na rozhodovací schopnosti: tento typ programů je zaměřen na zvyšování schopností cílové skupiny rozhodovat se racionálně v rizikových situacích (např. při rasových výpadech ve skupině či při nabízení drogy). Programy zaměřené na rozhodovací schopnosti používají prostředky jako rozvoj dovedností, které jsou nezbytné pro racionální rozhodování a podporu správné volby racionálních postupů při řešení problematických situací. Cílem této skupiny programů je zlepšení znalostí a dovedností, jak rozpoznat problém, ovládnutí technik kritického myšlení. Nejčastějšími užívanými formami této skupiny programů jsou přednášky, diskuze, techniky hraní rolí, nácvik.

Programy zaměřené na zvládnání úzkosti a stresu: učí cílovou skupinu, jak se vypořádat s úzkostí a se stresem, jak zvládat stresové situace (např. ve škole, v partě nebo ve vztazích). Vedle odpovídajícího posouzení vlastních schopností a vypořádání se s životními obtížemi je žádoucí také snížení míry vnímaného stresu, tj. posouzení a případné přehodnocení závažnosti probíhající stresové situace a nasedající stresové reakce. Klade si za cíl osvojení strategií, které jednotlivce vedou k lepšímu zvládnání stresu, proaktivnímu zvládnání problémových situací a k nalézání pozitivních alternativ (např. sport místo užívání drog) při konfrontaci se stresovými situacemi. Nejčastějšími formami jsou techniky nácviku dovedností, diskusní způsoby práce a další didaktické strategie (např. tištěné materiály s otázkami a cvičeními). Pozornost je věnována také technikám zvládnání fyzického stresu (např. relaxace).

Programy zaměřené na nácvik (rozvoj) sociálních dovedností: obvykle je tento přístup postaven na nácviku a rozvoji dovedností efektivně a bezpečně ovládat a zvládat mezilidskou komunikaci (jedná se tedy o obecněji zaměřené programy s širšími možnostmi uplatnění, než v případě programů zaměřených na nácvik dovedností odolávat tlaku). V programech jsou nacvičovány asertivní postoje a schopnosti komunikovat a řešit konflikty. Cílem je vybavit účastníky odpovídajícími sociálními – komunikačními a interpersonálními – dovednostmi a schopnostmi rozpoznat, vyhodnotit a řešit konflikty mezi lidmi. Sociální dovednosti by měly dosahovat takové úrovně, aby nedošlo k ohrožení pozitivního společenského přijetí. Nejčastější formy jsou hraní rolí a diskuze.

Programy zaměřené na nácvik dovedností odolávat tlaku: podporují dovednosti, jak rozpoznávat vnější tlaky k rizikovému chování (např. xenofobní projevy ve škole) ze strany vrstevníků, z médií, reklamy, od rodičů či jiných dospělých. Cílem je rozšíření výbavy pro asertivní odolávání negativním tlakům (např. rozvoj osobních dovedností, které povedou k odmítnutí nabízené návykové látky). Za nejčastější formy lze považovat programy, které jsou složeny z různých aktivit a forem instruktáže (filmy, diskuze aj.), jež např. poukazují na společenské tlaky vedoucí k různým podobám rizikového chování. Dále pak nácviky odmítání s využitím hraní rolí a diskuzí.

Programy zaměřené na budování pozitivního sebehodnocení: Pozitivní sebehodnocení snižuje pravděpodobnost rizikového chování (např. účasti na šikaně nebo užívání návykových látek). Účastníci programů se učí přijímat neúspěchy, poučit se z nich, ale současně jim nevěnovat příliš mnoho pozornosti – odrazují od vnímání sebe sama jako neúspěšného. Účastníci se také učí vnímat a přijímat úspěchy (např. úspěch je i to, že jsem náročný úkol dokončil, i když jsem neskončil první) a začleňovat je do svého sebeobrazu. Klade si za cíl rozvoj pozitivního sebehodnocení a zvyšování sebeúcty, kontinuální sebe-

podporu zvýšeného oceňování vlastní vrozené i rozvíjené zdatnosti a jedinečnosti. Nejčastěji probíhá formou diskuze a práce s cvičebnicemi.

Programy zaměřené na uvědomování si hodnot: učí členy skupiny uvědomovat si své osobní hodnoty a přijmout následky svého chování, přičemž rizikové chování je prezentováno jako chování, které je neslučitelné s danými osobními hodnotami. Cílem je tedy naučit cílovou skupinu rozpoznávat existující hodnoty a preferovat pozitivní hodnoty. Nejčastěji jsou užívány aktivity typu skupinové diskuze s využitím tištěných materiálů s otázkami a cvičeními.

Programy zaměřené na stanovování cílů: podporují jednotlivce v osvojení zdravého postoje, kde rizikové chování je chápáno jako neslučitelné s těmito cíli. Účastníci jsou seznámeni s reálnými prostředky a dovednostmi, jsou citliví ke stanovování časového rámce a odměn. Učí se stanovit si priority a následně preferované cíle přijmout jako životní volbu – pozitivní životní cíl. Cílem je vybavit děti a adolescenty dovednostmi, které jsou nezbytné pro stanovení a dosažení zamýšlených cílů. Jsou využívány různé typy instruktážních technik a cvičebnic, přičemž dosažené výsledky mohou být odměňovány.

b) Programy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností a aspektů (↑):

Programy zaměřené na stanovování norem: vycházejí z předpokladu, že mladí lidé mají často mylné představy o rozšířenosti rizikových typů chování (např. tvrzení: „Každý v mém věku kouří cigarety.“) a jejich společenské i individuální přijatelnosti. Funguje skrze ovlivňování (často nerealistických představ) o očekávaném výskytu a četnosti sledovaných jevů, o přijatelnosti sledovaných typů rizikového chování, případně u návykových látek o dostupnosti drog mezi vrstevníky. Cílem je stanovení jasných norem ve vztahu k rizikovým formám chování. V rámci těchto aktivit jsou často prezentovány výsledky vědeckých výzkumů či průzkumů veřejného mínění, následuje diskuze o přiměřenosti určitého chování. Bývá součástí komplexních preventivních programů.

Programy spojené se složením přísahy: sliby a závazky jsou založeny na pozitivních morálních zásadách (např.: rizikové chování v dopravě je společensky nepřijatelné, nebo: užívání drog představuje morální úpadek). Cílovou skupinu podporují ve složení slibu nebo učinění závazku, že se nebudou účastnit rizikového chování (např. programy nekuřáckých tříd). Umožňuje, aby mladí lidé sami přijali závazek, na kterém se skupina dohodne. Cílem je vytvoření skupinového tlaku neužívat návykové látky. Aktivity jsou vedeny formou dialogu, jehož výsledkem je složení slibu, který má formu petice nebo smlouvy.

Programy vrstevnické: lze se setkat také s názvy programů pomoci či peer programy. Proškolený peer (z angl. peer = vrstevník) může působit na své vrstevníky žádoucím směrem tak, aby jedinci ve skupině neužívali návykové látky nebo aby k užívání drog došlo co nejpozději. Specifikem je zapojení vrstevníků, kteří vystupují v roli poučeného člověka stejného postavení v oblasti rizikového chování. Peer poskytuje svým vrstevníkům pravdivé informace o rizikovém chování, umí nabídnout psychosociální podporu ohroženým jedincům ve skupině. Cílem je, aby peer byl všímavý k dění ve skupině, všímal si problémového chování, na které umí upozornit kompetentní osoby. Peer pozitivním směrem ovlivňuje znalosti a postoje skupiny. Programy jsou realizovány zejména ve školách pod vedením preventivních pracovníků (nejčastěji nestátních neziskových organizací) (PPP Brno, 2010).

c) Programy založené na poskytování informací

Programy informativní: jsou zaměřeny na předávání informací o dopadech rizikového chování. Jejich cílem je zvyšovat znalosti cílové skupiny o rizikovém chování (např. znalosti o legálních i nelegálních návykových látkách nebo formách šikany), o faktech a mýtech, které jsou s jednotlivými typy rizikového chování spojeny. Pozornost je věnována negativním, ale i pozitivním dopadům rizikových typů chování (např. užívání návykových látek), na tělesné a psychické zdraví i sociální prostředí jedince. Informace jsou nejčastěji zaměřeny na popis problémového chování, jeho rozdělení a typy, na příčiny, které vedou k rozvoji rizikových typů chování, a na historické a právní souvislosti. Sdělování informací by mělo být doplněno diskuzí s cílem doplnit a pozitivním způsobem ovlivnit znalosti o rizikovém chování a o jeho následcích. Má různé podoby, nejčastěji však je tento typ součástí běžné výuky, promítání filmů a videopořadů, diskuze, besedy. Méně obvyklou a současně diskutabilní formou jsou divadelní představení. Programy by měly být spíše doplňkové, jako součást komplexních a interaktivních typů preventivních programů.

Mediální kampaně: využívají vlivu masových médií na znalosti a postoje velké části cílové skupiny. Prostředky jsou televize, rozhlas, tiskoviny, internet. Nejčastěji se tak děje skrze televizní a rozhlasové vysílání. Z dosavadní evidence víme, že efektivita mediálních kampaní je s ohledem na vložené prostředky nulová či negativní (Zábranský, 2006; Ferrence, 2001).

d) Programy pro rodiče:

Rodičovské programy představují nehomogenní skupinu různých typů preventivních intervencí zacílených na rodiče. Funguje na základě vlivu na rizikové skupiny adolescentů skrze působení na členy primární rodiny. Cílem je změna

rizikového prostředí, v němž vyrůstají jejich děti. Nejčastějšími formami jsou edukativně koncipované programy a užití internetu, např. adaptace online vzdělávacího programu pro rodiče s názvem Prevence pro rozumné rodiče (<http://www.odrogach.cz>). Obecně patří tato skupina programů mezi velmi náročné, neboť rodiče, kteří by jimi měli projít především, vykazují velmi malou motivaci.

Použitá literatura:

- Adámková, T., Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovska, L. & Miovský, M. (2009). Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. *Adiktologie*, (9) 2, 86–94.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie* 9 (1), 11–19.
- Gallà, M. et al. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Praha: Úřad vlády ČR.
- Van der Stel, J. et al. (1998). Příručka prevence: Alkohol, drogy a tabák. Velvyslanectví nizozemského království.
- Institute of Medicine (2002). *Speaking of Health: Assessing Health Communications Strategies for Diverse Populations*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Zábranský, T. (2006). Neúspěch protidrogové mediální prevence v USA. Retrieved 29. 3. 2008 from: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/78/785/Neuspech-protidrogove-medialni-prevence-v-USA.html>
- PPP Brno – Pedagogicko-psychologická poradna Brno (2010). Peer programy. Retrieved 15. 6. 2010 from: <http://www.poradenskecentrum.cz/peer.php>
- Ferrence, R. (2001). Diffusion theory and drug use. *Addiction* 96, 165–73.

Doporučená literatura:

- Gallà, M. et al. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Praha: Úřad vlády ČR.
- Van der Stel, J. et al. (1998). Příručka prevence: Alkohol, drogy a tabák. Velvyslanectví nizozemského království.
- Institute of Medicine (2002). *Speaking of Health: Assessing Health Communications Strategies for Diverse Populations*. Washington, D. C.: National Academies Press.

26 Vzdělávání v primární prevenci

(Primary prevention education)

Lucie Jurystová, Miroslav Charvát

Vzděláváním v primární prevenci rozumíme prostředky a procesy, kterými předáváme pracovníkům a profesionálům působícím v primární prevenci rizikového chování (dále PPRCH) (v širším pojetí i jiným odborníkům či laikům) potřebné znalosti, dovednosti a kompetence důležité pro primárně preventivní práci s cílovými skupinami nebo výkon systémových koordinačních činností. V této souvislosti je národními autoritami (ministerstvo školství apod.) definován tzv. odborný profil či **kvalifikační standard** preventivního pracovníka. Hlavním cílem a argumentem pro vzdělávání je zamezit poškození svěřených dětí a mládeže, způsobenému neodborným „preventivním“ zásahem, jinými slovy jde o eliminaci či minimalizaci **iatrogenního působení** na cílové skupiny. **Primární prevence rizikového chování** má multioborový charakter, je založena na syntéze dílčích znalostí z mnoha oborů (psychologie, pedagogika, etopedie, neurovědy, epidemiologie, adiktologie, psychiatrie, pediatrie, právo, ekonomie, sociologie a další). To je dalším důvodem pro zavádění specializačního vzdělávání pro pracovníky s často velmi odlišnou původní kvalifikací (pedagog, sociální pracovník, lékař, vědecký pracovník atp.). Potřeba profesionalizace a specializace souvisí i s rychlým vývojem nových poznatků v této oblasti. Vzdělávání v prevenci je klíčové i pro účinnou **implementaci** preventivních programů, přičemž je podstatné získat nejen kvalitní vzdělání, ale též průběžnou metodickou podporu a systematickou **supervizi** během samotné realizace preventivních programů či intervencí (UNODC, 2004). Vzdělávání v primární prevenci může nabývat mnoha forem, upřednostňovány jsou však **metody interaktivní a zážitkové**, simulující reálné situace v praxi, založené na tzv. **zkušenostním učení**. Na vzdělávání v PPRCH se podílí celá řada klíčových nadnárodních, národních i regionálních institucí.

V historickém kontextu nalezneme často spíše vzdělávání v podobě dílčích kurzů zaměřených především na jednotlivé konkrétní typy či projevy rizikového chování (drogová problematika, sexuální chování, právní povědomí, ši-

kana atp.). V současné době je trendem větší integrace témat a jejich doplnění a zarámování zastřešujícím teoretickým pojetím (jako je např. **koncept dovedností pro život** (↑) – tzv. life skills, **koncept normativních přesvědčení** (↑) nebo **prevence založená na komunitním principu**). Vzdělávání v primární prevenci se v České republice a jejím historickém kontextu týká nejčastěji prostředí škol a školských zařízení, kde v tomto kontextu nalezneme odkaz na **další vzdělávání pedagogických pracovníků** dle Vyhlášky MŠMT ČR č. 317/2005 Sb. anebo probíhá jako celoživotní vzdělávání.

Dle UNODC (2004) by vzdělávání v prevenci mělo být zaměřeno na vybavení realizátora preventivního programu/intervence dovednostmi, které mu umožní identifikovat relevantní informace pro dospívající různého věku a sociálního zázemí, strategii a zdroje, jež nejvíce odpovídají potřebám cílové skupiny. Na vzestupu jsou v tomto ohledu například poznatky neurověd o fungování lidského mozku v období adolescence či role tzv. **systému odměny** v rozvoji závislostního chování (EMCDDA, 2009). UNODC (2004) dle Botvina (1995) identifikovalo několik klíčových oblastí, které by ve vzdělávání v prevenci měly být obsaženy. Jde především o to, aby jeho absolventi pochopili podstatu teorií vztahující se k rizikovému chování a preventivním programům/intervencím. To se odráží v získání znalostí a dovedností potřebných pro realizaci programu v souladu s jejich konkrétním prostředím školy, do níž má být implementován. Nedílnou součástí je získání znalostí o vývojových změnách a měnících se potřebách v životě dospívajícího a dovedností na ně efektivně reagovat, stejně jako rozvoj strategií pro práci s třídním kolektivem. Další cíle vzdělávání v prevenci představují (UNODC, 2004):

- schopnost identifikovat dospívající s (potenciálně) rizikovým chováním a poskytnout jim efektivní pomoc,
- doplnění/rozšíření teoretických znalostí o užívání návykových látek a souvisejících tématech,
- rozšíření repertoáru metod a technik využívaných při realizaci preventivních intervencí/programů,
- zvýšení kompetencí realizátorů preventivních intervencí/programů ve využívání interaktivních metod práce,
- zvýšení sebevědomí, zaujetí a angažovanosti realizátorů preventivních intervencí/programů,
- získání/rozvinutí dovedností plánovat a implementovat preventivní program/intervenci.

Při vzdělávání, které obsahuje jak **sebezkušenostní** (zážitkovou) komponentu, tak rozmanité techniky učení založené na aktivním a **interaktivním zapojení**, se absolventi spíše naučí přenést nabyté dovednosti do praxe. Ze zvýšené kompetentnosti, sebevědomí a zaujetí učitele pak mohou profitovat i studenti (UNODC, 2004). Existují ověřené funkční prvky úspěšných vzdělávacích pro-

gramů pro pedagogy (UNODC, 2004), mezi které patří: diskuze v malých skupinách, modelové situace a hraní rolí, využití videa a filmu, samostudium, práce ve velké skupině a lektorování. Inovativním prvkem je tzv. zkušenostní učení (experiential learning), které kombinuje různé styly učení – rozbor konkrétní situace, jeho pozorování a reflexe, abstrakce a zevšeobecnění konceptu. Napomáhá propojování teorie a praxe a lepšímu porozumění, testování nových nápadů a idejí a hypotéz.

Byly definovány další podmínky, které přispívají úspěšnému vzdělávání pedagogů. Představuje je především zjevná podpora managementu a administrativního aparátu školy, průběžné vzdělávání školního personálu, vzdělávání zaměřené na rizikové chování celkově, časová a organizačně technická podpora programu/intervence (UNODC, 2003, Jurystová, 2009). Z hlediska své formy může mít vzdělávání v prevenci různorodou podobu, např. krátkodobých i dlouhodobých kurzů, seminářů, workshopů, ale i e-learningu a **sebezkušenostních (zážitkových) aktivit**. Dalším prostředkem vzdělávání jsou **metodická podpora, intervizní setkávání a supervize**, které umožňují pracovníkům uvažovat nad kvalitou své práce, zvyšovat schopnosti **reflexe a sebereflexe**, a tímto dále rozvíjet své **profesionální a osobnostní kompetence** (MŠMT, 2007).

V souvislosti s výše zmíněným definovaným profilem preventivního pracovníka musí vzdělávání v prevenci reflektovat jeho **kvalifikační standard** a poskytnout platformu pro jeho ověřování (hodnocení, kvalifikační zkoušky). Ověřování kvalifikačních předpokladů (znalostí, dovedností a kompetencí) poté spadá do kompetence tzv. **autorizovaných osob a autorizovaných organizací** pověřených Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy (Charvát, Jurystová & Miovský, 2012). Důležitou roli v procesu vzdělávání **pracovníků v primární prevenci** hrají **vzdělávací instituce**, které v tomto ohledu poskytují odbornou či finanční podporu, nebo se vzděláváním v prevenci samy aktivně zabývají. Z hlediska významu a působnosti můžeme tyto klíčové instituce rozdělit na nadnárodní, národní a regionální:

- ◆ Nadnárodní – tj. celosvětové či evropské organizace a authority jako např. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA), Světová zdravotnická organizace (WHO), The Mentor Foundation (<http://www.mentorfoundation.org>), Eudap Faculty (www.eudapfaculty.net), European Society for Prevention Research (EUSPR), National Institute on Drug Abuse (NIDA), Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA).
- ◆ Národní instituce – patří sem jednak organizační složky státu (v ČR například MŠMT, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Národní ústav pro vzdělávání), ale též neziskové organizace s celonárodní působností

(v ČR např. o. s. Sananim, Sdružení Podané ruce, o. s.). Obecně je můžeme nazvat jako **národní kontaktní místa** (national focal points – NFP) pro primární prevenci.

- ◆ Regionální instituce – obzvláště na této úrovni v systému fungují tzv. **regionální centra prevence**, která nemusí být takto nutně formálně ustanovena, ale často se formují z přirozených, již etablovaných aktérů na poli prevence (Miovský, 2010). Patří mezi ně jednak státní příspěvkové organizace (např. pedagogicko-psychologické poradny, akademická pracoviště univerzit se zaměřením na školství a prevenci), ale stejně jako na vyšších úrovních též nestátní neziskové organizace (např. občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církve).

