

9. PRÁCE SE SPECIFICKOU KLIENTELOU	228
9/1 Magdalena Frouzová: Úvod do problematiky specifické klientely a „nových závislostí“	229
9/2 Jiří Broža: Děti a mladiství	232
9/3 Jindřich Vobořil: Gender – ženy jako specifická skupina	238
9/4 Ilona Preslová: Závislé matky s dětmi	244
9/5 Pavlína Müllerová: Klienti v konfliktu se zákonem	249
9/6 Marek Jargus: Klienti ve vazbě a výkonu trestu	255
9/7 Václav Schmidt: Etnické minority	261
9/8 Magdalena Frouzová: Gambleři a gambling	267
10. PRIMÁRNÍ PREVENCE	274
10/1 Pavel Bém, Kamil Kalina: Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy	275
10/2 Ivan Skalík: Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy	285
10/3 Lenka Skácelová: Prevence ve výuce – základní pedagogické principy	291
10/4 Dagmar Nováková: Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách	300
10/5 Lenka Skácelová: Vrstevnické skupiny, peer programy	307
10/6 Dagmar Nováková: Výcvik pedagogů	311
10/7 Ivan Skalík: Včasné školní intervence a základní poradenství	317
10/8 Petr Flaks, Barbora Trapková: Prevence v komunitě	323
10/9 Lenka Skácelová: Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci	329
LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU	334
KLÍČOVÁ SLOVA S ODKAZY NA KAPITOLY	338

10

PRIMÁRNÍ PREVENCE

10/1 Pavel Bém, Kamil Kalina: Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy

10/2 Ivan Skalík: Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy

10/3 Lenka Skácelová: Prevence ve výuce – základní pedagogické principy

10/4 Dagmar Nováková: Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách

10/5 Lenka Skácelová: Vrstevnické skupiny, peer programy

10/6 Dagmar Nováková: Výcvik pedagogů

10/7 Ivan Skalík: Základní poradenství a včasná intervence v prostředí školy

10/8 Petr Flaks, Barbora Trapková: Prevence v komunitě

10/9 Lenka Skácelová: Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci

Klíčová slova: cíle a prostředky PP – cílové skupiny PP – intermediátoři – primární prevence (PP) – účinné faktory PP

1. Východiska primární prevence

K užívání drogy dochází v určitém systému. Bio-psycho-sociální model znázorňuje vztah mezi drogou, jejím (třeba i potenciálním) uživatelem a prostředím, ve kterém k interakci mezi drogou a uživatelem dochází (viz Obr. 1). K jednotlivým vrcholům trojúhelníku – prvkům systému – se váží tzv. rizikové faktory (zvyšují riziko) a protektivní, ochranné faktory (riziko snižují). Úkolem prevence je podpora protektivních a omezování rizikových faktorů.

1) *Droga:* sledujeme její charakter, potenciál pro závislost, účinky, způsoby aplikace atd.

2) *Člověk:* závislost lze navodit u každého jednotlivce – neexistuje struktura osobnosti, která by stoprocentně před závislostí chránila nebo ji stoprocentně předurčovala. Rizikovými a protektivními faktory jsou zejména osobnostní charakteristiky. Riziko zvyšuje nízké sebevědomí a sebehodnocení, nízká výkonnost, nedostatek asertivity a schopnosti čelit tlaku vrstevníků, poruchy chování, nevhodné sociální vazby, úzkostnost, stres a jeho špatné zvládnutí, nezdrženlivost, sklon k depresím, ale i zdravotní handicap.

Obecně lze hovořit o struktuře osobnosti inklinující k problémům a uvažovat o dvou jejích typech: 1) osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, 2) osoby extrovertované, se zvýšenou dráždivostí až agresivní. První typ může inklinovat k drogám stimulačního typu, osobám druhého typu mohou např. opiáty přinést pocit vnitřního zklidnění. Záleží ovšem na mnoha dalších faktorech. V prevenci se snažíme rizikové osoby vyhledávat a cíleně s nimi pracovat (viz dále).

3) *Prostředí:* působení všeho, co nás obklopuje – v něm můžeme dále odlišit tyto úrovně:

a) *Společnost:* vztah společnosti k drogám, postoje a normy, dostupnost drog, ale i míra dezorganizace společnosti, výkonová a konsumní orientace, oslabení rodin, rozvodovost atd. Patří sem i koncepce drogové politiky, investice a informovanost.

b) *Rodinné prostředí:* atmosféra rodiny, míra lásky a péče, výchovný styl, rodinný systém norem a hodnot, užívání a dostupnost drog v rodině, přítomnost rodičů. Důležitou osobou je matka. Matky závislých bývají často hyperprotektivní nebo naopak hostilní, typický je též slabý, chybějící nebo naopak tvrdě výkonově orientovaný otec¹.

c) *Vrstevnické prostředí:* kamarádi, parta, škola. Toto tzv. referenční prostředí je pro dítě a dospívajícího mladého člověka velmi důležité. Záleží na hodnotách dané skupiny, převládající módě a životním stylu. Orientace na skupinové normy je často významnějším faktorem než droga sama. Tato skutečnost je využívána v prevenci ve strategii „peer“ (vrstevnických) programů. Dalším prostorem pro prevenci (tzv. nespecifickou) je vytváření a podpora sociálně přijatelných aktivit jako alternativní nabídka využití volného času a osobního rozvoje².

Není možné opomenout ani *provokující faktory*, které mohou být bezprostředním a přímým podnětem pro experiment s drogou. Nejčastěji se uvádějí následující (bez ohledu na četnost):

- zvědavost, nuda
- zlepšení výkonnosti
- zlepšení nálady, řešení (či spíše odsunutí) problémů, únik z bezvýchodné situace
- snaha upozornit na sebe, obstát v partě

Vlastní smysl primární prevence spatřujeme v následujícím:

Užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí. V současné době se u některých skupin mladých lidí setkáváme s postojem, že užívání drog je „normální“ spíše než život bez drog. Tento postoj je často potvrzován působením médií. Je nezbytné, aby si děti a mladí lidé byli vědomi nebezpečí drog, aby věděli, že převážná část naší společnosti drogy neužívá, že užívání drog nelze vnímat jako „normální“.

Zdravý životní styl, život bez drog by se měl stát atraktivním. Vedle negativního poselství o rizicích a nebezpečí

¹ Viz též Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti.

² Viz Skácelová, kapitola 10/5, Vrstevnické skupiny, peer programy.

pečí drog, je nezbytné nabídnout mladým lidem i poselství pozitivní, poselství o tom, že mohou žít zdravě, smysluplně a produktivně. Toho ovšem nelze dosáhnout žádnými formálními prohlášeními. Nositeli tohoto poselství musí být lidé aktivní v politickém a veřejném životě, zejména pak představitelé kultury a sportu, kteří svým působením mohou ovlivnit myšlení mladé generace.

2. Obecné charakteristiky primární prevence

1) Sociální (skupinový) charakter

Primární prevence se obrací na populaci jako celek nebo na vybrané skupiny uvnitř populace, tzv. cílové skupiny. V tom je rozdíl od prevence sekundární a terciární, které již mají individuální ráz a obracejí se na jednotlivce, který již je v různém stupni užíváním návykových látek zasažen³.

Konečnou cílovou entitou primární prevence je ovšem také jednotlivec. Primární prevence ovlivňuje tedy názory, postoje a chování jednotlivce prostřednictvím jeho skupiny nebo společnosti.

Cílové skupiny se vyznačují různou mírou rizika nebo vlivu na riziko (viz oddíl 4 této kapitoly).

2) Cíl: zabránit vzniku poruchy zdraví

Vycházíme ze všeobecně akceptované komplexní definice zdraví podle WHO: *Zdraví je stav tělesný, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.* Primární prevence si obecně klade za cíl, aby u člověka k poruše zdraví (ve smyslu tělesném, duševním i sociálním) vůbec nedošlo. Tím se odlišuje od prevence sekundární a terciární, které již počítají s daným faktem zdravotní poruchy nebo postižení.

U drog se primární prevence soustřeďuje na stranu poptávky na drogovém trhu. Usiluje o to, aby se potenciální spotřebitel nestal skutečným spotřebitelem, tj. aby drogy nevyhledával a nekonzumoval. Specifickým cílem je dosáhnout aspoň odložení kontaktu s drogou do vyššího věku, protože u dětí a velmi mladých teenagerů mají drogy na rozvoj osobnosti a sociální integraci mimořádně destruktivní vliv.

Dalším cílem – již na hranici primární a sekundární prevence – je snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, pokud k němu už dochází, a předejít tak různým zdravotním poškozením včetně závislosti, které by vyžadovaly léčbu (Nešpor a Csémy, 1998).

3) Prostředky

K dosažení tohoto cíle se používají metody psychologie, pedagogiky, sociologie, veřejné politiky, reklamy, marketingu atd. Jde o metody převážně nelékařské, nemedicínské. Představa primární prevence (u zdravotních poruch obecně i u zneužívání návykových látek) jako výlučně lékařské disciplíny, jejíž provádění je vyhrazeno lékařům nebo aspoň jimi vedeno, není na úrovni soudobých poznatků a neukázala se efektivní. To znamená „anti-medicínské“ zaměření primární prevence a vyloučení lékařů z okruhu této činnosti. Lékař vždy může být hodnotným členem týmu, který koncepci a metodiku primární prevence vypracovává a provádí.

4) Zaměření: nespecifická a specifická prevence

Nespecifická prevence není tematizovaná na zneužívání návykových: zaměřuje se spíše na protektivní faktory, které obecně souvisí s podporou zdraví ve smyslu tělesném, duševním i sociálním a zdravého a sociálně přijatelného životního stylu. Její význam (směřovaný nejčastěji do tzv. volnočasových aktivit) nelze podceňovat, zde se však budeme v první řadě zabývat prevencí specifickou, zaměřenou na užívání (zneužívání) návykových látek.

3. Základní pojmy a faktory v primární prevenci zneužívání návykových látek

1) Snížení poptávky po drogách

Drogová politika operuje s pojmem drogového trhu, který má jako každý jiný trh *stranu nabídky* (produkce a distribuce) a *stranu poptávky* (vyhledávání a spotřeba). Aktivita proti šíření drog jsou zaměřeny buď na *omezení nabídky* nebo na *omezení poptávky* – o to jde právě v prevenci užívání. Tento model v drogové prevenci poskytuje vcelku výstižnou základnu pro koncepci primární prevence jako tvarování chování potenciálního spotřebitele tak, aby se nestal zákazníkem drogového trhu, nebo minimálně aby se jím nestal příliš brzy. Pochopitelně by měla být zároveň zaměřena tak, aby se nestal ani aktérem na straně nabídky (tj. dealerem).

2) Drogové uvědomění

Drogové uvědomění (v anglické literatuře „drug awareness“) má stejný smysl jako právní vědomí nebo ekologické vědomí. Ve všech případech je podstatné dosáhnout toho, aby se získané poznatky uplatnily v každodenním životě.

V primární prevenci zneužívání drog je základní osnou tzv. *KAB model* (*Knowledge, Attitudes, Behaviour* –

³ Viz též Kalina, kapitola 1/1, Úvod do drogové politiky.

poznatky, postoje, chování). Primární prevence by se měla zaměřit na všechny tyto komponenty, přičemž platí, že pouhé poskytování informací je neúčinné a vlastně se za prevenci nedá pokládat. Cílem drogové prevence je tedy nejen zvýšit kvantitu informací, které cílová populace o drogách má, ale zejména:

- pomoci člověku, aby si problém drog uvědomil jako „něco, co se ho týká“
- poskytnout mu přehled poznatků, přispět k jejich osvojení a orientaci v nejdůležitějších z nich
- umožnit mu výběr vlastního postoje
- pomoci mu v tom, aby si nevybral rizikovou životní kariéru závislou na drogovém trhu (tj. ani kariéru zákazníka, ani kariéru aktéra na straně nabídky či kombinací obou)
- poskytnout mu podporu v tom, aby tento jeho postoj a přesvědčení byl dostatečně pevný, zakotvil se v jeho hodnotovém systému, působil na jeho chování a měl tak pozitivní vliv i na ostatní

3) Denormalizace

Primární prevence přispívá k vytvoření takového sociálního klimatu, které není příznivé k šíření drog. Pojem „denormalizace“ znamená, že se normy a hodnoty určitého společenství změní tak, že lidem nepřipadá užívání a šíření drog jako žádoucí, ale ani jako neutrální sociální norma. Cílem denormalizace je především zvýšit v daném společenství drogové vědomí, morálku a účast na řešení problému.

V drogové politice různých zemí (například v Holandsku) se setkáme s opačným pojmem *normalizace*, což zasluhuje vysvětlení. Smysl normalizace je přistupovat ke zdravotním a zejména sociálním poškozením, působeným drogami, jako k jiným zdravotním či sociálním problémům a zavádět pro ně obdobné služby. *Denormalizace*, vytvářející prostředí, které není příznivé k šíření drog, a *normalizace*, zajišťující problémovému uživateli drog dostupnost potřebných služeb stejně jako jiným postiženým, nejsou tedy ve vzájemném rozporu a mají své místo v rámci drogové politiky.

4) Morální aspekty ve společenství

Ve většině zemí při nástupu drogové vlny byla veřejná morálka zaměřená na odsuzování konsumentů. Odborníci učinili mnoho proto, aby otupili tyto moralizující postoje a převedli morální problém na problém zdravotní. Dnes se ukazuje, že není žádoucí veřejnou morálku z drogové scény zcela vyloučit, protože zúžení drogového problému čistě na problém zdravotní nemělo žádoucí efekt. Je důležité, aby primární prevence oslovila v cílových skupinách takové morální aspekty, jako je odpovědnost za vlastní život, sebeúcta, odvaha

čelit problémům a spoluzodpovědnost za kvalitu života v rodině a v komunitě. Tyto hodnoty „nového občanství“ či „komunitního uvědomění“ by nemělo preventivní poselství opomíjet ani u nás a právě u nás.

5) Negace a pozitivní alternativy užívání drog

Přístup „prostě řekni ne“ („Just Say No“) v primární prevenci je spojen s celonárodní preventivní strategií v USA v 80. letech, jejíž patronkou byla „první dáma“ Nancy Reaganová. Přístup „prostě řekni ne“ je nesmyslně zjednodušován a bagatelizován. Jde samozřejmě o to pomoci mladým lidem utvářet osobnost, postoje a názory tak, aby něčemu říkali „ano“ a tudíž mohli říci „ne“ drogám.

Čemu říkat „ano“, to je klíčová a často neobratně zodpovědaná otázka v prevenci drog i v prevenci AIDS. Snadno se při ní sklouzne do frází. Zahraniční zkušenosti v tomto směru jsou varovné – Západ je stále zatížen kulturním komplexem minulých desetiletí, kdy kult mládí, odmítání dospělosti a falešně pojetí svobody dominovaly na intelektuální scéně a takřka zneumožňovaly pregnantní a přitažlivou formulaci pozitivních alternativ dospělosti. Díky tomuto komplexu se v prevenci drog prakticky rezignovalo na *mezigenerační dialog* a převládá přesvědčení, že „dospělí nejsou hodnotným vzorem“ a jejich přímé působení je málo účinné.

Česká republika je tímto komplexem poněkud méně zatížena, má však zase jiné problémy s hodnotami a uvedený komplex si rychle osvojuje. Nejlepší je pozitivní alternativy ukázat na příkladu osobností, které jsou nebo mohou být v jistém smyslu vzorem pro skupiny, na něž zaměřujeme preventivní poselství („intermediátoři“ – viz oddíl 5). Přizpůsobit nabídnutou pozitivní alternativu horizontu toho, kdo přijímá poselství, je ovšem vždy nezbytné a musí být řešeno velmi citlivě.

6) „Neobviňování obětí“ a problém pozitivní diskriminace

Preventivní poselství by mělo být postavené tak, aby nezatracovalo, neodsuzovalo a nevyvrhovalo na okraj společnosti ty, kteří se z různých důvodů už k drogám dostali. Může dojít k jejich heroizaci a pro nekonformní mládí mohou být „negativní hrdinové“ následováníhodnými vzory. Toto pravidlo opět neznamená, že by se měli uživatelé drog příliš „chápat“ a „šetřit od špatných pocitů“, jak to přehnal Západ v 80. letech. Nyní se doporučuje praktický lidský postoj: „Brát drogy není O.K., ale jestliže je bereš, můžeš sám být ještě O.K. Záleží jen na tobě – přijď, pomůžeme ti.“

Společenské postoje k užívání drog by ovšem neměly navozovat *pozitivní diskriminaci*, kdy ten, kdo bere drogy, má větší společenskou odezvu a podporu než ten, kdo je nebere. Může jí mít třeba z toho důvodu, že užíváním drogy realizuje speciálním způsobem nějaké domnělé lidské právo (např. právo na slast) a stává se tak příslušníkem menšiny, jejíž speciální práva musí být speciálně chráněna. Problém pozitivní diskriminace je jedním z dědictví výše zmíněného kulturního komplexu Západu od 60. let podnes. Je obtížné ho překonávat, ačkoliv zjevně poškozuje zdraví i morálku společnosti a znevýhodňuje pozitivní alternativy. Veřejnost ČR má zatím spíše postoje diskriminující a represivní, ty se však mohou snadno přemýknout do druhé krajnosti.

7) Porozumění motivaci

Důvody, proč lidé berou drogy, jsou značně složité a podmíněné osobnostně i sociálně. Patří k nim, jak už bylo výše řečeno, např. snaha získat energii, výkonnost a překonat zábrany, tendence vyhnout se bolesti fyzické i psychické, obtížnosti nebo všednosti života, úsilí „zařadit se“ a získat určitou sociální (skupinovou) identitu, ale také touha prožít mimořádný zážitek.

K výše uvedeným motivačním faktorům samozřejmě přispívají různé sociální tlaky, móda subkultur a part, krize rodiny a v neposlední řadě i důmyslné marketingové strategie nezákonného trhu, který se snaží rozšířit svá odbytiště. Porozumět zdrojům motivace je však nezbytné pro účinnou formulaci preventivního poselství. Nikdo (s výjimkou lidí skutečně závislých) „nepotřebuje“ drogu – potřeby mezního (transcendentálního) zážitku, sounáležitosti a vyhnutí se utrpení jsou však přirozenými a legitimními potřebami. Jde o to, jak je mladý člověk může uspokojit přirozeným a legitimním způsobem.

Porozumět motivaci ovšem neznamená omlouvat nebo škrtat ze hry faktor osobní odpovědnosti.

4. Hlavní cílové oblasti primární prevence

Formativní věk a formativní prostředí

Hlavním těžištěm primární prevence je formativní věk a formativní prostředí, tj. věk a prostředí, ve kterém se vytvářejí normy a hodnoty: děti, mládež a jejich nejbližší okolí.

Nezanedbatelným prostředím je zejména:

- rodina
- školní prostředí a výuka
- prostředí mimoškolní činnosti, rekreace a volného času

- práce a pracoviště
- místní společenství

Primární a sekundární cílové skupiny

V každém formativním prostředí můžeme najít příslušníky *cílových skupin* dvojího typu. Jako *primární (konečná)* cílová skupina či populace se označuje ta, jejímuž uživatelskému chování chceme předejít. Obecně řečeno, jsou to osoby ve formativním věku – děti a mladí lidé. *Sekundární (intermediární)* cílová skupina je ta, která má velký a přímý vliv na primární (konečnou) cílovou skupinu. Jsou to například rodiče, učitelé, vychovatelé, policisté a další *intermediátoři* (viz níže, oddíl 4). Pracujeme s nimi proto, že jejich vliv na děti a mladé lidi hodláme využít a podpořit, ne proto, že bychom je samotné chtěli od užívání drog odvrátit (předpokládáme, že s nimi problémy nemají).

V okruhu primárních (konečných) cílových skupin se ještě dále rozlišuje:

1. *Všeobecná populace*: zahrnuje všechny obyvatele v dané komunitě.
2. *Všeobecná cílová skupina* či *populace*: zahrnuje např. všechny děti či dospívající v určité oblasti, škole, třídě – pak hovoříme o všeobecné prevenci.
3. *Skupiny se zvýšenými riziky*: liší se od všeobecné populace různými zdravotními a sociálními charakteristikami, jsou zvýšeně ohrožené, ale drogy ještě neužívají – na ně se zaměřuje selektivní prevence⁴.
4. *Začínající uživatelé*: děti a dospívající, kteří vykazují varovné známky užívání návykových látek, ale ještě u nich není možné diagnostikovat „škodlivé užívání“ nebo „závislost“ – na ně se obrací tzv. indikovaná prevence, která již může být zároveň i včasnou intervencí (zde už se ocitáme na rozhraní primární prevence a sekundární prevence).

Rodina a škola

Rodina je nesmírně významným médiem i aktérem primární prevence. Díky svému soukromému charakteru je často zdánlivě skrytá a nedosažitelná. Systémové hledisko nás ale učí, že ať intervenujeme v jakémkoliv prostředí, intervenujeme zároveň také v mnoha rodinách prostřednictvím dospělých nebo dětí.

Jednou z cest preventivního poselství do rodiny je *zaměření prevence* na dospělé všude tam, kde se scházejí, zejména v zaměstnání a při zájmové nebo občanské činnosti. Ve všech těchto případech lze počítat s tím, že oslovujeme-li dospělé, oslovujeme rodiče.

⁴ Viz Skácelová, kapitola 10/3, Prevence ve výuce.

Další cesta k rodině je *prostřednictvím školy*. Programy pro školy a trénink pedagogů v oblasti primární prevence patří k nejčastějším aktivitám tohoto druhu u nás. Je nezbytné, aby metodika „učení učitelů“ („teaching teachers“) počítala s tím, že pedagog je potenciálním nositelem preventivního poselství nejen pro žáky, ale rovněž pro rodiče.

Současný trend v České republice – směřovat primární prevenci takřka výhradně do škol – může být pouze prvním krokem této systémové orientace, jinak by se mohl stát jejím zúžením. Opět bychom toho chtěli od školy příliš a více než od života a vyvolávali nerovnováhu mezi rodinou a školou⁵.

Intermediátoři

Jako intermediátoři se označují osoby, které jsou schopné mít vliv na druhé, ať už v přímém styku nebo spíše prostřednictvím hromadné komunikace. Jsou to lidé, jejichž vystupování a chování je směrodatné, kteří mohou být vzory, a kterým cílová populace naslouchá a věří, když něco říkají třeba o drogách nebo AIDS. Je důležité tyto osoby najít a získat je pro prevenci.

K intermediátorům (pochopitelně kromě rodičů a pedagogů) mohou patřit např. trenéři, skautští vedoucí a vedoucí jiných zájmových aktivit, herci, sportovci, hudebníci, pracovníci médií, spisovatelé, politici, podnikatelé, policisté, soudci, kněží a samozřejmě lékaři. Důležitá je primární sociální role intermediátora, jeho sociální pozice a schopnost komunikace. Intermediátoři by si však měli rovněž osvojit aspoň základní poznatky o drogách nebo absolvovat jistý trénink – kurs zaměřený nejen na poznatky, ale i na dovednosti v jejich sociálním marketingu.

Značný význam se přikládá mladým lidem o málo starším než je daná cílová populace (např. pro středoškolačky může být významným vzorem vysokoškolský student ve druhém ročníku) nebo dokonce přímo *vrstevníkům*. Programy využívající vrstevníků (*peer programy*⁶) jsou náročné jak na trénink aktivistů, tak na způsob jejich výběru. Stejně jako u jiných intermediátorů, i zde musí jít o lidi, kteří jsou pro cílovou skupinu podnětní a zajímaví, neodvozují svůj vliv od toho, že absolvovali určitý výcvik. Dobře vedené *peer programy* jsou užitečné stejně jako jiné dobře vedené pro-

gramy, tento přístup však jistě není samospasitelný a nemůže zbavit dospělých jejich role přirozených autorit a vzorů⁷.

Spornými intermediátory jsou bývalí uživatelé drog („*ex-useři*“). Mohou být dobrým vzorem pro člověka, který je již sám problémovým uživatelem nebo závislým – proto jsou užiteční ve svépomocných iniciativách i jako členové týmů poradenských, léčebných a resocializačních pracovišť. Pro nezasaženou populaci však vhodným vzorem nejsou, i když jejich vystoupení může být zajímavé.

Intermediátorem v určitém smyslu může být i organizace či instituce, nejen odborná, která má prevenci či léčbu závislostí „v popisu práce“ – například podnik, který drogovou prevencí nejen sponzoruje, ale aktivně se stará o její šíření v místním společenství, kde má sídlo. Tato aktivita vycházející z principu *korporativního občanství* (celá organizace se chová jako odpovědný místní občan, kterému nejsou lhostejné záležitosti komunity) je bohužel u nás spíše výjimkou než pravidlem.

Místní společenství

Výrazným trendem posledních let v zahraničí, který se rychle začíná uplatňovat i u nás, je prevence v místním společenství obce, města či městské části. Tento přístup využívá metod vytvořených ve veřejné politice a známých (spíše v cizině než u nás) např. z volebních kampaní.

Vytváření „sítě“ v místním společenství má zahrnout co nejvíce intermediátorů – osobností i složek otevřené společnosti. Cílem je široká občanská platforma pro zvýšení drogového vědomí a na podporu prevence šíření drog na daném území. Je důležité oslovit:

- občanská sdružení a iniciativy různého typu, i když jejich program se prevence drog přímo netýká (sportovní kluby, sdružení nájemníků, ekologické iniciativy, zájmová sdružení zahrádkářů a chovatelů)
- místní politiky (členy zastupitelstva) a politické formace, které zastupují
- důležité osobnosti (lékaře, spisovatele, kněze, podnikatele, sportovce, hudebníky)
- důležité instituce a organizace na daném území (úřady, velké podniky, školy, university, nemocnice, galerie, divadla)

⁵ Srv. např. Skalík, kapitola 10/2, Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy; kapitola 10/7, Základní poradenství a včasná intervence ve školním prostředí.

⁶ Z angl. *peer* = osoba v souřadném postavení sociálním, profesním či věkovém, tedy i vrstevník.

⁷ Blíže o *peer* programech viz Skácelová, kapitola 10/5, Skupiny s vrstevníky. K *peer* programům se ze svého pohledu a v rámci svých kapitol vyjadřují i další autoři (Skalík, kapitola 10/2 Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy; Nováková, kapitola 10/4, Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách).

Princip vytváření sítě („networking“) i princip *denormalizace* staví především na důvěře v obrovský potenciál, který všechny složky otevřené společnosti obsahují a který je třeba objevovat a rozvíjet. Bez něj mají plošné a v podstatě neosobní multimediální kampaně s nákladnými billboardy a televizními šoty jen velmi omezený význam.

Etnické menšiny

Ve většině zemí vidíme etnické menšiny, které se zároveň liší sociálním statutem od převládající populace, jako zvláště rizikové skupiny. Riziko se týká šíření drog obecně, tj. aktivity na straně nabídky i poptávky.

Není pochyb o tom, že takovou rizikovou skupinu představuje v České republice právě romské etnikum. Zároveň je jasné, že se u nás problém romského etnika značně vyostřuje, kriminalizuje, politizuje, nacionalizuje a vede ke značnému napětí a strachu. Drogová prevence by se této rizikové skupině neměla vyhnout. Je třeba, aby byla propojena s programy sociální prevence a prevence kriminality a s různými zdravotními, sociálními a vzdělávacími projekty zaměřenými na romskou populaci. Pro začátek bude důležité vtáhnout do drogové prevence jak odborníky na romskou problematiku, tak některé zástupce tohoto etnika.

Díky legální i nelegální migraci vzrůstá význam dalších národnostních skupin, které hrají nepochybně významnou roli na místní drogové scéně a mělo by se o nich uvažovat rovněž jako o cílových skupinách v prevenci šíření drog.

5. Zásady efektivní primární prevence

Obecné charakteristiky

Obecné charakteristiky efektivního primárního programu⁸ můžeme definovat takto (Bém, 1998):

1) *Kombinace mnohočetných strategií* působících na určitou cílovou skupinu (škola, rodina, vrstevníci, komunita, masmédiá). Z bio-psycho-sociálního modelu a výtěží rizikových faktorů zřetelně vyplývá, že příčiny zneužívání návykových látek jsou značně různorodé. Preventivní programy je tedy nutné koncipovat komplexně jako souhrn více faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí.

2) *Kontinuita působení* a systematickosti plánování. Jednorázové aktivity, bez ohledu na rozsah a náklady,

např. jednorázové přednášky nebo celostátní protidrogové kampaně, obvykle nejsou příliš efektivní. Jednostranné a zjednodušující informace mohou být i škodlivé.

3) *Cílenost a adekvátnost* informací i forem působení vzhledem k cílové populaci a jejím demografickým a sociokulturním charakteristikám. U každého preventivního programu je třeba definovat, pro jakou cílovou skupinu je určen. Musí být zohledněn věk, míra rizikovitosti, úroveň vědomostí, sociokulturní zázemí, etnická příslušnost postoje dané skupiny ke zneužívání návykových látek. Program musí být pro danou skupinu přijatelný, musí být „prodejný“.

4) *Propojenost* prevence zneužívání nelegálních drog a těkavých látek a prevencí problémů působených alkoholem a tabákem. Tabák a alkohol jsou nejrozšířenější drogy a působí největší škody. Jsou také drogami iniciačními – jejich užívání obvykle provází a často předchází zneužívání nelegálních drog. Ne vždy však je toto spojení vhodné a můžeme zformulovat různé „balíčky“, v nichž lze efektivní preventivní poselství vyslat⁹.

5) *Včasný začátek* preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku. Osobnostní orientace, názory a postoje se formulují již v nejranějším dětském věku. Jednoznačně se ukazuje, že čím dříve prevence začíná, tím je ve výsledku efektivnější. Formy působení musí být samozřejmě přizpůsobeny věku a možnostem dětí.

