

Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování



Michal Miovský
a kolektiv

MONOGRAFIE



VÝKLADOVÝ SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POJMŮ ŠKOLSKÉ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

II.

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

VÝKLADOVÝ SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POJMŮ ŠKOLSKÉ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

II.

Michal Miovský a kolektiv

Autorský kolektiv

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

Recenzenti:

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

PhDr. Václava Masáková

VÝKLADOVÝ SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POJMŮ ŠKOLSKÉ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

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

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 978-80-7422-393-8

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

ISBN 978-80-7422-392-1 (1. svazek)

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

Obsah

| | |
|--|----|
| <i>Předmluva k druhému vydání</i> | 9 |
| <i>Úvod</i> | 11 |
| 1 Certifikace kvality v primární prevenci (Veronika Pavlas Martanová) | 15 |
| 2 Cílové skupiny v primární prevenci (Michal Miovský, Lenka Čablová) | 20 |
| 3 Determinanty zdraví (Miroslav Barták) | 26 |
| 4 Dovednosti pro život (Lenka Čablová) | 34 |
| 5 Dovednosti sebeovlivnění (Monika Nevoralová, Lenka Čablová) | 40 |
| 6 Elektronická média v primární prevenci (Jaroslav Vacek) | 46 |
| 7 Evaluace preventivních programů a intervencí (Michal Miovský, Lenka Šťastná) | 52 |
| 8 Faktory rizikové a protektivní (Miroslav Charvát, Monika Nevoralová) | 58 |
| 9 Implementace preventivních programů (Lucie Jurystová) | 65 |
| 10 Intermediátory (Olga Orosová) | 72 |
| 11 Intervence (Lenka Endrödiová) | 85 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 12 | Koordinace preventivních programů (Pavla Doležalová) | 91 |
| 13 | Minimální preventivní program školy (Michal Miovský, Lenka Skácelová, Lenka Čablová) | 98 |
| 14 | Metodika (Lenka Skácelová) | 106 |
| 15 | Metody v primární prevenci (Lenka Skácelová) | 109 |
| 16 | Model kvalifikací v prevenci rizikového chování (Miroslav Charvát, Lucie Jurystová, Michal Miovský) | 114 |
| 17 | Normalita v primární prevenci (Petr Novák) | 127 |
| 18 | Odborné společnosti a jejich aktivity v prevenci (Roman Gabrhelík) | 131 |
| 19 | Pracovník v primární prevenci (Miroslav Charvát, Lucie Jurystová, Michal Miovský) | 139 |
| 20 | Prevence (Tomáš Čech) | 143 |
| 21 | Preventivní dopad represe (Michaela Štefůnková) | 149 |
| 22 | Prostředí realizace preventivních programů a intervencí (Lenka Macková) | 152 |
| 23 | Přístupy v primární prevenci (Tereza Adámková) | 156 |
| 24 | Rizikové chování (Michaela Širůčková) | 161 |
| 25 | Sociálně patologické jevy (Michaela Štefůnková) | 167 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 26 | Sociální dovednosti (Lenka Čablová, Monika Nevoralová) | 171 |
| 27 | Škola podporující zdraví (Marie Nejedlá) | 176 |
| 28 | Školní poradenské pracoviště (Jana Zapletalová) | 184 |
| 29 | Teoretické koncepty v primární prevenci rizikového chování (Roman Gabrhelík) | 189 |
| 30 | Typy preventivních intervencí (Roman Gabrhelík) | 194 |
| 31 | Vzdělávání v primární prevenci (Lucie Jurystová, Miroslav Charvát) | 199 |
| 32 | Základní úrovně provádění prevence (Roman Gabrhelík) | 204 |
| 33 | Zdraví (Miroslav Barták) | 209 |
| 34 | Zdravotní gramotnost (Miroslav Barták) | 217 |
| | <i>Doslov</i> | 225 |
| | <i>Seznam použité literatury</i> | 227 |
| | <i>Seznam obrázků</i> | 243 |
| | <i>Seznam tabulek</i> | 243 |
| | <i>Žkratky</i> | 244 |
| | <i>Jmenný rejstřík</i> | 246 |
| | <i>Věcný rejstřík</i> | 251 |
| | <i>Příloha: Anglicko-český převodník primárních hesel</i> | 263 |
| | <i>Abstrakt</i> | 265 |
| | <i>Summary</i> | 267 |
| | <i>Zusammenfassung</i> | 269 |
| | <i>Résumé</i> | 271 |

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)



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

a

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

Předmluva k druhému vydání

Vážení čtenáři,

prevence rizikového chování u dětí a mládeže prochází rychlým vývojem a terminologie na to musí samozřejmě reagovat. Není to vždy jednoduché. Některé koncepty procházejí zásadnější revizí a jsou spojeny s rychle se prosazujícími přístupy, jiné nikoli. Druhé vydání výkladového slovníku stálo před výzvou vyrovnat se s rychlými změnami přinesenými programem Zdraví 2020 a důrazem na větší propojení mezi preventivními strategiemi a přístupy mezi klíčovými resorty. Zařazena tak byla hesla týkající se právě zdraví, determinant zdraví, zdravotní gramotnosti atd. Bylo potřeba tak terminologicky překlenout dřívější bílá místa spojená s tzv. nespecifickou prevencí rizikového chování, která byla zpracována neuspokojivě a nejednotně. Druhé vydání výkladového slovníku tak alespoň zčásti reagovalo na požadavky ze strany kolegů zabývajících se tématy zdravotní prevence a současně posílit prvky odpovídající současným prioritám v oblasti zdraví a zdravotní politiky. Bezpochyby tak bude slovník lépe navazovat na základní teoretickou učebnici a propojovat ji s příklady dobré praxe a doporučenými postupy. Dalším novým heslem je doplněk témat vzdělávání a pracovníků v prevenci, kterým je čtyřúrovňový model kvalifikací, reprezentující jeden z klíčových koncepčních nástrojů pomáhajících překlenout resortismus promítající se na úroveň kvalifikací a odborných kompetencí. Pečlivější seznámení se s tímto modelem může pomoci lépe pochopit celý princip posuzování kvalifikací a současně v něm vidět i jednu z oblastí, kde lze v budoucnu čekat změny a vývoj také v terminologii. Ať již prevence zůstane z hlediska kvalifikací jako specializace (tj. vzdělávací nástavba navazující na původní profesní kvalifikaci např. pedagoga, psychologa nebo lékaře), nebo vznikne též jaké samostatný obor a profese, jako se tomu stalo již v několika zemích, je a bude nutné porozumět a správně pojmenovat tyto nuance a v diskusích si rozumět. Nároky na zvládnutí terminologie se tak postupně neustále zvětšují a čím pevnější základnu prevence začíná mít, tím lépe je možné ukotvit právě terminologii.

Novinkou slovníku je heslo zabývající se mezinárodními odbornými společnostmi a aktivitami v oblasti prevence rizikového chování. Toto heslo přináší nejen několik vysvětlujících a rámuujících informací týkajících se

současného vývoje oboru, ale pomáhá také dát do kontextu celkový trend harmonizace naší tuzemské terminologie s terminologií zahraniční, především anglickou. Pozornému čtenáři tak tato nová hesla bezpochyby pomohou v rychlejším a hlubším pohledu na základní témata současné prevence a v práci se zbývajících třemi monografiemi této série, která je jedním z hlavních publikačních výstupů projektu VYNSPI-2. 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 výkladový 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 koncipován 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 *Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících*, která vysvětluje základní rámec a pojmy v oblasti kvality a efektivity a přibližuje pak praktické zkušenosti a příklady výzkumu v prevenci a popis systému hodnocení kvality, včetně vyvíjeného celonárodního systému certifikací kvality v České republice.

Věřím, že tento druhý díl série splní své poslání a stane se pomocníkem při samostudiu a zvládnání náročnějších teoretických a terminologických témat a poslouží k celkové kultivaci terminologie v oblasti prevence rizikového chování.

V Praze 26. ledna 2015
Michal Miovský

Úvod

Vážení čtenáři, uživatelé slovníku, po mnoha různých pokusech o sjednocení terminologie v oblasti školské prevence v České republice jsme se rozhodli sestavit tým, který by se pokusil celý proces dokončit. Vznikl tak tento návrh jednotné terminologie, který je schopen unést připomínkové kolo jak ze strany odborné obce, tak ze strany dotčených resortů,¹ majících se školskou prevencí rizikového chování co do činění díky své gesci ve vybraných oblastech – právě se zohledněním faktu, že **prevence rizikového chování má z povahy věci mezioborový a meziresortní charakter**. Náš tým pracoval pod hlavičkou projektu *Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni* (reg. číslo CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK) vedeného Romanem Gabrhelíkem, který vytvořil podmínky pro to, aby bylo možné do výkladového slovníku otisknout podobu danou původním náročným zadáním, jaké jsme si na začátku zformulovali. Záměrem totiž nebylo vytvořit pouze slovník základních pojmů. Naším cílem bylo vytvořit skutečně **výkladový slovník klíčových termínů a konceptů**, se kterými v primární prevenci pracujeme. Identifikovali jsme v předkole 30 takových pojmů a konceptů a nakonec se nám jich podařilo 28 řádně dokončit a zpracovat.² Každý z nich je zasazen do širšího kontextu a vysvětlen v souvislostech a tvoří tzv. **primární hesla** slovníku. U některých pojmů nebylo příliš jednoduché převést zpracování do českého kontextu. Některé z pojmů se v minulosti opakovaně užívaly chybně nebo v neadekvátních kontextech, případně neměly vždy význam odpovídající originálu. Řada pojmů není primárně českých a vznikala často v rámci anglické preventivní terminologie a má za sebou vývoj nezřídka v řádu desítek let. V ČR jsme pro některé z nich používali či používáme různé přesné ekvivalenty, nebo jsme je nepoužívali vůbec a daný pojem naše terminologie doposud neznala, ačkoli se jedná

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

2 Druhé vydání je doplněné o dalších 7 pojmů, celkem tak slovník nyní obsahuje 34 primárních hesel.

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

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

a efektivní intervence, začněme konečně ctít fakt, že něco takového se těžko může stát prostřednictvím amatérského a neprofesionálního přístupu. Prevence vyžaduje určité znalosti, dovednosti a kompetence a ty je třeba vyžadovat na příslušné úrovni od každého, kdo má s dětmi pracovat a používat při práci s nimi takto citlivé nástroje v tak citlivých oblastech, jakých se prevence dotýká.

Teoretický rámec publikace je tvořen mezioborovým konceptem rizikového chování. Jeho základnímu představení jsme věnovali již samostatnou pasáž původně publikované učebnice (Miovský et al., 2010). Chtěli jsme však tento rámec doplnit a představit jej ve zkrácené podobě. Proto tvoří samostatné primární heslo Rizikové chování (číslo 24) a případným zájemcům o hlubší pochopení celého teoretického rámce současné školské prevence doporučujeme kromě rozšiřující literatury porovnat toto heslo s dalšími dvěma primárními hesly, která s ním vytvářejí jeden tematický celek: teoretické koncepty v primární prevenci rizikového chování (číslo 29 a sociálně patologické jevy (číslo 25).

Rozsah výkladového pojmu se v průměru pohybuje okolo 500–900 slov. Konceptně jsme se při zpracování slovníku inspirovali velmi zdařilou a reprezentativní dvoudílnou publikací *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery*.³ Primární hesla jsou řazena abecedně a vytváří dílčí tematické celky. **Složená hesla, sekundární hesla a klíčové pojmy** v textu jsou uvedeny tučně, včetně rejstříků. Je tak možné tyto prvky používat pro lepší orientaci a vyhledávání. **Sekundární hesla** jsou navíc opatřena symbolem (↑) a je možné díky příslušnému rejstříku (jmennému a věcnému) dohledat místo, kde je daný pojem vysvětlen a použit v kontextu jiného primárního hesla. Tučně jsou též vyznačena významná jména osob a opět lze v jejich případě použít pro dohledání dalších výskytů příslušný rejstřík. V závěru publikace je sestaven seznam a výklad nejčastěji užívaných zkratk. Všechna primární hesla mají uveden též anglický **terminologický ekvivalent** a na konci knihy je převodník základních pojmů mezi českým a anglickým jazykem.

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

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

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

Za autorský kolektiv

prof. PhDr. Michal Mioušský, Ph.D.

V Praze 20. května 2012

1 Certifikace kvality v primární prevenci (Certification of quality in primary prevention)

Veronika Pavlas Martanová

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

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

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

prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001–2004 a 2005–2008 a Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012. Významným posunem je definice tohoto úkolu v nejnovější Strategii, v Akčním plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2012 a ve Strategii prevence kriminality v České republice na léta 2012–2015, kde je tento úkol rozšířen na celou oblast školské prevence rizikového chování (tedy nejen na návykové látky).

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

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

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

Mluvíme-li v souvislosti s certifikacemi o programech, chápeme jimi **programy specifické školské primární prevence** rizikového chování, při-

čemž za ně považujeme takové aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny právě na oblast konkrétního rizikového chování a rizika s tím spojená. Certifikované programy specifické primární prevence rizikového chování se vyznačují čtyřmi hlavními charakteristikami:

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

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

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

Od roku 2006 je systém certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence implementován v České republice do praxe.

Získání certifikátu odborné způsobilosti je jednou z podmínek pro poskytnutí finančních prostředků ze státního rozpočtu (**dotace**), avšak nezakládá nárok na jejich přidělení.

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

Použitá literatura:

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

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

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

Metodické pokyny pro akreditaci MPA 60–01–04.

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

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

Doporučená literatura:

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

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

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

2 Cílové skupiny v primární prevenci (Target groups in primary prevention)

Michal Miovský, Lenka Čablová

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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.

◆ **Sociálně-společenské kritérium** představuje třetí systém dělení cílových skupin, který je úzce propojen s předchozími dvěma členěními. Všechny tři

systemy spolu tvoří jednotný rámec a vzájemně se doplňují. Toto kritérium má zásadní význam pro institucionální diferenciaci cílových skupin, která je podrobně uvedena níže v textu (viz dále též členění dle EMCDDA, 2011).

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

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

- Žáci a studenti základních a středních škol – patří k velmi dobře dostupné cílové skupině. Míra institucionální dosažitelnosti je zde velmi vysoká a zároveň v rámci sítě škol a školských zařízení je možná kvalitní spolupráce se školním personálem.
- Studenti vysokých škol – reprezentují specifickou a samostatnou kategorii, neboť spektrum efektivních preventivních programů je zde užší. To je dáno především vyšším intelektem, kritickým myšlením a vyšší mírou znalostí o rizikovém chování společně s jiným společenským postavením vysokoškolských studentů.

- Děti a mladiství v zařízeních ústavní péče – zahrnují děti a mladistvé v ústavní a ochranné výchově, tj. ve výchovných a diagnostických ústavcích, v dětských domovech, v dětských domovech se školou a představují výrazně rizikovou skupinu. Míra dosažitelnosti této cílové skupiny je relativně dobrá, ale zároveň spektrum projevů rizikového chování je v této skupině velmi rozsáhlé.
- Nezaměstnaní mladí lidé do 26 let – představují stejně jako ostatní skupiny nezaměstnaných špatně dostupnou cílovou skupinu, která je současně ohrožena vysokým rizikem vzniku závislosti.
- Rizikové profese – zejména profesní skupiny do 26 let z oblasti zdravotnictví, školství a dalších pomáhajících profesí patří k výrazně vulnerabilní cílové skupině ve vztahu k určité formě rizikového chování. Skupina je nejvíce ohrožena zejména v tzv. přechodových (tranzitorních) obdobích v době po ukončení školní docházky, po skončení rekvalifikačního kurzu či jiné formy vzdělávání (Miovský et al., 2010).

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

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

Úkol definovat cílové skupiny primárně preventivních programů v oblasti prevence užívání návykových látek vychází z Usnesení vlády z let 2000, 2004 a 2008 (Národní strategie protidrogové politiky na období 2001–2004, 2005–2008, 2009–2012). Tento úkol je zároveň v souladu s plány Minister-

stva školství, mládeže a tělovýchovy a odpovídá cílům Strategie prevence sociálně-patologických jevů u dětí a mládeže (Mioviský, Zapletalová, 2005).

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

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

3 Determinanty zdraví (Determinants of Health)

Miroslav Barták

Determinanty zdraví zahrnují všechny faktory, které mají vliv na zdraví jednotlivců a populace. Lze je klasifikovat do několika základních kategorií: genetické faktory, životní prostředí, behaviorální faktory, sociální, ekonomické, kulturní a politické podmínky. V současné době můžeme vymezit tři hlavní paradigmaty pohledu na determinanty zdraví. Jedná se o paradigma (a) biomedicínské (biomedicínských intervencí), (b) individuálního životního stylu a chování a (c) všeobecného sociálního přístupu ke zdraví.

Chápání pojmu determinanty zdraví prochází změnami, které odráží nejobecnější společenský vývoj, celkový stav poznání a politické souvislosti. 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 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 biopsychosociál-**

ním, 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, Brown & Record, 1972), později se objevuje také v jeho knize (McKeown, 1976). McKeown interpretoval růst populace v Anglii a Walesu a srovnával jej 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 této době se povědomí i akce, které se týkají determinant zdraví, začaly těšit výrazné pozornosti (viz např. WHO, 1978). Výrazným počinem ve zkoumání determinant zdraví byla tzv. **Lalondova zpráva** (Lalonde, 1974) zpracovaná v letech 1973 a 1974, přesněji *Nová perspektiva zdraví Kanadánů: pracovní dokument*. Zpráva upozornila na skutečnost, že samotné veřejné zdraví a zdravotnické služby nejsou dostatečné pro zajištění zdraví populace a zdůraznila roli sociálních a ekonomických determinant zdraví. Fakt, že zdravotnické služby nemusí být nejvýznamnější determinantou zdraví, byl v době vzniku zprávy inovativní (srovnej Health Promot. Int., 1986). Zpráva naopak zdůraznila význam biologie, životního prostředí a životního stylu (viz Lalonde, 1974, diskusi přínosů a omezení např. Health Affairs, 2008). Pozornost byla věnována především faktorům životního stylu. Posun v poznání zejména sociálních determinant zdraví přináší ve Velké Británii v roce 1980 publikovaná 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 (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 Wilkinso- na (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 vytváří 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).

První zmíněné paradigma má své kořeny v pozdním devatenáctém století a vychází do značné míry z bakteriologických objevů, přičemž bylo posíleno rozvojem farmakologie a medicínských technologií. Toto paradigma je zaměřeno primárně na technologickou reakci na onemocnění konkrétního jedince. Primární zájem se soustřeďuje na existující patologie namísto preventivních nebo podpůrných opatření. Tento přístup je dodnes velmi dominantní v mnohých úvahách o zdraví i zdravotnictví (Detels et al., 2011, p. 102). Jeho dominance je v některých případech kritizována, zejména v jeho vztahu k „medicínsko-průmyslovému komplexu“. Na druhé straně toto paradigma přineslo řadu úspěchů a tento pohled na zdraví je naprosto relevantní.

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 (Detels et al., 2011, p. 102).

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., 2011, p. 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 (tamtéž, 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 (Detels et al., 2011, p. 103). Oproti tomu existuje přístup tzv. sociální produkce onemocnění / politická ekonomie zdraví. Někdy se tento přístup označuje jako materialistický. 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. 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

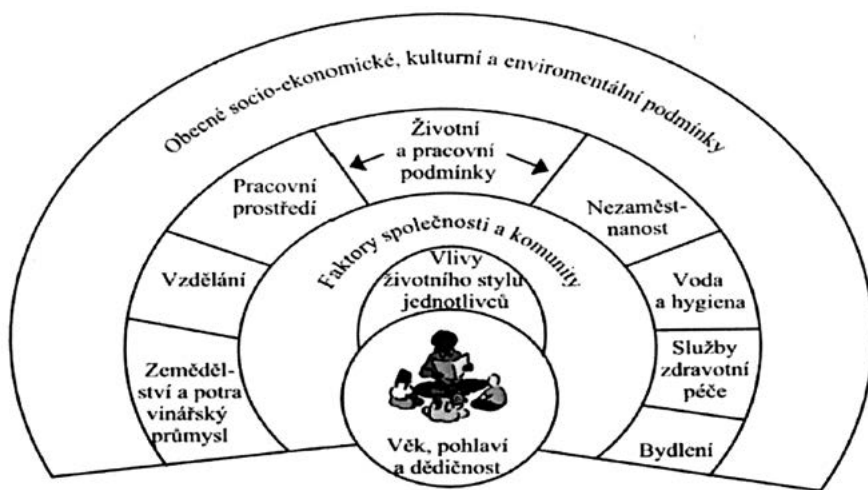
koreluje s lepším zdravím. Dalším faktorem je **vzdělání**, kdy nižší úroveň vzdělání bývá spojena s horším zdravím, vyšší expozicí stresu a nižším sebevědomím. **Fyzické prostředí**, kam patří bezpečná voda a čistý vzduch, zdravá pracoviště, bezpečné domovy, komunity a silnice. **Pracovní podmínky** 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 řadě má na naše zdraví zásadní vliv naše **pohlaví**, kdy ženy a muži mohou mít v různých věkových kategoriích různá onemocnění.

Podle WHO¹ vyžaduje 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 může mít daný faktor vliv jak kladný tak i záporný z hlediska významnosti dané akce a 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 je to způsobem. Je to zejména proto, že mezi implementací daného opatření a jeho potenciálním (zjistitelným) vlivem na zdraví může existovat významný rozdíl. 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 není jednoduchým 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 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, potraviný a zemědělství, bydlení, nakládání s odpady,

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

energetika, průmysl, urbanizace, voda, radiace, výživa a zdraví. Dahlgren a Whiteheadová (2007, p. 21–22, citováno podle Barták, 2013) 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/protektivní 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 vyzývají, že pozornost by se měla zaměřit zejména na faktory, které zdraví ovlivňují pozitivně a působí ochranně.



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

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 determinantů 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 jednotlivce

vých skupin lidí vede také k jinému výslednému **rozdělení moci v rámci společnosti**. Rozlišuje se několik typů moci, a to *moc nad* (možnost rozhodovat), *moc k* (pochopení jako kapacita pro organizování a měnění aktuální sociální struktury), *moc společná* (ke kolektivním akcím) a *moc vnitřní* (vyplývající z individuálního vědomí) (Detels et al., 2011, p. 104).

Výše zmíněný výkladový rámec Světové zdravotnické organizace se snaží (grafické znázornění viz např. Barták, 2013):

- identifikovat determinanty zdraví a determinanty nerovnosti 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 (Detels et al., 2011, p. 103–104).

Rámec Světové zdravotnické organizace² vytváří dvě základní domény. První doménou jsou strukturální determinanty, které zahrnují sociální a ekonomické postavení lidí, stejně jako relevantní charakteristiky sociálního, ekonomického a politického kontextu. Druhou doménou jsou tzv. zprostředkující determinanty, což jsou faktory jako stravovací a pohybové návyky, kouření nebo podmínky životního prostředí, susedství, pracoviště a bydlení (domov). Hlavní otázkou, která stojí za uvedeným rámcem Světové zdravotnické organizace, je vztah mezi strukturálními a zprostředkujícími determinantami zdraví.

Použitá literatura:

- 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.
- 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.

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

- 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].
- 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.
- Gray, A. M. (1982). Inequalities in Health. Black Report: A summary and comment. *International Journal of Health Services*, 12: 3.
- 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.
- 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].
- Marmot, M., Wilkinson, R. (2005). *Social Determinants of Health* 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.
- McKeown, T., Brown R., G. & Record R., G. (1972). An interpretation of the modern rise of population in Europe. *Popul Stud.*; 26:345–382.
- 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.
- Tarlov, V. A. (1996). *Social determinants of health in Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century*. London: Routledge.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care; Almaty, Kazakhstan, formerly Alma-Ata, USSR; Sept 6–12, 1978.
- WHO (2006). *Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement*. Geneva: WHO.
- Working Group on Inequalities in Health (1980). *Inequalities in health: Report of a research working group*. London: DHSS.
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2003) *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. Copenhagen: WHO.

Doporučená literatura:

- Barták, M. (2010). *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer.
- Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M. & A. Gulliford, M. (2011). Oxford textbook of public health. New York: Oxford University Press.
- Health Affairs (2008). The Social Determinants Of Health, 27: 2; 320.
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2003) *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. Copenhagen: WHO.

4 Dovednosti pro život (Life skills)

Lenka Čablová

Dovednosti pro život jsou schopnosti, které usnadňují adaptivní chování jedince a pomáhají ve zvládnání každodenních problémů. Jsou to schopnosti, které umožňují dětem a dospívajícím chovat se zdravým způsobem vzhledem k jejich přáním a potřebám s cílem realizovat je v co nejširším rozsahu. WHO (2003) definuje životní dovednosti jako nadřazenou kategorii pro psychosociální schopnosti a interpersonální dovednosti, které pomáhají lidem činit informovaná rozhodnutí a 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 podílejí 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 základních životních dovedností přispívá ke schopnosti adaptace obecných znalostí, postojů a hodnot do reálných dovedností a kompetencí. Životní dovednosti v praxi zlepšují mezilidskou **kommunikaci**, schopnost kreativně řešit problémy, rozvíjejí **kritické myšlení** a schopnost **zvládnání stresu** a **náročných život-**

ních situací. Tímto způsobem zvyšují celkovou **kvalitu života** jedince (Trauer et al., 1997).

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

Dovednosti potřebné pro život



| 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 1 | Dovednosti pro život (Life skills) rozdělené do kategorií dovednosti sebeovlivnění (Self-management) a sociálních dovedností (Social skills)

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

- Kritické myšlení
- Kreativní myšlení
- Řešení problémů

- Rozhodování se
- Sebeuvědomění
- Zvládání emocí
- Zvládání stresu
- Dovednost stanovování cílů
- Reflexe sebe sama
- Sebehodnocení
- Sebeocenení
- Vnímání vlastní účinnosti
- Organizace času
- Plánování a monitorování
- Plnění závazků
- Flexibilita

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

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

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

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

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

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

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

Použitá literatura:

- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211–232.
- Bühler, A., Schröder E. & Silbereisen, R. K. (2008). The role of life skills promotion in substance abuse prevention: A mediation analysis. *Health Education Research*, 23(4), 621–632.

- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S. & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 56–63.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., Nicholas, L. J. & Dicker, B. G. (1994). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school-based social network development program. *American Journal of Health Promotion*, 8, 202–215.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 226–234.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Nakladatelství TIGIS.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.
- Manee, F. M., Khouiee, S. A. & Zaree, H. (2011). The effect of three life skills instruction on the general health of college freshmen. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(85), 127–137.
- Nešpor, K. (2003). *Metodika prevence ve školním prostředí*. Praha: Fontis pro MŠMT.
- Pharaoh, H., Frantz, J. & Smith, M. (2011). Life skills as predictors of engagement in health risk behaviours: A survey of secondary school learners. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, June (Supplement), 70–81.
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171–194.
- Taromian, F. (1999). Life skills; definitions and theoretical basics. *Journal Zharfaye Tarbiat*, 4, 32–35.
- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P. et al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275–336.
- Trauer, T., Duckmanton, R. A. & Chiu, E. (1997). The assessment of clinically significant change using Life skills profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 257–263.
- University of Sydney (2011). Personal skills. Retrieved 1st September 2011 from: http://sydney.edu.au/science/uniserve_science/projects/skills/jantrial/personal.htm
- Van der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M., Lindahl, A. M., Melero, J. C., Vassara, M., Faggiano, F., the EU-Dap Study Group. (2009). Unplugged: a new European school program against substance abuse. *Drugs Education Prevention and Policy*, 16, 167–181.
- World Health Organization (1994). *Life skills education in schools*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific (2003). *Value Adolescents, Invest in Future: Educational Package. Facilitator's Manual*. Manila, Philippines.

Doporučená literatura:

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

5 Dovednosti sebeovlivnění (Self-management)

Monika Nevoralová, Lenka Čablová

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

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

Techniky sebeovlivnění 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).

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

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

- **Kritické myšlení (Critical thinking)** můžeme definovat jako schopnost analyzovat a objektivně posoudit informace a zkušenosti. Kritické myšlení pomáhá rozpoznat rizikové faktory, které ovlivňují naše

postoje, chování a hodnoty a uvědomit si tlak ze strany médií či vrstevnické skupiny. Cílem je získat kritický náhled na užívání návykových látek (WHO, 1994).

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

svých potřeb a přání. Přínosná je úvaha o tom, jak daný člověk reaguje na lidi, na určité situace a jak je jeho jednání vnímáno ostatními. Pomocí procesu sebereflexe je možné si lépe uvědomit, jak lze změnit své negativní chování, pocity nebo postoje a vytvořit si tak nové strategie k dosažení cíle (University of Sydney, 2011).

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

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

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

Použitá literatura:

- Cohen, S. & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In Neufeld, R. W. J. (Ed.). *Advances in the investigation of psychological stress*. Wiley, New York, 235–283.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hadrill, K., Singh, K. & Bennett, T. (Ed.) (2007). *Self management*. Academic tip sheet. Edith Cowan University. Retrieved September 2, 2011 from: http://www.ecu.edu.au/CLT/tips/docs/self_management.pdf
- Nešpor, K. (2002). Návykové nemoci. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie* (pp. 556–576). Praha: TIGIS.

- Hughes, C. & Lloyd, J. W. (1993). An analysis of self-management. *Journal of Behavioral Education*, 3(4), 405–425.
- Kerr, M. M. & Nelson, C. M. (1998). *Strategies for managing behavior problems in the classroom*. (3rd ed.). Columbus, Ohio: Prentice Hall.
- Lam, A. L., Cole, C. L., Shapiro, E. S. & Bambara, L. M. (1994). Relative effects of self-monitoring on-task behavior, academic accuracy and disruptive behavior in students with behavior disorders. *School Psychology Review*, 23(1), 44–58.
- Nelson, J. R., Smith, D. J., Young, R. K. & Dodd, J. M. (1991). A review of self-management outcomes research conducted with students who exhibit behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 16(3), 169–179.
- Nešpor, K. (2003). *Metodika prevence ve školním prostředí*. Praha: Fontis pro MŠMT.
- Nešpor, K. & Scheansová, A. (2009). Dovednosti pro život v prevenci a léčbě návykových nemocí. Staženo 22. 2. 2012 z <http://www.cepros.cz/odborna-verejnost/zahranicni-a-domaci-praxe/dovednosti-pro-zivot-v-prevenci-a-lecbe-navykovych-nemoci.html>
- Servier Country Special Education (2011). Self-management of behavior in schools. Retrieved 2, September 2011 from: <http://www.slc.sevier.org/selfmgmt.htm>
- University of Kansas (2011). Teaching self-management skills. Retrieved September 1, 2011 from: <http://www.specialconnections.ku.edu/cgi-bin/cgiwrap/speconn/main.php?cat=behavior§ion=main&subsection=pbsint/self>
- University of Sydney (2011). Personal skills. Retrieved September 1, 2011 from: http://sydney.edu.au/science/uniserve_science/projects/skills/jantrial/personal.htm
- Reid, R. (1996). Research in self-monitoring with students with learning disabilities: The present, the prospects, the pitfalls. *Journal of Learning Disabilities*. 29(3), 317–331.
- WHO (1994). *Life skills education in schools*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.

Doporučená literatura:

- Bernard, M. E. (1991). *Procrastinate later*. Melbourne: Schwartz & Wilkinson.
- Kanar, C. C. (2001). *The confident student* (4th ed.). New York: Houghton Mifflin Company.
- Pauk, W. (1997). *How to study in college* (6th ed.). New York: Houghton Mifflin Company.
- Payne, E. & Walker, L. (2000). *Developing essential study skills*. Harlow: Financial Times/ Prentice Hall.

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

Jaroslav Vacek

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

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

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

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

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

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

-
- 1 Samostatnou kapitolu primární prevence rizikového chování představuje otázka bezpečnostních a zdravotních rizik spojených s využíváním elektronických médií – např. kyberšikana, kybergrooming, sexting, kyberstalking, závislostní chování na internetu či v souvislosti s využíváním dalších médií, somatické poruchy v důsledku jednostranné zátěže a další.
 - 2 Počítačová gramotnost, která zahrnuje i schopnost vyhledávat a kriticky hodnotit informace na internetu, představuje také jednu z klíčových dovedností pro předcházení nejrůznějším formám rizikového chování na internetu.
 - 3 Nadace Zdraví na síti (Health On the Net Foundation), která uděluje certifikáty provozovatelům zdravotně informačních stránek, vytvořila interaktivní kontrolní seznam (checklist) pro příjemce informací k posouzení odbornosti a etičnosti konkrétních stránek, který lze velmi dobře použít i pro hodnocení důvěryhodnosti preventivních stránek (https://www.hon.ch/cgi-bin/HONcode/Inscription/site_evaluation.pl).

- **autorství:** stránky (texty) jsou podepsány, obsahují kontaktní informace na autora a instituci, kterou reprezentuje, autorita má odpovídající kvalifikaci a znalosti;⁴
- **účel:** cíl, s jakým jsou informace zveřejněny, je explicitně uveden nebo je jasně patrný;
- **objektivita:** informace jsou prezentovány nezaújatě, bez manipulace, případná reklama je jasně odlišena od obsahu sdělení, konflikt zájmů je vyloučen;
- **spolehlivost:** fakta jsou jasně odlišena od názorů, zdroje převzatých informací jsou uvedeny a řádně citovány, vlastní myšlenky autora jsou logické, text je gramaticky a kompozičně správný, stránky obsahují seznam použité literatury nebo odkazů;
- **aktuálnost:** informace jsou aktuální, odkazy funkční, je uvedeno datum vytvoření a aktualizace stránek.

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

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

Formy nebo komponenty poskytování interaktivních intervencí lze rozdělit na: automatické funkce, komunikační funkce a doplňkové formy.

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

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

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

Obecné **výhody používání elektronických médií** můžeme shrnout do následujících bodů: **nízká cena** – poté, co byly intervence vytvořeny, je lze distribuovat a realizovat s nesrovnatelně nižšími náklady než prevenci prováděnou přímo odbornými pracovníky; **věrnost originálu** – originál je zachován (v případě digitálních médií zcela) bez ztráty kvality; **možnost**

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

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

individuálního přizpůsobení – v případě interaktivní aplikace může být obsah přizpůsoben jednotlivci automatickými algoritmy; **účinnost** – interaktivita a využití multimédií může zvyšovat efektivitu; **flexibilita ve způsobu distribuce** – elektronické obsahy lze šířit pomocí internetu, na různých digitálních médiích také prostřednictvím preventivních agentur, školských i klinických zařízení (RCAP, 2008).

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

Použitá literatura:

- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H. & Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BioMed Central Public Health*, 7, 53.
- Gabrhelík, R. & Kubů, P. (2010). Informační zdroje v primární prevenci. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (pp. 135–139). Praha: Sdružení SCAN Tišnov a Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze.
- Holcnerová (Vondráčková), P. & Vacek, J. (2010). Využití internetu v léčbě abúzu a syndromu závislosti na alkoholu. *Adiktologie*, 10, 110–119.
- Hunter, S. (2007). Checklist for Evaluating Web Sites. Retrieved on 2011–10–20 from: www.library.dal.ca/How/Guides/Checklist/
- Kirk, E. E. (2011). Evaluating Information Found on the Internet: Items to Consider. Retrieved on 2011–10–20 from: <http://guides.library.jhu.edu/evaluatinginformation>
- Kubů, P. (2002). Obecné zásady, kritéria kvality, testování a cílová skupina využití internetu v projektech prevence závislosti a harm reduction. *Adiktologie*, 2, 30–39.
- Newton, N. C., Teesson, M., Vogl, L. E. & Andrews, G. (2010). Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*, 105(4), 749–759.
- Noar, S. M., Pierce, L. B. & Black, H. G. (2010). Can computer-mediated interventions change theoretical mediators of safer sex? A meta-analysis. *Human Communication Research*, 36(3), 261–297.
- Ormondroyd, J. (2011). Critically analyzing information sources. Retrieved on 2011–10–20 from: <http://olinuris.library.cornell.edu/ref/research/skill26.htm>
- RCAP – Rural Center for AIDS/STD Prevention (2008). Computer technology-based HIV prevention interventions. Rural Center for AIDS/STD Prevention: Fact Sheet, 22, 1–4.

Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L. & Michie, S. (2010). Using the internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), 4.

Doporučená literatura:

- Gabrhelík, R. & Kubů, P. (2010). Informační zdroje v primární prevenci. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (pp. 135–139). Praha: Sdružení SCAN Tišnov a Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze.
- Kubů, P. (2002). Obecné zásady, kritéria kvality, testování a cílová skupina využití internetu v projektech prevence závislostí a harm reduction. *Adiktologie*, 2(2), 30–39.
- Kubů, P. (2004). Metody hodnocení kvality internetových projektů prevence závislostí a harm reduction. *Adiktologie*, 4(3), 268–285.
- Monteiro, M. G. (1999). *Young People and Substance Use: A Manual – Create, use and evaluate educational materials and activities*. WHO Department on Substance Abuse, 36. Retrieved on 2011–10–20 from: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/who_materials_00.pdf
- Siemer, C. P., Fogel, J. & Van Voorhees, B. W. (2011). Telemental health and web-based applications in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(1), 135.
- United Nations, Office on Drugs and Crime. (2003). *Internet: using the internet for drug abuse prevention*. New York: United Nations, Office on Drugs and Crime. Retrieved on 2011–10–20 from: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_internet_english.pdf

7 Evaluace preventivních programů a intervencí

(Evaluation of preventive programmes and interventions)

Michal Miovský, Lenka Štátná

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

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

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

cílů atd. je provádění jakékoli kvalitní evaluace vyloučeno. Van der Stel a Voordewind (1998) v tomto kontextu doporučují u každého programu reflektovat tyto požadavky:

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

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

Jednotlivé **evaluační metody** se liší podle toho, k čemu mají být výsledky evaluace použity (účel evaluace a způsob využití/aplikace výsledků). Při **formativní evaluaci** (případně formativním přístupu 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. Další možností, jak rozlišovat mezi jednotlivými postupy evaluace, je orientace těchto metod na různé fáze realizace preventivní intervence (Kröger, 1998):

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

zda evaluovaná intervence skutečně ovlivňuje to, co ovlivňovat má, či jakým způsobem zvolenou charakteristiku cílové skupiny ve skutečnosti ovlivňuje (WHO, 2000c; Kröger, 1998). Změna chování plánovaná v důsledku preventivní intervence se u cílové skupiny může v měřitelné míře projevit s delším časovým odstupem, než probíhá samotné hodnocení. Některé žádoucí, ale velmi diskrétní změny chování jedinců z cílové skupiny se nemusí navenek projevit vůbec, eventuálně jedinci, u nichž ke změně chování došlo, se mohou i nadále v obavě z odsudku vrstevníků při hodnocení jevit jako intervencí neovlivněná část cílové skupiny. Téma efektivity primární prevence je velice náročné a citlivé. Pod pojem **efekt** nebo také **dopad na cílovou skupinu** se totiž významově zařazuje množství fenoménů, jako jsou například znalosti, dovednosti, názory a postoje nebo různé behaviorální projevy (určité typy chování či vzorce chování). **Efekt prevence** je možné samozřejmě ověřovat a měřit. Za efektivní program nelze v žádném případě považovat takový, u kterého není efekt vědecky/výzkumně ověřen (tzv. **evidence-based přístup**, tj. **přístup založený na důkazech**).