Pro rozvoj poznání a **vzdělávání v primární prevenci** je nezbytná též odborná literatura, periodika a konference (v ČR jsou to např. časopis Adiktologie, Prevence, Pedagogicko-psychologické poradenství, konference Primární prevence rizikového chování, v mezinárodním kontextu pak např. The Journal of Primary Prevention, Prevention Science, Drugs in Focus aj.). Je však nesmírně důležité věnovat zvýšenou pozornost kvalitě teoretických zdrojů a důvěřovat pouze těm, které jsou ověřené například **vzdělávacími institucemi** či oficiálními koordinačními centry, neboť ty by měly stavět na tzv. primární **prevenci založené na důkazech** (evidence-based prevention). V oblasti primární prevence se totiž stále můžeme setkat s celou řadou mýtů založených na neúčinných základech pramenících z mocenských či ekonomických zájmů. I z toho důvodu je důležité do vzdělávání v širším kontextu zahrnout nejen profesionály na poli primární prevence, kteří přímo pracují s cílovými skupinami, ale též například ředitele škol, rodiče, dobrovolníky, novináře a vůbec širokou veřejnost. Podstatné místo v tomto výčtu mají i političtí představitelé a úředníci, díky nimž je posléze možné efektivněji prosazovat a implementovat **vědecky ověřené preventivní programy**.

Použitá literatura:

- Botvin, G. (1995). Prevention Update. Cornell University Medical College, Institute of Prevention Research, United States of America.
- EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M. (2012). Čtyřúrovňový model vzdělávání v primární prevenci. [nepublikovaný koncepční materiál projektu ESF OP VK „VYNŠPI“ reg. č. CZ.1.07/1.3.00/08.0205]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence [Unplugged Primary Prevention Programme – Formative Evaluation of the Implementation Process by School Prevention Workers]. Adiktologie, (9)1, 10–19.
- Mioviský, M. (2010). Budoucí možnosti koordinace primární prevence na krajské a regionální úrovni. In: Mioviský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- MŠMT (2007). Metodický pokyn pro poskytování supervize.
- United Nations Office on Drugs and Crime Prevention (UNODC) (2004). School-based Drug Education: A guide for practitioners and the wider community. United Nations, Vienna.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2004). Schools: School-based education for drug abuse prevention. United Nations, Vienna.
- Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.

Doporučená literatura:

- Jurystová, L., Mioviský, M., Šťastná, L. & Gabrhelík, R. (2011). Metodika prevence užívání návykových látek Unplugged – zkušenosti v České republice. Prevence.
- Jurystová, L. & Mioviský, M. (2010). Vybrané aspekty organizační a odborné podpory pedagogů při realizaci metodiky Unplugged ve školách: výsledky evaluace implementace projektu EUDAP. Adiktologie, (10)3, 146–153.

27 Základní úrovně provádění prevence

(Basic levels of prevention implementation)

Roman Gabrhelík

Preventivní intervence je realizována s těmi, u nichž není předem známo, zda dojde k plnému rozvoji rizikového chování (choroby) či nikoli (O'Connell et al., no date). Zacílené **intervence primární prevence** jsou realizovány v rámci **specifické primární prevence**, jedná se tedy o aktivity specificky zaměřené na jeden nebo více typů rizikového chování. Specifickou primární prevencí dále dělíme na **univerzální**, která obvykle pracuje s obecnou populací, dále **selektivní**, jež se zaměřuje na rizikové skupiny, a konečně **indikovanou** prevencí, která pracuje s ohroženými jednotlivci. Zvláštní postavení má **časná diagnostika a intervence**, zejména proto, že často bývá součástí léčby a léčebných (biomedicínských, psychologických a psychosociálních) intervencí.

V současné praxi prevence rizikového chování je užíváno dělení primární prevence na prevenci nespecifickou a prevenci specifickou z důvodů historického vývoje terminologie v České republice a některým odlišnostem s terminologií mezinárodní (Miovský, 2010). **Nespecifická primární prevence** (MŠMT, 2005, s. 4) je charakterizována cílem, kterým je „výchova dětí a mládeže ke zdraví, k osvojení pozitivního sociálního chování a snaha o zachování integrity osobnosti“. Představuje nosnou část celého systému preventivního působení a je realizována především za využití bohaté sítě nevykonnostních/rekreačních sportovních a kulturních volnočasových aktivit a programů. **Specifická primární prevence** (MŠMT, 2005, str. 6 a 7) představuje aktivity a programy s úzkým zaměřením na jeden či více typů rizikového chování (↑) a na rizika s nimi spojená. Nebyla by pro daný typ rizikového chování v praxi rozvíjena, pokud by „neexistovaly problémy spojené s daným typem rizikového chování“. Má tři hlavní charakteristiky:

- jednoznačně vyjádřený vztah k oblasti rizikového chování a souvisejícím tématům,
- je realizována v přesně vymezeném čase a prostředí, což umožňuje evaluaci těchto typů programů,

- je zaměřena na jasně definovanou cílovou skupinu (např. dle věku, potřeb, míry ohrožení aj.) a s ohledem na potřeby cílové skupiny zavádí preventivní intervence.

V případě specifické prevence považujeme za nezbytné zdůraznit imperativ kontinuálně sledovat kvalitu a efektivitu, tj. provádět kontinuální evaluaci preventivních intervencí, realizátorů na všech úrovních, dlouhodobě sledovat, jaký má intervence efekt na cílovou skupinu atd. (více viz heslo *Evaluace*). V rámci specifické prevence rizikového chování dále rozlišujeme tři úrovně v závislosti na velikosti cílové skupiny, se kterou pracují. Přestože jsou úrovně tři, někdy je obtížné vést jasnou dělicí čáru mezi jednotlivými úrovněmi a tyto úrovně se vzájemně překrývají.

Univerzální prevence (↑): *Cílovou skupinou* univerzální prevence je obecná populace nebo subpopulace (např. žáci druhého stupně základních škol, rodiče), která je v běžném pásmu pravděpodobnosti výskytu rizikových forem chování (Springer & Phillips, 2007). Cílem univerzální prevence je zabránit zahájení rizikového chování (např. radikálně měnit stravovací návyky). V případě užívání návykových látek je relevantním cílem také oddálit experimenty s návykovou látkou do pozdějšího věku, dále lze edukovat o bezpečnějších formách užívání návykových látek tak, aby se maximálně snížila rizika (aplikace principů harm reduction přístupu). Identifikace problému u této úrovně prevence probíhá obvykle prostřednictvím celopopulačních studií (např. studie ESPAD, HBSC s žáky základních a středních škol). Intervence jsou nejčastěji prováděny v prostředí základní a střední školy, komunity. Základním požadavkem na odbornost je akreditovaný pedagog (školní metodik prevence), školský psycholog, proškolený pracovník neziskové organizace. Příkladem intervence na této úrovni je preventivní program školské drogové prevence Unplugged (Daněčková et al., 2009; Jurystová et al., 2009; Gabrhelík et al., in press).

Selektivní prevence (↑) je určena po cílové skupiny, u nichž je aktuálně či dlouhodobě zvýšené riziko výskytu rizikových forem chování (např. adolescenti neasimilované minoritní skupiny obyvatel) (Springer & Phillips, 2007). Je prováděna s cílem zabránit nástupu projevů rizikového chování. V případě užívání návykových látek je relevantním cílem také oddálit experimenty s návykovou látkou do pozdějšího věku, dále lze edukovat o bezpečnějších formách užívání návykových látek tak, aby se maximálně snížila rizika (aplikace principů harm reduction přístupu). Identifikace problému probíhá na základě epidemiologických a kohortových studií, údajů z registrů. Nejčastěji je prováděna v prostředí rodiny, komunity, klubů/párty/festivalů, škol a školských zařízení. Požadavky na odbornost vycházejí z toho, že se pracuje se skupinou s vyšším rizikem a mělo by tomu odpovídat i vzdělání preventivního odborného pracovníka (např. proškolený pracovník neziskové organizace, adiktolog, aj.). Jako příklady inter-

venčí lze uvést např. programy s mladistvými delikventy, práce s konfliktní či zanedbávající rodinou, vybrané intervence mezi návštěvníky tanečních akcí.

Indikovaná prevence (↑) má jako cílovou skupinu jednotlivce, u nichž se již objevil jeden nebo více příznaků, které jsou charakteristické pro sledovaný typ rizikového chování. Projevy však nejsou plně rozvinuty a neumožňují jednoznačnou diagnózu, např. dle MKN-10 (Springer & Phillips, 2007). Cílem je zabránit progresi a přechodu do chronických forem (např. zabránit přechodu z experimentálního či příležitostného užívání k závislosti na návykové látce či skupině látek). Dále maximálně snížit dobu a frekvenci výskytu projevů rizikového chování (NIDA, 1997). Problém je identifikován oproti vlastní potřebě jedince řešit problém, doporučení od učitele, (školního) metodika prevence (např. agresivní student), na základě výsledku screeningových nástrojů. Musí být zmapovány rizikové a projektní faktory jedince, jejich znalost je potřebná pro zvolení odpovídající intervence (NIDA, 1997). Nejčastěji je prováděna v prostředí specializovaných poradenských zařízení. Požadavky na odbornost jsou diktovány nezbytným odborným vzděláním v oborech zejm. psychologie, speciální pedagogika, adiktologie. Typickou intervencí jsou metody motivačních rozhovorů zaměřené na snížení nebo zamezení projevů rizikového chování. V České republice nejsou programy tohoto typu prevence významněji realizovány (EMCDDA, 2009). Významný je etický rozměr realizace indikované prevence, více viz EMCDDA (2009). Programy spadající pod selektivní a indikovanou prevenci jsou také někdy označovány jako zacílená prevence (targeted prevention; Sussman, 2004). Zvláštní postavení má časná diagnostika a intervence, a to zejména proto, že často bývá součástí léčby a léčebných (biomedicinských, psychologických a psychosociálních) intervencí.

Časná diagnostika a intervence (↑) je do určité míry vyjádřením překryvu indikované prevence a léčby (EMCDDA, 2009). Cílovou skupinou jsou ti, u nichž je žádoucí strukturovaná intervence léčebného typu specificky zaměřená na symptom rizikového chování (např. konzumace drog) (UNODC, 2006), zároveň jednoznačně nenaplnují kritéria DSM IV nebo MKN-10. Cílem je zabránit progresi a přechodu do chronických forem, zabránit poškození organismu a psychických funkcí, minimalizovat dopady v sociálním spektru. Maximálně snížit dobu a frekvenci výskytu projevů rizikového chování (NIDA, 1997). K identifikaci problému dochází na základě vlastní potřeby jedince řešit problém nebo na základě výsledků screeningových a diagnostických nástrojů. Nejčastěji je prováděna v prostředí specializovaných poradenských zařízení, ordinacích nelékařských a lékařských pracovníků. Požadavky na odbornost jsou: profesionál s odbornou specializací (atestací) v oborech lékařství, psychologie, pedagogika aj. Příklady intervencí lze klasifikovat jako prevenci s kombinací léčebného záahu, jež jsou v dané fázi projevů rizikového chování žádoucí (EMCDDA, 2009).

Použitá literatura:

- Adámková, T., Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovska, L. & Miovský, M. (2009). Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. *Adiktologie*, (9)2, 86–94.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. EMCDDA thematic papers. Luxembourg: EMCDDA.
- Gabrhelík, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D. M., Stastna, L. & Jurystova, L. 'Unplugged': A School-Based Randomized Control Trial to Prevent and Reduce Adolescent Substance Use in the Czech Republic. *Drug and Alcohol Dependence*, in press.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie* 9 (1), 11–19.
- Miovský, M. (2010). Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 11–20). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- MŠMT (2005). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT.
- National Institute on Drug Abuse. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide* (NIH Publication No. 97-4212). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- O'Connell, M. E., Boat, T. & Warner, K. E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people*. Washington, DC: The National Academies Press. Available at: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12480&page=36
- Springer, J. F., Phillips, J. L. (2007). *The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice*. Prevention Policy Paper Series, EMT Associates, Inc, Folsom, CA (available at http://www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf).
- Sussman, S., Sun, P., McCuller, W. J. et al. (2003). Project Towards no drug abuse: two-year outcomes of a trial that compares health educator delivery to self-instruction. *Prevention Medicine* 37, 155–162.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2006), *Guidance for the measurement of drug treatment demand* (available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index26898EN.html>).

Doporučená literatura:

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. EMCDDA thematic papers. Luxembourg: EMCDDA.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- National Institute on Drug Abuse (1997). Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide (NIH Publication No. 97-4212). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Springer, J. F. & Phillips, J. L. (2007). The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Prevention Policy Paper Series, EMT Associates, Inc, Folsom, CA (available at http://www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf).
- United Nations Office on Drugs and Crime (2006). Guidance for the measurement of drug treatment demand (available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index26898EN.html>).

28 Dovednosti pro život

(Life skills)

Lenka Čablová

Dovednosti pro život jsou schopnosti, které usnadňují adaptivní chování jedince a pomáhají ve zvládnání každodenních problémů. Jsou to schopnosti, které umožňují dětem a dospívajícím chovat se zdravým způsobem vzhledem k jejich přáním a potřebám – s cílem realizovat je v co nejširším rozsahu. WHO (2003) definuje životní dovednosti jako nadřazenou kategorii pro psychosociální schopnosti a interpersonální dovednosti, které pomáhají lidem činit informovaná rozhodnutí a vypořádat se s výzvami každodenního života. Tyto dovednosti umožňují jedinci přijmout svoji sociální odpovědnost a úspěšně zvládnout požadavky, očekávání a potencionální problémy, zejména v mezilidských vztazích (Taromian, 1999). Efektivní získávání a uplatňování životních dovedností může ovlivnit způsob, jakým se cítí jedinec sám i jeho okolí a může mít vliv také na způsob, jakým je vnímán druhými lidmi. Dochází tak k prolínání mezi intrapersonálními a interpersonálními dovednostmi. Dle Nešpora (in Höschl, 2002) můžeme životní dovednosti členit na **dovednosti sebeovlivnění** a **sociální dovednosti**.

Dovednosti pro život mohou přispět ke **vnímání vlastní účinnosti**, podpoře sebedůvěry a sebeúcty a podílejí se na vnímání duševní pohody (**well-being**). V procesu výuky a nácviu životních dovedností se děti tzv. učí „co dělat a jak to udělat“. Životní dovednosti významně souvisí s úrovní znalostí, osobními postoji a hodnotami jedince. Jejich osvojení se následně promítne v chování – zejména ve vztahu k vlastnímu zdraví a k prevenci **rizikového chování** (↑) či dalších fyzických i psychických zdravotních problémů (Hawkins et al., 1999; Manee, Khouiee & Zaree, 2011; Pharaoh, Frantz & Smith, 2011; WHO, 2003). Osvojení základních životních dovedností přispívá ke schopnosti adaptace obecných znalostí, postojů a hodnot do reálných dovedností a kompetencí. Životní dovednosti v praxi zlepšují mezilidskou **komunikaci**, schopnost kreativně řešit problémy, rozvíjejí **kritické myšlení** a schopnost **zvládnání stresu** a **náročných životních situací**. Tímto způsobem zvyšují celkovou **kvalitu života** jedince (Trauer et al., 1997).

Definice životních dovedností se budou pravděpodobně lišit napříč kulturami, přesto však dosavadní výzkumy naznačují, že existuje určité spektrum dovedností, které jsou v centru dovedností založených na iniciativách na podporu zdraví dětí a dospívajících (Botvin & Griffin, 2004; Bühler, Schröder & Silbereisen, 2008). Nešpor (2003) uvádí příklady dovedností potřebných pro život a jejich členění na **dovednosti sebeovlivnění** (↑) a **sociální dovednosti** (↑).

DOVEDNOSTI POTŘEBNÉ PRO ŽIVOT

Dovednosti sebeovlivnění	Sociální dovednosti
Schopnost se motivovat ke zdravému způsobu života a vhodně se motivovat i v jiných oblastech.	Schopnost čelit sociálnímu tlaku.
Schopnost oddálit uspokojení nebo potěšení.	Asertivní dovednosti – zdravé sebeprosazení.
Schopnost chránit a posilovat zdravé sebevědomí.	Schopnost empatie a porozumění životním situacím.
Schopnost plánovat čas, vést přiměřený a vyvážený životní styl.	Schopnost komunikace, vyjednávání, nacházení kompromisu apod.
Dovednosti při zvládnutí rizikových duševních stavů (úzkost, hněv, deprese, radost nebo nuda).	Dovednosti rozhodování se a schopnost předvídat následky určitého jednání.
Schopnost se uvolnit, používat vhodnou relaxační techniku, odpočívat.	Schopnost vytvářet vztahy a budovat si přiměřenou síť sociálních vztahů.
Další schopnosti pečovat o vlastní zdraví (výživa, cvičení, využívání zdravotní péče, hygiena atd.).	Mediální gramotnost – schopnost čelit reklamě a dalším negativním vlivům okolí.
	Schopnost racionálně hospodařit s penězi.
	Dovednosti týkající se volby a hledání vhodného zaměstnání a dobrého fungování v něm.
	Zvládnutí přechodu do nového prostředí nebo nové situace.
	V pozdějších letech i rodičovské dovednosti.

Níže uvádíme podrobný přehled **dovedností sebeovlivnění** (↑) (Gallà et al., 2005; University of Sydney, 2011; WHO, 1994; 2003).

- ◆ **Kritické myšlení**
- ◆ **Kreativní myšlení**
- ◆ **Řešení problémů**
- ◆ **Rozhodování se**
- ◆ **Sebeuvědomění**
- ◆ **Zvládání emocí**
- ◆ **Zvládání stresu**
- ◆ **Dovednost stanovování cílů**
- ◆ **Reflexe sebe sama**
- ◆ **Sebehodnocení**
- ◆ **Sebe-ocenění**
- ◆ **Vnímání vlastní účinnosti**
- ◆ **Organizace času**
- ◆ **Plánování a monitorování**
- ◆ **Plnění závazků**
- ◆ **Flexibilita**

Sociální dovednosti (↑) můžeme přehledně členit na (Komárková, Slaměník & Výrost, 2005; Nešpor in Höschl, 2002; Van der Kreeft et al., 2009; WHO, 2003):

- ◆ **Asertivní jednání**
- ◆ **Komunikace**
- ◆ **Empatie**
- ◆ **Schopnost čelit sociálnímu tlaku**
- ◆ **Dovednost odmítnout**
- ◆ **Sociální percepce**
- ◆ **Vztahové dovednosti**
- ◆ **Rodičovské dovednosti**
- ◆ **Schopnost zvládat konfliktní situace**
- ◆ **Tvořivost v sociálním chování**
- ◆ **Pracovní a studijní dovednosti**
- ◆ **Schopnost přizpůsobení**
- ◆ **Normativní přesvědčení**

Životní dovednosti popsané výše uvádíme v rozsahu, ve kterém je možné zajistit jejich výuku v rámci standardní školní docházky. Výuka a trénink životních dovedností tvoří základ vzdělávání dětí a adolescentů – s cílem podpořit jejich duševní pohodu a zdraví (**well-being**), interakce a **prosociální chování**. Zejména nácvik specifických dovedností, jako je schopnost asertivně odmítnout spolužáka, který dítěti nabízí drogu, nechráněný pohlavní styk, nebo zapojení se do vandalizmu, může být postavena na tomto základu. Dosavadní studie ukazují, že výuka životních dovedností, která je součástí školních programů, je efektivní způsob vzdělávání v **primární prevenci** (Botvin & Griffin, 2004; Caplan et al., 1992; Tobler et al., 2000; Springer et al., 2004).

Edukace v oblasti životních dovedností je založena na výuce obecných životních dovedností a zahrnuje praktický nácvik dovedností ve vztahu k hlavním zdravotním a sociálním problémům. Lekce a trénink životních dovedností by měly být kombinovány s poznatky o zdraví a mohou být kombinovány také s dalšími přístupy, např. programy k provádění změn v oblasti životního prostředí či sociálními aspekty, které ovlivňují zdraví a vývoj mladých lidí.