6) *Positivní orientace* primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ. Podpora zdravého životního stylu a nabídka pozitivních alternativ „prodejných“ v příslušné cílové skupině by mělo být součástí každého preventivního programu.

Specifické charakteristiky

1) *Využití „KAB“ modelu* – orientace nikoliv pouze na úroveň informací, ale především na kvalitu postojů a změnu chování (viz výše). Kvalita postojů a změna chování často nemusí s rozsáhlostí a hloubkou poznatků příliš souviset. Cílem prevence je ovlivnit chování: součástí programů by proto mělo být posílení schopnosti mladých lidí čelit tlaku k užívání návykových látek zvýšeným sebevědomím, nácvikem asertivity a schopností odmítat, zkvalitněním sociální komunikace a schopností obstát v kolektivu a řešit problémy sociálně přiměřeným způsobem.

⁸ Charakteristiky účinného programu primární prevence ve školách viz Skácelová, kapitola 10/3, Prevence ve výuce – základní pedagogické principy.

⁹ Efektivní poselství v primární prevenci může spojoval různá témata: nelegální návykové látky, těkavé substance, alkohol a tabák, jiná zdravotní rizika (zejm. infekční nemoci – HIV/AIDS a hepatitidy, ale také úrazy a sebevraždy) a konečně jiná společenská rizika a problémy, např. kriminalita a komunitní bezpečnost, trávení volného času, životní prostředí. Pro formulování účinného balíčku témat v primární prevenci drog musíme tyto problémové okruhy spojoval podle potřeby, ale nikoliv dogmaticky, se zřetelem na skutečná zdravotní a sociální rizika, stupeň sociální tolerance určitých drog, charakter cílové skupiny či populace a v neposlední řadě potřeby a problémy dané komunity (Kalina, 2000).

2) Využití „peer“ prvku, důraz na aktivní zapojení. Pro děti a dospívající jsou vrstevníci často významnější autoritou než rodiče a učitelé. Vrstevníci mají významný vliv na utváření jejich názorů a postojů a mohou tak účinně přispět k snížení rizikového chování. Aktivní účast dětí, jejich iniciativa a spontánní výměna názorů zvyšují pravděpodobnost úspěšnosti preventivního programu. Dospělí musí svůj díl odpovědnosti přiměřeně formulovat: realizátor programu by měl být spíše iniciátorem a moderátorem než přednášejícím.

3) Podpora protektivních faktorů ve společnosti, vytváření podpůrného a pečujícího prostředí. Součástí preventivních programů má být podpora a vytváření podmínek pro společensky přijatelné aktivity a nabídka podpůrného prostředí, které dětem umožňuje navázání uspokojivých vztahů. Do primární prevence patří i nabídka specializované péče v případě potřeby a kontaktů pro eventuelní krizové situace.

Jako *neúčinné* se naopak prokázalo pouhé poskytování zdravotních informací o účincích drog, odstrašování, zakazování, přehánění následků užívání, moralizování a v neposlední řadě i afektivní výchova, postavená pouze na emocích a pocitech (viz Tab.1).

Summary

Introduction to Primary Prevention

The background of the primary prevention (PP) is a bio-psycho-social model, which includes the interaction "drug – person – setting (environment)". There are very important protective factors, which prevention tends to enhance, and risk factors the impact of which prevention tries to minimise. PP is usually divided into non-specific and specific PP (this category

includes the following types: general, selective and indicated PP). Further, the authors define the general characteristics, goals, methods and target PP groups. Particular attention is paid to the effective factors of PP and to the approaches that have been proven as ineffective or even harmful.

Key words: Primary prevention (PP) – effective factors – goals – inter-mediators – methods – target groups

Obr. 1: *Bio-psycho-sociální model – vztahy mezi drogou, uživatelem a prostředím*



Tab. 1: *Vhodné a nevhodné přístupy v primární prevenci*

Vhodný přístup	Nevhodný přístup
Podpora sebedůvěry, aktivity a hodnotných zájmů	Odstrašování, triviální „Prostě řekni ne“
Kontinuální proces	Jednorázové akce
Zaměření na změnu postojů a chování	Zaměření pouze na poznatky
Živé (interakční) učení	Přednášková forma
Využívání směrodatných vzorů, pokud možno z blízkého okolí	Neosobnost, formalismus, využívání ex-userů nebo aktuálních uživatelů, stavění na „hvězdách“
Otevřená, hodnotně moderovaná diskuse	Potlačování nebo „bezbřehost“ diskuse
Zapojení do života místní komunity	Vedení „shora“ a mimo místní kontext
Realizaci navrhuje a řídí kvalifikovaní interdisciplinární odborníci v PP	Amatérismus realizátorů, náhodný výběr úzkých specialistů (lékaři, policisté) neškolených v PP

Zdroj: Kalina, 2000 (též s využitím Nešpora, 1998)

Literatura

- Bém P.: Primární prevence zneužívání návykových látek. In: Bém P., Kalina K. (eds.): Studijní skripta distančního vzdělávání protidrogových koordinátorů. Úřad vlády ČR, Praha, 1998
- Duke K., MacGregor S., Smith L.: Activating Local Networks. A comparison of two community approaches to drug prevention. – Drugs Prevention Initiative Paper No. 10. Home Office, London 1996
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Kroger Ch., Winter H., Shaw R.: Guidelines for the Evaluation of Drug Prevention Intervention. A manual for programme planners and evaluators. IFT (Institut für Therapieforschung), Munich 1997
- MPK: Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1998 – 2000. Úřad vlády ČR, Praha, 1998
- Morton M. B.: Prevention Plus III. Office for Substance Abuse Prevention, Washington D.C., 1995
- Nešpor K., Csémy L., Pernicová H.: Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence. Publikace na disketě, K. Nešpor, 1998
- Nešpor K. a kol.: Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag, Praha, 1999
- Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha 2000
- Proceedings of the First Conference on the Evaluation of Drug Prevention. ECMCDDA, Lisabon 1997
- Skála J., Kalina K., Bém P. a kol.: Substance Abuse in the Czech Republic. ALFA, Praha, 1994
- Uhl A. et al.: Evaluation of Primary Prevention in the Field of Narcotic Drugs. Definitions, Concepts, Problems. Ludwig Boltzmann Institute, Vienna, 1997
- Williams M.: Drugs Prevention Training. An evaluation of three drugs prevention teams. Drugs Prevention Initiative Paper No. 8. Home Office, London, 1995

MUDr. Pavel Bém – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/3.

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. MSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/1.

Primární prevence by měla být:

- 1) stejně důmyslná a důsledná jako strategie mafí
- 2) přiměřená složité motivaci člověka pro život s drogami i život bez drog
- 3) schopná vyhnout se krajnostem, mezi které patří zejména:
 - odstrašování (jednostranný důraz na negativní a varovné informace)
 - odsuzování ohrožených či postižených osob jednostranným zdůrazňováním jejich slabosti či viny (tzv. očerňování obětí)
 - pozitivní diskriminace drogy a jejich uživatelů
- 4) prováděná jako kontinuální proces, tj. nikoliv jednorázová a „kampaňovitá“
- 5) přiměřená různým věkovým kategoriím a skupinám v populaci
- 6) koncipovaná jako získání vyvážených poznatků o drogových problémech a rizicích z hlediska zdravotního, sociálního a bezpečnostního
- 7) zaměřená na získání postojů, dovedností a motivace k tomu, aby lidé nacházeli jiná řešení svých nesnází a dokázali vést produktivní život bez ohrožení drogami (jenom informace nestačí a nemění chování)
- 8) opřena o oblíbené a směřodatné osoby, vrstevníky, názorné přístupy a neformální diskusi
- 9) spojená podle potřeby, ale nikoliv dogmaticky, s prevencí jiných zdravotních a sociálních rizik (alkohol, kouření, AIDS, kriminalita)
- 10) schopná oslovit nejbližší okolí rizikových členů populace (rodina, pracovní, školní a mimoškolní prostředí)
- 11) pozorná a stimulující vůči schopnosti těchto skupin a celé populace komunikovat o problémech a vyrovnávat se s nimi
- 12) statečná a mobilizující pozitivní rysy společenství, rodin i jednotlivců
- 13) měla by klást důraz na to, že drogy nejsou nic tak hrozného, aby se o nich nedalo otevřeně hovořit, a mají nad lidským společenstvím jen takovou moc, jakou jim samo propůjčí

Klíčová slova: faktory úspěšnosti PP – formy PP – hodnocení PP – KAB model – nespecifická a specifická PP – peer programy

1. Cíle primární prevence – východisko pro působení na cílovou populaci

Při výběru strategie primárně preventivního působení bychom měli vždy vycházet ze stanovených cílů. Na jejich základě se snažíme vytvářet modely a přístupy směřující k efektivnímu působení směřující k snížení výskytu sociálně patologických jevů ve společnosti. Matějček (1994) problematiku negativních jevů ve společnosti přirovnává k ledovci. Jeho vrchol, jedna desetina celku, ční nad hladinou, a s touto jedinou částí může společnost nějak zacházet, osekávat vrchol ledovce. Zbytek, ukrytý pod hladinou, je ovlivnitelný jediným způsobem: zahříváním oceánu. V rámci terminologické přesnosti pak působení na onu pomyslnou vrchní část ledovce zahrnujeme do specifické primární prevence a spodní do nespecifické prevence. Je možno říci, která z těchto dvou strategií je důležitější, která ze strategií zaručí rychlejší zhodnocení investovaných prostředků? Domníváme se, že diskuse odehrávající se na politické, odborné i zájmové úrovni, která ze dvou složek je důležitější a do které více investovat, jsou pak více následkem snahy o prosazení svých zájmů, než reálným zhodnocením společenské situace. Právě aktuální společenská situace, v kontextu doby předchozí i budoucí, by měla být základním východiskem pro intervence v rámci specifické i nespecifické prevence. *Nespecifická primární prevence na úrovni celé společnosti by se měla zabývat právě tímto zahříváním oceánu a specifické preventivní programy by pak měly reagovat na konkrétní společenské fenomény.* Obě složky by se měly vzájemně doplňovat.

V této kapitole se budeme věnovat detailněji specifickou primární prevencí a dále možnostmi programů primární prevence drogových závislostí.

Některé z intervenčních a preventivních programů drogových závislostí si kladou za cíl zcela zabránit užívání návykových látek, což je ideální stav. Domníváme se, že základním cílem PP může být „jen“ snaha o snížení počtu mladých lidí užívajících návykové látky, snížení možných následků poškození a vytváření protidrogových postojů. Jde tedy o ovlivňování postojů žádoucím směrem a tím o následný pokus o změnu chování v oblasti drogové problematiky.

Základní cíl PP je tedy zaměřen na snižování poptávky po drogách – co největší mírou přispět ke snížení počtu osob zneužívajících návykové látky.

Z hlediska plánování a prosazování intervencí v oblasti primární prevence v praxi považujeme za velmi důležité poukázat na jeden ze základních předpokladů: způsob nahlížení na primární prevenci, tj. předcházení. Většina problémů souvisejících s chováním jednotlivce v námi sledované problematice se odehrává a promítá v rodinách. Můžeme si třeba vybrat několik „významných“ faktorů ovlivňujících chování a prožívání rodin, můžeme sledovat situace, ve kterých se projevují problémy. Na základě srovnání s okolními případy můžeme stanovovat obecné modely směřující k problémovému chování. Následně můžeme tyto faktory analyzovat a snažit se hledat způsoby řešení problému. Tento způsob myšlení je v evropské kultuře (v rámci medicínského, sociologického, psychologického pohledu) silně zakořeněn. Zjednodušeně můžeme hovořit o odstraňování následků: zjistíme projev nemoci, poruchy nebo problému a snažíme se jej odstranit či zmírnit. Vytváříme specifické programy a modelové situace odstraňování následků. Teprve po rozšíření daného problému dospíváme k náhledu, že by bylo vhodné těmto nemocím, poruchám či problémům předcházet. Ve filozofické rovině již byly teorie směřující k rozbourání zaběhlého způsobu myšlení „příčina – následek“ zpracovány. Zjednodušeně o nich můžeme říci, že scientistní pojetí světa, kde převažuje lineárně kauzální myšlení (příčina a následek) je postupně nahrazováno postmodernistickým pojetím, kdy vše souvisí se vším a vzájemně se ovlivňuje (Welsch, 1994).

Pohlédneme-li na některé konkrétní případy změny myšlení směrem k prevenci, tedy k předcházení, a účinnosti specifických preventivních programů, stačí se podívat například na data o zdravotním poškození populace následkem užívání legálních drog. Samotná data (informace) o vzniku onemocnění nevedou ani nás dospělě („rozumně“) k nápravě. Teprve v souvislosti s cílenými a razantními preventivními opatřeními dochází ke zlepšení stavu. Jiným příkladem mohou být úspěšné preventivní kampaně zaměřené na snížení počtu sebevražd v severských zemích. Preventivní pů-

sobení je účinné a můžeme najít mnoho dalších příkladů.

2. Formy specifické primární prevence

Specifické preventivní aktivity lze rozdělit do tří základních úrovní. Každá z nich v sobě zahrnuje velikost a typ cílové populace. Je to tedy:

1. Nejvyšší úroveň (makroprostředí)

Tyto aktivity se zaměřují na velké skupiny. Mají větší-masový charakter. Hlavním cílem je zasáhnout co možná největší skupinu lidí. Z toho však plyne určitá nevýhoda, neboť není možné přizpůsobit obsah pro různé skupiny. Proto se zaměřují na ovlivňování veřejného mínění nebo velkých skupin mladistvých. Jako hlavní prostředek k tomuto účelu slouží různé kampaně. Příkladem může být nedávná billboardová reklamní kampaň nazvaná „Drogy ne“. Domníváme se, že hlavně neadresnost společně s nákladností takových projektů dělá z podobných „megalo-akcí“ převážně prostředek pro uspokojení organizátorů a části společnosti – „něco se dělá proti drogám“, ale pro hlavní cílovou populaci mladistvých jsou tyto aktivity příliš vzdálené. Tyto akce by měly bít brány spíše jen jako možnost upozornění na závažnost tématu a vytvářet prostor pro působení v dalších oblastech. Na úrovni celospolečenské budou daleko účinnější nespecifické formy prevence – vytváření podmínek pro volnočasové aktivity, snížení podpory propagace kouření a alkoholu, atd.

2. Střední úroveň (mezoprostředí)

Působení je zaměřeno jen na určitou lokalitu (městské části, menší města, obce) nebo na nějaké skupiny populace jako například děti II. stupně základních škol, zdravotnický personál atd. Na této úrovni již lze připravovat programy související s charakterem sídla a cílovou populací. Pro zajištění efektivity působení na tyto cílové skupiny je však nutné vytvářet dlouhodobé a koncepční programy – zvláště pokud se jedná o programy pro děti a mládež, kde může být jejich postoj a následné chování ještě do jisté míry utvářeno. Realizace dlouhodobých preventivních pořadů pro pracovníky profesních a zájmových skupin dospělých je velmi problematická z časového i finančního hlediska. Navíc se domníváme, že současný „občanský“ přístup, projevuující se přijímáním plné odpovědnosti a snahy vylepšit současný stav, je na nízké úrovni. V praxi se to často projevuje nezájmem o věci okolního společenství a budoucnosti.

Při působení na takto definovanou populaci se nejvíce využívá mediálních kampaní, vydávání odborně nauč-

ných publikací, vytváření pořadů v rámci profesního vzdělávání. Součástí mohou být i formy působení uvedené níže.

3. Místní úroveň (mikroprostředí)

Aktivity na této úrovni se již zaměřují na cílové skupiny, které jsou přesně definovány, např. žáci 9. tříd základních škol, studenti prvních ročníků středních škol apod. Jednotlivé programy a pořady jsou pro cílové skupiny přesně definovány a mohou být „šity na míru“. Z hlediska specifické prevence považujeme působení na takto definované malé skupiny za *nejefektivnější*. Mezi formy využívané na této úrovni patří:

a) *Přednášky a besedy* – Jedná se většinou o jednorázové akce ve školách, na pracovištích nebo masové akce určené pro větší skupinu posluchačů v kinech a podobných kulturních zařízeních. Efektivita těchto aktivit bez propojení s dlouhodobým působením je však nízká. Hlavním problémem je nárazovost těchto akcí a konání pro velký počet posluchačů. Samotný koncept přednáškových akcí v rámci prevence, kdy se očekává, že přenos informací bude mít vliv i na změnu chování, může ovlivnit pouze velmi malou část populace. Většinou se jedná o přání dospělé populace, na které ve většině případech podobný koncept také nefunguje.

b) *Komponované pořady* – Hlavní výhodou oproti přednáškám je větší přitažlivost. Přednáška, resp. diskuse o drogách, sexu, kriminalitě bývá obvykle doplněna nějakou hudební produkcí, filmem, setkáním se zajímavou osobností. Pro tyto jednorázové akce platí podobná výše uvedená omezení. Tyto akce jsou opět vítaným doplňkem dlouhodobé práce na školách.

Od počátku 90. let byly podobné akce v ČR upřednostňovány. Jedním z hlavních motivů pro pořádání těchto akcí může být také jednoduchost organizace a „viditelnost“, společnost si dokazuje jak dokáže čelit ohrožení dětí. Dodnes však nebyl připraven žádný ucelený koncept vyhodnocování účinků těchto pořadů (mimo zjišťování okamžité informovanosti mládeže). Hodnocení těchto pořadů samotnými vystupujícími i diváky je rozpačité. Největší přínos můžeme spatřovat v upozornění na závažnost tématu a nastartování dalších diskusí. Na druhou stranu si musíme uvědomit, že na počátku 90. let byly tyto komponované pořady jedním z prvních pokusů o ovlivnění mládeže a umožnily otvírat problematiku drog široké veřejnosti. Bohužel však v té době byla pro mnoho pracovníků škol návštěva podobných akcí splněním „úkolů“ v prevenci, namísto populární doplňkové vzdělávací akce.

c) „Klasické“ peer programy (vrstevnické) – Koncept peer programů využívá základního poznatku: vrstevníci výrazně působí na formování postojů jedince, a proto mohou účinně zasáhnout do žádoucí změny jeho rizikového chování. K tomuto účelu jsou vybráni jedinci, kteří projdou výcvikem. Poté působí na rizikovou skupinu (peer efekt). Podle mnoha provedených výzkumů (např. Bangert – Drowns, 1988) se jedná o velmi efektivní přístup. Jeho realizace je náročná. Při uskutečňování těchto programů je nezbytná intenzivní práce s „peery“. Velmi obtížný je již výběr dobrovolníků, kteří mohou tuto práci efektivně vykonávat. Proto by tento program měl připravovat pouze zkušený odborník a zajistit kontrolu nad kontinuitou aktivit „peerů“. Využití peer programů má zcela jistě budoucnost, je však nutné zaměřit se již od počátku na základní faktory: věk peer aktivistů, místo působení, organizace a vyhodnocování výstupů („neponechávat to na nich samotných“), prostor pro práci v přirozeném kolektivu.

Domníváme se, že od počátku 90. let byly peer programy, ve srovnání s jinými programy, v ČR v mnoha případech nekriticky přijímány a šířeny. Peer programy byly často prezentovány jako jediná účinná cesta v primární prevenci ke snížení poptávky po drogách, což je problematické a neprůkazné. Zvláště pak v situacích, kdy tento model představoval jediný nástroj protidrogové prevence. Koncept působení dětí (9 – 15 let) jako peer aktivistů ve specifické protidrogové prevenci na základních školách neprokázal v dlouhodobém horizontu svou účinnost (Skalik 2000). Zdá se, že tento program převzatý z modelu působení peer aktivistů v minoritách v USA, není vhodný pro náš sociálně-kulturní kontext. Děti ve věku 9 – 15 let by neměly být hlavními nositeli postojů a sociálních vzorců chování dospělých, šířit je a nést za ně jistou zodpovědnost. Naskýtá se otázka, jestli dospělí do jisté míry nepřehrávají odpovědnost na děti. Pokud se peer-program zaměří na přenášení pozitivních dovedností, vedení vrstevníků k aktivnímu trávení volného času a pozitivnímu pohledu na svět, je jistě velkým přínosem. Podrobná analýza výstupů peer programů nebyla do dneš provedena a výstupy se zaměřují především na popis výcviku a přípravy peer aktivistů a jejich následného „neřízeného“ působení mezi vrstevníky¹.

d) *Dlouhodobé programy* – Tento typ PP vlastně představuje souhrn výše uvedených přístupů rozložených do dlouhého časového úseku. Dlouhodobý program může být realizován učiteli, aktivisty, peery, kteří zaručí

kontakt s kolektivem v průběhu několika let. Působení již od mateřské školy je obvykle vymezeno v mnoha teoretických materiálech. V praxi bývá tento názor často konfrontován s faktickými omezeními.

Podobné specifické programy jsou obvykle realizovány jako součást výchovně vzdělávacího procesu na školách. Program může být realizován:

- specializovaným pracovištěm pro primární prevenci (v ČR postupně vznikají ve větších městech),
- specializovaným pracovištěm z oblasti sekundární či terciární prevence,
- školami a pedagogicko psychologickými poradnami,
- jinými zařízeními zaměřující se na práci s dětmi.

3. Důležité faktory úspěšnosti preventivních programů – teoretická východiska

Otázkám jednotlivých faktorů, které by měly být součástí preventivních programů, není u nás doposud věnována dostatečná pozornost. Metodologie preventivních programů postupně vzniká. Ve většině případů jsou uváděny výše uvedené teoretické základy bez spojení s praktickou činností. Z několika realizovaných dlouhodobých programů také nelze vytvářet adekvátní závěry. Na základě studia několika zahraničních a domácích preventivních programů (Nešpor 1996, Lohrman et al., 1996) a prací S. Toblerové (1992) a M. Bentlera (1992), které vyhodnocují více než 200 preventivních programů, uvádíme některé další specifické charakteristiky, které by měly obsahovat preventivní programy. Uvědomujeme si, že níže uvedená doporučení nejsou originální a mnohé z nich můžeme také považovat za utopické:

- Protože etiologie závislosti a dalších sociálně patologických jevů má multidimenzionální charakter, prevence nemůže být jednodimenzionální. Nejlepší programy zaměřené na sebeposílení, asertivitu, výcvik dovedností aj. nebudou pravděpodobně účinné bez ošetření dalších rizikových faktorů.
- Na druhé straně nemůžeme snižovat význam změn i pouze v jedné oblasti i jen v jednotlivých rizikových faktorech. Někde se začít musí.
- Preventivní programy zaměřené na minimalizování užívání drog musí být také nevyhnutelně zaměřené na upravení dalších problémů v chování.
- Preventivní programy by měly překlenout věkové spektrum od preadolescence k dospělosti, se všemi rozdílnostmi a rozmanitostmi věku.
- Podporovat spolupráci rodin se školami a dalšími organizacemi v daném regionu.

¹ Blíže o peer programech viz Skácelová, kapitola 10/5, Vrstevnické skupiny, peer programy. K peer programům se ze svého pohledu a v rámci svých kapitol vyjadřují i další autoři (Bém a Kalina, kapitola 10/1, Úvod do primární prevence; Nováková, kapitola 10/4, Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách).

– Je důležitá příslušnost k rodině nebo komunitě s určitými tradicemi uznávajícími hodnotu a odpovědnost jedince.

– Je třeba rozvíjet psychickou zdatnost mládeže. Znamená to podporovat adekvátní sociální zázemí ve formě dobré spolupráce s výraznými jedinci. Pro některé to bude vyžadovat poradenství, pro jiné intenzivnější psychoterapii až léčbu v komunitách.

– Společensky přijatelný alternativní způsob citového hledání a podstupování rizika, který se často spojuje s užíváním drog, by měl být rozvíjen a podporován.

– Psychicky a sociálně zralí jedinci si nemusí na cestě hledání vlastní identity pomáhat drogami.

4. Vztah realizátor programu – žák: nejdůležitější faktor účinnosti preventivních programů

V praktické realizaci nám musí jít především o práci s dětmi takovými prostředky, které je aktivně osloví. Na co klást při přípravě preventivních programů největší důraz? Na co se zaměřit v přípravě preventivních programů a výcviku odborných pracovníků? Někteří autoři vyzdvihují jako cíl výcviku „dostatek lidského chování“, „efektivní metody změny chování“ a „znalost medicínských, psychologických, právních, sociálních a epidemiologických aspektů zneužívání drog“. Jiní autoři pokládají za nezbytné znalosti chemického složení a farmakologických účinků jednotlivých látek, díky nimž je možné přesně informovat studenty a zvýšit tak důvěryhodnost podávaných informací (Eiseman et al., 1984). V dalších pracích je jako základ pro účinnou prevenci uváděno porozumění rozdílným motivačním faktorům zneužívání specifických látek nebo důraz na sociální, kognitivní a behaviorální dimenze. Shrneme-li obecně tyto poznatky, dojdeme k závěru, že efektivní preventivní výchova by měla vycházet ze znalostí „farmakologie, sociologie, psychologie, výživy, fyziologie, epidemiologie, kriminologie a medicíny“ (Crippen, 1983). Bohužel jen velmi málo pracovníků v oblasti prevence a učitelů je připravováno podle takto obsáhlých osnov.

Jones et al. (1990) na základě stávající literatury, dosavadních poznatků o drogách, osnovách prevence a přímých konzultací s experty vybral 63 nejdůležitějších charakteristik a způsobilostí pracovníků prevence vztahujících se ke čtyřem obecným kategoriím: prevenci, intervenci, vztahu učitel – žák a užíváním látkám. Pomocí faktorové analýzy bylo vyhodnoceno 6 základních faktorů:

1. Vztah učitel – student: např. poctivost, respekt, důvěra, komunikace

2. Lidské chování: zaměřené na shody a rozdíly v lidském chování

3. Substance: historie, účinky drog, terminologie

4. Užití poznatků a odkazů: kam se obrátit, kdo může poradit

5. Osnovy prevence: přesné vymezení obsahu prevence

6. Zákonná opatření: školní policie, represe, zákony.

Na základě výsledků tohoto šetření autoři dospěli k jednoznačnému závěru, že efektivní komunikace, působení učitele (aktivisty) a jeho interpersonální dovednosti jsou mnohem více přínosné pro účinnou prevenci než pouhá prezentace poznatků a údajů o drogách. Tento závěr dává pracovníkům v prevenci jedinečnou příležitost pozitivně působit na žáky pomocí upevňování vzájemných vztahů, aniž by bylo nezbytně nutné přesně specifikovat a vymezit jejich roli. V dalších kapitolách se budeme věnovat otázce možnosti učitelů v našich podmínkách.

Domníváme se, že na tyto poznatky je nezbytné poukazovat především v dnešní době, kdy většina aktivit primární prevence stále krouží okolo přípravy specifických programů a jejich náplně – a daleko méně se věnuje vlastní přípravě pracovníků prevence, jejich osobnosti.

5. Vyhodnocování efektivity primární prevence

Vyhodnocování efektivity preventivního působení je klíčovou otázkou pro zavádění prevence v praxi. Zmiňují se o něm jiní autoři²; zde uvádíme pouze několik metodologických poznámek.

Žádný stát není tak bohatý, aby mohl věnovat nadbytečné prostředky do oblastí prevence. Zároveň není žádný stát tak bohatý, aby mohl po podcenění preventivní práce zvládnout důsledky následného projevu různých sociálně patologických jevů, růstu sociálního napětí, včetně nárůstu závažných onemocnění.

Výchozí tvrzení zahrnuje nutnost preventivního působení v mnoha sférách společenského dění: zdravotnictví, školství, média, atd. Měření efektivity je velmi problematické v jakékoliv oblasti společenských jevů. Efektivita je definována jako „porovnání mezi náklady a zisky“. V oblasti drogové problematiky by tedy vynaložené prostředky měly být nižší než následné projevy zneužívání drog. Multidimenzionální charakter drogové problematiky přináší základní otázku: Kterou z částí společenského systému vzít jako ukazatel efektivity? Hodnocení prevence pak přináší další závažný

² Viz např. Zábranský, 1/2, Drogová epidemiologie; Nováková, kapitola 10/4, Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách.

metodologický problém – jak prokazovat efektivitu v době, kdy je prevence realizována, když se současně investice do preventivních akcí projeví s odstupem několika let?

V současné době se u nás často prosazuje zúžené pojetí sledování efektivnosti prevence na mládež prostřednictvím jednorázových dotazníkových šetření, kdy jsou zjišťovány okamžité dopady preventivních akcí na úrovni informovanosti populace o daném problému. Jsou zjišťovány informace a postoje k drogám, avšak pokud se týče vlastního chování, říkají nám podobné výzkumy málo, nebo jsou výsledky často zkrácené.

KAB model (Knowledge, Attitude, Behavior = vědomosti, postoje, chování) je jedním z východisek pro primární prevenci a samozřejmě také pro vyhodnocování efektivity prevence. V oblasti primární prevence drogových závislostí a dalších patologických jevů se tak dostáváme k jednomu z hlavních úkolů: jakým způsobem lze ovlivňovat chování lidí pozitivním směrem – tj. pozitivním ve smyslu akceptování společenských norem v demokratické společnosti a v konkrétních společenskohistorických podmínkách. Tyto procesy nelze ovlivňovat pouhým předáváním informací, které sice mohou do jisté míry ovlivňovat postoje jedinců, ale nemusí zákonitě znamenat změnu chování. Tento mo-

del platí obecně a je nutné mít jej na zřeteli při práci s dětmi a mládeží, stejně tak i v oblasti působení na širokou veřejnost.

Výše uvedený model jako východisko pro měření efektivitativy nemá za cíl snižovat význam jednotlivých dotazníkových šetření. Ty nám mohou podávat velmi cenné informace o postojích, zájmech a názorech mládeže a trendech na drogové scéně. Považujeme za nutné poukázat na často zjednodušenou interpretaci k demonstraci efektivnosti preventivního působení.