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

- **Experimentální typ evaluace** předpokládá použití experimentální a kontrolní skupiny vybrané náhodným výběrem, u kterých hodnotíme (měříme) stav před a po provedení intervence (případně také v jejím průběhu) a dopad s odstupem času po ukončení intervence (follow-up). Na závěr pak porovnááme výsledek (rozdíl) dosažený u experimentální skupiny (která byla podrobena experimentálnímu zásahu) a kontrolní skupiny (bez zásahu).
- **Kvaziexperimentální typ evaluace** spočívá v tom, že výběr experimentální a kontrolní skupiny není náhodný, ale je podřízen určitým podmínkám či kritériím, a často tak při něm využíváme záměrného výběru (Bryman, 2001). Využívá se v situaci, kdy není možné provést klasický experiment (např. pokud bychom chtěli měřit preventivní účinek něčeho, co nelze opakovat nebo by to eticky nebylo přípustné – např. vliv těžkého úrazu spolužáka v důsledku provozování extrémního sportu na třídní kolektiv). Při neexperimentální evaluaci obvykle nemáme kontrolní skupinu (ačkoli i zde je možné za určitých okolností kontrolní skupinu konstruovat, i když to má svá omezení) a pracujeme pouze se skupinou, která je podrobena preventivní intervenci.

Jiní autoři již reflektují také možnosti, které evaluaci primární prevence přinášejí **kvalitativní výzkumné metody** (Brounstein et al., 2001), jako je zúčastněné pozorování, různé typy interview, ohniskové skupiny atd. Důležitá je samozřejmě adekvátnost zvoleného typu výzkumu, případně kombinace více typů v případě složitějších projektů.

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

Použitá literatura:

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

- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.). (1998). *Handbook of Primary Prevention: Alcohol, Drugs and Tobacco*. Amsterdam: Jelinek Insitute.
- WHO (2000a). *International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000b). *Process evaluations. Workbook No. 4*. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000c). *Outcome evaluations. Workbook No. 7*. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.

Doporučená literatura:

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

8 Faktory rizikové a protektivní (Risk and protective factors)

Miroslav Charvát, Monika Nevoralová

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

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

ho chování u chlapců, hyperaktivita v dětství a dospívání, užívání alkoholu a nelegálních drog v rodině, slabé výchovné působení v rodině, rodinné konflikty, nízká vazba k rodině, školní neúspěch, zanedbávání školních povinností, časně odmítnutí vrstevníky, sociální tlaky k užívání drog, odcizení a rebelství, kladné postoje k užití drog a raný začátek užívání drog. Užívání návykových látek zde ilustruje obdobnou situaci, která nastala i ve výzkumu ostatních typů rizikového chování. Od 90. let minulého století se začaly postupně prosazovat i teorie komplexnější, zahrnující více faktorů současně. Například Newcomb (1995) rozřídil výše zmíněné rizikové faktory do čtyř oblastí: kultury a společnosti (a), interpersonální (b), psychobehaviorální (c) a biogenetické (d).

Při budování koncepčního rámce rizikového chování dospívajících se kromě víceméně deskriptivních a klasifikačních snah řešila i otázka, do jaké míry existuje mezi různými rizikovými způsoby chování v dospívání nějaká struktura či souvislost. Pro primárně preventivní intervenci je totiž obrovský rozdíl v tom, zda se zabývá nezávislými a izolovanými způsoby chování, nebo naopak organizovanou konstelací rizikových způsobů chování, které jsou navzájem propojené. Kromě vysvětlujících (nezávislých) proměnných tedy roste komplexita i na straně vysvětlovaných (závislých) proměnných. Profesor *R. Jessor* tuto konstelaci označil jako **syndrom rizikového chování v dospívání** (↑) (SRCH D) (Jessor, 1991). Syndrom se skládá převážně z a) abúzu návykových látek a vzniku závislosti na nich, b) negativních sociálních jevů v užším smyslu (zejména problémové chování, sociální maladaptace, agresivita, rizikové chování v dopravě, kriminalita, ale i autoagresivita a suicidiální chování) a c) poruch reprodukčního zdraví, charakterizovaných časným začátkem intimního života a s tím spojenými nepříznivými konsekvencemi. Samotné období adolescence je pak nadále chápáno jako rizikové samo o sobě a v moderní společnosti se de facto stalo nejrizikovějším obdobím života. WHO dokonce stanovila dospívající jako samostatnou rizikovou populační skupinu, jejíž zdraví je ohroženo více behaviorálně (než biomedicínsky). Většina adolescentů se zapojuje do chování, které může mít vážné zdravotní důsledky, navíc stále častěji v nižším věku, než tomu bylo v předešlých generacích. Rovněž velká část adolescentů participuje ve více formách rizikového chování současně (Hamanová, Hellerová, 2000). Dospívající jsou též velmi zranitelní z hlediska neurofyzilogického. 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 nepodlehnu, 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 vysvětlovajících 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 sebe-hodnocení, 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, vyhledávací zážitků, deficity v sociálních dovednostech, hostilita a agrese, odcizení, nízké sebevědomí a sebehodnocení, negativní životní události a traumatické zážitky, těžkosti s učením, problémy ve vazbě na matku, časné začátky rizikového chování; PF: emocionální stabilita, rozvoj sociálních dovedností, pozitivní vztah k sobě, výkonnost ve škole, odolnost vůči zátěži, flexibilita, svědomitost, přívětivost, odolnost vůči skupinovému tlaku, dovednosti zaměřené na cíle a řešení problémů;

- Rodinná oblast – RF: zneužívání alkoholu, drog či gambling u rodičů, slabá rodičovská podpora, nedostatečný zájem a kontrola rodičů, nedůsledná výchova, segregace, chudoba, nezaměstnanost, hrubost a konflikty v rodině, souhlasný postoj k užívání drog; PF: pozitivní pouto mezi rodiči a dítětem, emocionální podpora, vysoká rodičovská očekávání, jasná pravidla a hranice, rodičovská kontrola a důslednost;
- Vrstevnická oblast – RF: vrstevnický tlak, členství ve skupině s rizikovým chováním či pozitivními postoji k němu, odmítnutí a vyřazení z vrstevnické skupiny; PF: dobrá vrstevnická skupina s přiměřenými zájmy a aktivitami, dobrá interpersonální komunikace, dostatek přátel, vzájemná podpora;
- Školní a pracovní oblast – RF: školní selhávání, nezdravé školní klima, nízké očekávání pedagogů, zaměření na výkon, agresivní nebo odtažitě chování ve třídě, odborná 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 kdekoliv a zároveň že konkrétní obsahy mohou být definovány sociokulturně. Jeden faktor též může působit i ambivalentně, tj. být někdy protektivním a v jiné konstelaci i rizikovým. Například sociální opora od kamarádů funguje jako protektivní faktor v případě agresivního chování, nicméně je rizikovým faktorem v případě problémů ve škole, problémů s autoritami nebo v případě užívání drog (Širůček, Širůčková a Macek; 2007).

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

Zejména v souvislosti s rizikovými faktory se někdy vyčleňují tzv. **rizikové skupiny** (↑) (high risk groups, at-risk groups). Práce s těmito rizikovými skupinami je základem **selektivní prevence** (↑), včasný záchyt rizikových jedinců se pak dále využívá při **indikované prevenci** (↑) (EMCDDA, 2009). **Preventivní programy** obecně by dle NIDA (2003) měly kromě snižování vlivu rizikových faktorů cílit i na posilování faktorů protektivních. Měly by

těž 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).

Použitá literatura:

- EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399–419.
- Garnezy, N. & Masten, A. S. (1986). Stress, competence, and resilience: Commonfrontiers for therapist and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 17:500–521.
- Hamanová, J. & Hellerová, P. (2000). Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). *Československá pediatrie*, 55 (6), 380–387.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 112(1), 64–105.
- Hawkins, J., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951.
- Janečková, B. & Daněčková, T. (Eds.) (2007). Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze.
- Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12, pp. 597–605.
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In Jessor, R. (Ed.), *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Jessor, R. (2008). Description versus explanation in cross-national research on adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43, 527–528.
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1997). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. In Marlatt, G., VandenBos, G. R. (Eds.), *Addictive*

- behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment (pp. 239–264). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Martanová, V., Skácelová, L., Slavíková, I., Braun, R., Valentová, K., Heider, D. et al. (2007). Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze.
- Matějček, Z., Dytrych, Z. (1998). Riziko a resilience. *Československá psychologie*, 42 (2), 97–104.
- Newcomb, M. D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In Rahdert, E. & Czechowicz, D. (Eds.), *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 156. DHHS Pub. No. 95–3908. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- NIDA (2003). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders. (2nd ed.). Maryland, Bethesda: National Institute on Drug Abuse.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57:316–33.
- SAMHSA/CSAP (2001). Science-based substance abuse prevention: A guide. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Širůček, J., Širůčková, M. & Macek, P. (2007). Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá Psychologie*, 51(5), 476–488.
- VanderBos, G. R. (Ed.). (2006). *APA dictionary of psychology*. (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Doporučená literatura:

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

9 Implementace preventivních programů (Implementation of preventive programmes)

Lucie Jurystová

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

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

CDDA, 2010). Vedle toho někteří autoři uvádějí, že určité typy programů (např. programy zaměřené na **life skills**, tedy **dovednosti pro život** (↑) jsou úspěšné napříč různými kontexty, etnickými skupinami, a není je tedy nutné modifikovat místním podmínkám (EMCDDA, 2010).¹

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

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

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

- Na individuální úrovni je v implementačním procesu nezbytné zajistit odbornou kvalifikaci osob realizujících program (intervenci) a je-

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

jich kontinuální rozvoj (Mihalic et al., 2004, Greenberg et al., 2005). Nezanedbatelný podíl představuje dále široké spektrum charakteristik, jež má osoba realizující program (intervenci) splňovat, jako například pozitivní naladění k programu, motivaci (Greenberg et al., 2005) a osobní angažovanost (Zins & Elias, 2006). Nicméně Mihalic et al. (2004) uvádějí, že nedostatek silné osobní angažovanosti nemusí být nutně překážkou. Na osobní úrovni úspěšnou implementaci dále zvyšuje finanční ohodnocení osob realizujících program (intervenci) a zejména poskytnutí adekvátního času na přípravu (Mihalic et al., 2004). V oblasti materiálně-technického zabezpečení programu (intervence) je optimální používat pomůcky a nástroje, které jsou vizuálně atraktivní a přehledné, přiměřené věku a kultuře. Takové pomůcky mohou mít signifikantní význam na kvalitu doručené intervence (Mihalic et al., 2004; Zins & Elias, 2006).

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

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

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

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

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

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

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

ně-technické zabezpečení programu (intervence); (6) implementace programu (intervence) co možná nejvěrněji.

Pochopení implementace školních preventivních programů je zásadní pro vývoj sofistikovanějších intervencí podporujících sociální a emoční rozvoj žáků/děti a celkově prevenci jejich **rizikového chování** (↑). Při implementaci programů (intervencí) často narážíme na nedostatek finančních zdrojů, které plynou také z protichůdných priorit systémů a komunit, v nichž by měly být programy (intervence) implementovány. Pro úspěšnou implementaci je nezbytné identifikovat správný poměr mezi vkladem expertů (jak provádět implementaci), politickou podporou (propagace a podpora využívání **evidence-based** preventivních programů) a praktickou uplatnitelností a **udržitelností programu** (intervence) (Greenberg et al., 2005).

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

Použitá literatura:

- Durlak, J. A. (1998). Why program implementation is important? *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 17, 5–18.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Graczyk, P. A. & Weissberg, R. P. (2003). Implementation, sustainability, and scaling up of social-emotional and academic innovations in public schools. *School Psychology Review*, 32(3), 303–319.
- EMCDDA (2010). *Prevention and Evaluation Resources Kit*. Lisabon: EMCDDA.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Gázquez Pertusa, M., García del Castillo, J. A. & Ruiz Alfaro, I. (2011). *Importancia de la fidelidad en la implementación de programas escolares para*

- prevenir el consumo de drogas. *Health and Addictions* (2), retrieved: <http://www.haaj.org/sites/default/files/0-3-importancia.pdf>, 7th October 2011.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A. & Zins, J. E. (2005). *The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice (Volume 3)*. DHHS Pub. No. (SMA). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Van der Stel, J. (1998). Příručka prevence: alkoholu, drog a tabáku. Skupina Pompidou. Council of Europe and Jellinek Consultancy, p. 131.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. & Mioviský, M. (2009). *Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence [Unplugged Primary Prevention Programme – Formative Evaluation of the Implementation Process by School Prevention Workers]*. *Adiktologie*, (9)1, 10–19.
- McCormick, L. K., Steckler, A. B. & McLeroy, K. R. (1995). Diffusion of innovations in schools: A study of adoption and implementation of school-based tobacco prevention curricula. *American Journal of Health Promotion*, 9, 210–219.
- McCoy, A. R. & Reynolds, A. J. (1998). Evaluating implementation. In: Reynolds, A. J. and Walberg, H. J. (Eds.). *Advances in educational productivity: Vol. 7* (pp. 117–133). New York: JAI Press.
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D. & Elliott, D. (2004). Successful program implementation: Lessons from blueprints. *Juvenile Justice Bulletin*, 1–11.
- O’Connell, M. E., Boat, T. & Warner, E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Zins, J. E. & Elias, J. M. (2006). Social and emotional learning: Promoting the development of all students. In Bear, G. G., Minke, K. M. & Thomas, A. (Eds.), *Children’s needs III: Development, problems and alternatives* (pp. 1–13). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Zins, J. E. & Elias, J. M. (2007). Implementation of prevention programs: Lessons for future research and practice: A commentary on social and emotional learning: Promoting the development of all students. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 17 (2&3), 257–262, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Doporučená literatura:

- Cook, T. D., Murphy, R. F. & Hunt, H. D. (2000). Comer’s school development program in Chicago: A theory-based evaluation. *American Education Research Journal*, 37, 535–597.
- Dane, A. V. & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23–45.
- Harachi, T. W., Abbott, R. D., Catalano, R. F., Haggerty, K. P. & Fleming, C. B. (1999). Opening the black box: Using process measures to assess

- implementation and theory building. *American Journal of Community Psychology*, 27, 711–731.
- Illback, R. J., Zins, J. E. & Maher, C. A. (1999). Program planning and evaluation: Principles, procedures and planned change. In Reynolds, C. R. & Gutkin, T. B. (Eds.), *The handbook of school psychology* (3rd ed., pp. 907–932). New York: Wiley.
- Lipsey, M. W. (1997). What can you build with thousands of bricks? Musings on the cumulation of knowledge in program evaluation. In Rog, D. J. & Fournier, D. (Eds.), *Progress and future directions in evaluation: Perspectives on theory, practice, and methods* (pp. 7–24). *New Directions for Evaluation*, 76. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusions of innovations*. New York: Free Press.
- Scheirer, M. A. (1994). Designing and using process evaluation. In Wholey, J., Hatry, H. P. & Newcomer, K. E. (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 40–67). San Francisco: Jossey-Bass.
- Tanyu, M. F. (2004). Evidence-based preventive interventions in school settings: A review of implementation. Unpublished manuscript.
- Weissberg, R. P. & Greenberg, M. T. (1998). School and community competence enhancement and prevention programs. In: Siegel, I. & Renninger, A. (Eds.), *Handbook for child psychology: Vol. 4, Child psychology in practice* (5th ed., pp. 877–954), New York: Wiley.
- Wilson, D. B. (1995). The role of method in treatment effect estimates: Evidence from psychological, behavioral, and educational meta-analyses. Unpublished doctoral dissertation, Claremont Graduate School.

10 Intermediátory

(Intermediators)

Olga Orosová

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

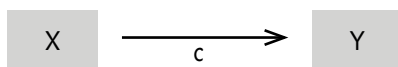
Intermediátor anebo **Mediátor (Intermediator or Mediator)** je třetí (intervenující anebo mediační, intermediační) proměnná (MacKinnon et al., 2007a), která reprezentuje mechanismus, kterým nezávislá proměnná (prediktor) může ovlivňovat závislou proměnnou (kritérium); mediátor vysvětluje, jak vnější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

Mediace (Mediation) je typickým standardem testování teorií, které se týkají psychologických procesů (Rucker et al., 2011). Mediace představuje vliv třetí proměnné, kterým se identifikuje vztah mezi dvěma proměnnými prostřednictvím vysvětlení, jak 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 definovaná 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 substanciální vztah mezi nezávislou proměnnou a mediační proměnnou (mediátorem) a musí existovat vztah mezi mediační proměnnou a závislou proměnnou, b) mediace vyžaduje kauzální následnost, tedy nezávislá proměnná předchází a je příčinou mediátora, stejně tak mediátor musí předcházet a být příčinou závislé proměnné.

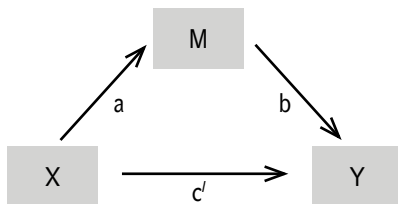
Mediační analýza (Mediation Analysis) Mediační analýza naznačuje kauzální proces, který spojuje proměnné prostřednictvím modelování toho, jak intervenující proměnná anebo mediátor (M) přenáší vliv nezávislé proměnné (X) na výsledek, tzn. závislou proměnnou (Y) (Fairchild et al., 2009, Hayes, 2009).

Úplné, přímé a nepřímé efekty v mediační analýze Obrázek 2 prezentuje totální efekt (c) nezávisle proměnné (X) na závislou proměnnou (Y), zatímco c' (obrázek 3) reprezentuje přímý efekt nezávisle proměnné (X) na závislou proměnnou (Y) po kontrole mediátora (M). Efekt nezávisle proměnné (X) na mediátora (M) reprezentuje a, efekt mediátora na závislou proměnnou při kontrole nezávisle proměnné prezentuje b. Nepřímý efekt je výsledkem $a \times b$ (Rucker et al., 2011, Hayes, 2009). O funkci mediátora můžeme uvažovat, pokud při kontrole vlivu nezávislé proměnné na mediační proměnnou a vlivu mediační proměnné na závislou proměnnou, se původně signifikantní vztah mezi závislou a nezávislou proměnnou změní na nevýznamný, přičemž nejsilnější demonstrací mediace je změna původně signifikantního vztahu nezávislé a závislé proměnné na nulový vztah (Baron & Kenny, 1986). Prakticky to tedy může znamenat, že jsme v prvním kroku zjistili, že náš preventivní program vede k očekávaným změnám chování (vztah c byl významný). V druhém kroku jsme se ptali na to, jak náš program

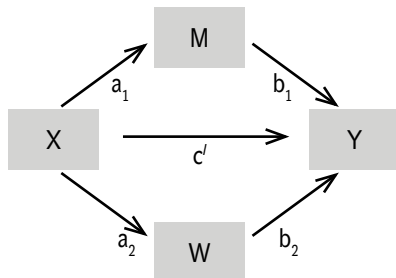
funguje a zařadili jsme do analýz třetí proměnnou (M = mediátor), kterou byla sebeúcta. Zjistili jsme, že vztah a (preventivní program a sebeúcta), jako i vztah b (sebeúcta a změna chování) byli významné a přímý vztah c' (preventivní program – změna chování) se změnil na nevýznamný. Pro nás to znamená, že prostřednictvím rozvoje sebeúcty jsme našim 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 našim preventivním programem. **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 nezávisle proměnné X na závislou proměnnou Y přes mediátora M) a totálního nepřímého efektu X (tzn. suma specifických nepřímých efektů).



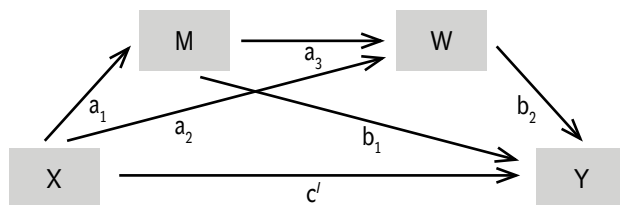
Obrázek 2 | Totální efekt (c) nezávislé proměnné (X) na závislou proměnnou (Y) (podle Hayes, 2009, p. 409)



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



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



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

Mediační analýzy v psychologii (Mediation Analyses in Psychology) Mediační analýzy identifikují kognitivní anebo behaviorální procesy, které vysvětlují vztah nezávislé k závislé proměnné (Morgan-Lopez & MacKinnon, 2006). 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 relativizováno 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') nezávisle proměnné (X) na závislou proměnnou (Y) (Obrázek 3), 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) Zaprvé, kritický je první krok mediační analýzy. V tomto ohledu je signifikantní c koeficient nezbytnou podmínkou mediačního testování, pokud c koeficient není signifikantní; předpoklad existence nepřímého efektu $X \rightarrow Y$ prostřednictvím hypotetizovaného mediátora je zamítnut a v mediačním testování se nepokračuje.
- 2) Zadruhé, není-li koeficient c' signifikantní, tzn. koeficient c' , který reprezentuje přímý efekt $X \rightarrow Y$ po kontrole hypotetizovaného mediátora, výzkumníci interpretují uvedený výsledek jako perfektní, kompletní anebo úplnou mediaci a pokud je koeficient c' signifikantní, výzkumníci typicky uvádějí, že mediátor pouze částečně mediuje $X \rightarrow Y$ 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 není třeba, na rozdíl od situace, kdy výzkumník zjistil jen částečnou mediaci a předpokládá se další testování nepřímých efektů ve zkoumaném psychologickém procesu.

Rucker et al. (2011) uvádějí, že (a) příčinou toho, že c anebo c' koeficient není signifikantní spočívá ve statisticky zjištěné různé síle c nebo c' koeficientu, která může být nižší než síla cesty a x b , tzn. nepřímého efektu $X \rightarrow Y$, (b) efekt nezávisle proměnné (X) na mediátora (trasa a) může být vyšší než na závislou proměnnou (trasa b), což může vést k silnějšímu nepřímému efektu ve srovnání s totálním efektem. Tzn., že trasa a x b může být signifikantní, ačkoliv koeficient c signifikantní není, (c) mediace závisí na rozsahu zkoumaného vzorku, menší výzkumný vzorek má vztah k vyšší pravděpodobnosti mediace (je-li přítomná) v totální než parciální rovině, protože c' snáze prokazuje nesignifikanci (podrobněji Rucker et al., 2011). To vše vede 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 mediá-

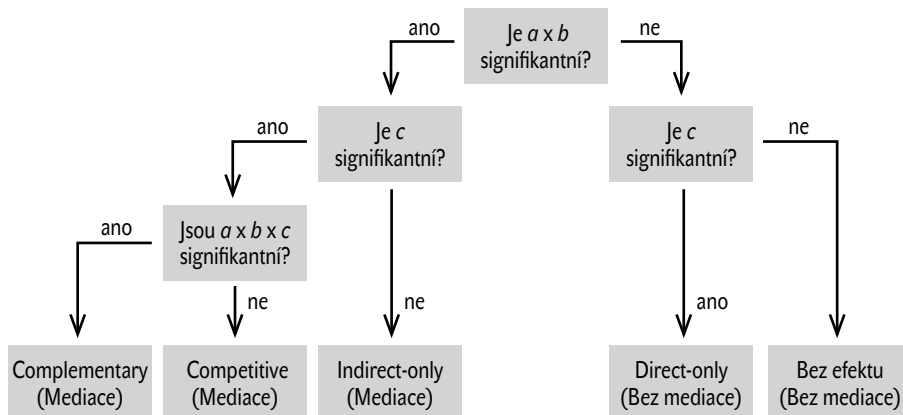
tora odlišné interpretace. Mediátor jako třetí proměnnou je potřeba v psychologickém zkoumání odlišit od dalších typů třetí proměnné, a to:

- 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 vztah závislé a nezávislé proměnné, pokud kovariantní proměnnou vložíme do statistických analýz);
- c) confoundingu (confounder = faktor zkreslující, zavádějící efekt; je proměnná, která je spojovaná 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 jednotlivci pravděpodobně vydělávají více než mladší a je u nich vyšší pravděpodobnost, že onemocní rakovinou. Příjem a výskyt rakoviny jsou tak asociovány přes společnou třetí proměnnou – věk. Příjem neovlivňuje věk, který však má vliv na výskyt rakoviny. To znamená, že na rozdíl od mediační analýzy (Obrázek 3) je mezi nezávislou proměnnou a třetí proměnnou opačný efekt;
- d) suppression (suppressor = faktor potlačující efekt). To znamená, že třetí proměnná, suppressor, na rozdíl od mediátora a confundera, zvýší sílu vztahu mezi nezávislou a závislou proměnnou, přičemž přímý a mediační vliv nezávislé proměnné na závislou proměnnou – v porovnání s mediačním modelem – má opačný efekt. Tento model je známý jako nekonzistentní mediační model, na rozdíl od mediačního modelu, v němž jsou přímý a mediační efekt stejnosměrné. Příkladem nekonzistentního mediačního modelu je zkoumání efektu programu prevence užívání steroidů. Záměr užívat steroidy byl nižší u účastníků programu než u 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

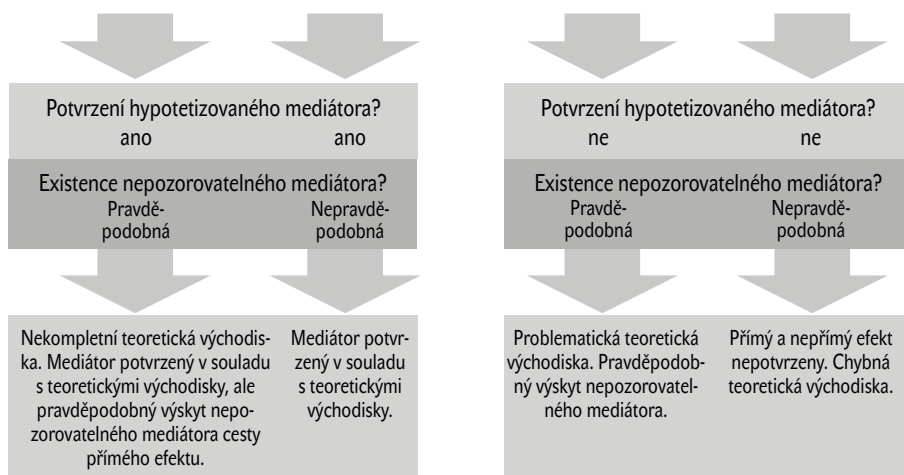
případě téměř nulový. Přímý a nepřímý (mediační) efekt programu byly opačné. Program prevence vedl k nárůstu počtu důvodů pro užívání steroidů, a to vedlo k nárůstu zájmu o užívání steroidů. Naštěstí byly identifikované další významnější mediační efekty, které vysvětlily očekávaný efekt programu, což vedlo k redukci užívání steroidů.

Typologie mediace/nemediace Mediační analýzy ve většině případů vycházejí z jednodimenzionální klasifikace mediace Barona a Kennyho, podle níž se rozlišuje 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 i v oblasti psychologie zdraví, i když – jak uvádějí Pardo a Román (2013) – široce využívaný postup nemusí být zárukou bezpečnosti zvolené strategie a i v tomto případě autory zvolený postup má už dnes své limity. Zhao, Lynch a Chen (2010) považují za vhodnější dvojdimenzionální mediaci, přičemž kauzální model o třech proměnných umožňuje generování následující typologie:

- a) Komplementární mediace (Complementary mediation neboli Consistent model) – existují ve stejném směru působící mediační efekt ($a \times b$) a přímý efekt (c). Komplementární mediace odpovídá částečné mediaci v klasifikaci autorů Barona a Kennyho.
- b) Konkurenční mediace (Competitive mediation neboli Inconsistent model, Suppression) – mediační efekt ($a \times b$) a přímý efekt (c) působí v opačných směrech.
- c) Pouze nepřímá mediace (Indirect-only mediation) – existuje mediační efekt ($a \times b$), ale chybí přímý efekt (c). V klasifikaci Barona a Kennyho jen nepřímá mediace odpovídá úplné mediaci.



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



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

- d) Pouze přímá nemediace (Direct-only nonmediation) – existuje přímý efekt (c), ale chybí nepřímý efekt.
- e) Nemediace bez efektu (No-effect nonmediation) – chybí jak efekt přímý, tak i nepřímý.

Uvedenou typologii s následnou interpretací prezentuje Obrázek 6a, b. Znalosti o odlišném vlivu třetí proměnné (mediation, confounding, suppression) a o typologii mediace/nemediace vedou k uvědomění si důležitosti teoretických východisek, formulovaných výzkumných otázek a testovaných hypotéz. Výzkumník se může primárně zaměřit na analýzu psychologického mechanismu, např. 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 atd.), nebo se primárně věnuje otázce týkající se možného vlivu třetí proměnné na hypotetizovaný vztah nezávislé a závislé proměnné.

Mediační analýza a psychologie zdraví (Mediation Analysis and Health Psychology) Zájem o třetí proměnnou v psychologii zdraví, o analýzy související s třetí proměnnou, jak uvádí MacKinnon a Luecken (2008), umožňují odhalení „černé skříňky“, resp. 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 souvisejících 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 (Mediation Analysis and Drug Use Prevention Programs) Mediační analýza v prevenci užívání návykových látek umožňuje zkoumat nejen mechanismus, kterým preventivní program ovlivňuje užívání návykových látek, ale také rozsah, v kterém teoretický model (↑) reflektuje procesy behaviorální změny (Orlando et al., 2005).



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

Obrázek 7 prezentuje všeobecný model, který vychází z předpokladu, že připravený program prevence zaměřený na změnu mediátora povede k očekávaným behaviorálním změnám, tzn., že přispěje k prevenci výskytu se zdravím souvisejících problémů, ale je implementovatelný také 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. Jessora a S. L. Jessora, teorie odůvodněného chování I. Ajzena a M. Fishbeina (MacKinnon, 1994), resp. testování efektivnosti tradičních přístupů (šíření informací, afektivní vzdělávání), přístupů vycházejících ze strategie sociálního vlivu, rozvoje životních dovedností (Sloboda & Bukoski, 2003). Uvedené skutečnosti jsou základem přípravy programů prevence, generování hypotetizovaných mediátorů zodpovědných 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) shrnuje do následujících bodů:

- a) kontrola manipulace: pokud program nezmění mediátora hypotetizovaného ve vztahu k problémovému chování, je nepravděpodobná změna výsledku, behaviorálního ukazatele a problémového chování; je-li program orientovaný na nárůst vědomostí, měl by být sledovaný odpovídající výsledek, tzn. úroveň vědomostí;
- b) kvalita programu: mediační analýzy umožňují identifikovat úspěšné a neúspěšné komponenty programů prevence. Pokud komponenta programu nevede ke změně mediátora, povede to k nutnosti změny, zlepšení uvedené komponenty. Důležitý je v tomto směru existující stav poznání, tzn. teoretická východiska. Potvrzují-li dostupné literární zdroje efektivnost rozvoje schopnosti odmítání v prevenci užívání návykových látek a výzkumník nepotvrdí rozvoj uvedeného mediátora, potom je třeba hledat cestu zlepšení komponent v konkrétním programu. Pokud dosavadní výzkum nepotvrdil úspěšnost zvolené komponenty v souladu s výsledky výzkumníka, potom je nutné zvážit zlepšení práce s komponentou v konkrétním programu nebo její vyloučení a následné praktické a výzkumné zaměření 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 indikátora efektu programu. Je to situace, která se objevuje při testování efektivnosti školních programů prevence užívání návykových látek. Efekt programu na úroveň chování se může projevit až u školáků staršího věku, 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, mohou tuto změnu vysvětlit sledované mediátory, např. schopnost 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 konkurenčních teorií, z nichž program prevence vychází;
- g) praktická implikace: předpokladem efektivnosti programů prevence užívání návykových látek je identifikace efektivních a neefektivních komponent programů prevence.

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 způsobném 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 byly 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 dovedností** (↑) (kompetence) ve vztahu k užívání návykových látek adolescenty.

Použitá literatura:

- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Bühler, A., Schröder, E. & Silbereisen, R. K. (2008). The role of life skills promotion in substance abuse prevention: a mediation analysis. *Health Education Research*, 23(4), 621–632.
- Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. A., Reeslund, K. L., Fear, J., et al. (2010). Coping and Parenting: Mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 623–634.

- Donaldson, S. I. (2002). High-potential mediators of drug-abuse prevention program effects. *Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research*, 215–230.
- 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.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millenium. *Communication Monographs*, 76, 408–420.
- 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.
- 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.
- 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.
- Liu, L. C. & Flay, B. R. Aban Aya Investigators (2009). Evaluating mediation in longitudinal multivariate data: mediation effects for the Aban Aya Youth Project drug prevention program. *Prevention Science*, 10(3), 197–207.
- MacKinnon, D. P., Johnson, A. J., Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Hansen, W. B., Flay, B. R., et al. (1991). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First year effects of the midwestern prevention project. *Health Psychology*, 10, 164–172.
- MacKinnon D. P., Krull J. L., Lockwood C. M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding, and suppression effect. *Prev. Sci.* 1, 173–181.10.1023/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>.
- 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.

- Morgan-Lopez, A. A., & MacKinnon, D. P. (2006). Demonstration and evaluation of a method to assess mediated moderation. *Behavior Research Methods*, 38(1), 77–87.
- Orlando, M., Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F., & Longshore, D. L. (2005). Mediation analysis of a school-based drug prevention program: Effects of Project ALERT. *Prevention Science*, 6, 35–46.
- Pardo, A., & Román, M. (2013). Reflections on the Baron and Kenny model of statistical mediation. *Anales de Psicología*, 29(2), 614–623.
- 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.
- 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.
- 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.
- Sloboda, Z., & Bukoski, W. J. (Eds.). (2003). *Handbook of drug abuse prevention*. Springer.
- 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.
- 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.

Doporučená literatura:

- Bullock, J. G., Green, D. P. & Ha, S. E. (2010). Yes, but what's the mechanism? (Don't expect an easy answer). *Journal of Personality & Social Psychology*, 98(4), 550–558.
- Cole, D. A. & Maxwell, S. E. (2003). Testing mediational models with longitudinal data: questions and tips in the use of structural equation modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 558–77.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millenium. *Communication Monographs*, 76, 408–420.
- Pardo, A., & Román, M. (2013). Reflections on the Baron and Kenny model of statistical mediation. *Anales de Psicología*, 29(2), 614–623.
- Sloboda, Z., & Bukoski, W. J. (Eds.). (2003). *Handbook of drug abuse prevention*. Springer.

11 Intervence

(Intervention)

Lenka Endrödiová

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

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

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

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

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

a) Úroveň všeobecné prevence (↑):

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

a další instituce. Dle své profese a kompetencí realizují specifické intervence vůči žákům, rodině (udělení výchovných opatření, léčba onemocnění, psychoterapie, probace a mediace atd.); pro tyto intervence mají přiměřené vzdělání, které není zahrnuto v čtyřúrovňovém modelu, jelikož se již nejedná o primárně preventivní intervence. Mohou však být také přizváni k realizaci preventivních programů či indikovaných intervencí přímo ve škole. V tom případě by měli mít alespoň základní úroveň (pro realizaci edukací, osvěty), či středně pokročilou úroveň (pro programy vyžadující interakci).

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

ří nedosahují úrovně primárně preventivního minima, je koordinována pokročilým primárně preventivním pracovníkem, má být v souladu se školním řádem a s minimálním preventivním programem.

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

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

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

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

- **časná diagnostika a intervence** – intenzivnější cílená práce se zvýšeně ohroženým či již zasaženým kolektivem či jednotlivcem, například na základě odhalení zvýšení rizika užívání návykových látek v běžném primárně preventivním programu (Pavlas Martanová, 2010). Může jít například o intenzivnější práci se třídou, kde se ukázalo, že vzájemně

vztahy jsou napjaté a hrozí (případně již počíná) rozvoj šikany. Anebo o práci s dětmi, u kterých se objevilo experimentování s drogami či u nichž jsou první problémy se záškoláctvím.

- **krátká intervence** – intervence, která si klade za cíl prozkoumat potenciální problém a motivovat jedince, aby s ním začal něco dělat, ať již sám, anebo tím, že vyhledá další léčbu. Základním cílem je snížit možné poškození, k němuž by mohlo při pokračování v daném jednání dojít. S pojmem krátká intervence se setkáváme nejčastěji u problematiky užívání návykových látek. Může jít například o několik jednoduchých otázek mapujících užívání alkoholu u dětí či jejich kamarádů, dle odpovědi pak přiměřené vysvětlení rizik, která by nastala, pokud dítě bude pít (pokračovat v pití) – zdravotních, právních, riziko úrazu apod. a nabídka dalších zdrojů informací a způsobů, jak problém zvládnout, či kde vyhledat pomoc.
- **krizová intervence** – specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi (Špatenková, 2004). Podle Robertse (2005) jde o profesionální pomoc podanou bezprostředně po krizové události a poskytovanou v krátkodobém horizontu (max. několik týdnů). Samotný obsah pojmu krize je přitom individuální, má se za to, že pro každého jedince může být krizovou situací něco jiného. Může jít například o specifickou práci s dítětem po krizové události v jeho osobním životě, v rodině, ale i o práci s třídou, ve které došlo k závažné změně – například úmrtí či vážné onemocnění spolužáka apod.

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

Použitá literatura:

- Čablová, L., Štastná, L., Charvát, M., Maierová, E., Endrödiiová, L. & Dolejš, M. (2011). Preventure – metoda krátké cílené intervence. *Adiktologie*, (11)2, 92–98.
- Kratochwill, T. R. & Shernoff, E. S. (2004). Evidence-based practice: Promoting evidence-based interventions in school psychology. [Article; Proceedings Paper]. *School Psychology Review*, 33(1), 34–48.
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. et al. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. [Article]. *Addiction Research & Theory*, 18(1), 84–96.

- Pavlas Martanová, V. (2010). Certifikace preventivních programů. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (pp. 124–128). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Roberts, A. R. (Ed.) (2005). *Crisis intervention handbook. Assessment, treatment and research*. New York: Oxford University Press.
- Špatenková, N. a kol. (2004). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Zapletalová, J. (2010). Školní poradenské pracoviště. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování* (pp. 78–81). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.

Doporučená literatura:

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

12 Koordinace preventivních programů (Coordination of preventive programmes)

Pavla Doležalová

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

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

a) Horizontální koordinace

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

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

metodicky podporuje krajské protidrogové koordinátory, zřizuje a organizačně zajišťuje Výbor zástupců regionů, ve kterém jsou zastoupeni krajské protidrogové koordinátoři. Zřízení Výboru bylo schváleno usnesením vlády č. 616 ze dne 4. června 2007 (RVKPP, 2011).

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

b) Vertikální koordinace

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

prevence (určení pedagogové ve školách a školských zařízeních). RVKPP metodicky podporuje krajské protidrogové koordinátory v realizaci strategických opatření protidrogové politiky a RVPPK prostřednictvím manažerů / krajských koordinátorů prevence kriminality působí na orgány veřejné správy a další instituce v obcích. Koordinaci preventivních opatření rizikového chování na vertikální úrovni realizují jednotliví **koordinátoři** (pracovníci krajských úřadů), kteří tvoří systémově orientované klíčové pracovníky vyšších územních samosprávných celků. Obecně existují čtyři základní oblasti náplně práce koordinátorů:

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

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

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

Krajský školský koordinátor prevence: za účelem koordinace činností realizovaných v rámci krajské strategie prevence rizikového chování krajský

školský koordinátor prevence spolupracuje především s krajským protidrogovým koordinátorem a dalšími koordinátory. Na úrovni obcí metodicky podporuje ředitele škol a školských zařízení, školní metodiky prevence ve všech typech škol a metodiky prevence v pedagogicko-psychologické poradně (PPP). Vymezení činností jednotlivých aktérů koordinace je obsaženo v Metodickém doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (MŠMT, 2010). Krajsí školní koordinátoři prevence tvoří Asociaci krajských školských koordinátorů prevence (AKŠKP, 2011).

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

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

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

Školní metodik prevence (↑): standardní činnosti školního metodika prevence jsou vymezeny ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Koncepční činnosti spočívají v koordinaci, metodické, informační a poradenské činnosti a realizaci preventivního programu (Slavíková, Zapletalová, 2010 in Miovský et al., 2010). Školní metodik prevence je pracovník škol nebo školských zařízení. Na koordinačním systému se podílejí i další pedagogičtí pracovníci škol a školských zařízení nebo **školní poradenská praco-**

viště (↑), která jsou obvykle zajišťována výchovným poradcem, školním metodikem prevence, případně školním psychologem / školním speciálním pedagogem (Zapletalová, 2010 in Miovský et al., 2010). **Ředitel školy** vytváří podmínky pro školské poradenské pracoviště, podporuje předcházení rozvoje rizikového chování, koordinuje tvorbu, kontrolu a realizaci preventivního programu a začlenění Školního preventivního programu do osnov a učebních plánů školního vzdělávacího programu školy (MŠMT, 2010). **Třídní učitel** spolupracuje se školním metodikem prevence, participuje na realizaci preventivního programu. **Metodik prevence** (↑) v pedagogicko-psychologické poradně zajišťuje specifickou prevenci rizikového chování a realizaci preventivních opatření v oblasti územní působnosti vymezené krajským úřadem (MŠMT, 2010).

Použitá literatura:

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

- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds). (1998). Handbook of primary prevention. Alcohol, drugs and tobacco. Amsterdam: Jelinek Institute.
- Zákon o krajích 129/2000 Sb. (krajské zřízení) <http://www.sbirkazakonu.info/zakon-o-krajich-krajske-zrizeni/>, staženo 28. 12. 2010.
- Zákon 379/2005 Sb. k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem, návykovými látkami, http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/place, staženo 17. 2. 2012.
- Úřad vlády ČR (2005). Bilanční zpráva o plnění úkolů z národní strategie protidrogové politiky 2001–2004. Praha: ÚV ČR.
- Usnesení vlády ČR (2002) ze dne 19. června 2002 č. 643 o zřízení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. <http://racek.vlada.cz/usneseni/usnweb.nsf/0/B16EDC6E61E087B7C12571B6006BAA04>; staženo 17. 2. 2012.

Doporučená literatura:

- Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji (2003). Závěrečná zpráva č.1 http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/evaluace_protidrogovych_opatreni_a_programu_ve_stredoceskem_kraji, staženo 30. 10. 2011.
- MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.
- NIDA (2003). Preventing drug abuse among children and adolescents: a research-based guide for parents, educators, and community leaders. Second Edition. Maryland: NIDA.
- Realizace protidrogové politiky v krajích v roce 2010 – souhrnná zpráva: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/vyrocnizpravy/VZ_kraje_2010_souhrnna_zprava.pdf. Staženo 17. 2. 2012.
- RVKPP (2011). Statut Výboru zástupců regionů, Výbor Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Staženo z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vybory/VZRe_statut.pdf

13 Minimální preventivní program školy

(Minimum school-based preventive programme)

Michal Miovský, Lenka Skácelová, Lenka Čablová

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

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

Minimální preventivní program definuje² Metodický pokyn MŠMT ČR č. j. 20006/2007–51.³ Současně však ani tento materiál ani pracovní verze jeho alternativ a diskuse o nich nepřináší příliš mnoho konkrétních parametrů, jak přesně (struktura, obsah, rozsah) by měl vypadat. MPP musí jasně definovat dlouhodobé a krátkodobé cíle preventivních programů a aktivit škol a být naplánován tak, aby mohl být řádně proveden a zkontrolován. Přitom musí být přizpůsoben kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy či specifické populaci jak v jejím rámci, tak v jejím okolí. Program musí důsledně respektovat rozdíly ve školním prostředí, oddalovat, bránit nebo snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí. Na tvorbě a realizaci MPP se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy. Při tvorbě a vyhodnocování MPP spolupracuje školní metodik prevence dle potřeby s metodikem prevence příslušné pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP), případně s místními neziskovými organizacemi a dalšími subjekty (např. Policie ČR aj.). K zahájení nebo rozvinutí prioritních preventivních projektů realizovaných jako součást MPP nebo k zabezpečení preventivního programu může škola využít dotačního řízení v rámci Programů na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na daný rok (příslušné informace o dotačním řízení a jeho podmínkách v daném regionu poskytuje MŠMT a příslušný krajský úřad). Uvedené pojetí MPP vychází ze současně platné školské legislativy a každá škola a každý metodik prevence by měli mít ve svém archivu aktuální verze všech dokumentů, které tvoří základní rámec pro realizaci MPP a jakýchkoli dalších preventivních aktivit:

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

2 § 12 odst. 1, zákon. č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění.

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

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. Podrobný postup při zpracování MPP na konkrétní škole popisuje Skácelová (2010). **Krátkodobé cíle** jsou zásadní součástí dokumentu MPP. Měly by být zcela konkrétní pro dané cílové skupiny a měly by navazovat na preventivní strategii školy. Škola by měla mít stanoveny priority a podle nich cíle řadit. Cíle a opatření by měly spolu korespondovat. K definování cílů při plánování MPP lze využít model SMART, který nám může posloužit i k rychlému zhodnocení proveditelnosti školního programu (Gallà et al., 2005). Při tvorbě MPP na konkrétní škole se ukazuje jako efektivní používat terminologii deskriptorů, jež se zatím používají v oblasti vzdělávání (Kolář, 2011). **Deskriptory** (↑) představují konceptuální rámec, který propojuje každou oblast prevence se systémem národního kvalifikačního rámce. Vyjadřují obsah a rozsah příslušných znalostí, dovedností a kompetencí dětí dle ročníku školy a počtu hodin vymezených na prevenci v konkrétní oblasti. Jsou formulovány pomocí výstupů z příslušné oblasti prevence a vymezují identitu dané oblasti vůči ostatním oblastem MPP. **Dlouhodobé cíle** jsou spíše obecnějšího charakteru i časově náročné a jsou především uvedeny v preventivní strategii školy, která je nad úrovní MPP. Základními požadavky na dlouhodobé cíle je, aby jasně korespondovaly s preventivní strategií školy a se strategií v oblasti prevence rizikového chování na regionální úrovni a zohledňovaly všechny oblasti rizikového chování. Níže uvádíme přehled jednotlivých oblastí **rizikového chování** (↑), které považujeme za důležité zohlednit při tvorbě MPP na konkrétní škole.

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

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 (Miovský et al., 2012):

- Soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole a na školních akcích (podrobněji dále v textu).
- 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. 8 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.,...,3.n. Základní oblasti viz Miovský et al. (2010) |

Obrázek 8 | Schematická struktura a rozsah hlavních částí navrženého modelu MPP (Miovský et al., 2012)

Celkově tak předpokládáme rozsah MPP přibližně v součtu **86 hodin napříč celou základní školou** od první do deváté třídy (tedy přibližně od 6 do 15 let). V těchto 86 hodinách jsou obsaženy všechny hlavní komponenty tak, aby výsledná podoba tvořila **komplexní a dlouhodobý preventivní program**, do kterého jsou promítnuty 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.**

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

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

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

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

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

Jednotlivé formy rizikového chování dětí a mládeže (podrobněji viz Miovský et al., 2010, pp. 61–77) jsou spojeny se specifickými projevy, a přestože některé z rizikových a protektivních faktorů mohou být (a bývají) totožné, nemusí tomu tak být vždy. Současně různé situační, historické, economic-

ké a další souvislosti zásadním způsobem ovlivňují jak průběh, tak dílčí projevy tohoto chování. Proto vznikají a jsou testovány pro různé konkrétní formy rizikového chování (např. užívání návykových látek) konkrétní programy a intervence (např. program Unplugged), u kterých nacházíme specifický pozitivní účinek a vliv na chování dětí a mládeže. MPP by tedy měl v sobě mít integrovány dílčí programy pro všechny základní typy rizikového chování a měl by je mít seřazeny dle věkových a dalších možností vzhledem k vlastnostem cílové skupiny.

Předložený text, s jehož plnou vezí se mohou čtenáři seznámit v publikaci Miovského et. al. (2012) 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 pochopní základních principů, na kterých je vystaven. Tedy že nejde o výčet konkrétních programů, ale o návrh obecného rámce začínajícího 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 rámec.

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

- European Commission. (1996). *Teaching and learning: Towards the learning society. White Paper on Education and Training*. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.
- Havlinová, M. & Kolář, M. (2001). Sociální klima v prostředí základních škol ČR.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 6, 923–933.
- Pokyny pro zpracování deskriptorů oblastí vzdělávání. (2011). Pracovní skupina projektu Q-RAM. Nепublikovaná příručka.
- Rosenbaum, M. (2008). Bezpečnost především: realistická protidrogová prevence pro rodiče. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze.
- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.) (1998). *Příručka prevence: Alkoholu, drog a tabáku*. Velvyslanectví nizozemského království.

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

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

14 Metodika

(Methodology)

Lenka Skácelová

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

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

motné praxi realizace preventivního programu se však navzájem prolínají, podmiňují a doplňují. Záleží také na osobnosti lektora PP, na jeho schopnostech teoretických a praktických, na charakteristice a zvláštnotech konkrétní cílové skupiny.

a) Informativní metodický postup

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

b) Narativní metodický postup

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

c) Operativní metodický postup

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

d) Integrativní metodický postup

Zahrnuje všechny typy celostních metod. Jeho podstatou je oslovit jedince v jeho celistvosti, tzn. působí na jeho intelektuální, tělesnou, emocionální, případně spirituální úroveň. Příklady výběru a zařazení metod: relaxační

metody, různé typy ice-breakerů a worm-upů (uvolnění atmosféry, ledolamky, rozehrívачky apod.).

e) Intuitivní metodický postup

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

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

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

15 Metody v primární prevenci

(Primary prevention methods)

Lenka Skácelová

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

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

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

Z hodnocení efektivity programů PP (Miovský et al., 2004) vyplývá, že pouhé použití slovní metody (přednášky či výkladu) bez dalších typů programů není efektivní. Tyto metody se používaly v počátečním období rychlého nástupu určité formy rizikového chování, např. rozšíření experimentování s návykovými látkami. Během krátkého období se naopak zavádí přístup, kde je podporována aktivita, samostatnost, tvořivost samotných účastníků programu PP. Obecně rozlišujeme čtyři hlavní skupiny metod:

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

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

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

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

poslední řadě vyhledávání informací na internetu. V programech PP se doporučuje jejich využití ojediněle, až ve věkové skupině žáků II. stupně základní školy, středních škol a výše.

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

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

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

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

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

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

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

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

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

- Jůva, V. (1999). Úvod do pedagogiky. Brno: Paido.
- Kalina, K. et kol. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et kol. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 2. Praha: Úřad vlády ČR.
- MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.
- Nešpor, K., Csémy, L. & Pernicová, H. (1996). Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách. Praha.
- Okoň, W. (1966). K základům problémového vyučování. Praha: MŠMT.
- Průcha, J. (2005). Moderní pedagogika. Praha: Portál.
- Žaloudíková, I. (2011). Normální je nekouřit. Brno: PedF MU.

16 Model kvalifikací v prevenci rizikového chování

(Model of qualifications in prevention of risk behavior)

Miroslav Charvát, Lucie Jurystová, Michal Miovský

Návrh nového modelu kvalifikací v prevenci rizikového chování reaguje na potřebu většího počtu proškolených preventivních pracovníků a možnosti jejich profesionálního růstu. Kromě důrazu na koordinační činnosti jde i o posílení dovedností potřebných pro přímou práci s cílovými skupinami a překonání resortního pohledu na tyto kvalifikace. Cílem práce bylo předložit se současnou praxí slučitelný **model kvalifikačních stupňů a návazného systému vzdělávání** pro pracovníky v prevenci rizikového chování ve školství, který respektuje současný stav i názory odborníků a inovuje současné schéma dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků. Sekundárním cílem pak je prostřednictvím návrhu facilitovat další diskusi o budoucím vývoji a směřování systému vzdělávání preventivních pracovníků v ČR. Model vznikl na základě obsahové analýzy dokumentů věnujících se vzdělávání v primární prevenci (zákonů, vyhlášek, sylabů vzdělávacích programů a metodik jejich tvorby atp.) a dále na základě čtyř ohniskových a pracovních skupin s předními odborníky v oblasti primární prevence v ČR. Navrženy jsou čtyři kvalifikační stupně hierarchicky uspořádané dle náročnosti, které odpovídají v praxi typickým pozicím preventivního pracovníka ve školském systému. Jedná se o první základní úroveň tzv. **preventivní minimum**, druhou **středně pokročilou**, třetí **pokročilou** a čtvrtou tzv. **expertní úroveň**. Každá vyšší úroveň automaticky zahrnuje požadavky i možnosti uplatnění úrovní nižších. Každou z úrovní definují požadavky na cílové znalosti, dovednosti a způsobilosti, které musí uchazeč splňovat. Návrh vymezuje, za jakých podmínek lze získat kvalifikaci určité úrovně a jak bude ověřována. Ponechána je možnost uznání kvalifikace v přechodném období v případě, že ji uchazeč získal v předchozích letech v jiných kurzech či praxích.

Snahou autorů bylo navrhnout se současnou praxí slučitelný model¹ kvalifikačních stupňů a návazného **systému vzdělávání pro pracovníky** (↑) v PRCH ve školství, který inovuje a rozšiřuje současné schéma **dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků** (↑) (dále i DVPP) (vyhláška č. 317/2005 Sb.). Aktuální podoba **Standardů pro udělování akreditací DVPP** nenabízí příliš konkrétní definice hodnotitelných parametrů pro kurzy DVPP a obsahuje specializační studium pouze pro jednu pozici preventivního pracovníka, jímž je školní metodik prevence (Standardy pro udělování akreditací DVPP). Při tvorbě modelu vycházíme z potřeby koordinovaného systému vzdělávání nejen u pedagogických a výchovných pracovníků, ale také u všech dalších profesí vstupujících v rámci preventivních aktivit do škol a školských zařízení (kromě výše zmíněných např. adiktologů, sociálních pracovníků, policistů, zdravotnických pracovníků, ale i dobrovolných pracovníků). Tyto profese disponují různými odbornými kompetencemi, které je však potřeba neustále doplňovat a kultivovat. Navrhovaný model vychází ze školské linie primární prevence, koordinační role tedy zůstává v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále i MŠMT).

Těžiště navrhovaného modelu stojí na čtyřech hierarchicky seřazených úrovních odbornosti preventivního pracovníka: první, základní úroveň, tzv. preventivní minimum, druhou, středně pokročilou, třetí, pokročilou a čtvrtou, tzv. expertní úroveň. Jednotlivé úrovně jsou v kvalifikačních standardech odstupňovány dle náročnosti prováděných preventivních aktivit a vyšší úroveň vždy vyžaduje předchozí naplnění úrovně nižší. Každý z kvalifikačních stupňů je v následujícím textu definován a vysvětlen pomocí a) popisu úrovně a typických pozic a b) kvalifikačního a hodnotícího standardu.

1. Základní úroveň (primárně preventivní minimum)

Popis úrovně a typických pozic

Tato kvalifikační úroveň je předpokladem pro výkon primárně preventivní práce na nejnižší úrovni obtížnosti. Jedná se o minimální požadavky na všechny osoby, které preventivně pracují se skupinami dětí a mládeže ve školství. Dle typu aktivit sem lze zařadit například edukační a osvětové činnosti, práce s komunitním kruhem a s klimatem třídy a jiné běžně užívané prostředky **všeobecné prevence** (↑). Na úrovni preventivního mi-

1 Plná verze textu publikována v časopise Adiktologie: Charvát, M., Jurystová, L., Miovský, M. (2012). Four-level model of qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system [Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství]. Adiktologie, (12)3, 190–211.

nima již však nelze provádět například programy selektivní a indikované prevence nebo programy všeobecné prevence, vyžadující vyšší kompetence pro práci s kolektivem či jednotlivcem. Pracovník na úrovni preventivního minima musí mít na pracovišti možnost odborného vedení pracovníkem na minimálně třetí úrovni, se kterým svou preventivní činnost pravidelně konzultuje. Příklady typických pozic:

- Pedagog realizující preventivní činnosti zakomponované do jeho předmětů (například edukace o etnických menšinách v rámci standardní výuky zeměpisu atp.).
- Odborník z řad složek záchranného systému, který ve škole vede preventivní osvětovou přednášku či na svém pracovišti realizuje primárně preventivní program s třídním kolektivem.
- Dobrovolný pracovník realizující pod dohledem kmenového preventivního pracovníka z externí nestátní neziskové organizace (dále také NNO) preventivní program na škole.

Kvalifikační a hodnotící standard

- a) Pracovník musí mít dokončené středoškolské vzdělání s maturitou.
- b) Pracovník musí mít absolvován základní kurz primární prevence v rozsahu 40 hodin s minimálním podílem 8 hodin sebezkušenosti.
- c) Pracovník musí mít alespoň započaté další studium (VOŠ, VŠ, jiná specializační studia), které je svým obsahem zaměřeno na práci s lidmi (mezi nejvhodnější obory v tomto ohledu můžeme zařadit pedagogiku, speciální pedagogiku, psychologii, adiktologii, zdravotnictví, sociální práci atp.). Tento bod lze v odůvodněných případech nahradit specifickými znalostmi a dovednostmi v různých oborech (například zástupci záchranného systému, policisté, pracovníci hygienických a lékařských zařízení atp.) či dlouholetou praxí.

2. Středně pokročilá úroveň (středně pokročilý preventivní pracovník)

Popis úrovně a typických pozic

Hlavní náplní této úrovně je přímá práce s cílovými skupinami dětí a školské mládeže. Jedná se o systematickou preventivní práci na vyšší úrovni obtížnosti, např. programy všeobecné primární prevence nebo **selektivní prevence** (↑). Dle typu aktivit sem lze zařadit například vedení programů s interaktivní komponentou (např. nácvik a osvojování životních doved-

ností²⁾. Důležitá je například práce se zpětnými vazbami, schopnost nahlédnout skupinu na náročnější interakce či specifické znalosti o jednotlivých **typech rizikového chování** (↑). Pracovník na této úrovni je schopen zvládnout krizové situace a zpracovat nepříjemné stavy, které se mohou v rámci jeho preventivní práce v kolektivu nebo u jednotlivců objevit. Pracovník na druhé úrovni musí mít na pracovišti možnost odborného vedení pracovníkem na minimálně třetí úrovni, se kterým svou preventivní činnost pravidelně konzultuje. Příklady typických pozic:

- Proškolený primárně preventivní pracovník z řad pedagogů realizující interaktivní program všeobecné primární prevence založený na rozvíjení životních dovedností.
- Pozvaný externí lektor z NNO realizující dlouhodobý a komplexní program všeobecné primární prevence na dané škole.
- Pracovník nízkoprahového zařízení pro děti a mládež či pracovník ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy realizující program selektivní primární prevence se specifickým zaměřením na zneužívání drog a jiné závislosti.

Kvalifikační a hodnotící standard

- a) Pracovník musí mít dokončené vysokoškolské bakalářské studium, které je svým obsahem zaměřeno na práci s lidmi (viz výše).
- b) Pracovník na druhé úrovni musí též splňovat všechny nároky první úrovně.
- c) Pracovník musí mít absolvován středně pokročilý kurz primární prevence v rozsahu 40 hodin s minimálním podílem 16 hodin sebezkušenosti.³

3. Pokročilá úroveň (pokročilý preventivní pracovník)

Popis úrovně a typických pozic

Preventivní pracovník na třetí úrovni může vykonávat práci ve dvou liniích. První představuje organizační linie, kde se jedná např. o tvorbu minimálních preventivních programů (↑), metodické vedení ostatních pracovníků působících v prevenci v rámci instituce, komunikace a spolupráce s dalšími

2 Např. rozvoj kritického myšlení, řešení problémů, efektivní komunikace, vztahové dovednosti, zvládání emocí a empatie atd. Příkladem může být metodika Unplugged viz <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/2591/Unplugged-Program-primarni-prevence-pro-zaky-6-trid-zakladnich-skol>

3 Kumulativně jde i s první úrovní již o 80 hodin kurzu s podílem 24 hodin sebezkušenosti.

aktéry primární prevence a relevantními institucemi v regionu atp. Na školách jde o klasické povinnosti definované pro **školní metodiky prevence** (↑) (Vyhláška č. 72/2005 Sb.). V druhé linii jde o přímou preventivní práci s cílovými skupinami. Pracovník na třetí úrovni je schopen pracovat se všemi typy programů primární prevence⁴, včetně prevence indikované.⁵ Jedná se o složitější programy, které již využívají i metod blízkých terapeutickému působení (většinou jednoduché kognitivně-behaviorální techniky).⁶ V rámci školy či organizace může pokročilý preventivní pracovník odborně vést pracovníky první a druhé úrovně. Příklady typických pozic:

- **Školní speciální pedagog** (↑) či psycholog realizující program indikované primární prevence založený na screeningu **rizikových osobnostních faktorů** (↑).⁷
- Pedagog či etoped v roli školního metodika prevence realizující **minimální preventivní program** (↑) ve škole, ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy či ve středisku výchovné péče.
- Vedoucí pracovník v NNO, zodpovědný za podobu a kvalitu primárně preventivních aktivit v rámci řízeného **certifikovaného programu** (↑).

Kvalifikační a hodnotící standard

- a) Pracovník musí mít dokončené vysokoškolské magisterské studium, které je svým obsahem zaměřeno na práci s lidmi.
- b) Pracovník na třetí úrovni musí též splňovat všechny nároky první a druhé úrovně.
- c) Pracovník musí mít absolvován pokročilý kurz primární prevence v rozsahu 120 hodin s minimálním podílem 40 hodin sebezkušenosti.⁸
- d) Požadovány jsou minimálně dva roky praxe v primárně preventivních aktivitách prováděných na první a druhé úrovni.

4 Samozřejmě je nutné respektovat požadované vstupní zaškolení ke všem metodám, které to vyžadují (většinou v rámci CŽV).

5 Pokud indikace nespočívá ve specifických, například diagnostických dovednostech, které pak vyžadují ještě další kvalifikační předpoklady, jako například ukončené studium psychologie či speciální pedagogiky.

6 Samozřejmě při respektování mezioborové hranice, tj. že prevence není terapií.

7 Příkladem může být metodika Preventure a její screeningový dotazník SURPS viz <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/218/1681/Methodika-indikovane-primarni-prevence-PREVenture-zakladni-informace>

8 Kumulativně jde i s prvními dvěma úrovněmi již o 200 hodin kurzu s podílem 64 hodin sebezkušenosti.

4. Expertní úroveň (expert primární prevence)

Popis úrovně a typických pozic

Preventivní pracovník na čtvrté úrovni vykonává zejména činnosti koordinační, metodické, poradenské, vzdělávací a supervizní.⁹ Koordinuje systém primární prevence a spolupráci klíčových aktérů v rámci větších celků, například obcí, regionů či krajů. V mezích své působnosti metodicky vede ostatní preventivní pracovníky nižších úrovní. Monitoruje výskyt rizikového chování v daném území, je schopen evaluovat probíhající programy, spoluvytváří a inovuje metodiky nových **preventivních programů** (↑), podílí se na jejich **implementaci** (↑) atp. Organizuje systém vzdělávání preventivních pracovníků, kde působí jako lektor anebo garant. Vede intervizní skupiny preventivních pracovníků. Je schopen provádět krizovou intervenci či jiné obtížnější intervenční zásahy, které školy nedokážou samy vyřešit. Může působit jako autorizovaná osoba při kvalifikačních zkouškách pracovníků v PPRCH (viz dále v textu). Publikuje odborná sdělení na vzdělávacích akcích, konferencích či v odborných časopisech a věnuje se rozvoji PPRCH. Příklady typických pozic:

- **Oblastní metodik prevence** (↑) v rámci pedagogicko-psychologických poraden.
- Metodik či koordinátor prevence v rámci větších obcí či krajských a jiných úřadů.
- **Lektor** (↑) či **garant** (↑) kurzu PPRCH nebo specializačního studia v rámci DVPP.
- Lektor primární prevence s dlouhodobým sebezkušenostním výcvikem realizující pro své kolegy intervizní či supervizní setkávání.

Kvalifikační a hodnotící standard

- a) Pracovník musí mít dokončené vysokoškolské magisterské studium, které je svým obsahem blízké primární prevenci rizikového chování (např. pedagogiku, speciální pedagogiku, psychologii, adiktologii atp.).
- b) Pracovník na čtvrté úrovni musí též splňovat všechny nároky první, druhé i třetí úrovně.
- c) Pracovník musí mít absolvovány další pokročilé kurzy primární prevence v rozsahu 96 hodin s minimálním podílem 32 hodin sebezkušenosti.¹⁰

9 Pro řádný výkon supervizní práce je ovšem samozřejmě zapotřebí ještě speciální výcvik v supervizi. Supervizi zde uvádíme jako možnost, bez výcviku může expert primární prevence vést pouze setkání intervizní.

10 Kumulativně jde i se všemi předchozími úrovněmi již o 296 hodin kurzů s podílem 96 hodin sebezkušenosti.

Požadováno je minimálně pět let praxe v primární prevenci ve školství nebo organizování primárně preventivních aktivit s cílovými skupinami dětí a mládeže či vzdělávání dospělých v oblasti PPRCH.

5. Návrh kvalifikační zkoušky a přechodné období uznávání kvalifikací¹¹

Podle zákona č. 179/2006 Sb. ověřování a uznávání kvalifikací provádějí tzv. autorizované osoby, a to podle hodnoticích standardů příslušných kvalifikací. Ověřování probíhá formou zkoušky, kde musí uchazeč způsobem stanoveným v hodnoticím standardu prokázat všechny kompetence uvedené v kvalifikačním standardu podle kritérií a dalších pravidel stanovených v hodnoticím standardu. Pokud je prokáže, obdrží osvědčení o získání kvalifikace (certifikát), což je celostátně platný doklad.

Autorizovaná osoba je fyzická osoba, která je oprávněna v rámci kvalifikačních zkoušek u uchazečů ověřovat odborné specifické kompetence stanovené v kvalifikačním a hodnoticím standardu pro všechny čtyři úrovně. Autorizovanou osobou se může na základě žádosti a následného schválení autorizujícím orgánem (MŠMT) stát pouze osoba na úrovni čtvrté, tedy expert primární prevence. Akreditovanými vzdělávacími institucemi se mohou stát např. krajská centra prevence (např. pedagogicko-psychologické poradny, nestátní neziskové organizace, univerzity) a další organizace, které v současné době působí jako metodická a koordinační pracoviště v oblasti primárněpreventivních aktivit a tuto funkci v podstatě již plní.

Naplnění kvalifikačních požadavků pro jednotlivé úrovně pracovníků v primární prevenci se bude formálně posuzovat prostřednictvím kvalifikačních zkoušek, které jsou pro každou úroveň rozdílně obtížné. Jednotlivé vyšší úrovně vycházejí z předchozích nižších, které v sobě integrují. To znamená, že například uchazeč o třetí pokročilou úroveň musí mít již uznání či splnění první základní úroveň i druhou středně pokročilou úroveň. V praxi bude možné žádat i o uznání více stupňů najednou. Tzn., že například pro třetí stupeň je možné se jednorázově přihlásit ke zkoušce, která bude zahrnovat i všechny stupně předchozí. Je též možné, že některé kurzy budou své posluchače připravovat např. tzv. „z nuly“ rovnou na druhou či třetí úroveň apod. Musí tomu ovšem odpovídat rozsah a obtížnost zkoušek, které budou zahrnovat ověřování znalostí, dovedností i způsobilostí ze všech úrovní.

11 Koncept v praxi ověřován a testován v rámci projektu VYNSPI-2 (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN) (v letech 2014–2015).

Přestože navrhovaný model je postaven především na principu ověřování cílových kompetencí u uchazečů formou kvalifikačních zkoušek, uvedeme zde alespoň orientační doporučený rozsah vzdělávání pro jednotlivé úrovně v hodinách. V rámci projektu VYNSPI-1 vznikly i **příklady dobré praxe** (↑) vzdělávání a návrhy na optimální obsahovou strukturu **specializačního studia** (↑) pro **ŠMP** (↑), tyto dokumenty jsou vhodnou výchozí platformou pro vývoj dalších vzdělávacích aktivit odpovídajících jednotlivým úrovním navrhovaným v tomto materiálu. Předpokládáme, že v případě uvedení modelu do praxe se realizátoři obsahem svých kurzů pružně přizpůsobí požadovaným cílovým kompetencím. Skladba chybějících kompetencí (zejména na vyšších úrovních) může být u jednotlivých pracovníků vzhledem k jejich rozličným původním profesím různá, ty si posléze uchazeči mohou doplňovat spíše v rámci individuálních vzdělávacích plánů.

Podrobnější popis procesu kvalifikačních zkoušek je popsán v Návrhu zkušebnímu manuálu pro ověřování znalostí, dovedností a kompetencí, který je vypracován jako navazující dokument. Plné znění navrhovaného modelu (Charvát, Jurystová, & Miovský, 2012) definuje podrobně průběh a podmínky kvalifikačních zkoušek včetně možnosti uznání kvalifikace v přechodném období. Navrhujeme, aby v období tří až pěti let od schválení modelu byla žadateli přiznána příslušná kvalifikace při splnění příslušných definovaných profesních předpokladů a po předložení žádosti na příslušné pracoviště MŠMT nebo jím pověřené organizace. Tento proces se v praxi bude řídit standardními a osvědčenými postupy určenými zákonem pro uznávání kvalifikací v resortu školství či jiném příbuzném resortu, dle aktuálních možností řídicího orgánu – MŠMT.

Z analýzy nabídky poskytovatelů specializačního studia ŠMP v ČR vyplývá, že řada 250hodinových **specializačních studií** (↑) pro školní metodiky prevence akreditovaných dle vyhlášky č. 317/2005 Sb. má různou kvalitu. Často se v praxi bohužel omezuje na souhrn teoretických přednášek. Podobná zjištění byla identifikována i v rámci ohniskových skupin s odborníky v oblasti primární prevence. Důležitou inovaci navrhovaného modelu tak představuje jasné definování požadovaných znalostí, dovedností a kompetencí pracovníků v primární prevenci na každé z úrovní, které se poté ověřují pomocí standardizovaných kvalifikačních zkoušek. Vzhledem k jasné nastaveným kritériím pak bude pro realizátory vzdělávacích aktivit snazší vytvořit adekvátní kurzy pro preventivní pracovníky určitých úrovní. Jednodušší bude také evaluace nebo kontrola poskytovatelů vzdělávání a jejich kurzů ze strany **Akreditačních komise DVPP**.

Absolvování první základní úrovně tzv. preventivního minima je dle tohoto modelu nutnou podmínkou pro všechny jedince, kteří chtějí na školách a ve školských zařízeních realizovat primárně preventivní aktivity,

programy a intervence (týká se to například i externích odborníků zvaných do škol či dobrovolných pracovníků spolupracujících s NNO). Tyto požadavky nejsou samoúčelné, jde především o snížení rizika poškození či negativního vlivu na mládež při neodborném provádění primární prevence. Do budoucna se též předpokládá, že první i druhou kvalifikační úroveň by pedagogové měli standardně získávat již během bakalářského či magisterského studia na pedagogických fakultách. Tomu však musí předcházet sjednocení výuky a zajištění skutečně srovnatelných znalostí, dovedností a kompetencí po absolvování takových předmětů. Třetí, pokročilá úroveň odpovídá svým rozsahem nejvíce současným pozicím jako školní metodik prevence, školní psycholog, školní speciální pedagog či oblastní metodik prevence v rámci PPP. Čtvrtá, expertní úroveň opravňuje ke koordinaci primární prevence nad rámec jednoho zařízení. Tito experti hrají klíčovou roli v celém systému také proto, že plní roli zkoušejících (tzv. autorizovaných osob) pro jednotlivé úrovně. V rámci regionu na této úrovni dostačují spíše jednotky expertů.

Po zavedení modelu do praxe by se měl důsledně naplňovat požadavek, aby konkrétní pracovní role a pozice spojené s primární prevencí na všech úrovních zastávaly pouze řádně kvalifikované osoby. Před jmenováním do konkrétní funkce či před zahájením vlastní preventivní práce by tedy musel pracovník doložit naplnění těchto dalších kvalifikačních předpokladů certifikátem. Dodržení tohoto požadavku u svých pracovníků garantují vedoucí pracovníci příslušných institucí, v nichž se preventivní aktivity odehrávají. V kontextu školské prevence jsou to nejčastěji ředitelé škol nebo vedoucí pracovníci programů primární prevence v rámci NNO. Tento krok se ovšem pravděpodobně neobejde bez účinné podpory MŠMT a následné důsledné kontroly ze strany **České školní inspekce** (↑). Naplňování kvalifikačních předpokladů pro realizaci preventivních aktivit musí být pravidelně průběžně kontrolováno v rámci školních inspekcí či certifikací poskytovatelů primární prevence. Jak současná praxe ukazuje, důsledná kontrola je pro zvyšování kvality nezastupitelná a nutná. Navrhujeme též, aby nezbytný minimální standard znalostí z oblasti primární prevence byl zařazen také do **specializačního studia** (↑) pro splnění kvalifikačních předpokladů pro výkon funkce ředitele školy / školského zařízení.

V kontextu navrhovaného modelu je nutné dále zmínit i často kladenou a citlivou otázku finanční náročnosti v případě zavedení celého modelu do praxe. Jako autoři tohoto dokumentu nechceme v tomto bodě zasahovat do kompetencí MŠMT a náš návrh si neklade ambice na definování finančních požadavků, na něž by mohl mít navrhovaný model vliv. Domníváme se však, že model při citlivém postupném zavádění do stávající praxe nemusí nutně generovat zvýšené náklady v neúnosné míře. Je dost dobře možné, že by dokonce nárůst mohl být celkově velmi malý až zanedbatel-

ný, neboť klíčové je v tomto případě jednotné pojetí výstupních kritérií a systém kontroly. Uvedeme stručně alespoň pár argumentů.

Systém vzdělávání v primární prevenci včetně řady již vyškolených a kvalifikovaných lektorů a celkového institucionálního zázemí již existují. Navrhovaný model do této již existující praxe přináší pouze potřebnou míru standardizace. Vzdělávání je i v tomto modelu koordinováno MŠMT a naplňováno jím akreditovanými vzdělávacími institucemi pro DVPP a nově i autorizovanými osobami. Při zavádění modelu se tedy počítá s místními etablovanými organizacemi působícími na poli primární prevence, tj. s tzv. přirozenými **krajskými centry prevence** (↑), například pedagogicko-psychologické poradny, univerzity, nestátní neziskové organizace (Miovský, Skácelová, Zapletalová & Novák, 2010).

Systém ověřování cílových kompetencí je plně v režii jednotlivých lektorů kurzů – autorizovaných osob, kteří mohou svá kurikula kurzů poměrně snadno a bez výrazného zvýšených nákladů přizpůsobit nutnosti ověřit předávání znalostí a trénovaných dovedností v průběhu či na konci kurzu. Pro tyto účely byl vypracován doporučený hodnoticí standard (Návrh zkušebnímu manuálu pro ověřování znalostí, dovedností a kompetencí), který doplňuje tento model a bude odborné veřejnosti zdarma poskytnut v plném znění spolu s ostatními výstupy **projektu VYNSPI** (↑).

Navrhovaný model nezpochybňuje dosavadní vývoj vzdělávání v primární prevenci. Zohledňuje jak formálně existující typické pozice ve školství definované zákonem a prováděcími vyhláškami, tak neformální, spontánně vzniklou síť složenou z odborníků, kteří se problematice primární prevence věnují v terénu. Jeho integrální součástí je i systém uznávání jednotlivých úrovní dalších kvalifikačních předpokladů u pracovníků, kteří v prevenci již léta působí a prošli například náročným **specializačním studiem pro školní metodiky prevence** (↑) v rozsahu 250 hodin či jinými dlouhodobými kurzy včetně těch sebezkušnostních. Model může být v případě zakotvení do praxe bez problémů rozšířen i o **systém celoživotního vzdělávání** (↑) v PPRCH. Jinými slovy, náš návrh se drží zásady neměnit, co je funkční, a přitom citlivě zavádět nová systémová opatření s cílem zvýšení kvality a dostupnosti funkční primární prevence ve školství.

Pro výkon preventivních aktivit by měl preventivní pracovník na kterékoliv úrovni disponovat také určitými osobnostními či postojovými vlastnostmi, jako například mít jednoznačně vyhraněný negativní vztah k oblasti rizikového chování a prezentovat jej, být dostatečně empatický atp. Dolejš (2009) pomocí dotazníků NEO-FFI a HO-MO-PO administrovaných 42 ŠMP z Olomouckého kraje označil průměrného ŠMP jako emocionálně vyrovnaného, otevřeného druhým lidem a novým zkušenostem, schopného pomáhat a naslouchat, svědomitého; orientovaného na hodnoty mravní, který však není motivován profesním postupem. Otázka jiných osobnost-

ních předpokladů preventivního pracovníka zůstává otevřená, protože je v rámci kvalifikačních zkoušek velmi obtížně hodnotitelná. Stejně tak je problematický požadavek, který je vymezen například ve **Standardech PPRCH** (↑) 2005–2012 a který říká, že ten, kdo realizuje program primární prevence rizikového chování, by měl být cílovou skupinou akceptován (MŠMT, 2005). Jedná se ovšem spíše o doporučení proklamativního charakteru a z nich plynoucí metodický problém, na kterém je vhodné do budoucna dále pracovat a vést o něm diskusi.

Ověřování tzv. měkkých kompetencí (soft skills), jejichž spektrum sahá od empatie či znalosti lidí přes komunikativnost či sebekritičnost až po schopnost prosadit se, vést tým anebo schopnost nadchnout ostatní pro společný cíl, je velmi obtížné (často v praxi neproveditelné). Je v kompetenci autorizovaných osob provádějících zkoušky rozpoznat vhodnost či nevhodnost uchazeče. V odůvodněném případě (může se jednat o psychickou poruchu, výrazně nezdravý či rizikový životní styl, aktuální užívání drog, výraznou osobnostní nevyzrálou, totální absenci měkkých dovedností atp.) mohou udělení kvalifikace s odůvodněním zamítnout. Svou roli v tomto ohledu hrají i vedoucí pracovníci (např. ředitelé škol), kteří by do pozic realizujících primární prevenci měli obsazovat osobnostně vhodně vybavené jedince, tj. například pracovníky s přirozenou autoritou.

Požadavek psychické způsobilosti se dle současné právní úpravy klade pouze na pedagogické pracovníky působící v zařízeních pro výkon ÚV, OV a v zařízeních pro preventivně výchovnou péči. Tato způsobilost je zjišťována psychologickým vyšetřením, které provádí osoba, která má pro tuto činnost udělenou akreditaci (zákon č. 109/2002 Sb., § 18), což blíže specifikuje vyhláška č. 60/2006 Sb. (Mikulková, Běhounková, 2011). Je otázkou, zda nevznést podobnou podmínku i na pracovníky v primární prevenci obecně, nebo alespoň od některé z úrovní (například od druhé, nebo až třetí úrovně). Uvědomujeme si ovšem citlivost tohoto požadavku. Taktéž by to kladlo mnohem vyšší požadavky na implementaci tohoto modelu. Na druhou stranu se podobným návrhům nebráníme a jsme připraveni je v případě širšího konsenzu do modelu též zahrnout. Prozatím tuto problematiku řešíme alespoň zavedením požadavku jistého podílu sebezkušenosti v rámci požadovaného vzdělání. Definujeme si ji zhruba následovně: „Sebezkušenost je pojem používaný zejména ve vzdělávání pro pomáhající profese. Cílem sebezkušenostního vzdělávání (někdy též zážitkového) je rozvoj sebepoznání, získávání náhledu na vlastní motivaci pro práci, zvyšování vědomí sebe a svého ukotvení v sociálních vztazích atp. Sebezkušenost tedy v tomto modelu nezaměňujeme za běžně užívanou interaktivní formu předávání jiných specifických znalostí a dovedností například formou her a skupinových technik v rámci hodin věnovaných minoritám atp. Sebezkušenostní kurz by měl vést lektor se sebezkušenostním výcvikem.“

Použitá literatura:

- Černý, M. & Lejčková, P. (2007). Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy* 5 (2), 1–12.
- Dolejš, M. (2009). Školní metodici prevence v Olomouckém kraji – analýza pracovních podmínek. *Adiktologie*, (9)1, 44–51.
- EMCDDA (nedatováno). EMCDDA Online Glossary. [<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary#u>, staženo 26.6. 2012]
- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M., (2012). Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Charvát, M., Jurystová, L., Miovský, M. (2012). Four-level model of qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system [Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství]. *Adiktologie*, (12)3, 190–211.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie*, (9)1, 10–19.
- Míkulková, M. & Běhounková, L. (2011). Zpráva z obsahové analýzy právních dokumentů MŠMT z hlediska primární prevence rizikového chování. [nepublikovaná závěrečná zpráva] Praha: Univerzita Karlova v Praze
- Mioviský, M. a kol. (2012). Výkladový slovník základních pojmů mezioborové školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Mioviský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga, pp. 70–74.
- Mioviský, M., Štátná, L., Gabrhelík, R., & Jurystová, L. (2011). Evaluation of the Drug Prevention Interventions in the Czech Republic. *Adiktologie*, (11)4, 236–247.
- MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek.
- MŠMT (2009). Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012, p. 7.
- Standardy pro udělování akreditací DVPP. Č.j. 26 451/2005–25, 30 908/2005–25, 10 405/2008–6/IPPP. MŠMT.
- Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání (2012). Metodika používání národního kvalifikačního rámce terciárního vzdělávání – Část třetí. Jak psát výstupy z učení pro studijní obory a předměty [pracovní verze]. [<http://qram.reformy-msmt.cz/>, staženo 18. 5. 2012]
- Národní ústav odborného vzdělávání (2007). Postup tvorby vzdělávacích modulů pro dlčí kvalifikace. Metodický materiál projektu NSK. Praha: NÚOV.
- Národní ústav pro vzdělávání (2012). Metodika naplňování Národní soustavy kvalifikací. (2. vyd.) Praha: NÚV.
- Pavlas Martanová, V. (ed.) (2012). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

- Širůčková, M., Miovský, M., Skácelová, L. (2012). Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, Koncepce poskytování poradenských služeb ve škole č. j. 27317/2004–24 (Věstník MŠMT ČR, ročník LXI, 2005, sešit 7), příloha č. 3.
- Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.
- Zákon č. 179/2006 Sb., o uznávání výsledků dalšího vzdělávání.

Doporučená literatura:

- Charvát, M., Jurystová, L., Miovský, M. (2012). Four-level model of qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system [Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství]. *Adiktologie*, (12)3, 190–211.
- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M., (2012). Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga, pp. 70–74.

17 Normalita v primární prevenci

(Normality in primary prevention)

Petr Novák

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

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

- **Statistická norma** je vymezena četností a intenzitou posuzovaného jevu. Do statistického pojetí normality spadá i **norma epidemiologic-**

ká. Je využitelná především tehdy, lze-li daný fenomén kvantifikovat a číselně vyjádřit. Norma je tak nejčastěji vymezena pomocí Gaussovy křivky. Jev pohybující se za hranicí statistických odchylek je tak možné označit za deviaci. Předností tohoto pojetí je vysoká interpersonální objektivita a relativní exaktnost. Omezujícím však můžeme shledávat například fakt, že ideální stav nepřítomnosti rizikového chování není v tomto pojetí považován za normu, ale naopak za deviaci.

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

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

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

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

Použitá literatura:

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

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

Doporučená literatura:

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

18 Odborné společnosti a aktivity v prevenci

(Professional societies and educational activities in prevention)

Roman Gabrhelík

Heslo 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. 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.

V tomto hesle 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 zkušenostech (pocitech) k prevenci, která vychází ze seriózně položených otázek o efektivitě a funkci preventivních aktivit, jejich dopadech na **cílovou skupinu** (↑) a neustálé úpravě **preventivních metod a intervencí** (↑) 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 snaží se o přenesení zkušeností ve vhodné podobě do české reality.

1. 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 se konala v roce 2010. Každý ročník se pořádá v jiném členském státě. Internetové stránky: <http://euspr.org/category/annual-conference/>

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 k 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 jistě 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!

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.srkd.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>

2. 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 zformovala 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 dal-

ších 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/>

3. 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 umožňujících zajištění účinnějších preventivních aktivit s širokým dopadem na cílové skupiny „mladých lidí a jejich rodin do podpory zdravého životního stylu, komplexního posouzení a hodnocení“ (CE, 2014b, p. 2). V současnosti jednou za dva roky uděluje 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/pompidougroupp>

4. 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 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) bylo založeno v roce 1993 jako agentura Evropské unie. EMCDDA sídlí v 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 monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (NMS; <http://www.drogy-info.cz/>). Internetové stránky EMCDDA jsou zdrojem 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 je součástí Národních institutů zdraví (NIH; National Institutes of Health) amerického Ministerstva zdravotnictví. NIDA je jednou 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 (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. Vyhláší 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 (United Nations Office on Drugs and Crime) se věnuje tématům prevence v adiktologii a kriminalitě a souvisejícím aspektům. 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: (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. Nabízejí se zde 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 jakémkoli regionu. Internetové stránky jsou v angličtině a stojí za návštěvu.

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

Použitá literatura:

- 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
- 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
- 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>
- Mentor International – MI (2015). Prevention Hub: Home. Retrieved from: <http://preventionhub.org/>
- 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>

- Springer International Publishing AG – SIP AG (2015). Prevention Science: Description. Retrieved from: <http://link.springer.com/journal/11121>
- 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>
- World Health Organization - WHO (2015). Society for Prevention Research (SPR). Retrieved from: <http://www.who.int/violenceprevention/participants/spr/en/>

Doporučená literatura:

- 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
- 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
- World Health Organization - WHO (2015). Society for Prevention Research (SPR). Retrieved from: <http://www.who.int/violenceprevention/participants/spr/en/>

19 Pracovník v primární prevenci (Primary prevention professional)

Miroslav Charvát, Lucie Jurystová, Michal Miovský

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

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

U přímé práce s cílovými skupinami se v rámci školské větve prevence nejčastěji jedná o pedagogy, speciální pedagogy, vychovatele (zejména

v rámci ústavních zařízení), psychology a poradenské pracovníky. Školy a školská 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 specifictějších činnostech. Jedná se nejčastěji o zaměstnance neziskových organizací. Profesně 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 krajsí metodici prevence v rámci pedagogicko-psychologických poraden a krajsí protidrogoví koordinátoři při krajských úřadech.

Mezi další specifické a vysoce organizované činnosti pracovníka v primární prevenci můžeme zařadit i vzdělávání a supervizi (↑), 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 systém vzdělávání 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 preven-

ci 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 **nespecifické 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 nespecifické prevence, volnočasové a zájmové aktivity a jejich vedoucí, ale též i **svépomocné skupiny**.

Použitá literatura:

- EMCDDA (2011). EMCDDA Manuals No 7. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: The Publications Office of the European Union.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hawkins, J., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951.

- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M. (2012). Čtyřúrovňový model vzdělávání v primární prevenci. (nepublikovaný koncepční materiál projektu ESF OP VK „VYNSPI“ reg. č. CZ.1.07/1.3.00/08.0205). Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK.
- Slavíková, I. & Zapletalová, J. (2010). Školní metodik prevence. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). Primární prevence rizikového chování (pp. 82–88). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Václavková, B. & Černý, M. (2010). Komunitní spolupráce a základní pojetí primární prevence v komunitě. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). Primární prevence rizikového chování (pp. 57–59). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Zapletalová, J. (2010). Školní poradenské pracoviště. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). Primární prevence rizikového chování (pp. 78–82). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.

Doporučená literatura:

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

20 Prevence (Prevention)

Tomáš Čech

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

Obecně se pod pojmem prevence můžeme setkat s tzv. širším a užším pojetím. V užším pojetí chápeme pod pojmem prevence především samotnou prevenci primární, která je nasměrována k bazální **ochraně jednotlivce i společnosti**. V tomto smyslu za prevenci rizikového chování považujeme jakýkoli typ výchovné, vzdělávací, zdravotní, sociální či jiné intervence směřující k předcházení výskytu rizikového chování, zamezující jeho další progresi, zmírňující již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhající řešit jeho důsledky (Miovský et al., 2010). V okamžiku, kdy primární prevence selhává, aktivizuje se ve vztahu k více ohrožené, zranitelné, znevýhodněné (vulnerabilní) skupině či jedinci prevence sekundární, popř. terciární. Je proto nasnadě, že primární prevenci by se v celospolečenském kontextu měla věnovat největší pozornost, měla by naplňovat podstatu **imunizace**, tzn. **ochrany jedince i ohrožených skupin** před negativními vlivy a dopady rizikového chování. Ochrana se v tomto případě netýká izolace jedince a zabránění jeho kontaktu s nežádoucím podnětem, ale **výchovně-**

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

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

a které lze ovlivňovat preventivními a/nebo léčebnými intervencemi. Nejčastěji do konceptu rizikového chování řadíme: šikanu a násilí ve školách včetně dalších forem extrémně agresivního jednání, dále záškoláctví, užívání návykových látek, nelátkové závislosti (gambling, problémy spojené s nezvládnutým využíváním PC atd.), užívání anabolik a steroidů, obecně prekriminální a kriminální jednání, sexuálně-rizikové chování, vandalismus, xenofobii, rasismus, intoleranci a antisemitismus, komerční zneužívání dětí, týrání a zneužívání dětí atd. (srov. Čech, 2011, p. 4; Průcha et al., 2009, pp. 218, 247–248 a Miovský et al., 2010, pp. 61–77).

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

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

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

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

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

Na nespecifickou prevenci pak úzce navazuje specifická primární prevence rizikového chování, jež by měla být doménou především základní školy, kterou lze považovat ihned po rodině za klíčového edukačního činitele v životě dítěte, podílejícího se zásadním způsobem na **formování jeho osobnosti** a úspěšné **socializaci**. Hlavním nástrojem **školní prevence** je tzv. **minimální preventivní program** (↑), který má při správném koncipování plnit roli komplexního systémového prvku v realizaci preventivních aktivit v základních a speciálních školách, ve školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Jeho realizace je pro každou školu a zařízení závazná a podléhá kontrole České školní inspekce (Metodický pokyn..., 2007). Za utváření a naplňování minimálního preventivního programu zodpovídá **školní metodik prevence** (↑), který koordinuje preventivně-výchovné aktivity, metodicky vede pedagogy v rámci školy v podpoře jejich výchovné práce a v případě potřeby naplňuje také funkci poradenskou a informační (srov. Vyhláška MŠMT č. 72/2005; Čech, 2011, pp. 5–6).

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

Selhávají-li (tzn. jsou-li nedostatečné) však i strategie na úrovni selektivní a indikované prevence, nastupuje **prevence sekundární a terciární**, určená jedincům, kteří vykazují vážné formy rizikového chování, jež není možné již zvládat běžnými preventivními opatřeními (drogové závislosti, sexuální agrese, kriminální jednání apod.). Sekundární a terciární prevence mají zabránit další recidivě a eliminovat co nejvíce rizik souvisejících s daným typem (či kombinací typů) rizikového chování a životním stylem jedince. V souvislosti s terciární prevencí hovoříme rovněž o **reedukaci**, tzn. cíleném posilování pozitivních vlastností osobnosti, které se nedo-

statečně rozvinuly, a **resocializaci**, tedy pomoci nasměrovat závislého či problémového jedince (po výkonu trestu, léčení apod.) k novým životním hodnotám (rodina, práce, aktivně-pozitivní využití volného času apod.) a životu bez patologie a závislosti. Dělení prevence na primární, sekundární a terciární lze považovat za příznačné pro české podmínky (a častěji se s ním setkáváme v pojetí zdravotní prevence), v zahraniční literatuře se však můžeme setkat s dalšími možnými členěními prevence. A. Röhm (2002, p. 265) uvádí, že „v závislosti na čase intervence procesu vzniku nějaké poruchy, nápadnosti nebo poškození hovoříme o:

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

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

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

Použitá literatura:

- Čech, T. (2005). Primární drogová prevence a protidrogová výchova ve školách. In Střelec, S. (Ed.). Studie z teorie a metodiky výchovy II (pp. 140–152). Brno: Masarykova univerzita.
- Čech, T. (2011). Škola a její preventivně-výchovná strategie jako předpoklad rozvoje kompetencí dětí. *Prevence*, 8(7), 4–7.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál.
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (Č.j.: 20 006 /2007 – 51 ze dne 16. 10. 2007).
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.

- MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2009). Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012.
- Nešpor, K., Csémy, L. & Pernicová, H. (1999). Zásady efektivní primární prevence. Praha: Sportpropag.
- Průcha, J., Walterová, E. & Mareš, J. (2009). Pedagogický slovník. 6. aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: Portál.
- Röhm, A. (2002). Präventionsebenen und Handlungsstrategien. In Arnold, H. & Schille, H. J. (Eds.). Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention (pp. 265–281). Weinheim, München: Juventa.
- Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. 2005. Dostupné na: <http://www.msmt.cz>.

Doporučená literatura:

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

21 Preventivní dopad represe

(Preventive effect of repression [punishment])

Michaela Štefunková

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

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

tedy působí k dosažení žádoucího stavu preventivně tím, že ji lidé zachovávají buď dobrovolně, nebo prostřednictvím státního donucení. Nejintenzivnější formou reakce státu a společnosti na společensky nežádoucí konání je využití prostředků trestní represe. **Preventivní úloha trestu** (nebo preventivní dopad represivního opatření) se projevuje zejména ve dvou směrech, a to jako:

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

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

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

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

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

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

22 Prostředí realizace preventivních programů a intervencí

(Setting for preventive programmes and interventions)

Lenka Macková

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

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

Preventivní program/intervence (↑) může být realizován ve školním nebo mimoškolním prostředí. Ve **školním prostředí** je možné využít prostory školní třídy, školního poradenského pracoviště, školního klubu nebo jiné společenské místnosti. Specifický prostor pro realizaci preventivního programu ve školním prostředí dává jeho průběhu pevný 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).

Mnoho preventivních programů bývá realizováno v **mimoškolním prostředí**. Zpravidla jsou to prostory státních nebo nestátních neziskových organizací, které se ve své činnosti věnují práci s rizikovou mládeží, s uživateli návykových látek apod. Výhodou realizace preventivního programu v prostorách takové organizace je to, že účastníci toto zařízení navštíví, seznámí se s jeho chodem a s některými zaměstnanci. Tento „první kontakt“ usnadní případný další kontakt se zařízením, pokud by to potřeboval účastník programu sám nebo někdo z jeho okolí. Z hlediska realizátorů programu je výhodou mimoškolního prostředí stabilní organizační, technické a odborné zázemí pro lektory programu, které např. umožňuje využití náročnějších pomůcek (Kolektiv autorů, 2006). K mimoškolním programům patří také nejrůznější 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 se doporučuje 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 může být realizován v prostorách školy, nejlépe ve školní klubovně, případně ve školní třídě, programu se účastní spolu s žáky i třídní učitel. Z hlediska prostředí bývají takové programy méně náročné, většinou stačí prostor, kde lze sedět pohodlně v kruhu, lektori mají

- k dispozici pomůcky potřebné pro vedení programu, je vhodné, aby se programu účastnila jedna školní třída, účast pedagogů je většinou vítaná.
- Na preventivní centrum se obrátilo vedení SOS vesničky s žádostí o preventivní program pro jejich 15 dětí ve věku 15–18 let, vnímají děti jako potenciálně rizikové ve vztahu k užívání návykových látek, proto by pro ně rádi uspořádali program zaměřený na posílení sebevědomí, zvládnání stresu a odmítání návykových látek. Jde o **program selektivní primární prevence** (↑), který se věnuje rizikové mládeži. Pravděpodobně půjde o program komplexnější, sestávající z několika na sebe navazujících setkání. Cílem bude ovlivnit prožívání a postoje účastníků. Prostředí realizace takového programu by mělo být pro účastníky bezpečné, s pevným a jasně stanoveným rámcem (pravidla setkávání). Je vhodné, aby 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 10 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 jsou sledovaná 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, psycho-

logický nátlak). Povinnost lektorů zachovávat mlčenlivost o všech údajích týkajících se klientů či účastníků programu. Povinnost lektorů dbát o bezpečnost a zdraví své i účastníků programu.

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

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

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

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

23 Přístupy v primární prevenci (Primary prevention approaches)

Tereza Adámková

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

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

mezi autoritativní přístupy zařadit **testování na školách**, zákazy užívání alkoholu a tabáku apod.

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

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

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

Přístupy primární prevence charakterizované optikou výchovných stylů je možno zkoumat na několika úrovních, například na úrovni realizace ve školní třídě nebo dětské skupině, na úrovni školy nebo komunity a na úrovni celostátní. Přístup na úrovni školní třídy je závislý na konkrétním realizátorovi primární prevence. Výsledky použití jednotlivých přístupů odpovídají výsledkům Lewinova experimentu. Přístup na úrovni komunity odráží do značné míry celkovou náladu dané komunity a její postoje vůči drogám (např. tolerantní přístup k alkoholu), zároveň se zde také mohou promítat aktuální problémy regionu (vysoká nezaměstnanost, sociální nepokoje

atp.). Úroveň státu, kam patří především zákonné normy, není tak náchylná na aktuální problémy a ve větší míře než komunita reflektuje příklady dobré praxe ze zahraničí a expertní znalosti. Na druhé straně jsou zde patrné politické popularizační tlaky a preference určitých témat.

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

Evropské monitorovací centrum EMCDDA vydalo zprávu Prevention profiles (EMCDDA, 2010), kde srovnává politiku a přístup k primární prevenci 27 států Evropské unie a Chorvatska, Turecka a Norska, a to na úrovni **environmentální strategie** (strategie zaměřené na změnu kulturního, sociálního a ekologického prostředí, které ovlivňuje užití drogy), **univerzální, indikované a selektivní prevence** (↑). V rámci každé úrovně jsou stanoveny indikátory a stupnice jejich hodnocení. Například na úrovni environmentální strategie můžeme najít indikátor „škála kontroly tabáku a alkoholu“, který se snaží kvantifikovat opatření vedoucí k omezení jejich spotřeby. Mezi taková opatření patří např. cena cigaret a tabákových výrobků, zákazy

kouření na pracovišti apod. Jak již bylo uvedeno, škály kontroly by bylo možné zařadit do autoritativních přístupů k primární prevenci. Na úrovni **univerzální prevence** (↑) rozlišuje EMCDDA (2010) pět indikátorů, u kterých hodnotí i jejich užitečnost. Mezi efektivní indikátory řadí například existenci programů zaměřených na nácvik osobních a sociálních dovedností nebo intervence zaměřené pouze na dívky/chlapce. Mezi neefektivní řadí mimoškolní aktivity, testování na drogy, informační dny o drogách, policie nebo exuser v roli lektorů atp. Z porovnání jednotlivých indikátorů vyplývá, že součástí preventivních aktivit vybraných států jsou i nadále jak přístupy autoritativní, tak (méně) liberální i demokratické. Efektivní strategie vycházejí z demokratického přístupu v prevenci (nácviky, skupinové aktivity, aktivity šité na míru účastníkům) a neefektivní nebo málo efektivní strategie vycházejí spíše z přístupu autoritativního (testování na školách, policie na školách) respektive liberálního (informační dny, nestrukturované ad hoc programy, volnočasové aktivity atp.) (EMCDDA, 2010).

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence* 11(1), 56–95.
- EMCDDA (2011). EMCDDA Manuals No 7. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: The Publications Office of the European Union.

- Meir, C. R., DiPerna, J. C. & Oster, M. M. (2006). Importance of social skills in the elementary grades. *Education and Treatment of Children*, 29, 1–11.
- García, F., Gracia, E. (2009): Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence Spring* 44(173), 101–132.
- Van der Vorst, H., Engels, R., Meeus, W., Dekovic, M., Vermulst, A. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors* 20(2), 107–116.

24 Rizikové chování

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

Michaela Širůčková

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

Širší definice rizikového chování

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

- rizikové zdravotní návyky (např. pití alkoholu, kouření, užívání drog, ale i nezdravé stravovací návyky, nedostatečná nebo nadměrná pohybová aktivita),

- sexuální chování (např. předčasné zahájení pohlavního života, promiskuita, nechráněný pohlavní styk, pohlavní styk s rizikovými partnery, předčasné mateřství a rodičovství),
- interpersonální agresivní chování (např. násilné chování, šikana, týrání, rasová nesnášenlivost a diskriminace některých skupin, extremismus)
- delikventní chování ve vztahu k hmotným majetkům (např. krádeže, vandalismus, sprejerství),
- hráčství (gambling),
- rizikové chování ve vztahu ke společenským institucím (např. problémové chování ve škole jako záškoláctví, neplnění školních povinností, předčasné ukončení vzdělávání),
- rizikové sportovní aktivity (např. provozování adrenalinových a extrémních sportů).

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

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

Užší definice rizikového chování

Rizikovým chováním se zabývají různé vědní obory (např. medicína, sociologie, psychologie, pedagogika). Fenomén rizikového chování můžeme tedy považovat za multidisciplinární. Užší definice odrážejí předmět zájmu daného vědního oboru. Z hlediska medicínského (např. Holland, Detels & Knox, 1991) je rizikové chování vymežováno jako jeden z faktorů

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

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

Rizikové a riskující chování

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

Motivace rizikového chování

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

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

Faktory ovlivňující rozvoj rizikového chování

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

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

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

- Hurrlemaun, K. & Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: The relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14, 20–28.
- Miovský, M. (2010). Definice hlavních typů rizikového chování, na které se ve školské prevenci zaměřujeme. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J.

- & Novák, P. (Eds.), Primární prevence rizikového chování ve školství (pp. 76–78). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Willoughby, T., Chalmers, H. & Busseri, M. A. (2004). Where is the Syndrome? Examining co-occurrence among multiple problem behaviors in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 6, 1022–1037.

25 Sociálně patologické jevy (Social pathologies)

Michaela Štefunková

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

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

Sociální patologie je předmětem zájmu různých, zejména společenskovědných, disciplín (sociologie, psychologie, kriminologie, ale i medicína). Při zkoumání etiologie SPJ pak v závislosti na svém hlavním zaměření tyto disciplíny zdůrazňují biologická, sociálně psychologická, normativní

nebo sociologická hlediska. Sociální patologie bývá často ztotožňována s pojmem sociální deviace. Jako **sociální deviace** (↑) je označován způsob jednání, které není konformní vůči společenské normě, jež je akceptována většinou populací. Jde tedy o pojem širší, který v sobě zahrnuje kromě jiných projevů i SPJ. Na rozdíl od SPJ je však pojem sociální deviace hodnotově i emocionálně neutrální (Havlík, 2007). V praxi nicméně převládá negativní pojetí (Giddens, 1999). V oblasti školní prevence se v poslední době preferuje spíše používání pojmu **rizikové chování** (↑), které označuje chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Mioviský, 2010). Příklon k tomuto pojetí je patrný i ze změny názvu Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), která byla pro období 2009–2012 přejmenována na Strategii prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže. V nejužším pojetí se mezi základní typy rizikového chování řadí záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese, extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobie, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování, závislostní chování (adiktologie) a dále pak v širším kontextu okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte a též spektrum poruch příjmu potravy. Tyto vzorce chování mohou mít různé dílčí projevy, různé příčiny a mohou souviset s mnohem složitějšími fenomény (Mioviský, 2010).

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

Pojem SPJ se pro tuto oblast jeví jako nevhodný zejména v důsledku svého normativního ladění, ve školním prostředí může působit jako stigma. Pojem SPJ se spíše užívá v kontextu **prevence kriminality** v širším pojetí. Účelem opatření prevence kriminality je usilovat o to, aby nedošlo k závažnějšímu narušení nejdůležitějších společenských regulativ (zejména norem trestního práva hmotného). I když zejména v případě primární sociální prevence kriminality je hranice s prevencí rizikového chování velice úzká,

je potřeba se snažit tyto přístupy jako celek vždy oddělovat. Prevence rizikového chování je výrazně individuálně laděná, její záběr je širší. Snaží se předcházet rizikovému chování komplexně, nikoli pouze konání kriminálního a kriminogenním faktorům (v určitých případech SPJ).

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

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

Použitá literatura:

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

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

Doporučená literatura:

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

26 Sociální dovednosti (Social skills)

Lenka Čablová, Monika Nevoralová

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

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

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

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

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

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

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

V **preventivních programech** (↑) zaměřených na rozvoj sociálních dovedností si děti a dospívající vytvářejí schopnosti, které jim umožňují rozhodovat se o vlastním životě, řešit každodenní problémy, vypořádat se s obtížnými situacemi. Zároveň se učí jasně a otevřeně komunikovat, rozví-

jet dovednosti mezilidských vztahů, vypořádávat se s emocemi a stresovými situacemi ve svém životě, uvědomění si sebe sama a soucitu s ostatními (Gallà et al., 2005; Van der Stel & Voordewind, 1998). K osvojování sociálních dovedností se využívá interaktivních metod učení, hraní rolí a 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 nácviku sociálních dovedností by měl být dlouhodobý, prováděný proškolenými učiteli (Gallà et al., 2005).

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

Použitá literatura:

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

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

Doporučená literatura:

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

27 Škola podporující zdraví (Healthy schools)

Marie Nejedlá

Základní rámec, ve kterém organizujeme a poskytujeme preventivní intervence, tvoří tzv. nespecifické přístupy nebo také nespecifická prevence. Jedná se o soubor environmentálních preventivních opatření kombinovaných s pravidly bezpečnosti a přístupy podporujícími zdraví (včetně využití konceptů jako je zdravotní gramotnost atd.). **Nespecifické přístupy tvoří základní úroveň (úroveň A) každého minimálního preventivního programu** a reprezentují to, čím by měla každá škola začít, pokud chce následně úspěšně implementovat také specifické přístupy zaměřené na jednotlivé oblasti rizikového chování. Program Škola podporující zdraví je jedním z **příkladů dobré praxe**, který bezezbytku naplňuje všechny základní požadavky na zajištění všech základních oblastí, které by nespecifickým přístupem měly být na úrovni školy zajištěny. Proto je tento příklad zpracován a popsán jako samostatné heslo slovníku, aby mohly být lépe vysvětleny a pochopeny základní pojmy, se kterými tento program pracuje.

Základní rámec, ve kterém organizujeme a poskytujeme preventivní intervence, tvoří tzv. **nespecifické preventivní přístupy** (↑) nebo také **nespecifická prevence** (Miovský et al., 2014). Jedná se o soubor environmentálních preventivních opatření kombinovaných s pravidly bezpečnosti a přístupy podporujícími zdraví (včetně využití konceptů jako je **zdravotní gramotnost** (↑) atd.). Nespecifické přístupy tvoří základní úroveň (úroveň A) každého **minimálního preventivního programu** (↑) (dále též MPP) a reprezentují to, čím by měla každá škola začít, pokud chce následně úspěšně implementovat také **specifické přístupy** (↑) zaměřené na jednotlivé základní oblasti **rizikového chování** (↑). Program Škola podporující zdraví je jedním z **příkladů dobré praxe**, který bezezbytku naplňuje všechny základní požadavky na zajištění všech základních oblastí, které by nespecifickým přístupem měly na úrovni školy být zajištěny a splňuje základní požadavky **kvalitní prevence** (↑).

Při čtení následujících charakteristik programu mohou některé pojmy vyznít jako klišé. Je třeba v nich identifikovat spíše do určité míry schematicky vyjádřené doporučení nebo princip. Pokud je v popisu programu použit např. pojem demokratický přístup, respekt k potřebám jednotlivce nebo potřeba uznání, pro jejich naplnění je třeba vynakládat systematické úsilí, dávat prostor učitelům, žákům i rodičům vyjadřovat se k mnoha představám a požadavkům, hledat společně nejlepší řešení či kompromis, naslouchat, vysvětlovat, zdůvodňovat a přijímat taková opatření, která budou přijatelná pro všechny od salátového baru ve školní jídelně přes sklu-zavku na chodbě, sebehodnocení žáků až ke **komunitním projektům** (↑) a **volnočasovým aktivitám** (↑) a mnoha dalším konkrétním potřebám, jež se ukáží v té které škole. Je možné, že v průběhu čtyř let trvání projektu u některých aktivit zjistíte, že tudy cesta nevede, budete znovu hledat, ověřovat a inovovat. Podstatou je, že nenařizujete z principu, který to s žáky myslí dobře, i když vyvolá efekt opačný, ale dovolíte všem zúčastněným stranám vyjádřit se otevřeně. V průběhu realizace projektu vám stále bude záležet na získávání zpětné vazby. Při třídnických hodinách, v žákovském parlamentu, v rodičovském spolku, v rámci strukturovaných dotazníků a při dalších aktivitách a hledat společně řešení. Pokud víme od dětí, že ráno nesnídají, proč jim neotevřít před vyučováním školní jídelnu, nepřipravit teplý nápoj a nenechat je v klidu sníst snídani či svačinu z domova? Představuje to sice práci navíc, ale smysluplnou, vždyť ve škole tráví děti i učitelé významnou část dne a děti, které nesnídají, se hůře soustředí. Nejde však jen o přítomnost, žáci se učí naslouchat a je jim nasloucháno, když je požadavek rozumný, je mu vyhověno. Očekává se však jejich přispění – jaké, to je na vás. Tím, že mohou do školního systému zasahovat, získávají k němu vztah, váží si investic a práce ostatních ne proto, že jim to přikazuje školní řád, ale proto, že jsou motivováni k odpovědnosti. Program školy podporující zdraví je náročný, dlouhodobý, nikdy nekončící proces, protože pracuje s mnoha proměnnými – učiteli, rodiči a především žáky. Budou to však oni, kdo jednou budou řídit vzdělávání, **péči o zdraví** (↑), bezpečnost, vytvářet strategické dokumenty této země, stavět, opravovat, programovat, léčit. Program je učí navzájem spolupracovat, vnímat vlastní odpovědnost za odvedenou práci a nové poznání přijímat s radostí. Jistě se o to snažíme všichni, ale škola je tak různorodé společenství, že i navzdory dobré vůli nemusíme žákům dávat účinné impulsy. Tragické následky neřešených školních křivd jsou známé z celého světa, životní styl české populace je jeden z nejhorších v Evropě, počínaje kuřáctvím a konzumací alkoholu a příjmem kuchyňské soli konče. Tento program nemůže zachránit vše, ale nabízí již zpracovanou strukturu, která je v praxi ověřená. Evropský program usnadní práci každému řediteli a jeho týmu, aby nemuseli pracně sestavovat takovou osnovu. Její naplnění bude na nich, protože společen-

ství každé školy je jedinečné, má odlišná slabá a silná místa. Konkrétní podobu programu, cíle a aktivity k jejich naplnění budou vymýšlet se svými žáky, učiteli, ostatními zaměstnanci školy a rodiči. Na stejném principu je založen např. program Zdravých měst či Podnik podporující zdraví nebo Zdravá nemocnice.

Evropský projekt škol podporujících zdraví byl přijat Evropskou úřadovou Světové zdravotnické organizace (WHO) na počátku 90. let 20. století jako ucelený koncepční dokument **obecné prevence rizikového chování** (↑), **podpory zdraví** (↑) a **zdravého životního stylu** (↑). Vznikl ve Skotsku pod názvem Zdravá škola (Healthy School) a byl doporučen WHO členským zemím k implementaci. Je založen na jasné filozofii a rámcových kritériích pro činnost školy podporující zdraví. Metodiku a naplnění programu volně ponechává na národních garantech a samotných školách. V ČR byl program zahájen v roce 1991 (Provazník, K. et al., 1998).

Garantem a koordinátorem národní sítě škol podporujících zdraví (ŠPZ) v ČR je **Státní zdravotní ústav** (SZÚ - <http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>). Na evropské úrovni koordinuje síť Schools for Health in Europe (SHE - <http://www.schools-for-health.eu/>) CBO v Holandsku, jež je centrem spolupracujícím s WHO v oblasti podpory zdraví ve školách.

V evropské síti SHE je škola podporující zdraví definována jako „škola, která realizuje strukturovaný a systematický plán pro zdraví, pohodu a rozvoj sociálního kapitálu všech žáků a pedagogických i nepedagogických pracovníků. V různých evropských zemích se pro tyto školy užívají různé názvy, ale všechny tyto školy jsou charakteristické celoškolským přístupem ke zdraví“ (SHE Factsheet 1, 2013). Škola podporující zdraví tedy řeší otázky a problémy v oblasti fyzického, psychického a sociálního **zdraví** (↑) systematicky s využitím sepsaného jasně formulovaného školního projektu podpory zdraví (ZŠ, SŠ) či Kurikula podpory zdraví (MŠ). Zaměřuje se na konkrétní kroky a předpokládá aktivní účast všech – dětí, žáků, učitelů, nepedagogických zaměstnanců a rodičů jak na rozhodování, tak i na realizaci činností. Program je každé čtyři roky žáky, zaměstnanci školy a rodiči evaluován, čímž se předchází jakékoli formálnosti v jeho realizaci. Třístranná analýza a hodnocení slouží pro samotnou školu jako východisko pro konkrétní opatření a aktivity ke zlepšení, protože dokáže odhalit oblasti, na které je třeba se více zaměřit nebo je řešit. Zjištění mohou být překvapivá a názory žáků, rodičů a zaměstnanců školy na stejný problém se často liší.

Zdraví (↑), jak jej chápe program ŠPZ, vychází z pojetí WHO, jež zdraví pojímá jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 1946). Významnými **determinanty zdraví** (↑) jsou životní styl a životní podmínky, tzn. prostředí, kde člověk

žije a pracuje. Při podpoře zdraví je proto podstatné řešit nejen chování jednotlivců, ale také kvalitu jejich sociálních vazeb, prostředí a podmínky, ve kterých žijí (Safarjan, E. et al., 2013). Na evropské úrovni sdílejí školy podporující zdraví následujících pět základních hodnot a pět pilířů, které jsou zároveň základem jejich celoškolského přístupu:

SHE – základní hodnoty

- **Rovnost** (Equity) – Rovný přístup ke vzdělávání a zdraví pro všechny.
- **Udržitelnost** (Sustainability) – Zdraví, vzdělávání a rozvoj jsou úzce propojené. Aktivity a programy jsou systematicky implementovány pro dlouhodobé období.
- **Inkluze** (Inclusion) – Školy podporující zdraví oslavují rozmanitost; jsou komunitou, kde všichni cítí vzájemnou důvěru a respekt.
- **Posílení** (Empowerment) – Všichni členové školní komunity jsou aktivně zapojeni.
- **Demokracie** (Democracy) – Školy podporující zdraví jsou založeny na demokratických hodnotách.

SHE – pilíře

- **Celoškolský přístup ke zdraví** (Whole school approach to health) – Výchova ke zdraví ve třídách je kombinována se školní koncepcí, rozvojem věcného a sociálního prostředí školy, rozvojem životních kompetencí a zapojením celé školní komunity.
- **Účast** (Participation) – Pocit sounáležitosti je podpořen participací a smysluplným zapojením žáků, zaměstnanců školy a rodičů.
- **Kvalita školy** (School quality) – Školy podporující zdraví podporují lepší procesy výuky a učení. Zdravější žáci se lépe učí, zdravější učitelé lépe pracují.
- **Důkazy** (Evidence) – Nové přístupy a praxe jsou založeny a vyvíjeny na stávajících a nejnovějších výzkumech.
- **Škola a komunita** (Schools and communities) – Školy podporují spolupráci mezi školou a širší komunitou (Buijs, G., 2014).

Tyto pilíře a hodnoty sdílejí školy podporující zdraví napříč Evropou a jsou východisky pro jejich národní metodiky. Pro mateřské školy v ČR byla zpracována metodika *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole* (Havlíková et al., 2008), pro základní a střední školy metodika *Program podpory zdraví ve škole* (Havlíková et al., 2006). Obě tyto metodiky staví na dvou integrujících principech respektu k přirozeným potřebám jednotlivce v celku společnosti a světa a na rozvíjení komunikace a spolupráce.

Respekt k přirozeným potřebám jednotlivce v celku společnosti a světa

Respekt k přirozeným potřebám jednotlivce považuje program ŠPZ v ČR za nejdůležitější a klíčový postoj, který škola kultivuje u žáků, učitelů i rodičů. Z respektu k přirozeným potřebám jednotlivce vyplývají obecnější postoje: úcta k člověku, lidským společenstvím a přírodě; z principu komunikační schopnosti a schopnosti spolupracovat zase dovednosti, jimiž jsou uspokojovány potřeby jednotlivce umožňující efektivní vzdělávání. Předpokladem udržení a rozvoje zdraví člověka je uspokojení přirozených potřeb (Maslowův model pyramidy potřeb) všech lidí ve škole. Z hierarchie potřeb pro školu vyplývá, že se děti nemohou efektivně učit a učitelé nemohou efektivně vyučovat, pokud ve škole a ve třídě nevytvoříme takové podmínky, jež by umožňovaly uspokojení všech okruhů přirozených potřeb (Havlíková et al., 2006).

Příkladem naplňování přirozených potřeb může být např. umožnit dětem napít se při vyučování, sedět část vyučovací hodiny na relaxačních míčích, dovolit dětem o přestávkách volný pohyb, vytvořit na vhodných místech relaxační a sportovní koutky, zrušit zvonění, pokud je většinou nepříjemné, ráno před vyučováním ve školní jídelně posnídat atd. Nejde však o to zavádět tato opatření ve škole, kde o ně žáci, učitelé ani rodiče nestojí, zde uvedená opatření vzešla právě z požadavků v konkrétních školách a jedná se pouze o příklady.

Rozvíjení komunikace a spolupráce

Rozvíjení komunikace a spolupráce považuje program ŠPZ za proces osvojování stěžejních dovedností, kterými škola uspokojuje potřeby jednotlivce v kontextu společnosti a světa. Komunikace založená, zejména ve škole, na respektu k základním lidským potřebám přispívá k vytvoření pocitu bezpečí a sounáležitosti, projevuje uznání, přispívá k seberealizaci. V činnosti školy podporující zdraví má princip rozvíjení komunikace a spolupráce dvě funkce: jednak je jejím cílem a jednak metodickým prostředkem účinného a integrovaného poznávání světa a vytváření žákovských postojů a kompetencí (Havlíková et al., 2006). Naplněním této potřeby může být například možnost pravidelného setkávání ředitele a žáků, účinné a časté zařazování kooperativního vyučování, zavedení systému sebehodnocení žáků na k tomu účelu vytvořené formuláře, pravidelné pořádání komunitního kruhu v rámci jedné třídy, kdy děti sdělují své zážitky, přání a názory a učitel je citlivě koriguje, vysvětluje a realizuje, nebo celoškolské projekty, ve kterých spolupracují věkové smíšené skupiny. Opět se jedná pouze o příklady, které vzešly z konkrétních potřeb žáků, rodičů a učitelů. Na různých školách se mohou lišit.

Záměrem programu ŠPZ je pomáhat podporovat zdraví ve všech jeho rovinách. **Cílem proměny školy je trvale umožňovat optimální rozvoj žáka a učitele v součinnosti s rodiči a obcí, po stránce tělesné, duševní a sociální.** Plněním svého cíle, který je zaměřen pozitivně, tj. převážně na posilování a vytváření optimálních předpokladů každého člověka, je program současně nástrojem včasné primární prevence civilizačních chorob, antisociálního chování a všech závislostí. Osnova, podle které postupují MŠ v programu ŠPZ, je v souladu s informačními okruhy požadovnými Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání (RVP PV), ty jsou v Osnově zachyceny *kurzívou* (Havlíková, M., et al., 2008).

Základní a střední školy v síti ŠPZ v ČR si tvoří vlastní školní projekt podpory zdraví. Jeho tvorba začíná (evaluace přípravy) analýzou podmínek pro podporu zdraví a analýzou dosavadních postupů a činností, které již pro podporu zdraví ve škole probíhají. K této analýze slouží elektronický dotazník, jehož vyplnění není časově náročné. Škola dále zjišťuje prostředky a zdroje (lidské, materiální, organizační, finanční), které má ve svém reálném každodenním životě k dispozici. Na základě této analýzy pak vzniká rámcový projekt. Ten obsahuje cíle pro následující školní roky (tzn. čeho zamýšlí škola dosáhnout), zároveň k nim stanovuje i prostředky k dosažení vytyčených cílů (tzn. jakým způsobem škola předpokládá k cílům dospět). Popis prostředků má být natolik určitý, aby dával základní představu o strategii školy v oblasti podpory zdraví. Důležité také je stanovit si, jakým způsobem bude škola získávat zpětnou vazbu, jak bude projekt evaluovat. K jasnějšímu vyhodnocování a posouzení realizace přispívá, pokud si škola už při plánování projektu promyslí kritéria splnění daného cíle a začlení je do rámcového projektu. Dalším krokem je vytvoření zcela konkrétního prováděcího plánu pro nejbližší školní rok. Prováděcí plán má jasně formulovat úkoly, odpovědnost i časový plán realizace.

Každá zásada je v metodikách *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole* (Havlíková et al., 2008) a *Program podpory zdraví ve škole* (Havlíková et al., 2006) definována, nicméně uvedení těchto definic přesahuje rozsah daný pro toto sdělení. Výčet možností, pomocí nichž je možné každou zásadu realizovat, nemůže být úplný. Neuvádíme je jednak z důvodu rozsahu, jednak proto, že si musí každá škola vždy stanovit své možnosti realizace zásad programu ŠPZ vycházející z jejích cílů, kterých plánuje ve svém školním projektu podpory zdraví dosáhnout, nebo ke kterým chce dlouhodobě směřovat, a ty jsou přizpůsobené jejím vlastním konkrétním podmínkám a možnostem. Pro bližší informace o možnostech realizace proto odkazujeme na metodiku programu, webové stránky realizátora a konzultaci s realizátorem. Realizátor nemá žádný komerční zájem na členství škol v síti.

ZÁSADY PROGRAMU ŠKOLA PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ V MŠ

1. Učitelka podporující zdraví
2. Věkově smíšené třídy
3. Rytmický řád života a dne
4. Tělesná pohoda a volný pohyb
5. Správná výživa
6. Spontánní hra
7. Podnětné věcné prostředí
8. Bezpečné sociální prostředí
9. Participativní a týmové řízení
10. Partnerské vztahy s rodiči
11. Spolupráce mateřské školy se základní školou
12. Začlenění mateřské školy do života obce

PILÍŘE A ZÁSADY PROGRAMU ŠKOLA PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ V ZŠ, SŠ

První pilíř: Pohoda prostředí

1. zásada: Pohoda věcného prostředí
2. zásada: Pohoda sociálního prostředí
3. zásada: Pohoda organizačního prostředí

Druhý pilíř: Zdravé učení

4. zásada: Smysluplnost
5. zásada: Možnost výběru a přiměřenost
6. zásada: Spoluúčast a spolupráce
7. zásada: Motivující hodnocení

Třetí pilíř: Otevřené partnerství

8. zásada: Škola jako model demokratického společenství
9. zásada: Škola jako kulturní a vzdělávací středisko obce

Pro efektivní realizaci je klíčové zapojení všech zaměstnanců školy. Pokud je program ŠPZ školním projektem realisticky nastavený a dobře řízený, „stává se principy a zásady ŠPZ stále více přirozenou součástí života školy, nejsou vnímány jako práce (navíc) na projektu, ale jako běžná každodenní činnost v kontextu podpory zdraví“ (ZŠ a MŠ Hlohovec, 2014). Zásadami programu ŠPZ pro podporu zdraví ve škole se může inspirovat jakákoli škola. Pokud se rozhodne podporovat ve své škole zdraví systematicky, dlouhodobě, je naprosto klíčová podpora vedení školy a zapojení všech zaměstnanců školy.

Při tvorbě a realizaci školního projektu (ZŠ, SŠ) každá škola hledá svou cestu, která zohledňuje její podmínky, možnosti, současný stav a zároveň vhod-

ně a synergicky doplňuje stávající koncepci školy zachycenou v ŠVP. Školní projekty by měly mít také návaznost na **minimální preventivní program** (↑) školy, jehož součástí se program Škola podporující zdraví za těchto okolností může stát. Vzhledem k celoškolnímu přístupu a široce koncipovaným principům a zásadám programu ŠPZ školy často při hledání způsobů, jak dosáhnout cílů, které si ve svých projektech stanovují, rozvíjejí své aktivity rovněž zapojením se do dalších sítí, např. Ekoškol, Tvořivých škol, Škol pro udržitelný život, či jsou držitelkami značky Rodiče vítáni. Členství v síti škol podporujících zdraví v žádném případě nevylučuje členství v jiných programech a projektech – v řadě ŠPZ je toto obvyklé. Program školy podporující zdraví se využívá díky svému rozsahu jako „skeleton“, do kterého se zasazuje samotný výchovně vzdělávací proces, dílčí specifické preventivní programy a projekty.

Použitá literatura:

- Buijs, G. (2014). Foreword. In Buijs, G. et al. (Ed.) *Equity, education and health: learning from practice*. CBO Utrecht.
- Havlínová, M. & Vencálková, E. (eds.) (2008). *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole*. Praha: Portál.
- Havlínová, M. (ed.) (2006). *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál.
- Kopřiva, P. et al. (2010). *Respektovat a být respektován*. Praha: Spirála.
- Košťálová, H. & Straková, J. et al. (2008). *Hodnocení – Důvěra, dialog, růst*. Praha: SKAV.
- Preamble k Ústavě WHO přijaté Mezinárodní konferencí o zdraví v New Yorku 19.–22. 7. 1946, uvedené v platnost 7. 4. 1948.
- Projekt podpory zdraví ve škole na období r. 2014–2017. (2014) *Základní škola a Mateřská škola Hlohovec, příspěvková organizace*.
- Provazník, K., Havlínová, M., & Provazníková H. (1998). *Programy kompenzace a prevence důsledků nepřiměřené zátěže ve škole*. In Provazník, K. (Ed.), *Manuál prevence v lékařské praxi VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. SZÚ Praha, Praha: Fortuna.
- Safarjan, E., Buijs, G., & de Ruiter, S. (2013) *Online manuál SHE pro školy*. CBO Utrecht. [cit. 2014–11–11] Dostupné z <http://www.schools-for-health.eu/cz/for-schools/manual> http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_ENG.pdf
- SHE Factsheet 1. State of the art: health promoting schools in Europe. (2013). CBO Utrecht.

Doporučená literatura:

- Havlínová, M. (ed.) (2006). *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál.
- Havlínová, M. & Vencálková, E. (eds.) (2008). *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole*. Praha: Portál.
- Bližší informace k programu ŠPZ jsou k dispozici na stránkách SZÚ, <http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>.
- Dále mohou školy využít rovněž on-line materiál z evropské sítě SHE, který je i v češtině <http://www.schools-for-health.eu/cz/for-schools/manual>.

28 Školní poradenské pracoviště (School counselling service)

Jana Zapletalová

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

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

integrace nadaných a sociálně a kulturně znevýhodněných) na školách, vykonává činnosti poradenské, informační a činnosti metodické (o těchto činnostech vede písemnou dokumentaci):

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

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

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

- prioritou v rámci tohoto procesu je prevence rasismu, xenofobie a dalších jevů, které souvisí s otázkou přijímání kulturní a etnické odlišnosti.
- e) Koordinace spolupráce školy s orgány státní správy a samosprávy, které mají v kompetenci problematiku prevence sociálně patologických jevů.
 - f) Shromažďování odborných zpráv a informací o žácích v poradenské péči specializovaných poradenských zařízení v rámci prevence rizikového chování.
 - g) Zajišťování a předávání odborných informací o nabídkách programů a projektů, o metodách a formách specifické primární prevence pedagogům školy.

V oblasti **poradenských činností** pak zejména:

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

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

ruh chování. Stejně jako psychologové věnují pozornost práci s třídami a metodickému vedení pedagogů při vzdělávání těchto žáků.

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

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

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

- pracovat se všemi subjekty školy a vytvořit tak širokou základnu primární prevence školní neúspěšnosti a prevence rizikového chování,
- sledovat účinnost preventivních programů aplikovaných školou a vytvořit metodické zázemí pro jejich vytváření a realizaci,
- zavádět do školství nové poznatky o koncepci kariérového poradenství,
- připravit podmínky a rozšířit možnosti integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných,
- vybudovat příznivé sociální klima pro integraci kulturních odlišností a přijímání sociálních odlišností na škole,
- posílit průběžnou a dlouhodobou péči o žáky s neprospěchem a vytvořit předpoklady pro jeho snižování,

- prohloubit včasnou intervenci při aktuálních problémech u jednotlivých žáků a třídních kolektivů,
- poskytovat metodickou podporu učitelům při aplikaci psychologických a speciálně pedagogických aspektů vzdělávání do školních vzdělávacích programů,
- prohloubit a zlepšit spolupráci a komunikaci mezi školou a rodiči,
- integrovat poradenské služby poskytované školou se službami specializovaných poradenských zařízení, zejm. PPP, SPC, SVP a úřadů práce.

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

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

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

29 Teoretické koncepty v primární prevenci rizikového chování

(Theoretical concepts in the primary prevention of risk behaviours)

Roman Gabrhelík

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

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

a) Kognitivní modely a modely založené na informacích

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

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

b) Sociologické a vývojové modely

Zde uvedené modely reflektují skutečnost, že se jedinci v průběhu času vyvíjejí a stejně tak se vyvíjí i jejich vnímání otázek spojených s návykovými látkami a dalšími typy rizikového chování (EMCDDA, 2010). **Modely vývojové teorie** (Evolution theory) reprezentuje model Kandelové (1980), podle něhož užití nelegální drogy předchází zkušenost s alespoň jednou legální drogou, tedy alkoholem či tabákem (EMCDDA, 2010). **Sociálně-ekologický model** a **ekologicko-environmentální model** (Social ecology model / ecological-environmental model) reprezentují přístup, že k udržení nebo dosažení žádoucího chování je třeba pozitivně působit současně na sociální klima ve společnosti, komunitě, rodině i mezi vrstevníky (EMCDDA, 2010; Kumpfer, Turner, 1990–1991). **Teorie šíření novinek** (Diffusion of innovation theory) představuje nový a komplexnější pohled na šíření forem rizikového chování ve společnosti a na prevenci rizikového chování. Podle této teorie drogu vyzkouší „inovátor“, který následně svým chováním ovlivňuje přátele (někteří z nich se stávají „šířiteli“) a následně se okruh zasvěcených lidí zvětšuje. Významnou (negativní) roli v šíření jevu v rámci společnosti hrají masmédia (EMCDDA, 2010; Ferrence, 2001).

c) Modely sociálního vlivu

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

proč bych je nebral i já?“ Při pohledu na statistiky se však ukáže, že toto přesvědčení je mylné. Programy vycházející z modelu sociálního vlivu jsou založeny na posilování rezistence k sociálnímu tlaku, jednomu z identifikovaných rizikových faktorů zvyšujících pravděpodobnost užití návykových látek (McGuire, 1964; Tobler et al., 1986).

d) Modely komplexního vlivu sociálního prostředí

Tyto modely mají teoretické základy v konceptu rizikových a protektivních faktorů, přičemž cílem u mladých lidí je – často za podpory rodičů a důležitých dospělých – posilovat faktory protektivní a oslabovat faktory rizikové. Preventivní programy postavené na tomto modelu jsou v prevenci považovány za jedny z 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 soustředí na posilování faktorů protektivních (budování pozitivních vztahů k rodině, škole, komunitě a vrstevníkům). Podle autorů se mladí lidé potřebují cítit, že jsou milovaní, schopní a důležití (EMCDDA, 2010; Catalano et al., 1992). Dle Sussmana et al. (2004) programy vycházející z **modelu komplexního vlivu sociálního prostředí** rozšiřují model sociálního vlivu o prvky poskytující nácvik dalších dovedností (např. komunikačních dovedností či asertivity), dále o prvky zaměřené na rozhodování, podporu vlastní aktivity, závazku ke skupině, komunitě a společnosti.

Použitá literatura:

- Adámková, T., Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovska, L. & Miovský, M. (2009). Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. Adiktologie, (9)2, 86–94.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In DiClemente, R. J. & Peterson, J. L. (Eds.), Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions (pp. 25–29). New York: Plenum Press.
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychol Bull.;112(1), 64–105.

- EMCDDA (2010). Manuals: Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). Step 2a: Models and theories. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>
- Ferrence, R. (2001). Diffusion theory and drug use. *Addiction* 96, 165–73.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597–605.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. & Mioviský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodikami prevence. *Adiktologie* 9 (1), 11–19.
- Kandel, D. B. (1980). Development stages in adolescent drug involvement. In Lettieri, D. J., Sayers, M. & Pearson, H. W. (Eds), *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monographs No 30.
- Kumpfer, K. L. & Turner, C. W. (1990–1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of the Addictions* 25(4A): 435–463.
- McGuire, W. J. (1961). The effectiveness of supportive and refutational defenses in immunizing defenses. *Sociometry* 24, 184–97.
- National Institutes of Health (NIH) (2005). Theory at a glance: A guide for health promotion practice (Second Edition). NIH. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ec1da4d/TAAG3.pdf>
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3), 390–395.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In: DiClemente, R. J. & Peterson, J. L. (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp. 5–24). New York: Plenum Press.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W. & Newcomb, M. D. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of „drug abuse“ prevention. *Subst Use Misuse*, 39 (10–12), 1971–2016.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *J. Drug Issues* 16(4), 537–567.
- World Health Organization (1993). Increasing the relevance of education for health professionals. In: EMCDDA, Models and theories. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>

Doporučená literatura:

- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addict Behav.* 27(6), 1009–23.

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

30 Typy preventivních intervencí (Types of preventive interventions)

Roman Gabrhelík

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

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

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

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

ní. Nejčastějšími užívanými formami této skupiny programů jsou přednášky, diskuse, techniky hraní rolí, nácvik.

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

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

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

Programy zaměřené na budování pozitivního sebehodnocení: Pozitivní sebehodnocení snižuje pravděpodobnost rizikového chování (např. účasti na šikaně nebo užívání návykových látek). Účastníci programů se učí přijímat neúspěchy, poučit se z nich, ale současně jim nevěnovat příliš mnoho pozor-

nosti – odrazují od vnímání sebe sama jako neúspěšného. Účastníci se také učí vnímat a přijímat úspěchy (např. úspěch je i to, že jsem náročný úkol dokončil, i když jsem neskončil první) a začleňovat je do svého sebeobrazu. Klade si za cíl rozvoj pozitivního sebehodnocení a zvyšování sebeúcty, kontinuální sebedoporu zvyšeného oceňování vlastní vrozené i rozvíjené zdatnosti a jedinečnosti. Nejčastěji probíhá formou diskuse a práce s cvičebnicemi.

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

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

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

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

Programy spojené se složením přísahy: sliby a závazky jsou založeny na pozitivních morálních zásadách (např.: rizikové chování v dopravě je společensky nepřijatelné, nebo: užívání drog představuje morální úpadek).

Cílovou skupinu podporují ve složení slibu nebo učinění závazku, že se nebudou účastnit rizikového chování (např. programy nekuřáckých tříd). Umožňuje, aby mladí lidé sami přijali závazek, na kterém se skupina dohodne. Cílem je vytvoření skupinového tlaku neužívat návykové látky. Aktivity jsou vedeny formou dialogu, jehož výsledkem je složení slibu, který má formu petice nebo smlouvy.

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

c) Programy založené na poskytování informací

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

Mediální kampaně: využívají vlivu masových médií na znalosti a postoje velké části cílové skupiny. Prostředky jsou televize, rozhlas, tiskoviny, internet. Nejčastěji se tak děje skrze televizní a rozhlasové vysílání. Z dosavadní

evidence víme, že efektivita mediálních kampaní je s ohledem na vložené prostředky nulová či negativní (Zábranský, 2006; Ferrence, 2001).

d) Programy pro rodiče

Rodičovské programy představují nehomogenní skupinu různých typů preventivních intervencí zacílených na rodiče. Funguje na základě vlivu na rizikové skupiny adolescentů skrze působení na členy primární rodiny. Cílem je změna rizikového prostředí, v němž vyrůstají jejich děti. Nejčastějšími formami jsou edukativně koncipované programy a užití internetu, např. adaptace on-line vzdělávacího programu pro rodiče s názvem *Prevention pro rozumné rodiče* (<http://www.odrogach.cz>). Obecně patří tato skupina programů mezi velmi náročné, neboť rodiče, kteří by jimi měli projít především, vykazují velmi malou motivaci.

Použitá literatura:

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

Doporučená literatura:

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

31 Vzdělávání v primární prevenci (Primary prevention education)

Lucie Jurystová, Miroslav Charvát

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

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

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

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

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

Při vzdělávání, které obsahuje jak **sebezkušenostní** (zážitkovou) komponentu, tak rozmanité techniky učení založené na aktivním a **interaktivním zapojení**, se absolventi spíše naučí přenést nabyté dovednosti do praxe. Ze

zvýšené kompetentnosti, sebevědomí a zaujetí učitele pak mohou profitovat i studenti (UNODC, 2004). Existují ověřené funkční prvky úspěšných vzdělávacích programů pro pedagogy (UNODC, 2004), mezi které patří: diskuse v malých skupinách, modelové situace a hraní rolí, využití videa a filmu, samostudium, práce ve velké skupině a lektorování. Inovativním prvkem je tzv. zkušenostní učení (experiential learning), které kombinuje různé styly učení – rozbor konkrétní situace, jeho pozorování a reflexe, abstrakce a zevšeobecnění konceptu. Napomáhá propojování teorie a praxe a lepšímu porozumění, testování nových nápadů a idejí a hypotéz.

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

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

- Nadnárodní – tj. celosvětové či evropské organizace a autority jako např. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA), Světová zdravotnická organizace (WHO), The Mentor Foundation (<http://www.mentorfoundation.org>), Eudap Faculty (www.eudapfaculty.net), European Society for Prevention Research (EUSPR), National Institute on Drug Abuse (NIDA), Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA).
- Národní instituce – patří sem jednak organizační složky státu (v ČR například MŠMT, Národní monitorovací středisko pro drogy a dro-

gové závislosti, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Národní ústav pro vzdělávání), ale též neziskové organizace s celonárodní působností (v ČR např. o. s. Sananim, Sdružení Podané ruce, o. s.). Obecně je můžeme nazvat jako **národní kontaktní místa** (national focal points – NFP) pro primární prevenci.

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

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

Použitá literatura:

- Botvin, G. (1995). Prevention Update. Cornell University Medical College, Institute of Prevention Research, United States of America.
- EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M. (2012). Čtyřúrovňový model vzdělávání v primární prevenci. (nepublikovaný koncepční materiál projektu ESF OP VK „VYNSPI“ reg. č. CZ.1.07/1.3.00/08.0205). Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK.

- Jurystová, L., Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence (Unplugged Primary Prevention Programme – Formative Evaluation of the Implementation Process by School Prevention Workers). *Adiktologie*, (9)1, 10–19.
- Miovský, M. (2010). Budoucí možnosti koordinace primární prevence na krajské a regionální úrovni. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- MŠMT (2007). Metodický pokyn pro poskytování supervize.
- United Nations Office on Drugs and Crime Prevention (UNODC) (2004). *School-based Drug Education: A guide for practitioners and the wider community*. United Nations, Vienna.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2004). *Schools: School-based education for drug abuse prevention*. United Nations, Vienna.
- Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.

Doporučená literatura:

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

32 Základní úrovně provádění prevence (Basic levels of prevention implementation)

Roman Gabrhelík

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

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

- jednoznačně vyjádřený vztah k oblasti rizikového chování a souvisejícím tématům,

- je realizována v přesně vymezeném čase a prostředí, což umožňuje evaluaci těchto typů programů,
- je zaměřena na jasně definovanou cílovou skupinu (např. dle věku, potřeb, míry ohrožení aj.) a s ohledem na potřeby cílové skupiny zavádí preventivní intervence.

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

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

Selektivní prevence (↑) je určena po cílové skupiny, u nichž je aktuálně či dlouhodobě zvýšené riziko výskytu rizikových forem chování (např. adolescenti neasimilované minoritní skupiny obyvatel) (Springer & Phillips, 2007). Provádí se s cílem zabránit nástupu projevů rizikového chování. V případě užívání návykových látek je relevantním cílem také oddálit experimenty s návykovou látkou do pozdějšího věku, dále lze edukovat o bezpečnějších formách užívání návykových látek tak, aby se maximálně snížila rizika (aplikace principů harm reduction přístupu). Identifikace problému probíhá na základě epidemiologických a kohortových studií, údajů z re-

gistrů. Nejčastěji se provádí v prostředí rodiny, komunity, klubů / party / festivalů, škol a školských zařízení. Požadavky na odbornost vycházejí z toho, že se pracuje se skupinou s vyšším rizikem a mělo by tomu odpovídat i vzdělání preventivního odborného pracovníka (např. proškolený pracovník neziskové organizace, adiktolog, aj.). Jako příklady intervencí lze uvést např. programy s mladistvými delikventy, práce s konfliktní či zanedbávající rodinou, vybrané intervence mezi návštěvníky tanečních akcí.

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

Časná diagnostika a intervence (↑) je do určité míry vyjádřením překryvu indikované prevence a léčby (EMCDDA, 2009). Cílovou skupinou jsou ti, u nichž je žádoucí strukturovaná intervence léčebného typu specificky zaměřená na symptom rizikového chování (např. konzumace drog) (UNODC, 2006), zároveň jednoznačně nenaplnují kritéria DSM IV nebo MKN-10. Cílem je zabránit progresi a přechodu do chronických forem, zabránit poškození organismu a psychických funkcí, minimalizovat dopady v sociálním spektru. Maximálně snížit dobu a frekvenci výskytu projevů riziko-

vého chování (NIDA, 1997). K identifikaci problému dochází na základě vlastní potřeby jedince řešit problém nebo na základě výsledků screeningových a diagnostických nástrojů. Nejčastěji je prováděna v prostředí specializovaných poradenských zařízení, ordinacích nelékařských a lékařských pracovníků. Požadavky na odbornost jsou: profesionál s odbornou specializací (atestací) v oborech lékařství, psychologie, pedagogika aj. Příklady intervencí lze klasifikovat jako prevenci s kombinací léčebného zásahu, jež jsou v dané fázi projevů rizikového chování žádoucí (EMCDDA, 2009).

Použitá literatura:

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

United Nations Office on Drugs and Crime (2006), Guidance for the measurement of drug treatment demand (available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index26898EN.html>).

Doporučená literatura:

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. EMCDDA thematic papers. Luxembourg: EMCDDA.

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

National Institute on Drug Abuse (1997). Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide (NIH Publication No. 97-4212). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Springer, J. F. & Phillips, J. L. (2007). The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Prevention Policy Paper Series, EMT Associates, Inc, Folsom, CA (available at http://www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf).

United Nations Office on Drugs and Crime (2006). Guidance for the measurement of drug treatment demand (available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index26898EN.html>).

33 Zdraví (Health)

Miroslav Barták

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 a také diskuse pojmu kvalita života. **Zdraví není jen biologickou charakteristikou, ale významnou individuální i společenskou hodnotou.** Konstituční dokument WHO vymezuje zdraví jako: „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“. V literatuře je diskutováno několik modelů zdraví i nemoci, které nahlíží na zdraví a nemoc z různých pohledů. V současné době dominují tzv. holistické přístupy ke zdraví a nemoci.

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 (WHO), 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 více 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 (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 ze zakládajících 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 Szemingem Sze, Kanadanem 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. Ke konečnému 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 Světové zdravotnické organizace 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 et al., 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 et al. 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 (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).

Maare E. Tamm (Tamm, 1993) uvádí celkem šest modelů zdraví, a to náboženský, psychosociální, humanistický, existencionální a transpersonální s tím, že pouze biomedicínský považuje za redukcionalistický a všechny zbývající za holistické. Různé skupiny v rámci společnosti zdraví a nemoc hodnotí různým způsobem, což se týká i samotného systému péče o zdraví. Tato různost pohledů má pak reálné důsledky v každodenní zdravotnické praxi.

V posledních dvou desetiletích je pozornost stále více kladena 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 živo-

ta (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 více setkáváme také v národních jazycích (tamtéž). Jako hnací síla globalizace je označován 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 ekonomických 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 je věnována vlivu těchto faktorů na životní prostředí (Detels et al., 2011, p. 87). Z hlediska veřejného zdraví vede globalizace ke komplexním změnám zdraví a jeho determinant, a to jak s kladnými, tak i zápornými výsledky (tamtéž).

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 znovuobjevení zdravotních problémů a nemocí, které již byly považovány za vyřešené. Globalizační procesy samozřejmě neovlivňují pouze infekční onemocnění, ale mají rovněž svůj 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 např. Detels et al., 2005; Holčík & Žáček 1995, pp. 25–28; Háva in Potůček et al., 2005, p. 326). Podle těchto vymezení se jedná o „... zjiřitelnou 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 (např. Holčík & Žáček, 1995, p. 25; Detels et al., 2004) uvádí také tzv. fenomén ledovce, kdy některé osoby nemoc nevnímají nebo ji ignorují.

Teorie příčin vzniku nemocí shrnuje např. David Locker (Locker, 2009). Jde o bakteriální teorii, teorii epidemiologického trojúhelníku, teorii vše-

obecné náchylnosti a teorii socioenvironmentálního přístupu. Z hlediska samotné léčby i vykazování má značný význam klasifikace nemocí. V současné době je v ČR pro tyto účely využívána desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10), v ní jsou nemoci členěny do jednadvaceti skupin. Poslední aktualizovaná verze je k dispozici od 1. 4. 2014, další úprava je plánována na rok 2015.

| Kódy | Klasifikační skupina |
|-----------|---|
| A00–B99 | Některé infekční a parazitární nemoci |
| C00–D48 | Novotvary |
| D50–D89 | Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity |
| E00–E90 | Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek |
| F00–F99 | Poruchy duševní a poruchy chování |
| G00–G99 | Nemoci nervové soustavy |
| H00–H59 | Nemoci oka a očních adnex |
| H60–H95 | Nemoci ucha a bradavkového výběžku |
| I00–I99 | Nemoci oběhové soustavy |
| J00–J99 | Nemoci dýchací soustavy |
| K00–K93 | Nemoci trávicí soustavy |
| L00–L99 | Nemoci kůže a podkožního vaziva |
| M00–M99 | Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně |
| N00–N99 | Nemoci močové a pohlavní soustavy |
| O00–O99 | Těhotenství, porod a šestinedělí |
| P00–P96 | Některé stavy vzniklé v perinatálním období |
| Q00 – Q99 | Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality |
| R00–R99 | Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde |
| S00–T98 | Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin |
| V01–Y98 | Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti |
| Z00–Z99 | Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami |
| U00–U99 | Kódy pro speciální účely |

Tabulka 2 | Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a přidružených zdravotních problémů (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>)

Metodologické základy měření zdraví a nemoci poskytuje **epidemiologie** (z řečtiny studium (logos) toho, co je mezi (epi) lidmi (demos)), bez jejíchž 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 (tamtéž, 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.“ (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 pomocí 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. Základními ukazateli nemocnosti (morbidity) jsou (Holčík & Žáček 1995, p. 29):

- **incidence** (absolutní, relativní), která 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).¹

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

Zejména v rámci mezinárodního srovnání se uplatňují kompozitní ukazatele (jakkoliv mohou a jsou metodologicky problematické), jakým je 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 Policies² 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), 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 širěji chápaná kvalita života.

Použitá literatura:

- 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.
- 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
- Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M., A. Gulliford, M. (2011). *Oxford textbook of public health*. New York: Oxford University Press.
- Detels, R., Edgar, B. & Meert, H. (2005). *Oxford textbook of public health*. Oxford: Oxford University Press.
- Hofmann, B. (2005). Simplified models of the relationship between health and disease *Theoretical Medicine and Bioethics*. 26:355–377.

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

- Holčík, J. & Žáček, A. (1995). Sociální lékařství. Brno: Masarykova univerzita.
- Locker, Social determinants of health and disease. (2009). EService Health. Scambler. 02/02/2013<http://www.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780702029011/9780702029011.pdf>.>
- Nordenfelt, L. (1995). On the nature of health: an action-theoretic approach. Dordrecht: Wolters Kluwer Academic Publishers.
- 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.
- Potůček, M. et al. (2005). Veřejná politika. Praha: Slon.
- Sze, S. (1988). WHO: From Small Beginnings. World Health Forum 9(1):29–34.
- Tamm, M. E. (1993). Model of health and disease. British Journal of Medical Psychology. 66:3.213–228.
- WHO (2006). Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement. Geneva: WHO.

Doporučená literatura:

- 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.
- Sze, S. (1988). WHO: From Small Beginnings. World Health Forum 9(1):29–34.
- WHO (2006). Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement. Geneva: WHO.

34 Zdravotní gramotnost (Health Literacy)

Miroslav Barták

Podle starší definice WHO představuje zdravotní gramotnost kognitivní a sociální dovednosti, které podmiňují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup a rozumět informacím, které vedou k podpoře a udržení dobrého zdraví. Přehledová publikace WHO (Kickbush et al., 2013) nabízí definici, kterou zpracovalo Evropské konsorcium zdravotní gramotnosti v roce 2012. 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. Lze rozlišovat několik typů zdravotní gramotnosti (Nutbeam, 2000): **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. Dalším typem je **komunikační/interakční gramotnost**, tedy více rozvinuté kognitivní dovednosti a schopnost číst a psát, které umožňují společně se sociálními dovednostmi aktivní participaci na každodenních aktivitách, extrahovat informace a vytvářet soudy na základě různých forem komunikace a aplikovat nové informace na měnící se podmínky. Posledním typem je **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.

Zdravotní gramotnost se někdy označuje jako kritický koncept **veřejného zdraví** (↑) a je hojným tématem akademického výzkumu i praxe. Důvodů je několik (viz Kickbush & Maag, 2008), a to, že zdravotní gramotnost je základní **životní dovedností** (↑) každého jednotlivce, je imperativem veřejného zdravotnictví, podstatnou součástí sociálního kapitálu a také kritickým

ekonomickým tématem. Kickbush & Maag píší o zdravotní gramotnosti jako o klíčovém konceptu tzv. moderní zdravotní společnosti (společnosti, která zohledňuje ve svých aktivitách otázky zdraví) a uvádí, že trendem v soudobých společnostech je zvyšující se střední délka života a délka života prožitá ve zdraví, expanze systému zdravotnictví a obecněji péče o zdraví, rychle rostoucí trh soukromých služeb ve zdravotnictví, prevalence zdraví jako klíčového tématu společenské a politické debaty a prosazování zdraví jako základního osobního životního cíle a občanského (sociálního) práva (Kickbush & Maag, 2008). V českém prostředí se věnuje otázce zdravotní gramotnosti systematicky například prof. Jan Holčík, který publikoval 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 bylo realizováno také několik projektů podpořených ze strukturálních fondů Evropské unie.

Samotný pojem se začal využívat v sedmdesátých letech minulého století a podle výzkumu (Van den Broucke, 2014) byly doposud publikovány přibližně tři tisíce článků zaznamenaných v databázi Pubmed na toto téma, z toho 75 % v posledních pěti letech. Původně se pojem zdravotní gramotnost vztahoval zejména na zdravotnické služby, respektive schopnost porozumět medicínským textům. Během let se pojem rozšířil také na schopnost jednat na základě psaných medicínských informací, schopnost sdělit lékařům zdravotní potřeby a porozumět pokynům lékaře. Ještě o něco později si našel pojem cestu do oblasti veřejného zdraví, kdy se zdravotní (ne)gramotnost spojuje s tématy jako účast na preventivních prohlídkách, **aktivitách podporujících zdraví** (↑), screeningových vyšetřeních, případně dodržování léčebného režimu (srovnej Van den Broucke, 2014). 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.

V literatuře se můžeme setkat s několika definicemi tohoto pojmu (přehled definic viz tabulka 3 na str. 221 in Sørensen et al., 2012). Podle starší definice WHO představuje zdravotní gramotnost kognitivní a sociální dovednosti, které podmiňují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup a rozumět informacím, které vedou k podpoře a udržení dobrého zdraví. Podle Americké lékařské asociace (AMA) je zdravotní gramotnost konstelací dovedností, včetně schopnosti základního čtení a numerických dovedností, které jsou nutné k fungování v prostředí 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 (Sørensen et al., 2012). V této citované práci Sørensen 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 je termín zdravotní gramotnost využíván 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 (2000) upozorňuje, 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. Nutbeam 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. Dalším typem je **komunikační/interakční gramotnost**, tedy více rozvinuté kognitivní dovednosti a schopnost číst a psát, které umožňují společně se sociálními dovednostmi aktivní participaci na každodenních aktivitách, extrahovat informace a vytvářet soudy na základě různých forem komunikace a aplikovat nové informace

na měnící se podmínky. Posledním typem je *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. (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 k nezdravějšímu životnímu stylu, horšímu zdraví a také ke zvýšení spotřeby zdravotnických služeb.

Z dostupných výzkumů (viz Kickbush et al., 2013) v Evropě víme, že zdravotní gramotnost ovlivňuje významněji zdravotní stav než příjem, postavení 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 3–5% 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 doménu je domov a komunita, kde je cíleno na obecné kompetence související se zdravím a posilování zdraví podporujícího, chránícího 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 související-

cích 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 (Kickbush & Maag, 2008). Různé **dimenze zdravotní gramotnosti** v oblasti zdravotní péče, prevence onemocnění a široce pojaté podpory zdraví v oblastech dostupnosti informací, porozumění informacím, jejich hodnocení a využití nabízí souhrnná tabulka č. 3.

| 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 3 | Dimenze zdravotní gramotnosti (Sørensen et al., 2012)

Ilona Kickbush a kolektiv (Kickbush 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** (↑), více pracovními úrazy, problematictějším dodržováním léčebného režimu, vyšší úrovni hospitalizací a také předčasnými úmrtími. Zdravotní gramotnost ovlivňuje také subjektivní hodnocení vlastního zdraví. U zdravotní gramotnosti se projevuje sociální gradient (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.

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 tabulce č. 4.

| 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 pomoci výzkumů zdravotní gramotnosti v populaci. | Poskytovat odhady podílu populace s nedostatečnými znalostmi s cílem postihnout komplexní nároky každodenního života. Neúplné 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 pro občany s omezenou zdravotní gramotností a informovat politické rozhodovatele. |

Tabulka 4 | Přístupy k měření zdravotní gramotnosti (Kickbush et al., 2013)

Ke zlepšení zdravotní gramotnosti lze přispět v mnoha oblastech. Podle Kickbush & 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 pochopitelné označování potravin nebo nastavení pravidel pro posuzování zdravých voleb (Kickbush & Maag 2008).

Použitá literatura:

- Holčík, J. (2010). Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno: Masarykova univerzita.
- Kickbusch, I., Pelikan, J.,M. , Apfel, F. & Tsouros, A. (2013). Health Literacy: The Solid Facts. Copenhagen: World Health Organization.
- 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.
- 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.
- 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.
- Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72:10.

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.

Doporučná literatura:

Holčík, J. (2010). *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita.

Kickbusch, I., Pelikan, J.,M. , Apfel, F. & Tsouros, A. (2013). *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization.

Doslov

Výkladový slovník základních pojmů a konceptů školské primární prevence rizikového chování je dalším materiálem do kolekce základních textů pro preventivní pracovníky a širší odbornou veřejnost. Tyto hlavní pojmy tvoří základní jazykový a výkladový rámec a podporu dalším textům, které na něj navazují. Doplnuje původní učebnici (Miovský et al., 2010, 2015) z roku 2010 (druhé vydání 2015) a rozšiřuje její záběr právě o kontextuální výklad základních pojmů a konceptů. Současně slovník vytváří bázi pro dokumenty, které v projektu VYNSPI a VYNSPI-2 vznikly. Jedná se především o Příklady dobré praxe preventivních programů a intervencí (Širůčková a kol., 2012), které nabízejí přehled několika vybraných programů a intervencí používaných v naší zemi v různých organizacích. Příklady jsou zpracované dle jednotné struktury a poskytují ucelený obrázek toho, co dnes praxe v tom nejlepším smyslu slova nabízí. Dobrým příkladem může být Asociace pro poruchy příjmu potravy (PPP), která aktuálně garantuje preventivní programy v této oblasti a vyvíjí internetové preventivní mezinárodní programy (viz přímo www.proyouth.eu), včetně vzdělávání (viz např. Centrum pro poruchy příjmu potravy) a vytváření vědecky ověřených programů prevence (viz též Papežová, 2010). Dalším zásadním textem je pracovní návrh struktury a doporučeného obsahu a rozsahu Minimálního preventivního programu (Miovský, Skácelová, Čablová, Veselá & Zapletalová, 2012). Dlouhé roky se o tzv. Minimálním preventivním programu diskutuje. Je obsažen v mnoha dokumentech, současně však jeho podoba, parametry či doporučený obsah jsou věci, které se ukazují být nejasné, málo prodiskutované a často zde narážíme na obrovské terminologické a definiční propasti. Některá z hesel slovníku by měla v této diskusi pomoci najít možná východiska. Stejně tak je tomu v případě posledního z větších dokumentů, na kterých pracovala poměrně velká skupina kolegů a kterými jsou Standardy kvality (Pavlas Martanová et al., 2012). Ty od své první publikované verze v roce 2005 (která navázala na verzi připravenou ve spolupráci s kolegy z neziskového sektoru v rámci projektu Phare 2000, z roku 2001) prošly opakovanou důkladnou diskusí. Pracovní

kolektiv vedený Veronikou Martanovou připravil důkladnou a hlubokou revizi dokumentu. Nebál se jít do základní architektury dokumentu a pojetí jednotlivých hodnocených oblastí. I zde jsme se snažili promítnout terminologii tak, aby byla v souladu s ostatními dokumenty a držela jeden společný rámec.

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

Seznam použité literatury

- Adámková, T., Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovska, L. & Miovský, M. (2009). Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. Adiktologie, (9)2, 86–94.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- AKŠKP (2011). <http://rejstrik.penize.cz/ares/22877126-asociace-krajjskych-skolskych-koordinatoru-prevence-o-s> Staženo 17. 2. 2012.
- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H. & Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BioMed Central Public Health*, 7, 53.
- Arslan, E., Durmusoglu-Saltali & Yilmaz, H. (2011). Social skills and emotional and behavioral traits of preschool children. *Social Behavior and Personality*, 39(9), 1281–1288.
- Avcioglu, H. (2005). *Social skills training with activities*. Ankara: Kök.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. Pp. 25–29 in *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*, DiClemente, R. J. and Peterson, J. L., eds. New York: Plenum Press.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Beccaria, C. (1893). *O zločinech a trestech*. Praha: Bursík a Kohout.
- Běhouňková, L. (2010). Artefietická prevence, intervence a poradenství v kontextu inkluzivního vzdělávání žáků s problémy v chování na 2. stupni ZŠ. *Speciální pedagogika*, 20(1), 10–31.
- Běhouňková, L. (2011). *Rozvoj sociálních dovedností ohrožených dětí v institucionální výchově v kontextu přípravy na samostatný život*. Disertační práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.
- Belz, H. & Siegrist, M. (2001). *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál.
- Bém, P. & Kalina, K. (2003). Úvod do primární prevence – východiska, základní pojmy a přístupy. In Kalina K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kap. 10/1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Botvin, G. (1995). *Prevention Update*. Cornell University Medical College, Institute of Prevention Research, United States of America.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211–232.

- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. In Sloboda, Z. & Bukowski, W. J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention: Theory, science and practice* (pp 45–69). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Brounstein, P. J., Zweig, J. M., Gardner, S. E. et al. (2001). *Science-Based Substance Abuse Prevention: A Guide*. The Department of Health and Human Services (DHHS).
- Bryman, A. (2001). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Bühler, A., Schröder, E. & Silbereisen, R. K. (2008). The role of life skills promotion in substance abuse prevention: A mediation analysis. *Health Education Research*, 23(4), 621–632.
- Caldarella, P. & Merrell, K. W. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: a taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*. 26(2), 264–278.
- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S. & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 56–63.
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.*; 112(1), 64–105.
- Clarke, A. et al. (2011). Describing and assessing interventions to address anti-social behaviour. Home Office Research Report 5.1.
- Cohen, S. & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In: Neufeld, R. W. J. (Ed.). *Advances in the investigation of psychological stress*. Wiley, New York, 235–283.
- Coie, J. et al. (1995). Childhood peer rejection and aggression as predictors of stable patterns of adolescent disorder. *Development and Psychopathology*, 7, 697–713.
- Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. A., Reeslund, K. L., Fear, J. et al. (2010). Coping and Parenting: Mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 623–634.
- Čablová, L., Štátná, L., Charvát, M., Maierová, E., Endrödiiová, L. & Dolejš, M. (2011). Preventure – metoda krátké cílené intervence. *Adiktologie*, (11)2, 92–98.
- Čech, T. (2005). Primární drogová prevence a protidrogová výchova ve školách. In Štílec, S. (ed.). *Studie z teorie a metodiky výchovy II* (pp. 140–152). Brno: Masarykova univerzita.
- Čech, T. (2011). Škola a její preventivně-výchovná strategie jako předpoklad rozvoje kompetencí dětí. *Prevence*, 8(7), 4–7.
- ČSN EN 45012. Všeobecné požadavky na orgány provádějící posuzování a certifikaci/registraci systémů jakosti.
- ČSN EN ISO 19011. Směrnice pro auditování systémů managementu jakosti a/ nebo systémů environmentálního managementu.

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

- Fairchild, A. J., MacKinnon, D. P., Taborga, M. P. & Taylor, A. B. (2009). R2 effect size measures for mediation analysis. *Behavior Research Method*, 41(2), 486–489.
- Fearnow-Kenney, M. D., Wyrick, D. L., Hansen, W. B., Bibeau, D. L. & Dyreng, D. (2004). Normative beliefs, alcohol expectancies and alcohol-related problems among college students: Implications for theory and prevention practice. *Journal of Alcohol and Drug Education* 47 (1), 31–44.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399–419.
- Ferrence, R. (2001). Diffusion theory and drug use. *Addiction* 96, 165–73.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
- Foucault, M. (1999). *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin.
- Foucault, M. (2000). *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.
- Franzowiak, P. (2002). Primary drug prevention: Developments in Germany since the 1970s. *Journal od drug issues*. 491–502.
- French, D. C. & Conrad, J. (2001). School dropout as predicted by peer rejection and antisocial behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 3, 225–244.
- Gabrhelík, R. (2010). Teoretické modely v primární prevenci a základní typy preventivních programů. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Gabrhelík, R. & Kubů, P. (2010). Informační zdroje v primární prevenci, pp. 135–139, In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN Tišnov a Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze.
- Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D. M., Stastna, L. & Jurystova, L. „Unplugged“ (2015). *A School-Based Randomized Control Trial to Prevent and Reduce Adolescent Substance Use in the Czech Republic*. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Gajdošová, E. (1998). *Školský psycholog a jeho vstup do humanizácie našich škôl*. Bratislava: Príroda.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R. & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Garmezy, N. & Masten, A. S. (1986). Stress, competence, and resilience: Common frontiers for therapist and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 17:500–521.
- Gázquez Pertusa, M., García del Castillo, J. A. & Ruiz Alfaro, I. (2011). Importancia de la fidelidad en la implementación de programas escolares para prevenir el consumo de drogas. *Health and Addictions* (2), retrieved: <http://www.haaj.org/sites/default/files/0-3-importancia.pdf>, 7th October 2011.

- Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A. & Zins, J. E. (2005). *The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice (Volume 3)*. DHHS Pub. No. (SMA). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Gresham, F. M., Elliott, S. N., Vance, M. J. & Cook, C. R. (2011). Comparability of the social skills rating system to the social skills improvement system: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 27–44.
- Gülay, H. (2009). Peer relations in the preschool stage. *Journal of Balikesir University. Social Sciences Institute*, 12 (22), 82–93.
- Hadrill, K., Singh, K. & Bennett, T. (Ed.) (2007). *Self management. Academic tip sheet*. Edith Cowan University. Retrieved September 2, 2011 from: http://www.ecu.edu.au/CLT/tips/docs/self_management.pdf
- Hamanová, J. & Hellerová, P. (2000). Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). *Československá pediatrie*, 55 (6), 380–387.
- Harré, N. (2000). Risk evaluation, driving, and adolescents: A typology. In *Developmental Review 2000*, No. 20, pgs. 206–226. Dostupný z [www: <http://www.idealibrary.com>](http://www.idealibrary.com)
- Harrington, A. et al. (2006). *Moderní sociální teorie*. Praha: Portál.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál.
- Havlík, R. (2007). *Úvod do sociologie*. Praha: Karolinum.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 11 2(1), 64–105.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 226–234.
- Helus, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada.
- Hill, G. (2010). Use of evidence based practices. Přednáška v rámci konference „Trestní politika, kriminalita a kriminologie: zkušenosti a nové výzvy“. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 16.–17. 9. 2010
- Holcnerová (Vondráčková), P. & Vacek, J. (2010). Využití internetu v léčbě abúzu a syndromu závislosti na alkoholu. *Adiktologie*, 10, 110–119.
- Holická, N. (2010). Realizace programu Zdraví 21 v kontextu MŠMT. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (pp. 66–70). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Holland, W. W., Detels, R., Knox, G. (eds.) (1991). *Oxford Textbook of Public Health*, 2nd edition, Volume 1, 2, 3. UK: Oxford University Press.

- Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Nakladatelství Tigris.
- Hughes, C. & Lloyd, J. W. (1993). An analysis of self-management. *Journal of Behavioral Education*, 3(4) 405–425.
- Hunter, S. (2007). Checklist for Evaluating Web Sites. Retrieved on 2011–10–20 from: www.library.dal.ca/How/Guides/Checklist/
- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M. (2012). Čtyřúrovňový model vzdělávání v primární prevenci. [nepublikovaný koncepční materiál projektu ESF OP VK „VYNŠPI“ reg. č. CZ.1.07/1.3.00/08.0205]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK.
- Institute of Medicine (2002). *Speaking of Health: Assessing Health Communications Strategies for Diverse Populations*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- IREFREA (2003). *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*. Valencia: MARTIN IMPRESORES, S.M.
- Jandourek, J. (2007). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Janečková, B. & Daněčková, T. (Eds.) (2007). *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze.
- Janosz, M., Blanc, M. L., Boulerice, B. & Tremblay, R. E. (2000). Predicting different types of school dropouts: A typological approach with two longitudinal samples. *Journal of Educational Psychology*, 92, 1, 171–190.
- Jerfelt, T. (1998). Evaluation planning. In: Baker, O., Mounteney, J. & Neaman, R. (Eds.) (1998). *Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph Series, No. 2*. Lisabon: EMCDDA, pp. 67–72.
- Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12, 597–605.
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In Jessor, R. (ed.). *1998. New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Jessor, R. (2008). Description Versus Explanation in Cross-National Research on Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43, 527–528.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1997). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. In Marlatt, G., Van den Bos, G. R. (Eds.). *Addictive behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment* (pp. 239–264). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie* 9 (1), 11–19.
- Kaiser, G. (1994). *Kriminologie*. Praha: C. H. Beck.

- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: ÚV ČR.
- Kandel, D. B. (1980). Development stages in adolescent drug involvement. In Lettieri, D. J., Sayers, M. & Pearson, H. W. (Eds). *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monographs No 30.
- Kant, I. (1976). *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda.
- Karabec, Z. (2004). Kriminologické aspekty trestní represe. In Novotný, O., Zapletal, J. et al. (2004). *Kriminologie* (s. 203–222). Praha: ASPI.
- Kerr, M. M. & Nelson, C. M. (1998). *Strategies for managing behavior problems in the classroom*. (3rd ed.). Columbus, Ohio: Prentice Hall.
- Kirk, E. E. (2011). Evaluating Information Found on the Internet: Items to Consider. Retrieved on 2011–10–20 from: <http://guides.library.jhu.edu/evaluating-information>
- Kiššová, L. (Ed.) (2011). *Národní strategie protidrogové politiky 2010–2018, schválena usnesením č. 340 ze dne 10. 5. 2010, V ČR. 2011*.
- Kloep, M., Güney, N., Cok, F. & Simsek, Ö. F. (2009). Motives for risk-taking in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Adolescence*, 32(1), 135–151.
- Knapp, V. (1995). *Teorie práva*. Praha: C. H. Beck.
- Kolář, P. (2011). *Národní kvalifikační rámec vzdělávání (Q-RAM)*. Nepublikovaná prezentace. Dostupný 4. 6. 2012 na: <http://www.radavs.cz/prilohy/15p8Q-RAM-Kolar.ppt>
- Kolektiv autorů (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Komárková, R., Slaměník, I. & Výrost, J. (eds.) (2005). *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik*. Praha: Grada.
- Koncepce poskytování poradenských služeb ve školách, IPPP ČR. *Věstník MŠMT*, č. 7/2005.
- Kratochvíl, V. et al. (2009). *Kurs trestního práva. Trestní právo hmotné. Obecná část*. Praha: C. H. Beck.
- Kratochwill, T. R. & Shernoff, E. S. (2004). Evidence-based practice: Promoting evidence-based interventions in school psychology. [Article; Proceedings Paper]. *School Psychology Review*, 33(1), 34–48.
- Krch, F. D., Csémy, L., Drábková, H. (2003). Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů (Školní studie). *Česká a slovenská psychiatrie*, 8, 415–422.
- Kröger, Ch. (1998). Evaluation: Definitions and Concept. In: Baker, O., Mounteney, J. & Neaman, R. (Eds.) (1998). *Evaluation drug prevention in the European union*. Scientific monograph series, No. 2. (pp. 61–66). Lisabon: EMCDDA.
- Kubů, P. (2002). *Obecné zásady, kritéria kvality, testování a cílová skupina využití internetu v projektech prevence závislostí a harm reduction*. *Adiktologie*, 2, 30–39.
- Kuipers, H. (1998). Measuring outcomes: methodology, Tudory and mediating variables. In: Baker, O., Mounteney, J. & Neaman, R. (Eds.) (1998). *Evaluation drug prevention in the European union*. Scientific monograph series, No. 2. (pp. 73–80). Lisabon: EMCDDA.

- Kumpfer, K. L. & Turner, C. W. (1990–1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of the Addictions* 25(4A):435–463.
- Kury, H. (2008). *Fear of crime: punitivity: new developments in theory and research*. Brockmeyer Verlag.
- Lam, A. L., Cole, C. L., Shapiro, E. S. & Bambara, L. M. (1994). Relative effects of self-monitoring on-task behavior, academic accuracy and disruptive behavior in students with behavior disorders. *School Psychology Review*, 23(1), 44–58.
- Lane, K. L., Givner, C. C. & Pierson, M. R. (2004). Teacher expectations of student behavior: Social skills necessary for success in elementary school classrooms. *Journal of Special Education*, 38, 104–111.
- Lane, K. L., Gresham, F. M., O’Shaughnessy, T. E. et al. (2002). *Interventions for Children With or At Risk of Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: Allyn&Bacon.
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. et al. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research & Theory*, 18(1), 84–96.
- Lewin, K., Lippit, R. & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates. *Journal of social psychology*, 10, 271–299.
- Liu, L. C. & Flay, B. R. Aban Aya Investigators (2009). Evaluating mediation in longitudinal multivariate data: mediation effects for the Aban Aya Youth Project drug prevention program. *Prevention Science*, 10(3), 197–207.
- Loewenstein, G. F., Hsee, Ch. K. & Weber, E. U. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127, 2, 267–286.
- Macek, P. (2003): *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.
- MacKinnon, D. P. (2011, February). Integrating mediation and moderation in outcome studies. Paper presented at The International Conference on Outcomes Research. Retrieved 5. 10. 2011 from: <http://www.socialstyrelsen.se/evdendbaseradpraktik/lokalautbildningar/Documents/Mackinnon.pdf>.
- MacKinnon, D. P. & Luecken, L. J. (2008). How and for whom? Mediation and moderation in health psychology. *Health Psychology*, 27(2 Suppl), S99 – S100. 10.1037/0278–6133.27.2(Suppl.).S99.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J. & Fritz, M. S. (2007b). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 59–614.
- MacKinnon, D. P., Johnson, A. J., Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Hansen, W. B., Flay, B. R. et al. (1991). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First year effects of the midwestern prevention project. *Health Psychology*, 10, 164–172.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Brown, C. H. et al. (2007a). The intermediate endpoint effect in logistic and probit regression. *Clinical Trials*, 4, 499–513.
- Maňák, J. & Švec, V. (2003). *Výukové metody*. Brno: Paido.

- 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.
- Martanová, V., Skácelová, L., Slavíková, I., Braun, R., Valentová, K., Heider, D. et al. (2007). Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN v Praze.
- Matějček, Z. & Dytrych, Z. (1998). Riziko a resilience. *Československá psychologie*, 42(2), 97–104.
- McCarthy, D. M., Pedersen, S. L., Thompsen, D. M. & Leuty, M. E. (2006). Development of a measure of drinking and driving expectancies for youth. *Psychological Assessment*, 18, 2, 155–164.
- McConville, S. (Ed.) (2003). *The use of punishment*. Willan Publishing.
- McCormick, L. K., Steckler, A. B. & McLeroy, K. R. (1995). Diffusion of innovations in schools: A study of adoption and implementation of school-based tobacco prevention curricula. *American Journal of Health Promotion*, 9, 210–219.
- McCoy, A. R. & Reynolds, A. J. (1998). Evaluating implementation. In: Reynolds, A. J. & Walberg, H. J. (Eds.), *Advances in educational productivity: Vol. 7* (pp. 117–133). New York: JAI Press.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. & Bellis, M. (2007). *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací*. Praha: Úřad vlády ČR.
- McGuire, W. J. (1961). The effectiveness of supportive and refutational defenses in immunizing defenses. *Sociometry* 24, 184–97.
- McKeown, K., Haase, T. & Pratschke, J. (2001). *Springboard promoting family well-being: through family support services*. Dublin: Kieran McKeown Limited.
- Meir, C. R., DiPerna, J. C. & Oster, M. M. (2006). Importance of social skills in the elementary grades. *Education and Treatment of Children*, 29, 1–11.
- Metodické pokyny pro akreditaci MPA 60–01–04.
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (Č.j.: 20 006 /2007 – 51 ze dne 16. 10. 2007).
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D. & Elliott, D. (2004). Successful program implementation: lessons from blueprints. *Juvenile Justice Bulletin*, 1–11.
- Miovský, M. (2010). Budoucí možnosti koordinace primární prevence na krajské a regionální úrovni. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství* (pp. 70–74). Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Miovský, M. (2010). Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (pp. 13–28). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Miovský, M. a kol. (2010). *Systém školské primární prevence rizikového chování*. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární*

- prevence rizikového chování ve školství (s. 61–78). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Miovský, M. & Zapletalová, J. (2005). Cílové skupiny programů specifické primární prevence užívání návykových látek a jejich rozlišení dle resortní příslušnosti. Praha: MŠMT.
- Miovský, M., Miovská, L. & Kubů, P. (2004). Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti. *Adiktologie* 3, 288–305.
- Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., Zapletalová, J. (2012). Návrh doporučené struktury Minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.) (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Morgan-Lopez, A. A. & MacKinnon, D. P. (2006). Demonstration and evaluation of a method to assess mediated moderation. *Behavior Research Methods*, 38 (1), 77–87.
- Mravčík, V. (Ed.) et al. (2009). Zaostrěno na drogy, číslo 2/2009 (ročník sedmý). Česká protidrogová politika a její koordinace; Historie a současnost. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2007). Metodický pokyn pro poskytování supervize.
- MŠMT (2008). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2009). Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012, Praha: MŠMT.
- MŠMT (2010). Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Č.j.: 21291/2010–28. MŠMT.
- Mühlpachr, P. (2002). Sociální patologie. Brno: MU.
- Musil, J. (2010). Úvaha o přepínání trestní represe. Přednáška v rámci konference Trestní politika, kriminalita a kriminologie: zkušenosti a nové výzvy. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 16.–17. 9. 2010.
- MV ČR (2011). Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012 až 2015. Praha: MV ČR.
- MZ ČR (1999). Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. Praha: MZ ČR.
- National Institute on Drug Abuse (1997). Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide (NIH Publication No. 97–4212). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- National Institutes of Health (NIH) (2005). Theory at a glance: a guide for health promotion practice (second edition). NIH. Retrieved 11. 5. 2010 from: <http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>
- Nelson, J. R., Smith, D. J., Young, R. K. & Dodd, J. M. (1991). A review of self-management outcomes research conducted with students who exhibit behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 16(3), 169–179.
- Nešpor, K. (2002). Návykové nemoci. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie* (s. 556–576). Praha: Tigis.
- Nešpor, K. (2003). Metodika prevence ve školním prostředí. Praha: Fontis pro MŠMT.
- Nešpor, K. & Scheansová, A. (2009). Dovednosti pro život v prevenci a léčbě návykových nemocí. Staženo 22. 2. 2012 z <http://www.cepros.cz/odborna-verejnost/zahranicni-a-domaci-praxe/dovednosti-pro-zivot-v-prevenci-a-lecbe-navykovych-nemoci.html>
- Nešpor, K., Csémy, L. & Pernicová, H. (1999). Zásady efektivní primární prevence. Praha: Sportpropag.
- Newcomb, M. D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In Rahdert, E., & Czechowicz, D. (Eds.). *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 156. DHHS Pub. No. 95-3908. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Newton, N. C., Teesson, M., Vogl, L. E. & Andrews, G. (2010). Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*, 105(4), 749–759.
- NIDA (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. (2nd ed.). National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland.
- Noar, S. M., Pierce, L. B. & Black, H. G. (2010). Can Computer-Mediated Interventions Change Theoretical Mediators of Safer Sex? A Meta-Analysis. *Human Communication Research*, 36(3), 261–297.
- Novák, P., Miovský, M. & Šťastná, L. (2009). Mediální obraz konopných drog v souvislosti s kriminální činností. *Adiktologie*, 9 (4), 196–203.
- Novotný, O., Vanduchová, M. et al. (2007). Trestní právo hmotné – I. Obecná část. Praha: ASPI.
- Novotný, O., Zapletal, J. et al. (2004). *Kriminologie*. Praha: ASPI.
- O’Connell, M. E., Boat, T. & Warner, K. E. (Eds.) (2009). Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people. Washington, DC: The National Academies Press. Available at: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12480&page=36
- Ondok, J. P. (1999). *Bioetika*. Svitavy: Trinitas.
- Orlando, M., Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F. & Longshore, D. L. (2005). Mediation analysis of a school-based drug prevention program: Effects of Project ALERT. *Prevention Science*, 6, 35–46.

- Ormondroyd, J. (2011). *Critically Analyzing Information Sources*. Retrieved on 2011-10-20 from: <http://olinuris.library.cornell.edu/ref/research/skill26.htm>
- Papežová, H. (2010). Prevence poruch příjmu potravy. In Papežová H. a kol. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing. Pp. 311–315.
- Pavlas Martanová, V. (ed.) (2012). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga
- Pavlas Martanová, V. (2010). Certifikace preventivních programů. In Miovský, M., Zapletalová, J., Novák, P. (Ed.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (pp. 124–128). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Pharaoh, H., Frantz, J. & Smith, M. (2011). Life skills as predictors of engagement in health risk behaviours: A survey of secondary school learners. *African Journal for Physical Health*.
- Pokorný, V., Telcová, J. & Tomko, A. (2003). *Prevence sociálně patologických jevů*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky.
- PPP Brno – Pedagogicko-psychologická poradna Brno (2010). *Peer programy*. Retrieved 15. 6. 2010 from: <http://www.poradenskecentrum.cz/peer.php>
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3), 390–395.
- Průcha, J., Wal-te-ro-vá, E. & Mareš, J. (2009). *Pedagogický slovník*. 6. aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.
- RCAP – Rural Center for AIDS/STD Prevention (2008). *Computer Technology-Based HIV Prevention Interventions*. Rural Center for AIDS/STD Prevention: Fact Sheet, 22, 1–4.
- Reid, R. (1996). Research in self-monitoring with students with learning disabilities: The present, the prospects, the pitfalls. *Journal of Learning Disabilities*. 29(3), 317–331.
- Roberts, A. R. (Ed.) (2005). *Crisis intervention handbook. Assessment, treatment and research*. New York: Oxford University Press.
- Roberts, J. & Hough, M. (Eds.) (2002). *Changing Attitudes to Punishment: Public opinion, crime and justice*. Willan Publishing.
- Röhm, A. (2002). Präventionsebenen und Handlungsstrategien. In: Arnold, H. & Schille, H. J. (Eds.). *Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention* (pp. 265–281). Weinheim, München: Juventa. ISBN 3-7799-0783-6.
- Rose, N. (2009). Normality and pathology in a biomedical age. *Sociological review*, 57 (Suppl.), 66–83.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. Pp. 5–24 in *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions*, DiClemente, R. J. and Peterson, J. L. (Eds). New York: Plenum Press.

- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57: 316–33.
- Salmon, J., Brown, H. & Hume, C. (2009). Effects of strategies to promote children's physical activity on potential mediators, *International journal of obesity*, 33, 566–573.
- SAMHSA/CSAP (2001). *Science-based substance abuse prevention: A Guide*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- SAMHSA/CSAP (2002). *The national cross-site evaluation of high-risk youth programs*. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville: DHHS Publication.
- Sevier County Special Education (2011). *Self-management of behavior in schools*. Retrieved 2, September 2011 from: <http://www.slc.sevier.org/selfmgt.htm>
- Skácelová, L. (2010). Postup při zpracování minimálního preventivního programu. In: Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (pp. 103–110). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Slavíková, I. & Zapletalová, J. (2010). Školní metodik prevence. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (pp. 82–88). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Springer, A. & Uhl, A. (Eds.) (1998). *Evaluation research in regarding primary prevention of drug abuse*. European Commission: Social Sciences. Cost A6. Brussels: European Commission.
- Springer, J. F. & Phillips, J. L. (2007). *The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice*. Prevention Policy Paper Series, EMT Associates, Inc, Folsom, CA (available at http://www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf).
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171–194.
- Sussman, S., Sun, P., McCuller, W. J. et al. (2003). Project Towards no drug abuse: two-year outcomes of a trial that compares health educator delivery to self-instruction. *Prevention Medicine* 37, 155–162.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W. & Newcomb, M. D. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of „drug abuse“ prevention. *Subst Use Misuse*. 39(10–12), 1971–2016.
- Syříštová, E. (Ed.) (1972). *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum.
- Širůček, J., Širůčková, M. & Macek, P. (2007). Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá psychologie*, 51(5), 476–488.
- Širůčková, M. (2010). Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového*

- chování (pp. 30–39). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
- Špatenková, N. a kol. (2004). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Taromian, F. (1999). Life skills; definitions and theoretical basics. *Journal Zharfaye Tarbiat*, 4, 32–35.
- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P. et al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275–336.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *J. Drug Issues* 16(4), 537–67.
- Trauer, T., Duckmanton, R. A. & Chiu, E. (1997). The assessment of clinically significant change using Life skills profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 257–263.
- Turbin, M. S., Jessor, R., Costa, F. M., Hongchuan, Zhang, Q. D. Z. & Wang, Ch. (2006). Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does Social Context Matter? *Health Psychology*, 25, 4, 445–454.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2004). *Schools: School-based education for drug abuse prevention*. United Nations, Vienna.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2006), *Guidance for the measurement of drug treatment demand* (available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index26898EN.html>).
- United Nations Office on Drugs and Crime Prevention (UNODC) (2004). *School-based Drug Education: A guide for practitioners and the wider community*. United Nations, Vienna.
- University of Kansas (2011). *Teaching self-management skills*. Retrieved September 1, 2011 from: <http://www.specialconnections.ku.edu/cgi-bin/cgiwrap/specconn/main.php?cat=behavior§ion=main&subsection=pbsint/self>
- University of Sydney (2011). *Personal skills*. Retrieved 1 September 2011 from: http://sydney.edu.au/science/uniserve_science/projects/skills/jantrial/personal.htm
- Urban, L. & Dubský, J. (2008). *Sociální deviace*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Úřad vlády ČR (2005). *Bilanční zpráva o plnění úkolů z národní strategie protidrogové politiky 2001–2004*. Praha: ÚV ČR.
- Usnesení vlády ČR (2002) ze dne 19. června 2002 č. 643 o zřízení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. <http://racek.vlada.cz/usneseni/usnweb.nsf/0/B16EDC6E61E087B7C12571B6006BAA04> Staženo 17. 2. 2012.
- Václavková, B. & Černý, M. (2010). Komunitní spolupráce a základní pojetí primární prevence v komunitě. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování* (s. 57–59). Tišnov, Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.

- Van der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M., Lindahl, A. M., Melero, J. C., Vassara, M., Faggiano, F., the EU-Dap Study Group (2009). Unplugged: a new European school program against substance abuse. *Drugs Education Prevention and Policy*, 16, 167–181.
- Van der Stel, J., Voordewind, D. (Eds.) (1998). *Příručka prevence: Alkoholu, drog a tabáku*. Velvyslanectví nizozemského království.
- VanderBos, G. R. (Ed.) (2006). *APA dictionary of psychology*. (1st ed.). Washington, DC, American Psychological Association.
- Večeřa, M. et al. (2006). *Základy teorie práva*. Brno: MU.
- Vojtová, V. (2010). *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku poruch chování a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Muni Press.
- Všeobecná encyklopedie Universum (2001). 9. díl / Sp–T. Praha: Odeon.
- Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích (1998). 4. díl, Ř–Ž. Praha: Nakladatelský dům OP Diderot.
- Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. 2005. Dostupné na: <<http://www.msmt.cz>>.
- Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L. & Michie, S. (2010). Using the internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of the theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), e4.
- WHO (1993). Increasing the Relevance of Education for Health Professionals. In EMCDDA, *Models and theories*. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>
- WHO (1994). *Life skills education in schools*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000a). *International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000b). *Process Evaluations*. Workbook No. 4. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000c). *Outcome Evaluations*. Workbook No. 7. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO, Regional Office for the Western Pacific. (2003). *Value Adolescents, Invest in Future: Educational Package. Facilitator's Manual*. Manila, Philippines.
- Williams, A. F. (1998). Risky driving behaviour among adolescents. In Jessor, R. (Eds.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 221–240). Cambridge University Press.
- Wilson, R.W. & Kolander, Ch. A. (2011). *Drug abuse prevention. Alcohol and community partnership*. Third edition. Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Zábranský, T. (2006). Neúspěch protidrogové mediální prevence v USA. Retrieved 29. 3. 2008 from: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/78/785/Neuspech-protidrogove-medialni-prevence-v-USA.html>

- Zákon 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem, návykovými látkami, http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/place, staženo 17. 2. 2012.
- Zákon o krajích 129/2000 Sb. (krajské zřízení) <http://www.sbirkazakonu.info/zakon-o-krajich-krajske-zrizeni/>, staženo 28. 12. 2010.
- Zapletalová, J. (1999). Školní psycholog ve vztahové síti školy: Pozitiva a úskalí profese. *Výchovné poradenství – Zpravodaj IPPP ČR a APPŠ*, 20–23.
- Zapletalová, J. (2010). Školní poradenské pracoviště. In Miovský, M., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování* (pp. 78–81). Praha: Sdružení SCAN; Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie; Togga.
- Zimmerman, M. A. & Schmeelk-Cone, K. H. (2003). A longitudinal analysis of adolescent substance use and school motivation among African American Youth. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 2, 185–210.
- Zins, J. E. & Elias, J. M. (2006). Social and emotional learning: Promoting the development of all students. In: Bear, G. G., Minke, K. M., Thomas, A. (Eds.), *Children's needs III: Development, problems and alternatives* (pp. 1–13). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Zins, J. E. & Elias, J. M. (2007). Implementation of Prevention Programs: Lessons for Future Research and Practice: A Commentary on Social and Emotional Learning: Promoting the Development of All Students. *Journal of educational and psychological consultation*, 17 (2&3), 257–262, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Seznam obrázků

- Obrázek 1: Hlavní determinanty zdraví – duhový model
- Obrázek 2: Totální efekt (c) nezávisle proměnné (X) na závislou proměnnou (Y) (upraveno podle Hayese, 2009, p. 409)
- Obrázek 3: Jednoduchý mediační model (upraveno podle Hayese, 2009, p. 409)
- Obrázek 4: Jednostupňový mnohonásobný mediační model (a single-step multiple mediator model) (upraveno podle Hayese, 2009, p. 409)
- Obrázek 5: Vícestupňový mnohonásobný mediační model (a multi-step multiple mediator model) (upraveno podle Hayese, 2009, p. 409)
- Obrázek 6a: Klasifikace typů mediace
- Obrázek 6b: Teoretická implementace mediace
- Obrázek 7: Model programu prevence (upravené podle MacKinnon, 1994, p. 128)
- Obrázek 8: Schematická struktura a rozsah hlavních částí navrženého modelu MPP

Seznam tabulek

- Tabulka 1: Přehled základních typů dovedností pro život
- Tabulka 2: Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a přidružených zdravotních problémů
- Tabulka 3: Dimenze zdravotní gramotnosti
- Tabulka 4: Přístupy k měření zdravotní gramotnosti

Zkratky

| | |
|----------|--|
| AC | Agentura pro certifikace |
| ASB | Antisocial Behaviour |
| APHA | American Public Health Association |
| CSAP | Center for Substance Abuse Prevention |
| DHHS | Department of Health and Human Services |
| DSM IV | Diagnostický a statistický manuál |
| DVPP | Další vzdělávání pedagogických pracovníků |
| EDPQS | Evropské standardy prevence (European Drug Prevention Quality Standards) |
| EMCDDA | Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) |
| ESPAD | Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách |
| EUDAP | The European Drug Addiction Prevention |
| EUSPR | Evropská společnost pro výzkum v prevenci (European Society for Prevention Research) |
| HBSC | Health Behavior in School-aged Children |
| HIV/AIDS | Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome (virus lidského imunodeficitu / syndrom získaného imunodeficitu) |
| IOM | Institute of Medicine |
| IP | internetový protokol (ve spojení IP telefonie – synchronní hlasová komunikace prostřednictvím internetu) |
| IREFREA | European Institute of Studies on Prevention |
| KPK | krajský protidrogový koordinátor |
| MI | Mentor International |
| MKN-10 | Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize |
| MŠMT ČR | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky |
| NFP | National Focal Point |
| NIAAA | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism |
| NIDA | National Institute on Drug Abuse |
| NRCIM | National Research Council and Institute of Medicine |
| PF | protektivní faktory |
| PG | Skupina Pompidou (Pompidou Group; Groupe Pompidou) |
| PP | primární prevence |
| PP UNL | primární prevence užívání návykových látek |
| PPP | pedagogicko-psychologická poradna |

Zkratky

| | |
|----------|---|
| PPRCH | primární prevence rizikového chování |
| RCAP | Rural Center for AIDS/STD Prevention (Venkovské centrum pro prevenci AIDS a sexuálně přenosných nemocí) |
| RF | rizikové faktory |
| RCH | rizikové chování |
| RVKPP | Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky |
| RVPPK | Republikový výbor prevence kriminality |
| SAMHSA | Substance Abuse and Mental Health Services Administration |
| SMS | short message service (služba krátkých textových zpráv – zkratka se vžila pro označení samotné krátké textové zprávy) |
| SPAN | Sít akademických pracovišť v oboru prevence (Science for Prevention Academic Network) |
| SPJ | sociálně patologické jevy |
| SPR | Společnost pro preventivní výzkum (Society for Prevention Research) |
| SRA | Society for Research on Adolescence |
| SRCD | Society for Research in Child Development |
| SRCH D | Syndrom rizikového chování v dospívání |
| ŠMP | školní metodik prevence |
| ŠVP | školní vzdělávací program |
| UNODC | Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (United Nations Office on Drugs and Crime) |
| ÚV ČR | Úřad vlády České republiky |
| WHO | Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) |
| 1. LF UK | 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze |

Jmenný rejstřík

A

Aertsen, P. 25, 38, 44, 57, 69, 104,
112, 141, 155, 174, 188, 230
Ajzen, I. 80, 190–192, 227, 230
Andreassen, H. K. 47, 50, 227
Arslan, E. 171, 174, 227
Arthur, M. W. 63, 141, 231
Avcioglu, H. 171, 174, 227

B

Bambara, L. M. 40, 45, 234
Bandura, A. 80, 173, 174, 190, 191,
227
Baron, R. M. 73, 75, 76, 78, 82, 83,
84, 227
Beccaria, C. 150, 151, 227
Běhouňková, L. 124, 125, 173, 174,
227
Bellis, M. 25, 90, 155, 235
Belz, H. 106, 108, 227
Bém, P. 129, 227
Black, A. 27
Black, H. G. 50, 237
Blanc, M. L. 162, 165, 232
Bibeau, D. L. 129, 130, 230
Boulerice, B. 162, 165, 232
Botvin, G. J. 35–37, 148, 158, 159,
175, 200, 202, 227, 228
Brown, C. H. 83
Brown, H. 80, 84, 239
Brown, R. 27, 33
Bühler, A. 35, 37, 80, 82, 228
Bukowski, W. J. 148, 159, 228
Bullock, J. G. 84
Burgoon, M. 229

C

Caldarella, P. 172, 174, 228
Caplan, M. 36, 37, 228
Catalano, R. F. 38, 58, 63, 70, 141,
191, 228, 231
Clarke, A. 169, 228
Cohen, S. 43, 44, 228
Coic, J. 173, 174, 228
Cok, F. 164, 165, 233
Cole, C. L. 40, 45, 234
Cole, D. A. 82, 84, 228
Compas, B. E. 80, 82, 228
Conrad, J. 162, 165, 230
Costa, F. M. 58, 63, 104, 163, 165,
170, 232, 240
Crano, W. D. 229
Csémy, L. 113, 147, 148, 165, 233, 237

Č

Čablová, L. 3–7, 20, 34, 40, 88, 89,
98, 99, 104, 171, 225, 228, 236
Čech, T. 3, 4, 6, 143, 145–147
Černý, M. 125, 141, 142, 240

D

Daatland, Ch. 25, 38, 44, 57, 69,
104, 112, 141, 155, 174, 188, 230
Dahlgren, G. 31, 32
Daněčková, T. 63, 205, 232
DeSwert, J. 25, 38, 44, 57, 69, 104,
112, 141, 155, 174, 188, 230
Detels, R. 28, 29, 31–33, 162, 165,
211–215
DiPerna, J. C. 160, 172, 175, 235

Dodd, J. M. 40, 45, 237
 Doležalová, P. 3, 4, 6, 91
 Donaldson, S. 72, 83, 229
 Donovan, J. E. 163, 165, 169, 170,
 229, 232
 Drábková, H. 165, 233
 Dubský, J. 127, 130, 240
 Durkheim, E. 167, 170
 Durlak, J. A. 69, 229
 Dworkin, J. 163, 165, 229
 Dwyer, J. H. 83, 234
 Dyreng, D. 129, 130, 230
 Dytrych, Z. 60, 64, 235

E

Edwards, J. R. 43, 44, 228
 Eggert, L. L. 37, 38, 229
 Elias, M. J. 67–70, 229, 242
 Ellickson, P. L. 84

F

Fairchild, A. J. 73, 75, 80, 83, 230, 234
 Fear, J. 82, 228
 Fearnow-Kenney, M. D. 129, 130,
 230
 Fenk, R. 25, 38, 44, 57, 69, 104, 112,
 141, 155, 174, 188, 230
 Fergus, S. 62, 63, 230
 Ferrence, R. 190, 192, 198, 230
 Fishbein, M. 80, 190–192, 227, 230
 Fischer, S. 127, 128, 130, 169, 230
 Fischer, U. 25, 38, 44, 57, 69, 104,
 112, 141, 155, 174, 188, 230
 Flay, B. R. 82, 83, 234
 Forehand, R. 82, 228
 Foucault, M. 128, 130, 150, 151, 230
 Frantz, J. 34, 37, 38, 238
 Franzowiak, P. 158, 159, 230
 French, D. C. 162, 165, 230
 Fritz, M. S. 73, 75, 80, 83, 234

G

Gabrhelík, R. 3, 4, 6, 7, 11, 47, 50, 51,
 70, 125, 129–131, 189, 191, 192, 194,
 198, 203–205, 207, 227, 230, 232

Gajdošová, E. 108, 188, 230
 Gallà, M. 21, 25, 35, 38, 43, 44, 57,
 65, 68, 69, 100, 104, 112, 140, 141,
 155, 174, 188, 194, 198, 230
 Garmezy, N. 60, 63, 230
 Gázquez Pertusa, M. 65, 69, 230
 Giddens, A. 168, 169, 231
 Givner, C. C. 172, 175, 234
 Green, D. P. 25, 84
 Greenberg, M. T. 66–71, 231
 Gresham, F. M. 102, 104, 171, 175,
 231, 234
 Griffin, K. W. 35–37, 148, 158, 159,
 175, 227, 228
 Gülay, H. 171, 172, 231
 Güney, N. 164, 165, 233

H

Ha, S. E. 84
 Hamanová, J. 59, 63, 231
 Hansen, W. B. 83, 129, 130, 230
 Harré, N. 162, 165, 231
 Harrington, A. 169, 231
 Hartl, P. 85, 143, 147, 231
 Hartlová, H. 85, 143, 147, 231
 Havlík, R. 168, 169, 231
 Havlíková, M. 104, 179–181, 183
 Hawkins, J. D. 34, 38, 58, 63, 83,
 141, 191, 228, 231
 Hellerová, P. 59, 63, 231
 Helus, Z. 152, 155, 231
 Hill, G. 38, 150, 151, 231
 Holcnerová, P. 49, 50, 231
 Holčík, J. 211, 212, 214, 216, 218,
 223, 224
 Holická, N. 93, 96, 231
 Holland, W. W. 162, 165, 231
 Hongchuan, Zhang, Q. D. Z. 165,
 240
 Höschl, C. 34, 36, 38, 40, 44, 175,
 232, 237
 Hough, M. 151, 238
 Hsee, Ch. K. 163, 165, 234
 Hughes, C. 40, 41, 45, 232
 Hume, C. 80, 84, 239
 Hunter, S. 47, 50, 232

Ch

- Champion, J. E. 82, 228
Charvát, M. 3–7, 58, 89, 114, 115,
121, 125, 126, 139–142, 199, 201,
202, 228, 232

J

- Jandourek, J. 127, 128, 130, 232
Janosz, M. 162, 165, 232
Jessor, R. 58–60, 62, 63, 80, 104,
163, 164, 165, 169, 170, 191, 192,
232, 240, 241
Jessor, S. L. 80, 104, 163, 165, 169,
191, 192, 232,
Johnson, A. J. 83, 234
Jurystová, L. 3–7, 65, 68, 70, 114,
115, 121, 125, 126, 129, 139–142,
191, 192, 198, 199, 201–203, 205,
207, 227, 230, 232

K

- Kaiser, G. 151, 232
Kalina, K. 113, 129, 153, 155, 227,
233
Kanar, C. C. 41, 45
Kandelová, D. B. 190, 192, 233
Kant, I. 128, 130, 233
Karabec, Z. 151, 233
Kenny, D. A. 73, 75, 76, 78, 82–84,
227
Kerr, M. M. 39, 41, 45, 233
Khouiee, S. A. 34, 38, 235
Kickbush, I. 217–223
Kirk, E. E. 47, 50, 233
Kiššová, L. 92, 96, 233
Kloep, M. 164, 165, 233
Knapp, V. 149–151, 233
Knox, G. 162, 165, 231
Kolander, Ch. A. 20, 25, 241
Kolář, M. 104
Kolář, P. 100, 104, 233
Komárková, R. 36, 171, 172, 175,
233
Kopřiva, P. 183
Košťálová, H. 183

- Kratochvíl, V. 151, 233
Kratochwill, T. R. 89, 188, 233
Krch, F. D. 165, 233
Kröger, Ch. 53–57, 233
Kubů, P. 47, 50–52, 56, 57, 112, 230,
233, 236
Kumpfer, K. L. 190, 192, 234
Kury, H. 150, 151, 234

L

- Lalonde, M. 27, 33
Lam, A. L. 40, 45, 234
Lane, K. L. 172, 173, 175, 234
Leuty, M. E. 162, 165, 235
Lewin, K. 156, 157, 159, 234
Liu, L. C. 82, 83, 234
Lloyd, J. W. 40, 41, 45, 232
Lockwood, C. M. 83, 234
Loewenstein, G. F. 163, 165, 234
Longshore, D. L. 84, 237
Luecken, L. J. 73, 75, 79, 80, 83, 234

M

- Macek, P. 62, 64, 165, 234, 239
MacKinnon, D. P. 73, 75, 79–81, 83,
84, 230, 234, 236, 243
Manee, F. M. 34, 38, 235
Mareš, J. 85, 143, 148, 238
Marmot, M. 27, 28, 33, 222, 224
Martanová, V. 3–5, 15, 18, 19, 61,
64, 88, 90, 125, 225, 226, 235, 238
Masten, A. S. 60, 63, 230
Matějček, Z. 60, 64, 235
Maxwell, S. E. 84
McCaffrey, D. F. 84, 237
McCarthy, D. M. 162, 165, 235
McConville, S. 151, 235
McCormick, L. K. 70, 235
McCoy, A. R. 66, 70, 235
McGrath, Y. 90, 153, 155, 235
McGuire, W. J. 191, 192, 235
McKeown, K. 23, 24, 25, 235
McKeown, T. 27, 33
McVeigh, J. 25, 90, 155, 235
Meir, C. R. 160, 172, 175, 235
Merell, K. W. 172

- Mihalic, S. 67–70, 235
 Miller, J. Y. 58, 63, 191, 228, 231
 Miovská, L. 52, 56, 57, 112, 129, 191, 198, 207, 227, 236
 Miovský, M. 3–6, 10, 13, 14, 20–22, 24, 25, 50–52, 56, 57, 64, 70, 90, 91, 93–96, 98, 99, 101–104, 110, 112, 114, 115, 121, 123, 125, 126, 128–130, 139–143, 145, 147, 148, 152, 155, 158, 159, 165, 168–170, 176, 188, 191, 192, 198, 201–204, 207, 208, 225, 227, 230–232, 235–240, 242
 Morgan-Lopez, A. A. 75, 84, 236
 Mravčík, V. 94, 96, 236
 Mühlpachr, P. 169, 236
 Musil, J. 151, 236
- N**
- Nelson, C. M. 39, 41, 45, 233
 Nelson, J. R. 40, 45, 237
 Nešpor, K. 34–36, 38, 40, 42–45, 113, 147, 148, 171, 172, 175, 237
 Newcomb, M. D. 59, 64, 192, 193, 237, 239
 Noar, S. M. 50, 237
 Novák, P. 3, 4, 25, 50, 51, 64, 90, 96, 104, 123, 125, 126, 130, 142, 147, 148, 155, 159, 166, 169, 170, 188, 203, 207, 208, 230, 231, 235–240, 242
 Novotný, O. 151, 169, 233, 237
 Nutbeam, D. 217, 219, 223
- O**
- O’Connell, M. E. 204, 207, 237
 Ondok, J. P. 128, 130, 237
 Orlando, M. 80, 82, 84, 237
 Ormondroyd, J. 47, 50, 238
 Oster, M. M. 160, 172, 175, 235
- P**
- Pauk, W. 41, 45
 Pavlas Martanová, V. 3–5, 15, 18, 19, 61, 64, 88, 90, 125, 225, 226, 235, 238
 Payne, E. 41, 45
 Pedersen, S. L. 162, 165, 235
 Pentz, M. A. 83, 234
 Pernicová, H. 113, 147, 148, 237
 Pharaoh, H. 34, 37, 38, 238
 Pierson, M. R. 172, 175, 234
 Pokorný, V. 169, 238
 Potůček, M. 216
 Provazník, K. 178, 183
 Provazníková, H. 183
 Průcha, J. 85, 108, 113, 143, 145, 148, 238
- R**
- Radimecký, J. 92, 93
 Reeslund, K. L. 82, 228
 Reid, R. 40, 41, 45, 238
 Roberts, A. R. 89, 90, 238
 Roberts, J. 151, 238
 Röhms, A. 147, 148, 238
 Rose, N. 128, 130, 238
 Rosenstock, I. M. 190, 192, 238
 Rutter, M. 60, 64, 239
- S**
- Salmon, J. 80, 84, 239
 Shapiro, E. S. 40, 45, 234
 Scheansová, A. 40, 42–45, 172, 175, 237
 Schmeelk-Cone, K. H. 162, 165, 242
 Schröder, E. 35, 37, 80, 82, 228
 Siegrist, M. 106, 108, 227
 Silbereisen, R. K. 35, 37, 80, 82, 228
 Simsek, Ö. F. 164, 165, 233
 Skácelová, L. 3, 4, 6, 25, 50, 51, 64, 96, 98, 99, 100, 104, 106, 109, 123, 125, 126, 130, 142, 147, 148, 155, 159, 165, 169, 170, 188, 203, 207, 208, 225, 230, 231, 235, 236, 239
 Slaměnik, I. 36, 171, 172, 175, 233
 Slavíková, I. 64, 95, 96, 140, 142, 188, 235, 239
 Sloboda, Z. 80, 84, 148, 159, 228
 Smith, D. J. 40, 45, 237
 Smith, M. 34, 37, 38, 238
 Sørensen, K. 218, 219, 221, 223

Spencer, H. 167, 170
Spinger, A. 56, 57, 239
Springer, J. F. 36–38, 53, 84, 175,
205, 206–208, 239
Straková, J. 183
Sumnall, H. 90, 155, 235
Sussman, S. 191–193, 206, 207, 239
Syřišťová, E. 128, 130, 239
Sze, S. 210, 216

Š

Širůček, J. 62, 64, 239
Širůčková, M. 3, 4, 6, 62, 64, 126,
161, 168, 170, 225, 239
Škoda, J. 127, 128, 169, 230
Škoda, S. 130
Špatenková, N. 89, 90, 240
Šťastná, L. 3–5, 52, 89, 125, 130,
203, 228, 237

T

Taborga, M. P. 83, 230
Tamm, M. E. 211, 216
Tarlov, A. R. 28, 33
Taromian, F. 34, 38, 102, 104, 240
Taylor, A. B. 83, 230
Telcová, J. 169, 238
Thompsen, D. M. 162, 165, 235
Tobler, N. 36–38, 148, 191–193, 240
Tomko, A. 169, 238
Trauer, T. 35, 38, 240
Tremblay, R. E. 162, 165, 232
Turbin, M. S. 58, 63, 104, 165, 232,
240

U

Uhl, A. 53, 56, 57, 239
Urban, L. 127, 130

V

Vacek, J. 3–5, 46, 49, 50, 231
Václavková, B. 141, 142, 240
Van den Bos, J. 58, 63, 104, 232
Van den Broucke, S. 218, 223

Van der Stel, J. 53, 57, 65, 70, 97,
104, 174, 175, 194, 198, 241
VanderBos, G. R. 64, 241
Vanderryn, J. 58, 63, 104, 232
Večeřa, M. 149, 151, 241
Vencálková, E. 183
Veselá, M. 99, 104, 225, 236
Vojtová, V. 172, 175, 241
Voordewind, D. 53, 57, 91, 97, 104,
174, 175, 241
Výrost, J. 36, 171, 172, 175, 233

W

Walker, L. 41, 45
Walterová, E. 85, 143, 148
Wang, Ch. 165, 240
Webb, T. L. 49, 51, 241
Weber, E. U. 163, 165, 234
Whitehead, M. 31, 32
Wilkinson, R. 27–29, 33, 45, 222, 224
Williams, A. F. 84, 162, 165, 170, 241
Wilson, D. B. 71
Wilson, R. W. 20, 25, 241
Wyrick, D. L. 129, 130, 230

Y

Young, R. K. 40, 45, 237

Z

Zábranský, T. 198, 241
Zapletal, J. 151, 169, 233, 237
Zapletalová, J. 3, 4, 7, 22, 25, 50, 51,
64, 88, 90, 95, 96, 99, 104, 123, 125,
126, 130, 140, 141, 142, 147, 148,
155, 159, 165, 169, 170, 184, 188,
203, 207, 208, 225, 230, 231, 235,
236, 238–240, 242
Zaree, H. 34, 38, 235
Zimmerman, M. A. 62, 63, 162, 165,
230, 242
Zins, J. E. 67–71, 229, 231, 242

Ž

Žáček, A. 211, 212, 214, 216

Věcný rejstřík

A

adiktolog 115, 139, 140, 206
agentura 50, 135
~ certifikační 18, 245
agrese 58–63, 100, 101, 145, 146,
154, 157, 159, 161, 162, 167–169,
185, 189, 206, 234
AIDS 49, 50, 134, 191, 192, 227, 238,
245, 246
aktuálnost 22, 41, 60, 121, 124, 128,
149, 157, 158, 164, 188, 205, 220, 225
~ informací 15, 46–48, 99, 115, 172
aktivity 6, 9, 17, 23, 43, 46, 49, 54,
60, 61, 67, 68, 80, 85, 88, 91, 93,
95, 98, 99, 102, 103, 115, 116, 118,
120–123, 131, 132, 134, 135, 137,
139–141, 144, 146, 152, 156, 158,
159, 161, 162, 164, 169, 177–179,
183, 185, 191, 195–197, 204, 209,
211, 217–219, 222
~ sebezkušnostní 107, 201
~ volnočasové 61, 141, 157, 159, 177,
204, 223
alkohol 16, 21, 23, 24, 30, 37, 49, 50,
59–61, 70, 75, 79, 81, 82, 87, 89,
93, 94, 97, 104, 135, 136, 146, 150,
157, 158, 161–163, 169, 175, 177,
190, 198, 231, 241, 242, 245, 269
American Public Health Associati-
on 133, 245
analýza 25, 37, 38, 41, 43, 45, 46,
50–52, 67, 71, 75, 77, 79, 84, 107,
108, 112, 114, 121, 125, 135, 148,
149, 165, 169, 172, 178, 181, 192,
193, 217, 220, 230, 232, 237, 238,
240–242

~ mediační 37, 72, 73, 75–84, 228,
230, 234
angažovanost 44, 67, 111, 152, 200
asertivita 35, 36, 102, 171, 172, 191,
195
asistent pedagoga 184, 187

B

bezpečí 12, 30, 31, 47, 78, 89, 104,
144, 154, 155, 157, 162, 176, 177,
180, 182, 210, 220
~ metodické 94
~ minimální 98, 101–103, 154

C

centrum 25, 94, 120, 123, 135, 137,
153, 154, 158, 178, 198, 201, 202,
207, 208, 225, 229, 238, 239, 245, 269
~ adiktologie 50, 51, 63, 64, 90, 96,
104, 130, 142, 148, 155, 159, 166,
169, 188, 207, 208, 230–232, 235,
236, 238–240, 242, 269
~ prevence regionální 202
certifikace 15, 18, 134, 229, 245
~ kvality 10, 15, 17, 18, 47, 120, 122,
228, 259
~ preventivního programu 17, 19,
90, 118, 154, 238
certifikátor 18
cíle 4, 11, 12, 16, 18, 29, 34, 36,
40–44, 48, 53, 60, 91, 93, 98, 100,
103, 106, 107, 109, 110, 114, 123,
124, 128, 132, 133, 137, 141, 157,
164, 181, 199, 200, 218, 219, 222,
261, 269

~ dlouhodobé 42, 99, 100
 ~ krátkodobé 42, 89, 99, 100
 ~ programu poradenských služeb 20, 23, 24, 25, 40–43, 49, 52, 53, 56, 66, 67, 91, 102, 106, 109, 112, 124, 129, 154, 178, 180, 181, 183, 187, 191, 194–198, 204–206, 217
 cílové skupiny 12, 20–22, 24, 52, 55, 99, 109, 135, 152, 194, 259
 ~ preventivních programů 12, 16, 17, 20–25, 50–56, 65, 66, 100, 101, 103, 106, 107, 109, 111, 112, 114, 116, 118, 124, 127, 131, 135, 139–141, 152, 194–197, 199, 200, 202, 205, 206, 233, 236, 259

Č

činitel 58, 144, 146
 ~ preventivní 141
 činnosti 16, 41, 93–95, 106, 107, 109, 112, 114–117, 119, 124, 130, 139–141, 153, 154, 156, 157, 167, 169, 171, 178, 180–182, 185–187, 199, 237, 251, 269
 ~ standardní 95, 100

D

DALY 215
 definice zdravotní gramotnosti 217–220
 demokratický přístup 156, 157, 159, 179
 denormalizace 129
 deskriptory 100, 103, 104
 determinanty zdraví 9, 26–29, 30–33, 178, 212, 215, 224, 243, 259
 deviace 127, 128
 ~ sociální 130, 168, 240
 diagnostika 57, 88, 169, 185, 189, 238, 269
 ~ časná 88, 194, 204, 206
 diskuse 9, 12, 14, 27, 99, 103, 107, 111, 112, 114, 124, 156, 174, 195–197, 201, 209–211, 225, 226
 distribuce 29, 46, 47, 49, 50, 214

~ preventivních intervencí 46, 48
 dopad 52, 54, 55, 58, 62, 63, 76, 86, 102, 131, 135, 143, 161, 163, 190, 197, 206
 ~ na cílovou skupinu 54, 55
 ~ represe preventivní 149, 150, 259
 dopady intervence 54, 55, 86
 ~ explicitní 52
 ~ nežádoucí 52
 ~ skryté 52
 ~ žádoucí 52
 dostupnost 16, 27, 47, 49, 58, 123, 196, 211, 221
 ~ časová 47
 dotace 15, 17, 18, 53, 91
 dovednosti 13, 34–37, 40, 41, 43, 44, 47, 48, 50, 55, 72, 86, 87, 98, 99, 101–103, 106, 110, 114, 118, 120–123, 131, 141, 152, 171–174, 180, 190, 191, 194–196, 199–201, 217–219, 222
 ~ interpersonální 34, 102, 195
 ~ kognitivně-behaviorální 82
 ~ měkké 124, 141
 ~ osobnostní 158
 ~ rodičovské 35, 36, 171, 173
 ~ sebeovlivnění 34, 35, 40, 41, 44, 45, 98, 101, 102, 171, 259
 ~ sociální 24, 34–36, 40, 60, 72, 98, 101, 102, 157–159, 171–174, 195, 196, 217–220, 227, 259
 ~ specifické 36, 116, 124
 ~ stanovování cílů 36, 42, 60
 ~ vztahové 36, 117
 ~ životní (pro život) 34–40, 45, 66, 80, 82, 98, 101–103, 117, 157, 171, 175, 190, 194, 200, 217, 237, 244, 260
 důvěryhodnost 37, 44
 ~ informací 47
 ~ internetu 46, 47

E

e-mail 47, 49
 efekt 41, 55, 62, 73–79, 82, 150, 169, 177, 243
 ~ programu 66, 68, 75, 77–82, 111

~ intervence 52, 53, 86, 205
 ~ neočekávaný 66
 efektivita 10, 44, 50, 80, 131, 157, 172, 198
 ~ intervence 49, 54, 65
 ~ primární prevence 46, 53, 55, 127, 129, 146, 205
 ~ programů 21, 24, 53, 65, 66, 81, 91, 110, 129, 152, 153, 194
 empatie 35–37, 43, 102, 117, 123, 124, 141, 171, 172
 etiologie rizikového chování 58
 EUDAP Group (European Drug Addiction Prevention Group) 129, 133, 191, 198, 201, 203, 207, 227, 245
 evaluace 4, 37, 49, 52–57, 61, 65, 75, 89, 97, 121, 140, 203, 205, 259, 261, 263
 ~ efektivity/dopadu 54
 ~ formativní 53, 70, 125, 192, 198, 203, 207, 232
 ~ metody 53, 174
 ~ neexperimentální 55
 ~ nezávislá 56
 ~ normativní 15, 53
 ~ primární prevence 52, 53, 56, 57, 112, 236
 ~ procesu 54, 66, 158
 ~ přípravy 54, 181
 ~ sumativní 53
 Evropská společnost pro výzkum v prevenci (European Society for Prevention Research, EU-SPR) 132, 137, 138, 201, 245
 Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) 23–25, 52, 54, 56, 57, 59, 62, 63, 66, 69, 105, 125, 135, 136, 140, 141, 158, 159, 189–192, 200–202, 206–208, 229, 232, 233, 240, 241, 245
 Evropské standardy prevence (European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS) 134, 245
 experimentování 89, 158

F

faktor 22, 26–32, 41, 53, 58, 59, 62, 66, 69, 77, 132, 147, 149, 152, 162, 164, 169, 189, 191, 209, 212–215, 221
 ~ rizikový 21, 23, 24, 41, 58, 59, 61–63, 75, 77, 91, 118, 140, 163, 164, 186, 189, 191, 221, 246, 259
 ~ protektivní 31, 58–63, 102, 140, 164, 173, 191, 245, 259
 faktory chování 28, 164
 ~ ekonomické 58
 ~ sociální 189, 190, 191
 flexibilita 36, 42, 44, 46, 50, 60
 formování osobnosti 41, 146
 formy chování 22, 24, 41, 47, 49, 58, 59, 98, 99, 101–103, 110, 141, 143, 146, 161, 163, 164, 168, 190, 191, 196, 205
 ~ žádoucí 144
 funkční gramotnost 217, 219

G

genetické faktory 26, 28

H

HALY 215
 HIA 30
 HIV 49, 50, 134, 161, 191, 192, 227, 238, 245
 hledisko užitého typu výzkumného plánu 55
 hodnota 34, 41, 42, 44, 60, 61, 107, 123, 128, 129, 147, 149, 179, 190, 196, 209–212, 215
 hodnotící standard 115, 120
 hrozba trestem 149, 150, 157

Ch

chování 16, 26, 28, 30, 36, 40–42, 55, 58, 62, 63, 72–74, 81, 101, 103, 144, 163, 171–173, 190, 191, 204, 253
 ~ antisociální 169, 181

~ negativní 43
 ~ nezodpovědné rizikové 164
 ~ nežádoucí 149, 189
 ~ poruchy 167, 175, 186, 213, 241
 ~ problémové 41, 58, 59, 64, 80, 81, 162, 164, 169, 189, 191, 197, 239
 ~ prosociální 36
 ~ protiprávní 149
 ~ publikem kontrolované riskující 164
 ~ riskující 163
 ~ rizikové 8–25, 34, 40, 41, 47–51, 58–64, 69, 85, 87, 90–92, 94–96, 98–104, 110, 114, 115, 117, 119, 123–131, 132, 134–136, 139–148, 155, 159, 161–166, 168–170, 173, 176, 178, 185–191, 194–197, 199–208, 225, 230, 231, 233, 235, 236, 238–240, 242, 246, 259–261, 263
 ~ vzrušení vyhledávající 164
 ~ závislostní na internetu 47, 49

I

implementace 4, 5, 30, 70, 71, 79, 82, 103, 124, 176, 178, 204, 214, 229, 231, 235, 243, 260
 ~ programu 17, 37, 54, 65, 66–70, 80, 91, 119, 125, 179, 192, 198–200, 202, 203, 207, 229, 230, 232, 235, 242, 259, 261, 263, 265
 imunizace 143, 144
 informace 9, 13, 14, 27, 30, 41, 46–48, 52, 54, 66, 77, 80, 89, 90, 91, 94, 99, 106, 107, 111, 118, 131, 132, 135, 136, 149, 153, 155, 156, 174, 181, 183, 185, 186, 189, 194, 197, 200, 211, 217–222, 235, 262, 269
 ~ autorství 48
 ~ objektivita 41, 48, 91, 106, 135
 ~ spolehlivost 46, 48, 135
 ~ účel 48
 informovaný souhlas 187
 instituce 48, 53, 67, 87, 94, 117, 118, 122, 123, 131, 135, 136, 139, 141, 161, 162, 169, 199, 201, 202, 222, 261

~ vzdělávací 40, 120, 123, 133, 201, 202
 interakční gramotnost 217, 219
 internet 46–51, 111, 132–137, 197, 198, 211, 225, 231, 233, 237, 241, 245
 intermediátor 72, 73, 259
 intervence 53, 54, 65–67, 75, 77, 79, 80, 85–89, 93, 101, 103, 106, 109, 122, 127, 129, 131, 134, 143, 144, 147, 152, 153, 159, 174, 176, 185, 188, 194, 198–201, 204–207, 222, 225, 227, 269
 ~ cílená 23, 48, 85, 89, 204, 228
 ~ časná 49, 88, 194, 204, 206
 ~ evidence-based 69
 ~ individuálně přizpůsobené 46, 48
 ~ interaktivní multimediální 48
 ~ kompenzační 147
 ~ krátká 49, 89, 228
 ~ krizová 88–90, 119, 240
 ~ léčebná 145, 147, 204, 206
 ~ ochranná 147
 ~ podporující 147
 ~ rehabilitační 147
 ~ skupinově zacílené 48
 ~ účinnost 46, 49, 69, 77
 intervize 68, 119, 201
 IP telefonie 47, 245

J

jedinec ohrožený 141, 143, 144, 146, 161, 168, 197
 jednání 35–37, 42, 43, 102, 127, 129, 145, 146, 150, 163, 167–169, 171, 172
 ~ kontext 167
 ~ sexuální 145, 146, 167
 jev sociálně patologický 8, 13, 15, 16, 25, 127, 147, 167–169, 185, 186, 230, 235, 238, 246, 259

K

kampaně 220
 ~ informační 158
 ~ mediální 21, 153, 197, 198

- kategorický imperativ 128
 klima 61, 68, 85, 87, 104, 111, 115,
 140, 152, 187, 190
 ~ zdravé školní 140, 152
 kodex etický 141
 kompetence 9, 13, 16, 34, 71, 82,
 85–87, 100, 101, 103, 106, 108, 111,
 115, 116, 120–124, 131, 144, 147,
 152, 154, 179, 180, 185, 186, 194,
 199–201, 217, 219–221, 227, 228
 ~ profesionální 201
 ~ osobnostní 201
 ~ sociální 173, 174
 komponenta 10, 48, 49, 66, 67, 72,
 75, 81, 82, 101, 116, 194
 ~ sebezkušenostní = zážitková 200
 komunikace 35–37, 43, 46, 47, 61,
 102, 110, 111, 117, 171, 179, 180,
 184, 217, 219
 ~ asynchronní 47
 ~ synchronní 47, 245
 komunita 30, 37, 61, 66, 67, 69, 82,
 91, 115, 139, 142, 157, 158, 164,
 169, 177, 179, 180, 189, 190, 191,
 200, 205, 206, 219–223, 240
 ~ znevýhodněná 23, 146
 komunitní přístup v primární preven-
 ci 63, 141, 142, 200, 240
 koncept 9, 10–13, 29, 100, 120, 128,
 129, 145, 167, 176, 189, 191, 193,
 194, 200, 201, 217, 218, 225, 260,
 261, 263
 ~ životních dovedností 194
 ~ normativních přesvědčení 200
 konformita 168
 kontrola 13, 29, 41, 43, 44, 47, 53,
 55, 60–62, 73, 76, 77, 81, 91, 96,
 98, 106, 121–123, 146, 158, 159,
 164, 185, 210, 214, 217, 220, 221,
 262, 266
 ~ sociální 144, 169
 koordinace 8, 17, 67, 86, 88, 91–97,
 114, 115, 119, 120, 122, 123, 139–
 141, 146, 158, 178, 184–186, 199,
 202, 203, 212, 227, 235, 236, 245,
 246, 259
 ~ horizontální 91, 92
 ~ vertikální 91, 93, 94
 koordinátor 67, 93–95, 119, 178,
 245
 kovariace 77
 kritérium 15, 17, 20–24, 32, 46, 47,
 50, 51, 53, 55, 73, 103, 110, 120,
 121, 123, 154, 161, 178, 181, 206,
 233
 ~ institucionální 23
 ~ náročnosti 22
 ~ profesní 23
 ~ věkové 22
 kritická gramotnost 217, 219
 kulturní a politické podmínky 26,
 28, 61
 Kurikulum podpory zdraví 178,
 179, 181, 183
 kvalifikace 9, 48, 66, 68, 114, 115,
 117, 119, 120, 121, 123–125, 139,
 199, 259, 261
 kvalifikační standard 115–120, 199,
 201
 kvalita 10, 12, 15–19, 23, 30, 35, 46,
 47, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 66–68,
 80, 81, 118, 121–123, 134, 136, 141,
 145, 152, 154, 175, 176, 179, 190,
 199, 201, 202, 205, 209, 211, 215,
 217, 219, 225, 226, 233, 241, 269
 ~ primární prevence 15, 123, 259
 ~ programu 15–17, 53, 54, 66, 68,
 81, 145, 152
 ~ programů primární prevence 15,
 18
 ~ života 35, 144, 169, 175, 209, 211,
 215, 217, 219, 241
- L**
- léčba 44, 45, 50, 87, 89, 94, 136, 147,
 173, 175, 204, 206, 213, 231, 237,
 269
- M**
- média 42, 46–50, 107, 111, 128, 190,
 195, 197
 ~ elektronická 46–48, 259
 ~ interaktivní 47, 49, 50
 ~ jednosměrná 47

~ off-line 46, 47
 ~ on-line 46, 47, 49
 mediace 73, 76, 78, 79, 81, 87, 243
 mediátor 72–77, 79–82
 Mentor International 137, 245
 metoda 89, 107, 109–112, 228
 ~ evaluační 53
 ~ výzkumná kvalitativní 54, 56
 ~ výzkumná kvantitativní 54
 metodika 17, 18, 38, 45, 63, 64, 70, 87, 106, 107, 114, 117–119, 125, 132, 139, 140, 147, 154, 178, 179, 181, 203, 228, 237, 259
 metody 23, 51, 53, 54, 56, 85, 106–109, 112, 185, 199, 206, 234, 259
 ~ aktivizační 110–112
 ~ inscenační 112
 ~ komplexní 108, 112
 ~ nepřímé 174
 ~ přímé 174
 ~ situační 111
 ~ slovní 110
 ~ slovní dialogické 110
 měření efektivity 54
 měření zdraví 210, 213, 214
 měření zdravotní gramotnosti 222, 244
 metodik prevence 88, 95, 96, 98, 99, 115, 119, 140, 142, 146, 153, 184, 185, 188, 205, 239, 246
 minimální preventivní program 4, 88, 98, 99, 104, 115, 117, 118, 139, 146, 176, 183, 184, 225, 236, 239, 259, 261, 263
 místo kontaktní 137
 ~ národní 202, 245
 moc 31, 32
 ~ státní 149
 model 9, 26, 31, 39, 62, 65, 75, 77, 78, 80, 83, 84, 86–88, 94, 100, 101, 103, 114, 115, 121–126, 142, 180, 182, 187–193, 202, 209, 216, 232, 233, 238, 239, 243, 259
 ~ mnohonásobný mediační 72, 74, 75, 243
 model kvalifikací 9, 114, 121, 259
 modely 53, 60, 62, 74, 82, 130, 141, 164, 173, 189, 190, 194, 230

~ kognitivní a založené na informacích 189
 ~ sociálního vlivu 189–191
 ~ komplexního vlivu sociálního prostředí 189, 191
 ~ sociologické a vývojové 189
 ~ víry ve zdraví 189
 ~ odůvodněného konání a postoje 190
 ~ sociálně-ekologické 190
 ~ ekologicko-environmentální 190
 ~ problémového chování 191
 ~ sociálního vývoje 191
 ~ zdraví 26, 209, 211
 moderátor 77
 morálka 129, 149
 multimédia 47, 48, 50
 myšlení 107, 110–112, 189
 ~ kreativní 35, 42
 ~ kritické 23, 34, 35, 37, 41, 112, 117, 158, 190, 194, 217

N

napodobování 111, 190
 násilí 134, 145, 167
 následek 35, 42, 58, 82, 102, 145, 150, 171, 172, 177, 191, 212, 213
 ~ negativní 167
 nástroje 4, 9, 13, 41, 67, 91–93, 111, 135, 137, 146, 172, 181
 ~ diagnostické 174, 207
 ~ distribuce 46, 48
 ~ screeningové 206, 207
 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 136, 245
 National Institute on Drug Abuse 64, 136, 201, 207, 208, 236, 237, 245
 nemoc 26–31, 44, 45, 49, 130, 132, 134, 136, 163, 167, 175, 178, 209–214, 217, 219, 221, 230, 237, 244–246
 nespecifická prevence 9, 103, 141, 144, 146, 173, 176, 204
 nespecifické přístupy 176
 nevýhody 53
 ~ elektronických médií 50

~ internetu 46
 norma 17, 60, 127–129, 149,
 156–158, 167, 190
 ~ biomedicínská 128
 ~ epidemiologická 127
 ~ etická 128
 ~ funkcionalistická 127
 ~ ideální 127, 128
 ~ kulturní 128, 167
 ~ legislativní 128
 ~ mediální 128
 ~ morální 128, 149, 167
 ~ porušení 149
 ~ právní 149, 167
 ~ sociální 81, 129, 167, 168
 ~ sociokulturní 127, 128
 ~ společenská 128, 168, 169
 ~ statistická 127, 168
 ~ školy 128, 129
 norma rodiny 128
 normalita 127–130, 189, 213, 238,
 239, 259

O

ochrana 93, 94, 97, 154, 155, 185,
 210, 242
 ~ jedince 143
 ~ společnosti 143
 odrazení 149, 150
 opatření represivní 61, 150
 organizace 8, 17, 18, 26, 29–32, 36,
 44, 59, 86, 92, 99, 116, 118, 120,
 121, 123, 131, 134, 136, 137, 140,
 153, 178, 183, 197, 201, 202, 205,
 206, 209, 210, 221, 222, 225, 246,
 256
 ~ autorizovaná 201
 ~ času 41, 44
 osoba 62, 67, 86, 95, 124, 214
 ~ autorizovaná 119, 120, 122–124,
 201
 osvojování norem společnosti 144

P

pachatel 23, 149, 150
 patologie 28, 127, 128, 147, 161, 167

~ sociální 230, 235, 236, 238, 246, 259
 pedagogicko-psychologická porad-
 na 95, 96, 99, 120, 123, 146, 198,
 202, 238, 246
 percepce 164
 ~ sociální 36, 171, 172
 plánování 36, 37, 44, 54, 55, 68, 88,
 99, 100, 134, 141, 156, 181, 213
 počítače 46, 47, 49, 112
 podmínky 11, 26–28, 30, 32, 58, 60,
 61, 65, 69, 75, 93, 96, 99, 121, 147,
 178–182, 187, 188, 201, 210, 217,
 219, 221
 ~ pro poskytované služby 184, 187
 podpora 37, 61, 69, 86, 111
 ~ metodická 68, 88, 93–95, 184, 186,
 188, 199, 201
 ~ zdraví 20, 35, 132, 176, 178–183,
 217–219, 221, 222, 260
 pohlaví 20, 24, 30, 63, 85
 populace 20–24, 26–28, 48, 56, 77,
 88, 99, 127, 136, 144, 145, 168, 177,
 213, 214, 215, 220–222, 269
 ~ obecná 21, 204, 205
 ~ nezasažená 22
 poruchy příjmu potravy 49, 100,
 145, 168, 225, 238
 postoj 20, 34, 42, 43, 55, 59–61, 82,
 85, 111, 128, 144, 154, 157, 165,
 173, 180, 189–191, 195–197, 233
 postih 53, 150
 ~ neodvratnost 149, 150
 pozorování 41, 54, 56, 190, 201
 ~ systematické v přirozeném prostře-
 dí 174
 pracovník v primární prevenci 88,
 109, 114–126, 139, 140, 199, 201,
 259, 261
 práce 10, 11, 13, 18, 27, 29, 40, 44,
 60, 62, 78, 81, 85, 87, 88, 89, 94,
 98, 107, 109, 114–119, 122, 129,
 134, 139, 144, 146, 153, 154, 156,
 157, 177, 182, 184–187, 195, 196,
 199–201, 206, 219, 220
 ~ s textem 110
 ~ výchovně-preventivní 143
 právo 26, 149–151, 168, 199, 218,
 233, 237, 241

- ~ platné 150
 - ~ spravedlivé 150
 - praxe 10, 12, 17, 45, 58, 65, 90, 103, 106–108, 114–116, 118, 120–124, 128, 131, 132, 134–136, 139, 153, 155, 168, 173, 175, 177, 179, 183, 189, 194, 199, 200, 201, 204, 211, 217, 225, 237, 240
 - ~ dobrá 9, 121, 126, 140, 158, 176, 225
 - prevence rizikového chování 8–11, 13, 15–17, 19, 25, 34, 40, 47, 49–51, 64, 69, 90–92, 94–96, 99, 100, 103, 104, 114, 115, 119, 124–127, 129–131, 133, 136, 139, 140, 142, 143, 146, 154, 159, 166, 168–170, 173, 178, 185–190, 199, 202–205, 207, 225, 230, 231, 235, 236, 238–240, 242, 246, 259, 260–263
 - preventivní pracovník 49, 87, 88, 95, 109, 114–119, 121–124, 131, 132, 137, 139, 141, 197, 199, 201, 206, 225, 259, 261, 263
 - prezentace 104, 111, 233
 - ~ webové 47
 - problémy 17, 20, 21, 23, 27, 31, 34, 37, 40–44, 54, 60, 62, 63, 80, 85, 86, 88, 89, 100, 102, 103, 108, 110–112, 123, 124, 134, 145, 146, 158, 168, 173, 174, 178, 188, 204, 205, 207, 212–214, 223, 227, 244
 - ~ řešení 20, 35, 37, 42, 44, 60, 85, 102, 111, 112, 117, 129, 171, 173, 190, 214, 218
 - proměnná 59, 62, 177, 243
 - ~ mediační 72, 73, 75–77, 80–82
 - prostředí 13, 27, 29, 32, 35, 37, 43, 49, 58, 60, 61, 67, 104, 109–111, 144–146, 152–154, 158, 163, 164, 168, 171, 173, 178, 179, 182, 190, 197, 200, 205, 206, 210, 218, 220, 262, 269
 - ~ lokální 144
 - ~ mimoškolní 152–154
 - ~ realizace preventivního programu 152, 153–155, 205, 260
 - ~ rodinné 63
 - ~ školní 18, 27, 38, 45, 61, 67, 99, 109, 152–154, 168, 179, 237
 - přednáška 110, 116, 151, 153, 156, 231, 236
 - přesvědčení normativní 36, 82, 129, 190, 200
 - přístroje multifunkční 47
 - přístup 9, 12, 13, 21, 24, 26, 28–30, 37, 53–55, 63, 75, 77, 80, 89, 91, 108–110, 113, 125, 129, 135, 144, 145, 155–159, 169, 174, 176–179, 183, 190, 195, 205, 209, 210, 213, 217, 218, 222, 227, 233, 244, 259, 261
 - ~ evidence-based 55, 89
 - ~ komunitní v primární prevenci 63, 141, 142, 200, 240
 - ~ normativní 53, 129, 169
 - ~ založený na důkazech 55, 89
 - psychologie zdraví 78, 79
 - působení 18, 29, 36, 46, 50, 59, 61, 62, 100, 111, 118, 139–141, 145, 152, 164, 168, 173, 198, 199, 204
 - ~ iatrogenní 199
- Q**
- QALY** 215
- R**
- rasismus 100, 144, 145, 167, 168, 186
 - realita 131
 - ~ virtuální 47, 48
 - reedukace 146, 186
 - reflexe 36, 42, 201
 - ~ sebe sama 36, 42
 - regulace společenských vztahů 149
 - represe 94, 149–151
 - ~ trestní 150, 151, 233, 236
 - resilience 60, 62–64, 230, 235, 239
 - ~ kompenzační 62
 - ~ ochranná 62
 - ~ z odolňující 62
 - resocializace 147
 - rodina 60, 86, 89, 144, 147, 186, 190
 - ~ s rizikovými faktory 23, 24
 - rozhlas 46, 47, 197

rozhodování 29, 35, 36, 42, 52, 67,
68, 87, 107, 140, 149, 156, 163, 172,
191, 194, 219
rozhovor 88, 107, 110, 174, 206,
210

Ř

řád 18, 99, 182, 214
~ školní 87, 88, 99, 102, 144, 172,
177, 188
ředitel 177
~ školy 86, 87, 95, 96, 103, 122, 124,
184, 187, 202

S

sankce 53, 61, 87, 99, 149, 150
~ účel 149, 150
~ ukládání 149, 150
sebehodnocení 36, 41, 43, 60, 177,
180, 195, 196
sebeocení 36, 42, 43
sebereflexe (X reflexe sebe
sama) 43, 171, 172, 201
sebeúcta 36, 72, 74, 196
sebeuvědomění 36, 40, 42, 43
self-management 35, 40, 44, 45, 98,
101, 102, 171, 231, 232, 237, 239,
240, 259
setkávání 119, 154, 180
~ intervizní 119, 201
schopnost 24, 30, 34–37, 40, 41–44,
47, 59, 62, 81, 86, 99, 102, 107,
108, 110, 117, 124, 141, 171–173,
180, 194, 195, 200, 201, 210, 214,
217–222
~ sebemotivace 42
Sí akademických pracovišť v oboru
prevence (Science for Prevention
Academic Network) 133, 246
skupina 17, 20, 22–24, 27, 28, 30,
48, 55, 58, 61, 62, 70, 77, 85, 88,
92, 102, 104, 107, 110, 111, 115,
117, 119, 127, 128, 133–135, 141,
143, 144, 152, 154, 156, 157, 169,
171, 172, 186, 189, 191, 194–198,
205, 206, 210, 213, 219, 222, 245

~ cílová 12, 16, 17, 20–25, 50–56, 65,
66, 100, 101, 103, 106, 107, 109,
111, 112, 114, 116, 118, 120, 124,
131, 135, 139–141, 152, 194–197,
199, 200, 202, 205, 206, 233, 236,
259
~ etnická 23, 24, 66, 220, 221
~ riziková 24, 48, 59, 62, 153, 198,
204
~ specifická 17, 21, 48, 85, 214
~ svépomocná 141
Skupina Pompidou (Pompidou
Group; Groupe Pompidou) 70,
135, 137, 138, 245
služby 15, 17, 27, 28, 30, 48,
184–188, 218, 222
~ školního poradenského pracoviš-
tě 184, 186
SMS 49, 246
socializace 37, 146, 147
Society for Research on Adolescen-
ce 133, 246
Society for Research in Child Deve-
lopment 133, 246
sociologie 167, 169, 199, 231
~ organistická 167
speciální pedagog 139
~ školní 88, 96, 118, 122, 141, 184,
186–188
specifika poradenské práce 186
společnost 9, 23, 28, 29, 32, 59–61,
127, 128, 131–133, 135, 137, 143,
144, 149, 150, 163, 167–169, 179,
180, 189–191, 202, 211, 218, 220,
245, 246, 259, 269
Společnost pro preventivní výzkum
(Society for Prevention Rese-
arch) 132
spolupráce 15, 23, 67, 91, 92–95, 98,
100, 117, 119, 134, 139, 141, 142,
157, 172, 179, 180, 182, 184, 186,
188, 210, 211, 225, 240, 269
spravedlnost 149, 150
standard 15–21, 25, 38, 53, 57, 73,
97, 99, 109, 112, 113, 120, 122–124,
130, 136–138, 140, 148, 155, 159,
207, 210, 211, 229, 236, 238, 252,
253

~ kvalifikační 115–120, 199, 201
 standardy 15, 16, 20, 21, 54, 115,
 125, 134, 136, 141, 145, 225, 245
 ~ kvality primární prevence 15
 ~ odborné způsobilosti 15, 18, 19,
 25, 57, 97, 99, 112, 113, 125, 140,
 148, 155, 207, 236, 238
 strategie primární prevence 128
 ~ environmentální 158
 středisko výchovné péče 118, 146
 studie 36, 40, 47, 58, 75, 76, 78, 81,
 83, 121, 123, 136, 147, 165, 172,
 205, 228, 233, 245
 ~ evaluační 21
 strategie 9, 15, 16, 24, 25, 32, 39–41,
 43, 44, 45, 62, 65, 67, 78, 80, 82,
 84, 92–94, 96, 97, 100, 102, 125,
 128, 144, 146–148, 158, 159, 168,
 171, 184, 195, 198, 200, 223, 228,
 232, 233, 236, 238, 239, 240
 ~ copingové 171, 172
 ~ rozvoje životních dovedností 80,
 82
 ~ sociálního vlivu 80, 82
 střední délka života 213, 218
 styl životní 26–29, 35, 109, 146, 177,
 220
 ~ zdravý 41, 42, 49, 98, 100, 124,
 135, 141, 144, 178, 220
 subjektivní zdraví 215, 222
 Substance Abuse and Mental Health
 Services Administration 64, 70,
 136, 201, 231, 239, 246
 supervize 68, 119, 201, 203, 236
 Světová zdravotnická organizace
 (World Health Organizati-
 on) 26, 28, 31, 32, 136, 178, 201,
 210, 246
 syndrom rizikového chování 59, 63,
 145, 161, 163, 168, 231, 246
 systém 4, 8, 10, 11, 13, 17, 22, 23,
 27, 60, 61, 76, 91, 93–95, 100, 104,
 114–116, 119, 122, 123, 126, 140,
 141, 148, 149, 152, 158, 161, 163,
 177, 180, 184, 186, 200, 202–204,
 211, 218, 220, 222, 223, 224, 235,
 241, 261, 263
 ~ komunikace 184

~ normativní 149
 ~ odměny 200
 ~ včasné identifikace 185

Š

šikana 4, 47, 86–87, 89, 100, 101,
 140, 144–146, 162, 168, 195, 197,
 200, 261
 škola 15, 37, 60, 87, 99, 100, 103,
 176–183, 188, 228
 Škola podporující zdraví 176–183,
 260
 školní metodik prevence 63, 64, 70,
 87, 96, 98, 146, 185, 239, 246
 školní poradenské pracoviště 87, 88,
 90, 95, 142, 184, 186, 187, 241
 školní prevence 23, 25, 38, 87, 104,
 112, 141, 230, 246
 školský poradenský systém 95
 školní psycholog 86, 88, 96, 118,
 122, 205, 242

T

technologie 28, 46, 50, 112, 211, 212,
 238
 ~ mediální 112
 techniky 35, 40, 41, 135, 157,
 194–196, 200
 ~ interaktivní 157
 telefony 49
 ~ mobilní 47
 televize 46, 47, 197
 teorie 58, 59, 61, 75, 80, 151, 164,
 189, 190, 228, 231, 233, 241
 ~ biomedicínské 189
 ~ normativního přesvědčení 190
 ~ pedagogické 189
 ~ problémového chování 58, 61, 80,
 164
 ~ psychologické 75, 189
 ~ psychosociální 189
 ~ sociálního učení 80, 173, 190
 ~ sociologické 189
 ~ šíření novinek 190
 ~ vývojové 190
 testování na školách 157, 159

trest 140, 147, 149, 150, 157, 173
 ~ exemplární 150
 ~ spravedlivý 150
 ~ účinek 150
 ~ újma 150
 tým 11, 14, 18, 124, 141, 177, 184,
 187
 ~ školního poradenského pracoviš-
 tě 184
 typ evaluace 55
 ~ experimentální 55
 ~ kvaziexperimentální 55
 ~ preventivního programu 55

U

účinnost 34, 36, 43, 46, 49, 77, 89,
 150, 187
 ~ preventivního programu 69, 132,
 187
 učení 37, 60, 107, 112, 173, 174, 186,
 190, 200, 220
 ~ sociální 80, 111, 144, 173, 190
 ~ zkušenostní 199, 201
 učitel 61, 87, 88, 96, 109, 114, 115,
 177–182, 184–188, 201, 206
 ~ třídní 87, 96, 153, 184, 186
 udržitelnost programu 68, 69
 Unplugged 38, 66, 70, 87, 172, 192,
 203, 205, 207, 232, 241
 upevňování zdraví 144
 Úřad OSN pro drogy a kriminalitu
 (United Nations Office on Drugs
 and Crime) 136, 246
 užívání drog 49, 59, 61, 62, 87, 137,
 158, 197, 235
 ~ rekreační 24, 158

V

video 46, 49, 201
 vedení metodické 68, 117, 185, 187
 vnímaná osobní účinnost 43
 vulnerabilita 22
 výbor pro udělování certifikací 18
 výhody 49, 50
 ~ elektronických médií 46, 49
 ~ internetu 46, 47

výchova 61, 147, 179, 187, 204, 228
 ~ rodinná 103, 144
 výchovný poradce 96, 141, 146, 184,
 188
 výchovný styl 157
 ~ autoritářský 156, 157
 ~ demokratický 156
 ~ liberální 156, 157
 vyprávění 110
 využívání volného času 147
 ~ efektivní 144
 vzdělávání 4, 8, 9, 11, 16, 18, 24, 36,
 93, 98, 114, 115, 131, 132, 140, 142,
 199–202, 241, 245, 260, 261, 263
 ~ pedagogických pracovníků 8–10,
 16, 114, 115, 126, 199, 200–203,
 241, 245
 ~ v primární prevenci 36, 114, 123,
 140, 141, 199, 200–202, 232
 ~ v prevenci 9, 132, 134, 199, 200
 vztahy sociální 35, 163, 172
 ~ zdravé 144, 171

W

WHO 16, 26, 27, 29–31, 33–37, 42,
 43, 45, 48, 51, 53–55, 57, 59, 71,
 83, 93, 105, 132, 138, 171, 183, 190,
 201, 209–211, 215–220, 237, 241,
 246

Z

zabezpečení 16, 27, 67, 69, 99
 ~ technologické 46, 50
 zapojení 36, 60, 66, 67, 98, 110, 164,
 179, 182, 183, 197
 ~ interaktivní 200
 zařízení 4, 8, 11, 17, 18, 22–24, 91,
 94–96, 115–118, 121, 140, 146,
 148, 153–155, 184–188, 207, 236,
 241, 261, 263
 ~ elektronické 46
 ~ volnočasové 144
 záškoláctví 23, 87, 89, 100, 145, 162,
 168, 185
 zátěž 22, 42, 47, 60, 173, 183, 215
 ~ zdravotně-sociální 22

- závislost 21, 23, 24, 29, 46, 50, 51,
59, 63, 146, 147, 153, 233, 268
~ drogová 92, 96, 97, 113, 129, 135,
227, 233, 236, 240, 245
Zdravá škola (viz škola podporující
zdraví) 60, 178
zdraví 5, 9, 16, 20, 26–37, 40, 42–44,
77–80, 96, 128, 132, 134, 144,
154, 176–183, 190, 197, 209–215,
217–224, 231, 236, 243, 259, 260,
269
zdravotní gramotnost 9, 176,
217–224, 244
zkušenost 107, 190
~ korektivní 173
znalosti 13, 43, 48, 55, 72, 106, 107,
141, 158, 189, 197, 199, 217, 219
~ specifické 116, 117, 124, 141
způsobilosti 15, 17–19, 99, 109,
112–114, 141, 148, 207, 236, 238
zvládnání 10, 34–37, 43, 102, 154,
171–173, 186, 195
~ emocí 36, 37, 43, 117
~ stresu 36
- Ž**
- žebříček hodnotový 144
životní prostředí 26–29, 32, 37, 58,
61, 63, 212

Příloha: Anglicko-český převodník primárních hesel

| | | |
|----|---|--|
| 1 | Certifikace kvality v primární prevenci | Certification of quality in primary prevention |
| 2 | Cílové skupiny v primární prevenci | Target groups in primary prevention |
| 3 | Dovednosti sebeovlivnění | Self-management (skills) |
| 4 | Determinanty zdraví | Determinants of Health |
| 5 | Elektronická média v primární prevenci | Electronic media in primary prevention |
| 6 | Evaluační preventivních programů a intervencí | Evaluation of preventive programmes and interventions |
| 7 | Faktory rizikové a protektivní | Risk and protective factors |
| 8 | Implementace preventivních programů | Implementation of preventive programmes |
| 9 | Intermediátoři | Intermediators |
| 10 | Intervence | Intervention |
| 11 | Koordinace preventivních programů a koordinátoři | Coordination and coordinators of preventive programmes |
| 12 | Metodika | Methodology |
| 13 | Metody v primární prevenci | Primary prevention methods |
| 14 | Minimální preventivní program | Basic school-based preventive programme |
| 15 | Model kvalifikací v prevenci rizikového chování | Model of qualifications in prevention of risk behavior |
| 16 | Normalita v primární prevenci | Normality in primary prevention |
| 17 | Pracovník v primární prevenci | Primary prevention professional |
| 18 | Odborné společnosti a jejich aktivity v prevenci | Primary prevention professional |
| 19 | Prevence | Prevention |
| 20 | Preventivní dopad represe | Preventive effect of repression (punishment) |
| 21 | Prostředí realizace preventivních programů a intervencí | Settings for preventive programmes and interventions |
| 22 | Přístupy v primární prevenci | Primary prevention approaches |
| 23 | Rizikové chování | Risk behaviour; problem behaviour; risk-taking behaviour |
| 24 | Sociálně patologické jevy | Social pathologies |
| 25 | Sociální dovednosti | Social skills |

| | | |
|----|--|---|
| 26 | Škola podporující zdraví | Healthy schools |
| 27 | Školní poradenské pracoviště | School counselling service |
| 28 | Teoretické koncepty v primární prevenci rizikového chování | Theoretical concepts in the primary prevention of risk behaviours |
| 29 | Typy preventivních intervencí | Types of preventive interventions |
| 30 | Vzdělávání v primární prevenci | Primary prevention education |
| 31 | Základní úrovně provádění prevence | Basic levels of prevention implementation |
| 32 | Zdraví | Health |
| 33 | Zdravotní gramotnost | Health Literacy |
| 34 | Životní dovednosti | Life skills |

Abstrakt

Výkladový slovník základních pojmů a konceptů prevence rizikového chování je po mnoha různých pokusech o sjednocení terminologie v oblasti školské prevence v České republice ojedinělou publikací, doplňující vznikající původní základní učební texty. Kniha je určena všem pracovníkům v primární prevenci bez ohledu na jejich resortní a institucionální příslušnost a původní oborové vzdělání. Naopak by měla pomoci přemostit právě různorodost původní kvalifikace, s jakou do školské prevence tyto pracovníci přicházejí. Jistě bude dobrým vodítkem a podporou též studentům různých vysokoškolských oborů, pracovníkům státní správy a samosprávných institucí, donorům i širší veřejnosti. Jejím hlavním cílem bylo přemostit dosavadní oborové a resortní přístupy k preventivní terminologii a nabídnout výklad základních pojmů a konceptů z oblasti prevence rizikového chování, založený na skutečné mezioborovosti a meziresortnosti. Autorský tým jej pro první vydání vytvořil v rámci projektu VYNSPI-1 (Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni, reg. číslo CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK). Druhé vydání pak bylo připraveno v rámci projektu VYNSPI-2 (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, reg. číslo CZ.1.07/1.1.00/53.0017), jehož hlavním cílem bylo otestovat a ověřit výsledky projektu VYNSPI-1 a především pak ověřit možnosti zavedení celonárodního systému školské prevence rizikového chování (včetně prevence užívání návykových látek, šikany atd.) pro děti základních škol v navržené podobě. Slovník obsahuje celkem 34 hlavních/primárních hesel (např. rizikové chování, preventivní program, evaluace preventivních programů a intervencí atd.). Na prvním vydání pracovalo v letech 2010–2012 celkem 20 autorů z celé České a Slovenské republiky. Druhé vydání pak umožnilo přidat dalších šest hesel. Každé ze základních 34 hesel obsahuje množství dalších dílčích pojmů (sekundární hesla) a je vyloženo v širším teoretickém a aplikačním rámci. Rozsah výkladového pojmu se v průměru pohybuje okolo 500–900 slov. Primární hesla jsou řazena abecedně a vytvářejí dílčí

tematické celky. V závěru publikace je sestaven seznam a výklad nejčastěji užívaných zkratk. Všechna primární hesla mají uveden též anglický terminologický ekvivalent a na konci knihy je převodník základních pojmů mezi českým a anglickým jazykem. Zvláštní pozornost autoři věnovali citacím a doporučené literatuře. Přímo za každým primárním heslem je seznam použité literatury, do které je možné jít pro rozšíření informací a pro kontrolu, na jaké autorské prostředí je daný výklad pojmu vázán a jakým teoretickým směrem orientován. Současně je každé heslo na svém závěru vždy opatřeno též doporučenou rozšiřující literaturou, kterou je možné využít právě ke studijním účelům a která nabízí vhodné rozšíření a doplnění daného primárního hesla. Pro snadnější vyhledávání a orientaci je publikace opatřena podrobným jmenným a věcným rejstříkem.

Summary

After many various attempts at unifying the terminology in school prevention in the Czech Republic, *Výkladový slovník základních pojmů a konceptů prevence rizikového chování* (The dictionary of basic terms and concepts in risky behaviour prevention) is a unique publication that completes original basic study materials currently under development. The book is intended for all persons active in primary prevention irrespective of their departmental and institutional affiliation and original professional education. On the contrary, it should help to bridge precisely the variedness of original qualifications with which these persons enter the field of school prevention. It will certainly provide a good guideline and support also to students of various university fields, the personnel of state administration and self-government institutions, donors as well as broader public. The principal aim of the dictionary was to bridge existing professional and departmental approaches to prevention terminology, and to offer an explanation of essential terms and concepts in risky behaviour prevention, based on an actual interdisciplinarity and interdepartmentality. For its first release the dictionary was created by the authors team as part of the project VYNSPI-1 (*“Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni“* [Development of Nationwide Modular Educational System in Risky Behaviour Prevention for Pedagogical and Counselling Personnel of Schools and Educational Institutions], Reg. No. CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK). The second edition was prepared as part of the project VYNSPI-2 (*“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“* [Implementation and Evaluation of the Minimum Prevention Programme, System Tools in Education, and Development of the Nationwide Collecting System in Risky Behaviour Prevention for the Personnel of Schools and Educational Institutions], Reg. No. CZ.1.07/1.1.00/53.0017), with the main aim to test and verify the results of project VYNSPI-1, and particularly to verify the possibilities of establishing a nationwide system of risky behaviour prevention at school (including

prevention of habitual substance use, bullying, etc.) for elementary school children in the proposed form. The dictionary contains the total of 34 main / primary entries (for example, risky behaviour, prevention programme, evaluation of prevention programmes and interventions, etc.). The total of 20 authors of the Czech and Slovak Republics were engaged in preparing the first edition in 2010-2012. The second edition allowed for adding 6 additional entries. Each of the primary 34 entries includes a number of further sub-terms (secondary entries) and is explained in a broader theoretical and application framework. One dictionary entries includes about 500–900 words on average. Primary entries are arranged in the alphabetical order and constitute thematic subunits. A list and explanation of the most commonly used abbreviations is available at the end of the publication. All primary entries also include their terminological equivalent in English, and a converter of basic terms between Czech and English is included at the end of the book. Special attention was paid by the authors to citations and recommended literature. A list of references is included directly after every primary entries; these references can be consulted to find more detailed information and to verify the authorial setting the given explanation is bound to, and at which theoretical direction it is oriented. At the same time, recommended literature expanding on the topic is included at the end of every entry; this literature can be used for study purposes and offers suitable expansion and completion of the given primary entry. The publication also contains a detailed name and subject index to facilitate searching and orientation.

Zusammenfassung

Das Bedeutungswörterbuch der Grundbegriffe und –konzepte bei der Prävention von Risikoverhalten ist nach vielen verschiedenen Versuchen, eine einheitliche Terminologie im Bereich der schulischen Prävention in der Tschechischen Republik zu schaffen, eine einzigartige Publikation, die die im Entstehen begriffenen ursprünglichen Lehrtexte ergänzt. Das Buch richtete sich an alle in der Primärprävention Tätigen, ohne Berücksichtigung ihrer Ressort- oder Institutionszugehörigkeit und ihrer ursprünglichen fachlichen Ausbildung. Im Gegenteil, es sollte helfen, eben die unterschiedlichen ursprünglichen Qualifikationen zu überbrücken, mit denen diese Beschäftigten in die schulische Prävention kommen. Sicher ist das Buch ein guter Leitfaden und eine Unterstützung auch für Studenten verschiedener Hochschulfächer, für Mitarbeiter der staatlichen Verwaltung und der Selbstverwaltungsorgane, Donatoren und die breitere Öffentlichkeit. Das Hauptziel der Publikation bestand darin, die noch bestehenden unterschiedlichen Fach- und Ressortherangehensweisen an die Präventionsterminologie zu vereinheitlichen und eine Auslegung der grundlegenden Begriffe und Konzepte aus dem Bereich der Prävention von Risikoverhalten zu überbrücken, basierend auf tatsächlichen fach- und ressortübergreifenden Herangehensweisen. Das Autorenteam hat die erste Ausgabe im Rahmen des Projekts VYNSPI-1 („Schaffung eines Systems modularer Bildung im Bereich Prävention von Risikoverhalten für pädagogische und beratende Mitarbeiter von Schulen und schulischen Einrichtungen auf gesamtstaatlicher Ebene“, Reg.-Nr. CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK) realisiert. Die zweite Ausgabe wurde dann im Rahmen des Projekts VYNSPI-2 (*„Implementierung und Evaluierung eines minimalen Präventivprogramms, von Systeminstrumenten in der Bildung und Schaffung eines Sammelsystems im Bereich Prävention von Risikoverhalten für Mitarbeiter von Schulen und schulischen Einrichtungen auf gesamtstaatlicher Ebene“*, Reg.-Nr. CZ.1.07/1.1.00/53.0017) vorbereitet, deren Hauptziel darin bestand, die Ergebnisse des Projekts VYNSPI-1 zu testen und zu prüfen und vor allem dann die Möglichkeiten einer Einführung eines gesamtstaatlichen Systems einer schulischen Prävention von Risikoverhalten (einschließlich Suchtmittelprävention, Vermeidung von Schikane usw.) für Kinder an Grundschulen in der vorgeschlagenen Form

in Erwägung zu ziehen. Das Wörterbuch enthält insgesamt 34 Haupt-/Primärstichworte (z. B. Risikoverhalten, Präventionsprogramm, Evaluierung von Präventionsprogrammen und -interventionen usw.). An der ersten Ausgabe arbeiteten in den Jahren 2010–2012 insgesamt 20 Autoren aus der gesamten Tschechischen und Slowakischen Republik. In der zweiten Ausgabe konnten dann weitere 6 Stichworte hinzugefügt werden. Jedes der 34 Basisstichworte umfasst dann eine ganze Menge weiterer Teilbegriffe (Sekundärstichworte), die Auslegungen erfolgen in einem breiteren Theorie- und Anwendungsrahmen. Der Umfang des zu erklärenden Begriffs bewegt sich im Durchschnitt bei 500-900 Wörtern. Die Primärstichworte sind alphabetisch geordnet und bilden partielle Themenkomplexe. Am Schluss der Publikation befinden sich ein Verzeichnis und eine Auslegung der am häufigsten verwendeten Abkürzungen. Alle Primärstichworte sind auch mit einem englischen terminologischen Äquivalent angeführt, und am Ende des Buches befindet sich ein Konverter für die Basisbegriffe zwischen der tschechischen und der englischen Sprache. Besondere Aufmerksamkeit widmeten die Autoren den Zitaten und den Literaturempfehlungen. Direkt hinter jedem Primärstichwort befindet sich ein Literaturverzeichnis, das man für weiterführende Informationen und zur Kontrolle heranziehen kann, an welchen Kontext die entsprechende Begriffsinterpretation gebunden und wie diese theoretisch ausgerichtet ist. Gleichzeitig ist jedes Stichwort am Ende immer mit einer empfohlenen weiterführenden Literatur versehen, die man eben zu Studienzwecken nutzen kann und die eine geeignete Erweiterung und Ergänzung des entsprechenden Primärstichworts darstellt. Zur leichteren Suche und Orientierung ist die Publikation mit einem detaillierten Namens- und Sachwortverzeichnis versehen.

Résumé

Le dictionnaire des notions et des concepts de base de la prévention des conduites à risque est, après de nombreuses tentatives diverses d'unification de la terminologie dans le domaine de la prévention scolaire en République tchèque, un ouvrage unique, qui complète les textes d'apprentissage de base originaux naissant. Le livre est destiné à tous les acteurs de la prévention primaire sans distinction d'appartenance sectorielle ou institutionnelle, ou de spécialisations d'origines. Au contraire, il devrait permettre justement d'enjamber l'hétérogénéité des qualifications d'origines, que les acteurs apportent dans la prévention scolaire. Il sera sans doute aussi un bon guide et un soutien pour les étudiants de diverses spécialités universitaires, les agents de l'administration nationale et de l'administration autonome, les donateurs et le large public. Son objectif principal était de faire un pont entre les approches disciplinaires et sectorielles de la terminologie préventive et de proposer une définition des notions et des concepts fondamentaux du domaine de la prévention des conduites à risque, fondé sur une réelle interdisciplinarité et intersectorielité. Le collectif d'auteurs l'a créé pour sa première édition dans le cadre du projet VYNSPI-1 (« Création d'un système modulaire d'éducation en matière de prévention des conduites à risque pour le personnel pédagogique et les conseillers des écoles et des établissements scolaires au niveau national », n° reg. CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK). La seconde édition fut ensuite préparé dans le cadre du projet VYNSPI-2 (« Implémentation et évaluation du programme minimal d'évaluation des instruments systémiques dans l'éducation et création d'un système de collecte dans le domaine de la prévention des conduites à risque pour le personnel des écoles et des établissements scolaires au niveau national », n° reg. CZ.1.07/1.1.00/53.0017), dont l'objectif principal était de tester et de vérifier les résultats du projet VYNSPI-1 et notamment ensuite de vérifier les options de mise en place d'un système national de prévention scolaire des conduites à risque (y compris la prévention de l'usage de substances addictives, le harcèlement etc.) pour les enfants des écoles élémentaires, dans sa forme actuelle. Le dictionnaire compte au total 34 articles principaux/primaires (par ex. conduite à risque, programme de prévention, évaluation des programmes et interventions préventifs etc.). Au total, 20 auteurs de République tchèque et de

Slovaquie, ont travaillé à la première édition dans les années 2010–2012. La seconde édition a permis l'ajout de 6 articles. Chacun des 34 articles fondamentaux comporte quantité d'autres notions partielles (articles secondaires) et se définit dans un cadre théorique et une application élargie. L'étendue de la notion définie varie en moyenne autour de 500–900 mots. Les articles primaires sont classés dans l'ordre alphabétique et constituent des entités thématiques partielles. A la fin de l'ouvrage, se trouve une liste et une légende des abréviations les plus utilisées. Pour tous les articles primaires, l'équivalent terminologique anglais est indiqué, et une table de correspondance des notions fondamentales entre la langue tchèque et anglaise se trouve à la fin du livre. Les auteurs ont accordé une attention particulière aux citations et aux recommandations bibliographiques. Immédiatement après chaque article primaire se trouve la bibliographie utilisée, qu'il est possible de consulter pour élargir les informations et pour contrôler à quel environnement d'auteur est relié tel ou tel définition de notion et dans quel sens théorique elle est orientée. De même, chaque article est toujours suivi d'une bibliographie conseillée d'élargissement, qu'il est possible d'utiliser justement à des fins d'étude et qui offre un élargissement utile et un complément à l'article primaire correspondant. Pour faciliter la recherche et l'orientation, l'ouvrage est doté d'un registre détaillé des noms et des faits.

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

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

Cílem kolektivu autorů bylo sjednotit terminologii, a tak přispět ke zkvalitnění preventivní práce u nás a zlepšení návaznosti na preventivní práce zahraniční. Ve 34 kapitolách získá čtenář informace o primárních heslech, z nichž jsou některá opakovaně chybně chápána nebo v praxi užívaná. Slovník by měl být zároveň východiskem pro navazující další týmovou preventivní spolupráci v národním i mezinárodním měřítku. Považuji publikaci za velmi užitečnou pro širokou cílovou skupinu pracovníků v preventivních programech, pro výuku i praxi. Přeji autorům, aby další „vybrušování slovníku“, o kterém je zmínka v do-slovu, bylo úspěšné nejen ve zlepšení díla samotného, ale i v jeho dopadu na zlepšení postoje společnosti i odborníků k účinné, odborně vedené prevenci.

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

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

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

ISBN: 978-80-7422-393-8



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