Mezi klíčová témata programů životních dovedností u dětí a dospívajících patří prevence užívání alkoholu a návykových látek, plánování těhotenství, podpora duševní pohody a schopnost **kooperativního učení**. Programy pro dospělé se zaměřují na nácvik **komunikace**, dovednosti **empatie** – zejména u studentů lékařských fakult, schopnosti řešení problémů a **kritického myšlení** pro obchodní manažery či **zvládání emocí** a **stresu** u pracovníků v pomáhajících profesích. Osvojení životních dovedností podporuje schopnosti, které přispívají k dobrému zdraví, vytváření kladných mezilidských vztahů a duševní pohodě (WHO, 1994). Škola představuje vhodné místo pro učení se životním dovednostem, neboť disponuje:

- významnou rolí v socializaci mladých lidí,
- snadným přístupem k dětem a dospívajícím,
- ekonomickou efektivností – využívá vlastní a stávající infrastrukturu,
- vícero zkušenými pedagogy na jednom místě,
- vysokou důvěryhodností při jednání s rodiči a členy dané komunity,
- možnostmi pro krátkodobou i dlouhodobou evaluaci.

Osvojení životních dovedností významně pomáhá při každodenním naplňování potřeb mladých lidí. Pokud je součástí školního kurikula, výzkumy ukazují, že pomáhá předcházet předčasným odchodům ze školy (Eggert et al., 1994; Pharaoh, Frantz & Smith, 2011; Tobler et al., 2000). Současně mohou být zkušenosti získané při vývoji a implementaci programu životních dovedností ve školách užitečné při tvorbě a realizaci programů v jiných podmínkách (Botvin & Griffin, 2004; Springer et al., 2004).

Použitá literatura:

- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211–232.
- Bühler, A., Schröder E. & Silbereisen, R. K. (2008). The role of life skills promotion in substance abuse prevention: A mediation analysis. *Health Education Research*, 23(4), 621–632.
- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S. & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 56–63.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., Nicholas, L. J. & Dicker, B. G. (1994). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school-based social network development program. *American Journal of Health Promotion*, 8, 202–215.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 226–234.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Nakladatelství TIGIS.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Manee, F. M., Khouiee, S. A. & Zaree, H. (2011). The effect of three life skills instruction on the general health of college freshmen. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(85), 127–137.
- Nešpor, K. (2003). *Metodika prevence ve školním prostředí*. Praha: Fontis pro MŠMT.
- Pharaoh, H., Frantz, J. & Smith, M. (2011). Life skills as predictors of engagement in health risk behaviours: A survey of secondary school learners. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, June (Supplement), 70–81.
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171–194.
- Taromian, F. (1999). Life skills; definitions and theoretical basics. *Journal Zharfaye Tarbiat*, 4, 32–35.
- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P. et al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275–336.
- Trauer, T., Duckmanton, R. A. & Chiu, E. (1997). The assessment of clinically significant change using Life skills profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 257–263.
- University of Sydney (2011). Personal skills. Retrieved 1st September 2011 from: http://sydney.edu.au/science/uniserve_science/projects/skills/jantrial/personal.htm

- Van der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M., Lindahl, A. M., Melero, J. C., Vassara, M., Faggiano, F., the EU-Dap Study Group. (2009). Unplugged: a new European school program against substance abuse. *Drugs Education Prevention and Policy*, 16, 167–181.
- World Health Organization (1994). *Life skills education in schools*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific (2003). *Value Adolescents, Invest in Future: Educational Package. Facilitator's Manual*. Manila, Philippines.

Doporučená literatura:

- Bharath, S., Kishore, K. V. & Vranda, M. N. (2003). *Activity manual for the teachers on health promotion using life skills approach, 10th Standard (Kannada Version)*. Bangalore: NIMHANS.
- Bharath, S. & Kumar, K. V. (2008). Health promotion using life skills education approach for adolescents in schools – Development of a model. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health*, 4(1), 5–11.
- Botvin, G. J. & Kantor, L. W. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol Research & Health*, 24(4), 250–257.
- Butler, J. & James, R. (2000). 'Life skills': Social skills training for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 44(3&4), 227–234.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviour*, 27, 1009–1023.
- Kerr, M. M. & Nelson, C. M. (1998). *Strategies for managing behavior problems in the classroom* (3rd ed.). Columbus, Ohio: Prentice Hall.
- Wahl, M. S., Patak, M. A., Pospel, P. & Hautzinger, M. (2011). A school-based universal programme to prevent depression and to build up life skills. *Journal of Public Health*, 19 (4), 349–356.

Doslov

Výkladový slovník základních pojmů a konceptů školské primární prevence rizikového chování je dalším materiálem do kolekce základních textů pro preventivní pracovníky a širší odbornou veřejnost. Tyto hlavní pojmy tvoří základní jazykový a výkladový rámec a podporu dalším textům, které na něj navazují. Doplnuje původní učebnici (Miovský a kol., 2010) z roku 2010 a rozšiřuje její záběr právě o kontextuální výklad základních pojmů a konceptů. Současně ale slovník vytváří bázi pro dokumenty, které v projektu VYNSPI vznikly. Jedná se především o Příklady dobré praxe preventivních programů a intervencí (Širůčková a kol., 2012), který nabízí přehled několika vybraných programů a intervencí používaných v naší zemi v různých organizacích. Příklady jsou zpracované dle jednotné struktury a nabízejí ucelený obrázek toho, co dnes praxe v tom nejlepším smyslu slova nabízí. Dobrým příkladem může být Asociace pro poruchy příjmu potravy (PPP), která aktuálně garantuje preventivní programy v této oblasti a vyvíjí internetové preventivní mezinárodní programy (viz přímo www.proyouth.eu), včetně vzdělávání (viz např. Centrum pro poruchy příjmu potravy) a vytváření vědecky ověřených programů prevence (viz též Papežová, 2010). Dalším zásadním textem je pracovní návrh struktury a doporučeného obsahu a rozsahu Minimálního preventivního programu (Miovský, Skácelová, Čablová, Veselá & Zapletalová, 2012). Dlouhé roky se o tzv. Minimálním preventivním programu diskutuje. Je obsažen v mnoha dokumentech, současně však jeho podoba, parametry či doporučený obsah jsou věci, které se ukazují být nejasné, málo prodiskutované a často zde narážíme na obrovské terminologické a definiční propasti. Některá z hesel slovníku by měla v této diskusi pomoci najít možná východiska. Stejně tak je tomu v případě posledního z větších dokumentů, na kterých pracovala poměrně velká skupina kolegů a kterými jsou Standardy kvality (Pavlas Martanová et al., 2012). Ty od své první publikované verze v roce 2005 (která navázala na verzi připravenou ve spolupráci s kolegy z neziskového sektoru v rámci projektu Phare 2000, z roku 2001) prošly opakovanou důkladnou diskusí. Pracovní kolektiv vedený Veronikou Martanovou připravil důkladnou a hlubokou revizi dokumentu. Nebál se jít do základní architektury dokumentu a pojetí jednotlivých hodnocených oblastí. I zde jsme se snažili promítnout terminologii tak, aby byla v souladu s ostatními dokumenty a držela jeden společný rámec.

Budeme rádi, pokud ke slovníku budete mít jako čtenáři a uživatelé připomínky a nápady a budete ochotni se s námi o ně podělit. Tímto momentem se otevírá další etapa spočívající v diskusi o předložené podobě, o výkladu a pojetí pojmů a koncepcí. Předpokládáme budoucí úpravy a zpřesnění, stejně tak jako doplnění o další významné pojmy, na něž se již nedostalo a které by měly být zpracovány. Slovník by tak měl být naším společným živým dílem, ke kterému se budeme vracet, ujasňovat si své pohledy a interpretace a současně sledovat vývoj také na zahraniční scéně. Dobré a kvalitní slovníky nevznikají během několika měsíců, dokonce často ani během několika let. Ty nejlepší jsou vybrušovány po dlouhá desetiletí a tvoří poznatkovou pokladnici a základ každého oboru.

Seznam použité literatury

- Adámková, T., Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovská, L. & Miovský, M. (2009). Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. *Adiktologie*, (9)2, 86–94.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- AKŠKP (2011). <http://rejstrik.penize.cz/ares/22877126-asociace-krajskych-skolskych-koordinatoru-prevence-o-s> Staženo 17. 2. 2012.
- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H. & Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BioMed Central Public Health*, 7, 53.
- Arslan, E., Durmusoglu-Saltali & Yilmaz, H. (2011). Social skills and emotional and behavioral traits of preschool children. *Social Behavior and Personality*, 39(9), 1281–1288.
- Avcioğlu, H. (2005). *Social skills training with activities*. Ankara: Kök.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. Pp. 25–29 in *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*, DiClemente, R. J. and Peterson, J. L., eds. New York: Plenum Press.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Beccaria, C. (1893). *O zločinech a trestech*. Praha: Bursík a Kohout.
- Běhounková, L. (2010). Artefietická prevence, intervence a poradenství v kontextu inkluzivního vzdělávání žáků s problémy v chování na 2. stupni ZŠ. *Speciální pedagogika*, 20(1), 10–31.
- Běhounková, L. (2011). *Rozvoj sociálních dovedností ohrožených dětí v institucionální výchově v kontextu přípravy na samostatný život*. Disertační práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.
- Belz, H. & Siegrist, M. (2001). *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál.
- Bém, P. & Kalina, K. (2003). Úvod do primární prevence – východiska, základní pojmy a přístupy. In: Kalina K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kap. 10/1. Praha: Úřad vlády ČR.

- Botvin, G. (1995). Prevention Update. Cornell University Medical College, Institute of Prevention Research, United States of America.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211–232.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. In: Sloboda, Z. & Bukowski, W. J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention: Theory, science and practice* (pp 45–69). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Brounstein, P. J., Zweig, J. M., Gardner, S. E. et al. (2001). *Science-Based Substance Abuse Prevention: A Guide*. The Department of Health and Human Services (DHHS).
- Bryman, A. (2001). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Bühler, A., Schröder, E. & Silbereisen, R. K. (2008). The role of life skills promotion in substance abuse prevention: A mediation analysis. *Health Education Research*, 23(4), 621–632.
- Caldarella, P. & Merrell, K. W. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: a taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, 26(2), 264–278.
- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S. & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 56–63.
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.*; 112(1), 64–105.
- Clarke, A. et al. (2011). Describing and assessing interventions to address anti-social behaviour. Home Office Research Report 5.1.
- Cohen, S. & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In: Neufeld, R. W. J. (Ed.). *Advances in the investigation of psychological stress*. Wiley, New York, 235–283.
- Coie, J. et al. (1995). Childhood peer rejection and aggression as predictors of stable patterns of adolescent disorder. *Development and Psychopathology*, 7, 697–713.
- Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. A., Reeslund, K. L., Fear, J. et al. (2010). Coping and Parenting: Mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 623–634.
- Čablová, L., Štátná, L., Charvát, M., Maierová, E., Endrödiová, L. & Dolejš, M. (2011). Preventure – metoda krátké cílené intervence. *Adiktologie*, (11)2, 92–98.
- Čech, T. (2005). Primární drogová prevence a protidrogová výchova ve školách. In: Strélec, S. (ed.). *Studie z teorie a metodiky výchovy II* (pp. 140–152). Brno: Masarykova univerzita.
- Čech, T. (2011). Škola a její preventivně-výchovná strategie jako předpoklad rozvoje kompetencí dětí. *Prevence*, 8(7), 4–7.
- ČSN EN 45012. Všeobecné požadavky na orgány provádějící posuzování a certifikaci/registraci systémů jakosti.

- ČSN EN ISO 19011. Směrnice pro auditování systémů managementu jakosti a/nebo systémů environmentálního managementu.
- ČSN EN, ISO/IEC 17024. Posuzování shody – všeobecné požadavky na orgány pro certifikaci osob.
- Dégi, C. L. (2009). A review of drug prevention system development in Romania and its impact on youth drug consumption trends, 1995–2005. *Drug and Alcohol Review*, 28, 419–425.
- Donaldson, S. (2002). High-potential Mediators of Drug-Abuse Prevention Program Effects. In: Crano, W. D., Burgoon, M. (Eds.). *Q0a4. Mass Media and Drug prevention: Classic and contemporary theories and research.* (pp. 215–230). Mahwah, NJ: Erlbaum. Retrieved 15. 9. 2011 from <http://www.cgu.edu/pages/904.asp>
- Donovan, J. (1996). Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Drug Issues*. Vol 26(2), pp. 379–404.
- Durlak, J. A. (1998). Why program implementation is important? *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 17, 5–18.
- Dworkin, J. (2005). Risk taking as developmentally appropriate experimentation for college students. *Journal of Adolescent Research*, 20, 2, 219–241.
- Education, Recreation and Dance*, June (Supplement), 70–81.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., Nicholas, L. J. & Dicker, B. G. (1994). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school-based social network development program. *American Journal of Health Promotion*, 8, 202–215.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Graczyk, P. A. & Weissberg, R. P. (2003). Implementation, sustainability, and scaling up of social-emotional and academic innovations in public schools. *School Psychology Review*, 32(3), 303–319.
- EMCDDA (1998). Guidelines for the evaluation of drug prevention. Series Manuals No. 1. Lisabon: EMCDDA.
- EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA (2010). Prevention Profiles. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/prevention-profiles>
- EMCDDA (2011). EMCDDA Manuals No 7. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: The Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2011). Target groups of selective prevention. Retrieved 17th November 2011 from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index93851EN.html>
- EMCDDA. (2010). Manuals: Prevention and evaluation resources kit (PERK). Step 2a: Models and theories. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. EMCDDA thematic papers. Luxembourg: EMCDDA.

- Fairchild, A. J., MacKinnon, D. P., Taborga, M. P. & Taylor, A. B. (2009). R2 effect size measures for mediation analysis. *Behavior Research Method*, 41(2), 486–489.
- Fearnow-Kenney, M. D., Wyrick, D. L., Hansen, W. B., Bibeau, D. L. & Dyreng, D. (2004). Normative beliefs, alcohol expectancies and alcohol-related problems among college students: Implications for theory and prevention practice. *Journal of Alcohol and Drug Education* 47 (1), 31–44.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399–419.
- Ferrence, R. (2001). Diffusion theory and drug use. *Addiction* 96, 165–73.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
- Foucault, M. (1999). *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin.
- Foucault, M. (2000). *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.
- Franzowiak, P. (2002). Primary drug prevention: Developments in Germany since the 1970s. *Journal of drug issues*. 491–502.
- French, D. C. & Conrad, J. (2001). School dropout as predicted by peer rejection and antisocial behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 3, 225–244.
- Gabrhelík, R. (2010). Teoretické modely v primární prevenci a základní typy preventivních programů. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Gabrhelík, R. & Kubů, P. (2010). Informační zdroje v primární prevenci, pp. 135–139. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN Tišnov a Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze.
- Gabrhelík, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D. M., Stastna, L. & Jurystova, L. 'Unplugged': A School-Based Randomized Control Trial to Prevent and Reduce Adolescent Substance Use in the Czech Republic. *Drug and Alcohol Dependence*, in press.
- Gajdošová, E. (1998). *Školský psycholog a jeho vstup do humanizace našich škol*. Bratislava: Príroda.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Garmezy, N. & Masten, A. S. (1986). Stress, competence, and resilience: Common frontiers for therapist and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 17:500–521.
- Gázquez Pertusa, M., García del Castillo, J. A. & Ruiz Alfaro, I. (2011). Importancia de la fidelidad en la implementación de programas escolares para prevenir el consumo de drogas. *Health and Addictions* (2), retrieved: <http://www.haaj.org/sites/default/files/0-3-importancia.pdf>, 7th October 2011.
- Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.

- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A. & Zins, J. E. (2005). The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice (Volume 3). DHHS Pub. No. (SMA). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Gresham, F. M., Elliott, S. N., Vance, M. J. & Cook, C. R. (2011). Comparability of the social skills rating system to the social skills improvement system: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 27–44.
- Gülay, H. (2009). Peer relations in the preschool stage. *Journal of Balikesir University. Social Sciences Institute*, 12 (22), 82–93.
- Haddrill, K., Singh, K. & Bennett, T. (Ed.) (2007). Self management. Academic tip sheet. Edith Cowan University. Retrieved September 2, 2011 from: http://www.ecu.edu.au/CLT/tips/docs/self_management.pdf
- Hamanová, J. & Hellerová, P. (2000). Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). *Československá pediatrie*, 55 (6), 380–387.
- Harré, N. (2000). Risk evaluation, driving, and adolescents: A typology. In: *Developmental Review* 2000, No. 20, pgs. 206–226. Dostupný z [www: <http://www.idealibrary.com>](http://www.idealibrary.com)
- Harrington, A. et al. (2006). *Moderní sociální teorie*. Praha: Portál.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál.
- Havlík, R. (2007). *Úvod do sociologie*. Praha: Karolinum.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 112(1), 64–105.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 226–234.
- Helus, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada.
- Hill, G. (2010). Use of evidence based practices. Přednáška v rámci konference „Trestní politika, kriminalita a kriminologie: zkušenosti a nové výzvy“. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 16.–17. 9. 2010
- Holcnerová (Vondráčková), P. & Vacek, J. (2010). Využití internetu v léčbě abúzu a syndromu závislosti na alkoholu. *Adiktologie*, 10, 110–119.
- Holická, N. (2010). Realizace programu Zdraví 21 v kontextu MŠMT. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (s. 66–70). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Holland, W. W., Detels, R., Knox, G. (eds.) (1991). *Oxford Textbook of Public Health*, 2nd edition, Volume 1, 2, 3. UK: Oxford University Press.
- Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Nakladatelství TIGIS.
- Hughes, C. & Lloyd, J. W. (1993). An analysis of self-management. *Journal of Behavioral Education*, 3(4) 405–425.

- Hunter, S. (2007). Checklist for Evaluating Web Sites. Retrieved on 2011-10-20 from: www.library.dal.ca/How/Guides/Checklist/
- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M. (2012). Čtyřúrovňový model vzdělávání v primární prevenci. [nepublikovaný koncepční materiál projektu ESF OP VK „VYNŠPI“ reg. č. CZ.1.07/1.3.00/08.0205]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK.
- Institute of Medicine (2002). Speaking of Health: Assessing Health Communications Strategies for Diverse Populations. Washington, D.C.: National Academies Press.
- IREFREA (2003). Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation. Valencia: MARTIN IMPRESORES, S.M.
- Jandourek, J. (2007). Sociologický slovník. Praha: Portál.
- Janečková, B. & Daněčková, T. (Eds.) (2007). Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze.
- Janosz, M., Blanc, M. L., Boulerice, B. & Tremblay, R. E. (2000). Predicting different types of school dropouts: A typological approach with two longitudinal samples. *Journal of Educational Psychology*, 92, 1, 171–190.
- Jerfelt, T. (1998). Evaluation planning. In: Baker, O., Mounteney, J. & Neaman, R. (Eds.) (1998). Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph Series, No. 2. Lisbon: EMCDDA, s. 67–72.
- Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12, 597–605.
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In: Jessor, R. (ed.). 1998. New Perspectives on Adolescent Risk Behavior. New York: Cambridge University Press.
- Jessor, R. (2008). Description Versus Explanation in Cross-National Research on Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43, 527–528.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F. M. (1991). Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1997). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. In: Marlatt, G., VandenBos, G. R. (Eds.). Addictive behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment (pp. 239–264). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie* 9 (1), 11–19.
- Kaiser, G. (1994). Kriminologie. Praha: C. H. Beck.
- Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. Praha: ÚV ČR.
- Kandel, D. B. (1980). Development stages in adolescent drug involvement. In: Lettieri, D. J., Sayers, M. & Pearson, H. W. (Eds). Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives. NIDA Research Monographs No 30.