Přestože měření efektivitativy zahrnuje mnoho nejasností a odhadů (podle některých ekonomů také „věštických schopností“) je nutné neustále hledat cesty možného měření zisků a nákladů. Každý z nás intuitivně jistě cítí, že sociální přínos preventivních aktivit je velký. Prevence prostě funguje ať jde např. o prevenci zubního kazu, prevenci stresu, kardiovaskulárních onemocnění. Jednoduše extrapolovat tento fakt na společenské jevy jistě nelze, ale využít fungujících mechanismů prevence můžeme okamžitě v kterékoliv oblasti lidského jednání.

Summary

Primary Prevention of Drug Abuse: Levels, Forms, Methodological Principles

Primary prevention (PP) can be differentiated into non-specific and specific PP. The society, however, can achieve the objectives of PP only by combining both approaches. The chapter mainly concerns specific PP programmes. By national and international literature and experience, major forms of PP programmes are characterised, and factors of a successful PP are sum-

marised, the latter regarding e.g. a long-term activity, application of the KAB model and the personality of a prevention activist. The mentioned factors of a successful PP should become a basis for training of activists and for their work with target groups. At the end of the chapter, some principles of evaluation of PP programmes are presented.

Key words: evaluation of PP – effective factors of PP – forms of PP – KAB model – non-specific and specific PP – peer programmes

Literatura

- Bangert-Drowns R. L.: The effects of school-based substance abuse education. A meta analysis. *Journal of Drug Education*, roč. 18, str. 243 – 264, 1988
- Bentler P. M.: Etiologies and Consequences of Adolescent Drug Use: Implications for Prevention. *Journal of Addictive Diseases*, roč. 11, str. 47 – 57, 1992
- Crippen D. R.: Substance Use Abuse and Cognitive Learning: Suggested Approaches to Viable Drug Education Programs. *Journal of Instructional Psychology*, roč. 10, č. 2, str. 74 – 82, 1983
- Eiseman S., Robinson J., Zapata V.: A Multi-Disciplinary Approach for Teacher Effectiveness Training in Drug Education. *Journal of Drug Education*, roč. 14, č. 4, str. 357 – 367, 1984
- Jones R., Kline K., Habrirk S., Sales A.: Teacher characteristics and competencies related to substance abuse prevention. *Journal of drug education*, roč. 20, č. 3, 179 – 189, 1990
- Lohrmann D. K., Allensworth D. D., McGovern J. P., DuPont R. L., Snyder A.: Student Assistance Programs. Guidelines for Planning, Implementation and Evaluation. American School Health Association, Kent, Ohio, 1996
- Matějček Z.: Co děti nejvíce potřebují. Portál, Praha, 1994
- Nešpor K.: Návykové látky – prevence a časná intervence. FIT IN, Praha, 1996
- Skalík, I.: PREV-CENTRUM, realizace dlouhodobých preventivních programů s následným poradenským servisem. Peer program – realita a praxe. AIDS, DROGY A MY. Sborník 8. mezinárodního semináře Poděbrady. SNAD, Praha 2000
- Theil H.: Principle of Econometrics. John Wiley, New York, 1971
- Tobler N. S.: Drug Prevention Programs Can work: Research Findings. *Journal of Addictive Diseases*, roč. 11, str. 23 – 27, 1992

PhDr. Ivan J. Skalík, Ph.D.

Vystudoval FF UP Olomouc. Psychoterapeutické vzdělání získal ve výcvicích individuální, skupinové a rodinné psychoterapie u nás a v USA. V 90. letech pracoval v resortu zdravotnictví a na výzkumných úkolech v oblasti neurotoxikologie. Byl vedoucím několika mezinárodních výzkumných projektů. Zaváděl v ČR nové metody neuropsychologického vyšetření, působil v pracovních komisích EU v Bruselu. Výsledky publikuje v prestižních domácích i zahraničních časopisech. Přednáší na zahraničních kongresech i na domácí akademické půdě. V roce 1995 založil PREV-CENTRUM, které se postupně etablovalo na pracoviště specificky

zaměřené na primární prevenci sociálně patologických jevů s nadstavbovými službami v oblasti poradenství a intervence pro děti, mládež a rodinu. Vytvořil koncept komplexního preventivního programu, který je zaváděn na různých pracovištích v ČR. V současné době provozuje privátní psychoterapeutickou praxi, přednáškovou činnost a koučování pro Qed Et Quod, s.r.o., je hlavním řešitelem výzkumného úkolu ESA: studie skladby posádek při dlouhodobých misích na Mars. Kontakt: Perlová 3, 110 00 PRAHA 1. E-mail a internetové stránky: ivan@skalik.cz, www.skalik.cz

Klíčová slova: pedagogické zásady – prevence ve výuce – primární prevence (PP) – selektivní prevence

Úvod: minimální preventivní program ve školách

Školy a školská zařízení zaujímají bezesporu prioritní postavení v systému primární prevence zneužívání návykových látek u dětí a mládeže. Základním nástrojem prevence v resortu školství je Minimální preventivní program (dále MPP), který je komplexním a systémovým v realizaci preventivních aktivit (MŠMT, 1997). MPP vypracovává školní metodik prevence ve spolupráci se všemi pedagogy, vedením školy a ostatními nepedagogickými pracovníky. Respektuje specifika školského zařízení a regionu, míru problémů ve vztahu k drogám mezi dětmi a mládeží. Součástí MPP je i řád školy, ve kterém je jasně vyjádřen postoj zařízení k drogám legálním i nelegálním a následné kroky a opatření při jeho porušení.

V MPP je rovněž spolupráce s rodiči, jinými institucemi a organizacemi, podílejícími se na jeho realizaci, s médií, občanskou komunitou v místě působnosti školy. Další nedílnou součástí je i přehled a nabídka volnočasových aktivit vycházejících a respektujících přání žáků či studentů. Hlavní částí MPP je konkrétní a jasná strategie naplňování PP ve výchovně vzdělávacím procesu. V rámci realizace projektu IPPP Praha (Institut pedagogicko psychologického poradenství) byla sledována efektivita MPP na mateřských, základních i středních školách, středních odborných učilištích, zvláštních školách aj. (viz Analýza MPP, 2000). Bylo konstatováno, že v převážné formě byla preventivní strategie postavena na informačně orientovaných přístupech v rámci Standardu základního a středního vzdělávání, výchově ke zdravému životnímu stylu. Nejčastějšími formami PP byly přednášky a besedy ve většině případů zajišťované odborníky z vnějšku v uvolněných vyučovacích hodinách a komponované pořady, z pohledu efektivnosti velmi sporné.

Naopak jako efektivní byly hodnoceny interaktivní programy pro žáky vedené peer aktivisty, odborníky a proškolenými samotnými pedagogy (zejména na základních školách – ZŠ). Dále to byly vrstevnické (peer) programy s využitím jejich pozitivního vzoru na cílovou skupinu atd.

Další méně preferovanou formou PP byla prevence ve vyučování. Spočívá v předávání informací o jednotlivých

vých typech návykových látek, jejich účincích jak krátkodobých, tak dlouhodobých, o problémech a rizicích jejich zneužívání. Tyto poznatky jsou pedagogy rozpracovány a zařazeny do různých předmětů v rámci naplňování osnov příslušných předmětů (na ZŠ zejména rodná výchova, občanská výchova, čeština, výtvarná výchova, biologie, na SŠ hlavně společenskovední základ, méně často jiné předměty).

Úspěch protidrogové prevence ve výchovně vzdělávacím procesu je podmíněn několika činiteli. Osobností pedagoga, předpoklady a zvláštnostmi cílové skupiny – žáků a studentů, organizačního zabezpečení (uspořádání třídy ne klasické).

Co je efektivní v PP se zpočátku mapovalo empiricky na základě rozboru a zobecnění těch postupů, které v oblasti PP vedly k úspěšným výsledkům (viz Obr. 1).

Hlavní pedagogické principy PP ve výuce

1. Požadavek na stanovení cílů PP

Předpokládá jasné vymezení a formulaci konečných i dílčích cílů PP. Neujasní-li si pedagog od počátku čeho chce ve svém programu dosáhnout, tj. které vědomosti, informace, poznatky chce žákům sdělit, kterým dovednostem naučit a které postoje navodit, a proč tyto cíle sleduje, ztrácí celá, často náročná učitelova i žákova práce smysl a význam.

Stanovené cíle by měly korespondovat s protidrogovou strategií školského zařízení (MPP), být v určitém kontextu individuálních podmínek školy, mírou výskytu drogového problému v regionu. Cíle vychází z protidrogové koncepce na místní i celostátní úrovni.

Cíle jsou zaměřeny do dvou základních oblastí:

- výchova ke zdravému životnímu stylu – témata prevence zneužívání návykových látek jsou součástí kmenového učiva a jsou zakomponována do schválených standardů základního a středního vzdělávání
- zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti negativnímu působení nabídky drog – jde především o odstranění nedostatků v psychické regulaci chování dětí a mladistvých a o zvyšování jejich sociální kompetence.

Pro obě oblasti PP jsou specifické a významné tyto přístupy:

- nepodceňovat význam základní informace o drogách a jejich účincích
- poskytovat dětem a mládeži informace o tom, kde hledat pomoc při vzniku problémů spojených s užíváním drog
- napomáhat dětem a mládeži snižovat rizika spojená se zneužíváním drog v případech, kdy vznikla závislost. Znalosti, dovednosti a postoje, kterými by žáci měli disponovat korespondují s věkem, životním stylem rodiny, s tlakem vrstevníků a v neposlední řadě i s dynamikou celospolečenských procesů.

2. Soustavnost a dlouhodobost

Samostatností rozumíme požadavek, aby veškeré informace a aktivity PP byly uspořádány do zdůvodněného funkčního systému. V žádném případě by nemělo jít o nahodilé či jednorázové akce.

Podle zahraničních pramenů je účinnost prevence nejvyšší, když začíná 2 až 3 roky před prvním kontaktem s návykovou látkou, a jestliže průběžně pokračuje mnoho let (Kalina 2001).

Z respektování principu soustavnosti vyplývají pro koncepci a práci pedagoga v PP následující požadavky:

- 1) Systém témat by měl být sestaven tak, aby na sebe vzájemně navazovala.
- 2) Metody a formy preventivního působení by měly postupovat spirálovitě osnovami tak, aby se v průběhu výchovně vzdělávacího procesu jednotlivá témata opakovala ve vyšší úrovni.
- 3) Dalším požadavkem je dlouhodobost a kontinuita, tzn. že s PP začínáme co nejdříve od útlého věku. Na programy v mateřských školách navazuje systematická práce na školách základních a středních.

Vyloučit požadavek systematickosti a dlouhodobého působení v PP by znamenalo být neefektivní.

3. Požadavek přiměřenosti

Jedná se o přiměřenost nároků z pohledu obsahu sdělení preventivního programu a věku cílové skupiny. Čím nižší věk žáka, tím by méně by měla být prevence specifická, ale především více orientována na podporu zdravého životního stylu, ochranu zdraví a elementární orientaci ve světě drog (viz *Příloha 1*).

Je důležité, aby obsah, forma a metody protidrogového programu respektovaly věk, míru rizikovitosti, úroveň

vědomostí, sociokulturní zázemí a postoje dané skupiny ke zneužívání návykových látek. Vzdělání by mělo navazovat na předcházející zkušenosti.

4. Obecný pedagogický princip názornosti

PP můžeme chápat ve stylu využívání pozitivních modelů (schopnost napodobování je charakteristická pro obecně označovanou rizikovou skupinu mládeže). Z tohoto důvodu je nutné, aby lektor znal současné vzory a idoly této skupiny. V prevenci využíváme hlavně pozitivní modely, s nimiž se může cílová populace ztotožnit a jejichž způsoby reagování může uplatnit v situacích každodenního života.

Především by to měl být samotný lektor PP a jeho spolupracovníci¹, dále jsou to vrstevníci a kvalita jejich životního stylu. Nedoporučuji se a jsou nevhodní klienti v léčení pro závislost a vyloženě nevhodní jsou ti, kteří o léčbu nemají zájem (Kalina 2001).

Na tomto místě je vhodné upozornit, že máme především na mysli pozitivní živé modely. Používání didaktických či výukových filmů pokládáme téměř za nevhovující, lze je akceptovat pouze jako doplněk živého interaktivního programu nebo spíše jako prostředek k navození např. diskuse na dané téma.

5. Princip aktivity

Máme na mysli spíše požadavek, aby program PP byl malý a interaktivní. Výzkumy prokázaly, že interaktivní programy (např. peer programy) jsou účinnější než programy zaměřené jen na předávání informací o drogách (bohužel stále přetrvávající skutečnost v podmínkách PP na našich školách – viz *Obr. 1*).

Princip aktivity vyžaduje obecný požadavek:

- opírat se v PP o samostatnou činnost jedince (práce v malých skupinách, uspořádat prostředí jinak, než tradičně frontálně, problémové učení atd.)
- aktivizovat poznávací, citové a volní procesy
- stavět na zájmu a očekávání žáků a stimulovat je vhodnou motivací. To předpokládá kvalifikovanost a důvěryhodnost vystupování ze strany lektora, zaujatost
- pomocí získaných vědomostí a dovedností vytvářet kvalitní postoje a projevy chování.

Nic tak neškodí výchově a vzdělávání jako pasivita, mechaničnost a pouhé memorování! (J. A. Komenský) Pokud jsou žáci aktivním článkem PP programu a ne jen pasivními posluchači, přirozeně dodržíme i další princip PP – požadavek trvalosti.

¹ Viz Skácelová, kapitola 10/9, Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci.

6. Princip uvědomělosti

Základním požadavkem v PP je, aby mladí lidé pochopili úlohu a význam získaných vědomostí a dovedností a uměli je uplatnit v každodenním životě. To předpokládá vyloučit pouhé předkládání informací bez hlubšího porozumění. Zkušenosti z praxe v oblasti PP bohužel neustále poukazují na tento neefektivní přístup.

Je naopak důležité:

- pomáhat žákům a studentům pochopit, že problém drog je a bude součástí života naší společnosti, tedy jich samotných
- poskytnout jim přehled poznatků, přispět k jejich osvojení a orientaci v nejdůležitějších z nich s ohledem na to, že drogy nejsou nic tak hrozného, aby se o nich nedalo hovořit, a mají nad lidským společenstvím jen takovou moc, jakou jim samo propůjčí (Kalina, 1995)
- umožnit jim výběr vlastních postojů
- podporovat formování a upevňování jejich přesvědčení a postojů tak, aby se staly součástí jejich hodnotového žebříčku a tím i předpokladem pozitivních projevů chování s možným vlivem na své okolí
- podporovat je na volbě zdravého životního stylu – opaku rizikové životní kariéry s drogou

Na závěr bychom chtěli ještě připomenout obecný požadavek jednotnosti a komplexnosti. Máme na mysli jednotné působení a vzájemnou propojenost všech činitelů výchovně vzdělávacího procesu v oblasti všeobecné PP (pozitivní vzory a jejich vliv na mládež – pedagogové, nepedagogičtí pracovníci – rodiče – ostatní dospělí).

V rámci školní práce jde především o sblížení vlivů jednotlivých učitelů, o spolupráci školy s rodinou i o spolupráci školy s dalšími institucemi a organizacemi, které se na protidrogové prevenci podílejí – v ideálním stavu s neustálým respektováním všech základních principů a různých strategií prevence.

Selektivní primární prevence

Ve školním prostředí kromě programů všeobecné prevence je nutné využívat specifických programů prevence selektivní. Ta počítá s výskytem velmi rizikových žáků, kdy pedagog musí zohlednit tuto skutečnost a ve svém působení využívat její specifické formy a metody. Faktory zvýšeného rizika u dětí a dospívajících (Nešpor a Csémy, 1998):

- závislost na alkoholu u některého z rodičů
- závislost nebo zneužívání návykových látek u sourozenců nebo blízkých přátel
- poruchy chování
- hyperaktivita a poruchy pozornosti

- chronické bolestivé onemocnění
- duševní problémy (např. úzkostná porucha)
- zanedbání nebo týrání
- vysoce rizikové sociální prostředí
- problémy se školním prospěchem a chováním
- studijní a učební obory se zvýšeným rizikem

Efektivitu v rámci selektivní prevence (účinné faktory viz též *Příloha 2*) docílíme tehdy, když budeme dodržovat všechny obecné zásady všeobecné PP a respektovat následující podmínky:

- 1) Definujeme cíle vždy s ohledem na rizika konkrétního dítěte – jde o náročnější práci z pohledu času, volby prostředků i samotné kvalifikace provádějíciho.
- 2) Volíme cíleně vhodné strategie – především v oblasti konkrétnějších dovedností a technik práce s rizikovými skupinami či jedincem; rovněž snižování dostupnosti návykových látek má v této skupině specifický význam.
- 3) Počítáme s větší intenzitou programu obecně, ale i ve směru ke konkrétnímu dítěti
- 4) Spolupracujeme s jinými organizacemi, s pedagogicko-psychologickými poradnami, zdravotnickými zařízeními a jinými organizacemi poskytujícími odbornou pomoc.
- 5) Bezpodmínečně navážeme spolupráci s rodiči problémového dítěte (dle standardních postupů v působnosti škol); včasně podchycení a práce s rodiči umožňuje úspěšnost řešit problém dítěte – často bohužel spolupráce s rodiči těch nejproblémovějších žáků či studentů je nejobtížnější.
- 6) Snažíme se o integraci problémového žáka – hledání možnosti jak žáka lépe integrovat v kolektivu třídy nebo jak zvládnout jeho problémový vztah s určitým učitelem či s vrstevníky; ve vážnějších případech se opět navážeme na specializovaná odborná zařízení.
- 7) Uvědomujeme si specifika vzdělávání, zvláště určitých studijních či učebních oborů (např. učební obory pro číšníky a servírky, zdravotnické školy, umělecké školy a v základním školství zejména zvláštní školy).

Pedagogové v poslední době upozorňují na neustále se zvyšující výčet rizikových skupin v běžné populaci žáků základních či středních škol. Závěrem chceme proto poukázat na nutnost odborného vzdělání pro pedagogy v problematice zneužívání návykových látek, speciálně v oblasti selektivní prevence.

Pedagogic Principles

The chapter gives a comprehensive overview and analysis of fundamental needs, principles and requirements of effective primary prevention (PP) in school education, as they were formulated on practical experience and also on a research basis, although the mentioned research study is still rare in the CR. The principles are as follows: 1) bold formulation of goals, 2) long term and continual activity, 3) appropriateness, 4) object teaching 5) active involvement, 6) KAB approach.

Regarding the fact that teachers are the major protagonists of drug education, our recommendations intimately correspond to general pedagogical principles. In planning PP programmes has to be differentiated general PP (target group is school population as a whole), selective PP (target group are high risk groups of children and youngsters) or sc. indicated (target group are children and youngsters already showing marks of using addictive substances).

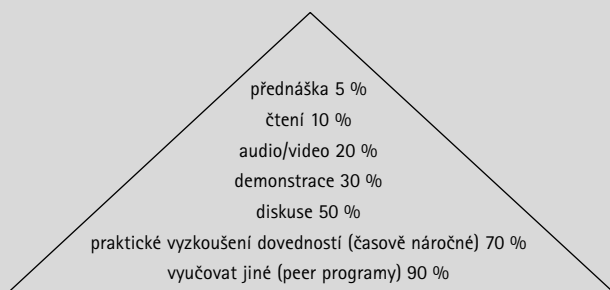
Key words: drug education – pedagogic principles – prevention in school education – primary prevention (PP) – selective prevention

Obr. 1: Účinné a neúčinné složky primární prevence



Zdroj: Analýza MPP (2000)

Obr. 2: Míra aktivity účastníků jednotlivých typů PP



Zdroj: Analýza MPP (2000)

Literatura

- Analýza MPP škol a školských zařízení. Výchovné poradenství č. 21, PPP ČR, Praha 2000
- Dvořák D.: Metodika vzdělávacích programů prevence drogových závislostí a HIV/AIDS Edice Filia, sv. 1. Nadace Filia, Praha, 1995
- Jůna V.: Úvod do pedagogiky. Brno, 1994
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2001
- Koncepce prevence ZNL a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 1998 – 2000 a MPP pro školy a školské zařízení v oblasti ZNL „Škola bez drog“. MŠMT, Praha, 1997
- Minimální preventivní program pro školy a školská zařízení v oblasti zneužívání návykových látek – „Škola bez drog“. MŠMT, 1997
- Miovský M., Urbánek T.: Výzkumná zpráva NEAD 2000 (The NEAD 2000 Research Report). Scan, Tišnov, 2001
- Národní osnovy pro vzdělávání metodiků primární prevence škol a školských zařízení. PedF UP, Olomouc 2000
- Nešpor K.: FIT IN 2001+. Příručka pro spolupracovníky programu FIT IN na základních a středních školách. Sportpropag, Praha, 1996
- Nešpor K. a kol: Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách. Příručka pro pedagogy. Sportpropag, Praha, 1999
- Nešpor K. a kol: Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag, Praha 1999
- Nešpor K. a kol.: Jak zůstat fit a předejít závislostem. Portál, Praha, 1999
- Nováková D., Kalina K. a kol.: Drogy ze všech stran. Nadace Filia, Praha, 1995
- Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000
- Pedagogové proti drogám. MŠMT, Praha, 1999
- Úloha školy ve výchově ke zdravému životnímu stylu se zaměřením na ochranu proti závislostem. Sborník referátů semináře. PedF UP, Olomouc, 1997
- Zdravá škola. Sborník referátů z Letní školy s mezinárodní účastí projektu WHO. UP Olomouc, 1996

PhDr. Lenka Skácelová

Vzdělání: Filosofická fakulta MU v Brně, odborná pedagogika a psychologie. Specializační vzdělání a výcviky: Mezinárodní vzdělávací program v oblasti terapie drogových závislostí – IEDATP 1995 – 1999; dvouletý výcvik pro problematiku sexuální výchovy – Rakouský institut pro rodinu 1998 – 2000; frekvantka psychoterapeutického výcviku SUR; krátkodobé výcviky v problematice soc. pat. jevů. 10 let praxe v oboru drogových závislostí, vedoucí poradenského centra Pedagogicko-psychologické poradny Brno pro drogové a jiné závislosti. Přednáší na FSS a FF MU v Brně. Další odborné aktivity: Členka protidrogové komise MM Brno, okresní metodička města Brna pro pre-

prevenci soc. pat. jevů na školách. Působí též jako lektor primární prevence a supervizor. Členka odborných týmů projektů v drogové oblasti, členka Skálova institutu (sekce primární prevence). Aktivní účast na celostátních odborných seminářích v problematice drogových závislostí. Publikuje odborné články a metodiky z oblasti primární prevence a prevence sociálně patologických jevů (sborníky MŠMT a MU Brno, časopisy Adiktologie, Děti a my), vydala 1 samostatnou publikaci.

Kontakt: Gorkého 3, 602 00 Brno.

E-mail: lenkaskacelova@volny.cz

Věková skupina 6 – 10 let**Znalosti**

Léky jsou drogy a pomáhají nám.

Léky musí být užívány dle předpisů a jsou-li zneužívány, mohou být nebezpečné.

Léky musí být ukládány na bezpečném místě.

Lékařský personál podává drogy jako součást léčby.

Je zakázáno vlastnit některé drogy.

Alkohol a tabák jsou také drogy, přestože vlastnit je není zakázáno.

Některé látky, které bývají běžně v domácnosti, mohou být nebezpečné, jsou-li zneužívány a měly by být bezpečně skladovány.

Drogy mají vliv na naše zdraví a mohou změnit to, jak se cítíme.

Positivní a negativní stránka drog.

Co je míněno termíny „užívat“ a „zneužívat“, dále „závislost“ a „návyk“.

Jak pracuje lidské tělo.

Hodnota zdraví a nevýhody špatného zdravotního stavu a nemoci.

Příklady vhodného chování, které vede k utužení zdraví.

Vědět, že rodiče a učitelé mohou pomoci.

Dovednosti

Dovednosti, jak se chránit v různých situacích.

Dovednosti, jak získat pomoc pro sebe, nebo pro jiné, když je to zapotřebí.

Dovednosti zachovat si vlastní sebedůvěru a podporovat sebedůvěru druhých.

Schopnost rozlišit, co je a není požitelné.

Dovednosti v oblasti péče o tělo.

Postoje

Vědomí si sebe sama, sebeúcta, pochopení vlastních hodnot.

Mít pochopení pro určitě hodnoty (např. právní povědomí).

Přijmout dobře míněné rady od rodičů a učitelů.

Umět přijímat rozdíly mezi lidmi a skutečnost, že různí lidé jednájí podle různých hodnot.

UVědomělý postoj používání a skladování výrobků užívaných v domácnosti.

Kladný postoj k vlastnímu tělu.

Věková skupina 11 – 13 let**Znalosti**

Úloha léků ve společnosti.

Positivní a negativní účinky alkoholu.

Nebezpečí kouření tabáku.

Další informace o specifických drogách (včetně těkavých látek a léčiv).

Experimentování s drogou je osobní věcí každého, ale je nutné vědět, že může mít nebezpečné důsledky.

Potencionální důsledky experimentování s drogou (včetně oblasti zdraví, právního rizika, vlivu na rodinu).

Zdraví a nemoc. Znalost stavby a fungování lidského těla.

Základní znalosti péče o tělo (význam správné stravy, význam cvičení pro zachování zdraví).

Dovednosti

Dovednosti spojené se správným rozhodováním.

Dovednosti vybírat si vhodné osoby a organizace, u nichž lze hledat pomoc.

Dovednosti při budování vlastní sebeúcty a sebeúcty druhých.

Dovednosti volby správného druhu stravy.

Dovednosti v oblasti péče o tělo, v oblasti tělesných cvičení a hygieny.

Postoje

UVědomění si vlastních hodnot.

Positivně přijímat příklady dospělých, zejména rodičů a učitelů.

Přijímat odpovědnost za sebe a své chování.

Tolerance vůči nedostatkům druhých.

Akceptování a ocenění rozmanitostí a rozdílností v lidském životě.

Znalost obecně respektovaných postojů vůči odlišným skupinám lidí (např. k uživatelům drog) a vědět, jak postojové ovlivňují to, jak je s těmito lidmi zacházeno.

Cenit si vlastního těla.

Věková skupina 14 – 15 let**Znalosti**

Užívání drog v minulosti a úloha „lidových léků“.

Způsoby, jakými výrobci alkoholu a tabákových výrobků propagují své výrobky.

Další informace o působení drog a nebezpečí, které mohou přinést.

Znalost v oblasti práva v souvislosti s drogami.

Znalost školních předpisů týkajících se drog a jejich užívání.

Pochopení úlohy různých faktorů v otázkách zdraví, jak předcházet chorobám a podporovat zdraví.

Porozumění významu péče o tělo.

Znalosti, kde získat radu a pomoc, nastanou-li problémy – telefonní čísla atd. (včetně specifických problémů s drogami).

Znalosti, jak poskytnout pomoc druhým.

Dovednosti

Vědět o možném nátlaku vrstevníku a jak mu odolat.

Dovednosti, jak pozvednout vlastní sebehodnocení a schopnost hodnocení druhých.

Dovednosti v rozvoji nezávislosti a tolerance v osobních vztazích.

Dovednosti, jak řešit konflikty a jak se vyrovnávat s problémy.

Dovednost vybrat si a vychutnat jídlo, jakožto součást života.

Rozvoj dovedností, jak hledat radu a pomoc.

Dovednosti jak poskytovat pomoc druhým.

Postoje

Základní optimistická životní orientace vůči tomu, co život přináší.
Být zodpovědný vůči sobě i svému okolí.
Pozitivní sebestjota v rozhodování založená na radách a příkladech druhých.
Ochota vyhledávat pomoc, již je za potřebl.
Nápomocný přístup vůči druhým.

Věková skupina 16 –19 let

Znalosti

Kulturní kontext využívání a zneužívání drog.
Světový obchod s drogami.
Techniky, které užívají tvůrci reklam (např. alkohol a tabák) k propagování těchto výrobků.
Informace o specifických drogách a jejich zneužívání: rizika a možná nebezpečí.
Možné důsledky experimentování.
Znalost zákonných norem vzhledem k drogám.
Rozvíjení schopnosti porozumět zdraví a tomu, jak chování ovlivňuje zdraví.
Pochopení biologického a mentálního vývoje.
Pochopení důležitosti péče o tělo.
Znalost, kde získat pomoc a radu, nastanou-li problémy – telefonní čísla (včetně pomoci se specifickými problémy i týkajícími se drog).
Pochopení role v rodině a rodičů pro prevenci zneužívání drog.

Dovednosti

Dovednosti porozumět vlastním přáním a jejich zdrojům.

Dovednost vyhodnotit záměr tvůrců reklam a umění odolat jejich lichočkám.

Dovednosti, jak se pozitivně prosazovat a dovednosti, jak zvýšit vlastní odolnost vůči sebedestruktivnímu chování.

Dovednosti, jak ovládat své emoce.

Dovednosti, jak naslouchat druhým a jak sdělovat pocity a efektivně komunikovat.

Dovednosti, jak zastávat a obhajovat v debatách a diskusích vlastní postoje.

Dovednost řešit problémy.

Dovednost zdokonalovat si sociální schopnosti (např. sebekontrolu, odolnost vůči stresu).

Dovednosti umět ventilovat a vyjádřit své pocity různými způsoby (např. drama, tanec, hudba)

Dovednosti v oblasti vztahů a rodičovství.

