

Prevence rizikového chování ve školství



Michal Miovský
a kolektiv

MONOGRAFIE

I.

PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ VE ŠKOLSTVÍ

I.

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

PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ VE ŠKOLSTVÍ

I.

Michal Miovský a kolektiv

Autorský kolektiv

Michal Miovský, Lenka Skácelová, Jana Zapletalová,
Petr Novák, Miroslav Barták, Pavel Bártík,
Martina Budinská, Lenka Čablová, Milan Černý,
Pavla Doležalová, Roman Gabrhelík, Naďa Holická,
Miroslav Charvát, Martina Jindrová, Lucie Jurystová,
Michal Kolář, Sylva Majtnerová Kolářová, Pavel Kubů,
Lenka Macková, Veronika Pavlas Martanová,
Monika Nevoralová, Olga Orosová, Jiří Pilař,
Ivana Slavíková, Michaela Širůčková, Stanislav Štech,
Lenka Šťastná, Barbora Václavková, Michaela Veselá

Recenzenti:

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

doc. PhDr. Helena Záškodná, CSc.

PhDr. Václava Masáková

PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ VE ŠKOLSTVÍ

Michal Miovský, Lenka Skácelová, Jana Zapletalová, Petr Novák, Miroslav Barták, Pavel Bártík, Martina Budinská, Lenka Čablová, Milan Černý, Pavla Doležalová, Roman Gabrhelík, Naďa Holická, Miroslav Charvát, Martina Jindrová, Lucie Jurystová, Michal Kolář, Sylva Majtnerová Kolářová, Pavel Kubů, Lenka Macková, Veronika Pavlas Martanová, Monika Nevoralová, Olga Orosová, Jiří Pilař, Ivana Slavíková, Michaela Širůčková, Stanislav Štech, Lenka Šťastná, Barbora Václavková, Michaela Veselá.

2., přepracované a doplněné vydání vydala Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, Praha 2 v NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, Dykova 15, Praha 10

Tato publikace byla vydána díky podpoře projektu *Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni* (ESF OPVK č. CZ.1.07/1.1.00/53.0017), jehož hlavním cílem bylo otestovat a ověřit možnosti zavedení celonárodního systému školské prevence rizikového chování (včetně prevence užívání návykových látek, šikany atd.) pro děti základních škol.

Příprava vydání publikace byla dále podpořena z programu institucionální podpory vědy Univerzity Karlovy v Praze PRVOUK č. P03/LF1/9.

© Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, 2015

Jazyková korektura: Lenka Tomsová

Obálka: Hana Valihorová

Typografie a sazba z písma Baskerville a John Sans: Marie Tvrďá

Tisk: Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Druhé, přepracované a doplněné vydání, Praha 2015

ISBN 978-80-7422-392-1

ISBN 978-80-7422-391-4 (soubor)

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

Obsah

<i>Předmluva ke druhému vydání</i>	11
<i>Úvodní slovo</i>	14
1 Historie a současné pojetí školské prevence rizikového chování v České republice (Michal Miovský)	17
1.1 Historie programů školské prevence rizikového chování	18
1.2 Základní pojetí a cíle programů školské prevence rizikového chování	28
2 Východiska a teoretický rámec školské prevence	34
2.1 Zdraví a jeho determinanty v kontextu prevence rizikového chování (Miroslav Barták)	34
2.2 Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti (Michaela Širůčková)	50
2.3 Zásady efektivní prevence rizikového chování u dětí a mládeže (Michal Miovský, Lenka Skácelová, Jana Zapletalová)	58
2.4 Základní úrovně provádění školské prevence (Milan Černý)	60
2.5 Teoretické modely ve školské prevenci a základní typy preventivních programů (Roman Gabrhelík)	62
2.6 Mediátory v kontextu školské prevence (Olga Orosová)	71
2.7 Protektivní a rizikové faktory (Miroslav Charvát, Monika Nevoralová)	84
3 Cílové skupiny a kontext realizace školské prevence v praxi	
3.1 Cílové skupiny preventivních programů (Michal Miovský, Jana Zapletalová)	89
3.2 Kontext a prostředí realizace školských preventivních programů (Lenka Macková)	94
3.3 Komunitní spolupráce a základní pojetí primární prevence v komunitě (Barbora Václavková, Milan Černý)	97

4	Systém školské primární prevence rizikového chování	100
4.1	Organizační rámec školské prevence v ČR (Jiří Pilař, Martina Budinská, Naďa Holická)	101
4.2	Definice hlavních typů rizikového chování, na které se ve školské prevenci zaměřujeme (Michal Miovský)	113
4.3	Školní poradenské pracoviště (Jana Zapletalová)	116
4.4	Školní metodik prevence (Ivana Slavíková, Jana Zapletalová)	121
4.5	Prevence rizikového chování v podmínkách ústavní výchovy a péče (Pavla Doležalová)	127
4.6	Úloha nestátních neziskových organizací v primární prevenci (Sylva Majtnerová Kolářová)	137
5	Minimální preventivní program školy	140
5.1	Postup při zpracování Minimálního preventivního programu (Lenka Skácelová)	142
5.2	Struktura a dílčí komponenty MPP (Michal Miovský, Lenka Skácelová, Lenka Čablová)	148
5.3	Příklady konkrétních oblastí rizikového chování dle ročníků základní školy (Michal Miovský, Lenka Skácelová, Lenka Čablová)	159
5.4	Dokumentace a další součásti MPP (Lenka Skácelová, Michal Miovský)	162
6	Evaluace preventivních programů	166
6.1	Typy evaluací z hlediska hodnocených fází programu (Michal Miovský, Lenka Šťastná)	170
6.2	Typy evaluací z hlediska užitého typu výzkumného plánu (Michal Miovský, Lenka Šťastná)	172
6.3	Kontraindikace evaluace a možné neplánované dopady (Michal Miovský, Lenka Šťastná)	173
6.4	Provádění evaluace preventivních programů v praxi (Michal Miovský, Lenka Šťastná)	175
6.5	Certifikace preventivních programů (Veronika Pavlas Martanová)	176
6.6	Česká školní inspekce a její role (Pavel Bártík)	181

7	Podpora vzdělávání a zdroje informací v prevenci	186
7.1	Pracovníci ve školské prevenci a jejich kvalifikace (Miroslav Charvát, Lucie Jurystová, Michal Miovský)	186
7.2	Informační zdroje v primární prevenci (Roman Gabrhelík, Pavel Kubů)	189
7.3.	Odborné společnosti a aktivity v prevenci (Roman Gabrhelík)	192
7.4	Přehled preventivních vzdělávacích činností a výukových materiálů pro primární prevenci (Lenka Macková)	198
8	Školská prevence rizikového chování v kontextu trestního a přestupkového práva (Martina Jindrová)	203
8.1	Věk dítěte	204
8.2.	Oznamování	208
8.3.	Praktická doporučení a rady pro řešení vybraných situací ve škole	217
9	Školní socializace, disciplinace a prevence rizikového chování (Stanislav Štech)	265
9.1	Proč je školní socializace nezbytná	265
9.2	Pilíře úspěšné socializace ve škole	267
9.3	Nereflektovaná kritika školní formy socializace a její důsledky	269
9.4	Násilí a agresivní chování žáků jako příležitost k pedagogickému řešení	270
9.5	Pedagogický smysl prevence	271
	<i>Závěr</i>	273
	<i>Přílohy</i>	
	Příloha č. 1: Finanční zdroje MŠMT pro realizaci primární prevence (Martina Budinská)	275
	Příloha č. 2: Základní a doporučená literatura a internetové stránky pro oblast primární prevence (Petr Novák)	280
	<i>Literatura</i>	284
	<i>Žkratky</i>	304

<i>Jmenný rejstřík</i>	307
<i>Věcný rejstřík</i>	309
<i>Seznam obrázků</i>	318
<i>Seznam tabulek</i>	319
<i>Abstrakt</i>	320
<i>Summary</i>	322
<i>Zusammenfassung</i>	324
<i>Résumé</i>	326

Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou záštitou a koordinací:



Klinika adiktologie

1. LF UK a VFN v Praze

Díky finanční podpoře:

Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR

a

projektu Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni (ESF OPVK č. CZ.1.07/1.1.00/53.0017)



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

a

programu institucionální podpory vědy Univerzity Karlovy v Praze PRVOUK č. P03/LF1/9

Předmluva k druhému vydání

Vážení čtenáři,

poněkud nečekaný vývoj po skončení projektu VYNSPI-1 pomohl k tomu, aby některé z jeho hlavních myšlenek a výstupů prošly širokou diskusí. Osobně byl pro mě tento vývoj překvapivý a nečekaný svým charakterem. V průběhu **projektu VYNSPI-1 (v letech 2009–2011)** jsem se často setkával se spíše nepochopením a negativně laděnými reakcemi, že naše snaha o vytvoření jednotného a vnitřně homogenního systému školské prevence rizikového chování je pojata příliš široce a pro mnohé obtížně a složitě. Nebylo a není jednoduché obhajovat rámec, který má pojmut tak široký záměr témat, jaký reprezentuje právě oblast rizikového chování. Nebylo ani jednoduché obhájit, že tato oblast nutně musí být posazena do interdisciplinárního a mezirezortního rámce a že se na tomto poli musí potkávat a doplňovat profesionálové různých odborností s různým původním vzděláním. Tedy že tato složitost a pestrost je jedním ze základních předpokladů úspěchu. Kvalitní a efektivní prevenci pro děti a dorost je možné bezpečně stavět pouze tak, že k ní budeme přistupovat skutečně zodpovědně, odborně fundovaně a rozvíjet ji a aplikovat na vědecky a výzkumně ověřitelných základech.

Klíčové výstupy projektu VYNSPI-1 (2009–2011), díky kterým vznikl v České republice velice originální návrh (viz výstupy na webovém portálu www.adiktologie.cz) **celonárodního systému školské prevence rizikového chování**, nyní dostávají nový význam a novou podobu. Původní návrh systému byl vyústěním tehdy více než desetileté práce stovek profesionálů v prevenci po celé České republice, pracujících v několika desítkách institucí, které se nakonec do celé akce zapojily. Tato práce se realizovala v rámci projektu nazvaného Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni (projekt číslo CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost). Všechny výsledky a výstupy projektu byly v roce 2011 předány lidem z praxe a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále též MŠMT) pak uvedenou vizi dále rozpracovalo a rozhodlo se ji prakticky ověřit. Tomu však předcházely další tři roky (2011–2013) diskusí a konfrontací.

Ukázalo se, že vzniklý návrh systému by skutečně mohl sloužit jako základ pro tvorbu preventivních programů a jejich praktické realizace na školách. Ukázalo se však také, že je třeba jeho dílčí části poctivě ověřit a stanovit podmínky, za kterých by bylo možné systém uvést do praxe. Tak vznikla myšlenka pilotní implementace, při které by se ve vybraných krajích České republiky otestovaly hlavní komponenty celého systému a na dostatečném počtu škol, pedagogů a dětí ověřilo, zda je tento systém skutečně realizovatelný v praxi. Tak vznikla idea ústící až do společného projektu čtyř krajů ČR (Jihomoravský kraj, Olomoucký kraj, Středočeský kraj a Severočeský kraj), který nakonec dostal složitý název Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni (Projekt ESF OPVK č. CZ.1.07/1.1.00/53.0017).

Rád bych zdůraznil, že celá idea se začala zhmotňovat především díky obrovskému nasazení a entuziasmu stovek lidí pohybujících se v prevenci v terénu, kteří často za neuvěřitelně špatných materiálních a technických podmínek odvádějí dobrou práci s dětmi a dospívajícími a kteří i přes svůj častý diskomfort obětavě v této oblasti pracují dál. Setkal jsem se díky této práci s velice zajímavými lidmi, které spojuje odhodlání a snaha dělat prevenci dobře a kteří si současně zachovali kritický odstup a pohled na věc. Žádný systém není dokonalý a trvá mnoho let, než může sebelepší myšlenka vyklíčit a začít růst. A k tomu potřebuje velmi specifické podmínky. Chtěl bych všem těmto lidem poděkovat za jejich otevřenost a podporu. Postupně tak díky nim vzniká velmi unikátní koncept, budící dnes již nemalý zájem také v zahraničí, kde byl již vícekrát v různých podobách představen. To, že se v naší zemi podařilo vytvořit podmínky pro vznik a rozvoj takového komplexního systému, není náhoda. I proto věnujeme v první kapitole pozornost též historickým aspektům a významným projektům a aktivitám, kterým za to dnes vděčíme.

Hlavním publikačním výstupem projektu VYNSPI-2 je kolekce čtyř monografií, které zachycují ucelený pohled na celý navržený koncept. Snažili jsme se o jeho maximální vnitřní homogenitu a integritu. Naším záměrem bylo prostřednictvím těchto čtyř publikací představit rámec, ve kterém se celý koncept pohybuje, a na jednom místě dát do souvislostí a popsat dílčí části tohoto systému. Každá ze čtyř monografií zpracovává a popisuje určitou část systému nebo jeho komponent a má jiný účel:

- první monografie *Prevence rizikového chování ve školství* je základním výchozím textem, nabízejícím ucelený přehled teoretických a praktických aspektů spojených s realizací školské prevence rizikového chování,
- druhá monografie *Výkladový slovník základních pojmů prevence rizikového chování* doplňuje a úzce navazuje na první a slouží jako výkla-

- dový slovník klíčových konceptů, které v prevenci rizikového chování používáme, a nabízí základní definice a jejich teoretické ukotvení,
- třetí monografie *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi* je koncipována jako praktický pomocník profesionálům v prevenci při tvorbě komplexních programů ve školách a obsahuje praktické ukázky různých programů a intervencí i návod, jak je vzájemně kategorizovat a kombinovat,
 - kolekci uzavírá čtvrtá monografie *Kvality a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících*, která vysvětluje základní rámec a pojmy v oblasti kvality a efektivity a přibližuje pak i praktické zkušenosti a příklady výzkumu v prevenci a popis systému hodnocení kvality, včetně vyvíjeného celonárodního systému certifikací kvality v České republice.

První díl této série má posloužit zároveň jako určitý průvodce celou oblastí. Integruje v sobě základní témata a perspektivy pohledu a odráží stav, ke kterému jsme jako tým dospěli po patnácti letech práce. Při zpětném pohledu na tuto etapu se zdá být až neuvěřitelné, co vše se změnilo a posunulo vpřed. Kolega a přítel Peer van der Kreeft (Belgie), který se mnou před patnácti lety realizoval první větší analýzu potřeb prevence (Miovský & Kreeft, 2002) v oblasti školské prevence v ČR byl několikrát tímto vývojem mile překvapen a spolupráci s ním a dalšími kolegy z Belgie dodnes vděčíme za velkou pomoc a podporu. Co je však potěšující ještě více je fakt, že nezůstalo pouze u ní a naše země se začala nejen opakovaně zapojovat do různých významných (nejen) evropských projektů a získala partnerství s různými organizacemi a institucemi v Německu, Velké Británii, USA, Švédsku, Norsku, Itálii, Řecku a dalších mnoha zemích. Stali jsme se partnery a zapojili se do práce ve společenství, které postupně kultivuje celou oblast prevence rizikového chování a snaží se, aby s dětmi a dospívajícími pracovali lidé s odpovídajícím vzděláním a praxí a používali přitom bezpečné, ověřené a efektivní nástroje. Velmi bych si přál, aby další vývoj na naší domácí i mezinárodní scéně byl potvrzením tohoto dosavadního vývoje a naši odborníci aby nadále předváděli, že tuzemská praxe i věda snesou srovnání se zahraničím a zaslouží si kredit jak na odborné scéně, tak také v očích samotných dětí, rodičů a širší veřejnosti.

V Praze 6. ledna 2015

Michal Miovský

Úvodní slovo

Vážení čtenáři, kolegové a kolegyně, dostává se vám do rukou kniha, jejíž cesta od záměru k vydání nebyla právě jednoduchá. Mnozí z vás si jistě vzpomenou na její předchůdkyni, malou žlutou knížečku, kterou Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále též MŠMT) vydalo v roce 1999. Původně měla totiž tato publikace být v prvním vydání pouze její aktualizací a doplněním. Od tohoto záměru jsme však v průběhu práce upustili a knížku de facto koncepčně dvakrát za sebou celou změnili. První změna byla naprosto zásadní: rozhodli jsme se opustit původní rámec zúžený na prevenci užívání návykových látek a rozšířili záběr publikace na celou oblast rizikového chování. Druhá změna pak byla nasnadě. Pokud se pokoušíme vytvořit pro pedagogy, školní metodiky prevence i širší rodičovskou veřejnost a vzdělané laiky knížku, která má ambici nabídnout základní ucelený pohled na oblast prevence rizikového chování, pak nelze setrvat u starších a překonaných konceptů a je prostě nutné text pojmout víc nezávisle a nabídnout pokud možno to nejnovější, co se v této oblasti udělalo a co se z výzkumu i praxe ví. Některé pasáže knížky proto mohou být v jistých případech v rozporu s terminologií nebo obsahem některých oficiálně platných úředních dokumentů, pokud tyto dokumenty užívají zastaralé termíny nebo staví na již vyvrácených nebo neplatných faktech. V tomto směru se sice editoři pokusili o hledání kompromisních řešení, ovšem v některých případech to možné nebylo. Je samozřejmě důležité, aby v průběhu následujícího vývoje došlo ke korekcím existujících dokumentů a postupně byly jednotlivé dokumenty vzájemně harmonizovány.

Na knize se podílelo větší množství autorů. To s sebou vždy přináší problémy s homogenitou textu a jeho pojetím. Naší snahou bylo udržet jednotnou linii a zpracování tak, aby odpovídalo cílové skupině, pro kterou je text určen. Některé z pasáží mohou být náročnější a teoretičtější. Snažili jsme se však o vyváženost mezi teorií a praxí. Kde to bylo nutné, ponechali jsme drobné odbočky či poznámky přímo v textu, aby byla jednak zachována srozumitelnost a jednak bylo zřejmé, na jakých základech jsou vystavěny konkrétní preventivní intervence. Část textů byla v minulosti již publikována v různých verzích samostatně.

Pořadí kapitol v knize drží logickou linii základní učebnice pro oblast prevence rizikového chování ve školství. Od historie je výklad veden k základním pojmům, definicím a postupně rozpracovává témata do větší hloubky a šíře. Závěrečná kapitola knihy je tak trochu specialitou pro čtenáře, kteří se nebojí hlubšího ponoru do náročného tématu vztahu prevence a školského systému. Tato kapitola žánrově poněkud vybočuje z učebnicového charakteru publikace a prof. Štech se v ní pokouší o reflexi, která výrazně překračuje naše současné možnosti diskutovat o vztahu prevence rizikového chování s probíhající širší krizí školství a narušení tradiční funkce a úlohy školy ve společnosti, narušení základních norem a hranic, ohrožení školy jako významného prvku a nositele hodnot naší kultury. Přesto, nebo možná právě proto jsme se jako editoři rozhodli text zařadit a ukázat tím jeden z možných směrů další diskuse a jeden z rozměrů, na který v publikaci nebyl větší prostor a jenž by měl být pojmenován; hloubavějším čtenářům je nabídnut jako forma určité podpory k individuálnímu samostudiu a hlubší úvaze nad širšími souvislostmi fenoménu rizikového chování ve školství.

Hlavní těžiště celé knížky tvoří školní prevence rizikového chování. Škola je v tomto smyslu v centru pozornosti pro všechny oblasti prevence, tedy samozřejmě i pro prevenci kriminality či zdravotnickou prevenci. Snažili jsme se proto zohlednit i tato témata, která jsou zde sjednocována tím, že všechny programy spojuje prostředí školy – místo, kde je s cílovou skupinou prováděna preventivní intervence nebo program. Je nám jako editorům samozřejmě líto, že nemůžeme nabídnout více a že knížka nereflektuje některá další velká témata. Ta, která se nám nepodařilo zpracovat, jsou např. prevence s dětmi se speciálními výukovými potřebami, prevence s dětmi z etnických skupin, prevence s dětmi s nízkým intelektem nebo s dětmi v ústavní péči atd. To vše jsou velké výzvy a aktuální i potřebná témata. Bohužel témata, jejichž zpracování nyní přesahuje možnosti sestaveného autorského kolektivu vzhledem k současným podmínkám. Prevence se v naší zemi rozvíjí poměrně slibným způsobem, a pokud patříte například mezi návštěvníky celonárodní konference Primární prevence rizikového chování, která se každý rok koná v Praze (viz info na www.pprch.cz), pak můžete vnímat, že mnohá z témat dostávají opravdu kultivovaný profesionální rámec. Přestože nadále přetrvávají problémy s financováním a koordinací prevence, celá oblast se postupně integruje a profesně zlepšuje. Ne vše je ovšem možné v tak krátkém čase. Stále máme dluh v podobě terminologického slovníku prevence, manuálu dobré praxe s příklady dobré praxe atd. Stále máme mnoho témat, jak jsme nyní uvedli výše, která nemáme adekvátně zpracována a která vyžadují velkou pozornost. Jako země však máme za sebou již ne jeden úspěch a patříme v současnosti mezi nejprogresivnější státy EU v oblasti prevence. Celonárodní systém kontro-

ly kvality preventivních programů a systém certifikací nás posunuly mezi přední propagátory kvalitní a efektivní prevence. Máme za sebou první úspěchy ve výzkumu preventivních programů a ČR se dnes již běžně účastní různých mezinárodních projektů. Je však nutné, abychom toto všechno dokázali zúročit a abychom nepolevovali v úsilí vytvořit dobrý a kvalitní rámec pro školní primární prevenci. Je proto potěšující, že se daří postupně zlepšovat komunikaci mezi jednotlivými aktéry na tomto poli. Kdo by si před deseti lety uměl představit např. tak dobrou spolupráci v mnoha městech mezi školami, nestátními organizacemi a strážníky? Kdo by si uměl představit, že budeme schopni zcela otevřeně diskutovat o nezdarech, o nefunkčních programech a naopak o tom, co a proč opravdu funguje? Kdo by si troufal před deseti lety diskutovat o tom, že musíme principy programů minimalizace rizik (harm reduction a risk reduction) aplikovat také na oblast např. pití alkoholu a opustit mylnou představu, že takové programy jsou jen pro nejtěžší závislé. To je velký posun a myslíme, že tento posun je složený ze série drobných úspěchů našich preventistů a jejich mravenčí práce. Je to především jejich zásluha, že prevence začíná být postupně nahlížena jako práce vyžadující vysokou míru odborné erudice a osobního nasazení a že si zaslouží větší podporu politiků a veřejnosti. Současně jsou to právě oni, kdo se nebojí poukazovat na negativní příklady a každý den bojovat s nepříznivou ekonomickou situací v prevenci a předsudky části rodičů či vedení škol nebo někdy také zodpovědných úředníků. Věříme proto, že jsme touto knížkou pomohli zformulovat několik důležitých tezí a vyložit některá témata tak, aby mohla sloužit pro podporu dalšího rozvoje preventivních programů na školách.

*Michal Miovský, Lenka Skácelová, Jana Zapletalová, Petr Novák
V Tišnově, Brně a Praze 17. ledna 2010*

1 Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice

Prevence rizikového chování představuje nehomogenní soubor různých přístupů a intervencí, které jsou dnes obsaženy v několika různých rezortních koncepcích. Tato charakteristická vícekolejnost doprovází preventivní programy od samého počátku a není, jak by se mohlo zdát, žádnou „českou specialitou“. Jedná se o velmi citlivé a do jisté míry též tabuizované téma téměř na všech úrovních Evropské unie. Dodnes není zcela zřetelně popsána hranice mezi tím, co považujeme za tzv. školskou prevenci, zdravotnickou prevenci a prevenci kriminality. Všechny tři se vzájemně doplňují, často však také překrývají. Tento fakt je patrný od úrovně základních bruselských dokumentů týkajících se prevence (EMCDDA, 2004; EMCDDA, 2008; European Commission, 1996) a promítá se zákonitě do národních koncepčních dokumentů (MŠMT, 2005, 2009; MV, 2007; MZ, 1999). Je proto zásadní uvědomit si, že primární prevence rizikového chování má mezioborovou povahu (setkávají se zde perspektivy různých oborů, jako je pedagogika, psychologie, sociologie, veřejné zdraví atd.) a současně je pro ni charakteristická mezisektorovost (tedy že jednotlivé přístupy a programy jsou současně koncepčně rozvíjeny v různých rezortních liniích, obvykle školské, zdravotnické, sociální a linii ministerstva vnitra, případně též dopravy a spravedlnosti). Tato situace je více či méně podobná ve většině zemí Evropské unie a liší se pouze tím, na kterou linii se v dané době klade větší důraz, což se projevuje např. větší finanční podporou určitého typu programů a určitých přístupů. Někdy je pak tento důraz vyjádřen např. také různými celostátními kampaněmi, případně se též promítá až na úroveň programů politických stran, eventuálně následně různých typů vládních dokumentů. Horší úroveň komunikace mezi rezorty a malá celková mezirezortní koordinovanost primární prevence není v tomto smyslu výjimkou, ale spíše pravidlem. Přestože tento fakt není pozitivní, je nutné jej chápat jako důsledek nesmírně náročného procesu diskuse o prevenci jako ta-

kové, jejím pojetí, smysluplnosti i efektivitě. Složitost vztahů a šířka záběru jsou přirozenými zdroji zmíněné obrovské názorové a aplikační rozmanitosti. Proto je zákonitě současný proces integrace tak náročným a dlouhodobým úkolem, a proto má jeho realizace těžiště spíše v komunikaci než obsahu. V odborné rovině totiž není až tak velký problém najít společnou platformu, ale pro její aplikaci je nutné nacházet různá kompromisní řešení a není možné na vše vytvořit pravidla a všude jednoznačně oddělit rezortní a institucionální linie.

1.1 Historie programů primární prevence rizikového chování

Zmapování vývoje programů primární prevence rizikového chování v naší zemi není snadné. Je to způsobeno jednak bohužel již příznačnou tematickou a koncepční nehomogenitou prevence a jednak tím, že na tento vývoj měly významný vliv různé zahraniční trendy a domácí politické a společenské události. Zřejmě vůbec nejvíce zkreslujícím faktorem pak je disproporčnost vývoje jednotlivých oblastí prevence. Tyto oblasti se vyvíjejí různým tempem. Až na výjimky se nejrychleji vyvíjela a vyvíjí prevence užívání návykových látek. Zjednodušeně je možné říci, že právě tato oblast se stala nakonec jakýmsi tvůrcem a hybatelem procesu vývoje prevence jako celku. To je dáno především poměrně silným autorským zázemím, jasnou profilací a tlakem na kvalitu daným nesmírně rychlým souběžným vývojem v oblasti léčby a minimalizace rizik spojených s užíváním návykových látek. Bohužel se v jiných oblastech prevence takto výrazná koncentrace autorů a poskytovatelů preventivních služeb a intervencí neobjevila. Následující přehled je tedy do značné míry přehledem vývoje prevence užívání návykových látek s přesahy, které tento vývoj měl na jiné oblasti, jež se vyvíjely pomaleji, a až v současnosti jsme de facto svědky důsledné snahy synchronizovat vývoj těchto oblastí navzájem a vytvořit jednotný koncept odpovídající moderním trendům u nás i v zahraničí.

Před rokem 1989 nelze v primární prevenci hovořit o žádném jednotném systému či koncepčním přístupu. Tematicky tato oblast spadala do působnosti Ministerstva zdravotnictví a jeho Ústavu zdravotní výchovy, garanta vzdělávání a výchovy v oblastech dotýkajících se ochrany zdraví a prevence obecně. V zásadě však neexistoval žádný oficiální dokument, který by preventivní systém na národní (vládní) úrovni definoval, a tato oblast neměla vytvořený ani žádný koncepční, ekonomický ani technický rámeček. Výjim-

ku tvořil dokument *Boj proti negativním jevům mládeže*, který na vládní úrovni projednáván a schválen byl, nicméně jeho charakter byl víc moralizující a ideologický než odborný a popisující konkrétní opatření a jejich rámec. Existovaly samozřejmě sporadické aktivity spojené často s nahodilou realizací různých informačních kampaní (samozřejmě značně odlišných od toho, jak dnes chápeme obsah slova informační kampaň), často zajišťovaných lékaři, sestrami atd. Jednalo se především o různé typy letáků a plakátů, výjimečně pak kratších textů v některém médiu. Důraz přitom byl kladen především na alkohol a tabák, výjimečně se objevilo téma zneužití léčiv, případně témata týkající se nelegálních návykových látek. Společným rysem těchto aktivit byla neadekvátní generalizace obrazu užívání návykových látek, kdy skupina nejtěžších uživatelů nejvíce nebezpečných substancí (např. metamfetaminu) byla prezentována jako „průměrný“ vzorek uživatele. Na tuto skutečnost upozorňuje např. Mioviský (2007). Těžiště těchto aktivit bylo převážně v konceptu prevence postaveném na principu odstrašování. Je pravděpodobné, že dnešní nostalgie po tomto (již v tehdejší době) překonaném a neefektivním přístupu má své kořeny mj. právě v předrevolučním období, zejména v 80. letech. Obecným rysem společenského postoje k návykovým látkám byla bagatelizace, zkruslování a zamlčování některých významných skutečností. V populární či populárně naučné rovině došlo k otevření první vážnější společenské diskuse prostřednictvím filmů a knih. Radek John vydal své *Memento* (John, 1986), Zdeněk Zaoral natočil film *Pavučina* (1986) a vyšel také překlad knihy *My, děti ze stanice Zoo* (Christiane, 1987), která vzbudila nemalou pozornost. Tímto způsobem došlo zřejmě k prvnímu výraznějšímu upozornění na témata okolo návykových látek, a přestože tím byla pozornost veřejnosti na dlouhý čas odvedena od největších tří problémů v této oblasti (alkohol, tabák a léčiva), znamenal uvedený proces posun kupředu.

Pozadu za tímto procesem nezůstalo ani odborné písemnictví,¹ bohužel celý proces však nedostal systémový charakter a výraznější podporu. Vše se nadále systémově dělo obvykle s poukazem na to, že problémy spojené s užíváním těchto látek jsou typické pro kapitalistickou společnost a v „táboře socialismu“ nemají své místo. V tehdejší ČSSR žádný výzkum efektivity prevence v té době neexistoval a nebyl snadný přístup ani do světových odborných periodik vycházejících v západní Evropě a Spojených státech. Odborná periodika ve východním bloku tato témata reflektovala jen zčásti. Tím, že neexistovalo nic jako školní prevence a neexistoval žádný ucelený systém, neexistovali samozřejmě ani specialisté v prevenci. Prolistováním starších ročníků např.

1 Např. dnes již klasická publikace Urbana z roku 1973 (Urban, 1973) poměrně zdařile zpracovává problematiku zneužívání léčiv a prezentuje na svoji dobu nesmírně odvážně a otevřeně nepříznivou epidemiologickou situaci v této oblasti táhnoucí se již od 50. let.

našeho (ČSSR), tehdy jediného odborného periodika v této oblasti, Protialkoholního obzoru, můžeme vidět, že tématem prevence se tu a tam zabývají někteří z psychologů a psychiatrů, nikdy však tato aktivita nedostala systematický ráz. Přestože jsme před rokem 1989 byli svědky průběžného nárůstu problémů spojených s užíváním alkoholu, léků, těkavých látek i látek nelegálních, jako je např. metamfetamin (pervitin) a další, nikdy nedošlo ke vzniku a rozvoji skutečně systematického přístupu k primární prevenci. Obecná představa o primární prevenci byla v této době velmi nejasná. Ani v domácích neperiodických odborných publikacích se v této době nebylo o co příliš opřít. To odrážely i další, tehdy hojně užívané publikace (Mečíř, 1989; Janík & Dušek, 1990) prezentující primární prevenci velmi neohraničeně a nejasně. Přestože v nich nalezneme poukaz na to, že primární prevence je klíčovým tématem majícím zásadní vliv na schopnost společnosti adekvátně reagovat na nárůst problémů spojených s návykovými látkami, často jí v nich byl věnován neadekvátně malý prostor obsahující množství nekonkrétních a nejasných formulací o tom, co prevence je, jak má být prováděna a s kým atd.

Základním dokumentem, který odstartoval snahu vytvořit jednotnou koncepci protidrogové politiky v České republice, jejíž součástí je také primární prevence, byla první Strategie protidrogové politiky z roku 1993 z dílny Ministerstva vnitra ČR (MV ČR, 1993). Tento dokument obsahoval poprvé v historii ČR pokus definovat, co je třeba systémově změnit, aby mohla začít fungovat skutečně efektivní síť preventivních a léčebných programů. Následné přenesení koordinační role v oblasti drogové politiky z Ministerstva vnitra ČR (MV) na mezirezortní úroveň prostřednictvím vzniklé Mezirezortní protidrogové komise (MPK) přineslo další pozitivní posun. Průkopnickou práci odvedlo v oblasti vzdělávání např. Národní centrum podpory zdraví, které dělalo kratší semináře především pro pedagogy základních škol. Zaměření seminářů na užívání drog, základní teoretické pojmy v prevenci a vybrané tematické okruhy týkající se způsobu práce s dětmi atd. reagovalo alespoň zčásti na tehdejší zvyšující se poptávku. Těchto kurzů bylo v období od roku 1993 do roku 1995 realizováno cca padesát v různých regionech České republiky a prošlo jimi okolo 3 000 učitelů (Nováková, 2002). Národní centrum pro podporu zdraví se pokusilo též o realizaci experimentální výuky drogové prevence na některých vysokých školách, jako např. na Pedagogické fakultě UK v Praze a Fakultě tělesné výchovy a sportu. Do této oblasti následně začaly vstupovat též nestátní neziskové organizace a v polovině 90. let již např. existovaly systematické aktivity jak v oblasti přímého provádění preventivních programů, tak v oblasti školení a tréninku pedagogů. V Brně např. již v letech 1993–1995 běžely první systematické aktivity zajišťované Sdružením Podané ruce (v té době Nadací Podané ruce), dokonce v úzké spolupráci s Pedagogicko-psychologickou poradnou města Brna, v Praze začala od roku 1994 trénink

pedagogů realizovat např. nadace Filia a další organizace se postupně, zejména pak po roce 1995, přidávaly.

Období mezi lety 1995–1997 lze obecně označit za období, kdy se poprvé začíná vážněji diskutovat o problémech primární prevence užívání návykových látek a o způsobu, jak ji koordinovat a provádět (Miovský, 2004). Z hlediska primární prevence ve školách a školských zařízeních bylo v období začátku druhé poloviny 90. let důležité, že se v odborných kruzích začala formovat určitá představa o tom, jaká by primární prevence užívání návykových látek měla být a jak ji provádět. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT) se v tomto období zasloužilo o nastartování některých pozitivních trendů, na které se mohlo později navázat. Jednalo se zejména o proces postupné profesionalizace přístupu k primární prevenci založený na vědecky ověřitelných znalostech, tj. důkazech pocházejících z výzkumných studií a klinických a pedagogických poznatků. Tomuto přístupu obecně říkáme „evidence based přístup“ (přístup založený na důkazech). Položení prvních základů aplikace tohoto přístupu v primární prevenci v naší zemi se ukázalo při revizi stavu primární prevence v letech 2001–2002 být velmi důležité.

V polovině 90. let se setkáváme také s několika důležitými publikacemi, které pozitivně ovlivnily další směřování prevence. Mezi nimi jmenujme např. publikace Nešpora a Csémyho (1993) zabývající se některými preventivními přístupy a metodami, nebo Dvořáka (1995) zabývající se vzdělávacími preventivními programy. Jako určitý mezník je možné chápat původně pracovní publikaci *Pedagogové proti drogám*, kterou později vydalo MŠMT (MŠMT, 1999) jako součást završení dlouhodobé spolupráce s kolegy z Velké Británie.

Nastupující pozitivní trend ve vývoji preventivních programů v polovině 90. let komplikovaly spíše politické a ekonomické skandály nežli cokoli jiného. Mezi prvními se objevily finanční problémy ústící v roce 1996 až do zániku programu *Alkohol a drogy* Národního centra podpory zdraví realizovaného v rámci projektu Maják (Nožina, 1997). Další velmi nešťastná situace nastala okolo kampaně *Stop drogy*, kdy se v primární prevenci na dlouhý čas objevily např. masové a nesystematické preventivní programy mající obecně velmi nízkou efektivitu a spíše diskreditující snahy profesionalizovat primární prevenci. To se týkalo např. opakovaných případů využívání psů odvozených se speciálně cvičenými psy² pro vyhledávání drogy pro preventivní programy atd. nebo nesmyslného spojování drogové prevence s výkonnostním sportem, jako tomu bylo v případě kampaně Svazu lyžařů,³

2 V duchu mediálních sdělení typu: „Policisté besedovali s dětmi základní školy ve Vidnavě o drogové problematice. Na pomoc měli i drogového psa“ (Policie ČR, 2010).

3 Závody MADEJA sport cup – Stop drogy. Eropský pohár (<http://www.praded-info.cz/archiv.html>) nebo z roku 2007 STOP DROGY – Madeja sport CUP – Dva závody v obřím slalomu předzactva a přípravky se... Na dnešní dva závody seriálu STOP DROGY 2007 – MADEJA SPORT CUP (<http://www.praded-info.cz/archiv.html>).

kde peníze určené pro cílené preventivní programy posloužily k dofinancování sice jinak záslužných sportovních aktivit, avšak s prakticky nulovým preventivním dopadem pro oblast právě drogové prevence. Ani další z velmi populárních publikací Nožiny (1997) nepřinesla výrazný posun v lepším popisu a systematizaci celé oblasti, neboť v její kapitole zabývající se opatřeními omezujícími/snižujícími poptávku (mezi něž patří i primární prevence) jsou vzájemně promíchána témata primární, sekundární a terciární prevence do té míry, že není zřejmá ani hranice mezi nimi, ani pojmenování tehdejších problémů a jejich příčin.

I přes výsledky, jichž bylo v primární prevenci dosaženo v polovině 90. let, je možné následné období mezi lety 1998–2001 pro změnu označit za krok zpět. Po různých politicko-úřednických změnách uvnitř rezortu MŠMT, které paralelně doprovázely politické konflikty týkající se vedení tehdejšího MPK,⁴ učinila v roce 2007 nešťastné rozhodnutí tehdejší ministryně Dana Kuchtová (MŠMT, 2007). Linie vývoje primárně preventivních programů byla přerušena a ministerstvo tím vyjádřilo změnu postoje vůči primární prevenci jejím přenesením na odbor č. 5 pro mládež a tělovýchovu (z původního odboru č. 24 pro speciální školství a prevenci). Tento krok měl významné střednědobé negativní důsledky. Nastala destrukce obtížně se rodícího konceptu strategie tzv. specifické primární prevence⁵ a jednostranný příklon k tzv. nespécifické primární prevenci (což je koncept, který velká část zemí EU v této podobě nezná), které však MŠMT nedokázalo tehdy vytvořit ani koncepční rámec ani zajistit reálné zázemí a podporu, včetně spolupráce s MZ v oblasti strategií podporujících zdraví a zdravý životní styl (viz také kapitola 2.1). Díky elementárním nezalostem a neprofesionalitě tak vznikl dokument obsahující množství chybných a nepravdivých tvrzení: Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998–2000 (MŠMT, 1998). Strategie obsažená v tomto dokumentu nespĺňovala základní odborné požadavky, neboť mj. neobsahovala ani tak základní věci jako je popis konkrétních a dosažitelných cílů, časový plán realizace aktivit směřujících k dosažení cílů a konkrétní zodpovědnost konkrétních institucí za plnění těchto úkolů. Co je však ještě důležitější, dokument označil za primární prevenci prakticky úplně cokoli, čím lze vyplnit volný čas. Přitom efektivní řešení stávající situace v oblasti užívání návykových látek (stejně jako jiných

4 Jednalo se o sérii politických útoků na pozici tehdejšího ředitele sekretariátu MPK MUDr. Pavla Béma, které později vyústily až k jeho odvolání z funkce a dokonce k dočasnému zrušení platnosti Národní strategie protidrogové politiky (viz také podrobněji proces vývoje a kontextuálních vztahů v domácí národní protidrogové politice, např. Radimecký, 2007 a další).

5 Synonymem pro výraz specifická primární prevence je v německy hovořících zemích termín „na drogy zaměřená prevence“, v anglicky hovořících zemích pak termín „drogová prevence“.

forem rizikového chování) je závislé na rozvoji cílených preventivních intervencí. Zahraniční zdroje opakovaně upozorňují na nedostatky preventivních programů věnujících málo pozornosti souvislostem konzumace návykových látek a upozorňují na nezbytnost cílených intervencí, které reflektují specifické potřeby a zkušenosti konzumentů návykových látek (White et al., 1997). S následky tohoto tehdejšího kroku se potýkáme dodnes, kdy se v médiích objevují články typu *Bojovým sportem proti drogám* (Noviny Havlíčkobrodská, 2004) nebo *Baseballisté proti drogám* (Noviny Třebíčska, 2003) a mnoho dalších. Podobně se tak dodnes můžeme setkat i s takovými excesy, jakými byl vstup scientologické církve na pole primární prevence (RVKPP, 2004), který došel díky neznalosti a podceňování rizik spojených s podobnými zájmovými skupinami až tak daleko, že bylo třeba reagovat tiskovým prohlášením kompetentních úřadů, v tomto případě RVKPP (2004) a upozorněním odborné veřejnosti (Miovský, 2004). Možná právě charakter a styl, s jakým se scientologové začali v prevenci angažovat, odráží ta nejslabší místa také současného stavu. Především tedy stále přetrvávající malá informovanost a vzdělanost v této oblasti mezi úředníky, politiky i širší veřejností, slabý důraz na kontrolu kvality a efektivity a vyvozování odpovědnosti, dále pak výrazný populismus slibující zcela nesplnitelné, nerealistické cíle a velmi rozšířené používání nepravdivých nebo záměrně zkreslených skutečností. Do tohoto kontextu zapadají též programy objevující se tu a tam na různých úrovních a v různém rozsahu a využívající starší, překonané preventivní modely. Do této skupiny patří například již několikaletý pokus spustit projekt tzv. *Revolučního vlaku*, který vychází z představy, že negativní zážitek (tj. co nejpůsobivější, bezprostřední a prožitková konfrontace cílové skupiny s důsledky užívání návykových látek) bude mít efektivní preventivní dopad (ČT 1, 2005). A tak navzdory tomu, že dnes již v každé základní učebnici prevence (např. Kalina, 2003; Gallà et al., 2005) nalezneme odkazy, že takový přístup efektivní není (tím spíše, že se nejedná o systematicky prováděnou a dle různých cílových skupin diferencovanou preventivní intervenci), přesto podobné projekty získávají nemalou finanční podporu z veřejných zdrojů (ZSK, 2009). Podobné projekty mohou být a bývají různě politicky zneužívány, neboť někdy snaha jejich autorů realizovat daný program za každou cenu i přes odpor odborné veřejnosti nutí k různým nesystémovým a nestandardním krokům, které mohou vést až k vymknutí se z kontroly (MF DNES, 2010), přestože se jedná o veřejné prostředky. Stejně tak je možné zmínit některé vysoce citlivé současné aktivity, které získávají nemalou veřejnou podporu, např. ze zdrojů Všeobecné zdravotní pojišťovny (Hospodářské noviny,

2010)⁶, přestože takové programy nemají např. certifikát kvality MŠMT a nemohly by kvůli tomuto faktu ani žádat např. o podporu v běžných dotačních programech. Díky nestandardním mechanismům financování prevence však někdy podobné programy podporu z veřejných zdrojů navzdory chybějícímu ověření kvality získávají.

Konec 90. let způsobil celkové zpomalení vývoje preventivních programů a v mnoha oblastech znamenal dokonce krok zpět a koncepční rozvrácení v té době stále ještě příliš křehkého systému preventivních programů. Jedním z krucióálních problémů bylo např. systematické nereflektování potřeb různých cílových skupin. Programy pro volný čas (sportovní či kulturní), které mají obecně protektivní charakter, tvoří základ hlavního preventivního přístupu majícího za cíl podporovat zdravý životní styl respektující základní společenské hodnoty naší společnosti (MŠMT, 2005). Vedle toho však máme v populaci mnoho různých skupin, které jsou různým způsobem handicapovány a kvůli tomu jsou vůči návykovým látkám a dopadům jejich užívání více vulnerabilní. S těmito skupinami je třeba pracovat specifickým způsobem, odlišným od práce s obecnou populací, neboť jakékoli typy volnočasových programů nejsou pro tyto cílové skupiny dostačující. Jelikož se např. etiologie konzumace návykových látek různí s ohledem na různé drogy, měly by se i preventivní intervence zaměřovat na specifické typy či skupiny návykových látek. Intervence by měla být realizována s ohledem na stav jedincem získaných návyků a konkrétních návykových látek, jejichž expozici je nebo pravděpodobně bude vystaven (Werch & Di Clemente, 1994).

Ani následující koncepce MŠMT pro oblast primární prevence (MŠMT, 2000) nepřinesla příliš výrazný posun žádným směrem a spíše přispěla k zakonzervování předchozího stavu. Při hodnocení stavu primární prevence provedeném v rámci Phare Twinning Project: Drug Policy mezi Českou republikou a Rakouskem bylo zjištěno množství dalších závažných nedostatků spojených s nedůslednou koordinací a kontrolou v oblasti primární prevence (Miovský & Kreeft, 2002). V rovině koordinace, za kterou zodpovídalo MŠMT (viz např. Usnesení vlády ČR z roku 2000), bylo zjištěno, že

6 Citujeme vybrané pasáže článku (Hospodářské noviny, 2010): „... Medea Kultur vyhrála soutěž na kampaň proti drogám za 20 milionů... (...) ...Reklamní agentura Medea Kultur má už od ledna 2002 na starost protidrogové kampaně. Ročně za to od VZP inkasuje dvanáct milionů. Teď jí k tomu ale přibylo dvacet milionů na další tři roky. Za co? V podstatě za totéž: v zadávací dokumentaci stojí „Zajištění služeb pro realizaci marketingového projektu VZP ČR Prevence vzniku závislosti u dětí a mladistvých“. Nutno dodat, že tento projekt odstartovala před dvěma lety na základě vyhraného tendru právě společnost Medea Kultur, také za dvacet milionů. „V rámci tohoto programu jsou základními aktivitami průzkum vnímání závislosti, mediální kampaň, výroba čtyř dílů seriálu audiovizuálních spotů o stopáži do dvou minut určených k TV vysílání a cca dvacetiminutový film, komponovaný program pro školy a publikace,“ vypočítává obsah kontraktu mluvčí VZP Jiří Rod. Medea Kultur prý byla jediným z pětadvaceti zájemců, kdo přinesl nabídku, takže výběrová komise měla jednoduché rozhodování...“

neexistuje jednotná představa (střešního rámce) systému koordinace (popis funkčně propojeného systému preventivních aktivit na všech úrovních)⁷ primární prevence, což pravděpodobně vedlo k neodlišení cílových skupin a k nim přiřazených specifických preventivních programů a kompetencí jednotlivých rezortů (problém přetrvává v různé míře dodnes). Následoval vznik několika koncepčních materiálů jednotlivých rezortů (MŠMT, 2005, 2009; MV, 2007; MZ, 1999), které nejsou vždy zcela kompatibilní, nenavazují na sebe a místo vzájemného doplnění se často překrývají. Do systému primární prevence nebyly zahrnuty některé cílové skupiny, ve svých koncepcích se k nim nehlásil žádný z rezortů, přestože do jejich kompetencí spadají a jsou za ně zodpovědné. Např. zdravotnický personál jako vysoce riziková skupina nebyl v té době (MZ, 1999) obsažen v koncepci Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ). Jiné skupiny jsou naopak předimenzovány počtem i rozsahem navrhovaných strategií (žáci základních a středních škol). Mezi množstvím dalších nedostatků je z hlediska evaluace primární prevence důležité zjištění, že jednotlivé rezorty zodpovědné za oblast primární prevence neprovádějí pravidelné institucionální analýzy (analýzy poskytovatelů a poskytování preventivních programů) a nemají dostatečný přehled o tom, co, kde, kým a komu je poskytováno. S tím pak souvisí slabá úroveň kontroly kvality a kontroly celého systému prevence jako takového. Ukázalo se tak, že stálý výrazný nedostatek finančních prostředků v této oblasti zřejmě nezpůsobuje celkový objem těchto prostředků, ale nekoordinovaný, nejednotný přístup ze strany jednotlivých rezortů, nedodržování jednotného způsobu klasifikace programů a zcela nedostatečná kontrola kvality a řízení systému prevence na nižších úrovních (kraje a tehdejší okresy) (Miovský & Kreeft, 2002).

Zlepšení situace v prevenci nastalo po opětovném přenesení zodpovědnosti za primární prevenci uvnitř MŠMT na odbor speciálního školství a prevence (odbor 24), kterému se podařilo ve spolupráci se sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), dřívější MPK, sestavit pracovní skupinu (Miovský & Kreeft, 2002) pro primární prevenci složenou ze zástupců všech zodpovědných rezortů a zástupců poskytovatelů služeb a krajů. Tato skupina pokračovala v práci na standardech primární prevence (viz dále), na přípravě manuálu dobré praxe a dalších úkolech, jejichž splnění dnes celá oblast vyžaduje. Tím byl iniciován velmi důležitý a pro primární prevenci ozdravný proces směřující k plné profesionalizaci primární prevence a zlepšení stavu její koordinace a kontroly a následně též stabilizace jejího financování. V roce 2008 došlo sice k administrativnímu přesunu odboru 24 pod skupinu 6 MŠMT a zařazení jako odbor 61. Přesun však nepředstavoval žádnou koncepční ani jinou obsahovou změ-

7 Usnesení vlády č. 1045 ze dne 23. 10. 2000, bod č. 5b.

nu. Aktuálním tématem však nadále zůstává modernizace současné platné koncepce MŠMT a jejího Akčního plánu, které vyžadují úpravy odpovídající dnešním požadavkům (např. lepší koordinace s Ministerstvem průmyslu a dopravy pro oblast prevence v dopravě, Ministerstvem spravedlnosti pro oblast dětí a mladistvých v konfliktu se zákonem a dalšími rezorty nebo větší důraz na cílovou skupinu mladých dospělých do 26 let a provádění prevence v přirozeném prostředí atd.).

Z hlediska teorie prevence byl důležitý publikační počín iniciovaný o. s. Prev-Centrum Praha vedoucí v roce 2004 k vydání velmi významné a v Evropě hojně užívané učebnice *Handbook of Primary Prevention* (Van der Stel & Voordewind, 1998). Podobně zásadní význam mělo vydání překladu dalšího z velmi hodnotných učebních textů iniciované o. s. SANANIM pod názvem *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí* (Gallà et al., 2005) a publikace Kaliny (2001). Rozvoj evaluace a evaluativních nástrojů (viz kapitola 6) celkově znamenal potvrzení současného trendu vývoje prevence. Poprvé se o evaluaci primární prevence v České republice začalo mezi odbornou veřejností více diskutovat v letech 1999 a 2000 v reakci na výsledky konference *First European Conference on the Evaluation of the Drug Prevention*, která se uskutečnila v Portugalsku 12.–14. března 1997. Významnou roli v tomto procesu sehrála iniciační fáze spolupráce s Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) v Lisabonu a přenos zkušeností zemí EU v této oblasti (Baker et al., 1998). Projekt EMCDDA zaměřený na výměnu zkušeností mezi členskými a tehdejšími kandidátskými zeměmi EU v oblasti evaluace preventivních programů a opatření měl v naší zemi poměrně pozitivní dopad i v podobě zapojení se do autorské práce (Bém, 2000) na publikaci zabývající se nástroji pro hodnocení programů primární prevence (Neaman et al., 2000). V návaznosti na to byla do českého jazyka přeložena pracovní verze další z publikací EMCDDA, *Guidelines for the evaluation of drug prevention* (EMCDDA, 1998). Právě tato publikace se spolu s překladem jedenácti dílů evaluačního manuálu Světové zdravotnické organizace (WHO, 2000) dočkala v naší zemi rozšíření mezi okruh odborníků zabývajících se evaluacemi drogových programů. Ve snaze facilitovat proces zavádění evaluačních nástrojů do praxe připravilo také MŠMT publikaci věnující se této oblasti (MŠMT, 2002). Publikace se však setkala s kritickým přijetím ze strany pedagogické veřejnosti, neboť její pojetí nebylo zcela adekvátní cílové skupině. Pokusem shrnout celkový vývoj a sumarizovat publikační stav v oblasti evaluace preventivních programů představovalo třetí číslo časopisu *Adiktologie* v roce 2004/3 (viz www.adiktologie.cz v sekci časopis *Adiktologie*). Přetrvávajícím problémem však nadále zůstává především nedostatek vyzkoušených konkrétních nástrojů a schopnost pracovníků tyto nástroje v prevenci používat (Miovský & Kreeft, 2002).

Dlouhodobě se v našem prostředí diskutovalo o kritériích pro hodnocení kvality a efektivity primární prevence užívání návykových látek. Zatímco pro sekundární a terciární prevenci vznikla ve spolupráci s tehdejší MPK a MZ již v roce 1995 (Miovský, 2003) tzv. akreditační komise, nic podobného v primární prevenci až do roku 2002 nebylo. Z iniciativy členů pracovní skupiny projektu Phare: Drug Policy vznikla první pracovní verze standardů (Miovský & Kreeft, 2002). S touto verzí se pak dále pracovalo a v roce 2005 MŠMT publikovalo první schválenou verzi standardů (MŠMT, 2005). Ta specifikuje základní požadavky na realizaci preventivních programů užívání návykových látek. Zlomovým momentem se pak stalo zavedení certifikací kvality preventivních programů, které realizuje Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR (podrobněji viz kapitola 6.5) a proškolení skupiny certifikátorů. V průběhu roku 2008 pak pracovní skupina při IPPP pracovala na nové verzi standardů (MŠMT, 2005), která již kromě návykových látek obsahuje také všechny další oblasti rizikového chování. Tato verze prošla v roce 2009 ověřovací fází a připomínkovým kolem a následně se promítla do procesu certifikace. S tím souvisí další z významných nástrojů, od jehož zavedení do praxe si lze slibovat zásadní zlepšení v kontrole preventivních programů. Tímto nástrojem je MES, tedy „Minimální evaluační set“ (RVKPP), později nazývaný též Unidata. Jedná se o nástroj (RVKPP, 2004), který zahrnuje oblast programů primární prevence a umožňuje sledovat preventivní práci dle přesně a jasně definovaných kritérií. Tento nástroj prošel v letech 2005–2006 revizí a byl v roce 2006 pilotně ověřen ve vybraných preventivních programech. V průběhu let 2007–2008 pak práce pokračovaly dál a pracovní skupina složená ze zástupců státních i nestátních organizací připravila aktualizaci MES (Šmejkalová, 2008) speciálně pro oblast primární prevence, a otevřela tak cestu ke vzniku prvního uceleného návrhu výkaznictví. Jde tedy o pokus vytvořit jednotný rámec pro evidenci a vykazování jakékoli preventivní intervence a snahu sjednotit celý proces tak, aby bylo umožněno zahájení procesu dlouhodobého sledování a vyhodnocování jednak výkonnosti jednotlivých poskytovatelů a jednak porovnávání rozdílů v náročnosti práce s různými cílovými skupinami. Tatáž intervence provedená s různě náročnou cílovou skupinou má pochopitelně rozdílné časové, personální a ekonomické nároky a současná úroveň vykazování neumožňuje prakticky žádné podobné hodnocení a srovnání. Celý proces je v rámci projektu VYNPSI-1 (Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK) a směřuje k předložení v pořadí třetí přepracované verze systému sledování výkonnosti poskytovatelů preventivních programů. Tato verze se ověřuje v rámci projektu VYNPSI-2 (2014–2015) a čtvrtá revize bude publikována v průběhu roku 2015, včetně doporučení pro implementaci.

Shrnujícím přehledem výsledků opakovaně citovaného projektu VYNSPI-1 bylo číslo 3 z roku 2012 (dostupné na www.adiktologie.cz). Toto speciální číslo obsahuje podrobný přehled klíčových publikací a kontextu výsledků celého projektu. Tyto publikace jsou v plné verzi v PDF formátu zdarma ke stažení na portálu Kliniky adiktologie v sekci publikace.⁸ Dlouholetým zdrojem praktických informací a dostupným periodikem (nejen) pro školy a školní metodiky prevence je pak časopis *Prevence*.⁹

1.2 Základní pojetí a cíle programů primární prevence rizikového chování

Primární prevence prošla v naší zemi po roce 1989 velmi rychlými a výraznými změnami. O určité stabilizaci a systematizaci můžeme hovořit až v posledních přibližně šesti letech (2002–2008). Pod pojmem *rizikové chování* přitom rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Miovský & Zapletalová, 2006), a tímto pojmem nahrazujeme doposud používaný termín sociálně-patologické jevy. Termín sociálně-patologické jevy je pro oblast moderní školní prevence koncepčně překonaný, neboť je jednak stigmatizující, normativně laděný a klade příliš velký důraz na skupinovou/společenskou normu (viz podrobněji též kapitola 2.1). Upouštíme tím od dřívější paternalistické rétoriky definující, co je a co není společenská či kulturní norma či patologie, a naopak se tím snažíme důsledně vymezit vůči různým ideologickým vlivům. Důraz tím klademe na jednotlivce nebo jasně ohraničenou sociální skupinu a jasně definujeme, čím a jak dochází k poškození / újmě / ohrožení na zdraví v nejširším smyslu slova. Toho dosahujeme tím, že jasně pojmenováváme, co a proč představuje (výchovné, zdravotní, sociální či právní) riziko pro jedince nebo společnost a jak toto riziko konkrétně vypadá (jak jej lze definovat) a jak jej můžeme pozitivně ovlivnit, tedy snížit nebo zcela eliminovat. Samozřejmě je tím také řečeno, že se cíleně zabýváme tím, zda jsme schopni toto riziko adekvátními prostředky zaznamenat a vyhodnotit a zda naše intervence skutečně má efektivní dopad. Zda tedy umíme dané riziko např. snížit.

Vzorce rizikového chování přitom považujeme za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi. Nejčastěji do kon-

8 <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/4/4855/Publikacni-cinnost-Kliniky-adiktologie>

9 <http://www.zivot-bez-zavislosti.cz/casopis-prevence/>

ceptu rizikového chování řadíme: šikanu a násilí ve školách včetně dalších forem extrémně agresivního jednání, dále záškoláctví, užívání návykových látek, nelátkové závislosti (gambling, problémy spojené s nezvládnutým využíváním PC atd.), užívání anabolik a steroidů, obecně kriminální jednání, sexuální rizikové chování, vandalismus, xenofobii, rasismus, intoleranci a antisemitismus, komerční zneužívání dětí, týraní a zneužívání dětí atd. Za *prevenci rizikového chování* považujeme jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky. Obecně v tomto duchu rozlišujeme minimálně těchto devět oblastí rizikového chování, které v současné školní prevenci představují hlavní tematické oblasti. Členění těchto oblastí však není jednoduché, neboť koncept rizikového chování se vyvíjí a některé z oblastí nelze jednoznačně řadit přímo do tohoto konceptu, existují i samostatné kategorie různých typů chování způsobujících výchovné, sociální, trestněprávní či zdravotní následky. Je proto nutné, abychom si byli této nehomogenity vědomi (podrobněji viz kapitola 2.1). Historickým vývojem došlo k tomu, že vznikla skupina určitých vzorců chování, které prokazatelně mohou způsobovat a způsobují následky ve všech uvažovaných oblastech, ale současně tyto vzorce chování mohou mít různé příčiny, mohou mít různé dílčí projevy a zároveň souviset s mnohem složitějšími fenomény. 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 následující dva okruhy, které se z hlediska výskytu v populaci začínají stávat velkými ohnisky pro preventivní práci, ale které 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 zdravotnictví byl také v českém prostředí konečně publikován koncept syndromu rizikového chování (podrobněji viz např. Kabíček & Hamanová, 2005). Ten částečně zjednodušuje pohled na uvedených devět 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. Tento nedostatek již autoři překonávají ve velmi moderně a zdařile pojaté publikaci *Rizikové chování v dospívání* (Kabíček et al., 2014). Kulturní, společenská a sociální podmíněnost některých behaviorálních projevů je prokázána a v mnoha případech zřejmá. Sledování nárůstu některých z výše uvedených projevů v posledních letech napříč (nejen) Evropou navíc nelze vysvětlit v rámci jediného oborového přístupu. Je tak zřejmé, že postupně ztrácí smysl zacházet s těmito fenomény právě pouze oborovým způsobem, ale vytvořit širší rámec, ve kterém je bude možné přesněji definovat a vyvíjet a ověřovat specifické intervence adekvátně reagující na charakter a projevy těchto projevů a překonat tak původní zužující perspektivu oborového či rezortního přístupu. Je nutné si též uvědomit, že se u dětí velmi zřídka v praxi vyskytují uvedené problémy izolovaně. Tedy že v naprosté většině případů existuje spíše kombinace typů rizikového chování nebo dochází k přecházení od jednoho k druhému. Jejich rozlišení tak má především didaktický a diagnostický význam.

Na programy primární prevence rizikového chování klademe několik základních požadavků. Pokud daný program takové požadavky nesplňuje, nelze jej označit za primárně preventivní program. V minulosti opakovaně docházelo k různým dezinterpretacím pojmu primární prevence a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy nakonec přistoupilo k rozdělení primární prevence na tzv. specifickou a nspecifickou formu. Za *specifickou primární prevencí rizikového chování* (dále také „specifickou prevencí“) považujeme takové aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny právě na některou z konkrétních forem rizikového chování (podrobněji viz analogicky současné standardy MŠMT z roku 2005). Pracujeme tak s praxí i výzkumem opakovaně prověřeným zjištěním, že existují a budou vždy existovat děti a mladí lidé, pro které nebudou nabízené programy volného času z nějakého důvodu atraktivní či dostupné. Těmto dětem nestačí vytvářet pouze nabídku volnočasových aktivit (které v takovém kontextu považujeme za tzv. nspecifickou prevenci). Mnohé z nich vyžadují specifické podpůrné programy, které jim umožní vyrovnávat se se svým hendikepem a zabránit jejich vyčlenění z běžné společnosti. Stejně tak je tomu s dospělými, kde i přes různé nabídky sportovního a kulturního vyžití je třeba počítat s faktem, že existují cílové skupiny, pro které je tato nabídka neatraktivní nebo nedosažitelná, které jsou oproti jiným skupinám znevýhodněny (přistěhovalci, sociálně slabší skupiny atd.) a které mají (z různých příčin) tendenci chovat se rizikově. Různé cílové

skupiny jsou ve vztahu k jednotlivým formám rizikového chování rozdílně exponované a různě vulnerabilní. Hovoříme-li tedy o tom, *co vše musí preventivní program splňovat*, pak můžeme formulovat tři obecné charakteristiky, resp. požadavky (opět analogicky viz standardy MŠMT z roku 2005):

- a) přímý a explicitně vyjádřený vztah k určité konkrétní formě rizikového chování a tématům s tím spojeným,
- b) jasná časová a prostorová ohraničenost realizace (na ose: zmapování potřeb, plán programu a jeho příprava, provedení a zhodnocení programu a jeho návaznost),
- c) zacílení na jasně ohraničenou a definovanou cílovou skupinu a s tím související zdůvodnění matchingu (tj. přiřazováním určité skupiny či jednotlivce k danému typu programu odpovídajícím potřebám a problémům cílové skupiny).

Standardy kvality preventivních programů pak tyto požadavky specifikují velmi konkrétně a analogicky je lze z návykových látek (pro které tato první verze standardů byla zpracována) převést jednoduchým způsobem na jakoukoli jinou oblast rizikového chování. Přímým a explicitně vyjádřeným vztahem s konkrétním projevem rizikového chování je v tomto kontextu míněno to, aby cíl, obsah a způsob provádění preventivního programu měl jasnou přímou vazbu na problematiku spojenou s daným typem rizikového chování. Například u nácvikových programů, jejichž součástí je nácvik aktivního posilování odmítavého postoje k nabídnuté návykové látce (odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje nebo marihuanové cigarety), je podobně jako u různých modelů peer programů, vzdělávacích kurzů pro pedagogy atd. jasně prokazatelný a ověřitelný vztah k prevenci užívání návykových látek.

Jasná časová a prostorová ohraničenost realizace programů souvisí s tím, že z hlediska financování a hodnocení kvality a efektivity je nutné v komplexním systému preventivního působení rozlišovat mezi jednotlivými programy. Bez tohoto rozlišení není možná účinná kontrola celého systému, případné vyvozování důsledků z takové kontroly a není možné zajistit ani účinné propojování, tj. zajištění návaznosti jednotlivých programů na sebe. To je přitom jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících efektivitu celého systému. Časovou a prostorovou ohraničeností programu je míněno to, že každý program má písemně zpracované a popsání všechny části potřebné pro úspěšnou realizaci: přípravu a plán projektu (definované konkrétní cíle, časový plán atd.), provedení (podrobný popis, jak je program prováděn, kým, kde a za jakých okolností), zhodnocení (jakými nástroji a jakým způsobem je program hodnocen) a návaznost (co programu předchází, jak byly zjišťovány potřeby a problémy cílové skupiny a co a proč po programu bude nebo má následovat).

Každý program má svoji jasně definovanou cílovou skupinu, kterou lze popsat prostřednictvím základních znaků, jako je věk, pohlaví, vzdělání, příslušnost k určité sociální skupině, projevy rizikového chování atd. Realizátor programu přitom musí kromě popisu cílové skupiny také uvést kapacitu programu (každý program může být prováděn při nějakém minimálním a maximálním počtu osob). Podstatnou součástí definování cílových skupin je pro jednotlivé programy také zdůvodnění, proč je (nebo není) daný program vhodný právě pro tyto cílové skupiny a ne nějaké jiné, jaké problémy či specifika definované cílové skupiny program řeší a jak atd. Kromě uvedených tří základních charakteristik klademe na specifické programy v obecné rovině několik dalších základních požadavků, které jsou podrobněji konkretizovány a rozpracovány právě do podoby obecných a speciálních standardů (MŠMT):

- a) program musí respektovat specifické problémy a potřeby své cílové skupiny a jeho součástí tedy musí být i způsob, jakým tyto informace poskytovatel získává,
- b) program musí být dostupný a musí respektovat základní práva jeho účastníků,
- c) součástí programu je zajištění základních organizačních, personálních a ekonomických požadavků na poskytovatele preventivních programů,
- d) musí být jasně stanoveno, co vše je materiálně a technicky třeba zajistit, aby mohl být program realizován a bylo dosahováno co nejvyšší efektivity,
- e) program musí být součástí širšího systému preventivního působení (zajištěná návaznost) a součástí jeho realizace je zhodnocení jeho kvality, případně též efektivity.

Někdy se pro rozlišení specifické prevence využívá také tzv. ekonomická negativní definice, kterou pro naši potřebu můžeme opět jednoduše analogicky převést na jakoukoli oblast rizikového chování. Specifickou primární prevencí rizikového chování jsou míněny všechny takové programy a intervence, které by neexistovaly, kdyby neexistovaly problémy spojené s výskytem určité konkrétní formy rizikového chování (např. by v případě neexistence návykových látek nemělo smysl dělat prevenci pravidelného pití a kouření u dětí a dospívajících), tj. tyto typy programů by za neexistence problémů spojených s daným typem rizikového chování nemělo smysl provádět. Například u nácvikových programů, jejichž součástí je nácvik aktivního posilování odmítavého postoje k nabídnuté návykové látce (odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje nebo marihuanové cigarety), je podobně jako u různých modelů peer programů, vzdělávacích kurzů pro pedagogy atd. jasně prokazatelný a ověřitelný vztah k prevenci užívání návykových látek. Termínem *související rizikové chování* případně *jiné formy rizikového*

chování rozumíme různé formy rizikového chování a jednání, které přímo nebo nepřímo vzájemně souvisejí (např. různé formy agresivního chování, problematika sexuálního rizikového chování atd.). Znamená to, že z pohledu daného projevu rizikového chování pro nás jiné formy rizikových projevů představují související fenomény bez ohledu na to, zda tyto fenomény představují příčinu, důsledek, nebo zda mezi těmito různými projevy existuje jiný vztah (např. agresivní projevy a vandalismus způsobené účinkem stimulačních návykových látek lidí s poruchami osobnosti atd.). Pojmy nedefinované v této publikaci odpovídají definicím užitým ve standardech programů primární prevence užívání návykových látek.

Konečným a hlavním *cílem školské prevence* je, abychom v maximální možné míře předcházeli vzniku rizika pro zdraví u dětí a dospívajících a současně redukovali důsledky/dopady spojené s konkrétními projevy rizikového chování. Tento hlavní cíl má v kontextu specifických programů primární prevence rizikového chování několik rovin. V centru pozornosti stojí úkol zamezit u co nejvyššího počtu osob tomu, aby se u nich výraznější projevy rizikového chování pochopitelně vůbec objevily. Ne u všech jedinců se však tento úkol podaří splnit a není to ani z různých důvodů reálné, tak jako není reálné zcela odstranit ekonomické rozdíly, etnické rozdíly, různou míru dispozice k různým typům duševních poruch a onemocnění, špatné rodinné zázemí a výchovu atd. Proto definujeme tři další úrovně obecných cílů specifické školské prevence rizikového chování (MŠMT, 2005):

- a) pokud se u některých jedinců nedaří zabránit nástupu výraznějších projevů rizikového chování, je třeba usilovat o to, aby iniciace a rozvoj těchto forem byly oddáleny alespoň do co nejvyššího věku, a pokusit se minimalizovat rizika spojená s tímto jednáním jak z hlediska jedince, tak společnosti,
- c) pokud se u některých jedinců nedařilo zabránit nástupu výrazně rizikového chování, je třeba na ně i nadále působit a motivovat je k upuštění od této činnosti a podporovat je k návratu k životnímu stylu, který není spojen s takovým jednáním, a současně u nich minimalizovat rizika spojená s již existujícími projevy,
- d) v případě rozvoje výrazně rizikového chování se snažíme zajistit adekvátními prostředky ochranu před dopady tohoto jednání a motivovat jedince k využití specializované pomoci v poradenské nebo léčebné oblasti.

Pouze program, který má jasně stanovené cíle, je možné hodnotit. Pokud primárněpreventivní program některé z těchto požadavků nesplňuje, je u něho obvykle vyloučena jakákoli odborná forma hodnocení jeho kvality a efektivity.

2 Východiska a teoretický rámec školské prevence

Základní teoretická východiska a koncepty využívané v oblasti prevence rizikového chování reprezentují poměrně široké spektrum témat v oblasti zdraví a jeho determinant, samotného konceptu rizikového chování a základních přístupů a strategií uplatňovaných na tomto poli.

2.1 Zdraví a jeho determinanty v kontextu prevence rizikového chování

Snaha o vymezení zdraví a pochopení faktorů, které jej ovlivňují, je prastará, ačkoliv ani samotní lidé, ani zdravotníci nejsou v některých případech schopni sami rozhodnout, kde je hranice mezi zdravím a nemocí (srovnej Patrick et al., 1973). Nejběžnější a hojně používané vymezení se přebírá ze zakládajícího dokumentu Světové zdravotnické organizace, kde bylo zdraví jako významná individuální i společenská hodnota vymezeno krátce po druhé světové válce v roce 1946. Jde o tzv. holistický přístup, kdy zdraví je víc než jen absence nemoci. Naopak u medicínského přístupu je nemoc víc než pouhou absencí zdraví. Dalším a dodejme, že mnohem méně častým pohledem je tzv. disjunktivní model, který je založen na premise, že mezi zdravím a nemocí není logický vztah (Hofmann, 2005). Tzv. holistickému a medicínskému přístupu se věnuje např. Nordenfelt (Nordenfelt, 1995). Přesné umístění slavného vymezení zdraví, že „... zdraví není pouze absencí nemoci nebo vady...“ je: *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.*

Podle rozhovoru s Szeming Sze, jedním z členů čínské delegace při založení Světové zdravotnické organizace (Sze, 1988) nebyla myšlenka vymezení zdraví v rámci zakládajícího dokumentu plně přijímána

všemi zúčastněnými a zajímavé akademické diskuse probíhaly v rámci velmi malé pracovní „podskupiny pro preambuli“ přípravné technické skupiny pro zakládající dokument WHO, a to v zásadě pouze mezi Číňanem Szemingen Sze, Kanadánem Brokem Chisholmem a Gregoriem Bernamannem z Argentiny. Protože dr. Chisholm byl psychiatr, přál si do vymezení začlenit otázku duševního zdraví, Dr. Sze si přál zdůraznit preventivní stránku zdraví. Tyto diskuse probíhaly v roce 1945. Na konečném znění změnami slovosledu (nikoliv smyslu) v roce 1946 přispěl také dr. Gear z Jihoafrické republiky. Dr. Sze také připomínal, že při založení WHO hrála 90 % politika a pouze 10 % medicína (Sze, 1988). Toto hojně citované vymezení, tedy že zdravím se rozumí „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“, je široce citováno. Jeho oblíbenost údajně překvapila i samotné autory. Ti hledali v danou chvíli vyjádření ideálu zdraví do preambule konstitučního dokumentu, nikoliv funkční definici zdraví. Toto pozitivní vymezení je do určité míry ovlivněno přístupem, který vymezil o několik desetiletí dříve zakladatel „moderního“ veřejného zdraví (public health), americký profesor Winslow. Proto nedostatky, které jsou tomuto vymezení v konstitučním dokumentu Světové zdravotnické organizace přičítány z hlediska empirické neměřitelnosti, nejsou zcela na místě. Pro měření zdraví byla následně zpracována řada již lépe měřitelných a srovnatelných vymezení, což hodnotu vymezení Světovou zdravotnickou organizací nijak nesnižuje. Konstituční dokument Světové zdravotnické organizace, respektive část, ve které je nabídnuto vymezení ideálu zdraví, však tímto stále citovaným vymezením nekončí. Pokračuje následujícími principy a prohlášeními:

- naplnění nejvyššího dosažitelného standardu zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti bez ohledu na rasu, náboženství, politické přesvědčení, ekonomické a sociální podmínky;
- zdraví všech lidí je základem pro dosažení míru a bezpečnosti a závisí na spolupráci jedinců a států;
- dosažení pokroku v podpoře a ochraně zdraví je hodnotou pro všechny;
- nerovný vývoj v různých státech v podpoře zdraví a kontrole nemocí, zejména přenosných, představuje společné nebezpečí;
- zdravý vývoj dětí je zásadně důležitý, schopnost žít harmonicky v rámci měnícího se prostředí je pro tento vývoj základním předpokladem;
- pro dosažení zdraví je zásadní rozšíření a dostupnost medicínského, psychologického a dalšího poznání;

- informované názory a aktivní spolupráce na straně veřejnosti mají zásadní důležitost pro zlepšení zdraví lidí;
- vlády zodpovídají za zdraví svých občanů, které může být naplněno zajištěním adekvátních zdravotních a sociálních opatření.

Zdraví je nezbytnou podmínkou participace jedince na společenských aktivitách, umožňuje mu realizovat primární i sekundární potřeby, rozvíjet jeho lidský i sociální potenciál. Vymezení zdraví podle konstitučního dokumentu WHO je dále základem řady definic kvality života (srovnej Háva in Potůček a kol., 2005, p. 324) a také diskuse pojmu kvalita života (viz dále). Zdraví není jen biologickou charakteristikou, ale významnou individuální i společenskou hodnotou (srovnej Beaglehole in Detels et al., 2011; Holčík, Žáček, 1995, pp. 25–26; Háva in Potůček a kol., 2005). Vzhledem k obecnosti definice WHO (která však vyjadřuje pozitivní i negativní vymezení) byla zpracována řada operačních definic zdraví. Určitý přehled těchto definic nabízí např. Holčík a Žáček (Holčík & Žáček, 1995), když podle Žáčka zahrnuje operační definice zdraví „*tělesnou a psychosociální integritu navozující stav optimální pohody, nenarušenost životních funkcí a společenských rolí, ale také adaptabilitu, tj. přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy*“ (tamtéž, p. 24).

V posledních dvou desetiletích se pozornost stále víc klade na globální rozměr zdraví a objevuje se pojem globální zdraví. Globalizační procesy ovlivňují lidské společnosti v několika ohledech. Za prvé mění vztah lidí k životnímu prostoru ve fyzickém a teritoriálním smyslu. Svět se díky dopravním sítím stal menším, informace jsou díky internetu dostupné prakticky ihned, stejně jako např. mnohé finanční transakce. Zejména díky rozvoji informačních technologií vznikají nové formy sociální interakce, kde geografické umístění lidí již nehraje prakticky žádnou roli (Detels et al., 2011, p. 86). Za druhé mění to, jak vnímáme čas. Čas, byť je prakticky vzato fyzikální veličinou, má i významné pojetí jako sociální konstrukt (přestože sociálním konstruktem není). V současném světě dochází k akceleraci času, kdy jak transakce, tak i náš pohyb územím je stále rychlejší. Nedostatek času a vnímaná i skutečná časová tíseň se staly standardem našeho života (Detels et al., 2011, p. 86). Poslední zmiňovanou dimenzí je poznávací (kognitivní) dimenze, tedy jak uvažujeme o sobě a světě kolem nás. Poznání, myšlenky, hodnoty a aspirace se také globalizují díky technickým a technologickým možnostem. Jazykem diplomacie, vědy, dopravních systémů, ale také zábavy se stává angličtina a s anglicismy se stále víc setkáváme také v národních jazycích (tamtéž). Jako hnací síla globalizace se označuje rozvoj technologií, který pokud ji sám nezpůsobuje, tak ji bezesporu alespoň umožňuje. Dále je to ekonomický rozvoj, kdy je ekonomika chápána jako motor globalizace a miliony economic-

kých transakcí vytváří onu neviditelnou ruku trhu bez omezení hranicemi národních států. Jiní argumentují, že globalizace je spíše než technologiemi nebo ekonomikou poháněna myšlenkami či ideologiemi. Značná pozornost se věnuje vlivu těchto faktorů na životní prostředí. Z hlediska veřejného zdraví vede globalizace ke komplexním změnám zdraví a jeho determinant, a to jak s kladnými, tak i zápornými výsledky (Detels et al., 2011, p. 87).

Obecně je pojem globální zdraví vymezován jako zdravotní problémy, témata a zájmy, které přesahují hranice národních států, mohou být ovlivněny okolnostmi a zkušenostmi v jiných státech a nejlépe jsou řešitelné pomocí koordinovaného (mezinárodního) úsilí (Detels et al., 2011, p. 90). Globalizace má dnes prokazatelný vliv na riziko šíření některých infekcí, jejich prevalenci a incidenci, ale také na znovuoživení zdravotních problémů a nemocí, které již byly považovány za vyřešené (srovnej: Detels et al., 2011, p. 91). Globalizační procesy samozřejmě neovlivňují pouze infekční onemocnění, ale mají rovněž vliv na vývoj a rozšíření neinfekčních onemocnění.

Stejně tak jako můžeme nalézt řadu pohledů na vymezení zdraví, setkáváme se s různými vymezeními pojmu *nemoc* (srovnej například Detels et al., 2005; Holčík, Žáček, 1995, p. 25–28; Háva in Potůček a kol., 2005, p. 326). Podle těchto vymezení se jedná o „... zjištěnou poruchu zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, kterou lze určit a klasifikovat s tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými nesnáze“ (Holčík & Žáček, 1995, p. 25). Výše zmínění autoři diskutují strukturální představu nemoci, když odlišují nemoc jako objektivní poruchu zdraví, nemoc jako vnímanou poruchu zdraví a nemoc jako předmět zdravotnických služeb. V tomto výčtu bychom neměli opomenout ani sociální důsledky nemocí, které jsou spojeny například s nemožností participace na společenských aktivitách, způsobují izolaci jedince, jsou faktorem sociálního vyloučení apod. Angličtina na rozdíl od češtiny vystihuje medicínské, sociální a individuální pohledy na nemoc, viz pojmy *disease* a *illness* a *sickness*. Mnozí autoři (například Holčík & Žáček, 1995, p. 25; Detels et al., 2004) uvádí také tzv. fenomén ledovce, kdy některé osoby nemoc nevnímají nebo ji ignorují.

Metodologické základy měření zdraví a nemoci poskytuje **epidemiologie** (z řečtiny studium (logos) toho, co je mezi (epi) lidmi (demos)), bez jejichž poznatků by tvorba zdravotní politiky nebyla myslitelná. „*Epidemiologie je definována jako věda, která vysvětluje vztahy zdraví nebo nemoci s ostatními faktory v populaci*“ (Detels et al., 2005, p. 490). Detels považuje epidemiologii za základ oboru veřejné zdraví a uvádí, že epidemiologie představuje filozofickou metodu studia zdravotních problémů (Detels et al., 2005, p. 485). „*Podle Slovníku epidemiologie je epidemiologie studiem distribuce (rozložení) a determinant se zdravím souvisejících vztahů nebo událostí*

ve specifických populacích a aplikace tohoto studia při kontrole zdravotních problémů“ (citováno podle Detels et al., 2005, p. 485).

Epidemiologie je také základní disciplínou v rámci sociálního lékařství. Holčík a Žáček uvádějí tzv. starší a novější definici epidemiologie. V jejich výkladu je *„ve starším pojetí epidemiologie chápána jako studium rozložení nemocí nebo poruch zdraví v lidské populaci ve vztahu k faktorům, které určují toto rozložení, a v novějším pojetí se jedná o studium rozložení a determinanty stavů a událostí se vztahem ke zdraví v daných skupinách populace a využívá výsledků tohoto studia k řešení zdravotních problémů“ (Holčík & Žáček, 1995, p. 23).* Epidemiologie nám umožňuje rozbor zdraví / výskytu nemocí v dané populaci, pochopení toho, jak nemoci vznikají a jaké vlivy působí na jejich průběh, ale také předkládat a implementovat taková opatření, která mohou vývoj zdraví populace, v pozitivním smyslu, ovlivnit. Měření zdraví je často založeno na měření pomoci výskytu onemocnění v populaci. Při měření nemocí se setkáváme s různými jednotkami měření, kterými jsou např. osoba, nemoc od svého vzniku až po uzdravení (úmrtí), případ onemocnění, ale také návštěva u lékaře, hospitalizace, pracovní neschopnost (Holčík & Žáček, 1995, p. 29). Základními ukazateli nemocnosti (morbidity) jsou (Holčík & Žáček, 1995, pp. 29–30):

- **incidence** popisuje počet nových případů nemoci v časovém intervalu, respektive počet nových případů v poměru k sledované populaci,
- **prevalence**, tj. rozsah nemoci v populaci k určitému datu,
- **průměrná délka trvání onemocnění.**

V národním i mezinárodním kontextu se často setkáváme s hodnocením zdraví na základě údajů o úmrtnosti (mortalitě), ať již celkové nebo specifické. Řada údajů o nemocnosti a úmrtnosti se shromažďuje v rámci rutinálních statistik a nemohou tak poskytnout obraz o zdraví a nemoci některých specifických skupin obyvatel. Hojně používaný je pravděpodobnostní ukazatel naděje dožití (life expectancy). *„Naděje dožití (též střední délka života) vyjadřuje počet roků, který v průměru ještě prožije osoba právě x-letá za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné (zpravidla delší) období. Jedná se tedy o hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce.“ (ČSÚ)¹⁰*

Zejména v rámci mezinárodního srovnání se uplatňují kompozitní ukazatele (jakkoliv mohou a jsou metodologicky problematické), jakým je

10 http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_vek.

například DALY (Disability-Adjusted Life Years), což je ukazatel vyvinutý pro kvantifikaci globální zátěže nemocemi (burden of disease), který reflektuje funkční omezení a předčasnou úmrtnost a je upraven z hlediska věku, pohlaví a délky onemocnění. Dalším ukazatelem je QALY (Quality-Adjusted Life Years), tedy údaj reflektující naději dožití vyváženou faktorem kvality života. V některých zemích, jako např. ve Velké Británii má výpočet zvýšení hodnoty QALY zásadní význam například pro hodnocení kvality terapeutického procesu a může přímo ovlivňovat financování a úhrady zdravotní péče (může být nastaven tzv. práh, kdy je dosaženo určité kvality a kdy nikoliv). Dalším využívaným ukazatelem je HALY (Health-Adjusted Life Years), tedy léta života se zhoršeným zdravím (podle Glosář European Observatory on Health Systems and Policies¹¹, Háva in Potůček a kol., 2005, p. 329).

Mimo *objektivního hodnocení zdraví* (viz výše) můžeme zdraví měřit také pomocí jeho *subjektivního hodnocení samotným jedincem*. V rámci celé populace jsou tak prováděna reprezentativní šetření, která se týkají zdraví a jeho determinant (srovnej např. ÚZIS 1995, 1998, 2001 2003, 2004, 2011)¹², nicméně ani tato šetření nám nemusí poskytnout údaje o zdraví některých znevýhodněných populačních skupin, jakými jsou bezdomovci, migranti apod. V těchto šetřeních se zpravidla zkoumá nejen nemocnost, zdraví a jeho determinanty, ale také šíře chápáná kvalita života.

Zásadním konceptem jsou v tomto kontextu tzv. **determinanty zdraví**. Lidé si vliv různých faktorů, které působí na zdraví, uvědomují od pradávna. Některé se snaží ovlivňovat ve snaze zlepšit zdraví a předcházet nemocem již velmi dlouho, na jiné se zaměřují až v posledních několika desetiletích, jiné budeme pravděpodobně umět ovlivnit až v bližší, nebo vzdálenější budoucnosti. Pohled na faktory, které zdraví a nemoc ovlivňují, se změnil asi před dvěma stoletími díky objevům do té doby neznámých specifických etiologických příčin (bakterie, viry). Na základě těchto objevů se rozvinul přístup, který bývá nazýván biologický model zdraví a nemoci, případně také jako doktrína specifické etiologie (viz např. Deep, 1999). Tento přístup dominoval prakticky až do období po konci druhé světové války. V roce 1946 byl přijat a v roce 1948 vešel v platnost konstituční dokument Světové zdravotnické organizace, který ve svém prvním článku uvádí, že „zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 2006) a pokračuje, že „*dosažení nejvyššího možného potenciálu zdraví je základním právem každé lidské bytosti, a to bez ohledu na etnický původ, náboženství, politické přesvědčení, ekonomické*

11 <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=H>.

12 <http://www.uzis.cz/tematicke-rady#3>

nebo sociální podmínky“ (WHO, 2006). Díky tomuto vymezení Světová zdravotnická organizace svou autoritou přispěla k tomu, že biologický model zdraví byl doplněn (a do určité míry nahrazen) modelem biopsychosociálním, který rozšiřuje pohled na zdraví a nemoc o další faktory, kterými jsou individuální životní styl i společenské podmínky v nejširším slova smyslu.

Za autora samotného pojmu determinanty zdraví je považován Thomas McKeown, pojem se objevuje v jeho článku z roku 1972 (McKeown et al., 1972), později se objevuje také v jeho knize (McKeown, 1976). McKeown interpretoval růst populace v Anglii a Walesu a srovnával je s vývojem populace ve Švédsku, Irsku, Francii a Maďarsku, které se podle jeho předpokladu vyvíjely zcela v odlišných podmínkách. Práce McKeowna nebyla přijata pouze kladně (viz např. Benson, 1976), nicméně v té době se povědomí i akce, které se týkají determinant zdraví, začaly těžit výrazné pozornosti (viz např. WHO, 1978). Ta byla výrazněji věnována především **faktorům životního stylu**. Posun v poznání zejména sociálních determinant zdraví přináší ve Velké Británii v roce 1980 publikována *Zpráva o nerovnostech ve zdraví* (WG, 1980), která byla zpracovávána pracovní skupinou pod vedením sira Artura Blacka a je všeobecně známa jako Black report. Název tedy odkazuje k předsedovi pracovní skupiny, nikoliv k závěrům, které obsahuje. Je třeba poznamenat, že závěry zprávy nejsou pozitivní, vzhledem k tomu, že poukazují na existenci celé řady neospravedlnitelných nerovností ve zdraví. Zpráva přinesla evidenci sociálně podmíněných nerovností (rozdílů) ve zdraví. Gray (1982) shrnuje, že zpráva přináší informace o rozsahu nerovností ve zdraví a úmrtnosti v rámci populace Velké Británie. Zpráva předpokládá, že nerovnosti ve zdraví a dostupnosti zdravotní péče se díky zavedení systému Národní zdravotnické služby nezmenšily, spíše naopak. Nicméně zpráva nevyvozuje, že hlavní příčinou problému je selhávání systému Národní zdravotnické služby, ale nerovnosti v příjmu, podmínkách bydlení, vzdělání, zaměstnanosti, stravovacích návycích nebo pracovních podmínkách (Gray, 1982). Zpráva navrhuje celou řadu opatření, která se týkají mnoha oblastí veřejné politiky, nejen systému péče o zdraví jako takového, a souvisí s celkovými možnostmi řízení rozhraní mezi jednotlivými součástmi sociálního zabezpečení ve Velké Británii. Mezi další výzkumníky z anglosaské jazykové oblasti můžeme zařadit práce Marmota a Wilkinsona (Marmot & Wilkinson, 2005). Nejrozšířenější zprávou těchto autorů je dřívější přehledová publikace (Wilkinson & Marmot, 2003), kterou autoři editovali pro potřeby Evropské úřadovny Světové zdravotnické organizace. Publikace byla přeložena také do češtiny. **Determinanty zdraví tedy zahrnují všechny faktory, které mají vliv na zdraví jednotlivců a populací.** Lze je klasifikovat do několika základních kategorií, a to:

- genetické faktory,
- životní prostředí,
- faktory našeho chování,
- sociální, ekonomické, kulturní a politické podmínky.

Pro poslední skupinu tohoto výčtu se používá označení „sociální determinanty“ zdraví. Tarlov (1996) použil pro tyto determinanty frázi „sociální charakteristiky, ve kterých se odehrává život“. V rámci tohoto pojmu nemají všechny faktory stejný význam, naopak vytvářejí určitou hierarchii. Faktory, které ovlivňují přímo zdraví jednotlivců, nejsou stejné jako faktory, které určují rozložení nemocí a životní pohody v rámci populace. V současné době můžeme vymezit tři hlavní paradigmaty pohledu na determinanty zdraví. Jedná se o paradigma biomedicínské (biomedicínských intervencí), individuálního životního stylu a chování a všeobecného sociálního přístupu ke zdraví. Jednotlivá paradigmaty se od sebe samozřejmě liší, nicméně z pohledu zdraví není na místě jedno zavrhnout oproti druhému, ale naopak hledat všechny možné způsoby, jak zdraví díky jejich výkladovému rámci ve společnosti i na úrovni jedince rozvíjet (Detels et al., 2009, p. 102). Přístup ke zdraví založený na hodnocení faktorů životního stylu a dalších faktorech našeho chování se prosazuje od sedmdesátých let dvacátého století. Důležitým spouštěcím mechanismem tohoto přístupu byla Lalondova zpráva o zdraví Kanadánů z roku 1974. Lalond argumentoval tím, že zdraví populace nemůže být dosaženo koncentrací veřejných prostředků na osobní zdravotnické služby. Jeho zpráva identifikovala čtyři hlavní vlivy na zdraví: lidská biologie, životní prostředí, životní styl a organizace zdravotnických služeb. Lalondův přístup byl založen spíše na individuálním rozhodování každého jedince, a tudíž také na osobní odpovědnosti za zdraví. Jakkoliv to nebylo cílem, Lalondova zpráva způsobila určitou dekontextualizaci životního stylu jako faktoru zdraví a ovlivnila tím následně mnoho opatření veřejného zdraví (tamtéž).

Na rozdíl od úzkého pohledu na individuální životní styl a jeho volby bylo vyvinuto širší paradigma, které zohledňuje širší sociální a politické faktory a jejich vliv na zdraví. Pochopení vlivu strukturálních sociálních sil na zdraví není novou snahou. Jeden z otců zakladatelů moderního veřejného zdravotnictví Rudolf Virchow (1821–1902), německý lékař a politik, aktivista v oblasti veřejného zdraví uvažoval, zda všechny lidské nemoci nesouvisí s defekty naší společnosti. Tento koncept se netýká pouze přímého vlivu na zdraví, který mají organizace trhu práce a sociální politiky, ale zejména působení strukturálních faktorů, kdy nastavení společenské organizace má vliv na osobní volby a možnosti rozhodování jedinců v rámci společnosti (Detels et al., 2009, pp. 102–103).

Epidemiologický výzkum prokázal kauzální závislost mezi onemocněními a sociálními podmínkami, ve kterých lidé žijí. Tento poznatek však

přináší víc otázek než odpovědí. Existují dva pohledy: první tzv. psychosociální, druhý tzv. politické ekonomie zdraví. Oba přístupy se snaží najít vysvětlení sociálních nerovností ve zdraví (Detels et al., 2011, p. 103) a liší se od sebe důrazem na jednotlivé sociální a biologické faktory, které ovlivňují zdraví. První, psychosociální přístup je spojen s tím, jak lidé vnímají svou pozici v rámci stratifikované společnosti a jak toto vnímání vede ke stresu a špatnému zdraví. Tento přístup vychází z práce z roku 1976. Zde se uvádí, že stres ze sociálního okolí ovlivňuje neuroendokrinní funkce organismu a může vést ke vzniku onemocnění. Pozdější výzkumy např. Wilkinsona ukázaly na vztah mezi vnímáním sociálních nerovností, psychobiologickými mechanismy a zdravotním stavem (tamtéž). Oproti tomu existuje přístup tzv. sociální produkce onemocnění / politická ekonomie zdraví. Někdy se tento přístup označuje jako materialistický. Tento přístup hodnotí příjmové nerovnosti na úrovni jedince, ale také stav veřejných financí. V podstatě jde o hodnocení vlivu materiálních podmínek na zdraví lidí ve společnosti. Mimo tyto dva přístupy existuje také novější přístup tzv. sociální ekologie. Tento přístup vytváří víceúrovňový rámec s cílem integrace sociálních a biologických vlivů, které působí na distribuci onemocnění v rámci společnosti (tamtéž).

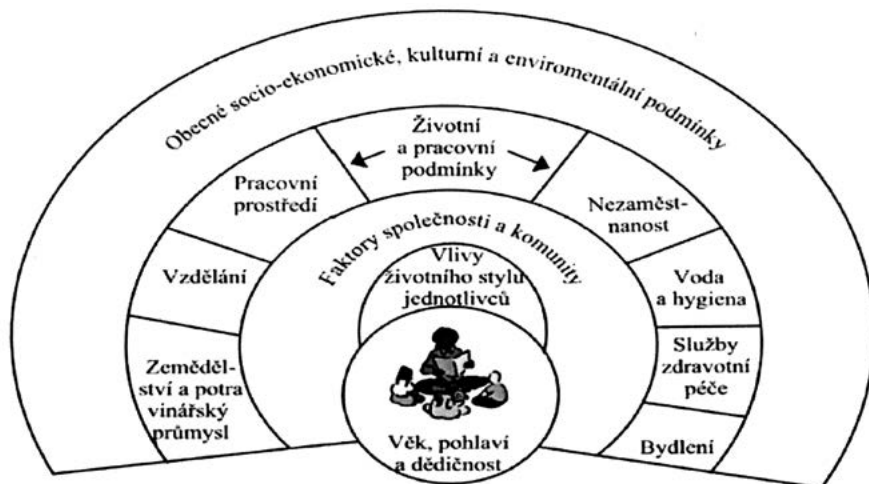
Podle WHO není v kontextu života jednotlivce možné, aby mohl kontrolovat mnohé determinanty svého zdraví. Z dostupné evidence však vyplývá, že faktory které rozhodují o zdraví a nemoci obecně jsou: příjem a sociální status, kdy vyšší příjem a vyšší pozice ve společnosti pozitivně koreluje s lepším zdravím. Dalším faktorem je vzdělání, kdy nižší úroveň vzdělání bývá spojena s horším zdravím, vyšší expozicí stresu a nižším sebevědomím. Fyzické prostředí, kam patří bezpečná voda a čistý vzduch, zdravá pracoviště, bezpečné domovy, komunity a silnice. Pracovní podmínky jsou také důležitým faktorem zdraví, kdy zaměstnaní lidé jsou obecně zdravější, a to zejména ti, kteří mají možnost ovlivňovat podmínky své práce. Další významnou determinantou zdraví je sociální kapitál, respektive schopnost udržovat sociálně podpůrné sítě. Lidé, kteří mají podporu rodiny, přátel a komunity opět zdravotně profitují. Důležitá je také kultura, tj. zvyky a tradice a víra. To vše také ovlivňuje zdraví. Náš život ovlivňuje také naše genetická výbava, která podmiňuje například jaké nemoci se u nás pravděpodobněji vyvinou. Pominout nelze ani naše osobní chování, zda kouříme, pijeme alkohol, zda je naše strava vyvážená nebo jak se potýkáme se stresem a výzvami, které se týkají našeho zdraví. Výraznou a v určitých situacích zcela dominantní roli mají na naše zdraví zdravotnické služby, a to jak preventivní, tak i kurativní. V neposlední má na naše zdraví zásadní vliv naše pohlaví, kdy ženy a muži mohou mít v různých věkových kategoriích různá onemocnění.

Podle WHO ¹³vyžaduje evidence o vlivu projektů, programů a politiky na zdraví přístup, který se nazývá Health Impact Assessment (HIA), tedy hodnocení vlivu na zdraví. V rámci hodnocení vlivu na zdraví jaké vlivy může mít daný faktor na zdraví jak kladně tak i záporně, významnost dané akce pro zdraví a působení daného opatření na jednotlivé populační skupiny. Obecně se předpokládá, že poznatky o vlivu na zdraví existují a úkolem je hledat patřičné poznatky o tomto vlivu. Jak uvádí WHO, velmi často se tomu tak naneštěstí neděje, tj. ačkoliv daná společenská akce na zdraví působí, nejsou dostupné informace o tom, jakým způsobem. Je to zejména proto, že mezi implementací daného opatření a jeho potenciálním (zjistitelným) vlivem na zdraví. V rámci HIA tedy hraje významnou roli zdroj poznatků (způsob zjištění) a identifikace chybějících nebo nekompletních informací. WHO se domnívá, že poskytnutí celkového přehledu o poznatkové základně je složitějším úkolem, který vyžaduje rešerši dostupných publikací, a to jak těch, které využívají metodologii kvantitativní, tak i kvalitativní. Tato rešerše musí být doplněna lokálními a expertními znalostmi, politickými informacemi a informacemi, které jsou specifické k návrhu daného opatření.

Podle WHO je možné nabídnout několik případů (z pohledu HIA), kde byla nejlepší dostupná evidence nejen touto organizací zdokumentována a v některých případech také shrnuta. Jedná se o následující determinanty zdraví: doprava, potravinářství a zemědělství, bydlení, nakládání s odpady, energetika, průmysl, urbanizace, voda, radiace, výživa a zdraví. Dahlgren a Whiteheadová (2007, pp. 21–22) zpracovali pro potřeby Evropského regionu WHO studii *Levelling up 2nd part*, při které využili svůj model roku 1993 (Dahlgren & Whitehead, 1993). Tento model determinantů zdraví, který vychází z předpokladu, že determinanty zdraví mohou být ovlivněny individuálním, komerčním nebo politickým rozhodnutím a lze je dělit dle jejich vlivu na zdraví na: pozitivní faktory zdraví (přispívající k udržení a zlepšení zdraví – ekonomická bezpečnost, vhodné bydlení, nezávadné potraviny apod.), ochranné faktory (které omezují riziko vzniku nebo přetrvání nemoci – očkování, ale také existence podpůrných sociálních sítí, jasná vize života, tj. psychosociální faktory) a rizikové faktory (tedy příčiny nemocí, které jsou potenciálně preventabilní). Samotní autoři připouští, že zařazení konkrétních faktorů do jedné z výše uvedených kategorií není bez problému a vyvozují, že pozornost by měla být zaměřena zejména na faktory, které zdraví ovlivňují pozitivně a působí ochranně.

Pro hodnocení vlivu jednotlivých faktorů na zdraví byl na úrovni Světové zdravotnické organizace vytvořen výkladový rámec, který odpovídá na otázky o původu sociálních determinantů nerovností ve zdraví a sociálních deter-

13 <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index1.html>



Obrázek 1 | Hlavní determinanty zdraví – duhový model (Dahlgren, Whitehead, 2007)

minant zdraví. Tento výkladový rámec je doplněn (Detels et al., 2011, p. 104) o vymezení moci jako faktoru sociální produkce onemocnění. Moc je zde chápána jako kritický faktor vlivu na sociální hierarchii, a tudíž má také významný vliv na zdraví lidí. Změna zdravotního stavu jednotlivých skupin lidí vede také k jinému výslednému rozdělení moci v rámci společnosti. Rozlišuje se několik typů mocí, a to *moc nad* (možnost rozhodovat), *moc k* (pochope- ní jako kapacita pro organizování a měnění aktuální sociální struktury), *moc společná* (ke kolektivním akcím) a *moc vnitřní* (vyplyvající z individuálního vědomí) (tamtéž). Výše zmíněný výkladový rámec Světové zdravotnické or- ganizace se snaží (grafické znázornění viz např. Barták, 2013):

- identifikovat determinanty zdraví a determinanty nerovností ve zdraví;
- ukázat, jak hlavní determinanty zdraví vzájemně reagují;
- vysvětlit, jakým způsobem sociální determinanty ve zdraví generují nerovnosti ve zdraví;
- navrhnout kritéria pro zhodnocení, na které determinanty zdraví je třeba přednostně reagovat ve smyslu opatření veřejného zdravotnictví.

Rámec Světové zdravotnické organizace¹⁴ vytváří dvě základní domény. První doménou jsou strukturální determinanty, které zahrnují sociální a ekonomické postavení lidí, stejně jako relevantní charakteristiky sociál- ního, ekonomického a politického kontextu. Druhou doménou jsou tzv.

14 http://www.SZO.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

zprostředkující determinanty, což jsou faktory jako stravovací a pohybové návyky, kouření nebo podmínky životního prostředí, sousedství, pracovní ště a bydlení (domov). Hlavní otázkou, která stojí za uvedeným rámcem Světové zdravotnické organizace je vztah mezi strukturálními a zprostředkujícími determinantami zdraví.

Dalším klíčovým konceptem spojeným s nespécifickým přístupem v oblasti rizikového chování je **zdravotní gramotnost** dětí a dospívajících. V českém prostředí se věnuje otázce obecně zdravotní gramotnosti systematicky například prof. Holčík, který publikoval mj. monografii *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost* (Holčík, 2010). Články na dané téma vychází jak v odborném tisku (např. Wilhelmová & Hrubá, 2013), tak i v populárních periodikách. Na téma zdravotní gramotnosti se realizovalo také několik projektů podpořených ze strukturálních fondů Evropské unie. V současnosti se koncept rozvíjí ještě dále. Zdravotní gramotnost zahrnuje také schopnost vyhledávat informace o zdraví, řešení problémů a rozhodování o zdraví, kritické myšlení ve vztahu ke zdraví, stejně jako osobní a kognitivní dovednosti, které zlepšují funkci systému péče o zdraví.

Podle definice Institute of Medicine je **zdravotní gramotnost kapacitou jedince získávat, vyhodnocovat a chápat základní informace o zdraví a zdravotnických službách, které jsou potřebné pro správná (přiměřená) rozhodnutí o zdraví**. Podle EU je zdravotní gramotnost schopnost číst, filtrovat a chápat zdravotní informace s cílem přijímat správné hodnocení (soudy). Jiná definice zmiňuje, že se jedná o stupeň schopností jedinců a skupin získávat, zpracovávat, chápat, hodnotit a jednat na základě informací potřebných k rozhodování o veřejném zdraví, z něhož má komunita prospěch (viz Sørensen et al., 2012). Sørensen et al. (2012) dále uvádí, že zdravotní gramotnost zahrnuje znalosti, motivaci a kompetence pro získávání, vyhodnocování a aplikaci se zdravím souvisejících informací s cílem posoudit a rozhodovat se ohledně každodenních situací souvisejících se zdravím, prevencí nemocí, podporou zdraví a udržení nebo zlepšení kvality života ve všech jeho částech.

Přehledová publikace WHO (Kickbush et al., 2013) nabízí definici, kterou zpracovalo Evropské konsorcium zdravotní gramotnosti v roce 2012 a je s předchozí definicí prakticky shodná. Podle této definice je zdravotní gramotnost spojena s gramotností jako takovou a zahrnuje znalosti, motivaci a kompetence lidí získávat, chápat, hodnotit a využívat informace o zdraví s cílem hodnotit a rozhodovat se v každodenních situacích, které souvisí se zdravotní péčí, prevencí nemocí a podporou zdraví, které vedou k zachování nebo zvyšování kvality života v celém jeho průběhu.

Dalším autorem, kterým se danou problematikou zabývá, je Don Nutbeam. Ve svém článku z roku 2000 (Nutbeam, 2000) uvádí, že zejména v USA se termín zdravotní gramotnost využívá pro vysvětlení vztahu mezi

pacientovou gramotností a jeho schopností naplnit požadavky předepsaného léčebného režimu. Tento přístup implikuje, že adekvátní zdravotní gramotnost je aplikovat gramotnost v oblastech, jakými jsou předepsaná léčiva, pozvánky na vyšetření, popisky léčiv a doporučení pro domácí péči. Ukazuje se, že nízká úroveň takto pojímané funkční zdravotní gramotnosti představuje hlavní bariéru edukace chronických pacientů. A může představovat hlavní náklady zdravotnictví na neodpovídající nebo nevhodné využívání léčiv. Nutbeam upozorňuje (tamtéž), že tato definice je relativně úzká a nezahrnuje všechny pohledy, kterými můžeme na zdravotní gramotnost nahlížet. Rozlišit lze jak jednotlivé typy gramotnosti, tak i měřit pokrok, zejména ve smyslu co zdravotní gramotnost umožňuje. Autor nabízí následující typy gramotností:

- **základní/funkční gramotnost:** tato gramotnost představuje základní dovednosti v oblasti čtení a psaní a umožňuje efektivní fungování v každodenních situacích. Toto vymezení je plně kompatibilní s úzkým vymezením zdravotní gramotnosti,
- **komunikační/interakční gramotnost,** tedy více rozvinuté kognitivní dovednosti a schopnost číst a psát, které umožňují společně se sociální dovednostmi aktivní participaci na každodenních aktivitách, extrahovat informace a vytvářet soudy na základě různých forem komunikace a aplikovat nové informace na měnící se podmínky,
- **kritická gramotnost,** tedy více rozvinuté kognitivní schopnosti, které společně se sociálními dovednostmi umožňují kritickou analýzu informací a jejich využití pro získání kontroly nad životními událostmi a situacemi.

Kickbush et al. (Kickbush et al., 2013), kteří se problematice zdravotní gramotnosti v Evropě věnovali v přehledové publikaci WHO *The solid facts: Health Literacy* uvádí, že v současné době dochází v evropských zdravotnických systémech k určitému paradoxu. Na jedné straně jsou lidé stále víc konfrontováni s požadavky na zdravý životní styl a zdravotní rozhodnutí, na straně druhé soudobé společnosti svým způsobem propagují také nezdravý životní styl. Orientovat se v tomto komplexním prostředí se stává problematické i pro nejvzdělanější část evropské populace. Kickbush et al. na základě šetření v osmi státech Evropy odhadují, že asi polovina dospělé evropské populace není zdravotně gramotná, respektive její se zdravím související rozhodnutí nejsou díky tomu v mnoha případech správná, což vede jak k méně zdravému životnímu stylu, horšímu zdraví, ale také ke zvýšení spotřeby zdravotnických služeb.

Z dostupných výzkumů (viz Kickbush et al., 2013) v Evropě víme, že zdravotní gramotnost ovlivňuje zdravotní stav významněji než příjem, po-

stavení na trhu práce, dosažené vzdělání nebo příslušnost k etnické skupině. Doposud získané poznatky dokazují, že vysoká zdravotní gramotnost populačních skupin přináší větší ekonomickou prosperitu, naopak, že omezená zdravotní gramotnost vede k výrazným zdravotním rizikům. Je také známo, že zdravotní (ne)gramotnost má sociální gradient a přispívá k dalšímu prohlubování sociálních nerovností. Je také zřejmé, že zdravotní gramotnost je celoživotní proces učení a nikdo není vždy plně zdravotně gramotný. Zdravotní gramotnost závisí také na společenském kontextu, kultuře a nastavení zdravotnického systému. Nakonec omezená zdravotní gramotnost vede k vyšším nákladům systému péče o zdraví (odhady z Kanady uvádí tři až pět procent celkových výdajů na zdravotnictví, v USA jsou náklady omezené zdravotní gramotnosti aktuálně odhadovány na 73 miliard dolarů ročně).

Zdravotní gramotnost můžeme chápat v několika doménách a kompetencích (Kickbusch & Maag, 2008). Jde o doménu zdravotnického systému, kde je pozornost zaměřena především na kompetence pacienta při putování v rámci zdravotnického systému a také schopnost pacienta být odpovídajícím partnerem zdravotnickým profesionálům. Další doménou je domov a komunita, kde je cíleno na obecné kompetence související se zdravím a na posilování chování podporujícího, chránícího zdraví a preventivního chování, stejně jako na domácí rodinnou péči a první pomoc. Na pracovišti je pozornost zaměřena na operační/pracovní kompetence, ochranu zdraví prostřednictvím prevence pracovních úrazů, odstranění s prací souvisejících onemocnění, kampaně zaměřující se na bezpečná pracoviště, zdraví podporující pracovní podmínky a odpovídající rovnováhu mezi soukromým a pracovním životem. V politické aréně jde o posilování kompetencí členů komunit, informované volební chování, znalost se zdravím souvisejících práv, obhajování a prosazování zdravotních témat a členství v patientských a zdravotních organizacích. Na trhu pak jde o spotřebitelské kompetence a „zdravá“ rozhodnutí při výběru a spotřebě zboží a služeb a v případě potřeby prosazování spotřebitelských práv (Kickbusch & Maag, 2008). Různé dimenze zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence onemocnění a široce pojaté podpory zdraví v oblastech dostupnost informací, porozumění informacím, jejich hodnocení a využití nabízí následující souhrnná tabulka.

Ilona Kickbuschová a kolektiv (Kickbusch et al., 2013) shrnují poznatky o zdravotní gramotnosti, když konstatují, že zdravotní gramotnost je významnější faktorem individuálního zdravotního stavu než příjem, pozice na trhu práce, dosažené vzdělání nebo příslušnost k národnostní nebo etnické skupině. Zdravotní gramotnost patří mezi determinanty zdraví, které lze ovlivnit na úrovni jednotlivce a nejsou tak mimo jeho kontrolu jako mnoho dalších faktorů, které zdraví ovlivňují. Vysoká úroveň gramotnosti

v populaci je celospolečensky prospěšná, lidé s vyšší úrovní gramotnosti jsou zpravidla ekonomicky úspěšnější a více se účastní společenského života a také jsou obecně zdravější. Omezená zdravotní gramotnost (měřená pomocí čtenářské gramotnosti) výrazně ovlivňuje zdravotní stav. Je spojena s nižší participací na aktivitách podpory zdraví, zdravotně rizikovějším chováním, větším množstvím pracovních úrazů, problematictějším dodržováním léčebného režimu, vyšší hospitalizací a také předčasnými úmrtími. Zdravotní gramotnost ovlivňuje také subjektivní hodnocení vlastního zdraví. U zdravotní gramotnosti se projevuje sociální gradient (sociální gradient viz Willkinson & Marmot, 2003), kdy lidé s nižší úrovní vzdělání a také lidé ohrožení sociálním vyloučením vykazují relativně nižší zdravotní gramotnost. Lze konstatovat, že omezená zdravotní gramotnost tak vede k dalšímu prohlubování nerovností ve zdraví.

Zdravotní gramotnost	Dostupnost relevantních informací o zdraví	Porozumění relevantním informacím o zdraví	Hodnocení a oceňování relevantních informací o zdraví	Využití informací relevantních pro zdraví
Zdravotní péče	Schopnost získávat informace o medicínských a klinických tématech	Schopnost chápat medicínské informace	Schopnost interpretovat a hodnotit medicínské informace	Schopnost činit informovaná rozhodnutí o medicínských tématech
Prevence nemocí	Schopnost získávat informace o rizikových faktorech zdraví	Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech	Schopnost interpretovat a hodnotit informace o rizikových faktorech	Schopnost hodnotit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	Schopnost obnovovat své informace o zdravotních tématech	Schopnost chápat se zdravím související informace	Schopnost interpretovat informace o tématech souvisejících se zdravím	Schopnost formovat a reflektovat názory na zdravotní témata

Tabulka 1 | Dimenze zdravotní gramotnosti (Sørensen et al., 2012)

Budování osobní zdravotní gramotnosti a dovedností je celoživotní proces a nikdo není zcela zdravotně gramotný. I velmi vzdělaní lidé mohou mít problémy s porozuměním zdravotnickému systému (dodejme, že i samotní zdravotníci), zejména pokud jsou oslabeni onemocněním. Přestože je zdravotní gramotnost také individuální kategorií, její rozvoj není nezávislý na společenských podmínkách a kontextu. Posledním známým zjištěním je skutečnost, že nedostatečná zdravotní gramotnost je zdrojem vyšších výdajů na zdravotnictví a způsobuje jeho omezenou efektivnost. V závislosti na definici lze zdravotní gramotnost měřit různými způsoby. Některé přístupy jsou shrnuty v následující tabulce 2.

Typ měření	Účel a omezení
Klinické screeningové testy, čtenářské schopnosti, rozpoznání slov a matematické dovednosti.	Identifikace obtíží při pokusech porozumět zdravotním informacím, včetně popisků a příbalových letáků na léčivech.
Nepřímá měření pomocí populačních výzkumů zdravotní gramotnosti v populaci.	Poskytovat odhady podílu populace s nedostatečnými znalostmi s cílem postihnout komplexní nároky každodenního života. Neúplně pokrytí všech aspektů zdravotní gramotnosti. Poskytuje málo návodů pro vývoj a aplikaci intervencí.
Přímá měření schopností lidí rozumět, získávat, vyhodnocovat a využívat zdravotní informace a zdravotnické služby.	Rychle se rozrůstající oblast. Nové škály aplikované na skupiny nebo celé populace mohou poskytnout informace, které umožní zdravotníkům a organizacím poskytovat lepší služby občanům s omezenou zdravotní gramotností a informovat politické rozhodovatele.

Tabulka 2 | Různé přístupy k měření zdravotní gramotnosti (Kickbush et al., 2013)

Ke zlepšení zdravotní gramotnosti lze přispět v mnoha oblastech. Podle Kickbush a Maag (2008) se jedná především o *vzdělávací systém*, zdravotnictví, komunity (obce), pracoviště, politiku a trh. Školy a instituce dalšího vzdělávání hrají hlavní roli v šíření zdravotní gramotnosti. Děti by měly být učeny vybírat zdravá rozhodnutí ve svém každodenním životě a v tomto smyslu by se měla stát zdravotní gramotnost ústředním tématem školské agendy. Dalším systémem, kde je možné zvyšovat zdravotní gramotnost, je zdravotnictví. *Zdravotnictví* by mělo přijmout, že gramotnost je integrální částí péče. Zdravotníci by měli být seznámeni s problémy v gramotnosti pacientů a tím, že lékařské materiály musí být napsány jednoduchým jazykem. Zdravotníci by měli přizpůsobit svoji komunikaci potřebám pacientů. Dalšími oblastmi pro zlepšování zdravotní gramotnosti je *domov a komunita*. Komunity podporují své členy ve vytváření stabilních struktur a zdravého okolí a zdravá rozhodnutí činí srozumitelná a dostupná. Komunity hrají například hlavní roli při zaměření se na nerovnosti související s malou zdravotní gramotností. Oblastí, kde se dá zdravotní gramotnost zlepšovat, je také *pracovní prostředí*. Zaměstnanci by měli mít jistotu, že zdravé volby jsou na pracovišti možné. Jde například o možnost výběru zdravého jídla v závodním stravování nebo zajištění souladu mezi pracovním životem a volnočasovými aktivitami, které případně souvisí se zdravím. V neposlední řadě prostor pro zlepšení nabízí také *politika*. Paradigma zdravotní gramotnosti by mělo být integrováno do politiky a tvorby zdravotní politiky, stejně jako do agendy výzkumu. Ve Velké Británii byla například vytvořena politika „zdravých voleb“. Poslední ve výčtu oblastí, kde je možné zdravotní gramotnost prosazovat, je *trh*. Zde jde například o jednoznačné a po-

chopitelné označování potravin nebo nastavení pravidel pro posuzování zdravých voleb (viz Kickbush & Maag, 2008).

2.2 Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti¹⁵

Rizikové chování je pojem odkazující ke komplexní kategorii chování, jímž se zabývají sociální a medicínské vědní obory, a který obvykle zahrnuje:

- interpersonální agresivní chování (např. násilné chování, šikanu, týrání, rasovou nesnášlivost a diskriminaci některých skupin, extremismus),
- delikventní chování ve vztahu k hmotnému majetku (např. krádeže, vandalismus, sprejství),
- rizikové zdravotní návyky (např. pití alkoholu, kouření, užívání drog, ale i nezdravé stravovací návyky, nedostatečnou nebo nadměrnou pohybovou aktivitu),
- sexuální chování (např. předčasné zahájení pohlavního života, promiskuitu, nechráněný pohlavní styk, pohlavní styk s rizikovými partnery, předčasné mateřství a rodičovství),
- rizikové chování ve vztahu k společenským institucím (např. problémové chování ve škole jako záškoláctví, neplnění školních povinností, nedokončení studia na střední škole),
- prepatologické hráčství,
- rizikové sportovní aktivity (např. provozování adrenalinových a extrémních sportů).

Dalšími oblastmi rizikového chování jsou rizikové řízení motorových vozidel (např. Williams, 1998; McCarthy et al., 2006), rizikové stravovací návyky (např. Krch, Csémy & Drábková, 2003), sexuální chování ve spojitosti se zneužíváním návykových látek a přenosem viru HIV, dále pak rizikové chování ve vztahu ke školským institucím a vlastnímu vzdělávání (např. Janosz et al., 2000; Zimmerman & Schmeelk-Cone, 2003; French & Conrad, 2001). Vzhledem k šíří projevů chování, které pojem rizikové chování zahrnuje, existuje více teoretických pojetí, která zdůrazňují buď zdravotní, psychosociální nebo normativní kontext. Rizikové chování lze tedy jednak definovat jako aktivity, které přímo nebo nepřímo vyúsťují v psychosociální nebo zdravotní poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí (Macek, 2003).

15 Vznik kapitoly byl podpořen výzkumným záměrem MSM 0021622406.

Další pojetí (Jessor, Donovan & Costa, 1991, p. 24) chápe rizikové chování jako aktivity, při kterých jsou porušovány obecně přijímané sociální normy, a definuje je jako: „... *problematické, znepokojující, nebo jako nežádoucí vzhledem k normám konvenční společnosti, jejím institucím a autoritám. Toto chování je společenskými institucemi regulováno. Prostředky, kterými instituce problémové chování regulují, v nejmírnější formě zahrnují vyjádření nesouhlasu, extrémní formy pak mají podobu uvalení vazby či vězení.*“ V tomto pojetí se častěji setkáme s označením problémové chování (Jessor & Jessor, 1977). Citovaná definice problémového chování má výraznou normativní konotaci, závislou na historických, kulturních, lokálních a ontogenetických podmínkách, což v důsledku problematizuje zařazení konkrétních forem chování do této kategorie. Je zřejmé, že normy určující „běžné“ a „problematické“ se liší nejen mezi světadíly, ale i mezi komunitami obývajících tentýž prostor, jednotlivými rodinami v rámci komunity i mezi různými věkovými skupinami (např. postoj společnosti k sexuálnímu chování, který je rozdílný v různých kulturách, proměňuje se historicky a s ohledem na vývojové stadium jedince). Vnímání závažnosti rizikového chování je ovlivněno kontextem, ve kterém probíhá (Dworkin, 2005). Příkladem může být pohled na konzumaci alkoholu. Jinak budeme u dospívajících hodnotit konzumaci malého množství vína při rodinné večeři a jinak pravidelné popíjení většího množství alkoholu s přáteli o víkendech. V dospělosti je rozdíl mezi pitím malého množství alkoholu a pitím malého množství alkoholu, po kterém dospělý usedá za volant automobilu. Shrňme tedy, že pojem „rizikové chování“ stejně jako pojem „problémové chování“ je sociálním konstruktem zahrnujícím rozmanité formy chování, jež nemusí být nutně jednoznačně vymezeny. Jsou však hodnoceny jako takové, které způsobují zdravotní, sociální nebo psychické ohrožení jak jedince samotného, tak i jeho sociálního okolí, přičemž ohrožení může být reálné nebo předpokládané. Společným jmenovatelem všech zmiňovaných způsobů rizikového chování je kritérium prepatologické úrovně projevů, tj. nedochází k naplnění známek patologie (např. drogová závislost, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti).

Syndrom problémového chování

Člověk, který se chová rizikově jedním způsobem, má tendenci chovat se rizikově i v dalších oblastech. Jedná se o jistou propojenost jednotlivých projevů rizikového chování, která má formu životního stylu. Nejčastěji se tímto způsobem propojují konzumace alkoholu, kouření cigaret, užívání marihuany, delikventní jednání a předčasné zahájení pohlavního života. Podle Jessora (např. Jessor & Jessor, 1977; Jessor, Turbin & Costa, 1988)

tvoří tyto projevy syndrom problémového chování. V praxi koncepcí syndromu problémového chování opravňuje zaměřovat preventivní strategie na rizikové chování jako celek, nikoli pouze specificky na konkrétní projevy rizikového chování. Teoretická opora syndromu problémového chování je založena na výsledcích dvou dlouhodobých studií, ve kterých byly opakovaně zjištěny jednak pozitivní vzájemné vztahy uvedených forem problémového chování, jednak i negativní vzájemné vztahy těchto projevů s konformním či konvenčním chováním (Jessor & Jessor, 1977). Tato zjištění jsou zobecnitelná i vzhledem k pohlaví, vzdělání a věku (Donovan & Jessor, 1985).

Jednofaktorová struktura syndromu problémového chování bývá kritizována a někteří autoři navrhují spíše vícefaktorové řešení (např. Willoughby, Chalmer & Busseri, 2004; Širůček, Širůčková & Macek, 2007). Přes zmiňované výhrady lze však syndrom problémového chování považovat za relativně stabilní i napříč kulturami, kdy v obecné rovině zůstávají vztahy proměnných syndromu s proměnnými, které se podílejí na rozvoji rizikového chování, obdobné. Jessor et al. (2003) identifikovali prakticky totožné vzorce rizikového chování v téměř protikladných společenských útvarech, tj. u dospívajících z Čínské lidové republiky na jedné straně a dospívajících ze Spojených států amerických na straně druhé. Je však nutno brát zřetel na možné specifické podoby syndromu v různých sociokulturních podmínkách. Například v zemích, kde je omezená dostupnost alkoholu a drog, můžeme předpokládat rozdílnou strukturu syndromu problémového chování (Kloep et al., 2009).

Rizikové chování z vývojové a osobnostní perspektivy

Rizikové chování se považuje za jeden z atributů adolescence, jednak proto, že má velká část dospívajících s tímto chováním nějakou konkrétní zkušenost, tzn. zjišťujeme jej u větší části „nepatologické“ populace (např. Blatný, Hrdlička, Sobotková, Jelínek, Květon & Vobořil, 2006; Blatný, Polišenská, Balaščíková & Hrdlička, 2006; Kožený, Csémy & Tišanská, 2008). Dále pak četnost a míra rizikového chování se v adolescenci zvyšují, v pozdějších fázích vývoje však projevy rizikového chování víceméně odeznívají (Jessor, Donovan & Costa, 1991). Tento trend dokládají i Bongers, Koot, Ende & Verhulst (2003) u agresivního chování, jehož míra podle jejich zjištění ke konci pozdní adolescence klesá, a to nezávisle na pohlaví. Pro vysvětlení nárůstu rizikového chování v adolescenci nalézáme oporu v některých teoriích vývoje, které popisují proměny myšlení v adolescenci (např. Piaget, 1999; Elkind, 1967). V dospívání se rozvíjí abstraktní myšlení, v důsledku čehož pak dospívající přisuzují svým nápadům a myšlenkám nelimitovanou účinnost. Extrémním vyústěním

toho je postoj „mně se nemůže nic stát“, který dospívajícím umožňuje explarovat a experimentovat, což je v daném vývojovém stadiu celkem žádoucí, ale může vést k rozvoji rizikového chování. Příkladem může být předčasné těhotenství šestnáctileté dívky, která kvůli svému „mylnému“ předpokladu nepoužila antikoncepci.

Je výzkumně doloženo, že konkrétní formy rizikového chování mohou vést k rozvoji závažnějších poruch se zdravotními a psychosociálními důsledky. Ve studii, kterou publikovali Krch, Csémy & Drábková (2004), 17,3% z 1431 studentů víceletých gymnázií uvedlo zkušenost s užíváním marihuany, která podle uvedených autorů usnadňuje přechod k užívání dalších drog (gateway effect), zejména heroinu a amfetaminových derivátů. Lessem et al. (2006) dokládají, že pravděpodobnost užívání nelegálních drog v dospělosti je téměř dvojnásobná u těch respondentů, kteří již v adolescenci užívali marihuanu, oproti těm, kteří tuto zkušenost z období adolescence nemají. Je tedy otázkou, jak hodnotit závažnost rizikového chování a jeho význam nejen v konkrétním vývojovém období, ale i z perspektivy trvalých důsledků pro život. Lze tedy rizikové chování považovat za běžnou součást vývoje? Do jaké či od jaké míry je třeba se tímto fenoménem znepokojovat?

Jedním z klíčů k zodpovězení těchto otázek může být úvaha o stabilitě rizikového chování v průběhu vývoje. Stabilní a tedy s důsledky pro životní dráhu jednotlivce jsou taková chování, která např. nesou riziko vytvoření návyku nezávislého na sociálním kontextu. Užívání návykových látek nebo hráčství vytváří časem autonomní motivační systémy, které nevyžadují vnější posilování, ačkoliv se původně rozvinuly v úzké návaznosti na sociální kontext. Naopak agresivní či delikventní formy rizikového chování se úzce vážou na sociální prostředí, a proto u nich lze předpokládat, že se změnou prostředí (např. nástup na vysokou školu nebo do zaměstnání) mohou, pokud skutečně dojde k odpoutání od původní rizikové skupiny, snadněji odeznít. Jiný trend sledujeme v případě příklonu k extremismu: být je zakotven sociálně, zdá se být relativně stabilní napříč vývojem jednotlivce. Je to dáno právě silnou kohezí v rámci těchto skupin (např. Národní odpor nebo Svědkové Jehovovi).

Dalším z klíčů k zodpovězení výše uvedených otázek je pohled na rizikové chování z perspektivy jeho funkce, kterou pro daného člověka plní. Konkrétní forma rizikového chování může být prostředkem ke zvládnutí problémů, což je vzhledem k možnosti vytvoření stabilnějších vzorců chování poměrně nebezpečné. Rizikové chování pak funguje jako maladaptivní copingová strategie, která má tři formy: externalizující, internalizující a vyhýbavou (Hurrelmann & Richter, 2006). Externalizující způsoby rizikového chování jsou podle nich vázané na sociální okolí a kontext, ve kterém se jedinec pohybuje, např. antisociální, extremistické, kriminální nebo

násilné chování, které probíhá v rámci vrstevnické skupiny a které v danou chvíli usnadňuje dospívajícímu vyrovnat se s konfliktní situací v jeho rodině. Internalizující způsob rizikového chování se objevuje ve spojitosti s bezradností v hledání cesty k řešení vývojových úkolů. Rizikové chování pak bývá zacíleno proti vlastnímu tělu či psychice. Jedinci, kteří takto zvládají obtížné životní situace, se stahují do sociální izolace, nemají zájem o společenský život. Objevují se u nich psychosomatické problémy, depresivní ladění či suicidální tendence. Nonkonformní, nestálé a nevypočitatelné sociální chování (např. hráčství) je typickým projevem vyhybavého způsobu rizikového chování, které se z hlediska zdravotního chování spojuje s užíváním legálních i nelegálních návykových látek.

Dosud jsme o rizikovém chování uvažovali jako o projevu nedostatečné kompetence, nezrállosti nebo neschopnosti adaptivně zvládat problémy a plnit vývojové úkoly. Neopomenutelná a z vývojové perspektivy významná je socializační funkce rizikového chování, které má v dospívání formu vývojově přiměřeného experimentování a exploračního chování. Rizikové chování pak usnadňuje socializaci a utváření sebepojetí (např. Maggs, Almeida & Galambos, 1995; Schulenberg, Maggs & Hurrelman, 1997). Příkladem může být užívání návykových látek, které facilituje kvalitu vrstevnických vztahů. Ti dospívající, kteří mají zkušenost s pitím alkoholu a kouřením, zažívají vyšší míru přijetí a zapojení do vrstevnické skupiny (Maggs, Almeida & Galambos, 1995). V procesu formování identity pak užívání návykových látek může usnadňovat vyjádření osobního stylu a překonávání limitů, ať už vlastních, či společensky daných (Silberstein & Noak, 1988). Užívání návykových látek pak dospívající vnímají jako symbol nezávislosti a prostředek, kterým se vymezují vůči rodičovské autoritě. I přes zmiňovanou facilitační funkci, kterou užívání návykových látek sehrává v socializačním procesu v adolescenci, stále převažují rizika. Zejména v případě, kdy dospívající začínají s jejich užíváním příliš brzy, kdy se vyskytuje v kombinaci s dalšími formami rizikového chování nebo kdy slouží jako nástroj, který vede ke zúžení využívaných vzorců chování při zvládání vývojových problémů a úkolů.

Faktory podílející se na genezi rizikového chování

Při vytváření preventivních programů je důležité zacílit jednotlivé strategie směrem ke konkrétním faktorům podílejícím se na rozvoji rizikového chování. Zohlednění kontextu, v rámci kterého tyto faktory působí, umožňuje vybudování účinných preventivních programů, přičemž jako efektivní způsob se ukazuje spíše komplexní přístup zahrnující větší počet proměnných. Jako teoretický rámec mohou pro tento účel posloužit komplexní tzv. multifaktoriální teorie rizikového chování (např. Jessor &

Jessor, 1977; Hays, 1985; Collins & Ellickson, 2004), které jsou vystavěné pomocí velkého množství proměnných a které naznačují jejich vzájemné interakce. K dominantním modelům tohoto typu patří i v současné době bezesporu teorie problémového chování formulovaná R. Jessorem (Jessor, Donovan & Costa, 1991). Platnost modelu byla ověřována a potvrzena v rámci různých sociálních kontextů, věkových skupin, různých typů problémového chování, různých historických období a v poslední době i vzhledem ke zdravotnímu chování (např. Donovan, Jessor, 1985; Donovan, Jessor, Costa, 1988; Costa et al., 2005). Podstatou teorie problémového chování je předpoklad, že rizikové chování je výsledkem interakce osobnosti člověka s prostředím, ve kterém žije. Na základě této premisy lze faktory podílející se na genezi rizikového chování členit do pěti systémů: systému biologického, systému sociálního prostředí, percipovaného environmentálního systému, osobnostního systému a systému chování (Jessor, Donovan & Costa, 1991).

Systém sociálního prostředí představuje v teorii problémového chování po biologickém systému, kde figurují proměnné považované za vrozené, jako je pohlaví, tělesná konstituce nebo rozumové předpoklady, druhou nejvzdálenější úroveň vzhledem k možnosti ovlivnění rozvoje rizikového chování. Stabilní a jedincem obtížně ovlivnitelné sociodemografické charakteristiky (např. dosažené vzdělání, povolání, příjem a vyznání) nebo sociální kontext, ve kterém se jedinec pohybuje (např. rodinná konstelace, škola, kterou navštěvuje, nebo lokalita, ve které bydlí), ovlivňují rozvoj rizikového chování až prostřednictvím toho, jak je jedinec vnímá, hodnotí a jaký si k nim utvoří postoj. Subjektivní percepce a hodnocení daného sociálního prostředí, zejména vnímání a hodnocení vztahů s druhými lidmi (zejména rodiči a vrstevníky), mají podle Jessora, Donovana & Costy (1991) nejsilnější vliv na rozvoj rizikového chování ze všech proměnných zahrnutých v ostatních systémech. Nejpravděpodobnější konstelace proměnných ze systému subjektivně percipovaného prostředí vedoucí k rozvoji rizikového chování nastane u dospívajícího, který zažívá vysokou míru stresových podnětů ve svém okolí, jehož rodiče nedostatečně kontrolují jeho aktivity, jehož přátelé na něho mají významnější vliv než jeho rodiče, jehož přátelé vyjadřují pozitivní postoj k rizikovému chování a sami se také rizikově chovají.

Motivace, postoje, sebehodnota a seberegulační mechanismy osobnosti indikují určitou dispozici k rizikovému chování. Míra motivace jedince dosahovat svých cílů a očekávání úspěchu v jejich naplňování ovlivňují způsoby chování, které si k tomu jedinec vybírá. V situacích opakovaného nebo předpokládaného neúspěchu může volit právě rizikové způsoby chování, díky kterým svých cílů dosáhne, anebo mu alespoň umožní se

s neúspěchy vyrovnat. Regulační úlohu v tomto směru sehrává i to, do jaké míry jedinec zažívá pocit sounáležitosti ve společnosti a do jaké míry přijímá společenské normy, hodnoty a zvyklosti. Méně ohroženi budou ti, kteří mají zvnitřněné společenské normy, dění okolo sebe vnímají jako ovlivnitelné a cítí se za ně odpovědni. Naopak u těch jedinců, kteří mají tendenci připisovat možné negativní důsledky spíše náhodě či působení vnějších vlivů než vlastnímu chování, bude vyšší pravděpodobnost rozvoje rizikového chování, neboť podceňují negativní následky svého chování.

Vnímání vlastní sebehodnoty motivuje jedince k takovému jednání, které mu jeho sebehodnotu nenaruší. Jinými slovy, může-li být jeho sebehodnota v důsledku nějakého chování narušena (např. trest, ponížení), bude se snažit takovému chování vyhnout. Samotné rizikové chování je tedy výslednicí přímého působení proměnných osobnostního a sociálního systému a nepřímého působení proměnných biologického systému a systému sociálního prostředí. Intenzita rizikového chování je také spoluurčována jeho interakcí s konvenčním chováním, které zahrnuje jednak aktivní religiozitu, prosociální chování a zdravý životní styl. Tato chování odrážejí přijetí konvenčních hodnot a norem společnosti (Jessor et al., 1991). V rámci popisovaných pěti systémů působí protektivní a rizikové faktory. V Jessorově (např. Jessor, Turbin & Costa, 1998) pojetí nemají tyto faktory dimenzionální strukturu, ale jsou vymezeny jako vzájemně nezávislé proměnné. Přicházejí tedy v úvahu tři typy vztahu mezi protektivními a rizikovými faktory a problémovým chováním: přímé efekty rizikových faktorů, přímé efekty protektivních faktorů a působení rizikových faktorů, které je ovlivněné protektivními faktory (viz obr. 2).

Z uvedeného vyplývá, že vztah mezi rizikovými a protektivními faktory nemusí být vždy vnímán jako protikladný, jak by se mohlo zdát logické. Vysoká míra působení rizikových faktorů, která následně implikuje nízkou míru protektivních faktorů a naopak, není jedinou možnou konstelací v tomto vztahu. V historii jedince a jeho sociálního prostředí můžeme detekovat i takové podmínky, kdy je vysoká míra rizikových faktorů doprovázena vysokou mírou protektivních faktorů, např. dospívající může svůj volný čas trávit ve společnosti antisociálních přátel a současně může mít pozitivní postoj ke vzdělávání a navíc výborně prospívat ve škole (Jessor, Bos, Vanderryn, Costa & Turbin, 1995). Tento koncepční rámec přispívá k systematickému pochopení toho, proč se u zdánlivě „vysoce“ ohrožených jedinců rizikové chování nerozvine. Rizikové faktory jsou tedy v teorii problémového chování koncipovány jako prvky zvyšující pravděpodobnost zapojení do rizikového chování. Působí ve třech modalitách (Jessor, Turbin & Costa, 2003). První modalitou jsou modely rizikového chování vyskytující se v sociálním okolí adolescenta (např. kouření cigaret, nadměrná spotřeba

alkoholu v rodině). Druhou modalitu tvoří příležitosti k rizikovému chování, a to v rovině dostupnosti zdrojů k uskutečnění rizikového chování (např. doma volně dostupné cigarety nebo alkohol). Následně ji tvoří také příležitosti k rizikovým aktivitám (např. členství v asociální partě). Poslední modalitou je náchylnost k rizikovému chování, která může být způsobena např. frustrací či pocitem selhání, jež vyústí v rizikové chování, které je v tomto případě chápáno jako reakce na zátěžovou situaci.

Protektivní faktory v Jessorově pojetí nejsou definovány pouze jako absence rizika nebo jako nižší hodnota rizikových faktorů, jak je tomu např. v medicínském pojetí, a ani nutně nemusí mít negativní vztah k rizikovým faktorům (Jessor, Bos, Vanderryn, Costa & Turbin, 2005). Jsou chápány jako samostatné jevy, které mohou na rozvoj rizikového chování působit buď přímo, anebo ovlivňovat působení rizikových faktorů. Stejně jako rizikové faktory působí ve třech modalitách. Jednak jsou to modely konvenčního chování u osob vyskytujících se v okolí adolescenta (např. aktivní religiozita rodičů, zdravý životní styl rodičů, dobrovolnictví přátel). Druhou modalitou je kontrola, a to ve formě seberegulace (např. intolerance vůči rizikovému chování, kladný postoj ke společenským institucím jako je škola) a následně ve formě sociální kontroly (např. rodinné klima, kde jsou jednoznačně definovaná pravidla chování a případné sankce za přestupky, monitoring rodičů, regulace chování ze strany vrstevníků). Za třetí modalitu protektivních faktorů se považuje sociální opora ze strany rodičů, vrstevníků, učitelů i širšího sociálního okolí.

Integrovaný model kouření v adolescenci je dalším příkladem komplexního modelu rizikového chování. Vznikl integrací klíčových konstruktů převzatých ze čtyř teorií rizikového chování (teorie plánovaného chování, teorie problémového chování, teorie sociálního učení a teorie sociálních vazeb). Jako klíčové prediktory kouření v adolescenci se v modelu uplatňují normy a chování rodičů, záměr kouřit, školní neprospěch, opakování tříd ve škole, časté změny navštěvovaných škol, častější příležitost ke kouření a míra zapojení do problémového chování v kontextu syndromu problémového chování (Collins & Ellickson, 2004).

Multifaktoriální teorie problémového chování poskytují velmi systematický a současně široký pohled na genezi problémového chování. Z tohoto hlediska jsou zmiňované teorie vhodným obecným rámcem, který může dobře posloužit k formulování efektivních preventivních strategií. Z uvedeného textu vyplývá, že by se preventivní strategie měly zaměřovat na rizikové chování komplexně tak, aby vedly k pozitivnímu ovlivnění celkového životního stylu cílové skupiny. Zacílení preventivních programů specificky směrem ke konkrétním projevům rizikového chování (např. pouze na kouření) se v souvislosti s konceptem syndromu problémového chování jeví jako méně účinné. Jessorův model, který zdůrazňuje vzájemné interakce ri-

zikových a protektivních faktorů, jednoznačně vytyčuje další směr, kterým by se měly koncepce preventivního působení ubírat, tj. výraznou podporou působení protektivních faktorů, nikoli pouze redukcí či minimalizací působení faktorů rizikových.

2.3 Zásady efektivní prevence rizikového chování u dětí a mládeže

Existuje několik obecných kritérií, která představují průnik různých výzkumných zjištění a praktických zkušeností a která můžeme souborně označit za zásady efektivní primární prevence. Standardy kvality preventivních programů (MŠMT, 2005) je taxativně uvádějí pro oblast prevence užívání návykových látek, nicméně se jedná o kritéria natolik obecná, že je můžeme přenést také na jiné oblasti rizikového chování, a v různých variantách se jim věnují již dříve publikované tuzemské práce (např. Bém & Kalina, 2003; Kalina, 2000; Nešpor, 1999). Na každý konkrétní program či intervenci bychom pak měli tato kritéria vztahovat a vyžadovat, aby byla beze zbytku naplněna, a považujeme je za součást minimálních požadavků na preventivní programy ve školách (MŠMT, 2005):

- a) **Komplexnost a kombinace mnohočetných strategií** působících na určitou cílovou skupinu (škola, rodina, vrstevníci, komunita, masmédiá). Z bio-psycho-sociálního modelu a výčtu rizikových faktorů zřetelně vyplývá, že příčiny rizikového chování jsou značně různorodé. Preventivní programy je tedy nutné koncipovat komplexně jako souhrn více faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí.
- b) **Kontinuita působení a systematickosti plánování.** Programy na sebe musí navazovat a vzájemně se doplňovat. Jejich vzájemná provázanost musí být transparentní a být zohledněna ve způsobu realizace. Preventivní působení musí být systematické a dlouhodobé. Jednorázové aktivity, bez ohledu na rozsah a náklady, např. jednorázové přednášky nebo celostátní multimediální kampaně, nejsou příliš efektivní. Jednostranné a zjednodušující informace mohou být i škodlivé jak pro účastníky programu, tak pro důvěryhodnost samotného programu u cílové skupiny.
- c) **Cílenost a adekvátnost informací i forem** působení vzhledem k cílové populaci a jejím věkovým, demografickým a sociokulturním charakteristikám. U každého preventivního programu je třeba definovat, pro jakou cílovou skupinu je určen. Musí být zohledněn věk, míra rizikovitosti, úroveň vědomostí, sociokulturní zázemí, etnická příslušnost, postoje

dané skupiny k určité konkrétní formě rizikového chování a charakteristiky místního společenství. Program musí být pro danou cílovou skupinu atraktivní, aby nedokázal jen zaujmout a udržet pozornost.

- d) **Včasný začátek** preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku. Osobnostní orientace, názory a postoje se formují již v nejranějším dětském věku. Jednoznačně se ukazuje, že čím dříve prevence začíná, tím je ve výsledku efektivnější. Formy působení musí být samozřejmě přizpůsobeny věku a možnostem dětí, personál musí mít pro tyto aktivity odpovídající vzdělání a zkušenosti a aplikované programy a intervence musí být ověřeny a evaluovány (čím mladší je cílová věková skupina, tím přísnější by měl být supervizní a intervizní dohled nad programem).
- e) **Pozitivní orientace** primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ. Podpora zdravého životního stylu, využívání pozitivních modelů a nabídka pozitivních alternativ atraktivních v příslušné cílové skupině by měly být součástí každého preventivního programu.
- f) **Využití „KAB“ modelu** – orientace nikoliv pouze na úroveň informací, ale především na kvalitu postojů a změnu chování. Kvalita postojů a změna chování často nemusí s rozsáhlostí a hloubkou poznatků příliš souviset. Cílem prevence je ovlivnit chování: součástí programů by proto mělo být získání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život, např. posílení schopnosti mladých lidí čelit tlaku k různým typům výrazně rizikového chování zvýšeným sebevědomím, nácvikem asertivity a schopností odmítat, zkvalitněním sociální komunikace a schopnosti obstát v kolektivu a řešit problémy sociálně přiměřeným způsobem.
- g) **Využití „peer“ prvku, důraz na interakci a aktivní zapojení.** Pro děti a dospívající jsou vrstevníci často autoritou s větším vlivem než rodiče a učitelé. Vrstevníci mají výrazný vliv na utváření jejich názorů a postojů, a mohou tak účinně přispět k snížení rizikového chování. Aktivní účast dětí, jejich iniciativa a spontánní výměna názorů zvyšují pravděpodobnost úspěšnosti preventivního programu. Realizátoři programů by měli vystupovat spíše v roli iniciátorů a moderátorů nežli přednášejících.
- h) **Denormalizace** – primární prevence má přispívat k vytvoření takového sociálního klimatu, které není příznivé k podpoře a rozvoji rizikového chování. Pojem „denormalizace“ znamená, 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 celkové povědomí o daném problému (typu rizikového chování), morálku a účast na řešení problému.

- i) **Podpora protektivních faktorů** ve společnosti, vytváření podpůrného a pečujícího prostředí. Součástí preventivních programů má být podpora a vytváření podmínek pro společensky přijatelné aktivity a vytváření podpůrného prostředí, které dětem a mladým lidem umožňuje navázání uspokojivých vztahů. Do primární prevence patří i nabídka specializované péče v případě potřeby a kontaktů pro eventuelní krizové situace.
- j) **Nepoužívání neúčinných prostředků** – jako neúčinné se prokázalo pouhé poskytování zdravotních či jiných typů informací o daném typu rizikového chování. Jako velmi málo účinné nebo dokonce zcela neúčinné se výzkumně prokázaly programy postavené na odstrašování, zastrašování (včetně např. testování či psů ve školách), zakazování, přehánění následků užívání, moralizování a v neposlední řadě i afektivní výchova, postavená pouze na emocích a pocitech. Přestože jsou tyto programy považované mnohými rodiči a někdy dokonce i samotnými preventisty za účinné, není to pravda a často se ukazuje, že za podobnými názory stojí především neznalost základních principů efektivní prevence, populismus nebo bohužel často také komerční zájmy (např. snaha některých firem prodat svoje testovací sady atd.).

2.4 Základní úroveň provádění školské prevence

V první kapitole jsme se věnovali rozdělení preventivních programů a intervencí na tzv. *specifickou prevenci rizikového chování* (dále také „specifickou prevencí“) a nespecifickou primární prevenci. Již bylo vysvětleno, že za specifickou prevencí považujeme pouze takové aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny právě na některou z konkrétních forem rizikového chování a které mají prokazatelně přímý a explicitně vyjádřený vztah k určité konkrétní formě rizikového chování a tématům s tím spojeným, dále u kterých je zřejmá časová a prostorová ohraničenost realizace (na ose: zmapování potřeb, plán programu a jeho příprava, provedení a zhodnocení programu a jeho návaznost) a konečně které jsou zacíleny na jasně ohraničenou a definovanou cílovou skupinu a s tím související zdůvodnění matchingu (MŠMT, 2005).

Specifickou prevencí lze rozdělit do celkem tří úrovní provádění. Tyto úrovně jsou definovány v závislosti na tom, jaká je intenzita programu, jaké prostředky a nástroje program využívá, na jaké úrovni zapojení/participace je cílová skupina atd. Do značné míry implikuje toto rozdělení také kapacitní možnosti dané úrovně provádění programu, neboť před-

chozí charakteristiky de facto přímo limitují, jak a pro kolik osob a kde vůbec se může být daný program realizovat. Obecně platí, že čím větší je hloubka a intenzita programu, tím víc využívá různých speciálně pedagogických, psychologických a psychoterapeutických technik a postupů. To tedy automaticky znamená, že se s každou úrovní zásadně zvyšují požadavky na vzdělání a celkovou profesní erudici realizátora programu. Některé z nejvíce specializovaných náročných programů mohou realizovat již výhradně pracovníci s psychologickým a minimálně poradenským vzděláním. V zásadě definujeme tři úrovně provádění prevence (Gallà et al., 2005):

- a) **Všeobecná primární prevence** se zaměřuje na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělování na méně či více rizikové skupiny, zohledňuje pouze její věkové složení a případná specifika daná např. sociálními nebo jinými faktory. Jedná se o programy většinou pro větší počet osob (obvykle třída či menší sociální skupina). Jde o úroveň prevence, pro kterou v praxi ve většině případů plně dostačuje úplné vzdělání školního metodika prevence (v duchu zákona a vyhlášky o dalším vzdělávání pedagogických a výchovných pracovníků) s odpovídající praxí a nejlépe zajištěnou intervizí a supervizí. Do této kategorie programů řadíme např. preventivní program EUDAP (viz www.adiktologie.cz).
- b) **Selektivní primární prevence** se zaměřuje na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj různých forem rizikového chování, tj. jsou víc ohrožené (např. zvýšeně vulnerabilní nebo zvýšeně vystavené působení rizikových faktorů) než jiné skupiny populace. Většinou zde již pracujeme pouze s menšími skupinami či jednotlivci. Patří sem např. některé modely vrstevnických programů, ev. různé intenzivní sociálně-psychologické skupinové programy posilující technicky např. sociální dovednosti, komunikaci, vztahy atd. Vzhledem k práci s cílovou skupinou se zvýšeným rizikem je zde již kladen větší důraz na odpovídající vzdělání preventisty (vhodná je např. speciální pedagogika, psychologie, adiktologie atd.).
- c) **Indikovaná primární prevence** je zaměřena na jedince, kteří jsou vystaveni působení výrazně rizikových faktorů, případně u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování. Snahou je zde podchytit problém co nejdříve, správně posoudit a vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a neprodleně tyto intervence zahájit. Jedná se o práci s populací s výrazně zvýšeným rizikem výskytu či počínajících projevů rizikového chování. V tomto smyslu je prakticky již nutná schopnost preventisty či poradenského pracovníka posoudit individuální povahu a specifika daného případu (např. šikany v třídním kolektivu) a ná-

sledně navrhnout postup řešení, včetně posouzení dalších případných intervencí či v případě nutnosti již zahájení cílené práce prostřednictvím zapojení školního psychologa či vnějšího poradenského subjektu. Tato úroveň prevence již bezpodmínečně vyžaduje např. speciální pedagogické, psychologické nebo jiné podobné vzdělání s průpravou pro práci preventisty (adiktologie atd.).

2.5 Teoretické modely v primární prevenci a základní typy preventivních programů

V kapitole uvádíme základní typy teoretických modelů a příklady často užívaných intervencí v primární prevenci užívání návykových látek a dalších typů rizikového chování. Teoretické modely a preventivní intervence byly do kapitoly zařazeny na základě dvou hlavních kritérií. Prvním kritériem pro zařazení programů do přehledu je *efektivita*, tzn. že je z výsledků provedených evaluací zřejmé, že tyto programy *vedou*, nebo naopak *nevedou* ke snížení výskytu rizikového chování u jednotlivce nebo skupiny (nejčastěji školní třídy). Některé z programů tak uvádíme i přesto (nebo právě proto), že nejsou efektivní, nebo jejich efektivita je přinejmenším sporná. U některých programů nejsou dostatečné důkazy o efektivitě k dispozici, což může zpochybňovat oprávněnost k jejich použití. Druhým kritériem je *četnost*, s jakou se s preventivními programy můžeme v praxi setkat.

Specifikem většiny preventivních programů rizikového chování je, že se jejich efektivita zvyšuje, pokud se vzájemně kombinují a nejsou užívány samostatně. Např. v případě prevence užívání návykových látek se využití pouze informativních programů považuje za nedostačující a je vhodné doplnit je např. programy interaktivními, zaměřenými na rozvoj sociálních dovedností. Dalším specifickým některých typů programů je, že se s nimi můžeme setkat u všech úrovní prevence: všeobecné, specifické i indikované. Oproti tomu jsou některé programy součástí pouze jedné nebo dvou z uvedených úrovní, nebo jsou pak součástí časné diagnostiky a intervence. Všechny typy programů, které se užívají v praxi, by měly splňovat základní požadavky kladené na preventivní programy. Měly by jasně deklarovat postoj, k jakým jednotlivým typům rizikového chování se vztahují. Jejich realizace by měla být jasně časově a prostorově ohraničena. Témata a techniky by se měly používat s ohledem na cílovou skupinu (MŠMT, 2005). Za zásadní považujeme zdůraznit, že ačkoli se některé typy programů obecně považují za efektivní, vždy záleží na přípravě, způsobu provedení a vzdělání a dovednostech koncového realizátora programu – i sebelepší

typ programu, pokud není realizován správně, může být v lepším případě neefektivní, v horším případě dokonce škodlivý.

Přístup podpory zdravého způsobu života

Tyto programy vycházejí z chápání „zdravého způsobu života“ jako života, který zahrnuje aktivity podporující „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“ (WHO, 1986). Podporou zdraví se rozumí „proces, který lidem umožňuje zvýšit kontrolu nad svým zdravím a zlepšovat své zdraví“². Tato deklarace v zásadě staví člověka do aktivní role v ochraně vlastního zdraví. K tomu, aby se mohl člověk chovat proaktivně, musí mu být zabezpečeny základní potřeby (např. dostatek jídla) a sociální jistoty (např. sociální spravedlnost). Zdraví lze podporovat rozvojem politiky veřejného zdraví, podporou podpůrného prostředí (např. trávení volného času), posilováním komunitních aktivit, rozvojem osobnostních dovedností, rozvojem zdravotnických služeb (akcentující celostní přístup k člověku), orientací na budoucnost (zejm. vnímání nezbytnosti programově rozvíjet oblasti běžného života, kde se učíme, pracujeme, hrajeme si a vytváříme vztahy) (WHO, 1986).

U takto pojatého konceptu podpory zdraví je obtížné vést hranici, které intervence můžeme považovat za aktivity v rámci podpory zdraví a které již jdou za hranici konceptu podpory zdraví Světové zdravotnické organizace (EMCDDA, 2010). Proto představíme širší i užší koncept chápání podpory zdraví. V rámci širšího lze konceptu podpory zdravého způsobu života rozumět jako něčemu, co v podstatě zahrnuje veškeré preventivní aktivity užívání návykových látek (resp. i dalších typů rizikového chování), tedy nespécifické i specifické primární prevence. V užším pojetí se přístup podpory zdraví blíží oblasti aktivit, které spadají do oblasti nespécifické primární prevence. Nejčastěji se tak děje prostřednictvím kvalitní nabídky pozitivních alternativ aktivního a plnohodnotného trávení volného času (např. u rodin s dětmi a dospívající mládeže nebo u rizikové populace). Vhodné je nabídku aktivit dále koordinovat a podporovat na úrovni obecních, státních i nestátních institucí. My se zde kloníme k chápání přístupu zdravého způsobu života v jeho širším pojetí, tedy jako zastřešujícímu přístupu ke zdraví.

Širší koncept podpory zdraví je spolu s preventivními aktivitami postaven na solidních základech významných (medicínských, psychologických, sociálních, pedagogických aj.) teorií a modelů. Chování lidí je ovlivňováno mnoha různými faktory, které se do určité míry navzájem ovlivňují. Zejména hovoříme-li o intrapersonálních, individuálních faktorech (např. temperament), dále interpersonálních faktorech (vztahování se k druhým), kulturních a sociodemografických faktorech (např. nezaměstnanost, počet obyvatel v produktivním věku), dále pak faktorech komunitní a veřejné

politiky (např. legální status návykových látek, finanční prostředky vyčleněné z veřejného rozpočtu na prevenci rizikového chování). Tyto faktory lze popsat a vysvětlit za pomoci různých teorií a modelů. Některé z teorií a modelů nám pak umožňují na tyto faktory efektivně působit a dosáhnout tak požadované změny. Jinak řečeno, teorie a modely nám umožňují vytvářet takové preventivní přístupy a programy, které jdou dále, než je jen intuitivní vnímání problémového chování nebo situace s hledáním vhodného řešení. Teorie i modely si můžeme představit jako mapy, které nám umožňují lepší orientaci v oblastech našeho zájmu a umožňují nahlížet na problém z širší perspektivy (NIH, 2005). Například model změny Prochasky a DiClementeho (1983) nám umožňuje lépe porozumět fázím léčby u lidí závislých na návykových látkách, stejně tak však můžeme sestavit lepší, a tedy i účinnější individuální léčebný plán podle toho, v jaké fázi se léčený člověk nachází.

a) Teoretické modely užívané v primární prevenci

Relevantní preventivní programy jsou konstruovány s respektem k následujícím modelům:

- **Kognitivní modely a modely založené na informacích:** tyto modely vychází z předpokladu, že se jedinci rozhodují na základě vlastních znalostí a názorů. V praxi se však ukazuje, že modely nejsou plně funkční, neboť neberou v potaz další faktory, které ovlivňují chování (zejm. sociální a emoční faktory) (EMCDDA, 2010). Příkladem takového modelu je model *víry (přesvědčení) ve zdraví* (Health belief). Dle tohoto přístupu se jedinec vyvaruje nežádoucího chování, pokud je seznámen s negativními dopady svého chování na své zdraví (EMCDDA, 2010; Rosenstock et al., 1994). Druhým 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).
- **Modely sociálního vlivu:** modely sociálního vlivu akcentují význam sociálních faktorů (zejm. rodiny, vrstevníků a médií), které hrají významnou roli hlavně v počátečních fázích drogové kariéry (EMCDDA, 2010). Dle *teorie sociálního učení* (Social influence) je chování výsledkem pozorování a napodobování chování, postojů a emočních reakcí ostatních (EMCDDA, 2010; Bandura, 1986, 1994). *Teorie životních dovedností* (Life skills) staví na předpokladu, že by jedinec měl být vybaven potřebnými dovednostmi pro život: dovednostmi řešení problémů, kritického myšlení, komunikačními dovednostmi, uvědo-

mováním 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 jednotlivec posuzuje, co je z pohledu společnosti normální a akceptovatelné. (Typická je argumentace: „Všichni berou drogy, proč bych je nebral i já?“ Při pohledu na statistiky se však ukáže, že toto přesvědčení je mylné.)

- **Sociologické a vývojové modely:** níže 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, podle které užití nelegální drogy předchází zkušenost s alespoň jednou legální drogou, tedy alkoholem či tabákem (EMCDDA, 2010; Kandel, 1980). *Sociálně-ekologický model a ekologicko-environmentální model* (Social ecology model / ecological-environmental model) reprezentují přístup, že je k udržení nebo dosažení žádoucího chování třeba pozitivně působit současně na sociální klima ve společnosti, komunitě, rodině i mezi vrstevníky (EMCDDA, 2010; Kumpfer & Turne 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 vyzkouší drogu „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 masmédia (EMCDDA, 2010; Ferrence, 2001).
- **Modely komplexního vlivu sociálního prostředí:** tyto modely mají teoretické základy v konceptu rizikových a projektivních faktorů, přičemž cílem u mladých lidí je – často za podpory rodičů a důležitých dospělých – posilovat faktory projektivní a oslabovat faktory rizikové. Preventivní programy postavené na tomto modelu jsou v prevenci považovány za jedny z neúčinnějších (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 soustřeďuje na posilování faktorů projektivních (budování pozitivních vztahů k rodině, škole, komunitě a vrstevníkům). Podle autorů potřebují mladí lidé cítit, že jsou milováni,

schopní a důležití (EMCDDA, 2010; Catalano et al., 1992). Příkladem preventivního programu, který je založen na modelu komplexního vlivu sociálního prostředí, je preventivní program Unplugged určený pro žáky šestých tříd základní školy v České republice (Adámková et al., 2009; Jurystová et al., 2009).

b) Základní typy programů v preventivní praxi

V předchozí části jsme představili nosné teorie a modely, které vysvětlují problémové chování nebo problémové situace. Na základě teoretických konceptů a modelů se vytvářejí, zavádějí do praxe a následně ověřují typy preventivních programů. Obecně platí, že jejich efektivita, pokud se níže uvedené programy používají samostatně, je nízká nebo velmi nízká. Efektivita preventivních intervencí se zvyšuje, pokud se níže uvedené programy kombinují – v tomto případě však doporučujeme užívat komplexních preventivních kurikulárních programů (např. program Unplugged).

Skupina 1: Programy zaměřené na rozvoj životních dovedností

Programy zaměřené na rozhodovací schopnosti

Zaměřují se na zvyšování schopností cílové skupiny racionálně se rozhodovat v rizikových situacích (např. při rasových výpadech ve skupině či při nabízení drogy). Seznamují se způsoby, jak rozpoznat problém, strategiemi hledání řešení a rozhodování se mezi alternativami, s tzv. kritickým myšlením. Cílem je tedy ovlivnění a podpora dovedností, které jsou nezbytné pro racionální rozhodování, a volba racionálních postupů při řešení problematických situací. Nabízí nácvik dovedností. Mohou být nabízeny ve formě přednášek, diskusí, hraní rolí či úkolů. Programy vycházejí z předpokladu, že výše popsané dovednosti snižují riziko nežádoucího chování (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998).

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 výstupem také snížení míry vnímaného stresu (tj. posouzení a případné přehodnocení závažnosti probíhající stresové situace a nasedající stresové reakce). Osvojení strategií vede jednotlivce k lepšímu zvládnání stresu, proaktivnímu zvládnání problémových situací a k nalézání pozitivních alternativ (např. sportu místo užívání drog) při konfrontaci se stresovými situacemi. Často se tak děje za využití technik nácviku dovedností, diskusních

forem práce a dalších didaktických strategií (např. tištěné materiály s otázkami a cvičeními). Pozornost se věnuje také technikám zvládnání fyzického stresu (např. relaxace) (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998; Institute of Medicine, 2002).

Programy zaměřené na nácvik (rozvoj) sociálních dovedností

Cílem programů je vybavit účastníky odpovídajícími sociálními – komunikačními a interpersonálními – dovednostmi a schopnostmi rozpoznat, vyhodnotit a řešit konflikty mezi lidmi. Obvykle tento přístup stojí 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 se nacvičují asertivní postoje a schopnosti komunikovat a řešit konflikty. Užívá se hraní rolí a diskusí. Sociální dovednosti by měly dosahovat takové úrovně, aby nedošlo k ohrožení pozitivního společenského přijetí (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind 1998; Institute of Medicine, 2002).

Programy zaměřené na nácvik dovedností odolávat tlaku

Vybavují cílovou skupinu dovednostmi, jak rozpoznávat vnější tlaky k rizikovému chování (např. xenofobní projevy ve škole) ze strany vrstevníků, z médií, reklamy, od rodičů či jiných dospělých. Po absolvování programů tohoto typu by měli mít účastníci rozšířenou výbavu pro asertivní odolávání negativním tlakům (např. rozvojem osobních dovedností, které povedou k odmítnutí nabízené návykové látky). Program bývá složen z různých aktivit a forem instruktáže (filmy, diskuse aj.), které např. poukazují na společenské tlaky vedoucí k různým podobám rizikového chování. Dále pak nácviky odmítání s využitím hraní rolí a diskusí (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998; Institute of Medicine, 2002).

Skupina 2: Programy zaměřené na intrapersonální rozvoj

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. Cílové skupině umožňují rozpoznávat existující hodnoty a učí je preferovat hodnoty pozitivní. Nejčastěji se užívají aktivity typu skupinové diskuse s využitím tištěných materiálů s otázkami a cvičeními (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998; Institute of Medicine, 2002).

Programy zaměřené na stanovování cílů

Jejich cílem je naučit dovednostem, které jsou nezbytné pro stanovení a dosažení zamýšlených cílů. Podporují jednotlivce v osvojení zdravého postoje, kdy rizikové chování je chápáno jako neslučitelné s těmito cíli. Účastníci se seznamují s reálnými prostředky a dovednostmi, jsou citliví k stanovovací časové rámce a odměn. Využívají se různé typy instruktážních technik a cvičebnic, přičemž dosažené výsledky mohou být odměňovány. Tento typ programů umožňuje lidem rozpoznat možné cíle, kam se může myšlení a chování ubírat, učí je stanovit si priority a následně preferované cíle přijmout jako životní volbu – pozitivní životní cíl (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998; Institute of Medicine, 2002).

Programy zaměřené na budování pozitivního sebehodnocení

Mají za cíl rozvíjet pozitivní sebehodnocení a zvyšovat sebeúctu, podporují zvýšené oceňování vlastní vrozené i rozvíjené zdatnosti a jedinečnosti. 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. úspěchem je i to, že jsem náročný úkol dokončil, i když jsem neskončil první) a začleňovat je do svého sebeobrazu. Aktivita zaměřené na zvyšování pozitivního sebehodnocení a sebeuvědomění jsou nejčastěji diskuse a práce s cvičebnicemi. Pozitivní sebehodnocení snižuje pravděpodobnost rizikového chování (např. účasti na šikaně nebo užívání návykových látek) (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998; Institute of Medicine, 2002).

Programy zaměřené na stanovování norem

Tyto typy programů 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. Jejich záměrem je ovlivnit začátek užívání drog zmírněním představ o očekávaném výskytu a četnosti sledovaných jevů, o přijatelnosti sledovaných typů rizikového chování, případně u návykových látek o dostupnosti drog mezi vrstevníky. Výsledkem by pak mělo být stanovení jasných norem ve vztahu k rizikovým formám chování. V rámci těchto aktivit se často prezentují výsledky vědeckých výzkumů či průzkumů veřejného mínění, diskuse o přiměřenosti určitého chování. Efektivita tohoto typu intervence samostatně užitá je nízká, užívá se však jako součást komplexních preventivních programů. Příkladem preventivního programu, kde se v rámci jedné lekce pracuje s normativním přesvědčením, je preventivní intervence Unplugged určená pro žáky šestých tříd základní školy v České republice (Adámková et al., 2009; Jurystová et al., 2009).

Programy spojené se složením přísahy

Cílovou skupinu podporují ve složení slibu nebo učinění závazku, že se nebudou účastnit rizikového chování (např. programy nekuřáckých tříd). Sliby a závazky jsou založeny na pozitivních morálních zásadách (např. rizikové chování v dopravě je společensky nepřijatelné nebo že užívání drog představuje morální úpadek). Aktivity jsou vedeny formou dialogu, jehož výsledkem je složení slibu, který má formu petice nebo smlouvy. Umožňuje, aby mladí lidé sami přijali závazek, na kterém se skupina dohodne (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998).

Programy informativní

Jsou zaměřené 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 se věnuje negativním, ale i pozitivním dopadům rizikových typů chování (např. užívání návykových látek) na tělesné a psychické zdraví i sociální prostředí jedince. Informace se nejčastěji zaměřují na popis problémového chování, jeho rozdělení a typy, na příčiny, které vedou k rozvoji rizikových typů chování, a na historické a právní souvislosti. Tyto programy mají různé podoby, nejčastěji se realizují: běžná forma výuky, promítání filmů a videopořadů (např. série dokumentů *Když musíš, tak musíš*), diskuse, besedy, méně obvyklou formou jsou divadelní představení, která mají zvláštní (a do jisté míry diskutabilní) postavení. Sdělování informací by mělo být doplněno diskusí, v jejímž rámci by se pořádající osoba (např. školní metodik prevence či vyškolený pracovník nestátní preventivní organizace) měla snažit doplnit a pozitivním způsobem ovlivnit znalosti o rizikovém chování a o jeho následcích (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998). Efektivita tohoto typu preventivních intervencí je obecně nízká (Ferrence, 2001). Doporučení: Informativní programy mají ve specifické prevenci své místo. Programy by v každém případě měly být spíše doplňkové. Preventivní aktivity ve školách a školských zařízeních by měly stát na komplexnějších a interaktivních typech preventivních programů. Do informativních programů řadíme také mediální kampaně, které jsou zaměřeny na oslovení velké části cílové skupiny (např. všichni mladí lidé). Často se tak děje skrze televizní a rádiové vysílání. Efektivita mediálních kampaní je s ohledem na vložené prostředky nulová. Některé studie dokonce zjistily, že mediální kampaně mají na mladé lidi negativní vliv (Zábranský, 2006). Odborníky jsou média považována za nežádoucí zdroj informací, který upozorňuje mladé lidi na existenci nových drog na drogové scéně (Ferrence, 2001).

Programy vrstevnické

Nebo také programy pomoci či peer programy. Specifikem tohoto typu programů je zapojení vrstevníků (z angl. peer = vrstevník), kteří vystupují v roli poučeného člověka stejného postavení v oblasti rizikového chování, resp. v oblasti užívání návykových látek. V konečném důsledku má peer za cíl působit na své vrstevníky tím směrem, aby jedinci ve skupině neužívali návykové látky nebo aby k užívání drog došlo co nejpozději. Peer poskytuje svým vrstevníkům pravdivé informace o rizikovém chování, umí nabídnout psychosociální podporu ohroženým jedincům ve skupině. Je vnímavý k dění ve skupině a všímá si problémového chování, na které umí upozornit kompetentní osoby (např. školního metodika prevence, školního psychologa, lékaře aj.). Nejedná se však v žádném případě o „donášení“, ale díky bezprostřední znalosti skupiny o včasné upozornění na problém (včasná diagnostika), který je možno v jeho zárodku řešit odpovídajícími zásahy v zájmu žáka nebo (třídního) kolektivu (např. odkazování do léčby). Výhodami zapojení peerů do prevence rizikového chování jsou především: dobrá znalost skupiny, aktivní účast na dění ve skupině, což může posilovat důvěru skupiny k peerovi, dále možnost ovlivňovat žádoucím směrem dění ve skupině. Mezi nevýhody patří potřeba vysoké motivace pro práci peera, psychosociální zralost peera, vysoké nároky na osobnostní vlastnosti a sociální dovednosti peera, znalost vlastních hranic (peer by neměl nabýt pocit, že je expertem, který může, nebo dokonce musí terapeutizovat a léčit). Dále pak nutnost vyškolit peera v oblasti rizikového chování, peer si musí osvojit odpovídající znalosti a informace, které umí použít ve správnou chvíli na správném místě, peer by měl jít příkladem – neměl by sám dělat to, proti čemu vystupuje (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998). Peer programy realizuje např. Pedagogicko-psychologická poradna Brno, která má s peer programy bohaté zkušenosti (PPP Brno, 2010).

Programy pro rodiče

Rodičovské programy představují nehomogenní skupinu různých typů preventivních intervencí zacílených na rodiče. Nejčastěji se setkáváme s edukativně koncipovanými programy, méně již s programy interaktivními. Obecně patří tato skupina programů mezi velmi náročné, neboť rodiče, kteří by jimi měli projít především, vykazují velmi malou motivaci a opačně. Realizátoři programů jsou pak často stavěni před dilema, zda vůbec program pro rodiče zařadit, a to v situaci, kdy se opakovaně vyslovují pochybnosti o efektivitě těchto programů. Dobré zkušenosti jsou např. s typem edukativních materiálů formátu například v českém jazyce vydané příručky Bezpečnost především (Rosenbaum, 2008) – dostupné zdarma na internetových stránkách www.adiktologie.cz. Prozatím špatné

zkušenosti jsou u nás s programy pro rodiče z některých etnických skupin, zejména u výrazně nízkopříjmových skupin, nezaměstnaných atd. Přitom právě tyto skupiny by skrze rizikové prostředí, v němž vyrůstají jejich děti, měly tvořit hlavní ohnisko zájmu preventivních pracovníků. Např. Občanské sdružení SANANIM ve spolupráci s Centrem adiktologie připravilo adaptaci on-line vzdělávacího programu pro rodiče s názvem Prevention-Smart Parents. Přípravovaný kurz, který vytvořila organizace Mentor (The Mentor Foundation), bude přístupný zdarma na internetových stránkách <http://www.odrogach.cz>.

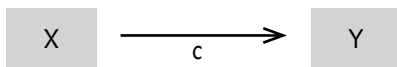
2.6 Mediátory v kontextu školské prevence

Preventivní programy nemohou změnit chování přímo, ale pouze nepřímo, prostřednictvím proměnných známých pod označením mediátor. Mediátorem mohou být dovednosti, vlastnosti, znalosti atd. **Intermediátor** anebo **mediátor** je třetí (intervenující anebo mediační, intermediační) proměnná (MacKinnon et al., 2007a), která reprezentuje mechanismus, kterým nezávislá proměnná (prediktor) může ovlivňovat závislou proměnnou (kritérium); mediátor vysvětluje, jak vnější události nabývají vnitřní psychologický význam (Baron & Kenny, 1986).

Mediace je typickým standardem testování teorií týkajících se psychologických procesů (Rucker et al., 2011). Mediace představuje vliv třetí proměnné, kterým se identifikuje vztah mezi dvěma proměnnými prostřednictvím vysvětlení, jaký anebo proč mají dané dvě proměnné vztah (Fairchild et al., 2009, p. 487). Prostřednictvím mediace mohou výzkumníci vysvětlit proces anebo mechanismus, kterým jedna proměnná ovlivňuje druhou (MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007b). Mediace může být definována jako vztah, resp. řetězec vztahů, v kterém nezávislá proměnná ovlivňuje mediační proměnnou, která následně ovlivňuje závislou proměnnou (MacKinnon & Luecken, 2008; MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007b), přičemž, jak uvádí autoři, potvrzení mediace předpokládají naplnění existujících podmínek: a) musí existovat substantiální 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.

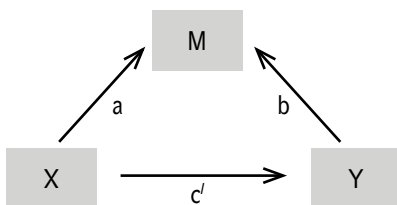
Mediační analýza naznačuje kauzální proces, který spojuje proměnné prostřednictvím modelování toho, jak intervenující proměnná anebo me-

diátor (M) přenáší vliv nezávislé proměnné (X) na výsledek, tzn. závislou proměnnou (Y) (Fairchild et al., 2009, Hayes, 2009).



Obrázek 2 | Totální efekt (c) nezávislé proměnné (X) na závislou proměnnou (Y) (podle Hayes, 2009, p. 409)

Totální přímé a nepřímé efekty v mediační analýze (obr. 2) prezentuje totální efekt (c) nezávislé proměnné (X) na závislé proměnné (Y), zatímco c' (obr. 3) reprezentuje přímý efekt nezávislé proměnné (X) na závislé proměnné (Y) po kontrole mediátora (M). Efekt nezávislé proměnné (X) na mediátora (M) je reprezentovaný a , efekt mediátora na závislou proměnnou při kontrole nezávislé proměnné je reprezentovaný b . Nepřímý efekt je produktem $a \times b$ (Rucker et al., 2011, Hayes, 2009).

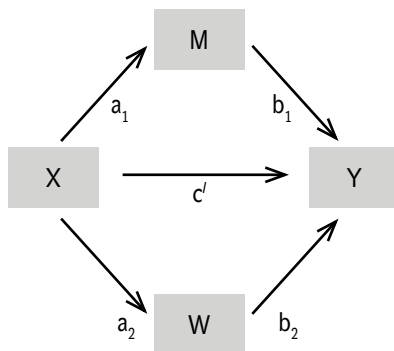


Obrázek 3 | Jednoduchý mediační model (podle Hayes, 2009, p. 409)

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 změnil na nevýznamný, přičemž nejsilnější demonstrací mediace je změna původně signifikantního vztahu nezávislé a závislé proměnné na nulový vztah (Baron & Kenny, 1986).

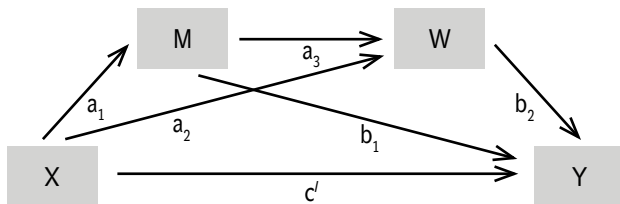
Prakticky to tedy může znamenat, že jsme v prvním kroku zjistili, že náš preventivní program vede k očekávaným změnám chování (vztah c byl významný). V druhém kroku jsme se ptali na to, jak náš program funguje a zařadili jsme do analýz třetí proměnnou (M = mediátor), kterou byla sebeúcta. Zjistili jsme, že vztah a (preventivní program a sebeúcta), jako i vztah b (sebeúcta a změna chování) byly významné a přímý vztah c' (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 můžou uvedenou změnu chování objasnit. Kdyby se přímý vztah c'

(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.



Obrázek 4 | Jednostupňový mnohonásobný mediační model (podle Hayes, 2009, p. 409)

Komplexnější mediační modely s dvěma mediátory (M, W) prezentují obrázky 4 a 5. V souvislosti s mediačními modely s více mediátory je třeba upozornit na rozlišování *specifického nepřímého efektu* (tzn. specifický nepřímý efekt nezávislé proměnné X na závislou proměnnou Y přes mediátor M) a *totálního nepřímého efektu X* (tzn. suma specifických nepřímých efektů).



Obrázek 5 | Vícetupňový mnohonásobný mediační model (podle Hayes, 2009, p. 409)

Mediační analýzy v psychologii identifikují kognitivní anebo behaviorální procesy, které vysvětlují vztah nezávislé k závislé proměnné (Morgan-Lopez & MacKinnon, 2006). Význam mediačních analýz v psychologii potvrzuje analýza studií publikovaných v období 2005–2009 v časopisech *The Journal of Personality and Social psychology* (JPSP) a *Personality and Social Psychology Bulletin* (PSPB) (Rucker et al., 2011); zjistilo se, že přibližně 59% studií časopisu JPSP a 65% studií časopisu PSPB obsahovalo nejméně jeden mediační test, přičemž uvedené mediační analýzy byly většinou realizované v souladu s přístupem kauzálních kroků popsanych Baronem

a Kennym ve studii z roku 1986. 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 ukazovateli zdraví, rizikového chování apod.)
- S mediačními proměnnými pracují vícere 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 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, jak třetí proměnná může být inkorporována do statistických analýz odhalujících existující mechanismy anebo podmínky vysvětlující její rostoucí anebo klesající efekt. Postupné zpracovávání výsledků psychologických výzkumů mediačními analýzami je relativní ve vztahu k používané interpretaci výsledků mediačních analýz (Rucker et al., 2011). V souladu s kauzálními kroky mediační analýzy, které popisují Baron a Kenny ve studii z roku 1986 (Rucker et al., 2011), se rozlišuje *totální efekt* $X \rightarrow Y (c)$ a *přímý efekt* $X \rightarrow Y (c')$ nezávislé proměnné (X) na závislou proměnnou (Y) (obr. 2), přičemž c' reprezentuje přímý efekt $X \rightarrow Y$ po kontrole hypotetizovaného mediátora. Testování signifikantnosti vztahu $X \rightarrow Y$ se považuje za kritické ve dvou směrech:
 1. Kritický je první krok mediační analýzy. V tomto ohledu je signifikantní c koeficient nezbytnou podmínkou mediačního testování, jestliže c koeficient není signifikantní, předpoklad existence nepřímého efektu $X \rightarrow Y$ prostřednictvím hypotetizovaného mediátora je zamítnut a v mediačním testování se nepokračuje.
 2. *Pokud není koeficient c' signifikantní*, tzn. koeficient c' , který reprezentuje přímý efekt $X \rightarrow Y$ po kontrole hypotetizovaného mediátora, výzkumníci interpretují uvedený výsledek jako *perfektní, kompletní nebo úplnou mediaci* a je-li *koeficient c' signifikantní*, výzkumníci typicky uvádějí, že mediátor pouze *částečně zprostředkovává* $X \rightarrow Y$

efekt. Uvedená interpretace má zásadní dopad na testování teorií a na rozvoj psychologického poznání. Úplná mediace v tomto případě znamená, že výzkumník „vyčerpávajícím způsobem“ vysvětlil zkoumaný psychologický proces, a další testování nepřímých efektů proto není potřebné, na rozdíl od situace, kdy výzkumník zjistí pouze částečnou mediaci, takže se předpokládá další testování nepřímých efektů ve zkoumaném psychologickém procesu.

Rucker et al. (2011) uvádějí, že:

- a) příčinou toho, že koeficient c nebo c' není signifikantní, spočívá ve statisticky odlišné síle koeficientu c nebo c' , která může být nižší než síla cesty $a \times b$, tzn. nepřímého efektu $X \rightarrow Y$,
- b) efekt nezávislé proměnné (X) na mediátora (cesta a) může být vyšší než na závislé proměnné (cesta b), což může vést k silnějším nepřímému efektu v porovnání s totálním efektem. To znamená, že cesta $a \times b$ může být signifikantní, i když koeficient c signifikantní není,
- c) mediace závisí na velikosti zkoumaného vzorku. Menší zkoumaný vzorek má vztah k vyšší pravděpodobnosti mediace (je-li přítomná) v totální než parciální rovině, protože c' snáze prokazuje nesignifikantnost (podrobněji Rucker et al., 2011).

Uvedené skutečnosti vedou k přehodnocení mediačních analýz a také k opatrnosti při interpretaci úplné, perfektní mediace v psychologickém výzkumu.

Možné efekty třetí proměnné. Ačkoliv se systém třech 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 typů třetí proměnné, a to od:

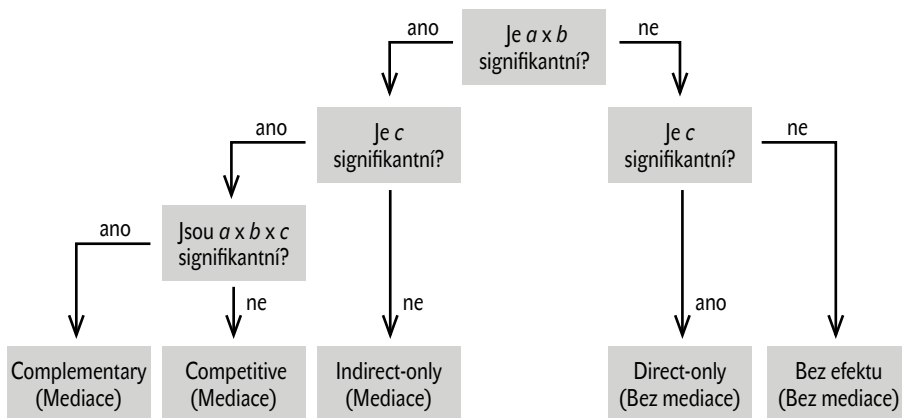
- a) moderátora (moderátor je jednou z proměnných, které mění se úroveň mění i vztah nezávislé a závislé proměnné; moderační analýza testuje, zda se mění anebo nemění vztah mezi dvěma proměnnými jako funkce třetí proměnné). Mediační analýzy mohou poskytovat informace o mediačních procesech, ale nemohou 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.
- b) kovariací (tato proměnná má vztah s jednou anebo oběma proměnnými, nezávislou a závislou, ale neovlivňuje, nemění významným způsobem

bem vztah závislé a nezávislé proměnné, pokud kovariantní proměnnou vložíme do statistických analýz).

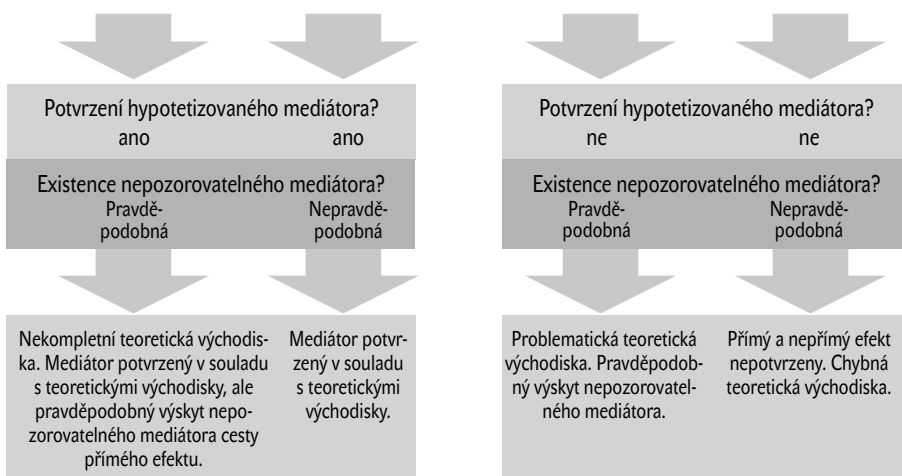
- c) confounding (confounder = faktor zkreslující, zavádějící efekt; je proměnná, která je asociovaná s rizikovým faktorem a je nezávislým rizikovým faktorem pro měřený výsledný efekt – koncový ukazatel). Například věk (confounder, třetí proměnná) může být zkreslujícím faktorem pozitivního vztahu mezi ročním příjmem (nezávislá proměnná) a výskytem rakoviny (závislá proměnná). Starší jedinci pravděpodobně vydělávají víc než mladší a je u nich vyšší pravděpodobnost výskytu rakoviny. Příjem a výskyt rakoviny je tak asociovaný přes společnou třetí proměnnou, věk. Příjem neovlivňuje věk, který ovlivňuje výskyt rakoviny. To znamená, že na rozdíl od mediační analýzy (obr. 3) je mezi nezávislou proměnnou a třetí proměnnou opačný efekt.
- d) suppression (suppressor = faktor potlačující efekt). Třetí proměnná, suppressor, na rozdíl od mediátora a confoundera, zvýší sílu vztahu mezi nezávislou a závislou proměnnou, přičemž přímý a mediační vliv nezávislé proměnné na závislou proměnnou mají – v porovnání s mediačním modelem – opačný efekt. Tento model je známý jako *nekonzistentní mediační model* na rozdíl od mediačního modelu, ve kterém mají přímý a mediační efekt stejný směr. Příkladem nekonzistentního mediačního modelu je zkoumání efektu programu prevence užívání steroidů. Byla zjištěna redukce záměru užívat steroidy mezi účastníky programu, na rozdíl od kontrolní skupiny, která program neabsolvovala. Několik mediátorů uvedené redukce bylo identifikováno. Jeden z mediátorů, důvody užívání steroidů, umožňuje demonstrovat nekonzistentní mediační model. Totální efekt programu prevence byl v daném případě téměř nulový. Přímý a nepřímý (mediační) efekt programu byl opačný. Program prevence vedl k nárůstu počtu důvodů užívání steroidů, a to vedlo k nárůstu záměru užívat steroidy. Naštěstí byly identifikovány další významnější mediační efekty vysvětlující očekávaný efekt programu, který vedl k redukci užívání steroidů.

Typologie mediace/nemediace. Mediační analýzy ve většině případů vycházejí z jednodimenzní klasifikace mediací autorů Barona a Kennyho, podle které je rozlišovaná *úplná mediace, částečná mediace a nemediace*. Je však třeba zdůraznit, že studie Barona a Kennyho (1986) patří k nejcitovanějším pracím a měla a stále má neobyčejný vliv na rozvoj výzkumu v sociálních vědách, rozvoj výzkumu v oblasti psychologie zdraví, i když, jak uvádějí Pardo a Román (2013), široce využívaný postup nemusí být garancí bezpečnosti zvolené strategie a v tom případě autory zvolený postup má už dnes své limity. Zhao, Lynch a Chen (2010) považují za vhodnější dvojdimenzní mediaci, přičemž trojproměnný kauzální model umožňuje generování následující typologie:

- a) **Komplementární mediace** (Complementary mediation nebo Consistent model) – existuje ve stejném směru působící mediační efekt ($a \times b$) i přímý efekt (c). Komplementární mediace odpovídá *částecné mediaci* v klasifikaci autorů Barona a Kennyho.
- b) **Konkurenční mediace** (Competitive mediation nebo Inconsistent model, Suppression) – existuje v opačném směru působící mediační efekt ($a \times b$) a přímý efekt (c).
- c) **Pouze nepřímá mediace** (Indirect-only mediation) – existuje mediační efekt ($a \times b$), ale chybí přímý efekt (c). Pouze nepřímá mediace odpovídá *úplné mediaci* v klasifikaci autorů Barona a Kennyho.



Obrázek 6a | Klasifikace typů mediace (podle Zhao, Lynch, Chen, 2010, p. 201)



Obrázek 6b | Teoretická implementace mediace (podle Zhao, Lynch, Chen, 2010, p. 201)

1. *Pouze přímá nemediace* (Direct-only nonmediation), tzn., že existuje přímý efekt (c), ale chybí nepřímý efekt.
2. *Nemediace bez efektu* (No-effect nonmediation), tzn., že chybí jak efekt přímý, tak i nepřímý.

Uvedenou typologii s následnou interpretací prezentuje obrázek 5a, b. Znalosti o odlišném vlivu třetí proměnné (mediation, confounding, suppression), o typologii mediace/nemediace vedou k uvědomění si důležitosti teoretických východisek, formulovaných výzkumných otázek a testovaných hypotéz. Výzkumník se může primárně orientovat na analýzu psychologického mechanismu, kupř. vlivu programu prevence užívání návykových látek na behaviorální ukazatele efektu programu (např. status kouření tabákových cigaret, frekvenci konzumace alkoholu v období posledního měsíce / posledního roku ap.), nebo primárně na otázku týkající se možného vlivu třetí proměnné na hypotetický vztah nezávislé a závislé proměnné.

Mediační analýza a psychologie zdraví. Zájem o třetí proměnnou v psychologii zdraví, o analýzy související s třetí proměnnou, jak uvádí MacKinnon a Luecken (2008), umožňují odhalení „černé skříňky“, resp. nabízí 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, která 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 4, 5) (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 ukazovateli zdraví, kterými 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).

Mediační analýza a programy prevence užívání návykových látek. Mediační analýza v prevenci užívání návykových látek umožňuje zkoumat nejen mechanismus, kterým preventivní program ovlivňuje užívání návy-

kových látek, ale také rozsah, v kterém teoretický model reflektuje procesy behaviorální změny (Orlando et al., 2005).



Obrázek 7 | Model programu prevence (podle MacKinnon, 1994, p. 128)

Obrázek č. 7 prezentuje všeobecný model, který vychází z předpokladu, že připravený program prevence zaměřený na změnu mediátoru povede k očekávaným behaviorálním změnám, tzn. že přispěje k prevenci výskytu se zdravím souvisejících problémů, ale je implementovatelný i do programů sekundární a terciární prevence (MacKinnon, 1994). Základním východiskem mediačních analýz v prevenci užívání návykových látek je testování teoretických východisek, např. teorie sociálního učení A. Bandura, teorie problémového chování R. Jessor a S. L. Jessor, teorie odůvodněného chování I. Ajzena, M. Fishbeina (MacKinnon, 1994), resp. testování efektivity tradičních přístupů (šíření informací, efektivní vzdělávání), přístup vycházející ze strategie sociálního vlivu, rozvoje životního stylu (Sloboda, Bukoski, 2003). Uvedené skutečnosti jsou základem přípravy programů prevence a generování hypotetizovaných mediátorů odpovědných za efekt programu. Důležitost mediačních analýz v prevenci užívání návykových látek spočívá v možnosti ověřování kvality implementace programů, validity sledovaných mediátorů a výsledků implementovaných programů prevence, přičemž podrobněji to MacKinnon (1994) shrnul do následujících bodů:

- a) Kontrola manipulace: pokud program nezmění mediátor hypotetizovaný ve vztahu k problémovému chování, je nepravděpodobná změna výsledku behaviorálního ukazatele problémového chování; pokud je program orientovaný na nárůst vědomostí, měl by se sledovat odpovídající výsledek, tzn. úroveň vědomostí.
- b) Kvalita programu: mediační analýzy umožňují identifikovat úspěšné a neúspěšné komponenty programů prevence. Pokud komponenta programu nevede ke změně mediátoru, povede to k nutnosti změny, zlepšení uvedené komponenty. V tomto směru je důležitý existující stav poznání, tzn. teoretická východiska. Jestliže dostupné literární zdroje potvrzují efektivní rozvoj způsobilosti odmítání užívání návykových látek a výzkumník nepotvrdí rozvoj uvedeného mediátoru, potom je na místě hledat cestu zlepšení komponenty v konkrétním programu. Jestliže stávající zkoumání nepotvrdilo úspěšnost zvolené komponenty v souladu s výsledky výzkumníka, potom je třeba zvážít

- zlepšení práce s komponentou v konkrétním programu, nebo ji vyloučit a následně praktické a výzkumné zaměření soustředit na jiné mediátory.
- c) Kvalita měření: psychometrické vlastnosti mediačních proměnných mají být v ideálním případě řešené před realizací studie.
 - d) Efekt programu: efekt programu se může projevit na úrovni sledovaného mediátora, ale ne na úrovni výsledku sledovaného behaviorálního indikátoru efektu programu. Je to situace, která se objevuje při testování efektivity školních programů prevence užívání návykových látek. Efekt programu na úroveň chování se může projevit až ve starším věku školáků, s určitým časovým odstupem od absolvování programu.
 - e) Testování procesu mediace: mediační analýza umožňuje poznat mechanismus změny, tzn., že když se programem dosáhne očekávaná behaviorální změna, např. redukce konzumace alkoholu, může tuto změnu vysvětlit sledovaný mediátor, jako např. způsobilost k odmítnutí nebo sociální normy. Mediační analýza tedy dává odpověď na otázku, který mediátor je za změnu chování odpovědný.
 - f) Teoretická implikace: jednou z nejsilnějších stránek mediačních analýz je testování teorie, konkurenčních teorií, ze kterých program prevence vychází.
 - g) Praktická implikace: předpokladem efektivity programů prevence užívání návykových látek je identifikace efektivních a neefektivních komponentů programů prevence.

Příklad mediačních modelů v prevenci užívání návykových látek s ohledem na metodologicko-statistické předpoklady mediačních analýz

Studie autorů Bernata et al. (2007) vycházela z předpokládaného efektu programu prevence Skills for Success na úroveň problémového chování, tzn. na úroveň symptomů poruchy opozičního vzdoru (ODD, Oppositional defiant disorders), poruch chování (CD, Conduct disorders), užívání drog (DU), přičemž hypotetickými mediátory efektu programu byly sociální dovednosti, školní výkon a efektivní rodičovské výchovné metody. Intervence byla zaměřena na (a) rozvoj seberegulace, sociální adaptaci, školní výkon a (b) zvyšování schopnosti rodičů podporovat zdravý vývoj dětí prostřednictvím rozvoje pozitivních vztahů rodič – dítě, zlepšování rodičovských výchovných metod, podpory angažovanosti rodičů v oblasti školního vzdělávání jejich dětí. Program byl implementovaný ve dvou fázích (a) tříletá intenzivní fáze intervence a (b) dvouletá přídatná fáze (booster phase). Šestiletá longitudální studie byla realizovaná u 151 rizikových dětí základních škol a jejich rodičů, přičemž každoroční měření bylo

nejdříve realizované na konci povinné mateřské školy. Strategie analýzy dat spočívala v následujících krocích: (1) po šesti letech byl zkoumán *přímý efekt intervence* na problémové chování, přičemž ODD, CD byly hodnoceny rodiči i školáky, DU v průběhu posledního roku pouze školáky, (2) mediační analýzy byly realizovány s cílem zkoumat, zda po třech letech byl prokazatelný efekt intervence na problémové chování dosažen díky programu zaměřenému na sociální dovednosti, školní výkon a efektivní výchovné metody. Mediační analýzy se realizovaly v souladu s kritérii popsanými ve studii autorů Barona a Kennyho (1986). *První kritérium mediace spočívalo v předpokladu, že prediktor (tzn. intervence) musí mít vztah k hypotetickému mediátoru.* Efekt programu byl zkoumán zvláště ve vztahu ke každému z hypotetických mediátorů. *Druhé kritérium mediace spočívalo v hypotetickém vztahu mediátora k problémovému chování.* Zkoumán byl tedy efekt sociálních dovedností, školního výkonu a výchovných metod na problémové chování po šesti letech longitudiálního zkoumání. *Třetí kritérium mediace spočívalo ve vztahu prediktora a problémového chování.* Takže mediační analýzy byly realizované jen pro ty formy problémového chování, ke kterým byl ve vztahu v prvním kroku analýz zjištěn statisticky signifikantní přímý efekt intervence. A nakonec, *efekt prediktora na problémové chování musel být signifikantně redukován kontrolou mediátora. Uvedená redukce byla indikátorem mediačního efektu sociálních dovedností, školního výkonu nebo výchovných metod.* Analýzy byly realizované prostřednictvím generování regresních modelů a Sobelovým testem. Uvedená studie nepotvrdila efekt intervence ve vztahu k poruchám chování a užívání drog, potvrzen byl pouze ve vztahu k symptomům poruchy opozičního vzporu (ODD). Studie potvrdila, že sociální dovednosti a efektivní výchovné metody (identifikované po třetím roce longitudiálního zkoumání) byly mediátory efektu intervence na symptomy ODD po šesti letech zkoumání.

Příklady mediačních modelů v prevenci užívání návykových látek podle typů modelů

Bühler, Schröder, Silbereisen (2008) testovali efekt programu prevence, který byl zaměřený na rozvoj životních dovedností. Příkladem *konzistentního mediačního modelu* bylo zjištění, že součástí programu zaměřené na zvládnání každodenních povinností a úkolů (rozvoj způsobilosti k řešení problémů, komunikačních dovedností) pomáhaly studentům rozvíjet kritický pohled na užívání návykových látek a redukovat kouření tabákových cigaret. Příkladem *nekonzistentního mediačního efektu* byl výsledek, podle něhož školáci, kteří absolvovali program prevence, sice udávali pravděpodobně nižší úroveň kouření tabákových cigaret a vyšší úroveň sociálních dovedností, ale rozvoj dovedností pro život nebyl příčinou nekouření školáků. Skóre mediačního

efektu indikovalo asociaci mezi rozvojem životních dovedností a výskytem nikotinové závislosti. Avšak podrobnější analýza ukázala, že vyšší úroveň životních dovedností byla zjištěna mezi kuřáky než mezi školáky, kteří v době testování zůstali ve skupině experimentálních kuřáků a nekuřáků. Avšak nejvyšší nárůst životních dovedností uváděli školáci, kteří přestali kouřit.

Příklad *konzistentního mediačního modelu* můžeme najít ve studii Koninga et al. (2013). Studie prezentuje výsledky zkoumání efektu programu Prevention of Alcohol use in Students (PAS) na víkendovou konzumaci alkoholu adolescenty. Výsledky potvrdily efekt kombinovaného programu prevence (program realizovaný mezi rodiči i adolescenty) a mediační efekt nárůstu dovedností (sebekontrola a pravidla týkající se alkoholu) na prevalenci excesivní víkendové konzumace alkoholu adolescenty.

Konzistentní mediační modely a příklady *nemediací* lze najít ve studii Kulesza et al. (2013). Cílem studie bylo zkoumat účinnost krátkých intervencí zaměřených na redukci konzumace alkoholu a negativních důsledků souvisejících s konzumací alkoholu mezi vysokoškolskými konzumenty alkoholu. Zkoumanými mediátory efektu intervencí byly deskriptivní normy týkající se konzumace alkoholu vrstevníky, sebeúčinnost odmítání konzumace alkoholu, pozitivní očekávání týkající se konzumace alkoholu a kognitivně-behaviorální copingové dovednosti. Účinnost programů byla potvrzená ve vztahu ke konzumaci alkoholu a následně byly realizovány plánované mediační analýzy. Účinnost programu nebyla potvrzená ve vztahu k negativním důsledkům souvisejícím s konzumací alkoholu, proto *následné mediační analýzy nebyly realizované*. Potvrzený byl *konzistentní mediační efekt* deskriptivních norem a copingových strategií ve vztahu k redukci konzumace alkoholu mezi vysokoškolskými. Mediační efekt pozitivních očekávání souvisejících s konzumací alkoholu potvrzený nebyl, což bylo v souladu s existujícím stavem poznání, proto autoři předpokládali, že příslušná intervenční komponenta nebyla didakticky dostatečná. Podobně nebyl zjištěn mediační efekt sebeúčinnosti odmítání alkoholu, což také nebylo konzistentní s existujícími výzkumnými výsledky. Toto autoři připisovali pravděpodobně nedostatečné validitě měřeného nástroje uvedeného mediátoru.

Dlouhodobý efekt programu prevence Preparing for the Drug Free Years (PDFY) zaměřeného na rozvoj prosociálních dovedností ve vztahu ke konzumaci alkoholu prezentuje studie Masona et al. (2009). Mezi děvčaty, která absolvovala s rodinami PDFY, bylo *konzistentním mediačním modelem* prokázáno zlepšení prosociálních dovedností v adolescenci a uvedené zlepšení bylo spojeno s nižším výskytem poruch souvisejících s konzumací alkoholu v rané dospělosti.

Mason, Mennis, Schmidt (2011) prokázali, že vztah kouření tabákových cigaret a konzumace alkoholu a užívání jiných drog je částečně *konzistentně mediovaný* kvalitou sociálních vztahů adolescentů.

Studie autorů Kuntsche et al. (2010) je příkladem současného *testování více mediátorů*. Cílem studie bylo zkoumání rozsahu, ve kterém motivy (sociální, zlepšování nálady, konformity, copingu) mediují efekt mezi očekávaním souvislostmi s konzumací alkoholu (sociální, zlepšování nálady, konformity, copingu) a konzumací alkoholu školáky. V 10 z 12 výsledků byl zjištěn signifikantní vyšší mediační efekt než efekt přímý.

Příklady mediačních modelů v prevenci užívání návykových látek podle testovaných teoretických východisek, strategií prevence

Mediační mechanismy programu prevence užívání návykových látek založených 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. Stephens et al. (2009) prokázali efekt mediátorů identifikovaných na základě implementace **strategie sociálního vlivu a rozvoje životních způsobilostí** (kompetence) ve vztahu k užívání návykových látek adolescenty.

V literatuře rezonuje určitá nekonzistence mezi teoretickými východisky intervenčních programů a jejich efektivností (Prestwich et al., 2014). Zkoumání různých mechanismů implementace teorie ve vztahu k úrovni efektivnosti intervencí je výzvou, která posiluje úlohu mediačních analýz nejen v psychologickém zkoumání.

2.7 Protektivní a rizikové faktory

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, časná 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,
- interpersonální,
- psychobehaviorální
- biogenetické.

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 (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 suicidiální chování) a c) poruch reprodukčního zdraví, charakterizova-

ných 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 gamblingu 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 odtahité chování ve třídě, odborná nepřipravenost 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 kdekoli 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 & 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 z odolňujícím 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 významnějším 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).

3 Cílové skupiny a kontext realizace školské prevence v praxi

Školská prevence rizikového chování má svoje specifika daná nejen věkem cílové skupiny, ale též sociálně a právně. Velmi zásadní je pak celkový kontext realizace preventivních programů, který je z velké části vázán na školu a její prostředí a pravidla. Tento rámec je určující nejen proto, jaké metody a jakým způsobem mohou být aplikovány, ale také je přitom nutné zohlednit pravidla a širší společenský a legislativní rámec (viz např. také kapitola 8. této publikace).

3.1 Cílové skupiny preventivních programů

Rozlišení cílové skupiny je zásadním požadavkem. Žádný preventivní program není všemocný a nefunguje u všech skupin. Je proto nutné sjednotit kritéria rozlišení těchto skupin a být tak schopni přesně specifikovat, které cílové skupině je program určen a jaký na ni má efekt, a naopak, u kterých skupin již tento efekt není prokazatelný, tedy kde jsou vlastně hranice daného programu. Pro popis cílové skupiny primárně preventivních programů můžeme zvolit různá kritéria. Žádné z nich není vyčerpávající. Obecně platí, že čím je přesnější popis cílové skupiny a čím víc relevantních kritérií se k popisu využije, tím lépe. Každý program musí mít svoji jasně definovanou (ohraničenou) cílovou skupinu. Standardy primární prevence užívání návykových látek z roku 2012 (MŠMT, poslední revize, 2012) definují pro jakýkoli realizovaný program nebo intervenci tři základní požadavky. Tyto požadavky jsou přitom chápány jako naprosto zásadní a při jejich nenaplnění nelze daný program považovat za odpovídající odborným kritériím pro kvalitní a efektivní prevenci, mj. proto, že takový program není evaluovatelný (je prakticky vyloučeno u něj provést zhodnocení kvality a efektivity). Jedním z těchto tří požadavků je, aby každý preventivní program měl svoji jasně *definovanou cílovou skupinu*, kterou lze popsat např. prostřednic-

tvím základních znaků, jako je věk, pohlaví, vzdělání, příslušnost k určité sociální skupině, projevy rizikového chování atd. Realizátor každého programu přitom musí kromě popisu cílové skupiny také uvést kapacitu programu (každý program může být realizován při nějakém minimálním a maximálním počtu osob). Podstatnou součástí definování cílových skupin pro jednotlivé preventivní programy je také zdůvodnění, proč je daný program vhodný právě pro tyto cílové skupiny (např. tím, že byla provedena evaluační studie prokazující účinnost daného programu pro danou populaci) a ne pro některé další (tedy kde účinnost prokázána nebyla). Mělo by být též upřesněno, jaké problémy či specifika definované cílové skupiny program řeší a jak.

Citované standardy MŠMT (2012) nezakotvují žádný jednotný koncept třídění a definování cílových skupin preventivních programů, který by mohl sloužit jako metodické vodítko pro jejich realizátory, případně též donory. Přesto v obecné rovině poskytuje obecný popis několika možných pohledů na třídění cílových skupin a specifikuje určité minimum povinností realizátora preventivních programů v této oblasti:

- Věkové kritérium (podobně jako kritérium rozlišující pohlaví) musí být vždy kombinováno s dalšími kritérii, neboť samo o sobě je nedostatečné. Mezi další patří např.: vzdělání, příslušnost k určité sociální skupině, projevy rizikového chování apod.
- Kritérium vzdělání je velmi významné z hlediska intelektuální náročnosti preventivních programů, a to zejména u edukativně zaměřených programů. Z hlediska místa provádění a dílčích metod je velmi významným kritériem příslušnost k určité sociální skupině (což platí zejména pro skupiny obyvatel ohrožených sociální exkluzí). Pro výběr lze využít samozřejmě také kulturní či náboženská hlediska, neboť ta mají diferenciační schopnost, která je z perspektivy metod preventivního působení velmi významná.
- Kritérium rozlišující profese (vhodné u dospělé populace). Zde je třeba případně zdůvodnění zacílení programu na určitou profesní skupinu doložit konkrétními údaji z různých průzkumů či výzkumů (např. vysoká míra stresu a snadná dostupnost návykových látek u některých medicínských profesí, vysoké emoční zatížení u výchovných poradců, extrémně vysoká míra rizik spojených s užíváním návykových látek u řidičů MHD, policistů a vojáků atd.).
- Významným diferenciačním kritériem je pro cílové skupiny u programů prováděných mimo školy a školská zařízení např. místo, kde lze cílovou skupinu s preventivním programem oslovit (taneční kluby, diskotéky atd.), eventuálně styl hudby, který je členy cílové skupiny preferován (pop, rock, house, techno, hip-hop atd.).

Při popisu cílové skupiny požadují standardy výběr alespoň tří až pěti kritérií, která jsou relevantní vůči realizovanému programu. Není pochopitelně možné zohlednit všechna možná kritéria, která připadají v úvahu, přestože některá z nich mohou diferencovat cílovou skupinu velmi dobře (např. míra a typ výchovných problémů ve škole), nejsou však využitelná pro celé spektrum skupin (např. mimo školu nebo na dospělé populaci). Kromě již zmíněného kritéria věku, profese, sociálního postavení a zdravotního stavu můžeme uvažovat také o kritériích jako je náboženské vyznání, příslušnost k určité neformální sociální či názorové skupině. Spíše bychom tak mohli hovořit o klasifikaci a deskripci samotných kritérií, podle kterých lze cílové skupiny rozlišovat. Dále navržená tři základní kritéria v sobě přitom kombinují hned několik různých rovin a překonávají tak např. oborové hranice. Právě nutnost jejich mezioborového charakteru přitom byla podmínkou použitelnosti pro všechny rezorty zodpovědné za oblast primární prevence rizikového chování.

a) Věkové kritérium

Věkové kritérium diferencuje populaci do celkem pěti cílových skupin. Hranice mezi skupinami současně reflektuje jak významné vývojově-psychologické periody, tak také současný systém věkového členění cílové populace ve školách a školských zařízeních a současně také důležité věkové hranice dané zákonem (hranice trestní odpovědnosti atd.).

- 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)

Věková hranice tří let je pro zahájení primárněpreventivních programů dostačující jako nejnižší věková hranice a současně se zdá, že nemá z hlediska školské prevence praktický smysl v rámci dospělé populace diferencovat populaci na více skupin (mladí dospělí 18–26 let), neboť podrobnější diferenciace nemá prozatím v ČR oporu v reálně provozovaných preventivních strategiích a programech.

b) Kritérium náročnosti

Kritérium náročnosti diferencuje cílovou populaci dle ověřitelné a ve vztahu k rizikovému chování relevantní míry sociální a zdravotní zátěže. Smyslem kritéria je v co možná nejobecnější rovině specifikovat možnou zdra-

votní a sociální zátěž, která se promítá jednak do zvýšené vulnerability vůči jednotlivým typům rizikového chování (tj. větší pravděpodobnosti kontaktu s následnou progresí a komplikacemi), jednak do samotného faktu, že míra zdravotní a sociální zátěže odráží náročnost preventivní práce. Není stejně náročné realizovat preventivní program s dětmi na běžné základní škole a s dětmi například nelegálních imigrantů nebo s dětmi s výraznými poruchami chování. Není proto možné, aby tyto programy byly například dotovány stejnou částkou, neboť jejich finanční náročnost musí odrážet reálné a prokazatelné náklady, které jsou různé u různých programů a různé u stejných programů pro různé cílové skupiny. Termínem *nezasažená populace* se v tomto kontextu míní to, že se v dané populaci zatím konkrétní projev určitého typu výrazně rizikového chování neprojevil.

- Nezasažená populace bez výrazné zdravotně-sociální zátěže
- Nezasažená 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

c) Institucionální kritérium

Institucionální kritérium má v případě školní prevence svá specifika. V kontextu školní prevence se totiž můžeme setkat s několika cílovými skupinami, u kterých má diferenciaci z institucionálního hlediska velký význam nejen z hlediska rezortní příslušnosti, ale také z hlediska různé míry společenské nebezpečnosti dopadů fenoménů, jimž se preventivními programy snažíme předcházet.

Žáci, studenti základních a středních škol

Žáci, studenti a uživatelé jiných školských zařízení jsou nejspíše dostupnou cílovou skupinou pro preventivní programy. Míra institucionální dosažitelnosti této populace je zde velmi dobrá a současně v rámci sítě škol a školských zařízení existuje silná síť podpůrných nástrojů a článků (výchovní pracovníci, školní psychologové atd.), které je možné pro prevenci využít či kteří jsou již do ní dnes zapojeni.

Studenti vysokých škol

Studenti vysokých škol tvoří samostatnou kategorii, neboť spektrum smysluplných/efektivních preventivních intervencí je v jejich případě již užší. To je dáno vyšším intelektem a kritičností, vyšší mírou znalostí spojených s rizikovým chováním a současně zvláštním sociálním statutem vysokoškoláků. Studie přitom ukazují, že se tato populace odliší od zbývajících skupin a vyžaduje odlišný přístup (např. formou sítě VŠ poraden atd.).

Děti a mladiství v zařízeních ústavní péče

Děti a mladiství v zařízeních ústavní péče (zařízení ÚV, OV – ústavní a ochranné výchovy) jsou specifickou, výrazně rizikovou skupinou. Míra institucionální dosažitelnosti této populace je relativně dobrá (pomineme-li například problematiku útěkovosti z těchto zařízení), ale zároveň spektrum rizikového chování u těchto dětí je velmi široké a kategorie sama zahrnuje děti a mladistvé v dětských domovech, v dětských domovech se školou, v diagnostických i výchovných ústavech. V oblasti primární prevence zde mluvíme o cílové skupině, u níž se jedná vždy o selektivní prevenci, neboť rodinné zázemí a složitá osobní situace u těchto dětí přináší vyšší rizikovitost (například i v dětských domovech). U většiny dětí z této kategorie dokonce hovoříme o indikované primární prevenci, neboť se již u nich vyskytly první známky rizikového chování (např. první experimenty s návykovými látkami, šikanování v kolektivu apod.). Mimo rámec primární prevence se často vyskytuje chování dětí a mladistvých v diagnostických a výchovných ústavech, zde lze hovořit většinou o sekundární a terciární prevenci rizikového chování (práce s uživateli, prevence relapsu u abstinujících apod.). Přesto i v těchto zařízeních lze působit primárněpreventivně na jiné oblasti rizikového chování, které se u těchto dětí a mladistvých dosud nevyskytlo.

Nezaměstnaní mladí lidé do 26 let

Nezaměstnaní mladí lidé do 26 let představují potenciálně velmi výrazně rizikovou skupinu z hlediska prevence rizikového chování, přestože je právě tato skupina závislá obvykle na velmi nízkých příjmech plynoucích z různých podpor od státu nebo rodiny či přátel a současně se u ní mohou vyskytovat další sociálně obtížné situace (nezaměstnanost rodičů, neexistence či nezáměr rodičů u dětí prošliých ústavy, nízká kvalifikace atd.). Vyžaduje současně aplikaci specifických preventivních metod daných omezenými možnostmi kontaktovat příslušníky této skupiny.

Rizikové profese

Některé profese patří obecně ve vztahu k určité formě rizikového chování mezi tzv. více exponované a vulnerabilní skupiny, což platí zejména u věkových skupin do 26 let (zejména např. v době těsně po ukončení školní

docházky, v průběhu či po skončení rekvalifikačních kurzů apod.). Tyto skupiny současně vyžadují specifický přístup a programy odpovídající vzdělání a míře zátěže. Podobně je tomu u pomáhajících profesí a celé skupiny pracovníků v sociálních službách, kteří představují v závislosti na míře psychické a fyzické zátěže několik různých rizikových podskupin z hlediska prevence různých typů rizikového chování.

3.2 Kontext a prostředí realizace školských preventivních programů

Prostředím realizace preventivního programu chápeme 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 se může realizovat 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 rámec 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, 2015c). Zásadní je tedy cílová skupina a její specifika ve smyslu kapitoly 3.1. (viz).

Mnoho preventivních programů se realizuje 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 prostorech 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 nejružnější 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 se doporučuje realizovat ve školním prostředí. Za vhodný prostor se považuje např. klubovna nebo jiná společenská místnost, školní třída spíše výjimečně. Ve školní třídě se doporučuje 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 se doporučuje 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 se program realizuje. 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 se může realizovat 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 potenciaálně rizikové ve vztahu k užívání návykových látek, proto by pro ně rádi uspořádali program zaměřený na posílení sebevědomí, zvládání 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 posto-

je účastníků. Prostředí realizace takového programu by mělo být pro účastníky bezpečné, s pevným a jasně stanoveným rámcem (pravidla setkávání). Je vhodné, aby se takový program realizoval 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 deseti setkání, skupina je určena pro max. osm 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 se sledují při procesu certifikace preventivního programu. Kromě zajištění organizačního a materiálně-technického zázemí se hodnotí, 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).

3.3 Komunitní spolupráce a základní pojetí primární prevence v komunitě

Pojem komunita pochází z latinského slova *communitas* a znamená lidské společenství, jehož příslušníci jsou spojeni určitou spřízněností a vzájemnou spoluprací. Pojem komunita se používá v mnoha významech. Komunita je charakteristická svými hranicemi (např. geografickými, ekonomickými, sociálními), základními pilíři (společnými zájmy, účinnou komunikací, vzájemnou spoluprací) a strukturou (formální a neformální organizace, jimiž členové komunity prosazují své zájmy). Komunitní práce je podporou a pomocí členům komunity směřující ke zlepšení jejich dovedností, které jim umožní řešit problémy komunity vlastními silami. Komunitní přístup vytváří příležitost pro diskusi a spolupráci jednotlivců a skupin při řešení problémů a rozvoji komunity. Komunitní péče je uspořádáním služeb pro občany, které jsou zaměřeny na ohrožené jedince nebo skupiny v dané komunitě.

Vznik komunitní práce se datuje do období industrializace a urbanismu, kdy docházelo k rozpadu tradičních komunit, který měl za následek vznik nových sociálních problémů (masová nezaměstnanost a chudoba). První organizace komunitního charakteru založené ve Spojených státech a Anglii ve druhé polovině 19. století zapojovaly dobrovolníky, kteří pracovali se sociálně vyloučenými skupinami obyvatel za účelem podpory jejich soběstačnosti. Další prudký rozvoj zaznamenaly komunitní projekty v 60. letech 20. století v souvislosti s otevřením ústavů a rozvojem extramurální péče.

V našich podmínkách lze o historii komunitní práce hovořit jen velmi obtížně. Zájmové spolky vznikající na přelomu 19. a 20. století se primárně nezakládaly za účelem vyvolání sociálních změn v komunitě. Vývoj komunitní práce byl u nás i ve světě přerušen dvěma světovými válkami. Po roce 1948 byly v našich zemích tyto zájmové aktivity centralizovány, za vlády totalitního režimu byly veškeré nezávislé občanské aktivity potlačovány. Obnova či vznik komunitních organizací po roce 1989 probíhaly jen velmi pomalu. V polovině 90. let vznikaly za významné zahraniční finanční pomoci zastřešující organizace pro komunitní rozvoj. Po roce 2000 začíná v této oblasti vyvíjet iniciativu veřejná správa, která zahajuje proces komunitního plánování sociálních služeb.

Prevence v komunitě znamená účast členů komunity při předcházení problémů způsobených užíváním návykových látek všemi prostředky, které daná komunita může využít. Idea prevence v komunitě vychází z poznatků z oblasti prevence závislostí na návykových látkách ve spojení s principy komunitní práce. Základními cíli prevence v komunitě jsou:

- posilování schopnosti členů komunity přebírat zodpovědnost za svůj osud a postarat se o své rizikové členy,
- vytváření specifických programů pro osoby v rizikových situacích,
- podporování zdravého životního stylu a vytváření vhodných podmínek pro jeho uplatňování,
- poskytování objektivních informací o problematice v dané lokalitě,
- iniciování a podporování komunikace a spolupráce jednotlivců a místních skupin s důrazem na efektivní řešení problematiky.

Cílová skupina prevence v komunitě se dělí na primární a sekundární. Primární (konečná) cílová skupina je ta, jejímuž rizikovému chování chceme předejít. Obecně řečeno, jsou to děti a mladí lidé, kteří jsou potenciálními či reálnými nositeli rizikového chování. Sekundární (intermediární) cílová skupina je ta, která má jakýkoli vliv na primární cílovou skupinu (např. rodiče, pedagogové, sociální pracovníci, osobnosti veřejného života). Realizátorem prevence v komunitě je klíčová osoba, která má zájem na řešení dané problematiky. Může být zaměstnancem místní správy nebo neziskové organizace. Realizátor iniciuje vznik multidisciplinárního realizačního týmu a ve spolupráci s ním dále koordinuje veškeré preventivní aktivity v komunitě, přičemž spolupracuje s dalšími organizacemi působícími v místě realizace projektu. Neméně důležitým úkolem realizátora je vyhledávání lidských, materiálních a finančních zdrojů v komunitě. Samotná realizace komunitního projektu má následující fáze: zjišťování a analýzy potřeb, vytváření sítě, plánování, realizace a vyhodnocení.

Zjišťování a analýza potřeb: Cílem mapování potřeb komunity je získání informací o aktuální situaci, které jsou nezbytné pro zdůvodnění potřebnosti projektu, potažmo pro získání zdrojů pro jeho realizaci. Metody mapování potřeb zapojují jak experty a vůdčí osobnosti komunity, tak širokou veřejnost.

Vytváření sítě: Na základě mapování nebo v jeho průběhu probíhá síťování, jehož cílem je vytvoření široké občanské platformy pro podporu projektu. Při realizaci prevence v komunitě jde zejména o iniciativy zacílené na děti a mládež, místní politiky, významné osobnosti a důležité instituce a organizace v dané lokalitě.

Plánování: Plánování prevence v komunitě spočívá ve vytvoření projektu, který jasně formuluje problém nebo potřebu, cíle, cílovou skupinu, možnosti řešení, časové, finanční a personální nároky a způsoby hodnocení úspěšnosti projektu.

Realizace projektu: Během této fáze se klade důraz na účinnou komunikaci uvnitř realizačního týmu i navenek, plánování a koordinaci jednotlivých aktivit, průhlednost financování, mediální prezentaci a průběžné vyhod-

nocování efektivity projektu, na jehož základě probíhá postupné rozšíření projektu do celé komunity.

Vyhodnocení: Evaluace projektu probíhá prostřednictvím realizačního týmu a zároveň všech zúčastněných (včetně cílových) skupin, proto je nutné působení hodnotitele zvenčí. Důležité je počáteční srozumitelné formulování cílů projektu tak, aby byly výsledky projektu dobře měřitelné a hodnotitelné.

Idea prevence v komunitě ukazuje, že prevence užívání návykových látek může být účinná a smysluplná jen za účasti členů komunity a místních skupin na řešení problému. Efektivní komunitní projekt preventivních aktivit musí zahrnovat všechny složky prevence, tj. primární (specifickou i nespecifickou), sekundární a terciární prevenci. Neméně důležitým ukazatelem efektivního projektu je míra využití potenciálu místních obyvatel a jejich aktivního zapojení při řešení problému. V našich podmínkách je hlavní překážkou naplnění cílů prevence v komunitě nedostatek komunitního vědomí a zkušeností ze strany nestátních a státních organizací, ale i místní a státní správy, která v ní má nezastupitelnou roli. Tento stav se začíná v poslední době zlepšovat, a to zejména v souvislosti se zahájením procesu komunitního plánování sociálních služeb, mezi kterými má své místo i prevence sociálně nežádoucích jevů. Efektivní komunitní plánování se může realizovat jen za účasti všech zainteresovaných subjektů – zadavatele (koordinátora komunitního projektu), poskytovatele (realizátora preventivních aktivit) a uživatele (zástupců cílové skupiny).

4 Systém školské primární prevence rizikového chování

Školskou prevencí rizikového chování rozumíme z logiky názvu soubor přístupů, metod a intervencí, které jsou koncepčně rozvíjeny a garantovány v rámci sektoru školství a jejichž společným jmenovatelem je rezortní legislativní rámec Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Cílovou skupinu zde primárně tvoří děti, mládež a mladí dospělí (viz též kapitola 3.1.). Institucionálně je pak tato oblast prevence vázána na síť škol a školských zařízení a na systém institucí a služeb s nimi přímo spojených. V tomto smyslu lze současně školskou koncepci primární prevence nahlížet jako jádro preventivních programů vůbec, neboť zahrnuje hlavní, respektive nejpočetnější cílové skupiny z hlediska preventivního působení vůbec. Současně by jakékoliv jiné rezorty, jejichž část primární prevence zasahuje tyto cílové skupiny a instituce (např. část programů rozvíjených Ministerstvem vnitra a Ministerstvem zdravotnictví), měly svými koncepčními dokumenty samozřejmě primárně respektovat základní nastavení školské prevence a roli samotného Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, pokud vstupují se svými programy na půdu školských institucí. Totéž pak platí opačně pro oblasti, kde pro změnu každý z uvedených rezortů má dominantní roli. Roli všech dotčených ministerstev však nejde takto jednoduše popsat a definovat prostřednictvím cílových skupin nebo institucionálního rámce. Je nutné ještě zohlednit samotné tematické hledisko. Z tematického hlediska je definování jejich rolí snadnější. Pokud například všechny tři rezorty sdílí stejnou cílovou skupinu (např. děti ve školách a školských zařízeních ve věku do 15 let), pak přestože se jedná institucionálně o linii MŠMT, je pro oblast zdravotních programů (např. prevenci poruch příjmu potravy nebo prevenci úrazů spojených s extrémně rizikovými sporty) dominantní role MZ a analogicky pro oblast prevence kriminality (prevence krádeží, domácího násilí atd.) dominantní role MV. V praxi je proto důležité zohlednit a respektovat všechna hlediska a propojovat jednotlivé oblasti tak, aby výsledná podoba preventivních programů tvořila jednotný rámec na sebe dobře navazujících programů, které respektují vlastnosti a potřeby cílové skupiny. Legislativně je prozatím celá oblast ošetřena nejednotným

způsobem a základní dokumenty nejsou vždy mezi sebou dobře provázány, sjednoceny v přístupu a často užívají různý slovník. Přehled všech relevantních vyhlášek a dalších typů norem je v přehledu dokumentů v příloze č. 5 této publikace.

4.1 Organizační rámec školské prevence v ČR

V koordinaci primární prevence rizikového chování existuje dodnes, jak již bylo v předchozí části textu řečeno, určitá vícekolejnost. Ta je dána jednak historicky a jednak nízkou propojeností prevence na rezortní úrovni. V publikaci se budeme věnovat především tzv. školní prevenci, spadající dominantně do gesce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, přestože by bylo ze systémového hlediska správné popisovat všechny linie prevence. Upozorňujeme proto čtenáře na tuto disproporci a upozorňujeme, že kromě následujícího popisu koordinace školní prevence existují paralelně s tím různé další úrovně preventivních opatření (nebo přímo celé systémy preventivních opatření) realizované a koordinované jinými subjekty. Mezi ty největší patří systém prevence kriminality v gesci Ministerstva vnitra, do které spadá pochopitelně značná část fenoménů dotýkajících se také školní prevence (např. prevence extrémních agresivních projevů, prevence drogové kriminality atd.). Oba systémy jsou samozřejmě v koncepční rovině plně kompatibilní a dnes existující rozpory mají své kořeny v nedůsledném používání zastaralé či chybné terminologie a nedostatečné komunikaci mezi oběma rezorty, často kombinované s ne vždy správnou aplikací výchozích teoretických konceptů. Podobná situace panuje v oblasti zdravotní prevence, kde v rámci Ministerstva zdravotnictví existují dodnes analogické problémy ve vztahu ke školní prevenci. To se týká jak programu Zdraví 21, tak dalších aktivit Ministerstva zdravotnictví nebo jemu rezortně příslušných institucí (např. zdravotní ústavy atd.), kde dodnes přetrvává slabá komunikační propojenost s rezortem školství a kde dodnes existují linie, které nejsou jednotlivými rezorty mezi sebou navzájem dostatečně komunikovány a postup synchronizován.

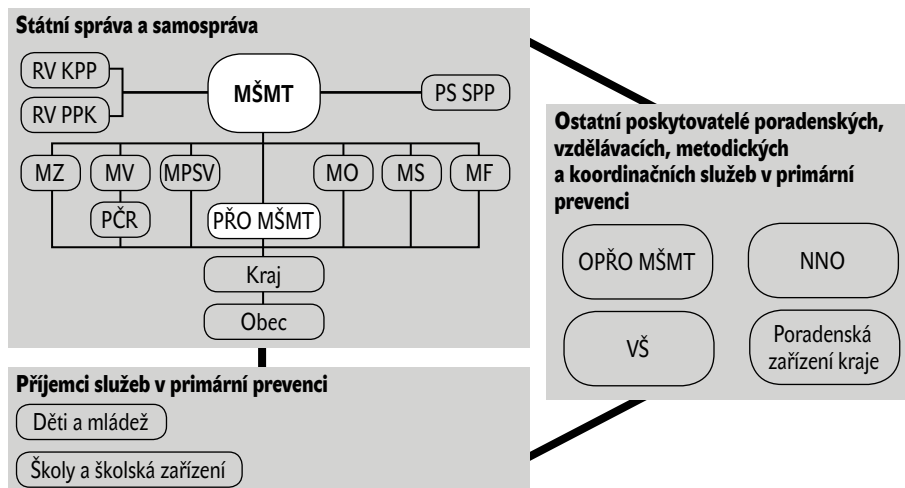
a) Koordinační rámec školské prevence a role MŠMT

Ve školní prevenci na *horizontální úrovni* MŠMT aktivně spolupracuje s věcně příslušnými rezorty (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo obrany) a nadrezortními orgány (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády a Republikový výbor prevence kriminality při Ministerstvu vnit-

ra – v těchto orgánech jsou zastoupeny všechny věcně příslušné rezorty). Meziřezortní spolupráce byla v roce 2010 rozšířena o Ministerstvo financí a Ministerstvo spravedlnosti. Bohužel doposud nedošlo k adekvátnímu zapojení Ministerstva průmyslu a dopravy (např. pro oblast prevence užívání návykových látek v dopravě nebo problémy se zneužíváním průmyslových látek k čichání atd.). Spolupráce na této úrovni je do značné míry dána dobrovolností a ochotou jednotlivých rezortů a chybí zde pevnější legislativní rámec určující pravidla komunikace a především specifikující jasné zodpovědnosti a kompetence jednotlivých aktérů.

V rámci horizontální úrovně byly ustanoveny při MŠMT jednak *Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence a jednak Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů* (terminologicky vychází název ze starších koncepčních dokumentů a nebyl doposud upraven) složené ze zástupců věcně příslušných rezortů, krajů, akademické obce, nestátních neziskových organizací, školských poradenských zařízení, vysokých škol, přímo řízených organizací ministerstva a vybraných odborníků na danou problematiku. Cílem pracovních skupin je spolupráce, sjednocení přístupů a koordinace činností v dané oblasti napříč rezorty.

Na *vertikální úrovni* MŠMT metodicky vede a koordinuje síť školských koordinátorů, tvořenou krajskými školskými koordinátory prevence (pracovníci odborů školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školními metodiky prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních).



Obrázek 8 | Schematické vyjádření koordinační role MŠMT v systému prevence rizikového chování ve školství. Význam zkratk v obrázku je uveden v samostatném oddílu Zkratky na konci publikace

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy má v oblasti školní prevence rizikového chování klíčovou roli v její koordinaci. V oblasti primární prevence užívání návykových látek bylo MŠMT zvláštním usnesením vlády č. 549/2003, o posílení národní protidrogové politiky, pověřeno koordinací primární protidrogové prevence na mezirezortní úrovni. Je to dáno nejen celkovým počtem dětí, žáků a studentů vzdělávajících se ve školách, ale také celkovou délkou působení školního prostředí na ně. Období školního vzdělávání má velmi významnou funkci v oblasti formování osobnosti mladých lidí a vše, co se v tomto období nepodaří, se jen velmi obtížně napravuje v období dospělosti. Toto je také důvod, proč je oblasti primární prevence rizikového chování u školní populace věnována mimořádná pozornost, a to nejen ze strany ministerstva, ale i všech dalších složek podílejících se na řízení školství, zvláště pak krajů a obcí. MŠMT v oblasti prevence rizikového chování plní několik důležitých úkolů. Jednak je to vytváření klíčových koncepčních dokumentů a formulování strategií pro dané oblasti, stanovení priorit na budoucí období, podpora vytváření vazeb a struktury subjektů realizujících či spolupodílejících se na vytyčených prioritách a v neposlední řadě podpora vytváření materiálních, personálních a finančních podmínek nezbytných pro vlastní realizaci prevence ve školství.

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství na období 2005–2008 MŠMT z roku 2004 byla v předchozích dvou obdobích stěžejním dokumentem rezortu školství, mládeže a tělovýchovy. Aktuálně platným dokumentem je Národní strategie primární prevence (2013–2018) z roku 2013, která je klíčovým dokumentem rezortu školství, mládeže a tělovýchovy. Vychází ze závěrů pravidelných jednání s krajskými koordinátory a metodiky prevence, výsledků analýzy potřeb terénu, z dlouhodobých cílů stanovených strategiemi nadrezortních orgánů, ze zkušeností z naplňování koncepcí prevence užívání návykových látek a dalších forem rizikového chování u dětí a mládeže z předešlých období.

Strategie prevence rezortu školství je vypracovaná v souladu s Národním programem rozvoje vzdělávání, tzv. Bílou knihou, s Akčním plánem Evropské unie boje proti drogám, s Usnesením vlády ČR č. 1305 o Národní strategii protidrogové politiky na období 2005–2009, s Usnesením vlády ČR č. 393 ke Strategii prevence kriminality na léta 2005–2008 a dokumentem WHO Evropské zdraví 21 – Cíl 12 a s Usnesením vlády č. 1046 k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století (viz také dále v části B podkapitoly 2.1). Strategie prevence je samozřejmě také v souladu se Standardy primární prevence (viz www.msmt.cz, kde jsou zveřejněny v plném platném znění). Základními cíli platné strategie primární prevence na období 2005–2008 jsou výchova ke zdravému životnímu stylu, rozvoj a podpora sociálních kompetencí a zkvalitnění koordinace a kontroly specifické pri-

mární prevence napříč rezorty dosáhnout vyšší kvality a efektivity prováděných programů. Konkretizace a harmonogram plnění jednotlivých cílů ve Strategii obsažených jsou rozpracovány v Akčním plánu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. V návaznosti na Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), který ukládá školám a školským zařízením povinnost realizovat primárněpreventivní aktivity, byla schválena:

- vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. V rámci této vyhlášky je z hlediska primární prevence definován jednak systém primární prevence na regionální úrovni zabezpečený metodikem prevence a ve školách a školských zařízeních školním metodikem prevence a jednak rozsah a obsah standardní činnosti školských poradenských zařízení,
- vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, která nabývá účinnosti dnem 1. září 2005. Tato vyhláška stanovuje mimo jiné kvalifikační podmínky pro výkon činností v oblasti primární prevence,
- zákon č. 563/2004, o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ukládá v § 9a, že „pedagogickému pracovníkovi, který vedle přímé pedagogické činnosti vykonává také specializované činnosti, k jejichž výkonu jsou nezbytné další kvalifikační předpoklady, se poskytuje příplatek ve výši 1 000 až 2 000 Kč měsíčně“.

b) Realizace programu Zdraví 21¹⁶ v kontextu MŠMT¹⁷

Program Zdraví 21 je v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR a pro potřeby tohoto textu je třeba nejdříve vysvětlit základní principy a charakter programu, aby byl zřejmý jeho vztah k systému prevence rizikového chování. Klíčové pro realizaci programu Zdraví 21 je Usnesení vlády č. 1046 ze dne 30. října 2002, kterým byl přijat Dlouhodobý program zlepšování zdravot-

16 Aktuálně programu Zdraví 2020, jehož dílčí části právě vznikají (2015).

17 Text vznikl zpracováním následujících zdrojových dokumentů pro potřeby rámcového představení programu Zdraví 21 pro potřeby této publikace (WHO, 1999; MZ, 1999): Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (projednán vládou České republiky dne 30. října 2002 – usnesení vlády č. 1046), www.msmt.cz. Čtvrtá zpráva o naplňování Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století (Program ZDRAVÍ 21). Plnění za rok 2006, www.mzcr.cz. Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, vydáno v rámci řešení projektu „Health Promotion Review in the Czech Republic (BCA 2002–2003)“, 1. vydání, Kostelec nad Černými lesy 2004. Zdraví 21, Výklad základních pojmů, Úvod do evropské zdravotní strategie, Ministerstvo zdravotnictví, 1. vydání, Praha 2004.

ního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století – Zdraví 21. Jednotlivé rezorty mají v rámci programu uložené dílčí úkoly a jedna z částí je samozřejmě zajišťována také přímo v rámci MŠMT. Ze systémového hlediska si je tak třeba uvědomit, že pro oblast prevence rizikového chování se v oblasti programu Zdraví 21 jedná o několik různých rovin, v nichž se program prevence dotýká. Jde tedy jak o aktivity přímo MZ nebo jeho přímo řízených organizací či partnerů, tak také o aktivity, za které nesou odpovědnost jiné rezorty v rámci národní úrovně programu Zdraví 21 a které se prevence rizikového chování dotýkají.

Rozvoj poznání v oblasti determinant zdraví vyústil na poli WHO k vypracování široké celospolečenské strategie Zdraví pro všechny do r. 2000 (Health for All, HFA) s cílem zlepšit zdravotní stav obyvatelstva. Česká republika (do r. 1990 Československo) se v 80. letech 20. století zavázala k implementaci programu HFA, nebyla však zpracována česká strategie programu. Od poloviny šedesátých let 20. století přitom dochází v ČR ke stagnaci nebo k poklesu ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, roste nemocnost, invalidita a úmrtnost na nemoci oběhové a onkologické, vzrůstá počet a závažnost onemocnění podmíněných psychickými a psychosociálními faktory. V rezortu zdravotnictví vzniklo a zaniklo několik institucí, které se měly zabývat komplexní podporou zdraví, např. již dříve v textu zmíněné Národní centrum podpory zdraví (existovalo v letech 1991–1995).

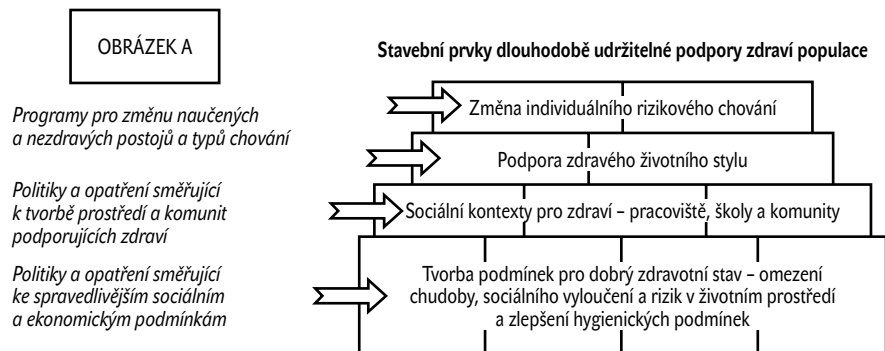
V roce 1992 byla schválena střednědobá strategie Národní program obnovy a podpory zdraví. Vychází do značné míry z HFA (zaměřuje se na zvyšování celkové úrovně zdraví obyvatel a na snižování nežádoucích rozdílů ve zdravotním stavu jednotlivých populačních skupin), nepřijímá však jeho přístup k realizaci – stanovení konkrétních a měřitelných cílů (cíle až na několik výjimek nejsou kvantifikovány), které by měly vycházet ze specifických národních podmínek, nejsou uvedeny ukazatele hodnocení deklarovaných cílů (navržené strategie jsou: podpora nekuřáctví, ozdravení výživy, zdravá města, zdravá rodina, zdravá škola, zdravý podnik, ochrana zdraví a prevence nemocí ve vznikající soustavě zdravotního pojištění). V roce 1994 byla ministrem zdravotnictví jmenována Národní rada zdraví (předsedou byl ministr zdravotnictví, hlavní hygienik místopředsedou a členy byli vysocí zástupci rezortů, odborů, některých vysokých škol a neziskových organizací) jako poradní orgán Ministerstva zdravotnictví. Posláním Národní rady zdraví bylo realizovat v té době připravovaný Národní program zdraví. Národní rada zdraví se však nikdy nestala živým a systematicky pracujícím útvarem, nikdy se pravidelně nescházela.

V roce 1995 vzala vláda na vědomí Národní program zdraví, ve kterém byla na základě popsání hlavních zdravotních problémů, tj. kardiovaskulárních a nádorových onemocnění, narušování přirozené obměny populace, duševních nemocí, drogových závislostí, HIV/AIDS, stanovena jako

priorita změna životního stylu. Realizace cílů programu má dosud podobu konkrétních projektů – Projekty podpory zdraví (dotační program Ministerstva zdravotnictví). V roce 1998 schválila vláda ČR Akční plán zdraví a životního prostředí (NEHAP). Dokument reflektuje nejen situaci v ČR, ale zejména celoevropské aktivity zaměřené na zlepšování životního prostředí (konference ministrů životního prostředí a zdravotnictví, Evropská charta, Helsinská konference z r. 1994) včetně rozšiřování EU. NEHAP stanovuje devět hlavních zdravotních problémů. K okruhům uváděným v Národním programu zdraví přistupují další okruhy, kterými jsou patologické změny imunity a vrozené a systémové vady. NEHAP poskytuje podrobný popis stávající situace (zejména v oblasti životního prostředí), méně se věnuje aktivitám k zvládnutí negativních faktorů životního stylu. V roce 2000, po deseti letech práce různých zdravotních skupin, byl přijat zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Veřejné zdraví definuje jako „zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života“.

Program Zdraví 21 je prozatímním završením tohoto vývoje. Pochopitelně bylo i na celostátní úrovni od té doby vykonáno mnoho práce – v roce 2007 byl schválen Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007–2017, připravil se Národní akční plán zaměřený na předcházení obezité, byla přijata Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže 2005–2008, atd. Zdraví 21 se však snaží postihnout komplexní determinanty podpory zdraví, usiluje o celostní přístup. Nezaměřuje se pouze na takové aktivity, které usilují o změnu chování jednotlivce v reakci na konkrétní rizikový faktor. Celý program, stejně jako předchozí dokumenty, vychází z pojmu zdraví jako takového, chápaného podle definice WHO (Světová zdravotnická organizace) jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci“. Tato definice byla přijata i do řady klíčových dokumentů dalších rezortů, jedním z nich je např. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání závazný pro výuku na školách poskytujících základní vzdělávání v ČR. Podpora zdraví se tedy nesoustřeďuje pouze na podporu zdravého životního stylu, jak je patrné z obrázku 9.

Hlavním záměrem Zdraví 21 je prostřednictvím 21 cílů vybudovat fungující model komplexní péče o zdraví a podpory zdraví v celé společnosti. Význam Zdraví 21 je v tom, že představuje racionální a strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj vypracovaný týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Představuje rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a předpokládá účast všech složek společnosti na jeho plnění. Za plnění Zdraví 21 odpovídá vláda ČR. Jejím poradním orgánem je Rada pro zdraví a životní prostředí.



Obrázek 9 | Praktická realizace Ottawské charty a Zdraví 21

Důležitým cílem Zdraví 21 je snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř jednotlivých států, ale i mezi jednotlivými státy Evropy, protože jsou jedním z prvků sociálních nerovností a faktorem, který může ovlivňovat stabilitu národních společností a ve svých důsledcích i evropského regionu. ČR nepatří z tohoto hlediska mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva, to však neznamená, že neřeší problematické otázky. Přes znatelný pokrok dosud ČR nedosáhla bohužel parametrů zdraví nejvyspělejších demokratických průmyslových států. Navíc je úroveň zdraví charakterizována výraznou časovou dynamikou – zdraví jednotlivce a populace v prosperujících společnostech vykazuje vzestupnou tendenci a stále se posunuje výš.

V některých zemích se běžně používá metoda hodnocení dopadu strategických rozhodnutí – politik, plánů a programů – na zdraví (Health Impact Assessment), zatímco v ČR se ve větším měřítku tento systém uplatňovat teprve začíná. Jedná se o dopady zásadních rozhodnutí v oblasti energetiky, dopravy, zemědělství, průmyslu, vzdělávání, zaměstnanosti a sociálních věcí či financí, které se mohou projevit v kvalitě zdraví. Je známo, že např. dopravní obslužnost významně ovlivňuje dostupnost zdravotní péče, že obsah a úroveň vzdělávání silně determinují postoje ke zdraví, že důležitým předpokladem dobrého zdraví je socioekonomická úroveň lidí. Zdraví 21 je v souladu se všemi dosud schválenými dokumenty, které se dotýkají zdraví občanů ČR, jakými jsou např. Státní politika životního prostředí, Dopravní politika, Energetická politika, Národní strategie bezpečnosti silničního provozu, Národní strategie rozvoje cyklistické dopravy, Státní program environmentálního vzdělávání, výchovy a osvěty, Národní akční plán sociálního začleňování ČR, Národní koncepce rodinné politiky, Národní program přípravy na stárnutí a další.

Některé nepříznivé determinanty budou zřejmě ovlivňovat zdraví v příštích deseti letech podobně jako dosud. Týká se to nedostatků v životním

stylu – kouření, nevyvážené výživy, nadměrné spotřeby alkoholu, nedostatku pohybu, stresu, zneužívání drog, podceňování rizika úrazů a nepříznivých účinků pracovního prostředí. Nicméně existují důkazy pozitivních změn v chování lidí, které přinesly dílčí úspěchy ve zlepšení skladby výživy některých populačních skupin, v zastavení vzestupu kuřáctví u dospělých mužů a v potlačování některých infekcí. Životní prostředí, kromě hluku, bude mít menší škodlivé dopady na zdraví než v minulosti, pokud nevzniknou nová nebo dosud neznámá rizika. Jedním z nejnápadnějších faktorů určujících zdraví je ve vyspělých státech s tržní ekonomikou socioekonomická úroveň lidí spojená s vysokou úrovní vzdělání. Vzestup hospodářské prosperity ČR bude stálý zájem společnosti o zdraví podporovat.

Program Zdraví 21 plní rezort školství především v oblasti výchovy a vzdělávání, výzkumu, tělovýchovy a sportu. S těmito základními oblastmi souvisí řada navazujících systémových činností, jako je například legislativa, další vzdělávání pedagogických pracovníků, dotační programy atp., v nichž jsou aktivity a úkoly programu Zdraví 21 začleněny. Na základě zákonů a navazujících právních předpisů probíhá v současné době reforma školství. Rámcové vzdělávací programy, které stanovují zejména konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání, obsahují i podmínky bezpečnosti a ochrany zdraví. Jsou závazné pro tvorbu školních vzdělávacích programů, hodnocení výsledků vzdělávání dětí a žáků, tvorbu a posuzování učebnic a učebních textů a dále jsou závazným základem pro stanovení výše přidělovaných finančních prostředků. Uplatňování předpisů v praxi, průběh a výsledky vzdělávání zjišťuje a hodnotí Česká školní inspekce (ČŠI). Její pracovníci procházejí v souladu s programem Zdraví 21 vzděláváním v oblasti výchovy ke zdraví.

Dotační programy vyhlašované MŠMT podporují volnočasové a sportovní aktivity, vysoké školy, vědu a výzkum, prevenci rizikového chování. Fakulty vysokých škol připravujících učitele věnují výchově ke zdraví stále víc pozornosti, jsou akreditovány studijní programy připravující učitele pro výuku podle rámcových vzdělávacích programů. S pregraduální přípravou úzce souvisí i další vzdělávání, které se uskutečňuje na vysokých školách, samostudiem, v zařízeních dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků a v jiných zařízeních na základě akreditace udělené ministerstvem.

c) Budoucí možnosti koordinace školské prevence na krajské a regionální úrovni

V průběhu posledních let se stále víc diskutuje o tom, že současný stav koordinace primární prevence rizikového chování není na krajské a regionální úrovni dostačující a dlouhodobě neplní svoji funkci. Po dlouhý čas se neobjevovaly žádné koncepční návrhy, a tak bylo de facto jedinou možností pokusit se v rámci daných možností o lepší využití stávajících článků systému. Bohu-

žel se na krajské úrovni, ani úrovni pověřených obcí nejedná o jednoduchý úkol. Pokud na krajské úrovni existují hned tři koordinační pracovníci:

- krajský protidrogový koordinátor (pracující v metodické linii s RVKPP Úřadu vlády), pohybující se v rámci Národní strategie drogové politiky,
- krajský školský koordinátor prevence (pracující v metodické linii MŠMT), pohybující se v rámci Národní strategie prevence sociálněpatologických jevů,
- krajský manažer prevence kriminality (pracující v metodické linii MV), pohybující se v rámci Národní strategie prevence kriminality,

je velmi obtížné dosáhnout sjednocení přístupu. Jedná se o různé dotační zdroje a různé metodické linie řízení. Pokud neexistuje jasná shoda na centrální úrovni, těžko lze očekávat shodu a harmonizaci přístupu na úrovních nižších. Přesto se v některých krajích dařilo a daří mnoho aktivit vzájemně synchronizovat a díky dobré komunikaci a motivaci příslušných pracovníků je situace v některých krajích lepší. V průběhu posledních šesti let byl stále víc diskutován model tzv. krajských a regionálních center prevence, který se původně objevil jako pracovní koncept v rámci Phare Twinning projektu mezi Českou republikou a Rakouskem v roce 2001. V některých místech České republiky pak tento model víceméně začal spontánně fungovat i bez jakýchkoli koncepcí a dokumentů. Zrodil se tak nápad zpracovat iniciativu z terénu do koncepční podoby a pokusit se ji ověřit na několika místech a zvážit následně, zda by právě tento model nemohl být hledaným východiskem. Záměr se promítl též do klíčových dokumentů MŠMT a RVKPP a současně s ním začaly pracovat též některé z krajů (např. Jihomoravský kraj). V dalším textu představujeme pouze první pracovní verzi¹⁸ (Miovský et al., 2009) záměru, který prozatím nebyl dále rozvíjen ani upřesněn. V tomto smyslu zde materiál představujeme se záměrem facilitovat diskusi o možnostech, případně rizicích realizace takto náročného konceptu řízení a koordinace a umožnit seznámit se s ním co nejširší cílové skupině odborníků v primární prevenci.

Návrh koncepce regionálních a krajských center prevence navazuje na původní návrh vzniklý v rámci Phare Twinning projektu mezi Českou republikou a Rakouskem. Přestože od návrhu uplynulo téměř 15 let, nedošlo k žádné zásadní změně, která by koncepčně dokázala řešit základní problémy, s nimiž se primární prevence potýká. V zásadě tak přetrvává stav, kdy např. na území některých krajů vzniklo několik originálních a kvalitních preventivních programů, avšak nedošlo ke vzniku ucelené koncepce

18 Miovský, M. et al. (2009). Návrh pilotního projektu: Krajská centra primární prevence. Pracovní dokument verze 2. Materiál úzce vychází z výsledků práce pracovní skupiny projektu Phare Twinning project „Drug Policy“ (pracovní skupina pro prevenci) a dokumentu Příloha č. III/1/5 Závěrečné zprávy č. III/1.

systémově řešit zajištění všech základních oblastí prevence. Objevily se též různé návrhy na systémové řešení, ale žádný z nich doposud neumožňoval realizaci v akceptovatelné podobě. Uvedený materiál si neklade za cíl přinést definitivní řešení, ale nabídnout do diskuse variantu, která by mohla za určitých okolností představovat alternativu k dosavadním návrhům, jež bude akceptovatelná pro všechny zainteresované strany a překlene existující rozpory v koncepčních představách. Návrh současně plně respektuje historické souvislosti vývoje celé oblasti a anticipuje další vývoj klíčových blízkých oblastí, jako je školní poradenství atd.

Metodické centrum by mělo být schopno plnit metodickou a koordinační funkci, která však stojí na principu dobrovolnosti. Tedy žádná z organizací existující v kterékoli části kraje by nebyla tomuto centru organizačně podřízena. Striktně by byl dodržen princip dobrovolného zapojení do systému, který by vyžadoval splnění základních předpokladů (např. certifikaci programu, jednotný systém evidence výkonů, sdílení základních principů vyjednaných mezi všemi subjekty a krajským úřadem atd.), avšak nedocházelo by k žádnému finančnímu ani jinému podobnému organizačnímu propojení. Metodické centrum by současně na úrovni kraje vytvářelo jednotný koncepční rámec propojující různé části odpovídající rezortním liniím a v tomto směru by bylo úzce spojeno s krajským úřadem (jednou z možností by byla právní forma přímo řízené organizace jevící se z tohoto úhlu pohledu jako výhodná – nicméně stejně tak je vhodná varianta, kdy by se jednalo o NNO, subjekt přímo řízený v rámci PPP nebo rozšířené oddělení kraje). Vzájemný vztah mezi metodickým centrem a jednotlivými organizacemi by byl především na úrovni metodické podpory, vývoje nových programů, pomoci při vzájemné harmonizaci programů, mediační role, evaluace a evidence, vzdělávání a celokrajských projektů (např. ESF projekty, projekty Public health atd.). Mediační role by současně neměla pouze rovinu vyjednávání mezi různými částmi systému (např. zdravotnickou a školskou prevencí), ale také úroveň pomoci a podpory při zajištění financování celého systému a jeho dlouhodobé stability.

Tento princip je pro vznik metodického centra naprosto zásadní. Celý proces nesmí ohrozit dosavadní kontinuitu vývoje preventivních programů tam, kde reálně existují. Jasně se ukazuje, že vznik jednotné koncepce nevyžaduje uniformitu z hlediska právního statutu jednotlivých aktérů. Dosavadní zkušenost a některé provedené studie ukazují dostatečně přesvědčivě, že jde o sdílená kritéria kvality a základních organizačních principů, nikoli o právní statut. Je-li tedy v jedné části kraje v současnosti funkční PPP věnující se specifické primární prevenci, nehraje pro předkládanou koncepci roli, zda pro daný region to bude právě ona, která bude zodpovědná za realizaci programů, nebo zda to v jiném regionu bude nestátní nezisková nebo privátní organizace. Systém je v tomto směru zcela

pluralitní a zásadní je pouze to, že základním principem je společná definice základních pojmů, stejné časové jednotky a obsah práce s cílovou skupinou. Není dokonce nutné, aby jednotlivé regiony kraje měly totožné všechny články subsystému preventivních programů a variabilita je jednoznačně východiskem pro řešení velmi různých podmínek různých regionů. Vstupním předpokladem je tedy schopnost identifikovat vhodné subjekty v regionu a po zjištění a srovnání jejich podmínek integrovat tyto subjekty do jednotného návrhu. Ten samozřejmě musí být natolik pružný, aby dokázal na existující variabilitu napříč kraji adekvátně reagovat.

V současné době se historicky rozvíjejí v různých regionech různé modely primární prevence. Navržená koncepce by do tohoto vývoje neměla zasáhnout s výjimkou několika společných pravidel, která zaručují základní parametry, mezi něž patří splnění přísných kritérií kvality a efektivity za současné trvalé udržitelnosti, tedy hlavně ekonomicky adekvátní zátěže pro donory. V podstatě lze společná pravidla shrnout do několika bodů:

- jednotná kritéria kvality a efektivity,
- jednotný systém evidence (tzv. výkaznictví) a evaluace,
- důraz na soběstačnost škol v oblasti všeobecné prevence,
- respekt a držení hranic specializace všech aktérů v regionu (např. sledování a odstraňování duplicit a držení se definované role každého subjektu atd.),
- nenarušování tematické celistvosti jednotlivých rezortních linií a společné vyjednávání o jejich harmonizaci na úrovni regionu a kraje a nikoli posilování jejich rozdílů,
- sdílení pravidel pro vzdělávání pracovníků a dodržování personálních požadavků na odbornost a zajištění specializovaných programů na úrovni selektivní a indikované prevence,
- aktivní zapojení do společných projektů na úrovni kraje.

Z uvedených požadavků je současně zřejmé, že jejich splnění je pro každého z aktérů určitým ústupkem či kompromisem – v jehož rámci však subjekty získávají pevné místo v systému a díky své specializaci a respektování této specializace se mohou plně věnovat své odborné práci a nikoli obhajovat např. vzniklé duplicity za současného nepokrytí některých oblastí, cílových skupin či regionu. Dnes v systému dochází v některých případech ke vzniku zcela zbytečných duplicit a naopak nepokrytí některých cílových skupin, oblastí atd. V zásadě jde o harmonizaci tří systému preventivních programů:

- školské prevence reprezentované platnou koncepcí MŠMT,
- zdravotnické prevence reprezentované programem Zdraví 21 (avšak s výrazně méně homogenním rámcem daným značně nekonceptčním

přístupem MZ, SZÚ a nejistotou odborných společností působících v této oblasti),

- prevence kriminality reprezentované koncepcí MV, kam však patří také rodící se programy v rámci státní a městské policie atd.

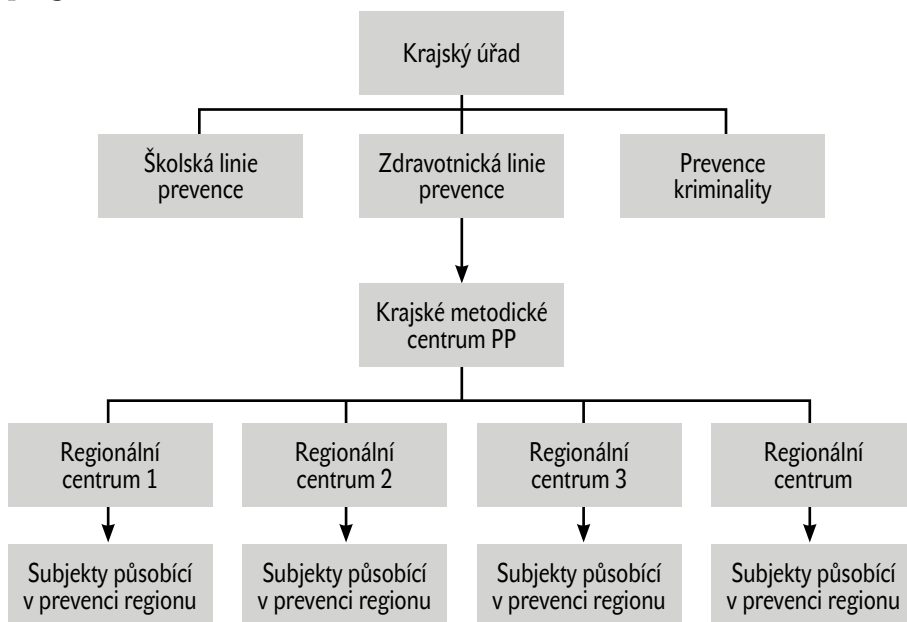
Není však bez zajímavosti, že značné rozvinutosti a ekonomické náročnosti dosáhly programy např. také ministerstva dopravy. Je naprosto zásadním požadavkem, aby návrh dokázal integrovat všechny uvedené rezortní linie. V opačném případě bude vždy pouze dílčím řešením neschopným postihnout oblast rizikového chování jako celku. Z toho pohledu je také zřejmé, že metodické centrum musí být schopno komunikovat napřímo (a velmi intenzivně) nejen se samotným krajským úřadem, ale také příslušnými úředníky dotčených ministerstev a úřadů obcí a měst (obce s přenesenou působností). Nikdy by však nemělo překročit rámec přímé podřízenosti právě krajskému úřadu, který za systém ponese hlavní odpovědnost a má tedy konečnou rozhodovací pravomoc.

Celý systém, počínaje metodickým centrem až po centra v regionech, by měl mít jasně stanovený ekonomický rámec vycházející z počtu osob v cílových skupinách a realizaci objemu a spektra programů. Současný objem prostředků z úrovně MŠMT, kraje a regionu je poměrně velký. Zcela mimo tyto zdroje školské prevence však stojí prostředky v oblasti prevence kriminality, přímé financování práce Policie ČR (práce PIS) či městské policie, nebo naopak zdroje Zdraví 21, rozpočet SZÚ atd. Neexistuje dnes žádná studie mapující všechny tyto zdroje. Je současně zřejmé, že dnes není možné říci, zda vůbec (a pokud ano, tak jaký) by byl nutný nárůst. Je však také zřejmé, že nárůst objemu financí není hlavním tématem a nepředstavuje (pokud vůbec) překážku. Jiným tématem je samozřejmě způsob alokování, přehled a jednotná kritéria. Je současně také zřejmé, že po odstranění duplicit nemusí být rozdíl mezi dnešním a požadovaným stavem příliš rozsáhlý. Současně je také zřejmé, že tématem není konkurování si subjektů a různých systémů, ale jejich harmonizace. Zásadním tématem je důsledné vyžadování zapojení všech regionů do kofinancování a využití všech zdrojů, které pro prevenci jsou v dosahu (větší podíl privátních donorů, využití sponzoringu a grantování velkých bank atd.).

Jednotný systém kvality a efektivity byl zmíněn vícekrát. Klíčovým nástrojem jsou zde standardy kvality a dlouhodobě vyvíjený systém evidence práce. Ty musí tvořit jádro projektu. Bez nich není možné zajistit jakoukoli srovnatelnost výkonnosti a průhledné financování. Úkolem centra by pak bylo ve spolupráci s VŠ realizovat evaluační studie ověřující efektivitu dílčích komponent a ve spolupráci s jednotlivými subjekty pak vývoj programů. Pokud se ukáže, že některé z programů jsou efektivní více než jiné, nebo naopak některé neprokáží požadovaný efekt, je nutné vytvořit pravidla pro vznik a vývoj nových a naopak stahování nefunkčních kompo-

ment. Systém by měl v tomto smyslu být zcela otevřený a samoučící, nikoli centrálně nařizovaný. Současně však musí evaluační komponenta zajistit spolehlivost systému ve smyslu prověřování jeho částí z hlediska efektivity.

Navržený systém má šanci vytvořit ve střednědobém horizontu ucelený systém prevence odpovídající těm nejpřísnějším požadavkům. Současně je v této podobě schopen vytvořit originální rámec generující výstupy nesoucí srovnání s těmi nejlepšími metropolitními systémy v Evropě. Současně takto propojený a současně otevřený systém řeší prozatím nepřekročitelnost rezortních linií existující už přímo v bruselských dokumentech, v tomto smyslu by kraje měly dostat možnost obohatit celkový vývoj preventivních programů i na této úrovni.



Obrázek 10 | Základní idea struktury na krajské úrovni

4.2 Definice hlavních typů rizikového chování, na které se ve školské prevenci zaměřujeme

V úvodních částech druhé kapitoly jsme se věnovali vymezení základních pojmů, se kterými v moderní primární prevenci rizikového chování pracujeme. Uvedli jsme, že celkem rozlišujeme devět základních typů rizikového chování, na které se v současnosti soustřeďuje naše pozornost, neboť jsou nejvíce rozšířené a nebezpečné (srovnej s např. Kabíček et al., 2014). To sa-

možřejmě neznamená, že se jedná o neměnný stav, právě naopak. Některé z uvedených forem ještě před několika lety neexistovaly nebo byly velmi málo frekventované (např. některé typy extrémně nebezpečných adrenalinových sportů). Jiné naopak měly jinou podobu nebo se týkaly jiných specifických skupin a došlo u nich ke zhoršení situace (např. pití alkoholu u nezletilých dívek). Pro přehlednost a jasné vymezení pojmů proto uvádíme v této kapitole definice jednotlivých oblastí rizikového chování, se kterými v dalším textu pracujeme, a tyto definice chápeme jako závazné vymezení základních oblastí školské prevence rizikového chování:

- a) **Záškoláctví:** za záškoláctví („chození za školu“) je považována neomluvená nepřítomnost žáka základní či střední školy ve škole. Jedná se o přestupek žáka, který úmyslně zanedbává školní docházku. Je chápáno jako porušení školního řádu, zároveň však jde též o provinění proti školskému zákonu, který obsahuje ustanovení o povinné školní docházce. Nezřídká je spojeno s dalšími typy rizikového chování, které mají neblahý vliv na osobnostní vývoj jedince. Prevence záškoláctví je součástí školního řádu, školní docházku eviduje třídní učitel a v případě podezření na záškoláctví se obrací na zákonného zástupce nezletilého žáka nebo může požádat o spolupráci věcně příslušný správní orgán. Prevence záškoláctví, způsob omlouvání nepřítomnosti žáků, řešení neomluvené nepřítomnosti a postup zúčastněných subjektů je ošetřeno Metodickým pokynem MŠMT „K jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví“ vydaným pod č.j. 10 194/2002 – 14.
- b) **Šikana a extrémní projevy agrese:** Do této kategorie řadíme jakékoli extrémní formy agresivního chování namířené proti druhé osobě (např. fyzické napadení s následkem ublížení na zdraví atd.), proti sobě (sebepoškozování, sebetřýznění, suicidální chování atd.) nebo proti věcem (vandalismus ve smyslu poškozování např. školního majetku, zařízení při sportovních utkáních, sprejerství atd.). Z tohoto hlediska je šikana pouze jedním z mnoha různých podob extrémně agresivního chování. Hranici pro označení „extrémní projevy agresivního chování“ přitom chápeme tak, že má takové chování za následek prokazatelnou psychologickou, fyzickou nebo materiální škodu či újmu. V tomto smyslu pak do tohoto velmi širokého konceptu samozřejmě spadají jakékoli projevy chování, které mají za následek dopad na zdraví či majetek a také sebepoškozování v jakémkoli smyslu slova.
- c) **Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě:** je relativně nová forma rizikového chování (z hlediska masového rozšíření). Obecně jej definujeme jako záměrné vystavování sebe nebo druhých nepřiměřeně vysokému riziku újmy na zdraví nebo dokonce přímého ohrožení života

v rámci sportovní činnosti nebo v dopravě. Radíme sem např. tajné závody aut přímo za plného provozu, záměrné ježdění pod vlivem psychoaktivních látek atd. Z hlediska sportu pak jde např. o aktivity jednoznačně a vědomě překračující fyzické síly a možnosti aktéra či aktérů (např. nekvalitně připravené raftové sjezdy divokých řek bez potřebného vybavení a zkušeností), vystavování se nepřiměřenému riziku při sportu (např. snowboarding v lavinových polích nebo extrémní sjezdy horských kol v nebezpečném terénu bez ochranných pomůcek atd.). Riziko přitom v duchu předchozího nechápeme pouze jako záměrné vystavování sebe sama nepřiměřenému riziku, ale současně ohrožování dalších osob a poškozování svého i cizího majetku a vybavení.

- d) **Rasismus a xenofobie:** obecně soubor projevů směřujících k potlačení zájmů a práv menšin, které pro potřeby prevence třídíme do obou uvedených kategorií, tedy zastávání rasové nerovnocennosti v jakémkoli smyslu slova, podporování rasové nesnášenlivosti a netoleranci vůči menšinám a odlišnostem.
- e) **Negativní působení sekty:** i přes diskusi o tom, jaká kritéria jsou pro definici sekty přijatelná, či nikoli, chápeme z hlediska prevence tuto oblast jako soubor psychologických, sociálních, ekonomických a dalších důsledků působení sekty. Sektou v tomto kontextu rozumíme pro naši potřebu určitou ohraničenou sociální skupinu, jejíž členové sdílí ideologický koncept, jehož prostřednictvím se skupina vymezuje vůči svému okolí, přičemž dochází k postupné sociální izolaci, manipulaci a dalším extrémním zásahům do soukromí participujících osob. Z hlediska prevence je zde opět klíčová oblast důsledků pro duševní a somatické zdraví, sociální postavení, ekonomickou oblast, ojedinele též trestněprávní důsledky (nabádání či podpora trestné činnosti páchané v zájmu sekty).
- f) **Sexuální rizikové chování:** považujeme za soubor behaviorálních projevů doprovázejících sexuální aktivity a vykazujících prokazatelný nárůst zdravotních, sociálních a dalších typů rizik. Může se přitom jednat o relativně v populaci frekventované fenomény (např. nechráněný pohlavní styk při náhodné známosti, výrazně promiskuitní chování, rizikové sexuální praktiky např. v nevhodných hygienických podmínkách atd.). Patří sem také fenomény kombinující více typů rizikových projevů, jako např. kombinace užívání návykových látek a rizikového sexu, sexuální zneužívání ve všech jeho formách atd. Zařazujeme sem také různé nové trendy přinášející zvýšené riziko i jiných než pouze zdravotních dopadů, jako je např. zveřejňování intimních fotografií na internetu či jejich zasílání mobilním telefonem, ev. nahrávání na video se zvýšeným rizikem zneužití takového materiálu.
- g) **Prevence v adiktologii:** za primární prevenci užívání návykových látek považujeme takové aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny

právě na oblast užívání a uživatelů návykových látek a rizika s tím spojená. Programy specifické primární prevence užívání návykových látek se vyznačují třemi hlavními charakteristikami: přímým a explicitně vyjádřeným vztahem k oblasti užívání a uživatelů návykových látek a tématům s tím spojeným, jasnou časovou a prostorovou ohraničeností realizace (na ose: zmapování potřeb, plán programu a jeho příprava, provedení a zhodnocení programu a jeho návaznost) a 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). Přímým a explicitně vyjádřeným vztahem s problematikou užívání a uživatelů návykových látek je v tomto kontextu míněno to, aby cíl, obsah a způsob provádění preventivního programu měl jasnou přímou vazbu na problematiku užívání návykových látek. Například u nácvikových programů, jejichž součástí je nácvik aktivního posilování odmítavého postoje k nabídnuté návykové látce (odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje nebo marihuanové cigarety), je podobně jako u různých modelů peer programů, vzdělávacích kurzů pro pedagogy atd. jasně prokazatelný a ověřitelný vztah k prevenci užívání návykových látek.

Ve zmíněném širším pojetí tedy k této skupině vzorců chování přičleňujeme další dvě skupiny, které mají pevněji definovaný rámec ve zdravotnictví a vytvářejí samostatné celky:

- h) **Spektrum poruch příjmu potravy:** tuto skupinu chápeme v souladu se současným pojetím zdravotní prevence jako poruchy způsobené rizikovými vzorci chování ve vztahu k příjmu potravy založeném většinou na negativním sebehodnocení odvozeném od zkresleného vnímání vlastního těla s důsledky jak výrazné podváhy, tak výrazné nadváhy a jejich dalších komplikací zdravotních, sociálních a psychologických. Současně je nutné tuto oblast chápat v širším kontextu potřeb zdravého, vyváženého životního stylu a životosprávy od raného dětství zvláště u rizikového jedince a jeho rodiny na pozadí společenského přístupu k problematice (tlaku k extrémním, pro mnohé nedostižným „virtuálním“ ideálům krásy).
- i) **Okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte:** do této skupiny řadíme veškeré projevy spojené s následky týrání, zanedbávání či zneužívání (jako jsou např. deprivací projevy, výchovné problémy, adaptační problémy, zdravotní a psychické následky atd.). Do této oblasti spadá jak okruh programů zaměřených na prevenci výskytu těchto jevů ve společnosti, tak včasné zachycení jejich projevů včetně odpovídající intervence.

4.3 Školní poradenské pracoviště

Poradenské služby ve škole obvykle zajišťuje výchovný poradce, školní metodik prevence, případně školní psycholog / školní speciální pedagog a jejich konzultační tým složený z vybraných pedagogů školy. Za jejich poskytování odpovídá ředitel školy, případně jím pověřený pracovník. Ředitel školy zodpovídá za školní poradenské služby včetně vytvoření preventivního programu školy. Je žádoucí, aby tyto poradenské a preventivní programy odrážely specifika dané školy i regionu a aby služby poskytované školou byly lépe 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 bude podílet ředitel školy ve spolupráci především s třídními učiteli, a dále zejména s učiteli vzdělávacích bloků Volby povolání na ZŠ a Úvodu do světa práce na SŠ; dále s 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.

Rozdělení rolí, vytvoření časového prostoru na poskytované služby, zkvalitnění vzdělávání školních poradenských odborníků, týmová práce a spolupráce se specializovanými poradenskými pracovišti ve školství, tj. pedagogicko-psychologickými poradnami (PPP), speciálně pedagogickými centry (SPC), ale také se středisky výchovné péče (SVP) a dále mimo školství zejména s informačně-poradenskými středisky úřadů práce vede k vytváření prostoru pro operativní poskytování kvalitnějších školních poradenských služeb.

Výchovný-kariérový poradce se tak věnuje primárně problematice kariérového poradenství a procesu integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (včetně integrace nadaných) na školách, *školní metodik prevence* pracuje především v oblasti prevence rizikového chování. Realizovaná výzkumná šetření potvrdila, že výchovní poradci se v 90 % věnují kariérovému poradenství ve spolupráci s třídními učiteli. Nyní je třeba ještě lépe provázat tyto služby s kariérovým vzděláváním a poskytováním informací, které kariérové poradenství doplňují. Součástí školního programu pedagogicko-psychologického poradenství je také účast na vytváření podmínek pro vzdělávání žáků s mimořádným nadáním a žáků ze sociálně znevýhodněného prostředí, včetně péče o žáky z různých etnik a minorit, žijících na území ČR.

Školy, zejména takové, které budou mít 500 a více žáků, budou moci postupně využívat služeb *školních psychologů* nebo *školních speciálních pedagogů*. Tito odborníci jsou pracovníky škol a spoluvytvářejí a realizují školní program pedagogicko-psychologického poradenství. Předpokládá se, že 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*, která jsou úzce spojena se školou. Jedná se především o vytváření *systému včasné identifikace žáků* s výukovými obtížemi, s příznaky rizikového chování a o vytváření strategií používaných ve školách. Školní psychologové / školní speciální pedagogové se věnují intenzivní práci s jednotlivci i se třídami na jedné straně a na druhé straně se mohou věnovat metodické podpoře učitelů v práci s problematickými dětmi. Školní psychologové zajišťují také *intervence v krizových situacích*, mezi které můžeme zařadit zejména úrazy, úmrtí blízkých, sebevraždy a v krajním případě vraždy. Cílem je zvyšování schopnosti učitelů pracovat se žáky, kteří se vyrovnávají s takovými situacemi. Je třeba, aby učitelé byli informováni o možných reakcích žáků na krizové situace, zejména v kontextu strachu a obav z budoucnosti, snížení prospěchu a zhoršení chování, spánkových obtíží, sklonů k výbuchům zlosti, až po výskyt depresí, drogových závislostí, agresivního chování nebo sebevražedných sklonů. Školy pak mohou s větší pravděpodobností úspěšně identifikovat rizikové žáky ve skupině, periodicky monitorovat jejich chování a získávat pro ně psychologickou asistenci a další odborné služby ve spolupráci se zákonnými zástupci.

Pro poskytování poradenských služeb ve školách již byla vytvořena řada metodických materiálů, byla stanovena pravidla pro přijímání a zpracovávání zakázek pro školní psychology i speciální pedagogy. Poskytování poradenských služeb ve škole je zapracováno do vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Školní psychologové se také řídí etickým kodexem přijatým Asociací školní psychologie ČR, který byl zpracován ISPA (Mezinárodní asociací školní psychologie).

Pracovníci poskytující poradenské služby

Nejčastěji zajišťují poradenské služby školy výchovný poradce a školní metodik prevence, méně často se na službách podílí také školní psycholog / školní speciální pedagog. Jeho přítomnost obvykle ovlivňuje velikost školy. Předpokládá se, že prostředí malých nebo malotřídních škol obvykle umožňuje včasné odhalení možného problému žáka, i v těchto případech je však součinnost s dalšími odborníky – psychology a speciálními pedagogy – důležitá a často nezbytná. Součástí týmu školního poradenského pracoviště jsou třídní učitelé. S výchovným a kariérovým poradcem spolupracují na poskytování poradenských služeb týkajících se rozhodování o další vzdělávací a profesní dráze žáků třídy, se školním metodikem prevence na depistáži příznaků rizikového chování ve školním prostředí. Těžiště jejich spolupráce se školním psychologem / školním speciálním pedagogem

tvorí aktivity zaměřené na prevenci školního neprospěchu a na vytváření podmínek pro integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve třídě. Kvalitní poradenství ve škole předpokládá, že třídní učitel se v souladu se svou rolí zaměřují na vytváření otevřené bezpečné atmosféry a pozitivního sociálního klimatu ve třídě, že podporují rozvoj pozitivních sociálních interakcí mezi žáky třídy, zprostředkovávají komunikaci s ostatními členy pedagogického sboru, jsou garanty spolupráce školy s rodiči žáků třídy, získávají a udržují si přehled o osobnostních zvláštностech žáků třídy a o jejich rodinném zázemí. Tým poradenských pracovníků školy zpracovává a každoročně aktualizuje *školní program (strategii) pedagogicko-psychologického poradenství*, konzultuje jej s ostatními pracovníky školy, kteří vytváří konzultační tým pro poskytování poradenských služeb ve škole. Součástí strategie školních poradenských služeb jsou také služby orientované na zajištění prevence ve školním prostředí. Z analýzy programů primární prevence škol vyplynulo, že programy jsou zacíleny na tyto *základní skupiny příjemců*: žáky, učitele (třídní učitelé, metodici prevence, výchovní poradci), pedagogický sbor jako celek, rodiče, širší veřejnost.

Školní program (strategii) pedagogicko-psychologického poradenství zpracovává a každoročně aktualizuje tým poradenských pracovníků školy a poté jej předkládá ke schválení řediteli školy. Školní program naplňuje především následující cíle:

- pracovat se všemi subjekty školy a vytvořit tak širokou základnu primární prevence školní neúspěšnosti a rizikového chování,
- sledovat účinnost preventivních programů aplikovaných školou a vytvořit metodické zázemí pro jejich vytváření a realizaci,
- zavést do školství novou 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 speciálněpedagogických 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 IPS úřadů práce.

Standardní činnosti (náplň práce) poradenských pracovníků školy jsou vymezeny v příloze č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, která navazuje na školský zákon z r. 2004. Tato vyhláška poradenské služby ve škole nově specifikuje a současně zavádí možnost využívat ve všech typech škol služeb školních psychologů a školních speciálních pedagogů. Pracovníci, kteří se v souladu s § 8 vyhlášky č. 72/2005 Sb. podílejí na poradenských službách a prevenci rizikového chování a vytvářejí konzultační tým pro poskytování poradenských služeb ve škole, jako je třídní učitel, učitel-metodik pro přípravu školního vzdělávacího programu (úprava vzdělávání nadaných), učitelé výchov (zejména výchovy k volbě povolání na ZŠ a úvodu do světa práce na SŠ, dále pak občanské výchovy, rodinné výchovy), případně další učitelé. Koncepte poskytování poradenských služeb ve škole uveřejněná ve Věstníku MŠMT č.VII/ 2005 popisuje dva *základní modely poradenských služeb ve škole*. Ředitelé škol volí takový model školního poradenského pracoviště, který odpovídá personálnímu obsazení (se školním psychologem / školním speciálním pedagogem, nebo bez něho) a umožní optimální spolupráci pedagogických pracovníků při realizaci školního programu (strategie) pedagogicko-psychologického poradenství.

Pravidla pro poskytování poradenských služeb ve škole jsou obvykle ukořtena ve školním řádu, který vymezuje podmínky, za jakých jsou poskytovány poradenské služby včetně služeb školního psychologa nebo speciálního pedagoga. Pro poskytované služby je dále třeba zajistit ve škole prostorové podmínky, a to tak, aby nedocházelo ke střetu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, protože výchovní poradci, školní metodici prevence a zejména pak školní psychologové a školní speciální pedagogové pracují nejen s daty charakteru důvěrná, ale také s daty citlivými. Prostory pro činnost poradenských pracovníků školy musí samozřejmě vyhovovat platným, obecně závazným hygienickým a požárním normám¹⁹. Charakter pracoviště musí umožňovat důvěrná jednání, odborníci musí být vybaveni diagnostickými a intervenčními nástroji. Dokumentace, se kterou se ve školách pracuje na školním poradenském pracovišti, zahrnuje mimo jiné i informace a důvěrná data o žácích a jejich rodičích, obvykle se jedná o údaje, které podléhají pravidlům vymezeným zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

Poradenské služby poskytované ve škole musí být pro žáky, jejich rodiče a učitele časově dostupné. Každý z poradenských pracovníků školy by měl mít pevně stanoveny konzultační hodiny pro žáky, konzultační hodiny pro

19 Např. zák. č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, zák. č. 133/1985, o požární ochraně, ve znění pozdějších předpisů a další.

učitele a konzultační hodiny pro rodiče. Ve svých konzultačních hodinách musí být pro uvedenou cílovou skupinu dostupný v prostorách, které jsou pro poskytování poradenských služeb vyhrazeny. Denní doba poskytování poradenské služby by se měla řídit charakterem této služby a potřebami žáků, rodičů a učitelů. Škola by měla mít zpracovaný soubor informací o poradenských službách, které poskytuje žákům a jejich rodičům. Tento soubor informací musí být veřejně přístupný na nástěnce v budově školy, na webových stránkách školy apod. Měl by zahrnovat zejména umístění prostor pro poskytování poradenských služeb v budově školy, jména a funkce poradenských pracovníků školy a kontakty na tyto pracovníky, základní informace o službách, které jednotliví poradenští pracovníci školy poskytují, a konzultační hodiny poradenských pracovníků školy. O poskytování poradenských služeb by měla škola informovat i ve svých výročních zprávách.

4.4 Školní metodik prevence

Standardní činnosti školního metodika prevence jsou vymezeny v příloze č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, a v Koncepti poskytování poradenských služeb ve škole č.j. 27317/2004–24 uveřejněné ve Věstníku Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, ročník LXI, sešit 7 z července 2005. Školní metodik prevence vykonává činnosti metodické, koordinační, informační a poradenské. O těchto činnostech vede písemnou dokumentaci. Metodická a koordinační činnost školního metodika zahrnuje:

- Koordinaci tvorby a kontroly realizace preventivního programu školy.
- Koordinaci a participaci na realizaci aktivit školy zaměřených na prevenci záškoláctví, závislostí, násilí, vandalismu, sexuálního zneužívání, zneužívání sektami, prekriminálního a kriminálního chování, rizikových projevů sebepoškozování a dalších typů rizikového chování.
- Metodické vedení činnosti učitelů školy v oblasti prevence rizikového chování (předcházení a časnou pedagogickou diagnostiku rizikových projevů chování, preventivní práci s třídními kolektivy apod.).
- Koordinaci vzdělávání pedagogů školy v oblasti prevence rizikového chování.
- Koordinaci přípravy a realizaci 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 souvisejí s otázkou přijímání kulturní a etnické odlišnosti.

- Koordinaci spolupráce školy s orgány státní správy a samosprávy, které mají v kompetenci problematiku prevence rizikového chování, s metodikem preventivních aktivit v pedagogicko-psychologické poradně a s odbornými pracovišti (poradenskými, terapeutickými, preventivními, krizovými a dalšími zařízeními a institucemi), které působí v oblasti prevence.
- Kontaktování odpovídajícího odborného pracoviště a participaci na intervenci a následné péči v případě akutního výskytu rizikového chování.
- Shromažďování odborných zpráv a informací o žácích v poradenské péči specializovaných poradenských zařízení v rámci prevence rizikového chování a zajištění těchto zpráv a informací v souladu s předpisy o ochraně osobních údajů.
- Vedení písemných záznamů umožňujících doložit rozsah a obsah činnosti školního metodika prevence, navržená a realizovaná opatření.

Informační činnost školního metodika prevence zahrnuje:

- Zajišťování a předávání odborných informací o problematice rizikového chování, o nabídkách programů a projektů, o metodách a formách specifické primární prevence pedagogům školy.
- Prezentaci výsledků preventivní práce školy, získávání nových odborných informací a zkušeností.
- Vedení a průběžné aktualizování databáze spolupracovníků školy pro oblast prevence rizikového chování (orgány státní správy a samosprávy, střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny, zdravotnická zařízení, policie, orgány sociální péče, nestátní organizace působící v oblasti prevence, centra krizové intervence a další zařízení, instituce, organizace i jednotliví odborníci).
- Poradenské činnosti.
- Vyhledávání a pedagogickou diagnostiku žáků s rizikovými projevy; poskytování poradenských služeb těmto žákům a jejich zákonným zástupcům, případně zajišťování péče odpovídajícího odborného pracoviště (ve spolupráci s třídními učiteli).
- Spolupráci s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje rizikového chování u jednotlivých žáků a tříd a participaci na sledování faktorů, které ovlivňují rizikové chování.

- Přípravu podmínek pro integraci žáků s poruchami chování ve škole a koordinaci poskytování poradenských a preventivních služeb těmto žákům školou a specializovanými školskými zařízeními.

Výchozím předpokladem pro výkon činnosti školního metodika prevence je statut pedagogického pracovníka. Pedagogickým pracovníkem je podle § 2 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ten, kdo vykonává přímou pedagogickou činnost; v základních a středních školách tedy učitel. Podle § 24 tohoto zákona mají všichni pedagogičtí pracovníci povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovují, upevňují a doplňují kvalifikaci. Právním předpisem, který další vzdělávání pedagogických pracovníků upravuje, je vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 412/2008. Mezi druhy dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků patří podle § 1 písm. b) této vyhlášky „studium ke splnění dalších kvalifikačních předpokladů“.

Dalším kvalifikačním předpokladem pro školního metodika prevence je podle § 9 uvedené vyhlášky absolvování studia k výkonu specializovaných činností v oblasti prevence sociálně patologických jevů. Studium v délce trvání nejméně 250 hodin se ukončuje obhajobou závěrečné písemné práce a závěrečnou zkouškou před komisí, po jejímž úspěšném složení získává absolvent osvědčení. Podle § 41 zákona č. 563/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, se pedagogickému pracovníkovi, který vedle přímé pedagogické činnosti vykonává také specializované činnosti, k jejichž výkonu jsou nezbytné další kvalifikační předpoklady, poskytuje příplatek ve výši 1 000 až 2 000 Kč měsíčně. Příplatek tedy náleží učiteli vykonávajícímu činnost školního metodika prevence pouze v případě, že úspěšně absolvoval vyhláškou stanovené studium.

Na vyhlášku navazuje Standard studia k výkonu specializovaných činností – prevence sociálně patologických jevů, jehož splnění je podmínkou pro udělení akreditace MŠMT k realizaci tohoto studia vysokým školám a dalším subjektům²⁰. Podle standardu je studium určeno absolventům magisterských studijních programů učitelství nebo absolventům magisterského studia neučitelství zaměřeného o studium pedagogiky podle § 22 odst. 1 písm. a) zákona č. 563/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů; druh aprobace přitom není rozhodující. Studijní program včetně stáží na odborných pracovištích poskytujících poradenskou, inter-

20 Seznam vzdělávacích institucí, kterým byla akreditace dosud udělena, je zveřejněn na webových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, sekce Vzdělávání, podsektore Prevence sociálně patologických jevů.

venční a léčebnou pomoc v rozsahu stanoveném vyhláškou má být rozdělen do dvou let a musí zahrnovat následující obsahové okruhy: poradenské systémy a primární prevence ve školství, legislativní rámec pro práci školního metodika prevence, primární prevence v podmínkách školy a její zařazení do školních poradenských služeb, specifika role školního metodika prevence v systému práce školy, systém primární prevence ve školství, školní třída, její vedení a diagnostika, rodina a komunikace s rodiči (osobami odpovědnými za výchovu), sociálně nežádoucí jevy a monitorování a evaluace primární prevence.

Škola musí zajistit pro práci školního metodika prevence potřebné provozní podmínky. K nim patří nejen důstojné prostředí pro konzultace školního metodika s žáky a jejich rodiči a pomůcky nezbytné pro výkon činností vymezených v první části této kapitoly. Pracovník školního metodika musí umožnit také vedení evidence a dokumentace o žácích, se kterými školní metodik pracuje, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. I školní metodici prevence zpracovávají v souvislosti s výkonem své činnosti důvěrné a často i citlivé údaje o žácích, případně i o jejich rodičích; pravidla pro práci s takovými údaji jsou výše jmenovaným zákonem poměrně přísně stanovena a škola má povinnost zajistit ochranu důvěrných a citlivých údajů v souladu s pravidly.

Úroveň služeb má ve školách obecně různou kvalitu a samozřejmě, že též kvalita práce, úroveň odborné přípravy, motivace a nasazení školního metodika prevence jsou v praxi různé. Z analýzy poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, realizované v IPPP ČR v roce 2008 (pod č.j.: 5850/2009–6/IPPP) vyplynulo několik zajímavých zjištění. Porovnání hypotetické a reálně využitě služby školního metodika prevence (viz tabulka č. 3) bylo mapováno otázkou: „S jakým problémem by ses / byste se ve vaší škole obrátil(a) na školního metodika prevence?“

Typ odpovědi	Abs.	%
Problémy s návykovými látkami (drogy, alkohol, kouření...)	289	56,0
Problémy s vrstevníky, šikana, potíže v kolektivu, obtěžování	160	31,0
Problémy někoho jiného (kamarád, který potřebuje pomoc)	53	10,3
Běžné problémy týkající se školy – prospěch, kázeňské problémy	33	6,4
Mimoškolní problémy – potíže v rodině, osobní problémy, zdravotní problémy	29	5,6
Problémy s učiteli	14	2,7
Kariérní poradenství (výběr další školy, povolání...)	5	1,0
Nelegální jednání, problémy se zákonem	5	1,0

Tabulka 3 | Hypotetické využití služeb školního metodika prevence

Na otázku odpovědělo 516 z 805 respondentů, tj. 64 %. Na metodika prevence by se s problémy týkajícími se návykových látek obrátilo 56 % dotázaných. Méně než třetina žáků uvedla, že by jeho pomoc vyhledala v případě problémů s vrstevníky (šikana, obtěžování atd.), více než 10 % by metodika prevence navštívilo za účelem pomoci někomu dalšímu, obvykle se jedná o spolužáka. Běžné problémy týkající se školy by s metodikem prevence řešilo 6,4 % respondentů a s mimoškolními problémy by za ním přišlo řešit 5,6 % žáků. V otázce nelegálního jednání, popř. problémů se zákonem, by se za metodikem prevence vypravilo pět dotázaných (1 %). Stejný počet žáků by s ním řešil i otázky kariérního poradenství.

Instituce školního metodika prevence není žákům na rozdíl od výchovného poradce tolik známá, což se projevilo ve výrazně menším počtu daných odpovědí. Na druhou stranu ti, co odpověděli, většinou funkci metodika prevence znají, přesto se i zde objevují okruhy problémů, které metodikovi prevence nenáleží. Přestože jde jen o zjištění povědomí a ne o odhad skutečného stavu, ukazuje se potřeba lepší spolupráce mezi školním metodikem prevence a dalšími osobami a institucemi (výchovný poradce, psycholog apod.). Reálné využití služby metodika prevence je uvedeno v tabulce č. 4.

Typ odpovědi	Abs.	%
Problémy s vrstevníky, šikana, potíže v kolektivu, obtěžování	40	40,0
Problémy s návykovými látkami (drogy, alkohol, kouření...)	31	31,0
Běžné problémy týkající se školy – prospěch, kázeňské problémy	15	15,0
Mimoškolní problémy – potíže v rodině, osobní problémy, zdravotní problémy	7	7,0
Kariérní poradenství (výběr další školy, povolání...)	4	4,0
Problémy s učiteli	4	4,0

Tabulka 4 | Zkušenost žáků se školním metodikem prevence

Na otázku odpovědělo pouze 152 z 805 dotázaných, 52 z nich však uvedlo, že se na školního metodika prevence neobrátilo s ničím, případně tvrdí, že metodik prevence ve škole nepůsobí (přestože předtím vyznačili, že jeho služeb již někdy využili). Jedná se o dost značný podíl žáků a poněkud to zpochybňuje věrohodnost odpovědí v navazujících otázkách 8 a 9. Těchto 52 žáků bylo z další analýzy vyřazeno, další uvedené podíly v procentech se tedy vztahují pouze k těm respondentům, kteří uvedli konkrétní odpověď. Celkový součet podílů všech konkrétních odpovědí přitom může přesahovat 100 %, neboť každý mohl uvést více odpovědí.

Zkušenost se školním metodikem prevence deklarovala pouze osmina z dotázaných. Více než třetina dotázaných se na metodika prevence ob-

rátala kvůli problémům se šikanou či jiným problémům s vrstevníky. Necelá třetina pak uvedla, že se na metodika prevence obrátila v souvislosti s návykovými látkami. Patnáct procent žáků, kteří někdy služeb metodika prevence využili, vyhledalo jeho pomoc kvůli běžným školním problémům (prospěch, poruchy učení, kázeňské problémy). Méně než desetiprocentní podíl představuje řešení mimoškolních (např. rodinných) problémů, konfliktů s učitelem a kariérového poradenství.

Služeb školního metodika prevence využilo 12,5 % z výzkumného vzorku. Dle záznamů jej nejčastěji klienti využívali formou jednorázových konzultací (61,3 %), pětina z nich uvedla, že se jednalo o pomoc vyžadující opakované návštěvy (20,4 %). Zbylých 18,3 % nakonec poznamenalo, že někdy šlo o jednorázové konzultace, jindy o opakované návštěvy. Srovnáme-li hypotetické využití služeb a reálnou zkušenost, vidíme, že na prvních dvou místech se v obou případech objevují kategorie problémy s návykovými látkami a problémy s vrstevníky, ale v prohozeném pořadí. V reálné situaci vyhledalo kvůli problémům s návykovými látkami 31 %, to znamená, že se tato kategorie posunula na druhé pořadí oproti hypotetickému využití s 56 %. Problémy s vrstevníky se v reálné zkušenosti posunuly na první místo se 40 % oproti hypotetickému využití 31 %. Spokojenost se službou školního metodika prevence ukazuje tabulka č. 5.

Odpověď	Abs.	%
určitě ano	97	50,8
spíše ano	37	19,4
spíše ne	5	2,6
určitě ne	13	6,8
v některém případě ano, v jiném ne	14	7,3
neumím posoudit	25	13,1
Celkem	191	100,0

Tabulka 5 | Spokojenost se službou metodika prevence v %

Polovina respondentů, kteří dle svého výkazu využili služeb metodika prevence, tuto pomoc hodnotila jako určitě dostatečnou (50,8 %). Další 19,4 % ji označilo za spíše dostatečnou, 13,1 % nedokázalo tuto skutečnost posoudit a ze zbylých 16,7 % jich 2,6 % uvedlo, že pomoc byla spíše nedostatečná, 6,8 % určitě nedostatečná a 7,3 % ji vyhodnotilo jako v některých případech dostatečnou, v jiných nedostatečnou. Pokud by se přiřadila hodnocení „určitě ano“ známka 1, „spíše ano“ známka 2, „v některém případě ano, v jiném ne“ známka 3, „spíše ne“ známka 4 a „určitě ne“ známka 5 a vynechala se možnost „neumím posoudit“, získali bychom průměrnou

známku, kterou respondenti hodnotí dostatečnost pomoci metodika prevence, 1,795.

Z uvedeného šetření vyplynulo, že služeb školního metodika prevence bohužel stále využívá relativně malá část respondentů a navíc je tato role ve školách často spojována s rolí výchovného poradce.²¹ Ukázalo se, že tato pozice ve školách nemusí přinášet očekávaný efekt také z důvodů ambivalentního postavení učitele, který je současně v roli autority s pravomocí a současně v roli důvěrníka. Typ problémů, se kterými se tento učitel může potkávat, již svojí podstatou směřuje k volbě jiného odborníka, přitom je docela možné, že tento učitel v roli učitele má důvěru žáků. Otevírá se tím otázka, resp. potřeba lépe definovat role jednotlivých pracovníků a případně diferencovat obsahovou náplň a zodpovědnost tak, aby nedocházelo ke konfliktu rolí (nebo tyto konflikty byly alespoň redukovány) a současně byly pro žáky jednotlivé funkce a role přehlednější a srozumitelnější.

4.5 Prevence rizikového chování v podmínkách ústavní výchovy a péče

Systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči je do značné míry propojen, spolupracují mezi sebou vzájemně čtyři typy institucionálních zařízení a jedno zařízení preventivní péče. Jedná se o diagnostické ústavy pro děti nebo mládež, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, dětské domovy a střediska výchovné péče. Ústavní výchova je institutem rodinného práva (podle zákona 94/1963 Sb.) (Sekera, 2009) a je navrhována a realizována pokud rodiče ve výchově selhávají, výchova je vážně ohrožena nebo ji nemohou řádně zabezpečit. Bývá ukládána soudem zpravidla od 3 (v současnosti již od 2 let) do 18 let, případně až do 19 let. Zařízení realizující ústavní výchovu mohou poskytovat péči i ubytování nezaopatřeným osobám až do 26 let, připravují-li se na své budoucí povolání. Soud může nařídít předání dítěte do ústavní péče nebo do péče jiné fyzické osoby, která bude zodpovědná za výchovu. Ochranná výchova je druh

21 Opakovaně je přitom kritizován současný neuspokojivý stav systémového ošetření role a pozice školního metodika jak vůči jiným pedagogům, tak především formálně z hlediska finančního ohodnocení zmíněného v předešlém textu (které je neadekvátně nízké), případného snížení výukové zátěže a současně lépe zakotvené povinnosti ředitele umožnit a podporovat nejen vzdělávání metodika, ale současně vytvořit na škole podmínky odpovídající definovaným úkolům a zodpovědnostem metodika. Je zřejmé, že v této oblasti bude muset v blízkém budoucnu dojít k úpravám příslušných dokumentů a současně bude třeba zpřísnit kontrolu ze strany České školní inspekce, zda škola skutečně má metodika s odpovídajícím vzděláním a vykonávajícího definované úkoly v odpovídající kvalitě a rozsahu a v odpovídajících podmínkách.

opatření (podle zákona 213/2003 Sb.) ukládaného dětem a mladým lidem mezi 12. až 15. rokem, kteří spáchali čin, jenž je u odpovědně trestních osob posuzován jako výjimečný trestný čin. Jedná se o druh ochranného opatření, které má zajistit prevenci, izolaci a resocializaci dítěte, jež se dopustilo společensky nebezpečného činu (Sekera, 2009).

Česká republika patří v rámci Evropy mezi země s vysokým počtem dětí umístovaných do institucionální péče. Již v roce 2003 byla kritizována Výborem pro práva dítěte OSN (UN CRC, 2003) za situaci dětí vyrůstajících v ústavních zařízeních, zejména potom za chybějící individuální přístup, omezování kontaktů dětí s jejich původní rodinou a blízkými osobami a také za nedostatečnou pomoc dětem při opouštění ústavního prostředí. Výbor ministrů Rady Evropy ve svém doporučení (Rec, 2005) doporučuje vládám členských států přijmout taková legislativní a další opatření, která povedou k dodržování zásad a kvalitních norem v institucích tak, aby se naplňovalo právo dětí na plnohodnotný život. Od roku 2009 započaly cílené transformační změny zaměřené na snížení počtu dětí v institucionální výchově, zvýšení kvality služeb a vytvoření standardů kvality péče, zvýšení dostupnosti služeb, posílení ambulantních a preventivních služeb a práce s rodinou, zvýšení profesionality služeb, zlepšení koordinace a spolupráce na rezortní, krajské a obecní úrovni. Zásadním prvkem původně plánované transformace (z let 2009–2010) byla i změna legislativy a přenastavení financování (MŠMT, 2009).

Další součástí transformace bude i sjednocení, případně změna, a jasné vymezení používaných pojmů, jako jsou např. ústavní výchova, ústavní péče, preventivně výchovná péče a další. Zatím jsou vnímány nejednotně a obecně lze v této oblasti vysledovat výraznou terminologickou různorodost. Za nalezením vhodnější terminologie je především snaha vytvořit nové paradigma pojetí institucionální výchovy a obecně péče o ohrožené děti a rodiny ve školských zařízeních. Tradiční terminologie je vymezena v zákoně číslo 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, dále v prováděcí vyhlášce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. 438/2006 Sb. a ve vyhlášce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče.

Pod pojmem ústavní výchova si můžeme představit institucionální péči, kde tým profesionálů (speciálních pedagogů, vychovatelů, psychologů, sociálních pracovníků apod.) usiluje o vytvoření bezpečného prostředí, ve kterém působí výchovně, edukačně, resocializačně, provádí diagnostická vyšetření, psychoterapii a používá různé prostředky a metody k záměrnému působení na osobnost dítěte s cílem dosáhnout pozitivních změn nebo podpořit pozitivní rozvoj osobnosti. Preventivně výchovná péče bývá

rezidenční nebo ambulantní (poskytují střediska výchovné péče) s cílem předcházet umístování dětí do institucionální péče a využívá spektra preventivních opatření, speciálně pedagogických metod, diagnostických postupů, psychoterapie a jiných intervencí.

a) Struktura školských zařízení pro výkon ÚV nebo OV a preventivně výchovné péče

Struktura zařízení spadá pod zřizovatele MŠMT, krajské úřady nebo soukromý sektor. Celkem je v České republice (stav v době prvního vydání publikace v roce 2010) 230 zařízení. 14 diagnostických ústavů zřizuje MŠMT s kapacitou 530 lůžek, z toho je 8 dětských diagnostických ústavů, 4 diagnostické ústavy pro mládež, 1 diagnostický ústav pro děti a mládež, 1 diagnostický ústav pro děti cizinců. Dětské domovy bývají zřizovány krajskými úřady, církvemi, soukromými subjekty nebo MŠMT, počet zařízení je 152, celkem 30 dětských domovů se školou zřizuje MŠMT. Výchovné ústavy zřizuje MŠMT nebo soukromý sektor, počet zařízení je 34. Středisek výchovné péče je v současnosti 40 a organizačně spadají pod diagnostické ústavy nebo výchovné ústavy, mohou být zřizovány i soukromými subjekty.

Počet dětí v zařízeních se každým rokem stále zvyšuje (v roce 2003 bylo 7 250 dětí v zařízeních, v roce 2009 už 7 820 dětí), což je zapříčiněno tradičním systémem péče o ohrožené děti a souvisí například se systémovými nedostatky, s malým počtem ambulantních preventivních služeb, sociálních pracovníků a dalších odborníků. Problémy se objevují i v odborné komunikaci se soudy a v neprovázané legislativě, nedostatečně nastavené diferenciaci služeb, která by měla zohledňovat různé charakterové aspekty dětí a jejich vývojové potřeby.

b) Diferenciace zařízení

Zařízení tvoří spektrum služeb a programů s rozdílnými výchovnými přístupy specifikovanými podle druhu postižení dětí a věku. Některá zařízení jsou koedukovaná, jiná ne. Základní organizační jednotkou je výchovná skupina nebo rodinná skupina, což do značné míry umožňuje individuální přístup k jednotlivým dětem. Zařízení usilují poskytovat profesionální služby disponující vysoce kvalifikovanými pracovníky. To je naplňováno zejména v diagnostických ústavech a ve střediscích výchovné péče, které svou lokalizací mají možnost získat kvalifikované odborníky, zajistit si supervizi a jejich pracovníci mají zájem se dále vzdělávat (ÚIV – MŠMT, 2009). V síti školských zařízení jsou některé dětské domovy se školou a výchovné ústavy zaměřené na výchovně léčebnou péči pro děti s psychickými nebo psychiatrickými onemocněními a s disharmonickým vývojem osob-

nosti, které mají emoční poruchy, vývojové poruchy chování nebo výrazné poruchy chování s antisociálním chováním, mají symptomy závislostního chování a potýkají se s drogovou závislostí, rovněž na výchovnou péči o nezletilé matky a jejich děti a na výchovnou péči o děti s uloženou ochrannou výchovou. Škála poskytovaných služeb umožňuje individualizovat péči o dítě vzhledem k měnícímu se typu dětí umístovaných do školských zařízení se somatickou komorbiditou a s psychiatrickou komorbiditou (Kalina, 2008). Mezi zařízeními jsou i specializovaná oddělení pro děti mladší 15 let se závažnými poruchami chování, které jsou umístěny do ústavního systému na základě ochranné výchovy.

Všechny typy zařízení spolupracují v různé intenzitě a frekvenci se zřizovateli a dalšími rezorty dle potřeb (MPSV, MS, MZ), s obcemi – OSPOD, krajskými úřady, policií, státním zastupitelstvím, školami, nestátními neziskovými organizacemi, které se věnují následné péči o děti, sanaci rodiny, pěstounské péči aj. Rovněž spolupracují s adiktologickými službami (kontaktními centry, psychiatrickými ambulancemi a psychiatrickými léčebnami, terapeutickými komunitami aj.). Spolupráce se zaměřuje například na zajištění specializované péče dítěti nebo dobrý přechod z ústavní péče do rodiny a samostatného života, participaci či pořádání případových konferencí.

Diagnostické ústavy jsou koedukovaná rezidenční zařízení pro děti školního věku, které přicházejí z rodin na základě předběžných opatření nebo soudního rozhodnutí i na základě tzv. dobrovolného pobytu, tzn. na žádost rodičů, nebo přicházejí na rediagnostiku z dětských domovů či výchovných ústavů. Průměrná doba pobytu bývá dva měsíce a je zaměřena na komplexní diagnostiku, včetně školních dovedností. Diagnostický ústav pro mládež má podobnou strukturu. Klientelou jsou adolescenti s ukončenou povinnou školní docházkou. Umístění probíhá nejčastěji na základě soudního rozhodnutí, ale také jako dobrovolný pobyt na žádost rodičů. Většinou jsou spojeny s dlouhodobě neřešenými výchovnými a sociálními problémy.

Dětské domovy jsou koedukovaná zařízení určená dětem bez závažných výchovných problémů, somaticky a psychicky zdravým, zpravidla ve věku od tří do 18 let. Dětské domovy rodinného typu se snaží vytvářet podobu rodinné struktury ve skupině pro osm až deset dětí, která tvoří tzv. rodinnou buňku s kvalitním soukromým zázemím. Mnoho zařízení bylo rekonstruováno nebo nově vystavěno tak, aby co nejvíc vyhovovalo potřebám dětí. Školní docházka je uskutečňována v běžných školách.

Dětské domovy se školou pečují a vychovávají děti s nařízenou ústavní výchovou, ale i s uloženou ochrannou výchovou do 15 let. Důvodem umístění bývají závažné poruchy chování nebo duševní poruchy vyžadující výchovně léčebnou péči. Struktura zařízení je podobná jako v dětských domovech, včetně dobrého materiálního zázemí. Školní docházka se uskutečňuje v zařízení nebo v běžných školách.

Výchovné ústavy jsou pro děti s ústavní a ochrannou výchovou i pro nezletilé matky s dětmi. Pečují o děti s uloženou ochrannou výchovou nebo nařízenou ústavní výchovou, zpravidla ve věku 15 až 18 let, případně i starší. Základní podmínkou umístění by měly být závažné poruchy chování. Školní docházku děti realizují přímo v zařízení nebo docházejí do běžné školy, výchovně vzdělávací péče je zaměřena také na přípravu pro budoucí povolání. Práce s dětmi ve výchovných ústavech vyžaduje kvalifikované pedagogické pracovníky, psychoterapeuty a další odborníky, kterých je poměrně nedostatek. Slabým místem je, že některá zařízení jsou umístěna často ve špatně dostupných lokalitách, mnohdy nevyhovujících prostorech, které tvoří velké objekty s velkou kapacitou lůžek, nebo do starých historických budov, které nelze rekonstruovat tak, aby vyhovovaly potřebám dětí.

Středisko výchovné péče je preventivně výchovná instituce poskytující tzv. preventivně výchovnou či výchovně vzdělávací péči klientům ambulantní, rezidenční nebo stacionární formou. Střediska výchovné péče se věnují předcházení vzniku a rozvoji rizikových projevů chování dítěte, zmírňují nebo odstraňují příčiny a důsledky již vzniklých poruch chování a přispívají ke zdravému osobnostnímu vývoji dítěte. Střediska výchovné péče spolupracují především s rodinou, OSPOD, školami, institucemi v poradenském systému a jinými NNO. Střediska tvoří vedle pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center klíčové ambulantní a poradenské služby na obecní a regionální úrovni.

c) Vzdělávání ve školských ústavních zařízeních

V ústavních zařízeních poskytují vzdělání přiměřené věku, postižení a možnostem klientů speciální pedagogové. Výchovu zajišťují na základě individuálních vzdělávacích plánů a programů rozvoje osobnosti. Některé děti hůře snášejí, že se musí v ústavu vzdělávat, proto se podporují snahy integrovat děti mezi děti hlavního vzdělávacího proudu, což ovšem není vždy možné pro špatnou dostupnost z ústavního zařízení do měst, kde je nabídka vzdělávacích příležitostí. Možnost inkluzivního vzdělávání a integraci dětí do běžných škol ztěžují také závažné psychiatrické problémy a komorbidita některých dětí, proto jsou v ústavních zařízeních vytvořeny takové podpůrné podmínky, aby dětem co nejvíce vyhovovaly a připravily je na budoucí život. Vzdělávání a výchova v ústavním zařízení se postupně otevírá a propojuje s komunitou, a to zvláště v dětských domovech, dětských domovech se školou a výchovných ústavech. Aktivní podporou výchovně vzdělávacích, sebezvojevých, sportovních a kulturních aktivit mezi dětmi v rámci komunity obce nebo města dochází k přirozené socializaci. Tento proces není snadný. Není výjimkou,

že motivace adolescentů vzdělávat se v ústavu je často velmi nízká a není ani podporována specifickými motivačními technikami. Vztah ke škole a vzdělání i volní vlastnosti u těchto adolescentů bývají oslabené, takže dochází k selháním, útěkům, dítě odehrává své staré frustrace, agrese a úzkost v běžných interakcích s dětmi, pedagogy a vychovateli. Významným činitelem a motivačním prvkem je vytvoření dobrého, bezpečného vztahu mezi dítětem a dospělým (vychovatelem, pedagogem, speciálním pedagogem-etopedem). To vyžaduje vysokou osobnostní vyzrálost a profesionalitu. K tomu jsou nutné další vzdělávací aktivity (např. psychoterapeutické výcviky, odborné semináře...), podpora sebereflexe, prevence burn out syndromu a supervize.

d) Typologie dětí v ústavní péči

Mluvíme-li o dětech, které se dostávají do systému ústavní náhradní rodinné výchovy, je třeba si uvědomit mnoho aspektů, které zapříčiňují jejich umístění do některého typu zařízení. Z praxe je patrné, že nejčastější příčiny se vyskytují v pozdě zachycených provázaných problémech, zejména v sociální nebo výchovně vzdělávací oblasti. Iniciátorem umístění bývá obec – oddělení sociálně právní ochrany, škola nebo rodiče. Větší část dětí v ústavní i preventivně výchovné péči má určitý stupeň projevů rizikového chování nebo se jedná o děti s tzv. poruchami chování, které jsou podle staré (užívané ve speciální pedagogice-etopedii, viz níže) terminologie řazeny k poruchám adaptace, neurózám, disharmonickému vývoji a poruchám osobnosti. Podle MKN-10 lze do kategorie porucha chování zařadit tyto diagnózy: hyperkinetická porucha chování, poruchy přizpůsobení, poruchy sociálních vztahů. Jiné dělení je na poruchy internalizované a externalizované. Mezi externalizované patří hyperkinetické poruchy chování, porucha opozičního vzdoru a disruptivní poruchy chování. Důležitými faktory jsou agrese a narušená socializace. Všechny tyto diagnózy jsou „sběrnými koši“ pro obtížné a neposlušné chování dětí a adolescentů (Höschl et al., 2002). Dále se poruchy chování ještě dělí na poruchy se špatnou a lepší prognózou. Mezi internalizované poruchy lze zařadit např. emoční poruchy v dětství, které představují široké spektrum poruch od úzkostných symptomů, dissociativní symptomy až po poruchy emocí, které se objevují v dětství. Poruchy chování se v etopedii dělí dle výchovné nebo sociální narušenosti, dle psychických onemocnění a poruch a z hlediska stupně společenské závažnosti na disociální, asociální a antisociální chování (Matějček & Dytrych, 1997). Dále se poruchy chování ještě dělí na poruchy se špatnou a lepší prognózou.

Nevhodnost používání pojmu porucha chování spočívá v jeho přílišné nekompromisnosti a stigmatizaci, za metodicky přesnější považujeme

termín individuální dispozice k poruchám chování. Zdůrazňuje sociální dimenzi poruchy chování a současně i význam vnějších vlivů při vzniku a rozvoji poruchy (Vojtová, 2008). Diagnóza „porucha chování“ může být pouze vodítkem, nesmí být z etického hlediska hodnotícím posuzováním dítěte. Dítě bývá negativně ovlivněno svou diagnózou, aniž by jí přesně rozumělo nebo ji znalo, například má informace, že bude umístěno do výchovného ústavu, kterému se v praxi říká Epcho (extrémní poruchy chování), tento název je uveden i v prováděcí vyhlášce (Vyhláška MŠMT č. 438/2006 Sb.). Většinou ví dítě přesně, do jakého zařízení bude posláno z diagnostického ústavu nebo z dětského domova se školou. Odchází s vědomím, že je divné, špatné, nepolepšitelné, má pocit, že nepatří mezi „normální“ děti apod. Mívá pocity viny, že se už nikdy nezmění. V takových případech dochází i nezáměrně k tzv. nálepkování („labellingu“). Dítě se s nálepkou snadno ztotožňuje a nese si ji skrytě v duši po další život. Toto stigma ztěžuje sociální uplatnění ve společnosti. Některé děti se stydí za to, že byly v ústavu, který bohužel mívá nálepku „pastáku“ nebo „polepšovny“. I přes negativní a slangová označení je třeba tato zařízení vnímat objektivně jako významný školský systém na poli péče o ohrožené děti, který poskytuje specifické výchovně vzdělávací programy rozpracované do programu rozvoje osobnosti podle aspektů charakterových typů a snaží se podporovat jejich sociální inkluzi.

Převážné množství dětí, které se dostávají do diagnostických ústavů, bývá od raného dětství traumatizováno, zanedbáváno po materiální i psychické stránce. Častým projevem takto ohrožených dětí bývají příznaky psychické deprivace a narušení vývoje osobnosti, kdy je narušen kognitivní a emoční vývoj a schopnost dítěte navazovat hlubší sociální vztahy (Kurelová et al., 2008). Určitá část dětí, které se dostávají vlivem svého ohrožujícího chování sebe i druhých do ústavní výchovy, naplňuje svým chováním skutkovou podstatu trestného činu. Za ním se může odkrýt hloubka krize rodinných vztahů, chudoba a sociální propad, zanedbávání, týrání dítěte, genetické faktory, environmentální vlivy. Výše popsaná rizika jsou většinou kumulovaná. Projevy chování mají velmi často souvislost s vývojovými traumaty, která ovlivňují komplexně vývoj dětské osobnosti. Vývojová traumata vznikají především v deficitech v attachmentu (přimknutí se k blízké osobě-matce nebo jiné pečující osobě v raném dětství) (Bowly, 1982), zasahují neurologický vývoj mozku, odrážejí se v disociativních poruchách osobnosti, v deficitech v kognitivních funkcích, v rizikových projevech chování, v problematickém sebepojetí (vytváření nepravdivého proti pravdivému Já), mají vliv na změnu hodnot a postojů.

e) Realizace preventivních opatření a aktivit

Prevence rizikových projevů chování se realizuje v ústavních zařízeních průběžně, v celé škále metod a opatření od nespécifické primární prevence, specifické všeobecné, indikované a selektivní primární prevence až po sekundární a terciární prevenci. Prevenci rizikového chování vymezuje původní Metodický pokyn MŠMT (MŠMT, 2008) a zařízení mívají vypracovaný minimální preventivní program. V současné době není definován přesný a podrobný koncepční rámec preventivních opatření v celé své šíři ve všech typech školských ústavních zařízení, který by ošetřil tuto specifickou oblast v celém rozsahu. Zejména oblast adiktologie si zaslouží pozornost, neboť klienti zařízení mají častou zkušenost s návykovými látkami již před umístěním do ústavního zařízení v podobě experimentování a užívání drog nebo mají za sebou trestnou činnost v souvislosti s drogovou kriminalitou. Hlavními návykovými látkami jsou především tabákové výrobky, alkohol, marihuana, pervitin, halucinogeny. Někteří klienti jsou umísťováni na specializovaná pracoviště, která jsou zaměřená na práci s dětmi užívajícími návykové látky.

Prevenci v ústavních zařízeních je nutné rozlišit podle stupně rizikosti chování dětí. Může se jednat o závažnou poruchu chování ohrožující sebe nebo okolí, která vyžaduje komplexní multidisciplinární přístup a preventivně léčebná opatření, ale také se může jednat o rizikové chování související s přirozenou vývojovou fází dítěte a lze na ně reagovat standardními metodami specifické primární prevence. Rizikové chování u dětí je třeba vnímat na škále od mírných projevů a náznaků rizikového chování spojeného s vývojovými specifickými dospívání, testováním sociální reality a hledáním identity až po rizikové chování závažného rázu. Rizikové chování se pohybuje v polaritách pozitivní riziko – negativní riziko. Pro pochopení rizikového chování je třeba zabývat se jeho příčinami, které mohou mít rozmanitou etiologii, a jeho psychosociálními důsledky. Dětské chování se projevuje v interakci s vrstevníky, rodiči, pedagogy, s dalšími osobami i se zvířaty a různými objekty. Ve všech těchto interakcích hrají roli biologické, psychologické a u dospívajících ve velké míře i sociální aspekty. Chování se odehrává v prostředí sociální reality, v prostředí existence prázdných nebo nepřeborně obsažných podnětů, které dítě v době dospívání výrazně ovlivňují, chování tedy ovlivňují sociální aspekty. Chování má také zdravotní aspekty, například dítě si vědomě či nevědomě poškozuje zdraví užíváním návykových látek, nezdravými stravovacími návyky apod. (Jessor, 1991). Když hledáme příčiny rizikového chování, je důležité nejprve identifikovat rizikové faktory v životě dítěte, které se shlukují do tří základních kumulativních oblastí, a také je důležité definovat pozitivní faktory, které působí na dítě preventivně. Tento postup by měl být v prvotním centru zájmu při

vytváření komplexních preventivních programů a opatření, jejichž výsledkem bude především vyhodnotitelná upevněná změna chování dítěte.

f) Vytváření primární prevence ve školských ústavních zařízeních

Preventivní aktivity rizikového chování (dříve prevence sociálně patologických jevů), jak je uvedeno v šetření MŠMT (MŠMT, 2006), jsou realizovány ve všech typech školských zařízeních, ale jsou velmi různorodé a nejednotné a nelze mluvit o tom, že by převládal určitý typ prevence nebo opatření. Z šetření vyplývá, že nejčastěji se realizovaly besedy, přednášky, zážitkové aktivity formou zátěžových pobytů, sportovních aktivit, volnočasových aktivit apod. Vliv na tuto různorodost mají zejména specifika jednotlivých zařízení, terminologická nevyjasněnost, neexistence specializovaného vzdělávání v problematice rizikového chování pro všechny typy zařízení. V současné době se preventivní aktivity a opatření v zařízeních vytvářejí stále víc dle potřeb dětí, materiálně technických možností a profesního zaměření pedagogických pracovníků. Snahou je, aby se primární prevence prováděla diferencovaně a strategicky podle věku, mentální úrovně a specifických vzdělávacích potřeb. Prevence musí zohledňovat kulturní a spirituální hodnoty a být genderově senzitivní. Reflektování míry rizika v chování skupiny a jednotlivců se odráží v aplikaci metod a přístupů užívaných ve všeobecné, selektivní a indikované prevenci.

Profesionálové, kteří pracují s ohroženými dětmi, musejí porozumět vývojovým etapám a jejich specifikům a dynamickým psychosociálním změnám v období dospívání, které tvoří mezníky pro pozitivní rozvoj osobnosti. Výchovně vzdělávací a komunitní přístupy multidisciplinárního týmu speciálně pedagogického zařízení umožňují dětem směřovat ke zdravé individuaci ve strukturovaném a bezpečném prostředí. Rámec komunitních principů a komunita (děti a dospělí v zařízení) vedou k vytváření protektivních faktorů, které povzbuzují vřelé, stabilizované vztahy mezi dítětem a dospělými, podporují komunitní a skupinovou kohezi. Komunita věří v pozitivní aspekty duše dítěte a rozvíjí je v každodenních interakcích. Komunita podporuje úspěchy ve škole, jako jsou dokončování cílů a úkolů, vytváří podnětné a zážitkové aktivity ve volném čase dítěte. Významnými nástroji v komunitním prostředí je léčivý smysl pro humor, strategie zvládnutí napětí a agrese, posilování tolerance k druhým, neobviňování, netrestání apod. (Šolcová, 2009). Dynamika komunity v ústavním zařízení řeší i velmi složité situace, například jsou děti frustrovány z neuspokojení potřeb a tím vzrůstá agresivita, nemohou se nezávisle rozhodovat, a to vede k excesivním poruchám ve vztahu k autoritám. Pokud tyto excesy nejsou dostatečně terapeuticky a výchovně ošetřeny, dochází u dětí k pochybování o sobě,

rozvoji neuroticismu, deprese, psychosomatických poruch a zacyklení se v malaadaptivním chování, a to se většinou projevuje ve stupňování agresivního chování, které může být zaměřené buď na okolí, nebo na sebe. Stále se zvyšující kvalita poskytované péče v ústavních zařízeních, další vzdělávání pedagogických pracovníků, absolvování sebezkušenostních psychoterapeutických výcviků, krizové intervence a práce pod supervizí je efektivní cestou k používání profesionálních nástrojů a řešení složitých zátěžových situací pro děti i dospělé ve školském ústavním zařízení.

V primární prevenci se ve školských zařízeních osvědčuje především individuální přístup ke každému dítěti, dobrá znalost vývojové dynamiky dospívání, víra v možnosti dítěte, optimismus a humor při práci s dětmi. Pozitivní korektivní vzor autority a navázání dobrého podpůrného a rozvojového vztahu s autoritou v zařízení je pro dítě zásadní a odráží se v jeho dalších vztazích. Vymezená a srozumitelná pravidla, řád a limity respektující všechna jejich práva i povinnosti, vytvářejí dětem a adolescentům bezpečný a vývojově pružný rámec, dobré a spravedlivé prostředí vhodné pro reparaci sociálních i psychických narušení. Kvalitativně preventivnímu působení významně pomáhá intervize a supervize. Ta umožňuje sebereflexi, porozumění komplikovaným přenosovým fenoménům a interakcím a v některých případech může mít i vzdělávací funkci. Dobrou praxí bývá rovněž spolupráce s externími odborníky a podpora dalšího vzdělávání pracovníků v oblastech rizikového chování, dlouhodobé sebezkušenostní vzdělávání v psychoterapeutickém výcviku a krizové intervenci, dlouhodobá spolupráce s rodinou, školami a dalšími institucemi.

g) Nástin vizí preventivní práce v podmínkách ústavní péče

Preventivní opatření v ústavní a preventivně výchovné péči si zaslouží zaměřit pozornost hlavně na vytvoření výchovného, vzdělávacího, léčebného a sociálního, mezioborově pojatého konceptu, který bude součástí standardů kvality péče s ukotvením v příslušné legislativě a možností pravidelného vyhodnocování. Součástí transformačního procesu, který je nastartován, musí být v rámci celoživotního vzdělávání speciálních pedagogů i v pregraduálním a postgraduálním vzdělávání také vytváření tematicky zaměřených programů na prevenci rizikového chování a adiktologická témata. Součástí rozvoje osobnostních a profesních dovedností je třeba podpora psychoterapeutického výcviku i se speciálním zaměřením na rizikové chování. Základním jádrem všech změn v kvalitě péče je změna terminologie, která musí být ustanovena v legislativě. Současná terminologie se ubírá podobnou cestou jako v zahraničí, od stigmatizujícího pojmenovávání důsledků chování a segregování na základě diagnóz k hledání příčin a sou-

vislostí s podporou psychoterapie a flexibilního inkluzivního vzdělávání, které vede k sociálnímu začlenění na trhu práce. V mnoha zařízeních existují velmi dobré příklady praxe, které by bylo užitečné zmapovat a rozšířit mezi další zařízení. Vzhledem k tomu, že děti v ústavní výchově jsou považovány za ohrožené sociální exkluzí, je třeba se v prevenci zaměřit na co nejvyšší rozvoj kvality jejich života i jeho jednotlivých aspektů. Veškerá preventivní opatření by se měla jednotně evaluovat a monitorovat, s tím souvisí i vytvoření komplexního elektronického sběru dat o intervencích, které se v rámci péče s dítětem realizovaly.

4.6 Úloha nestátních neziskových organizací v primární prevenci

Za nestátní neziskové organizace (dále jen NNO) považujeme takové organizace, které jsou institucionalizovány, odděleny od státní správy, nerozdělují zisk, jsou samosprávné a dobrovolné. V obecné rovině lze za neziskové považovat veškeré organizace, které nebyly zřízeny za účelem generování zisku. Z tohoto hlediska se jedná i o politická/é hnutí / strany, odbory, příspěvkové a rozpočtové organizace, nadace a nadační fondy, profesní komory, církve, obecně prospěšné společnosti a občanská sdružení. Za nestátní pak můžeme považovat veškeré organizace, jejichž zřizovatelem není centrální správa. Patrně i vzhledem k nejasnému legislativnímu vymezení NNO a parametrům dotační politiky centrální i komunální správy je však stále vnímání pojmu NNO zúženo na tři hlavní typy dle právního statutu. Jedná se o spolky a ústavy, nově vzniklé dle tzv. nového občanského zákoníku účinného od 1. 1. 2014 (zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) či postupně transformované z občanských sdružení (zřízených dle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů ve znění účinném do 31. 12. 2013) a obecně prospěšných společností (zřízených dle zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech ve znění účinném do 31. 12. 2013) a dále o církevní právnické osoby (zákon č. 3/2002 Sb., 3/2002 Sb., zákon o církvích a náboženských společnostech ve znění pozdějších změn). S těmito typy organizací jako poskytovateli služeb primární prevence se patně také nejčastěji setkáváme v praxi. Jistě však nelze opomenout ani význam poskytovatelů daných služeb, jakými jsou pedagogicko-psychologické poradny a psychiatrické/AT ordinace, které sice do obecného vymezení NNO spadají, ale pro účel tohoto textu je necháváme stranou.

Současná úloha NNO ve službách primární prevence je nezastupitelná. V zásadě platí, že přes zavedení a fungování minimálního preventivního programu ve školách a systematické vzdělávání školních metodiků preven-

ce nalezneme např. školy, ve kterých dodnes NNO de facto suplují preventivní práci pedagogů. Zásadní roli NNO hrají jednak ve vzdělávání v primární prevenci a jednak v zajištění specializovaných programů specifické primární prevence. Tato práce by se měla soustředit na prevenci obecnou a být součástí pedagogické práce jako takové. Ještě vhodnější pole působení služeb NNO pak můžeme vidět v realizaci programů prevence selektivní či indikované, event. v realizaci takových programů, které program obecné primární prevence vhodně doplňují a oživují. Zmíněná nezastupitelná role NNO ve vzdělávání v prevenci má širší důsledky. Nejde jen o celkový objem programů akreditovaných MŠMT jako specializované vzdělávání pro pedagogy a pedagogické pracovníky, ale právě také o hloubku záběru těch programů, kdy NNO jsou často v některých regionech nositeli odbornosti pro danou oblast. NNO v tomto smyslu jsou nezastupitelným zdrojem informací a dovedností v primární prevenci a jejich působení by mělo být dostupné všem preventistům nejen před zahájením práce samotné, ale i jako součást celoživotního profesního vzdělávání. K dosažení ideálního stavu, který zaručí, že kvalitní obecná primární prevence bude prostřednictvím vzdělávacího procesu skutečně dostupná všem a zároveň že na konkrétní problémy a potřeby budou včas a adekvátně reagovat programy prevence speciální či indikované, je nezbytným předpokladem spolupráce NNO a škol. V optimálním případě půjde o spolupráci kontinuální a kvalitní, při níž budou jasně definovány role a zodpovědnosti školy i NNO, úspěchy i nezdary společného působení budou průběžně vyhodnocovány a na základě výsledků pak formy spolupráce i programy samotné upravovány. Nicméně vraťme se ke stavu současnému. Jako zásadní se ukazuje finanční problematika. Systém financování programů primární prevence probíhá dosud v ročních cyklech: programy primární prevence jsou financovány jednak ze strany centrální správy (zejména MŠMT a RVKPP) a rovněž krajské / místní samosprávy, v některých případech jsou příjemcem finanční prostředků NNO samy (v důsledku čehož pak nabízejí své služby školám „bezplatně“) a v jiných případech jsou příjemci financí naopak školy (v důsledku čehož je jejich volbou, ale i zodpovědností výběr NNO, která bude preventivní program realizovat). Tento stav nezbytně vede k nestabilitě, resp. nekontinuitě a rozdílné úrovni kvality primární prevence.

A právě v otázkách kvality a metod hodnocení efektu primární prevence můžeme vidět místo NNO. Organizace sdružené v Sekci primární prevence, která je jednou z odborných platforem A. N. O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí – iniciovaly vznik materiálu Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek a podílely se na jeho zpracování. Důvodem vzniku nástroje hodnocení byla potřeba rozlišit programy kvalitní od nekvalitních. Z hlediska NNO, které standardy napl-

ní a obdrží certifikát odborné způsobilosti, se jedná o možnost prokázat, že jsou nejen oprávněny žádat o dotace z veřejných zdrojů, ale zejména možnými a schopnými partnery při realizaci programů primární prevence i protidrogové politiky v této oblasti. Poskytovatelé finančních prostředků takto zase mohou zajistit, aby se veřejné prostředky poskytovaly a čerpaly v souladu s jejich účelem.

Vzhledem k platným Pravidlům pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku (usnesení vlády č. 700/2005) jsou od roku 2008 prostředky ze státního rozpočtu pro oblast primární prevence poskytovány pouze těm NNO, které získají certifikát odborné způsobilosti, a je pouze otázkou času, kdy se posuzování kvality bude týkat nejen drogové problematiky, ale i dalších oblastí prevence rizikového chování, a v budoucnu lze očekávat povinnost certifikace i pro ostatní poskytovatele primární prevence, školy a školská zařízení nevyjímaje. Certifikát odborné způsobilosti lze získat na základě splnění Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (blíže viz www.ipp.cz). Ve stručnosti se dá shrnout, že držitel certifikátu splňuje následující kritéria, která jsou zásadním předpokladem k realizaci smysluplných programů se skutečně preventivním efektem:

- odborně akceptovatelná východiska,
- finanční i věcná transparentnost,
- odborné zázemí a jeho průběžné doplňování,
- znalost komunity a aktuálních trendů v ní,
- schopnost pružné reakce na aktuální situaci,
- jasně definované konkrétní a realistické cíle,
- adekvátní metody dosažení těchto cílů,
- ověřená kvalita a výsledky.

5 Minimální preventivní program školy

Cílem kapitoly je poskytnout školám a jejich pracovníkům podílejícím se na školní prevenci rizikového chování metodiku k tvorbě minimálního preventivního programu (dále jen MPP), jak jej definuje Metodický pokyn MŠMT ČR č.j.: 20006/2007–51. Nabízíme kroky, které je třeba učinit k tvorbě komplexní a ucelené školní prevence s důrazem na propojenost a smysluplnost jednotlivých částí MPP s jejich specifiky ve školním prostředí.

Školní preventivní program/strategie (dále též ŠPP) je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení a je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu, popř. přílohou dosud platných osnov a učebních plánů. Vycházíme při jeho realizaci z toho, že škola má pro něj samozřejmě pouze omezené časové, personální a finanční možnosti a je proto nutné klást důraz na co nejvyšší efektivitu při existujících zdrojích. Program má jasně definované dlouhodobé a krátkodobé cíle a je naplánován tak, aby mohl být řádně proveden. 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 výskytu nebo snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí. Snažíme se přitom o co nejdelší trvání efektu působení programu, který by měl pomáhat zejména těm jedincům, kteří pocházejí z nejvíce ohrožených skupin (minoritám, cizincům, pacientům či dětem) při ochraně jejich lidských práv. Program musí podporovat zdravý životní styl, tj. harmonickou rovnováhu tělesných a duševních funkcí s pocitem spokojenosti, chuti do života, tělesného i duševního blaha (výchova ke zdraví, osobní a duševní hygiena, výživa a pohybové aktivity), a být zdrojem podnětů pro zpracování a realizaci minimálního preventivního programu.

Minimální preventivní program (dále též MMP) je konkrétním dokumentem školy zaměřeným na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. MMP 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. MPP je zpracován na období jednoho školního roku a zodpovídá za něj školní metodik prevence (dále jen ŠMP). Podléhá kontrole České školní inspekce, je průběžně vyhodnocován a písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy.²² Na tvorbě a realizaci MPP se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy. Koordinace tvorby a kontrola realizace patří ke standardním činnostem školního metodika prevence. Při tvorbě a vyhodnocování MPP spolupracuje školní metodik prevence dle potřeby s metodikem prevence příslušné pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP).

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 rezortu MŠMT na daný rok (příslušné informace o dotačním řízení a jeho podmínkách v daném regionu poskytuje MŠMT a příslušný krajský úřad).²³

Výše uvedené definice základních materiálů školy v oblasti primární prevence vycházejí ze současně platné školské legislativy a každá škola a každý metodik prevence by měl 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.

Úplné znění stávajících dokumentů je dostupné na webových stránkách MŠMT (přesná čísla a citace všech dokumentů viz příloha č. 5). Základní znalost a orientace v legislativě je bezpodmínečně žádoucí zejména pro činnost školního metodika prevence. O podporu a metodickou pomoc se ŠMP může obrátit na metodika prevence místně příslušné pedagogicko-psycho-

22 § 12 odst. 1, zákon. č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění.

23 Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (Čj.: 14 514/2000 – 51).

logické poradny.²⁴ 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 činností, místa a spolupráce jednotlivých členů ve školním poradenském pracovišti ze strany vedení školy. Představit pedagoga – ŠMP, zveřejnit jeho konzultační hodiny i místo pro poradenskou činnost pedagogům, žákům a rodičům školy. Hierarchicky jsou pak úkoly a role jednotlivých participujících stran na MPP tyto:

- ředitel školy má odpovědnost za podporu, vytváření a realizaci programu,
- školní metodik prevence koordinuje přípravy a realizace programu,²⁵
- pedagogičtí pracovníci, tedy jednotliví učitelé, začleňují preventivní témata do výuky svých jednotlivých předmětů, toto začlenění je rozpracováno v ŠVP,
- třídní učitelé mají nezastupitelný význam při monitoringu rizikového chování ve své třídě, při realizaci preventivních programů a jejich evaluaci,
- žáci aktivně participují na přípravě a realizaci preventivního programu,
- metodik prevence PPP zajišťuje odbornou a metodickou pomoc pro ŠMP a je garantem kvality programů v daném regionu,
- krajský školský koordinátor koordinuje primární prevenci realizovanou v rámci krajské koncepce PP,
- spolupráce školy s jinými organizacemi, které poskytují preventivní programy v daném regionu.

5.1 Postup při zpracování minimálního preventivního programu

Základním krokem pro zpracování MPP je to, že vycházíme z dostupných vnitřních a vnějších zdrojů školy (školského zařízení) a využíváme jich v následujících několika základních oblastech. Celkovou podobu schématu tvorby a logické struktury minimálního preventivního programu zachycuje obr. č. 7, z něhož je patrné, v jakých krocích postupujeme a na jaké otázky musíme být v jednotlivých fázích schopni odpovědět.

24 Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

25 Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních – příloha č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb.

a) Charakteristika školy a její vnitřní zdroje

Cílem analýzy situace je subjektivní pohled školy na aktuální realitu, ve které se nachází. Měla by být stručná, věcná a mít hodnotící charakter. Měla by reagovat na následující položky (podrobněji viz také doporučená struktura v tabulce č. 5):

- popis specifík a charakteristik školy (venkovská, městská, sídlištní, neúplná, úplná ZŠ, počet žáků školy, rizikové faktory atd.),
- popis rizikových míst ve škole pro výskyt nebezpečných či rizikových situací ve všech smyslech (šatny, WC, vnější prostory školy...),
- zmapování vnitřních a vnějších zdrojů školy,
- monitoring, tedy zmapování situace v jednotlivých třídách vůči rizikovým formám chování žáků (ankety, dotazníkové šetření, SWOT analýza, zodpovídají třídní učitelé atd).

Pro všechny výše uvedené body je zásadní informace od třídních učitelů. Ti musí nejlépe vědět, jaká je v oblasti rizikového chování situace v jejich konkrétní třídě. Soustředit by se měli především na tyto otázky:

- Jaký je celkový počet řešení rizikového chování žáků ve třídě?
- Jaké rizikové chování bylo řešeno?
- Jak byla situace zjištěna?
- Kdo situaci řešil?
- S použitím jakých metod byla vedena intervence?
- Jaký byl způsob ověření efektivity intervence?

b) Vnější zdroje školy pro tvorbu MPP

Pod pojmem vnější zdroje školy rozumíme v tomto kontextu širší podpůrnou síť institucí, odborníků, informací nebo služeb, které školnímu metodikovi prevence pomáhají připravit, stabilizovat a rozvíjet MPP. V zásadě se tak můžeme opřít především o následující vnější zdroje, které by každá škola měla mít dobře zmapovány, popsány a zpracovány tak, aby byly k dispozici nejen ŠMP, ale samozřejmě také všem dalším participujícím pedagogům atd.:

- vnější informační zdroje jako např. webové stránky MŠMT, web odrogach.cz, web drogy-info.cz, webové stránky odborných zařízení v regionu atd.,
- metodická pomoc: hlavním zdrojem odborné a metodické pomoci by měl být v první řadě poradenský metodik prevence

- při pedagogicko-psychologické poradně, dále krajský školský koordinátor prevence, preventivní pracovníci NNO v regionu aj.,
- odborná pomoc, internetové poradenství pro ŠMP a pedagogy v oblasti prevence,
 - sociální síť: tedy síť organizací a odborných zařízení (na celostátní a především regionální úrovni), na které se bude škola obracet v indikovaných případech. Nezbytné jsou kontakty na tyto organizace: protidrogový koordinátor a manažer prevence kriminality, kurátoři pro děti a mládež, OSPOD a komise sociálně-právní ochrany, NNO, Policie ČR, městská policie, pediatři, praktičtí lékaři, klinický psycholog a psychiatr atd.,
 - přehled vzdělávacích programů pro ŠMP a ostatní pedagogické pracovníky,
 - přehled volnočasových aktivit v regionu.

c) Monitoring

Analýza výchozí situace je základem pro plánování cílů a následně konkrétních aktivit naplňujících obsahově minimální preventivní program. Pro analýzu výchozí situace lze využít různých nástrojů. To, který nástroj zpracovatel využije, záleží na něm a na jeho odborných zkušenostech. Jedním z nástrojů je například SWOT analýza. Jádrem metody spočívá v klasifikaci a ohodnocení jednotlivých faktorů, které jsou rozděleny do čtyř základních skupin (tj. faktory vyjadřující *silné* nebo *slabé vnitřní* stránky systému a faktory vyjadřující *příležitosti* a *rizika* jako vlastnosti *vnějšího* prostředí) (podrobněji viz také kapitola 5). Analýzou vzájemné interakce jednotlivých faktorů silných a slabých stránek na jedné straně vůči příležitostem a nebezpečím na straně druhé lze získat nové kvalitativní informace, které charakterizují a hodnotí úroveň jejich vzájemného střetu. Pro potřeby monitoringu v rámci tvorby MPP existují minimálně čtyři cílové skupiny, které slouží jako užitečné zdroje pro shromažďování informací: žáci, rodiče, pedagogové, škola jako celek. Pro monitorování názorů těchto cílových skupin lze využít standardizovaných dotazníků (viz např. také www.odrogach.cz a další zdroje). Dalšími zdroji informací pro popis situace ve škole (především v oblasti prevence rizikového chování) mohou být výstupy záznamů školního metodika prevence, záznamy četnosti výskytu rizikového chování (zejména od třídních učitelů), důvěrná sdělení na OSPOD, popř. PČR, zápisy z výchovných komisí, prosté pozorování prostředí školy a chování dětí v něm atd. Často se však v případech práce s informacemi jedná o důvěrné osobní údaje, které lze v rámci monitoringu využít jen obecně a nelze uvádět konkrétní data nebo informace o jednotlivých případech. Je důležité dbát na ochranu

osobních dat a informací.²⁶ Pro monitoring lze opět využít výstupy evaluace z minulých let.

d) Stanovení cílů MPP školy

Na základě pochopení a zpracování prvního kroku pro tvorbu MPP si odpovíme na základní otázku, co chceme? Definujeme proto konkrétní cíle našeho MPP pro příslušný školní rok. Cíle mohou být dlouhodobé a krátkodobé. Pro posouzení, zda vybraný program primární prevence naplňuje stanovený cíl, je třeba najít měřitelné informace – ukazatele úspěšnosti (indikátory). U každého cíle byste se tedy měli pokusit přijít na nějaký ukazatel (indikátor), který vám řekne, zda byl daný cíl splněn. Prostřednictvím systematického sběru ukazatelů programu můžeme s větší přesností měřit (nikoli pouze odhadovat), zda jsou naše cíle naplňovány. Podle modelu SMART mají být cíle:

- S – specifické,
- M – měřitelné,
- A – akceptovatelné,
- R – realistické,
- T – termínované (časově ohraničené).

Krátkodobé cíle (konkrétní cíle školy v oblasti PP). Jsou zásadní součástí dokumentu MPP. Měly by být zcela konkrétní pro dané cílové skupiny a měly by navazovat na preventivní strategii školy. Doporučujeme stanovit si priority a podle těch cíle řadit. V následující části MPP už budou jen konkrétní opatření (aktivity), které povedou k realizaci těchto cílů. Cíle a opatření by měly spolu korespondovat. K definování cílů při plánování MPP lze využít model SMART. Ten nám může posloužit i k rychlému zhodnocení proveditelnosti školního programu (Gallà et al., 2005). *Dlouhodobé cíle* jsou spíše obecnějšího charakteru i časově náročné a jsou především uvedeny v preventivní strategii školy, která je nad úrovní MPP. Základní požadavky na dlouhodobé cíle je, aby jasně korespondovaly s preventivní strategií školy, korespondovaly s koncepcí/strategií v oblasti prevence rizikového chování na regionální úrovni a zohledňovaly všechny oblasti rizikového chování.

26 Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

e) Skladba aktivit MPP pro jednotlivé cílové skupiny

Jednotlivé aktivity v MPP se musí soustředit na všechny cílové skupiny, tedy žáky, učitele i rodiče. Zásadními položkami jsou ve všech cílových skupinách: stručná charakteristika programu, jeho realizátor, termín konání aktivity a osoby za program zodpovědné. Pro posouzení efektivity programu nabízíme Zásady efektivity primární prevence tak, jak je definují Nešpor, Csémy, Pernicová (1999):

- program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku,
- program je malý a interaktivní,
- program zahrnuje podstatnou část žáků,
- program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život,
- program bere v úvahu místní specifika,
- program využívá pozitivní modely,
- program zahrnuje legální i nelegální návykové látky,
- program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik,
- program je soustavný a dlouhodobý,
- program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně,
- program je komplexní a využívá více strategií,
- program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat.

Uvedené zásady jsou sice definovány pro oblast protidrogové prevence, jejich platnost je však obecně přijatelná v celé oblasti rizikového chování. U cílové skupiny žáků nás dále zajímá, jakého typu jsou programy primární prevence, které jsou pro ně ve škole realizovány. Typ programu primární prevence je pro potřeby metodického materiálu časově ohraničenou jednotku práce s cílovou skupinou, která má jasně definovaný proces a zároveň splňuje další kritéria stanovená ve Standardech odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence (MŠMT, 2005). U preventivních programů pro cílovou skupinu žáků příslušné školy je nutné dbát na spoluúčast učitelů při naplňování cílů preventivních programů dle ŠVP (jednotlivé předměty – ročníky, témata). Doporučujeme mít zpracováno jako samostatně rozpracovanou přílohu MPP. Dále dbáme na plynulé začlenění programů PP do MPP školy ze strany neziskových či státních organizací zabývajících se primární prevencí rizikových forem chování. V tomto případě doporučujeme ověřit, zda organizace má udělenou akreditaci/certifikaci pro nabízený typ preventivního programu a poté pečlivě zvážit jeho výběr:

- komplexní dlouhodobý program,
- jednorázové programy PP,
- hromadné programy PP,
- programy indikované a selektivní primární prevence.

Posoudíme, zda konkrétní typ programu zapadá do naší strategie, zda navazuje na ŠVP, či ho doplňuje v jednotlivých oblastech a zda je dán prostor pro vzájemnou informovanost a spolupráci poskytovatele a školy pro další období (viz také Zásady efektivní primární prevence v kapitola 2.3). Doporučujeme zvážit i finanční náročnost programu. Poté ŠMP zpracuje časový harmonogram preventivních programů a aktivit v rámci MPP ve školním prostředí, mimo školu, v komunitě a přehled nabídky mimoškolních aktivit pro žáky (rodičovskou veřejnost). V rámci aktivit pro pedagogické pracovníky školy zajišťujeme informovanost všech pedagogických i nepedagogických pracovníků školy o skladbě MPP a nastavených pravidlech (řád školy, krizový plán, zdroje odborné a metodické pomoci, požadavky na práci třídních učitelů, zveřejňujeme kompetence jednotlivých členů školního poradenského pracoviště, informace o způsobu vedení dokumentace v oblasti PP a o způsobu předávání a shromažďování informací směrem k ŠMP...). Dále zajišťujeme zpracování plánu vzdělávání ŠMP a ostatních pedagogických pracovníků v problematice PP různých forem rizikového chování

Do výchovně vzdělávacího procesu na školách a ve školních zařízeních je nutné zapojit také rodiče. Je důležité zabezpečit informovanost rodičů o postojích školy nebo školského zařízení k preventivní strategii a o možnostech intervence v případě selhání jejich dítěte. Záměr vzdělávat rodičovskou veřejnost v této oblasti pomocí tradičních aktivit nabízených školou se jeví z pohledu dlouhodobých zkušeností jako málo účinný. Je nutné hledat nové formy a metody k zapojení rodičů do výchovně vzdělávacího procesu (využívat všech nových informačních médií, profesionálně zvládnutých kampaní, vzdělávacích a výchovných aktivit k aktivnímu zapojení celých rodin). Oblasti preventivních aktivit pro rodiče v rámci MPP:

- informační servis pro rodiče (seznámení s preventivní strategií školy, se školním řádem, poskytnutí adresáře poskytovatelů služeb s ohledem na problematiku zvládnutí rizikových forem chování u dětí atd.),
- aktivní formy spolupráce s rodiči (přímá účast rodičů na preventivní strategii školy, kvalitní práce třídních učitelů směrem k rodičům, školní akce určené pro rodiče s dětmi, funkčnost poradenského systému školy – školního poradenského pracoviště (ŠMP, výchovný poradce, školní psycholog, externí poradenská činnost odborníka na škole),
- přednášková činnost je pasivní formou spolupráce s rodiči, písemná sdělení rodičům, distribuce informačních materiálů,

- odborná pomoc rodičům (mimo rámec školy), besedy s rodiči žáků k určitému problému, poradenství (práce s jednotlivcem jako členem rodiny, rodinná terapie, malé rodinné intervence, zprostředkování informací, léčby).

5.2 Struktura a dílčí komponenty MPP²⁷

Cílem práce bylo navrhnout modelovou strukturu a rozsah MPP jako variantu komplexního dlouhodobého programu pro ZŠ (6–15 let) zaměřeného na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností, včetně komponent specificky zaměřených na jednotlivé formy rizikového chování. Smyslem přitom je vytvořit vzorový dokument, který by v obecné rovině splňoval základní požadavky na kvalitní a efektivní program a který by bylo možné využít jako zdrojový materiál k vedení další širší diskuse o smyslu, náplni a možných podobách preventivních programů na ZŠ. Má současně být určitým vodítkem, podle čeho takový komplexní program sestavit a jaké různé roviny by přitom měl obsahovat z hlediska výstupních znalostí, dovedností a kompetencí dětí.

Autoři provedli obsahovou kvalitativní analýzu získaných tří skupin dokumentů vztahujících se k MPP, legislativním normám a dokumentaci realizovaných programů. Ty doplnili o literární rešerši, aby na závěr navrhli a sestavili strukturu, obsah a rozsah komplexního preventivního programu pro základní školu. Základní postup při obsahové analýze odpovídal např. pojetí Plichtové (1996, pp. 311–313), rozdělující proceduru do několika základních fází. Výchozím bodem byla definice a identifikace vhodných dokumentů pro obsahovou analýzu, jejich setřídění, popis a kategorizace. Následovala fáze definování základních jednotek a tvorba systému kategorií a těmto kategoriím odpovídajících kódů. V rámci analýzy jsme využívali různých jednodušších metod dle Milese a Hubermana (1994), jako je metoda vyhledávání vzorců apod. MPP tak jak byl navržen pro cílovou skupinu dětí ZŠ (6–15 let) na úrovni komplexního dlouhodobého programu všeobecné prevence se skládá ze tří hlavních komponent:

- Soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole a na školních akcích (podrobněji dále v textu).

27 Plná verze textu publikována v rámci výstupů projektu VYNSPI-1 a v přepracované verzi v doplněném a upraveném vydání k dispozici ve třetím díle této tetralogie pod názvem Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi (Miovský et al., 2015c).

- Programy zaměřené na rozvoj dovedností pro život (tzv. life skills) skládajících se z programů zaměřených na rozvoj sociálních dovedností (social skills) a dovedností sebeovlivnění (self-management) (podrobněji viz část 3 tohoto článku).
- Programy specificky zacílené na jednotlivé formy rizikového chování (podrobněji viz část 4 tohoto článku).

Na obrázku č. 9 je schematicky znázorněna doporučená struktura MPP vycházející z naznačené logiky od všeobecných pravidel a nejnižších věkových skupin dětí základní školy až po specifické programy a nejstarší děti.

2. část: Dovednosti pro život (Life skills) (celkem 30 hodin)	2.a. Dovednosti sebeovlivnění (Self-management) (15 hodin)	3. část: Komponenty specifické pro jednotlivé typy rizikového chování (celkem 56 hodin)	3.a. Agrese a šikana
	2.b. Sociální dovednosti (Social skills) (15 hodin)		3.b. Sexuálně rizikové chování
1. část: Rámec tvořený souborem pravidel bezpečné školy			3.c.,...,3n. Základní oblasti viz Miovský et al. (2010)

Obrázek 11 | Schematická struktura a rozsah hlavních částí navrženého modelu MPP (Miovský et al., 2012a, 2015c)

Celkově tak předpokládáme rozsah MPP přibližně v součtu **86 hodin napříč celou základní školou** od první do deváté třídy (tedy přibližně od šesti do 15 let). V těchto 86 hodinách jsou obsaženy všechny hlavní komponenty tak, aby výsledná podoba tvořila **komplexní a dlouhodobý preventivní program**, do kterého se promítají všechny základní požadavky a prověřené intervence, seřazené do na sebe navazujících bloků. Celková idea návrhu přitom stojí na principu, že **formulujeme pouze doporučený rozsah, strukturu a výstupní znalosti, dovednosti a kompetence**. Nejde tedy o dogma a jediný možný model, ale o obecné schéma, které je možné vyplnit různými typy programů a intervencí a propojit je do jednoho celku. **Předložený návrh tak má mít orientační funkci a být vodítkem, jakým způsobem sestavit odpovídající MPP na míru potřebám a možnostem konkrétní školy.**

a) Pravidla bezpečné a zdravé školy²⁸

První část MPP jsou Pravidla „bezpečné a zdravé školy“, které de facto tvoří obecný / základní rámec, do kterého je MPP umístěn. Velký vliv na úspěšnost preventivního působení má míra součinnosti a participace jednotlivých pracovníků školy, rodičů i žáků. Jinými slovy, míra úspěšnosti bývá přímo úměrná míře zapojení a spolupráce všech zúčastněných. Pravidla bezpečné školy se vztahují jak na bezpečí fyzické, tak na bezpečí sociální. Pro měření úspěšnosti je proto třeba používat jak kvantitativní údaje, např. o počtu úrazů, napadení, fyzických konfliktů, rychlosti a úspěšnosti školní reakce na fyzické ohrožení a podobně, ale i míru pocitu bezpečí vyjádřenou v kvalitativní rovině.

Přestože je školní prostředí v České republice jedním z nejbezpečnějších, je zde velká snaha zajistit bezpečí žáků a školního prostředí proti případným rizikům, která mohou vznikat uvnitř školy, ale mohou často přicházet i z vnějšího prostředí. Podobně se postupuje ve vztahu k žákům, kteří musí být dobře seznámeni nejen s učivem a s pravidly, která se vztahují k vyučování a k hodnocení žáků, ale také s jejich pobytem ve škole, s životem ve třídách i mimo ně. Školy se tím snaží předcházet krizovým situacím a rizikovému chování žáků. Pravidla, kterými se školy řídí, se člení na dokumenty *legislativní a tedy závazné* (zákony, vyhlášky) a dokumenty *nelegislativní* povahy, které mají charakter metodických doporučení (metodické pokyny, informace).

Základním dokumentem je **zákon č. 561/2004Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „školský zákon“), který specifikuje povinnosti školy zajistit bezpečí a ochránit zdraví žáků v řadě ustanovení, v §5 jsou popisovány **školní vzdělávací programy** a v odst. 2 tohoto ustanovení se ukládá školám **zajištění podmínek bezpečnosti práce a ochrany zdraví žáků**, podobně v § 29, odst.2, téhož zákona se říká, že „... školy a školská zařízení **zajišťují bezpečnost a ochranu zdraví dětí, žáků a studentů při vzdělávání a s ním přímo souvisejících činnostech a při poskytování školských služeb a poskytují žákům a studentům nezbytné informace k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví...**“

Základem úspěšné prevence rizikového chování jsou pak především kvalitně nastavená **vnitřní pravidla školy**, která specifikují pravidla pro **vnitřní i vnější komunikaci**. Základním dokumentem je **školní řád**, který přesně vymezuje povinnosti žáků i pedagogů školy ve vztahu k organizaci života školy, vymezuje pravidla pro soužití ve třídách, stanovuje podmínky ná-

28 Podrobněji viz v plné verzi textu: Mioviský et al. (2012a), kde lze nalézt též doporučení pro tvorbu pravidel bezpečné školy v rámci MPP a jejich implementace.

stupu na vyučování, jeho průběhu i ukončení výuky, pravidla pro omlouvání z vyučování; vymezuje také, jak se ve škole pracuje s neomluvenými hodinami, jak se postupuje při hodnocení žáků, jak se řeší krizové situace, jaká je role třídních učitelů i učitelů specialistů. Školní řád specifikuje také činnost školního poradenského pracoviště a zvláště pak postavení školních psychologů nebo školních speciálních pedagogů, pokud ve škole pracují. Obsah školního řádu je vždy ovlivněn typem školy, skladbou žáků, velikostí školy, zkušenostmi školy, očekáváním pedagogů a vedení školy. S touto vnitřní normou jsou seznamováni rodiče i žáci školy, aby byla zajištěna maximální součinnost mezi školou a rodinou. Na některých školách je tento dokument doplněn ještě řadou dalších vnitřních norem, jako je například kodex chování žáka, smlouva s rodiči atd. MPP se tak mj. stává základním rámcem pro strategii zajištění „bezpečné školy“. Stanovuje základní pravidla pro zajištění prevence různých forem rizikového chování, určuje roli pedagogů i dalších odborných pracovníků školy, kteří se podílejí na naplňování úkolů vytyčených programem.

Každá škola by měla mít vytvořený systém monitorování problémových projevů chování tak, aby dokázala včas reagovat na rizika a krizové situace. Z těchto důvodů se ve školách vytváří různé systémy práce s příznaky problémového chování, k nimž patří vedle školního řádu i řada dalších formálních pravidel, která si školy vytváří pro zajištění vyšší míry bezpečného prostředí. Pro všechna formální školní pravidla platí, že **pravidel by mělo být co nejméně**, měla by být **srozumitelná, jednoznačná a účelná**. Transparentnost pravidel přispívá k jejich dodržování. Vždy by měla respektovat věk příjemců, cíl nastavovaných pravidel a definovat co nastane, pokud někdo pravidla poruší, stejně tak pokud někdo pravidla ukázkově dodržuje. Vytváří se tak systém trestů (sankcí) a odměn. Pravidla, která zahrnují vymezení základních postupů pro zajištění „bezpečné školy“ jsou obvykle popsána ve **školních dokumentech**, jako jsou školní řád, minimální preventivní program školy, strategie školního poradenského pracoviště, nařízení ředitele/ky, bezpečnostní plány předcházející rizikům, krizové plány postupů pro případ, pokud by se ve škole něco stalo.

Na MPP obvykle navazují také **bezpečnostní a krizové plány** školy, které se podrobněji zabývají některým konkrétním rizikovým jevem a především jeho prevencí. Jedná se například o **školní program proti šikanování**.²⁹ V plánu popisujeme konkrétní preventivní mechanismy, které škola používá k tomu, aby jev minimalizovala a měla jej pod kontrolou. Přílohou bezpečnostního plánu bývá také **plán krizový**, který popisuje, krok za krokem **co a kdo** ve škole koná v případě, že bezpečnostní plán z nejrůznějších důvodů selhal a rizika v něm zmíněná se naplnila. **Účelem bezpečnostního**

29 Například: <http://aplikace.msmt.cz/HTM/KTSkolniprogramprotisikanovani.htm>.

plánu je riziku účinně a konkrétně předcházet. Účelem krizového plánu je minimalizovat škody, které z naplnění rizika vznikly. Bezpečnostní plán je svým charakterem metodický text, který dává vodítko pedagogům školy, jak mají v určitých typech krizí postupovat. Uvádí se obvykle odpovědnost pedagogů, kontakty na krizová centra, zdravotníky, Policii ČR, způsoby kontaktování zákonných zástupců atd. Do těchto plánů se promítá věk žáků, velikost školy, typ školy. Jinak bude vypadat bezpečnostní plán na základní škole a jinak například na střední škole chemicko-technologické, protože možná rizika budou odlišná.

b) Dovednosti pro život (Life skills)

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 vypořádávat se s výzvami každodenního života. Tyto dovednosti umožňují jedinci přijmout svoji sociální odpovědnost a úspěšně zvládnout požadavky, očekávání a potenciální 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 k **vnímání vlastní účinnosti**, podpoře sebedůvěry a sebeúcty a podílet se na vnímání duševní pohody (**well-being**). V procesu výuky a nácviku 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 si základních životních dovedností přispívá k 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** (viz tab. č. 6).

Dovednosti potřebné pro život



A. Dovednosti sebeovlivnění	B. Sociální dovednosti
Schopnost motivovat se 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 zvládání 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.

Tabulka 6 | Dovednosti pro život (Life skills) rozdělené do kategorií dovednosti sebeovlivnění (Self-management) a sociálních dovedností (Social skills) (Miovský et al., 2012a, dle Nešpor, 2003)

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 ke zdraví, vytváření kladných mezilidských

vztahů a duševní pohodě (WHO, 1994a). 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.

Dovednosti sebeovlivnění (Self-management skills)

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).

Techniky sebeovlivnění se široce používají ve vzdělávacích institucích a při práci s dětmi, které mají například problémy s dosahováním vlastních cílů. Dále se používají k výuce studentů s cílem naučit je samostatně plnit úkoly a být aktivní v procesu sebekontroly a zpětného posílení vlastního chování. Mohou se doporučovat 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 se v ideálním případě realizují 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).

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 např.:

- **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 např. na užívání návykových látek (WHO, 1994a).
- **Kreativní myšlení (Creative thinking)** umožňuje člověku, aby si prozkoumal a zhodnotil různé alternativy a následky svých činů. Přispívá tak jednak k rozhodování, ale i k samotnému řešení problémů. Uspadňuje opuštění dosavadního rámce přímých zkušeností. Pomocí kreativního myšlení se lze naučit reagovat na situace každodenního života pružně a flexibilně (WHO, 1994a).
- **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, 1994a).
- **Rozhodování (Decision making)** napomáhá konstruktivně se rozhodovat o 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 těchto jednotlivých rozhodnutí. Cílem je získat schopnost rozhodovat se o vlastních životních cílech a prioritách a předvídat následky určitého jednání (WHO, 1994a).

Mezi další užívané koncepty patří dovednost stanovování cílů (goals skills), schopnost sebemotivace (self-motivation), reflexe sebe sama (self-reflecti-on), sebeuvědomění (Self-awareness), sebehodnocení (self-esteem), sebeocení (self-appraisal), vnímaná osobní účinnost (self-efficacy), zvládání emocí (coping with emotions), zvládání stresu (coping with stress), plánování a kontrolování (planning and monitoring), organizování času (time management), angažovanost (commitment), flexibilita (flexibility) a další (Miovský et al., 2012b).

Sociální dovednosti (Social skills)

Sociální dovednosti lze 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, 1994a). 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. 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 asertiv-

ní 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 např. 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.

Mezi další sociální dovednosti pak citovaní autoři řadí sociální percepce, schopnost zvládat konfliktní situace, copingové strategie, rozhodování se a schopnost předvídat následky určitého jednání, upřímnost (selektivní autenticita), vytvářet vztahy a budovat si přiměřenou síť sociálních vztahů, tvořivost v sociálním chování a komunikaci, mediální gramotnost, pracovní a studijní dovednosti, přizpůsobivost (přizpůsobení), rodičovské dovednosti. K osvojování sociálních dovedností se využívá interaktivních metod učení, hraní rolí a diskusí. 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 na nácvik sociálních dovedností by měl být dlouhodobý, prováděný proškolenými učiteli (Gallà et al., 2005).

c) Komponenty specificky zacílené na jednotlivé formy rizikového chování

Při tvorbě MPP a formulaci jeho specifických komponent zacílených na výše uvedené formy rizikového chování jsme vycházeli ze dvou vývojových hledisek. První bylo zaměřeno na strukturu školy a obsah konkrétních předmětů, dle vymezení **Rámcového vzdělávacího programu** pro základní vzdělávání (2007). Současně bylo zohledněno druhé **vývojové hledisko** – věk dětí v příslušných ročnících základní školy (WHO, 1994b).

Vzhledem ke skutečnosti, že v našem prostředí takto rozsáhlý, specificky zacílený a konkrétně definovaný dokument zatím nevznikl, vycházeli jsme při obsahové analýze ze zahraničních primárně-preventivních programů integrovaných do školního kurikula (Ballard, 2002; Botvin & Griffin, 2003; Cuijpers, 2002; Tobler et al., 2000). Tabulka číslo 6 schematicky vyjadřuje základní logiku členění. Využili jsme již provedenou kategorizaci oblastí rizikového chování (Miovský et al., 2010) do devíti základních oblastí a v jejich rámci jsme cílovou skupinu (žáky ZŠ) rozdělili do čtyř hlavních vývojových úseků. Tím vzniklo 36 dílčích jednotek (viz tab. č. 7) do kterých je tato poslední (třetí) část MPP rozdělena pro celkový rozsah 56 hodin napříč ZŠ.

Ročník	I.	III.	V.	VII.,	Počet hodin/
Prevence	II.	IV.	VI.	VIII., IX.	Celkem
Záškoláctví	1	0	1	0	2
Šikana/agrese	1	3	3	4	11
Rizikové sporty/doprava	1	2	3	2	8
Rasismus/xenofobie	0	1	1	1	3
Sekty	0	1	1	1	3
Sex. rizikové chování	0	1	2	4	7
Adiktologie	2	2	4	2	10
Týraní, zneužívání	1	1	1	1	4
Poruchy příjmu potravy	0	2	4	2	8
Počet hodin celkem	6	13	20	17	56 hodin

Tabulka 7 | Proporční rozvržení témat jednotlivých devíti oblastí rizikového chování dle zvolených čtyř věkových kategorií napříč základní školou

Vymezení specifických komponent jsme provedli pomocí terminologie deskriptorů, které obecně popisujeme v úvodu článku a konkrétně definujeme pomocí jednotlivých znalostí, dovedností a kompetencí (Kolář, 2011; Pracovní skupina projektu Q-RAM, 2011). Znalosti představují strukturovaný souhrn souvisejících poznatků a zkušeností z určité oblasti. Jsou to informace a vědomosti, kterými dítě disponuje na určitém stupni vývoje a ročníku školy. Děti je získávají studiem a následně uplatňují v praxi formou kompetencí. Jsou formulovány pomocí sloves – zná, prokazuje, identifikuje, rozumí, chápe, ví, ovládá a rozlišuje. Dovednosti znamenají schopnost aplikace odborných znalostí. Lze je chápat jako souhrn postupů, metod, způsobů chování a jednání, se kterými je schopno dítě podle své úrovně v přiměřeném rozsahu pracovat. Formulují se pomocí vhod-

ných sloves – umí, uplatňuje, organizuje, realizuje, používá. Kompetence následně vyjadřují schopnost uplatňovat nabyté vědomosti, znalosti a dovednosti v konkrétních podmínkách. Smyslem je vybavit žáky souborem klíčových kompetencí na úrovni, která je pro ně dosažitelná, a připravit je tak na další vzdělávání a uplatnění ve společnosti. Kompetence jsou formulovány pomocí sloves – je způsobilý, je schopen, dokáže, zvládne, uplatňuje, spolupracuje, posuzuje

Třetím principem uplatňovaným při formulaci specifických komponent v oblasti školské primární prevence rizikového chování byl **model spirály (resp. princip spirály)**. Aplikace modelu v praxi znamená, že jednotlivé znalosti, dovednosti a kompetence v příslušných oblastech a ročnících školy na sebe vzájemně navazují a tvoří ucelený systém v celkovém spektru výše zmíněných forem rizikového chování. Pro přehled uvádíme níže tabulku č. 8 s příkladem v oblasti Záškoláctví:

Záškoláctví	
1.-2. ročník	
Znalosti	Zná školní řád a pravidla absence ve škole.
Dovednosti	Umí chodit pravidelně do školy a dodržovat školní řád.
Kompetence	Má jasně profilované postoje ke školnímu řádu a dodržuje školní docházku.
5.-6. ročník	
Znalosti	Chápe systém omlouvání školní absence.
Dovednosti	Umí dodržovat stanovená pravidla chování ve vztahu ke škole.
Kompetence	Aplikuje osvojené znalosti a dovednosti ve vztahu k omlouvání absence a dodržování školní docházky.

Tabulka 8 | Příklady znalostí, dovedností a kompetencí dle modelu spirály pro oblast Záškoláctví (Miovský et al., 2012a)

5.3 Příklady konkrétních oblastí rizikového chování dle ročníků základní školy

Obsah kapitoly 5.2. je vhodné prakticky demonstrovat a rozpracovat pro názornější představu o důsledcích implementace celého návrhu. Přehled (tab. č. 9) ukazuje (příklad první) praktické příklady doporučených znalostí, dovedností a kompetencí žáků v příslušných ročnících základní školy a popisuje osvojené zdravotní a sociální dovednosti pro oblast Prevence v adiktologii u žáků ve 3. a 4. ročníku ZŠ. Navrhovaný počet hodin pro jejich realizaci představuje v tomto případě dvě vyučovací hodiny.

Ročník	Znalosti	Dovednosti	Kompetence
III., IV.	Zná zákony omezující kouření, užívání alkoholu a nelegálních drog. Ví o hlavních negativních (zdravotních a společenských) následcích užívání drog. Ví, co má udělat, když se dozví, že jeho kamarád užívá drogy. Zná strategie, jak odmítnout, když mu nabídne drogu kamarád / spolužák / rodič / cizí osoba.	Řídí své chování na základě pochopení důsledků a zdravotních rizik návykových látek. Má vnitřní morální přesvědčení, že nechce užívat drogy. Umí nasměrovat kamaráda, který se dostane do problémů s užíváním drog. Umí odmítnout drogu od blízké i cizí osoby. Realizuje se v hledání pomoci v případě užívání drog.	Je způsobilý aplikovat osvojené znalosti a dovednosti v přístupu k návykovým látkám (tj. zná jejich rizika, dokáže odhadnout škodlivé zdravotní a sociální následky apod.). Zvládne aplikovat strategie odmítnutí drogy nabízené od blízké i neznámé osoby. Je schopen požádat o pomoc v případě užívání drog a přijít za příslušným metodikem prevence ve škole.
	Ví na koho se ve škole obrátit v případě problémů s užíváním návykových látek. Má přehled o organizacích poskytujících pomoc mimo školu, včetně kontaktů a telefonních čísel.	Umí sám vyhledat odbornou pomoc v případě problémů s užíváním návykových látek. Uplatňuje své komunikační dovednosti ve spolupráci se službami poskytujícími poradenskou pomoc.	Spolupracuje při řešení problémů svého kamaráda / sourozence / rodiče, který má problémy se závislostí. Zvládne komunikovat s pedagogy / psychology či policií při vyšetřování užívání drog ve škole.

Tabulka 9 | Doporučené znalosti, dovednosti a kompetence u žáků ve třetím a čtvrtém ročníku ZŠ v oblasti Prevence v adiktologii (doporučená časová dotace celkem dvě vyučovací hodiny)

Tabulka č. 10 (příklad druhý) popisuje osvojené znalosti, dovednosti a kompetence pro oblast Šikana a agrese u žáků v 5. a 6. ročníku základní školy. Celkový doporučený počet hodin na jejich realizaci činí v tomto případě tři vyučovací hodiny.

Ročník	Znalosti	Dovednosti	Kompetence
V., VI.	Zná právní normy týkající se trestných činů a hranice trestní zodpovědnosti Ví, jaké zdravotní a sociální následky může mít ublížení nebo zásah zbraní druhého člověka. UVědomuje si, jak je nepřijemné zastrahování a vydírání druhé osoby.	Umí dodržovat pravidla a normy slušného chování. Organizuje své jednání tak, že se neúčastní školních a pouličních rvaček. Uplatňuje ocenění druhého za jeho názor či dosažený úspěch. Umí říct druhému, co mu vadí neurážlivým způsobem. Nepoužívá vyhrožování v komunikaci se svými kamarády/spolužáky.	Má osvojeny znalosti, postoje, hodnoty a dovednosti ve vztahu k sobě, druhým lidem i majetku (např. není ochoten přistoupit na neadekvátní požadavky od skupiny vrstevníků, není členem dětských gangů, neúčastní se davových setkání a demonstrací a nevykazuje projevy vandalismu).
	Pozná projevy šikany ve třídě. Rozumí postupům, jak se bránit a nepodporovat agresivní chování ve škole. Ví, jak může ochránit slabšího spolužáka.	Používá svých znalostí, aby rozpoznal, že se stal obětí šikany. Neužívá nátlaku, cit. vydírání a manipulace k dosažení vlastních cílů. Nemá potřebu ponižovat či urážet své vrstevníky.	Je schopen rozpoznat projev šikany u sebe i ve třídě. Je způsobilý odolat psych. manipulaci. Zvládne vyjednávat o kompromisu a řešení sporu. Dokáže zachovávat a nepřekračovat intimní hranice.
	Chápe, že agresivní čin není řešením konfliktu. Zná pravidla a zásady mezilidské komunikace. Ví, jak má postupovat v případě řešení konfliktů. Ví, jaké má možnosti, když se cítí ohrožen šikanou. Má k dispozici kontakty na příslušné osoby ve škole, které mu mohou pomoci v řešení šikany a sporů se spolužáky.	Umí projevit své emoce. Umí otevřeně hovořit o problémech. Nepoužívá verbální agrese a vulgární nadávky. Realizuje své potřeby nekonfliktním způsobem. Nestydí se přijít za svým učitelem, školním psychologem či výchovným poradcem a umí požádat o pomoc.	Je schopen vyjádřit své emoce kultivovaným způsobem. Dokáže komunikovat o problémech. Je způsobilý respektovat práva a potřeby druhých lidí. Aktivně spolupracuje při vyšetřování šikany ve třídě (nezatajuje informace a dění a vztazích ve třídě, není ochoten krýt agresora či vinit oběť atd.).

Tabulka 10 | Doporučené znalosti, dovednosti a kompetence pro žáky v pátém a šestém ročníku ZŠ v oblasti Šikana a agrese (doporučená časová dotace celkem tři vyučovací hodiny)

Předložený návrh, s jehož původní plnou vezí se mohou čtenáři seznámit v publikaci Miovského et. al. (2012a) představuje ucelený pokus o návrh doporučené struktury, obsahu a rozsahu 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 ovšem správné pochopení základních principů, na kterých je vystavěn. Tedy že nejde o výčet konkrétních programů, ale o návrh obecného rámce začínajících pravidly bezpečné školy a jdoucího přes další nespécifické 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 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 rámeček.

5.4 Dokumentace a další součásti MPP

ŠMP shromažďuje veškeré informace a zpětné vazby v průběhu MPP v daném období, eviduje výskyt rizikových forem chování a navržených opatření u jednotlivých žáků tříd. Doporučujeme zavést deník ŠMP, ve kterém si tyto informace průběžně zaznamenává. Dokumentace obsahuje i záznamy o rozhovorech se žáky, rodiči. Jeho vedení se opírá o závaznou směrnici školy o oběhu informací ve škole a mimo školu (s rodičovskou a odbornou veřejností) v souladu se zákonem o ochraně osobních dat.³⁰ V závěru školního roku vypracovává ŠMP na základě dokumentace a především podkladů od třídních učitelů hodnocení MPP. To je součástí závěrečné zprávy školy. Příkladem oblastí, které by měla dokumentace pokrývat, jsou:

30 Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

- minimální preventivní program, krizový plán,
- deník školního metodika prevence (záznamy aktivit, veškeré činnosti, průběhy jednání),
- přípravy na metodická vedení učitelů (návody pro ostatní učitele k řešení nejrůznějších situací),
- zápisy z jednání preventivního týmu,
- další evidence akcí s preventivní tematikou (přehled preventivních aktivit externistů, přehled volnočasových aktivit žáků),
- výsledky anket, sociometrických průzkumů a různých šetření, SWOT analýzy v jednotlivých třídách, hodnocení a další podklady od třídních učitelů aj.

Dokumentace každého MPP by měla obsahovat několik příloh, které specifikují povinné oblasti, jež vyžadují samostatné zpracování a písemné podklady, které by měly být k dispozici kterémukoli pracovníkovi školy, některé z nich pak také dětem a rodičům:

- legislativní podklady a normy týkající se prevence,
- krizový plán školy (školského zařízení) – co dělat v případě výskytu rizikového chování žáků (viz dále),
- síť organizací a služeb, poskytujících odbornou pomoc (viz dále),
- přehled volnočasových aktivit v regionu a mimoškolních aktivit školy,
- literární a další informační zdroje (seznam odborné a metodické literatury, seznam DVD, videokazet atd.),
- spolupráce na regionální úrovni v systému prevence (krajský protidrogový koordinátor, krajský školský koordinátor, OMP, protidrogový koordinátor statutárního města, OSPOD, nestátní organizace v regionu, psycholog, psychiatr, praktický lékař atd., preventivní skupina, městská policie, Policie ČR, zdravotní ústav atd.),
- archivace MPP a evaluace MPP z minulých období,
- archivace výsledků anket, sociometrických průzkumů a různých šetření, SWOT analýzy v jednotlivých třídách, hodnocení a další podklady od třídních učitelů, aj.

Krizový plán školy by měl obsahovat postupy, které přesně řeší některé krizové situace ve spojitosti s projevy rizikového chování žáků, jež mohou ve škole nastat. Postupy by měly být jasné a závazné pro každého pracovníka školy. Určí konkrétní odpovědnost jednotlivých zaměstnanců a definují intervenční, komunikační a bezpečnostní postupy a v neposlední řadě i následná preventivní opatření. V zásadě by tedy měl plán obsahovat minimálně tyto položky:

- kdo provádí první pomoc (intervenci),
- kdo komu hlásí v systému školy,
- kdo kam zapíše,
- kdo informuje zákonné zástupce žáků,
- kdo a v kterých případech informuje Policii ČR, OSPOD,
- kdo a jak informuje rodiče ostatních žáků školy,
- kdo a jak informuje ostatní žáky školy,
- kdo a jak informuje zřizovatele, média...

Plán by měl obsahovat doporučení postupu pro všechny základní typy akutních/krizových situací, jako je ublížení na zdraví, šikana, agrese, rvačka, vážný úraz, intoxikace žáka atd. Doporučujeme mít pro tento účel zpracovanou mapku první pomoci, kam, na koho a jak přesně (jakým způsobem) se obracet (viz doporučená podoba na obr. č. 8). Pokud jde o obecné postupy, jsou dostatečně rozpracovány doporučenými příklady v modelových situacích v přílohách č. 1–4 a dále v Metodickém pokynů k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (MŠMT, 1998).

Nedílnou součástí MPP je také způsob, jakým je hodnocena kvalita jeho provádění. *Evaluace* je nezbytná komponenta minimálního preventivního programu (podrobněji o evaluaci viz kapitola 6), která celý proces jeho přípravy, realizace a ukončování doprovází/sleduje. Evaluace však není pouze nástrojem hodnocení vykonané práce, ale především může (a měla by) sloužit jako jedno ze základních východisek pro plánování primárněpreventivních aktivit pro příští rok. Při evaluaci sledujeme dvě oblasti, na které se musí zpracovatelé zaměřit. První část hodnocení je zaměřena na kvalitativní složku realizovaných programů primární prevence. Zásadní je zhodnocení, zda bylo dosaženo stanovených cílů a indikátorů. Na základě tohoto posouzení se rozhodneme, zda v daném programu budeme pokračovat i v následujícím období. To souvisí jednak s tím, jak byl program v uplynulém roce úspěšný, ale také s tím, jaké jsou potřeby pro roky následující a zda daný program koresponduje s cíli pro další rok. Druhá část hodnocení je zaměřena kvantitativně. Udává nám počty aktivit, které se pro jednotlivé cílové skupiny ve škole realizovaly, a také množství jedinců, kteří těmito aktivitami v rámci jednotlivých cílových skupin prošli. Za evaluaci by měla být zodpovědná konkrétní skupina osob. Tato skupina (nebo její zástupci) by měla být členem preventivního týmu školy, který se podílí na přípravě dokumentu MPP.

Pro účely evaluace lze snadno použít i nástroje monitorovacího systému. Změny, k nimž došlo v průběhu času, lze porovnat s kvantitativními daty před intervencí, tedy před realizací aktivit minimálního preventivního programu (příklad: došlo ve srovnání s minulým rokem ke snížení, či zvýšení

procenta žáků, kteří prohlašují, že je ve škole dobrá atmosféra). Kromě monitorovacích nástrojů má škola k dispozici i další zdroje dat jako např. výstupy záznamů ŠMP, záznamy četnosti výskytu rizikových projevů chování, SWOT analýzu atd. Je třeba připomenout, že evaluace by se měla zaměřit opět na všechny cílové skupiny (žáci / rodiče / pedagogy), nikoli pouze na skupinu žáků. I ostatní skupiny totiž poskytují zásadní informace pro hodnocení, a tudíž i přípravu MPP v dalších letech. Vlastní průběh evaluace lze shrnout do následujících bodů:

- získáváme informace pro včasné odhalování rizik (monitoring),
- volíme způsob uplatňování preventivních intervencí (plánování a vlastní realizace MPP),
- hodnotíme jejich účinnost (vlastní evaluace s využitím monitorovacích modulů, případně dalších evaluačních nástrojů),
- tím si ověřujeme předpokládané hypotézy (ty by měly odrážet námi definované cíle).

Na závěr evaluace je třeba odpovědět si na následující otázky typu: Bylo skutečně dosaženo stanoveného cíle? Budu opakovat tento přístup, postup (fungují realizované programy, co je komplikuje, co je ovlivňuje)? Na co se příští rok zaměřím (stanovení nových cílů)? atd. Hodnocení by mělo probíhat prostřednictvím třídních učitelů s podporou vedení školy v rámci spoluúčasti všech pedagogických a nepedagogických pracovníků dané školy či školského zařízení (Miovský, 2004). Součástí vyhodnocení MPP je prezentace výsledků na místní, regionální nebo celostátní úrovni. Je důležité nebát se prezentovat jak úspěchy, tak neúspěchy naší práce a věnovat určitou část kapacity prezentování výsledků prevence v místním tisku, regionální TV, na odborných seminářích a prezentovat projekt na dalších veřejných či odborných fórech.

6 Evaluace preventivních programů³¹

Téma kvality a efektivity primární prevence je velice náročné. 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 ověřen. Názor nebo dojem, že „něco funguje“, není dostatečným argumentem a v minulosti se tento rozpor stal opakovaně jádrem konfliktu zastánců různých, často značně populistických a nákladných programů. Mezinárodně nejvíce známým je několikaletý konflikt ve Spojených státech okolo preventivního programu DARE, jenž je zřejmě historicky nejdražším preventivním projektem, který se ukázal být téměř bez jakéhokoli efektu u cílové skupiny, a dokonce některé výzkumy ukázaly, že v několika případech měl dokonce efekt opačný, tedy zhoršil situaci. Zásadním požadavkem na jakýkoli program je tudíž důkaz o tom, že u dané cílové skupiny má/způsobuje skutečně měřitelný a ověřitelný pozitivní efekt. Tedy zda např. ovlivnil znalosti, postoje či názory účastníků programu. To je však málo. Znalosti ani postoje nejsou těmi klíčovými, pokud se nepromítnou do reálného chování. Za skutečně efektivní preventivní program (viz podrobněji kapitola 6.5) proto považujeme ten, který prokazatelně pozitivně ovlivní chování cílové skupiny, např. v tom, že kouří tabák méně nebo vůbec, méně pije alkohol nebo méně užívá konopí. Následující kapitoly se zabývají několika významnými skupinami faktorů, u nichž bylo výzkumně ověřeno, že mají pozitivní vliv na efekt preventivního programu, a které jsou takto opakovaně spolehlivě doloženy.

Odborná literatura nabízí různé definice termínu evaluace preventivních programů a strategií. Podle Springera a Uhla (1998) je evaluace v širším významu slova soubor různých aktivit přinášejících nám informaci o význa-

31 Podrobněji zpracované lze toto téma nalézt v článku: Miovský, M., Miovska, 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, případně lze nalézt podrobněji ve 4. díle tetralogie (Miovský et al., 2015d).

mech spojených s chápáním sebe nebo vnějšího okolí u různých cílových skupin. Dalším možným výkladem pojmu evaluace preventivní intervence nebo programu je systematické shromažďování, analyzování a interpretování informací o průběhu intervence a jeho možných účincích. Získané informace mohou být použity k rozhodování o zlepšení intervence, k jejímu rozšíření nebo odmítnutí (EMCDDA, 1999).

Každý preventivní program, který je hrazen z veřejných prostředků a probíhá na půdě školy, by měl být evaluován. To znamená, že by u něj mělo být ověřeno, že je pro danou cílovou skupinu vhodný (např. tím, že způsob podávání informací odpovídá psychosociální úrovni vývoje dané cílové skupiny dětí), že je prováděn 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). Zdaleka ne všechny typy evaluací je možné provádět standardně a průběžně. Některé typy evaluací jsou tak nákladné a složité, že je u daného programu provádíme např. pouze jednou za čas v rámci rozsáhlých evaluačních projektů (např. výzkum efektivity preventivních programů z dlouhodobého hlediska). Jiné typy evaluací (např. evaluace přípravy nebo procesu – viz dále) můžeme provádět průběžně a v základních formách je možné tyto typy provádět i vlastními silami přímo ve školách a školských zařízeních.

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 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 proměnu potřeb cílových skupin a menší potenciál pro inovaci. Hlavním problémem při expanzi protidrogové výchovy prováděné ve školách i mimo ně je udržet pozornost mladého jedince k tématu. Jak totiž mladí lidé dospívají, získávají

stále více svých znalostí o drogách přímo z „drogové kultury“ (její součástí jsou nejen nejruznější kluby a diskotéky, ale i restaurace, hospody, prodejny tabáku, oddělení s alkoholem v obchodech s potravinami či stánkový prodej alkoholu), které se stávají součástí, eventuálně se součástí této kultury stávají jejich přátelé a informanti (White et al., 1997).

Vývoj situace v České republice nakonec vyústil v kompromisní řešení, které v sobě integruje prvky obou přístupů. Nejdříve byla na základě přehledu odborné literatury a praktických zkušeností s realizací preventivních programů formulována a publikována určitá obecná představa o tom, jaké faktory ovlivňují účinnost primární prevence (Nešpor et al., 1999; Kalina, 2000; Bém & Kalina, 2003). Popis faktorů ovlivňujících účinnost primární prevence se následně stal součástí prvního uceleného návrhu standardů specifické primární prevence. Ten navázal na předchozí pokus definovat základní kritéria pro posuzování preventivních programů realizovaný v rámci již zmíněného projektu Phare Twinning Project: Drug Policy (Trapková et al., 2002). Ve druhé polovině roku 2004 pak proběhl pilotní projekt mající za cíl ověřit vzniklou oficiální pracovní verzi certifikačních standardů primární prevence (MŠMT, 2005). Existence standardů je klíčová pro definici toho, co je primární prevence, a pro to, aby specifikovala, kde, kým, proč, jak (a jak dlouho) a s jakými cílovými skupinami má být vůbec prováděna. Standardy programů primární prevence tak z hlediska evaluace představují souhrn základních požadavků na to, aby byla evaluace v současných podmínkách za únosných nákladů vůbec realizovatelná. Konečná verze standardů (MŠMT, 2005) tak má zásadní význam právě z hlediska rozlišení mezi aktivitami pro volný čas určenými pro celou populaci a specifickými programy určenými pouze pro určité cílové skupiny.

Bez jasného popisu programu, jeho cílové skupiny, cílů atd. je provádění jakékoli evaluace prakticky vyloučeno. Z toho důvodu není možné např. u volnočasových aktivit (nespecifické prevence) validně ověřit dopad jejich preventivního působení. Dle autorů jedné z velmi rozšířených učebnic primární prevence (Van der Stel & Voordewind, 1998) je pro provedení evaluace nezbytně nutné reflektovat tyto požadavky:

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

Čím přesnější je popis cílů, metod a cílových skupin daného programu, tím lépe je možné jeho dopad výzkumně ověřovat. Neznamená to samozřejmě,

že by základním stavebním kamenem celého systému preventivního působení neměly i nadále zůstat právě programy nespecifické primární prevence, které se úzce vážou k hlavnímu principu strategie prevence rizikového chování, kterým je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnosti: „... *nespecifickou primární prevencí, realizovanou především prostřednictvím bohaté sítě nevykonnostních/rekreačních sportovních a kulturních volnočasových aktivit a programů, je třeba považovat za nosnou část celého systému preventivního působení*“ (MŠMT, 2004, p. 3). Je však třeba reflektovat již v úvodu zmíněný fakt, že existují a vždy budou existovat děti a mladí lidé, pro které tyto programy atraktivní či dostupné z nějakého důvodu nebudou. Nemusí se přitom jednat pouze o nízkou motivaci a špatné výchovné prostředí v rodině, může se jednat o mnohem hlubší zdroje problémů, jako je velmi špatná sociální situace rodiny (zejména např. u skupin spoluobčanů ohrožených sociální exkluzí, u rodin přistěhovalců atd.), osobnostní či jiná patologie rodičů (nezvládnuté psychiatrické onemocnění v rodině atd.) nebo rodinné zázemy nemají žádné (dětí z dětských domovů, výchovných ústavů atd.) (Rhodes et al., 2003). Znamená to, že ve společnosti jsou a budou děti a mladí lidé, kteří jsou proti svým vrstevníkům určitým způsobem handicapováni (Lloyd, 1998; Miovský, 2000). Mnohé z nich vyžadují specifické podpůrné programy, které jim umožní vyrovnávat se se svým handicapem a zabránit jejich vyčlenění z běžné společnosti. Děti, které vyžadují takovýto specifický přístup, je poměrně velké množství a současně je třeba zdůraznit, že se nejedná o děti tvořící jednu homogenní skupinu. Existují různé skupiny dětí, které jsou handicapovány různým způsobem a které vyžadují různé formy pomoci. Tyto formy pomoci přitom musí odpovídat právě jejich skutečným potřebám a problémům. To znamená, že pomoc musí být dostatečně specifická a indikovaná, aby byla skutečně účinná. Takovou formu pomoci a podpory označujeme termínem programy specifické a indikované primární prevence. Stejně jako existují programy specifické primární prevence např. v oblasti šikany a násilí nebo prevence rasismu a xenofobie, existují také programy specifické primární prevence užívání návykových látek. Individuálně rozdílná úroveň znalostí, postojů a dovedností u mladých jedinců vytváří potřebu vývoje intervenčních programů, které umožňují takovou míru individualizace, jež zajistí, že každý jedinec z cílové skupiny bude schopen vstřebat celý obsah intervence. Sdělení obsažená v preventivních intervencích, která jsou v rozporu s osobní zkušeností mladých lidí, většinou nemají na cílovou skupinu žádný pozitivní vliv (Abdulrahim et al., 1994).

Jednotlivé evaluační metody se liší podle toho, k čemu mají být výsledky evaluace použity. 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 porovnáváme 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 odlišují v metodologických a epistemologických východiscích a předpokladech (Kröger, 1998) a při jejich praktické aplikaci je třeba tyto odlišnosti respektovat.

6.1 Typy evaluací z hlediska hodnocených fází programu

Další možností jak rozlišovat mezi jednotlivými postupy evaluace je orientace těchto metod na různé fáze realizace preventivní intervence (Kröger, 1998).

a) 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). Příprava každého, nejen preventivního programu je velmi důležitou fází. Bez kvalitní přípravy nelze kvalitně realizovat žádný projekt. Samozřejmě, že i v případě sebelépe naplánovaného programu se v jeho průběhu vyskytnou nepředpokládané problémy. Proto kvalitní příprava zahrnuje také schopnost počítat s touto eventualitou a ponechávat dostatečnou časovou, materiální i personální rezervu v plánovaném harmonogramu realizace jednotlivých fází projektu pro řešení problémů zjištěných až během vlastní realizace. V případě podceněné přípravy projektu se pak nepředpokládané problémy provázející realizaci mohou stát příčinou neúspěchu teoreticky velmi efektivní,

inovativní či pro cílovou skupinu jinak přitažlivé preventivní intervence. Příkladem evaluace přípravy je např. proces akreditace vzdělávacího preventivního programu. Komise MŠMT de facto hodnotí stav připravenosti instituce, realizačního týmu a obsahovou připravenost pro plánovaný kurz. Jedná se v tomto případě o tzv. normativní evaluaci přípravy, neboť jejím výsledkem je schválení, případně neschválení konkrétního předloženého programu.

b) 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 návrhatelem 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. Příkladem evaluace procesu jsou certifikace programů v oblasti drogové prevence. Poskytovatelé dokumentují způsob provádění preventivních programů a intervencí, které chtějí certifikovat, a pro certifikační komisi připravují veškerou dokumentaci dokladující způsob, jakým byl program připraven a realizován v konkrétní podobě. Současně pak komise vysílá certifikační tým na tzv. místní šetření, kdy jsou dané skutečnosti na místě ověřovány a následně je vydáno hodnocení z místního šetření a certifikační komise na jeho podkladě vydává rozhodnutí (podrobněji viz kapitola 6.5). Opět i zde se jedná o příklad normativní evaluace, kdy výsledkem posuzování je rozhodnutí s dopadem na udělení či neudělení certifikátu, které má vliv na možnost ucházet se o dotační prostředky MŠMT.

c) Evaluace výsledku

Poslední částí preventivního programu, kterou lze podrobit evaluaci, je výsledek intervence. Evaluace výsledku sleduje dopad intervence u cílové skupiny definované v přípravné fázi projektu, případně další dopady, které program má (Kuipers, 1998). Při sledování dopadu intervence je výhod-

né 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).

Hodnotit výsledek programů prevence užívání drog je obtížné z několika důvodů. 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.

Příkladem může být evaluace efektivity preventivního komunitního programu realizovaného na území Prahy 6 občanským sdružením Prev-centrum Praha (Miovský et al., 2007). Prostřednictvím kvaziexperimentálního výzkumného plánu zde byla hodnocena účinnost velmi komplexního programu v dlouhodobém horizontu (4 roky) u dětí druhého stupně základních škol. Výsledek ukázal, že daný program má sice relativně malý vliv na obecnou populaci, ale překvapivě velký vliv na rizikové skupiny, jako jsou děti z neúplných rodin nebo děti mající vážnější konflikty se svými rodiči atd.

6.2 Typy evaluací z hlediska užitého typu výzkumného plánu

Kröger (1998) rozlišuje celkem tři základní typy evaluací podle užitého výzkumného plánu Rossiho, Freemana a Hofmana: 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). Na závěr pak porovnáváme výsledek (rozdíl) dosažený u experimentální skupiny (která byla podrobena experimentálnímu zásahu) a kontrolní skupiny (bez zásahu). Kvaziexperimentální 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). Při neexperimentální evaluaci obvykle nemáme kontrolní skupinu a pracujeme pouze se skupinou, která je podrobena preventivní intervenci. Jiní autoři již reflektují také možnosti,

kteří evaluaci primární prevence přinášejí kvalitativní 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.

6.3 Kontraindikace evaluace a možné neplánované dopady

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. Příkladem takto pochybných programů mohou být například již vzpomínané preventivní projekty scientologické církve, které již v samotném názvu často nesou právě onen nerealistický cíl typu Běh za Českou republiku bez drog 2003 nebo Strážci života bez drog, kdy kromě samotného cíle³² můžeme také zřetelně rozeznat další podstatné nedostatky, jako je stanovení neměřitelných cílů, prakticky nulový procedurální popis intervence, nedefinovaná cílová skupina („celá společnost“) atd. (Scientologická církev, 2004). Nejasné vymezení cílové skupiny znemožňuje provedení spolehlivé evaluace, protože není jasné, v jakých sociálních skupinách by mělo k plánované intervenci a následně změně chování dojít. Nedostatky harmonogramu realizovaných aktivit a v plánu personálního zajištění vedou k nejasnostem, co, jak, kdy a kým bude prováděno, což znemožňuje evaluaci jak přípravy, tak procesu realizace preventivního programu, evaluace výsledku je vyloučena zcela.

Druhý okruh situací, za kterých nelze provést spolehlivou evaluaci, souvisí hlavně s procesem realizace preventivního projektu. Neexistuje-li hranice označující, co se považuje za kritérium kvality (nejsou-li jasně dány požadavky na kvalitu – standardy), nelze následně provést některé typy hodnocení spočívající v tom, zda určité obecné požadavky byly skutečně při realizaci projektu dodrženy, či je naopak realizátor projektu zcela opomněl, eventuálně ze specifických příčin záměrně ignoroval. Není-li realizátor dostatečně dostupný pro evaluační nástroje (např. odmítá použití

32 Nikdy v historii ani v současnosti se nepodařilo návykové látky z lidské společnosti eliminovat a logicky to není ani možné již proto, že mnohé tyto látky potřebujeme v medicíně i průmyslu, kde za ně neexistuje jakákoli adekvátní náhrada.

různých hodnoticích nástrojů, bojkotuje časově nebo ovlivňuje-li negativně cílovou skupinu směrem proti evaluaci atd.).

Poslední okruh kontraindikací se týká všech fází programu. 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. Vzhledem k obecnému nedostatku dostatečně kvalifikovaných realizátorů preventivních projektů a hodnotitelů jejich kvality v České republice, bývají často realizátor a hodnotitel různě provázáni již před začátkem evaluace projektu. Toto omezení nezávislosti představuje určitý problém, jemuž je třeba věnovat průběžně pozornost. Standardní nezávislá evaluace je vyloučena např. v situaci, kdy mezi realizátorem a hodnotitelem existuje nepřiměřená vazba (zaměstnanecký poměr atd.) nebo možnost realizátora (zadavatele) přímo ovlivnit výši odměny pro evaluátora.

Každá intervence s sebou při realizaci přináší určitá rizika spočívající v tom, že kromě žádoucích dopadů se mohou objevit také různé dopady nežádoucí. Mezi množstvím různých témat můžeme vybrat diskutovaný příklad týkající se primární prevence užívání konopných drog. Pokud například budou žáci 5. tříd základních škol při edukačních preventivních programech informováni o tom, že konopné drogy jsou stejně nebezpečné jako například heroin a že jejich konzumace může snadno způsobit smrt, pak v momentě, kdy se dostanou do věku 15–16 let, může dojít k nebezpečnému paradoxu. V tomto věku více než třetina z nich konopné drogy vyzkouší a téměř pětina je začne s určitou pravidelností užívat. Jejich zkušenost se bude zásadně rozcházet s informací, kterou získali od autority. Výsledkem pak může být právě opačný efekt, kdy od žádné autority již nebudou další informace přijímat jako důvěryhodné, přestože být takové mohou. Snadno tím může dojít právě k tomu, že následně podcení rizika spojená s jinými drogami (včetně alkoholu) než právě s konopím.

Význam kritéria vhodnosti určitého programu pro určitou cílovou skupinu je další v praxi často podceňovanou oblastí. Pokud například studentům 4. ročníku gymnázia umožníme besedu se současným či bývalým uživatelem nelegálních drog typu pervitin nebo heroin, bývá výsledek programu při dobré práci preventivního pracovníka uspokojivý. Tato cílová skupina je schopna reflektovat fenomény, které „nejsou na první pohled vidět“, a kriticky se získanou zkušeností zacházet. Silný emotivní náboj takovéto dobře provedené diskuse pak může sehrát svoji pozitivní roli. Pokud naopak program zařadíme pro žáky 5. nebo 6. tříd základních škol, může výsledek způsobit přesně opačný efekt, tedy program může být návodný. Tato cílová skupina není schopna v daném věku adekvátně posoudit a zpracovat všechny významné aspekty a její celková emoční a sociální nezralost může znemožnit pozitivní využití takovéto zkušenosti.

6.4 Provádění evaluace preventivních programů v praxi

Tématu evaluace programů primární prevence užívání návykových látek bylo v roce 2004 věnováno celé číslo časopisu Adiktologie (číslo 3/2004). V něm (viz také abstrakta publikovaných sdělení na www.adiktologie.cz) bylo prezentováno několik rozsáhlejších evaluačních projektů realizovaných v ČR. Projekty patří do skupiny výzkumných studií, které jsou poměrně velmi nákladné a jejichž realizaci si základní či střední škola dovolit z finančních důvodů nemůže. Nebylo by to však ani smysluplné. Studie mají za úkol ověřit účinnost určitého preventivního programu, aby bylo zřejmé, zda jej má smysl nadále podporovat, rozvíjet a šířit. Pokud se v studiích daný program osvědčí (tj. je prokázáno, že má na danou cílovou skupinu prokazatelný pozitivní preventivní dopad), pak je na základě vypracované metodiky doporučeno jeho další šíření a právě zde přicházejí ke slovu další možné typy evaluací, které by škola již provádět mohla, či spíše měla. Pokud např. přebíráme určitý preventivní program a chystáme se jej aplikovat do prostředí naší školy, je nutné dodržovat doporučení autorů a právě také závěry z výsledků ověřovacích studií.

Za minimální úroveň provádění evaluace preventivních programů ve školách a školských zařízeních můžeme označit formativní evaluaci přípravy a procesu, případně také normativní evaluaci přípravy. V praxi to znamená, že dříve, než je jakýkoli program spuštěn, je posouzena úroveň jeho přípravy a adaptace do prostředí konkrétní školy. Dále může být posuzováno, zda je pro jeho realizaci připraven odpovídajícím způsobem vyškolený personál, zda je program dostatečně finančně zajištěn, kontrolován atd. V průběhu samotné realizace je pak sledována spokojenost, úroveň kvality prováděných intervencí atd. Není v možnostech tohoto krátkého textu detailně popsat jednotlivé evaluační nástroje, neboť ty musí reflektovat konkrétní program (tj. že pro daný program musíme vyhledat či vytvořit odpovídající evaluační nástroje). Velmi jednoduché evaluační nástroje je možné nalézt také v dostupných učebnicích primární prevence (např. Van der Stel & Voordewind, 1998; Gallà et al., 2005).

6.5 Certifikace preventivních programů³³

Jedním z příkladů praktického provádění evaluace je celonárodní systém certifikací programů primární prevence užívání návykových látek (dále též PPUNL). Jedná se, jak již bylo dříve v textu řečeno, o tzv. normativní eva-

³³ Zdroje: www.ac.ipp.cz a www.msmt.cz.

luaci procesu, tedy způsobu provádění programu v konkrétních podmínkách a konkrétním poskytovatelem. Pro školy je proces certifikace velmi důležitý z hlediska nakupujících, objednavatelů programů. Organizace nabízející své služby v oblasti primární prevence chtějí za své služby zaplatit mnohdy nemalé peníze. Díky udělení certifikaci má škola možnost uznat odborný kredit daného programu a lépe se rozhodnout, který program specifické primární prevence pro své žáky objednat. Právě v tomto smyslu je proces certifikace normativní, porovnává hodnocený program s určitou předem danou normou kvality a pokud jí program nedosahuje, pak mu certifikát udělen není. To pak má za následek nemožnost ucházet se o dotace na MŠMT, případně být v nevýhodě, neboť školám je důrazně doporučováno, aby na svoji půdu umožňovaly vstup a realizaci programů, které certifikát kvality mají. Seznam certifikovaných zařízení naleznete na www.ac.ippp.cz.

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Jde tedy o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými standardy a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění. Úkol vypracovat standardy specifické primární prevence užívání návykových látek 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 (podrobněji viz dokument K závěrům Projektu PHARE Twinning 2000 Posílení národní protidrogové politiky, Usnesení vlády č. 549 z roku 2003). 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 a Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001–2004 a 2005–2009.

Základní rámec standardů specifické primární prevence užívání návykových látek byl tvořen v souladu s Národní strategií protidrogové politiky na období 2005 až 2009 (dále též „Národní strategie“), kterou dne 22. prosince 2004 schválila vláda usnesením č. 1305/2004 jako základní koncepční dokument protidrogové politiky ČR. Standardy specifické primární prevence užívání návykových látek 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 Akčním plánem Evropské unie boje proti drogám pro období 2000–2004 a 2005–2009 s Usnesením vlády ČR č. 1265 ke Strategii prevence kriminality na léta 2001–2003 a dokumentem WHO Evropské zdraví 21 – Cíl 12 (Standardy odborné způso-

bilosti poskytovatelů programů PPUNL, 2005, Praha, MŠMT). Standardy PPUNL jsou rozsáhlým dokumentem poprvé schváleným v srpnu 2005 Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, který ve své obecné a speciální části definuje základní pojmy, cílové skupiny preventivních programů a zásady efektivity primárněpreventivního 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 věnují konkrétně pěti typům programů, o jejichž certifikaci lze žádat a které budou blíže popsány v následujícím textu. Následně se Standardy dále vyvíjely a flexibilně reagovaly na nová zjištění v oboru. Po dokončení a schválení první podoby dokumentu v srpnu 2005 se již postupně vytvářel prostor pro výběr a vzdělávání kompetentních certifikátorů a postupné zahájení procesu certifikace. Proces certifikace programů byl zahájen v roce 2006. V roce 2008 byly Standardy po dvouleté zkušenosti evaluovány a revidovány, a činí tak certifikační proces ještě plynulejší a přehlednější. Poslední revize Standardů pro oblast návykových látek byla schválena poradou vedení MŠMT v roce 2012.

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 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 primární prevence užívání návykových látek 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 (organizace platí 1/3 nákladů, které však může získat formou dotace od 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 (dále jen RVKPP).

Získání certifikátu odborné způsobilosti je jednou z podmínek pro poskytnutí finančních prostředků ze státního rozpočtu (dotace), avšak nezákládá nárok na jejich přidělení. Proces udělování certifikací má předepsaný postup, kdy se žadatel obrací na certifikační agenturu se svou žádostí

o provedení místního šetření, do zařízení je vyslán certifikační tým tří certifikátorů, kteří šetření provedou a 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 (dále „Výbor“) a odebrává 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.

Funkci certifikační agentury zastávala v letech 2006–2009 Agentura pro certifikace. Agentura pro certifikace (dále jen „AC“, více na www.ac.ipp.cz, kde je možné nalézt veškeré bližší informace k certifikačnímu procesu, žádosti o certifikaci, aktuální seznam certifikovaných programů a všechny dokumenty, které jsou v textu zmiňovány) je servisní organizace zřízená při IPPP ČR, která byla jmenována MŠMT a na základě příkazu ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č. 14/2006 připravovala podklady pro rozhodování Výboru – zajišťovala a organizovala místní šetření u poskytovatelů programů PPUNL. Certifikační tým, který přijíždí do zařízení na místní šetření, je tříčlenný a skládá se z odborníků v oblasti PPUNL, kteří úspěšně absolvovali kurz vzdělávání certifikátorů pro hodnocení odborné způsobilosti poskytovatelů programů PPUNL a jsou průběžně dále vzděláváni a supervidováni. Certifikátoři mají mnoholeté zkušenosti v primární prevenci a dobře znají školské prostředí. Členové certifikačního týmu jsou vybíráni AC z rejstříku certifikátorů s ohledem na nepředpojatost a zabránění možnému střetu zájmů. Jejich práce spočívá v tom, že na základě studia dokumentace a návštěvy programu posoudí, zda program odpovídá nárokům Standardů. Výsledkem místního šetření je závěrečná zpráva. Na základě závěrečné zprávy předložené Certifikační agenturou navrhne mezirezortní Výbor zřízený při MŠMT, aby ministr školství mládeže a tělovýchovy udělil certifikát na období tří let nebo udělil certifikát na období tří let s výhradou a s doporučením k odstranění méně závažných nedostatků (tj. takových, které se neřadí mezi položky, jejichž naplnění je pro certifikaci zásadní), nebo udělil certifikát s podmínkou a určil lhůtu k odstranění závažnějších nedostatků (např. podmíněčná certifikace na období jednoho roku), nebo certifikát neudělil v případě, že program zcela nesplnil podmínky dané Standardy. Certifikát odborné způsobilosti se uděluje nejvýše na dobu tří let.

Základními cíli certifikací je hospodárné financování služeb z veřejných prostředků, zajištění a zvyšování kvality programů PPUNL, zefektivnění sítě poskytovatelů programů PPUNL a začlenění programů PPUNL do širšího systému preventivního působení. Mluvíme-li v souvislosti s certifikacemi o programech, chápeme jimi programy specifické primární prevence

užívání návykových látek, přičemž za ně považujeme takové aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny právě na oblast užívání a uživatelů návykových látek a rizika s tím spojená. O certifikaci v oblasti primární prevence užívání návykových látek lze žádat pro pět druhů programů a jsou jimi:

- programy specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky (v tuto chvíli nejběžnější typ programu všeobecné primární prevence realizovaný většinou se školními třídami),
- programy specifické prevence poskytované mimo rámec školní docházky (např. výjezdy školy, odpolední preventivní programy, víkendové preventivní akce apod.),
- programy včasné intervence (program selektivní či indikované primární prevence, tj. intenzivnější cílená preventivní práce se zvýšeně ohroženým či již zasaženým kolektivem či jednotlivcem, např. na základě odhalení zvýšení rizika užívání návykových látek v běžném preventivním programu),
- vzdělávací programy v oblasti specifické primární prevence (určené zejména pedagogickým pracovníkům, ne žákům),
- ediční činnost v oblasti primární prevence (vydávání časopisů a publikací z oblasti primární prevence).

Dne 2. 10. 2006 byl oficiálně zahájen proces certifikace primární prevence. Od prosince 2006 do července 2009 prošlo certifikací celkem 40 zařízení pro 56 programů. Podmínkám certifikace vyhovělo 35 zařízení s 50 programy. Nevyhověla 4 zařízení s 5 programy. V roce 2008, po dvou letech realizování certifikací programů, byla provedena rozsáhlá evaluace celého certifikačního procesu. V dotazníkovém šetření byly získány zpětné vazby od certifikátorů, kteří mají největší praxi, a také od zařízení prošlých certifikací – úspěšně i neúspěšně. Byl organizován výzkum formou ohniskové skupiny a vedeny rozhovory s lidmi, kteří se pohybují na poli procesu certifikace, s preventisty, s úředníky, s nezávislými experty. Data byla vyhodnocena a zpracovávána v rámci pracovní skupiny pro rozvoj Standardů. Na základě získaných informací byly evaluovány a přepracovány základní dokumenty (přepracovány Standardy, vytvořeny dodatky k Certifikačnímu řádu a metodice místního šetření a byla inovována metodika pro certifikátory).

Text Standardů byl zjednodušen a bylo upraveno bodování na základě potřeb certifikátorů i úspěšnosti celého certifikačního procesu. Zároveň bylo hodnocení zpřísněno v tom, že jsou jasně vymezeny body nezbytné pro získání certifikace, tj. takové, které musí být naplněny ze 100 %, a není možné nad nimi diskutovat. Takové body jsou označeny písmenem A a po přečtení revidovaných Standardů je jasné jak žadateli, tak certifikátorovi, co je nezbytným požadavkem. Jsou to body, které jsou pro kva-

litní program nepostradatelné, například, že musí mít jasně definovanou cílovou skupinu, musí být interaktivní a komplexní, musí pracovat s malou skupinou/třídou, musí mít vymezená pravidla a písemně zpracovanou metodiku, pracovníci programu musí mít přiměřené vzdělání a musí být supervidováni a tak podobně. Jsou to požadavky přiměřené kvalitnímu programu primární prevence a více je možné se dozvědět při prostudování Standardů (www.ac.ippp.cz; www.msmt.cz). Zároveň se v průběhu certifikačního procesu ukázalo jako nezbytné, aby nedílnou součástí místního šetření byla návštěva certifikátora na programu. Hlavním pilířem certifikace i nadále zůstává studium předložené dokumentace a rozhovory s pracovníky, je však třeba také zhlédnutí praktické ukázkou programu a chování preventistů, aby mohl být názor certifikačního týmu objektivnější a komplexnější. Neboť to, co je deklarováno v dokumentech, nemusí být vždy naplňováno v praxi. Doposud byla návštěva jen možnou součástí místního šetření, na kterou často nezbyval čas, od roku 2009 se stala návštěva programu součástí povinnou. Certifikátoři jsou na tuto návštěvu speciálně vyškoleni a postupují dle vypracovaného manuálu.

Zástupci AC, IPPP, MŠMT, RVKPP, Centra adiktologie 1. LF UK a nezávislých expertů se pravidelně scházejí, aby i nadále zkvalitňovali a rozšiřovali působnost certifikací. Tato skupina se v první fázi zaměřovala na revizi stávajících dokumentů, v další fázi pak pracuje na vytvoření komplexního a aktuálního slovníku primární prevence a zároveň na rozšíření Standardů na další typy rizikového chování. Potřeba rozšířených Standardů je totiž pocítována v praxi čím dál palčivěji. Je skvělé, že jsou ošetřeny protidrogové programy primární prevence, ale je mnoho dalších dobrých programů zaměřujících se na šikanu, práci s agresivitou, poruchami příjmu potravy, rizikové sporty, nebezpečí rasismu, xenofobie, sektářství a mnohé další, pro které je zatím certifikace nedosažitelná, protože certifikaci lze v době prvního vydání této knihy (2010) získat pouze na program zaměřený proti užívání návykových látek. Řešením tak byla až nová verze standardů kvality (Pavlas Martanová et al., 2012), ve kterých se podařilo tento koncepční krok vyřešit (viz také Martanová, 2012). I přesto však byly původní standardy z roku 2005 v evropském kontextu jedinečné, náš systém je pro mnohé státy EU inspirací, neboť žádný ze států EU nemá systém certifikací takto zpracován na celostátní úrovni. Nové Standardy rizikového chování (Martanová et al., 2012), dle nichž je dnes již možné garantovat kvalitu a komplexnost i u dalších programů specifické primární prevence, tj. u celého spektra rizikového chování.

6.6 Česká školní inspekce a její role

Česká školní inspekce (dále jen ČŠI) průběžně reaguje na nové školské právní předpisy i na postupující kurikulární reformu. V současné době se připravuje a ověřuje nová metodika inspekční činnosti zaměřené na zjišťování úrovně prevence rizikového chování. Cílem je pro ČŠI v dané oblasti získávat a analyzovat informace o prevenci rizikového chování ve školách a školských zařízeních (dále jen „školách“) a zjišťovat a porovnávat podmínky práce školních metodiků prevence v České republice. Školy jsou mimo jiné dle § 29 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, povinny při vzdělávání a s ním souvisejících činnostech a při poskytování školských služeb předcházet vzniku rizikového chování. Cílovou skupinou jsou děti a žáci ve vybraných základních školách, středních školách a školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a školní metodici prevence ve vybraných základních školách, středních školách a školských zařízeních.

V hodnotící inspekční části jsou využívány inspekční postupy podle § 174 odst. 2 písm. a) a b) zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Při hodnocení podmínek, průběhu a výsledků vzdělávání vychází ČŠI ze zásad a cílů vzdělávání. Základním kritériem je účinnost podpory rozvoje osobnosti žáka a dosahování cílů vzdělávání ze stran škol a školských zařízení. Pro hodnocení jsou využívána hodnotící kritéria schválená MŠMT pro daný školní rok. Zdrojem informací, používanými metodami a formami zjišťování jsou rozhovory s ředitelem školy, metodikem prevence, výchovným poradcem, třídními učiteli a školním psychologem, pozorování a vyhodnocení podmínek školy vzhledem ke sledované problematice, analýza dokumentace (zápisy z jednání pedagogické rady, koncepční dokumenty školy, školní vzdělávací program, upravené učební dokumenty, školou používané evaluační nástroje, analýzy, záznamy, vyhodnocení atd., výroční zpráva, vlastní hodnocení školy), analýza získaných dat a vyhodnocení evaluačních nástrojů použitých při IČ. Informačními výstupy jsou inspekční zprávy, podklady pro výroční zprávy ČŠI, tisková zpráva, případně prezentace. Při své činnosti se ČŠI řídí následujícími právními předpisy a koncepčními dokumenty:

- zákonem č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- zákonem č. 563/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- zákonem č. 109/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů,

- Dlouhodobým záměrem vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky, MŠMT, Praha, únor 2005,
- Metodickým pokynem MŠMT k prevenci sociálně patologických jevů, čj. 14 514/2000–51,
- Metodickým pokynem MŠMT k výchově proti projevům rasismu, xenofobie a intolerance, čj. 14 423/99–22,
- Metodickým pokynem MŠMT k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení, čj. 28 275/2000–22,
- Metodickým pokynem MŠMT k zajištění bezpečnosti a ochrany dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních zřizovaných MŠMT, čj. 37 014/2005–25,
- strategií prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005–2008, MŠMT,
- kritérii hodnocení škol a školských zařízení pro inspekční činnost ve školním roce 2006/2007.

Činnost ČŠI v oblasti získávání a analyzování informací v oblasti prevence rizikového chování prošla od jejího vzniku zajímavým vývojem. V 90. letech se ČŠI zabývala rizikovým chováním zejména při šetření stížností. Poprvé se objevuje tato problematika ve výroční zprávě (dále jen VZ) za školní rok 1997/98 jako jeden z nejčastějších předmětů stížností. Ve školním roce 1998/99 MŠMT zadalo ČŠI sledovat ve školách projevy xenofobie, rasismu a šikanování. ČŠI zajistila proškolení vybraných školních inspektorů pro jednotlivé druhy škol a školských zařízení. Při inspekční činnosti bylo zjištěno, že ředitelé škol a výchovní poradci šikanování nezřídka podceňovali nebo i přehlíželi, případně bagatelizovali. Nedokázali proniknout do skrytých problémů třídních kolektivů. Problémy byly většinou registrovány až při otevřeném konfliktu. Prevenci většina škol nevěnovala náležitou pozornost. I ve VZ za školní rok 1999/2000 je konstatován nárůst počtu oprávněných stížností na šikanování ve školách, nedostatky byly i ve vyřizování stížností řediteli škol.

Ve školním roce 2000/2001 připravila ČŠI cílené sledování prevence rizikového chování ve školách. Proběhla pilotáž inspekční činnosti zaměřené na využívání Metodických pokynů MŠMT k prevenci SPJ čj. 14 514/2000–51 a čj. 28 275/2000–22. Pilotáž provedli proškolení školní inspektoři v dubnu až květnu 2001 na 17 základních školách, 5 zvláštních školách a na 10 středních školách. Závěry z pilotáže se objevily ve VZ za školní rok 2000/2001. Poklesl absolutní počet stížností na šikanování, výrazně však narostla jejich oprávněnost.

Ve školním roce 2001/2002 sledovala ČŠI prevenci rizikového chování ve školách v návaznosti na pokyny MŠMT čj. 16 227/96–22 a čj.

14 514/2000–51 na 139 školách. Tuto inspekční činnost opět realizují proškolení školní inspektoři. Ve 118 školách se vyskytly závažné projevy rizikového chování. Systém prevence byl ve 112 školách funkční, v 19 málo efektivní a 8 škol se problematikou prevence rizikového chování vůbec nezabývalo. Evidentně začíná pozitivně působit „tlak“ ze strany ČŠI – většina škol respektuje výše uvedené pokyny, prevenci rizikového chování věnuje pozornost. Její účinnost je však nízká. Konstatován je značný výskyt rizikového chování, navíc s převažujícím počtem závažných jevů. ČŠI doporučuje MŠMT snížit metodikům prevence rizikového chování přímou vyučovací povinnost.

Ve školním roce 2002/2003 proběhla tematicky zaměřená inspekce na sledování a hodnocení účinnosti prevence ve školách. Školní inspektoři-specialisté postupovali podle připravené metodiky. Ve VZ za tento školní rok je konstatováno, že 90 % škol mělo zpracován „minimální preventivní program“ (MPP) dle metodického pokynu MŠMT, ve všech sledovaných školách byl ustanoven metodik prevence rizikového chování (ale jen 1/3 metodiků měla stanovenou konkrétní náplň práce). Přesto se závažné rizikové chování vyskytlo na 85 % sledovaných škol. V 5 % škol byl tento jev konstatován opakovaně.

Ve školním roce 2003/2004 proběhla opět tematicky zaměřená inspekce na sledování a hodnocení účinnosti prevence rizikového chování. Navštíveno je 62 základních škol, 33 středních škol a 18 speciálních škol a školských zařízení. Znovu se ukazuje problém vytíženosti metodiků prevence rizikového chování, kdy mají jen omezený čas a prostor pro svou činnost. Většinou tak plní úkoly na úkor jiné činnosti nebo ve svém volném čase. Do programů prevence rizikového chování se zapojuje většina pedagogických pracovníků. 66 % sledovaných škol organizuje osvětovou činnost pro rodiče žáků. MPP měly vypracován všechny sledované školy, 10 % z nich však neřešilo problematiku prevence rizikového chování komplexně. Vyhodnocování problematiky prevence rizikového chování bylo realizováno jen v 75 % případů, důsledná diferenciací MPP byla konstatována jen na většině gymnázií. Preventivní aktivity realizovala většina škol úspěšně. Žáci byli zapojeni do peer programů, byly pořádány besedy s lidmi, kteří překonali závislost, byly organizovány návštěvy specializovaných pracovišť, ale také neúčinné masové jednorázové akce. Poprvé byl vyhodnocen nový trend – cílené pobyty žáků mimo školu s nácviky sociálních dovedností a s programy zaměřenými na rozvoj osobnosti. Počet základních škol s nárůstem závažných forem rizikového chování se meziročně zvýšil o 6 %. Byl konstatován i další negativní trend – v 10 % základních škol se výrazně zhoršilo chování žáků vůči učitelům. V 50 % základních škol je problémem záškoláctví, šikanování, kouření, agresivita a krádeže. Méně často se zde vyskytuje abúzus návykových látek.

Ve školním roce 2004/2005 došlo ke změně ve vedení ČŠI a následně k zásadním změnám v řízení i organizování inspekční činnosti. Školní inspektoři prošli řadou vzdělávacích akcí zaměřených na změněné podmínky pro práci škol. Ve školním roce 2005/2006 ustanovilo vedení ČŠI odborné komise pro plnění jednotlivých úkolů z Plánu hlavních úkolů schváleného MŠMT. Jedna z těchto komisí se zabývala také problematikou prevence rizikového chování. Byla vypracována a použita nová metodika. V 81 základní škole byla na 2. stupni uskutečněna inspekční činnost zaměřená na konkrétní rizikové chování – záškoláctví a šikanování. Bylo zjištěno, že danou problematikou se zabývaly všechny sledované školy a 96,3 % z nich mělo vypracovanu „školní preventivní strategii“ (dříve MPP). Ty obsahovaly vhodně definované cíle, cílové skupiny i formy a metody prevence rizikového chování a vycházely z velmi dobré znalosti klimatu školy. V dotaznících shromáždily inspekční týmy odpovědi od 6 207 žáků 8. a 9. ročníků navštívených škol. Výsledky analýzy odpovědí ukazují, že různé formy šikanování se ve školách běžně vyskytují, přičemž žáci příliš nevěří v pomoc pedagogů:

- 48 % žáků bylo svědky ubližování jejich spolužákovi jinými spolužáky ze třídy nebo ze školy, pouze 58 % z nich upozornilo na tuto skutečnost některého z učitelů a jen 42 % z těch, co na případ upozornili, uvedlo, že to pomohlo,
- v případech, že se stali obětí šikanování, jim nejvíce pomohl kamarád (68 %), na kterého se také nejčastěji se svými problémy obraceli, a teprve potom třídní učitel (18 %),
- verbální poučení učitelů o postupu při výskytu šikanování uvedlo 85 % žáků,
- jen 52 % žáků věří, že je jejich škola před šikanováním ochrání.

Z forem šikanování jednoznačně převažuje psychický útok (pomluvy, nadávky, posměch, ponižování). Je používán v průměru 7x častěji než fyzické násilí (bití, rány pěstí, fackování, kopání). Nejčastější frekvence šikanování téže oběti je 1x za měsíc (55 %), avšak téměř každodenní oběti se cítí být 13,5 % šikanovaných. Vykonavatelem šikany je zpravidla jednatel (43 % odpovědí) nebo dvojice (25 %). Častěji šikanují chlapci (59 %). Rozdíly v odpovědích chlapců a dívek nejsou významné, jedinou výjimkou je, že chlapci jednotlivé případy více zatajují.

Do vzdělávání v oblasti rizikového chování bylo ve školách zapojeno pouze 269 pedagogických pracovníků z 2 305. Pozitivní vývoj byl zaznamenán v přístupu vedení škol k prevenci výskytu rizikového chování. Ředitelé ani učitelé již tuto problematiku nebagatelizují a nepřijatelné chování – i jeho náznaky – řeší ve spolupráci s rodiči, poradenskými zařízeními, orgány sociálně právní ochrany dětí, případně s orgány činnými v trestním

řízení. V tomtéž školním roce proběhla inspekční činnost zaměřená na prevenci rizikového chování také v 212 středních školách. Zde byla inspekce zaměřena na prevenci zneužívání návykových látek. Jako součást preventivní strategie ji mělo zpracováno 97 % škol. Vedení těchto škol získané informace průběžně analyzuje, vyhodnocuje možná rizika a svoji školní preventivní strategii vhodně inovuje. Dokumentace preventivní strategie byla v těchto školách přístupná všem pracovníkům školy.

Do vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování bylo ve středních školách zapojeno 2 852 pedagogických pracovníků z 9 805. Ve školním roce 2006/2007 byla odbornou komisí vypracována nová metodika inspekční činnosti zaměřené mj. na prevenci rizikového chování. Cíl *Získávat a analyzovat informace o vzdělávání dětí, žáků a studentů v oblasti podpory výchovy k lidským právům a toleranci a prevence sociálně patologických jevů* vyplynul z Plánu hlavních úkolů České školní inspekce na školní rok 2006/2007. Nejvýraznější změnou je, že zahrnuje všechny oblasti rizikového chování. Tím eliminuje diskutabilní aspekt v dosavadní činnosti ČŠI – skutečnost, že dosud sledovala vždy jen některé typy rizikového chování (většinou šikanování, záškoláctví a zneužívání návykových látek). Dosud tedy nebylo prováděno kontinuální získávání a analyzování informací o prevenci rizikového chování jako celku (integrace všech oblastí). Některými typy rizikového chování se ČŠI ještě vůbec nezabývala (rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, poruchy příjmu potravy, sexuální rizikové chování aj.). Z tohoto důvodu nebylo možné jednoznačně vyvozovat vývoj ani trendy. K dispozici ovšem prozatím není odpovídající standardizovaný dotazník. Nedořešeným problémem je i terminologie a členění rizikového chování (typy rizikového chování) v odborných kruzích. ČŠI dosud vychází z terminologie a členění používané MŠMT v materiálu Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005–2008.

7 Podpora vzdělávání a zdroje informací v prevenci

Současný stav dostupnosti a spektra výukových podkladů a zdrojů informací nelze označit za uspokojivý. Zatímce ještě před 5–8 lety bychom mohli hovořit o dlouhodobém nedostatku výukových opor, dnes je situace zcela opačná. Problémem se však stala kvalita. Postupem času začíná být obtížné se v nabídce vůbec orientovat a kvůli značné citační nedisciplinovanosti některých autorů dochází de facto k opakovanému publikování již vícekrát zveřejněných věcí. Velmi malý je však v tomto procesu posun v úrovni kvality. Často je tak možné setkat se s tím, že různé materiály omílají dokola chronicky známá fakta, pouze v různém pořadí a způsobu zpracování. Pro další období je tak bez problémů možné označit za nejvyšší prioritu této oblasti kvalitu a systematičnost. Právě tyto dva aspekty chybí nejvíce a je nutné začít právě na ně klást větší důraz v požadavcích na autory výukových a metodických textů. Tato kapitola má za úkol pomoci v lepší orientaci ve výukových oporách a zdrojích informací a načrtnout alespoň některá základní kritéria pro třídění a výběr materiálů pro samostudium či práci s dětmi.

7.1 Pracovníci ve školské prevenci a jejich kvalifikace

Pracovníkem ve školské prevenci rizikového chování (preventivním pracovníkem) se dle nejširšího chápání může cítit každý člověk, který vědomě a systematicky působí v oblasti školské prevence rizikového chování. V České republice ani v evropském kontextu nejde (zatím) o primární profesní kvalifikaci, ačkoli se objevují první pokusy nejen v Evropě, ale též ve Spojených státech a vznikají první magisterské studijní programy. Jedná se i historicky spíše zatím častěji o specializaci v rámci původních profesí nebo o konkrétní náplň práce v dané roli či pracovní pozici. Aktivitu 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. ve-

dení preventivních programů ve třídách) a b) s koordinační a organizační stránkou (např. tvorba minimálního preventivního programu). V 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, případně praktické lékaře atd. Školy a školská zařízení 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 specifitějších činnostech. Jedná se nejčastěji o zaměstnance neziskových organizací, Policie ČR atd. 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 metodiky 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 lobbying 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 model kvalifikací** navržený Charváttem, Miovským 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, Miovský & 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 nespécifické primární prevence působí řada dalších preventivních činitelů na neprofesionální a/ nebo dobrovolné úrovni. Nebudeme se zde věnovat působení rodičů či vrstevníků (viz jiná hesla), máme na mysli spíše rozličné aktivity nespécifické prevence, volnočasové a zájmové aktivity a jejich vedoucí, ale též i svépomocné skupiny.

7.2 Informační zdroje v primární prevenci

a) Využití elektronických médií v primární prevenci

Elektronická media poskytují řadu nových možností jak pro organizaci a řízení systému primární prevence, tak pro vlastní obsahovou náplň primárněpreventivních intervencí. Metodik prevence může prostřednictvím internetu čerpat odborné informace k přípravě školního programu prevence, vyhledávat dostupné preventivní a vzdělávací programy či konzultovat s kolegy učiteli či odborníky na problematiku primární prevence, jaké jsou jejich zkušenosti s implementací školních programů prevence. Elektronická média jsou s výhodou použitelná nejen při přípravě preventivního programu, ale i při jeho realizaci. Hlavním problémem při realizaci protidrogové výchovy poskytované ať už ve školách, nebo kdekoli jinde je udržet pozornost mladého jedince k tématu, protože jak mladí lidé dospívají stále více, jejich znalosti o drogách pochází přímo z „drogové kultury“ (její součástí jsou nejen nejruznější kluby a diskotéky, ale i restaurace, hospody, prodejny tabáku, oddělení s alkoholem v obchodech s potravinami či stánkový prodej alkoholu), které se stávají součástí, eventuálně se součástí této kultury stávají jejich přátelé a informanti (White et al., 1997).

Rozhodovací hry poskytují učitelé prostor bez obav z chybného postupu vyzkoušet si různé problémové situace a důsledky různých možností jejich řešení. Některé hry a informace lze doporučit i rodičům, kteří si nevědí rady s podezřením, zda jejich dítě je v kontaktu s drogami. Interaktivní aplikace ve formě on-line her či animací jsou pro žáky atraktivním doplňkem hodin věnovaným primární prevenci. Informace o účincích a rizicích drog dostupné na internetových stránkách pak dávají pedagogovi možnost seznámit studenty s maximem souvislostí konzumace drog. Postoje pubescentů k užívání drog a vnímání jejich rizik jsou do značné míry ovlivňovány právě množstvím dostupných informací o drogách (Csémy et Lejčková, 2005). Nedostatek informací vede k podceňování rizik návykových látek a vyšší toleranci jejich užívání (Epstein et al., 1995). Studenti s dobrými znalostmi o drogách méně často návykové látky užívají a spíše odrazují své vrstevníky od jejich konzumace (Smart et Stoduto, 1997).

b) Informační zdroje pro organizaci a řízení programů primární prevence

Klíčové dokumenty pro cíle, náplň a organizaci systému primární prevence v rezortu školství jsou umístěny na webu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR www.msmt.cz pod odkazem Prevence. Popis cílových

skupin, informace o zásadách, cílech a SWOT analýze primární prevence obsahuje dokument Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005–2008 pod odkazem Dokumenty a materiály dané problematiky se dotýkající. Stejný odkaz zpřístupňuje pod heslem Certifikace primární prevence dokument Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence, které popisují základní charakteristiky kvality a efektivitu jak programů specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky, tak mimo její rámec, programů včasné intervence a vzdělávacích programů v oblasti specifické primární prevence. Přehled aktuálně MŠMT podpořených programů primární prevence spolu s podmínkami dotačního řízení jsou v jednotlivých letech realizace strategie zveřejňovány pod odkazem Programy podpory aktivit zaměřených na prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže.

Přehledný seznam aktuálních dokumentů a definic důležitých pro systém primární prevence s vysvětlujícím komentářem je dostupný na webu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky www.drogy-info.cz. Odkaz Pomoc a podpora v hlavním menu obsahuje heslo Primární prevence, pod kterým je publikován aktualizovaný seznam příspěvků. Jsou zde k nalezení základní pojmy z oblasti primární prevence se stručnými definicemi nejčastěji používaných termínů v oblasti drogové prevence. Naopak negativní definici a příkladům toho, co primární prevencí není, se věnuje odkaz Co všechno není primární prevence. Dále jsou zde dostupné informace o roli státu v primární prevenci v podobě metodických a strategických dokumentů či o struktuře primární prevence ve formě seznamů krajských koordinátorů preventivních aktivit, protidrogových koordinátorů a pedagogicko-psychologických poraden.

Analýza minimálních preventivních programů škol a školských zařízení je k nahlédnutí na stránkách Institutu pedagogicko-psychologického poradenství ČR www.ippp.cz pod odkazem Studie a heslem Analýzy. Stránky nabízejí aktualizované informace o vzdělávacích kurzech nejen pro oblast primární prevence. Pod odkazem Projekty a heslem Vzdělávání učitelů v prevenci – manuál dobré praxe vzdělávacích programů jsou publikovány informace o tréninkových a vzdělávacích kurzech pro pedagogy a výchovné poradce všech typů vzdělávacích zařízení.

Internetový *portál primární prevence* www.odrogach.cz provozovaný občanským sdružením SANANIM v sekci Učitelé poskytuje informace týkající se primární prevence, doporučený obsah a cíle prevence pro různé věkové kategorie, důležité kontakty, aktuality, diskusní fóra a informace o drogách. Mimo jiných užitečných rad a doporučení pro přípravu a realizaci minimálního preventivního programu jsou zde dostupné dvě verze příručky o efektivní školní prevenci Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí

(viz dále v textu). Příručku a evaluační dotazníky si lze ze stránek stáhnout k vytištění či její obsah procházet po jednotlivých kapitolách přímo on-line pod odkazem Školní strategie a heslem Efektivní prevence v levém menu.

c) Informační zdroje s obsahovou náplní primární prevence

Součástí www.odrogach.cz je také jeho *interaktivní část*. V levém menu příslušného portálu najde každá cílová skupina – děti, rodiče i učitelé – vědomostní testy. U dětí jsou testy rozděleny do jednotlivých věkových skupin. Rodiče zde najdou doporučení a rady jak efektivně komunikovat se svými dětmi o drogách či případně jak řešit rizikové situace. Rozhodovací hry určené pro rodiče a učitele umožňují vyzkoušet si různé možnosti řešení typických situací, do kterých se v souvislosti s možnou konzumací drog u svých dětí či žáků dospělí dostávají. Každá varianta řešení obsahuje pravděpodobné důsledky zvoleného postupu. Pro školy je nabízena možnost skupinového testu celé třídy s následnou on-line chatovou diskusí s odborníkem – například o výsledcích testu.

Vzorový výukový program [odrogach.cz](http://www.odrogach.cz) připravený pro studenty mezi 13. a 15. rokem ve formě 10 lekcí – každá v rozsahu jedné vyučovací hodiny – je publikován pod odkazem Prevence v praxi. Cíle, obsah a způsoby jak zprostředkovávat informace o drogách dětem a dospívajícím v různých věkových skupinách jsou umístěny pod sousedním odkazem Prevence podle věku. Interaktivní aplikace *Co dělají drogy v mozku* kombinací textu a animací studentům starším 15 let srozumitelně vysvětluje, jak funguje lidský mozek a jak jeho přirozené funkce ovlivňují nejčastěji zneužívané drogy včetně alkoholu a nikotinu. Informace o účincích jednotlivých drog na buněčné úrovni jsou doplněny vysvětlením, jak vznikají okamžitá i dlouhodobá rizika jejich konzumace a jaké mohou být jejich důsledky. Interaktivní hra *Moucha na drogách* je využitelná v rámci výchovy ke zdravému životnímu stylu, protože poskytuje hráči možnost virtuálního prožitku, jak různé drogy negativně ovlivňují jeho pohybové a poznávací funkce. Odkaz na hru je umístěn v pravém menu úvodní stránky www.drogovopradna.cz. *Drogová poradna* kromě objektivních informací o účincích a rizicích drog nabízí možnost zadání přímého dotazu na konkrétní problém, který studenta, rodiče či učitele v problematice závislostí zajímá či jej právě ve svém okolí řeší. Odborníci z oblasti prevence a léčby závislostí na dotazy odpovídají během 48 hodin.

Centrum primární prevence provozované občanským sdružením Prevcentrum zajišťuje komplexní program primární prevence užívání návykových látek a dalších sociálně nežádoucích jevů. Podrobný popis programu je dostupný na www.prevcentrum.cz pod odkazem Centrum primární pre-

vence. Program je poskytován ve čtyřech základních úrovních: všeobecné, selektivní, indikované primární prevence a vzdělávání pro školní metodiky, realizátory, lektory primární prevence a rodiče. Pod odkazem Na co se děti ptají jsou shrnuty studenty často kladené otázky v souvislosti s konzumací drog a modelové příklady odpovědí. Stránky také poskytují možnost zadat individuální dotaz do webové poradny spravované odborníky sdružení na problematiku primární prevence.

Seznam kontaktních údajů institucí pracujících v oblasti primární prevence je na webu Centra primární prevence publikován pod heslem Přehled programů primární prevence v ČR. Heslo Informace pro rodiče pod odkazem Centrum poradenství pro mládež a rodiny poskytuje přehled počátečních příznaků konzumace drog, kterých by si rodiče měli u svých dětí všimnout, spolu s radami pro rodiče jak se chovat v situaci, kdy mají podezření nebo zjistili, že jejich dítě drogy užívá. Programy Center primární prevence občanského sdružení Podané ruce jsou dostupné na různých webových stránkách, např. www.poradenskecentrum.cz, www.podaneruce.cz pod stejnojmenným odkazem. Zaměřují se na práci s dětmi a mladými lidmi ve školách i v rámci volnočasových aktivit. Odkaz Vzdělávání I.E.S. obsahuje seznam vzdělávacích kurzů sdružení, kde je mimo jiných publikován podrobný popis kurzů Prevence drogových závislostí I a II akreditovaných u MŠMT, jejichž cílem je podat přehled o možnostech a metodách drogové prevence mezi dětmi a mládeží.

Internetové stránky občanského sdružení P-centrum www.p-centrum.cz poskytují pod odkazem Primární prevence informace o nabízených preventivních programech pro základní a střední školy. Dále jsou zde dostupné podrobnosti o vzdělávacím kurzu primární prevence pro školní metodiky prevence, který je akreditován MŠMT v systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků. Obsahem kurzu je prohloubení znalostí a dovedností v oblasti primární prevence užívání návykových látek a prevence dalších sociálně patologických jevů.

7.3 Odborné společnosti a aktivity v prevenci

V kapitole představujeme významné odborné společnosti, klíčové instituce a organizace, které jsou v současné době iniciátory a hybateli změn v oblasti prevence rizikového chování v mezinárodním měřítku. Většina společností a institucí klade důraz na výzkum a na praxi založenou na důkazech. Toto je trend, kterým se ubírá současná prevence – od prevence založené na ideologii či dojmech k seriózně položeným otázkám o efektivitě a funkci preventivních aktivit, jejich dopadech na cílovou skupinu a neustálé úpra-

vě preventivních metod od dobrých k lepším. Významnou součástí aktivit níže uvedených odborných seskupení je další vzdělávání preventivních pracovníků (od výzkumníků přes koncové realizátory prevence, kteří pracují s cílovou skupinou, až po politickou reprezentaci) a rychlé a efektivní předávání informací. Jen neustálou kultivací znalostí, dovedností a kompetencí bude možno dosáhnout v prevenci žádoucích pozitivních změn rychle a se stále únosnými finančními náklady. Dobrou zprávou pro nás může být, že v České republice jsou lidé a pracoviště, která jsou přímými účastníky výše uvedených aktivit, a která se snaží o přenesení zkušeností ve vhodné podobě do české reality.

a) Odborné společnosti

EUSPR: Evropská společnost pro výzkum v prevenci (European Society for Prevention Research) (EUSPR) je vědeckou odbornou společností, jejímž cílem je „podporovat prevenci založenou na důkazech k řešení významných faktorů, které vedou k nemoci a špatnému zdravotnímu stavu a současně přímo nesouvisí s investicemi do lidských zdrojů a vzdělávání“ (EUSPR, 2015, p. 1). EUSPR byla založena v roce 2009. Vznik EUSPR byl inspirován SPR, viz níže. EUSPR sdružuje akademické a vědecké pracovníky, kteří vyvíjí preventivní programy a ověřují jejich účinnost spíše než koncové realizátory preventivních programů z praxe. EUSPR podporuje kultivaci vědeckých postupů v oblastech environmentální, univerzální, selektivní a indikované prevence s cílem zlepšit životní pohodu a zdraví lidí a řešit nerovnosti v oblasti zdraví (EUSPR, 2015). Základní pilíře, pomocí kterých EUSPR dosahuje cílů, jsou: síťování vědců reprezentujících různé vědecké disciplíny, tvůrců politik a praktiků; rozvoj preventivních postupů; prosazování vzdělávání a kariérního růstu v prevenci, zavádění výzkumných zjištění do praxe (EUSPR, 2015).

Internetové stránky: <http://euspr.org/>

Facebook: <https://www.facebook.com/PreventionResearch>

Twitter: @EUSPR

Související odborné aktivity: EUSPR každoročně na podzim pořádá odbornou konferenci. První konference byla uspořádána v roce 2010. Každý ročník se pořádá v jiném členském státě. Internetové stránky: <http://euspr.org/category/annual-conference/>

b) Klíčová konsorcia a projekty odborných společností

EUDAP Group: Skupinu EUDAP Group (EG; European Drug Addiction Prevention Group) lze dnes již považovat za rozpuštěnou. EG se zformo-

vala při řešení projektu podpořeného Evropskou komisí na začátku tisíciletí, který byl zaměřen na ověření preventivního programu Unplugged. Česká republika byla do projektu také zapojena. Skupina lidí, která se sešla kolem EG vedle řady navazujících projektů byla jedním z hybatelů myšlenky založení EUSPR a lidé kolem EG se tak stali zakládajícími členy EUSPR.

Internetové stránky: <http://www.eudap.net/>

SPAN: V roce 2013 byl zahájen projekt Science for Prevention Academic Network (SPAN) (Síť akademických pracovišť v oboru prevence), který byl finančně podpořený Evropskou komisí. SPAN má za cíl vytvořit síť univerzit a vzdělávacích institucí z celé Evropy, které se zaměřují na oblasti prevence onemocnění jako jsou rakovina, kardiovaskulární onemocnění, plicní onemocnění, diabetes a duševní choroby (včetně adiktologie a dalších typů rizikového chování) (OBU, 2013; KAD, 2013). SPAN umožňuje mezinárodní skupině odborníků na prevenci z různých zemí Evropy vytvořit obor s novým širokým záběrem v oblasti prevence neinfekčních onemocnění, zvýšit kvalitu vzdělávání a vylepšit výcvikové aktivity, jakož i navazovat spolupráci a věnovat zvláštní pozornost podpoře a vzdělávání mladých výzkumníků v prevenci (OBU, 2013; KAD, 2013).

Internetové stránky: <http://www.span-europe.eu/> nebo <http://euspr.org/span/>

EDPQS: Česká republika má za sebou již 10 let používání preventivních standardů v preventivní praxi. Na evropské úrovni byly v roce 2012 představeny tzv. Evropské standardy prevence (EDPQS) (European Drug Prevention Quality Standards). EDPQS poskytují první teoretický rámec pro realizaci kvalitní protidrogové prevence v Evropě. EDPQS v cyklu osmi etap seznamuje s nezbytnými kroky, které jsou důležité pro plánování, realizaci a vyhodnocování aktivit protidrogové prevence. Na konto EDPQS v jejich plné verzi považujeme za nezbytné uvést, že se jedná o velmi komplexní dokument, jehož praktická využitelnost je zatím velice nízká. V první polovině roku 2015 vznikly další podpůrné dokumenty, které mají usnadnit pochopení a práci s EDPQS. Autoři českých Standardů prevence v současné době používaných u nás (viz kapitola o Standardech a certifikacích) jsou zapojeni do úpravy EDPQS a sledují možnosti, jak oba klíčové dokumenty postupně harmonizovat. (Pro zajímavost uvádíme, že Organizace spojených národů v roce 2013 také vydala Mezinárodní standardy drogové prevence [UNODC's International Standards on Drug Use Prevention] (UNODC, 2013).)

Internetové stránky: <http://prevention-standards.eu/>

SPR: Společnost pro preventivní výzkum (Society for Prevention Research) (SPR) byla založena v roce 1991 ve Spojených státech amerických. SPR se zaměřuje na rozvoj vědeckého výzkumu etiologie a prevence sociálního, fyzického a duševního zdraví, dále na akademické uchopení problematiky prevence a na zavádění nejnovějších vědeckých zjištění a informací do praxe s cílem podporovat zdraví a životní pohodu (well-being) (WHO, 2015). SPR pomáhá transformaci společnosti, v níž jsou na důkazech založené programy a politiky zaváděny soustavně do preventivní praxe. Tyto snahy mají vést ke zlepšení zdraví a blahobytu občanů, podpoře pozitivního lidského rozvoje, žití produktivního života a dobrým vztahům s ostatními lidmi (WHO, 2015). SPR je aktivní ve vydávání vysoce odborných textů (včetně oborového časopisu), ale také ve vzdělávání preventivních pracovníků a dalších profesionálů, vydávání metodik, etických norem atd. SPR představuje bohatý zdroj informací pro ty, kteří nemají problém číst anglické texty.

Internetové stránky: <http://www.preventionresearch.org/>

(Bohužel tyto internetové stránky nelze otevřít vždy ze všech připojení.)

Facebook: <https://www.facebook.com/PreventionResearch>

Twitter: @SocPrevRes!

Související odborné aktivity:

SPR vydává odborný vědecký časopis *Prevention Science*, který se věnuje oblastem „etiologie, epidemiologie a preventivních intervencí k tématům zdravotních a sociálních problémů, užívání návykových látek, duševního zdraví, HIV/AIDS, násilí, nehod, těhotenství mladistvých, sebevražd, kriminality, sexuálně přenosných nemocí, obezity, diety/výživy, pohybu a chronických onemocnění (SIP AG, 2015). Časopis vychází anglicky. Internetové stránky: <http://link.springer.com/journal/11121>

SPR každoročně na jaře pořádá odbornou konferenci ve Washingtonu, DC, USA. Zájemci o aktivní účast z EU mohou žádat o finanční podporu pořadatele konference. Internetové stránky: <http://www.preventionresearch.org/meeting/future-conferences/>

Pompidou Group: Skupina Pompidou (Pompidou Group; Groupe Pompidou) (PG) byla založena v roce 1971 (CE, 2014a), je tedy nejstarší z uvedených iniciativ. Nicméně její zaměření není výhradně na prevenci (užívání návykových látek), prevence je jednou z oblastí zájmu. Česká republika je členem. Hlavním posláním skupiny PG je „přispívat k rozvoji multidisciplinární, inovativní, efektivní a na důkazech založené protidrogové politiky v členských státech. Snaží se propojit politiky, praxi a vědu a zaměřuje se především na realizaci lokálních protidrogových programů (CE, 2014a, p. 1). V oblasti prevence se PG snaží o podporu zavádění nových přístupů

a technik umožňující zajištění účinnějších preventivních aktivit s širokým dopadem na cílové skupiny „mladých lidí, zapojení mladých lidí a zapojení rodin, podpora zdravého životního stylu, komplexní posouzení a hodnocení patří zaměření aktivit v mnohotvárné oblasti prevence“ (CE, 2014b, p. 2). V současnosti jednou za dva roky udělují Cenu prevence (Prevention Prize); zajímavá pro českou preventivní praxi je tím, že jednou z podmínek je přímá účast mladých lidí, více informací: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Initiatives/PreventionPrize/default_en.asp

Další aktivitou skupiny je prevence užívání alkoholu a drog na pracovišti.

Internetové stránky: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/AboutUs/default_en.asp

Facebook: <https://www.facebook.com/pompidougroup>

Dalšími odbornými společnostmi, které se alespoň částečně věnují tématům prevence rizikového chování, jsou např.:

- **Society for Research on Adolescence (SRA)**
Internetové stránky: <http://www.s-r-a.org/>
Facebook: <https://www.facebook.com/pages/Society-for-Research-on-Adolescence-SRA/378095759100>
- **Society for Research in Child Development (SRCD)**
Internetové stránky: <http://www.srcd.org/>
Facebook: <https://www.facebook.com/pages/Society-for-Research-in-Child-Development-SRCD/143127176115>
- **American Public Health Association (APHA)**
Internetové stránky: <http://www.apha.org/>
Facebook: <https://www.facebook.com/AmericanPublicHealthAssociation>

c) Národní a mezinárodní instituce aktivní v prevenci a rozvíjející podpůrné programy a vzdělávání, výzkum, financování prevence atd.

EMCDDA: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) bylo založeno v roce 1993 jako agentura Evropské unie. EMCDDA sídlí v portugalském Lisabonu. Úkolem EMCDDA je shromažďovat, analyzovat a šířit „věcné, objektivní, spolehlivé a srovnatelné informace“ o drogách a drogové závislosti (EMCDDA, 2015). EMCDDA úzce spolupracuje s jednotlivými Národními středisky, v České republice s Národním monitorova-

cím střediskem pro drogy a závislosti (NMS; <http://www.drogy-info.cz/>). Internetové stránky EMCDDA jsou zdroje důležitých informací, přehledů, publikací, metod, evaluačních nástrojů a programů (také) pro oblast prevence rizikového chování. Internetové stránky stojí za navštívení i pro ty, kteří neumí příliš dobře anglicky, část informací je také v českém jazyce.

Internetové stránky: <http://www.emcdda.europa.eu/>

Facebook: <https://www.facebook.com/emcdda>

Twitter: @EMCDDA

NIDA: National Institute on Drug Abuse (NIDA) je součástí Národních Institutů zdraví (NIH; National Institutes of Health) amerického ministerstva zdravotnictví. NIDA je jedním z vůdčích institucí v oblasti prevence ve světě. NIDA podporuje vysoce kvalitní vědecké projekty umožňující následné uplatnění moderních poznatků v praxi prevence užívání drog a léčby závislostí. Záběr NIDA je širší a nesměřuje výhradně jen k prevenci. Internetové stránky NIDA jsou vynikajícím zdrojem kvalitních, nejnovějších a správných informací o prevenci. Internetové stránky: <http://www.drugabuse.gov/>

Dalšími institucemi, o nichž může být dobré vědět, že existují a co nabízejí, jsou:

- NIAAA, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, která se věnuje problematice alkoholu a alkoholismu. Internetové stránky: <http://www.niaaa.nih.gov/>
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Internetové stránky: <http://www.samhsa.gov/>

WHO: Světová zdravotnická organizace (WHO) (World Health Organization) je významným a klíčovým hráčem v oblasti epidemiologie (zjišťování míry výskytu nemocí a rizikového chování v populaci; např. studie HBSC – Health Behaviour in School-aged Children; <http://hbsc.upol.cz/>), prevence a léčby. Vyhlašuje také akce tzv. Světové den bez..., ve kterých upozorňuje na palčivé zdravotní problémy současnosti. Internetové stránky: <http://www.who.int> nebo <http://www.who.cz/>

UNODC: Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) (United Nations Office on Drugs and Crime) s věnuje tématům prevence v adiktologii a kriminalitě a souvisejících aspektů. UNODC vydává publikace, zprávy, podporuje zavádění kvality do prevence rizikového chování, pořádá vzdělávací a osvětové akce. OSN mj. v roce 2013 vydala Mezinárodní standardy drogové prevence (UNODC's International Standards on Drug Use Prevention) (UNODC, 2013.).

Internetové stránky: <http://www.unodc.org/>
<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
<http://www.osn.cz/system-osn/programy-a-dalsi-organy-osn/?i=97>

Mentor International: Mentor International (MI) je přední mezinárodní nevládní organizací věnující se problematice užívání drog a prevenci zneužívání návykových látek. MI provozuje internetový portál Mentor International Prevention Hub, který je kontaktním místem pro sdílení nejnovějších poznatků z výzkumu, politiky a osvědčených postupů. Cílem je vybudování mezinárodní databáze těch, kteří pracují v oblasti prevence, má ambici být centrem toho, co hledat, kde to najít a jak na to. Jsou zde nabízena školení, nástroje, prostředky a materiály umožňující další vzdělávání preventivních pracovníků (MI, 2015). Hlavním cílem je skrze vytvoření funkčních sítí podporovat globální drogovou prevenci. Na stránkách lze zviditelnit i vlastní organizaci a preventivní aktivity v kterémkoli regionu. Internetové stránky jsou v angličtině a stojí za návštěvu.

Internetové stránky: <http://preventionhub.org/>

7.4 Přehled preventivních vzdělávacích činností a výukových materiálů pro primární prevenci

Rozhodujeme-li se pro nákup nebo využití odborného materiálu v oblasti výchovně vzdělávacího působení na děti a mládež zaměřeného na protidrogovou prevenci a prevenci rizikového chování, měli bychom respektovat některá obecně platná pravidla. Uvedená kritéria lze uplatnit nejen při posuzování materiálů vytvořených pro žáky všech stupňů vzdělávání, ale i při posuzování a hodnocení preventivních strategií uplatňovaných samotnými pedagogy. Tato kritéria mohou využít i ti, kteří vytvářejí materiály k protidrogovému vzdělávání či novou alternativní metodiku v této oblasti. Níže uvedená kritéria kladou na odborné a metodické materiály vysoké požadavky. Je nepravděpodobné, že se setkáte s materiály či metodikou, které by splňovaly všechna tato kritéria. Jejich aplikace však může poukázat na určité nedostatky či nejasnosti, které je možné dále prozkoumávat. V případě potřeby je možnost konzultovat problém s okresním metodikem prevence.

a) Základní myšlenky a preferované hodnoty

Materiál by měl jasně stanovit, na jakých hlavních myšlenkách (nosných postulátech) a hodnotách staví. V oblasti protidrogového vzdělávání se setkáváme s mnoha kontroverzními přístupy, je proto moudré očekávat

od autorů, že budou zastávat jasné postoje. Vyvarujte se materiálů, kde nejsou stanoveny jasné hodnoty.

KONTROLNÍ OTÁZKY: Jsou nosné myšlenky nabízeného programu ve shodě s postoji školy a minimálním preventivním programem školy či školského zařízení?³⁴ Je nabízený program certifikovaný? Seznam certifikovaných zařízení najdete na webových stránkách Agentury pro certifikace³⁵. Koresponduje program se Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek?³⁶

b) Znalosti, dovednosti a postoje žáků a stadia jejich rozvoje

Pro různé věkové skupiny žáků se vytvářejí rozdílné druhy materiálů. Kromě věku je nutné brát v úvahu i stadia rozvoje žáků. Žák v nižším stadiu rozvoje vyžaduje jednodušší (základní) materiál. Žáci v různých typech speciálních škol vykazují v tomto směru rovněž specifické potřeby. Navíc, pokud jde o návykové látky, disponují žáci velmi rozdílnou úrovní vědomostí, dovedností a zkušeností. Někteří budou vědět o drogách velmi málo a pravděpodobně se budou bát na ně vůbec myslet. Jiní budou vědět více, a nebo dokonce budou mít vlastní zkušenosti s jejich užíváním. To může být rozhodujícím faktorem ovlivňujícím jejich postoje k užívání drog. Je nutné, aby výuka respektovala tuto různorodost, a dobrý materiál tomu bude napomáhat.

KONTROLNÍ OTÁZKY: Je materiál vhodný pro různé věkové skupiny žáků a respektuje různá stadia jejich rozvoje? Bude vhodný pro ty, kteří drogu zkusili, i pro ty, kteří s ní nemají zkušenosti? Je stanoven závazný postup jak zjišťovat úroveň znalostí či zkušeností s užíváním drog, dovedností ve vztahu k drogám či postojů k nim?

c) Rozsah aktivit

V oblasti protidrogového vzdělávání bude účinnější vyvážená a široká škála aktivit. Z formálního hlediska lze říci, že své místo má jak běžná forma výuky celé třídy, tzv. frontální výuka, tak různé další formy, především práce v menších skupinkách, řízená diskuse, přehrávání modelových situací, tematické sociálně psychologické hry, využití audiovizuální techniky apod.

34 Viz <http://www.poradenskecentrum.cz/mpp.php>.

35 Viz <http://www.ac.ippz.cz/sites/certifikovana-zarizeni.html>.

36 Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, MŠMT, 2005, 2012.

KONTROLNÍ OTÁZKY: Nabízí materiál škálu činností, které jsou založeny na různých způsobech výuky a podpoře aktivního učení? Napomáhají tyto činnosti k rozvoji dovedností, znalostí a postojů žáků?

d) Přesnost informací

Materiál/program by měl podávat přesná fakta a informace o drogách a měl by zahrnovat jak negativní, tak pozitivní aspekty jejich užívání. Tato fakta by měla být prezentována takovým způsobem, aby nešokovala či nezastrašovala. Přestože šokující materiály o drogách často působí na učitele i na žáky, ukazuje se zřetelně, že tento prostředek dlouhodobě není efektivní. Je lépe dát přednost střízlivějším přístupům, které udávají přesné informace a podporují mládež k vlastnímu zamyšlení se nad užíváním drog.

KONTROLNÍ OTÁZKY: Vyhýbá se materiál taktice šokování a zastrašování? Podporuje žáky k samostatnému přemýšlení o vlivu užívání drog na jedince, jeho životní styl a sociální vazby?

e) Dostatek informací

Řada pedagogů disponuje pouze omezeným množstvím informací týkajících se drog a dovedností využitelných při působení na děti a mládež ve smyslu prevence zneužívání návykových látek. Materiál by tedy měl obsahovat dostatek informací jak pro žáky, tak pro pedagogy, kteří mohou následně pracovat s třídou na určitých dalších tématech sami.

KONTROLNÍ OTÁZKY: Zahrnuje materiál informace o drogách a jejich zneužívání (nebo uvádí, kde tyto informace lze získat)? Stanoví materiál, jak mají učitelé při výuce dovedností a znalostí při práci s třídou postupovat?

f) Program je možné využít jako doplněk k osnovám

V průběhu plnění osnov se naskýtá řada příležitostí pro vzdělávání žáků v protidrogové problematice. Preventivní vzdělávací materiál/program by měl podporovat tuto prostupnost a umožňovat modifikace různých způsobů jak problematiku organizovat a včleňovat do osnov.

KONTROLNÍ OTÁZKY: Obsahuje materiál jasný postup, doplňující ostatní části učebních osnov? Lze ho použít i v případech odlišných výchovně vzdělávacích modelů?

g) Rodiče a sociální prostředí

Účinnost výchovně vzdělávacího procesu uplatňovaného ve školách a školských zařízeních určuje nejen kvalita vztahu mezi školou a žáky, ale i mezi

školou a dospělými, kteří mají přímý vliv na vývoj dětí a mládeže. Mladí lidé se poměrně brzy dozvídají v prostředí rodiny o užívání návykových látek, přičemž chování a postoje rodiny je silně ovlivňují až do období adolescence. **KONTROLNÍ OTÁZKY:** Jak materiál napomáhá začlenit rodiče a ostatní dospělé do vzdělávacího procesu? Jsou rodiče nebo jiní dospělí zapojeni aktivně?

h) Účinnost programu

I když práce s novým, možná i netradičním, materiálem pro nás může být zajímavá, je důležité, zda byla jeho účinnost již někde pilotně ověřena, evaluována. Je také významné vědět, zda byl materiál shledán i jinými učiteli a žáky jako přínosný a užitečný.

KONTROLNÍ OTÁZKY: Existuje nějaká zpráva o účinnosti programu? Jsou k dispozici reference o tom, že byl materiál úspěšně využíván v jiných školách?

i) Hodnota programu versus cena

Prostředky určené školám na aktivity v oblasti primární prevence jsou omezené. Náklady na realizaci preventivní aktivity zahrnují kromě finančních také investici časovou, personální, materiální apod. Vždy je vhodné zvážit, zda je nabízený program efektivní i z tohoto hlediska.

KONTROLNÍ OTÁZKY: Odpovídá přínos materiálu/programu v porovnání s ostatními výši finančních a jiných nákladů spojených s jeho realizací?

j) Doplňující kritéria pro výběr a využití odborných materiálů

Kritéria souladu s národní a školskou politikou v prevenci:

- Jsou uváděné záměry, cíle i výstupy v souladu se strategií MŠMT v oblasti protidrogového vzdělávání pedagogických pracovníků a dalších odborníků participujících v oblasti prevence zneužívání návykových látek a prevence dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ve školách a školských zařízeních?
- Jsou uváděné záměry, cíle i výstupy v souladu s místně platnými směrnici, metodickými pokyny a přijatými opatřeními?
- Jsou uváděné záměry, cíle i výstupy v souladu s protidrogovou politikou školy?
- Jsou stanovené hlavní myšlenky (postuláty) a hodnoty v souladu s protidrogovou politikou školy?

- Přispívá materiál k propagaci zdravého způsobu života na škole?
- Je v souladu s postojem školy v otázkách osobního, společenského i zdravotního vzdělávání?
- Je v souladu s dalšími zásadami a postoji vztahujícími se k této problematice?

Kritéria praktické využitelnosti materiálu:

- Zahrnuje definice drog kromě drog nelegálních i drogy legální a drogy užívané v lékařské praxi?
- Navrhuje rozličné vyučovací metody a formy?
- Prosazuje aktivní učení?
- Prolíná osnovami vybraných předmětů?
- Obsahuje evaluaci?
- Napomáhá k hodnocení účinnosti realizovaného programu?
- Obsahuje způsoby, jak zapojit rodiče a komunitu?
- Diferencuje činnosti vzhledem k věku a úrovni rozvoje žáků?

Kritéria obsahové kvality, přiměřenosti a vyváženosti:

- Je obsah přesný, srozumitelný a nevyvolávající negativní efekt?
- Nabízí materiál rozličné pohledy na drogovou problematiku?
- Podává materiál aktuální výčet látek ve vztahu k jejich možnému užívání žáky v minulosti, přítomnosti a budoucnosti?
- Lze jej dostatečně přizpůsobovat tak, aby byl motivující pro schopnější a srozumitelný pro méně schopné žáky?
- Propaguje pozitivní zdravotní hlediska?

Kritéria přiměřenosti a správnosti zvolených komunikačních prostředků a forem:

- Je materiál prezentován v takové podobě, aby byl dlouhodobě aktuální?
- Je dobře strukturován?
- Může jej učitel snadno používat?
- Odpovídá úroveň používaného jazyka věkové skupině, pro níž je materiál vytvořen?
- Obsahuje přitažlivé ilustrace?
- Je oproštěn od stereotypů (ať už se týkají uživatelů drog či menšin)?

Kritérium nákladové efektivity pro pořízení materiálu:

- Odpovídá hodnota materiálu ve srovnání s ostatními dostupnými materiály vyšší finančních prostředků, které jsme vynaložili?

8 Školská prevence rizikového chování v kontextu trestního a přestupkového práva

Učitelé, školní metodici prevence, výchovní poradci a další pedagogičtí i nepedagogičtí pracovníci ve školství mnohdy nevědí, co mají přesně udělat, když nastanou nestandardní rizikové situace ve škole. Školní metodici prevence (ŠMP) mají sice vypracovaný Minimální preventivní program (MPP) a také krizový plán (KP) a řídí se řadou metodik a doporučení z Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) na řešení rizikového chování dětí (dříve používalo sociálně-patologické jevy), ale bohužel někdy to nestačí. V dnešním světě, přehlceném informacemi, se jen ztěžka hledají ty správné a zaručeně dobré. Čtení dlouhých textů s návodem, jak řešit šikanu, majetkovou trestnou činnost, vandalismus, extremismus a rasismus, poruchy příjmu potravy, kyberšikanu atd., se může jevit jako zdlouhavé a někdy i zbytečné, protože „u nás na škole to přece není“. Dovolím si tvrdit, že rizikové chování je na každé škole. A je jen na nás, jak jsme na jeho zvládnání preventivně připraveni. Když už se riziko ve škole objeví, je na čtení metodiky a knih s návodem většinou pozdě a situace se řeší tak, jak leží a běží.

V této kapitole se budeme věnovat problematice dítěte a jeho postavení v systému trestního a přestupkového práva. Zabývám se rizikovým chováním dítěte a jeho důsledky v právním systému a propojuji další zákony vztahující se k dětem – zejména zákon o sociálně-právní ochraně dětí, školský zákon, občanský zákoník (oblast rodinného práva) a další. Cílem zpracovaného textu je vytvoření kapitoly, která propojuje trestní, přestupkové, rodinné, sociální a školské právo tak, aby dávala pro učitele ucelený a jasný obraz postavení dítěte a žáka z pohledu celého právního systému. Vytvořený text může sloužit jako stručný a přehledný návod. Kapitola neobsahuje zaručeně fungující postupy na řešení rizikového chování, nabízí pouze pohled na věc z trestně právního hlediska a poukazuje i na důsledky neřešení rizikových situací. **Uvedené možnosti postupů při zjištění rizikového chování mají pouze doporučující charakter, text není nijak právně závazný.** Tato kapitola je zpracována podle právního stavu platného ke dni

1. ledna 2015. Přílohy jsou v elektronické verzi ve formátu PDF ke stažení na internetových stránkách www.adiktologie.cz spolu s touto publikací.

8.1 Věk dítěte

Obecně rozlišujeme osoby zletilé a nezletilé. Existuje různý výklad věku osob v různých zákonech. Občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) považuje za osoby zletilé všechny plně svéprávné osoby, tj. osoby starší 18 let. Zletilosti lze dosáhnout i uzavřením manželství (podrobně viz § 30 odst. 2). Trestní zákoník (zákon č. 40/2009 Sb.) definuje v § 126 pojem dítě: „Dítětem se rozumí osoba mladší osmnácti let, pokud trestní zákon nestanoví jinak.“

a) Věk dítěte jako oběti trestného činu

Dítě je uváděno v mnoha názvech trestných činů a tak je důležité si uvědomit, že se v těchto případech rozumí **osoba mladší 18 let**. Pro představu uvádím některé z trestných činů, kterých se to týká: např. § 192 Výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, § 193 Zneužití dítěte k výrobě pornografie, § 193a Účast na pornografickém představení, § 193b Navazování nedovolených kontaktů s dítětem, § 195 Opuštění dítěte nebo svěřené osoby, § 201 Ohrožování výchovy dítěte, § 202 Svádění k pohlavnímu styku, § 204 Podání alkoholu dítěti a další trestné činy, v jejichž názvu je uvedeno dítě nebo v popisu skutkové podstaty je uvedeno, že se pachatel jednání dopustí na dítěti.

U trestného činu Pohlavní zneužití dle § 187 trestního zákoníku, je věk dítěte upřesněn na 15 let: „Kdo vykoná soulož s dítětem mladším patnácti let, nebo kdo je jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán na jeden rok až osm let.“³⁷ Podle nového rozdělení trestných činů (na přečiny a zločiny), je tento trestný čin již zločinem, neboť horní sazba odnětí svobody je nad pět let.³⁸ U trestného činu opuštění dítěte nebo svěřené osoby § 195 trestního zákoníku (dále jen TZ) je hranice věku dítěte ještě více snížena, v odst. 2 je stanovena vyšší sazba odnětí svobody, pokud se dopustí pachatel tohoto jednání na dítěti mladším tří let.³⁹ Jestliže dítě vystupuje v trestním řízení jako poškozený (oběť), je šetření vedeno takovým způsobem, aby co nejméně zasahovalo do psychiky dítěte. Snahou je nevyvolávat u dítěte opě-

37 § 187 odst. 1 trestního zákoníku – zákona č. 40/2009 Sb.

38 § 14 odst. 1 trestního zákoníku – zákona č. 40/2009 Sb.

39 § 195 odst. 2 písm. a) trestního zákoníku – zákona č. 40/2009 Sb.

tovné negativní emoce. Výsledky a šetření vedou kriminalisté a vyšetřovatelé specialisté na problematiku trestné činnosti páchané na dětech a mládeži.

b) Věk dítěte jako pachatele trestného činu

Zákon o soudnictví ve věcech mládeže (dále jen ZSM)⁴⁰ vymezuje nejpřesněji pojmy o dětech, mládeži, nezletilých, mladistvých. V § 2 se uvádí, že:

- **Mládeží** se rozumí děti a mladiství.
- **Dítětem** je dítě (nezletilý) **0–14 let**, může se dopustit **činu jinak trestného** (nejde o trestný čin, protože dítě nezletilé není do 15 let trestně odpovědné, a proto nemůže spáchat trestný čin).
- **Mladistvým** osoba **15–18 let**, může se dopustit **provinění** (název pro trestný čin podle zákona o soudnictví ve věcech mládeže).

Dovršení odpovídajícího věku se počítá ode dne narození do uplynutí dvacáté čtvrté hodiny dne patnáctých nebo osmnáctých narozenin dítěte. Protiprávním činem podle zákona o soudnictví ve věcech mládeže se rozumí provinění, trestný čin nebo čin jinak trestný.⁴¹ Na věku pachatele záleží. V případě dítěte mladšího 15 let se nejedná o trestný čin, neboť osoba není trestně odpovědná. V § 25 trestního zákoníku se uvádí: „Kdo v době spáchání činu nedovršíl 15. rok svého věku, není trestně odpovědný.“ Osoba mladší 15 let se tedy nedopouští trestného činu, ale činu jinak trestného. Když spáchá **čin jinak trestný** (trestný čin) osoba mladší 15 let, můžeme nabýt dojem, že tento nezletilý pachatel není nijak potrestán. Policejní orgán (příslušník Policie ČR) věc tzv. odloží, to znamená, že se ukončí šetření podle ustanovení § 159a odst. 2 trestního řádu,⁴² kdy státní zástupce nebo policejní orgán před zahájením trestního stíhání odloží usnesením věc, je-li trestní stíhání nepřipustné podle § 11 odst. 1 písm. d) trestního řádu (dále jen TŘ). V § 11 TŘ jsou uvedeny případy nepřipustnosti trestního stíhání, kdy trestní stíhání nelze zahájit, a bylo-li již zahájeno, nelze v něm pokračovat a musí být zastaveno. V § 11 odst. 1 písm. d) TŘ je výslovně stanoveno, že proti nezletilému je trestní stíhání nepřipustné, neboť jde o osobu, která není pro nedostatek věku trestně odpovědná. Jedná se však také o další případy, kdy je např. stíhání promlčeno, byla nařízena amnestie nebo ten, proti komu se stíhání vede, zemřel atp.

Z předchozích vět lze získat dojem, že se tedy nezletilému do 15 let nic nestane. Není tomu tak, i v těchto případech dochází k projednávání případu

40 zákon č. 218/2003 Sb.

41 § 2 odst. 2 písm. a) zákon č. 218/2003 Sb.

42 zákon č. 141/1961 Sb. – trestní řád

u soudu. Věc se předává soudu pro mládež a těmto nezletilcům může být uloženo výchovné opatření dle zákona o soudnictví ve věcech mládeže, nebo může být podle tohoto zákona na návrh soudu pro mládež jejich potrestání svěřeno zákonným zástupcům, škole nebo školskému zařízení.⁴³ Pro představu uvádím, jaká **opatření** mohou být nezletilcům podle § 93 ZSM uložena:

- **Výchovná povinnost** – soud pro mládež stanoví povinnost bydlet s rodiči, zaplatit ve splátkách přiměřenou finanční částku, vykonat bezplatně ve volném čase společensky prospěšnou činnost, usilovat o vyrovnání s poškozeným, nahradit škodu, podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, podrobit se vhodnému programu, sociálnímu výcviku, psychologickému poradenství, terapeutickému programu atp.⁴⁴
- **Výchovné omezení** – soud pro mládež zakáže navštěvovat určité akce nebo zařízení, zakáže styk s určitými osobami, stanoví povinnost nezdržovat se na určitém místě, neužívat návykové látky neúčastnit se hazardních her, sázek a hraní na výherních a hracích automatech a další týkající se zejména změn místa pobytu a změn zaměstnání.⁴⁵
- **Napomenutí s výstrahou** – soud pro mládež za přítomnosti zákonného zástupce důrazně vytkne protiprávnost jeho činu a upozorní na konkrétní důsledky.⁴⁶
- **Zařazení do terapeutického, psychologického nebo jiného vhodného výchovného programu ve středisku výchovné péče.**
- **Dohled probačního úředníka** – rozumí se tím pravidelné sledování chování nezletilého v rodině a způsobu výchovného působení rodičů na něj. Má stanoveny také povinnosti spolupracovat, dostavovat se na schůzky, informovat o pobytu, dodržování výchovných omezení nebo povinností dle vytvořeného probačního plánu a nebránit probačnímu úředníkovi ve vstupu do obydlí.⁴⁷
- **Ochranná výchova** – pouze dětem 12–15 let, které spáchaly čin, za nějž trestní zákoník dovoluje uložit výjimečný trest (odnětí svobody na 20 až 30 let nebo doživotí, § 54 trestního zákoníku).⁴⁸
- **Ochranné léčení** – ukládá se dítěti mladšímu 15 let na základě výsledků předchozího vyšetření duševního stavu dítěte, jestliže spáchalo čin

43 § 93 s ohledem na § 18, 19 a 20 zákona o soudnictví ve věcech mládeže (ZSM) č. 218/2003 Sb.

44 podrobně § 18 zákona č. 218/2003 Sb., ZSM

45 podrobně § 19 zákona č. 218/2003 Sb., ZSM

46 podrobně § 20 zákona č. 218/2003 Sb. ZSM

47 podrobně § 16, 17 zákona č. 218/2003 Sb., ZSM

48 podrobně o ochranné výchově § 22 a 23 ZSM č. 218/2003 Sb.

jinak trestný ve stavu vyvolaném duševní poruchou nebo pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti se zneužíváním takové látky, přičemž jeho pobyt na svobodě bez uložení ochranného léčení je nebezpečný.⁴⁹

Spáchá-li **provinění** (trestný čin dle zákona o soudnictví ve věcech mládeže) mladistvý, tedy osoba starší 15 a mladší 18 let, vztahují se na něj příslušná ustanovení trestního zákoníku, trestního řádu i zákona o soudnictví ve věcech mládeže. Mladistvému může být soudem pro mládež kromě již výše vyjmenovaných výchovných opatření, uloženo také **ochranné opatření** (§ 21–23 zákona o soudnictví ve věcech mládeže) nebo **trestní opatření** (§ 24–35 zákona o soudnictví ve věcech mládeže), přičemž mladistvému už může být uložen trest odnětí svobody.

c) Věk dítěte jako pachatele přestupku

V § 5 přestupkového zákona⁵⁰ se uvádí, že „za přestupek není odpovědný, kdo v době jeho spáchání nedovršil **patnáctý rok** svého věku“. Když se např. přestupku proti majetku dle § 50 přestupkového zákona dopustí osoba mladší 15 let, není možné takový přestupek u přestupkové komise projednat. Pokud dojde k oznámení takového přestupku na přestupkovou komisi, jednání se nezahajuje a věc je hned odložena podle § 66 přestupkového zákona (dále jen PZ). „Správní orgán, aniž řízení zahájí, věc odloží, jestliže osoba podezřelá z přestupku – písm. b) v době spáchání přestupku nedovršila patnáctý rok svého věku nebo trpěla duševní poruchou, pro niž nemohla rozpoznat, že svým jednáním porušuje nebo ohrožuje zájem chráněný zákonem, nebo ovládat své jednání.“⁵¹ Je možné přestupkové jednání oznámit Policii ČR, která provede zadokumentování případu a poté rozhodne buď o odložení věci, neboť takový přestupek spáchaný osobou mladší 15 let nelze projednat,⁵² nebo věc odešle přestupkové komisi příslušného obecního úřadu nebo úřadu městské části k odložení. Oznámit přestupek lze také Městské (obecní) policii, která však případ nemůže šetřit, ale pouze oznamovat správnímu orgánu. Policie ČR a Městská policie vyrozumívá o spáchání přestupku orgán sociálně právní ochrany dětí – OSPOD.

Mladistvým pachatelům přestupků (15–18 let) už hrozí pokuta, jelikož jsou za své jednání zodpovědní. Pokuta však nebude tak vysoká, jaká je

49 podrobnosti viz § 93 odst. 4,5 a § 95 a zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže

50 zákon č. 200/1990 Sb., v platném znění – zákon o přestupcích

51 § 66 odst. 1 zákona o přestupcích č. 200/1990 Sb.

52 § 58 odst. 3 písm. b) zákona o přestupcích č. 200/1990 Sb.

uváděna u jednotlivých přestupků, protože přestupkový zákon pamatuje na zvláštní ustanovení o mladistvých a při posuzování přestupku přihlíží ke zvláštní péči, kterou společnost věnuje mládeži.⁵³ Horní hranice pokuty u mladistvých se snižuje na polovinu, přičemž nesmí být vyšší než 2 000 Kč (např. u přestupku proti majetku dle § 50 přestupkového zákona, dostane mladistvý při ústním projednávání přestupku u přestupkové komise namísto poloviny z 15 000 Kč, maximálně 2 000 Kč). Pokutu mladistvý, na rozdíl od nezletilého, dostat může. Když mladistvý pokutu dostane, musí ji zaplatit, jinak hrozí soudní vymáhání.

Přestupek mladistvého lze projednat také v blokovém řízení uložením blokové pokuty přímo na místě spáchání přestupku (pouze vybrané přestupky, viz § 86 PZ). U blokové pokuty, kterou mladistvý na místě nezplatí a převezme tzv. blok na pokutu na místě nezaplacenou, se často stane, že tento doklad (složenkou) zahodí a doma nic neřekne. Tyto blokové pokuty se bohužel nesmazávají a dluh na pokutě narůstá a po letech může dojít na vymáhání a případně až na exekuci.

8.2 Oznamování

Oznámení Policii ČR o porušení přestupkového zákona nebo trestního zákoníku může podat škola prostřednictvím ředitele či jiné pověřené osoby. V takových případech vystupuje tato osoba jako oznamovatel a má právo na **vyrozumění do jednoho měsíce od podání oznámení**.⁵⁴ Jsou i situace, kdy oznámení nemusí podávat škola sama. Může doporučit zákonnému zástupci dítěte, aby věc nahlásil. V případě, že věc oznámí zákonný zástupce, nebude mít škola žádnou zpětnou vazbu, pokud se školou rodič nebude spolupracovat. Škola může využít rizikové situace ve svůj prospěch a tuto negativní věc pojmout i tak, že: ano, my tady sice máme přestupek nebo trestný čin, ale naše škola „se netváří jako by se nic nestalo“, naše škola to řeší a využívá veškerých možností, které má a oznamuje případy Policii ČR, komisi k projednávání přestupků a orgánům sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Tímto přístupem škola dodržuje zákonem dané oznamovací povinnosti dle § 10 zákona o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 359/1999 Sb.). Při oznamování a zjišťování informací k jednotlivým druhům rizikového chování mějme vždy na paměti **presumpci nevinny** (blíže viz následující text), jedná se o pojem z trestního řízení: „Dokud

53 § 19 přestupkového zákona č. 200/1990 Sb.

54 § 158 odst. 2 trestního řádu – zákon č. 141/1961 Sb., při oznamování trestných činů, § 58 odst. 4 zákona o přestupcích č. 200/1990 Sb., při oznamování přestupku

pravomocným odsuzujícím rozsudkem soudu není vina vyslovena, nelze na toho, proti němuž se vede trestní řízení, hledět, jako by byl vinen.⁵⁵

a) Oznamování trestných činů

Oznámení o podezření, že byl spáchán trestný, čin může podat každý. I dítě se může dostavit na služebnu Policie České republiky nebo Městské (obecní) policie samo, bez doprovodu, a podat oznámení. „Oznámení o skutečnostech nasvědčujících tomu, že byl spáchán trestný čin je **povinen přijímat státní zástupce a policejní orgán**. Přitom je povinen oznamovatele poučit o odpovědnosti za vědomě nepravdivé údaje, a **pokud o to oznamovatel požádá, do jednoho měsíce od oznámení jej vyrozumět o učiněných opatřeních**.”⁵⁶ Pokud chceme být vyrozuměni, jak se ve věci postupuje, je nutné o to požádat. Vyrozumění od Policie ČR nám v takovém případě bude poskytnuto pouze jedenkrát, a to do uplynutí jednoho měsíce od oznámení. Může se stát, že nás policejní orgán vyrozumí o tom, že věc je ještě v šetření a zatím nebyla uzavřena. Další vyrozumění v případě déle trvajících šetření už oznamovatel zpravidla neobdrží.

Když oznamujeme Policii ČR podezření ze spáchání trestného činu a je nám sděleno, že teď nemohou přijet, že policisté nemohou takové oznámení přijmout, ať se obrátíme jinam, že to není trestným činem, nebo že se jedná o občanskoprávní spor, tak pokud s tímto postupem Policie ČR nesouhlasíme, můžeme podat oznámení písemně a počkat na písemné rozhodnutí. V případě oznamování se řídíme tím, co říká trestní řád § 158 odst. 2, viz první odstavec textu Oznamování trestných činů: „Oznámení o skutečnostech nasvědčujících tomu, že byl spáchán trestný čin je povinen přijímat státní zástupce a policejní orgán...” Oznámení je možné podat písemně i státnímu zástupci – na příslušné státní zastupitelství. Také existují kontrolní mechanismy na Policii ČR. Zákon o Policii České republiky č. 273/2008 Sb., hovoří v § 97 o tom, že:

„odst. 1) Každý může upozornit na:

- a) nedostatky v činnosti policejního útvaru, policisty nebo zaměstnance policie,
- b) na skutečnost, že se policista nebo zaměstnanec policie dopustil jednání, které naplňuje znaky trestného činu, správního deliktu nebo kázeňského přestupku.

55 <http://business.center.cz/business/pojmy/p1157-presumpce-neviny.aspx>, přesné znění je v § 2 odst. 2 trestního řádu – zákon č. 141/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů

56 § 158 odst. 2 trestního řádu – zákon č. 141/1961 Sb.

odst. 2) Policista nebo útvar policie musí upozornění přijmout. Policie do 30 dnů ode dne přijetí upozornění vyrozumí toho, kdo jej učinil, o přijatých opatřeních, pokud o toto vyrozumění osoba požádá. Oznámení protiprávního jednání podle trestního řádu tímto není dotčeno.“

Dozví-li se strážník městské nebo obecní policie o podezření ze spáchání trestného činu, musí bez zbytečného odkladu věc oznámit Policii ČR. Strážník MP není oprávněn konat šetření a jakékoliv další úkony v trestním řízení. Městská (obecní) policie oznámení o trestném činu přijme, zajistí místo činu či pachatele, případně poskytne první pomoc zraněným osobám na místě a součinnost při pátrání po pachateli. Avšak ihned věc týkající se podezření ze spáchání trestného činu předává Policii ČR k dalšímu opatření a šetření (§ 10 zákona o obecní policii č. 553/1991 Sb.).

Presumpce nevinny

V trestním právu platí *presumpce nevinny*. Na všechny osoby, proti nimž se vede trestní řízení se hledí, jako by byly nevinné, dokud není jejich vina vyslovena odsuzujícím rozsudkem, tedy do té doby, než o vině rozhodne soud (§ 2 odst. 2 TŘ). Rozhodnutí soudu musí být pravomocné, nabytí právní moci se zpravidla na rozsudku vyznačuje. „Současně je nutno připomenout, že i pro děti a mládež v plné míře platí presumpce nevinny, jakož i striktní ochrana jejich práv včetně práva na obhajobu a práva odepřít výpověď na jedné straně a dodržování povinností včetně státem uložené nebo uznané povinnosti mlčenlivosti na straně druhé. Není snad ani nutné připomínat, že dítě nemůže a nesmí být ani slovně v souvislosti s výsledkem napadáno nebo jinak sankcionováno. Pokud by bylo dítě předvedeno ze školy, je nutné, aby už i po cestě byl přítomen pedagog či jiná osoba k tomuto určená.“⁵⁷

Vstup policistů do škol

Spolupráci školy s Policií České republiky upravuje metodický pokyn MŠMT č. 25 884/2003–24 Spolupráce škol a předškolních zařízení s Policií ČR při prevenci a při vyšetřování kriminality dětí a mládeže a kriminality na dětech a mládeži páchané. Vzhledem k výrazným legislativním změnám se jeví tento metodický pokyn MŠMT jako „zastaralý“. Není tedy divu, že pedagogové, školní metodici i ředitelé škol jsou velmi nejistí při vstupu policistů do škol z důvodu odhalování nebo vyšetřování trestné činnosti.

57 Informace MŠMT o spolupráci předškolních zařízení, škol a školských zařízení s Policií ČR při prevenci a vyšetřování kriminality dětí a mládeže a kriminality na dětech a mládeži páchané č.j. 25 884/2003–24.

A ptají se, jaký je průběh při vstupu policistů do školy a při šetření případů přímo ve škole.

Zákon o Policii ČR č. 273/Sb. hovoří v § 18 o vyžadování pomoci od fyzických nebo právnických osob: „Policista je v rozsahu potřebném pro splnění konkrétního úkolu policie požadovat od orgánů a osob věcnou a osobní pomoc... Tyto orgány a osoby jsou povinny požadovanou pomoc poskytnout...“

V trestním řádu se v § 8 uvádí: „Státní orgány, právnické a fyzické osoby jsou povinny bez zbytečného odkladu, a nestanoví-li zvláštní předpis jinak, i bez úplaty vyhovovat dožadání orgánů činných v trestním řízení při plnění jejich úkolů.“ Pro případ, že bude Policie ČR vstupovat do školy, mají být poučeni všichni pedagogičtí i nepedagogičtí pracovníci, jak v tomto případě postupovat a ke komu (řediteli, zástupci ředitele) policistu ohlásit (viz pracovní nebo organizační řád každé školy).

Úkony trestního řízení ve škole provádí specialisté na mládež, kteří jsou znalí práce s dětmi a dodržují zvláštní přístup a zvláštní podmínky zacházení s osobami mladšími 18 let. Většinou do školy vstupují pracovníci Služby kriminální policie a vyšetřování v civilním oděvu (bez uniformy), prokazují se služebním průkazem. Mohou přijít do školy v doprovodu sociální pracovnice, která bude s dítětem po celou dobu prováděného úkonu (např. výslechu nebo podání vysvětlení). Mohou přijít i policisté samotní a žádat přítomnost pedagoga přímo z vaší školy, aby byl přítomen u výslechu dítěte nebo u podání vysvětlení dítětem.

Důležité je vědět, že pedagog je pouze přítomen tomu, aby dítěti nebylo ze strany policistů ubližováno, aby mu bylo vše řádně vysvětleno, je zde jako osoba pomáhající dítěti porozumět a jako osoba zaručující, že dítě nestrádá, poučení přednesenému policistou rozumí. Přítomný pedagog může být požádán o podepsání protokolu sepsaného s dítětem, jako přítomná osoba.

Vyrozumění zákonného zástupce dítěte, se kterým policista provádí úkony, může být provedeno přímo policistou před započítím úkonu. Je také možné, že policista požádá školu o spolupráci při vyrozumění zákonných zástupců dětí. V případě, že je třeba dítě ze školy předvést na oddělení policie, je vždy nutný doprovod dítěte osobou s pedagogickým vzděláním nebo sociální pracovníci, viz již zmiňovaný metodický pokyn.

Policisté mohou osobu mladší 18 let ve škole nebo školském zařízení vyslýchat, pokud je nutné předvedení dítěte (podle povahy neodkladnosti úkonů trestního řízení), je nutnost zajistit dítěti pedagogický doprovod. Policisté o doprovod dítěte zpravidla žádají sami, aby byla zaručena zákonnost jejich počínání, a také to nařizuje vnitřní předpis – závazný pokyn policejního prezidenta. Policisté mohou vyžadovat od školy osobní údaje dítěte v rámci zjišťování jeho totožnosti, škola je povinna tyto osobní údaje

Policii ČR poskytnout. Osoba přítomná při výslechu osoby mladší 18 let je poučena o povinnosti mlčenlivosti o všem, co se v průběhu výslechu nebo vyšetřování dítěte dozvěděla.

Oznamovací povinnost z hlediska trestního zákoníku

Je třeba pamatovat na zákonem stanovenou oznamovací povinnost o spáchání některých trestných činů. Jedná se o oznamovací povinnost a povinnost překazit páchání takového trestného činu.⁵⁸ V případě, že se hodnověrným způsobem dozvíme, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin vyjmenovaný v § 367 trestního zákoníku (zejména Loupeže § 173, Znásilnění § 185, Pohlavního zneužití § 187, Zneužití dítěte k výrobě pornografie § 193, Týrání svěřené osoby § 198, Nedovolené nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy § 283, Přijetí úplatku § 331, Podplacení § 332 a dalších) a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazíme, můžeme být potrestáni odnětím svobody až na tři léta. Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin vyjmenovaný v § 368 trestního zákoníku (zejména se jedná o trestný čin Zneužití dítěte k výrobě pornografie § 193, Týrání svěřené osoby § 198, Přijetí úplatku § 331, Podplacení § 332 a dalších) a takový trestný čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta. Tento trest hrozí každému, tedy nejen učiteli. Zde uvádím pouze názvy těch trestných činů, se kterými se učitel může setkat nejčastěji.

b) Oznamování přestupků

Podezření ze spáchání přestupku můžeme oznámit na Policii ČR, na Městskou (obecní) policii nebo na přestupkové komisi (správnímu orgánu) příslušného obecního úřadu (ve statutárních městech příslušné městské části nebo obvodu).

Oznámení přestupku Policii ČR

Policie ČR přijímá oznámení o přestupku a má oprávnění některé přestupky řešit na základě příslušných ustanovení v přestupkovém zákoně, a to přímo na místě uložením blokové pokuty v blokovém řízení.⁵⁹ Přestupky, které Policie ČR není věcně příslušná (kompetentní) řešit a projednávat, projednávají přestupkové komise (správní orgán), kterým tyto přestupky policie oznamuje. Před oznámením přestupku komisi k projednávání pře-

⁵⁸ § 367 Nepřekazení trestného činu a § 368 Neoznámení trestného činu dle zákona č. 40/2009 Sb., v platném znění

⁵⁹ § 84–§ 86 zákona o přestupcích č. 200/1990 Sb., v platném znění

stupků učiní orgán policie nezbytná šetření ke zjištění osoby podezřelé z přestupku a k zajištění důkazních prostředků důležitých pro pozdější dokazování před správním orgánem.⁶⁰ Policie ČR je oprávněna dle zákona o Policii ČR rovněž získávat informace v souvislosti s odhalováním přestupku. Policista je oprávněn provádět ohledání místa přestupku, ohledání věcí majících vztah ke spáchání přestupku a v souvislosti s tím zajišťovat stopy.⁶¹ Chceme-li být jako oznamovatelé přestupku vyrozuměni o tom, jak šetření dopadlo, musíme o vyrozumění požádat. „Dozví-li se orgán policie o přestupku od občana, vyrozumí jej na jeho žádost do třiceti dnů o provedených opatřeních.“ (§ 58 odst. 4 přestupkového zákona č. 200/1990 Sb.)

Oznámení přestupku Městské (obecní) policii

Městská nebo obecní policie se řídí zákonem o obecní policii č. 553/1991 Sb. a při zabezpečování místních záležitostí veřejného pořádku plní úkoly dle § 2 tohoto zákona, kde je mimo jiné stanoveno: „písm. h) odhaluje přestupky a jiné správní delikty, jejichž projednávání je v působnosti obce“. Strážník městské nebo obecní policie je povinen přijmout oznámení nasvědčující tomu, že byl spáchán přestupek nebo správní delikt, ovšem může projednávat pouze některé vybrané přestupky uvedené v § 86 přestupkového zákona a to na místě uložením blokové pokuty. Ostatní přestupky a správní delikty musí oznamovat příslušným správním orgánům k projednání dle ustanovení § 10 zákona o obecní policii.

Oznámení přestupku správnímu orgánu – komisi k projednávání přestupků

V úřední dny přijímají úředníci obecních úřadů ústní oznámení občanů, oznámení lze podat také písemnou formou přes podatelnu. Přestupky se projednávají z úřední povinnosti, správní orgán zahájí řízení, jsou-li k tomu dány důvody (§ 67 zákona o přestupcích). Některá řízení se zahajují pouze na návrh osoby, která je jednáním přímo postižena, tzv. návrhové přestupky uvedené v § 68 přestupkového zákona. Jako oznamovatelé můžeme být správním orgánem vyrozuměni do 30 dnů od oznámení o provedených opatřeních, o toto vyrozumění musíme při podání oznámení požádat, viz § 67 odst. 4 přestupkového zákona.

Kromě přestupků a trestných činů, o kterých jsem se zmiňovala výše, existují ještě správní delikty. Správním deliktem je takové porušení zákona, které nelze zařadit pod přestupek ani pod trestný čin, většinou je v zákoně přímo jako správní delikt označeno. Příslušnost k projednávání přestupků

60 § 58 zákona o přestupcích č. 200/1990 Sb., v platném znění

61 § 67 odst. 2 zákona o Policii ČR č. 273/2008 Sb., v platném znění

a správních deliktů stanovuje zákon, přestupky řeší komise k projednávání přestupků (správní orgán). Komise k projednávání přestupků mají různá sídla, dle úřadu, který je kompetentní k projednání přestupku.

Přestupky a správní delikty nejsou uvedeny pouze v jednom (přestupkovém) zákoně, ale jsou uváděny i v jiných zákonech, než je zákon přestupkový (např. v zákoně o provozu na pozemních komunikacích,⁶² v zákoně o elektronických komunikacích,⁶³ v tabákovém zákoně,⁶⁴ v zákoně o sociálně-právní ochraně dětí⁶⁵ a v mnoha dalších zákonech). V tom je rozdíl od trestných činů, které jsou uvedené pouze a jenom v trestním zákoníku a nikde jinde. Jen jednání v trestním zákoníku uvedené může být trestným činem.

Oznamovací povinnost k OSPOD

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1991 Sb. ukládá v § 10 povinnosti. Když se dozvíme o dětech, na které se vztahuje sociálně-právní ochrana, musíme vyrozumět OSPOD. Výpis znění § 10 odst. 4:

„Státní orgány, pověřené osoby, **školy, školská zařízení** a poskytovatelé zdravotních služeb, popřípadě další zařízení určená pro děti, **jsou povinni oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6, a to bez zbytečného odkladu poté, kdy se o takové skutečnosti dozví.** Pokud o to ten, kdo učinil oznámení podle věty první, požádá, obecní úřad obce s rozšířenou působností ho informuje ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy oznámení obdržel, zda na základě skutečností uvedených v oznámení shledal či neshledal, že jde o dítě uvedené v § 6. Zřizovatel zařízení uvedeného v § 39 odst. 1 písm. c) má při přijetí dítěte do zařízení povinnost tuto skutečnost ohlásit bez zbytečného odkladu obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, v jehož správním obvodu má dítě trvalý pobyt, a není-li tento pobyt znám, obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, v jehož správním obvodu se nachází zařízení, do kterého bylo dítě přijato. Při plnění povinností podle věty první a třetí se nelze dovolávat povinnosti zachovat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu.“

Jedná se o děti uvedené v § 6 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, kdy zejména pro školy a školská zařízení budou důležitá skoro všechna ustanovení, ale zejména zvýrazněná:

„§ 6 Sociálně-právní ochrana se zaměřuje zejména na **děti,**
a) jejichž **rodiče**
1. **zemřeli,**

62 § 125c, § 125d, § 125e zákona č. 361/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů

63 § 119 zákona č. 127/2005 Sb.

64 zákon č. 379/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů

65 zákon č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů

2. **neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti, nebo**
3. **nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti;**
- b) které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud **tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy;**
- c) které **vedou zahálčivý nebo nemravný život** spočívající zejména v tom, že **zanedbávají školní docházku**, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, **požívají alkohol nebo návykové látky**, jsou **ohroženy závislostí**, žijí se prostitutí, **spáchaly trestný čin** nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, **spáchaly čin**, který by jinak byl trestným činem, **opakovaně nebo soustavně páchají přestupky** nebo **jinak ohrožují občanské soužití;**
- d) které se **opakovaně dopouští útěků od rodičů** nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;
- e) **na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;**
- f) které **jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti** nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;
- g) které jsou **ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte**, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;
- h) které jsou **žadatelé o udělení mezinárodní ochrany, azylanty nebo osobami požívajícími doplňkové ochrany, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu;** pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.“

Nesplněním této výše uvedené oznamovací povinnosti k OSPOD se škola dopouští správního deliktu dle § 59k zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1991 Sb. ve znění pozdějších předpisů, a hrozí pokuta až 50 000 Kč:

„§ 59k

(1) Právnická nebo podnikající fyzická osoba jako pověřená osoba nebo **jako škola, školské zařízení** nebo jiné obdobné zařízení anebo poskytovatel zdravotních služeb určené pro děti se dopustí správního deliktu tím, že nesplní povinnost podle § 10 odst. 4 bez zbytečného odkladu oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, že se dověděli o dítěti uvedeném v § 6, na které se zaměřuje sociálně-právní ochrana.

(2) Za správní delikt podle odstavce 1 se uloží pokuta do 50 000 Kč.“

Z uvedeného textu vyplývá, že školy, pedagogové, mají povinnost oznamovat na OSPOD, že mají ve své škole, třídě nebo skupině děti, které opakovaně páchají přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití, jsou pachatelé nebo naopak obětí trestného činu, nechodí do školy a další. OSPOD se oznamuje už jen podezření, že na dítěti byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu atp. viz výše znění § 6 o sociálně právní ochraně dětí. Oznamovatel má právo být vyrozuměn, pokud o to požádá, OSPOD

ho do 30 dnů od oznámení vyrozumí, zda na základě jeho sdělení šlo o děti uvedené v § 6 zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Pedagogové často říkají, že nemají žádnou zpětnou vazbu o tom, jak bylo s jejich oznámením zasláným na OSPOD naloženo, jeden z důvodů může být ten, že nepožádali o vyrozumění dle § 10 odst. 4 zákona o sociálně-právní ochraně dětí (viz text výše).

Oznamovací právo k rodičům a OSPOD

Pedagogové často pochybují o tom, co všechno mohou oznamovat rodičům a OSPOD. Domnívají se, že nemají právo hovořit rodičům do výchovy. Učitelé se bojí, že konají nad rámec svým učitelských možností. Všichni máme možnost využít ustanovení § 7 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, kde se hovoří o tom, že každý má právo upozornit rodiče na závadné chování jejich dítěte a každý je oprávněn upozornit OSPOD na rodiče, co porušují své povinnosti, zneužívají svá práva nebo nemohou plnit své povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti. Co všechno spadá do **rodičovské odpovědnosti** je uvedeno v následující části kapitoly. Výpis znění § 7 zákona o sociálně-právní ochraně dětí:

„§ 7

(1) Každý je oprávněn upozornit na závadné chování dětí jejich rodiče.

(2) Každý je oprávněn upozornit orgán sociálně-právní ochrany na porušení povinností nebo zneužití práv vyplývajících z rodičovské odpovědnosti, na skutečnost, že rodiče nemohou plnit povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti, nebo na skutečnosti uvedené v § 6 písm. b) až h); tím není dotčena povinnost vyplývající ze zvláštního právního předpisu.6“

Rodičovská odpovědnost

Od 1. ledna 2014 platí nový občanský zákoník – zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění. Tento zákon změnil znění mnoha zákonů, zrušil původní občanský zákoník č. 40/1964 Sb. a také zákon o rodině č. 94/1964 Sb. Nově byla pojmenována **rodičovská odpovědnost** (původně rodičovská zodpovědnost) a rodinné právo je součástí nového občanského zákoníku, uvedeno v části druhé od § 655 po § 975.

Co přesně se rozumí pod pojmem **rodičovská odpovědnost** uvádí § 858 nového občanského zákoníku, dále jen NOZ, výpis znění:

„§ 858

Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělání, v určení místa jeho bydliště, v jeho za-

stupování a spravování jeho jmění; vzniká narozením dítěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud.“

Obecně lze říci, že rodičovská odpovědnost náleží oběma rodičům, nenáleží tomu rodiči, který jí byl zbaven soudem. Rodiče vykonávají rodičovskou odpovědnost v souladu se zájmy dítěte a ve vzájemné shodě. Rodiče jsou povinni si vzájemně sdělit vše podstatné týkající se dítěte a brát v potaz názor dítěte při rozhodování o záležitostech dítěte. Výchovná opatření rodiče užívají s ohledem na rozumovou vyspělost dítěte a s ohledem na ochranu jeho osobnosti.

8.3 Praktická doporučení a rady pro řešení vybraných situací ve škole

Podkapitola 8.3. obsahuje přehled situací, se kterými se mohou učitelé ve škole setkat. Jsou popsány zejména situace z oblasti kriminality, páchaní trestné činnosti ve škole, páchaní přestupků ve škole, porušení jiných zákonů v prostorách školy a jejím okolí. Text si klade za cíl zejména seznámit pedagogy se situacemi, které jsou kriminálními činy, spočívajícími v porušení trestního nebo přestupkového práva. Učitelé se dozvědí, jak postupovat v případech, kdyby se stala např. krádež ve třídě nebo jinde v prostorách školy. Je zohledněn jednak postup policie při vyšetřování protizákonné činnosti, jednak postup učitelů s využitím zákonů, vyhlášek, metodických pokynů, které jsou povinni oni sami dodržovat. Důraz je kladen také na prevenci. Předcházení situacím, které jsou kriminální a závadové, je určitě lepší než hledání řešení poté, když už se něco stane. Někdy prostě nelze zabránit tomu, aby se situace vůbec nestala. Důležité je zabránit jejímu opakování. Měli bychom vědět, jak postupovat, aby špatné řešení nenapáchalo víc škody než užitku. Mnohdy právě správné a důrazné vyřešení problému je tou nejlepší prevencí. Podkapitola popisuje situaci a zároveň seznamuje s kompetencemi a postupem policie, orgánů sociálně právní ochrany dětí a dalších institucí.

a) Co kdyby se ve škole stala krádež?

Lze říci, že s krádeží ve škole se setkáváme poměrně často. Pokud se setkáme s krádeží věcí, kdy nám žák nahlašuje učiteli, že mu někdo něco odcizil, je v první řadě nutné vyloučit, že žák mohl jednoduše zapomenout, kam si věci dal, nebo někdo ze spolužáků jeho věci vzal v dobrém úmyslu, aby je ně-

kdo jiný neodcizil a odevzdal paní učitelce (řediteli), nebo věci spolužákovi někdo z legrace schoval a další podobné omyly, se kterými se učitelé zajisté často setkávají. Když jsou vyloučeny tyto možnosti, setkáváme se opravdu s krádeží, kterou je možno kvalifikovat jako přestupek, nebo jako trestný čin.

Krádež jako přestupek

Přestupkem je krádež věcí v hodnotě do 5 000 Kč, jedná se o přestupek proti majetku uvedený v § 50 přestupkového zákona č. 200/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů, výpis:

„§ 50 Přestupky proti majetku

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo

- a) úmyslně způsobí škodu na cizím majetku krádeží, zpronevěrou, podvodem nebo zničením či poškozením věci z takového majetku, nebo se o takové jednání pokusí,
- b) úmyslně neoprávněně užívá cizí majetek nebo si přisvojí cizí věc nálezem nebo jinak bez přivolení oprávněné osoby,
- c) úmyslně ukryje nebo na sebe nebo jiného převede věc, která byla získána přestupkem spáchaným jinou osobou, nebo to, co za takovou věc bylo opatřeno.

(2) Za přestupek podle odstavce 1 lze uložit pokutu do 15 000 Kč nebo zákaz pobytu.“

Když se přestupku proti majetku dopustí osoba mladší 15 let, už víme, že není možné takový přestupek projednat u přestupkové komise, takže bude odložen. Ale to neznamená, že by se to nemělo řešit! Takový přestupek lze určitě projednat v rámci školy, když se stal v době pobytu žáka ve škole nebo školském zařízení, jednoznačně jde o porušení školního řádu (ale musí být toto jednání ve školním řádu stanoveno a popsáno včetně sankce, která za ně hrozí). Je samozřejmé projednání situace se zákonným zástupcem dítěte. V případě opakování přestupkového jednání ze strany stejného žáka nebo rozmáhání se přestupkových krádeží po celé škole doporučuji oznámit situaci na Policii ČR. Také je možné takové jednání ihned oznámit Policii ČR, která provede zdokumentování, případně šetření přestupku. Pro dítě i okolí to bude jasné znamení toho, že se ve věci „něco děje“. A i když trest jako takový nebude ve smyslu pokuty, bude to poučné pro okolí, že se při spáchání přestupkové krádeže do věci zapojí policie a vše se řeší. Opakované přestupkové jednání lze také nahlásit přímo na OSPOD. Škola má povinnost hlásit opakované přestupky žáka⁶⁶, jinak hrozí pokuta 50 000 Kč za správní delikt (viz). Oznámení na OSPOD bude nejlépe zaslat písemně, zasílá se podle místa trvalého bydliště dítěte. V oznámení OSPOD požádejte o vyrozumění dle § 10 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, bude

66 § 10 zákona č. 359/1999 Sb. v platném znění – zákon o sociálně-právní ochraně dětí

zasláno do 30 dnů (viz). Osobám ve věku mladistvých pachatelů přestupků (15–18 let) už hrozí pokuta, protože jsou za své jednání zodpovědni. Takže přestupkovou krádež můžeme nahlásit Policii ČR nebo na přestupkovou komisi – správní orgán příslušného obecního úřadu (ve statutárních městech na příslušnou městskou část). Pokuta uložená mladistvému však nebude tak vysoká, jaká je uváděna v citaci znění § 50 PZ, jelikož přestupkový zákon pamatuje na zvláštní ustanovení o mladistvých a při posuzování přestupku přihlíží ke zvláštní péči, kterou společnost věnuje mládeži (§ 19 PZ). Dále se zde uvádí, že horní hranice pokuty u mladistvých se snižuje na polovinu, přičemž nesmí být vyšší než 2 000 Kč (namísto poloviny z 15 000 Kč u přestupkové krádeže).

Přestupkovou krádež mladistvého lze projednat také v blokovém řízení, pokud jsou dodrženy podmínky pro blokové řízení dle ustanovení § 84–86 přestupkového zákona č. 200/1990 Sb. Bloková pokuta je splatná ihned na místě nebo ji lze zaplatit dodatečně a je vystaven blok na pokutu na místě nezaplacenou. Mladistvému lze za přestupek dle § 50 PZ uložit blokovou pokutu do 500 Kč. Blokovou pokutu až do 1 000 Kč lze mladistvému uložit v případě, že za spáchaný přestupek je stanovena vyšší bloková pokuta než 1 000 Kč.

Krádež jako trestný čin

O krádeži ve smyslu porušení trestního zákoníku hovoří § 205, přesné znění:

„§ 205 Krádež

(1) Kdo si присvojí cizí věc tím, že se jí zmocní, a

- a) způsobí tak na cizím majetku škodu nikoliv nepatrnou,
 - b) čin spáchá vloupáním,
 - c) bezprostředně po činu se pokusí uchovat si věc násilím nebo pohrůžkou bezprostředního násilí,
 - d) čin spáchá na věci, kterou má jiný na sobě nebo při sobě, nebo
 - e) čin spáchá na území, na němž je prováděna nebo byla provedena evakuace osob,
- bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Kdo si присvojí cizí věc tím, že se jí zmocní, a byl za čin uvedený v odstavci 1 v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta. ...

...

(6) Příprava je trestná.“

Krádeží ve smyslu spáchání trestného činu rozumíme odcizení věci, která má vyšší hodnotu než 5 000 Kč (škoda nikoliv nepatrná⁶⁷), v tomto přípa-

67 viz hranice výše škody § 137 trestního zákoníku – zák. č. 40/2009 Sb., v platném znění

dě by se jednalo o tzv. krádež prostou. Pozor na případy, kdy žák uvádí, že bylo použito násilí (buď před spácháním krádeže – mohlo by se jednat o loupež § 173 TZ), nebo použití násilí bezprostředně po činu (mohlo by jít o krádež dle ustanovení § 205/1c TZ). Případy, kdy byla překonána překážka – jsou vloupáním § 205/1b TZ. „Vloupáním se rozumí vniknutí do uzavřeného prostoru lstí, nedovoleným překonáním uzamčení nebo překonáním jiné jistící překážky s použitím síly.“⁶⁸ U těchto vyjmenovaných trestných činů škoda nerozhoduje. U krádeže věcí, které má jiný na sobě nebo při sobě, se jedná o krádež dle § 205/1d) TZ, kde také nezáleží na výši škody.

Co to znamená, že na škodě nezáleží? V těchto případech by se mohlo jednat o trestné činy, i když by škoda byla nižší než hranice pro škodu nikoliv nepatrnou, tedy 5 000 Kč. Takové případy doporučuji oznamovat okamžitě řediteli školy, Policii ČR a samozřejmě zákonným zástupcům dětí. Když bylo při krádeži věcí použito násilí, mohlo by se jednat o loupež dle ustanovení § 173 trestního zákoníku a toto jednání je zvláště nebezpečné, jedná se dokonce už o zločin.

„§ 173 Loupež

(1) Kdo proti jinému užije násilí nebo pohrůžky bezprostředního násilí v úmyslu zmocnit se cizí věci, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až deset let.

(2) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny,

b) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví,

c) způsobí-li takovým činem značnou škodu, nebo

d) spáchá-li takový čin v úmyslu umožnit nebo usnadnit spáchání trestného činu vlastizrady (§ 309), teroristického útoku (§ 311) nebo teroru (§ 312).

(3) Odnětím svobody na osm až patnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 škodu velkého rozsahu.

(4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.

(5) Příprava je trestná.“

Trestný čin loupeže nebo podezření na jeho spáchání oznamte Policii ČR vždy! Jedná se o závažné a škodlivé jednání (dříve užíváno pojmu společensky nebezpečné jednání). Kdo se hodnověrným způsobem dozví o tom, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin loupeže dle § 173 TZ, má povinnost spáchání nebo dokončení takového trestného činu překazít (§ 367 TZ), jinak bude sám potrestán za nepřekažení trestného činu (viz). Oznamovat spáchání majetkových trestných činů Policii ČR doporučuji

68 § 121 trestního zákoníku č. 40/2009 Sb., v platném znění.

z toho důvodu, že škola nemůže provádět osobní prohlídku a prohlídku věcí dítěte, kdežto Policie ČR ano. Šetření o trestných činech koná pouze Policie ČR. Ani strážník městské policie nemůže provádět šetření trestných činů, protože by překročil svoje pravomoci a spáchal tím trestný čin Zneužití pravomoci úřední osoby dle § 329 trestního zákoníku. Strážník musí vždy trestný čin předat Policii ČR k dalšímu šetření. Navíc, přisvojování si pravomoci úřadu a vykonávání úkonů, které jsou vyhrazeny orgánům státní správy a územní samosprávy, může znamenat podezření ze spáchání trestného činu dle ustanovení § 328 trestního zákoníku:

„§ 328 Přisvojení pravomoci úřadu

Kdo neoprávněně vykonává úkony, které jsou vyhrazeny orgánu státní správy, územní samosprávy, soudu nebo jinému orgánu veřejné moci, nebo kdo vykoná úkon, který může být vykonán jen z moci úřední orgánu státní správy, územní samosprávy, soudu nebo jiného orgánu veřejné moci, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.“

Učitel není povinen jednání svých žáků právně kvalifikovat dle znění trestního zákoníku nebo přestupkového zákona. Od toho tady máme Policii ČR, státní zástupce a soudce (tedy orgány činné v trestním řízení, dále jen OČTŘ) a správní orgány, kteří podle svých kompetencí za kvalifikaci, prošetření, odsouzení a potrestání viníků odpovídají. O tom, zda byl, či nebyl spáchán trestný čin rozhoduje vždy orgán činný v trestním řízení – tedy policejní orgán, státní zástupce nebo soudce – nikoliv školní metodik prevence nebo ředitel školy.

Škola nemusí být oznamovatelem trestného činu. Trestný čin na doporučení školy může oznámit sám zákonný zástupce dítěte. Ale pokud bude škola trestnou činností páchanou ve škole oznamovat a bude s Policií ČR spolupracovat, bude rodičům sdělovat, jak postupuje v takových případech, dává najevo svůj jasný postoj. Sice u nich ke spáchání trestného činu došlo, ale škola toto jednání nijak neschovává, neschvaluje, nenechává bez povšimnutí a volně plynout, jakoby se nic nestalo, ale v rámci svých kompetencí případ řeší, razantně a důsledně!

O krádežích ve škole hovoří ve své příloze č. 12 také Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28. Každý pedagog necht' se seznámí i s tímto doporučením, protože poskytuje nejen cenné rady, ale i odkazy na vhodnou literaturu. Metodické doporučení stejně jako tento text má pouze informační a doporučující charakter.

b) Co kdyby došlo k poškození školního majetku (vandalismus)?

V případě poškození školního majetku samozřejmě opět rozlišujeme a zohledňujeme výši škody. V případě, že vznikla škoda nižší než škoda nikoliv nepatrná (méně než 5 000 Kč), může se jednat o přešupek, vyšší škoda zakládá podezření na spáchání trestného činu. Při posuzování poškození školního majetku také musíme brát v úvahu úmysl. Pokud šlo o jednání nechtěné, nešťastnou náhodou, je na místě pečlivě zvažovat, jak se k věci postavíme.

Poškození nejen školního majetku – přešupek

Škoda vznikla do výše 5 000 Kč, pak se může jednat o mechanické poškození čehokoliv (např. poškrabání lavice, rozbití okna, zničení židle), ale může jít i o zničení věcí kamaráda, spolužáka anebo učitele. Takové jednání může být kvalifikováno jako přešupek proti majetku podle § 50 přešupkového zákona, přesné znění:

„§ 50 Přešupky proti majetku

(1) Přešupku se dopustí ten, kdo

a) úmyslně způsobí škodu na cizím majetku krádeží, zpronevěrou, podvodem nebo zničením či poškozením věci z takového majetku, nebo se o takové jednání pokusí,

b) úmyslně neoprávněně užívá cizí majetek nebo si přisvojí cizí věc nálezem nebo jinak bez přivolení oprávněné osoby,

c) úmyslně ukryje nebo na sebe nebo jiného převede věc, která byla získána přešupkem spáchaným jinou osobou, nebo to, co za takovou věc bylo opatřeno.

(2) Za přešupek podle odstavce 1 lze uložit pokutu do 15 000 Kč nebo zákaz pobytu.“

Předpokládá se stejný postup jako u přešupkové krádeže, nejdříve řešit v kompetencích školního řádu a se zákonnými zástupci, v případě opakování nebo rozmáhání se takového jednání na škole nahlásit na Policii ČR, také na OSPOD, pátrat po příčinách takového jednání žáka.

Poškození nejen školního majetku – trestný čin

Poškození majetku takového rozsahu, že došlo ke škodě nad 5 000 Kč, opět se může jednat o poškození čehokoliv, výpis příkladů může být opravdu velký přes poškození školního vybavení – přístrojů, vybavení učeben až po zničení věcí kamarádovi – zničení mobilu, aktovky, oblečení, nebo zničení věcí patřících učitelům. Mohlo by se jednat o trestný čin dle ustanovení § 228 trestního zákoníku, přesný výpis:

„§ 228 Poškození cizí věci

(1) Kdo zničí, poškodí nebo učiní neupotřebitelnou cizí věc, a způsobí tak na cizím majetku škodu nikoli nepatrnou, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Stejně bude potrestán, kdo poškodí cizí věc tím, že ji postříká, pomaluje či popíše barvou nebo jinou látkou.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až tři léta bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 na věci svědka, znalce nebo tlumočnicka pro výkon jejich povinnosti,

b) spáchá-li takový čin na věci jiného pro jeho skutečnou nebo domnělou rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že je skutečně nebo domněle bez vyznání,

c) spáchá-li takový čin na věci, která požívá ochrany podle jiného právního předpisu, nebo

d) způsobí-li takovým činem značnou škodu.

(4) Odnětím svobody na dvě léta až šest let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 nebo 2 škodu velkého rozsahu.“

V případě, že dojde k poškození cizí věci a je dáno podezření z trestného činu, vznikla škoda vyšší než 5 000 Kč, je na místě věc oznámit Policii ČR, která provede šetření a sdělí, zda došlo ke spáchání trestného činu, či nikoliv.

Sprejování, pomalování a popsání cizí věci barvou

U případů posprejování věci nebo jejich popsání barvou nezáleží na výši škody, o trestný čin se jedná vždy. Níže je citace § 228 trestního zákoníku:

„§ 228 Poškození cizí věci

(1) Kdo zničí, poškodí nebo učiní neupotřebitelnou cizí věc, a způsobí tak na cizím majetku škodu nikoli nepatrnou, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Stejně bude potrestán, kdo poškodí cizí věc tím, že ji postříká, pomaluje či popíše barvou nebo jinou látkou.“

V obcích (vesnicích i městech) se neustále řeší sprejování po různých objektech, ať už jsou to budovy, instituce, ploty, vagony, tramvaje a další. V případě poškození školního majetku nebo majetku spolužáka postříkáním nebo pomalováním barvou, sprejem nebo jinou látkou je na místě oznámení Policii ČR, neboť se vždy jedná o spáchání trestného činu. Je vhodné oznamovat i první případy posprejování, aby samotné projednávání celé záležitosti bylo pro žáka nebo studenta poučné a odradilo ho to od páchaní dalších podobných věcí.

Podrobně o vandalismu hovoří příloha č. 10 Metodického doporučení MŠMT k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28. Zejména je zdůrazněna prevence v podobě dohledu nad žáky a hovoří i o zavedení kamerových systémů do škol. Je na každém pedagogovi, aby si tuto část metodiky nastudoval a měl přehled o nabízených možnostech.

c) Co kdyby ve škole byla šikana?

Metodický pokyn MŠMT k řešení šikanování ve školách a školských zařízeních č.j. MSMT-22294/2013–1 k šikanování uvádí:

„Šikanování je mimořádně nebezpečná forma násilí (agrese), která ohrožuje naplňování zásad a cílů vzdělávání ve škole a školském zařízení (dále jen „škola“). V místech jejího výskytu dochází ke ztrátě pocitu bezpečí žáků, který je nezbytný pro harmonický rozvoj osobnosti a efektivní výuku. Na rozdíl od jiných druhů násilí, se kterými se setkáváme ve školním prostředí, je šikana zvláště zákeřná, protože často zůstává dlouho skrytá. Tak i při relativně malé intenzitě šikany může u jejích obětí docházet k závažným psychickým traumatům s dlouhodobými následky a k postupné deformaci vztahů v kolektivu. Vzhledem k tomu, že šikana se v zárodečných stádiích více či méně vyskytuje téměř v každé škole, je potřeba věnovat tomuto jevu zvláštní pozornost. Důraz je třeba klást na budování otevřených, kamarádských a bezpečných vztahů mezi žáky ve třídě a samozřejmě i mezi všemi členy společenství školy. Je důležité, aby pedagogové uměli rozpoznat a řešit počáteční stadia šikanování. V případě rozvinutí pokročilé šikany je nutná spolupráce školy s odborníky ze specializovaných zařízení (podrobněji viz kapitulu II., čl. 7.4.). Zajištění ochrany dětí před šikanou vyžaduje další vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti problematiky šikanování, neboť běžné pedagogické postupy selhávají.“

V trestním zákoníku ani v jiném zákoně není nikde popsáno jednání, které by bylo nazváno šikanou, není takto nazván ani trestný čin, ani přestupek. Tedy z pohledu trestního zákoníku se může šikana vykazovat znaky zejména těchto trestných činů:

§ 146 Ublížení na zdraví, § 171 Omezování osobní svobody, § 173 Loupež, § 175 Vydírání, § 176 Útisk, § 184 Pomluva, § 185 Znásilnění, § 187 Pohlavní zneužití, § 192 Výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, § 205 Krádež, § 228 Poškození cizí věci, § 353 Nebezpečné vyhrožování a další.

Nejedná-li se o trestný čin, ale jednání vykazuje znaky přestupku, šetří se věc podle přestupkového zákona, kde bychom mohli jednání zařadit pod § 49 Přestupky proti občanskému soužití.

„§ 49 Přestupky proti občanskému soužití

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo

a) jinému ublíží na cti tím, že ho urazí nebo vydá v posměch,

b) jinému z nedbalosti ublíží na zdraví,

c) úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, nepravdivým obviněním z přestupku, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním,

d) omezuje nebo znemožňuje příslušníku národnostní menšiny výkon práv příslušníků národnostních menšin,

e) působí jinému újmu pro jeho příslušnost k národnostní menšině nebo pro jeho etnický původ, pro jeho rasu, barvu pleti, pohlaví, sexuální orientaci, jazyk, víru nebo náboženství, pro jeho politické nebo jiné smýšlení, členství nebo činnost v politických stranách nebo politických hnutích, odborových organizacích nebo jiných sdruženích, pro jeho sociální původ, majetek, rod, zdravotní stav anebo pro jeho stav manželský nebo rodinný.

(2) Za přestupek podle odstavce 1 písm. a) lze uložit pokutu do 5 000 Kč a za přestupek podle odstavce 1 písm. b) až e) pokutu do 20 000 Kč a za přestupek podle odstavce 1 písm. c) lze spolu s pokutou uložit zákaz pobytu.“

Některé přestupky proti občanskému soužití se projednávají jen na návrh postižené osoby, zejména přestupek dle § 49 odst. 1 písm. a) přestupkového zákona – urážky nebo vydávání v posměch se projednává na návrh postižené osoby **vždy** i když osoby nejsou příbuznými. Podrobně o návrhových přestupcích viz výpis § 68 přestupkového zákona:

„§ 68

(1) Přestupky podle § 49 odst. 1 písm. b) a d) a přestupky podle § 125c odst. 1 písm. h) zákona o silničním provozu a § 50 spáchané mezi blízkými osobami, jakož i přestupky podle § 49 odst. 1 písm. a) se projednávají jen na návrh postižené osoby, jejího zákonného zástupce nebo opatrovníka (dále jen „navrhovatel“).

(2) U přestupku, který lze projednat jen na návrh, lze návrh podat příslušnému správnímu orgánu nejpozději do tří měsíců ode dne, kdy se navrhovatel dozvěděl o přestupku nebo o postoupení věci orgánem činným v trestním řízení. V návrhu musí být uvedeno, kdo je postiženou osobou, koho navrhovatel označuje za pachatele a kde, kdy a jakým způsobem měl být přestupek spáchán.

(3) Vyjde-li v řízení o přestupku podle § 49 odst. 1 písm. b) a c) nebo přestupku podle § 50 zahájeném na návrh najevo, že skutek nebyl spáchán mezi osobami blízkými, pokračuje se v řízení z úřední povinnosti.

(4) Osobou blízkou se rozumí příbuzný v pokolení přímém, osvojitel, osvojenec, sourozenec a manžel, partner¹⁶⁾; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké jen tehdy, kdyby újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá právem pociťovala jako újmu vlastní.“

Šikanu řešíme podle výše uvedeného metodického pokynu MŠMT č.j. MSMT-22294/2013–1. Postupy k řešení šikany jsou provázané s Metodickým doporučením k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků

a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28, kde ve velmi obsáhlé příloze č. 6 najdeme od definic, stadií, možností prevence přes rozdíl mezi škádlením a šikanováním, řešení šikanování, úplně všechno až po literaturu. Doporučuji počáteční fáze šikany důsledně odhalovat a viníky trestat v rámci možností pro porušení školního řádu, samozřejmě podle toho, co konkrétního dělají. V případech, kdy se jedná o přestupky nebo dokonce o trestné činy doporučuji vždy oznamovat Policii ČR a OSPOD.

d) Co kdyby ve škole byla kyberšikana?

Jestliže nevíte, co si pod tímto pojmem představit, představte si trápení, ponižování, ubližování, manipulování a další nepříjemné věci, prostě šikanu prováděnou prostřednictvím digitálních médií – mobilních telefonů, internetu, sociálních sítí – prostě pomocí informačních a komunikačních technologií (zkratka ICT).

Nejčastěji se z pohledu trestního práva může pachatel při kyberšikaně dopouštět:

§ 180 Neoprávněné nakládání s osobními údaji, § 181 Poškození cizích práv, § 182 Porušení tajemství dopravovaných zpráv, § 183 Porušení tajemství listin a jiných dokumentů uchovávaných v soukromí, § 184 Pomluva a dalších trestných činů. Přestupkový zákon by opět jednání zařadil do § 49 Přestupky proti občanskému soužití, viz výpis znění tohoto § je v předchozí kapitole – šikana. O co vlastně jde? Může se jednat o tzv. nevinné škádlení nebo také legraci, kterou však oběť takto nepocituje, nevidí v tom legraci, ani se jí to nelíbí. Může se jednat o neustálé prozvánění, o zaslání vulgárních SMS nebo e-mailů plných nadávek. Může jít o publikování lží, pomluv a polopravd na sociálních sítích, o rozesílání fotografií nebo videí s ponižujícím obsahem, kdy je oběť nafocena nebo nafilmována na video ve zvláštní póze vzbuzující smích nebo ponížení. Obětí jsou nejen děti, ale i učitelé. Nikdo nemůže nikoho bez jeho vědomí natáčet na video, fotografovat, pořizovat zvukové záznamy jeho hlasu, jedná se o zásah do osobnostních práv a tato jsou chráněna občanským zákoníkem – zák. č. 89/2012 Sb., následující ustanovení se týkají ochrany osobnosti člověka:

„§ 81

(1) Chráněna je osobnost člověka včetně všech jeho přirozených práv. Každý je povinen ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého.

(2) Ochrany požívají zejména život a důstojnost člověka, jeho zdraví a právo žít v příznivém životním prostředí, jeho vážnost, čest, soukromí a jeho projevy osobní povahy.

§ 82

(1) Člověk, jehož osobnost byla dotčena, má právo domáhat se toho, aby bylo od neoprávněného zásahu upuštěno nebo aby byl odstraněn jeho následek.

(2) Po smrti člověka se může ochrany jeho osobnosti domáhat kterákoli z osob jemu blízkých.

§ 83

(1) Souvisí-li neoprávněný zásah do osobnosti člověka s jeho činností v právnické osobě, může právo na ochranu jeho osobnosti uplatnit i tato právnická osoba; za jeho života však jen jeho jménem a s jeho souhlasem. Není-li člověk schopen projevit vůli pro nepřítomnost nebo pro neschopnost úsudku, není souhlasu třeba.

(2) Po smrti člověka se právnická osoba může domáhat, aby od neoprávněného zásahu bylo upuštěno a aby byly odstraněny jeho následky.

Podoba a soukromí

§ 84

Zachytit jakýmkoli způsobem podobu člověka tak, aby podle zobrazení bylo možné určit jeho totožnost, je možné jen s jeho svolením.

§ 85

(1) Rozšiřovat podobu člověka je možné jen s jeho svolením.

(2) Svolí-li někdo k zobrazení své podoby za okolností, z nichž je zřejmé, že bude šířeno, platí, že svoluje i k jeho rozmnožování a rozšiřování obvyklým způsobem, jak je mohl vzhledem k okolnostem rozumně předpokládat.

§ 86

Nikdo nesmí zasáhnout do soukromí jiného, nemá-li k tomu zákonný důvod. Zejména nelze bez svolení člověka narušit jeho soukromé prostory, sledovat jeho soukromý život nebo pořizovat o tom zvukový nebo obrazový záznam, využívat takové či jiné záznamy pořizené o soukromém životě člověka třetí osobou, nebo takové záznamy o jeho soukromém životě šířit. Ve stejném rozsahu jsou chráněny i soukromé písemnosti osobní povahy.

§ 87

(1) Kdo svolil k použití písemnosti osobní povahy, podobizny nebo zvukového či obrazového záznamu týkajícího se člověka nebo jeho projevů osobní povahy, může svolení odvolat, třebaže je udělil na určitou dobu.

(2) Bylo-li svolení udělené na určitou dobu odvoláno, aniž to odůvodňuje podstatná změna okolností nebo jiný rozumný důvod, nahradí odvolávající škodu z toho vzniklou osobě, které svolení udělil.

§ 88

(1) Svolení není třeba, pokud se podobizna nebo zvukový či obrazový záznam pořídí nebo použijí k výkonu nebo ochraně jiných práv nebo právem chráněných zájmů jiných osob.

(2) Svolení není třeba ani v případě, když se podobizna, písemnost osobní povahy nebo zvukový či obrazový záznam pořídí nebo použijí na základě zákona k úřednímu účelu nebo v případě, že někdo veřejně vystoupí v záležitosti veřejného zájmu.

§ 89

Podobizna nebo zvukový či obrazový záznam se mohou bez svolení člověka také pořídít nebo použít přiměřeným způsobem též k vědeckému nebo uměleckému účelu a pro tiskové, rozhlasové, televizní nebo obdobné zpravodajství.

§ 90

Zákonný důvod k zásahu do soukromí jiného nebo k použití jeho podobizny, písemnosti osobní povahy nebo zvukového či obrazového záznamu nesmí být využit nepřiměřeným způsobem v rozporu s oprávněnými zájmy člověka.“

Zacházení s osobními údaji upravuje zákon na ochranu osobních údajů č. 101/2000 Sb. Souhlas za děti, tj. osoby mladší 18 let dávají jejich rodiče (zákonní zástupci, případně osoby, jež mají děti svěřeny do péče). Vždy musí souhlasit se zveřejněním osobních údajů, podobizny či videa ten, koho se to týká, tedy i dítě má právo se vyjádřit, je-li schopno formulovat svůj názor. Škola musí mít souhlas rodičů (zákonných zástupců), že může zveřejnit na svých webových stránkách fotografie a jména dětí, které reprezentují školu např. na soutěžích, olympiádách a dalších akcích školy. Souhlas je třeba mít i za účelem pořizování fotografií a musí být dán předem, nejlépe v písemné podobě. Doporučuji prostudovat *Metodiku k prevenci a řešení kyberšikany* (Jurková, 2010) a přílohu č. 7 Metodického doporučení MŠMT k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28. Zde najdeme množství rad a odkazů k řešení kyberšikany a také informační zdroje.

Kyberšikana mezi žáky

Kyberšikanu vždy řešte ihned, jakmile se o ní dozvíte! Mluvte s rodiči i se žáky o tom, co je na internetu a sociálních sítích slušné a dovolené, co je nevhodné a co už je kyberšikanou. Zvolte preventivní program informující o kyberšikaně. Jedná se o nový jev, který se v současné době rozmáhá a stále se vyvíjí. S kyberšikanou je možné se obrátit na různé instituce – od Policie ČR přes pedagogicko-psychologické poradny, OSPOD až na nestátní organizace zabývající se jejím řešením. Užitečné rady lze najít v odkazech např.: www.saferinternet.cz, www.horka-linka.cz, www.e-bezpeci.cz, www.e-nebezpeci.cz, www.linkabezpeci.cz. V případě potřeby je možné využít poradenství rodičovské linky 840 111 234, která je určena rodičům, prarodičům, pedagogům, prostě všem dospělým, kteří mají starost o děti, více informací na www.rodicovskalinka.cz.

Kyberšikana učitele

Každý člověk, tedy i pedagog, má právo na ochranu soukromí a své osoby. Kyberšikana učitele se týká zejména zesměšňování a nahrávání učitele bez jeho souhlasu na mobilní telefon v průběhu vyučování nebo na školních akcích, ve škole a zveřejňování nahrávek na sociálních sítích. Může se jed-

nat i o zveřejnění fotografií, pomluv a lží, na sociální síti nebo na webových stránkách založených za účelem zesměšnění. Jev se objevuje stále častěji a učitelé jsou mnohdy bezradní a ptají se „Co máme dělat? Žáci nás bezostyšně fotografují a vyvěšují na internet, proti tomu se snad ani nedá bránit!“

Bránit se můžeme a měli bychom využívat důsledně všech dostupných zákonných prostředků od školního řádu až po příslušná zákonná ustanovení. Důležitá je hlavně prevence.

Nejdůležitější pro učitele na všech úrovních vzdělávání je to, aby měli vždy mobilní telefon (případně tablet nebo notebook) žáků tzv. pod kontrolou. Je potřeba do školního řádu dát takové formulace o používání mobilního telefonu (tabletu, fotoaparátu, notebooku) ve škole, aby bylo zřejmé a jasné, kdy a za jakých podmínek žák může s mobilem manipulovat. Do školního řádu je nutné nově zavádět informace o používání tabletů a notebooků, protože i tato elektronika může sloužit k pořízení videa, fotografie nebo audio nahrávky. Dále je důležité zakotvit sankce za porušení školního řádu.

A nejdůležitější je důsledně dbát na dodržování školního řádu v oblasti používání mobilního telefonu (a další elektroniky) v době vyučování.

Předcházení situacím, kdy nás může někdo natočit na video nebo vyfotografovat je samozřejmě to nejdůležitější. Pokud se i přes veškerá preventivní opatření přesto stane, že dojde ke zveřejnění nahrávek ze školy, ponižování učitele veřejnými pomluvami a dalšímu jednání, musíme se bránit. Na prvním místě je potrestání žáka za porušení školního řádu. Důsledně žáka upozornit, že jeho chování je v rozporu se zákonem (viz výpis občanský zákoník – ochrana soukromí, případně citace přestupku nebo trestného činu) a požádat ho o to, aby fotografie, videa, pomluvy a poznámky o vaší osobě ze sociální sítě odstranil. Pokud tak neučiní, je na místě podat oznámení na Policii ČR. V případě, že se jedná o poškození dobré pověsti, pomluvy a zveřejnění fotografií nebo videa ohrožující dobrou pověst, poškodí to učitele v zaměstnání nebo způsobí rozvrat rodiny, je možnost bránit se žalobou v občanskoprávním řízení u soudu. V publikaci *Co dělat, když – praktické náměty k prevenci a intervenci rizikového chování* (Vaňkátová a kol., 2010–2014), najdeme v kapitole Kyberšikana další praktické informace k tomuto tématu a zejména najdeme další kapitolu o tom, jak se bránit útokům na učitele a násilí vůči učitelům.

e) Co kdyby se ve škole stal úraz nebo zranění?

Rozlišujeme úrazy bez cizího zavinění (nešťastné náhody) a úrazy zaviněné jinou osobou.

Úraz bez cizího zavinění

Ve škole došlo k úrazu, který není zaviněn jinou (cizí) osobou, zavinil si ho žák sám, a to buď svou neopatrností anebo nedodržením bezpečnosti, prostě došlo k úrazu z důvodu nešťastné náhody. K takové situaci může dojít při chůzi po schodech, při pracovním vyučování, při výtvarné výchově, při tělocviku i v dalších předmětech nebo na výletě. Měli bychom mít na paměti, že každý úraz je nutné hlásit na příslušné orgány, zákonným zástupcům a má být proveden zápis do knihy úrazů, vše upravuje vyhláška č. 64/2005 Sb. o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů. Hlášení úrazu je upraveno v § 3 uvedené vyhlášky a je stanovena povinnost oznámit úraz dítěte zákonnému zástupci. **Nasvědčují-li zjištěné skutečnosti tomu, že v souvislosti s úrazem byl spáchán trestný čin nebo přestupek, nebo jedná-li se o smrtelný úraz, podá škola nebo školské zařízení bez zbytečného odkladu hlášení místně příslušnému útvaru Policie ČR.** Oznámení o úrazu škola podá také pojišťovně, u níž má sjednáno pojištění pro případ své odpovědnosti za škodu vzniklou na životě a zdraví žáků. Dále škola bez zbytečného odkladu podá hlášení o úrazu také příslušnému oblastnímu inspektorátu práce. Je samozřejmé, že škola záznam o úrazu zasílá také České školní inspekci a zdravotní pojišťovně žáka.⁶⁹ Takže kdy hlásit a komu hlásit úraz dítěte je ve vyhlášce jasně stanoveno, jsou zde i další podrobnosti k hlášení úrazů.

Úraz nebo zranění způsobené jinou osobou

Může se jednat o jednorázovou záležitost „vyřízení si účtů“ dětmi mezi sebou, avšak může to být i reakce na nějaký jiný podnět, např. na šikanu, kdy už oběť nevydrží příkoří, jak se říká „rupnou jí nervy“ a začne se aktivně bránit, byť nepřiměřeně. Vždy je důležité objasnění a rozklíčování takové „bitky“. Je mnoho metodik, jak postupovat v případech násilí mezi dětmi a šikany, např. již zmíněný metodický pokyn č.j. MSMT-22294/2013–1 k řešení šikanování ve školách a školských zařízeních. V příloze č. 6 Metodického doporučení MŠMT k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28, jsou další postupy k prevenci a řešení šikany (blíže text k šikaně).

V případě, že se děti mezi sebou popraly a vzniklo zranění, měli bychom nejdříve zjistit jeho rozsah a dle situace dítě ošetřit nebo přivolat lékařskou pomoc (v nutných případech rychlou záchrannou službu na tísňové lince 155) a informovat rodiče (zákonné zástupce) o tom, že došlo ke zranění jejich dítěte a bude nutné jej sledovat, nebo doporučit rodičům s dítětem zajít k lékaři. Nezapomínejme také zjistit, kdo koho bil a proč a svědky události, viz příslušné postupy ve výše uvedených metodikách. Jestliže

69 § 4 vyhlášky č. 64/2005 Sb., v platném znění – o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů

v této souvislosti došlo k úrazu dítěte, je nutné nahlásit jej dle platné vyhlášky o hlášení úrazů č. 64/2005 Sb. V případě, že vznikne zranění, které bylo způsobeno úmyslně, ale nevyžádá si omezení na obvyklém způsobu života, může se jednat o přestupek na úseku občanského soužití dle § 49 odst. 1 písm. b) PZ: „Přestupku se dopustí ten, kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví, a písm. c) úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, nepravdivým obviněním z přestupku, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním.“ Podle přestupkového zákona hrozí za tyto přestupky pokuta až 20 000 Kč.

Tento školní přestupek je opět možné řešit ve škole v rámci možností uvedených ve školním řádu s postupem vyrozumění všech dotčených – zákonných zástupců, OSPOD. Nebo lze přestupek oznámit na Policii ČR a nechat věc prošetřit.

V případě, že zranění je většího rozsahu, vyžádá si ošetřování a delší pobyt doma, je na místě zvažovat oznámení Policii ČR, neboť je dáno podezření ze spáchání trestného činu ublížení na zdraví dle ustanovení § 146 trestního zákoníku. Jak už bylo zmiňováno dříve, pouze orgány činné v trestním řízení určují, zda došlo ke spáchání trestného činu, stanovisko vydá Policie ČR po prošetření případu. V případě oznámení na Policii ČR a prošetření celého případu bude situace odstrašujícím příkladem a vlastně prevencí pro ostatní, aby se vyvarovali podobného jednání, protože každé napadení ve škole bude šetřit policie a bude oznámeno na OSPOD.

f) Co kdyby byly ve škole návykové látky?

Obecně řečeno, žák pod vlivem návykové látky může být buď pod vlivem legální návykové látky, za kterou je označován alkohol a tabák. Píší zde, že se jedná o legální návykovou látku, ale pozor – legální pro dospělé, ne pro děti do 18 let! Dále může být žák pod vlivem nelegálních návykových látek – drog (marihuana, pervitin, heroin, LSD, lysohlávky a další syntetické i přírodní látky označované jako návykové látky nebo jako omamné a psychotropní látky). Ale žák může přijít do školy také pod vlivem léků. Vzhledem k tomu, že jednání žáka může naplňovat v různých fázích jak jednání přestupkové, tak jednání označované již za páchaní trestné činnosti, rozděluji tuto problematiku podrobněji, viz kapitoly níže.

g) Co kdyby ve škole byly drogy?

Nejdříve bychom si sami měli uvědomit, co se označuje za drogu a co za návykovou látku. Droga je název obecně vžitý, v zákonech se hovoří pouze o návykových látkách, alkoholu, tabáku a tabákových výrobcích. V přípa-

dě, že hovořím o drogách, mám na mysli buď **rostlinnou drogu** (marihuana, lysohlávky), nebo **syntetickou drogu** (pervitin, heroin, kokain, extáze, LSD a další). Pojem droga užívám v této kapitole pro označení návykové látky, která není alkoholem ani tabákem.

Zacházení s návykovými látkami, vývoz, dovoz a přechovávání stanoví zákon o návykových látkách č. 167/1998 Sb. v platném znění. Tento zákon upravuje také zacházení s látkami, které obsahují návykovou látku, zacházení s prekursory a dále upravuje i pěstování máku, konopí a koky. Přechovávat a zpracovávat návykové látky lze pouze na základě povolení Ministerstva zdravotnictví. Co je návyková látka v současné době upravuje nařízení vlády č. 467/2009 Sb. ve své příloze. V případě, že osoba má u sebe v množství větším než malém návykovou látku ze seznamu z nařízení vlády, může se jednat o spáchání trestného činu Přechovávání omamné a psychotropní látky dle ustanovení § 284 trestního zákoníku.

Pro účely trestního a přestupkového řízení bylo v březnu 2014 vydáno stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu sp. zn. Tpjn 301/2013, které vykládá pojem „množství větší než malé“ u omamných a psychotropních látek a přípravků je obsahujících a jedů (§ 283, § 284, § 285 trestního zákoníku. Součástí stanoviska je příloha, která obsahuje tabulku, kde jsou množství stanovena. Touto tabulkou se řídí Policie ČR, státní zastupitelství a soudy při rozhodování o spáchání trestného činu a nebo komise k projednávání přestupků při rozhodování o přestupku.

Jestliže se vyskytne případ, kdy žák užívá drogu a je při tom přistižen, je **nejdůležitější zabránit v užití celé dávky nebo v dalším užívání drogy** (samozřejmě záleží na druhu užívané látky – může se jednat o cigaretu marihuany, barevný papírek LSD, tabletu extáze, sypký prášek v tzv. psaníčku, sypký prášek v injekční stříkačce, už rozmíchaný prášek ve vodě – čirá tekutina natažená do injekční stříkačky a spoustu dalších jiných možností poskytují tzv. nové syntetické drogy, které mohou vypadat opravdu různě). V další fázi poskytneme uživateli první pomoc, v případě akutní intoxikace – dle stavu – voláme záchrannou zdravotnickou službu 155, Policii ČR linku 158, zákonné zástupce, případně OSPOD. Policii ČR u podezření na drogy voláme ihned.

Samotné užití omamné a psychotropní látky (dále jen OPL) není postižitelné. Podle trestního zákoníku je stíhán ten, kdo drogu – OPL vyrábí, podává nebo prodává obecně a kdo drogu před vlastním požitím u sebe má, tzv. „drží“. Podle množství drogy držené rozlišujeme přestupky a trestné činy. Těžší tresty jsou pro případy, že je OPL podána osobě mladší 18 let. Podle přestupkového práva je postižen ten, kdo drogu v množství **MENŠÍM**, než malém přechovává (sám pro sebe), tedy ještě se nejedná o množství **VĚT-**

Ší než malé, to už by byl trestný čin. Podotýkám, že **každé přechovávání drogy, byť pro svou vlastní potřebu, je protiprávní, buď je to přestupek, nebo jde o trestný čin.** Není možné si vykládat pojem tak, že „množství menší než malé“ mohou mít u sebe a nic se mi nestane – není to pravda!

Jestliže někdo u sebe má množství OPL menší než malé, tj. menší množství OPL, než je stanovené pro spáchání trestného činu, jedná se o přestupek (§ 30 odst. 1 písm. j, k) přestupkového zákona, citace:

„§ 30 Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniami

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo...

j) neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou a psychotropní látku,

k) neoprávněně pěstuje pro vlastní potřebu v malém množství rostlinu nebo houbu obsahující omamnou nebo psychotropní látku,...

(2) Za přestupek podle odstavce 1 písm. a) až d) lze uložit pokutu do 3 000 Kč, za přestupek podle odstavce 1 písm. e) a f) pokutu do 5 000 Kč a zákaz činnosti do 1 roku, za přestupek podle odstavce 1 písm. g) až i) pokutu od 25 000 Kč do 50 000 Kč a zákaz činnosti od 1 do 2 let a za přestupek podle odstavce 1 písm.

j) a k) pokutu do 15 000 Kč a za přestupek podle odstavce 1 písm. a), b), c), e), f), g), h), ch), j) a k) lze spolu s pokutou uložit zákaz pobytu.“

Problematicke drog se věnuje Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28 ve své příloze č. 1, kde najdeme opravdu velké množství dalších informací o prevenci, řešení tohoto rizikového chování a dostupnou literaturu a odkazy na instituce zabývající se závislostmi.

Žák ve škole užívá drogy

U užití drog nejprve zabráníme žákovi v užití celé dávky, pokud byl při aplikaci přistižen. Poskytneme první pomoc, jestliže došlo k ohrožení zdraví nebo života žáka či studenta, přivoláme lékařskou pomoc na lince 155. Na místo voláme také Policii ČR. Pokud žák u sebe má podezřelou látku, pamatujme, že ji budeme muset předat Policii ČR a proto s ní manipulujeme opatrně (viz doporučení uvedené v příloze č. 1 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28). Nezapomínat na přítomnost třetí osoby při rozhovoru a i při případném „zajišťování podezřelé látky“, kterou musíme ochránit před zničením nebo znehodnocením do doby, než přijede Policie ČR.

Při užití drog ve škole je důležité zjistit, kdo osobě mladší 18 let drogu (OPL) podal nebo prodal a ten je pachatelem tzv. „distribuce“. Tento distributor je pro Policii ČR důležitý, toho je nutno vypátrat a stíhat, aby ne-

docházelo k prodeji a podávání drog dalším neploletým uživatelům. Také se může jednat o výrobce drogy, který si prodejem vydělává. Doporučuji každé podezření na požití omamné a psychotropní látky oznamovat Policii ČR, neboť je vždy podezření, že spáchání trestného činu dle § 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy trestního zákoníku, kdy nezáleží na předaném množství. Pokud se předávala látka obsahující OPL, je to trestné vždy. Policie látku vypadající jako OPL zajistí a podrobí expertize, o trestný čin by se nejednalo pouze v případě, že látka by neobsahovala žádné množství OPL. Ale to učitel jako laik nemůže nikdy poznat na místě, proto je důležité vždy oznamovat Policii ČR.

Jakých trestných činů se mohou děti dopustit:

§ 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy, § 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, § 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, § 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu, § 287 Šíření toxikomanie.

Jak je to s testováním na přítomnost OPL v těle žáků a studentů?

Jedná se jednoznačně o velmi citlivou věc a zásah do osobnostních práv každého žáka a studenta. K testování žáků a studentů na přítomnost OPL byla vydána publikace *Testování dětí a mladistvých ve školách a školských zařízeních při podezření z užití návykové látky – Manuál vhodného postupu* (Endrödiová a kol., 2013). V tomto manuálu k testování najdete veškeré informace a možnosti, jak v praxi testování na OPL provést. Tento Manuál vhodného postupu k testování obsahuje veškeré právní aspekty, rozbory, možnosti a návody, včetně zdokumentování testování tak, aby pedagog vše provedl v souladu s předpisy a nezasahoval příliš do osobnostních práv dítěte.

Zdůrazňuji, že testování žáků a studentů musí být podmíněno předchozím souhlasem s provedením testování, znění souhlasu je součástí výše uvedené publikace a také součástí přílohy č. 1 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28. Tento předběžný souhlas nezadává povinnost takové testování provádět. Pohlížím na něj spíše jako na preventivní opatření, které na žáky a studenty při správném prezentování preventivně působí.

Při rozhodování o testování na přítomnost OPL je důležité zvažovat všechna rizika, která s sebou otestování žáka přinese. Mnohokrát se v praxi stalo, že se samotné testování obrátilo proti učiteli, neboť nepřineslo žádné „rozluštění situace“ a navíc byl učitel vystaven nebezpečí postihu za zásah do práv na ochranu osobnosti. Většinou následují stížnosti rodičů, prošetřování Českou školní inspekcí a podobně. Pro případy, kdy je nutné zajistit lékařské ošetření žáka pro podezření na požití návykové látky

(alkohol, tabák, OPL) doporučuji nechat na lékaři, případně na přivolané Policii ČR, zda bude odebírat u žáka vzorek krve nebo moči na zjištění přítomnosti návykových látek. V případě dobré spolupráce s rodiči je vhodné celou situaci řešit za jejich spolupráce. Další možnosti budou rozvedeny v jednotlivých kapitolách níže.

Žák má ve škole u sebe drogy

V případě, že zjistíme, že má žák u sebe látky vypadající jako návykové látky nebo jako omamné a psychotropní látky, musíme vždy jednat. Doporučuji postupovat obdobně jako v předchozí kapitole s tím, že zamezíme užití drogy a kontaktujeme Policii ČR, linku 158. Policista sdělí, jak dále postupovat a jak s látkou nakládat do příjezdu Policie ČR. Domnívám se, že řešení s Policií ČR je sice různé, někomu se může zdát, že bychom mohli třeba napoprvé „přimhouřit oko“ a třeba podezřelou látku zlikvidovat a až když se to bude opakovat, tak to řešit s Policií ČR. Tato varianta znamená pro pedagoga nebezpečí, že se situace může obrátit proti němu, pokud se to bude opakovat a na druhý případ již Policii ČR zavoláme. Z výpovědi žáka může vyplynout, že již jednou takovou věc udělal, testem se potvrdí, že měl u sebe psychotropní látku, bude tvrdit, že i minule ji měl a učitel ji zlikvidoval. Tedy podezření se najednou začne obracet i proti učiteli, zda látku opravdu zlikvidoval, má na to svědky? Manipuloval s omamnou a psychotropní látkou dle předpisů (bezpečnostních, hygienických)? Nejedná se o nebezpečný odpad, který podléhá zvláštnímu režimu likvidace? Tedy vyvstává mnoho otázek, které se mohou potom následně řešit – zda učitel nepomáhal v páchání protiprávního jednání, schvaloval žákovo počínání, neoznámil trestný čin apod. Není lepší nedostat se do takových problémů a zbytečného vysvětlování? Co když žák má u sebe drogy za účelem dalšího nabízení ostatním spolužákům, v tomto případě by se jednalo o možné podezření na prodej drog § 283 trestního zákoníku (podrobněji následující text).

Pamatujme, že nepřekážení trestného činu § 367 trestního zákoníku se vztahuje i na trestný čin dle § 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy (podrobně viz předchozí text oznamovací povinnost z hlediska trestního zákoníku). Učitel by mohl být sám potrestán za nepřekážení trestného činu proto, že věc neoznámil a nepřekazil, když to „řešil po svém“. Bohužel nejde nad problémem drog ve škole mávnout rukou a nestarat se o to. Tvářit se, že ve školách drogy nejsou, také není správné. U podezření na drogy musí učitel vždycky zareagovat. Nalezení správného řešení situace pomůže k prevenci, aby se to neopakovalo.

Žák nabízí ostatním žákům drogy

Nabízení návykových látek – drog ve škole, je trestný čin. Nezáleží na tom, kolik drog nebo kterých drog má žák pro distribuci u sebe. Postačí, že nabízí látku, která obsahuje omamnou a psychotropní látku uvedenou v seznamu v příloze nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy, viz předchozí text. Jak žák nabízel, co nabízel, komu nabízel jsou věci, které by si v každém případě měla prošetřovat Policie České republiky. Když se dozvíme, že žák nabízí ve škole drogy a máme pro toto svoje podezření svědectví dětí nebo jiné důkazy, ihned vyrozumíme Policii ČR, neboť je podezření ze spáchání trestného činu nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy § 283 trestního zákoníku, přesné znění:

„§ 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy

(1) Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

a) jako člen organizované skupiny,

b) ač byl za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán,

c) ve značném rozsahu, nebo

d) ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu patnácti let.

(3) Odnětím svobody na osm až dvanáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví,

b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch,

c) spáchá-li takový čin ve velkém rozsahu, nebo

d) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti mladšímu patnácti let.

(4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt,

b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu, nebo

c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.

(5) Příprava je trestná.“

A co bychom měli udělat s látkou, která vypadá jako droga? Doporučuji okamžitě informovat Policii ČR, oznámení je nejlépe volat přímo na linku

158, kde operační důstojník rozhodne, koho na místo pošle. Situaci lze také konzultovat s pracovníky zabývajícími se drogovou kriminalitou, jsou na Službě kriminální policie a vyšetřování, zejména pokud si nejsme jisti, jak přesně v našem případě postupovat.

Doporučení: Dbejte pokynů Policie ČR. V případě, že Policie ČR neprijede na místo ihned, zeptejte se, jak máte s podezřelou látkou zacházet a jak ji do doby příjezdu PČR uchovat, jak zajistit.

V příloze č. 1 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28, je uveden postup, jak nakládat s návykovou látkou v případě, že policie nemůže přijet okamžitě. Doporučuji trvat na tom, aby Policie ČR přijela okamžitě situaci ve škole řešit a podezřelou látku zajistit. **Nejdůležitější věcí v případech zjištění drog ve škole je mít na každé jednání s žákem nebo žáky a studenty v těchto záležitostech svědky tj. zajistit si vždy přítomnost třetí osoby při rozhovoru s žákem i při případné manipulaci s podezřelou látkou. Zajištěním přítomnosti další osoby – svědka už při prvotním jednání se žákem či studentem předejdete případnému nařčení z „podstrčení podezřelé látky dítěti“.**

Cizí osoba nabízí žákům drogy před školou (v blízkosti školy)

Obdobná situace jako ve výše uvedeném případě, ale neděje se ve škole, nýbrž před školou. Vzhledem k tomu, že to je před školou, můžeme si říct, je to mimo prostory školy, nemusíme se tím zabývat. Doporučuji řešit i situaci, kdy se pedagog dozví, že mimo vyučování a mimo prostory školy dochází k užívání nebo distribuci drog. Pokud se to týká bezprostředního okolí školy, je nutné o této situaci informovat Policii ČR.

A je více možností: Mohu zavolat na tísňovou linku 158 Policie ČR nebo 156 Městská policie a požádat o pomoc hlídku, která na místo přijede, popis osob nabízejících drogy usadní hlídce pátrání v okolí školy. Dokazování, zda se osoby dopustily trestného činu, nebo přestupku, necháme vždy na Policii ČR.

Strážníci městské policie mohou zadržet na místě podezřelé osoby, avšak musí je dál předat k provádění další úkonů Policii ČR, neboť nemají oprávnění k prošetřování trestných činů. Jednou z možností je spolupráce se Službou kriminální policie a vyšetřování (SKPV) Policie ČR, kdy necháme šetření případu v jejich kompetenci. Oznámení Policii ČR může pomoci i v případě, že se nic neprokáže, jednoznačně dáte všem žákům i jejich zákonným zástupcům najevo, že vám na nich záleží, a proto tu situaci řešíte a spolupracujete s Policií ČR. Nabízení a prodej drog je trestným činem: nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy § 283 trestního zákoníku (výpis znění ustanovení je v předchozí podkapitole).

h) Co kdyby žák měl u sebe ve škole tabákové výrobky?

Držení tabákových výrobků u žáka, pokud jej nevidíme kouřit, je z hlediska přestupkového práva nepostižitelné. Situaci nálezu krabičky cigaret či jiného tabákového výrobku je třeba řešit se žákem samotným, se zákonným zástupcem, případně s OSPOD. Pomáhá výchovné působení na dítě. Je těžké vysvětlovat, že kouření škodí zdraví, když v rodině kouří oba rodiče a dítě „to považuje za normální“. Doporučuji využít informací v příloze č. 13 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28. Tabákový zákon zakazuje prodej tabákových výrobků, tabákových potřeb a elektronických cigaret osobám mladším 18 let.⁷⁰

Žák kouří tabákové výrobky ve škole (prostorách školy)

Kouření v prostorách školy zakazuje tabákový zákon č. 379/2005 Sb., který mimo jiné stanoví opatření směřující k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, stanoví opatření omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu a také určuje působnost správních úřadů a orgánů územních samosprávných celků při tvorbě a uskutečňování programů k ochraně zdraví před účinky alkoholu, tabáku a návykových látek. V § 8 tabákového zákona je stanoveno, na kterých místech je zakázáno kouřit. Tento zákon zakazuje v § 8 odst. 1 písm. b) kouření ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských zařízení. Nedodržuje-li osoba zákaz kouření v místech uvedených v § 8 odst. 1 a 2 tabákového zákona, a to ani po výzvě provozovatele, aby v tomto jednání nepokračovala nebo aby prostor opustila, je provozovatel oprávněn požádat obecní policii nebo Policii ČR o zákrok směřující k dodržení zákazu.⁷¹

Co z těchto ustanovení vyplývá pro pedagogy?

Je možné kouřícího žáka nebo studenta upozornit, aby kouření v prostorách školy zanechal, neboť je to zákonem zakázáno, a požádat ho, aby opustil prostor. Pokud žák nebo student neuposlechne, jsme oprávněni zavolat na pomoc obecní policii nebo Policii ČR, aby učinila kouření přítrž a vynutila dodržení zákona. Fyzická nebo právnická osoba se jako provozovatel dopustí správního deliktu dle ustanovení § 24 odst. 6 písm. b) tabákového zákona tím, že umožní kouření na místech, kde je to zákonem zakázáno tj. ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských

70 § 4–7 tabákového zákona č.379/ 2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů

71 § 9 odst. 2 tabákového zákona č. 379/2005 Sb.

zařízení. Hrozí pokuta ve výši 5 000 až 10 000 Kč. Navíc se osoba kouřící na místech, kde je to zákonem zakázáno, dopouští přestupku na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi dle ustanovení § 30 odst. 1 písm. m) přestupkového zákona, znění:

„§ 30 Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo...

m) kouří na místech zákonem zakázaných, ...

(2) Za přestupek podle odstavce 1 písm. a) až d) lze uložit pokutu do 3 000 Kč, za přestupek podle odstavce 1 písm. e) a f) pokutu do 5 000 Kč a zákaz činnosti do 1 roku, za přestupek podle odstavce 1 písm. g) až i) pokutu od 25 000 Kč do 50 000 Kč a zákaz činnosti od 1 do 2 let a za přestupek podle odstavce 1 písm. j) a k) pokutu do 15 000 Kč a za přestupek podle odstavce 1 písm. a), b), c), e), f), g), h), ch), j) a k) lze spolu s pokutou uložit zákaz pobytu.“

Jak situaci řešit? Nejdříve využijeme ustanovení dané školním řádem a uplatňujeme sankce, jednáme se zákonným zástupcem dítěte. Pokud se situace opakuje, podáme oznámení na OSPOD, případně situaci řešíme cestou spolupráce s policií (MP nebo PČR), když je kouření po výzvěch k ukončení opakované. Pro policii jsou důležité informace zejména o tom, kdo prodal dítěti mladšímu 18 let tabákový výrobek, popřípadě kde k němu dítě přišlo, když si ho nekoupilo. Podle zjištěných informací je dobré oznámit věc policii, aby provedla šetření např. u novinového stánku, kde děti cigarety kupují (prodejce může dostat pokutu 50 000–500 000 Kč⁷², může mu být uložen zákaz činnosti až na dobu dvou let). V případě, kdy dítě bere cigarety doma nebo je má od někoho jiného (spolužáka, kamaráda) řešit situaci s rodiči, s rodiči spolužáků, s žáky, kterých se to týká tak, aby byli upozorněni na to, že ten, kdo umožňuje dítěti si brát cigarety, je přestupcem a může být řešen správním orgánem a dostat pokutu. Také OSPOD bude jistě zajímat, že rodiče nedbají o zdraví dítěte a umožňují mu kouření. V závažných případech, kdy by rodiče sami nabádali dítě ke kouření a dávali (či kupovali) by svému dítěti cigarety, by mohlo jít až o páchání trestného činu ohrožování výchovy dítěte dle ustanovení § 201 trestního zákoníku.

Žák kouří tabákové výrobky mimo prostory školy

Kouření žáků a studentů mimo prostory školy, na místech, kde to zákon č. 379/2005 Sb. vyloženě nezakazuje, nelze žádným způsobem postihnout. V zákoně nikde není stanovena sankce za to, že dítě kouří. Sankce jsou dány za prodej a podávání cigaret nebo tabákových výrobků osobám mladším 18 let. V § 30 odst. 1 přestupkového zákona je uvedeno:

72 § 24 tabákového zákona č. 379/2005 Sb.

„§ 30 Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo...

n) prodá výrobek podobný tabákovému výrobku, tabákové potřebě ve formě potravinářského výrobku nebo hračky, anebo podobný alkoholickému nápoji ve formě hračky,

o) prodá tabákový výrobek, tabákovou potřebu nebo alkoholický nápoj v zařízení nebo na akcích určených osobám mladším 18 let,

p) prodá, podá nebo jinak umožní užití tabákového výrobku osobě mladší 18 let nebo neodepře jejich prodej fyzické osobě, o níž lze mít pochybnost, že splňuje podmínku věku. ...

(2) Za přestupek podle odstavce 1 písm. a) až d) lze uložit pokutu do 3 000 Kč, za přestupek podle odstavce 1 písm. e) a f) pokutu do 5 000 Kč a zákaz činnosti do 1 roku, za přestupek podle odstavce 1 písm. g) až i) pokutu od 25 000 Kč do 50 000 Kč a zákaz činnosti od 1 do 2 let a za přestupek podle odstavce 1 písm. j) a k) pokutu do 15 000 Kč a za přestupek podle odstavce 1 písm. a), b), c), e), f), g), h), ch), j) a k) lze spolu s pokutou uložit zákaz pobytu.“

Jak situaci řešit? Nejdříve oznámíme zákonným zástupcům, že jejich dítě kouří, využijeme ustanovení § 7 odst. 1 zákona o sociálně-právní ochraně dětí (zák. č. 359/1999 Sb. v platném znění). „Každý je oprávněn upozornit na závadné chování dětí jejich rodiče.“ Takže i pedagog je oprávněn upozornit zákonné zástupce, rodiče na to, že jejich dítě kouří mimo školní vyučování mimo školní pozemek. Toto oprávnění můžeme využít i při spáchání jiných přestupků i jiných trestných činů dětmi v dalších případech. Odpovědnost za výchovu dětí mají rodiče.

„§ 884

(1) Rodiče mají rozhodující úlohu ve výchově dítěte. Rodiče mají být všestranně příkladem svým dětem, zejména pokud se jedná o způsob života a chování v rodině.

(2) Výchovné prostředky lze použít pouze v podobě a míře, která je přiměřená okolnostem, neohrožuje zdraví dítěte ani jeho rozvoj a nedotýká se lidské důstojnosti dítěte.

§ 885

Pečuje-li o dítě jen jeden z rodičů, podílí se na péči o dítě a jeho výchově i manžel nebo partner rodiče dítěte, žije-li s dítětem v rodinné domácnosti. To platí i pro toho, kdo s rodičem dítěte žije, aniž s ním uzavřel manželství nebo registrované partnerství, žije-li s dítětem v rodinné domácnosti.“

Upozorněním rodičů je odpovědnost přenesena na rodiče a záleží na nich, jak budou záležitost s kouřením řešit. Pokud budou chtít poradit, kam se obrátit, co s kouřením jejich dítěte dělat, měli bychom mít v zásobě rady a kontakty na instituce, které v této oblasti působí. Pomůže nám k tomu

příloha č. 13 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28, kde je mnoho informací k tabáku. Situaci lze konzultovat s OSPOD, případně celou věc hned řešit se sociálními pracovníky. Máme dokonce oznamovací povinnost k OSPOD (§ 10 s ohledem na § 6 zákona o sociálně-právní ochraně dětí), jestliže víme o dítěti, které užívá návykové látky (tabák).

Pokud rodiče nedbají o zdraví svého dítěte a neřeší jeho závislost na kouření, mohlo by se jednat o podezření z páchání trestného činu ohrožování výchovy dítěte § 201 trestního zákoníku (přesné znění citace je v následující kapitole). Tento trestný čin lze spáchat z nedbalosti. Jakákoliv informace může být pro sociální pracovníky klíčová, např. při rozhodování, zda dítě umístit do výchovného ústavu, svěřit do péče jiné osobě atp. Při kouření žáků mimo prostory školy (venku, v parku, na ulici) je možné také přivolat MP nebo Policii ČR, ale nic to neřeší, sankce za kouření lze ukládat pouze na místech, kde je kouření zakázáno. Pokud by se osoby pohybovaly mimo prostory, kde je kouření zakázáno, je kouření jako takové nepostižitelné. Nejlepším řešením je upozornit rodiče a OSPOD, jak je popsáno výše.

Žák nabízí ostatním žákům tabákové výrobky

Nabízení tabákových výrobků – cigaret a také tabákových potřeb a elektronických cigaret ostatním žákům je v každém případě přestupkem dle ustanovení § 30 přestupkového zákon č. 200/1990 Sb., kdy je v odst. 1 písm. p) stanoveno, že kdo prodá, **podá nebo jinak umožní užití tabákového výrobku** osobě mladší 18 let nebo neodepře jejich prodej fyzické osobě, o níž lze mít pochybnost, že splňuje podmínku věku, se dopustí přestupku. Je možné celou záležitost řešit dle školního řádu, pokud se jedná o nabízení tabákových výrobků v prostorách školy a v době vyučování. Informovat především zákonné zástupce, případně lze celou věc také řešit přes policii, ať už městskou (obecní) nebo Policii ČR. Konzultace s OSPOD je na místě v případě, že se situace opakuje a rodiče nespolupracují se školou. Vzhledem k tomu, že většina škol a školských zařízení řeší tabákové výrobky a tabák jen obecně, doporučuji do školního řádu také výslovně zahrnout elektronickou cigaretu, aby nedocházelo k nedorozumění při výkladu platnosti zákazu kouření a nabízení tabákových výrobků, potřeb a elektronických cigaret v prostorách školy a na školních akcích.

V případě nespolupracujících rodičů je možné spatřovat v jejich jednání neplnění rodičovských povinností daných školním řádem nebo daných občanským zákoníkem. Rodič se z nedbalosti může dopouštět trestného činu ohrožování výchovy dítěte dle ustanovení § 201 trestního zákoníku. A je na místě věc oznámit Policii ČR jako podezření ze spáchání trestného činu

nebo věc konzultovat se sociálními pracovníky na OSPOD a po dohodě s nimi podat oznámení na Policii ČR. Vše bychom měli řešit včas a hlavně tak, aby prvním a nejdůležitějším zájmem bylo blaho dítěte.

V některých případech postačí rodičům vysvětlit, že pokud nebudou konat, co mají a pokud se nebudou důsledně o své dítě starat, bude podáno trestní oznámení. Ve většině případů dostačoval tento pohovor k tomu, aby se rodiče vzpamatovali a spolupracovali.

„ 201 Ohrožování výchovy dítěte

(1) Kdo, byť i z nedbalosti, ohrozí rozumový, citový nebo mravní vývoj dítěte tím, že

- a) svádí ho k zahálčivému nebo nemravnému životu,
- b) umožní mu vést zahálčivý nebo nemravný život,
- c) umožní mu opatřovat pro sebe nebo pro jiného prostředky trestnou činností nebo jiným zavrženíhodným způsobem, nebo
- d) **závažným způsobem poruší svou povinnost o ně pečovat nebo jinou svou důležitou povinnost vyplývající z rodičovské zodpovědnosti,**
bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo umožní, byť i z nedbalosti, dítěti hru na výherním hracím přístroji, který je vybaven technickým zařízením, které ovlivňuje výsledek hry a které poskytuje možnost peněžité výhry, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžítým trestem nebo zákazem činnosti.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán,

- a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ze zavrženíhodné pohnutky,
- b) pokračuje-li v páchání takového činu po delší dobu,
- c) spáchá-li takový čin opětovně, nebo
- d) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.“

i) Co kdyby žák měl u sebe ve škole alkohol?

Jestliže si žák nebo student mladší 18 let přinese do školy alkohol, je nutné zjistit, kde k němu přišel. Celou věc řešíme dle školního řádu, včetně sankcí a spolupracujeme s rodiči (zákonnými zástupci) dítěte. Pokud dítě uvede, že alkohol zakoupilo v obchodě, je na místě vyrozumět Policii ČR nebo obecní policii o tom, že dochází k prodeji alkoholu dětem, aby bylo provedeno šetření. Prodejce může dostat pokutu, protože prodej alkoholu osobám mladším 18 let je zakázán, jedná se o přešůpek dle § 30 odst. 1 písm. a) přestupkového zákona.

„§30 Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo

- a) prodá, podá nebo jinak umožní požití alkoholického nápoje osobě zjevně ovlivněné alkoholickým nápojem nebo jinou návykovou látkou, osobě mladší osmnácti let, osobě, o níž lze mít pochybnost, zda splňuje podmínku věku, nebo

osobě o níž ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohla ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek,...

(2) Za přestupek podle odstavce 1 písm. a) až d) lze uložit pokutu do 3 000 Kč, za přestupek podle odstavce 1 písm. e) a f) pokutu do 5 000 Kč a zákaz činnosti do 1 roku, za přestupek podle odstavce 1 písm. g) až i) pokutu od 25 000 Kč do 50 000 Kč a zákaz činnosti od 1 do 2 let a za přestupek podle odstavce 1 písm. j) a k) pokutu do 15 000 Kč a za přestupek podle odstavce 1 písm. a), b), c), e), f), g), h), ch), j) a k) lze spolu s pokutou uložit zákaz pobytu.“

Nebo se může prodejce dopustit správního deliktu dle tabákového zákona – viz výpis znění ustanovení § 24, odst. 6, kdy prodejci hrozí pokuta 50 000–500 000 Kč nebo i zákaz činnosti na dva roky. Výpis § 24 tabákového zákona:

„KONTROLA, SPRÁVNÍ DELIKTY A SANKCE

§ 24

(1) Kontrolu dodržování povinností stanovených tímto zákonem, s výjimkou povinností podle § 5 a § 11 odst. 1 a 2, vykonává

a) obec v přenesené působnosti,

b) obecní policie,

c) Policie České republiky,

d) v případě stravovacích služeb též orgán ochrany veřejného zdraví.

(2) Kontrolu dodržování povinností podle § 5 odst. 1 a § 11 odst. 1 vykonává Česká obchodní inspekce.

(3) Kontrolu dodržování povinností podle § 5 odst. 2 a § 11 odst. 2 vykonává celní úřad.

(4) Sankce za správní delikty ukládají orgány uvedené v odstavci 1 písm. a) a d) a v odstavcích 2 a 3.

(5) Při provádění kontroly a při ukládání sankcí postupují kontrolní orgány podle zvláštních právních předpisů.

(6) Fyzická nebo právnická osoba se jako provozovatel dopustí správního deliktu tím, že

a) neprovede povinné značení podle tohoto zákona,

b) umožní kouření na místě, na němž je kouření tímto zákonem nebo obecně závaznou vyhláškou obce zakázáno,

c) prodá tabákový výrobek, tabákovou potřebu, elektronickou cigaretu nebo alkoholický nápoj mimo místa tímto zákonem pro prodej stanovená,

d) prodá tabákový výrobek, tabákovou potřebu, elektronickou cigaretu nebo alkoholický nápoj pomocí prodejního automatu, u něhož nelze vyloučit prodej osobě mladší 18 let věku nebo pomocí jiné formy, u které není možno ověřit věk kupujícího,

e) prodá, vyrobí nebo doveze potravinářský výrobek nebo hračku napodobující tvar a vzhled tabákového výrobku nebo tabákové potřeby anebo hračku napodobující tvar a vzhled alkoholického nápoje,

f) nezajistí prodej tabákových výrobků, tabákových potřeb nebo alkoholických nápojů anebo podávání alkoholických nápojů osobou uvedenou v § 7 odst. 2 a v § 11 odst. 3,

g) prodá tabákový výrobek, tabákovou potřebu, elektronickou cigaretu nebo alkoholický nápoj na akci určené pro osoby mladší 18 let anebo podá alkoholický nápoj na akci určené pro osoby mladší 18 let,

h) prodá tabákovou potřebu osobě mladší 18 let,

i) prodá tabákový výrobek, elektronickou cigaretu nebo alkoholický nápoj osobě mladší 18 let anebo podá alkoholický nápoj osobě mladší 18 let.

(7) Poskytovatel zdravotních služeb, který poskytuje substituční léčbu, se dopustí správného deliktu tím, že v rozporu s § 20 odst. 2 písm. j) nenahlásí pacienty do Národního registru léčby uživatelů drog.

(8) Za správný delikt se uloží pokuta ve výši

a) až 5 000 Kč, jde-li o správný delikt podle odstavce 6 písm. a),

b) 5 000 Kč až 10 000 Kč, jde-li o správný delikt podle odstavce 6 písm. b) a odstavce 7,

c) 10 000 Kč až 50 000 Kč, jde-li o správný delikt podle odstavce 6 písm. c) až h),

d) 50 000 Kč až 500 000 Kč, jde-li o správný delikt podle odstavce 6 písm. i).

(9) Za správný delikt podle odstavce 6 písm. c) až i) a odstavce 7 lze navíc uložit provozovateli zákaz činnosti až na dobu 2 let.

(10) Při stanovení sankce se přihlédne k délce doby, po kterou porušování povinnosti trvalo, k okolnostem, za nichž k protiprávnímu jednání došlo a k následkům tohoto jednání.

(11) Řízení o uložení sankce lze zahájit do 1 roku ode dne, kdy se kontrolní orgány o porušení povinnosti dozvěděly, nejpozději však do 3 let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo.

(12) Pokutu nelze uložit, byla-li za totéž jednání uložena pokuta podle jiných právních předpisů.

(13) Na řízení o správních deliktech se vztahuje správní řád.

(14) Orgán, který pokutu uložil, ji vybírá. Pokuta je příjmem státního rozpočtu, s výjimkou pokuty uložené obcí, která je příjmem rozpočtu obce. Při vybírání a vymáhání uložených pokut se postupuje podle zvláštního právního předpisu²¹⁾.

(15) Probíhá-li souběžně několik řízení o tomtéž správním deliktu, v řízení pokračuje a dokončí je orgán, který řízení zahájil jako první.“

V případě, že žák uvádí, že alkohol vzal doma, rozhodně věc probrat s rodiči dítěte a upozornit je na to, že musí oni zabránit tomu, aby se dítě k alkoholu dostalo, musí být přijata náležitá opatření, neboť rodiče jsou zodpovědní za výchovu dítěte, viz výše. V případě, že se situace opakuje, oznámit věc na OSPOD k provedení šetření v rodině. Jestliže se jedná o nespolupracující rodiče a s dítětem i rodiči jsou neustále problémy, je na místě řešit situaci, kdy dítě přineslo alkohol z domu, přímo s Policií ČR. Podat oznámení, aby policie posoudila, zda nedochází k páčání trestné činnosti v rodině žáka nebo studenta.

Žák ve škole požívá alkohol

Jestliže si žák nebo student mladší 18 let přinese do školy alkohol, který následně požívá, okamžitě mu v další konzumaci zabráníme. V případě

potřeby poskytnout první pomoc pro intoxikaci alkoholem, při ohrožení života nebo zdraví volat záchranou službu na tísňové lince 155. Když je žák ve stavu vylučujícím další vzdělávání, vyznamene zákonného zástupce, aby si dítě přišel vyzvednout. A se zákonným zástupcem také následně řešit, kde dítě alkohol vzalo a proč je konzumuje ve škole. Je to obdoba situace, kdy žák přinese do školy alkohol, viz předchozí kapitola. Konzumaci alkoholu ve škole je dobré řešit dle školního řádu, se zákonnými zástupci, opakované porušení hlásíme OSPOD a Policii ČR. Opakované podávání nebo prodávání alkoholu dítěti, pokud zjistíme, kdo podává nebo prodává, zakládá podezření z trestného činu podávání alkoholu dítěti § 204 trestního zákoníku, výpis viz níže. Problematikou alkoholismu u dětí se zabývá příloha č. 4 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28, kde jsou uvedeny základní informace a postupy k řešení, doporučuji nastudovat dříve, než se situace ve škole vyskytne.

Žák nabízí ve škole ostatním žákům alkohol

Jestliže žák nebo student mladší 18 let nabízí ve škole alkohol ostatním žákům, dopouští se přestupku na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi § 30 odst. 1 písm. a) přestupkového zákona.

„§ 30 Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo

a) prodá, podá nebo jinak umožní požití alkoholického nápoje osobě zjevně ovlivněné alkoholickým nápojem nebo jinou návykovou látkou, osobě mladší osmnácti let, osobě, o níž lze mít pochybnost, zda splňuje podmínku věku, nebo osobě o níž ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohla ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek,...

(2) Za přestupek podle odstavce 1 písm. a) až d) lze uložit pokutu do 3 000 Kč, za přestupek podle odstavce 1 písm. e) a f) pokutu do 5 000 Kč a zákaz činnosti do 1 roku, za přestupek podle odstavce 1 písm. g) až i) pokutu od 25 000 Kč do 50 000 Kč a zákaz činnosti od 1 do 2 let a za přestupek podle odstavce 1 písm. j) a k) pokutu do 15 000 Kč a za přestupek podle odstavce 1 písm. a), b), c), e), f), g), h), ch), j) a k) lze spolu s pokutou uložit zákaz pobytu.“

Pokud by dítě podalo alkohol jinému dítěti ve větší míře nebo to bylo opakovaně nebo by byl alkohol podán sice v malém množství, ale velkému počtu dětí najednou (ve větší míře), může jít o spáchání trestného činu (provinění nebo činu jinak trestného) podání alkoholu dítěti dle ustanovení § 204 trestního zákoníku.

„§ 204 Podání alkoholu dítěti

Kdo ve větší míře nebo opakovaně prodá, podá nebo poskytne dítěti alkohol, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.”

Při zjištění této skutečnosti je na místě přivolat Policii ČR k prošetření události, vyrozumět zákonné zástupce. V případě, že je ohrožen život a zdraví dítěte, zavolat rychlou záchrannou službu, tísňovou linku 155. Postup je obdobný jako u intoxikace návykovou látkou. Na místě je také vyrozumění OSPOD, neboť se jedná o dítě požívající alkohol (uvedené v § 6 zákona o sociálně-právní ochraně dětí), a to podléhá oznamovací povinnosti OSPOD, viz předchozí text k oznamovací povinnosti k OSPOD.

j) Co kdybych měl/a podezření, že v rodině žáka není něco v pořádku?

Jestliže se často stává, že dítě nemá připravené pomůcky, nenosí svačinu, chová se divně nebo nastala nenadálá změna v jeho chování, jsou to faktory, které mohou oznamovat, že se něco děje v rodině. V následujících kapitolách se budu věnovat pouze několika závažnějším případům, které bychom jako pedagogové neměli nechávat bez povšimnutí.

Zanedbávání školní docházky (záškoláctví)

Když se řekne záškoláctví, je důležité si uvědomit, že to není jen to „klasické chození za školu“, ale že může jít i o závažnější případy liknavosti rodičů, kteří nedbají o to, aby jejich dítě do školy chodilo. Může se jednat o podporu zahálčivého způsobu života ze strany rodičů. Když žák nebo student nechodí do školy, tedy nemá řádně omluvené absence, pak se jedná o záškoláctví. Metodický pokyn MŠMT č. 10 194/2002–14 k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví uvádí, jakým způsobem se omlouvá nepřítomnost, jsou zde doporučení, která je možno zakomponovat do školního řádu. Ve školském zákoně⁷³ je uvedeno v § 50 odst. 1, že zákonný zástupce, či zletilý žák, je povinen doložit důvody nepřítomnosti žáka ve vyučování nejpozději do tří kalendářních dnů od počátku nepřítomnosti. Dodatečná omluvenka by tím pádem neměla být učitelem uznávána a nepřítomnost by byla považována za neomluvenou. Absenci, která není omluvena a je do součtu 10 vyučovacích hodin, řeší třídní učitel se zákonnými zástupci v kompetenci školy. Při počtu neomluvených hodin nad 10, ale méně než 25, je svolávána výchovná komise. Pokud je neomluvených hodin více než 25, je nutno tuto skutečnost oznámit na orgán sociálně-právní ochrany dětí

73 Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů.

a mládeže – OSPOD. Tento postup je dle platného metodického pokynu MŠMT k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví č.j. 10 194/2002–14. Upozorňuji, že zameškané hodiny se počítají od počátku školního roku a jakmile dosáhnou počtu 10, řeší se okamžitě. Ve své praxi jsem se setkala s počítáním neomluvených hodin v každém měsíci zvlášť, což vedlo k tomu, že OSPOD řešil případ zameškaných skoro 90 neomluvených hodin, aniž by bylo předtím podáno oznámení při zameškaných 25 hodinách. Při neomluvené absenci nad 25 hodin je dáno podezření z přestupku dle § 31 přestupkového zákona, kterého se dopouštějí rodiče tím, že zanedbávají školní docházku svého dítěte, citace níže:

„§ 31 Přestupky na úseku školství a výchovy mládeže

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo ohrožuje výchovu a vzdělávání nezletilého zejména tím, že nepřihlásí dítě k povinné školní docházce nebo zanedbává péči o povinnou školní docházku žáka.

(2) Za přestupek podle odstavce 1 lze uložit pokutu do 3000 Kč.“

V případě, že rodiče po prošetření přestupku i nadále nedbají o docházku svého dítěte do základní školy, tedy dítě neplní povinnou devítiletou docházku,⁷⁴ je možné považovat jednání rodičů za podezření ze spáchání trestného činu ohrožování výchovy dítěte § 201 trestního zákoníku (viz). O záškoláctví, jeho příčinách, možné pomoci při záškoláctví a jeho prevenci pojednává velmi podrobně již zmíněná publikace *Co dělat když* (Vaňkátová a kol., 2010–2014). V kapitole věnované záškoláctví (listy A 1.3) zmiňuje možnost odebrání sociálních dávek rodičům, kteří byli sankcionováni dle přestupkového zákona za záškoláctví svých potomků. Jedná se o skutečnost, že zákon o sociální potřebnosti č. 482/1991 Sb. v § 3 uvádí: „Za sociálně potřebného se též nepovažuje rodič, který neplní povinnosti zákonného zástupce nezaopatřeného dítěte spojené s řádným plněním povinné školní docházky podle zvláštního právního předpisu, pokud dítě je pro účely sociální potřebnosti společně posuzovanou osobou.“

U žáků a studentů, kteří již dokončili devítiletou povinnou školní docházku, je možné uplatňovat kázeňské tresty ve smyslu § 30 a 31 zákona č. 561/2004 Sb. – školský zákon v platném znění.⁷⁵ Těmto starším žákům může hrozit podmíněné vyloučení žáka nebo studenta, vyloučení žáka nebo studenta ze školy nebo školského zařízení a další kázeňská opatření, která nemají právní důsledky pro žáka nebo studenta (snížený stupeň

74 § 36 zákona č. 561/2004 Sb. v platném znění

75 § 31 školní řád, vnitřní řád, stipendijní řád a § 31 výchovná opatření (pochvaly nebo jiná ocenění a kázeňská opatření).

z chování atp.). Příloha č. 11 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28 uvádí také podrobné informace o záškoláctví, jeho řešení a prevenci.

Ohrožování výchovy dítěte

Jestliže není o dítě správně postaráno, vypadá to, že rodiče neplní své povinnosti vyplývající z rodičovské péče: např. dítě nemá svačiny, chodí špinavé a zanedbané, rodiče se soustavně nedostavují na třídní schůzky a se školou nespolupracují při výchovných problémech, případně rodiče nedbají o výchovu dítěte, pak se může jednat o podezření ze spáchání trestného činu ohrožení výchovy dítěte § 201 trestního zákoníku, ale také o podezření ze spáchání trestného činu zanedbání povinné výživy dle § 196 trestního zákoníku. Výpis přesného znění těchto trestných činů:

„§ 201 Ohrožování výchovy dítěte

(1) Kdo, byť i z nedbalosti, ohrozí rozumový, citový nebo mravní vývoj dítěte tím, že

- a) svádí ho k zahálčivému nebo nemravnému životu,
- b) umožní mu vést zahálčivý nebo nemravný život,
- c) umožní mu opatřovat pro sebe nebo pro jiného prostředky trestnou činností nebo jiným zavrženíhodným způsobem, nebo
- d) závažným způsobem poruší svou povinnost o ně pečovat nebo jinou svou důležitou povinnost vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo umožní, byť i z nedbalosti, dítěti hru na výherním hracím přístroji, který je vybaven technickým zařízením, které ovlivňuje výsledek hry a které poskytuje možnost peněžité výhry, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo zákazem činnosti.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán,

- a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ze zavrženíhodné pohnutky,
- b) pokračuje-li v páčání takového činu po delší dobu,
- c) spáchá-li takový čin opětovně, nebo
- d) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.“

„§ 196 Zanedbání povinné výživy

(1) Kdo neplní, byť i z nedbalosti, svou zákonnou povinnost vyživovat nebo zaopatřovat jiného po dobu delší než čtyři měsíce, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo se úmyslně vyhýbá plnění své zákonné povinnosti vyživovat nebo zaopatřovat jiného po dobu delší než čtyři měsíce, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.

(3) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán,

- a) vydá-li činem uvedeným v odstavci 1 nebo 2 oprávněnou osobu nebezpečí nouze, nebo

b) byl-li za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán.“

Oba tyto trestné činy lze spáchat i z nedbalosti, což je pro rodiče o to horší. Třeba to, že rodič nechává soustavně své nezletilé dítě mladšího školního věku dívat se do pozdních nočních hodin na televizi, může znamenat, že zanedbává řádnou péči a nestará se o to, aby mělo dítě dostatek odpočinku. Stejně lze aplikovat na starší děti, které v noci tráví u počítače (na sociálních sítích nebo hrají hry) takové množství času, že potom ve škole usínají. Opět rodiče se mají postarat o to, aby tyto děti měly řádný režim a dostatek odpočinku.

V případě podezření na tyto skutečnosti je na místě s rodičem (zákonným zástupcem) uskutečnit nejprve pohovor a upozornit ho na jeho rodičovskou odpovědnost a povinnosti při výchově dítěte (podrobně viz předchozí text o rodičovské odpovědnosti). V případě, že i po tomto pohovoru dítě stále chodí do školy nepřipravené, unavené, případně nemá svačiny atp., je na místě kontaktovat OSPOD a oznámit podezření na neplnění rodičovských povinností vyplývajících z rodičovské péče (§ 6 odst. 1 písm. a) bod 2. zákona o sociálně-právní ochraně dětí). Tím jako škola zároveň splníme oznamovací povinnost k OSPOD, je dobré požádat o podání vyrozumění.

Závislost na počítačových hrách (gambling, netolismus)

Pod pojmem **netolismus** rozumíme chorobnou závislost na tzv. virtuálních drogách, mezi které se počítají televize, video (DVD), počítačové hry, mobilní telefon nebo práce či zejména zábava na internetu (chatování, kontrola e-mailových zpráv atd.), uvádí se k netolismu na www.prevence-info.cz. Nově lze zahrnout i používání tabletů a herních konzolí. „**Gambling**, neboli **hraní hazardních her** se považuje za patologickou psychickou závislost na lákavé představě rychlého zisku peněz nebo jiné hmotné výhry. Pravidla her jsou přitom nastavena z dlouhodobého hlediska pro hráče nevýhodně. Mnozí hráči získávají závislost na hře, rostoucí finanční problémy se snaží vyřešit další účastí ve hře a vytvářejí tak bludný kruh. Závislé osoby (tzv. gambleři) dokážou prohrát ohromné částky, což má často za následek zásadní narušení mezilidských vztahů a existenční potíže nejen samotných hráčů, ale často i jejich blízkých. Gamblerství bývá spojeno s jinými druhy závislostí, například na drogách. Český zákon nedovoluje hru hazardních her osobám mladším osmnácti let a do heren s automaty jim pak úplně zakazuje vstup.“⁷⁶

Nelátkové závislosti

„Ačkoliv počítače a internet usnadňují komunikaci, zefektivňují práci a poskytují dříve nepředstavitelnou formu zábavy, může mít jejich používání

76 <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/gambling>

i svá negativa. Zejména pokud to s nimi jejich uživatel přehání. Mezi přímé důsledky přemíry času stráveného on-line patří zejména narušení denního rytmu, zanedbávání osobní hygieny a výživy, spánková deprivace, únava, bolesti hlavy a očí a zhoršená orientace v čase (Brenner, 1997; Young, 1999; Wieland, 2005). Jako dlouhodobý důsledek excesivního používání internetu a počítačů bývá zmiňována změna životního stylu, pokles fyzické aktivity, nemoci pohybového ústrojí, obezita, sociální stažení z reálných mezilidských vztahů, ztráta přátel, problémy a konflikty v osobních vztazích, zanedbávání povinností, pozdní příchody, nesoustředěnost, snížená výkonnost a z toho pramenící problémy ve škole nebo v práci (Chou et al., 2005; Young & Rodgers, 1998; Young, 2004).

Volně dle Davise (2001) lze technologickou závislost definovat jako takové chování člověka v interakci s počítačem, internetem či jinou informační technologií, které je (1) nezvladatelné; (2) obtěžující, ubírající příliš mnoho času nebo vedoucí k problémům ve vztazích, v práci nebo dalších oblastech života; a (3) není přítomno výhradně během manických nebo hypomanických epizod. Během posledních desetiletí byla popsána např. *závislost na televizi* (Kubey & Csikszentmihalyi, 2002); Keepers (1990) na případové studii kompulzivního hraní videoher definuje *technologickou závislost* (technological dependency); chemickou nebo behaviorální závislost, která zahrnuje interakci člověka s nehumánním artefaktem, nazývá Griffiths (1995) *technological addiction*; *závislost na počítačích* popsaná Shottonem (1991) v jeho studii vykazuje jako jediný závažný negativní následek stíženosti partnerek; *závislost na kyberprostoru* (Suler, 2004) v sobě pak zahrnuje závislost na počítačích, internetu, videohrách a mobilních telefonech.⁷⁷

Pokud bude mít pedagog podezření na závislostní chování žáka nebo studenta, zejména závislost na počítačích, hrách nebo mobilním telefonu (netolismus), doporučuji obrátit se na pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP) a vše řešit se zákonnými zástupci žáka. Když vyjde najevo, že rodiče dostatečně nedbají o výchovu dítěte a o jeho zdravý mravní a rozumový vývoj, je podezření ze spáchání trestného činu ohrožování výchovy dítěte dle § 201 trestního zákoníku, viz kapitola výše. Můžeme podat oznámení na OSPOD nebo na Policii ČR k prošetření celé skutečnosti. V případě, že bude podezření na hraní na výherních automatech, může se jednat také o ohrožování výchovy dítěte dle § 201 trestního zákoníku, avšak odst. 2:

„§ 201 Ohrožování výchovy dítěte

(2) Kdo umožní, byť i z nedbalosti, dítěti hru na výherním hracím přístroji, který je vybaven technickým zařízením, které ovlivňuje výsledek hry a které poskytuje možnost peněžité výhry, bude potrestán odnětím svobody až na je-

77 <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3246/Technologicke-zavislosti>

den rok, peněžitým trestem nebo zákazem činnosti.

- (3) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán,
- a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ze zavrženíhodné pohnutky,
 - b) pokračuje-li v páchání takového činu po delší dobu,
 - c) spáchá-li takový čin opětovně, nebo
 - d) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.“

U tohoto trestného činu mohou být pachatelé provozovatelé heren a barů s výherními hracími automaty, kteří umožní dětem mladším 18 let hru na těchto přístrojích. Nebo mohou být pachatelé rodiče, kteří své děti do takových podniků vezmou a umožní jim hru na přístrojích. V současné době dochází k velké redukci výherních hracích automatů v obcích. Některé obce zakazují obecně závaznou vyhláškou na svém katastrálním území provozování těchto hazardních her, jiné obce mají výherní hrací automaty povolené v určitých částech obce. V každém případě při podezření na závislostní chování dítěte nejprve věc probereme s rodiči (zákonnými zástupci) a nabídneme jim radu, doporučíme pedagogicko-psychologickou poradnu, kam se mohou obrátit s tímto problémem. Pokud rodiče nechťejí věc řešit, nezbyde nám než podat oznámení na OSPOD, případně na Policii ČR. V tomto případě bereme ohled zejména na blaho dítěte a jeho zdravý vývoj.

Týrání svěřené osoby a domácí násilí

Jako pedagogové jsme jistě již byli poučeni o tom, jak rozpoznávat, že se v rodině „něco děje“, všímáme si změn chování dítěte, zkoumáme modřiny na těle (např. při hodině tělesné výchovy) anebo zjišťujeme různé informace o dítěti od spolužáků. V případě podezření na týrání dítěte v rodině máme dokonce oznamovací povinnost, jelikož se jedná o trestný čin uvedený v § 368 trestního zákoníku. V případě, že bychom věc neoznámili, dopustíme se sami trestného činu neoznámení trestného činu § 368 trestního zákoníku, podrobný výpis znění viz *příloha č. 1*.

Přesné znění § 198 Týrání svěřené osoby dle trestního zákoníku:

„§ 198 Týrání svěřené osoby

- (1) Kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let.
- (2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,
- a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 zvláště surovým nebo trýznivým způsobem,
 - b) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví,
 - c) spáchá-li takový čin nejméně na dvou osobách, nebo
 - d) páchá-li takový čin po delší dobu.
- (3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1
- a) těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob, nebo
 - b) smrt.“

Pozor, oznamovací povinnost se vztahuje pouze na výše uvedený trestný čin týrání § 198 TZ. Pokud by se jednalo o tzv. domácí násilí, popsané v § 199 trestního zákoníku, oznamovací povinnost tam není stanovena:

„§ 199 Týrání osoby žijící ve společném obydlí

(1) Kdo týrá osobu blízkou nebo jinou osobu žijící s ním ve společném obydlí, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 zvlášť surovým nebo trýznivým způsobem,

b) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví,

c) spáchá-li takový čin nejméně na dvou osobách, nebo

d) páchá-li takový čin po delší dobu.

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1

a) těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob, nebo

b) smrt.“

Učitel nemá povinnost kvalifikovat, zda se jedná o ten, či onen trestný čin, to provádí orgány činné v trestním řízení, zejména Policie ČR. Podezření na páčání těchto trestných činů doporučuji vždy oznámit jak na Policii ČR, tak na OSPOD, oznamuje se podle místa bydliště dítěte. Při podezření na možné týrání dítěte postupujte co možná nejbezpečněji a dbejte pokynů Policie ČR. V případě potřeby se nebojte konzultovat svoje podezření s pracovníky Služby kriminální policie a vyšetřování – kriminalisty odhalujícími trestnou činnost páchanou na dětech a mládeži. Jedná se hlavně o to, kdy vyznat zákonné zástupce, kteří jsou vlastně podezřelí ze spáchání trestného činu vůči svému dítěti. Jestliže nevíte jak postupovat, zavolejte na kriminální policii příslušné služebny Policie ČR a ptejte se, co udělat. Další podrobnosti zejména k syndromu týraného a zneužívaného dítěte najdeme také v příloze č. 5 Metodického doporučení MŠMT k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28.

Pohlavní zneužití dítěte

Další trestný čin, který může ve škole vyjít najevo, je pohlavní zneužití dítěte. Může dojít k tomu, že dítě je zneužito někým z rodiny, postup oznamování Policii ČR je stejný, jako u předešlého případu. Jestliže se hodnověrným způsobem dozvíme, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin pohlavního zneužití, mám povinnost takové jednání přerušit (§ 367 trestního zákoníku). Překazením tohoto trestného činu je včasné oznámení Policii ČR.

Trestný čin sexuální nátlak dle § 186 trestního zákoníku zde zmiňuji z toho důvodu, že se mnohdy stává, že se příbuzný domnívá, že pokud má sexuální styk s osobou starší 15 let a mladší 18 let, tak je beztrestný a nic se mu nemůže stát. Není tomu tak: pokud dítě (mladší 18 let) nutí k činnos-

tem vyjmenovaným v § 186 trestního zákona (přesné znění viz níže), může být opravdu potrestán i když je dítě již starší 15 let.

„§ 186 Sexuální nátlak

(1) Kdo jiného násilím, pohrůžkou násilí nebo pohrůžkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování, nebo kdo k takovému chování přiměje jiného zneužívaje jeho bezbrannosti, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta nebo zákazem činnosti.

(2) Stejně bude potrestán pachatel, který přiměje jiného k pohlavnímu styku, k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování zneužívaje jeho závislosti nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu.

(3) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2

a) na dítěti, nebo

b) nejméně se dvěma osobami.

(4) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 se zbraní,

b) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 na osobě ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, ochranného léčení, zabezpečovací detence, ochranné nebo ústavní výchovy anebo v jiném místě, kde je omezována osobní svoboda, nebo

c) spáchá-li takový čin jako člen organizované skupiny.

(5) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let, nebo

b) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví.

(6) Odnětím svobody na deset až šestnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 nebo 2 smrt.

(7) Příprava je trestná.“

Jednání sexuálního charakteru směřující k dítěti mladšímu 15 let je vždy považováno za pohlavní zneužití a je důležité tento trestný čin překazit a ihned oznámit.

„§ 187 Pohlavní zneužití

(1) Kdo vykoná soulož s dítětem mladším patnácti let nebo kdo je jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až osm let.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let svěřeném jeho doзору, zneužívaje jeho závislosti nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu.

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví.

(4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.

(5) Příprava je trestná.“

Pedagogové se mnohdy ptají, co to je hodnověrný způsob? Mají strach věc oznámit, protože se bojí, že to třeba nebude pravda a dostanou se sami do problémů kvůli křivému obvinění. Hodnověrný způsob je takový, kdy je podezření důvodné. Podezření lze oznámit na OSPOD i na Policii ČR. Není vyloučeno oznámení na obě tyto instituce, vždy spolu spolupracují. Sociální pracovníci mají více možností vstupu do rodiny, mohou s dítětem hovořit o samotě a bez přítomné další osoby a jednájí vždy ve prospěch dítěte i za cenu, že to bude jednání proti zákonným zástupcům. Na prvním místě je vždy blaho dítěte (mladšího 18 let).

Pachatelem může být jak někdo z příbuzných, tak cizí osoba venku, třeba v parku. Metodické doporučení MŠMT k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28, příloha 5 informuje i o postupu v těchto případech pohlavního zneužití.

Výroba dětské pornografie

U této trestné činnosti je důležité si uvědomit, že pohlavní styk mohou mít mezi sebou děti od 15 let, pokud k tomu nebudou nuceny násilím, viz § 186 trestního zákoníku, výpis znění je výše. Paradoxní je, že ačkoliv mladiství tzv. mohou souložit, nesmějí se při tom fotografovat ani nahrávat na video. Jednalo by se totiž o výrobu dětské pornografie ve smyslu ustanovení § 192 trestního zákoníku, neboť zde se hovoří o využívání dítěte k pornografickému dílu a za dítě je pro účely trestního řízení považována osoba mladší 18 let.

„§ 192 Výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií

(1) Kdo přechovává fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo, které zobrazuje nebo jinak využívá dítě nebo osobu, jež se jeví být dítětem, bude potrestán odnětím svobody až na dva roky.

(2) Kdo vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, činí veřejně přístupným, zprostředkuje, uvede do oběhu, prodá nebo jinak jinému opatří fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo, které zobrazuje nebo jinak využívá dítě nebo osobu, jež se jeví být dítětem, anebo kdo kořistí z takového pornografického díla, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(3) Odnětím svobody na dvě léta až šest let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 2

- a) jako člen organizované skupiny,
- b) tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem, nebo
- c) v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.“

(4) Odnětím svobody na tři léta až osm let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 2

- a) jako člen organizované skupiny působící ve více státech, nebo
- b) v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu.“

„§ 193 Zneužití dítěte k výrobě pornografie

(1) Kdo přiměje, zjedná, najme, zláká, svede nebo zneužije dítě k výrobě pornografického díla nebo kořistí z účasti dítěte na takovém pornografickém díle, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až šest let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

a) jako člen organizované skupiny, nebo

b) v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.

(3) Odnětím svobody na tři léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

a) jako člen organizované skupiny působící ve více státech, nebo

b) v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu.“

V případě § 193 trestního zákoníku – zneužití dítěte k výrobě pornografie máme dokonce oznamovací povinnost, jelikož se jedná o trestný čin uvedený v § 368 trestního zákoníku. V případě, že bychom toto neoznámili, dopustíme se sami trestného činu neoznámení trestného činu (viz předchozí text). Podezření na spáchání těchto trestných činů vždy oznamujte Policii ČR, neboť se jedná o závažnou trestnou činnost ohrožující mravní vývoj dítěte. Na tomto místě apeluji na pedagogy, aby o těchto skutečnostech přiměřenou formou informovali děti, zejména v pubertálním věku a také jejich rodiče. Je to taková paradoxní situace, kterou si málokdo uvědomuje. V současné době rozvoje informačních komunikačních technologií se často stává, že si děti mezi sebou posílají obrázky se sexuální a pornografickou tematikou. Pokud by se nejednalo vyložene o „pornofotky“ osoby mladší 18 let nebo osoby, jež se jeví být dítětem, a byla by to „klasická pornografie“, ani toto si děti mladší 18 let mezi sebou nemohou posílat, neboť se dopouští trestného činu šíření pornografie dle § 191 trestního zákoníku:

„§ 191 Šíření pornografie

(1) Kdo vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, činí veřejně přístupným, zprostředkuje, uvede do oběhu, prodá nebo jinak jinému opatří fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo, v němž se projevuje násilí či neúcta k člověku, nebo které popisuje, zobrazuje nebo jinak znázorňuje pohlavní styk se zvířetem, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Kdo písemné, fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo

a) nabízí, přenechává nebo zpřístupňuje dítěti, nebo

b) na místě, které je dětem přístupné, vystavuje nebo jinak zpřístupňuje, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až tři léta bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2

a) jako člen organizované skupiny,

- b) tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem, nebo
 - c) v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.
- (4) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2
- a) jako člen organizované skupiny působící ve více státech, nebo
 - b) v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu.“

Bohužel narážíme na dostupnost pornografie na internetu, kde stačí jen potvrdit, že osobě je více než 18 let, takže se k prohlížení těchto webových stránek mohou dostat i mladší děti. Zamezení přístupu na webové stránky s pornografickou tematikou je na rodičích a ve škole na učitelích (při výuce informatiky). Je třeba dohlédnout na zablokování těchto stránek, jinak se vystavujeme možnosti postihu za trestný čin ohrožování výchovy dítěte § 201 trestního zákoníku.

Je na místě zmínit také zabezpečení mobilních telefonů dětí proti prohlížení nevhodných webových stránek. Chytré mobilní telefony nebo tablety a dokonce už i televizory s možností připojení k internetu pomocí bezdrátového připojení tzv. wi-fi se chovají mnohdy stejně jako počítač a internetový prohlížeč. Také je musíme zablokovat pro vyhledávání nevhodných slov. Více o nastavení rodičovské kontroly se dozvíme v nastavení počítače v operačních systémech např. Windows 7 nebo 8, Android, v prohlížečích jako je Google, Internet Explorer atp. Většina operačních systémů dává možnost tzv. rodičovského zámku nebo bezpečného vyhledávání. Mnoho informací lze najít také na internetu o možnostech rodičovské kontroly je článek na <http://svetaplikasi.tyden.cz/rodicovska-kontrola-aplikace-ktere-pohlidaji-vase-deti/>.

Při kontrolování svých dětí však rodiče musí mít na paměti, že i jejich děti mají právo na soukromí a musíme dbát na to, abychom přílišnou kontrolou neporušovali sami zákon, například nedovoleným čtením SMS zpráv nebo e-mailů, sledováním, snahou získat heslo do profilu dítěte atd. Některé z těchto aktivit mohou být považovány za spáchání trestného činu.

Rizikové sexuální chování

Na webových stránkách www.prevence-info.cz najdeme k tomuto pojmu následující: „Sexuální chování je zjevnou realizací sexuality. V užším smyslu představuje erotické projevy, genitální a orgasmické aktivity. Zahrnuje např. soulož, jiné formy pohlavního styku jako necking, petting, felaci, též masturbaci ad. V širším smyslu představuje takové aktivity, které souvisí s pohlavní rozdílností (např. vyhledávání partnera, namlouvání). O **rizikovém sexuálním chování** se obvykle hovoří v souvislosti s šířením pohlavně přenosných (tělesných) nemocí. Někdy je však dáváno do souvislosti i s nemocemi duševními, a to zejména sexuální násilí a zneužívání. To je ovšem třeba rozlišovat od násilí souhlasného, např. BDSM.“

Mezi rizikové sexuální chování zejména řadíme sexuální styk bez použití kondomu a bez použití antikoncepce, ale hlavně promiskuitní chování. Musíme si však uvědomit, že soulož mezi dětmi (mladšími 15 let) je závažným trestným činem pohlavní zneužití dle ustanovení § 187 trestního zákoníku, blíže viz předchozí text o pohlavním zneužití. V případě, že oba jsou nezletilí, jsou vlastně oba pachatelé a oba oběti trestného činu.

V současné době rozvoje informačních technologií se však rozmáhá jiná forma rizikového sexuálního chování, a to v kyberprostoru, ze kterého se snadno přenáší do reality. Jedná se zejména o sexting – rozesílání zpráv, e-mailů, SMS, fotografií se sexuálním obsahem. Blížší vysvětlení pojmů a nebezpečí najdeme např. na webových stránkách www.sexting.cz. „V roce 2012 zrealizoval tým Centra prevence rizikové virtuální komunikace Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci s firmou Seznam.cz rozsáhlý výzkum zaměřený na rizika spojená s využíváním internetu v populaci dětí. Výzkum se zaměřoval rovněž na oblast sextingu.

Podle výsledků výzkumu sexting v ČR realizuje cca 7–9% populace dětí. 7,23% dětí na internet v roce 2012 umístilo svou „sexy“ fotografii nebo video, na kterých jsou částečně nebo úplně nahé.⁷⁸ Děti velmi často „sextují“ a samotné pořízení fotografie a rozesílání mezi teenagery může být považováno za šíření dětské pornografie, blíže viz předchozí text. Na nejrůznějších sociálních sítích mohou děti komunikovat pomocí chatování nebo telefonování přes internet (třeba i za pomoci webové kamery). Často se stává, že v chatovacích místnostech nebo i na sociálních sítích dospělé osoby vyhledávají osoby mladší 18 let, ale mnohdy také osoby mladší 15 let, a chtějí po nich, aby se jim za úplatu ukázaly nahé, případně aby poslaly nahatou fotografii. O tom, že se jedná o výrobu a šíření dětské pornografie, již bylo popsáno výše. Ale může se jednat také o lákání takových dětí na schůzku, kde hrozí pohlavní zneužití, znásilnění, případně omezování osobní svobody nebo spáchání jiného trestného činu.

Trestní zákoník pamatuje na ochranu dětí mladších 15 let a ten, kdo se snaží navázat sexuální internetovou komunikaci za účelem takové nezletilé dítě vylákat do reálného světa s úmyslem toto dítě sexuálně zneužít, dopouští se trestného činu Navazování nedovolených kontaktů s dítětem § 193b TZ. V případě, že se osoba zúčastní pornografického vystoupení, kde účinkuje dítě, dopouští se trestného činu Účast na pornografickém představení § 193a TZ, podrobně viz výpis níže:

„§ 193a Účast na pornografickém představení

Kdo se účastní pornografického představení nebo jiného obdobného vystoupení, ve kterém účinkuje dítě, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

78 <http://www.sexting.cz/> – sexting v České republice

§ 193b Navazování nedovolených kontaktů s dítětem

Kdo navrhne setkání dítěti mladšímu patnácti let v úmyslu spáchat trestný čin podle § 187 odst. 1, § 192, 193, § 202 odst. 2 nebo jiný sexuálně motivovaný trestný čin, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.“

V případě podezření na to, že dítě je využíváno k sexuálním hrátkám nebo bylo zneužito k výrobě dětské pornografie, je nutné ihned kontaktovat OSPOD a Policii ČR. V případě zneužití dítěte k výrobě pornografie se jedná o oznamovací povinnost dle trestního zákoníku (viz). Jestliže zjistíme, že se dítě na internetu vystavuje v sexuálních pózách a nabízí se k sexuálním hrátkám „samo od sebe“ a žádá za to úplatu, je nutné probrat tuto situaci se zákonnými zástupci dítěte, hlásit na OSPOD i na Policii ČR. Je důležité o rizikovém sexuálním chování hovořit v rámci sexuální výchovy ve škole a v rámci prevence využít preventivní programy zaměřené na zdraví a na předcházení pohlavním nemocem a jejich šíření, ale i na předcházení rizikovému sexuálnímu chování v kyberprostoru.

Negativní působení sekt

„Pod výrazem *náboženská sekta* se nejčastěji míní seskupení vystižené některou ze čtyř dále uvedených charakteristik:

- Náboženská společnost vzniklá ve snaze reformovat nauku anebo praktiky větší a starší náboženské společnosti, např. některé etablované církve. Obvykle přejímá většinu nauky původní skupiny, ale má i nové, odlišné ideje. Protože porušila tradice, existuje mezi ní a okolím určité napětí. Mnoho takových sekt brzy zanikne. Jiné přežívají. Další rostou a vyvíjejí se v etablované náboženské společnosti, od kterých se případně zase odštěpují nové sekty. Jako sekty v tomto smyslu začínala mnohá dnes etablovaná náboženství, včetně křesťanství. (Římští Židé označili podle Skutků apoštolů 28, 22 v rozhovoru s apoštolem Pavlem začínající křesťanství jako sektu.)
- Podle některých křesťanů relativně nová, spíše menší náboženská společnost, buď výslovně mimo křesťanství, nebo odmítající pojetí křesťanství jimi preferované. V této souvislosti bývají označovány za sektáře např. adventisté, letniční křesťané jako celek, kvakeři, Křesťanská věda, Obec křesťanů, případně antroposofie, a někdy také (zejména evropští) buddhisté, hinduisté, taoisté, někdy i muslimové.
- Náboženská společnost, v níž převládají tendence jako autoritářství, uzavřenost, fanatismus, nesnášenlivost, selekce informací apod.
- Náboženská společnost, která svým stoupencům škodí, obvykle takzvaným vymýváním mozku. (Kolem toho ale zřejmě koluje mnoho pověr. Je nesnadné to exaktně potvrdit. Z téhož bývají recipročně obviňovány i některé antisektářské aktivity.) Dále do této skupiny pa-

tří náboženské společnosti s násilnými, popř. vražednými či sebevražednými tendencemi.

Slovo *sekta* pochází z latinského *secta*. Není rozhodnuto, je-li původem slovo *seco, secare* (sekat) nebo *sequor, sequi* (následovat). Do evropských jazyků proniklo z latinského překladu Bible, kde v Novém zákoně je několikrát uvedeno jako překlad původního řeckého *hairesis*, jež je nejbližší významu 1.⁷⁹ Podezření, že rodina je součástí sekty, je vždy nutné ihned řešit, na místě je vždy psychologická pomoc. K této problematice doporučuji prostudování literatury od odborníků na problematiku sekt Zdeňka Vojtíška nebo Oldřicha Štampacha. *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v České republice* (Vojtíšek, 2004) poskytuje podrobný přehled o různých náboženských směrech a náboženských hnutích, vysvětluje jejich pravidla. Mnoho informací je na stránkách Společnosti pro studium sekt a nových náboženských směrů www.sekty.cz.

V případě, že v rodině dítěte dochází vlivem sekty k páčání trestné činnosti nebo je dítě obětí manipulace a je zjevné, že je pod špatným vlivem sektářského chování, je na místě skutečnost oznámit na OSPOD. Sociální pracovníci mohou prověřit naše podezření a v případě potřeby zasáhnout tak, aby dítě nebylo ohrožováno na výchově a zajistit, aby o ně bylo řádně pečováno. Podezření na páčání trestné činnosti oznamujeme na Policii ČR.

Poruchy příjmu potravy

Jedná se zejména o **mentální anorexii** (úmyslné snižování hmotnosti) a **bulimii** (přejídání spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti). Postihuje v současné době chlapce i dívky. V příloze č. 3 Metodického doporučení MŠMT k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28 je problematika poruch příjmu potravy velmi podrobně rozepsána, včetně postupů, doporučení a dostupné literatury. V případě, že by rodiče nedbali o zdravý tělesný rozvoj a růst svého dítěte, mohli by se opět dopouštět, byť i z nedbalosti, trestných činů ohrožování výchovy dítěte § 201 a zanedbání povinné výživy § 196 trestního zákoníku (viz předchozí text k této problematice). Na místě je vždy spolupráce s rodiči dítěte, v případě, že zákonní zástupci nespolupracují, obrátíme se na OSPOD nebo na Policii ČR. K anorexii, bulimii a ortorexii najdeme spoustu informací v publikaci *Co dělat, když...* (Vaňkátová a kol., 2010–2014), kde na listech A 3.2 a A 3.3 najdeme vysvětlení pojmů i možnosti řešení tohoto rizikového chování.

79 <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/negativni-pusobeni-sekt>

Homofobie

„**Homofobie** v nejšířším slova smyslu zahrnuje postoje a chování vyjadřující nepřátelství vůči lidem s menšinovou sexuální orientací či pohlavní identitou, respektive vůči lidem, kteří vybočují z běžných genderových norem. V užším slova smyslu se jedná pouze o postoje a jednání negativně namířené vůči homosexuálním lidem. Pro podobné jevy ve vztahu k lidem bisexuálním se někdy používá separátní termín bifobie, zatímco v případě nenávisti vůči lidem transsexuálním se mluví o transfobii, avšak tyto termíny nejsou v českém jazykovém prostředí příliš rozšířené.“⁸⁰ Další důležité informace k tomuto druhu rizikového chování najdeme v příloze č. 8 Metodického doporučení MŠMT k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28. V případě výskytu jevů spojených s intolerancí a nepřátelstvím vůči skupině nebo skupinám osob doporučuji ihned, už při náznacích řešit dle výše uvedené metodiky. V případě rozmachu se může jednat až o naplnění skutkových podstat trestných činů nebo přestupků vztahujících se k rasismu, viz níže.

k) Co kdyby došlo ve škole k projevům extremismu, rasismu, xenofobie a antisemitismu?

Extremismus a rasismus je v současné době velmi aktuální problém, který se prolíná i do škol. Byl vydán metodický pokyn MŠMT č. 14 423/99–22 k výchově proti projevům rasismu, xenofobie a intolerance. Doporučení zde uvedená jsou především určena k prevenci a utužování zdravých vztahů ve třídních kolektivech.

Co však dělat, pokud dojde k projevům rasové nesnášenlivosti anebo intolerance, xenofobie? Níže je popsáno jednání, které už je závažné a je trestným činem dle trestního zákoníku:

„§ 355 Hanobení národa, rasy, etnické nebo jiné skupiny osob

(1) Kdo veřejně hanobí

- a) některý národ, jeho jazyk, některou rasu nebo etnickou skupinu, nebo
 - b) skupinu osob pro jejich skutečnou nebo domnělou rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že jsou skutečně nebo domněle bez vyznání,
- bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Odnětím svobody až na tři léta bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

- a) nejméně se dvěma osobami, nebo
- b) tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem.“

80 <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/homofobie>

„§ 356 Podněcování k nenávisti vůči skupině osob nebo k omezování jejich práv a svobod

(1) Kdo veřejně podněcuje k nenávisti k některému národu, rase, etnické skupině, náboženství, třídě nebo jiné skupině osob nebo k omezování práv a svobod jejich příslušníků, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Stejně bude potrestán, kdo se spolčí nebo srotí k spáchání činu uvedeného v odstavci 1.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až tři léta bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem, nebo

b) účastní-li se aktivně takovým činem činnosti skupiny, organizace nebo sdružení, které hlásá diskriminaci, násilí nebo rasovou, etnickou, třídní, náboženskou nebo jinou nenávist.“

„§ 403 Založení, podpora a propagace hnutí směřujícího k potlačení práv a svobod člověka

(1) Kdo založí, podporuje nebo propaguje hnutí, které prokazatelně směřuje k potlačení práv a svobod člověka, nebo hlásá rasovou, etnickou, národnostní, náboženskou či třídní zášť nebo zášť vůči jiné skupině osob, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let.

(2) Odnětím svobody na tři léta až deset let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným podobně účinným způsobem,

b) spáchá-li takový čin jako člen organizované skupiny,

c) spáchá-li takový čin jako voják, nebo

d) spáchá-li takový čin za stavu ohrožení státu nebo za válečného stavu.

(3) Příprava je trestná.“

„§ 404 Projev sympatií k hnutí směřujícímu k potlačení práv a svobod člověka

Kdo veřejně projevuje sympatie k hnutí uvedenému v § 403 odst. 1, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.“

Při podezření na spáchání těchto trestných činů doporučuji volat Policii ČR ihned. Učitel není ten, kdo kvalifikuje jednání žáka jako trestný čin, nebo přestupek, od toho jsou zde orgány činné v trestním řízení, které mohou určit, zda jednání je trestným činem, nebo zda jde o přestupek. Z přestupků by se jednalo hlavně o přestupek proti občanskému soužití § 49 přestupkového zákona, podrobný výpis znění:

„§ 49 Přestupky proti občanskému soužití

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo

a) jinému ublíží na cti tím, že ho urazí nebo vydá v posměch,

b) jinému z nedbalosti ublíží na zdraví,

c) úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, nepravdivým obviněním z přestupku, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním,

d) omezuje nebo znemožňuje příslušníku národnostní menšiny výkon práv příslušníků národnostních menšin,

e) působí jinému újmu pro jeho příslušnost k národnostní menšině nebo pro jeho etnický původ, pro jeho rasu, barvu pleti, pohlaví, sexuální orientaci, jazyk, víru nebo náboženství, pro jeho politické nebo jiné smýšlení, členství nebo činnost v politických stranách nebo politických hnutích, odborových organizacích nebo jiných sdruženích, pro jeho sociální původ, majetek, rod, zdravotní stav anebo pro jeho stav manželský nebo rodinný.

(2) Za přešupek podle odstavce 1 písm. a) lze uložit pokutu do 5 000 Kč a za přešupek podle odstavce 1 písm. b) až e) pokutu do 20 000 Kč a za přešupek podle odstavce 1 písm. c) lze spolu s pokutou uložit zákaz pobytu.“

Opět je důležité zmínit, že podrobně se o extremismu, rasismu, xenofobii a antisemitismu dočteme v příloze č. 9 Metodického doporučení MŠMT k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28, kde najdeme doporučení na řešení tohoto problému ve škole.

I) Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě

Samostatně zařazuji ještě kapitoly o rizikovém chování ve sportu a v dopravě. Současné trendy a rozvoj extrémních sportů a neustálé zvyšování rychlosti motorových vozidel vede k rizikovosti i v těchto oblastech. Mladí lidé, i děti, mají pocit, že musí vyzkoušet všechno extrémní a často využívají dosaženého úspěchu ke své prezentaci na sociálních sítích. Styl „podívejte se, co všechno jsem už vyzkoušel“ vede k tomu, že se snaží překonávat ostatní a nedbají na vlastní hranice sil. Pedagogům nabízím v následujících kapitolách hlavně odkazy na informace k bezpečnému sportu a bezpečné dopravě.

Rizikové sporty

„*Extrémní sport* je v původním významu sport, jehož provozování je spojené s vyšším rizikem a doprovázené je domnělým zvýšením hladiny adrenalinu v krvi (ve skutečnosti jde o endorfin, dopamin a serotonin). V dnešní době jsou k extrémním sportům řazeny také sporty, které nejsou příliš propagovány či podporovány na komerční úrovni a jejichž provozování se omezuje na nepřilíš početné skupiny nadšenců, které však u ostatních vyšší riziko evokují i přesto, že s jejich provozováním často není spojeno. I takový sport se ovšem časem může proměnit v masovou záležitost, o čemž svědčí např. snowboarding, který byl v roce 2002 zařazen do programu olympijských her.“⁸¹ Vzhledem k tomu, že pedagogové často vyjíždí

81 <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/rizikove-sporty>

se svými žáky na lyžařský kurz, podnikají cykloturistické vyjíždky nebo s dětmi jezdí na in-line bruslích, doporučuji s ohledem na rizikovost extrémních sportů prostudovat dva projekty Masarykovy univerzity Brno, Fakulty sportovních studií. V těchto projektech vytvořili autoři řadu e-learningových kurzů pro pedagogy základních a středních škol a víceletých gymnázií. Podrobné informace jsou na webových stránkách <http://www.fsps.muni.cz/sdetmivpohode/>, název projektu:

Na hřišti i na vodě být s dětmi vždy v pohodě

„Projekt Masarykovy univerzity, Fakulty sportovních studií je zaměřen na zvýšení kompetencí, dostupnosti, kvality a atraktivity dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků (dále jen DVPP). Projekt nabídne akreditovaný seminář pro řídicí pracovníky z oblasti Zdravého životního stylu týkající se bezpečnosti a prevence úrazů žáků (konající se dvakrát ve 13 krajských městech mimo hlavní město Prahu). Inovativnost, atraktivita a bezpečnost prováděné činnosti z hlediska zdravého životního stylu a první pomoci je hlavní přidanou hodnotou 8 prezenčních a 7 e-learningových kurzů. Ty budou nabízeny cílové skupině pedagogů II. stupně ZŠ, víceletých gymnázií a středních škol. Kurzy budou koncipovány v souladu s požadavky Rámcově vzdělávacího programu ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Bude zpracováno 12 metodických materiálů. Kurzy, seminář i materiály budou před akreditací pilotně ověřeny a oponovány. Výstupem kurzů budou nástroje pro hodnocení efektivity vzdělávání ověřené na vybraném vzorku žáků.“⁸²

Dalším projektem je projekt zaměřený na bezpečnost a prevenci úrazů žáků zejména při výuce tělesné výchovy. Podrobné informace jsou na webových stránkách: <http://www.fsps.muni.cz/sdetmivjmkvpohode/>, název projektu:

Na hřišti i na vodě být s dětmi v Jmk v pohodě

„Projekt je zaměřen na zlepšení kompetencí a zvýšení dostupnosti, kvality a atraktivity DVPP pro pedagogické pracovníky škol a školských zařízení z hlediska bezpečnosti a prevence úrazů žáků. Aspekt bezpečnosti a zároveň inovativnosti při výuce předmětů Tělesná výchova je hlavním přínosem prezenčních a e-learningových kurzů, které budou nabízeny cílové skupině pedagogů II. stupně ZŠ, víceletých gymnázií a středních škol v celém Jihomoravském kraji. Kurzy budou koncipovány v souladu s požadavky Rámcově vzdělávacího programu (RVP) ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Projekt nabídne 6 akreditovaných prezenčních kurzů ve 2 běžích a 6 e-learningových kurzů pro učitele II. stupně ZŠ, víceletých

82 <http://www.fsps.muni.cz/sdetmivpohode/index.php?menu=anotace>

gymnázií a SŠ. Budou zpracovány 2 metodické materiály. Vzniklý materiál bude oponován. Kurzy pro pedagogy budou před akreditací ověřeny pilotně a oponovány.“⁸³

Na webových stránkách: <http://www.fsps.muni.cz/sdetmivpohode/> a <http://www.fsps.muni.cz/sdetmivjmkvpohode/> jsou zveřejňovány informace o probíhajících kurzech a je možné se přihlásit do e-learningových kurzů, k dispozici jsou metodické materiály.

Rizikové chování v dopravě

Informace k rizikům v dopravě najdeme v příloze č. 2 Metodického doporučení MŠMT k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010–28. Myslím, že v metodickém doporučení je opravdu pestrý výčet informací, ze kterých doporučuji zejména prostudovat doporučený legislativní rámec a klást důraz na dopravní výchovu dětí. Znalost zákona o silničním provozu č. 361/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, je základem pro každého dospělého i dítě. Dopravní výchově se věnuje hodně institucí, existuje mnoho webových stránek s touto problematikou. Metodiku dopravní výchovy má zpracovanou např. Besip, který má spoustu pomůcek a pracovních listů⁸⁴, stránky <http://www.pankuzel.cz/> nabízí formou počítačové hry jízdu na kole na dopravním hřišti dle pravidel silničního provozu.

83 <http://www.fsps.muni.cz/sdetmivjmkvpohode/index.php?menu=anotace>

84 <http://www.ibesip.cz/Dopravni-vychova>

9 Školní socializace, disciplinace a prevence rizikového chování

Závěrečná kapitola knihy nabízí poněkud náročnější pohled na prevenci rizikového chování. Vybočuje z linie předchozích kapitol a pro náročnějšího čtenáře pokládá několik provokativních témat a otázek, na které neexistují jednoduché ani jednoznačné odpovědi. Současně však nabízí pohled, resp. interpretační rámec, který v obecnější rovině otevírá prostor pro integraci poznatků jednotlivých kapitol a završuje tím celou knihu. Rozumět prevenci rizikového chování totiž předpokládá dobře rozumět vývoji jedince, výchově a socializaci. Mnohé již bylo vykonáno. Odborníci na deviantní chování, na rizikové projevy ohrožující druhé lidi i na způsoby jak jim předcházet popsali, analyzovali a vysvětlili některé jejich mechanismy. V těchto výkladových schématech však převažuje klinickopsychologický pohled. Jeho prizmatem máme tendenci vnímat sledované jevy jako patologie a přiřazovat jim nějakou nosologickou jednotku. Samozřejmě se připouští, že problém má svůj pedagogický rozměr a výchova v něm hraje velkou roli. Nicméně, i v tomto pohledu na věc se mluví hlavně o rodině a výchově v ní.

Každý z nás však mezi šesti a zhruba dvaceti i více lety strávil nebo tráví většinu svého času především ve škole. Školní socializace je nejmasivněji působícím kulturním činitelem psychického vývoje. A ve světle tohoto konstatování musíme připustit, že ji známe opravdu málo. Proto víme málo i o „preventivním“ potenciálu zvládnuté školní socializace. Prevence totiž začíná s jakýmkoli výchovným aktem: již jeho provedení, interpretace dítětem i okolím a zvládnutí jeho důsledků připravuje budoucí podoby chování jedince. Proč a díky čemu je však školní socializace potřebná? V čem je její specifický přínos?

9.1 Proč je školní socializace nezbytná

Lidská společnost pečovala od nepaměti o své přežití a rozvoj kolektivně sdílenými postupy výchovy, šířeji socializace. Výstižně to vyjádřil Jerome Bruner, který řekl, že lidé jsou jediný živočišný druh, jenž svá mláďata sys-

tematicky a plánovitě vyučuje, a to za pomoci kolektivně sdílených metod. Socializace vždy měla zajistit kontinuitu generací v kultuře daného společenství. Znamenalo to zajistit, aby se u generace do světa nově příchozích utvořily určité mentální struktury, na které se společnost může spolehnout. Totiž zabezpečit, že ji mladí, tedy to nové, nezničí, ale současně že socializace bude provedena způsobem, který nezničí nově příchozí – děti. Že v nich neubije kreativitu, novátorství, hledačství – vše, co společnost potřebuje, protože ji to posouvá dopředu. Od raného novověku je v západní civilizaci tento proces spojen se školou. V posledním století prakticky nerozlučně. Škola totiž začala plnit důležité funkce v reprodukci společnosti:

- a) v stále podrobněji propracované dělbě práce (spojené s rostoucí urbanizací a ostrým oddělením rodinného a pracovního života) již rodiny a lokální společenství nejsou schopny připravovat děti do života prostým sdílením života s rodiči – rozšířená reprodukce vyžaduje mnohem účinnější způsoby socializace;
- b) škola je proto přes všechnu kritiku (leckdy radikálně povrchní) stále nejúčinnějším nástrojem vzdělávání a formování dětí. Dokáže rychle, úsporně, v jakési jednotě osob, času a místa předat základní, pro život ve společnosti potřebné poznatky a dovednosti;
- c) naplňuje nejlépe potřebu – životně důležitou pro každou kulturu – vytvářet soudržná (národní) společenství, která při stále větší sekularizaci, atomizaci a individualismu ve společenském životě vyžadují nějaká „pojítka“. V tomto smyslu se stala normalizační funkce školy cennou a v mnohém nenahraditelnou;
- d) stala se místem – a to místem relativně dobře viditelným a kontrolovatelným – ochrany dítěte, uvědomění si jeho zranitelnosti a specifických potřeb (potřeb těch, kteří zaostávají, jsou oslabeni nebo naopak nadaní atd.). A systematické působení školy je nenahraditelné i přes všechny jednotlivé excesy či dysfunkce. Ty jsou totiž v instituci vždy vnímané jako pohoršující porušení systému, jako transgrese.

Nová fragmentace společnosti v pozdní moderní době, zesílená ideologie jedinečnosti a autonomie s veřejně prodávaným hédonismem jako klíčovou hodnotou, ještě více se prohlubující sekularizace vztahů mezi lidmi vedla k tlakům proti škole jako disciplinující a normalizující instituci (Pupala, 2004). A tyto funkce nabyly v poslední době jednoznačně negativní konotaci. Ochrana dítěte a zajištění příznivých podmínek pro jeho vývoj přestaly být spojovány se školou jako jejich garantem. Naopak, tato mise začala být stavěna do protikladu ke škole. Chtěl bych se proto zamyslet v jakési obhajobě školní socializace nad jejími funkcemi pro zdravý vývoj dětí.

9.2 Pilíře úspěšné socializace ve škole

Potřeba chránit dítě i kulturu, vytvářet sociální pouta soudržnosti a účinně kulturu předávat vyžaduje určité pevné, opěrné body. Socializace dětí ve škole tak v éře modernity staví na několika pilířích, na pozitivním dopadu pravidel, omezujících tlaků (constraints/contraintes) a ukázkováním. „Pravidla“, která jsou dána (a většinou i psána), vycházejí z „pravidelnosti“, tj. z opakujícího se chování, které je neměnné a je v konkrétních situacích vyžadováno. Téměř jako automatismus, jako nový habitus, abych použil termínu sociologa Bourdieua (srv. např. Kaščík, 2006). Jako něco, co se inkorporuje, tedy dostává do těla póry kůže. Jen proto se např. žák nepohybuje po třídě, když je vyčleněn čas na rýsování; nechodí čurat, když se má věnovat čtení a na vykonání potřeby měl čas jindy; a nejí, přestože právě teď dostal opravdu velkou chuť na jablko. A jen tak se klátící puberták se vztyčí a aspoň trochu zklidní, protože se na zvonění či vstup učitele do třídy zvednou všichni, a to po tisících zvonění v jeho životě. A tato pravidelnost přetavená v pravidla je základem strukturace světa a podmínkou jeho pochopení. Dokonce i díky možnosti na ni nadávat a občas se jí vzpírat. Jde však o odpor, který máme víceméně pod kontrolou – právě díky formulovaným pravidlům jsme schopni ho nějak situovat a pokoušet se mu porozumět. Avšak nejsou-li pravidla, není vůči čemu se vzpírat a volná energie touhy po činu a prosazení svého já, energie přání učinit svět důvěrně srozumitelným podle sebe sama téká. Nebezpečně téká a zavěšuje se na první vhodný i nevhodný podnět.

Proto je také velká část školních pravidel z podstaty především omezujících. Toto omezování (začínající již na počátku školní docházky omezováním tělesného pohybu a tělesných projevů) musí být dostatečně neosobní, aby nemohlo být dítětem interpretováno jako ryze individuální, výlučně osobní animozita či zasedlost učitele či vychovatele. A aby naopak bylo vztaheno k pravidlu, k zákonu a k jeho kořenům, k důvodům jeho existence v sociálním světě.

Neosobnost omezujících pravidel tak chrání nejen dítě před devastujícími dopady „ne-lásky“ dospělých, ale chrání i vychovatele, protože z něj činí vlastně „náhodného“ strážce kulturních pravidel a hodnot. Psychoanalytický výklad (Zulliger, Freudová, Erikson atd.) ukazuje, že hlavním úkolem učitele je podřídit v pedagogickém vztahu princip slasti principu reality, tj. jeho úkolem je naučit dítě ovládat své pudy: „V tom smyslu tedy výchova musí inhibovat, zakazovat, potlačovat ... což ve všech dobách hojně dělala“ (Freud). Potlačování pudů je ovšem zdrojem neuróz. Výchova tedy není jen pozitivní záležitostí – nese v sobě nutně dávku škodlivosti či rizika. Redukovat rizika je podle Freuda možné nepřipuštěním duálního vztahu učitel – žák jako vztahu partnerského, symetrického či dokonce mateřského

(rodičovského). Zvládnout pedagogický vztah je možné jen jeho zprostředkováním, kdy mezi učitele a žáka „vsuneme“ pojistky v podobě instituce (tj. de facto instituovaných a po všech vyžadovaných neosobních pravidel chování) a také v podobě kulturních artefaktů, tj. poznatků. Vztahy s dítětem ve škole musíme tedy neustále konstruovat kolem předávaných poznatků a dovedností, musíme dítě vidět a vztah udržovat prizmatem právě tohoto předávání. Pedagogický vztah totiž nelze přeměnit na vztah obecně lidský a vlastně zkušenostní (člověk s člověkem), protože takový vztah přestává být jistěný zprostředkujícími pojistkami a stává se iluzorním snem o odstranění jakéhokoli mezigeneračního filiačního vztahu.

Postupné poznávání neosobních zákonů a podrobování se jim nazýváme obvykle ukázkováním. A to je třetí pilíř školní socializace. Pro pochopení významu kázně budu raději užívat termínu disciplína. Disciplína označuje jednak v odvozeném významu vnějškově viditelnou kázeň, tj. jakousi poslušnost v chování. Ve škole je pak disciplína asociována, jak již bylo řečeno, se zklidněním těla, s příkazy a zákazy pohybovat se v určitých prostorech. A také s povinným členěním času pro naslouchání, řízené aktivity, přípravu a přechody mezi aktivitami, pro oddech apod.

Tomuhle všemu je však třeba rozumět jako nezbytným podmínkám k práci podle určitých daných pravidel. Etymologie nám totiž ukazuje, že disciplína znamená taky vnitřně normovaný obor vědění (disciplínou je tak třeba matematika nebo historiografie). Ale také oblast hodnot a s nimi spojeného chování. Jistě – my tento výraz vnímáme hlavně ve významu „vědní obor“. „Discipulus“ je však prostě žák, nováček, který si chce/má něco v kultuře daného osvojit. Disciplína tedy odkazuje k žakovství, obecněji k základní podmínce noviciátu v kultuře, k podmínce úspěšného zařazení do společnosti a její kultury.

Jedině vytržena z kontextu, tj. odtržena od svých kořenů, jeví se disciplína v socializaci jako bezduchý, nemotivovaný útlak a vynucené podřizování se, které ničí osobnost a její rozvojový potenciál. Z psychologického hlediska je samozřejmě cílem školní socializace přispět k vývoji dítěte v autonomní subjekt. Učinit ho samostatným a odpovědným vůči sobě i společnosti a plně způsobilým k životu v ní. Škola k tomu ovšem přispívá svým specifickým způsobem, když mu umožňuje stát se autonomním prostřednictvím zvládnuté disciplíny.

Připomeňme na závěr etymologii termínu „subjekt“. Sub-iacere znamená doslova „pod-robit se“. Subjekt jako sebeuvědomující se jedinec je tedy někdo, kdo prošel úspěšně procesem podrobení se něčemu silnějšímu, než je on sám. K tomu potřebuje druhou osobu, odkazové skutečnosti (poznatky a hodnoty) nadindividuální povahy akceptované dominantně v jeho společenství a vhodný rámec, tj. instituci, v níž proces podrobování se, tedy vývoj v autonomní subjekt, proběhne.

9.3 Nereflektovaná kritika školní formy socializace a její důsledky

První kritiky školní socializace se objevují hned po vzniku hromadné školní docházky. Jejich podhoubím je emancipační filozofie: touha odstranit nejhorší autoritářské excesy výchovy a vzdělávání ve škole. Leckdy oprávněné kritiky jsou rychle generalizovány na celý systém. A s negativními projevy (tresty, bezduchý dril) je ostře kritizován i princip omezování, pravidel a disciplinace. Začátek „století dítěte“ ohlašuje, že disciplinace neosobností bude vystřídána principem aktivní, dobrovolné akceptace autority. Dítě se má podrobit řádu světa, má přijmout pravidla a omezení, ale musí k tomu dojít samo, na základě svého přání. Na světě jsou budoucí nondirektivní přístupy: terapeutické a posléze i pedagogické. Dítě prostě už nesmí být projekčním plátnem, na kterém si dospělý/pedagog s oporou moci instituce (tedy něčeho vnějšího vůči lidskému vztahu pedagog – vychovávaný) odehrává své komplexy a hojí narcistní poranění.

Prosazování nondirektivní pedagogiky má ovšem své meze. Zřetelně to vyjadřuje psychoanalytik Mikota, když komentuje názory Alice Millerové: „Chtěli z pedagogického procesu vyloučit všechno ‚lámání‘ dětské přirozenosti. Domnívali se, že čím méně budou od dětí chtít, tím řidčeji bude docházet k vzájemným srážkám, jež by bylo nutno řešit právem silnějšího, a o to snadněji děti pochopí, co po nich chceme nevysloveně, protože je to nakonec i v jejich zájmu. Podcenili jednu věc. Děti jsou opravdu zvědavé na to, co po nich chceme, a kvůli nám to dělají. Pokud na ně (v rozporu s názory Alice Millerové) neuvalujeme naše narcistické potřeby, zlobí se na nás za to, že o ně nemáme zájem. V souladu s Alicí Millerovou se však zlobí i v tom případě, kdy po nich chceme nemožné a trváme na tom. Jde tedy o způsob vyžadování.“ (Mikota, 1999, p. 355)

Dnešní kritici výchovy založené na disciplinaci tak ve zcela umělém vyhocení postavili bezbranné, nevinné a křehké děti proti ujařmujícím dospělým a jejich institucím. V důsledku se však, aniž by to reflektovali, postavili vůbec proti principu asymetrie mezigeneračního filiačního vztahu. Vztahu jištěného kulturními obsahy vstupujícími jako zprostředkující člen mezi dospělého a dítě. Princip duálního vztahu zdůrazňující bezpodmínečnou lásku, přijetí a empatii postavili proti leckdy bolestivému podrobování se Zákonu.

Podobný vývoj narušil i legitimitu klíčové funkce socializace ve škole – funkce předávání poznatků a kognitivního rozvoje dítěte. Reformistická kritika školního vzdělávání, tzv. tradičního učiva a (někdy jen údajně) neúčinných metod vyučování, vyúsťuje v nové podoby ideologie nondirektivnosti. Poznatky jsou ztotožněny s informacemi, učení s nežádoucí

námahou a drilem. Vytlačení osnov tzv. rámci a klíčovými či jinými kompetencemi nezřídka vede k odmítnutí zabývat se normativitou vlastní každému poznatku a činnosti poznávání. Vede k deklaraci, že každý si nakonec má možnost svobodně osvojit poznatek po svém, v kontextu a pro kontext svého života. Pochopitelná snaha proměnit školy – obří továrny, které vznikaly ještě v druhé polovině minulého století, v jedinci přívětivější prostředí (dílny poznávání) vyústuje v poněkud zkratkovité řešení.

Jsme tak svědky úsilí najít nekomplikované, zkratkovité řešení napětí mezi omezujícími tlaky kultury, poznání a jeho institucí a potřebou individuálního sebevyjádření – jedinec se má „vyhnout institucím“, resp. minimalizovat jejich tlak. Elias ovšem takové řešení označuje jako „výchovný romantismus“, jako výraz touhy „žít klidně a sladce bez vnějších nátlaků“ vedoucí k hledání „enkláv, v nichž bude sociální život snazší a jednodušší“ (Elias, 1991). Důsledkem dvacetileté absence kritické reflexe vývoje společnosti k individualismu a pohrdání kultivací sociálního pouta je naše neschopnost rozlišovat za zdánlivě stejnou vnější podobou jevů jejich hlubší podmíněnost a naše neschopnost rozumět specifickým funkcím výchovných institucí.

9.4 Násilí a agresivní chování žáků jako příležitost k pedagogickému řešení

V různých vystoupeních a textech jsem upozorňoval, že současná debata o násilí či šikaně ve škole, o rostoucí agresivitě mladých, je zmatená (Štech, 2006). Nerozlišuje totiž různé významy a funkce násilí i různou roli školy v jeho vzniku a projevech. Přejmenším je nezbytné odlišit násilí ve škole přicházející původně odjinud od násilí proti škole a od násilí školy samotné. Společným jmenovatelem všech těchto projevů je nezvládnutí omezujících pravidel a disciplinace. Tak násilí vznikající jinde může ve škole nacházet ideální živnou půdu pro své vyjádření (krádeže, rvačky, vydírání apod.). Je to možné tehdy, když neuváženě rozrušíme symbolické a dnes už i materiální, prostorové a časové hranice mezi světem školy (její logikou a pravidly) a mimoškolním světem s jeho pravidly a logikou jednání. V prostoru školy se pak stále více prosazuje model života ulice – s jeho riziky a ohroženími. Žáci pak brzy přestávají rozlišovat: od hulákání, nedbalého a nezdvorného chování ignorujícího formu až po tendenci argumentovat spíše ručně než logickou myšlenkovou úvahou. Brány, prostorové filtry, selektivní procedury, symbolické rituály, ba i stejnokroje či aspoň speciální symboly konkrétní školní komunity – to vše v minulosti neustále připomí-

nalo, že jsem jinde a logika vnějšího světa sem nepatří (srv. opět Kaščák, cit. d.).

Naopak, násilí proti škole zahrnuje projevy, jejichž primárním zdrojem (i cílem) jsou učitelé, spolužáci, symboly školy. Jde o zkratkovité reakce na školou vyvolaná a posléze neuspokojená očekávání či potřeby. Vždyť nákupení těl na malém prostoru po docela dlouhou dobu, anonymnost života v davu se ztrátou osobní jedinečnosti nebo nezvládnutí afektivního vztahu k učitelí si o agresivní projev téměř říká. Neumíme-li těmto problémům předejít, je agresivita často jedinou možností, jak se ve škole autenticky projevit, jak vyjádřit svou jedinečnost a nezaměnitelnost. Podle mého soudu je v tomto případě agresivní chování důsledkem nezvládnutého vztahu pedagog – žáci, který je špatně nebo málo zprostředkován, je příliš duální, ne dost neosobní. Napětí vyplývající ze zrcadlení, narcismu, svádění, frustrace atd. vedou k agresivním projevům.

Konečně, sama škola je postavena na svého druhu násilí, které je ovšem legitimní. Kultura je násilí. Osvojit si řádně Pythagorovu větu znamená podrobit se poznávací normě a nakonec akceptovat postup řešení. O Pythagorově větě, její platnosti a postupu jak řešit úlohu je možné pouze diskutovat, třeba i pochybovat, dokládat ji, nebo vyvracet. Nikoli však o ní hlasovat či nechat na svobodné volbě, zda ji budu respektovat, či nikoli, nebo zda vztahy mezi čtverci nad stranami trojúhelníka budu formulovat po svém.

V prvním případě násilí šlo tedy o rozrušení hranic a nerozlišování logiky ulice a logiky školní disciplinace. V druhém případě jde o podcenění či nezvládnutí blahodárného neosobního principu. A v případě třetím vede cesta k autonomii a k plné subjektivitě jedince bezpodmínečným podrobením se poznatku. Včetně případných agresivních reakcí žáka na toto podrobování se, se kterými musíme počítat. Musíme však dbát na to, aby pedagogické řešení násilných projevů bylo využitou příležitostí a nevedlo k destrukci sebe nebo institucí. Není vhodné (a ostatní ani možné) usilovat o totální vymýcení rizikových (např. násilných) projevů; se znalostí pilířů školní socializace je však možné využít jich k prevenci jejich opakování či zhoršování.

9.5 Pedagogický smysl prevence

Domnívám se, že škola má v prevenci nežádoucího, rizikového chování specifické poslání. Musí zvládnout dvojčetný a paradoxní úkol. Musí důsledně oddělovat osobu od činu (a naučit to žáky), ale současně žáka naučit převzít za své činy odpovědnost. Za prvé, oddělit osobu od činu je

obtížné pro laika. Měli by to však zvládat odborníci. Různé typologie obětí nebo agresorů už svým označením a především soupisem osobnostních rysů odkazují k pevnému spojení jedince jako osoby s jeho činem. Jinými slovy, je jen krůček k tomu, abychom na základě osobnostního profilu žáka usoudili na vysokou/nízkou pravděpodobnost, že je/bude agresorem nebo obětí. Škola je právě tou institucí, jejímž úkolem je mladým lidem demonstrovat, že oddělení jedince od činu je jedinou možnou cestou, jak takový čin opravdu posoudit (nikoli jen odsoudit), řešit a do budoucna mu předejít. To předpokládá druhý krok, který ne vždy zvládneme.

Účinné zvládnání násilí ve škole vyžaduje, aby se pachatel takových činů odpovídal – a to veřejně. Makarenkovy pedagogické experimenty jsou v tomto ohledu pozoruhodně inspirativní. V současnosti máme až příliš často tendenci vyvádět řešení těchto činů mimo veřejný prostor školní komunity a umísťovat ho do skrytého světa privátních transakcí nebo interakce se specialistou. V duchu moderního pronikání expertskosti do všech zón našeho života mají učitelé, ředitelé nebo další osoby tendenci řešit problém „mezi sebou“ (třeba i vyhozením ze školy, přeřazením žáka jinam atd.) – o čemž se ostatní dozvědí jen jako o výsledku nějakých skrytých jednání. Nebo se do hry dostane odborník, nejčastěji psycholog, a celý morální rozměr násilného chování se redukuje na osobní problém žáka a zůstává uzavřen v interakci s expertem. Zdá se, že se pak škola mívá se svou podstatnou misí: exemplárně, veřejně ukazovat, diskurzivně rozehrávat, a tudíž také kontrolovaně navozovat takové stavy, pocity a koneckonců instance, jako jsou solidarita, ohleduplnost, soucit, odpovědnost nebo svědomí. Naopak, převaha aranžmá takových situací skrytých ostatním lidem napomáhá tomu, aby byl jedinec identifikován se svým činem a aby se mu zabránilo odpovídat se za něj. Navíc, v případě, že pachatel takového činu cítí potřebu se nějak vyvinut a lituje ho, zůstává se svým činem krutě sám.

A co s tím vším má co dělat prevence? Upřímně řečeno, v úzce expertním slova smyslu ne mnoho. Avšak ve své podstatě se vše, co bylo řečeno, týká prevence. Prae-venire znamená vlastně „jít napřed, vědět předem“. Tj. mít na základě minulých zkušeností a znalostí představu o pravděpodobné budoucnosti jedince, skupiny, instituce atd. Ve své nejobecnější podobě je tedy potenciálně primární prevencí každý pedagogický akt. Resp. každý pedagogický akt může, ale samozřejmě nemusí být prevencí nežádoucích projevů. Podmínkou je totiž hluboké pochopení socializace, včetně socializace školní, včetně jejích skrytých i na první pohled nepříjemných momentů.

Závěr

I přes vědomí mnoha nedostatků této publikace věříme, že její zpřístupnění může pomoci v další kultivaci oblasti prevence rizikového chování dětí a mládeže v České republice. První vydání je zatíženo značnou nevyvážeností jednotlivých kapitol a současně disproporčností, kterou se nepodařilo v průběhu editorských úprav a korektur zcela odstranit. Bylo nutné sestavit velmi početnou skupinu autorů, která by reprezentovala hlavní tematické celky tak, aby kniha pokryla alespoň větší část spektra tak náročného tématu, jakým je prevence rizikového chování. Daní za to byla částečně teoretická nehomogenita i rozdílné perspektivy pohledu na aplikační praxi. Přestože jsme se knihou snažili pojmenovat jen ty nejdůležitější věci a hledat spíše to, co jednotlivé oblasti prevence spojuje, než rozděljuje, přesto se nám to ne všude zdařilo. Jako editoři jsme současně opakovaně bojovali s tím, že jednotlivé tradice a linie v prevenci vycházejí z rozmanitých historických kořenů. Jednotlivé typy rizikového chování mají často velmi odlišnou etiologii a platí zde, že různé příčiny mohou mít stejné následky, stejně tak jako stejné/společné příčiny mohou u různých dětí vést k různým projevům a důsledkům. Nic zde neplatí univerzálně a málokde je možné najít pevná pravidla. Je mnoho fenoménů, které bychom měli v knize reflektovat, a neučinili jsme to. Hlavním důvodem byl fakt, že další fenomény prozatím nejsou epidemiologicky natolik rozšířené, aby bylo nutné je v takto koncipované knize reflektovat. Na stranu druhou si jsme vědomi, že tento přístup knihu ochudil a místy možná snížil její didaktický potenciál. Snažili jsme se však nepřekročit rozsah, který by byl přijatelný pro cílovou skupinu pracovníků ve školství a studentů různých oborů, které se tématu primární prevence dotýkají. Jistě však najde své čtenáře nejen mezi preventivními pracovníky v praxi, ale také mezi studenty pedagogických fakult, studenty psychologie, adiktologie, sociální práce, sociologie atd. Primární prevence rizikového chování se postupně začíná stávat pojmem, který dostává stále jasnější podobu, a daří se upozorňovat na to, že prevence vyžaduje odbornost. Tedy, že: **preventivní pracovník je profesionál, který musí znát poměrně velmi náročnou teorii stojící za jednotlivými programy a intervencemi a současně musí disponovat velmi specifickými dovednostmi a praktickými zkušenostmi. Používat preventivní programy v praxi mohou zodpovědně a bezpečně pouze lidé**

mající k tomu odpovídající vzdělání, praktickou průpravu a trénink. Naopak nedostatečné vzdělání, naivní, nadšenecký přístup a živelnost představují pro děti a dospívající zbytečná rizika.

Nejde přitom pouze o riziko kontraproduktivního výsledku preventivní intervence, ale také o skutečné riziko např. psychického poškození. V prevenci využíváme množství citlivých a náročných nástrojů, z nichž každý vyžaduje určitou míru profesionálního přístupu. Širší (často ani rodičovská) veřejnost si někdy neuvědomuje, že neprofesionálnímu, a tedy potenciálně zbytečně zvýšenému rizikovému působení jsou v tomto případě vystavovány děti či dospívající, kteří mají obecně sníženou schopnost rizika rozpoznávat a účinně se bránit. Současně různé populistické názory a aktivistické snahy vzbuzují dojem, že prevenci může provádět kdokoli a kdekoli a že není třeba kontroly a vyžadování dodržování základních pravidel a úrovně kvality. Je zvláštní, s jakou lehkomyšlností někdy přijímáme různá mediální klišé a zjednodušující „pravdy“, které sice mnozí intuitivně vnímají, že nejsou zcela v pořádku, přesto mávnou rukou a přecházejí je jako neškodné a nepodstatné „malé každodenní zlo“. Je důležité naopak stále dokola upozorňovat na pravidla, na náročně a někdy též bolestivě vydobyté poznatky o efektivitě preventivních programů a upozorňovat na to, že dnes máme poměrně rozsáhlé znalosti o tom, co a proč funguje (tedy je preventivně účinné) a co nikoli, a že často tiše přihlížíme tomu, že se veřejné prostředky vynakládají na naprosto nesmyslné programy. Dodnes naše společnost není schopna využívat ani zlomek současných znalostí vědy a správně je aplikovat a využívat pro politická rozhodnutí. Místo rozhodnutí založených na znalosti a zkušenosti se můžeme setkávat opakovaně s rozhodnutími založenými na populismu, emocích nebo (a co je ještě horší) manipulaci, nepravdivých nebo zkreslených informacích šířených s ekonomicky, ideologicky či jinak motivovaným záměrem. Přitom prakticky všechny hlavní informace o této oblasti jsou dostupné z veřejných, otevřených zdrojů, k nimž má přístup každý. Prevence je a ještě velmi dlouho bude velmi citlivou oblastí. Východiskem je edukace širší veřejnosti, dostupnost kvalitních a ověřených informací a současně postupné zvyšování profesionality, tedy odborné přípravy preventivních pracovníků. Česká republika má dobré předpoklady vyrovnat se se svými historickými handicapami a působit v rámci Evropy jako sebevědomý partner s dobrým personálním zázemím. I přes množství různých komplikací je poměrně velká část našich školských pracovníků schopna provádět prevenci dobře a množství motivovaných a pracovitých kolegů dává naději, že jsme nastoupili cestu správným směrem a je třeba v tomto úsilí vytrvat. Rádi bychom poděkovali všem těmto lidem, kteří navzdory často velmi demotivujícím podmínkám a množství překážek stále dělají svoji práci s dětmi a mládeží rádi, rozumí jí a nenechávají se odradit. Právě jim je publikace určena především.

Autorský kolektiv

Příloha č. 1

Finanční zdroje MŠMT pro realizaci školské prevence

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy pravidelně vyčleňuje od roku 2001 ze svého rozpočtu průměrně ročně cca 20,5 mil. Kč na *Programy na podporu aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství* (podrobně viz níže uvedená tabulka). Programy jsou každoročně v průběhu července a srpna zveřejňovány na www.msmt.cz (adresář Prevence). Uvedené prostředky jsou formou dotačních řízení určeny subjektům, které primární prevenci realizují na místní úrovni – *Program I*, a na úrovni nadregionální či celorepublikové – *Program II*. Výše uvedená částka se zpočátku rozdělovala v poměru 40 % : 60 % v neprospěch Programu I, tedy místních komunit a krajů. Od roku 2003 byl tento poměr změněn a Program I je od roku 2003 financován ze 70 % celkového průměrného ročního rozpočtu 20,5 mil. Kč. Krajům a školám na místní úrovni se tak výrazně navýšily finanční prostředky na preventivní aktivity, jejichž výše se odvíjí od počtu školní populace v jednotlivých krajích. Současně je rezortem školství každý rok uvolněna částka pět milionů korun do rozpočtů krajů na zabezpečení činnosti metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách. Jedná se o částku cca 58 tis. Kč na jednoho metodika. MŠMT poskytuje každoročně v rámci Programu státní podpory práce s dětmi a mládeží na oblast zabezpečení volného času dětí a mládeže finanční prostředky ve výši cca 170 mil. Kč. Tyto finanční prostředky zahrnují podporu aktivit v oblasti nespecifické primární prevence.

Neexistuje jednotné, jednoduché a snadno okopírovatelné řešení toho, jak projekt napsat tak, aby byl úspěšný. Neexistuje univerzální „dokonalý“ prototyp projektu, který vždy, za každé situace a u jakéhokoli poskytovatele uspěje. Existují však zobecnění principů, na něž je zapotřebí brát zřetel, když se projekt píše. Dotační řízení je zapotřebí brát jako hru, která má daná pravidla, a v případě, že jsou dodržena, je šance dosáhnout na finanč-

ní prostředky, které se mohou stát motivací, zpříjemněním a usnadněním každodenní práce subjektů působících v oblasti primární prevence.

Smysluplnost projektu

Než začneme uvažovat o vyplňování mnohdy velmi obsáhlých formulářů, je třeba se ujistit, zda je projekt skutečně smysluplný – realizovatelný v daných podmínkách, respektující kvalifikaci řešitele, efektivní s ohledem na potřebnost, problém i vymezenou cílovou skupinu.

Kde žádat

Základem je vyjít ze statutu organizace. Ne každý poskytovatel dotace (finančních zdrojů) vyzývá k předkládání projektu všechny subjekty. Je dobré si zajistit přehled o grantových (dotačních) programech různých rezortů, magistrátů, nadací apod. Tyto subjekty zpravidla zveřejňují nabídky prostřednictvím svých webových stránek. Pro lepší orientaci vám poslouží grantový kalendář (např. ten, který tvoří pravidelnou součást časopisu *Prevence*). Zdroje, kam se můžete se svými projekty obracet, jsou různé, např. ministerstva, mezirezortní komise a orgány, obecní a městské úřady a jejich jednotlivé komise (komise školství, sportu...), krajské úřady, nadace, obecně prospěšné společnosti, nadační fondy, velvyslanectví, občanská sdružení, profesní asociace, nadnárodní korporace, celostátní podniky, velké regionální firmy, živnostníci, jednotlivci apod. Je třeba každoročně sledovat nabídky poskytovatelů, neboť obecně neplatí, že podmínky vyhlášení jsou každý rok stejné.

Název projektu

Název projektu je jeho „vstupní branou“. Měl by být stručný, výstižný a mělo by z něj být zřejmé, co projekt řeší. Měl by být i snadno zapamatovatelný a současně by měl zohledňovat řešený problém a cílovou skupinu projektu.

Formální náležitosti projektu

Každý poskytovatel dotace požaduje předem jasně vymezené náležitosti projektu. Je potřeba, aby byl projekt předkládán v souladu se zadáním. Je třeba důsledně si pročíst manuál pro předkladatele a vyznačit v něm, na co se nesmí zapomenout. Pro to, aby byl projekt předkládán k posuzování věcného záměru, je nezbytné splnění všech požadavků poskytovatele (nastavené termíny, požadované identifikační dokumenty, vyplnění příslušných formulářů – pozor, mohou se rok co rok měnit, byť v malých detailech).

Orientace ve formulářích

Formuláře zpravidla obsahují:

- část *identifikační* – v níž předkladatel uvádí identifikační údaje o subjektu, který bude projekt realizovat,
- část *obecnou* – v níž je uváděna anotace projektu, přehled řešitelů, jejich kvalifikace, časový harmonogram apod.,
- část *ekonomickou* – zahrnuje jednotlivé tabulky, které vyjadřují finanční kalkulaci projektu, předpokládané náklady, předpokládaný vlastní finanční podíl subjektu apod.

Při nejasnostech je možné obracet se na příslušného poskytovatele (vždy je v manuálu uvedeno jméno a kontakt na kompetentní osobu, která poskytne konzultaci a poradí).

Identifikační část: Tato část je zpravidla přehledná a vyžaduje vyplnění příslušných kolonek. Je třeba dát si pozor na číselné údaje. Velmi často dochází k tomu, že jsou čísla chybně uvedena a není možné daný subjekt zkontaktovat (chybně vyplněné telefonní číslo) či mu zaslat finanční dotaci (je-li chybně vyplněno číslo účtu), a dochází tak ke zbytečným časovým prodávám.

Obecná část: Při psaní projektu je třeba mít na paměti, že „více neznamená nutně vždy kvalitně“:

- Popis projektu: zde je potřeba stručně a přesto výstižně vymezit, v čem spočívá nezbytnost řešení projektu, z čeho tato potřeba vyplývá a co by se stalo, kdyby projekt realizován nebyl.
- Cíl projektu: jedná se o určitou hypotézu, která bude v průběhu realizace ověřována.
- Cílová skupina – komu je projekt určen primárně, příp. sekundárně (jak kvalitativně, tak kvantitativně).
- Způsob realizace: zde je třeba stanovit a uvést metody, nástroje a mechanismy, jimiž bude daného cíle dosahováno – jedná-li se o obecně známé a uznávané metody, není třeba je detailně popisovat, v případě, že je volena originální a doposud ne všeobecně známá metoda, je třeba uvést její hlavní principy.
- Harmonogram řešení: pomůcka zejména pro předkladatele – umožňuje rozvržení realizace efektivně tak, aby mohla logickým sledem navazovat jedna činnost na druhou a současně aby bylo umožněno evaluovat (vyhodnocovat), co se doposud zdařilo, či nikoliv.
- Termín ukončení projektu: dotace se poskytuje na fiskální rok (tudíž od ledna do prosince). Je třeba tedy s tímto faktem počítat. Pokud se jedná o projekt, jehož realizace bude i v budoucnu pokračovat a bude

na něj i v příštích letech požadována dotace ze státního rozpočtu, neměl by být tento fakt v žádosti opomenut (nemůže se sice počítat s garancí dotace na příští období, přesto však, vyplývá-li z projektu návaznost a nikoliv jednorázová aktivita, je to vždy chápáno jako pozitivum).

- Řešitelský tým: kdo bude participovat na realizaci projektu. Vychází ze zaměření projektu, který vždy musí být realizován osobou s nezbytnou kvalifikací (zejména jedná-li se o projekty přímé práce s dětmi a mládeží). Realizátor je subjekt, který o dotaci žádá, garant je osoba, která garantuje zdárný průběh věcného i finančního plnění. Odborným garantem může být buď kvalifikovaný pracovník téže organizace nebo uznávaný vnější odborník. Supervizor je v souladu se Standardy primární prevence kvalifikovaný odborný interní či externí pracovník, který má přímou vazbu na věcné řešení projektu. Cílem (ohniska) supervize je především poskytovat pravidelně prostor k reflexi obsahu a procesu vlastní práce, rozvíjet pochopení a dovednosti v práci a získávat informace a jiný pohled na vlastní práci.

Ekonomická část: Projekty se píší právě proto, aby se získaly finanční prostředky na realizaci záměrů, a přesto je část ekonomická tím největším „strašákem“ formulářů. Ekonomická rozvaha musí být plně v kontextu s věcným zaměřením projektu (položky v ní obsažené musí mít přímou vazbu na realizaci projektu). Ideální je, pokud subjekt, který žádost předkládá, disponuje schopnou ekonomickou silou (ať již interní či externí), která s vyplněním této části pomůže. Není-li tomu tak, potom několik užitečných rad:

- Nevycházet z předpokladu – „... zažádáme raději víc, abychom dostali alespoň něco...“. Projekty posuzují lidé, kteří jsou erudovaní v dané oblasti a znají reálné finanční náklady projektu, jež se sice mohou v řádu lišit, nikoliv však podstatně.
- Zjistit si, zda poskytovatel vyhláší dotační řízení na investiční (nad 60 tis. Kč) či neinvestiční záměry (do 60 tis. Kč – myšleno na jednu položku, ne na celý projekt).
- Co kam patří – velký problém a současně zpravidla velká neznámá. Je třeba vycházet z vyhlášky 504/2002 Sb.

Materiál: potraviny, kancelářské potřeby, vybavení (DDHM – drobný dlouhodobý hmotný majetek), pohonné hmoty, ostatní materiálové náklady.

Energie: plyn, elektřina, vodné, stočné, jiné.

Opravy a údržba: opravy a údržba budov, opravy a údržba aut, ostatní.

Cestovné: cestovné zaměstnanců, cestovné klientů.

Služby: nájemné, právní a ekonomické služby, školení a vzdělávání,

pořízení dlouhodobého hmotného majetku (do 60 tis. Kč), jiné ostatní služby.

Provozní náklady: daně a poplatky.

Spoje: telefon, poštovné, ostatní spoje.

Osobní náklady: hrubé mzdy (kmenových zaměstnanců), OON na DPČ (ostatní osobní náklady na dohodu o pracovní činnosti), OON na DPP (ostatní osobní náklady na dohodu o provedení práce) – někdy se místo OON používá OPPP (ostatní platby za provedenou práci), odvody sociální a zdravotní pojištění, ostatní sociální náklady.

Na závěr je nezbytné si ještě celý projekt důsledně pročíst, opravit případné chyby či překlepy (nedodávají punc být sebekvalitnějšímu projektu). Doporučuje se dát projekt přečíst nezávislému člověku z oboru i mimo něj – budou číst projekt nezaujatě a jejich náměty či připomínky mohou být podnětné. Zbývá již pouze v požadovaném termínu vložit potřebný počet písemných a elektronických forem do obálky a doručit je poskytovateli. Vždy si uschovat pečlivě doklad o tom, že byl projekt doručen v relevantním termínu. Na dotaci není právní nárok. To by však nemělo být důvodem, proč se, poskytuje-li subjekt efektivní činnost v oblasti primární prevence, nepokusit na dotaci dosáhnout.

Základní a doporučená literatura a internetové stránky pro oblast školské prevence rizikového chování

V oblasti školské prevence rizikového chování máme možnost setkat se s mnoha různými typy publikací, které se tímto tématem zabývají. Jejich kvalita a informační kapacita se však značně různí. Za základní „doporučenou“ literaturu k bližšímu seznámení se s problematikou primární prevence je možné považovat následující tituly:

- a) **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.**

Jedná se o 1. oddíl 10. kapitoly rozsáhlé monografie Kamila Kaliny, která postihuje široké spektrum adiktologické problematiky. Autoři upozorňují, že je nutné chápat rizikové chování v kontextu bio-psycho-spirituálního modelu, na kterém je znázorněn vztah mezi drogou, člověkem a jeho prostředím. Tato část monografie popisuje obecné charakteristiky primární prevence, její hlavní cíle a seznamuje čtenáře se základními principy efektivní intervence.

Dostupné ke stažení na: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/drogy_a_drogove_zavislosti_k_kalina_a_kol_dil_1_dil_2

- b) **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.**

Význam publikace spočívá v praktické hodnotě a možnosti seznámit se s metodami práce v oblasti prevence užívání návykových látek a jiných sociálně nežádoucích jevů, které se mohou v třídním kolektivu a obecně na škole objevit. Obsahuje mnohé informace o tom jak připravit, naplánovat a realizovat školní program prevence rizikového chování.

Dostupné ke stažení na: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/metodika/jak_ve_skole_vytvorit_zdravejsi_prostredi

c) Kolář, M. (2001). Bolest šikanování. Praha: Portál.

Šikana, mnohé formy násilí a porušování základních lidských práv jsou jevy, se kterými se musí potýkat nejedno školské nebo výchovné zařízení. V knize je vysvětleno, odkud se šikana bere, jak rozpoznat oběť a identifikovat pachatele šikany v dětském kolektivu. Především jsou zde předkládány účinné návody k tomu jak šikaně předcházet, jak jednat v krizových situacích i jak dlouhodobě pracovat se skupinou, v které šikana propukla.

K dostání na: www.portal.cz

d) McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M. (2007). Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací. Nejnovější výzkumné poznatky. Praha: Úřad vlády ČR.

Publikace předkládá přehled toho, co je v oblasti primární prevence užívání návykových látek funkční a za jakých okolností. Problematika je zde nazírána z perspektivy různých typů intervencí založených na různých modelech a teoretických přístupech. Autoři zde dále podávají komplexní informace o efektivnosti preventivních programů z hlediska jejich náplně a způsobu realizace.

Dostupné ke stažení na: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/prevence_uzivani_drog_mezi_mladyimi_lidmi_prehled_dostunych_informaci

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

Tento materiál přispívá zásadním způsobem k možnostem hodnocení kvality a efektivity primárněpreventivních programů. Smyslem standardů je seznámit poskytovatele preventivních aktivit s kritérii, která musí splňovat a podle nichž bude preventivní činnost posuzována.

Dostupné ke stažení na: <http://www.primarniprevence.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=108&list=108&show=100256>

f) Rosenbaum, M. (2008). Bezpečnost především: realistická protidrogová prevence pro rodiče. Praha: Centrum adiktologie.

Tato útlá knížička silně rezonuje s nejdůležitějšími tématy primární prevence užívání návykových látek. Je příkladem realistického přístupu k řešení citlivých otázek drogové problematiky a efektivní prevence. Vysvětluje, co a proč je v preventivním přístupu účinné a co nikoli. Základními principy, na které se v publikaci klade největší důraz, je aktivní rodič, otevřená škola a svobodný přístup k pravdivým informacím.

Dostupné ke stažení na: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/60/1387/Bezpecnost-predevsim-realisticka-protidrogova-prevence-pro-rodice.html?acc=enb>

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

Úkolem publikace je pomoci při každodenní práci pracovníkům primární prevence, školitelům v oblasti zdravotnictví a dalším pracovníkům, kteří se podílejí na primárněpreventivních aktivitách. Obsahuje popisy různých modelů prevence a předkládá informace o praktické organizaci preventivních aktivit. Jednodu-

chému sestavení primárněpreventivního programu krok za krokem napomáhají kontrolní seznamy, pokyny, rady a plány.

Dostupné ke stažení na: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/prevence/prirucka_prevence_alkoholu_drog_a_tabaku

h) Kabíček, P., Csémy, L., Hamannová a kol (Eds.). (2014). Rizikové chování v dospívání. Praha: Triton.

Jedna z nejnovějších publikací zkušeného autorského kolektivu, velmi vhodně doplňující publikace projektu VYNSPI-1 a VYNSPI-2. Autoři velmi zdařile reflektují současný stav rizikového chování a podrobně seznamují s jeho podobou, projevy i možnostmi řešení. Publikace nabízí zajímavou kolekci pohledů na tato témata.

i) 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 se zaměřuje 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)

Dostupnost: Publikace je v elektronické podobě ve formátu *.pdf dostupná na stránkách Kliniky adiktologie, řešitelské instituce projektu VYNSPI: <http://www.adiktologie.cz>. V plné verzi je text umístěn v kategorii „Publikace“, v sekci „Monografie“. V tištěné podobě byla kniha vydána v omezeném nákladu a je již prakticky nedostupná.

j) Širůčková, M., Miovský, M., Skácelová, L. 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 programa

mu, popis cílové skupiny, popis časové struktury, obsah programu, personální nároky, kontraindikace a omezení, způsob hodnocení efektivity 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.

Dostupnost: Podobně jako předchozí publikace je i tato dostupná v elektronické podobě ve formátu *.pdf na stránkách Kliniky adiktologie: <http://www.adiktologie.cz>. V plné verzi je text umístěn v kategorii „Publikace“, v sekci „Monografie“. V tištěné podobě byla kniha vydána v omezeném nákladu a je již prakticky nedostupná.

k) Internetové stránky v ČR věnující se prevenci

<http://adiktologie.cz/>

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3246/Technologicke-zavislosti>

<http://business.center.cz/business/pojmy/p1157-presumpce-neviny.aspx>

<http://casmf.cz/>

<http://bezpecnyinternet.cz/>

<http://e-bezpeci.cz/>

<http://e-nebezpeci.cz/>

<http://www.cs.wikipedia.org/>

<http://www.fsps.muni.cz/sdetmivpohode/www.ibesip.cz>

<http://www.msmt.cz/>

<http://www.poradenskecentrum.cz/>

<http://www.prevence-info.cz/>

<http://rvp.cz/>

<http://saferinternet.cz/>

<http://www.sekty.cz/>

<http://www.sexting.cz/>

<http://spolecnekbezpeci.cz/>

<http://svetaplakaci.tyden.cz/rodicovska-kontrola-aplikace-ktere-pohlidaji-vase-deti/>

Literatura

- Adámková, T., Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovska, L., Miovský, M. (2009). Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. *Adiktologie*, 2 (9), 86–94.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 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.
- Ballard, R. (2002). *School-based drug abuse prevention. A literature review*. Vienna: UNCDP.
- 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: DiClemente, R. J. and Peterson, J. L. (eds.) *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York: Plenum Press.
- Baker, O., Mounteney, J., Neaman, R. (Eds.) (1998). *Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph. Series, No. 2*. Lisbon: EMCDDA.
- 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.
- Barták, M. (2010) *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer.
- Barták, M. (2012) *Bezdomovství v ČR : zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: UJEP.
- Barták, M. (2012) *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer.
- Barták, M. (2013) *Ekonomické a sociální determinanty zdraví v Ústeckém kraji a Sasku*. Praha: Wolters Kluwer.
- Bém, P. (2000). Evaluating drug prevention in central and eastern Europe. In Neaman, R., Nilson, M., Solberg, U. (2000). *Evaluation: a key tool for improving drug prevention. Scientific Monograph. Series, No. 5*. Lisbon: EMCDDA. Str. 101–106.

- 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.
- Benson, B. W. (1976) The modern rise of population by Thomas Mc Keown: A review. http://www.localpopulationstudies.org.uk/PDF/LPS17/LPS17_1976_44-47.pdf
- Blatný, M., Hrdlička, M., Sobotková, V., Jelínek, M., Květon, P., Vobořil, D. (2006). Prevalence antisociálního chování českých adolescentů z městských oblastí. *Československá psychologie*, 4 (50), 297–310.
- Blatný, M., Polišínská, V. A., Balaštíková, V., Hrdlička, M. (2005): Problematika rizikového chování vývoje dětí a dospívajících: hlavní témata a implikace pro další výzkum. *Československá psychologie*, 6 (49), 524–539.
- Bongers, I. L., Koot, H. M., Ende, J., Verhulst F. C. (2003). Developmental Trajectories of Externalizing Behaviors in Childhood and Adolescence. *Child Development*, 75, 5, 1523–1537.
- 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., Bukoski & W. J. (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention* (pp. 45–74). New York: Kluwer/Plenum Press.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. New York: Basic Books. MŠMT ČR (2008). Metodický pokyn.
- 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.
- 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.*; 1 (112), 64–105.
- Collins, R. L., Ellickson, P. L. (2004). Integrating four theories of adolescent smoking. *Substance Use, Misuse*, 2 (39), 179–209.
- 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.
- Costa F. M., Jessor R., Turbin M. S., Dong Q., Zhang, H. and Wang, Ch. (2005). The role of social contexts in adolescence: Context protection and context risk in the United States and China. *Applied Developmental Science*, 2 (9), 67–85.
- Council of Europe. (2006). *Young people and drugs, care and treatment*. Nacional Bureau for Drug Prevention, Poland.
- Council of Europe (CE). (2014a). *Pompidou Group – Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs: History*. Retrieved from: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/AboutUs/History/default_en.asp

- Council of Europe (CE). (2014b). Pompidou Group – Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs: Prevention. Retrieved from: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Activities/prevention_en.asp
- Csémy, L., Heller, J., Pecinovská, O., Štastný, V., Kostronová, T., Nová, D., Mráčková, E. (2003). Návykové chování a jeho kontext u mimořádně ohrožených skupin dětí. Výzkumná zpráva. Praha. (Vyhledáno 18. 6. 2008 na <http://www.plbohnice.cz/nespor/str.pdf>).
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programmes. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009–1023.
- 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.
- ČT 1. (2005). Nový projekt Nadačního fondu Český vlak. ČT 1 (2. 3. 2005, 05:59). pořad: Dobré ráno s Českou televizí.
- Dahlgren G, Whitehead M (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London, King's Fund.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (2007) European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. World Health Organization : Copenhagen,. Dostupné z http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf [citováno 1. 11. 2014].
- Dandová, E (2008). Bezpečnost a ochrana zdraví dětí ve školách. Praha: ASPI a.s. 2008.
- Deep, P. (1999) Biological and Biopsychosocial Models of Health and Disease in Dentistry. *Can Dent Assoc*, 65:496–7.
- Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M., A. Gulliford, M. (2011). Oxford textbook of public health. New York : Oxford University Press.
- Detels, R., Edgar, B., Meet, H. (2005) Oxford textbook of public health. Oxford : Oxford University Press.
- Doležalová, P. et al. (2009). Koncepce transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči. Praha: MŠMT.
- Donaldson, S. I. (2002). High-potential mediators of drug-abuse prevention program effects. Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research, 215–230.
- Donovan, J., E., Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6 (53), 890–904.

- Doporučení Rec. (2005). Výboru ministrů členskými státy ohledně práv dětí žijících v institucionálních zařízeních (přijaté Výborem ministrů 16. března 2005 na 919. zasedání náměstků ministrů).
- Dvořák, D. (1995). Metodika vzdělávacích programů prevence drogových závislostí a HIV/AIDS. Praha: Institut Filia.
- Dworkin, J. (2005). Risk Taking as developmentally appropriate experimentation for college students. *Journal of Adolescent Research*, 2 (20), 219–241.
- Elias, N. (1991). *La société des individus*. Paris: Fayard.
- Elkind, D. (1967). Egocentrismus in Adolescence. *Child Development*, 38, 1025–1034.
- 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>.
- EMCDDA. (2008). EU Drugs action plan for 2009–2012. Official Journal of the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2004). EU Drugs strategy. Brussels: Council of the European Union. 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. Thematic papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA (2011). EMCDDA Manuals No 7. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: The Publications Office of the European Union.
- Endrödiová, L., Kabiček, P., Šejvl, J., Vedralová, J., Zapletalová, J. (2013). Testování dětí a mladistvých ve školách a školských zařízeních při podezření z užití návykové látky: Manuál vhodného postupu. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2013
- 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.
- European Society for Prevention Research (EUSPR). (2015). European Society for Prevention Research. Flier downloaded from: http://euspr.org/wp-content/uploads/2013/02/EUSPR_Flyer.pdf
- Faber, J. & Pilařová, M. (?). Psychobiologie psychického traumatu v rámci primárního vztahu. In: Pilařová, M., Pöthe, P. (Eds.): Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence. Praha: Futurum.
- 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.
- Ferrence, R. (2001). Diffusion theory and drug use. *Addiction*, 96, pp. 165–73.
- 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.

- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 2 (19).
- French, D. C., Conrad, J. (2001). School dropout as predicted by peer rejection and antisocial behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 3 (11), 225–244.
- 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.
- Garnezy, N. & Masten, A. S. (1986). Stress, competence, and resilience: Commonfrontiers for therapist and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 17: 500–521.
- 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.
- Gray, A. M. (1982) *Inequalities in Health. Black Report: A summary and comment*. *International Journal of Health Services*, 12:3.
- 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.
- Havlinová, M. & Kolář, M. (2001). Sociální klima v prostředí základních škol ČR.
- Hawkins, J., 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.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76, 408–420.
- Hays, R. (1985). In integrated value-expectancy theory of alcohol and other drug use. *British Journal of Addiction*, (80), pp. 379–384.
- Health Affairs (2008) *The Social Determinants Of Health*, 27: 2; 320.
- Health Promot. Int. (1986) Lalonde and beyond: Looking back at A New Perspective on the Health of Canadians – editoria *Health Promot. Int* 1 (1): 93–100.
- Helus, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada.

- Hofmann, B. (2005) Simplified models of the relationship between health and disease *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26:355–377.
- Holčík, J. (2010) Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno: Masarykova univerzita.
- Holčík, J., Žáček, A. (1995) Sociální lékařství. Brno: Masarykova univerzita.
- Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Hospodářské noviny. (2010). „Janouškova“ firma dostane další miliony od VZP. *Hospodářské noviny*, 24. 5. 2010, p. 5, autor: Luboš Kreč.
- Hughes, C., & Lloyd, J. W. (1993). An analysis of self-management. *Journal of Behavioral Education*, 3(4) 405–425.
- Hurrlemann, K., Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14, 20–28.
- Charvát, M., Jurystová, L. & Mioviský, 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.
- Chmelík, J. (1997). *Extremismus*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR 1997.
- Christiane, F. (1987). *My, děti ze stanice Zoo*. Praha: Mladá fronta.
- Institute of Medicine. (2002). *Speaking of health: Assessing health communications strategies for diverse populations*. Washington, D. C.: National Academies Press.
- 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.
- Janík, A. & Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum.
- 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*, 1 (92), 171–190.
- Jedlička R, Klíma P., Koťa J., Němec J., Pilař J. (2004). *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis.
- Jedlička, R. & Koťa, J. (1998). *Aktuální problémy výchovy*. Praha: Karolinum.
- Jessor, R. (2008). Description versus explanation in cross-national research on adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43, 527–528.
- 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. (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.
- 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*, 6 (31), 923–933.

- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5 (56), 762–765.
- Jessor, R., Donovan, J. E., Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence. Problem behavior and young adult development.* Cambridge University Press.
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 (75), 788–800.
- 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.
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M., Dong, Q, Znahg, H., Changhai, W. (2003). Adolescent problem behavior in China and the United States: A cross national study of psychosocial protective factors. *Journal of Research on adolescence*, 3 (13), 329–360.
- John, R. (1986). *Memento.* Praha: Československý spisovatel.
- Jurková, K. (2010). *Metodika k prevenci a řešení kyberšikany.* Brno: PPP Brno 2010. Dostupné na www.poradenskecentrum.cz.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. and Miovský, M. (2009) Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie*, 1 (9), 11–19.
- Jůva, V. (2000). *Základy pedagogiky.* Brno: Paido.
- Kabíček, P. & Hamanová, J. (2005). Prevence rizikového chování v dospívání. *Postgraduální medicína*, 7, 1. suppl. Preventivní pediatrie – manuál pro provádění preventivních prohlídek. pp. 57–60.
- Kabíček, P., Csémy, L., Hamannová a kol (Eds.). (2014). *Rizikové chování v dospívání.* Praha: Triton.
- Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup.* Praha: ÚV ČR.
- Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě závislostí.* Praha: SANANIM/Inverze.
- Kanar, C. C. (2001). *The confident student* (4th ed.). New York: Houghton Mifflin Company.
- Kandel, D. B. (1980). Development stages in adolescent drug involvement. In Lettieri DJ, Sayers M, Pearson HW (eds). *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives.* NIDA Research Monographs, no. 30.
- Kaščák, O. (2006). *Moc školy. O formatívnej sile organizácie.* Bratislava: Veda.
- Kerr, M. M., & Nelson, C. M. (1998). *Strategies for managing behavior problems in the classroom.* (3rd ed.). Columbus, Ohio: Prentice Hall.

- Kickbusch, I. & Maag, D. (2008) Health Literacy. In Kris Heggenhougen and Stella Quah, editors International Encyclopedia of Public Health, Vol 3. San Diego: Academic Press.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., M., Apfel, F., Tsouros, A. (2013) Health Literacy: The Solid Facts. Copenhagen: World Health Organization.
- Klinika adiktologie (KAD). (2013). Vznikla nová evropská síť preventivní medicíny vedená Oxford Brookes Univerzitou, 1. LF UK je členem. Retrieved from: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/4162/Vznikla-nova-evropska-sit-preventivni-mediciny-vedena-Oxford-Brookes-Univerzitou-1-LF-UK-je-clenem>
- Kloep, M., Güney, N., Cok, F., Simsek, Ö. F. (2009). Motives for risk-taking in adolescence: A gross-cultural study.
- Kolář, M. (2007). Český školský program proti šikanování. Perspektivy. In Sociálna prevencia. Bratislava: Národné osvetové centrum.
- Kolář, M. (2006). Jak na šikanu? Psychologie dnes, 2 (12), 16–18.
- Kolář, M. (2005a). Výzkum výskytu šikanování na ZŠ v rámci projektu Minimalizace šikany. (nebylo zveřejněno).
- Kolář, M. (2005b). Bolest šikanování. Praha: Portál.
- Kolář, M. (2005c). Školní násilí a šikanování. Ostrava: CIT, Ostravská univerzita.
- Kolář, M. (2005d). Devět kroků při řešení počáteční šikany aneb pedagogická chirurgie. Prevence, 2 (7), 3–7.
- Kolář, M. (Ed.) (2004). Školní šikanování. Sborník z první celostátní konference konané v Olomouci na PdF UP 30. 3. 2004. Praha: Společenství proti šikaně.
- Kolář, M. (2003). Specifický program proti šikanování a násilí ve školách a školských zařízeních. Praha: MŠMT ČR.
- Kolektiv autorů (2006). Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády ČR.
- 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>
- Komárková, R., Slaměník, I., & Výrost, J. (Eds.). (2005). Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik. Praha: Grada.
- Koning, I. M., van den Eijnden, R. J., Verdurmen, J. E., Engels, R. C., & Vollebergh, W. A. (2013). A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. Addictive behaviors, 38(4), 2032–2039.
- Kožený, J., Csémy, L., Tišanská, L. (2008). Atributy sklonu ke kouření u patnáctiletých adolescentů v roce 2006: Explorační analýza. Československá psychologie, 3 (52), 209–223.
- Krch F. D., Csémy L., Drábková H. (2003). Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů (školní studie). Česká a slovenská psychiatrie, no. 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. Lisabon: EMCDDA. Str. 61–66.

- Kulesza, M., McVay, M. A., Larimer, M. E., & Copeland, A. L. (2013). A randomized clinical trial comparing the efficacy of two active conditions of a brief intervention for heavy college drinkers. *Addictive behaviors*, 38(4), 2094–2101.
- Kumpfer, K. L., and Turner, C. W. (1990–1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of the Addictions*, 4A (25), 435–463.
- Kuntsche, E., Wiers, R. W., Janssen, T., & Gmel, G. (2010). Same wording, distinct concepts? Testing differences between expectancies and motives in a mediation model of alcohol outcomes. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 18(5), 436.
- Kurelová, M., Sekera, O, Kubíčková H. (2008). Komunitní systém v resocializačních zařízeních pro adolescenty II. Ostrava: PF Ostravské univerzity.
- Kyriacou, Ch. (2004). Řešení výchovných problémů ve škole. Praha: Portál.
- Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Ministry of Supply and Services Canada. Dostupné z: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [citováno 1. 11. 2014].
- 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.
- Lazarová, B. (2008). Netradiční role učitele. O situacích pomoci, krize a poradenství ve školní praxi. Brno: Paido.
- Lessem, J. M., Hopfer, Ch. J., Haberstick, B. C., Timberlake, D., Ehringer, M. A., Smolen, A., Hewitt, J. K. (2006). Relationship between adolescent marijuana use and young adult illicit drug use. *Behavior Genetics*, 4 (36).
- 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.
- Locker, D. (2008) Social determinants of health and disease in Scambler, G. (editor). *Sociology as Applied to Medicine*. Edinburgh, London, NY, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Saunders. Dostupné z <http://www.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780702029011/9780702029011.pdf> [citováno 1. 11. 2014].
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- 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., Krull J. L., Lockwood C. M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding, and suppression effect. *Prev. Sci.* 1, 173–181. doi:10.1023/A:1026595011371
- 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), S99 – S100. 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>.
- Maggs, J. L., Almeida, D. M., Galambos, N. L. (1995). Risky business: The paradoxical meaning of problem behavior for young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 15, 344–362.
- 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.
- Marmot, M., Wilkinson, R. (2005) *Social Determinants of Health* 2nd edition. Oxford : Oxford University Press.
- 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.
- Mason, W. A., Kosterman, R., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Redmond, C., Spoth, R. L., & Shin, C. (2009). Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addictive behaviors*, 34(6), 599–605.
- Mason, M. J., Mennis, J., & Schmidt, C. D. (2011). A social operational model of urban adolescents' tobacco and substance use: A mediational analysis. *Journal of adolescence*, 34(5), 1055–1063.
- Matějček, Z. (2005). Poznámky o agresivitě. In Matějček, Z. (2005). *Eseje z konce kariéry*. Praha: Karolinum.
- Matějček, Z.: Šikana ve škole aneb Jak to vidím já. In Matějček, Z. (2005). *Eseje z konce kariéry*. Praha: Karolinum.
- 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*, 2 (18), 155–164.

- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M. (2007). *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací*. Praha: Úřad vlády ČR.
- McKeown T. (1976) *The Modern Rise of Population*. New York, NY: Academic Press; 1976.
- McKeown T. (1976) *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* London, England: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- McKeown T., Brown R.,G, Record R.,G. (1972) *An interpretation of the modern rise of population in Europe*. *Popul Stud.*;26:345–382.
- Mečíř, J. (1989). *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum.
- 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.
- Mentor International (MI). (2015). *Prevention Hub: Home*. Retrieved from: <http://preventionhub.org/>
- Metodické pokyny pro akreditaci MPA 60–01–04.
- Mikota, V. (1999). *Thanatos a pedagogický proces*. *Pedagogika*, 4 (49), 1999, 335–346.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Miovský, M. et al. (2010). *Systém školské primární prevence rizikového chování*. In M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová & P. Novák (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. et al. (2009). *Návrh pilotního projektu: Krajská centra primární prevence. Pracovní dokument verze 2. Materiál úzce vychází z výsledků práce pracovní skupiny projektu Phare Twinning project „Drug Policy“ (pracovní skupina pro prevenci) a dokumentu Příloha č. III/1/5 Závěrečné zprávy č. III/1.*
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V., Trapková, B. (2007). *Substance use in fifth – and seventh-grade basic school pupils: Review of results of quasi-experimental evaluation study*. *Československá psychologie. Supplementum*, 51 (103), 109–118.
- Miovský, M. (2007). *Changing patterns of drug use in the Czech Republic during the post-communist era: A qualitative study*. *Journal of Drug Issues*, 1 (37), 24–36.
- Miovský, M. & Zapletalová, J. (2006). *Primární prevence rizikového chování na rozcetí: specializace versus integrace*. *Sborník abstrakt a program III. ročníku celostátní konference „Primární prevence rizikového chování: specializace versus integrace“ Praha, 27.–28. listopadu*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Miovský, M. (2004). *Evaluace primární prevence. Základní východiska a aplikační možnosti*. Příspěvek na semináři MŠMT. Seč: MŠMT.
- Miovský, M., Miovská, L. & Kubů, P. (2004). *Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti“ v časopise Adiktologie 3 (4), str. 288–305.*

- Miovský, M., Miovská, L., Trapková, B. (2004). Projekt evaluace primárně-preventivního komunitního programu. *Adiktologie*, 3 (4), 237–254.
- Miovský, M. (2003). Závěrečná zpráva z Phare Twinning Project: „Drug Policy“ pracovní skupina Akreditace. Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M. & Kreeft, P. (2002). Souhrnná zpráva Analýzy potřeb v oblasti primární prevence užívání návykových látek. Pracovní skupina: Primární prevence, Component 3: Phare Twinning Project “Drug policy”. Příloha č. III/1/1 Závěrečné zprávy č. III/1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., Zapletalová, J. (2012a). Doporučená struktura a rozsah Minimálního preventivního programu školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Miovský, M. et al. (2012a, 2012b). Výkladový slovník základních pojmů mezioborové školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Miovský, M. et al. (2015a). Prevence rizikového chování ve školství. Praha: Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova v Praze. V tisku.
- Miovský, M. et al. (2015b). Výkladový slovník základních pojmů prevence rizikového chování. Praha: Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova v Praze. V tisku.
- Miovský, M. et al. (2015c). Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi. Praha: Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova v Praze. V tisku.
- Miovský, M. et al. (2015d). Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících. Praha: Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova v Praze. V tisku.
- Mladá fronta DNES. (2010). Do kraje vyjede protidrogový vlak. *Mladá fronta DNES*. 15. 2. 2010. p. 2, autor: Zuzana Půrová.
- 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.
- MŠMT (2009a). Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012.
- MŠMT (2009b). Koncepce transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2009c). Souhrnná závěrečná zpráva z výzkumu – Monitoring institucionální výchovy, ÚIV Praha: MŠMT.
- MŠMT (2007). Příkaz ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č. 3/2007. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2006). Prevence sociálně patologických jevů. Průzkum ve školských zařízeních. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.

- MŠMT (2002). *Evaluace a diagnostika preventivních programů*. Praha: MŠMT.
- MŠMT (1998). *Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998–2000*. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2005). *Vyhláška č. 64/2005 Sb. o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů, v platném znění*. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2005). *Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2003). *Informace MŠMT o spolupráci předškolních zařízení, škol a školských zařízení s Policií ČR při prevenci a vyšetřování kriminality dětí a mládeže a kriminality na dětech a mládeži páchané č.j. 25 884/2003–24*. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2013). *Metodický pokyn k řešení šikanování ve školách a školských zařízeních č.j. MSMT-22294/2013–1*. Praha: MŠMT.
- MŠMT (1999). *Metodický pokyn č. 14 423/99–22 k výchově proti projevům rasismu, xenofobie a intolerance*. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2002). *Metodický pokyn č. 10 194/2002–14 k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví*. 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*. Praha: MŠMT.
- MV ČR (1993). *Koncepce protidrogové politiky pro období 1993–1994, předložená ministerstvem vnitra ČR 5. července 1993*. Praha: MV ČR.
- MV ČR (2007). *Strategie prevence kriminality na léta 2008 až 2011*. 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 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>.
- Neaman, R., Nilson, M. & Solberg, U. (2000). *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. Scientific Monograph Series, No. 5. Lisabon: EMCDDA.
- 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: C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka, 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.
- 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.
- Nordenfelt, L. (1995) *On the nature of health : an action-theoretic approach*. Dordrecht : Wolters Kluwer Academic Publishers.
- Nováková, D. (2002). *Návrh definic základních pojmů primární prevence: pracovní materiál*. Pracovní skupina: Primární prevence, Component 3: Phare Twinning Project "Drug policy". Příloha č. V/1/1 Závěrečné zprávy č. III/1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Noviny Havlíčkobrodska (2004). *Bojovým sportem proti drogám*. Kraj Vysočina, Noviny Havlíčkobrodska. 9. 10. 2004, rubrika: Zprávy z Vysočiny, p. 3.
- Noviny Třebíčska (2003). *Baseballisté proti drogám*. Kraj Vysočina, Noviny Třebíčska. 20. 6. 2003, p. 23 (sport Třebíčska), autor: Marie Pokorná.
- Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP-Koniasch Latin Press.
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion. International*, 15 (3): 259–267.
- 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.
- Oxford Brookes University (OBU). (2013). *European preventive medicine network to be led by Oxford Brookes*. Retrieved from: <http://brookescareerscentre.co.uk/about/news/span-europe>
- Pardo, A., & Román, M. (2013). Reflections on the Baron and Kenny model of statistical mediation. *Anales de Psicología*, 29(2), 614–623.
- Patrick, D., L., Bush, J. W., Chen, M., M. (1973) *Toward an Operational Definition of Health*. *Journal of Health and Social Behavior*. 14. 1.:6–23.
- Pauk, W. (1997). *How to study in college* (6th ed.). New York: Houghton Mifflin Company.
- Pavlas Martanová, V. (ed.) (2012). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Pavlas Martanová, V. (2012). Development of the Standards and the certification process in primary prevention – an evaluation study (Vývoj Standardů a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie). *Adiktologie*, (12)3, 174–188.

- Pavučina. (1986). Film dle námětu, scénáře a režie Zdeňka Zaoral. 91 min. Praha/Československo.
- Payne, E., & Walker, L. (2000). *Developing essential study skills*. Harlow: Financial Times/ Prentice Hall.
- Pedagogicko-psychologická poradna Brno. (2010). Peer programy. Retrieved 15. 6. 2010 from: <http://www.poradenskecentrum.cz/peer.php>.
- Petržilková, M. & Týc, M. (2006). *Prevence sociálně patologických jevů, Průzkum ve školských zařízeních*. Praha: 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*, 17(3 Suppl.), S70–S81.
- Piaget, J. (1999). *Psychologie inteligence*. Praha: Portál.
- Pilař, J. (2006). Náhradní výchovná péče v reálné podobě, In *Mládež a sociální patologie, Sborník sekce sociální patologie Masarykovy České sociologické společnosti*. Praha: MČSS.
- Plichtová, J. (1996). Obsahová analýza a jej možnosti využitia v psychológii. *Čs. psychologie* 4 (40), 304–314.
- Policie ČR. (2010). Stop drogám. Na <http://www.policie.cz/clanek/krajske-reditelstvi-olomouckeho-kraje-aktuality-stop-drogam.aspx>
- Potůček, M. a kol. (2005) *Veřejná politika*. Praha: Slon.
- Pracovní skupina projektu Q-RAM (2011). *Pokyny pro zpracování deskriptorů oblastí vzdělávání*. Nepublikovaná příručka.
- Prestwich, A., Sniehotta, F. F., Whittington, C., Dombrowski, S. U., Rogers, L., & Michie, S. (2014). Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychology*, 33(5), 465.
- 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.
- Pupala, B. (2004). *Narcis vo výchove: pedagogické súvislosti individualismu*. Bratislava: Typi Universitatis Tyrnaviensis a Veda.
- Radimecký, J. (2007). Rhetoric versus Practice in Czech Drug Policy. *Journal of Drug Issue* 37(1), 11–44.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. (2007). Praha: VÚP. Dostupný 11. 6. 2012 na: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf.
- Rážová, J., Csémy, L., Provazníková, H., Sovinová, H. (1999). *Mladí lidé a zdraví. Sborník xxvii. Ostravské dny dětí a dorostu. Rožnov p.R., 12.–14. 5. Praha: SZU, str. 99–114.*
- 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.
- Rosenbaum, M. (2008). *Bezpečnost především: realistická protidrogová prevence pro rodiče*. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze.

- Rosenstock, I. M., V. J. Strecher, 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*, R.J. DiClemente and J.L. Peterson , eds. New York: Plenum Press.
- Rucker, D. D., Preacher, K. J., Tormala, Z. L., & Petty, R. E. (2011). Mediation analysis in social psychology: Current practices and new recommendations. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(6), 359–371.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57:316–33.
- RVKPP (2004). *Aktivity scientologů v oblasti primární protidrogové prevence*. Tisková zpráva. Praha: Úřad vlády ČR.
- RVKPP (2004). *Aktivity scientologů v oblasti primární protidrogové prevence: společné stanovisko Výboru zástupců resortů (VZR), MŠMT, MV, NPC a Sekretariátu RVKPP*. Tisková zpráva. Praha: Úřad vlády ČR (27. 7. 2004).
- 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.
- Sekera, O. (2009). *Identifikace profesních aktivit vychovatelů výchovných ústavů a dětských domovů*, Ostrava: PF Ostravská univerzita v Ostravě.
- Sevier Country Special Education (2011). *Self-management of behavior in schools*. Retrieved 2, September 2011 from: <http://www.slc.sevier.org/selfmgt.htm>
- Schulenberg, J., Maggs, J. L., Hurrelman, K. (1997). Negotiating developmental transitions during adolescence and young adulthood: Health risks and opportunities. In Schulenberg, J., Maggs, J. L., Hurrelman, K. (Eds.). *Health risks and developmental transitions during adolescence*. Cambridge: University Press, 1–22.
- Silbereisen, R. K. (1998). Lessons we learned – problems still to be solved. In Jessor, R. (Eds.). (1998). *New Perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge University Press.
- 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.
- Skácelová, L. (2010). Postup při zpracování minimálního preventivního programu. In M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová & P. Novák (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.
- Sloboda, Z., & Bukoski, W. J. (Eds.). (2003). *Handbook of drug abuse prevention*. Springer.

- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80.
- 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 International Publishing AG (SIP AG). (2015). Prevention Science: Description. Retrieved from: <http://link.springer.com/journal/11121>
- Stephens, P. C., Sloboda, Z., Stephens, R. C., Teasdale, B., Grey, S. F., Hawthorne, R. D., & Williams, J. (2009). Universal school-based substance abuse prevention programs: Modeling targeted mediators and outcomes for adolescent cigarette, alcohol and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1), 19–29.
- Sze, S. (1988) WHO: From Small Beginnings. *World Health Forum* 9(1):29–34.
- Šilhanová, S. (2010). Co dělat, když... Praha: 2010. Článek dostupný na: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/ZUG/6409/CO-DELAT-KDYZ.html/>.
- Širůček, J., Širůčková, M., Macek, P. (2007) Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá psychologie*, 5 (51), 476–488.
- Širůčková, M., Miovský, M., Skácelová, L. a kol. (2012). Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Šmejkalová, R. (2008). *Prev-Data. Uživatelská příručka aplikace pro sběr dat v oblasti primární prevence rizikového chování*. Praha: Centrum primární prevence o.s. Prev-Centrum.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj residence v dětství a dospělosti*. Praha: Grada Publishing.
- Štech, S. (1999.) *Člověk a kultura*. In Výrost, J., Slaměník, I. (eds.): *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál.
- Štech, S. (2003). Škola, nebo domácí vzdělávání? Teoretická komplikace jedné praktické otázky. *Pedagogika*, 4 (53), p. 418–436.
- Štech, S. (2006). Násilí ve škole, násilí proti škole, násilí školy. In Kariková S. (ed.): *Násilí v škole. Ďuričovy dny*. Banská Bystrica: PedF UMB. p. 318–323.
- Tamm, M. E. Model of health and disease (1993) *British Journal of Medical Psychology*. 66:3.213–228.
- Tarlov V, A. (1996) *Social determinants of health in Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century*. London: Routledge.
- Taromian, F. (1999). Life skills; definitions and theoretical basics. *Journal Zharfaye Tarbiat*, 4, 32–35.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (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.
- Úmluva o právech dítěte – sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991, v platném znění
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC), UN Committee on the Rights of the Child: Concluding Observations: Czech Republic, 18 March 2003, CRC/C/15/Add.201. In <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3f25962b4.html> [cit. 22. 3. 2010].
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2013). International Standards on Drug Use Prevention. Retrieved from: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
- Urban, E. (1973). *Toxikománie*. Praha: Avicenum.
- 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* (pp. 57–59). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- VanderBos, G. R. (Ed.). (2006). *APA dictionary of psychology*. (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Van den Broucke, S. (2014) Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72:10.
- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.) (1998). *Příručka prevence: Alkoholu, drog a tabáku*. Velvyslanectví nizozemského království.
- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.) (1998). *Handbook of Primary Prevention: Alcohol, Drugs and Tobacco*. Amsterdam: Jelinek Insitute.
- Vaňkátová, E. a kol. (2010–2014). *Co dělat, když – praktické náměty k prevenci a intervenci rizikového chování*. Praha: Raabe. 2010–2014. (včetně 19. aktualizace 2014). Na volných listech v pořadači.
- Vojtíšek, Z. (2004) *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v České republice*. Praha: Portál 2004.
- Vojtová, V. (2008). *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*, Brno: PF Masarykovy univerzity KSP Brno.
- Vojtová, V. (2010). *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku poruch chování a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Muni Press.
- Willoughby, T., Chalmers, H., Bussari, M., A. (2004): Where Is the Syndrome? Examining Co-Occurrence Among Multiple. Problem Behaviors in Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6 (72), 1022–1037.
- Williams, A. F. (1998). Risky Driving Behaviour among Adolescents. In Jessor, R. (Eds.). (1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge University Press., str. 221–240.
- WHO. (1978) Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care; Almaty, Kazakhstan, formerly Alma-Ata, USSR; Sept 6–12, 1978.

- WHO. (1994a). Life skills education in schools. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1994b). Podpora zdraví dětí a mládeže v Evropě. Příručka pro učitele a další pracovníky s dětmi a mládeží. Praha: Národní centrum podpory zdraví.
- WHO. (2006) Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement. Geneva: WHO.
- WHO. (1999). HEALTH 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO. (2000). International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Geneva: WHO/ UNDCP/EMCDDA.
- WHO, Regional Office for the Western Pacific. (2003). Value Adolescents, Invest in Future: Educational Package. Facilitator's Manual. Manila, Philippines.
- Wilhelmová, R. & Hrubá, D. (2013) Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen. Praktická Gynekologie. 17(3): 244–251.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003) Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (WHO). (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- 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>.
- World Health Organization (WHO). (2015). Society for Prevention Research (SPR). Retrieved from: <http://www.who.int/violenceprevention/participants/spr/en/>
- Working Group on Inequalities in Health (1980) Inequalities in health : Report of a research working group. London: DHSS.
- 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>.
- Záchranný kruh, webové stránky Karlovarského kraje, dostupné na http://www.zachranny-kruh.cz/rizikove_chovani/10_nepravd_o_zaskolactvi.html [cit. 22. 3. 2010].
- Zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění – nový občanský zákoník
- Zákon č. 200/1990 Sb., v platném znění – přestupkový zákon
- Zákon č. 561/2004 Sb., v platném znění – školský zákon
- Zákon č. 379/2005 Sb., v platném znění – tabákový zákon
- Zákon č. 40/2009 Sb., v platném znění – trestní zákoník
- Zákon č. 141/1961 Sb., v platném znění – trestní řád
- Zákon č. 101/2000 Sb., v platném znění – zákon o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 218/2003 Sb., v platném znění – zákon o soudnictví ve věcech mládeže

- Zákon č. 273/2008 Sb., v platném znění – zákon o Policii České republiky
Zákon č. 359/1999 Sb., v platném znění – zákon o sociálně právní ochraně dětí
Zákon č. 361/2000 Sb., v platném znění – zákon o silničním provozu
Zákon č. 127/2005 Sb., v platném znění – zákon o elektronických komunikacích
Zákon č. 167/1998 Sb., v platném znění – zákon o návykových látkách
Zákon č. 482/1991 Sb., v platném znění – zákon o sociální potřebnosti
- Zapletalová, J. (2010). Školní poradenské pracoviště. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (pp. 78–82). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Zhao, X., Lynch, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of consumer research*, 37(2), 197–206.
- 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), pp. 185–210.
- ZSK. (2009). Zápis o průběhu náhradního zasedání Zastupitelstva Středočeského kraje konaného dne 30. 11. 2009.

Zkratky

AC	Agentura pro certifikace
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
A.N.O.	Asociace nestátních organizací
APHA	American Public Health Association
AV	Antidopingový výbor
ČR	Česká republika
ČSSR	Československá socialistická republika
ČŠI	Česká školní inspekce
DARE	Drug Abuse Resistance Education
DDHM	drobný dlouhodobý hmotný majetek
DPČ	dohoda o pracovní činnosti
DPP	dohoda o provedení práce
DVD	Digital Video Disc
DVPP	další vzdělávání pedagogických pracovníků
EDPQS	Evropské standardy prevence (European Drug Prevention Quality Standards)
EG	EUDAP Group (European Drug Addiction Prevention Group)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
EUDAP	European Drug Addiction Prevention Trial
EUSPR	Evropská společnost pro výzkum v prevenci (European Society for Prevention Research)
GAČR	Grantová agentura České republiky
HFA	Health for All
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICT	informační a komunikační technologie
I.E.S.	Institut expertních služeb
IPPP	Institut pedagogicko-psychologického poradenství
IPS	Informační a poradenské středisko pro volbu a změnu povolání
JMK	Jihomoravský kraj
KAB	Knowledge Attitudes Behaviour
Kč	koruna česká
KP	Krizový plán
KŠKP	krajský školský koordinátor prevence

Zkratky

MES	minimální evaluační set
MF ČR	Ministerstvo financí ČR
MHD	městská hromadná doprava
MI	Mentor International
MKN-10	mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
MO ČR	Ministerstvo obrany ČR
MP	Městská policie
MPA	Metodické pokyny pro akreditaci MPK mezirezortní protidrogová komise
MPPP	minimální preventivní program
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MS ČR	Ministerstvo spravedlnosti České republiky
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NEHAP	Akční plán zdraví a životního prostředí ČR
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NIH	National Institutes of Health
NNO	nestátní neziskové organizace
NOZ	nový občanský zákoník – zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění
NÚOV	Národní ústav odborného vzdělávání
OČTR	orgány činné v trestním řízení
OMP	okresní metodik prevence
OON	ostatní osobní náklady
OPL	omamná a psychotropní látka
OPPP	ostatní platby za provedenou práci
OPŘO	ostatní přímo řízené organizace MŠMT
OP VK	operační program Vzdělávání pro konkurenceschopnost
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	orgán sociálně-právní ochrany dětí
OV	ochranná výchova
PC	personal computer
PČR	Policie České republiky
PG	Skupina Pompidou (Pompidou Group; Groupe Pompidou)
PP	primární prevence
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
PPRCH	primární prevence rizikového chování
PPUNL	primární prevence užívání návykových látek
PŘO	Přímo řízené organizace MŠMT
PS SPP	Pracovní skupina specifické primární prevence
PZ	přestupkový zákon – zákon č. 200/1990 Sb., v platném znění
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVPPK	Republikový výbor pro prevenci kriminality
RVP	Rámcově vzdělávací program
SAK	Spojená akreditační komise
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Sb.	Sbírka zákonů
SKPV	Služba kriminální policie a vyšetřování
SPAN	Sít akademických pracovišť v oboru prevence (Science for Prevention Academic Network),
SPC	Speciální pedagogické centrum
SPJ	sociálně patologický jev
SPR	Společnost pro preventivní výzkum (Society for Prevention Research)
SRA	Society for Research on Adolescence
SRCD	Society for Research in Child Development
SŠ	střední škola
SVP	středisko výchovné péče
SZO	Světová zdravotnická organizace
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ŠMP	školní metodik prevence
ŠPP	školní preventivní program
ŠVP	školní vzdělávací program
TŘ	trestní řád – zákon č. 141/1961 Sb., v platném znění
TZ	trestní zákoník – zákon č. 40/2009 Sb., v platném znění
ÚIV	Ústav pro informace ve vzdělávání
UK	Univerzita Karlova v Praze
ÚMČ	Úřad městské části
UN	United Nations
UNODC	Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (United Nations Office on Drugs and Crime)
ÚV	Úřad vlády ČR
VŠ	vysoká škola
VÚP	Výzkumný ústav pedagogický
VZ	výroční zpráva
WHO	Světová zdravotnická organizace (World health organization)
ZSM	zákon o soudnictví ve věcech mládeže – zákon č. 218/2003 Sb., v platném znění
ZŠ	základní škola
1. LF UK	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Jmenný rejstřík

A

Aertsen, P. 280

B

Bártík, P. 6
Bém, P. 22, 26, 58, 168
Bourdieu, P. 267
Budinská, M. 6, 7

C

Costa, F. M. 51, 52, 55–57
Csémy, L. 21, 50, 52, 53, 146, 189

Č

Černý, M. 188

D

Daatland, Ch. 280
Dahlgren, G. 43, 44
Detels, R. 36–38, 41, 42, 44
DeSwert, J. 280
DiClemente, C. C. 64
Doležalová, P. 6, 286
Donovan, J. 51, 52, 55
Drábková H. 50, 53
Dvořák, D. 21

E

Elias, N. 270
Endrödiová, L. 234
Erikson, E. 267

F

Fenk, R. 280
Fischer, U. 280
Freeman, H. E. 172
Freud, S. 267
Freudová, A. 267

G

Gabrhelík, R. 5, 290
Gallà, M. 23, 26, 61, 66–70, 145,
157, 175, 187

H

Hofman, G. 172
Holická, N. 6
Holčík, J. 36–38, 45

CH

Charvát, M. 188

J

Jessor, R. 51, 52, 54–57, 65, 79, 84,
85, 87, 134
Jindrová, M. 7
John, R. 19
Jurková, K. 228
Jurystová, L. 66, 68, 188

K

Kalina, K. 23, 58, 95, 130, 168
Kandelová, D. B. 65

Kickbush, I. 45–47, 49, 50
Kolář, M. 158
Majtnerová Kolářová, S. 6
Krch, F. D. 50, 53
Kröger, Ch. 170–172
Kubů, P. 166

L

Lalonde, M. 41
Lessem, J. M. 53

M

Macková, L. 5, 7
Marmot, M. 40, 48
McKeown, T. 40
Mioviský, M. 5, 13, 16, 19, 21, 23–28,
94, 109, 148–150, 153, 156, 158,
159, 165, 166, 169, 172, 188

N

Nešpor, K. 21, 58, 146, 152–154,
156, 157, 168
Nevoralová, M. 5
Novák, P. 16
Nožina, M. 21
Nutbeam, D. 45, 46

P

Pavlas Martanová, V. 180, 297
Pernicová, H. 146
Pilař, J. 6, 289, 298
Potůček, M. 36, 37, 39
Prochaska, J. O. 64

R

Rossi, P. H. 172

S

Skácelová, L. 16
Slavíková, I. 187
Sørensen, K. 45, 48
Spinger, A. 299
Sze, S. 34, 35

Š

Širůčková, M. 52, 87
Štech, S. 15, 270
Štátná, L. 6

T

Tamm, M. E. 300
Tarlov, A. R. 41

U

Uhl, A. 166, 167
Urban, E. 19

V

Van den Broucke, S. 299, 301
Van der Stel, J. 26, 66–70, 168, 175
Václavková, B. 188
Vaňkátová, E. 229, 247, 259
Vojtíšek, Z. 259
Voordewind, D. 26, 66–70, 168, 175

W

Whitehead, M. 43, 44
Wilkinson, R. 40, 42

Z

Zapletalová, J. 16, 28, 187, 188
Zaoral, Z. 19
Zulliger, H. 267

Ž

Žáček, A. 36–38

Věcný rejstřík

A

adiktologie 11, 26, 28, 29, 61, 62, 70, 71, 134, 158, 166, 175, 180, 194, 204, 250, 273
agrese 29, 86, 96, 114, 132, 135, 149, 158, 160, 161, 164, 224
AIDS 105, 195
akt pedagogický 272
aktivita volnočasová 30, 49, 86, 108, 135, 144, 163, 168, 169, 188, 192
alkohol 16, 19, 20, 21, 31, 32, 42, 50–52, 54, 57, 65, 74, 78, 80, 82–86, 108, 114, 116, 124, 125, 134, 153, 160, 166, 168, 174, 181, 189, 191, 196, 197, 204, 215, 231–233, 235, 238–240, 242–246
ambulance psychiatrická 130
American Public Health Association 196
anabolika 29
analýza potřeb 13, 98, 103
anorexie 259
antisemitismus 29, 260, 262
attachement 133

B

bulimie 259
burn out syndrom 132

C

centrum kontaktní 130
~ krajské 109, 113
~ regionální 112, 113

certifikace 13, 16, 24, 27, 96, 110, 139, 146, 171, 175–180, 190, 194, 199

Č

čin trestný nebo trestný čin 115, 128, 133, 134, 161, 203–205, 207–210, 212–215, 217–224, 226, 229–237, 239–242, 245, 247–261
čin jinak trestný 205, 245

D

DALY 39
definice zdravotní gramotnosti 45, 48
denormalizace 59
determinanty zdraví 34, 37–45, 47, 105–107
dětský domov 93, 127, 129, 130, 131, 169
~ se školou 93, 127, 129, 130, 131, 133
diagnostický ústav 93, 127, 129, 130, 133
disciplinace 265, 268–271, 318
dítě 11–13, 19, 22, 24, 26, 29, 30, 32, 33, 35, 45, 49, 58, 59, 61, 71, 78, 80, 84, 86–88, 93, 95, 98, 100, 102, 103, 106, 108, 116, 127–137, 141, 144, 147–150, 152–154, 156–158, 164, 167, 169, 172, 176, 181, 182, 184, 185, 188–192, 198, 200, 201, 203–212, 214–218, 220, 221, 224–226, 228, 230, 231, 233, 234, 236–242,

244–260, 262, 264, 265, 266–269,
273–275, 282, 283, 317, 319, 321
doporučení metodické nebo meto-
dické doporučení 150, 221, 224,
225, 228, 230, 233, 234, 237, 238,
241, 245, 248, 252, 254, 259, 260,
262, 264
droga 20–24, 26, 50–53, 64–66, 68–
71, 80, 81, 83, 84, 86–88, 95, 96, 101,
103, 105, 108, 109, 118, 124, 125,
130, 134, 138, 139, 143, 144, 160,
168, 171–174, 176, 188–192, 194,
196–200, 202, 231–237, 244, 249

E

efektivita primární prevence 21, 27,
58, 86, 146, 147, 166, 177, 190, 279
etiologie užívání návykových látek
24, 195
etoped 132
EUDAP Group (European Drug Ad-
diction Prevention Group) 61,
193, 194
evaluace formativní 169, 170, 175
~ normativní 170, 171, 175
~ primární prevence 25, 26, 124,
166–168, 173, 175, 187
evaluační studie 90, 112
evidence-based přístup 21
Evropská společnost pro výzkum
v prevenci (European Society for
Prevention Research) 193
Evropské monitorovací centrum pro
drogy a drogové závislosti (Eu-
ropean Monitoring Centre for
Drugs and Drug Addiction) 17,
26, 196
Evropské standardy prevence (Eu-
ropean Drug Prevention Quality
Standards) 194
exkluze sociální 90, 137, 169
experiment pedagogický 272
extrémismus 50, 53, 203, 260, 262

F

faktor individuální 47, 63

~ interpersonální 63, 84
~ intrapersonální 63
~ protektivní 56–58, 60, 84–88, 135,
187
~ psychický 105
~ psychosociální 43, 58, 105
~ rizikový 43, 48, 54–58, 61, 65, 74,
76, 84–88, 106, 134, 143, 155, 187
~ sociodemografický 63
faktory chování 41, 54–56, 63, 64
~ sociální 37, 41, 42, 44, 55, 61, 64, 65
~ ekonomické 43
frustrace 57, 132, 271
funkční gramotnost 46

G

gambling 29, 86, 249
genetické faktory 41, 133

H

HALY 39
harm reduction 16
heroin 53, 174, 231, 232
HIA 43
HIV 50, 105, 195
hledisko systémové 101, 105
hodnota kulturní 15, 267
~ spirituální 135
~ společenská 24, 34, 36
homofonie

CH

chování antisociální 130, 132
~ asociální 132
~ disociální 132
~ plánované 57
~ problémové 51, 52, 55–57, 64–66,
69, 70, 79–81, 84, 87, 151, 155
~ rizikové 11–15, 17, 18, 23, 27–34,
45, 48, 50–65, 67–70, 74, 84–87,
89–94, 98, 100–105, 107, 108,
112–114, 117–123, 127, 132, 134–
136, 139–152, 154, 155, 157–159,
161, 163, 169, 180–188, 192, 194,
196–198, 203, 208, 221, 224, 225,

- 228–230, 233, 234, 237, 238, 241,
245, 248, 252, 254, 259, 260, 262,
264, 265, 271, 273
- ~ rizikové v dopravě 29, 50, 84, 262,
264
- ~ sexuálně rizikové 29, 33, 50, 115,
149, 158, 256–258
- ~ rizikové ve sportu nebo rizikové
sporty 29, 50, 262
- ~ suicidální 84, 114
- ~ závislostní 130, 250, 251

I

- implementace programu 12, 79, 80,
105, 171, 189
- informace 28, 32, 36, 40, 43, 45–49,
58–60, 64, 69, 70, 75, 79, 95,
98, 117, 120–122, 133, 138, 141,
143–145, 147, 148, 150, 155, 157,
158, 161, 162, 165–167, 171, 172,
174, 178, 179, 181, 182, 185, 186,
189–193, 195–197, 200, 203,
208, 210, 213, 228, 229, 233, 234,
238, 239, 241, 245, 248, 251, 256,
258–260, 262–264, 269, 274, 278
- inspekce školní 108, 127, 141, 181,
185, 230, 234
- instituce normalizující 266
- ~ školské 50, 100
- integrace 18, 42, 57, 117, 119, 121,
123, 131, 185, 265
- interakce sociální 36, 119
- interakční gramotnost 46
- intervence krizová 122, 136
- ~ specifická 30, 61, 162
- ~ včasná 88, 95, 119, 179, 190
- intolerance 29, 57, 182, 260
- invalidita 105

J

- jednání agresivní 29
- ~ kriminální 29
- jev sociálně patologický 11, 22, 28,
102, 103, 106, 109, 123, 135, 141,
164, 176, 182, 185, 190, 192, 201,
203, 275

K

- klima sociální 59, 65, 119
- kolektiv třídní 61, 70, 119, 121, 182,
260
- komorbidita psychiatrická 130
- ~ somatická 130
- komunikace 16–18, 46, 49, 59, 61,
67, 86, 97, 98, 101, 102, 109, 117,
119, 124, 129, 150, 152, 153, 156,
157, 161, 214, 249, 257
- komunita terapeutická 130
- konstrukt sociální 36, 51
- kontinuita preventivních programů
110
- koordinace primární prevence 25,
101–103, 108
- koordinátor krajský 102, 103, 109,
142, 144, 163, 187, 190
- krádež 50, 100, 183, 217–222, 224,
270
- kriminalita 15, 17, 84, 86, 100–103,
109, 112, 113, 134, 144, 176, 195,
197, 210, 217, 237
- kritérium institucionální 92
- ~ náročnosti 91
- ~ věkové 90, 91
- ~ vzdělání 90
- kritická gramotnost 46
- kulturní a politické podmínky 41
- kvalita primární prevence 27, 138,
166, 180, 190
- kyberšikana 187, 203, 226, 228, 229

L

- labelling 133
- léčebna psychiatrická 130
- legislativa 108, 128, 129, 136, 141
- léky 20, 231

M

- majetek (školní, cizí) 50, 96, 114,
115, 161, 207, 208, 218, 219, 222,
223, 225, 236, 243, 245, 254, 262,
278, 279
- management projektový 170

marihuana 51, 53, 134, 231, 232
 matching 31, 60, 116
 média 19, 23, 58, 64, 65, 67, 69, 147,
 155, 164, 189, 226
 mediální analýza 71–76, 78–83
 mediátor 71–83
 Mentor International 198
 měření zdraví 35, 37, 38
 měření zdravotní gramotnosti 49
 metamfetamin 19, 20
 metoda výzkumná kvalitativní 172
 ~ výzkumná kvantitativní 172
 metodik prevence 61, 69, 70, 95,
 102–104, 117, 118, 121–127, 137,
 141–144, 160, 162, 163, 181, 183,
 187–189, 192, 198, 221, 275
 minimalizace rizik 16, 18, 177
 minimální preventivní program 12,
 134, 137, 140, 142, 144, 151, 163,
 164, 183, 187, 190, 199, 203
 mládež 11, 14, 19–22, 30, 58, 61, 63,
 84, 87, 91, 94, 95, 98, 100–104, 106,
 121, 123, 127–130, 141, 144, 169,
 176–178, 182, 185, 188–190, 192,
 198, 200, 201, 203, 205–208, 210,
 211, 219, 247, 252, 273–275, 278
 mladistvý 24, 26, 93, 195, 205, 207,
 208, 219, 234, 254
 mladý dospělý 26, 91, 100
 model ekologicko-environmentál-
 ní 65
 ~ kognitivní 64
 ~ komplexního vlivu sociálního pro-
 středí 65, 66
 ~ kvalifikací
 ~ sociálně-ekologický 65
 ~ sociálního vlivu 64
 ~ sociálního vývoje 65
 ~ sociologický 65
 ~ vývojový 65
 modely zdraví 39, 40
 monitoring 57, 142–145, 156, 165,
 196
 motivace 45, 55, 70, 109, 124, 132,
 154, 169, 276
 myšlení kritické 45, 64, 66, 152, 153,
 155

N

násilí 29, 121, 169, 184, 195, 215,
 219, 220, 224, 229, 230, 253–256,
 261, 270–272
 ~ domácí 100, 251, 252
 nástroj evaluační 26, 165, 173, 175,
 181, 197
 National Institute on Alcohol Abuse
 and Alcoholism 197
 National Institute on Drug Abu-
 se 197
 návyková látka 14, 18–24, 27, 29,
 31–33, 50, 53, 54, 58, 62–65, 67–
 70, 78–81, 83–85, 89, 90, 92–99,
 102, 103, 115, 116, 124–126, 134,
 138, 139, 141, 146, 153, 155–157,
 160, 166, 169, 173, 175–177,
 179–181, 183, 185, 189, 191, 192,
 195, 198–201, 206, 207, 215, 231,
 232, 234–238, 241, 242, 245, 246
 nekuřáctví 105
 nemoc 34, 35, 37–43, 45, 48, 105,
 106, 193, 195, 197, 250, 256, 258
 nemocnost 38, 39, 105
 netolismus 249, 250
 nezletilý 114, 130, 131, 204–206,
 208, 247, 249, 257
 norma kulturní 28
 ~ poznávací 271
 ~ společenská 28, 56

O

oběť 161, 184, 204, 215, 224, 226,
 230, 257, 259, 272
 obezita 106, 195, 250
 odpovědnost rodičovská nebo rodi-
 čovská odpovědnost 215–217,
 242, 248, 249
 odpovědnost trestní nebo trestní od-
 povědnost 91, 161
 ohrožování výchovy dítěte 239, 241,
 242, 247, 248, 250, 256, 259
 ochrana osobnosti nebo osobnost,
 ochrana 217, 226, 227, 234
 ochrana sociálně-právní 203, 208,
 214–216, 218, 240, 241, 246, 249

opatření výchovná nebo výchovná
opatření 206, 207, 217, 247
organizace nestátní 16, 20, 27, 69, 94,
99, 102, 110, 122, 130, 137, 138, 163,
228,
~ nezisková 20, 94, 98, 102, 105, 110,
130, 137, 146, 187
osvěta 107
oznamování 208, 209, 212, 252
oznamovací povinnost 208, 212,
214, 215, 235, 241, 246, 249, 251,
252, 255, 258

P

pachatel 204, 205, 207, 210, 215,
219, 220, 223, 225, 226, 233, 236,
242, 248, 251–257, 260, 261, 272
péče institucionální 128, 129
~ komunitní 97
~ preventivní 127–129
~ ústavní 93, 127, 128, 130, 136
pedagogika 17, 61, 123, 132, 269
pedagog 12, 14, 20, 21, 31, 32, 86,
95, 98, 102, 116–118, 120–122,
127, 128, 131, 132, 134, 136, 138,
142–144, 150–152, 154, 160, 165,
176, 184, 187–190, 198, 200, 210,
211, 215–217, 221, 224, 228, 234,
235, 237, 238, 240, 246, 250, 251,
254, 255, 262–264, 269, 271
peer 31, 32, 59, 70, 95, 116, 183
pervitin 20, 134, 174, 231, 232
plán časový 22, 31
~ krizový 141, 147, 151, 152, 163,
203
~ projektu 31
plánování komunitní 97, 99
policie 21, 112, 122, 144, 163, 187,
205, 207, 209–213, 217, 218, 221,
228, 230–237, 243, 244, 252
politika rodinná 107
poradce výchovný 90, 117–120, 125,
127, 147, 161, 181, 182, 188, 190, 203
poradenství kariérové 117, 119,
124–126
~ pedagogicko-psychologické 27,
117, 119, 120, 190

pornografie dětská nebo výroba
dětské pornografie 204, 212, 224,
254–258
porucha duševní 33, 130, 207
~ emoční 130, 132
~ hyperkinetická 132
~ osobnosti 33, 51, 132, 133
poruchy chování 80, 81, 92, 123,
130–134
~ příjmu potravy 29, 51, 100, 116,
158, 180, 185, 203, 259
postoj ke zdraví 107
poškození majetku 114, 115, 218,
222, 223
poškozování cizí věci 223, 224
potřeby speciální výukové 15
pracovník pedagogický 11, 27, 61,
102, 104, 108, 120, 123, 131, 135,
136, 138, 141, 142, 144, 147, 165,
179, 183, 184, 185, 192, 201, 203,
211, 224, 263
~ preventivní 69, 71, 144, 174,
186–188, 193, 195, 198, 273, 274
právo oznamovací nebo oznamovací
právo 216
právo (trestní, přestupkové, rodinné,
občanské) 127, 203, 210, 216,
217, 226, 232, 238
presumpce nevinny 208–210
prevence indikovaná 61, 62, 88, 93,
95, 96, 111, 134, 135, 138, 147, 169,
179, 187, 192, 193
~ kriminality 15, 17, 100–103, 109,
112, 113, 144, 176
~ nespecifická 22, 30, 60, 63, 99, 134,
168–169, 188, 275
~ protidrogová 102, 103, 146, 194, 198
~ sekundární 22, 27, 79, 93, 99, 134
~ sociálně patologických jevů 11,
103, 106, 109, 123, 135, 141, 164,
176, 182, 185, 190, 192, 201, 275
~ specifická 62, 134
~ terciární 22, 27, 79, 93, 99, 134
~ užívání návykových látek 14, 18,
21, 22, 27, 31–33, 58, 62, 78–81,
83, 89, 99, 102, 103, 115, 116, 138,
139, 153, 166, 169, 172, 175–177,
179, 191, 192, 199

~ všeobecná 61, 62, 111, 134, 135, 148
 ~ zdravotnická 15, 17
 problémy adaptační 116
 ~ výchovné 116
 program informativní 62, 69
 ~ primárněpreventivní 33, 89, 91
 ~ pro rodiče 70
 ~ spojený se složením přísahy 69
 ~ vrstevnický 61, 70
 ~ zaměřený na budování pozitivního sebehodnocení 68
 ~ zaměřený na intrapersonální rozvoj 67
 ~ zaměřený na nácvik dovedností odolávat tlaku 67
 ~ zaměřený na nácvik (rozvoj) sociálních dovedností 62, 67, 81, 149, 157
 ~ zaměřený na rozhodovací schopnosti 66
 ~ zaměřený na rozvoj životních dovedností 66, 81, 153
 ~ zaměřený na stanovování cílů 68
 ~ zaměřený na stanovování normem 68
 ~ zaměřený na uvědomování si hodnot 67
 ~ zaměřený na zvládání úzkosti a stresu 66
 projev behaviorální 30, 115, 166
 projevy deprivace 116
 prostředí pracovní 49, 108
 ~ životní 37, 41, 45, 86, 87, 106–108, 226
 prostředky finanční
 provinění 114, 205, 207, 245
 přestupek 57, 114, 207–209, 212–215, 217–219, 222, 224–226, 229–233, 237, 239–243, 245, 247, 260–262
 přesvědčení normativní 68, 83
 přístup celostní 63, 106
 psycholog školní 92, 117, 118, 120, 147
 psychologie 17, 61, 73, 74, 76, 78, 118, 273
 psychoterapie 128, 129, 137

psychotropní látka nebo látka psychotropní 212, 231, 232–237

Q

QALY 39

R

rámec legislativní 89, 100, 102, 124, 264
 rasismus 29, 115, 122, 158, 169, 180, 182, 203, 260, 262
 resocializace 128
 risk reduction 16
 rodič 13, 16, 55, 57, 59, 60, 65, 67, 70, 71, 80–82, 86, 87, 93, 98, 117, 119–121, 124, 127, 130, 132, 134, 142, 144, 146–148, 150, 151, 154, 160, 162–165, 169, 172, 183, 184, 188, 189, 191, 192, 200–202, 206, 208, 214–217, 221, 228, 230, 234, 235, 238–242, 244, 246–251, 255, 256, 259, 266
 rodina 42, 51, 54, 57, 58, 63–65, 82, 84–88, 93, 105, 116, 124, 125, 128, 130, 131, 136, 147, 148, 151, 169, 172, 192, 196, 201, 206, 216, 229, 238, 240, 244, 246, 251, 252, 254, 259, 265, 266

S

sdužení občanské 71, 137, 172, 190–192, 276
 sebezpečení 54, 133
 sebereflexe
 sebezpečování 114, 121
 sekta 29, 115, 121, 158, 258, 259, 283
 sexting 257, 283
 situace riziková 66, 98, 143, 157, 191, 203, 208
 Síť akademických pracovišť v oboru prevence (Science for Prevention Academic Network) 194
 skupina etnická 15, 47, 71, 223, 260, 261
 ~ rodinná 129

- Skupina Pompidou (Pompidou Group; Groupe Pompidou) 195, 196
- socializace 54, 131, 132, 154, 265–269, 272
- ~ školní 265, 266, 268, 269, 271, 272
- Society for Research in Child Development 196
- Society for Research on Adolescence 196
- speciální pedagog školní 117, 118, 120
- speciální pedagogika 61, 132
- společnost obecně prospěšná 137, 276
- Společnost pro preventivní výzkum (Society for Prevention Research) 195
- sport rizikový 29, 50, 100, 114, 115, 158, 180, 185, 262
- správní orgán 114, 207, 212–214, 219, 221, 225, 239
- sprejování 50, 114, 223
- standardy kvality primární prevence 25, 31, 58, 89, 103, 168, 176
- steroidy 29, 76
- stigmatizace 132
- strategie copingová 53, 82, 156, 157
- ~ školní 119, 120, 140, 184, 185, 191
- stres 42, 65–67, 90, 95, 108, 152–156
- středisko výchovné péče 117, 122, 127, 129, 131, 206
- střední délka života 38
- studium 37, 38, 50, 123, 154, 158, 180, 259
- subjektivní zdraví 39, 48
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration 197
- supervize 61, 129, 132, 136, 187, 278
- Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) 26, 34, 35, 36, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 63, 65, 85, 103–106, 152, 154–157, 170–172, 176, 195, 197
- syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte 29, 116, 252
- systém environmentální 55
- ~ modulárního vzdělávání 11, 27
- ~ včasné identifikace 118
- ## Š
- šikana 114, 124, 125, 149, 158, 160, 161, 164, 224, 226
- škola 11–13, 15, 16, 21, 24, 26–29, 49, 50, 55–58, 60, 65–67, 69, 81, 85–87, 89–91, 93–95, 100, 102–107, 111, 114, 117–125, 127, 129–133, 135–152, 154, 156–165, 167, 175, 176, 179, 181–185, 187–192, 199–203, 206, 208, 210, 211, 214, 215, 217, 218, 220–222, 224, 226, 228–231, 233–239, 241, 242, 244–250, 252, 254, 256, 258–260, 262–272, 275
- škola střední 25, 50, 92, 114, 123, 152, 175, 181–183, 185, 192, 263
- ~ vysoká 20, 53, 92, 102, 105, 108, 123
- ~ základní 20, 21, 25, 66, 68, 80, 92, 114, 123, 143, 148, 149, 152, 157–160, 172, 174, 181–184, 192, 247, 263
- školní metodik prevence 14, 28, 69, 95, 117, 118, 121, 141, 142, 192, 221
- ## T
- tabák 19, 65, 166, 168, 189, 231, 232, 235, 238, 241
- tabákový výrobek 134, 181, 231, 238–241, 243, 244
- teorie normativního přesvědčení 65
- ~ plánovaného chování 57
- ~ problémového chování 55, 57, 79, 87
- ~ rizikového chování 54
- ~ sociálního učení 57, 64, 79
- ~ sociálních vazeb 57
- ~ šíření novinek 65
- ~ vývojová 65
- ~ životních dovedností 64
- těkavé látky 20
- tolerance 83, 85, 135, 185, 189

týrání 29, 50, 116, 133, 158, 251, 252
týrání svěřené osoby 212, 251

U

učitel 20, 57, 59, 86, 95, 108, 114,
117–127, 142–144, 146, 147, 151,
156, 157, 161–163, 165, 181, 183,
184, 189–191, 200–203, 212,
216–218, 221, 222, 226, 228, 229,
234, 235, 246, 252, 256, 261, 263,
267, 268, 271, 272

učení sociální 57, 64, 79

úmrtnost 38–40, 105

úraz 47, 48, 100, 106, 108, 118, 150,
164, 229–231, 263

úroveň socioekonomická 107, 108

Úřad OSN pro drogy a kriminalitu
(United Nations Office on Drugs
and Crime) 194, 197, 198

ústav výchovný 93, 127, 129–131,
133, 169, 241

úzkost 66, 86, 132, 153

užívání 14, 18–24, 27, 29, 31–33,
50, 51, 53, 54, 58, 60, 62, 63, 66,
68–70, 76, 78–81, 83, 84, 86, 87,
89, 90, 95–97, 99, 102, 103, 115,
116, 134, 138, 139, 141, 153, 155,
160, 166, 169, 172, 174–177, 179,
180, 189, 191, 192, 195–202, 232,
237

V

vandalismus 29, 33, 50, 114, 121,
161, 203, 222, 224

vazba zpětná 154, 155, 157, 162,
179, 208, 216

věk dítěte 204, 205, 207

věk předškolní 59, 91, 154

~ mladší školní 91

~ starší školní 80, 91

vrstevník 55, 57–59, 64, 65, 67, 68,
70, 82–84, 87, 88, 124–126, 134,
156, 161, 169, 172, 188, 189

výcvik psychologický 132, 136

východisko epistemologické 170

výchova 131, 140, 148, 167, 169,

182, 185, 189, 191, 204, 215, 216,
230, 239–242, 244, 247–251, 256,
258–260, 263–265, 267, 269

~ institucionální 128

~ k volbě povolání 120

~ občanská 120

~ ochranná 93, 127, 128, 130, 131,
181, 206

~ rodinná 120, 132, 162

~ ústavní 127, 128, 130, 131, 133,
137, 181, 253

vychovatel 128, 132, 187, 267

vyšetření diagnostické 128

vývoj osobnosti 129, 132, 133

vzdělání 11, 13, 32, 40, 42, 47, 48,
52, 55, 59, 61, 62, 90, 94, 96, 108,
131, 132, 170, 180, 211, 216, 274

vzdělávání 11, 12, 18, 20, 27, 49,
50, 56, 61, 79, 80, 87, 95, 103, 104,
106–108, 110, 111, 117, 119–121,
123, 127, 131, 135–138, 141, 147,
150, 157, 159, 176–178, 181, 182,
184–187, 190, 192–196, 198–202,
224, 229, 245–247, 263, 266, 269,
278

vztah pedagogický 267, 268

W

WHO 26, 34, 35, 36, 39, 40, 42, 43,
45, 46, 63, 65, 85, 103–106, 152,
154–157, 170–172, 176, 195, 197

X

xenofobie 29, 115, 122, 158, 169,
180, 182, 260, 262

Z

zanedbávání 84, 116, 133, 250,

začleňování sociální 107, 137

zákon 26, 61, 84, 87, 91, 104, 106,
108, 114, 120, 123–125, 127, 128,
137, 141, 145, 150, 160, 162, 181,
203–219, 221, 222, 224–229,
231–233, 238–243, 245–247, 249,
253, 256, 259, 261, 264, 267–269

- zákoník trestní 204–208, 212, 214,
219–224, 231, 232, 234–237,
239, 241, 245, 247, 248, 250–252,
254–260
- zákoník občanský 137, 203, 204,
216, 226, 229, 241
- zákonný zástupce 114, 118, 122,
141, 152, 164, 206, 208, 211, 218,
220–222, 225, 228, 230–232,
237–242, 245–247, 249–252, 254,
258, 259
- zanedbání péče
- zanedbávání školní docházky 246
- záškoláctví 29, 50, 114, 121, 158,
159, 183–185, 246–248
- závislost 24, 26, 28, 29, 41, 48, 51,
60, 82, 84, 88, 94, 95, 98, 105, 118,
121, 130, 138, 160, 162, 183, 191,
192, 196, 197, 206, 215, 233, 241,
249, 250, 253
- ~ nelátková 29, 249
- zdraví 18, 20–22, 28, 33–49, 63,
64, 69, 74–76, 78, 79, 84, 85, 96,
101, 103, 104–108, 111, 112, 114,
115, 134, 140, 150, 152, 153, 155,
164, 176, 193, 195, 197, 215, 216,
220, 224–226, 230, 231, 233, 236,
238–241, 243, 245, 246, 251–253,
258, 261, 263
- zdraví veřejné 17, 35, 37, 41, 45, 63,
96, 106, 120
- zdravotní gramotnost 45, 46, 47,
48, 49
- zdroj finanční 98, 275, 276
- ~ informační 143, 163, 189, 191, 228
- ~ vnější 142, 143
- ~ vnitřní 142, 143
- zkušenost 13, 23, 26, 37, 52–54, 58,
59, 65, 70, 71, 99, 103, 110, 115,
122, 125, 126, 134, 144, 147, 151,
155, 158, 168, 169, 174, 177, 178,
188, 189, 193, 199, 268, 272–274
- zneužití pohlavní nebo pohlavní
zneužití dítěte 204, 212, 224,
252–254, 257
- Ž**
- žák 25, 66, 68, 70, 86, 92, 94, 95,
103, 108, 114, 117–127, 140–144,
146–148, 150–152, 158–165, 174,
176, 179, 181–185, 189, 191, 198,
199–203, 217, 218, 220–225, 228–
239, 241, 242, 244–248, 250, 252,
254, 259–264, 267, 268, 270–272,
životní prostředí 86–88, 106–108,
226

Seznam obrázků

- Obrázek 1: Hlavní determinanty zdraví – duhový model
- Obrázek 2: Totální efekt (c) nezávislé proměnné (X) na závislou proměnnou (Y) (upraveno podle Hayes, 2009, p. 409)
- Obrázek 3: Jednoduchý mediační model (upraveno podle Hayes, 2009, p. 409)
- Obrázek 4: Jednostupňový mnohonásobný mediační model (upraveno podle Hayes, 2009, p. 409)
- Obrázek 5: Vícetupňový mnohonásobný mediační model (upraveno podle Hayes, 2009, p. 409)
- Obrázek 6a: Klasifikace typů mediace
- Obrázek 6b: Teoretická implementace mediace
- Obrázek 7: Model programu prevence (upraveno podle MacKinnon, 1994, p. 128)
- Obrázek 8: Schematické vyjádření koordinační role MŠMT v systému prevence rizikového chování ve školství
- Obrázek 9: Praktická realizace Ottawské charty a Zdraví 21
- Obrázek 10: Základní idea struktury na krajské úrovni
- Obrázek 11: Schematická struktura a rozsah hlavních částí navrženého modelu MPP

Seznam tabulek

- Tabulka 1: Dimenze zdravotní gramotnosti
- Tabulka 2: Různé přístupy k měření zdravotní gramotnosti
- Tabulka 3: Hypotetické využití služeb školního metodika prevence
- Tabulka 4: Zkušenost žáků se školním metodikem prevence
- Tabulka 5: Spokojenost se službou metodika prevence v %
- Tabulka 6: Dovednosti pro život (Life skills) rozdělené do kategorií dovednosti sebeovlivnění (Self-management) a sociálních dovedností (Social skills)
- Tabulka 7: Proporční rozvržení témat jednotlivých devíti oblastí rizikového chování dle zvolených čtyř věkových kategorií napříč základní školou
- Tabulka 8: Příklady znalostí, dovedností a kompetencí dle modelu spirály pro oblast Záškoláctví
- Tabulka 9: Doporučené znalosti, dovednosti a kompetence u žáků ve třetím a čtvrtém ročníku ZŠ v oblasti Prevence v adiktologii (doporučená časová dotace celkem dvě vyučovací hodiny)
- Tabulka 10: Doporučené znalosti, dovednosti a kompetence pro žáky v pátém a šestém ročníku ZŠ v oblasti Šikana a agrese (doporučená časová dotace celkem tři vyučovací hodiny)

Abstrakt

Kniha *Prevence rizikového chování ve školství* vznikala téměř čtyři roky a podílely se na ní více než dvě desítky domácích autorů, reprezentujících různé instituce a tematické oblasti primární prevence. Druhé vydání bylo doplněno o další klíčová témata reflektující vývoj teorie i praxe školské prevence v České republice v posledních letech. Současně je druhé vydání úzce propojené s dalšími třemi monografiemi (1) Výkladový slovník základních pojmů prevence rizikového chování, dále (2) Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi a konečně (3) Kvality a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících. Společně vytvářejí tetralogii, která zobrazuje vývoj a prozatímní výsledek postupné tvorby jednotného rámce školské prevence, zahájené v roce 2000. Jedná se o unikátní návrh celonárodního systému mezioborově a mezisektorově koncipované školské prevence, který postupně prochází širší diskusí a je rozvíjen na různých úrovních. Kniha *Prevence rizikového chování ve školství* je v takto komplexním pojetí a způsobu zpracování originálním autorským počinem, který by měl pomoci zlepšit současný stav vzdělávání v primární prevenci i postupné vytváření celonárodního systému preventivních programů ve školách a školských zařízeních. Autoři v ní důsledně reflektují vývoj na domácí scéně a uvádějí do souvislostí některá základní historická fakta. Současně čtenářům přibližují celkový kontext vývoje školských preventivních programů v České republice, včetně možné vize jejich dalšího směřování a koordinace celého systému. Úkolem autorského kolektivu však současně bylo zasadit domácí vývoj prevence do mezinárodního rámce. Ambicí tedy bylo např. harmonizovat terminologii ve školské prevenci a předložit systémové návrhy řešení některých historických koncepčních chyb či nepřesností, které vývoj preventivních programů v naší zemi ovlivnily. Z tohoto hlediska je publikace pokusem popsat stav vývoje systému prevence ve školství v České republice, definovat jeho základní teoretický rámec a východiska a vysvětlit obtíže jeho aplikační praxe. Autoři se nevyhýbají citlivým otázkám nejen v tom, jaké programy a v jaké kvalitě se dnes ve školách často realizují, ale právě též tomu, jak vypadá, resp. měla by vypadat systémově prováděná kontrola kvality a jaké důsledky s sebou takové hodnocení přináší. Poprvé mají také naši čtenáři možnost seznámit se se

všemi základními koncepty prevence, tak jak se ve světě definují a používají. Kniha má proto splnit jak úlohu formativní směrem k širší pedagogické, širší odborné, ale též rodičovské veřejnosti. Má také ambici ovlivnit obsah i způsob výuky prevence na pedagogických a dalších fakultách v této oblasti. Dělena je do celkem osmi hlavních kapitol a obsahuje praktické přílohy s doporučenými postupy ve vybraných modelových situacích. Závěr publikace je laděn více směrem k dalšímu výhledu a k hlavním problémům současného školství v prevenci rizikového chování, které jsou zde představeny prostřednictvím širšího rámce klíčového procesu školní socializace a disciplinace.

Summary

The book *Prevence rizikového chování ve školství* (*Prevention of risky behaviours at school*) was under development for almost 4 years, and it has been contributed to by more than 20 national authors representing various institutions and thematic fields of primary prevention. The second edition has been expanded by additional crucial topics reflecting the development of theory and practice of school prevention in the Czech Republic in recent years. At the same time, the second edition is closely related to 3 other monographs: (1) “Výkladový slovník základních pojmů prevence rizikového chování“ (Dictionary of basic terms in risky behaviour prevention); (2) “Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi“ (Programmes and interventions of risky behaviour prevention at school in practice); and (3) “Kvality a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících“ (The qualities and effectiveness of risky behaviour prevention in children and adolescents). These publications form a tetralogy that describes the development and current result of gradual development of a uniform prevention framework at school, initiated in 2000. It is a unique proposal of a nationwide, interdisciplinary and inter-sector system of school prevention, which is gradually undergoing broader discussion and has been developed on various levels. Given its complex design and elaboration, the book *Prevence rizikového chování ve školství* (*Prevention of risky behaviours at school*) is an original authorial act, which should help to improve the present state of education in primary prevention as well as the gradual development of a nationwide system of prevention programmes at schools and educational institutions. The authors consistently reflect national development, putting into context some essential historical facts. At the same time, they introduce the reader to the overall context of development of school prevention programmes in the Czech Republic including potential visions of their further development and of coordination of the entire system. However, another task of the authors collective was to put the national development of prevention in an international framework. Thus for example, the authors sought to harmonize the terminology in school prevention, and to present systemic proposals of resolving some historical conceptual mistakes or inaccuracies that have influenced the de-

velopment of prevention programmes in our country. From this point of view, the publication can be viewed as an attempt at describing the state of development of the school prevention system in the Czech Republic, at defining its fundamental theoretical framework and starting points, and at explaining the difficulties of its application practice. The authors did not avoid sensitive issues such as what programmes are often implemented at schools today and in what quality, or the question what the systemic quality control is like and what it should be like, together with the consequences brought by such an evaluation. For the first time, our readers now have the possibility to become acquainted with all essential concepts of prevention as they are defined and used in the world. The book should therefore fulfil a formative role towards broader pedagogical, professional, but also parent public. The book also seeks to exert an effect on how prevention is taught at pedagogical and other faculties in this field. The book is divided in 8 principal chapters and contains practical appendices with recommended procedures for selected model situations. The conclusion of the publication is focused more towards further prospects and main problems of the present educational system as regards prevention of risky behaviours, presented herein through a broader framework of the key process of school socialization and disciplination.

Zusammenfassung

Das Buch *Prevence rizikového chování ve školství* [Prävention von Risikoverhalten im Schulwesen] entstand über einen Zeitraum von fast 4 Jahren, beteiligt waren mehr als zwei Dutzend tschechische Autoren aus verschiedenen Institutionen, die sich mit unterschiedlichen Themenbereichen der Primärprävention befassen. Die zweite Ausgabe wurde um zwei weitere Schlüsselthemen ergänzt, die die Entwicklung von Theorie und Praxis der schulischen Prävention in der Tschechischen Republik in den letzten Jahren reflektieren. Gleichzeitig ist die zweite Ausgabe eng mit weiteren drei Monografien verknüpft (1) „Výkladový slovník základních pojmů prevence rizikového chování“ [Bedeutungswörterbuch der Grundbegriffe bezüglich der Prävention von Risikoverhalten], des Weiteren (2) „Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi“ [Programme und Interventionen der schulischen Prävention von Risikoverhalten bei Kindern und Jugendlichen] und schließlich (3) „Kvality a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících“ [Qualität und Effektivität in der Prävention von Risikoverhalten bei Kindern und Jugendlichen]. Sie bilden zusammen eine Tetralogie, die die Entwicklung und das bisherige Ergebnis der allmählichen Schaffung eines einheitlichen Rahmens der schulischen Prävention abbildet, die im Jahre 2000 begonnen wurde. Es handelt sich um einen einzigartigen Vorschlag für ein gesamt nationales System einer fachübergreifend und einer sektorenübergreifend konzipierten schulischen Prävention, der schrittweise breiter diskutiert und auf verschiedenen Ebenen weiterentwickelt wird. Das Buch *Prevence rizikového chování ve školství* ist in einer so komplexen Auffassung und der Art der Bearbeitung eine originelle Autorenleistung, die dabei helfen sollte, den derzeitigen Zustand der Ausbildung in der Primärprävention und die allmähliche Herausbildung eines gesamt nationalen Systems an Präventionsprogrammen an Schulen und schulischen Einrichtungen zu verbessern. Die Autoren reflektieren dabei konsequent die Entwicklung im Inland und setzen einige wesentliche historische Fakten zueinander in Zusammenhang. Gleichzeitig bringen sie den Lesern den Gesamtkontext der Entwicklung von schulischen Präventionsprogrammen in der Tschechischen

Republik näher, einschließlich einer möglichen Vision bezüglich ihrer weiteren Ausrichtung und der Koordinierung des gesamten Systems. Aufgabe des Autorenkollektivs war es jedoch gleichzeitig, die Entwicklung der Prävention in der Tschechischen Republik in einen internationalen Rahmen zu setzen. Ein Ziel bestand also beispielsweise in einer Harmonisierung der Terminologie in der schulischen Prävention und der Vorstellung von Systemvorschlägen für Lösungen einiger historischer konzeptioneller Fehler oder Ungenauigkeiten, die die Entwicklung von Präventionsprogrammen in Tschechien beeinflussten. Aus dieser Sicht ist die Publikation ein Versuch, den Zustand der Entwicklung des Präventionssystems im Schulwesen in der Tschechischen Republik zu beschreiben, seinen grundlegenden theoretischen Rahmen und die Ausgangspunkte zu definieren und die Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung darzulegen. Die Autoren weichen auch sensiblen Fragen nicht aus, beispielsweise welche Programme heute oft an Schulen umgesetzt werden und in welcher Qualität, vor allem aber, wie eine systemisch durchgeführte Qualitätskontrolle aussieht bzw. aussehen sollte und welche Folgen eine solche Bewertung mit sich bringt. Zum ersten Male haben auch unsere Leser die Möglichkeit, alle grundlegenden Präventionskonzepte kennenzulernen, so wie diese in der Welt definiert und verwendet werden. Das Buch soll deshalb sowohl eine Bildungsaufgabe in Richtung einer breiteren pädagogischen Öffentlichkeit, einer breiteren Fachöffentlichkeit, aber auch der Eltern erfüllen. Es will auch den Inhalt und die Art des Präventionsunterrichts an pädagogischen und weiteren Fakultäten in diesem Bereich beeinflussen. Unterteilt ist es in insgesamt acht Hauptkapitel und enthält praktische Anlagen mit empfohlenen Vorgehensweisen in ausgewählten Modellsituationen. Der Schluss der Publikation ist eher in Richtung einer weiteren Aussicht und der wichtigsten Probleme des derzeitigen Schulwesens bei der Prävention von Risikoverhalten ausgerichtet, die hier mittels eines breiteren Rahmens des Schlüsselprozesses einer schulischen Sozialisierung und Disziplinierung vorgestellt werden.

Résumé

Le livre *Prévention des conduites à risque à l'école* constitue presque 4 ans de travail, de plus d'une vingtaine d'auteurs nationaux, qui représentent diverses institutions et domaines thématiques de la prévention primaire. La seconde édition a été complétée de nouveaux thèmes clés reflétant l'évolution de la théorie et de la pratique de la prévention scolaire en République tchèque au cours des dernières années. En même temps, la seconde édition est étroitement liée à trois autres monographies (1) « Dictionnaire des notions de base de la prévention des conduites à risque », ensuite (2) « Les programmes et interventions de la prévention scolaire des conduites à risque dans la pratique » et enfin (3) « Les qualités et l'efficacité de la prévention des conduites à risque chez les enfants et les adolescents ». Ensemble, ils constituent une tétralogie qui illustre l'évolution et le résultat actuel de la création progressive du cadre standardisé de la prévention scolaire, mis en place en 2000. Il s'agit d'un projet unique de système national interdisciplinaire et intersectoriel du concept de prévention scolaire, qui progressivement devient l'objet d'une discussion plus large et qui est déployé sur différents niveaux. Le livre *Prévention des conduites à risque à l'école* est par son approche complexe et la façon de traiter le sujet, une réalisation originale, qui devrait aider à améliorer l'état actuel de l'éducation en matière de prévention primaire et à créer progressivement un système national de programmes préventifs dans les écoles et les établissements scolaires. Les auteurs y relatent systématiquement l'évolution sur la scène nationale et mettent en contexte certains faits historiques essentiels. En même temps, ils présentent aux lecteurs le contexte global de l'évolution des programmes de prévention scolaire en République tchèque, avec une possible vision de leur évolution future et de la coordination de l'ensemble du système.

La tâche du collectif d'auteurs était en même temps de planter l'évolution locale de la prévention dans un cadre international. L'ambition était donc par ex. d'harmoniser la terminologie en matière de prévention scolaire et de soumettre des propositions systémiques de solution à certaines erreurs ou imprécisions conceptuelles historiques, lesquels ont eu un impact sur l'évolution des programmes préventifs dans notre pays. De ce

point de vue, cette publication est une tentative de décrire l'état de l'évolution du système de prévention scolaire en République tchèque, définir son cadre théorique de base et ses issues et expliquer les difficultés de sa pratique d'application. Les auteurs n'ont pas évité les questions sensibles, non seulement concernant le type et la qualité des programmes tels qu'ils sont aujourd'hui souvent réalisés dans les écoles, mais aussi concernant la mise en œuvre systémique effective et souhaitable du contrôle qualité, ou les conséquences qu'une telle évaluation entraîne.

Ainsi, nos lecteurs peuvent pour la première fois se familiariser avec tous les concepts de base de la prévention, tels qu'ils sont définis et utilisés dans le monde. Le livre doit pour cela remplir aussi bien un rôle de formation en direction d'un large public pédagogique, professionnel, mais aussi en direction des parents d'élève. Il a aussi l'ambition d'influer sur le contenu et le mode d'enseignement de la prévention dans les facultés pédagogiques ou autres dans ce domaine. Il est divisé en huit chapitres principaux et contient des annexes pratiques avec des procédés préconisés dans des situations modèles choisies. La conclusion de la publication est plutôt axée sur les perspectives et les principaux problèmes de l'enseignement actuel en matière de prévention des conduites à risque qui sont présentés ici par le biais d'un cadre élargi du processus essentiel de socialisation de discipline scolaire.



Klinika adiktologie

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Apolinářská 4 / 128 00 Praha 2

www.adiktologie.cz

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN je výukové, výzkumné a klinické pracoviště 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, které se zaměřuje na rozvoj adiktologie jako samostatného vědního oboru zabývajícího se problematikou užívání návykových látek a návykového chování obecně. Adiktologie spojuje biologická, psychologická a sociální hlediska do jednotného transdisciplinárního výzkumného rámce zaměřeného na konkrétní problematiku rizikového prostředí užívání návykových látek a závislostního chování, přičemž se snaží přinášet společnosti relevantní vědecké informace špičkové úrovně. Cílem adiktologie je přispívat ke zkvalitňování duševního i fyzického zdraví populace svým aktivním podílem při realizaci výzkumem podložených intervencí v oblasti prevence a léčby závislostí a minimalizace rizik souvisejících s užíváním návykových látek, jakož i v oblasti drogových trhů. Klinika adiktologie realizuje klinický lůžkový provoz, výuku a výzkum v oblasti adiktologie, samostatného transdisciplinárního vědního oboru zabývajícího se zkoumáním rizikového prostředí užívání návykových látek a návykového chování obecně. Hlavní činnosti kliniky se dělí do čtyř oblastí.

Klinický provoz zajišťuje osm pracovišť (oddělení) Kliniky adiktologie: Lůžkové oddělení pro muže, Lůžkové oddělení pro ženy, Detoxifikační oddělení, Centrum metadonové substituce, Ambulance pro alkoholové závislosti, Ambulance pro nealkoholové závislosti, Centrum pro psychoterapii a rodinnou terapii a Ambulance dětské a dorostové adiktologie.

Pregraduální výukové programy tvoří tři hlavní ohniska: pregraduální výuka v bakalářském oboru adiktologie (cca 200 studentů), pregraduální výuka v magisterském oboru adiktologie (cca 100 studentů), výuka adiktologie pro studenty všeobecného lékařství a stomatology – širší rámec oboru psychiatrie.

Vědecko-výzkumná činnost a postgraduální výuka zahrnuje také zahraniční spolupráci v této oblasti. Klinika garantuje samostatný postgraduální (čtyřletý) studijní program *Adiktologie* (cca 15 studentů). Vědecko-výzkumná činnost je rozdělena do tří samostatných útvarů: Centrum primární prevence užívání návykových látek, Centrum diagnostiky, terapie a rehabilitace poruch a onemocnění spojených s užíváním návykových látek, Centrum pro studium trestněprávních a kriminologických souvislostí užívání návykových látek, Centrum pro minimalizaci rizik v oblasti užívání návykových látek.

Publikace přináší koncepčně jasný, ucelený a kritický pohled na problematiku primární prevence a její vývoj u nás, zasazený i do kontextu mezinárodního. Je rozhodně přínosem pro všechny, kteří se chtějí věnovat kvalitní profesionálně koncipované prevenci. Jsou v ní názorně a zároveň kriticky popsány minulé a probíhající projekty, z kterých je zřejmé, jak snaha všechny aktivity sjednotit je záslužná i obtížná.

*prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.
Centrum pro poruchy příjmu potravy
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze*

Publikace vychází vstříc dlouhodobě naléhavým celospolečenským potřebám předcházet a redukovat míru nebezpečí spojenou s konkrétními projevy rizikového chování mládeže v naší populaci. Jejím *kladem* je její aktuálnost, komplexnost a v řadě aspektů novost. Přes mírnou různorodost a odlišnou kvalitu jednotlivých kapitol (na textu participovalo dvacet autorů z vysokých škol i z praxe) se podařilo editorům vytvořit ucelené dílo, které se bezesporu stane velmi vítaným, potřebným a v praxi užitečným vodítkem práce pomáhajících profesionálů, kteří se otázkami rizikových a ohrožených populačních skupin zabývají.

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

Publikace je souhrnem dosud roztržštěných informací a poznatků z oblastí jak prevence, tak rizikového chování žáků a je určena především pedagogickým pracovníkům. Nabízí širší pohled a možnost zamýšlení se nad typem programů prevence rizikového chování obecně, nad součinností školy a její spolupráce s neziskovými organizacemi atd. Publikace se může stát velmi dobrým a přehledným studijním materiálem nejen školním metodikům prevence, ale i širší pedagogické veřejnosti.

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

ISBN: 978-80-7422-392-1



NEPRODEJNÉ



Klinika adiktologie

- • • • 1. lékařská fakulta
Univerzita Karlova v Praze
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Apolinářská 4 / 128 00 Praha 2
Česká republika
www.adiktologie.cz



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