- Kant, I. (1976). *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda.
- Karabec, Z. (2004). Kriminologické aspekty trestní represe. In: Novotný, O., Zapletal, J. et al. (2004). *Kriminologie* (s. 203–222). Praha: ASPI.
- Kerr, M. M. & Nelson, C. M. (1998). *Strategies for managing behavior problems in the classroom*. (3rd ed.). Columbus, Ohio: Prentice Hall.
- Kirk, E. E. (2011). Evaluating Information Found on the Internet: Items to Consider. Retrieved on 2011-10-20 from: <http://guides.library.jhu.edu/evaluatinginformation>
- Kiššová, L. (Ed.) (2011). *Národní strategie protidrogové politiky 2010–2018, schválena usnesením č. 340 ze dne 10. 5. 2010, V ČR. 2011.*
- Kloep, M., Güney, N., Cok, F. & Simsek, Ö. F. (2009). Motives for risk-taking in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Adolescence*, 32(1), 135–151.
- Knapp, V. (1995). *Teorie práva*. Praha: C. H. Beck.
- Kolář, P. (2011). *Národní kvalifikační rámec vzdělávání (Q-RAM)*. Nepublikovaná prezentace. Dostupný 4. 6. 2012 na: <http://www.radavs.cz/prilohy/15p8Q-RAM-Kolar.ppt>
- Kolektiv autorů (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Komárková, R., Slaměník, I. & Výrost, J. (eds.) (2005). *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik*. Praha: Grada.
- Koncepce poskytování poradenských služeb ve školách, IPPP ČR. *Věstník MŠMT*, č. 7/2005.
- Kratochvíl, V. et al. (2009). *Kurs trestního práva. Trestní právo hmotné. Obecná část*. Praha: C. H. Beck.
- Kratochwill, T. R. & Shernoff, E. S. (2004). Evidence-based practice: Promoting evidence-based interventions in school psychology. [Article; Proceedings Paper]. *School Psychology Review*, 33(1), 34–48.
- Krch, F. D., Csémy, L., Drábková, H. (2003). Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů (Školní studie). *Česká a slovenská psychiatrie*, 8, 415–422.
- Kröger, Ch. (1998). Evaluation: Definitions and Concept. In: Baker, O., Mounteney, J. & Neaman, R. (Eds.) (1998). *Evaluation drug prevention in the European union*. Scientific monograph series, No. 2. (s. 61–66). Lisabon: EMCDDA.
- Kubů, P. (2002). *Obecné zásady, kritéria kvality, testování a cílová skupina využití internetu v projektech prevence závislosti a harm reduction*. *Adiktologie*, 2, 30-39.
- Kuipers, H. (1998). Measuring outcomes: methodology, Tudory and mediating variables. In: Baker, O., Mounteney, J. & Neaman, R. (Eds.) (1998). *Evaluation drug prevention in the European union*. Scientific monograph series, No. 2. (s. 73–80). Lisabon: EMCDDA.
- Kumpfer, K. L. & Turner, C. W. (1990–1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of the Addictions* 25(4A):435–463.
- Kury, H. (2008). *Fear of crime: punitivity: new developments in theory and research*. Brockmeyer Verlag.
- Lam, A. L., Cole, C. L., Shapiro, E. S. & Bambara, L. M. (1994). Relative effects of self-monitoring on-task behavior, academic accuracy and disruptive behavior in students with behavior disorders. *School Psychology Review*, 23(1), 44–58.

- Lane, K. L., Givner, C. C. & Pierson, M. R. (2004). Teacher expectations of student behavior: Social skills necessary for success in elementary school classrooms. *Journal of Special Education*, 38, 104–111.
- Lane, K. L., Gresham, F. M., O’Shaughnessy, T. E. et al. (2002). *Interventions for Children With or At Risk of Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: Allyn&Bacon.
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. et al. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research & Theory*, 18(1), 84–96.
- Lewin, K., Lippit, R. & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates. *Journal of social psychology*, 10, 271–299.
- Liu, L. C. & Flay, B. R. Aban Aya Investigators (2009). Evaluating mediation in longitudinal multivariate data: mediation effects for the Aban Aya Youth Project drug prevention program. *Prevention Science*, 10(3), 197–207.
- Loewenstein, G. F., Hsee, Ch. K. & Weber, E. U. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127, 2, 267–286.
- Macek, P. (2003): *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.
- MacKinnon, D. P. (2011, February). Integrating mediation and moderation in outcome studies. Paper presented at The International Conference on Outcomes Research. Retrieved 5. 10. 2011 from: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/lokala utbildningar/Documents/Mackinnon.pdf>.
- MacKinnon, D. P. & Luecken, L. J. (2008). How and for whom? Mediation and moderation in health psychology. *Health Psychology*, 27(2 Suppl), S99 – S100. 10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S99.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J. & Fritz, M. S. (2007b). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 59–614.
- MacKinnon, D. P., Johnson, A. J., Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Hansen, W. B., Flay, B. R. et al. (1991). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First year effects of the midwestern prevention project. *Health Psychology*, 10, 164–172.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Brown, C. H. et al. (2007a). The intermediate endpoint effect in logistic and probit regression. *Clinical Trials*, 4, 499–513.
- Maňák, J. & Švec, V. (2003). *Výukové metody*. Brno: Paido.
- Mancee, F. M., Khouiee, S. A. & Zaree, H. (2011). The effect of three life skills instruction on the general health of college freshmen. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(85), 127–137.
- Martanová, V., Skácelová, L., Slavíková, I., Braun, R., Valentová, K., Heider, D. et al. (2007). *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN v Praze.
- Matějček, Z. & Dytrych, Z. (1998). Riziko a resilience. *Československá psychologie*, 42(2), 97–104.
- McCarthy, D. M., Pedersen, S. L., Thompsen, D. M. & Leuty, M. E. (2006). Development of a measure of drinking and driving expectancies for youth. *Psychological Assessment*, 18, 2, 155–164.

- McConville, S. (Ed.) (2003). *The use of punishment*. Willan Publishing.
- McCormick, L. K., Steckler, A. B. & McLeroy, K. R. (1995). Diffusion of innovations in schools: A study of adoption and implementation of school-based tobacco prevention curricula. *American Journal of Health Promotion*, 9, 210–219.
- McCoy, A. R. & Reynolds, A. J. (1998). Evaluating implementation. In: Reynolds, A. J. & Walberg, H. J. (Eds.), *Advances in educational productivity: Vol. 7* (pp. 117–133). New York: JAI Press.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. & Bellis, M. (2007). *Prevenční užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací*. Praha: Úřad vlády ČR.
- McGuire, W. J. (1961). The effectiveness of supportive and refutational defenses in immunizing defenses. *Sociometry* 24, 184–97.
- McKeown, K., Haase, T. & Pratschke, J. (2001). *Springboard promoting family well-being: through family support services*. Dublin: Kieran McKeown Limited.
- Meir, C. R., DiPerna, J. C. & Oster, M. M. (2006). Importance of social skills in the elementary grades. *Education and Treatment of Children*, 29, 1–11.
- Metodické pokyny pro akreditaci MPA 60-01-04.
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (Č.j.: 20 006 /2007 – 51 ze dne 16. 10. 2007).
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D. & Elliott, D. (2004). Successful program implementation: lessons from blueprints. *Juvenile Justice Bulletin*, 1–11.
- Miovský, M. (2010). Budoucí možnosti koordinace primární prevence na krajské a regionální úrovni. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 70–74). Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Miovský, M. (2010). Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 13–28). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Miovský, M. a kol. (2010). Systém školské primární prevence rizikového chování. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 61–78). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Miovský, M. & Zapletalová, J. (2005). *Cílové skupiny programů specifické primární prevence užívání návykových látek a jejich rozlišení dle resortní příslušnosti*. Praha: MŠMT.
- Miovský, M., Miovská, L. & Kubů, P. (2004). *Evaluační programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti*. *Adiktologie* 3, 288–305.
- Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., Zapletalová, J. (2012). *Návrh doporučené struktury Minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.

- Morgan-Lopez, A. A. & MacKinnon, D. P. (2006). Demonstration and evaluation of a method to assess mediated moderation. *Behavior Research Methods*, 38 (1), 77–87.
- Mravčík, V. (Ed.) et al. (2009). *Zaostřeno na drogy, číslo 2/2009 (ročník sedmý). Česká protidrogová politika a její koordinace; Historie a současnost*. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- MŠMT (2005). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2007). *Metodický pokyn pro poskytování supervize*.
- MŠMT (2008). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2009). *Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012*, Praha: MŠMT.
- MŠMT (2010). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Č.j.: 21291/2010-28. MŠMT.
- Mühlpachr, P. (2002). *Sociální patologie*. Brno: MU.
- Musil, J. (2010). *Úvaha o přepínání trestní represe. Přednáška v rámci konference „Trestní politika, kriminalita a kriminologie: zkušenosti a nové výzvy“*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 16.–17. 9. 2010.
- MV ČR (2011). *Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012 až 2015*. Praha: MV ČR.
- MZ ČR (1999). *Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: MZ ČR.
- National Institute on Drug Abuse (1997). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide (NIH Publication No. 97-4212)*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institutes of Health (NIH) (2005). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice (second edition)*. NIH. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>
- Nelson, J. R., Smith, D. J., Young, R. K. & Dodd, J. M. (1991). A review of self-management outcomes research conducted with students who exhibit behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 16(3), 169–179.
- Nešpor, K. (2002). *Návykové nemoci*. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie* (s. 556–576). Praha: TIGIS.
- Nešpor, K. (2003). *Metodika prevence ve školním prostředí*. Praha: Fontis pro MŠMT.
- Nešpor, K. & Scheansová, A. (2009). *Dovednosti pro život v prevenci a léčbě návykových nemocí*. Staženo 22. 2. 2012 z <http://www.cepros.cz/odborna-verejnost/zahranicni-a-domaci-praxe/dovednosti-pro-zivot-v-prevenci-a-lecbe-navykovych-nemoci.html>
- Nešpor, K., Csémy, L. & Pernicová, H. (1999). *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag.
- Newcomb, M. D. (1995). *Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse*. In: Rahdert, E., & Czechowicz, D. (Eds.). *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*, National Institute on

- Drug Abuse Research Monograph 156. DHHS Pub. No. 95-3908. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Newton, N. C., Teesson, M., Vogl, L. E. & Andrews, G. (2010). Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*, 105(4), 749–759.
- NIDA (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. (2nd ed.). National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland.
- Noar, S. M., Pierce, L. B. & Black, H. G. (2010). Can Computer-Mediated Interventions Change Theoretical Mediators of Safer Sex? A Meta-Analysis. *Human Communication Research*, 36(3), 261–297.
- Novák, P., Miovský, M. & Šťastná, L. (2009). Mediální obraz konopných drog v souvislosti s kriminální činností. *Adiktologie*, 9 (4), 196–203.
- Novotný, O., Vanduchová, M. et al. (2007). Trestní právo hmotné – I. Obecná část. Praha: ASPI.
- Novotný, O., Zapletal, J. et al. (2004). Kriminologie. Praha: ASPI.
- O’Connell, M. E., Boat, T. & Warner, K. E. (Eds.) (2009). Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people. Washington, DC: The National Academies Press. Available at: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12480&page=36
- Ondok, J. P. (1999). Bioetika. Svitavy: Trinitas.
- Orlando, M., Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F. & Longshore, D. L. (2005). Mediation analysis of a school-based drug prevention program: Effects of Project ALERT. *Prevention Science*, 6, 35–46.
- Ormondroyd, J. (2011). Critically Analyzing Information Sources. Retrieved on 2011-10-20 from: <http://olinuris.library.cornell.edu/ref/research/skill26.htm>
- Papežová, H. (2010). Prevence poruch příjmu potravy. In: Papežová H. a kol. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing. S. 311–315.
- Pavlas Martanová, V. (ed.) (2012). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga
- Pavlas Martanová, V. (2010). Certifikace preventivních programů. In: Miovský, M., Zapletalová, J., Novák, P. (Ed.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (pp. 124–128). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Pharaoh, H., Frantz, J. & Smith, M. (2011). Life skills as predictors of engagement in health risk behaviours: A survey of secondary school learners. *African Journal for Physical Health*.
- Pokorný, V., Telcová, J. & Tomko, A. (2003). Prevence sociálně patologických jevů. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky.
- PPP Brno – Pedagogicko-psychologická poradna Brno (2010). Peer programy. Retrieved 15. 6. 2010 from: <http://www.poradenskecentrum.cz/peer.php>

- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3), 390–395.
- Průcha, J., Walterová, E. & Mareš, J. (2009). *Pedagogický slovník*. 6. aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.
- RCAP – Rural Center for AIDS/STD Prevention (2008). Computer Technology-Based HIV Prevention Interventions. Rural Center for AIDS/STD Prevention: Fact Sheet, 22, 1–4.
- Reid, R. (1996). Research in self-monitoring with students with learning disabilities: The present, the prospects, the pitfalls. *Journal of Learning Disabilities*. 29(3), 317–331.
- Roberts, A. R. (Ed.) (2005). *Crisis intervention handbook. Assessment, treatment and research*. New York: Oxford University Press.
- Roberts, J. & Hough, M. (Eds.) (2002). *Changing Attitudes to Punishment: Public opinion, crime and justice*. Willan Publishing.
- Röhm, A. (2002). Präventionsebenen und Handlungsstrategien. In: Arnold, H. & Schille, H. J. (Eds.). *Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention* (pp. 265–281). Weinheim, München: Juventa. ISBN 3-7799-0783-6.
- Rose, N. (2009). Normality and pathology in a biomedical age. *Sociological review*, 57 (Suppl.), 66–83.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. Pp. 5–24 in *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions*, DiClemente, R. J. and Peterson, J. L. (Eds). New York: Plenum Press.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57: 316–33.
- Salmon, J., Brown, H. & Hume, C. (2009). Effects of strategies to promote children's physical activity on potential mediators, *International journal of obesity*, 33, 566–573.
- SAMHSA/CSAP (2001). *Science-based substance abuse prevention: A Guide*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- SAMHSA/CSAP (2002). *The national cross-site evaluation of high-risk youth programs*. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville: DHHS Publication.
- Sevier Country Special Education (2011). *Self-management of behavior in schools*. Retrieved 2, September 2011 from: <http://www.slc.sevier.org/selfmgt.htm>
- Skácelová, L. (2010). Postup při zpracování minimálního preventivního programu. In: Mioviský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (s. 103–110). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Slavíková, I. & Zapletalová, J. (2010). Školní metodik prevence. In: Mioviský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (s. 82–88). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.

- Spinger, A. & Uhl, A. (Eds.) (1998). Evaluation research in regarding primary prevention of drug abuse. European Commission: Social Sciences. Cost A6. Brussels: European Commission.
- Springer, J. F. & Phillips, J. L. (2007). The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Prevention Policy Paper Series, EMT Associates, Inc, Folsom, CA (available at http://www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf).
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171–194.
- Sussman, S., Sun, P., McCuller, W. J. et al. (2003). Project Towards no drug abuse: two-year outcomes of a trial that compares health educator delivery to self-instruction. *Prevention Medicine* 37, 155–162.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W. & Newcomb, M. D. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of „drug abuse“ prevention. *Subst Use Misuse*. 39(10-12), 1971–2016.
- Syřišťová, E. (Ed.) (1972). *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum.
- Širůček, J., Širůčková, M. & Macek, P. (2007). Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá psychologie*, 51(5), 476–488.
- Širůčková, M. (2010). Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování* (s. 30–39). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, I. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Špatenková, N. a kol. (2004). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Taromian, F. (1999). Life skills; definitions and theoretical basics. *Journal Zharfaye Tarbiat*, 4, 32–35.
- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P. et al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275–336.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *J. Drug Issues* 16(4), 537–67.
- Trauer, T., Duckmanton, R. A. & Chiu, E. (1997). The assessment of clinically significant change using Life skills profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 257–263.
- Turbin, M. S., Jessor, R., Costa, F. M., Hongchuan, Zhang, Q. D. Z. & Wang, Ch. (2006). Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does Social Context Matter? *Health Psychology*, 25, 4, 445–454.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2004). *Schools: School-based education for drug abuse prevention*. United Nations, Vienna.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2006), *Guidance for the measurement of drug treatment demand* (available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index26898EN.html>).

- United Nations Office on Drugs and Crime Prevention (UNODC) (2004). *School-based Drug Education: A guide for practitioners and the wider community*. United Nations, Vienna.
- University of Kansas (2011). Teaching self-management skills. Retrieved September 1, 2011 from: <http://www.specialconnections.ku.edu/cgi-bin/cgiwrap/specconn/main.php?cat=behavior§ion=main&subsection=pbsint/self>
- University of Sydney (2011). Personal skills. Retrieved 1 September 2011 from: http://sydney.edu.au/science/uniserve_science/projects/skills/jantrial/personal.htm
- Urban, L. & Dubský, J. (2008). *Sociální deviace*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Úřad vlády ČR (2005). *Bilanční zpráva o plnění úkolů z národní strategie protidrogové politiky 2001–2004*. Praha: ÚV ČR.
- Usnesení vlády ČR (2002) ze dne 19. června 2002 č. 643 o zřízení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. <http://racek.vlada.cz/usneseni/usnweb.nsf/0/B16EDC6E61E087B7C12571B6006BAA04> Staženo 17. 2. 2012.
- Václavková, B. & Černý, M. (2010). Komunitní spolupráce a základní pojetí primární prevence v komunitě. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (s. 57–59). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Van der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M., Lindahl, A. M., Melero, J. C., Vassara, M., Faggiano, F., the EU-Dap Study Group (2009). Unplugged: a new European school program against substance abuse. *Drugs Education Prevention and Policy*, 16, 167–181.
- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.) (1998). *Příručka prevence: Alkohol, drog a tabáku*. Velvyslanectví nizozemského království.
- VanderBos, G. R. (Ed.) (2006). *APA dictionary of psychology*. (1st ed.). Washington, DC, American Psychological Association.
- Večeřa, M. et al. (2006). *Základy teorie práva*. Brno: MU.
- Vojtová, V. (2010). *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku poruch chování a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Muni Press.
- Všeobecná encyklopedie Universum (2001). 9. díl / Sp–T. Praha: Odeon.
- Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích (1998). 4. díl, Ř–Ž. Praha: Nakladatelský dům OP Diderot.
- Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. 2005. Dostupné na: <http://www.msmt.cz>.
- Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L. & Michie, S. (2010). Using the internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), e4.
- WHO (1993). Increasing the Relevance of Education for Health Professionals. In: EMCDDA, *Models and theories*. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>

- WHO (1994). Life skills education in schools. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000a). International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000b). Process Evaluations. Workbook No. 4. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000c). Outcome Evaluations. Workbook No. 7. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO, Regional Office for the Western Pacific. (2003). Value Adolescents, Invest in Future: Educational Package. Facilitator's Manual. Manila, Philippines.
- Williams, A. F. (1998). Risky driving behaviour among adolescents. In: Jessor, R. (Eds.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 221–240). Cambridge University Press.
- Wilson, R.W. & Kolander, Ch. A. (2011). Drug abuse prevention. Alcohol and community partnership. Third edition. Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Zábranský, T. (2006). Neúspěch protidrogové mediální prevence v USA. Retrieved 29. 3. 2008 from: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/78/785/Neuspech-protidrogove-medialni-prevence-v-USA.html>
- Zákon 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem, návykovými látkami, http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/place, staženo 17. 2. 2012.
- Zákon o krajích 129/2000 Sb. (krajské zřízení) <http://www.sbirkazakonu.info/zakon-o-krajich-krajske-zrizeni/>, staženo 28. 12. 2010.
- Zapletalová, J. (1999). Školní psycholog ve vztahové síti školy: Pozitiva a úskalí profese. *Výchovné poradenství – Zpravodaj IPPP ČR a APPŠ*, 20–23.
- Zapletalová, J. (2010). Školní poradenské pracoviště. In: Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování* (pp. 78–81). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Zimmerman, M. A. & Schmeelk-Cone, K. H. (2003). A longitudinal analysis of adolescent substance use and school motivation among African American Youth. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 2, 185–210.
- Zins, J. E. & Elias, J. M. (2006). Social and emotional learning: Promoting the development of all students. In: Bear, G. G., Minke, K. M., Thomas, A. (Eds.), *Children's needs III: Development, problems and alternatives* (pp. 1–13). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Zins, J. E. & Elias, J. M. (2007). Implementation of Prevention Programs: Lessons for Future Research and Practice: A Commentary on Social and Emotional Learning: Promoting the Development of All Students. *Journal of educational and psychological consultation*, 17 (2&3), 257–262, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Zkratky