Postoje

Základní optimistická životní orientace vůči tomu, co život přináší.
Rozvíjení pozitivní sebestjoty.
Znalost motivů, které souvisejí s experimentováním s drogami a jejich zneužíváním, a které výrazně ovlivňují postoje.
Rozvoj a pochopení hodnoty vlastních citů.
Rozvoj sebezpoznaní a vnímání hodnot souvisejících s vyjádřením vlastních emocí v určitých situacích.
Znalost stadií vlastního vývoje a dozrávání a své úlohy ve společnosti.
Tolerantní přístup k druhým.
Pozitivní seberealizace a životní perspektivy.

PŘÍLOHA 2 – KRITÉRIA ÚČINNOSTI PRIMÁRNÍ PREVENCE (Nešpor a Csémy, 1998)

Kritéria efektivního programu všeobecné prevence ve školách:

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

Kritéria účinnosti selektivní primární prevence:

- provádění cílené – podle charakteru rizika dítěte
- cílené použití vhodných strategií
- větší intenzita
- spolupráce školy s dalšími organizacemi
- spolupráce s rodiči problémového dítěte
- integrace postiženého dítěte do třídy a kolektivu vrstevníků
- zaměření na specifika vzdělávání (rizikové učební/studijní obory, zvláštní školy, neprospívající žáci).

1) Program odpovídá věku

Čím je nižší věk žáka, tím má být prevence méně specifická a více orientovaná na obecnou ochranu zdraví. Naopak, čím je žák starší, tím by prevence měla být více zaměřena na jednotlivé návykové látky a žáci by měli být do preventivního programu aktivně zapojeni, protože v tomto věku získává na významu racionální argumentace a možnost o problémech diskutovat. Program účinný u žáků nižších ročníků (do 11 – 12 let) může mít právě opačný efekt u starších žáků.

2) Program je malý a interaktivní

Autoři citují práce *Toblerové*, která na základě výsledků 143 studií týkajících se prevence došla k závěru, že neúčinnější při všeobecné prevenci byly tzv. *peer programy* (programy za aktivní účasti připravených vrstevníků), což se týkalo alkoholu, měkkých drog, tvrdých drog i cigaret.

V jiných studiích se zjistilo, že:

- interaktivní programy jsou účinnější než programy (pouze) vzdělávací
- programy pro menší počet žáků jsou účinnější než programy pro velký počet
- *peer programy* (programy realizované připravenými vrstevníky) jsou účinnější než programy, které realizují pouze učitelé – programy realizované jen učiteli vedou někde dokonce k tomu, že výsledky jsou horší než v kontrolní skupině bez jakéhokoliv programu

3) Program zahrnuje podstatnou část žáků

To, aby všeobecná prevence byla poskytnuta podstatné části žáků v dané třídě nebo škole vychází z definice všeobecné prevence. Častá chyba, s níž se v praxi setkáváme je, že se některý program soustředí pouze na přípravu peer aktivistů a menší nebo žádnou pozornost věnuje realizaci programu za pomoci peer aktivistů v celých třídách.

4) Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život

Nácvik relevantních dovedností je prokazatelně účinnou metodou. Ve všeobecné prevenci se nejčastěji uplatňují dovednosti jako odmitání návykových látek a schopnost čelit tlaku ze strany okolí, komunikační dovednosti, schopnost vytvářet přátelské vztahy, asertivní dovednosti a zvyšování zdravého sebevědomí, zvyšování schopnosti sebeuvědomování, zlepšování sebeovládání, dovednosti rozhodování, lepší vnímání následků určitého jednání, nenásilné zvládnání konfliktů, konzumentské dovednosti, studijní dovednosti, zvládnání úzkosti a stresu.

5) Program bere v úvahu místní specifika

Zásadu, že ignorovat místní specifika se nevyplácí, ilustrují autoři na příkladu Nového Zélandu. Dle údajů WHO se na Nový Zéland dostaly informace o problémech s čicháním organických rozpou-

štědel u dětí ve Velké Británii. Na školách na Novém Zélandě začali proto pořádat přednášky o těkavých látkách. Tento problém však byl v této zemi předtím takřka neznámý. Nechtěným výsledkem takové „prevence“ bylo vzbuzení zájmu o těkavé látky – informace získané v preventivních programech napomohly jejich rozšíření a tamní školáci je začali také zneužívat.

Odhlédneme-li od neúčinné preventivní strategie, která se v tomto případě použila (forma přednášek), byla největší chyba právě v tom, že odborníci před zahájením programu dobře nezmapovali místní situaci a nezabývali se reálnými a aktuálními návykovými riziky, jimž byla místní školní populace opravdu vystavena.

6) Program využívá pozitivní modely

Napodobování je osvědčený postup používaný jak v psychoterapii, tak v pedagogice. Proto mají v prevenci význam *pozitivní modely*, zejména takové, s nimiž se může cílová populace ztotožnit a jejichž způsoby reagování může uplatnit v situacích svého každodenního života. Jako pozitivní modely ve všeobecné prevenci jsou vhodné vrstevníci, kteří žijí zdravě. Nevhodní jsou pacienti léčeni pro závislost a vysloveně nevhodní závislí na drogách, kteří o léčbu nemají zájem a kteří pokračují v braní drog.

Využívání pozitivních modelů ale neznamená postavit program na hvězdách školního kolektivu nebo dokonce idolech ze světa populární hudby nebo sportu. Trpké zahraniční zkušenosti ukazují, že preventivní programy postavené na vynikajících jednotlivcích mohou končit debaklem v situaci, kdy jejich protagonista z nějakého důvodu selže, nebo když není k dispozici. Navíc se může běžný žák jen obtížně ztotožňovat s vynikající osobností, což oslabuje efekt programu i za normálních okolností. Daleko vhodnější je proto mít k dispozici dostatek kvalitních, i když nikoliv nutně mimořádných, spolupracovníků.

7) Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky

Naprostá většina dobrých zahraničních programů všeobecné prevence určené dětem a dospívajícím zahrnují legální i ilegální návykové látky. Důvody jsou následující:

- a) Legální drogy (u nás nejčastěji tabák a alkohol) zvyšují míru rizikových faktorů a tedy i možnost přechodu k ilegálním drogám.
- b) Legální drogy představují u dospívajících závažný problém samy o sobě. Závislost na nich vzniká rychleji než v pozdějších letech a zejména alkohol je pro děti a dospívající mimořádně nebezpečný, i u těch, kdo na něm (ještě) závislí nejsou. Jedná se např. o úrazy, otravy, dopravní nehody nebo násilnou trestnou činnost pod vlivem alkoholu.
- c) Zejména dospívající mají tendenci vnímat prevenci zaměřenou úzce na ilegální návykové látky a ignorující alkohol a tabák jako jednostrannou a nevyváženou.
- d) Často se kombinuje alkohol a jiné návykové látky během jednoho sezení.

e) Prevence škodlivého užívání legálních návykových látek může být užitečná při prevenci ilegálních látek, naopak to však patrně neplatí.

f) Mechanismy, které se uplatňují při vzniku závislosti na alkoholu nebo na drogách (i při vzniku patologického hráčství) jsou stejné nebo podobné – podobné nebo identické jsou i preventivní strategie všeobecné prevence.

g) Děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, jsou více ohroženy závislostí na návykových látkách v porovnání s dětmi, kde se tento problém v rodině nevyskytuje.

8) Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik

Do této kategorie patří např. zákaz prodeje alkoholických nápojů osobám pod 18 let, zákaz prodeje tabákových výrobků osobám pod 16 let a zákaz prodeje ilegálních drog. Snižování dostupnosti může také znamenat vyhýbat se rizikovým prostředím, to aby rodiče doma neměli pro dítě dostupné léky a alkohol atd.

Je jasné, že škola může snižování dostupnosti ovlivnit pouze částečně a že by v této oblasti měla spolupracovat s rodinou. Součástí systematického preventivního programu ve školním prostředí by měl být i prosazovaný zákaz alkoholu a jiných návykových látek ve škole a na akcích, které škola pořádá. Efektivita postihu za porušení zákazu bezdrogového školního prostředí souvisí více s důsledností, s jakou se prosazuje, než s tvrdostí postihu.

9) Program je soustavný a dlouhodobý

Efektivita programu vzrůstá, jestliže je soustavný a dlouhodobý. Naopak lze sotva předpokládat pozitivní efekt nahodilých a jednorázových akcí, byť jsou třeba i dobře míněny.

Podle zahraničních pramenů je účinnost prevence nejvyšší, jestliže začne dva až tři roky prvním kontaktem s návykovou látkou a jestliže pokračuje průběžně mnoho let. I poměrně kvalitní program zahrnující 8 sezení v 7. ročníku a 3 sezení v 8. ročníku nedokázal ovlivnit užívání návykových látek v 9. ročníku. Autoři proto považují pro efektivitu programu nutné průběžné působení a posilování účinků i v dalších ročnících.

10) Program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně

Způsob, jakým je program prezentován, a lidé, kteří program vedou, mohou podstatně ovlivnit jeho efektivitu. „Lidský faktor“ může poněkud komplikovat porovnávání efektivit různých programů. Je to ovšem pádny důvod k tomu, aby se přípravě pedagogů a dalších pracovníků, kteří se na realizaci programu podílejí, věnovala potřebná pozornost.

11) Program je komplexní a využívá více strategií

Užitečnost uvedeného principu ilustrují Nešpor a Csémy na norské studii, jejíž autoři zkoumali efektivitu různých typů školních programů zaměřených proti kouření. Žáci z 99 škol byli rozděleni do následujících čtyř skupin:

Skupina A – kontrolní, žádný program

Skupina B – program zahrnoval práci ve třídě, spolupráci s rodiči a výcvik učitelů

Skupina C – program zahrnoval práci ve třídě a spolupráci s rodiči, ne však výcvik učitelů

Skupina D – program zahrnoval práci ve třídě a výcvik učitelů, ne však spolupráci s rodiči

S asi půlročním odstupem došlo k vzestupu kuřáků v kontrolní skupině A o 8,3 %, zatímco ve skupině B (nejkomplexnější program), pouze o 1,9 %. Ve skupině C a D byly výsledky lepší než u kontrolní skupiny, ale horší než u skupiny B.

12) Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat

Míra rizikových faktorů se u určitého žáka může v krátké době pronikavě zvýšit (např. v období rozvodu rodičů či v důsledku rizikové starší společnosti, do níž se dostal). Navíc je prokázáno, že zdrojem informací o tom, kde hledat pomoc pro problémy s návykovými látkami i pro jiné problémy, bývají často vrstevníci. Program by proto měl obsahovat takové prvky, které by usnadňovaly řešení komplikací a krizí, např. kde hledat pomoc pro různé problémy včetně problémů s návykovými látkami, jak zvládat nepříjemné duševní stavy atd.

Klíčová slova: besedy – hodnocení PP – interaktivní programy – primární prevence (PP) – přednášky

Úvod: vývoj preventivních aktivit v ČR

Před rokem 1989 primární prevence drogových závislostí na školách téměř neexistovala. Tato problematika spadala metodicky hlavně pod speciální zařízení ministerstva zdravotnictví – Ústav zdravotní výchovy, který byl garantem vzdělávání a výchovy v oblastech týkajících se ochrany zdraví a prevence. Problematika závislostí dlouho obsahovala pouze alkohol a tabák. Vycházelo se z dokumentů vlády většinou pod názvem kapitoly Boj proti negativním jevům mládeže. Lektori veškerých preventivních aktivit museli být sdruženi v Socialistické akademii. Byli to většinou starší lékaři a jejich působení spočívalo převážně v besedách, které měly charakter zastrašování, zákazů, mentorování apod. Často se jednalo o monotónní čtení přednášky, osvětenější lékaři nabídli alespoň možnost zodpovězení dotazů, diskuse byla téměř nemožná. Všechny aktivity ve školách byly jednorázové, většinou až ve vyšších ročnících základních škol.

Stále se zvyšující problémy s drogami tuto tematiku odtabuizovaly již několik let před rokem 1989. Radek John mohl vydat Memento, Zdeněk Zaoral natočil Pavučinu a vyšel překlad knihy „My děti ze stanice ZOO“. To byly první příležitosti pro seznamování veřejnosti s problematikou drog i začátky preventivních aktivit v tehdejší Československu.

Po roce 1989 začaly vznikat první samostatné preventivní akce zaměřené na prevenci drogových závislostí, jejichž realizátoři pocházeli z tehdejšího jediného zařízení specializovaného na léčbu – DROP-IN. V těchto počátcích se stále ještě jednalo o jednorázové besedy na školách, ovšem v naprosto otevřeném stylu a v interakci se žáky a studenty.

Díky různým mezinárodním projektům, které měly za cíl nastartovat preventivní práci v České republice přibývalo odborníků i institucí, které se začaly zabývat primární prevencí teoreticky i prakticky.

Metody a intervence

Většina preventivních programů vychází z teoretických poznatků ovlivňování chování. Nejčastěji je brán v úvahu „KAB model“ – „znalosti – postoje – chování“,

nebo model tzv. vnitřních determinant ovlivňujících chování, který zahrnuje 1) specifické znalosti, 2) vnímání rizik, 3) vnímání sociálních norem, 4) chápání důsledků, 5) sebeporozumění. Těmito faktory se vždy alespoň částečně zabývají různé primární preventivní programy. Jejich cílem je ovlivnit chování směrem ke zdravému životnímu stylu bez užívání návykových látek.

Jak vypadají preventivní programy? Jak již bylo řečeno, jedná se o dva základní typy:

- jednorázové preventivní akce s celou řadou různých forem, jako jsou například komponované pořady, přednášky, besedy,
- dlouhodobé interaktivní programy.

Jednorázové preventivní akce

Ještě před nedávnou dobou byly téměř jediným preventivním působením na školní mládež. Řada škol je preferovala, protože nejsou časově náročné a přinášejí škole alibistický pocit uspokojení, že se v oblasti drog cosi udělalo.

Zajímavý je postoj lektorů k takovému akcím. Někteří lektori tyto jednorázové akce naprosto odmítají a důsledně se jejich realizaci vyhýbají, protože jsou oprávněně přesvědčeni, že pouze dlouhodobé působení je efektivní. Další skupina též preferuje dlouhodobý přístup, ale jednorázové akce realizují s přístupem: škola si stejně takovou akci někde objedná a je lepší, když to uděláme my, než neznámý, možná nekompetentní člověk. Poslední skupina (též si cení dlouhodobý přístup), předpokládá, že na školách už jakási, alespoň minimální prevence probíhá a jednorázové akce považují za její doplněk.

Další možné rozdělení lektorů vypadá následovně:

- Jedni chtějí přinést jakési poselství a chtějí též, aby se s ním posluchači ztotožnili.
- Jiní své poslání chápou spíše jako přenos informací a podněcování utváření vlastního názoru žáků.
- Zcela specifickou kategorií jsou lektori s vlastní drogovou minulostí, kteří jsou posluchačům schopni přinášet velmi autentické svědectví o následcích zneužívání drog.

Jednorázové preventivní programy lze rozdělit do dvou kategorií:

1) *Přednášky a besedy*

– realizuje buď dvojice lektorů nebo jeden lektor v časovém rozpětí do dvou vyučovacích hodin, většinou pro jednu třídu, ale někdy i pro více tříd dohromady.

Při těchto akcích nacházíme nejčastěji následující přístupy:

a) Lektorů přijdou jako „experti“. Přednesou přednášku a pak dají dětem prostor k otázkám a diskusi.

b) Lektorů se snaží o aktivní zapojení dětí v průběhu celé akce pomocí různých „psychohrátek“ zaměřených na sebezpoznání, empatii, nácvik chování v ohrožujících situacích. Tyto techniky ale nacházejí častější uplatnění v programech dlouhodobých, protože čas určený pro jednorázové akce je omezující.

Obsahově se většinou lektorů snaží o jakýsi stručný přehled všech podstatných faktorů. Bývá to: druhy drog a jejich účinky a následky, mechanismus vzniku závislosti, zmínky o trestnosti, důvody, proč lidé berou drogy, životní hodnoty a jejich proměny v důsledku braní drog, postoje rodičů, nácvik schopnosti odmítnout drogu a pod. Někteří lektorů preferují spíše výběr jednoho problému, kterému pak věnují celý čas, např. Mapa mého světa a místo drogy v něm.

2) *Komponované pořady*

– využívají kromě mluveného slova přednášejících a diskuse také promítání filmů, dramatických či hudebních vstupů a her diváků. Do této kategorie lze zařadit i samostatný dramatický útvar.

Tyto pořady lze rozdělit do následujících skupin:

a) Promítání filmu (buď naučného nebo více publicistického), po něm následuje beseda nebo jen odpovědi na dotazy.

b) Film a dotazy, ale proložené hudebním vystoupením známého interpreta nebo vystoupení známé osobnosti třeba z oblasti sportu.

c) Film, dotazy, hudba + aktivní zapojení posluchačů přehráváním různých situací a jejich řešení.

Komponované pořady se dělají pro všechny věkové kategorie od 1. tříd ZŠ až po střední školy. Aktéři jsou buď drogoví odborníci, někdy jen umělci, častěji kombinace obojího. Realizace těchto jednorázových programů je často kritizována, protože nesplňují základní kritérium dlouhodobosti a všestrannosti. Jsou-li ale skutečně doplněk dlouhodobé prevence, není nutné pohlížet na ně skepticky. Zvláště v nižších věkových kategoriích,

kde suplují dosud nerozvinutou systematickou práci učitelů, mají své opodstatnění.

Dlouhodobé preventivní programy

1) *Dlouhodobý program pro předškolní věk*

Tento program je pojat v celkovém kontextu podpory zdraví a rámcově navazuje na běžně používané výchovné náplně předškolních zařízení. Jednotlivé kapitoly setkání s dětmi jsou následující: co je to zdraví – hygiena – výživa – rostliny a my – alkohol – pohyb – kouření – drogy – vztahy k ostatním.

2) *Dlouhodobý program v raném školním věku*

Program by měl doplňovat a rozvíjet látku probíranou v předmětu Prvouka. Ze zkušenosti víme, že kapitoly týkající se drogové problematiky nejsou učitelkami většinou probírány. Jednotlivé kapitoly jsou v podstatě totožné s předškolní výchovou, ale jejich obsah je lehce náročnější, vzhledem k věku dětí.

3) *Dlouhodobý program pro 4. – 5. třídy*

V tomto věku se více zaměřujeme na důvody, proč lidé berou drogy, co je lepším řešením, na jednoduché objasnění vzniku závislosti a účinků a následků základních typů drog, bez toho, že bychom se prvoplánově zabývali jednotlivými drogami a jejich názvy. Důležitou částí je nácvik reakcí na nebezpečné situace včetně schopností odmítnat nabídku. Program opět doplňuje či rozšiřuje látku předepsanou v příslušných předmětech výukových osnov.

4) *Dlouhodobý program pro 2. stupeň základních škol*

Rozšiřuje a podrobněji vysvětluje bloky pro předcházející věkové skupiny. Dává více do souvislostí bezprostřední účinky drog s dlouhodobými následky jejich zneužívání, zmiňuje různé druhy pomoci závislým, včetně seznámení se zařízeními, kde je možné pomoc vyhledat. Důraz je kladen i na nespécifická témata, jako jsou mezilidské vztahy, řešení problémů, poznání sebe sama, komunikaci a pod. Přesná náplň musí vždy odrážet skutečný stav vědomostí a postojů v jednotlivých třídách, protože jejich úroveň bývá v různých lokalitách odlišná.“

5) *Program pro střední školy*

Záměrně se vyhýbám výrazu dlouhodobý, protože praxe ukazuje, že dlouhodobá práce na středních školách je pouhá fikce. Když už existuje na střední škole dlouhodobý program, je spíše zaměřen jako výcvik peerů, kteří budou preventivně pracovat na základních školách.

Vzhledem k tomu, že všechny informace by studenty měli mít zažité již z předcházející školní docházky, měl

by se program zaměřovat více na širší společenské, ekonomické a zdravotní souvislosti, na upevňování postojů směřujících ke zdravému životnímu stylu, na znalost pomáhajících organizací pro případné problémy a na nácvik dovedností pro předávání poznatků mladším vrstevníkům.

Používání

Zásady Minimálního preventivního programu

Základním dokumentem, který v současné době „legalizuje“ provádění preventivních aktivit na školách je *Minimální preventivní program*, který je zpracován pod názvem *Škola bez drog* a je součástí Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT. Je závazným opatřením pro uplatňování protidrogové politiky ve školách a školských zařízeních. Minimální preventivní program se opírá o všeobecné zásady efektivní primární prevence, které byly sestaveny na základě zkušeností odborníků u nás i ve světě. V minimálním preventivním programu jsou prezentovány v následujících bodech:

- systémová a koordinovaná strategie
- aplikování preventivních aktivit v dostatečně raném věku
- věkově přiměřené, různorodé a aktivizující metody
- nabízení pozitivních alternativ chování a životních cílů
- využívání peer-prvků
- výcvik sociálně psychologických dovedností včetně odmítání nabídky
- nabídka aktivit pro smysluplné využívání volného času
- respektování rizikových faktorů
- aktuálnost a pravdivost poskytovaných informací
- informování o poradenských možnostech
- sledování efektivity opatření

Protidrogová preventivní strategie uplatňovaná ve školách a školských zařízeních musí respektovat věk a osobnostní zvláštnosti žáků. Musí mít dále složku informační, postojovou a dovednostní, což odpovídá osvědčenému KAB modelu. Minimální program navrhuje na platné vzdělávací dokumenty, v nichž je zahrnována oblast zdravého životního stylu zahrnující prevenci zneužívání návykových látek, oblast osobního bezpečí a společenskovední oblast, včetně občanské, právní a etické výchovy.

Obsah pro jednotlivé věkové kategorie v podstatě odpovídá obsahu platných vzdělávacích dokumentů, ve kterých je možné se s ním seznámit.

Kdo má prevenci provádět

V prostředí školy, v rámci vyučování nebo i v rámci mimoškolních aktivit se podílejí na preventivní práci kromě učitelů různí odborníci externě. Je to velmi přínosné, protože děti a mladí lidé mají příležitost vyslechnout různá fakta i od jiných lidí, mají možnost porovnávat a korigovat své znalosti a postoje. Důležité je i to, že mají šanci setkat se s někým, jehož názory jsou ochotni přijmout, což nemusí vždy platit při samotném působení pedagogů.

Tito externí lektori bývají lékaři, psychologové, sociologové, policisté, sociální pracovníci, někdy i bývalí závislí, ale i vrstevníci. Bohužel, někdy i členové různých, hlavně pseudonáboženských sdružení a sekt.

U tří posledně jmenovaných se trochu pozdržíme. Velmi diskutována bývá *účast ex-userů* v primární prevenci. Argumentuje se tím, že žáci mohou vlastní zkušenost lektora považovat za velmi zajímavou a přínosnou („*Podívejte se, bral drogy a teď nám přednáší, je důležitý! Asi je přece jen možné z drog se docela dobře dostat... atd.*“). Ale opačně se může tvrdit, že právě vlastní zkušenost dodává váhu varování před experimentem s drogou. („*Ten opravdu ví, o čem mluví a tak má určitě pravdu. Učiteli nevěřím, ale tomuto ano... atd.*“). K tomu lze říci opět to, co již bylo řečeno. Když beseda s bývalým uživatelem bude jediným setkáním dětí s touto problematikou, je možné, že to bude více škodlivé než k užítku. Když ale tato beseda bude jedním z kamínek mozaiky dlouhodobých preventivních aktivit, bude užitečná a přínosná.

Další diskutovanou kategorií jsou tzv. *peer programy*, kde většina preventivních aktivit spočívá na proškolených vrstevnících. Tento princip byl přejat z USA, kde je přece jen atmosféra školního života poněkud dost odlišná. O mocném vzájemném vlivu vrstevníků se ví už dávno, byli jsme však zvyklí vnímat spíše jeho negativní dimenze, které se týkají např. sociálních patologických jevů. Platí samozřejmě i v pozitivním smyslu – děti a mládež skutečně raději přebírají postoje od svých vrstevníků, ale musí to být ti, kteří mají v kolektivu přirozenou autoritu a ne ti, které vybere učitel podle umělých a třeba i militantních kritérií. Působení takovýchto peerů může být kontraproduktivní¹.

Poslední skupinou jsou *příslušníci různých sekt*. Zde je nebezpečí obrovské, kladné aspekty nelze nalézt. I když je protidrogový program zdánlivě neutrální, přítomnost

¹ Blíže o peer programech viz Skácelová, kapitola 10/5, Skupiny v vrstevníky. K peer programům se ze svého pohledu a v rámci svých kapitol vyjadřují i další autoři (Bém a Kalina, kapitola 10/1, Úvod do primární prevence; Skalík, kapitola 10/2, Primární prevence zneužívání drog: úroveň, formy, metodologické principy).

ideologie sekty v něm prostě je obsažena. Často ve velmi promyšlených a záladných drobnostech. Škola často včas neidentifikuje původ těchto lektorů, a protože často nabízejí své služby zdarma, nechá je s dětmi pracovat.

V současné době neexistuje jednotný systém akreditace lektorů. Proto je velmi důležitá práce protidrogových koordinátorů, kteří by měli mít přehled o nabízených programech a zařizení, z nichž pocházejí. Měli by být zárukou, že jimi doporučení experti mohou bez obav z vedlejších záměrů s dětmi pracovat.

Efektivita primární prevence

Ve většině zemí, kde se s problémy drog setkávají ve velké míře už celá desetiletí, se vždy uvažuje v své řadě o účinnosti celkové protidrogové politiky státu, ve které je samozřejmě zahrnuta i primární prevence.

Ukazateli dobré protidrogové politiky jsou následující faktory: 1) zvyšování průměrného věku závislých, 2) stagnace nebo snížení jejich počtu. Takovýto stav bývá ovšem výsledkem mnohaleté aplikace dobré protidrogové politiky. Proto není divu, že v naší republice je situace stále ještě opačná: věk závislých se snižuje a jejich počet stoupá. Tato skutečnost vede nezasvěcené často k úvahám o tom, zda jsou vynaložené finanční prostředky adekvátní výsledku. To se pak, bohužel, projevuje např. snižováním státních dotací na drogovou problematiku.

Sledování dlouhodobého efektu primární prevence samotné je velmi problematické. Na děti a mládež kromě evidovaných preventivních programů působí celá řada faktorů, které je velmi těžké zachytit a vyhodnotit. Navíc, vytvoření kontrolní skupiny bez oficiálního preventivního působení je též velmi problematické, můžeme říci neetické a přestupující i zákonnou normu vzdělávání.

Trochu jiná je situace, kdy se ptáme po krátkodobém dopadu různých typů preventivních programů nebo přístupů jednotlivých lektorů k preventivní práci. Programy, u kterých bude pozitivní krátkodobé působení, ve svém souhrnu vedou k dlouhodobějším změnám.

Při měření takovéto efektivity se zaměřujeme na *dva faktory*: 1) sledování nárůstu znalostí o účincích a důsledcích zneužívání drog, 2) měření změn v postojích týkajících se drogové problematiky. Je tedy možné přesně popsat program co se týče obsahu, ale forem a metod práce s dětmi a dát jej do souvislosti s výše popsanými faktory.

Při experimentálním ověřování dopadu krátkodobého preventivního programu pro středoškolský jsme využili i videozáznam práce lektorů, podle speciální škály jsme přesně popsali způsob jejich prezentace a podle typu jejich vystupování jsme byli schopni rozlišit úspěšnější a méně úspěšný způsob práce s mládeží.

Je ale nutné si uvědomit, že skutečná efektivita programu nemusí být totožná s kvalitou předloženého projektu.

Kromě snahy měřit efektivitu programů jako takových, co se týče dopadu na příjemce, existují studie, které se zabývají popisem a hodnocením různých složek preventivních programů. Uvedeme zde několik příkladů.

Werch, Pappas a Vogel publikovali v roce 1996 studii zabývající se podobným hodnocením. Autoři oslovili 408 středních škol a univerzit ve 49 státech USA pomocí dotazníku zaměřeného na hlavní faktory, o kterých jsou přesvědčeni, že mají vliv na úspěšnost preventivních programů. Respondenti popisovali své programy a vyjadřovali názor na důležitost některých faktorů. Mezi všeobecně uznávané patřily: zvyšování znalostí o drogách, posílení protidrogových postojů, podpora prostředí bez drog, zvyšování protidrogového chování a dovedností a podpora životního stylu bez drog.

Jako nejefektivnější způsoby komunikace byly uváděny: přímá komunikace, tištěné materiály jako letáky, plakáty a noviny a časopisy. Použité strategie zahrnovaly: varování, svépomocné materiály, nabídka alternativ, drogové poradenství, kurzy a studijní programy. Méně než polovina programů měla zahrnuté strategie změny prostředí, sociálně marketinkové metody, behaviorální učení apod. Nejfrekvencovanějšími metodami hodnocení byly přehledy užívání drog. Většina projektů vychází z teoretických modelů šíření informací, tréninku osobnostních a sociálních dovedností, afektivní výchovy, nabízení alternativ.

Tato studie se zabývala pouhým popisem různých programů, který není spojován se skutečným dopadem na cílovou populaci – nemusí tedy nutně znamenat, že nejfrekvencovanější způsoby jsou zároveň nejvíce efektivní.

Informace o dalším přístupu k hodnocení efektivity dávají autoři *Coggans a spol.* (1991). Vládou financované hodnocení drogových programů zkoumalo čtvrtinu skotských středních škol a téměř 1200 žáků. Dominantní formou v těchto programech bylo prohlou-

bování rozhodovacích schopností. Studie shledala, že tento způsob neovlivnil přístup studentů k drogám a jejich užívání, ale prohloubil pouze znalosti. Autoři upozorňují na kompatibilitu používání drog i s vysokým sebevědomím a na nutnost pracovat s touto skutečností. Za důležité považují poskytování takových informací, které přímo neovlivňují jejich příjemce k rozhodnutí drogy neužívat.

Z českých studií lze jmenovat zejména tu, která byla v dané oblasti průkopnickou: *L. Csémy spolu s nadací FILIA* v roce 1995 provedl analýzu protidrogových preventivních programů v České republice. Studie se soustředila na popis realizujících institucí, zjišťování úrovně, typu a propracovanosti programu, cílové skupiny, hlavní metody práce a financování těchto programů.

Hlavní cíle popisovaných programů byly následující: poskytování informací, snižování poptávky, shromažďování a získávání poznatků, nabízení vzdělávacích akcí různého typu, alternativní volnočasové aktivity pro mládež, poradenské služby, rozvoj sociálních dovedností, aktivní intervence u rizikových skupin, výcvik laiků a peer aktivistů, nespecifická prevence a prevence HIV/ AIDS.

Analýza celkově hodnotila úroveň programů jako slabou. Hlavní nedostatky byly nedostatečně definované cíle, chybějící východiska a vyhodnocení, i to, že za prevencí jsou vydávány jednorázové přednášky. Analýza rovněž poukazuje na neexistující kritéria toho, co by měl preventivní program obsahovat i kritéria pro hodnocení efektivity.

Institut Filia v roce 1996 prováděl výzkum efektivity jednorázových programů, které byly realizovány pro žáky středních škol na obvodě Prahy 1. Pro popis prezentovaných aktivit bylo vytvořeno 25 obsahových kritérií, jejichž výskyt se sledoval v jednotlivých programech. Zaznamenáván byl pouze fakt, zda problematika byla zmíněna, nikoli rozsah, kvalita, způsob podání a další faktory. Ve všech programech se vyskytly zmínky o: jménech drog, stavech po požití, důvodech braní drog, tělesných a psychických důsledcích zneužívání, mechanismus vzniku závislosti, dávkách, toleranci a možnostech předávkování. Programy neobsahovaly vůbec zmínky o tehdy někdy velmi propagované a žádané situaci v Holandsku, ani o tlaku vrstevníků a schopnostech odmítnutí drogy.

Rozbor výsledků naznačuje, že ovlivňujícím faktorem bude určitě kvalita obsahu, ale hlavně kvalita přístupu

a projevů lektora, včetně toho, zda lektor má předem ujasněno, co vše chce v určeném čase sdělit a neřídit se pouze jejich otázkami. Předběžné, nesystematické pozorování těchto faktorů v práci lektorů jasně ukazují rozdíly ve vedení programu právě u těch lektorů, kteří v této studii vykazují významnější posuny ve znalostech a postojích svých skupin. Preventivního programu se zúčastnilo celkem 932 žáků ze sedmi škol obvodu Prahy 1. Na programu se v jednotlivých skupinách podíleli čtyři lektori a cílem šetření bylo pokusit se zachytit změny ve znalostech a postojích žáků jako celku i v souvislosti s působením rozdílných lektorů.

Rozbor výsledků dotazníků před a po programu ukázal bezprostřední zlepšení znalostí typů drog a jejich účinků, chápání definice závislosti. V oblasti názorů a postojů jsme zaznamenali příklon k tvrzení „Nikdy nezkusím žádnou drogu“, „Závislý člověk je nemocný“ a naopak odklon od tvrzení „Lidé, kteří berou drogy mohou kdykoli přestat“.

Všechna významnější zlepšení, která byla zaznamenána, se týkala téměř výhradně dvou lektorů. Je jasné, že způsob prezentace a osobnost lektorů hraje větší roli, než samotný obsah, který byl u všech lektorů značně shodný.

Závěry

Vývoj preventivních aktivit na školách zaznamenal od roku 1989 velký rozvoj. Přesto nelze zatím říci, že prevence v České republice je dostupná opravdu pro všechny děti od předškolního věku až po střední či učňovské školy. Na této skutečnosti se podílí mnoho faktorů charakteru personálního, organizačního, finančního, jejichž rozbor není cílem této publikace. Pozitivním faktorem je ale např. to, že nastává mohutný odklon od dřívějších požadavků škol na pořádání jednorázových besed se žáky a naopak tendence realizovat na školách programy dlouhodobé, alespoň pro některé věkové kategorie. Některá škola upřednostňuje práci s mladšími dětmi, jinde „dopřávají“ dlouhodobé programy žákům ve vyšších ročnících. Ideální by samozřejmě bylo, kdyby dlouhodobé projekty byly kontinuální od předškolního věku až do konce povinné školní docházky. Kdyby učitelé beze zbytku naplňovali osnovy svých předmětů v této oblasti a pro každou třídu probíhal každý rok preventivní program realizovaný externími odborníky alespoň v rozsahu pěti setkání. Bohužel, neuchopitelnost vzdáleného efektu a zdánlivý bezprostřední minimální dopad projevující se nárůstem experimentů i závislosti, bude brzdit rozvoj ekonomických podmínek pro realizaci popsaného ideálního stavu pravděpodobně i v dalších obdobích.

The chapter presents an overview of programmes of primary prevention (PP) performed in schools in addition to prevention in school education. Until recently, most often there had been one-in-time actions, e.g. lectures of external experts, discussions with pupils or students or the so-called composed programmes. As the effect of these actions may be questioned, there is a tendency to replace them by long-term, continual programmes. In this type of programmes, the emphasis is put on not only on information about drugs but also on psychosocial problems and on training in the risk-coping situations. The lecturer's personality is very important, as a person unacceptable to the pupils or students cannot influence their attitudes and behavi-

our in a positive way. The programmes should be carried on continuously from the pre-school age to adolescence and early adulthood. They should include, among others, also an offer of positive alternatives of spending leisure time. Drug prevention as a whole is always framed by the context of health promotion and the education of healthy lifestyles. As a unified system of licensing the PP lecturers still does not exist, it is necessary to avoid the actions of illegitimate lecturers, e.g. members of sects or extremist groups. The role of peers and ex-users in PP in schools is also discussed. The evaluation of the long-term effect of PP programmes is difficult, but it is necessary to assess the actual impact of programmes on knowledge and attitudes.

Key words: discussions – evaluation of PP – interactive programmes – lectures – primary prevention (PP)

Literatura

- Coggan S. et al. : National Evaluation of Drug Education in Scotlands. ISDD, Edinburg, 1991
- Cohen J., Scott S., Scott N., Kay J.: The Primary School Drugs Pack. Healthwise Helpline Ltd, Liverpool 1996
- Csémy L. a kol.: Analýza protidrogových preventivních programů v České republice. Nadace Filia, Praha, 1995
- Ives R.: Drug Education in Schools. In: Children and Society, roč. 10, str. 1 – 16, 1996
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2001
- Národní strategický plán protidrogové prevence u dětí a mládeže. MŠMT, Praha, 1999
- Nešpor K. a kol.: Zásady efektivní primární prevence. SZÚ, Praha, 1999
- Nováková D., Kalina K. a kol.: Drogy ze všech stran. Nadace Filia, Praha, 1995
- Nováková D. a kol.: Výzkum efektivity jednorázových programů v Praze 1. Institut Filia, Praha, 1996
- Nováková D.: Primární prevence drogových závislostí. In: Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha 2000
- Werch L. S., Pappas F. M., Vogel D.: Drug Use Prevention Efforts at Colleges and Universities in the United States. In: Substance Use and Misuse, roč. 31, č. 1, str. 65 – 79, 1996
- Vzdělávací program Základní škola. Fortuna, Praha, 1996

Mgr. Dagmar Nováková

Vystudovala psychologii na FF UK a po několikaleté klinické praxi, při níž absolvovala dlouhodobý terapeutický výcvik SUR, pracovala v oblasti podpory zdraví. Od roku 1992 byla zaměstnaná v Národním centru podpory zdraví jako garant programu Alkohol a drogy. Po zrušení tohoto pracoviště pracovala v Nadaci Filia jako odborná manažerka projektů a od září roku 1996 vede občanské sdružení Institut Filia, kde se věnuje hlavně primární prevenci s důrazem na předškolní

a raný školní věk, na školení pedagogů, vytváření metodik a hodnocení efektivity. Je autorkou řady metodik, publikací, letáků, odborných článků a videopořadů. V oblasti drogové problematiky absolvovala různé zahraniční stáže a studijní cesty, většinou pod patronací UNESCO, WHO a Rady Evropy. Spolupracovala na mezinárodních programech PHARE-EU a Rady Evropy. *Kontakt: Institut Filia, Sokolská 26, 120 00 Praha 2*
E-mail: filia@telecom.cz

Klíčová slova: adolescence – „peer“ programy – primární prevence – vrstevnícké vztahy – vrstevnícké skupiny

Úvod

Nejrizikovější cílovou skupinou v PP je populace mladých lidí ve věku 13 – 19 let. Tuto skutečnost prokazují téměř všechny výzkumy a šetření, která se v naší republice provádějí (např. Zpráva hlavního hygienika ČR za rok 2000, NEAD 2000). Mládež v uvedeném věkovém rozmezí prochází obdobím adolescence, ve kterém jedním ze základních rizikových faktorů vůči narůstajícímu experimentování s drogou je nesmírný tlak vrstevníků. Z výzkumů vyplývá, že ten je v současnosti obecně daleko větší, než tomu bylo v minulosti.

V následujícím textu se zaměříme na období adolescence a pokusíme se blíže charakterizovat vrstevnícké skupiny a vztahy, jejich pozitivní i negativní vliv na rizikové chování mladých lidí. Zaměříme se především na možnosti pozitivního vlivu vrstevníckých skupin.

Adolescence

Za adolescenci (v české terminologii mládí) je většinou označováno období od 15 do 20 (22) let. Její počátek se pojí s plnou reprodukční zralostí; v jejím průběhu se obvykle ukončuje tělesný růst. Pro ukončení adolescence nejsou až tak důležitá biologická kritéria, ale mnohem důležitější jsou kritéria psychologická (dosažení osobní autonomie), sociologická (role dospělého) a pedagogická (ukončení vzdělávání a získávání kvalifikace) – viz Macek, 1999.

V rámci adolescence rozlišujeme tři fáze s výrazně odlišnými charakteristikami:

- časnou adolescenci 10 (11) – 13 let
- střední adolescenci 14 – 16 let
- pozdní adolescenci 17 – 20 (22) let.

Základním vývojovým úkolem období adolescence je vyjasnění vztahu k sobě a hledání vlastní identity (Erikson, 1968).

Josselsonová (1980) popsala formování identity v adolescenci ve 4 fázích:

- fáze časně adolescence (počátek puberty) – začíná psychologická diferenciací, ve které si dospívající děvče či chlapec začíná uvědomovat svoji odlišnost jak od ostatních vrstevníků, tak především od rodičů (jejich postojů, hodnot, rad apod.). Ve vyhraněné podobě

vede až ke generalizaci negativního postoje vůči rodičům a dalším formálním autoritám

- fáze zkoušení a experimentování (14 – 15 let) – adolescenti získávají pocit, že sami vědí, co je pro ně nejlepší; s rodiči obvykle soupeří, vyhledávají příležitosti, aby nad nimi mohli vítězit. Zvyšuje se i jejich zodpovědnost a závazky vůči vrstevníkům, kamarádům. Navzájem se ve svých nových postojích podporují

- fáze navazování přátelství (16 – 17) – obnovují se vazby s rodiči, jejich autorita je přijímána rozdílně, zvyšuje se zodpovědnost za vlastní chování a jeho důsledky

- fáze konsolidace vztahu k sobě založená na pocitu autonomie a jedinečnosti (18 a výše)

Vrstevnícké vztahy a skupiny

Je důležité oddělovat rovinu vrstevníckých vztahů od vztahů přátelských a partnerských, které jsou mnohem specifičtější. Vrstevnícký vztah (peership) umožňuje adolescentům vzájemně poskytování názorů, pocitů a vzorců chování a zkoušet si je bez větších závazků. Mezi vrstevníky si může dospívající testovat i sám sebe. V těchto vztazích se rychle mění a střídají pozice soupeře a spoluhráče, opozičníka a souputníka. Dospívající na sebe rádi upoutávají pozornost, chtějí, aby je druzí poslouchali, obdivovali. Posiluje to jejich vlastní pozici a pocity významnosti (Macek, 1999). Vědomě či nevědomě sdílejí stejnou zkušenost, životní pozici, problémy, nejistoty či nejasnosti. Toto sdílení je jen prostředkem k hledání a ujasňování si vztahu k sobě samému. Tato charakteristika vrstevníckých vztahů má nezastupitelnou funkci především v období časně adolescence.

Vedle výše uvedeného charakteru vrstevníckých vztahů se dospívající daleko diferencovaněji a s větší osobní zaangażovaností než v mladším věku vnímají jako členové různých skupin – školní třídy, zájmových kroužků, sportovních družstev, neformálních vrstevníckých skupin atd.

Vývoj vrstevníckých vztahů uvádíme podle Dunphyho (1963):

1. V prvním stádiu (v časně adolescenci) vznikají malé skupiny – party. Jsou neformální, s vysokou kohezí. Počet členů je malý, 3 – 10, většinou buď chlapecké nebo dívčí, výjimečně jsou smíšené. Jejich základním

znakem je přímá každodenní komunikace, vůdčí osobnost, kterou ostatní členové skupiny obdivují.

2. Ve druhé fázi (obvykle střední adolescence) se tyto skupiny začínají setkávat ve větších skupinách (cca 20 členů). Mezi charakteristické aktivity těchto skupin patří různé večírky, mejdany a „párty“. Jde o počátek heterosexuálních erotických kontaktů. Tyto kontakty jsou vysoce hodnoceny jako něco pozitivního a mluví se o nich dále v původních malých skupinách.

3. Ve třetí fázi navazují adolescenti první partnerské heterosexuální vztahy. Jako první jdou příkladem těchto zkušeností vůdčí osobnosti původních malých skupin a jako první také většinou opouštějí skupinu.

4. V průběhu čtvrté fáze vznikají nové heterosexuální malé skupiny, jejichž základem jsou partnerské dvojice. Ty zpočátku spolu často komunikují a vytvářejí na novém základě opět velké skupiny.

5. V páté fázi (pozdní adolescenci) se velké skupiny rozpadají, malé setrvávají především na bázi hlubšího přátelství mezi páry.

Vrstevnické skupiny v období adolescence vykonávají různé funkce, které jsou zároveň důvodem pro jejich oblíbenost (Dvořák 1996):

- adolescent si ve skupině zkouší svůj autonomní status (skupina jeho autonomii uznává)
- adolescent prostřednictvím skupiny získává identitu (skupina supluje modely chování a hodnoty, které je třeba udržovat)
- adolescent získává větší sebedůvěru a respekt sám k sobě
- skupina poskytuje důležitou podporu v rámci procesu emancipace od rodiny (dospělých)
- přítomnost ve skupině přináší adolescentovi úlevu a snižuje jeho úzkost
- skupina funguje jako obrana před autoritou dospělých, což vede k tomu, že se adolescent cítí ve svém chování jistější, protože se tak chovají i ostatní (skupinová konformita); konformita se týká vnějších znaků a chování (oblékání, typ účesu, styl vyjadřování apod.)
- členství ve skupině adolescentovi pomáhá vyrovnat se s dostatečnou sebedůvěrou, s psychologickými a fyziologickými změnami, které se v něm odehrávají
- chování vrstevníků ve skupině ovlivňuje významně procesy rozhodování v běžných každodenních situacích, je příležitostí pro osvojování nových rolí, pro nápodobu, modelování i pro zpětnou vazbu vůči svému chování
- skupina umožňuje adolescentovi asimilovat role, především role sociální a sexuální; adolescent se prostřednictvím skupiny seznamuje s tím, co je soutěživost, kooperace, hodnoty a přesvědčení.

Vrstevnické skupiny v primární prevenci zneužívání návykových látek

Adolescence je velmi zásadním obdobím pro vývoj dospívajících, je ale zrovna tak velmi citlivým obdobím pro rozvoj jejich rizikového a problémového chování (zejména predelikventní chování a páchaní trestné činnosti, agrese, různé formy násilí, šikana, sexuální rizikové chování, poruchy příjmu potravy a v neposlední řadě i užívání drog včetně alkoholu a kouření).

V předchozím textu jsme podali charakteristiku a podtrhli nesmírný vliv vrstevnických skupin na své členy. Ten může být směřován v pozitivním i negativním smyslu.

Pokud má skupina (parta) negativní vztah k drogám, pak je členství v ní tou nejlepší prevencí. V opačném případě je to ta nejlepší cesta k drogové závislosti. Je proto důležité, aby dítě bylo schopno odmítnat některé situace, zejména ty rizikové, aby bylo schopno se postavit tlaku vrstevníků, a to ve smyslu prosazení vlastní individuality – tj. být vždy svůj (Havelková, 1997).

V primární prevenci zneužívání návykových látek se doposud osvědčila (s lepšími či horšími výsledky, dle použité metodiky) účinná strategie peer programu (pozitivní varianta).

Principem peer programů¹ je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků pro formování postojů mladých lidí, s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování.

Význam anglického slova „peer“ (vrstevník) je mnohem širší. Je to někdo, s nímž se cílová populace může ztotožnit. Určitou roli hraje nejen věk, ale i např. sociální situace nebo zaměstnání. Jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu ztotožnění, poměrně snadno nabyté dovednosti a postoje uplatní v praxi. V životě se totiž dostává do podobných situací jako nositelé programů (Nešpor, 1995).

Práce Toblerové (1986) potvrdila, že neúčinnější programy v rámci všeobecné prevence byly peer programy. Shrnuje výsledky 143 studií, týkajících se prevence. „Peer programy ukázaly jasně vyšší účinnost ve všech měřených výsledcích. U nejdůležitějších proměnných, tedy užívání návykových látek, byly výsledky signifikantně lepší nežli kombinované výsledky u všech ostatních intervencí. U peer programů trval pozitivní efekt u alkoholu, měkkých drog, tvrdých drog a cigaret.“

¹ K peer programům se ze svého pohledu a v rámci svých kapitol vyjadřuji i další autoři (Bém a Kalina, kapitola 10/1; Skalík, kapitola 10/2; Nováková, 10/4).

Skutečnost, že peer programy jsou efektivní, potvrdila i pozdější studie Bergeret-Drownse (in Nešpor, 1996).

První metodiku peer programů pro podmínky ZŠ a práci učitelů u nás vypracoval Nešpor v roce 1995. Čtyři základní moduly byly metodicky velmi dobře rozpracovány vzhledem k obsahu i časové posloupnosti. Program umožňoval určitou flexibilitu s ohledem na konkrétní podmínky. Velmi rychle byl přijímán mnoha organizacemi i samotnými pedagogy, kteří jej začali postupně zavádět do svých preventivních programů ve škole. Bohužel, právě na základních školách působení peer aktivistů, většinou ve věku 10 – 14 let, neprokázal tolik očekávaný efekt. Dobrá metodika v rukou ne vždy připravených a proškolených pedagogů selhávala s ohledem na tuto skutečnost zejména v následujících krocích:

- výběr dětí (mnohdy vybíral učitel dle svých kritérií)
- obsah programů byl zaměřen pouze na nácvik techniky odmítání drog (snížení poptávky po drogách)
- zařazení peer-programů bylo považováno za jedinou možnost v oblasti prevence na školách
- stát se „peerem“ se stalo mezi dětmi prestižní záležitostí.

Příprava a realizace peer programů je velmi náročná. Je důležité, aby jej garantovaly odborná zařízení, zajímající se o PP. Jedná se o dlouhodobou intenzivní práci s peer aktivisty. Důležitá jsou zejména kritéria pro jejich výběr (věk, osobnostní předpoklady, přirozená vůdčí osobnost, komunikační dovednosti, pozitivní vzor

zdravého životního stylu atd.). Za důležitou považujeme přípravu metodiky celého programu a s ní spojený náročný trénink vrstevníků, v neposlední řadě i neustálý kontakt s peer aktivisty a supervizi jejich činnosti. O peer programy je neustále velký zájem zejména ze stran středoškoláků. Téma drog je nepochybně neustále přitahuje a je proto důležité všechny zájemce o spolupráci v těchto programech podchytit. Organizátor a garant peer programu pak může dle citlivě zvolených kritérií pro výběr aktivistů zájemce zapojit do většího spektra dílčích programů s ohledem na jejich osobnostní předpoklady. Programy mají svou strukturu a peer má možnost přecházet či postupovat na jejich žebříčku od základního až po ten nejnáročnější (metodika peer programu Poradenského centra pro drogové a jiné závislosti, PPP Zachova 1, Brno).

Na vysoké kvalitativní úrovni jsou například peer programy dle metodiky K. Nešpora, H. Pernicové a L. Czémyho na konkrétních ZŠ, dle metodiky D. Dvořáka (P-Centrum Olomouc), pracovníků Prev-Centra Praha a jiných autorů. Nosná Nešporova filosofie peer programů je modifikována s ohledem na typ zařízení, tým pracovníků, cílovou skupinu, variabilitu metodiky samotné, na obsahovou stránku a časovou náročnost programů s ohledem na očekávání jejího dopadu a účinnosti v praxi.

Summary

Peer Programmes

In this chapter the author deals with the characteristics, specific features and problems of the period of adolescence. During this period, the majority of the young population comes into contact with drugs and may show perilous behaviour. Establishing peer relationships is a typical feature of adolescence. These newly formed relationships are very important for the everyday life of teenagers. Indeed, a tight link exists between the addiction prevention programs and the

high efficiency of peer programs. The peer activist is usually an informal, leading personality. The other group members can identify with him and in this way they can internalise the principles of healthy lifestyles, anti-drug attitudes, skills to cope with difficult life situations and to perform positive and meaningful activities in their leisure time. Last but not least, they can learn to be responsible for their behaviour and the quality of life.

Key words: adolescence – peer relationships – peer programmes – primary prevention

Literatura

- Bergeret J.: Toxikomanie a osobnost. Victoria Publishing, Praha, 1995
- Dvořák D.: Drogy – drogová závislost. Sananim Olomouc, Olomouc, 1996
- Kon I. S.: Kapitoly z psychologie dospívání. SPN, Praha, 1988
- Macek P.: Adolescence. Portál, Praha, 1999
- Mečíř J.: Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. Avicenum, Praha, 1990
- Nešpor K.: Prevence problémů působených návykovými látkami na školách. Příručka pro pedagogy. BESIP, Praha, 1995
- Nešpor K. a kol.: FIT IN 2001 PLUS. Příručka pro spolupracovníky programu FIT IN na základních a středních školách. BESIP, Praha, 1996
- Nešpor K., Csémy L., Pernicová H.: Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách. Sportpropag, Praha, 1996
- Říčan P.: Cesta životem. Panorama, Praha, 1989
- Parsons T.: Sociální deviace. Sociologie nemoci a medicíny. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1994
- Úloha školy ve výchově ke zdravému životnímu stylu se zaměřením na ochranu proti závislostem. Sborník referátů. PedF UP, Olomouc, 1997
- Vagnerová M.: Vývojová psychologie. Karolinum, Praha, 1996

Klíčová slova: intermediátoři – hodnocení efektivity – primární prevence – psychosociální trénink – výcvik pedagogů

Úvod – vývoj vzdělávání pedagogů po r. 1989

Vzdělávací aktivity pro pedagogy v oblasti drogové prevence se začaly rozvíjet až po změně společenských a politických poměrů v r. 1989 – jednak proto, že docházelo k nárůstu problémů s drogami v naší společnosti, ale také proto, že experti upozorňovali na skutečnost, že škola je, po rodině, tím nejdůležitějším prostředím, ve kterém je zapotřebí realizovat preventivní práci. Přitom učitelé všech věkových kategorií i všech stupňů škol byli v této oblasti naprosto bez informací a vůbec neměli představu, jak se úlohy nositele prevence ujmout a jak ji provádět. Problematika drog v minulosti již tradičně patřila mezi známá a obávaná tabu spolu s problematikou sexuální výchovy a AIDS.

Z těchto důvodů první pokusy o proškolení pedagogů byly spíše orientační a méně náročné. Šlo spíše o základní informovanost učitelů, ovšem takovým způsobem, aby si postupně přisvojovali myšlenku nutnosti provádět prevenci se žáky.

Jedním z prvních průkopníků těchto vzdělávacích akcí bylo Národní centrum podpory zdraví, které začalo realizovat jednodenní semináře pro pedagogy, převážně ze základních škol. Obsahem seminářů byla historie užívání drog a vývoj problémů ve světě i u nás, současný stav drogové problematiky, základní teoretické pojmy o prevenci a několik vybraných tematických okruhů jako návrh na možný způsob práce s dětmi.

Těchto jednodenních kursů bylo v období roku 1993 do roku 1995 realizováno cca 50 v různých regionech České republiky a prošlo jimi okolo 3 000 učitelů. Postupně a aspoň částečně se tak naplňoval jeden ze záměrů nové protidrogové politiky ČR: v každé škole aspoň jeden pedagog se základní kompetencí v drogové problematice¹. V roce 1995 začalo Národní centrum podpory zdraví realizovat dosud jednodenní semináře jako třídení, s tím, že předcházející programové bloky byly probírány podrobněji a přidány byly i další tematické okruhy jako např. druhy drog a jejich účinky, možnosti léčby a péče o drogově závislé a přehled legislativních opatření u nás i ve světě.

V témž roce došlo i k prvním pokusům Národního centra pro podporu zdraví o experimentální realizaci výuky drogové prevence na některých vysokých školách (Pedagogická fakulta a Fakulta tělesné výchovy a sportu UK v Praze).

V roce 1994 se začala tréninkem pedagogů zabývat i nadace Filia. Struktura tréninků, většinou třídeních byla zhruba následující:

- Metody a přístupy práce v oblasti prevence z pohledu pedagoga
- Vliv školního prostředí jako faktor specifické i nespecifické prevence
- Postoje k drogám a jejich význam pro preventivní práci
- Nejčastější otázky, se kterými se můžete setkat
- Videopořady a jejich význam pro preventivní práci
- Drogy a důsledky jejich zneužívání
- Rizikové situace
- Interakční hry a jejich využití v rámci specifické a nespecifické prevence.

V roce 1996 začal pracovat Institut Filia, který svou činností navázal na aktivity zrušeného Národního centra podpory zdraví a na školící a tréninkové akce nadace Filia. Vzděláváním pedagogů se začala zabývat řada dalších institucí a vzdělávacích agentur, později se k těmto aktivitám přidaly i některé vysoké školy.

Metodika

Programy všech současných vzdělávacích programů pro pedagogy jsou v podstatě podobné. I když existují rozdíly v délce či poměru hodin určených na jednotlivé obsahové okruhy, nebo akcent na jednotlivé preventivní přístupy, můžeme zde nabídnout víceméně univerzální osnovy pro vzdělávání a výcvik pedagogů.

1) Historie a vývoj drogové problematiky

Seznámení s kontakty lidstva s drogami a s jejich úlohou v různých společnostech má sloužit k hlubšímu pochopení celé problematiky, nikoli k mechanickému přebírání osobních názorů lektora. Jedině na pozadí pochopení užitečnosti drog v historii lidstva lze chápat jejich negativní působení v současnosti. Toto je nutné

¹ Viz Bém, Kalina a Radimecký, kapitola 1/3, Drogy a drogová politika v České republice.

zdůrazňovat, protože mnozí posluchači mohou být téměř šokováni úzkým vztahem dávných kultur k drogám a skutečností, že drogy jsou nedílnou pozitivní součástí vývoje lidské civilizace a kultury. Aby byl pochopen propastný rozdíl mezi využíváním vlastností některých látek a jejich zneužíváním, je důležité chápat, co vlastně droga je, a rozlišovat u různých drog různé úrovně zdravotní a společenské nebezpečnosti.

Osnova přednášky:

- Pravěké kultury a drogy
- Zmínky o drogách v bájích a pověstech, svázanost s bohy
- Kultovní rostliny Aztéků a Inků, včetně přetrvávání některých kultů do současnosti
- Muchomůrka a sibiřští šamani
- Středověk a čarodějnice
- Historicky první masový problém s drogou – Čína
- Užívání drog různými specifickými skupinami na přelomu století
- Světová válka, 40. léta, výzkumy armády a tajných služeb
- Beatnická kultura
- Hippies, 50. a 60. léta, masový nárůst zájmu o drogy
- Vývoj v ČSSR a okolních státech, tehdejší drogová scéna
- Vývoj problematiky po roce 1989
- Různé přístupy k řešení drogových problémů (represe, léčení a péče, prevence)

2) Teorie prevence

Výsledkem výuky by mělo být: 1) chápání prevence jako dlouhodobého procesu usměrňovaného řadou osob, různými přístupy a technikami, 2) varování před jednorázovými akcemi nebo před jednostrannými přístupy, 3) důležitost nespécifické i specifické prevence, 4) vyvrácení mýtů a škodlivosti některých přístupů a naopak o jedinečné účinnosti jiných.

Osnova přednášky:

- Co je cílem prevence – společnost bez drog versus minimalizace škodlivých následků
- Co je obsahem prevence – seznam důvodů brání drog vede k pochopení prvků nespécifické prevence
- Rodina jako základní faktor nespécifické prevence
- Možnosti vylepšení nespécifických faktorů v jiných prostředích, např. ve škole
- Specifická prevence
- Pravdivé informace o drogách
- Neúčinnost strašení a zákazů

- Účinnost peer programů
- Využívání ex-userů v prevenci
- Kdo má vlastně provadět prevenci, osobnost lektora
- Různé typy preventivních programů a akcí
- Hodnocení účinnosti preventivní práce

3) Legislativa

1. Základní kategorie drogové legislativy – např. ve smyslu cílů (možnost osvobození společnosti od drog nebo možnost omezení škodlivých důsledků), ve smyslu kritérií (věkové kategorie, drogový subjekt, druhy zneužívání, množství drogy, profesní skupiny, recidiva, organizátorství).

2. Drogy a mezinárodní právo²

3. Současná právní úprava v České republice³

4) Druhy drog a jejich účinky

Probírají se základní kategorie a jednotlivé drogy uváděné v části 3 této publikace: alkohol, opiáty, stimulační drogy, halucinogeny, konopné drogy, návyková léčiva, těžké látky.