ASB	Antisocial Behaviour
CSAP	Center for Substance Abuse Prevention
DHHS	Department of Health and Human Services
DSM IV	Diagnostický a statistický manuál
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
EUDAP	The European Drug Addiction Prevention
EUSPR	European Society for Prevention Research
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus /Acquired Immunodeficiency Syndrome (virus lidského imunodeficitu/syndrom získaného imunodeficitu)
IOM	Institute of Medicine
IP	internetový protokol (ve spojení IP telefonie – synchronní hlasová komunikace prostřednictvím internetu)
IREFREA	European Institute of Studies on Prevention
KPK	krajský protidrogový koordinátor
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
NFP	National Focal Point
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NRCIM	National Research Council and Institute of Medicine
PF	protektivní faktory
PP	primární prevence
PP UNL	primární prevence užívání návykových látek
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
PPRCH	primární prevence rizikového chování
RCAP	Rural Center for AIDS/STD Prevention (Venkovské centrum pro prevenci AIDS a sexuálně přenosných nemocí)
RF	rizikové faktory
RCH	rizikové chování

RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVPPK	Republikový výbor prevence kriminality
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SMS	short message service (služba krátkých textových zpráv – zkratka se vžila pro označení samotné krátké textové zprávy)
SPJ	sociálně patologické jevy
SRCH D	Syndrom rizikového chování v dospívání
ŠMP	školní metodik prevence
ŠVP	školní vzdělávací program
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
ÚV ČR	Úřad vlády České republiky
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
1. LF UK	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Jmenný rejstřík

A

- Aertsen, P. 24, 30, 44, 58, 87, 97, 106, 120, 140, 147, 177, 184
Ajzen, I. 150, 152, 181, 184
Andreassen, H. K. 34, 37, 181
Arslan, E. 137, 140, 181
Arthur, M. W. 50, 51, 105, 106, 185
Avcioglu, H. 137, 140, 181

B

- Bambara, L. M. 25, 30, 187
Bandura, A. 140, 150, 152, 181
Baron, R. M. 62, 63, 66, 181
Beccaria, C. 114, 115, 181
Běhounková, L. 139, 140, 181
Bellis, M. 24, 74, 120, 189
Belz, H. 89, 91, 181
Bém, P. 101, 181
Blanc, M. L. 128, 131, 186
Bibeau, D. L. 101, 102, 184
Boulerice, B. 128, 131, 186
Botvin, G. J. 112, 123, 124, 141, 162, 165, 174, 176, 177, 178, 182
Brown, C. H. 64, 66, 188, 192
Bühler, A. 64, 65, 66, 174, 177, 182
Bukowski, W. J. 67, 112, 124, 182
Bullock, J. G. 67
Burgoon, M. 66, 183

C

- Caldarella, P. 138, 140, 182
Caplan, M. 176, 177, 182
Catalano, R. F. 45, 50, 51, 59, 105, 106, 151, 152, 177, 182, 185
Clarke, A. 135, 182
Cohen, S. 28, 30, 182
Coie, J. 139, 140, 182
Cok, F. 130, 131, 187
Cole, C. L. 30, 187
Cole, D. A. 66, 67, 182
Compas, B. E. 64, 66, 182
Conrad, J. 128, 131, 184
Costa, F. M. 45, 51, 87, 129, 131, 136, 186, 193
Crano, W. D. 66, 183
Csémy, L. 97, 111, 131, 187, 190

Č

- Čablová, L. 19, 25, 72, 74, 83, 87, 137, 173, 179, 182, 189
Čech, T. 107, 109, 110, 111, 182
Černý, M. 105, 106, 194

D

- Daatland, Ch. 24, 30, 44, 58, 87, 97, 106, 120, 140, 147, 177, 184
Daněčková, T. 51, 168, 186
DeSwert, J. 24, 30, 44, 58, 87, 97, 106, 120, 140, 147, 177, 184

Detels, R. 128, 131, 185
 DiPerna, J. C. 124, 138, 141, 189
 Dodd, J. M. 25, 30, 190
 Doležalová, P. 75
 Donaldson, S. 61, 66, 183
 Donovan, J. E. 129, 131, 135, 136, 183, 186
 Drábková, H. 131, 187
 Dubský, J. 99, 102, 194
 Durkheim, E. 133, 136
 Durlak, J. A. 57, 58, 183
 Dworkin, J. 129, 131, 183
 Dwyer, J. H. 66, 188
 Dyreng, D. 101, 102, 184
 Dytrych, Z. 46, 51, 188

E

Edwards, J. R. 28, 30, 182
 Eggert, L. L. 176, 177, 183
 Elias, M. J. 54, 55, 56, 57, 58, 183, 195
 Ellickson, P. L. 66, 191

F

Fairchild, A. J. 62, 63, 64, 66, 184, 188
 Fear, J. 66, 182
 Fearnow-Kenney, M. D. 101, 102, 184
 Fenk, R. 24, 30, 44, 58, 87, 97, 106, 120, 140, 147, 177, 184
 Fergus, S. 49, 51, 184
 Ferrence, R. 150, 152, 158, 159, 184
 Fishbein, M. 150, 152, 181, 184
 Fischer, S. 101, 135, 184
 Fischer, U. 24, 30, 44, 58, 87, 97, 99, 100, 106, 120, 140, 147, 177, 184
 Flay, B. R. 65, 66, 188
 Forehand, R. 66, 182
 Foucault, M. 100, 101, 114, 115, 184
 Frantz, J. 173, 176, 177, 191
 Franzowiak, P. 123, 124, 184

French, D. C. 128, 131, 184
 Fritz, M. S. 62, 63, 64, 66, 188

G

Gabrhelík, R. 9, 34, 37, 58, 101, 102, 149, 152, 155, 159, 165, 167, 168, 170, 181, 184, 186
 Gajdošová, E. 91, 147, 184
 Gallà, M. 20, 24, 28, 30, 44, 53, 56, 58, 85, 87, 97, 104, 106, 120, 139, 140, 147, 155, 159, 175, 177, 184
 Garmezy, N. 46, 51, 184
 Gázquez Pertusa, M. 53, 58, 184
 Giddens, A. 134, 135, 184
 Givner, C. C. 138, 141, 188
 Green, D. P. 24, 67
 Greenberg, M. T. 54, 56, 57, 58, 59, 185
 Gresham, F. M. 86, 87, 137, 141, 185, 188
 Griffin, K. W. 112, 123, 124, 141, 174, 176, 177, 182
 Gülay, H. 137, 141, 185
 Güney, N. 130, 131, 187

H

Ha, S. E. 67
 Hamanová, J. 46, 51, 185
 Hansen, W. B. 66, 101, 102, 184, 488
 Harré, N. 128, 131, 185
 Harrington, A. 135, 185
 Hartl, P. 69, 107, 111, 185
 Hartlová, H. 69, 107, 111, 185
 Havlík, R. 134, 135, 185
 Hawkins, J. D. 45, 50, 51, 105, 106, 152, 173, 177, 182, 185
 Hellerová, P. 46, 51, 185
 Helus, Z. 117, 120, 185
 Hill, G. 114, 115, 177, 185
 Holcnerová, P. 36, 37, 185
 Holická, N. 77, 80, 185

Holland, W. W. 128, 131, 185
Hongchuan, Zhang, Q. D. Z. 131, 193
Höschl, C. 25, 30, 141, 173, 175, 177,
185, 190
Hough, M. 31, 115, 192
Hsee, Ch. K. 129, 131, 188
Hughes, C. 25, 26, 30, 185
Hume, C. 64, 66, 192
Hunter, S. 34, 37, 186

Ch

Champion, J. E. 66, 182
Charvát, M. 45, 74, 103, 104, 105, 106,
161, 163, 165, 182, 186

J

Jandourek, J. 99, 100, 102, 186
Janosz, M. 128, 131, 186
Jessor, R. 45, 46, 47, 48, 51, 87, 129, 130,
131, 135, 136, 151, 152, 186, 193, 195
Jessor, S. L. 87, 129, 131, 135, 151, 152,
186
Johnson, A. J. 66, 188
Jurystová, L. 53, 56, 58, 101, 103, 104,
105, 106, 152, 159, 161, 163, 165, 168,
170, 181, 184, 186

K

Kaiser, G. 115, 186
Kalina, K. 97, 101, 118, 120, 181, 186
Kanar, C. C. 26, 31
Kandelová, D. B. 50, 152, 186
Kant, I. 100, 102, 187
Karabec, Z. 114, 115, 187
Kenny, D. A. 62, 63, 66, 181
Kerr, M. M. 26, 30, 178, 187
Khouice, S. A. 173, 177, 188
Kirk, E. E. 34, 37, 187
Kiššová, L. 76, 80, 187

Kloep, M. 130, 131, 187
Knapp, V. 113, 114, 115, 187
Knox, G. 128, 131, 185
Kolander, Ch. A. 19, 24, 195
Kolář, P. 85, 87, 187
Komárková, R. 137, 138, 141, 175,
187
Kratochvíl, V. 115, 187
Kratochwill, T. R. 73, 74, 147, 187
Krch, F. D. 131, 187
Kröger, Ch. 40, 41, 42, 43, 44, 187
Kubů, P. 34, 37, 38, 39, 43, 44, 97, 184,
187, 189
Kumpfer, K. L. 150, 152, 187
Kury, H. 114, 115, 187

L

Lam, A. L. 25, 30, 187
Lane, K. L. 138, 139, 141, 188
Leuty, M. E. 128, 131, 188
Lewin, K. 121, 122, 124, 188
Liu, L. C. 65, 66, 188
Lloyd, J. W. 25, 26, 30, 185
Lockwood, C. M. 66, 188
Loewenstein, G. F. 129, 131, 188
Longshore, D. L. 66, 191
Luecken, L. J. 62, 63, 64, 66, 188

M

Macek, P. 49, 52, 131, 188, 193
McCarthy, D. M. 128, 131, 188
MacKinnon, D. P. 62, 63, 64, 66, 184,
188, 190
Mance, F. M. 173, 177, 188
Mareš, J. 69, 107, 113, 192
Martanová, V. 13, 17, 48, 51, 72, 74, 188,
191
Masten, A. S. 46, 51, 184
Matějček, Z. 46, 51, 188

- Maxwell, S. E. 67
- McCaffrey, D. F. 66, 191
- McConville, S. 115, 189
- McCormick, L. K. 58, 189
- McCoy, A. R. 54, 58, 189
- McGrath, Y. 74, 118, 120, 189
- McGuire, W. J. 151, 152, 189
- McKeown, K. 22, 23, 24, 189
- McVeigh, J. 24, 74, 120, 189
- Meir, C. R. 124, 138, 141, 189
- Merell, K. W. 138
- Mihalic, S. 54, 55, 56, 57, 58, 189
- Miller, J. Y. 45, 51, 152, 182, 185
- Miovská, L. 39, 43, 44, 97, 101, 152, 159, 170, 181, 189
- Miovský, M. 11, 12, 19, 20, 21, 23, 24, 37, 39, 43, 44, 52, 58, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 83, 85, 86, 87, 93, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 111, 112, 117, 120, 123, 124, 132, 134, 135, 136, 147, 152, 159, 163, 164, 165, 167, 170, 179, 181, 184, 185, 186, 189, 191, 192, 193, 194, 195
- Morgan-Lopez, A. A. 63, 66, 190
- Mravčík, V. 78, 80, 190
- Mühlpachr, P. 135, 190
- Musil, J. 115, 190
- N**
- Nelson, C. M. 26, 178, 187
- Nelson, J. R. 25, 26, 190
- Nešpor, K. 25, 27, 28, 29, 30, 33, 97, 111, 137, 138, 141, 173, 174, 175, 177, 190
- Newcomb, M. D. 46, 51, 59, 153, 190, 193
- Noar, S. M. 36, 37, 191
- Novák, P. 24, 37, 52, 74, 80, 83, 87, 99, 100, 102, 106, 111, 112, 120, 124, 132, 135, 136, 147, 165, 170, 171, 184, 185, 189, 191, 192, 193, 194, 195
- Novotný, O. 115, 135, 187, 191
- O**
- O'Connell, M. E. 167, 170, 191
- Ondok, J. P. 100, 102, 191
- Orlando, M. 65, 66, 191
- Ormondroyd, J. 34, 37, 191
- Oster, M. M. 124, 138, 141, 189
- P**
- Pauk, W. 26, 31
- Pavlas Martanová, V. 13, 17, 72, 74, 191
- Payne, E. 26, 31
- Pedersen, S. L. 128, 131, 188
- Pentz, M. A. 66, 188
- Pernicová, H. 97, 111, 190
- Pharaoh, H. 173, 176, 177, 191
- Pierson, M. R. 138, 141, 188
- Pokorný, V. 135, 191
- Průcha, J. 69, 91, 97, 107, 109, 112, 192
- R**
- Radimecký, J. 76, 77
- Reeslund, K. L. 66, 182
- Reid, R. 25, 26, 30, 192
- Roberts, J. 73, 115, 192
- Röhm, A. 111, 112, 192
- Rose, N. 100, 102, 192
- Rosenstock, I. M. 150, 153, 192
- Rutter, M. 46, 52, 192
- S**
- Salmon, J. 64, 66, 192
- Shapiro, E. S. 25, 30, 187
- Scheansová, A. 25, 27, 28, 29, 30, 138, 141, 190
- Schmeelk-Cone, K. H. 128, 131, 195
- Schröder, E. 64, 65, 66, 174, 177, 182
- Siegrist, M. 89, 91, 181

- Silbereisen, R. K. 64, 65, 66, 174, 177, 182
- Simsek, Ö. F. 130, 131, 187
- Škáclová, L. 24, 37, 51, 52, 80, 83, 84, 87, 89, 93, 102, 106, 111, 112, 120, 124, 132, 135, 136, 147, 165, 170, 171, 179, 184, 185, 188, 189, 192
- Slaměník, I. 137, 138, 141, 175, 187
- Slavíková, I. 51, 79, 80, 104, 106, 147, 188, 192
- Sloboda, Z. 67, 112, 124, 182
- Smith, D. J. 25, 30, 190
- Smith, M. 173, 176, 177, 191
- Spencer, H. 133, 136
- Spinger, A. 43, 44, 193
- Springer, J. F. 40, 67, 74, 141, 168, 169, 170, 171, 176, 177, 193
- Sumnall, H. 74, 120, 189
- Sussman, S. 151, 153, 169, 170, 193
- Syřištová, E. 100, 102, 193
- Š**
- Širůček, J. 49, 52, 193
- Širůčková, M. 49, 52, 127, 134, 136, 179, 193
- Škoda, J. 135, 184
- Škoda, S. 101
- Špatenková, N. 73, 74, 193
- Šťastná, L. 39, 74, 102, 165, 170, 182, 184, 191
- T**
- Taborga, M. P. 66, 184
- Taromian, F. 86, 87, 173, 177, 193
- Taylor, A. B. 66, 184
- Telcová, J. 135, 191
- Thompson, D. M. 128, 131, 188
- Tobler, N. 112, 151, 153, 176, 177, 193
- Tomko, A. 135, 191
- Trauer, T. 173, 177, 193
- Tremblay, R. E. 128, 131, 186
- Turbin, M. S. 45, 51, 87, 131, 186, 193
- U**
- Uhl, A. 40, 43, 44, 193
- Urban, L. 99, 102, 194
- V**
- Vacek, J. 33, 36, 37, 185
- Václavková, B. 105, 106, 194
- Van den Bos, J. 45, 51, 87, 186
- Van der Stel, J. 40, 43, 53, 58, 75, 80, 88, 139, 141, 155, 159, 194
- VanderBos, G. R. 45, 52, 194
- Vanderryn, J. 45, 51, 87, 186
- Večeřa, M. 113, 115, 194
- Veselá, M. 83, 87
- Vojtová, V. 141, 194
- Voordewind, D. 40, 43, 75, 80, 88, 139, 141, 194
- Výrost, J. 137, 138, 141, 175, 187
- W**
- Walker, L. 26, 31
- Walterová, E. 69, 107, 112, 192
- Wang, Ch. 131, 193
- Webb, T. L. 35, 36, 37, 194
- Weber, E. U. 129, 131, 188
- Williams, A. F. 128, 131, 136, 195
- Wilson, R. W. 19, 24, 59, 195
- Wyrick, D. L. 101, 102, 184
- Y**
- Young, R. K. 25, 30, 190
- Z**
- Zábranský, T. 158, 159, 195
- Zapletal, J. 115, 135, 187, 191

- Zapletalová, J. 21, 23, 24, 37, 52, 72, 74,
79, 80, 83, 84, 102, 104, 105, 106, 111,
112, 120, 124, 132, 135, 136, 143, 147,
165, 170, 171, 184, 185, 189, 191, 192,
193, 194, 195
- Zarec, H. 173, 177, 188
- Zimmerman, M. A. 49, 51, 128, 131, 184,
195
- Zins, J. E. 54, 55, 56, 57, 58, 59, 183, 185,
195

Věcný rejstřík

A

adiktolog 103, 104, 168
agentura 16, 36
~ certifikační 15, 16
agrese 47, 85, 109, 110, 119, 133, 134, 149
AIDS 36, 197
aktuálnost 33
~ informací 34, 35
aktivity 14, 22, 28, 33, 41, 47, 48, 55, 64, 69, 72, 75, 77, 79, 83, 84, 85, 94, 103, 104, 105, 108, 109, 110, 117, 121, 122, 123, 124, 127, 128, 130, 135, 144, 151, 156, 157, 167
~ sebezkušenostní 163
~ volnočasové 105, 122, 124, 167
alkohol 14, 20, 22, 23, 36, 45, 47, 48, 63, 65, 71, 73, 77, 78, 110, 114, 121, 122, 123, 128, 129, 135, 150, 176, 197
analýza 55, 63, 64, 90, 96, 113
~ mediační 61, 62, 63, 64, 65
angažovanost 29, 54, 55, 162
asertivita 86, 137, 151
asistent pedagoga 143, 146

B

bezpečí 119, 122
~ minimální 119

C

centrum 118, 119, 123, 163, 164, 197

~ metodické 78
~ prevence regionální 164
certifikace 13, 14, 15, 16
~ kvality 13
~ preventivního programu 119
certifikátor 15, 16
cíle 9, 10, 16, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 35, 39, 40, 43, 47, 54, 55, 73, 75, 77, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 93, 94, 96, 100, 101, 105, 119, 122, 130, 146, 151, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 167, 168, 169, 173, 175, 176
~ dlouhodobé 85
~ krátkodobé 84
~ programu poradenských služeb
cílové skupiny 10, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 39, 40, 41, 42, 43, 53, 54, 84, 86, 89, 90, 93, 95, 96, 103, 104, 105, 117, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 164, 168, 169
~ preventivních programů 14, 19, 93, 103

Č

činitel 45, 108, 109
~ preventivní 105
činnosti 14, 26, 77, 78, 79, 83, 89, 90, 93, 96, 103, 104, 105, 118, 119, 121, 122, 133, 135, 137, 143, 144, 145, 161
~ standardní 84, 146

D

denormalizace 100, 101
deskriptory 85

- deviace 99, 100
 ~ sociální 133, 134
 diagnostika 144, 149
 ~ časná 72, 155, 167, 169
 diskuse 10, 12, 83, 90, 95, 96, 179, 180
 distribuce 33, 36
 ~ preventivních intervencí 33, 35
 dopad 39, 40, 41, 42, 45, 49, 70, 85, 107, 127, 129, 150, 158, 169
 ~ na cílovou skupinu 42
 ~ represe preventivní 113, 114
 dopady intervence 39, 41
 ~ explicitní 39
 ~ nežádoucí 39
 ~ skryté 39
 ~ žádoucí 39
 dostupnost 14, 45, 157
 ~ časová 34
 dotace 13, 15, 40, 75
 dovednosti 11, 25, 26, 27, 28, 29, 35, 36, 42, 47, 61, 65, 70, 71, 83, 85, 86, 89, 94, 104, 117, 137, 138, 139, 150, 151, 155, 156, 157, 161, 162, 163, 173, 176
 ~ interpersonální 86, 156, 173, 174
 ~ kognitivně-behaviorální 65
 ~ měkké 105
 ~ osobnostní 123
 ~ rodičovské 137, 139, 174, 175
 ~ sebeovlivnění 25, 26, 29, 83, 86, 137, 173, 174, 175
 ~ sociální 23, 25, 47, 61, 83, 86, 122, 123, 137, 138, 139, 140, 156, 157, 173, 174, 175
 ~ specifické 176
 ~ stanovování cílů 27
 ~ vztahové 175
 ~ životní (pro život) 25, 53, 65, 83, 86, 122, 137, 150, 155, 162, 173, 174, 176
 drogy 14, 15, 20, 23, 36, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 71, 72, 76, 78, 108, 118, 120, 122, 123, 124, 128, 135, 150, 155, 156, 157, 158, 163, 169, 176, 197
 ~ konopné 36
 důvěryhodnost 29, 33, 176
 ~ informací 33, 34
 ~ internetu 34
E
 e-mail 34, 35
 efekt 26, 39, 42, 49, 56, 63, 64, 70, 95, 114, 135
 ~ programu 42, 54, 63, 65
 ~ intervence 40, 54, 168
 ~ neočekávaný 54
 efektivita 10, 20, 23, 29, 33, 36, 41, 53, 61, 101, 108, 122, 155, 158, 168
 ~ intervence 11, 22, 53, 138
 ~ primární prevence 14, 33, 36, 42, 45, 49, 99, 110, 176
 ~ programů 22, 40, 54, 64, 75, 84, 93, 96, 117, 118, 155
 empatie 28, 86, 105, 137, 138, 174, 175, 176
 etiologie rizikového chování 45, 113, 133
 evaluace 36, 39, 40, 41, 42, 43, 48, 53, 63, 73, 75, 104, 139, 140, 167, 168, 176
 ~ efektivit/dopadu 41, 123
 ~ formativní 40
 ~ metody 41
 ~ neexperimentální 42
 ~ nezávislá 43
 ~ normativní 13, 40
 ~ primární prevence 168
 ~ procesu 41, 54, 123
 ~ přípravy 41
 ~ sumativní 40
 experimentování 72, 94, 123
F
 faktor 21, 26, 40, 45, 46, 47, 49, 54, 57, 64, 111, 113, 117, 129, 130, 134, 149, 150, 151

- ~ rizikový 20, 22, 23, 26, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 63, 75, 86, 104, 129, 130, 139, 145, 149, 151, 169, 197
- ~ protektivní 45, 46, 47, 48, 49, 50, 75, 86, 104, 130, 139, 151, 197
- flexibilita 27, 29, 33, 36, 47, 175
- formování osobnosti 26, 109
- formy chování 21, 23, 26, 36, 45, 83, 84, 85, 86, 94, 101, 104, 107, 108, 110, 127, 129, 130, 134, 135, 150, 156, 157, 168
- ~ žádoucí 108

H

- HIV 36, 127, 197
- hledisko užitého typu výzkumného plánu 42
- hodnota 26, 29, 47, 48, 90, 100, 101, 110, 113, 122, 150, 157, 173
- hrozba trestem 113, 114, 122

Ch

- chování
- ~ antisociální 135
- ~ negativní 28,
- ~ nezodpovědné rizikové 130
- ~ nežádoucí 113, 149
- ~ poruchy 133, 141, 145, 194
- ~ problémové 26, 45, 48, 52, 128, 129, 130, 135, 149, 151, 158, 193
- ~ prosociální 176
- ~ protiprávní 113
- ~ publikem kontrolované riskující 130
- ~ riskující 129
- ~ rizikové 129
- ~ vzrušení vyhledávající 130
- ~ závislostní na internetu 34, 36

I

- implementace 53, 54, 55, 56, 57, 64, 65, 121

- ~ programu 41, 53, 54, 55, 56, 75, 161, 176
- imunizace 107
- informace 12, 26, 33, 34, 35, 35, 39, 41, 54, 64, 73, 75, 78, 79, 84, 89, 90, 94, 95, 104, 110, 113, 118, 121, 123, 140, 143, 144, 145, 149, 155, 158, 162
- ~ autorství 33, 34
- ~ objektivita 35, 89
- ~ spolehlivost 34, 35
- ~ účel 33
- informovaný souhlas 146
- instituce 34, 40, 55, 70, 78, 103, 105, 127, 128, 129, 135, 161, 163, 164
- ~ autorizovaná 163
- ~ vzdělávací 25, 163, 164
- internet 33, 34, 35, 36, 94, 158, 159, 179, 197
- intermediátor 61, 62, 104
- intervence
- ~ cílená 22, 35, 64, 74, 158, 167, 182
- ~ časná 36, 72, 156, 167, 169,
- ~ evidence-based 57, 59, 73, 74, 147, 187
- ~ individuálně přizpůsobené 33, 35
- ~ interaktivní multimediální 35
- ~ kompenzační 111
- ~ krátká 36, 72, 73
- ~ krizová 72, 73, 74, 193
- ~ léčebná 108, 111, 167, 169,
- ~ ochranná 111
- ~ podporující 111
- ~ rehabilitační 111
- ~ skupinově zacílené 35
- ~ účinnost 33, 36, 40, 64
- intervize 56
- IP telefonie 34, 197

J

- jedinec ohrožený 108, 110, 127, 158, 167
- jednání 27, 28, 73, 86, 99, 101, 108, 110, 114, 129, 133, 135, 137, 138, 174–17

- ~ kontext 133
 - ~ sexuální 109, 133
 - jev sociálně patologický 11, 13, 23, 100, 133, 134, 144, 145, 198
- K**
- kampaně
 - ~ informační 123
 - ~ mediální 20, 118, 158
 - kategorický imperativ 100
 - klima 48, 56, 69, 71, 95, 117, 146, 150
 - ~ zdravé školní 104
 - kodex
 - ~ etický 105
 - kompetence 11, 70, 89, 95, 117, 119, 161, 163
 - ~ profesionální 163
 - ~ osobnostní 163
 - ~ sociální 139, 140
 - komponenta 35, 54, 55, 61, 63, 65, 85, 155
 - ~ sebezkušenostní = zážitková 162
 - komunikace 28, 33, 34, 35, 48, 86, 94, 95, 137, 138, 143, 146, 150, 151, 156, 173, 174, 175, 176, 197
 - ~ asynchronní 34
 - ~ synchronní 34, 197
 - komunita 48, 50, 54, 55, 57, 65, 75, 103, 105, 110, 122, 130, 135, 149, 150, 151, 162, 168, 176
 - ~ znevýhodněná 22
 - komunitní přístup v primární prevenci 50, 105
 - koncept 9, 11, 85, 100, 101, 108, 109, 133, 149, 151, 155, 163, 179
 - ~ životních dovedností 162
 - ~ normativních přesvědčení 162
 - konformita 133
 - kontrola 28, 29, 40, 42, 47, 48, 49, 63, 75, 79, 83, 84, 89, 108, 110, 123, 130, 135, 144
 - ~ sociální 108, 135
 - koordinace 15, 75, 76, 77, 78, 79, 103, 104, 105, 144, 145, 161, 164, 198
 - ~ horizontální 76
 - kovariance 64
 - kritérium 21, 62, 94, 127
 - ~ institucionální 22
 - ~ náročnosti 21
 - ~ profesní 22
 - ~ věkové 21
 - kvalita 11, 13, 33, 34, 36, 40, 41, 42, 43, 54, 55, 56, 105, 108, 119, 150, 161, 163, 164, 168, 179, 180
 - ~ primární prevence 13, 16, 109
 - ~ programu 13, 14, 15, 16, 109, 117
 - ~ programů primární prevence 16, 109
 - ~ života 108, 135, 173
 - koordinace
 - ~ vertikální 77, 78
 - koordinátor 55, 75, 76, 77, 78, 79, 104, 197
- L**
- léčba 29, 70, 73, 78, 111, 139, 167, 169
- M**
- média 26, 33, 34, 35, 36, 90, 95, 96, 100, 118, 137, 138, 150, 156, 158, 174
 - ~ elektronická 33, 34, 35, 36
 - ~ interaktivní 34
 - ~ jednosměrná 33, 34
 - ~ offline 33, 34
 - ~ online 33, 34
 - mediace 61, 62, 63, 64, 65, 70
 - mediátor 61, 62, 63, 64, 65
 - metoda
 - ~ evaluační 40
 - ~ výzkumná kvalitativní 41, 42
 - ~ výzkumná kvantitativní 41

- metodika 15, 41, 53, 56, 71, 72, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 89, 90, 91, 99, 103, 104, 105, 110, 118, 119, 139, 143, 144, 145, 146, 147, 161, 163, 168, 169
 metody 19, 22, 23, 25, 39, 41, 42, 69, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 140, 144, 145, 161, 162, 169
 ~ aktivizační 95
 ~ inscenační 96
 ~ komplexní 96
 ~ nepřímé 140
 ~ přímé 140
 ~ situační 95
 ~ slovní 94
 ~ slovní dialogické 94
 měření efektivity 41
 metodik prevence 71, 72, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 104, 105, 110, 118, 143, 144, 146, 147, 168, 169, 198
 minimální preventivní program 71, 83, 103, 109, 110, 143, 179
 místo kontaktní
 ~ národní 164
 moc
 ~ státní 113
 model 53, 62, 63, 65, 70, 71, 72, 78, 84, 146, 147, 150, 151
 ~ mnohonásobný mediační 61
 modely 40, 47, 48, 49, 105, 130, 139, 149, 150, 151, 155
 ~ kognitivní a založené na informacích 149
 ~ sociálního vlivu 149, 150, 151
 ~ komplexního vlivu sociálního prostředí 149, 151
 ~ sociologické a vývojové 149, 150
 ~ víry ve zdraví 149
 ~ odůvodněného konání a postoje 150
 ~ sociálně-ekologické 150
 ~ ekologicko-environmentální 150
 ~ problémového chování 149, 151
 ~ sociálního vývoje 151
 moderátor 64
 morálka 101, 113
 multimédia 34, 35, 36
 myšlení 90, 94, 95, 96, 149
 ~ kreativní 27, 175
 ~ kritické 22, 26, 96, 123, 150, 155, 173, 175, 176
- N**
- napodobování 95, 150
 násilí 108, 133
 následek 27, 45, 65, 86, 109, 114, 137, 138, 157, 174
 ~ negativní 133
 nástroje 11, 26, 35, 55, 75, 76, 77, 95, 109, 138, 139
 ~ diagnostické 140, 169
 ~ distribuce 33
 ~ screeningové 169
 nevýhody 33, 40
 ~ elektronických médií 36
 ~ internetu 34?
 norma 15, 35, 47, 48, 99, 100, 101, 114, 120, 121, 122, 129, 134, 150, 157
 ~ biomedicínská 100
 ~ epidemiologická 99
 ~ etická 100
 ~ funkcionalistická 99
 ~ ideální 100
 ~ kulturní 133
 ~ legislativní 100
 ~ mediální 100
 ~ morální 100, 133
 ~ porušení 113, 114
 ~ právní 113, 133, 135
 ~ sociální 101, 129, 133, 134, 135, 137
 ~ sociokulturní 99, 100
 ~ společenská 113, 133, 135
 ~ statistická 99, 134
 ~ školy 100

norma rodiny 100

normalita 99, 100, 101, 149

O

ochrana 77, 78, 107, 119, 120, 144

~ jedince 107

~ společnosti 107

odrazení 156, 156

opatření represivní 48, 114

organizace 15, 29, 70, 76, 79, 84, 104,
118, 158, 163, 164, 168, 179, 198

~ autorizovaná 163

~ času 29, 175

osoba 49, 54, 55, 70, 79, 111, 158

~ autorizovaná 163

osvojování norem společnosti 108

P

pachatel 22, 113, 114

patologie 99, 100, 110, 127, 133

~ sociální 100, 133

pedagogicko-psychologická poradna 77,
78, 80, 84, 104, 110, 164, 197

percepce 130

~ sociální 137, 138, 175

plánování 29, 41, 54, 69, 70, 71, 72, 84,
105, 121, 175, 176

počítače 33, 34, 96

podmínky 9, 15, 39, 42, 45, 46, 48, 53, 54,
57, 62, 64, 73, 77, 79, 84, 110, 129, 130,
133, 145, 146, 163, 176

~ pro poskytované služby 146, 147

podpora 19, 23, 36, 47, 48, 49, 53, 56, 57,
70, 76, 83, 84, 90, 95, 96, 100, 108, 110,
122, 143, 151, 155, 157, 158, 163, 165,
173, 174, 176, 179

~ metodická 72, 78, 79, 145, 146, 161, 163

pohlaví 19, 23, 50, 69

populace 19, 20, 21, 22, 23, 35, 43, 72, 84,
99, 108, 109, 133

~ obecná 20, 167, 168

~ nezasažená 21

poruchy příjmu potravy 36, 85, 109, 134,
179

postoj 19, 26, 28, 42, 46, 47, 48, 65, 69,
95, 100, 107, 108, 119, 122, 139, 149,
150, 151, 156, 157, 158, 173

postih 40, 114

~ neodvratnost 113

pozorování 41, 42, 150, 163

~ systematické v přirozeném
prostředí 140

pracovník v primární prevenci 35, 71, 72,
93, 103, 104, 158, 161, 163, 179

práce 11, 13, 16, 21, 25, 26, 29, 46, 49, 69,
71, 72, 73, 78, 83, 90, 93, 94, 96, 101,
103, 104, 108, 109, 110, 118, 119, 121,
122, 128, 130, 143, 144, 145, 146, 147,
156, 157, 161, 162, 163, 169

~ s textem 94

~ výchovně-preventivní 107

právo 14, 113, 114, 134, 161

~ platné 114

~ spravedlivé 114

praxe 10, 15, 45, 53, 89, 90, 100, 103, 118,
134, 139, 149, 155, 161, 162, 163, 167,
173, 179

~ dobrá 104, 122, 179

prezentace 95

~ webové 34

problémy 20, 22, 25, 27, 29, 45, 47, 70,
72, 86, 95, 109, 122, 139, 167, 173

~ řešení 90, 173

proměnná 46, 49, 61, 62, 63, 64, 65

~ mediační 61, 62, 63, 64, 65

prostředí 12, 28, 35, 36, 39, 45, 47, 48, 49,
50, 55, 93, 94, 95, 108, 109, 110, 117,
118, 119, 123, 129, 130, 135, 137, 139,
140, 149, 151, 158, 159, 162, 167, 168,
169, 174, 176

~ lokální 108

~ mimoškolní 117, 118, 119

~ realizace preventivního programu 117,
118, 119, 120

- ~ rodinné 49, 108
- ~ školní 16, 48, 55, 84, 93, 117, 118, 119, 134
- přednáška 90, 93, 94, 118, 121, 155
- přesvědčení normativní 65, 101, 150, 162, 175
- přístroje
- ~ multifunkční 34
- přístup 10, 11, 20, 23, 40, 41, 42, 64, 73, 75, 91, 93, 94, 108, 109, 121, 122, 123, 124, 134, 135, 140, 150, 156, 168, 176
- ~ evidence-based 42, 73
- ~ komunitní v primární prevenci 50, 105
- ~ normativní 101
- ~ založený na důkazech 42, 73
- psychologie zdraví 64
- působení 14, 16, 33, 36, 45, 48, 49, 85, 95, 103, 104, 105, 109, 117, 130, 134, 158, 167, 175
- ~ iatrogenní 161

R

- rasismus 85, 108, 109, 133, 134, 144
- realita
- ~ virtuální 34, 35
- reedukace 110, 145
- reflexe 163
- ~ sebe sama 27, 28, 137, 138, 163, 175
- regulace společenských vztahů 113
- represe 78, 113
- ~ trestní 114
- resilience 49, 76
- ~ kompenzační 49
- ~ ochranná 49
- ~ zodolňující 49
- resocializace 110
- rodina 20, 22, 23, 45, 47, 48, 49, 69, 70, 72, 73, 100, 108, 109, 110, 129, 137, 139, 145, 150, 151, 158, 168, 169
- ~ s rizikovými faktory 22, 23
- rozhlas 33, 34, 158

- rozhodování 27, 39, 55, 56, 71, 90, 104, 113, 121, 129, 138, 151, 155, 174, 175
- rozhovor 72, 90, 94, 104, 169

Ř

- řád 84
- ~ školní 71, 84, 85, 108, 137, 147
- ředitel
- ~ školy 70, 71, 78, 79, 143, 146, 164

S

- sankce 40, 48, 71, 113, 114
- ~ nepřiměřená 113
- ~ účel 114
- ~ ukládání 113
- sebehodnocení 26, 28, 47, 156, 175
- sebeocení 27, 28
- sebereflexe (X reflexe sebe sama) 28, 137, 138, 163
- sebeúcta 61, 63, 157, 173
- sebeuvědomění 25, 27, 28, 175
- self-management 25, 83, 86, 137
- setkávání 119
- ~ intervizní 163
- schopnost 23, 25, 26, 27, 28, 29, 46, 49, 70, 84, 86, 90, 91, 94, 105, 137, 138, 139, 155, 156, 162, 163, 173, 174, 175, 176
- ~ sebemotivace 25, 27
- skupina
- ~ cílová 10, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 39, 40, 41, 42, 43, 53, 54, 84, 86, 89, 90, 93, 95, 96, 103, 104, 105, 117, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 164, 168, 169
- ~ etnická 22, 23, 54
- ~ riziková 22, 49, 118, 158, 167
- ~ specifická 69
- ~ svépomocná 105
- služby 10, 13, 15, 16, 25, 70, 76, 144, 145, 146, 147

~ školního poradenského pracoviště 79,
143, 144, 146, 147
SMS 35, 198
socializace 109, 176
sociologie 128, 149, 161
~ organistická 133
speciální pedagog 72, 103, 105, 145, 146,
147
~ školní 79, 143, 145
specifika poradenské práce 145
společnost 22, 46, 47, 48, 99, 100, 107,
108, 113, 114, 129, 133, 134, 149, 150,
151, 164
spravedlnost 113, 114
standard 104, 105
~ kvalifikační 161, 163
standarty 13, 14, 40,
~ kvality primární prevence 13, 19, 109
~ odborné způsobilosti 13, 84, 104
strategie primární prevence
~ environmentální 123
středisko výchovné péče 110
studie 25, 34, 45, 63, 137, 168, 176, 197
~ evaluační 20
strategie 13, 14, 20, 25, 26, 28, 29, 49, 53,
55, 65, 76, 77, 78, 84, 85, 86, 100, 108,
110, 111, 123, 125, 134, 138, 143, 146,
156, 162
~ copingové 137, 138
~ rozvoje životních dovedností 155
~ sociálního vlivu 65
styl životní 25, 26, 28, 93, 110, 174
~ zdravý 27, 36, 83, 85, 105, 108
supervize 56, 104, 161, 163
syndrom rizikového chování 46, 109,
127, 129, 134, 198
systém 15, 16, 21, 45, 47, 48, 55, 57, 64,
75, 77, 78, 79, 85, 86, 91, 104, 105, 113,
114, 117, 123, 127, 129, 130, 140, 143,
145, 161, 164, 167
~ komunikace 143
~ normativní 113