Jsou vždy probírány následující údaje: slangový název, vzhled a formy, jaký typ závislosti způsobují, způsob užití, možné účinky, účinky předávkování, abstinence příznaky.

5) Léčení a péče

Zahrnuje seznámení se základními typy zařízení léčebné péče, s možnostmi a mezemi terapie a s různými dalšími způsoby péče o závislé. Cílem je kromě jiného pochopení závislosti jako nemoci v bio-psycho-sociálním smyslu.

Osnova přednášky:

- Cesta do závislosti – první kontakt s drogou, experimentování, víkendové užívání a „duální identita“ (tento pojem je charakteristický pro období, kdy jedinec již žije ve světě drog a zároveň je ještě schopen žít v normálním světě), rozvoj závislosti, pokročilá závislost s rozpadem hodnot a vztahů
- Pojmy léčení, sociální rehabilitace, sekundární a terciární prevence, jejich nejčastější náplň
- Různé typy státních i nestátních zařízení pro léčbu a péči
- Přehled pomáhajících zařízení v regionu, kde výcvik probíhá

5) Metodika prevence – psychosociální trénink

Vybraná témata významná pro nespécifickou i specifickou prevenci se probírají metodou psychosociálního

² Téma odpovídá struktuře kapitoly 1/5 této publikace.

³ Téma odpovídá struktuře kapitoly 1/6 této publikace.

tréninku s využitím vlastního zážitku posluchačů při jednotlivých úkolech. Tato složka výcviku je nesmírně důležitá – jde o první kontakt s těmito technikami, které se velmi liší od přednášky, výkladu nebo diskuse. Cílem je nácvik vybraných psychosociálních technik a postupů při preventivní práci ve třídě.

Tematické okruhy:

1. Techniky sebepoznávání: Kdo jsem, Mé různé role, Mé nejbližší bytosti, Co dáváme-co dostáváme, Portrét, Mám se dost rád?
2. Techniky zaměřené na komunikaci: Kontakt, Podle čeho se vybíráme, Řeč a mimika, Empatie.
3. Techniky zaměřené na problém drog: O čem to mluvíme, Jak je problém závažný, Proč to lidé dělají, Co je lepší, Co mi droga může dát a vzít, Já se toho nevzdám, Soud s drogou.
4. Nejčastější otázky žáků a odpovědi na ně, včasné rozpoznání a řešení problému s drogou.

Součástí tréninku je i seznámení s vybranou metodikou práce s dětmi, kterou většinou učitelé dostanou jako pomůcku.

Specifickou náplň má trénink učitelek mateřských škol. Zde klademe větší důraz na nácvik metodiky, která spočívá ve využívání pohádek a příběhů pro tuto prevenci vytvořených a v následném povídání a hraní s dětmi.

Zahraniční materiály pro trénink

Z mnoha zahraničních materiálů zde pro ilustraci uvádíme dva, které se často uplatňují jako východiska a podklady různých tréninkových programů v ČR⁴.

Nakladatelství Tacade v Manchesteru v roce 1995 vydalo publikaci „*The World of Drugs*“. Jedná se o pomůcku pro vzdělávání učitelů a jejich trénink a zároveň slouží jako podklad pro práci s dětmi základních škol. Metodika je rozdělena do tří částí: 1) Přednášky, 2) Pracovní dílny, 3) Pomůcky pro přednášky a dílny.

1. oddíl – Přednášky – zahrnuje tato témata: Co je to droga – Bezpečnost – Kdo užívá drogy a proč – Tlaky, vlivy, situace – Drogy jsou všude kolem nás – Tabák – Alkohol – Rozpouštědla – Drogy a zákony – Zdraví pro všechny – Reklama – Rozhodnutí a volba – Zůstaň mimo nebezpečí – První pomoc.

2. oddíl – Pracovní dílny, obsahuje tyto části: Znalosti a postoje – Cíle a přístupy k drogovému vzdělávání –

Využití pracovních karet – Opatření, výskyt, politika – Mluvte s vašimi dětmi o drogách.

3. oddíl – Pomůcky, obsahuje následující metodické materiály, které se okopírují a používají při práci s dětmi: Co je droga – Výskyt drog ve škole a v okolí školy – Obsah drogového vzdělávání – Lidské a materiální zdroje podpory – Kvíz znalostí o drogách – Využití návštěv a externích lektorů – Fakta o drogách.

Státní zdravotní ústav vydal v roce 1996 překlad originálu „*A Matter of Ballance*“ nakladatelství CNS Publication, pod názvem „Rozhodni se...“ Publikace může sloužit učitelům, může být využita při školení peer aktivistů nebo pro vzdělávání lektorů. V neposlední řadě je určena samotným studentům, kterým má napomáhat při ujasňování postojů, ke zvýšení vědomostí i k praktickému řešení situací týkajících se drog.

Publikace je členěna do tří základních částí:

1. Dědičnost, prostředí, návykové látky

Obsahuje témata: osobní hodnoty a přístupy k užívání návykových látek, rizika z hlediska dědičnosti a prostředí, psychické a fyzické změny navozené psychoaktivními látkami. Dále se pracuje se zásadami, které pomáhají vytváření vlastních postojů a strategií.

2. Tlak prostředí vedoucí k užívání návykových látek

Zde se hovoří o tom, jak společnost uplatňuje své mocenské vlivy na využívání návykových látek. Důraz je kladen i na nácvik dovedností, jak zvládat vlivy prostředí.

3. Jak zastavit rozvoj problémů

V deseti kapitolách se probírá, jak rozpoznat problémy s návykovými látkami a jak tyto problémy zvládat. Každá kapitola je členěna do čtyř oddílů: 1) Informace – o faktech a stanoviskách, 2) Cvičení – podněcující popsaní různých pohledů na dané téma, 3) Skupinové cvičení – výměna a porovnání znalostí a postojů, 4) Osobní úkoly – výzva k vedení osobních zápisků a postřehů.

Další metodiky jsou uvedeny v seznamu literatury.

Efektivita tréninků pedagogů

Efektivitu školení a výcviků lze sledovat několika způsoby⁵. Jedním z nich je aplikace dotazníku před zahájením a po ukončení kursu. Hodnotíme nárůst znalostí a změny postojů k vybraným otázkám drogové problematiky.

⁴ Publikace jsou k dispozici v knihovně Informačního a dokumentačního střediska Institutu Filia.

⁵ Blíže o hodnocení efektivit viz Kalina, kapitola 7/8, Hodnocení služeb: posuzování kvality, účinnosti a nákladů.

Další možností je hodnocení úrovně kursu frekventy. Zde se většinou jedná o „známkování“ jednotlivých tematických okruhů z různých hledisek jako je např. odbornost lektora, srozumitelnost výkladu, využitelnost ve vlastní praxi apod. Může se známkovat i naplnění očekávání od kursu, organizační zajištění, nebo určovat nejlepší či nejhorší programové bloky. Důležitým bodem tohoto hodnocení je subjektivní odhad zlepšení vlastní schopnosti provádět prevenci. Např. účastník udá, že před absolvováním kursu „uměl“ prevenci na známku 4 a po jeho absolvování na známku 2.

Úspěšnost psychosociálního tréninku lze sledovat a předvedení řešení modelových situací. Tato řešení hodnotí jednak ostatní účastníci, ale i lektori podle připravené škály projevů předvádějícího. Využit lze i videozáznamu, který umožní pedagogovi korigovat své projevy.

Součástí závěrečného hodnocení bývá i sestavování vlastních preventivních programů pro lokální potřeby.

Pomocí hodnocení kursů a tréninků lze nalézat rezervy ve výuce, upravovat obsahovou náplň a v neposlední řadě lze hodnotit úspěšnost jednotlivých lektorů a podle ní je dále využívat.

Sledování efektivity je nutné provádět zvláště u nově vznikajících vzdělávacích programů. Ale i u osvědčených a zaběhnutých programů se doporučuje provádět alespoň hodnocení kursu účastníky.

Závěry

Základem vzdělávání pedagogů v oblasti drogových závislostí by mělo být vysokoškolské studium. Učitelé by měli být dostatečně seznámeni s problematikou v celé šíři – to znamená znát typy drog, jejich účinky a následky, mechanismus vzniku závislosti, ale i možnosti léčení a péče, platné zákony a širší společenské souvislosti. Měli by umět včas rozpoznat problémy žáků a vědět, jak se zachovat v problémových situacích. Tyto všeobecné znalosti by měl mít každý absolvent pedagogického směru studia. Na ně musí navazovat dovednosti v samotném provádění prevence, alespoň v souvislostech s předměty, které pedagog učí. Jako v každém oboru, je i v prevenci drogových závislostí nutné celoživotní další vzdělávání, protože se objevují nové poznatky a vznikají a budou vznikat další techniky, přístupy a postupy, které by si měli pedagogové osvojovat. Patrně ani v budoucnosti nezanikne

důležitost některých nestátních institucí, které se neustálým rozvojem preventivních technik zabývají a vedle tréninku pedagogů se podílejí i na přímé preventivní práci ve školách. I když je role pedagogů nesporná a nezastupitelná, nemohou být jedinými nositeli prevence. Primární prevence ve školách by měla být různorodá co se týče realizátorů – tím se zvyšuje šance, že se žáci setkají s někým, kdo je osloví a jemuž budou věřit.

Výcvik pedagogů – byť s ohledem na jeho specifika – chápeme zároveň jako vhodný model ilustrující širší problém výcviku intermediátorů předávajících preventivní poselství⁶. V odborné literatuře se můžeme setkat rovněž s pojmem „trénink trenérů“, což nemusí být ve všech případech přesné (ne vždy vycvičení intermediátoři sami působí jako lektori obdobného výcviku), vystihuje však jejich důležité postavení vzhledem ke konečné cílové skupině, jíž jsou děti a mládež. Intermediátoři mohou mít značně rozsáhlý akční rádius a vliv na řadu osob ve svém okolí: kvalitní výcvik intermediátorů může tudíž zajistit, aby se preventivní poselství dostalo k cílové populaci v širokém rozsahu a přitom vhodnou osobní formou, což je účinnější než např. masové působení.

⁶ Blíže o intermediátorech viz Bém a Kalina, kapitola 10/1, Úvod do primární prevence.

Summary Training of Teachers

The chapter presents an overview of various types of training of teachers in drug prevention based both on the national and international experience. The teachers should acquire not only knowledge but also specific skills for their prevention activities with pupils and students. Therefore, methods of psychosocial training should be applied. The author summarises the content of a standard curriculum of teacher training compared to two models from abroad. She pays attention also to the evaluation of the training. Models of training of teachers may be used as an illustration of training of inter-mediators in general and they can be modified for this purpose.

Key words: drug prevention – evaluation – inter-mediators – psycho-social training – training of teachers

- DDRSTP Compendium of Course Lectures. Council of Europe, Strasbourg 1996
- Dvořák D.: Metodika vzdělávacích programů prevence drogových závislostí a HIV/AIDS. Edice Filia, sv. 1. Nadace Filia, Praha, 1996
- Nešpor K., Csémy L., Pernicová H.: Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách. Sportpropag, Praha, 1996
- Nešpor K. a kol.: FIT IN 2001 PLUS. Příručka pro mladé spolupracovníky FIT 2001 – Klub pro třetí tisíciletí. Besip, Praha, 1994
- Nováková D.: Metodika protidrogové prevence pro pedagogy. Národní centrum podpory zdraví, Praha, 1994. Video tamtéž, 1995
- Nováková D.: Zdravý způsob života a prevence závislostí pro mateřské školy a první třídy základních škol. Edice Filia, sv. 3. Institut Filia, Praha, 1997
- Nováková D.: Panenka Jablenka a kluk Viktor. Institut Filia, 1999
- Nováková D.: Prevention of Drug Misuse for First Grade Primary School Pupils. In: Drugs: Education, Prevention and Policy, roč. 6, č. 3, 1999
- Nováková D.: Primární prevence drogových závislostí. In: Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha 2000
- Nováková D.: Metodika drogové prevence pro MŠ a 1. stupeň ZŠ. Edice Filia, sv. 6. Institut Filia, Praha, 2001
- „Rozhodni se...“ Státní zdravotní ústav, Praha, 1994
- Smith and Elders: A Framework for Behavior Change Interventions and Research. In: Drugs, Education, Prevention and Policy, Vol.3, No 1, 1996
- The World of Drugs. TACADE, Manchester, 1995

Klíčová slova: poradenství – škola – včasná intervence – učitel

Pedagog jako poradce?

Kdo by měl ve školském systému provádět prvotní intervenci a poradenství pro žáky, u nichž se vyskytnou problémy v souvislosti s užíváním drog? Učitelé, školní psychologové nebo externí poradenští pracovníci? Vydjeme-li z předpokladu, že by tuto činnost měl s ohledem na současnou situaci (ekonomické, personální, organizační podmínky) zajišťovat učitel, měli bychom vycházet ze současného postavení učitele v našem školském systému a v našem kulturním prostředí vůbec. Domníváme se, že v praxi nebývá toto postavení dostatečně specifikováno a na učitele pak jsou kladeny „přemrštěné“ nároky a očekávání. Pokusíme-li se shrnout celkové očekávání od učitelů, dospějeme k závěru, že by měli: zajistit vysokou úroveň znalostí a dovedností žáků, měly by přispívat k jejich výchově, měly by se podílet na sexuální výchově a výchově k partnerství, měli by se podílet na spolupráci s rodiči, měli by také působit v oblasti prevence sociálně patologických jevů, měli by zachycovat (někdy i diagnostikovat) počátky problémů, měli by být dětem na blízku s radou a pomocí, měli by být do jisté míry jejich „kamarádi“, měli by... V tomto výčtu bychom mohli dále pokračovat. Není těchto požadavků příliš mnoho? Můžeme všechno od učitelů očekávat? Aniž bychom se vůbec zabývali podmínkami k jejich práci, můžeme konstatovat, že na učitele jsou kladeny mnohem větší nároky a úkoly, než které mohou vykonávat. Veřejnost přesto paradoxně očekává mnohdy ještě více. Od učitelů je také očekávána poradenská role: „přece jsou s dětmi často a mají možnost kontaktu“. Jsou tato očekávání reálná?

S pomocí ukázky stále se opakujícího případu ze školního prostředí můžeme hledat odpovědi na výše položenou otázku. Děti se mohou na ty učitele, od nich očekávají důvěrné jednání, obracet třeba s požadavkem „*Paní učitelko, už přesně nevím jak dále, chci Vám něco říci, ale musíte mi slíbit, že to nikomu nepovíte. Víte, v poslední době, no jak jsme o tom mluvili v některém předmětu. No. Zkouším nějakou dobu, no již asi déle, a taky někdy heroin, a teď nevím. Ale hlavně to nesmíte říci našim ani nikomu ve škole.*“ (Oslovení „paní učitelko“ v tomto příspěvku uvádíme záměrně, muži jistě prominou, ale vycházíme z reálného stavu školství.) Toto sdělení i jeho závažnost může nabývat různé podoby, výsledek je však pro učitele podobný. Mnozí

z učitelů jsou díky své otevřenosti a schopnosti navazovat „přátelský“ kontakt s dětmi postaveni před závažné rozhodnutí:

- 1) Mohu si toto sdělení nechat pro sebe?
- 2) Mohou „zradit“ důvěru dítěte a obrátit se na vedení školy a rodiče?

Podobné situace se snažíme řešit s učiteli na seminářích. Návrhů a přístupů jak řešit situaci je více, ale jedinou jistotou je následně ujistění, že každá situace by se měla řešit s ohledem na kontext školních, rodinných a dalších vztahů. Může v této situaci učitel zklamat důvěru žáka – je první dospělý komu se žák svěřil? Na druhé straně, mohou si tuto informaci nechat učitelé pro sebe, když se jedná o nezletilé děti? V ČR je situace ještě komplikována „jasnými“ vyhláškami MŠMT a dalších institucí státní správy. Učitelé jsou v procesu výuky postaveni do role „školské hodnotící“ autority – ve středoevropském systému vzdělávání – jako by nad žáka, a jejich úkolem je naučit určité kvantum vědomostí a hlavně hodnotit. Toto je jejich hlavní pracovní náplň a jak vedení školy, tak rodiče očekávají, že předají dětem potřebné vědomosti. Jak je těžké a také ohrožující pro děti i učitele změnit způsob komunikace z úrovně „autorita – podřízený“ na přirozeně přátelskou komunikační úroveň bez hodnocení je samozřejmé. Toto je také jeden z důvodů, kdy se nám zdá přejímání některých modelů (např. holandský model), kde je žák partnerem učitele, neodpovídající současné sociálně–kulturní situaci v našem školství. Tyto modely odpovídají jiné společenské realitě. Můžeme se v těchto modelech inspirovat, snažit se aplikovat jednotlivé části, ale nelze je přejímat komplexně. (Podobně je v ČR často nekriticky přejímám model peer programů.)

Domníváme se, že učitelům je o jejich pozici a roli v intervenci a poradenství přístupno jen málo informací, nebo dokonce žádné. Tento poznatek byl v praxi potvrzen drtivou většinou učitelů, se kterými jsme se setkali v letech 1995 – 2000 na cca 250 seminářích. Svou pozici považují za velmi složitou, ani v rádech a předpisech nemohou najít jednoznačnou odpověď. Takové řády ani nelze vytvořit, pokud nechceme postupovat podle organizačně–technokratických modelů, které neposkytují dostatek prostoru pro individuální práci s je-

dinci. Na jedné straně je otevřený kontakt s dětmi pro učitele jistým způsobem ohrožující, na druhé straně se od nich očekává, že právě v oblasti intervence a poradenství mohou účinně působit.

Pozice učitele

Výše naznačený rámec nám ukazuje, že pozice učitele ve školní intervenci a poradenství je složitá a nejednoznačná. Zvláště pak v kontaktu s problematikou drog a dalších sociálně patologických jevů záleží více na osobnostních vlastnostech, zkušenostech a postavení konkrétního učitele ve škole daleko více, než na obecném vymezení jeho role a povinností ve škole. Tímto směrem by se mělo ubírat vzdělávání vybraných učitelů a souběžně vymezovat jejich roli.

Podle jednoduchého a jasně vymezeného procesního návodu ve školství by měl učitel po zjištění užívání nelegálních návykových látek žáka (v případě pití alkoholu je společnost velmi tolerantní a často si tyto otázky ani neklade) informovat vedení školy. Následně zavolat do školy rodiče, v určitých případech zavolat policii. Je otázkou, do jaké míry tento postup napomůže konkrétnímu žákovi. Na druhé straně, může si učitel dovolit nereagovat na tato zjištění? I zde by mělo záležet na závažnosti situace a schopnosti učitele zaujmout jednoznačný postoj. Dá se očekávat, že určitá část pracovníků ve školství a rodičů bude nespokojena s těmito obecnými závěry o nutnosti individuálního přístupu, který nelze vymezit jednoznačně. Jsme však přesvědčení, že pouze toto je cesta k citlivému a produktivnímu řešení problémů.

Postavení a role učitele, její „složitost“, by tak měla být východiskem pro vymezení jejich práce v oblasti intervence a poradenství. Z tohoto pohledu by se měla činnost učitelů soustředit na možné zachycování dětí u nichž se vyskytnou problémy, identifikaci intenzity problému a následná doporučení k řešení situace buď samotným dětem nebo rodičům. Učitel by se sám neměl pouštět do poradenské práce s dítětem na řešení problému, pokud k tomu nemá jasně vymezené podmínky a pravomoci ve škole a specifické vzdělání. Toto tvrzení se může zdát jistým způsobem omezující, ale naše zkušenost s prací s učiteli spíše napovídá o opaku. Takto vymezený rámec jim právě naopak umožňuje pracovat v jasně vymezeném prostoru od identifikace problému nejdále po prvotní krizovou intervenci. Je nutné si uvědomit, že právě v této první fázi se často rozhoduje o následném způsobu řešení. Pokud dokáže učitel motivovat žáka (rodiče) k řešení problému, na-

směřovat je na speciální poradenská pracoviště, udělá nejdůležitější krok k řešení problému. Dále bude odpovědnost na samotných rodičích a domníváme se, že je nutné rodiče vést právě k tomuto přístupu. Otázka jistého přesouvání odpovědnosti za chování dětí na školu (stát) je také jedním z faktorů, proč mnoho rodičů není schopno efektivně spolupracovat na řešení problémů „vždyť jsou od toho učitelé, aby je to naučili, a stát tomu musí zabránit“. Nezáměr rodičů o spolupráci se školou je jedním z nejhlavnějších limitujících faktorů v prosazování intervence a poradenství na školách.

Identifikace problému a možnosti intervence

V této kapitole se nebudeme zabývat detailním výčtem jednotlivých známek výskytu problému užívání drog, ani popisem možné poradenské a terapeutické práce s jednotlivci. Všechny tyto informace lze nalézt jiných kapitolách této publikace¹. Zde uvedeme nejzávažnější známky užívání drog, jak je popisují Nešpor a Czemy (1996):

- Žák nebo student sám přizná užívání drog.
- Toxikologický nález drogy v moči.
- Pro užívání drog svědčí údaje z okolí.
- Nález drog nebo pomůcek k jejich zneužívání.
- Jizvy po vpiších v průběhu povrchových žil, např. v loketní jamce.
- Známky intoxikace.
- Ztotožňování se s drogovou kulturou.
- Krádeže ve třídě nebo v domácnosti.
- Zhoršená koordinace pohybů – třes – pocity pronásledování.
- Útěky z domova.

Další známky:

- Změna či ztráta přátel a kamarádů, náhlé vzdalování se normálním vrstevníkům.
- Působí dojmem nezdravosti a nezuživosti.
- Zvýšená potřeba peněz – zároveň zanedbávání péče o zevnějšek.
- Náhlé zhoršení prospěchu a chování – neomluvené hodiny.
- Nespolehlivost – větší náladovost, podrážděnost, úzkostné stavy, deprese.
- Uzavírání se, tajnůstkářství, tajemné telefonáty, lhaní, odmítání kontroly.
- Nepřiměřené zvýšení aktivity či nápadná netečnost, případně střídání těchto stavů.
- Poruchy spánku nebo naopak nadměrná spavost.
- Náhlé zhoršení chování, konfliktnost, agresivita.
- Horší soustředění a paměť – únava a spavost při vyučovacích hodinách.

¹ Viz např. Broža, kapitola 5/2, Poradenství; kapitola 9/1, Děti a mladiství.

- Zvýšená podrážděnost, nervozita – ztráta motivace, nezáměr.
- Ztráta chuti k jídlu, přejídání se, jinak nevysvětlitelný váhový úbytek.
- Nezvykle nadměrná aktivita a hovornost.
- Nevolnosti, zvracení.
- Ztráta zájmu o rodinu a o aktivity, které dítě doma dříve zajímaly.
- Opakovaně zarudlé oční spojivky. Duchem nepřítomný pohled, a naopak zúžené zornice.

Tento podrobný výčet se týká návykových látek obecně, mohli bychom jej dále specifikovat podle jednotlivých návykových látek, ale to není záměrem této kapitoly. Chceme zde poukázat na možnosti identifikace problému. Kdo má (měl by) větší možnost rozeznat projevy výše uvedených znaků, rodiče, učitelé nebo někdo další? Odpověď se zdá jistě jednoznačná, přičemž v praxi se velmi často setkáváme s názory rodičů o opaku: jak to že škola nic neudělá, že nic neví, že nezasáhne proti dealerům atd. Prostřednictvím tohoto příkladu se opět dostáváme k jedné z nejdůležitějších součástí v procesu intervence a poradenství na školách: spolupráci s rodiči.

Může učitel kontaktovat poradenské zařízení v případě, že identifikoval problém s užíváním drog, žák souhlasí s návštěvou poradenského zařízení, ale absolutně odmítá možnost informovat rodiče? Je pro učitele možné spolupracovat s poradnou bez vědomí rodičů?

Americké předpisy nedovolují škole poslat dítě bez předběžného souhlasu rodičů ani jen k ambulantní léčbě. To u nás neplatí, ale podle dotazníkového šetření, které jsme provedli, mají také naši pedagogové tendenci spíše kontaktovat rodiče než přímo spolupracovat s mimoškolními zdravotnickými a dalšími službami. Svým způsobem je to pochopitelné a většinou i správné. Rodiče mohou totiž dítě ovlivnit daleko podstatněji a také za dítě právně odpovídají. V odborné literatuře lze nalézt doklady o užitečnosti práce s celou rodinou. Právě spolupráce s rodinou může také často předejít předčasnému ukončení léčby. Rodina ovšem může na dítě působit jak pozitivně, tak negativně.

Opět si zde dovolíme odpovědět jednoznačně nejednoznačně: záleží na situaci a kontextu. V případě, kdy rodiče dlouhodobě spolupracují se školou a jsou dobře informováni, vědí o realizaci preventivních programů na škole, vědí o nabídce a způsobu práce poraden, se kterými škola spolupracuje, je pro učitele jednodušší (a bezpečnější) pustit se ve specifických případech do

spolupráce s poradnou bez vědomí rodičů. Navíc když jsou učitelé ujištěni, že prioritou práce poradny je připravit dítě na otevření problému doma a následně se pokusit pracovat s celou rodinou. Samozřejmě, že by mělo být hlavním cílem školy spolupracovat s rodiči v průběhu celého období řešení problému. Variantní možnosti řešení podobných případů by měly být znány předem (*což není v mnoha školách dodnes naplněno a často jsou řešení v zajetí poplachových reakcí*). Mezi jiný typ případů patří rodiny, kdy není často splňována ani základní povinná péče o děti, kde jsou děti týrány, zneužívány – zde by měly nastoupit mechanismy směřující k ochraně dítěte.

Faktory a aktéři účinného řešení

Uvedené příklady pro nás mohou být vodítkem pro vymezení možností a zároveň omezení práce učitelů při intervenci a poradenství v podmínkách školy. Závěrem se pokusíme shrnout některé nejdůležitější faktory práce učitelů v této oblasti.

Škola

Škola by se měla pokoušet vytvořit důvěrné a zároveň bezpečné prostředí pro práci učitelů. V případech, kdy aktuálně pracují na pomoci žákům, netlačit je k okamžitému oznámení a vyřešení problému, na druhé straně je v případě tlaku ze strany rodičů podpořit. Umožnit učitelům dostatečný prostor pro práci a průběžné vzdělávání. Uvědomovat si omezené možnosti učitelů, vnímat tuto činnost spíše jako něco navíc, než jako naplňování směrnic. Škola by měla mít zmapovány kontakty na specifická poradenská zařízení a úzce s nimi spolupracovat. O všech těchto možnostech informovat učitele, rodiče i žáky.

Spolupráce s rodiči

Ve školách, kde je spolupráce s rodiči minimální, jsou možnosti intervence a poradenské možnosti omezeny. Zvláště efektivita těchto intervencí je nízká, sledujeme-li kvalitativní ukazatele úspěšnosti poradenské péče. Škola je tak často spíše nucena využívat oznamovacích a represivních strategií řešení problémů. *Na základě našich zkušeností se však domníváme, že při zjištění užívání drog by do školy neměla být zvána policie. Zvláště na ZŠ se tak „postížení“ žáci dostávají ještě více do role negativních hrdinů „a už je vlastně nic nemůže rozházet“. I v případech, kdy se jedná o prokazatelně kriminální chování, jako je prodej drog, měla by být informována policie s vědomím rodičů a „případ“ přesunout k řešení hlavně do rodinného prostředí. Dealerství na půdě škol je však spíše „strašákem“ rodičů, kteří hledají viníky vně, než reálným stavem. Podobně jako lákání dětí na bonbóny s drogami jde o konstrukt*

nás dospělých, abychom identifikovali nějakého viníka a nepřipouštěli si reálný stav.

Učitel

Pozice učitele v poradenství a intervenci je s ohledem na jeho roli ve školském systému velmi složitá. V situacích, kde je možno navázat spolupráci se speciálními poradenskými pracovišti je vhodné těchto služeb využívat a pokusit se zajistit spolupráci s těmito pracovišti. Při výskytu znatelných projevů problému ve škole by měl být učitel schopen identifikace a hrubé diagnostiky. Někteří učitelé se speciálním vzděláním a výcvikem by mohli pokrýt i prvotní krizovou intervenci. Následná poradenská péče, by měla probíhat ve specializovaných zařízeních. Tuto úlohu plní na některých školách školní psycholog. Jeho poradenská péče je však také v souvislosti se začleněním do systému školy do jisté míry omezena. V případech, kdy škola nemá možnost zajistit poradenské služby externími pracovišti a vyžaduje plnění těchto činností po učiteli, měla by vytvořit specifické podmínky pro takovou práci (s ohledem na výše uvedená omezení však nepovažujeme tento model za produktivní). Uvědomujeme si, že tento pohled může být do jisté míry odlišný od přístupu prezentovaného u nás, kdy je aktivní úloha učitele v oblasti intervence a poradenství na školách prosazována (Čáp, 1987).

Poradenští pracovníci

Jako vhodnou doplňkovou formu komplexních preventivních programů škol považujeme kontakt poradců (psychologové, sociální pracovníci, aj.) s dětmi a rodiči na základních a středních školách. Šířit tak informovanost o možnostech pomoci specializovaných pracovišť ve složitých životních situacích, jako jednu z možných cest pomoci. Tuto formu prezentací a kontaktu poradenských pracovišť považujeme za velmi důležitou. Speciální poradenská pracoviště by měla být aktivní a snažit se aktivně oslovovat žáky. Velmi výrazně to může následně ovlivnit jejich rozhodování v případech, kdy se nacházejí v problémové situaci.