~ odměny 162
~ včasné identifikace 145

Š

šikana 69, 70, 71, 72, 76, 85, 104, 108,
109, 110, 128, 134, 156, 158
škola 13, 15, 22, 39, 47, 48, 49, 54, 55,
56, 70, 71, 75, 76, 77, 79, 83, 84, 85, 95,
100, 103, 104, 105, 108, 109, 110, 117,
118, 121, 122, 124, 128, 139, 143, 144,
145, 146, 147, 158, 159, 162, 163, 168,
176
školní metodik prevence 71, 72, 77, 78,
79, 80, 83, 84, 105, 110, 118, 143, 144,
147, 168, 169
školní poradenské pracoviště 71, 72, 79,
84, 117, 143, 147
školský poradenský systém 79
školní psycholog 70, 72, 79, 105, 110,
143, 145, 146, 147

T

technologie 33
~ mediální 96
techniky 25, 26, 69, 86, 155, 156, 157,
162, 174
~ interaktivní 122
telefony 35
~ mobilní 34
televize 33, 34, 158
teorie 10, 89, 149, 150, 162, 163
~ biomedicínské 149
~ normativního přesvědčení 150
~ pedagogické 149
~ problémového chování 45, 46, 48, 130
~ psychologické 63, 149
~ psychosociální 149
~ sociálního učení 139, 150
~ sociologické
~ šíření novinek 150
~ vývojové 150

- testování na školách 124
trest 110, 113, 114, 122, 139
~ exemplární 114
~ spravedlivý 114
~ účinek 114
~ újma 114
tým 9, 12, 14, 15, 69, 105, 121, 143, 146
~ evaluace experimentální 42
~ evaluace kvaziexperimentální 42
~ školního poradenského pracoviště 143
typ evaluace 42
~ experimentální 42
~ kvaziexperimentální 42
~ preventivního programu 39
- U**
- účinnost 28, 33, 36, 40, 64, 73, 83, 114, 173, 175
~ preventivního programu 57, 146
učení 47, 90, 96, 138, 140, 145, 162, 163, 176
~ sociální 95, 108, 139, 150
~ zkušenostní 161, 163
učitel 48, 72, 93, 138, 140, 143, 144, 146, 162, 169
~ třídní 71, 80, 118, 143, 145, 146
udržitelnost programu 56, 57
Unplugged 71, 86, 95, 101, 168
upevňování zdraví 108
užívání drog 36, 45, 46, 47, 48, 49, 118, 120, 122, 123, 128, 135, 156, 157, 158
~ rekreační 23, 123
- V**
- video 33, 35, 95, 140, 158, 168
vedení metodické 56, 144, 145
vnímaná osobní účinnost 28
vulnerabilita 21
výbor pro udělování certifikací 16
- výhody 33, 95, 118
~ elektronických médií 33, 36
~ internetu 33, 34
výchova 22, 47, 71, 77, 83, 93, 96, 110, 139, 146, 167
~ rodinná 108
výchovný poradce 79, 110, 143
výchovný styl 121, 122
~ autoritářský 121, 122
~ demokratický 121, 122
~ liberální 121, 122
vyprávění 94
využívání volného času
~ efektivní 108
vzdělávání 14, 16, 23, 48, 70, 72, 85, 89, 94, 103, 104, 118, 128, 139, 144, 145, 146, 161, 162, 163, 179
~ pedagogických pracovníků 71, 161, 162, 163
~ v primární prevenci 104, 161, 162, 163, 164, 176
vztahy sociální 29, 138, 174
~ zdravé 137
- Z**
- zabezpečení 14, 55, 56, 84
~ technologické 33, 36
zapojení 47, 54, 55, 83, 94, 130, 158, 176
~ interaktivní 162
zařízení 15, 16, 21, 22, 36, 69, 70, 75, 77, 78, 79, 103, 110, 118, 120, 143, 144, 146, 147, 162, 168, 169
~ elektronické 33
~ volnočasové 108
záškoláctví 22, 71, 72, 85, 108, 109, 128, 134, 144
zátěž 21, 27, 47, 86, 137, 138, 139
~ zdravotně-sociální 21
závislost 20, 22, 23, 33, 36, 50, 109, 110, 111, 118, 133, 144
~ drogová 46, 76, 108, 110, 111, 163, 169

- zdraví 19, 25, 27, 28, 29, 46, 47, 61, 63, 64, 77, 100, 108, 119, 120, 127, 129, 133, 149, 150, 158, 167, 173, 174, 176
- zkušenost 10, 16, 26, 27, 35, 90, 91, 93, 94, 95, 105, 110, 123, 150, 161
- ~ korektivní 139
- znanosti 11, 22, 28, 34, 35, 42, 45, 56, 61, 70, 72, 85, 89, 90, 91, 104, 108, 122, 130, 149, 155, 158, 161, 162, 163, 169, 173
- ~ specifické 104
- způsobilosti 13, 15, 16, 84, 93, 104, 105, 113
- zvládání 25, 26, 28, 86, 137, 138, 145, 174
- ~ emocí 28, 175, 176
- ~ stresu 28, 119, 139, 156, 173, 175, 176
- Ž**
- žebříček
- ~ hodnotový 108

Příloha: Anglicko-český převodník primárních hesel

1	Certifikace kvality v primární prevenci	Certification of quality in primary prevention
2	Cílové skupiny v primární prevenci	Target groups in primary prevention
3	Dovednosti sebeovlivnění	Self-management (skills)
4	Elektronická média v primární prevenci	Electronic media in primary prevention
5	Evaluace preventivních programů a intervencí	Evaluation of preventive programmes and interventions
6	Faktory rizikové a protektivní	Risk and protective factors
7	Implementace preventivních programů	Implementation of preventive programmes
8	Intermediátoři	Intermediators
9	Intervence	Intervention
10	Koordinace preventivních programů	Coordination of preventive programmes
11	Metodika	Methodology
12	Metody v primární prevenci	Primary prevention methods
13	Minimální preventivní program	Basic school-based preventive programme
14	Normalita v primární prevenci	Normality in primary prevention
15	Pracovník v primární prevenci	Primary prevention professional
16	Prevence	Prevention
17	Preventivní dopad represe	Preventive effect of repression (punishment)
18	Prostředí realizace preventivních programů a intervencí	Settings for preventive programmes and interventions
19	Přístupy v primární prevenci	Primary prevention approaches
20	Rizikové chování	Risk behaviour; problem behaviour; risk-taking behaviour
21	Sociálně patologické jevy	Social pathologies
22	Sociální dovednosti	Social skills
23	Školní poradenské pracoviště	School counselling service
24	Teoretické koncepty v primární prevenci rizikového chování	Theoretical concepts in the primary prevention of risk behaviours
25	Typy preventivních intervencí	Types of preventive interventions
26	Vzdělávání v primární prevenci	Primary prevention education
27	Základní úrovně provádění prevence	Basic levels of prevention implementation
28	Životní dovednosti	Life skills

Abstrakt

Výkladový slovník základních pojmů a konceptů prevence rizikového chování je po mnoha různých pokusech o sjednocení terminologie v oblasti školské prevence v České republice ojedinělou publikací, doplňující vznikající původní základní učební texty. Kniha je určena všem pracovníkům v primární prevenci bez ohledu na jejich resortní a institucionální příslušnost a původní oborové vzdělání. Naopak by měla pomoci přemostit právě různorodost původní kvalifikace, s jakou do školské prevence tyto pracovníci přicházejí. Jistě bude dobrým vodítkem a podporou též studentům různých vysokoškolských oborů, pracovníkům státní správy a samosprávných institucí, donorům i širší veřejnosti. Jejím hlavním cílem bylo přemostit dosavadní oborové a resortní přístupy k preventivní terminologii a nabídnout výklad základních pojmů a konceptů z oblasti prevence rizikového chování, založený na skutečné mezioborovosti a meziresortnosti. Autorský tým jej vytvořil v rámci projektu „*Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni*“ (reg. číslo CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK). Slovník obsahuje celkem 28 hlavních/primárních hesel (např. rizikové chování, preventivní program, evaluace preventivních programů a intervencí atd.) a pracovalo na něm v letech 2010–2012 celkem 20 autorů z celé České a Slovenské republiky. Každé ze základních 28 hesel pak obsahuje množství dalších dílčích pojmů (sekundární hesla) a je vyloženo v širším teoretickém a aplikačním rámci. Rozsah výkladového pojmu se v průměru pohybuje okolo 500–900 slov. Primární hesla jsou řazena abecedně a vytvářejí dílčí tematické celky. V závěru publikace je sestaven seznam a výklad nejčastěji užívaných zkratk. Všechna primární hesla mají uveden též anglický terminologický ekvivalent a na konci knihy je převodník základních pojmů mezi českým a anglickým jazykem. Zvláštní pozornost autoři věnovali citacím a doporučené literatuře. Přímo za každým primárním heslem je seznam použité literatury, do které je možné jít pro rozšíření informací a pro kontrolu, na jaké autorské prostředí je daný výklad pojmu vázán a jakým teoretickým směrem orientován. Současně je každé heslo na svém závěru vždy opatřeno též doporučenou rozšiřující literaturou, kterou je možné využít právě ke studijním účelům a která nabízí vhodné rozšíření a doplnění daného primárního hesla. Pro snadnější vyhledávání a orientaci je publikace opatřena podrobným jmenným a věcným rejstříkem.

Summary

After various attempts to unify the terminology pertaining to school-based prevention in the Czech Republic, *Prevention of Risk Behaviour: the Explanatory Dictionary of Basic Terms and Concepts* is a unique publication, complementary to the basic textbooks being developed. This book is intended for all primary prevention practitioners, irrespective of their departmental and institutional affiliation or their professional background. Indeed, it should help in spanning the differences between the original qualifications which these practitioners bring to their school-based prevention work. It will also certainly provide good guidance and support for college/university students in different academic programmes, civil servants at both the national and local levels, donors, and the general public. Its main objective is to find the common ground in the existing approaches to prevention terminology applied by different professions and departments and provide explanations of the key terms and concepts used in the field of the prevention of risk behaviour that are based on truly interdisciplinary and inter-agency approaches. The dictionary, containing a total of 28 main/primary entries (including Risk Behaviour, Preventive Programme, and Evaluation of Preventive Programmes and Interventions) was created by a team of 20 authors from both the Czech and Slovak Republics between 2010 and 2012 as part of the project entitled “The Development of a System of Modular Training in the Prevention of Risk Behaviour for Educational and Counselling Professionals in Schools and Educational Institutions at the National Level” (Reg. No. CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF ECOP). Explained within a broader theoretical and practical framework, each of the 28 basic entries encompasses a number of additional concepts (secondary entries). The main entries consist of an average of 500–900 words. They are presented in alphabetical order and constitute individual thematic units. A list of the common abbreviations, including their explanations, is provided at the end of the book. The equivalent English term is indicated for each primary entry and a Czech-English glossary of basic terms is also provided at the end of the book. The authors paid special attention to citations and recommended reading. Each primary entry is followed by a list of relevant literature which the reader may refer to in order to obtain additional information and see what scholarly approaches and theoretical frameworks the explanation of the concept reflects and follows.

In addition, each entry ends with a list of recommended further reading which may be used for study purposes and to further explore the issues outlined in the primary entry. Detailed name and subject indexes are provided for the readers' convenience.

Další klíčové publikace projektu:

**Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni
CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK.
(VYNSPI)**

Pavlas Martanová, V. (ed.) (2012)
**Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů
školské primární prevence rizikového chování.**
Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Jde o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými Standardy a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění.

Standardy jsou rozsáhlým dokumentem revidovaným a přijatým Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v letech 2005 a 2008, v roce 2012 pak v rámci projektu VYNSPI (Projekt CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK) rozšířeným na všechny typy rizikového chování. Standardy ve své obecné a speciální části definují základní pojmy, cílové skupiny preventivních programů a zásady efektivity primárně preventivního působení. Dále pak v podobě bodovatelných kategorií vymezují charakteristiky, které by měl kvalitní program obecně splňovat, například: dostupnost, zacílenost, respekt k právům klientů, hodnocení potřeb klienta, adekvátní personální a organizační zabezpečení programů, odpovídající materiálně-technické zázemí a další. Od roku 2012 si Standardy pokládají za cíl možnost posouzení kvality programů zaměřených na jakýkoli typ rizikového chování a ve své speciální části rozlišují tři typy přímého preventivního působení, tedy tři typy programů: programy všeobecné, selektivní a indikované školské primární prevence rizikového chování.

Pavlas Martanová, V. (2012)
**Certifikační řád a metodika místního šetření pro proces certifikace
dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů
školské primární prevence rizikového chování.**
Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Jde o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými Standardy a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění.

Tyto dva texty, Certifikační řád a metodika místního šetření, upravují podmínky pro certifikaci programů školské primární prevence dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování z roku 2012. Vymezují základní pojmy, cíle a principy certifikace a popisují úkoly jednotlivých subjektů účastnících se celého procesu i proces samotný na různé úrovni obecnosti. Certifikační řád je základním obecným ustanovením a metodika místního šetření pak nástrojem praktické realizace procesu certifikace. Dokument obsahuje též formuláře závěrečné zprávy a protokolu z místního šetření.

Pavlas Martanová, V. a kol. (2012)

Manuál certifikátora: nástroj k praktické realizaci procesu certifikace dle Certifikačního řádu a metodiky místního šetření v souladu se Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Jde o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými Standardy a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění.

Manuál certifikátora je praktickým nástrojem, podle kterého postupuje certifikační agentura při realizaci místních šetření v zařízeních, která o certifikaci žádají. Manuál se zabývá konkrétní náplní práce certifikátorů v jednotlivých fázích certifikačního procesu a řeší též technické aspekty jejich práce. V přílohové části lze nalézt celou řadu formulářů používaných v certifikačním procesu a při místním šetření, etický kodex certifikátora, žádost a závaznou objednávku certifikačního šetření, záznamový arch hospitace v programu specifické školské primární prevence a další.

Charvát, M., Jurystová, L., Miovský, M. (2012)

Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Model představuje návrh klasifikace kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování (PPRCH) ve školství. Vychází z potřeby koordinovaného vzdělávání pracovníků v PPRCH nejen u pedagogických pracovníků, ale také u všech dalších profesí vstupujících v rámci preventivních aktivit do škol, případně majících vliv na podobu těchto preventivních aktivit.

Navrhovaný model prezentuje čtyři hierarchicky seřazené stupně odbornosti preventivního pracovníka (od tzv. preventivního minima až po expertní úroveň), přičemž jednotlivé úrovně jsou odstupňovány podle náročnosti prováděných preventivních aktivit a především podle úrovně znalostí, dovedností a dalších kompetencí potřebných pro jejich realizaci. Požadavky na odbornost preventivních pracovníků jsou podstatné i z hlediska možného iatrogenního vlivu preventivních aktivit při jejich neodborném provádění. Navrhované kvalifikační předpoklady (znalosti, dovednosti a kompetence) jsou navíc v modelu jasně vymezeny a jsou ověřitelné (hodnotitelné).

Model zároveň zohledňuje existující pozice ve školství, jak je definuje zákon a prováděcí vyhlášky, a stejně tak i neformální, spontánně vzniklou strukturu složenou z odborníků, kteří se problematice primární prevence věnují v terénu. Integrální součástí modelu je i návrh postupu uznávání jednotlivých úrovní kvalifikačních předpokladů u pracovníků, kteří v prevenci již léta působí a prošli různými vzdělávacími aktivitami. Vzdělávání je i v tomto modelu koordinováno MŠMT a naplňováno jím pověřenými akreditovanými vzdělávacími institucemi a autorizovanými osobami. Svou celkovou koncepcí se návrh drží zásady neměnit, co je funkční, a přitom citlivě zavádět nová systémová opatření s cílem zvýšení kvality a dostupnosti funkční primární prevence ve školství.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (eds.) (2010)

Primární prevence rizikového chování ve školství.

Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga

Kniha je zaměřena na oblast prevence rizikového chování ve školství z hlediska základní teorie i praxe, včetně legislativních otázek. Školní prevence rizikového chování je v České republice nejvíce rozvinutou oblastí. Školy a školská zařízení umožňují realizátorům prevence snadný přístup k cílovým skupinám, v prostředí, které je pro realizaci preventivních programů bezpečné. Takto pojatá původní publikace je v oblasti školní prevence rizikového chování v České republice první svého druhu. Snahou editorů bylo ve spolupráci s autory dílčích kapitol sestavit soubor textů, které by v ucelené formě na jednom místě shrnovaly současný stav prevence rizikového chování v prostředí českého školství. Kniha obsahuje standardní údaje, které mají za cíl usnadnit čtenáři orientaci v textu (použitá literatura, použité zkratky, jmenný rejstřík, věcný rejstřík, seznam obrázků a seznam tabulek).

Publikace může sloužit jako učebnice v pregraduální výuce různých oborů (zejm. pedagogiky, adiktologie, psychologie), stejně tak v rámci celoživotního vzdělávání, včetně specializačních kurzů. Jako cenný zdroj informací může sloužit začínajícím preventivním odborníkům na regionální i oblastní úrovni, koordinátorům prevence, pedagogům – školním metodikům prevence, ale i ostatním pracovníkům školy.

Širůčková, M., Miovský, M., Skácelová, L., Gabrhelík, R. a kol. (2012)

Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování.

Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Manuál obsahuje vybrané prověřené a osvědčené programy z oblasti primární prevence na třech úrovních provádění z hlediska cílové skupiny, tj. všeobecná, selektivní a indikovaná prevence. Specifikace každého programu je uvedena vždy jednotně v přehledové tabulce, která obsahuje informace: Úroveň provádění (všeobecná, selektivní a indikovaná), Oblast zaměření (nespecifická, specifická), Cílová skupina (např. předškolní děti, rodiče), Forma (např. interaktivní), Délka programu (krátko-, středně-, dlouhodobý program), Poskytovatel (kontaktní informace o realizátorovi). Popis každého programu má jednotnou, předem definovanou strukturu. Povinně obsahuje: název preventivního programu, anotaci programu, popis teoretických východisek programu, cílů programu, popis cílové skupiny, popis časové struktury, obsah programu, personální nároky, kontraindikace a omezení, způsob hodnocení efektivitativy programu, materiální požadavky a pomůcky, prostorové požadavky, návaznosti a vhodné kombinace, podpůrné materiály (např. internet), přibližná cena programu, plné kontakty na realizátora. Cílem autorů je v budoucnu manuál aktualizovat a rozšiřovat o další programy, které se v oblasti prevence rizikového chování objeví, a iniciovat projekt, v jehož rámci by mohly další autorské kolektivy a organizace přidávat do manuálu své programy, které by tam mohly být sdíleny dalšími odborníky z praxe.

Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., Zapletalová, J. (2012)
Návrh doporučené struktury Minimálního preventivního programu
prevence rizikového chování pro základní školy.
Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Publikace představuje ucelený pokus o návrh doporučené struktury, obsahu a rozsahu Minimálního preventivního programu (MPP) v České republice. Jde de facto o návrh uceleného komplexního preventivního programu pro ZŠ, který splňuje přísná kritéria kladená na školní programy prevence rizikového chování. Návrh vychází jednak ze současného stavu výzkumu v této oblasti a jednak z praxe provádění programů v ČR. Smyslem textu je nabídnout podnět k diskusi o možnostech a podobách MPP, nikoli vytvořit jeho uniformní model. Autoři si kladou za cíl podpořit diskusi o dalším směřování a vývoji MPP u nás a současně do této diskuse přispět skutečně konkrétním a jasným návrhem. Klíčové pro diskusi o tomto návrhu je ale správné pochopení základních principů, na kterých je vystavěn. Tedy že nejde o výčet konkrétních programů, ale o návrh obecného rámce začínajícího pravidly bezpečné školy a jdoucího přes další nespecifické preventivní aktivity (dovednosti pro život) až k aktivitám (intervencím) specifickým. Důležitý přitom je aplikovaný model spirály, tedy postupného navazování dílčích částí na sebe v závislosti na věkových skupinách žáků a vazbě dílčích témat mezi sebou. Celý popis je založen na specifikaci výstupních deskriptorů: znalostí, dovedností a kompetencí. Jinými slovy, návrh umožňuje škole strukturu vyplnit libovolnými vhodně zvolenými programy v závislosti na jejích personálních, ekonomických a dalších možnostech a závazné pro ni by v tomto smyslu bylo pouze to, aby žáci na konci daného věkového období měli potřebné znalosti, dovednosti a kompetence. To zpětně posiluje roli školního metodika prevence, školního poradenského pracoviště i ředitele a respektuje individuální povahu a reálné možnosti každé školy. Současně návrh ukazuje, že pokud škola dobře implementovala princip rámcových vzdělávacích programů, pak zvládnout navržený komplexní program v rozsahu 86 hodin (1.–9. třída ZŠ) pro ni nemůže být zásadním problémem. Průnik s vyučovými předměty (biologie, občanská nauka či rodinná výchova atd.) je tak zásadní, že předložený návrh vyžaduje jen velmi malý nárok na uvolnění potřebných hodin pro realizaci preventivních programů nad tento rámec.