Děti a mládež se zvýšeným rizikem

Hranice mezi „bezproblémovými“ žáky a těmi, kdo jsou vystaveni zvýšenému riziku, není zdaleka tak ostrá, jak by se mohlo zdát². Praktické zkušenosti nám ukazují, že u žádného jedince nelze na 100 % vyloučit výskyt problémů. Je však možné díky co nejširší paletě protektivních faktorů a schopnosti číst prvotní příznaky rizikového chování u dětí a mládeže minimalizovat vý-

skyt těchto problémů, nebo se snažit zmírňovat jejich projevy. Nejdůležitějším faktorem „ochrany“ a zároveň „osvobozující a tvůrčí volnosti“ dětí je *rodina* a její fungování. Škola nemá možnosti ovlivňovat situaci v rodině a také to není očekáváno. Dlouholeté zkušenosti mnoha poradenských pracovníků považují právě děti vyrůstající v „problémovém“ prostředí za velmi ohroženou skupinu. V žádném případě se zde nejedná jen o sociálně patologické rodinné systémy, ale také o fungující rodiny, kde došlo vlivem různých vnějších i vnitřních faktorů k narušení soužití a komunikace (Matoušek, 1997). Při výskytu problémového užívání návykových látek u dětí a mládeže je v naprosté většině případů původním zdrojem problémů situace v rodině, droga je často symptomem, na jehož odstraňování se pak zaměřuje celý systém poradenské a terapeutické péče³. Toto tvrzení nemá v žádném případě za cíl označovat a hodnotit původce problémů, daleko důležitější je zdůrazňovat možnosti poradenské práce s celým rodinným systémem.

V odborné literatuře jsou uváděny některé faktory zvyšující riziko zneužívání návykových látek: poruchy chování, úzkostná porucha, bipolární afektivní porucha, poruchy pozornosti s hyperaktivitou, deprese současně s jinou duševní poruchou, problémy s alkoholem nebo s drogami u rodičů, duševní nemoc u rodičů, fyzické nebo sexuální zneužívání v dětství, vliv vrstevníků, kteří berou drogy v okolí a další. I v těchto případech však velmi záleží na okolním prostředí a schopnosti vytvářet odpovídající kompenzace těchto rizikových faktorů. Podrobný výčet rizikových faktorů můžeme najít v každé kvalitní monografii psychologie osobnosti (Drapela, 1997).

² O skupinách se zvýšeným rizikem viz Kalina, kapitola 1/1, Úvod do drogové politiky; Bém a Kalina, kapitola 10/1, Primární prevence – základní pojmy a principy.

³ Viz Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství.

Summary

Early Intervention in Schools and Elementary

Counselling

The chapter concerns the definition of early intervention and elementary counselling in schools. A question is asked – who and under what conditions should provide this activity? For a teacher, this work in the Czech school system is difficult and ambiguous. The teacher's role is important in problem identification and motivation for further help, but the teacher cannot do without co-operation between the school and the parents. Counselling and solving the identified problems belong to the specialised counselling services.

Key words: counselling – early intervention – school – teacher

Literatura

- Cleese J., Skinner R.: Rodina a jak v ní zůstat naživu. Zábavné lekce z psychoterapie. Portál, Praha, 2000
- Čáp J.: Psychologie pro učitele. SPN, Praha, 1987
- Drapela V. J.: Přehled teorií osobnosti. Portál, Praha, 1997
- Langmeier J., Balcar K., Špitz J.: Dětská psychoterapie. Portál, Praha, 2000
- Matoušek O.: Rodina jako instituce a vztahová síť. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1997
- Nešpor K., Czémy L.: Alkohol, drogy a vaše děti – jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznávat a jak je zvládat. 3. vydání. Sportpropag, Praha, 1997
- Peseschkian N.: Partnerské vztahy. Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1995
- Yalom I.: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Vydavatelství Konfrontace, Hradec Králové, 1999

Klíčová slova: komunita – komunitní přístup – místní zapojení – prevence v komunitě

1. Úvod

Idea primární prevence v komunitě vychází z principů občanské společnosti „posilování schopnosti občanů komunity brát za sebe zodpovědnost, zodpovědnost za svůj osud, zdraví i schopnost komunity postarat se o své slabší rizikové spoluobčany, respektive pomoci jim k jejich maximální schopnosti samostatného života“ (WHO, 1991).

Vymezení pojmů

Komunita je souhrn lidí obývajících určitý prostor, kde vykonávají činnosti, a tvořících zpravidla samosprávnou jednotku (Akademický slovník cizích slov. Academia, Praha 1998). Pojem komunita pochází z latinského slova „*communitas*“. Znamená sociální útvar, jehož příslušníci jsou spojeni určitou spřízněností a je používán v mnoha významech (Jandourek, 2001).

Materiál vydaný v rámci programu Community Partnership Support Initiative (2001, 2001a) nabízí následující definici: „Každá komunita je charakteristická svými hranicemi (geografické, politické, ekonomické, sociální), je postavena na pilířích (sdílené hodnoty, společné zájmy, problémy) a má svou strukturu (formální, neformální organizace, spolky skrze něž občané vykonávají určité funkce).“

Dle Gardnera (1999) existuje deset znaků charakteristických pro vyváženou komunitu:

1. Různorodá jednotka
2. Společný základ sdílených hodnot
3. Vzájemná péče, důvěra, týmová práce
4. Rozvinutá efektivní vnitřní komunikace
5. Usnadněná účast na veřejných věcech
6. Potvrzení vlastní identity
7. Existence vnějších i vnitřních vazeb
8. Schopnost předávat hodnoty další generaci
9. Otevřenost do budoucnosti – otevřená změnám, vlivům
10. Vyvážené institucionální uspořádání ve prospěch komunity

Existuje celá škála definic a pohledů na komunitu. Pro některé definice je zásadní význam geografický, pro jiné organizační. Jsou definice, zdůrazňující tvárnost komunity, jiné vidí význam ve vzniku a uchování hodnotových a etických principů. Z toho vyplývá, že

komunitu nelze vnímat jako jev statický, ale jako fenomén, který se mění výsledkem zkušeností nebo díky cílenému úsilí občanů – členů komunity.

Komunitní přístup přináší jednoduché a srozumitelné myšlenky a ukazuje, jak je lze uplatnit v realitě s ohledem na podmínky v dané komunitě. Spoluvytváří participativní demokracii na té nejkonkrétnější lokální úrovni. *Podstata komunitního přístupu* tkví ve vytváření příležitosti k diskusi a spolupráci při řešení problémů a rozvoji komunity mezi představiteli institucí, organizací, spolků, podnikatelského sektoru, občany atd. Jeho *smyslem* je podporovat člena komunity v tom, aby se také on angažoval v předcházení a při řešení společných problémů, které se ho týkají (CPSI, Typologie komunitních projektů, s. 4).

Komunitní práce využívá lidské i jiné zdroje v komunitě (ve smyslu občanském) k podpoře jednotlivců i místních skupin tak, aby sami rozšířili své dovednosti i možnosti a mohli řešit své problémy vlastními silami či se spolupodílet při řešení problémů v komunitě.

Komunitní péče je uspořádání služeb pro občany, které umožňují život ohroženým jednotlivcům či skupinám v dané komunitě (lidem se zdravotním, sociálním či jiným handicapem).

Prevence v komunitě znamená účast (aktivní, pasivní) členů komunity v rámci prevence drogových závislostí, tzn. při předcházení problémům s návykovými látkami všemi prostředky, které daná komunita může využít.

2. Historie

Komunitní projekty vzešly z období industrializace a urbanismu, kdy došlo k rozpadu tradičních komunit. To vedlo k vzrůstu nových sociálních problémů, na základě kterých postupně vznikaly nové projekty na záchranu komunit. Jedny z prvních organizací byly New York Association for Improving the Condition of the Poor (USA 1843) nebo The Charity Organization Societies (Anglie 1877). Tyto organizace zapojovaly dobrovolníky, kteří pracovali s postiženými (nezaměstnaní, sociálně slabí) ve slamech a v ghettech. Tyto projekty přinesly novou ideu práce dobrovolníků mimo státní a obecní instituce financovanou z vlastních zdrojů. Další prudký rozvoj zaznamenaly komunitní

projekty v 60. letech 20. století v reakci na celkové změny ve společnosti s důrazem na duševní zdraví celé komunity (už ne nemoc či jen sociální handicap jedinců či určité skupiny), preventivní práci a využívání zdrojů komunity. Tento trend je základem komunitních projektů do současnosti s tím, že komunitní projekty reagovaly a reagují na změny ve společnosti.

Komunitní projekty v obcích a městech ČR se vyvíjely podle situace ve světě s ohledem na vlastní potřeby a specifika. Hlavní komunitní činnost spočívala v působení spolků, které podporovala každá obec. Existovalo zde např. domovské právo, které ukládalo za povinnost obci postarat se o každého svého občana. Tento vývoj byl přerušen ve 40. letech. V 90. letech se některé organizace znovu obnovily nebo nově vznikly. V letech 1995 – 1996 vznikaly organizace, které se začaly starat o rozvoj komunit a byly podporovány zeměmi EU či USA. Vznikl tak nový způsob péče o duševní zdraví.

V projektech prevence drogových závislostí v komunitě jsou spojeny informace a poznatky z oblastí drogových závislostí a zároveň zkušenosti z práce v komunitě.

3. Popis – metody, intervence, teorie

Teoretická východiska prevence v komunitě

1) Každá komunita má svá specifika (historie, lokalita, složení obyvatel, sociální a zdravotní síť služeb, komunitní vědomí...).

2) Drogový problém v dané komunitě nelze vyřešit, ale jen dlouhodobě zlepšovat stav. Jedná se o neustálý proces, během kterého se vyvíjejí i lidé a jejich postoje k drogové problematice.

3) Efektivita prevence v komunitě závisí na míře využití potencialů místních obyvatel a jejich aktivním zapojení při řešení.

4) Instituce (státní, místní samospráva, odborné instituce, neziskové a ziskové organizace) jsou jedním z článků v komunitním přístupu, mohou předkládat návrhy na změny a řešení.

Cíle prevence v komunitě

1) aktivizovat potencialy a schopnosti komunity ve směru zodpovědnosti za svůj osud, zdraví a schopnost aktivně se zapojit do primární prevence v dané lokalitě,

2) vytvářet specifické programy pro osoby v rizikových situacích, respektive ohrožené drogovou závislostí,

3) podporovat zdravý životní styl komunity a vytvářet pro to vhodné podmínky,

4) poskytovat objektivní informace o drogové problematice s ohledem na aktuální situaci v komunitě a průběžně informovat o aktivitách zaměřených na prevenci v dané lokalitě,

5) podporovat a budovat kvalitní spolupráci různých institucí, ale i jednotlivců, v komunitě s důrazem na vytváření vhodných podmínek k řešení drogové problematiky,

6) vytvořit funkční systém umožňující co nejnadhlednější komunikaci a spolupráci institucí a organizací na různé úrovni – zdravotnická zařízení, školy, občanská sdružení, nadace, místní úřady, ministerstva, zájmové spolky, atd.

Specifická a nespecifická primární prevence v komunitě

Specifická primární prevence v komunitě je zaměřena na jednotlivé skupiny dle věku, sociálního statutu, míře ohroženosti, společenského postavení v dané komunitě. Jedná se například o programy primární prevence v MŠ, ZŠ, SŠ, vzdělávání odborné i laické veřejnosti v drogové problematice (rodiče, pedagogové, sociální kurátoři, místní politici, policie).

Nespecifická primární prevence v komunitě zahrnuje veškeré aktivity podporující zdravý způsob života. Například aktivní trávení volného času, komunitní rituály, tj. aktivity vycházející z potřeb občanů dané komunity.

4. Realizace prevence v komunitě

V čele projektu prevence stojí klíčová osoba, která má zájem na řešení drogového problému a koordinuje preventivní aktivity na území komunity (dále koordinátor). Může být zaměstnancem místní správy nebo neziskové organizace. Koordinátor iniciuje vytvoření multidisciplinárního realizačního týmu (odborníci z různých oblastí, zástupci veřejnosti, místní správy apod). Spolu s realizačním týmem koordinuje veškeré aktivity v rámci primární prevence drogových závislostí a spolupracuje s dalšími institucemi a organizacemi působícími na území komunity (místní úřady, zdravotnická a sociální zařízení, školy, nestátní neziskové organizace, sportovní kluby, zájmové organizace, rodičovské iniciativy, policie, atd.). Dalším úkolem koordinátora a jeho realizačního týmu je vyhledávání lidských, materiálních a finančních zdrojů v dané komunitě.

Základní postup při realizaci prevence v komunitě:

a) Mapování potřeb komunity

Za účelem získání informací o aktuální situaci v komunitě je nutné oslovit zástupce jednotlivých institucí, osobnosti veřejného života, veřejnost s cílem získat následující informace:

– o stávajících aktivitách specifické i nespecifické primární prevence (tj. o zdrojích v komunitě týkajících se přímo prevence),

- o míře informovanosti o drogové problematice,
- o míře uvědomění závažnosti a rozšíření drogového problému v komunitě,
- o potřebě tento problém řešit v rámci primární prevence.

(Konkrétně např.: Jaká je role školy v primární prevenci?, Jak dostupné jsou volnočasové aktivity?, Jaká je sociální demografie v dané komunitě?, Jak dostupné jsou intervenční programy pro rizikovou mládež?, Jakou roli hrají formální i neformální aktivity?, Kolik finančních prostředků je k dispozici?.)

Mapování je podstatné a nezbytné, i když čas a zdroje jsou velmi limitované. Bez takového mapování a kvalitních informací může být obtížné přesvědčit jak klíčové osoby (např. zástupce místní samosprávy), tak občany komunity k realizování programu a značné úsilí tak může být směřováno k špatným cílům (Grant a Hodgson, 1991).

b) Vytváření sítě (networking)

Na základě mapování nebo v jeho průběhu probíhá síťování. Jedná se o vytváření sítě s cílem zapojit do projektu, a získat tak podporu, co nejvíce složek (osobností, institucí, organizací) v dané komunitě, a to především:

- organizace, které se přímo zabývají programy primární prevence a realizují je na vybraných místech v komunitě,
- občanská sdružení, organizace a iniciativy různého typu, i když jejich program se problematiky přímo netýká (sportovní kluby, sdružení nájemníků, ekologické iniciativy, rodičovské iniciativy, zájmová sdružení atd.),
- místní politiky (členové zastupitelstva) a politické formace, které zastupují,
- důležité osobnosti (lékaři, spisovatelé, duchovní, podnikatelé, sportovci, hudebníci),
- důležité instituce a organizace na daném území (úřady, velké podniky, školy, university, nemocnice, galerie, divadla).

Cílem síťování je získání či vytvoření široké občanské platformy pro podporu prevence na daném území. Princip vytváření sítě stojí zejména na důvěře v obrovský potenciál, který všechny složky otevřené společnosti obsahují a který je třeba objevovat a rozvíjet (Kalina, 2000).

c) Plánování

Na základě získaných informací je sestavena strategie primární prevence v komunitě a stanoveny základní fáze realizace projektu:

- 1) shromáždění informací, vytvoření databáze,
- 2) zformulování problému a cíle, možnosti řešení a zdroje,
- 3) seznámení jak zástupců místní správy, tak obyvatelů komunity s výsledky mapování a s projektem,
- 4) realizace projektu ve vybraných cílových skupinách,
- 5) průběžné vyhodnocení projektu,
- 6) na základě výstupů průběžného vyhodnocení rozšíření projektu do celé komunity, a potřeby v komunitě,
- 7) průběžné sledování efektivity a naplňování cílů projektu.

d) Vlastní realizace

Během realizace projektu je kladen důraz na koordinaci jednotlivých aktivit, průhlednost financování, cílenost jednotlivých programů a také na mediální prezentaci.

Důležitá je také měřitelnost efektivity jednotlivých aktivit. Projekt nejenže vytváří podmínky pro nové aktivity a programy, které v komunitě schází, ale také podporuje ty programy, které již v komunitě probíhají. Dále je nutné respektovat povahu programu, tj. zda patří do oblasti specifické nebo nespecifické prevence.

Nezbytností je průběžné vyhodnocování projektu, sledování efektivity a naplňování cílů projektu. Na základě výstupů průběžného vyhodnocení totiž probíhá postupné rozšíření projektu do celé komunity.

e) Vyhodnocení

Vyhodnocování projektu probíhá prostřednictvím realizačního týmu a zároveň všech zúčastněných či cílových skupin. V konečném výsledku se hodnotí přínos projektu pro celou komunitu. Proto je důležité, jak probíhala mediální prezentace celého projektu veřejnosti a zda byly cíle projektu dostatečně definované a srozumitelné již na začátku tak, aby byly výsledky dobře měřitelné a doložitelné.

Vyhodnocení projektu shrnuje hodnocení různých zainteresovaných skupin. Je proto nezbytné a užitečné, aby v rámci projektu působil evaluátor zvenčí (mimo komunitu).

V případě programů v rámci specifické prevence jsou základní kritéria při jejich vyhodnocování (Nešpor, Csémy a Sovinová, 1998) tato:

- program zahrnuje minoritní skupiny zastoupené v místní komunitě,
- cena programu je v souladu s dostupnými prostředky,
- program počítá s každoročním přehodnocením projektu (dle místních potřeb),

- dostupnost technické a teoretické pomoci při realizaci a aktualizaci programu,
- program odpovídá nejčastěji se vyskytujícím sociálně patologickým jevům,
- program je srozumitelný a odpovídá cílové skupině, pro kterou je realizován,
- program zahrnuje i účast rodičů a dalších důležitých sekundárních cílových skupin,
- program počítá s identifikací a využíváním zdrojů a možností na místní úrovni,
- program počítá s možností aktivní účasti cílové skupiny a také komunity.

5. Ukazatele efektivního projektu

Vyhodnocování projektu se řídí dle ukazatelů efektivního komunitního projektu:

- 1) Projekt obsahuje myšlenku šíření hodnot otevřené společnosti.
- 2) Projekt podporuje morální hodnoty (odpovědnost za vlastní život, odvaha čelit problémům, spoluzodpovědnost za kvalitu života v rodině i v komunitě)
- 3) Idea projektu se neustále rozvíjí a nevychází pouze z uzavřené skupiny osob.
- 4) Projekt rozvíjí zaujetí a zájem lidí.
- 5) Projekt propojuje různé skupiny lidí, dává příležitost lidem zúčastnit se (např. minoritní skupiny, generace).
- 6) Myšlení lidí se v projektu vzájemně ovlivňuje, kultivuje, pomáhá překonávat černobílé vidění problému.

7) Projekt posiluje a pomáhá uvést věci do pohybu.

8) Projekt odkrývá a využívá existující potenciál komunity, pomáhá formulovat priority zájmu komunity, není izolovaný, jednotlivé kroky projektu mají širší návaznosti.

9) Projekt je dobře prezentován a připraven (má jasný realizační plán včetně zdrojů financování).

10) Projekt vychází ze znalosti místních poměrů.

6. Závěr

Myšlenka prevence realizované v komunitě ukazuje, že pokud má být prevence drogových závislostí efektivní a smysluplná, neobejde se bez účasti veřejnosti na lokální úrovni. V České republice je hlavní překážkou naplnění cílů komunitní prevence nedostatek komunitního vědomí a zkušeností ze strany nestátních a státních organizací, místní a také státní správy, které v ní mají nezastupitelnou roli. Tento aspekt však přesahuje rámec problematiky drogových závislostí. Při realizaci prevence v komunitě je možné se inspirovat modely primární prevence fungující v zahraničí, ale nelze je přejímat bez ohledu na naše podmínky i zkušenosti. Otázkou je, jakou roli v realizaci komunitní prevence může mít odborník v problematice drogových závislostí. Je nutné přestat přemýšlet v úzkém rámci problematiky drogových závislostí, ale tuto problematiku vnímat v souvislosti s lidmi a místem, kde žijeme či pracujeme.

Summary

Prevention in the Community

The idea of primary prevention (PP) in the community based on civic society principles. The chapter presents the elementary goals and principles of application of the community approach to primary prevention of drug misuse. In more detail, the implementation of a community prevention project is described with regard to the CR situation. It is possible to learn from the models of primary prevention developed abroad but they cannot be transferred without considering our conditions and experience. There is also a lack of literature in the Czech language, particularly on topics connecting the community work and drug prevention.

Key words: community – community approach – local involvement – prevention in the community

The authors emphasise the community approach and put the problems of drug prevention into this context. It is proven that efficient and meaningful drug prevention cannot neglect the local community involvement. In the CR, the low community awareness is a main obstacle to fulfilling the goals of community prevention. This aspect, however, extends beyond the area of the drug-related problems. It seems to be necessary to overcome the thinking in a narrow framework of drug addictions and to understand the drug-related problems as linked to the locality where people are living.

Literatura

- Community Partnership Support Initiative (CPSI): Typologie komunitních projektů. OSF, Praha 2001
- Community Partnership Support Initiative (CPSI): Vstupní texty k třídním seminářům. OSF, Praha 2001 (a)
- Evaluating Drug Prevention in the European Union. EMCDDA, Lisbon/Luxembourg, 1998
- Gardner J. W.: Budování komunity. Nadace VIA, Praha, 1999
- Grant M., Hodgson R.: Responding to drug and alcohol problems in the community. WHO, Geneva, 1991
- Hartl P.: Komunita občanská a komunita terapeutická. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1997
- Jandourek, J.: Sociologický slovník. Portál, Praha, 2001
- Kalina K.: Drogy a prevence v komunitě: Výběr z dokumentů Londýnského fóra drogové politiky, Drogového fóra místních samospráv a Iniciativy místních preventivních týmů, Velká Británie. FILIA, Praha, 1994
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha 2000
- Kolektiv autorů: Obce, města, regiony a sociální služby. Socioklub, Praha, 1997
- Nešpor K., Csémy L., Sovinová H.: Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení. Státní zdravotní ústav, Praha, 1998
- Research, Action and the Community: Experience in the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems. OSAP, USA 1989
- Responding to drug and alcohol problems in the community. WHO, Geneva, 1991
- Turning Awareness Into Action: What Your Community Can Do About Drug Use In America. OSAP, USA, 1991

Mgr. Petr Flaks

Vzdělání: Filosofická fakulta UK v Praze, obor sociální práce. Dlouhodobý sebezkušenostní výcvik ve skupinové psychoterapii SUR. Zaměstnání: v letech 1990 až 1996 Středisko pro mládež Klíčův, Praha, odd. preventivně-výchovné, v roce 1996 K-centrum Praha – SANANIM, v letech 1996 až 1999 Denní stacionář SANANIM, od roku 1999 dosud Centrum poradenství pro

mládež a rodiny – Prev-Centrum jako vedoucí programu a poradce. Od roku 2000 je předsedou správní rady o.s. Prev-Centrum.

Kontakt: o. s. Prev-Centrum, Meziškolská 1120/2, 169 00 Praha 6.

E-mail: poradna@prevcentrum.cz

Internet: <http://www.prevcentrum.cz>

Mgr. Barbora Trapková

Vzdělání: Pedagogická fakulta UK – oborové studium speciální pedagogiky, od ledna 2001 dynamicky a hlubinně orientovaný výcvik v komunitně-skupinové psychoterapii, model SUR, VIAP. Zaměstnání: od roku 1999 o. s. Prev-Centrum. Předsedkyně Sekce primární prevence A.N.O., členka pracovní skupiny Phare-

Twinning project „Drug policy“ (Component 3 – Primary Prevention)

Kontakt: o. s. Prev-Centrum, Meziškolská 1120/2, 169 00 Praha 6.

E-mail: office@prevcentrum.cz

Internet: <http://www.prevcentrum.cz>

PŘÍLOHA 1 / PREVENTIVNÍ POSELSTVÍ – „KOMUNITNÍ BALÍČEK“

Přístup ke spojování problematiky legálních a nelegálních drog v komunitní prevenci je daleko méně jednoznačný než ve školách. Efektivní komunitní prevence musí zvýšeně reflektovat:

1) *charakter cílové populace* – v různých komunitách může mít různé socioekonomické a kulturní charakteristiky, základní rozdíl oproti školám je ale ten, že v cílové populaci u komunitní prevence jsou zastoupeny jak primární (konečné), tak sekundární (zprostředkující) cílové skupiny

2) *rozdílnou sociální akceptaci různých návykových látek* – snaha zvýšit drogové vědomí vzhledem k nelegálním drogám v kouřící a pijící společnosti „školním balíčkem“ zahrnující alkohol a tabák nemusí být pro komunitu přitažlivá a může narazit na odpor, protože se dotýká sociálně přijímaných, byť rizikových nebo škodlivých návyků

3) *skutečné problémy dané komunity* – místním problémem může být někde například otevřená drogová scéna s prodejem tvrdých drog a doprovodnou kriminalitou, jinde třeba nedostatek místních příležitostí a možností k hodnotnému trávení volného času, což vede mladé lidi k vyseďávání v hospodách a k výjezdům do drogově rizikového prostředí

4) *nutnou jednoduchost a srozumitelnost obsahu* – vysvětlování různých vazeb a souvislostí, byť odborně podložené, nemusí komunitu zaujmout a stimulovat ke změně názorů, postojů a chování (uvedené zjednodušení se jako ještě důraznější požadavek objevuje v multimediálních kampaních, zaměřených na „celou společnost“ – za účinnou primární prevenci je ovšem můžeme považovat jen obtížně)

5) *vyslání skrytých nebo nepřímých poselství* – další inspirací ze sociálního marketingu pro komunitní prevenci je, že na problémy, jimiž se přímo nezabýváme, můžeme upozornit nepřímo a případně o ně vzbudit zájem pro budoucnost

Jako ilustraci můžeme uvést „balíčky“, které se osvědčují ve velkoměstech a městských aglomeracích ve Velké Británii a zahrnují následující témata:

- „tvrdé drogy“
- kriminalita a komunitní bezpečnost
- HIV/AIDS
- volnočasové aktivity
- násilí (se sekundárním upozorněním na problém násilí v rodinách a týrání dětí)

(Kalina K.: *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2000*)

PŘÍLOHA 2 / CHARAKTERISTIKY ÚČINNÉHO PROGRAMU PREVENCE V KOMUNITĚ

Program:

1. Vychází ze znalosti prostředí

- odpovídá demografickým, kulturním a sociálně-ekonomickým charakteristikám místní komunity
- odpovídá nejčastěji užívaným látkám v dané oblasti
- zahrnuje problémy etnických skupin zastoupených v místní komunitě
- identifikuje a využívá zdrojů a možností na místní úrovni

2. Vytváří místní síť

- zapojuje důležité místní osobnosti, instituce a organizace
- oslovuje více generací (prarodiče, rodiče, děti)
- kombinuje „sváteční události“ a „činnost všedního dne“

3. Stimuluje občanskou morálku

- podporuje morální hodnoty (odpovědnost za vlastní život, sebeúcta, odvaha čelit problémům, spoluzodpovědnost za kvalitu života v rodině a v komunitě)
- stimuluje aktivní účast místních obyvatel v pomoci problémům místní komunity
- podporuje „korporativní občanství“

4. Obsahuje srozumitelné poselství využívající účinných faktorů specifické i nespecifické prevence

- zvyšuje „drogové vědomí“
 - podporuje „denormalizaci“ užívání drog
 - využívá pozitivních osobních vzorů
 - podporuje zdravý životní styl
 - podporuje komunitní bezpečnost
5. *Neobsahuje zjevné či skryté podněty, které*
- posilují předsudky vůči uživatelům drog
 - brání zavádění a rozvoji služeb

(Morton M.B.: *Prevention Plus III. Office for Substance Abuse Prevention, Washington D.C., 1995*)

Klíčová slova: dovednosti – osobnostní předpoklady – primární prevence – techniky

Úvod

Se zvyšující se dostupností drog všude na světě stoupá i užívání návykových látek mezi mládeží, přičemž poslední výzkumy v ČR dokazují, že se stále snižuje věková hranice mladých lidí, experimentujících s drogou (NEAD 2000). Ve snaze zamezit a především předejít tomuto jevu bychom si měli uvědomit skutečnost, že vedle represivních opatření, léčby a snižování rizik (harm reduction) je nutné podporovat a věnovat pozornost účinné primární prevenci. V tomto kontextu je důležité pochopit, že realizace preventivních strategií, přístupů a metod není rozhodně pouze záležitostí odborníků – učitelů a dalších pedagogických pracovníků, psychologů, speciálních pedagogů, psychiatrů, terapeutů, sociologů apod., ale především rodičů a celé občanské veřejnosti.

Mladí lidé jako cíl preventivního působení tvoří skupinu, které musí být věnována zvláštní pozornost. Především věkové rozmezí mezi 13 – 20 lety je velmi rizikové¹ a pravděpodobnost navázání kontaktu s drogou je u této věkové skupiny velmi vysoká. Jsme-li v tomto problémovém věku schopni poskytnout preventivní vzdělání, poradenské či intervenční služby, můžeme snížit potenciál problémů s drogou. Proto významné postavení v preventivních systémech na regionální a místní úrovni zaujímají školy a školská zařízení, neboť většina mladých lidí, která je navštěvuje, či je v nich umístěna, se stává přímým objektem preventivního působení.

V současnosti mluvíme v naší společnosti o „križi rodiny“, selhání její výchovné funkce a delegování nápravy do školského resortu. Proč právě tam, můžeme podpořit následující argumentaci (Konceptce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů, MŠMT, 1997; MPP, 1997):

- dítě tráví ve škole jednu čtvrtinu až jednu třetinu denní doby; škola výrazně ovlivňuje jeho životní styl a způsob rozhodování
- první závažné problémy v chování dětí, které si zpravidla vyžadují odbornou péči, se nejčastěji objevují na ZŠ
- resort školství disponuje rozsáhlou sítí poradenských služeb

- dítě prezentuje první projevy problémového chování zpravidla mnohem dříve, než se dostává do péče sociální kurately v resortu práce a sociálních věcí
- instituce sociálního či zdravotnického resortu přichází s pomocí tehdy, kdy je nutný zásah v rodině a většinou tehdy, kdy komplexní preventivní aktivity iniciované školskými zařízeními nebyly dostatečně účinné
- škola i školské zařízení je často jediným prostředím, v němž lze systémově korigovat pozitivní vliv vrstevníků zejména vůči neorganizovaným jedincům.

Školní prostředí vytváří pro primární prevenci zcela specifický charakter. Škola může svým plánovitým přístupem a vlivem na žáka zajistit, že preventivní aktivity budou do činnosti zařazovány a žáci se jich účastní. V tom se ovšem skrývá i riziko formalismu a neživotnosti, tudíž neúčinnosti. Platí bohužel, že pro naše školy jsou stále typické rysy jako formalismus, neadekvátní důraz na míru znalostí a kázeň, nedostatek respektu k individualitám, tendence potlačovat problémy a diskusi o nich, jistá sebestřednost a odtrženost od života, bariéry mezi školou a rodinou, školou a komunitou apod.

Tyto charakteristiky (ať už je pokládáme za nepřekonané „středoevropské“ či „postkomunistické“ dědictví) mohou účinnost primární prevence podstatně ovlivnit (Kalina, 2001).

Pedagogové se mohou cítit touto přenesenou obrovskou zodpovědností, velikostí a komplexností problému natolik ohromeni, že se musí ztotožnit se skutečností působit na žáky v rámci primární prevence zneužívání návykových látek.

Mají-li společně s ostatními nositeli PP (intermediátory) převzít aktivní roli odborných pracovníků v oblasti protidrogového působení na děti a mládež, je nezbytné, aby disponovali vhodnou strategií, dovednostmi a uměli používat efektivní techniky své práce.

Historie

První aktivity v primární prevenci zneužívání návykových látek jsme mohli zaznamenat v roce 1992, kdy

¹ Viz Kalina, kapitola 1/1, Úvod do drogové politiky.

aktéry těchto programů byla malá skupina odborných pracovníků se zájmem o tuto problematiku. Souběžně vznikala zařízení, která měla ve svém programu pomoci lidem, kteří se dostávali do problémů s užíváním drog. V tomto období byly velmi cenné především odborné informace, teoretická východiska a rovněž i zkušenosti od lidí s již bohatou drogovou kariérou jako východisko pro koncipování prvních modelů primárně preventivních aktivit. Není divu, že zejména střední a starší generace pedagogických pracovníků neměla v této oblasti žádné zkušenosti ani neprošla v rámci svého studia vzděláním v problematice zneužívání návykových látek. A konečně ani na školách se v tomto období neobjevovalo tolik případů mladých lidí s drogovou zkušeností jako je tomu dnes.

Obavy, nejistota, vlastní nezkušenost a neznalost drogové problematiky byly důvodem pro většinu učitelů vyhýbat se tomuto tématu ve výuce. Na základě nepříznivého vývoje drogové scény, zvyšujícího se výskytu problémů v kontextu drogové scény, zvyšujícího se výskytu problémů v kontextu s drogou mezi dětmi a mládeží, byla přehodnocena situace v dosavadní preventivní strategii v rámci resortu MŠMT a byly přijaty následující dokumenty, vymezující priority při realizaci preventivních aktivit a opatření v působnosti škol a školských zařízení:

- Pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy, 1996
- Konceptce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 1998 – 2000
- Minimální preventivní program pro školy a školská zařízení v oblasti zneužívání návykových látek – „Škola bez drog“, 1997
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže, 2001

Důležité je říci, že základním článkem prevence se stává škola – pedagog. Souběžně reakcí na stávající situaci byl vznesen i požadavek na vzdělávání pedagogických pracovníků, především školních metodiků prevence v drogové problematice, později na celou širší sociálně patologických jevů.

Kromě pedagogů (a rodičů, odborných pracovníků apod.) vstupují do systému primární prevence i jiné osoby jako intermediátoři². Jsou to lidé, kteří mohou být vzory, a kterým cílová populace naslouchá a věří, když něco říkají např. o drogách nebo AIDS. Je důležité tyto osoby vyhledávat a získávat je pro prevenci

(Kalina, 2000). Jsou to pracovníci z různých státních či nestátních organizací či institucí (viz Obr. 1). Jejich projevy by měly být příkladné, autentické natolik, aby cílová populace byla ochotná jim naslouchat a uvěřit jejich sdělení.

Charakteristika osobnostních předpokladů pracovníka v oblasti primární prevence

1. Požadavky na odbornost

a) teoretické předpoklady:

- odborné vzdělání v protidrogové problematice (nejlépe v oblasti prevence zneužívání návykových látek)
- má zájem a orientuje se v problematice drogových závislostí
- zná a akceptuje různé modely vzniku drogových závislostí
- je schopen rozpoznat a popsat fyzické, psychické a sociální důsledky užívání drog
- umí poskytnout či zprostředkovat (jedinci) průměrnou pomoc
- vzdělává se a udržuje aktivní kontakt s vývojem poznatků v problematice
- vystupuje důvěryhodně, poskytuje pravdivé, objektivní informace

b) pedagogicko-psychologické dovednosti:

- zastává profesionální etický přístup
- v činnostech s dětmi a mládeží jasně a čitelně vyjadřuje svůj protidrogový postoj
- umí zaujmout
- komunikační dovednosti
- organizační dovednosti
- respektuje některé zvláštnosti cílové skupiny
- má přehled o životním stylu mladých lidí
- využívá dovedností a zkušeností v práci s dětmi a mládeží
- smysl pro humor
- umí dávat a přijímat podporu
- umí citlivě reagovat na problémy žáků se zkušeností s návykovou látkou

2. Požadavek sociální kompetentnosti

- má sociální citění
- vhléd do sociálních situací
- orientuje se v interpersonálních vztazích
- má autoregulační mechanismy pod kontrolou
- využívá tvořivých schopností
- má schopnost spolupracovat (nikoli soutěžit)
- je v kontaktu s jinými odbornými pracovníci a specialisty v regionu

² Viz Bém a Kalina, kapitola 10/1, Úvod do primární prevence.

3. Emocionální stabilita

- má schopnost sebeovládání
- adekvátně reaguje na podněty
- umí přijmout kritiku
- je empatický (umí naslouchat)

Základní dovednost pracovníka v oblasti primární prevence

V předchozím textu jsme specifikovali přehled požadavků a dovedností pracovníka v primární prevenci. Nyní se pokusíme podat přehled alespoň základních technik práce v této oblasti. Tyto činnosti můžeme využívat jak v rámci vyučovacího procesu, tak v mimoškolních či zájmových aktivitách:

- lekce a vyučovací hodiny, diskusní programy
- kresby, koláže (výtvarné techniky)
- výroba plakátů a letáků
- rozbor materiálů
- experimenty
- pilotní průzkumy
- práce v terénu
- diskuse o případech uvedených v médiích nebo o audiovizuálních programech; i konkrétní případy z blízkého okolí
- pozorování, sledování
- peer programy
- aktivní sociální učení

- dramatická výchova
- psychodramata
- autoregulační techniky
- poradenská schémata
- herecké ztvárnění a psychogymnastika
- relaxační techniky
- skupinová dynamika
- ozdravné pobyty, smysluplné volnočasové aktivity
- sociálně psychologické techniky hry, interakční hry

Doporučujeme využívat informační materiály: slogany, letáky, plakáty, dětské kresby, brožury, filmy, TV programy, odborné časopisy, školní časopisy, školní rozhlasové pořady. Z výukových materiálů jmenujme alespoň některé – modelové hodiny, výukové metodiky, pracovní sešity, metodické listy, instrukce pro učitele a další materiály, publikace, multimediální soubory (počítačové programy, videokazety, filmové a TV pořady, texty písní, loutky apod. – srv. UNESCO 1987).

Výběr a použití konkrétní techniky a uplatnění vhodných dovedností lektora by mělo být vždy prováděno s ohledem na cílovou skupinu primární prevence s nutností předem se seznámit s jejími specifiky a zvláštnostmi.

Summary

Personal Pre-conditions, Skills and Techniques in Primary Prevention

The chapter focuses on demands and skills, which are indispensable to achieve success in the field of primary prevention programs. The author thereby identifies and specifies the needs in the area of education, psychological and pedagogical skills, social competence and emotional stability. She presents an overview of elemental techniques of primary prevention and recommendation to use certain information and educational materials. The selection of specific technique

depends on a particular target group and its specifics. It is emphasised that in the CR it is the school and the teacher that have the major responsibility for the primary prevention agenda. Together with teachers, the parents and professionals also enter the PP programmes, as well as other inter-mediators whose presentation should be exemplary and authentic to be trustworthy for the target population.

Key words: personal pre-conditions – primary prevention – skills – techniques

Literatura

- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 1998 – 2000. MŠMT, Praha, 1997
- MPP (Minimální preventivní program). MŠMT, 1999
- Národní osnovy pro vzdělávání metodiků primární prevence škol a školských zařízení. Středisko zdravého životního stylu při PedF UP v Olomouci, Olomouc 2000
- NEAD: (1) Miovský M., Urbánek T.: Výzkumná zpráva NEAD 2000 (The NEAD 2000 Research Report). Scan, Tišnov, 2001, (2) Miovský M., Urbánek T.: NEAD 2000. Zprávy z výzkumu za jednotlivé okresy (1 – 31). Albert, Boskovice, 2001
- Nešpor K., Csémy L.: Alkohol, drogy a vaše děti. 3. vydání. Sportpropag, Praha 1997
- Nešpor K. a kol.: Projekt MŠMT ČR č. 6/2/94; II. část – Průzkum zneužívání návykových látek a tvorba preventivních programů v prostředí školy a mládeže. Závěrečná zpráva VÚP, Praha 1994
- Nešpor K. a kol.: Prevence problémů působených návykovými látkami ve školách. BESIP, Praha, 1995
- Nešpor K. a kol.: Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag, Praha, 1999
- Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran. II. sborník příspěvků o drogové problematice. Institut FILIA, Praha 2000
- Pedagogové proti drogám. Program preventivních aktivit uplatňovaných na školách a školských zařízeních. MŠMT, Praha, 1999
- Šimánková N.: Hodnocení a postoje učitelů k dětem středního školního věku. Československá psychologie, 1993
- Úloha školy ve výchově k zdravému životnímu stylu se zaměřením na ochranu proti závislostem. Sborník referátů. PedF UP, Olomouc, 1997
- Vzdělání proti zneužívání drog. UNESCO, 1987

LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU¹

¹ Vybráno dle doporučení autorů této publikace.

1. AA: Anonymní alkoholici. Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu. Česká verze. Alcoholic Anonymous World Service Inc., New York, 1989
2. Bartošíková I., Voříšek R.: Příručka pro nizkoprahové terapeutky. Nakladatelství Albert, Boskovice, 1998
3. Beatie M.: Přestaňte být závislí. Pragma, Praha, 1999
4. Čírtková L., Červinka F.: Forenzní psychologie. Support, Praha, 1994
5. Dorner K., Plog U.: Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha, 1999
6. Fišerová M.: Drogové závislosti. Postgraduální medicína roč. 2, č. 3, str. 288 – 298, 2000
7. Gardner J. W.: Budování komunity. Nadace VIA, Praha, 1999
8. Hartl P.: Komunita občanská a komunita terapeutická. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1997
9. Hajný M., Klouček E., Stuchlík R.: Akta Y – Drogový problém vs rodina. Votobia, Olomouc, 1999
10. Hajný M.: O rodičích, dětech a drogách. Grada, Praha 2001
11. Haškovcová H.: Práva pacientů. Nakladatelství Aleny Krtilové, Havířov, 1996
12. Heller J., Pecinová O. a kol.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996
13. Höschl C. a spol.: Psychiatrie. Multimediální učebnice. Tigis, Praha, 2002
14. Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
15. Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. Edice Filia, sv. 2. Nadace Filia, Praha, 1996 (2. vyd. Institut Filia, Praha, 1999)
16. Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
17. Kastová V.: Krize a tvořivý přístup k ní. Portál, Praha, 2000
18. Kopřiva K.: Lidský vztah jako součást profese. Portál, Praha, 1997
19. Kratochvíl S.: Základy psychoterapie. Portál, Praha, 1997
20. Kratochvíl S.: Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, Praha, 1995
21. Langmeier J., Balcar K., Špitz J.: Dětská psychoterapie. Portál, Praha 2000.
22. Macek P.: Adolescence. Portál, Praha, 1999
23. Mentzos S.: Rozumíme sami sobě? Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2000
24. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Psychiatrické centrum Praha, 1992
25. Mikota V.: Alkohol v psychoanalýze. Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii. Psychoanalytické nakl. Jiří Kocourek, Praha, 1995
26. Mikota V.: O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství J.Kocourek, Praha, 1995
27. Miovský M.: LSD a jiné halucinogeny. Albert, Boskovice, 1996
28. Miovský M., Záborský T.: Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a s pracovníky zdravotnických zařízení a poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog (Overview of PAD Qualitative Substudy Results – Drug Users and Care & Treatment Providers). Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, Supplementum 1, 2002
29. MPK: Národní strategie protidrogové politiky v ČR na období 2001 – 2004. Úřad vlády ČR, Praha, 2000
30. Müller S.: Memorix – neodkladné stavy v medicíně (český překlad). Scientia medica, Praha, 1992.
31. Nešpor K.: Jak překonat problém s hazardní hrou. Sportpropag, Praha 1996
32. Nešpor K.: Návykové látky – prevence a časná intervence. FIT IN, Praha, 1996
33. Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996
34. Nešpor K.: Toxikologické vyšetření v klinické medicíně a při prevenci v pracovním prostředí. Alkoholizmus a drogové závislosti/Protialkoholný obzor, roč. 33, č. 1, str. 31 – 38, 1998
35. Nešpor K. a kol.: Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag, Praha 1999
36. Nešpor K.: Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře. Galén, Praha, 1999
37. Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000
38. Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000
39. Nožina M.: Svět drog v Čechách. KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone, Praha & Orlík nad Vltavou, 1997
40. Pedagogové proti drogám. Program preventivních aktivit uplatňovaných na školách a školských zařízeních. MŠMT, Praha, 1999
41. Peseschkian N.: Partnerské vztahy. Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1995.
42. Popov P.: Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P. a kol.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001
43. Presl J.: Drogová závislost. Maxdorf, Praha, 1994

41. Prochaska J., Norcross J.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999
42. Prokeš J.: Základy toxikologie, díl I a II. Universita Karlova, vydavatelství Karolinum. Praha, 1997, s. 160 (1. díl) a 94 (2. díl).
43. Rauchfleisch U.: Doprovázení a terapie delikventů. Scan, Brno (Boskovice, Tišnov), 2000
- Rotgers F. a spol.: Léčba drogových závislostí. Grada, Praha, 1999, s. 262.
44. Röhr H.: Narcismus – vnitřní žalář. Portál, Praha, 2001
45. von Schlippe A., Schweitzer J.: Systemická terapie a poradenství. Cesta, Brno, 2001
46. Úlehla I.: Umění pomáhat. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1999
47. Schmidbauer W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. Portál, Praha, 2000
48. Sotolář A., Půry F., Šámal P., Kalina K., Kudrle S. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha 2001;
49. Skála J. a kol.: Závislost na alkoholu a jiných drogách. Avicenum, Praha, 1987
50. Tyler A.: Drogy v ulicích. Nakladatelství Ivo Železný, Praha, 1998
51. Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 1999
52. Vinař O.: Psychofarmakologie drogových závislostí. Forum Medicinæ 2, 22 – 29, 1999
53. WHO: Principy prevence infekce HIV mezi uživateli drog. MZ ČR a Kancelář WHO v ČR, Praha, 1999
54. Yalom I. D.: Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe. Nakladatelství Konfrontace, Hradec Králové, 1999
55. Zábranský T., Langer I., Gronský L., Mravčík V.: Racionální protidrogová politika. Votobia, Olomouc, 1997
56. Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Miovský M.: PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. Souhrnná závěrečná zpráva. ResAd a Scan, Praha/Tišnov, 2001

KLÍČOVÁ SLOVA S ODKAZY NA KAPITOLY

A

abscesy 4/3
abstinence 3/1
abusus 2/3
acamprosat 3/1
adolescence, adolescent 2/8, 9/2, 10/5
adaptační mechanismy 2/2
administrativní a kontrolní mechanismy 1/5
AIDS 4/4
akceptování 6/4
akutní intoxikace 4/2, 5/5, 5/6, 6/2, 8/6
alkohol 3/1, 5/6
alkoholizmus 3/1
Alnagon 3/7
alternativa k potrestání 2/6, 9/5
alternativní trest 2/6, 9/5
alternativní způsob trestního řízení 2/6, 9/5
ambulantní péče 8/4
amfetamin 3/3
analgetika 3/6, 3/7
anamnéza 4/6, 4/7
Anonymní alkoholici (AA) 2/6, 2/10, 6/11
Antabus 3/1
antidota 5/5
anxiolytika 3/6, 3/7
Apolinář 7/1
AT ordinace 7/1, 8/4

B

„bad trip“ 3/4
behaviorální terapie 6/5
benzodiazepiny 3/6, 3/7, 5/6
besedy 10/4
bezdrogové zóny 9/6
biologické faktory 2/1
biomedicinský model 1/8
bio-psycho-sociální model 1/8, 6/1
bio-psycho-sociálně-spirituální model 2/1, 2/10
blízcí uživatele/závistého 5/2, 6/10
braun 3/2
buprenorfin 8/11

C

cannabis 3/5
cile
– cíle a prostředky primární prevence 10/1
– cíle léčby 8/8
cílové skupiny primární prevence 10/1
craving (bažení) 2/4, 2/5, 6/2, 7/5
čichání 3/8

D

dekontaminace 5/5

delirium tremens 3/1
denní program 8/5
denní stacionář 8/5
deprese 4/5
design drogových služeb 9/3
děti 6/10, 9/2
dětství 2/8
detoxifikace 5/7, 8/6
detoxifikační jednotka (detox) 8/6
diagnóza 4/1
diagnostický rozhovor 4/8
diagnostika 4/1, 4/2, 4/7, 4/9
diferencovaný přístup k pachatelům 1/6
doléčování 8/9, 8/10
dovednosti v primární prevenci 10/9
drogy ve vězení 9/6
duální diagnózy 4/5, 6/2, 7/3
duševní poruchy 4/5
12 kroků 6/11

E

ebrieta 3/1
efektivita 7/2, 7/8, 8/1
ekonomické analýzy 1/7, 7/8
ekonomické hodnocení 1/7, 7/8
emergentní stavy 5/3
empatie 6/4
epidemiologie 1/4
etika 7/9
etnické minority 9/7
extáze (Ecstasy) 3/9
ex-useři 6/11, 7/8, 8/8, 8/9

F

facilitace programu 12 kroků 6/11
faktory účinné léčby 7/2
farmakologie závislostí 2/4
farmakoterapie 2/4, 5/7, 6/2, 8/4
fáze gamblingu 9/8
feministické hnutí 9/3
flashback 2/2
flegmóny 4/3
formy primární prevence 10/2

G

gambling 4/2, 9/1, 9/8

H

halucinogeny 3/4, 3/9, 5/6
hašiš 3/5
Harm Reduction 1/1, 1/8, 4/9, 5/1, 8/2, 8/3
heroin 1/9, 3/2
historie

– historie užívání návykových látek 1/9
– historie léčby závislých v ČR 7/1
HIV 4/4
hodnocení primární prevence 10/2, 10/4, 10/6
holistický (celostní) přístup 1/8
homeostáza 6/6
hydrocodon 3/2
hypnotika 3/6, 3/7, 5/6

Ch

chráněné bydlení 8/9
chráněná práce 8/9

I

identita 9/2
incidence 1/4
indikátory (epidemiologické) 1/4
indikátory (účinnosti) 7/8
indikace k léčbě 4/9
indikace k psychoterapii 6/3
individualizovaný přístup 7/3
individuální terapie 6/5
infekční hepatitidy 4/4
inhalační drogy 3/8
intenzivní ambulantní péče 8/5
interaktivní programy 10/4
intermediátoři 10/1, 10/6
Internet 9/1
inovace v léčbě 7/3

K

KAB model 10/2
kanabinoidy 5/6
kardinální pravidla 8/8
kategorie návykových látek 5/7
ketamin 3/9
kodependence 2/3, 2/9, 6/6, 6/10
kokain 1/9, 3/3
komplex „drop-out/relaps“ 7/4
komplexita péče 8/1
kompulsivní poruchy 4/2, 9/1
komunita 10/8
komunitní přístup 10/8
komunitní setkání 6/7
Koncepce 1993 1/3
Koncepce 1998 1/3
konfrontace 6/7
konopné drogy 3/5
konstelace rodiny 2/9
kontaktní centrum 5/2, 8/3
kontext 6/6
kontrakt 5/4
kouření tabáku 3/10

krize 5/3
krizová intervence 5/3
kvalita služeb 7/8

L

léčba
– léčba ambulantní 8/4
– léčba gamblingu 9/8
– léčba denní 8/5
– léčba matek s dětmi 9/4
– léčba rezidenční 8/8
– léčba ústavní 8/6, 8/7
– léčba vedoucí k abstinenci 4/9, 8/7
– léčba závislosti 2/10, 6/1
léčebné kontinuum 7/3
legislativa ČR 1/6
lékařská péče 8/4
léková závislost 3/6, 3/7
LSD 3/4
lysohlávky 3/4

M

marihuana 3/5
matching 4/1, 4/9
MDMA 3/9
metadon 3/2, 8/11
metodologie 1/4
mezigenerační hranice 2/9
mezioborový přístup 6/1
migranti 9/7
místní zapojení 10/8
mlčenlivost 7/9
modely závislosti 2/1
 morální a spirituální modely 1/8
motivace 4/8, 5/4, 7/2
motivace k psychoterapii 6/3
motivační trénink 5/4
MPK 1/3
multidisciplinární tým 7/6

N

náklady nemoci 1/7
Národní strategie 2001 – 2004 1/3
následná péče 8/9, 8/10
nedobrovolná léčba 7/3
nespecifická a specifická primární prevence 10/2
neurobiologie 2/2, 2/4
neuromediátory 2/2
nezneužívání klienta 7/9
nikotin 3/10
nitrožilní užívání 3/2, 3/3, 4/4, 5/1
nízkoprahový přístup 5/1, 5/2, 8/2, 8/3

O

obor léčby návykových nemocí 7/1
obranné mechanismy 2/3, 2/7
odvykací stav (syndrom) 2/4, 2/5, 4/2, 5/7, 6/2
odvykání kouření 3/10
opioidní receptory 2/2, 3/2
opiáty 3/2, 5/6
opioidy 3/2, 5/6
ordinace AT 7/1, 8/4
orgánová postižení 4/3
organická rozpustidla 3/8
osobnostní předpoklady v primární prevenci 10/9
ověřování abstinence 4/7

P

PAD 1/2, 1/7
paradigmata sociální práce 6/9
paranoidní psychóza 3/3
parties 3/9
partneři 6/10
pedagogické zásady 10/3
peer programy 10/2, 10/4, 10/5
pervitin 3/3
phenylcyklidin (PCP) 3/9, 5/6
plánování intervencí 4/1, 4/9
poradce 5/2
poradenství 5/2, 5/4, 7/3, 8/3, 10/7
poruchy osobnosti 4/5
poruchy příjmu potravy 4/5
posilování motivace 4/8
posttraumatická stresová porucha 4/5
potřeby klienta 6/1
pozitivní přístup 6/4
práva klienta 7/9
prevence ve výuce 10/3
prevence relapsu 7/5, 8/9
prevence v komunitě 10/8
prevence vypadnutí 7/4
probační pracovník 9/5
programy ve vězení 9/6
protidrogová politika 1/1, 1/3
protidrogová politika ČR 1/2
prevalence 1/4
prevence primární, sekundární, terciární 1/1, 2/10
primární prevence 1/2, 10/1, 10/3 – 10/9
– cíle a prostředky primární prevence 10/1
– cílové skupiny primární prevence 10/1
– dovednosti v primární prevenci 10/9
– formy primární prevence 10/2
– hodnocení primární prevence 10/2, 10/4, 10/6
– nespecifická a specifická primární prevence 10/2
– osobnostní předpoklady v primární prevenci 10/9
– techniky v primární prevenci 10/9

– účinné faktory primární prevence 10/1, 10/2
problémové užívání 1/4
profese se zvýšeným rizikem 4/7
prohibice 1/9
provázanost 8/1
první pomoc 5/5
předčasné ukončení léčby 6/5, 7/4, 8/7
předjednání trestu 9/5
přednášky 10/4
přenos a protipřenos 6/4
případová práce 7/7
přípravné skupiny 8/5
psilocybin 3/4
psychedelika 1/9
psychická závislost 3/3
psychické komplikace 6/2
psychodiagnostika 4/6
psycholog 4/6
psychologické faktory 2/1, 2/6
psychologický vývoj 2/8
psychopatie 2/3, 4/5
psychosociální trénink 10/6
psychosociální závislost 3/10
psychostimulancia 3/3, 3/9
psychoterapeutický přístup 6/3
psychoterapie 6/2, 6/3, 5/5
psychotické poruchy 4/2
Public Health 1/8, 5/1

Q

QALY 1/7

R

rekvalifikace 8/9
relaps 2/5, 7/4, 7/5
retraumatizace 2/7
represe 1/1, 1/5
rezidenční léčba 8/8
režim 8/7, 8/8
rituály 1/9
rizika v těhotenství 9/4
rizikové chování 5/1
rizikové situace 7/5
rodina 6/10, 9/2
rodinná terapie 6/6, 9/2
rodinné faktory 2/9
rodinní příslušníci 9/8
rodinný systém 6/6
role v rodině 2/9
role v týmu 7/6
Romové 9/7
rozhovor 4/6

S

screening 4/7
sedativa 3/6, 3/7, 5/6
selektivní prevence 10/3
senzitivace 2/2, 3/1
separace/individuace 2/8
skrytá populace 8/2
skupinová terapie 6/5
skupiny s rodiči 6/10
složení týmu 7/6
složky systému péče 8/1
služby 1/2
sniffing 3/3, 3/8
snižování nabídky 1/1
snižování poptávky 1/1
sociální aspekty 2/1
sociální dovednosti 6/8, 8/9
specifická klientela 9/1
společensko-kulturní kontext 9/3
strukturovaný program 8/5, 8/7, 8/8
střednědobá léčba 8/7
substituce 8/4, 8/11
systém péče 8/1
sociální fungování 6/9
sociální integrace 6/8, 8/9, 8/10
sociální práce 2/10, 6/9
sociální prostředí 2/6
sociální rehabilitace 6/8
sociální učení 6/7, 6/8
somatické komplikace 4/3, 4/4
spiritualita 2/1
statistika 2001 1/2
standardy 7/7, 7/8
stimulační drogy 3/3, 3/9, 5/6
stimulancia 3/9, 5/6
strategie zvládnání 2/5
streetwork 8/2
supervize 7/7
svépomocné programy 6/11
symptomové chování 6/6
syndrom porušení abstinence 7/5
syndrom vyhoření 7/6, 7/9
syndrom závislosti 4/2
systematická psychoterapie 4/4

Š

šamanismus 1/9
škodlivé užívání 4/2
škodlivé užívání léků 3/6, 3/7
škola 10/3, 10/4, 10/6, 10/7

T

tabák 3/10

techniky v primární prevenci 10/9
těžké (prchavé) látky 3/8, 5/6
terapeutická komunita (TK) 6/7, 8/8
– TK demokratické a hierarchické 6/7
terapeutické přístupy 2/6
terapeutický vztah 4/8, 6/4
terapie 5/6
terénní práce 5/2, 8/2
terénní programy 5/2, 8/2
testy
– testy psychologické 4/6
– testy toxikologické 4/7
toluen 3/8
toxická psychóza 3/3
toxikologické vyšetření 4/7
trankvilizéry 3/6, 3/7, 5/6
trauma 2/7
traumatizace primární/sekundární 2/7
tolerance 2/2
trestná činnost 1/2
trestní postih 1/5, 1/6
trestní zákon 1/6
tromboflebitidy 4/3
týmová práce 7/6, 7/7

U

účinnost
– účinnost intervencí 1/7, 8/1
– účinnost léčby 7/2, 7/8, 8/1
– účinnost primární prevence 10/1, 10/2
učitel 10/7
udržovací léčba 8/11
úmluvy OSN 1/5, 1/9
uprchlíci 9/7
ústavní léčba 8/6, 8/7

V

vazba 9/6
včasná intervence 8/3, 10/7
většinová společnost
vrstevnické skupiny 10/5
vrstevnické vztahy 10/5
vulnerabilita 2/3
výcvik pedagogů 10/6
vyhoření 7/6, 7/9
výkon trestu 9/6
výměna (injekčního náčini) 8/2
vypadnutí z léčby 6/5, 7/4, 8/7
vyvážený přístup 1/1, 1/3, 1/5
vývojové úkoly 7/2, 9/2
vzdělávání 7/7
vztah matka-dítě 9/4

Z

zákon o návykových látkách 1/6

zajištění životních funkcí 5/5

zakázka klienta 5/4

závislé matky 9/4

závislost 2/3

– závislost na lécích 3/6, 3/7

zhodnocení pacienta/klienta 4/9

změna 2/6, 5/4, 6/8, 7/2

zvládání 7/5

Ž

ženy-uživatelky 9/3

ženské programy 9/3

životní situace 6/9

žloutenka typu A, B, C 4/4

Kamil Kalina a kolektiv
DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTÍ 2
mezioborový přístup

Vydal © Úřad vlády České republiky, 2003
Národní monitorovací středisko pro drogy
a drogové závislosti

1. vydání

Redakčně uzavřeno 15. 10. 2002

Obálka a grafická úprava: Missing-Element

Tisk: Pbtisk

Náklad: 1000 výtisků

ISBN 80 – 86734 – 05 – 6