Všechny publikace jsou dostupné v elektronické podobě ve formátu *.pdf na stránkách
Kliniky adiktologie: <http://www.adiktologie.cz>. V plné verzi jsou texty umístěny
v kategorii „Publikace“, v sekci „Monografie“.

V tištěné podobě byly knihy vydány v omezeném nákladu a jsou již prakticky nedostupné.

Vznik těchto publikací byl finančně podpořen projektem
Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů
pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni
CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky
a je spolufinancován z institucionální podpory na rozvoj výzkumné organizace, PRVOUK-P03/LF1/9.



Klinika adiktologie

Klinika adiktologie

**1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
a Všeobecná fakulní nemocnice v Praze**

Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

tel./fax: +420 224 965 035

www.adiktologie.cz / info@adiktologie.cz

Klinika adiktologie je odborné pracoviště 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Vznikla k 1. 1. 2012 spojením Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Oddělení pro léčbu závislostí VFN v Praze. Jde na tomto poli o zcela unikátní spojení dvou doposud samostatných pracovišť, zahrnujících jak lékařskou, tak nelékařskou část profesí, pohybujících se v tomto nově se konstituujícím oboru.

Klinika adiktologie se zaměřuje na klinický lůžkový provoz a na výuku a výzkum v adiktologii, oboru zkoumajícím rizikové prostředí užívání návykových látek a závislostní chování. Hlavní činnost kliniky je rozdělena do celkem čtyř oblastí:

- a) *klinický provoz zahrnuje 7 současných oddělení OPZ VFN v Praze:*
 - ◆ Lůžkové oddělení muži
 - ◆ Lůžkové oddělení ženy
 - ◆ Detoxifikační oddělení
 - ◆ Centrum metadonové substituce
 - ◆ Ambulance pro alkoholové závislosti
 - ◆ Ambulance pro nealkoholové závislosti
 - ◆ Centrum pro psychoterapii a rodinnou terapii
- b) *pregraduální výukové programy:*
 - ◆ výuka studentů medicíny a stomatology v oboru adiktologie včetně širšího rámce oboru psychiatrie
 - ◆ pregraduální výuka v bakalářském oboru adiktologie (prezenční a kombinovaná forma výuky v českém jazyce)
 - ◆ pregraduální výuka v magisterském oboru adiktologie (prezenční a kombinovaná forma výuky v českém jazyce)
- c) *vědeckovýzkumná činnost a postgraduální výuka v oboru adiktologie (ve fázi akreditace), včetně zahraniční spolupráce v této oblasti; dnes existují čtyři centra:*
 - ◆ Centrum primární prevence užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování
 - ◆ Centrum pro teorii a praxi diagnostiky, terapie a rehabilitace poruch a onemocnění spojených s užíváním návykových látek
 - ◆ Centrum pro teorii a praxi intervencí „harm reduction“ a „risk reduction“
 - ◆ Centrum pro teorii a praxi trestněprávních a kriminologických souvislostí s užíváním návykových látek
- d) *celoživotní vzdělávání a rozvojové projekty v oboru adiktologie*

Kliniku adiktologie tvoří tým odborníků v oboru adiktologie, psychologie, psychiatrie, práva, epidemiologie, sociální práce, ekonomie, kriminologie a speciální pedagogiky, kteří mají zkušenosti s léčbou závislostí, domácím i mezinárodním výzkumem, rozvojovými projekty a vysokoškolskou výukou.

**Zajímá tě role návykových látek ve společnosti a programy protidrogové politiky, které ji ovlivňují?
Chceš být adiktologem, tedy odborníkem na závislosti, který rozumí základům práva, sociologie,
sociální práce, psychologie a zdravotní vědy?**

**Máš chuť během studia a po něm pracovat s lidmi, kteří se chovají rizikově,
a motivovat je ke změně?**

Odpověď je bakalářské studium adiktologie!

www.adiktologie.cz/studium

Najdi si studium adiktologie na Facebooku!

BAKALÁŘSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

- zajímavý nelékařský zdravotnický obor na 1. LF UK v prezenční a kombinované formě
 - mezioborové vzdělání s kvalifikací pro samostatnou práci ve zdravotnictví
 - pestré studium vyučované předními odborníky v oboru adiktologie
 - studium v prezenční nebo v distanční podobě při zaměstnání
 - možnost pokračovat v magisterském stupni studia

O studiu: Bakalářské studium adiktologie je rozvrženo do 3 let studia. V prvním roce je kladen důraz především na osvojení znalostí v základních medicínských oborech, jež jsou doplněny o úvod do studia adiktologie. Od druhého ročníku se studium soustředí na odborné adiktologické předměty s mezioborovým přesahem do oblasti psychologie, sociální práce, sociologie, práva nebo kriminologie. Závěr studia je zaměřen na praktickou přípravu, která zahrnuje zvládnutí základních poradenských a terapeutických dovedností. Studium je zakončeno státní závěrečnou zkouškou a obhájením odborné práce na aktuální adiktologické téma v České republice. Studenti oboru adiktologie mají možnost strávit část studia na zahraničních partnerských univerzitách a také dále pokračovat v navazujícím magisterském studiu adiktologie na 1. LF UK. Bakalářský program adiktologie je možné studovat také v kombinované podobě, což umožňuje doplnit si odborné VŠ vzdělání při zaměstnání.

Uplatnění absolventů: Absolventi oboru adiktologie se uplatňují zejména jako pracovníci preventivních programů užívání návykových látek a pracovníci služeb pro uživatele drog (zdravotnických i nezdravotnických, státních i nestátních), a dále jako pracovníci veřejné správy koordinující systém péče pro uživatele drog a prevence rizikového chování. Osvojené znalosti a dovednosti mohou uplatnit v širokém spektru multidisciplinárních týmů, jež se zabývají řešením problémů spojených s užíváním návykových látek v různých pracovních prostředích – např. nízkoprahové zařízení pro uživatele drog, terapeutická komunita, zařízení sociálních služeb nebo speciálního školství, vězeňská služba, policie či soukromý sektor. Profese adiktologa je zařazena mezi nelékařská zdravotnická povolání, a to novelou zákona č. 96/2004 Sb., adiktolog tak může provádět samostatnou práci ve zdravotnictví.

Požadavky na uchazeče: Studium je vhodné pro všechny, kdo se zajímají o interdisciplinární obor adiktologie nebo v něm pracují a kdo dokončili úplné středoškolské vzdělání s maturitou. Příjímací řízení se skládá ze dvou částí, písemné a ústní zkoušky, jež mají povinnou a dobrovolnou část. Uchazeč bude ke studiu přijat, pokud úspěšně zvládne obě jejich povinné části zaměřené na znalosti v oboru adiktologie, biologie, chemie a fyziky v rozsahu dostupných modelových otázek. V dobrovolné části uchazeč dokládá svou motivaci ke studiu odbornou praxí nebo písemnou práci v oboru adiktologie.

Termín pro zaslání přihlášek k přijímacímu řízení je 28. únor daného roku. Zájemci o studium musí ve stanoveném termínu zaslat vyplněnou přihlášku k přijímacímu řízení (ke stažení na <http://is.cuni.cz/studium>), potvrzení od praktického lékaře a potvrzení o zaplacení poplatku za úkony spojené s přijímacím řízením a úspěšně složit přijímací zkoušky.

Zajímá tě problematika veřejného a duševního zdraví v kontextu dalších oborů, jako je právo, sociologie, sociální práce, psychologie nebo ekonomie?

Baví tě výzkum v oblasti společenských věd a zajímá tě jeho využití v praktické protidrogové politice? Chceš se podílet na obrazu návykových látek ve společnosti, programech pro jejich uživatele a na koordinaci těchto programů?

Odpověď je magisterské studium adiktologie!

www.adiktologie.cz/studium

Najdi si adiktologii na Facebooku!

MAGISTERSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

- navazující magisterský obor na 1. lékařské fakultě UK v prezenční a kombinované formě
- mezioborové vzdělání s kvalifikací pro samostatnou práci ve zdravotnictví
- pestré studium vyučované předními odborníky v oboru adiktologie

O studiu: Navazující magisterské studium adiktologie je rozvrženo do 2 let studia. Studium absolventy vybaví teoretickými poznatky a praktickými dovednostmi z oblasti prevence a léčby závislostí a protidrogové politiky. Program současně rozvíjí dvě samostatné studijní linie představované koncepty duševního zdraví (mental health) a veřejného zdraví (public health). Do studijního programu jsou zařazeny dvě odborné stáže. Velký důraz je kladen na položení základů vědeckovýzkumné práce. Studijní program adiktologie vychází z rozvíjeného moderního mezioborového přístupu, který nenabízí žádný z doposud existujících studijních oborů a o který je v praxi stále větší zájem. Absolventi jsou vybaveni pro další pokračování v doktorském studijním programu.

Uplatnění absolventů: Absolventi magisterského oboru adiktologie se uplatní v oblasti preventivních programů užívání návykových látek, ve službách pro uživatele drog (zdravotnických i nezávazných, státních i nestátních), v oblasti výzkumu a vzdělávání, ve veřejné správě koordinující systém péče o uživatele drog a prevence rizikového chování nebo v oblasti vymáhání práva (police, vězeňská služba), a to zejména na manažerských a koordinačních pozicích. Kombinace hlavních pilířů studia vytváří unikátní studijní profil, splňující jak nároky spojené s dovednostmi v oboru adiktologie a všech jeho aplikačních oblastech, tak možnost uplatnit se mimo oblast zdravotnictví všude tam, kde je po aplikaci konceptů duševního zdraví a veřejného zdraví v posledních letech stále silnější poptávka (školství, speciální školství, sociální péče, rozvoj preventivních strategií a programů, soukromý sektor atd.). Profese adiktologa je zařazena mezi nelékařská zdravotnická povolání, a to novelou zákona č. 96/2004 Sb., adiktolog tak může provádět samostatnou práci ve zdravotnictví. Tato kvalifikace je podmíněna absolvováním bakalářského studijního programu adiktologie nebo splněním kvalifikačního kurzu.

Požadavky na uchazeče: Studium je vhodné pro absolventy VŠ bakalářských studijních programů, včetně studijního programu Adiktologie. Absolventi jiných oborů než bakalářského studijního programu Adiktologie mají možnost doplnit si znalosti a dovednosti z oboru adiktologie v rámci kvalifikačního kurzu akreditovaného u Ministerstva zdravotnictví ČR, který je zároveň podmínkou pro získání kvalifikace adiktologa (a tím pádem samostatnou práci ve zdravotnických službách). Přijímací řízení k magisterskému studiu adiktologie se skládá ze znalostního testu v oboru adiktologie v rozsahu, který odpovídá náplni bakalářského programu adiktologie. Přijímací zkoušky probíhají v písemné a následně ústní formě. V ústní části přijímacího řízení je kromě výsledků písemného testu zohledněno také vypracování odborné práce v oboru adiktologie nebo doložení praxe v oboru adiktologie.

Termín pro zasílání přihlášek k přijímacímu řízení je 28. únor daného roku. Zájemci o studium musí ve stanoveném termínu zaslat vyplněnou přihlášku k přijímacímu řízení (ke stažení na <http://is.cuni.cz/studium>), potvrzení od praktického lékaře a potvrzení o zaplacení poplatku za úkony spojené s přijímacím řízením a úspěšně složit přijímací zkoušky.

Chcete realizovat špičkový výzkum v oblasti veřejného a duševního zdraví v kontextu dalších oborů, jako je právo, sociologie, sociální práce, psychologie nebo ekonomie?

Zajímá vás výzkumná práce zaměřená na klinické faktory úspěšné léčby závislostí?

Máte zájem připravovat svou výzkumnou práci podklady pro dynamicky se rozvíjející politiku v oblasti minimalizace rizikového prostředí užívání návykových látek?

Odpověď je doktorské studium adiktologie!

www.adiktologie.cz

DOKTORSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

- čtyřleté doktorské studium na 1. lékařské fakultě UK v Praze
 - v prezenční a v kombinované formě
- transdisciplinární výukový a výzkumný program vedený předními odborníky v oboru adiktologie
 - program zaměřený na zajímavá výzkumná a klinická témata s přesahem do oblasti veřejného a duševního zdraví

O studiu: Doktorský studijní program adiktologie je rozvržen do 4 let studia. Program vede studenty k osvojení schopností a dovedností nezbytných k analýze různých faktorů rizikového prostředí pro škodlivé užívání návykových látek a pro závislostní chování. Jádrem programu je klinický výzkum a praxe, zaměřené na oblast duševního zdraví a dále potom výzkum v oblasti veřejného zdraví, jejichž výstupy představují podklady pro na důkazech založené rozhodování ve zdravotní politice v souvislosti s užíváním návykových látek. Jádrem programu je metodologické vedení k transdisciplinárnímu výzkumu v oboru adiktologie a kombinace kvantitativních a kvalitativních výzkumných metod, které jsou v oboru adiktologie sjednoceny do komplexního epistemologického rámce.

Uplatnění absolventů: Kombinace tří pilířů studia (expertiza v rizikovém prostředí, klinická excelence a veřejnozdravotní analýza) si klade za cíl poskytnout absolventům programu odborné kompetence pro transdisciplinární adiktologický výzkum aplikovaný mj. na oblast klinického hodnocení efektivity veřejnozdravotních politik. Díky tomu budou absolventi programu dobře připraveni na potřeby praxe v oboru vědy a výzkumu, stejně jako na expertní pozice ve veřejném i v soukromém sektoru. Jejich transdisciplinární východiska jim umožní spolupracovat s kolegy z celé řady disciplín, komunikovat výsledky svého výzkumu manažerům a decision-makerům na mezioborové úrovni, a ujmát se např. vedoucích pozic na vysokém stupni odbornosti a/nebo se profilovat jako vědeckovýzkumní pracovníci na tuzemských či zahraničních univerzitách.

Požadavky na uchazeče: Studium je vhodné pro absolventy VŠ magisterských studijních programů ze souvisejících studijních oborů (medicína, zdravotnické obory, psychologie aj., včetně studijního programu Adiktologie). Ústní přijímací pohovor následně prověří: (i) motivaci ke studiu; (ii) znalosti z oboru adiktologie, (iii) fundamentální znalosti z metodologie, z oborů biologie člověka a společenských věd; dále (iv) uchazeč představí projekt své disertační práce v anglickém jazyce, v anglickém jazyce reaguje na případné dotazy; před podáním je vhodné zamýšlený projekt konzultovat s možným školitelem či konzultantem; projekt by měl být tematicky v souladu se zaměřením výzkumné činnosti pracoviště (Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze) či partnera studijního programu (Psychologický ústav AV ČR). Projekt odevzdává v české a anglické verzi (každá jazyková verze v rozsahu min. 4 normostran). Výhodou při přijímacím řízení je vlastní doložená praxe v oboru (např. člen řešitelského výzkumného týmu, dobrovolnická pomoc, stáž v zařízení atd.).

Termín pro zaslání přihlášek k přijímacímu řízení je 28. únor daného roku. Zájemci o studium musí ve stanoveném termínu zaslat vyplněnou přihlášku k přijímacímu řízení (ke stažení na <http://is.cuni.cz/studium>), potvrzení od praktického lékaře a potvrzení o zaplacení poplatku za úkony spojené s přijímacím řízením a úspěšně složit přijímací zkoušky.

Konference

PRIMÁRNÍ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ (PPRCH)

Od roku 2004 se každoročně na podzim koná konference
Primární prevence rizikového chování,
na které se pravidelně schází více než 300 odborníků
z oblasti prevence rizikového chování.

Konferenci organizuje:

**Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**

ve spolupráci s hlavními partnery:

**Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
Hlavní město Praha
Katedra psychologie PedF, Univerzita Karlova v Praze**

Během každé konference je vedle hlavního tématu věnován prostor
tematickým blokům z oblasti rizikového chování:

- agrese a šikana
- rizikové sporty a rizikové chování v dopravě
 - poruchy příjmu potravy
 - rasismus a xenofobie
 - negativní působení sekt
 - sexuální rizikové chování
- závislostní chování (adiktologie)
- systémový přístup v primární prevenci

Na konferenci zaznívají **jak příspěvky teoretické, koncepční, tak praktické,
vycházející ze zkušeností a podmínek v České republice**
(kazuistiky, příklady dobré praxe).

Bližší informace o konferenci lze nalézt zde:

www.pprch.cz

Vytvoření *Terminologického a výkladového slovníku základních pojmů primární prevence rizikového chování* vyplynulo ze společenského požadavku na vymezení a interpretaci klíčových pojmů a konceptů z oblasti prevence. Slovník významně pomáhá ke sjednocení mnohdy významově nejednotné terminologie v oblasti primární prevence, což je zásadní pro komunikaci v oboru a ve vzdělanostně různorodé komunitě odborníků, kteří se prevencí věnují (psychologové, pedagogové, lékaři, sociologové, právníci, úředníci, aj.). Autoři prokázali expertní fundovanost v daném specializovaném tématu. Terminologický a výkladový slovník doplňuje mezeru v nabídce kvalitních publikací určených pro mezioborové vzdělávání odborníků.

*doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.
Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity
v Českých Budějovicích*

Cílem kolektivu autorů bylo sjednotit terminologii a tak přispět ke zkvalitnění preventivní práce u nás a zlepšení návaznosti na preventivní práce zahraniční. Ve 28 kapitolách získá čtenář informace o primárních heslech, z nichž jsou některá opakovaně chybně chápána nebo v praxi užívána. Slovník by měl být zároveň východiskem pro další navazující týmovou preventivní spolupráci v národním i mezinárodním měřítku. Považuji publikaci za velmi užitečnou pro širokou cílovou skupinu pracovníků v preventivních programech, pro výuku i praxi. Přeji autorům, aby další „vybrušování slovníku“, o kterém je zmínka v doslovu, bylo úspěšné nejen ve zlepšení díla samotného, ale i v jeho dopadu na zlepšení postoje společnosti i odborníků k účinné, odborně vedené prevenci.

*prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze*

Obsah publikace je odrazem viditelného posunu oblasti prevence jak kvalitativního – tedy od prvých nesystémových pokusů prevenci realizovat do relativně uceleného rámce, tak kvantitativního – kdy se aktivity primární prevence rozšířily pro celé věkové spektrum zejména žáků – od mateřských škol po školy střední. Text je srozumitelný i pro laika, ukazuje probíhající profesionalizaci v oblasti primární prevence. Může tak vhodně doplnit i studijní materiály jak studentů z humanitních oborů, zaměřujících se na oblast prevence, tak pedagogů, zejména studujících specializační studium metodika prevence. Jednotlivá hesla jsou řazena přehledně tak, aby se čtenář dobře orientoval. Bohatost odkazů na další literaturu umožní zájemcům o další prohloubení poznatků orientovat se i v nich.

*PhDr. Václava Masáková
ředitelka Pedagogicko-psychologické poradny
pro Prahu 1, 2 a 4*

**KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE
A VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
WWW.ADIKTOLOGIE.CZ**

ISBN 978-80-87258-89-7



N E P R O D E J N Ě



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost