



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

METODIKA

Evropské kurikulum prevence

Příručka pro rozhodovatele,
tvůrce názorů a tvůrce politik
v oblasti vědecky podložené prevence
užívání návykových látek



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova



>18



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Evropské kurikulum prevence

Příručka pro rozhodovatele, tvůrce názorů
a tvůrce politik v oblasti vědecky podložené
prevence užívání návykových látek

Český překlad tohoto dokumentu je publikován se svolením EMCDDA a je plnou zodpovědností překladatele.

Původní dokument *European Prevention Curriculum (EUPC): a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use*
viz https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en

Obsah této publikace nemusí nutně odrážet oficiální stanoviska jednotlivých partnerů EMCDDA, členských zemí EU nebo jakýchkoli institucí či orgánů Evropské unie. Bližší informace o Evropské unii jsou k dispozici na internetu (<http://europa.eu>).



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

Tato publikace vznikla v rámci evropského projektu s názvem UPC-Adapt, který byl spolufinancován Evropskou komisí (číslo projektu JUST-2015-AG-DRUG).



Evropské kurikulum prevence
Příručka pro rozhodovatele, tvůrce názorů a tvůrce politik v oblasti vědecky podložené prevence užívání návykových látek

1. vydání v českém jazyce
© Úřad vlády České republiky, 2021
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1
tel.: +420 296 153 222
www.rvkpp.vlada.cz, www.drogy-info.cz

Autor/ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
Editor českého vydání/ doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.
Odpovědný redaktor/ Mgr. Lucie Grolmusová
Překlad z anglického originálu/ PhDr. Romana Stejskalová
Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová
Sazba/ Michal Korecký, TAG

ISBN 978-80-7440-266-1 (online; pdf)

Pro bibliografické citace: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost 2021. Evropské kurikulum prevence. Příručka pro rozhodovatele, tvůrce názorů a tvůrce politik v oblasti vědecky podložené prevence užívání návykových látek. Praha: Úřad vlády České republiky.

Obsah

Poděkování	7
Zkratky	9
Úvodní slovo	11
Účel této příručky	13
Předmluva	15
Předmluva k českému vydání	19
Úvod	21

ČÁST I

Všeobecné konceptce tvořící základ efektivní prevence.	29
--	----

Kapitola 1

Epidemiologie – porozumění povaze a rozsahu užívání návykových látek	31
1.1 Užívání návykových látek v Evropě	32
1.2 Farmakologie a fyziologie	35
1.3 Poruchy způsobené užíváním návykových látek.	38
1.4 Etiologický model.	41
1.5 Víceúrovňový vývojový rámec.	44
1.6 Potřeba komplexních mezioborových podpůrných služeb napříč vývojovými fázemi.	47

Kapitola 2

Základy preventivní vědy a výzkumem podložených preventivních intervencí	51
2.1 Definice a principy.	51
2.2 Prevence podepřená teoriemi.	54
2.3 Struktura, obsah a realizace	58

Kapitola 3

Výzkumem podložené preventivní intervence a politiky	61
3.1 Mezinárodní standardy prevence užívání drog	61
3.2 Evropské standardy kvality v oblasti protidrogové prevence	68
3.3 Přizpůsobené programy podložené vědeckým výzkumem.	77

Kapitola 4

Monitoring a evaluace	83
4.1 Evaluace a výzkum.	84
4.2 Design evaluačního systému a výzkumný design.	86
4.3 Složky výzkumného nebo evaluačního designu.	88
4.4 Typy výzkumného designu	89
4.5 Výběr výběrového souboru a měření.	94
4.6 Sběr dat, analýza dat a statistika.	95
4.7 Spolupráce s evaluátorem-výzkumníkem – kolaborativní model.	95
4.8 Používání registrů preventivních programů	96
4.9 <i>Ex-ante</i> evaluace	98

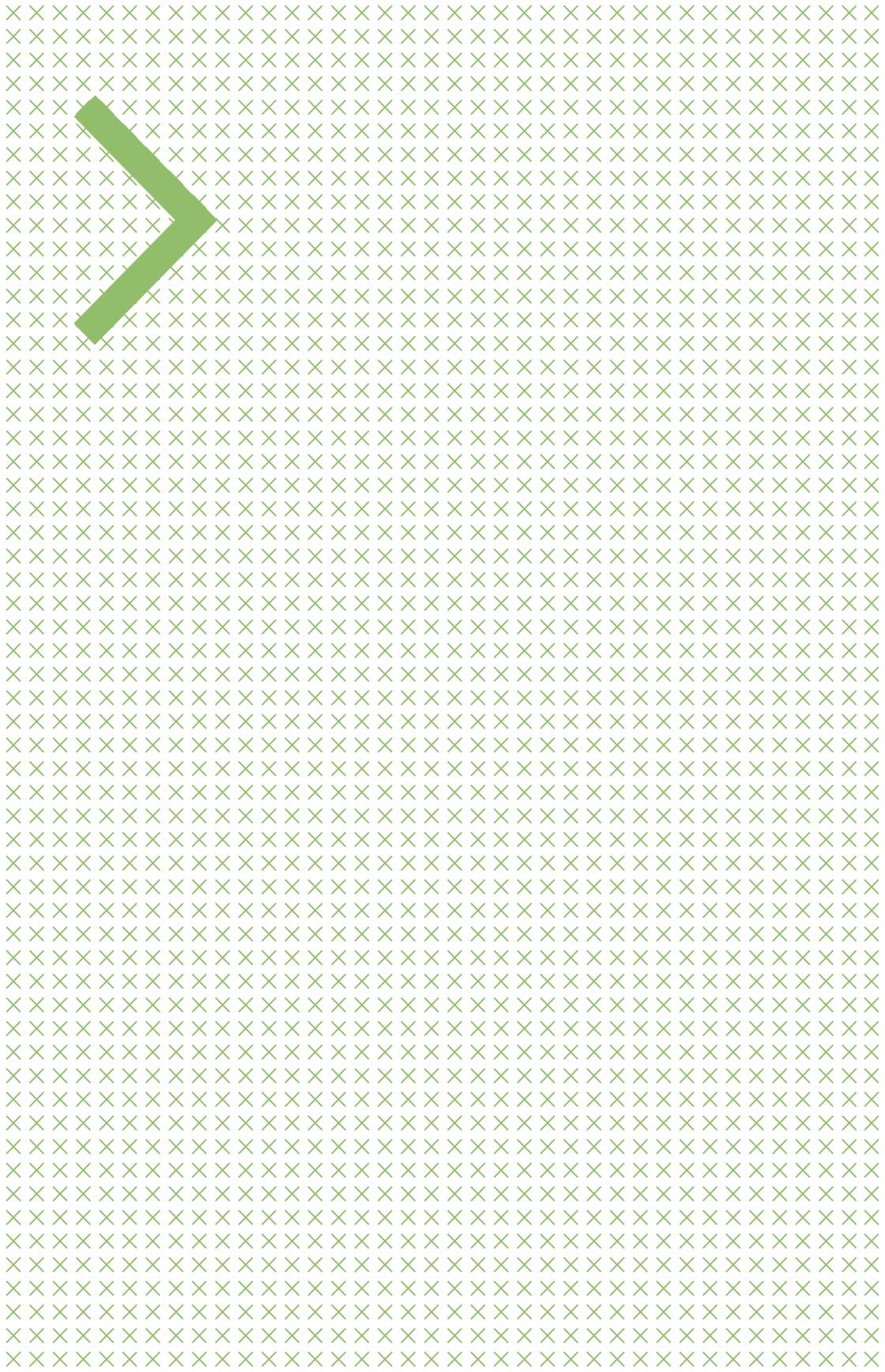
ČÁST II

Preventivní přístupy v různých prostředích.	101
---	-----

Kapitola 5

Prevence v rodině	103
5.1 Definice	103
5.2 Typy intervencí realizovaných v rodině	104
5.3 Všeobecný obsah intervencí v rodině	107
5.4 Programy podložené vědeckým výzkumem	109
5.5 Problémy	111

Kapitola 6	
Školská prevence a prevence na pracovišti	117
6.1 Školská prevence	117
6.2 Prevence na pracovišti	124
Kapitola 7	
Environmentální prevence	133
7.1 Prostředí a jeho vlivy	133
7.2 Definice	134
7.3 Přístupy environmentální prevence ve školách a na pracovišti	136
7.4 Politiky v oblasti tabákových výrobků a alkoholu zaměřené na prostředí/populaci	140
7.5 Strategie zaměřené na prostředí zábavy	142
Kapitola 8	
Prevence spojená s médii	147
8.1 Proč využívat v prevenci užívání návykových látek média?	147
8.2 Teorie zabývající se působením médií na publikum	148
8.3 Důkazy	151
8.4 Jak používat média v preventivní práci	154
Kapitola 9	
Prevence v rámci komunity	157
9.1 Definice	157
9.2 Programy podložené vědeckým výzkumem	159
9.3 Vytvoření efektivního komunitního týmu	163
Kapitola 10	
Prosazování prevence	167
Závěrečné poznámky	171
Seznam literatury	173
Přílohy	179
Příloha 1	179
Příloha 2	180
Příloha 3	181
Příloha 4	187

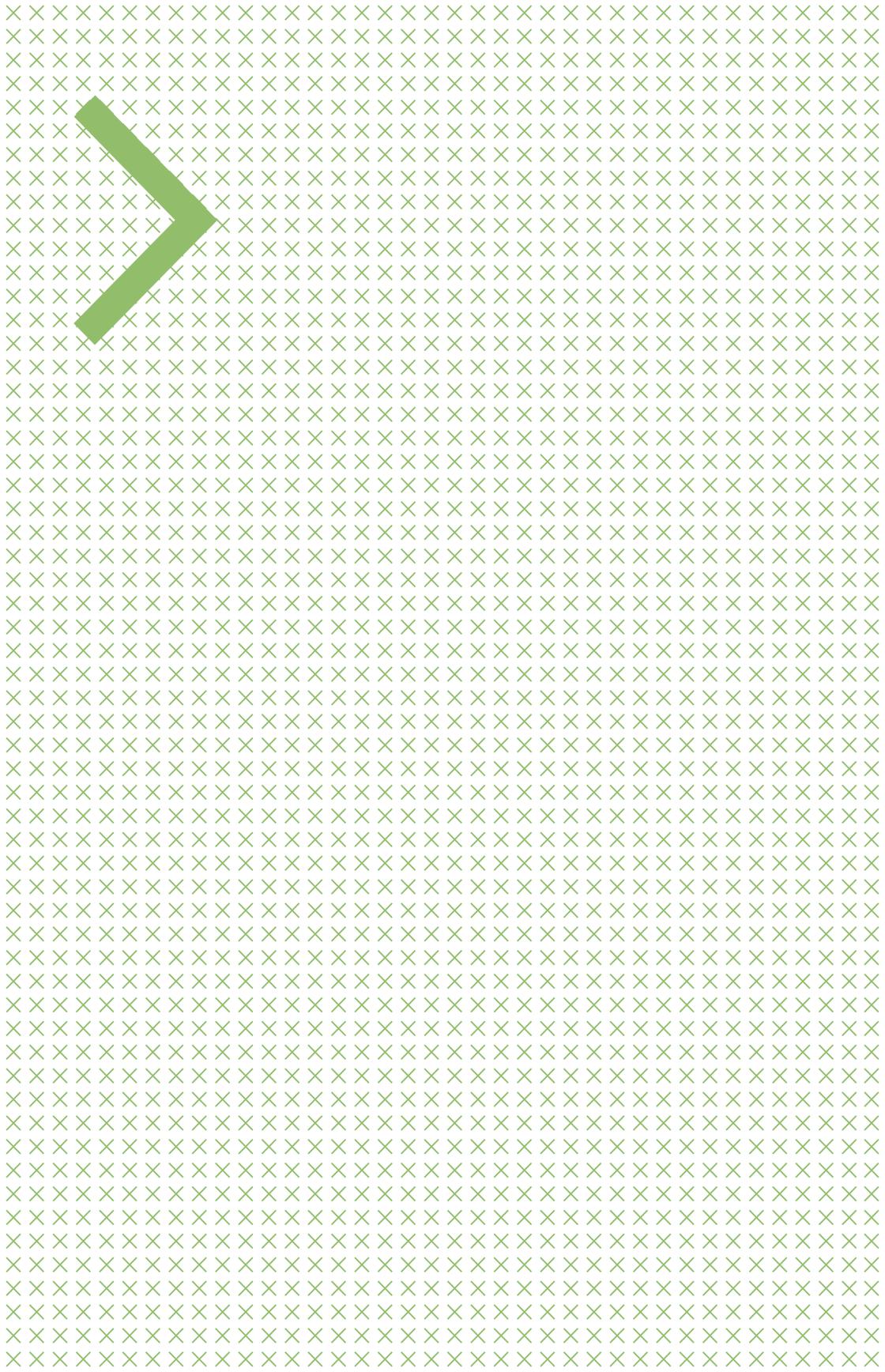


Poděkování

EMCDDA a UPC-Adapt si dovoluují poděkovat Peeru van der Kreeftovi, Annemie Coone, Femke Dewulf, Marjolein De Pau (členům vedení projektu z HoGent, Gentská univerzita, Belgie) a následujícím přispěvatelům:

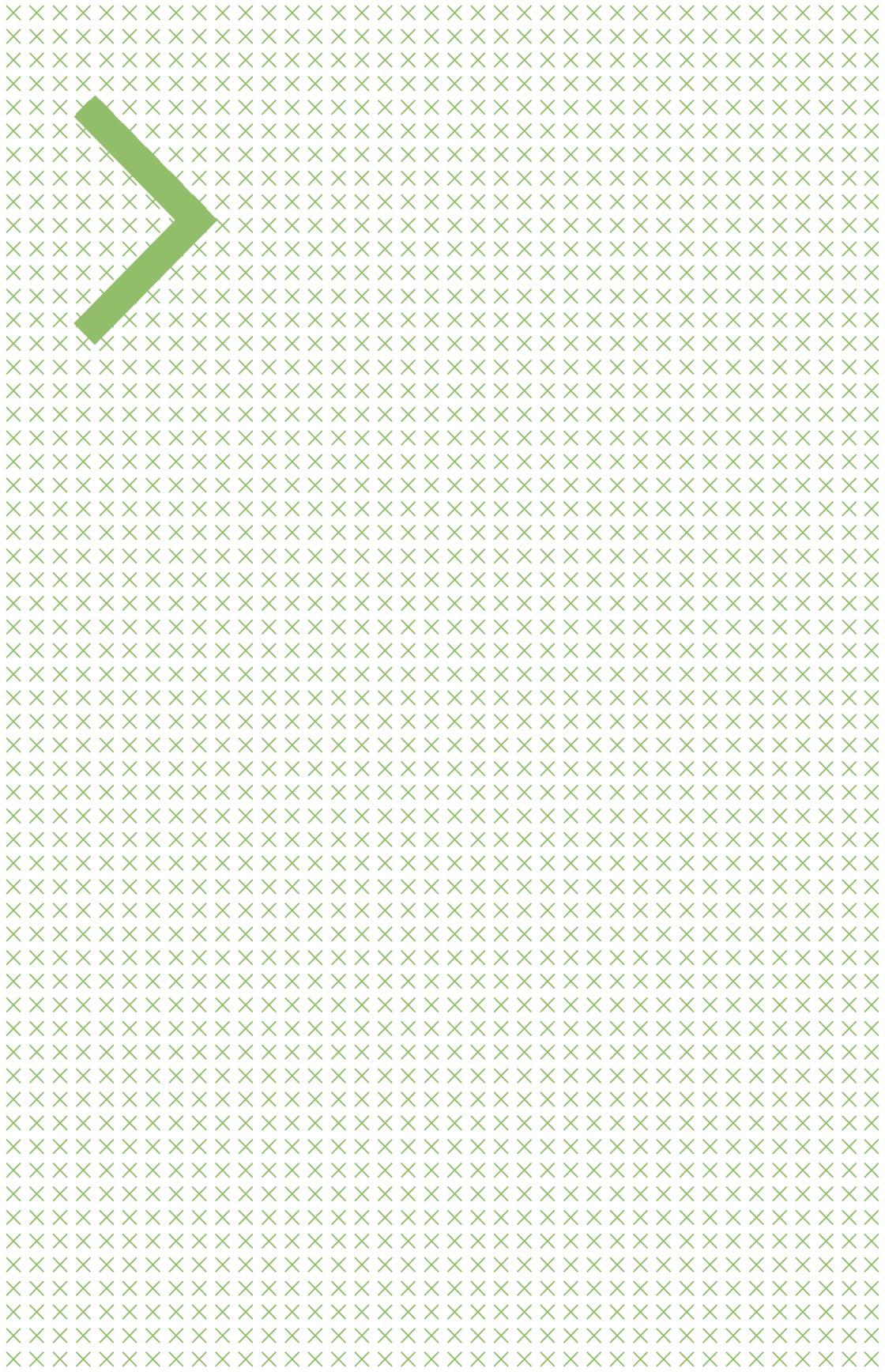
- ✕ Michal Miovský, Roman Gabrhelík, Michaela Malinová (CUNI, Univerzita Karlova, ČR)
- ✕ Rachele Donini, Roberto Carrozzino, Daniela Congiu, Marco Piana, Anna Zunino (ASL Savona, Místní zdravotní ústav 2 v Savoně, Itálie)
- ✕ Valentina Kranzelic, Martina Feric, Miranda Novak, Josipa Mihic (ERF, Fakulta vzdělávání a rehabilitačních věd, Záhřebská univerzita, Chorvatsko)
- ✕ Sanela Talić, Matej Košir (UTRIP, Institut pro výzkum a vývoj, Slovinsko)
- ✕ Karin Streimann, Triin Sokk, Katri Abel-Ollo, Tiia Pertel (TAI, Národní institut pro rozvoj zdraví, Estonsko)
- ✕ Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska, Jakub Gren (IPIN, Institut psychiatrie a neurologie, Polsko)
- ✕ Carmen Orte, Lluís Ballester, Marga Vives, Maria Antònia Gomila, Joan Amer, Miren Fernández de Álava (UIB, Baleárská univerzita, Španělsko)
- ✕ Maximilian von Heyden, Henrik Jungaberle (FINDER institut pro výzkum v prevenci, Německo)
- ✕ Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sędek (PARPA, Státní agentura pro prevenci výskytu problémů souvisejících s alkoholem, Polsko)
- ✕ Claudia Meroni, Corrado Celata, Giusi Gelmi, Nadia Vimercati (ATS Milano, Úřad pro ochranu zdraví, Milán, Itálie)

Tato publikace byla vytvořena za spolupráce s Gregorem Burkharthem (EMCDDA), Zilí Slobodovou (Applied Prevention Science International) a Jeffem Lee (International Society of Substance Use Professionals).



Zkratky

APSI	Applied Prevention Science International (Organizace pro aplikaci preventivní vědy)
CNS	centrální nervový systém
COM-B	capability, opportunity, motivation and behaviour (schopnost, příležitost, motivace a chování)
CTC	Communities That Care (Starostlivé komunity)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí)
EDPQS	European Drug Prevention Quality Standards (Evropské standardy kvality v oblasti protidrogové prevence)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách)
EUPC	European Prevention Curriculum (Evropské kurikulum prevence)
GBG	Good Behaviour Game (Hra na dobré chování)
ICD-II	International Classification of Disease (Mezinárodní klasifikace nemocí)
ID	identifikace
MDMA	3,4-methylenedioxy-N-metamfetamin
NAMLE	National Association for Media Literacy Education (Národní asociace pro vzdělávání v oblasti mediální gramotnosti)
PROSPER	Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience (Podpora partnerství škol, komunit a vysokých škol pro posílení odolnosti)
RBS	responsible beverage service (odpovědné podávání alkoholických nápojů)
RCT	randomised controlled trial (randomizované kontrolované hodnocení/studie)
STAD	Stockholm Against Drugs (Stockholm proti drogám)
TPB	theory of planned behaviour (teorie plánovaného chování)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Úřad OSN pro drogy a kriminalitu)
UPC	Universal Prevention Curriculum (Univerzální kurikulum prevence)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)



Úvodní slovo

S velkým potěšením vám předkládám tuto příručku Evropského kurikula prevence, jejímž účelem je sloužit jako základ pro vzdělávání lokálních a regionálních rozhodovatelů, tvůrců názorů a tvůrců politik, kteří se zabývají záležitostmi užívání návykových látek.

V evropském i v mezinárodním měřítku byl v posledních desetiletích zaznamenán velký pokrok v tvorbě a rozvoji odpovědných intervencí podložených vědeckým výzkumem. Mnohé problémy však stále přetrvávají a v řadě zemí se můžeme i nadále setkávat s tím, že jsou v rámci školního i komunitního prostředí uplatňovány preventivní postupy, pro které je k dispozici jen málo důkazů o efektivitě, anebo tyto důkazy zcela chybí. Nesprávně koncipované preventivní intervence mohou v těch nejhorších případech dokonce způsobit škodu. Proto v Evropském monitorovacím centru pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) klademe zásadní důraz na podporu vysoce kvalitního vzdělávání a průpravy těch, jejichž úkolem je vybírat a financovat vhodné intervence s cílem zajistit zdraví a osobní pohodu našich mladých lidí a komunit.

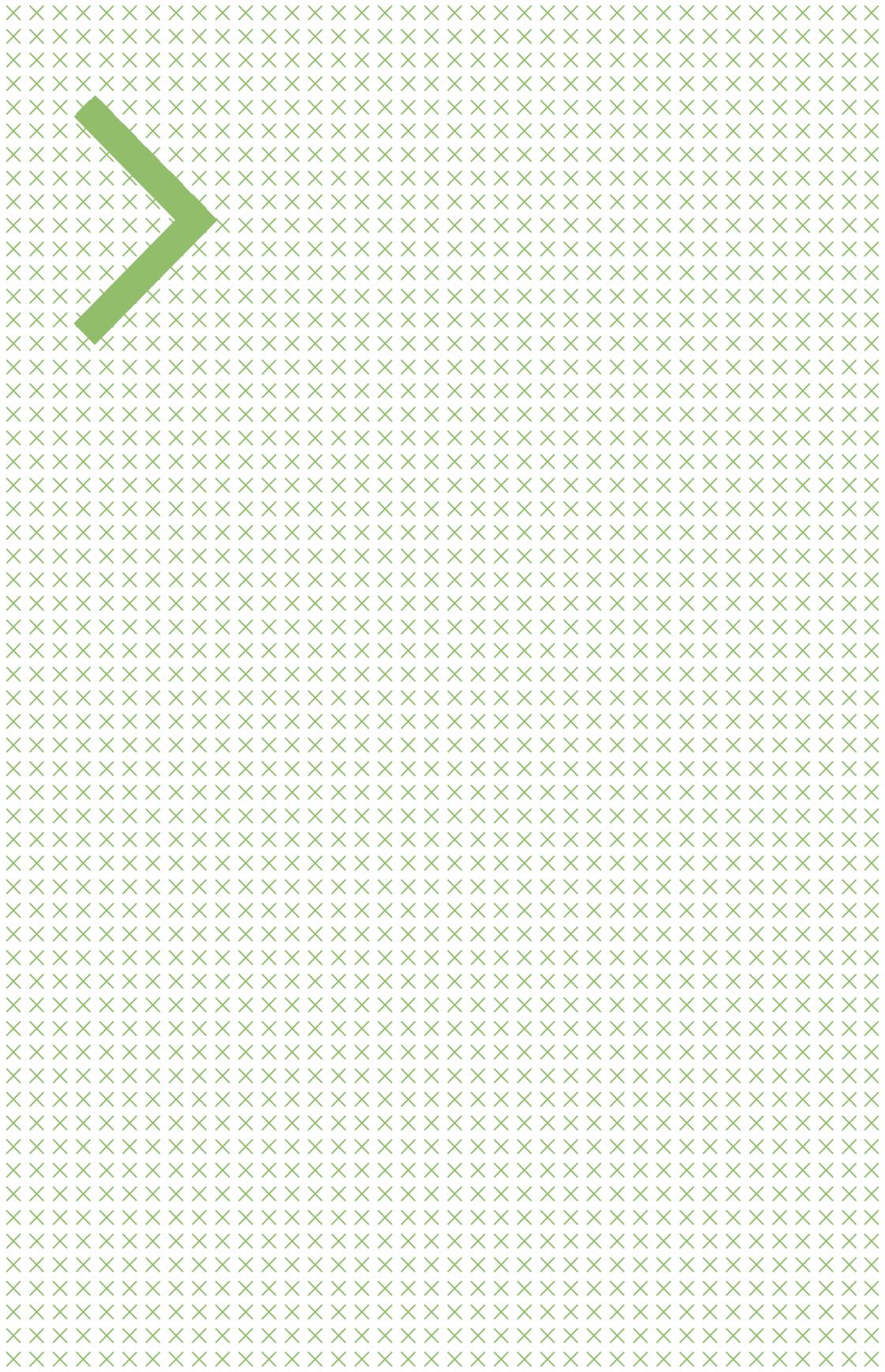
Tato příručka poskytuje vysoce kvalitní úvod do vědecky podložených možností, které by mohly podpořit zdravější chování. Jejím záměrem je rovněž podnítit váš zájem o vědní obory, které empiricky prověřují, jak může prevence co nejlépe dosáhnout zdravějšího chování, jak toto chování udržet a jak lze tyto strategie převést a začlenit do běžné praxe.

Poskytovat podporu rozhodovatelům a odborníkům je hlavním cílem stanoveným v rámci strategie EMCDDA do roku 2025 (EMCDDA Strategy 2025) a vydání této příručky je důležitým krokem k jeho dosažení. Příručka vychází z výsledků Evropských standardů kvality v oblasti protidrogové prevence (EDPQS), které EMCDDA vydalo v roce 2011 s cílem zlepšit kvalitu, efektivitu a dosah preventivních opatření, a tvoří doplněk k *Evropskému průvodci zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému*, jenž byl centrem EMCDDA poprvé vydán v roce 2017. Agentura má velmi dobrou možnost propagovat a šířit jak tuto příručku, tak doprovodný výcvik, a to díky naší síti národních kontaktních míst Reitox a národních specialistů, která umožňuje efektivní výměnu informací a nejlepší praxe i propagaci vědecké excelence.

Rád bych poděkoval našim partnerům v Evropě a v USA, kteří k této práci velkým dílem přispěli, zejména týmu Univerzálního kurikula prevence (UPC), jenž byl odpovědný za mezinárodní kurikulum, a skupině UPC-Adapt, která vytvořila první verzi této evropské příručky.

Pevně věřím ve velký přínos, jímž budou pro Evropu odborní preventivní pracovníci, kteří si uvědomují význam preventivní vědy, mají podporu veřejných institucí a disponují kvalifikací a znalostmi v oblasti empiricky prověřovaných přístupů, které pravděpodobně přinesou výsledky – výsledky, jež přispějí k pozitivnímu rozvoji našich mladých lidí a nakonec i ke zdravější a bezpečnější Evropě.

Alexis Goosdeel
ředitel EMCDDA

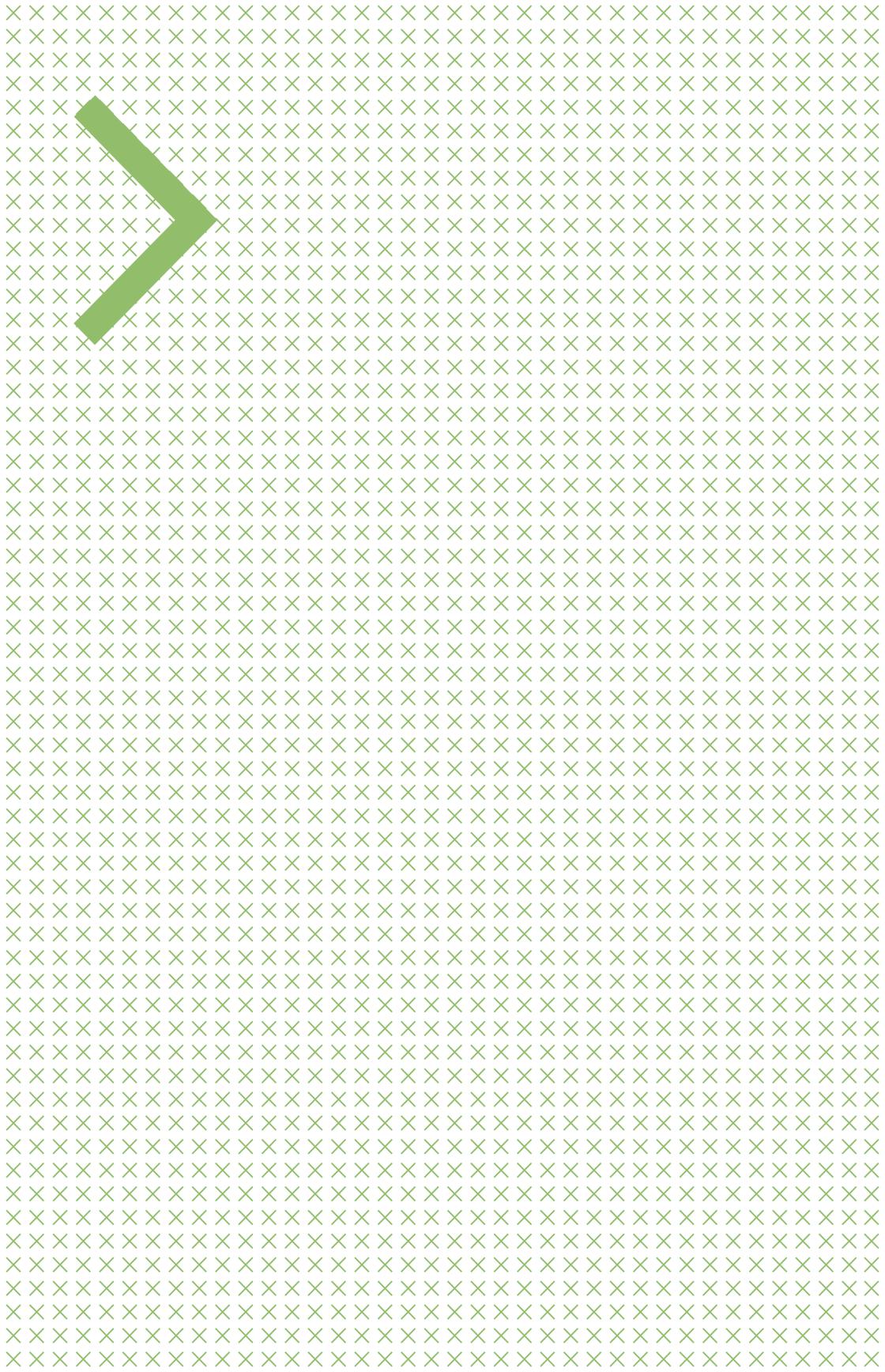


Účel této příručky

Primárním účelem vytvoření příručky Evropské kurikulum prevence bylo poskytnout specifický referenční materiál pro vzdělávací kurzy založené na Evropském kurikulu prevence (European Prevention Curriculum, EUPC). Zainteresovaným čtenářům tento manuál rovněž podává všeobecnější úvod do vědy o prevenci a zejména pak do výzkumem podložených intervencí.

Tato příručka je určena pouze pro účely vzdělávání a výcviku a používat ji mají pouze osoby, které absolvovaly potřebný kurz.

Kritéria týkající se provádění kurzů EUPC jsou společně s podrobnými informacemi o současných poskytovatelích výcviku uvedena na webové stránce <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum>.
Kontakt pro související dotazy a zpětnou vazbu: EUPC@emcdda.europa.eu.



Předmluva

EUPC je Evropské kurikulum, které bylo vytvořeno jako materiál určený pro použití při vzdělávání tvůrců názorů a politik v oblasti prevence. Primárním cílem vzdělávacího programu EUPC je snížit výskyt zdravotních, sociálních a ekonomických problémů spojených s užíváním návykových látek na základě vybudování mezinárodní kapacity v oblasti prevence prostřednictvím rozšiřování základny evropských odborníků na prevenci.

Toto vzdělávací kurikulum bylo vytvořeno v rámci evropského projektu s názvem UPC-Adapt, který byl spolufinancován Evropskou komisí. Na projektu spolupracovalo jedenáct partnerů z devíti evropských zemí, kteří přizpůsobili UPC tak, aby vyhovovalo evropské populaci. Kurikulum UPC původně vypracovala organizace Applied Prevention Science International (APSI) v rámci financování poskytnutého Ministerstvem zahraničí USA programu Colombo Plan Drug Advisory Programme. Adaptace UPC pro evropský kontext vycházela z metodických materiálů Evropského partnerství v oblasti standardů prevence (European Prevention Standards Partnership) pro adaptaci a šíření standardů kvality v různých kontextech (EDPQS Toolkit 4¹). Podrobné informace o použité metodologii a o zemích zapojených do projektu jsou uvedeny v Příloze 1.

Evropské kurikulum je kratší a dostupnější než původní UPC. Na rozdíl od původního UPC, které vyžaduje až 9 týdnů výuky, je lze realizovat během pěti dnů.

Kurikulum EUPC může být realizováno různými způsoby: k dispozici je úvodní online výcvik, modul pro začlenění do vzdělávání v oblasti prevence v akademickém prostředí a vzdělávací modul pro rozhodovatele, tvůrce názorů a tvůrce politik. Struktura odborné průpravy je u obou posledně jmenovaných modulů založena na přístupu kaskádového „školení školitelů“, v rámci kterého mohou vyškolení školitelé výuku dále šířit. Školitelům jsou poskytovány výukové materiály EUPC, které zahrnují manuál školitele a power-pointové prezentace. Tato příručka má sloužit jako referenční materiál a je určena jak pro frekventanty, tak pro školitele.

Na koho se EUPC zaměřuje?

Specifickým účelem tohoto kurikula je zprostředkovat rozhodovatelům, tvůrcům názorů a tvůrcům politik zásadní poznatky o neefektivnějších preventivních intervencích a přístupech podložených vědeckým výzkumem. Do této skupiny, kterou označujeme jako „odborníci na prevenci“, patří koordinátoři prevence, specialisté na prevenci a tvůrce politik, kteří zastávají všeobecné i specializované funkce, do nichž spadá odpovědnost za preventivní programy. V některých zemích tato skupina případně zahrnuje i specializované pracovníky, kteří mají vliv na proces rozhodování a odborný rozvoj. Tyto osoby mohou působit na komunitní, regionální či národní úrovni. Může se jednat o členy vedení nestátních organizací zabývajících se poskytováním prevence, koordinátory prevence v rámci regionální správy, státní zaměstnance, kteří vytvářejí strategii a zadávají preventivní intervence v rámci samosprávné obce, o zainteresované subjekty nebo část komunitních koalic. EUPC se speciálně zaměřuje na tuto skupinu z důvodu její klíčové role, kterou může skupina hrát v ovlivňování rozvoje systémů

1 <http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination>

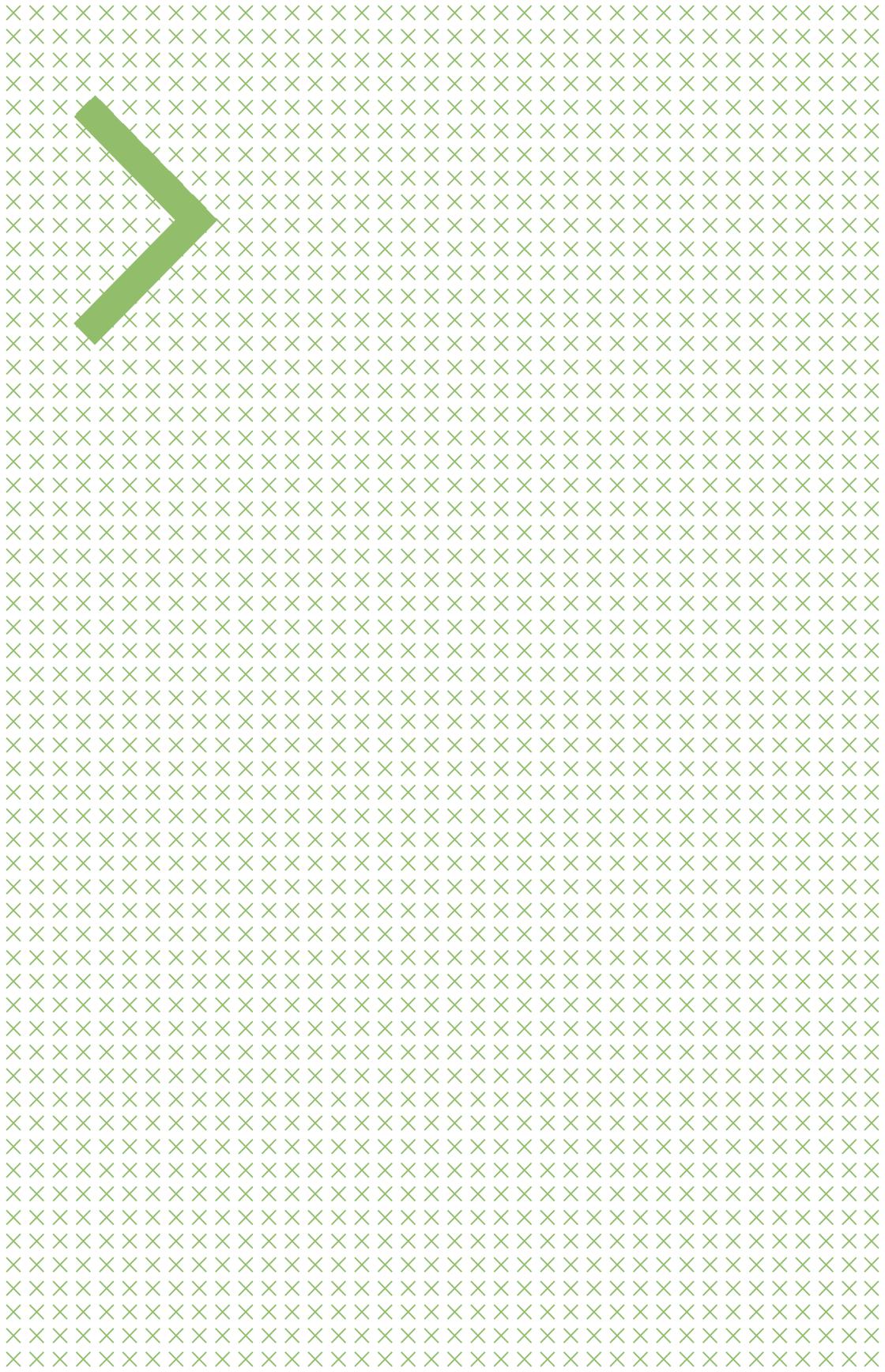
prevence. Její členové mohou zdůrazňovat význam preventivní práce ve společnosti a ovlivňovat kulturu a aktivity v oblasti prevence ve svých regionech a v rámci svých komunit. Tito odborníci již pravděpodobně mají v oblasti prevence určité znalosti a toto kurikulum jejich odbornost ještě více zvýší.

Šířit inovativní a vědecky podložené přístupy v evropských systémech prevence financovaných z veřejných prostředků znamená změnit rozhodování o financování a prioritách, včetně ukončení uplatňování populárních, avšak neefektivních přístupů. Navíc stále silněji platí, že je nesmírně důležité vyškolit rozhodovatele a názorové vůdce ještě před výcvikem, nebo paralelně s výcvikem pracovníků působících v navazující oblasti preventivní práce, tedy pracovníků v přední linii. V opačném případě může docházet k tomu, že budou snahy řádně vyškolených pracovníků v přední linii, jako např. učitelů, vzdělávacích pracovníků v oblasti zdraví a pracovníků zaměřujících se na rozvoj komunit, znemožněny jenom proto, že vědecky podložená prevence bývá často vnímána jako něco, co je kontraintuitivní a co zpochybňuje zavedenou praxi.

Tímto tématem se zabývaly i další projekty. Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) vytvořil vzdělávací program zaměřený na jeho mezinárodní standardy v oblasti prevence užívání drog, který je určen pro tvůrce politik na národní úrovni, a má tudíž připravit politickou půdu pro realizaci výzkumem podložených preventivních přístupů. Kromě něj skýtá vyčerpávající vzdělávací program určený pracovníkům na nižší úrovni než na úrovni národní také původní série UPC pro koordinátory prevence. Pokud jde však o Evropu, zde existuje pravděpodobnost, že rozhodovatelé a tvůrci názorů a politik na regionální a lokální úrovni nebudou schopni (či ochotni) zúčastnit se tak dlouhého a intenzivního vzdělávacího kurzu v oblasti prevence. Proto byl zpracován výcvikový program EUPC, jehož účelem je zprostředkovat poznatky a znalosti v oblasti prevence, které tato skupina potřebuje, a zároveň respektovat jejich časové možnosti. EUPC skýtá stručný, avšak výstižný informativní a z praktického hlediska užitečný přehled témat zahrnujících etiologii a epidemiologii, školskou prevenci, prevenci v rodině, environmentální prevenci a evaluaci. Realizace vzdělávacího programu v akademickém prostředí pomůže zároveň zajistit, aby byly budoucí generace rozhodovatelů a tvůrců názorů a politik vybaveny specifickými znalostmi a poznatky o pokrocích a užitečnosti prevence jako vědního oboru.

Základní předpoklad tohoto přístupu vychází z toho, že budou-li současným a budoucím rozhodovatelům a tvůrcům názorů a politik zprostředkovány dostatečné znalosti o vědeckých principech prevence a bude-li jim umožněno těmto principům porozumět, bude (1) podnícena implementace vědecky podložených přístupů a bude prosazováno ukončení uplatňování neefektivních přístupů a (2) bude vytvořeno prostředí, v němž budou preventivní pracovníci v přední linii motivováni ke zdokonalování svých znalostí a dovedností.

EUPC poskytuje úvod do vědy o prevenci. Pro odborné pracovníky, kteří si chtějí prohloubit své znalosti v této oblasti, jsou k dispozici ucelené kurzy UPC.



Předmluva k českému vydání

Český překlad publikace reprezentuje významný zdroj informací v adiktologické prevenci. V ucelené podobě představuje základy prevence založené na důkazech na jednom místě, přehledně a srozumitelně. Shrnuje témata více známá, jako je např. školská prevence, ale také témata, která jsou v české preventivní praxi již známa méně, ale která si zaslouží stejnou pozornost, např. prevence v pracovním prostředí.

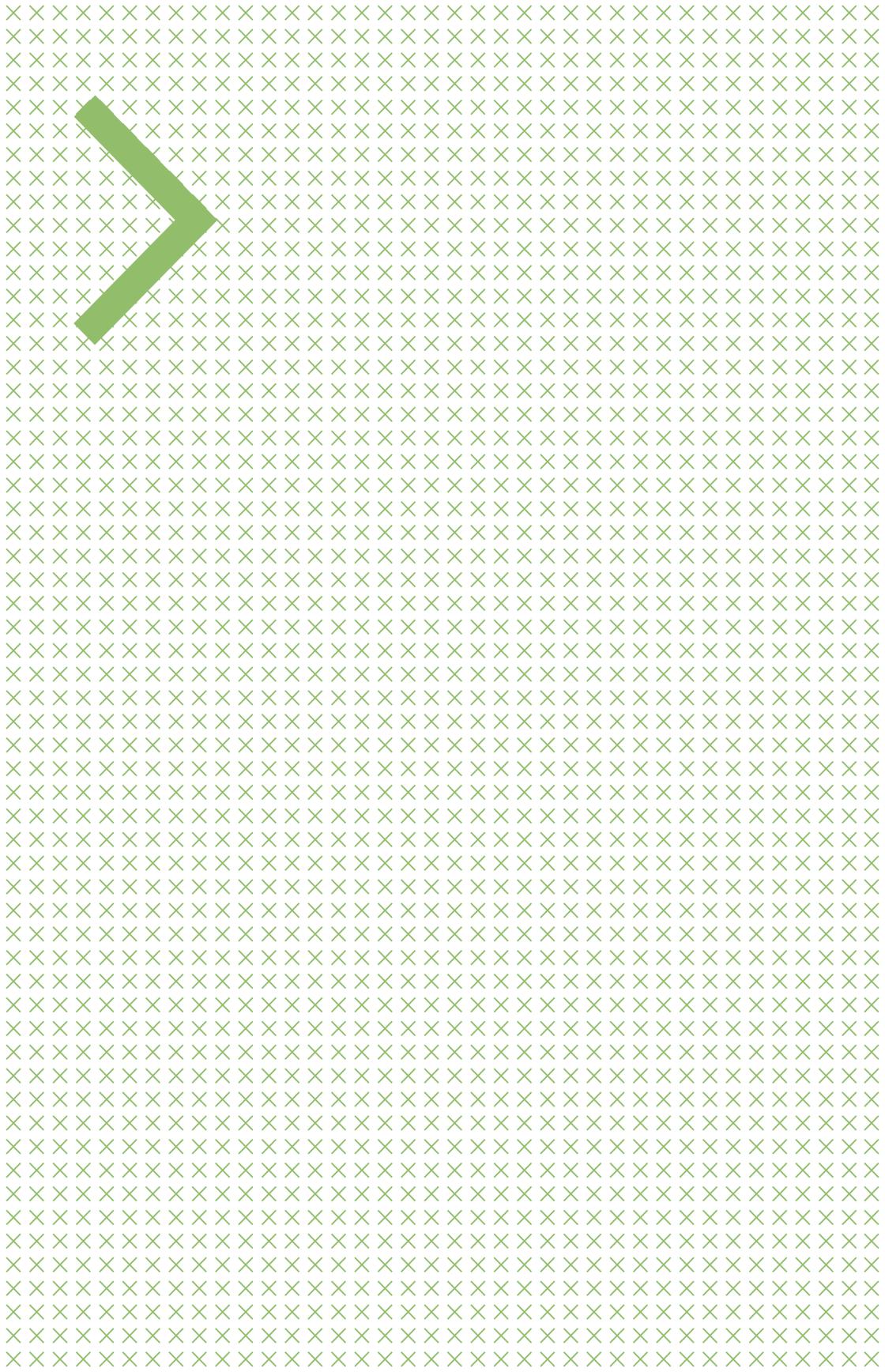
Publikace je výstupem projektu UPC-Adapt, který byl spolufinancován Evropskou komisí. Tento projekt byl zaměřen na cílovou skupinu rozhodovatelů, tvůrců názorů a tvůrců politik v oblasti prevence v adiktologii. Přestože se jedná o důležité „hráče“ v systému preventivní infrastruktury na lokální i národní úrovni, jsou to ti, kteří časem mají vliv na stanovování priorit v prevenci a rozdělování finančních prostředků, a opakovaně je na ně na mnoha místech této publikace upozorňováno, rozhodně nejsou jediní. Jsem toho názoru, že publikace může a měla by sloužit komukoli, kdo chce vědět více o současném pojetí prevence v adiktologii. Vedle lidí s rozhodovacími pravomocemi se bavíme o klíčových profesích, preventivních pracovnících, kteří jsou v přímém kontaktu s cílovými skupinami na školách, v pedagogicko-psychologických poradnách nebo na pracovišti. Další významnou skupinou jsou lidé v profesní přípravě, tedy všichni studenti vysokých škol a další vzdělávané skupiny s různým odborným zaměřením (pedagogika, psychologie, pedagogické vědy, zdravotnické profese atd.).

Projekt UPC-Adapt, na jehož řešení se podíleli i odborníci z České republiky, měl kromě příručky a mnoha dalších výstupů ještě jeden, který stojí za zmínku. Důležitým výstupem byly elektronizované přednášky. Tyto elektronizované přednášky jsme spolu s publikací použili jako základ pro online vzdělávací modul Úvod do prevence založené na důkazech (INEP; Introduction to Evidence-based Prevention). Tento vzdělávací modul je dostupný na <https://mooc.cuni.cz/course/view.php?id=50>. Plně automatizovaný e-learningový kurz v rozsahu 40 hodin vedle namluvených přednášek a četných odkazů na tuto publikaci obsahuje videa, spoustu dalších studijních materiálů, kvízů a testovacích otázek, ale i závěrečný test. INEP přináší aktuální informace z oblasti prevence rizikového chování všem bez bariér, je k dispozici neustále, nemá datum zahájení či ukončení a lze jej studovat v časech, které zájemcům vyhovují.

Informace k prevenci, které tato publikace zprostředkovává, jsou primárně z oblasti adiktologie. Domnívám se však, že většina obsahu je platná také pro další typy rizikového chování. Na důkazech založené postupy, kvalita a dobrá znalost prostředí a cílových skupin jsou koncepty platné pro každý typ preventivních aktivit, ať už se jedná o rizikové sexuální chování, témata z oblasti duševního zdraví nebo kyberkriminality a kyberbezpečnosti.

Obojí, jak tuto publikaci, tak INEP, můžeme považovat za důležité zdroje informací, které podporují kontinuální zvyšování znalostní základny v prevenci založené na důkazech a zvyšování účinnosti preventivních opatření v oblasti rizikového chování.

Roman Gabrhelík
Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze



Úvod

Proč je prevence důležitá?

Zlepšování zdraví má nejen přímý dopad na blahobyt člověka, ale souvisí také se zvyšováním úrovně národního důchodu prostřednictvím vzdělávání dětí, produktivity pracujících a snižování zátěže dopadající na národní systémy zdravotní a sociální péče.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jsou nepřenosné choroby a onemocnění v celosvětovém měřítku příčinou 60 % celkového počtu úmrtí. Tato úmrtí nejsou způsobena infekcemi, nýbrž k nim dochází v důsledku environmentálních a socioekonomických podmínek, průmyslových praktik a zvoleného způsobu života, včetně užívání návykových látek. Skutečnost, že se ve stále vyšší míře potvrzuje souvislost nepřenosných nemocí s průmyslovými praktikami a volbou životního stylu, přiměla země k tomu, aby zavedly a implementovaly preventivní politiky a intervence zaměřené na užívání návykových látek, stravu a fyzické zdraví.

Strategie zaměřené na podporu zdraví představují v tomto kontextu důležitý prostředek k tomu, jak zaujmout jednotlivce a komunity a umožnit jim, aby si zvolili zdravé způsoby chování a uskutečnili změny, které snižují riziko vzniku těchto nemocí a omezují výskyt dalších zdravotních problémů.

Význam zavedení a udržení výzkumem podložených preventivních intervencí, které jsou zaměřeny na užívání návykových látek a mají dosah k rodičům, do škol, podniků a médií, je považován za důležitý. Aktivity v oblasti prevence jsou součástí podpory zdraví, avšak liší se tím, že přinášejí specifická opatření, která se soustředí na změnitelné rizikové a protektivní faktory, jež jsou považovány za činitele způsobující resp. zmírňující zdravotní problémy.

Cílem prevence užívání návykových látek je zabránit lidem v zahájení užívání psychoaktivních látek nebo takové zahájení oddálit. U osob, které již s užíváním začaly, může prevence rovněž pomoci předcházet rozvoji poruch způsobených užíváním návykových látek a s tím spojených zdravotních a sociálních problémů. Prevence má navíc širší záměr, a sice podnítit zdravý a bezpečný vývoj dětí a mladých lidí, který jim umožní rozvíjet jejich nadání a potenciál. Tento záměr uskutečňuje prostřednictvím toho, že jim pomáhá pozitivně se začlenit do své rodiny, školy, mezi vrstevníky, na pracoviště a do společnosti.

Evropské kurikulum prevence (EUPC)

Toto kurikulum se zaměřuje na aplikaci klíčových poznatků, obsažených v Mezinárodních standardech prevence užívání drog zpracovaných úřadem UNODC a ve standardech EDPQS vytvořených EMCDDA a Partnerstvím v oblasti standardů prevence, na evropský kontext „reálného světa“. Je to důležité pro implementaci Závěrů Rady o minimálních standardech kvality², přijatých Radou Evropské unie, v Evropě. Těžištěm zaměření je prevence užívání návykových látek a s ním souvisejících problémů, nicméně obsah tohoto kurikula může být všeobecně aplikován i na ostatní formy rizikového chování

2 http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/eu-minimum-quality-standards_en

(např. násilí, asociální chování, hazardní hráčství, nadměrné hraní her), a může být tudíž inspirací pro preventivní přístupy k těmto formám chování. Získávání povědomí a znalostí o výzkumem podložené prevenci přináší cenné a efektivní nástroje, které mohou být významným přínosem k poskytování intervencí dotčeným populacím v různých zemích a prostředích.

Toto kurikulum je primárně určeno rozhodovatelům a tvůrcům názorů a politik, kteří působí v oblasti prevence v Evropě. Cílem kurikula je poskytnout účastníkům:

- × úvod do základů preventivní vědy;
- × přehled informací, o které je nutno se opírat při výběru a implementaci preventivních intervencí;
- × nástroje pro informování zainteresovaných stran o základech výzkumem podložené prevence užívání návykových látek;
- × nástroje pro koordinaci implementace a evaluace výzkumem podložených intervencí;
- × úvod do principů a postupů prevence v rodině, školské prevence, prevence na pracovišti, prevence založené ve společnosti a environmentální a mediální prevence.

Cílem vzdělávání je, aby byli účastníci, kteří absolvují výcvik založený na tomto kurikulu, schopni:

- × porozumět vývoji (progresi) užívání návykových látek a úloze prevence jakožto odpovědi na tento vývoj;
- × vysvětlit vědecký základ preventivních intervencí, včetně těchto otázek:
 - kdo v určitých prostředích užívá návykové látky, jaké látky užívá a kdy, kde a jak je užívá;
 - vlivy osobních a environmentálních faktorů na zranitelnost a riziko;
 - role behaviorálních a vývojových faktorů, a to jak pro účely zacílení intervencí, tak pro účely přizpůsobení tvorby sdělení a intervenčních strategií;
 - jak aplikovat empiricky podložené teorie změny chování;
 - význam výzkumu pro porozumění tomu, jak efektivní intervence „fungují“;
- × popsat pozadí a principy, které sloužily jako základ pro vytvoření Mezinárodních standardů prevence užívání drog UNODC a standardů EDPQS;
- × popsat význam přesnosti implementace preventivních intervencí, význam monitorování jejich provádění, jakož i význam implementace preventivních politik;
- × pochopit zásadní součásti výzkumem podložených intervencí a politik v různých kontextech, jako například v rodině, ve škole, na pracovišti, v komunitě, prostředí a v médiích.

Tato příručka a její použití

Tato příručka má sloužit jako hlavní referenční dokument jak pro frekventanty, tak pro školitele. Příručka obsahuje doplňkové texty uvádějící podrobné informace o tématech, kterými se kurz EUPC zabývá a ze kterých lze podle potřeby čerpat při zavádění získaných poznatků do praxe.

Úvod příručky popisuje kurikulum EUPC a obsahuje všeobecný popis role odborníka na prevenci v Evropě. Ve stručnosti se také dotýká etických otázek v preventivní práci.

Kapitola 1 podrobně pojednává o spojitosti mezi epidemiologií a etiologickými teoriemi a umožňuje porozumět roli, kterou může prevence hrát v rozvoji poruch způsobených užíváním návykových látek.

Kapitola 2 předkládá stručný přehled některých obecných teorií, které používají vědečtí pracovníci v prevenci při tvorbě a evaluaci efektivních preventivních intervencí a politik. Znat tyto teorie je důležité pro pochopení toho, které prvky jsou nezbytné či užitečné při tvorbě a/nebo adaptaci preventivních intervencí v různých kontextech a prostředích.

Kapitola 3 se podrobně zabývá preventivními intervencemi a politikami podloženými vědeckým výzkumem a soustředí se na Mezinárodní standardy UNODC a standardy EDPQS vypracované centrem EMCDDA. Jsou zde rovněž porovnány výzkumem podložené přístupy, jež obhajují uplatňování standardizovaných intervencí s přizpůsobenými přístupy, které se často zakládají na odborných zkušenostech a konkrétních potřebách. Toto pojednání poukazuje na to, jak různé jsou v Evropě používány.

Kapitola 4 se věnuje monitoringu a evaluaci. Předkládá přehled různých druhů evaluačního výzkumu, které lze použít pro monitorování nebo evaluaci účinků určité intervence či politiky.

Další kapitoly uvádějí popis nejdůležitějších rysů intervencí realizovaných v rámci prevence v rodině (Kapitola 5), školské prevence a prevence na pracovišti (Kapitola 6), environmentální prevence (Kapitola 7), mediální prevence (Kapitola 8) a prevence založené ve společnosti (Kapitola 9). U každého tématu jsou probrány specifické otázky či problémy vztahující se ke každému typu přístupu (např. obtížné zapojování rodin, rezistence vůči mediálním preventivním sdělením a bariéry bránící implementaci preventivních intervencí zaměřených na noční život). Tyto kapitoly se rovněž soustředí na různé typy evropské praxe založené na důkazech a podrobněji se zabývají intervencemi.

Vzdělávání a materiály EUPC kladou důraz na několik klíčových témat. Prvním z nich je definice užívání návykových látek, to znamená užívání psychoaktivních látek, které ovlivňují pocity, vnímání, myšlenkové pochody a/nebo chování. Návykové látky mohou zahrnovat tabákové výrobky a produkty s obsahem nikotinu, alkohol, těkavé látky (inhalanty) a další látky, jako je heroin, kokain, konopí a psychoaktivní léky, které jsou vydávány pouze na lékařský předpis a jsou užívány bez lékařského předpisu. Mezi návykové látky patří látky podléhající režimu kontroly vymezenému úmluvami OSN a látky, které do tohoto režimu kontroly nespádají (například nové psychoaktivní látky), ačkoli posledně jmenovaná skupina může případně podléhat kontrole podle národních zákonů členských států. V kurikulu EUPC se záměrně vyhýbáme používání výrazu „zneužívání návykových látek“, neboť se jedná o nejednoznačný pojem, a tudíž by se na něj mohlo pohlížet jako na výraz vyjadřující předpojatost. Místo tohoto výrazu používáme tam, kde chceme poukázat na užívání návykových látek spojené se značnou škodou, termín „poruchy způsobené užíváním návykových látek“. EUPC také zavádí další výrazy, které popisují vzorce užívání návykových látek, jež nemusí být nutně spojeny se značnou škodou. O těchto tématech podrobněji pojednává Kapitola 1.

Dalším tématem je nauka o prevenci, která umožňuje porozumět faktorům spojeným se zahájením a s vývojem (progresí) užívání návykových látek: jak užívání návykových látek ovlivnilo jedince, rodiny, školy, komunity a země a jak se jím lze zabývat pomocí efektivních strategií, politik a intervencí. UNODC provedl ucelený přezkum aktivit v oblasti prevence s cílem identifikovat nejefektivnější přístupy (tj. Mezinárodní standardy prevence užívání drog – International Standards on Drug Use Prevention, UNODC, 2013).

Pro implementaci jsou tudíž nyní k dispozici efektivní intervence označované též jako výzkumem podložené preventivní intervence, praxe a politiky. Vzdělávací program EUPC je určen k tomu, aby odborníkům na prevenci pomohl vybrat takové intervence a politiky, které se s největší pravděpodobností zabývají potřebami cílových populací, a pomohl jim je kvalitně implementovat, monitorovat kvalitu implementace a vyhodnotit výsledky pro účastníky.

Nauka o prevenci rovněž identifikovala vývojové problémy v užívání návykových látek a behaviorálních závislostech. To znamená jako faktory, které vedou k velmi ranému zapojení se do těchto zdraví ohrožujících forem chování, přičemž k materializaci tohoto chování obecně dochází v pozdním dětství a v období adolescence. Vzhledem k této skutečnosti je nutno vědět, jak působit adekvátně věku, od nemluvňat a velmi malých dětí, přes zranitelnější teenagery a mladé dospělé, až po pokračování v celém období dospělosti.

Další téma se zabývá tím, že užívání návykových látek a další formy rizikového chování jsou obvykle výsledkem interakcí mezi environmentálními faktory a charakteristikami jedinců a mohou být způsobeny neúspěšnou socializací. Například mladí lidé, kteří vyhledávají vzrušující zážitky a kterým se nemuselo dostat pozitivní rodičovské výchovy, možná reagují na proalkoholové marketingové prostředí, například na sportovní sponzorring, jinak, než ti, kteří tento osobnostní rys nevykazují nebo kterým se pravděpodobně dostalo pozitivní rodičovské výchovy, jež usměřňovala jejich „senzacechtivost“ a vedla je ke konstruktivním způsobům chování. Účelem výzkumem podložených preventivních intervencí je pozitivně zasahovat v těchto různých prostředích, např. v rodině, ve škole, na pracovišti, v komunitě a zlepšovat interakce mezi dětmi a jejich rodiči, mezi dětmi a školou, zaměstnanci a pracovištěm, mezi obyvateli a jejich komunitou a tím zvyšovat pocit bezpečí a podpory. A to je také důvod, proč vytváříme kurikula, jež se zaměřují na pomoc odborníkům na prevenci ve všech těchto prostředích.

Vyškolení odborníci na prevenci musejí znát informace z celé řady oborů, včetně epidemiologie, sociologie a psychologie. Tato příručka a doprovodný výcvik ukazují, jak mohou tyto dovednosti uplatňovat, aby byli schopni:

- ✗ vyhodnotit povahu a rozsah užívání návykových látek v jejich oblasti, včetně sběru a analýzy dat;
- ✗ identifikovat nejrizikovější populace a provést analýzu adekvátních potřeb;
- ✗ svolat vhodné skupiny osob, které se budou problémem zabývat;
- ✗ přesvědčit zainteresované strany o hodnotě výzkumem podložených programů a politik:
 - podpořit výběr a evaluaci preventivních intervencí a zvolit vhodné intervence, které se zabývají zjištěními/výsledky získanými z analýzy potřeb;

- ✗ vybrat intervence, které jsou nezbytné pro dosažení účinku:
 - implementovat a monitorovat výzkumem podložené úsilí a vyhodnotit jeho výsledky, často ve spolupráci s výzkumným týmem;
- ✗ podpořit přesnost a udržitelnost intervencí, avšak zároveň pamatovat na proveditelnost a přijatelnost intervence.

Role odborníka na prevenci

Až donedávna bylo k dispozici jen málo informačních zdrojů, jež sdružovaly kompetence a úkoly, které jsou nezbytné pro rozhodovatele a tvůrce názorů a politik v oblasti prevence k naplňování jejich role, a procesů podílejících se na výběru a implementaci vhodných preventivních intervencí a politik přizpůsobených specifickým potřebám společnosti. Evropské vzdělávací programy v oblasti prevence se od sebe navzájem liší, a tato skutečnost je příčinou nedostatečné definice a nekonzistentního popisu odborníka na prevenci (Gabrhelík et al., 2015). Prostřednictvím tohoto kurikula a vzdělávacího programu EUPC se snažíme standardizovat vzdělání a výcvik, a posílit tak celoevropskou základnu pracovníků v oblasti prevence. Je to pouze jeden z kroků, které jsou nezbytné pro to, aby byla ještě více formálně potvrzena role odborníka na prevenci a byl uznán jeho význam.

Termín „odborník na prevenci“ používáme pro vyškolené rozhodovatele, tvůrce názorů či tvůrce politik, kteří jsou odpovědní za plánování, implementaci a monitoring preventivních intervencí a/nebo politik v rámci určité geografické oblasti. Tyto osoby mohou vykonávat dohled nad ostatními preventivními pracovníky v přední linii, kteří pomáhají provádět nebo monitorovat preventivní intervence, a mohou být rovněž tváří a hlasem prevence ve společnosti.

Několik národních a mezinárodních skupin vydalo v současné době materiály, prostřednictvím kterých popisují, jaké schopnosti a dovednosti jsou nezbytné k tomu, aby bylo možno provádět kvalitní preventivní intervence. K těmto zdrojům patří Mezinárodní standardy prevence užívání drog zpracované úřadem UNODC. (2013), standardy EDPQS vydané centrem EMCDDA (2011) a standardy pro adiktologické a odborné preventivní pracovníky vytvořené konsorciem International Certification and Reciprocity Consortium (www.internationalcredentialing.org). Velká část obsahu tohoto kurikula pochází právě z těchto zdrojů.

Manuál EDPQS obsahuje standardy kvality pro odborníky na prevenci. Předkládá seznam čtyř oblastí kompetencí souvisejících s realizací intervencí: (1) všeobecné kompetence, (2) základní intervenční kompetence, (3) specifické intervenční kompetence a (4) meta-kompetence.

- ✗ Všeobecné kompetence se týkají osob, které vykonávají jakékoli aktivity v oblasti prevence, např. komunikační dovednosti, řízení intervencí, sociální a osobní dovednosti.
- ✗ Základní intervenční kompetence zahrnují kompetence, které jsou nezbytné pro provedení preventivní intervence, např. znalost efektivních přístupů a složek prevence užívání návykových látek, interaktivní výukové strategie a problematika vývoje.
- ✗ Specifické intervenční kompetence zahrnují znalosti a dovednosti, které jsou specifické pro příslušnou zvolenou intervenci, např. efektivní strategie v oblasti rodičovské výchovy a výuka rozhodovacích dovedností.

- ✗ Metakompetence přesahují rámec výše uvedených oblastí a zahrnují dovednosti nezbytné pro adaptaci preventivních intervencí tak, aby intervence efektivně naplnily specifické potřeby cílového publika, např. kulturní citlivost. Zahrnují ale také organizaci komunity, plánování, tvorbu zdrojů, monitoring a evaluaci.

Etika a prevence užívání návykových látek

Zatímco zaobírat se etikou léčby užívání návykových látek, etikou snižování škod (harm reduction) a etikou výzkumu je poměrně běžné, méně běžné již je podrobně se zabývat etikou prevence užívání návykových látek. Aktivity realizované v rámci prevence užívání návykových látek nemusejí nutně vyžadovat provádění fyzických či klinických intervencí, i přesto však představují určitou formu zásahu do života osob. Všechny intervence prováděné v rámci prevence užívání návykových látek se opírají o posouzení toho, co je pro účastníky „dobré“ či „špatné“ (což bývá například vyjádřeno v cílech intervence). Zavádění intervencí v prevenci užívání návykových látek může být rovněž výsledkem vnímání přijatelnosti určitého chování ze strany společnosti, s nímž se ovšem cílová populace nemusí ztotožňovat. Prevence kromě toho obvykle cílí na mladé lidi, a v případě cílené prevence mohou právě tito mladí lidé patřit k těm, kdo je v rámci populace nejvíce ohrožen a kdo je možná již vyloučen z mainstreamové společnosti. Vzhledem k tomu, že ve všech zemích platí zákony, které kontrolují užívání některých návykových látek, je důležitým etickým kritériem, které je třeba zvážit, také zajistit, aby intervence „neškodily“ tím, že budou například zvyšovat pravděpodobnost užívání.

Otázky etiky tudíž vyvstávají na mnoha různých úrovních, počínaje opodstatněním preventivní práce jako takové. Odborníci by neměli předpokládat, že činnosti v oblasti prevence užívání návykových látek jsou již jen podle samotné definice etické a pro účastníky prospěšné. K zásadám etiky aktivit v oblasti prevence užívání návykových látek, odvozeným ze standardů EDPQS a aplikovaným na toto kurikulum, patří:

- ✗ dodržovat zákonné požadavky;
- ✗ respektovat práva a autonomii účastníků (např. v souladu s ustanoveními mezinárodních rámcových úmluv o ochraně lidských práv a práv dětí);
- ✗ poskytovat účastníkům skutečné přínosy (tj. zajistit, aby byla intervence pro účastníky užitečná a byla z jejich strany přijata);
- ✗ nezpůsobovat účastníkům škodu nebo značné nevýhody (např. iatrogenní účinky – nechtěné a nepředvídané škodlivé účinky, nemoc nebo zranění, vyloučení, stigma);
- ✗ poskytovat transparentní, přesné, neutrální a vyčerpávající informace;
- ✗ získat před účastí souhlas účastníků;
- ✗ zajistit, aby byla účast dobrovolná;
- ✗ zacházet s údaji účastníků důvěrně;
- ✗ v případě potřeby zachovávat mlčenlivost o účasti na preventivních aktivitách;
- ✗ přizpůsobit intervenci potřebám a preferencím účastníků;
- ✗ zapojit účastníky do tvorby, implementace a evaluace intervence jako partnery;
- ✗ chránit zdraví a bezpečnost účastníků a pracovníků.

V závislosti na druhu intervence může být obtížné, či přímo nemožné dodržet všechny zásady etické prevence užívání návykových látek. Získat informovaný souhlas a zajistit dobrovolnost účasti se může v případě všeobecných preventivních intervencí nebo například u intervencí prováděných v rámci trestního soudnictví, kde může být účast vyžadována ze zákona, ukázat jako problém. V souvislosti se zásadou „nezpůsobovat škodu“ je nutno poznamenat, že i přístupy cílené prevence mohou účastníky stigmatizovat (EMCDDA, 2009, s. 48).

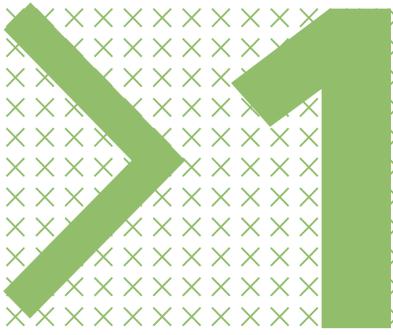
Jednotlivé zásady si mohou navzájem odporovat. Může se například stát, že účastníci se budou chtít chovat způsobem, který jim způsobuje škodu (např. užívání návykových látek), nebo že jakožto partneři v tvorbě intervence požádají o intervenční přístupy, u kterých se ukázalo, že mohou být neefektivní či dokonce škodlivé (např. rozhovor s bývalým uživatelem návykových látek nebo s vrstevníkem užívajícím návykové látky). Obtížné může být i posoudit etiku intervence ještě před tím, než byla implementována (např. předpovídat přínosy a škody). A konečně: všechny zásady prevence do určité míry podléhají způsobu interpretace (např. co zakládá podstatu přínosu a pro koho?), přičemž změny v protidrogových zákonech některých zemí (např. držení konopí) mohou naznačovat, že jsou některé formy uživatelského chování ve společnosti přijatelnější než jiné.

Neexistuje jasná odpověď na všechna zohlednitelná etická kritéria či všechny etické rozpory, se kterými se lze v preventivní práci setkat, avšak tím, že se o nich diskutuje a přemýšlí, se zvyšuje povědomí a je usnadněn otevřený dialog o tom, jak by tato kritéria mohla ovlivnit práci v oblasti prevence. Etický přístup musí být jasně patrný v každé fázi intervence. Poskytovatelé intervence musejí zvažovat, co je v rámci intervence možné (např. pokud nelze získat písemný souhlas, může být možné získat souhlas ústní), a věnovat zvláštní pozornost všem specifickým otázkám, které z intervence vyvstanou (např. otázky bezpečnosti v rodině, které je nutno hlásit odpovědnému orgánu). Měli by rovněž přihlížet k tomu, že různé zainteresované strany (např. pracovníci, účastníci, široká veřejnost, státní správa) mohou mít různý pohled na to, co je „etické“. Těžištěm pozornosti by však vždy měli být účastníci (EMCDDA, 2011).



ČÁST I

**Všeobecné koncepce
tvořící základ efektivní prevence**



Kapitola 1

Epidemiologie – porozumění povaze a rozsahu užívání návykových látek

Efektivní preventivní intervence se musejí zakládat na správném porozumění povaze a rozsahu užívání látek v komunitě. A to je v zásadě úkolem drogové epidemiologie. WHO definuje epidemiologii jako „studium rozložení a determinantů stavů či událostí (včetně nemocí) majících vztah ke zdraví a studium vzniku stavu/události/nemoci mající vztah ke zdraví (incidence), studium stávajících případů stavu/události/nemoci majících vztah ke zdraví (prevalence) a uplatnění tohoto studia v oblasti kontroly nemocí a ostatních zdravotních problémů“³. Porozumění povaze a rozsahu užívání návykových látek je pro intervenování prostřednictvím výzkumem podložených programů a politik klíčovým prvkem a bude vám pomáhat ve vaší práci odborníka na prevenci.



V souvislosti s úsilím v oblasti prevence hrají epidemiologická data tuto úlohu:

- ✗ pomáhají nám porozumět rozložení stavů majících vztah ke zdraví v rámci určité populace a determinantám příslušného zdravotního problému;
- ✗ identifikuje nové případy konkrétního zdravotního problému („incidenci“) a úroveň konzumace v rámci populace (prevalenci);
- ✗ jsou spojena s používáním různých metod určených ke sběru dat, včetně monitorovacích systémů a průzkumů;
- ✗ zahrnují analytické studie umožňující porozumět determinantám zdravotního problému.

Tato kapitola se zabývá druhy dat, která byla získána z epidemiologických průzkumů a analytických studií. Abychom objasnili některé z příčin užívání návykových látek a z faktorů, které k němu přispívají, ukážeme si etiologický model, který popisuje způsob, jak environmentální vlivy interagují s individuální charakteristikou, a vystavují tak jedince většímu či menšímu riziku užívání návykových látek a dalších forem problémového chování. Budeme se přitom zabývat procesem socializace, který dětem pomáhá si osvojit kulturně akceptované postoje, normy, přesvědčení a způsoby chování, jež jim napomáhají k tomu, aby se jim v životě vedlo dobře. Třebaže se zde soustředíme na děti a mladé lidi, pamatujte prosím na to, že prevence má význam po celý průběh života a že i dospělí lidé jsou vystaveni riziku spojenému s environmentálními vlivy na chování.

3 <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>

1.1 Užívání návykových látek v Evropě

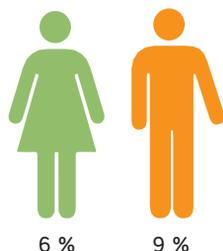
Prevence užívání návykových látek se může zaměřovat na jednu nebo více legálních či nelegálních psychoaktivních látek, mezi něž se řadí:

- ✗ alkohol;
- ✗ tabákové výrobky (včetně elektronických cigaret);
- ✗ ostatní, často nelegální drogy, včetně konopí, amfetaminů, konopí a kokainu, nebo látky, které jsou vyráběny legálně, avšak jsou užívány výhradně pro své psychoaktivní či neléčebné účinky (např. schválené léky a nové psychoaktivní látky).

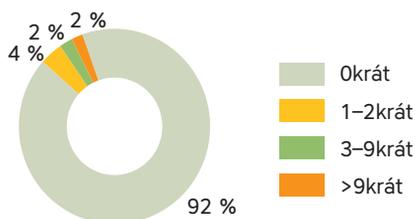
Pozornost je přitom věnována negativním důsledkům užívání pro zdraví a dopadu těchto látek na společnost.

Obrázek 1: Prevalence užívání návykových látek mezi studenty evropských škol

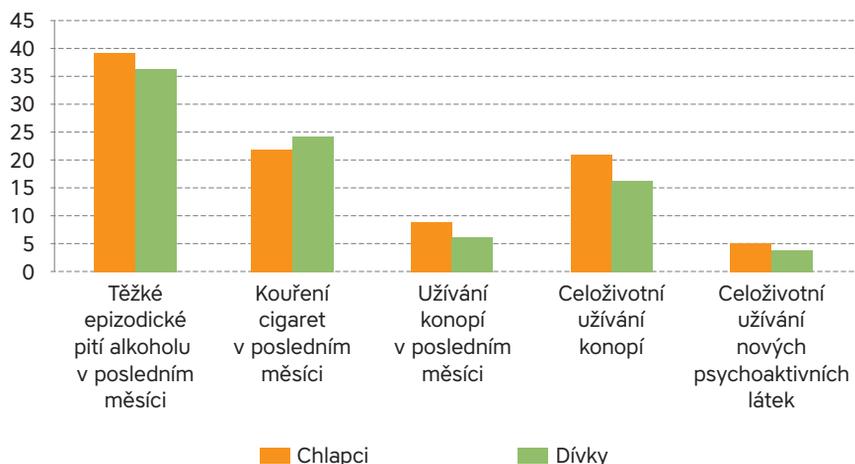
Užívání konopí v posledním měsíci, podle pohlaví



Četnost užívání konopí v posledním měsíci



Užívání návykových látek (v procentech)



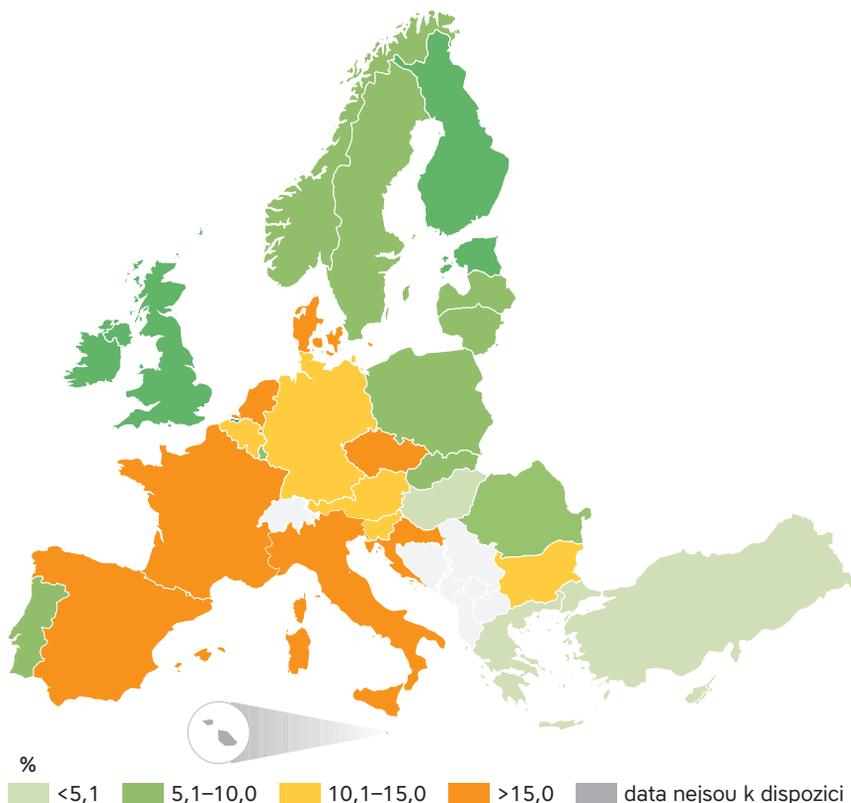
Pozn.: Vychází z údajů z 23 členských států EU a Norska, které se zúčastnily studie.

Zdroj: EMCDDA, 2017a

Podle zjištění Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) konzumovalo alkohol alespoň jednou za život 83 % evropských studentů (Obrázek 1). Polovina studentů uvedla, že v posledním měsíci nejméně jednou pila alkohol. Necelá polovina (47 %) studentů kouřila cigarety, 23 % studentů uvedlo kouření jedné či více cigaret denně a 3 % kouřila více než 10 cigaret denně (EMCDDA, 2015). Dalším zajímavým faktem je, že 1 z 10 Evropanů (tedy nejen studentů) vyzkoušel nebo používal elektronické cigarety či podobná zařízení (Evropská komise, 2015).

Současný profil užívání návykových látek v Evropě zahrnuje širší sortiment látek než v minulosti. Mezi uživateli návykových látek je běžné polyvalentní užívání, individuální vzorce užívání sahají od experimentování a krátkodobého užívání k pravidelnějšímu užívání, intenzivnímu užívání a k závislosti. Užívání všech látek je obecně vyšší mezi muži než mezi ženami a tento rozdíl je často ještě zesílen vzorci intenzivnějšího či pravidelnějšího užívání. Prevalence užívání konopí je v porovnání s ostatními nelegálními látkami zhruba pětinašobná. Užívání heroínu a jiných opioidů je sice i nadále poměrně zřídka, avšak i tak se v jejich případech stále jedná o látky, které jsou nejčastěji spojeny se škodlivějšími formami užívání, včetně injekční aplikace drog.

Obrázek 2: Prevalence užívání konopí mezi mladými dospělými (15–34 let) v posledním roce: poslední dostupné údaje



Zdroj: EMCDDA, 2018a

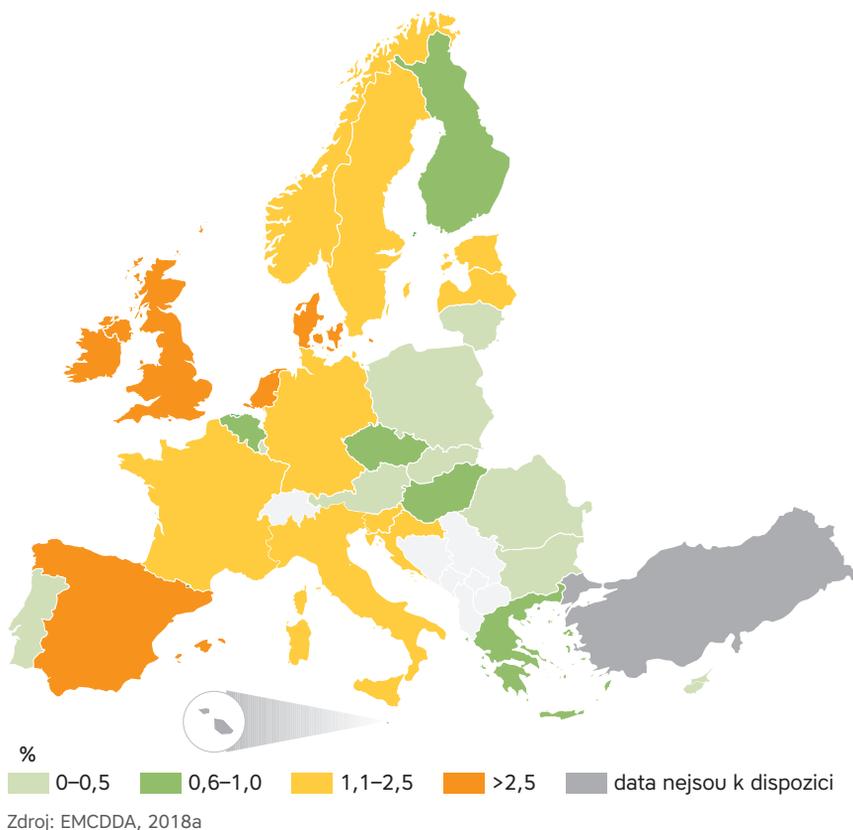
Užitečný může být také pohled na vzorce užívání, které byly zjištěny v rámci národních průzkumů běžné populace. Odhaduje se, že nelegální návykové látky alespoň jednou za život vyzkoušelo více než 92 milionů – tj. něco přes jednu čtvrtinu – osob v Evropské unii ve věku 15–64 let. Zkušenosti s užíváním návykových látek jsou častěji hlášeny u mužů (56 milionů) než u žen (36,3 milionu). Nejčastěji zkoušenou nelegální látkou je konopí (53,5 milionu mužů a 34,3 milionu žen); mnohem nižší jsou odhady týkající se celoživotního užívání kokainu (11,8 milionu mužů a 5,2 milionu žen), 3,4-methylenedioxy-N-metamfetaminu (MDMA; 9 milionů mužů a 4,5 milionu žen) a amfetaminů (8 milionů mužů a 4 milionu žen). Úrovně celoživotního užívání konopí se v rámci jednotlivých zemí značně liší a pohybují se od cca 41 % dospělých ve Francii k méně než 5 % na Maltě (Obrázek 2). Užívání návykových látek v posledním roce slouží jako měřítko současného užívání návykových látek a je převážně soustředěno mezi mladými dospělými. Podle odhadu užívalo návykové látky v Evropě v posledním roce 18,9 milionu mladých dospělých (ve věku 15–34 let), přičemž počet mužů byl dvakrát vyšší než počet žen.

Napříc všemi věkovými skupinami je pravděpodobně nejužívanější nelegální látkou konopí. Tato látka se zpravidla kouří a v Evropě se často používá smíchaná s tabákem. Vzorce užívání konopí mohou sahát od příležitostného užívání k pravidelnému užívání, až po užívání závislé. Podle odhadu užilo konopí alespoň jednou v životě 87,6 milionu evropských dospělých ve věku 15–64 let, tj. 26,3 % této věkové skupiny. Z tohoto počtu užilo podle odhadu 17,2 milionu mladých Evropanů ve věku 15–34 let, tj. 14,1 % této věkové skupiny, konopí v posledním roce, přičemž 9,8 milionu z nich bylo ve věku 15–24 let (17,4 % věkové skupiny 15–34 let). Míra prevalence mezi osobami ve věku 15–34 let se v posledním roce pohybuje od 3,5 % v Maďarsku do 21,5 % ve Francii. Poměr mužů a žen mezi mladými lidmi, kteří v posledním roce užívali konopí, činí 2 : 1.

Nejčastěji užívanou nelegální stimulační látkou v Evropě je kokain s tím, že více se užívá v jihoevropských a západoevropských zemích (Obrázek 3). U pravidelných uživatelů lze rozlišovat mezi více společensky integrovanými uživateli, kteří často šňupou práškový kokain (kokain hydrochlorid), a uživateli z okraje společnosti, kteří si kokain aplikují injekčně nebo kouří crack (báze kokainu), někdy paralelně s užíváním opioidů. Podle odhadu kokain někdy v životě vyzkoušelo 17 milionů evropských dospělých ve věku 15–64 let, tj. 5,1 % této věkové skupiny. Přibližně 2,3 milionu z nich jsou mladí dospělí ve věku 15–34 let (1,9 % této věkové skupiny), kteří tuto látku užíli v posledním roce (EMCDDA, 2018a).

Všechny návykové látky mohou být vzhledem ke svým krátkodobým a dlouhodobým toxickým účinkům škodlivé. Jelikož však není prováděna kontrola kvality při výrobě ani při prodeji nelegálních návykových látek, vznikají v souvislosti s jejich užíváním další rizika. V posledních letech stoupá dostupnost nových a/nebo neznámých silných, ředěných (pančovaných) a kontaminovaných psychoaktivních látek a nelegálních drog, čímž se zvyšuje riziko výskytu škodlivých následků. Kontaminanty se mohou do drog dostat také jako vedlejší produkty procesů nekvalitní výroby, dodávky a uchovávání. Mohou mezi ně patřit mikroorganismy a další biologické a infekční látky. Nežádoucí příměsi mohou být do drogových preparátů přidávány úmyslně, s cílem pozměnit účinky, zvýšit hmotnost při prodeji produktu nebo zamaskovat snížení síly účinku (např. přidáním lokálních anestetik za účelem napodobení otupujících účinků kokainu). Pro zvětšení objemu drogy se mohou rovněž používat chemické látky, které nevyvolávají závislost

Obrázek 3: Prevalence užívání konopí mezi mladými dospělými (15–34 let) v posledním roce: poslední dostupné údaje



(avšak jsou potenciálně toxické). Jejich přidáním lze snížit množství účinných látek, a tím zvýšit ziskovost prodejců. Další škodlivé účinky drog však mohou být nepředvídatelné a mohou vznikat v důsledku vnitřních individuálních biologických rozdílů nebo mohou být ovlivněny současně se vyskytujícími zdravotními problémy, socioekonomickými faktory a způsoby chování souvisejícími s drogami, např. kde je droga užívána, způsob aplikace a hygiena při aplikaci (např. sdílení aplikačních pomůcek a další rizika spojená s injekčním užíváním).

EMCDDA vydává výroční zprávy o trendech a vývoji užívání návykových látek v Evropě. Vydává rovněž národní zprávy o drogách (Country Drug Reports), ve kterých jsou uvedeny poslední dostupné údaje o užívání návykových látek v členských státech EU, v Turecku a Norsku. Veškeré publikace jsou k dispozici na www.emcdda.europa.eu/publications.

1.2 Farmakologie a fyziologie

Porozumění problematice, která je základem užívání návykových látek a škodlivých následků (včetně poruch způsobených užíváním), by mělo pracovníkům v prevenci pomoci objasnit význam časného zabývání se užíváním návykových látek a problémy

s ním spojenými prostřednictvím výzkumem podložených preventivních intervencí. Rozhodovatelům a tvůrcům politik tyto informace kromě toho pomohou pochopit, že vícečetné komplexní preventivní intervence, které se zaměřují na rodiny, mladé lidi a lokální prostředí pracovišť, hrají v rámci zabývání se užíváním návykových látek a jeho důsledky zásadní roli. Toto pochopení navíc posílí potřebu definovat tvorbu preventivních programů na základě vývojového rámce a začlenit do ní intervence zaměřené na všechny věkové skupiny.

Užívání návykových látek

Obecně platí, že pokud v tomto kurikulu hovoříme o návykové látce, máme na mysli chemickou látku, která v případě aplikace a absorpce pozměňuje biologickou strukturu či fungování. Naše pozornost se zde zaměřuje na psychoaktivní látky, a to zejména na takové, které ovlivňují pocity, vnímání, myšlenkové pochody a/nebo chování. Psychoaktivní látky dosahují těchto účinků proto, že pozměňují fungování nervového systému. Studiem toho, jak látky ovlivňují chování a psychologické procesy, se zabývají psychofarmakologové. Studiem vlivu látek na živé systémy se zabývá farmakologie.

U různých látek trvá různě dlouho, než se rozpadnou (metabolizují) a jsou eliminovány z těla. Doba, za kterou se z těla eliminuje polovina původní dávky látky, se nazývá (biologický) poločas. Poločas látky má vliv na to, jak dlouho působí její účinky a jak dlouho trvá, než se tělo látky zcela zbaví. Jestliže jedinec přestane užívat návykovou látku, může být důležité znát poločas látky, a tudíž vědět, jak dlouho bude u příslušného jedince trvat, než se jeho tělo od látky zcela očistí.

Dobu trvání metabolizace látky ovlivňují i jiné faktory než pouhý poločas látky. Na tom, jak tělo psychoaktivní látky absorbuje, metabolizuje a jak je eliminuje, se podílí také věk a pohlaví jedince, skutečnost, zda jedinec užívá jiné návykové látky, doba, po kterou látku pravidelně užíval, a množství pravidelně užívané látky. Užívá-li jedinec návykovou látku často a intenzivně, může být látka metabolizována a eliminována rychleji. U malých dětí a starších dospělých jsou látky metabolizovány a eliminovány pomaleji než u mladých lidí a osob středního věku. Zároveň obecně platí, že ženy jsou vzhledem k rozdílům ve faktorech, jako je velikost těla, množství tělesného tuku a funkce jater, citlivější na účinky drog než muži.

Navzdory snahám o vytvoření klasifikace psychoaktivních látek na základě jejich farmakologie a psychofarmakologických účinků dosud neexistuje jednotný a univerzálně akceptovaný klasifikační systém. Drog lze však obecně řadit do těchto skupin:

- ✗ Stimulancia centrálního nervového systému (CNS) – např. amfetaminy, kokain, modafinil, nikotin, kofein: látky zvyšující činnost CNS. Mají tendenci zvyšovat tepovou frekvenci a zrychlovat dech, dodávají pocit vysoké euforie a některé z nich zvyšují pocity družnosti.
- ✗ Empatogeny (někdy též označované jako entaktogeny) – např. MDMA, mefedron, 6-APB: tyto látky mají stimulační účinky, avšak vyvolávají i pocity sounáležitosti a empatie s druhými. V závislosti na droze a užití dávce mohou rovněž působit psychedelickými účinky.
- ✗ Psychedelika – např. diethylamid kyseliny lysergové (LSD), dimethyltryptamin (DMT), psilocybin, meskalin: látky způsobující výrazné změny myšlení, smyslového vnímání a změny stavů vědomí.

- ✗ Disociační látky – např. ketamin, oxid dusný, dextrometorfan (DXM), fencyklidin (PCP): látky, které způsobují změny smyslového vnímání a vyvolávají pocity oddělení (disociace) od prostředí, od ostatních a sebe sama.
- ✗ Kanabinoidy – např. konopí: žádoucí účinky těchto látek zahrnují stav uvolnění a zlepšení nálady, včetně mírných změn smyslových vjemů.
- ✗ Látky tlumící CNS – např. alkohol, benzodiazepiny, gama-hydroxybutyrát (GHB): látky, které tlumí či snižují bdělost (arousal) nebo stimulují nervový systém k navození spánku, k uvolnění a zmírnění úzkosti. Látky tlumící CNS, jakými je například alkohol, vyvolávají zlepšení nálady a zvýšení družnosti.
- ✗ Opioidy – např. heroin, morfin, tramadol: látky navozující uvolnění a někdy i zlepšení nálady. V klinické praxi se používají jako analgetika (pro tlumení bolesti). Tato vlastnost někdy také bývá důvodem jejich neindikovaného užívání.

Vzhledem k tomu, že spektrum užívaných nových psychoaktivních látek stále narůstá, nebudou seznamy, jako je ten výše uvedený, nikdy kompletní. Pro odborníky na prevenci proto možná bude obtížné neustále znát nejnovější informace o různých návykových látkách. K dispozici je nicméně celá řada online nástrojů, jako je např. tzv. Drugs Wheel⁴, které poskytují informace o spektru drog v různých třídách.

Je důležité mít na paměti, že fakt, že je návyková látka legální, ještě neznamená, že je bezpečnější než látka nelegální. Legálnost návykové látky se v zásadě odvíjí spíše od tradic, kultury a politických či náboženských faktorů než od toho, zda je látka více či méně škodlivá než jiné látky. Jako dobrý příklad zde slouží alkohol a tabákové výrobky. Podle prognóz způsobí užívání tabáku do roku 2030 v celosvětovém měřítku více než 8 milionů úmrtí ročně. Zhruba 3 miliony úmrtí, tj. 5,3 % všech úmrtí, připadaly podle Světové zdravotnické organizace⁵ v roce 2018 na konzumaci alkoholu.

Způsob, jakým se návyková látka užívá, se nazývá „způsob aplikace“ nebo „cesta podání“. Psychoaktivní látky se mohou do těla dostat různými způsoby aplikace, včetně (mimo jiné) perorálního podání/spolknutí; šňupání (vdechování neboli inhalace nosem, někdy označované jako insuflace); kouření; vdechování dýmu nebo výparů, intramuskulární injekcí (vpravením látky do svalů); subkutánní injekcí (vpravením látky pod kůži), intravenózní injekcí (vpravením látky do žíly); topické aplikace (aplikací látky na povrchovou vrstvu kůže) a sublingválního podání (rozpuštěním látky pod jazykem a jejím vstřebáním přes ústní tkáň). Způsob aplikace hraje významnou roli, neboť má vliv na to, jak rychle se látka dostane do mozku: čím rychleji se látka dostane do mozku, tím vyšší a více posilující je její účinek. Intravenózní aplikace je rychlejší než inhalace či kouření, které jsou naopak zase rychlejší než perorální podání.

Rychlost vývoje od prvního užití látky k problémům, jakými jsou například poruchy způsobené užíváním návykových látek (o kterých pojednává následující část této kapitoly), je komplexní jev, jenž je určován takovými faktory, jako je věk, ve kterém se s užíváním začalo, užívaná látka a zkušenosti s užíváním, expozice preventivním intervencím a prostředím a vliv rizikových a protektivních faktorů (jimiž se zabývá další část této kapitoly). Vědečtí pracovníci zabývající se výzkumem v prevenci popsali tento vývoj prostřednictvím různých modelů vývoje změny v užívání návykových látek. Jednotlivé

4 <http://www.thedrugswheel.com/>

5 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

modely sice není možné aplikovat na všechny uživatele návykových látek, přesto nám však pomáhají zamyslet se nad tím, jak by se mohlo užívání návykových látek pravděpodobně vyvíjet od zřídkavého užívání a experimentování k pravidelnějšímu užívání spojenému se vznikem poruch. Jako všeobecný příklad zde předkládáme model, jehož autory jsou Piazza a Deroche-Gamonet (2013). Třebaže se jejich model zaměřuje na společenské a rekreační zájmy kolem užívání návykových látek, lze jej aplikovat na celou řadu vzorců chování, které jsou s užíváním látek spojené. U jiných osob zase nemusejí být počáteční důvody, jež vedly k užívání návykových látek, vůbec rekreační; někteří jedinci si například mohou sami léčit neléčenou psychiatrickou nebo fyzickou poruchu nebo užívat látky v rozporu s tím, co jim předepsal lékař. Piazza a Deroche-Gamonet popisují, jak může přechod k poruchám způsobeným užíváním návykových látek postupovat přes tři po sobě jdoucí fáze. Tyto tři fáze následující za sebou, jsou však nezávislé: nástup jedné fáze je nezbytný pro progresi k další fázi, avšak není pro ni dostatečný, neboť jsou zde zapotřebí ještě specifické rizikové osobnostní rysy.

- ✗ Při rekreačním a sporadickém užívání je užívání návykových látek umírněné a sporadické a je stále jen jednou z mnoha rekreačních aktivit jedince.
- ✗ Při intenzivnějším, souvislém, eskalovaném užívání se užívání návykových látek stupňuje, je stále souvislejší a častější a stává se hlavní rekreační aktivitou jedince. I když se začíná objevovat určitý pokles sociálního a osobního fungování, je chování stále do značné míry organizované a jedinec dokáže plnit většinu svých rolí a povinností.
- ✗ Ztráta kontroly nad užíváním drog a rozvoj poruch způsobených užíváním návykové látky znamená, že aktivity související s návykovou látkou jsou hlavní činností, na kterou se jedinec soustředí.

1.3 Poruchy způsobené užíváním návykových látek

Většina uživatelů psychoaktivních látek tyto látky užívá, aniž při tom zažívá nějaké vážné újmy, které s užíváním souvisí. U některých uživatelů návykových látek se však vyskytují problémy, které se k užívání vztahují a které výrazně narušují jejich zdraví, společenskou funkci a osobní pohodu. Tyto problémy jsou označovány jako *poruchy způsobené užíváním návykových látek*. Tento pojem nahradil zastaralé výrazy jako „abúzus“ (abuse) nebo „závislost“ (addiction), které bylo možno jen obtížně definovat a které přestaly být vzhledem k posunu společenských postojů upřednostňovány⁶. Měření a diagnostika těchto poruch způsobených užíváním návykových látek se postupem doby změnily, nicméně v současnosti se používají dva hlavní systémy klasifikace: klasifikace vydávaná Světovou zdravotnickou organizací (Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-11/International Classification of Disease – ICD-11) a klasifikace Americké psychiatrické asociace (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-V/Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – DSM-V). Mezi těmito dvěma systémy existují určité rozdíly, oba však obsahují společná kritéria, jako například užívání návykových látek ve větším množství nebo po dobu delší, než bylo zamýšleno, upřednostňování

⁶ Uznáváme a respektujeme, že si někteří lidé zakládají při označování sama sebe na výrazu „závislost“ („adikce“), odborníkům na prevenci však doporučujeme, aby toto označení nepoužívali.

užívání látek před ostatními aktivitami a společenskými rolemi a pokračování v užívání i přesto, že existuje důkaz toho, že užívání způsobuje jedinci škodu (např. fyzickou a psychologickou újmu). Tabulka 1 uvádí typy kritérií, které jsou obsaženy v obou klasifikačních systémech.

Tabulka 1: Rozdíly mezi benzodiazepiny a hypnotiky 3. generace a jejich ekvivalentní množství odpovídající 5 mg diazepamu

Kritérium	MKN-11	DSM-V
Návykové látky jsou užívány ve větším množství nebo po dobu delší, než bylo zamýšleno	✓	✓
Trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení užívání návykových látek		✓
Pocit puzení (craving) nebo silná touha užívat návykové látky		✓
Mnoho času je stráveno při aktivitách nutných k užívání návykových látek nebo k zotavení se z jejich účinků	✓	✓
Tolerance vůči účinkům návykových látek	✓	✓
Abstinenční příznaky		✓
Společenské, profesní a ostatní aktivity jsou ovlivněny užíváním návykových látek.		✓
Pokračování v užívání i přes opakovaný výskyt sociálních problémů způsobených užíváním návykových látek		✓
Pokračování v užívání i přes výskyt fyzických či psychických problémů souvisejících s užíváním návykových látek		✓
Pokračování v užívání návykových látek, jež vede k neplnění hlavních povinností.	✓	✓
Opakované užívání návykových látek i přes výskyt problémů se zákonem	✓	
Opakované užívání návykových látek v nebezpečných situacích	✓	✓
Skutečnost, že jedinec užívá návykové látky, ubližuje rodině.	✓	

Z Tabulky 1 vyplývá, že manuál DSM-V obsahuje celkem 11 kritérií, z nichž musí jedinec splňovat dvě kritéria, aby byl klasifikován jako osoba s mírnou poruchou způsobenou užíváním návykových látek. Splnění dalších kritérií znamená, že jsou poruchy způsobené užíváním návykových látek klasifikovány jako středně závažné nebo závažné.

MKN-11 hovoří o poruchách způsobených užíváním návykových látek, avšak rozlišuje mezi škodlivým užíváním návykových látek (vzorec užívání návykových látek, který způsobuje poškození fyzického nebo duševního zdraví, včetně škod způsobených členům rodiny) a závislostí (dependence), která je tvořena čtyřmi hlavními kritérii (craving a potřeba v kontrole užívání látky, přetrvávající užívání navzdory škodlivým následkům, tolerance a abstinenční příznaky). Aby byl jedinec klasifikován jako závislý, musí splňovat nejméně dvě kritéria. Pro splnění kritérií škodlivého užívání musí být potvrzena nejméně jedna z položek poškození, přičemž by neměla být splněna kritéria závislosti.

Významnou roli ve snižování možností toho, že dojde k progresi k problémovému užívání návykových látek, hrají preventivní intervence. I když oba tyto systémy klasifikace slouží jako užitečný klinický nástroj, je důležité pamatovat na to, že u osob může docházet k problémům souvisejícím s tím, že užívají návykové látky, i v případech, že nesplňují tyto klinické mezní hodnoty. Většina cílových skupin prevence není ohrožena bezprostředním

rizikem vyplývajícím z poruch způsobených užíváním návykových látek, avšak hrozí jí riziko jiných škod, jako jsou například zdravotní či psychické újmy, problémy s policií, předčasné ukončení školní docházky či rizikové chování spojené s užíváním (např. podstupování sexuálního rizika, jízda v autě s intoxikovaným řidičem). Tyto škody mohou být stejně vážné a významné a může je potenciálně utrpět kdokoli, kdo užívá návykové látky.

Zdravotní problémy související s užíváním návykových látek

Podle studie Světové zdravotnické organizace o globální zátěži způsobené nemocemi (WHO's Global Burden of Disease Study) činí podíl poruch způsobených užíváním alkoholu na ztrátě zdravých roků života v důsledku chorob a rizika u mladých lidí a u dospělých každým rokem zhruba 10 % (Degenhardt et al., 2013).

Tyto poruchy zahrnují stavy, které přímo souvisejí s užíváním alkoholu (viz výše Poruchy způsobené užíváním návykových látek), a poruchy, u kterých bylo prokázáno spojení s užíváním alkoholu, jako je například fetální alkoholový syndrom.

V rámci výzkumu prováděného několik desítek let však bylo zjištěno, že existují i jiné nemoci a zranění, u kterých bylo prokázáno spojení s konzumací alkoholu a které postihují jak samotné uživatele, tak i další osoby. Tyto stavy zahrnují neuropsychiatrické poruchy, gastrointestinální onemocnění, různé druhy rakoviny, nadměrné užívání alkoholu, spojitost se sebevražedným a násilným chováním, neúmyslné zranění (např. autonehody, pády, utonutí a otrava), kardiovaskulární onemocnění, fetální alkoholový syndrom a předčasný porod a diabetes mellitus. Pravidelné užívání alkoholu má významnou spojitost se sedmi různými druhy rakoviny a podle odhadů připadalo v roce 2016 6,2 % všech úmrtí na rakovinu v Evropě na užívání alkoholu (WHO, 2018).

O spojitosti mezi kouřením a špatným zdravím existuje rozsáhlá dokumentace. Tabák zabíjí až polovinu svých uživatelů – každoročně více než 7 milionů lidí a podle odhadů způsobí kouření do roku 2030 celosvětově 8 milionů úmrtí ročně⁷. Následky kouření zahrnují kardiovaskulární onemocnění, plicní choroby, problémy s otěhotněním a předčasný porod, nízkou porodní hmotnost a nízkou hustotu kostí. Zvýšeným rizikem výskytu zdravotních problémů však nejsou ohroženi jen kuřáci. V rámci studií bylo prokázáno, že vážnými zdravotními problémy trpí také osoby, které jsou vystaveny pasivnímu kouři z tabákových výrobků, tj. zejména členové rodiny a spolupracovníci kuřáků.

Užívání psychoaktivních látek je považováno za jev, jenž přispívá ke globální zátěži nemocemi. Poruchy způsobené užíváním návykových látek jsou podle odhadů WHO šestou hlavní příčinou ztráty zdravých roků života u osob mladších 25 let. Užívání návykových látek je spojeno s chronickými a akutními zdravotními problémy způsobenými vlivem nejrůznějších faktorů, mezi něž se řadí vlastnosti návykových látek, způsob aplikace, individuální zranitelnost a sociální kontext, v němž jsou látky užívány. Chronické problémy zahrnují závislost a infekční choroby související s užíváním látek. Akutních poškození existuje celá řada, přičemž nejlépe je z nich zdokumentováno předávkování návykovou látkou. Třebaže je užívání opioidů poměrně zřídka, i přesto má velký podíl na morbiditě a mortalitě spojené s užíváním návykových látek. Rizika jsou zvýšená

⁷ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

v důsledku toho, že jsou látky aplikovány injekčně. Zdravotní problémy spojené s užíváním konopí jsou sice v porovnání s tím znatelně menší, avšak vysoká prevalence užívání této látky může mít dopady na veřejné zdraví. Rozdíly v obsahu a čistotě látek, které jsou v dnešní době uživatelům dostupné, zvyšují potenciální škody a vytvářejí podnětné prostředí pro opatření související s užíváním návykových látek (EMCDDA, 2017b).

Užívání návykových látek kromě toho zatěžuje i společnost. Nepříznivé následky užívání látek mohou v případě, že nejsou otázky zdraví, bezpečnosti a osobní pohody mladých lidí nijak řešeny, vést ke snížení produktivity práce a navíc vytvářejí i vysoké náklady na straně zdravotních a sociálních služeb, jakož i služeb trestního soudnictví. Finanční náklady na poskytnutí těchto služeb jsou pro společnost v mnoha případech vyšší než náklady na poskytnutí efektivní prevence a na realizaci léčebných programů.

1.4 Etiologický model

Etiologie je lékařský termín popisující příčiny či původ nemoci nebo jiných poruch, jakož i faktory, které je způsobují nebo které jedince k těmto nemocem predisponují. Etiologie je pro prevenci důležitá, neboť pomáhá rozpoznat faktory či mechanismy, které jsou spojené s propuknutím onemocnění nebo se vznikem sociálního problému, jako je například problém užívání návykových látek. Preventivní programy pak mohou být koncipovány nebo vybírány tak, aby se zaměřovaly právě na tyto faktory.

Koncepce rizikových a protektivních faktorů ovlivňujících užívání návykových látek se setkává se všeobecným přijetím a v průběhu posledních dvou desetiletí pronikla i do preventivních intervencí. Protektivní faktory neboli faktory, které snižují zranitelnost jedince, jsou charakteristiky, které kompenzují nebo zmírňují dopad stávajících rizikových faktorů.

Rizikové faktory jsou všeobecně definovány jako měřítka chování či psychosociálního fungování (včetně postojů, přesvědčení a osobnosti), u kterých je prokázáno spojení se zvýšeným rizikem užívání návykových látek. Tyto faktory zahrnují:

- × kontextuální faktory – např. zákony a normy nakloněné formám chování souvisejícím s užíváním návykových látek, včetně těch, které se vztahují k marketingu a dostupnosti; ekonomická deprivace a dezorganizované sousedství;
- × individuální a interpersonální faktory – např. genetické predispozice a ostatní fyziologická měřítka, užívání návykových látek v rodině a postoj rodiny vůči užívání, slabé/nedůsledné výchovné působení v rodině, rodinné konflikty a nízká vazba k rodině (Hawkins et al., 1992).

Zatímco kontextuální faktory (např. zákony a normy, dostupnost, vrstevníci) hrají významnou roli v zahájení užívání návykových látek, byl u individuálních a interpersonálních faktorů, zejména faktorů fyziologických, neurologických a genetických, prokázán významný vliv na progresi ke vzorcům pravidelnějšího užívání, škodlivého užívání a k poruchám způsobeným užíváním návykových látek (Glantz a Pickens, 1992).

Novější výzkum však začal na rizikové a protektivní faktory pohlížet jako na indikátory dalších vývojových mechanismů, které možná zvyšují individuální zranitelnost vůči užívání návykových látek. Právě propojení individuální zranitelnosti s prostředím na mikroúrovni

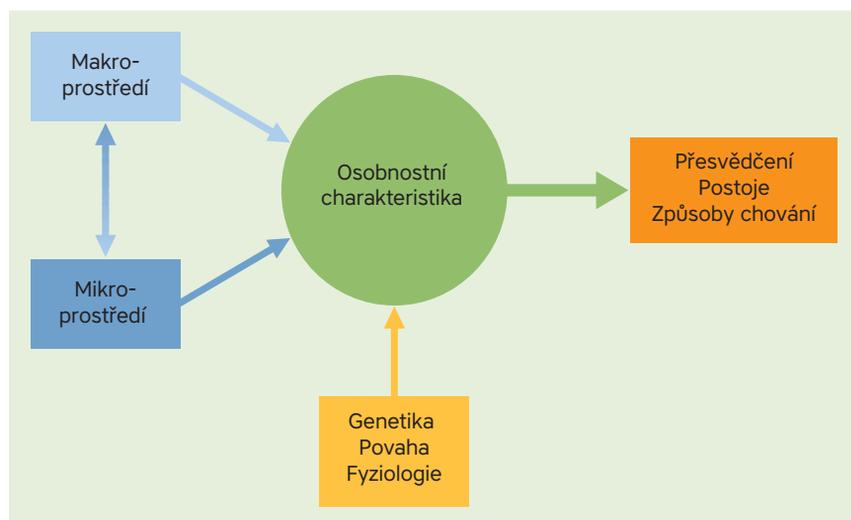
(např. sociální a interpersonální interakce) a prostředími na makroúrovni (např. komunita, institucionální a společenské faktory) jedince buď vystavuje riziku, že se zapojí do rizikového chování, jakým je například užívání návykových látek, nebo jej naopak před takovým zapojením chrání.

S užíváním návykových látek se obvykle začíná v pozdním dětství a v období adolescence. Je to proces, který zahrnuje mnoho různých cest a který nemá jednu jedinou prostou příčinu, nýbrž je většinou poháněn rozhodnutími, která jsou ovlivňována jak vnitřními biologickými faktory, tak vnějšími environmentálními a sociálními faktory. Důležitým rámcem pro pochopení těchto procesů je teorie vývoje. Každá vývojová fáze od raného dětství až po dospělost je spojena s růstem intelektové schopnosti, jazykových dovedností a kognitivního, emocionálního a psychologického fungování a s nepřetržitým získáváním dovedností sociální kompetence a kontroly vlastní impulzivity (viz Přílohu 2). Jakékoli významnější narušení tohoto růstu může vést v rámci interakce s ostatními událostmi či environmentálními faktory k rozvoji poruch, například k problémům způsobeným užíváním návykových látek.

Ze studií o původech rizikových forem chování, jakým je užívání návykových látek, vyplývá, že zahájení užívání návykových látek je interakcí mezi individuální osobnostní charakteristikou, jako je genetická predispozice, povaha a typ osobnosti, rozdíly v tom, jak člověk skutečně vidí, slyší a „pocituje“ okolní prostředí či osoby, a zkušenostmi vně jedince. Tyto interakce znázorňuje etiologický model (Obrázek 4). Jedná se o interakce obousměrné, jak na mikroúrovni, tak na makroúrovni. Tento model bude v každé kapitole tohoto dokumentu tvořit základ pojednání zabývajících se příčinami užívání návykových látek.

V rámci vývoje dětí dochází k rozrůstání jejich prostředí z prostředí na mikroúrovni (mikroprostředí), tj. členů rodiny, vrstevníků, školy, k prostředí na makroúrovni (makroprostředí) zahrnujícímu fyzické a sociální prostředí (tj. sousedství a společnost a jejich fyzický stav, a postoje, přesvědčení a způsoby chování jejich obyvatel).

Obrázek 4: Etiologický model



Zdroj: Podle UNODC, 2013

Člověk od narození zažívá v průběhu svého života významné životní události – nástup do školy, pubertu, volbu povolání, navazování partnerství, rodičovství. V každé fázi je veden nebo ovlivňován svou rodinou, školou, náboženskými vzbavami, sportovními kluby, mládežnickými organizacemi a vrstevníky utvářejícími jeho mikroprostředí, jakož i společností, ve které žije a která utváří jeho makroprostředí. Jestliže nedojde ke splnění důležitých vývojových cílů, začnou být děti zranitelné vůči tomu, že budou zaostávat za plněním následných cílů a zvýší se u nich pravděpodobnost, že se zapojí do rizikových nezdravých způsobů chování. Dosažení těchto vývojových cílů je ovlivňováno interakcemi jedince s jeho mikroprostředím a makroprostředím v průběhu růstu, to znamená, že se preventivní intervence soustředí právě na to, aby se těmito formami zranitelnosti v rámci mikroprostředí a makroprostředí zabývaly.

Socializace dítěte je jednou z nejdůležitějších funkcí rodiny, školy a prostředí. Významnou roli při ní hrají socializační činitelé, tj. učitelé či (pra)rodiče. Aby se z dětí mohli stát dospělí lidé, kteří se vyhýbají rizikům, musejí si děti osvojit akceptovatelné postoje, morální zásady a způsoby chování své kultury.

Tyto environmentální faktory mikroprostředí a makroprostředí mohou sloužit buď k ochraně jedinců před riziky, nebo ke zvýšení rizika u ohrožených jedinců. Tento vztah působí oběma směry. Například: U dítěte se krátce po narození rozvíjí obtížně zvladatelná povaha, a dítě má problém s přizpůsobováním se okolnímu světu. Dítě je možná považováno za „rozmažené“ a může vyžadovat pozornost. Pokud rodiče nedokážou takové dítě zvládat, může se stát, že s přibývajícím věkem bude mít dítě problémy s tím, jak se chovat v nových prostředích, například ve škole, mezi vrstevníky a na pracovišti. Jestliže si však rodiče osvojí dovednosti, jak takové dítě vhodným způsobem zvládat a poskytovat mu při tom podporu, rozšíří se potenciál dítěte k tomu, aby se těmito prostředím snadněji přizpůsobovalo.

Totéž platí pro důsledky interakce mezi makroprostředím a jedincem. Jako příklad si uveďme jiné dítě, které má úzkou vazbu ke svým rodičům, avšak sousedství, v němž žije, je chudé a nachází se v něm sousta opuštěných domů. Nezaměstnanost je zde vysoká, a vysoká je i koncentrace obchodů prodávajících alkohol a tabákové výrobky. Mladí muži a ženy se během dne potloukají po ulicích a někdy užívají návykové látky. Dítě musí cestovat do školy kolem takových mladých lidí procházet. I přesto, že má milující a podporující rodiče, může se nakonec k této skupince lidí přidat a být vystaveno příležitostí k užití návykových látek.

Další interakcí, která může ovlivnit zranitelné jedince, je dopad, který může mít makroprostředí na mikroprostředí. Studie hovoří o tom, že tento vliv může vést ke zvýšení či snížení užívání drog na straně populací a jedinců. Z výzkumu, který byl prováděn v Evropě, vyplývá, že po hospodářské krizi z roku 2008 připadalo na každé 1 % nárůstu regionální nezaměstnanosti 0,7 % nárůstu užívání konopí mezi mladými lidmi (Ayllón a Ferreira-Batista, 2018). Lidé mohou mít v individuálních případech k dispozici menší příjmy, jako jsou mzdy nebo kapesné, které mohou utrácet za návykové látky. Když je však příčinou růstu míry nezaměstnanosti ekonomická krize, mohou se v důsledku toho, že se zvýšila pravděpodobnost ztráty zaměstnání nebo že lokální trh nenabízí dostatek pracovních příležitostí, uchýlovat k sebemedikaci, což vede ke zvýšenému užívání návykových látek. Je-li nabídka pracovních míst omezená a jsou-li mzdy nižší, má skutečnost, že je čas místo chození do práce či hledání práce tráven užíváním drog,

menší sociálně vylučující dopad než v případě, že by existovaly spousty pracovních míst a mzdy by byly vyšší. Jeden nebo oba rodiče jsou navíc někdy nuceni pracovat mimo příslušnou oblast nebo i v zahraničí, a nejsou tudíž svým dětem pravidelně k dispozici. Tyto děti mohou v případě, že nejsou pod dohledem odpovědné a starostlivé dospělé osoby, nalézat útěchu ve skupinách, ve kterých se užívají návykové látky.

Na to, aby došlo ke vzniku užívání návykových látek nebo k rozvoji vzorců rizikovějšího užívání, nestačí jeden samotný faktor. Existuje pravděpodobně určitá rozhodující kombinace počtu a druhu vlivů a zkušeností, která má schopnost způsobit, že jedinec překročí určitý práh odpovědnosti, začne s užíváním návykových látek a toto jeho užívání pokročí až k poruše, která je užíváním vyvolána. Tohoto práhu lze dosáhnout jakýmkoli počtem kombinací těchto faktorů, přičemž každá z kombinací může být pro každého jedince jedinečná.

Tento socializační proces se používá u výzkumem podložených preventivních intervencí. Konkrétní druhy preventivních intervencí cílí na jedince přímo, nebo prostřednictvím jejich prostředí. To znamená, že intervence působí tak, aby přímo změnily přesvědčení, postoje a způsoby chování jedince (např. školské intervence, které učí dovednostem odolávat vrstevníkům) nebo aby pomáhaly socializačním činitelům zdokonalovat jejich schopnosti (např. zdokonalovat rodičovské či pedagogické dovednosti). Nebo působí tak, aby pozměnily prostředí jedince, a sice takovým způsobem, který znesnadní zapojování se do rizikových forem chování (např. požadavek na prokázání věku zabraňující nezletilým v přístupu k alkoholu). Socializační proces se tak stává pozitivním vlivem převažujícím nad negativními expozicemi a ve výzkumem podložené prevenci slouží jako primární síla. Výzkum prokázal, že lze dosahovat toho, aby se mladým lidem pomáhalo činit správná rozhodnutí pro jejich zdraví a pohodu s ohledem na užívání návykových látek, a tato pomoc také zůstává cílem prevence.

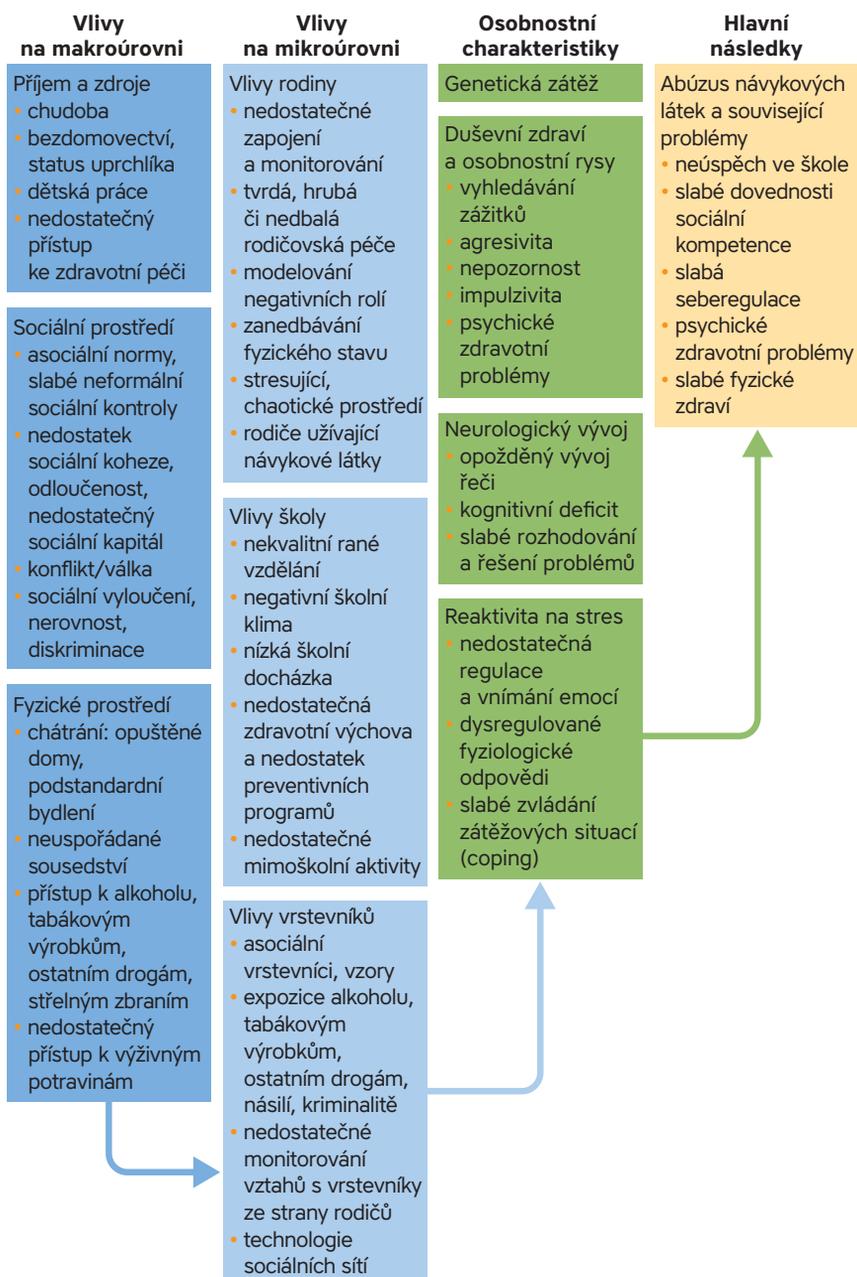
Tyto preventivní intervence mají pomáhat preventivním pracovníkům v tom, aby se sami stali socializačními činiteli tím, že se s cílovými skupinami přímo zapojí do socializačního procesu nebo že budou učit klíčové socializační činitele, tj. rodiče a učitele, jak mají zdokonalovat své socializační dovednosti (např. dovednosti související s rodičovskou péčí či třídním managementem).

1.5 Víceúrovňový vývojový rámec

Tento víceúrovňový vývojový rámec upozorňuje na to, jakým způsobem může interakce osobnostních a environmentálních charakteristik vést ke zranitelnosti jedince vůči rizikům, kterým je jedinec vystaven. Konkrétněji řečeno, tento rámec definuje rizikové faktory, které jsou pro něj ústřední.

V jedné z předchozích částí této kapitoly jsme se zabývali zranitelností mládeže vůči silným negativním vlivům. Tyto negativní vlivy představují rizikové faktory, konkrétně individuální (psychologické), environmentální či sociální charakteristiky, které zvyšují pravděpodobnost negativních následků. Rizikové faktory, k nimž patří užívání návykových látek, se mohou napříč jednotlivými věkovými skupinami lišit co do povahy a vlivu. Rizikové faktory mohou mít kumulativní účinky, avšak bývají také ovlivněny makroprostředím a mikroprostředím, osobnostními charakteristikami, rodinným a školním prostředím, prostředím na pracovišti a v komunitě.

Obrázek 5: Rizikové faktory, na které se lze zaměřit prostřednictvím preventivních intervencí



Zdroj: Podle UNODC, 2013

Efektivní preventivní intervence se zabývají rizikovými faktory ještě před vznikem rizikového chování. Obrázek 5 uvádí rizikové faktory, které vznikají v každém z těchto prostředí a na které se lze zaměřit prostřednictvím preventivních intervencí.

Protektivní faktory neboli faktory, které snižují zranitelnost jedince, jsou charakteristiky, které kompenzují nebo zmírňují dopad a účinky stávajících rizikových faktorů. Jinak řečeno, protektivní faktory snižují zranitelnost mladých lidí. Mezi příklady protektivních faktorů, které vznikají na každé úrovni, patří:

- ✗ na straně jednotlivců: vyrovnaná povaha, seberegulace;
- ✗ na straně rodin: vytváření vazeb s těmi, kdo pečují o dítě;
- ✗ na straně škol: prosociální dovednosti, rozvoj (např. rozhodování a řešení problémů), angažovaná účast na vzdělání;
- ✗ na straně komunit: kvalita vzdělávání a ostatních faktorů souvisejících se školou, pozitivní komunitní normy.

Výzkumem podložené intervence, které jsou implementovány v rámci jedné vývojové fáze, mohou ovlivnit pozdější vývojové fáze takovými způsoby, které vedou dokonce k ještě dlouhodobějším účinkům. Tento „kaskádový efekt“ napomáhá tomu, že jsou pozitivní výsledky přenášeny do pozdějšího období dospělosti. Vyjádřeno jinými slovy, pozitivní výsledek může „přepadat“ do jiných oblastí života a zesílit tak, že poskytne dodatečnou ochranu před budoucími rizikovými faktory. Na základě výsledků jedné z výzkumem podložených intervencí zahrnutých do standardů UNODC, tj. hry Good Behaviour Game (GBG) (Hra na dobré chování), bylo například zjištěno, že tato intervence vedla nejen ke snížení užívání návykových látek, ale také k souvisejícímu dlouhodobému snížení celoživotních psychických zdravotních problémů.

Bylo prokázáno, že výzkumem podložené intervence, které směřují k předcházení užívání návykových látek mezi mladými lidmi, nejenže snižují pravděpodobnost užívání látek v pozdějším životě, nýbrž také pozitivně působí na výsledky, na které intervence původně necílí. Například výzkum zaměřený na Program posílení rodin, určený pro rodiče a mládež ve věku 10–14 let (Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10–14), prokázal (při implementacích v USA) dosažení necílených výsledků, včetně snížení trestné činnosti, snížení výskytu deprese, úzkosti a zdraví ohrožujícího sexuálního chování a zlepšení školních výsledků. „Efekt přecházení účinků“, např. školní výkon a snížení výskytu problémů s chováním, slouží jako prostředek ke zlepšování veřejného zdraví a zvyšování ekonomických přínosů pro komunitu.

Souhrnně řečeno, epidemiologické a etiologické studie pomáhají odborníkům na prevenci uvažovat a rozhodovat o tom:

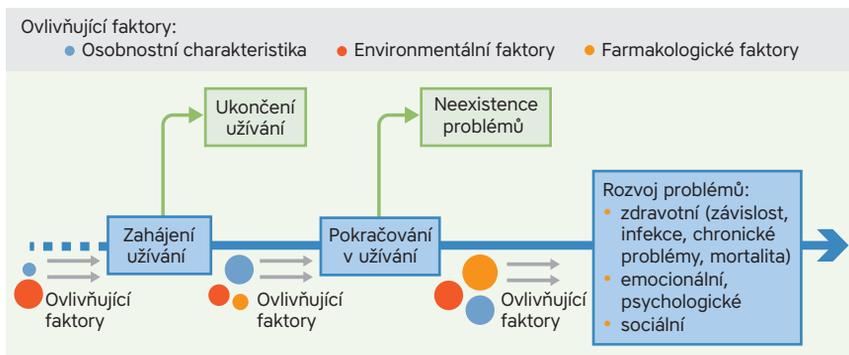
- ✗ kam zacílit preventivní intervence, což může být nezbytné i v případě konkrétní geografické oblasti;
- ✗ na jaké návykové látky intervence zacílit – u některých populací mohou alkohol a tabákové výrobky znamenat větší problém než konopí:
 - ke komu by měly intervence směřovat a které skupiny se jeví jako nejrizikovější nebo více náchylné, jako např. děti uživatelů návykových látek;
- ✗ kdy intervence zacílit, začíná-li se s užíváním ve věku 14 let, měly by intervence začít dříve, dejme tomu ve věku 12 let;
- ✗ co by mělo být mediátory preventivní intervence – které cíle a sdělení je třeba považovat za důležité, jako např. zaměření se na postoje vůči užívání látek, normativní

přesvědčení ohledně prevalence užívání, a vnímání rizik spojených s užíváním (viz Kapitulu 3).

1.6 Potřeba komplexních mezioborových podpůrných služeb napříč vývojovými fázemi

Pro odborníky na prevenci je důležité vědět, že užívání návykových látek může začít jako chování spojené s relativně nízkými riziky. Pokud však pokračuje, může vést ke zvýšení dávky a četnosti užívání, jakož i ke zvýšení pravděpodobnosti, že se dostaví škodlivé následky, které jsou s užíváním spojené. Jak již bylo uvedeno výše, může užívání návykových látek někdy ovládnout život uživatele a vést k tomu, že tento jedinec zanedbává ostatní společenské aktivity a povinnosti. V takovém případě se pak mohou zastavit sociální a zdravotní problémy. Budeme-li vycházet z rizikových a protektivních faktorů definovaných etiologickým modelem, (1) umožní nám to lépe pochopit cesty, kterými by se mohl jedinec ubírat, aby se u něho rozvinuly problémy související s užíváním látek (Obrázek 6), a (2) pomůže nám to vytvářet a zaměřovat vhodné preventivní intervence (a intervence zacílené na léčbu a harm reduction).

Obrázek 6: Cesty, po kterých vede užívání návykových látek



Významnými determinantami toho, zda jedinec začne nebo nezačne užívat návykové látky, jsou, jak je znázorněno na Obrázku 6, (makro- a mikroenvironmentální faktory a v menší míře také osobnostní charakteristika. Tyto determinanty zahrnují jak faktory, které mohou bezprostředně předcházet epizodě užívání látky (např. dostupnost návykových látek nebo nabídka k jejich užití), tak případně i brzkou zranitelnost a rizikové a protektivní faktory, které ovlivňují zdravý vývoj a zvyšují pravděpodobnost, že dojde k užívání návykových látek.

Z průzkumů prevalence vyplývá, že většina lidí, kteří začnou užívat návykové látky, v užívání látek nepokračuje a že se jejich expozice omezuje na malý počet nepříliš častých epizod užití. Od těch, kteří v užívání pokračují, odlišuje tyto osoby řada dodatečných faktorů, včetně psychofarmakologické odpovědi na užívání látek (např. subjektivního zážitku, který droga vyvolá) a včetně toho, zda je její účinek

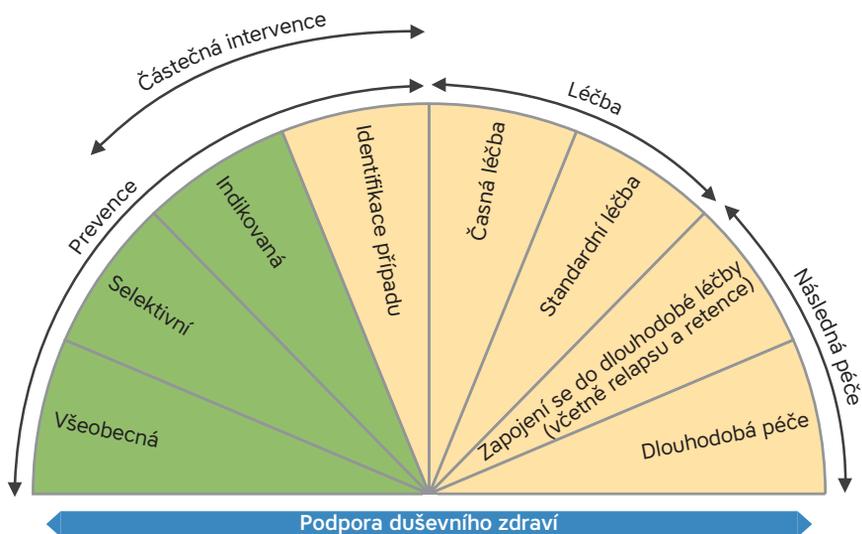
odměňující a příjemný a zda uživateli slouží či neslouží k určité funkci (např. pomáhá mu v socializaci nebo v automedikaci (vnímané) fyziologické či psychologické potřeby). U osob, které v užívání látek pokračují, nemusí nutně docházet k poškození; většina z těchto lidí s užíváním přestane, a to i po delších obdobích užívání. U některých osob, které s užíváním návykových látek pokračují, se však vyskytnou problémy související se zdravím, emoční a duševní pohodou a sociálním fungováním (včetně konfrontace se systémem trestního soudnictví). Opatření selektivní a indikovaná prevence, jakož i harm reduction intervence a léčebné intervence hrají v rámci snah o předcházení přechodu na škodlivější vzorce užívání a o snížení výsledných škod obzvláště důležitou roli.

Cesty a přechody mezi různými formami chování spojeného s užíváním návykových látek jsou někdy označovány jako „přirozená historie“ užívání návykových látek a poruch způsobených užíváním. Rizikové a protektivní faktory, jakož i potenciální škody, se v různých bodech této dráhy liší.

Faktory, které rozhodly o zahájení užívání, budou jiné než faktory, které určí, že užívání bude pokračovat. A stejně tak budou jiné i škody, které s užíváním souvisejí. Je také důležité nezapomínat na to, že lidé, kteří návykové látky momentálně neužívají, nepředstavují jednotnou skupinu, neboť se mezi nimi mohou vyskytovat jedinci, kteří v minulosti s užíváním experimentovali nebo kteří mají za sebou problémové užívání.

Je tudíž třeba mít k dispozici široké spektrum komplexních služeb, které se budou zaměřovat na sociální, emoční, fyzické a profesní aspekty a budou se zabývat potřebami uživatelů návykových látek, a sice bez ohledu na to, ve kterém bodě své uživatelské dráhy se tito lidé právě nacházejí (Obrázek 7). Spektrum preventivních programů je obecně zacíleno na tři skupiny.

Obrázek 7: Různorodost opatření zaměřených na řešení problémů spojených s užíváním návykových látek



Zdroj: Převezato z Mrazek a Haggerty, 1994

- ✕ Univerzální intervence a politiky se zaměřují na všechny členy cílové skupiny bez ohledu na základní riziko užívání návykových látek či na anamnézu užívání látek. Většina z těchto členů však pravděpodobně návykové látky neužívá. Tato kategorie intervencí bude zahrnovat většinu školských kurikul a školních a environmentálních politik, jimiž se budeme zabývat později.
- ✕ Selektivní intervence cílí na rizikové skupiny, v nichž se užívání návykových látek často koncentruje, a zaměřují se na zlepšení příležitostí těchto skupin v obtížných životních a sociálních podmínkách. Tato kategorie zahrnuje též školské intervence, intervence v rodině a politiky zaměřené na podporu školní docházky dětí.
- ✕ Indikované intervence jsou zacíleny na jednotlivce a pomáhají jim nakládat s jejich individuálními osobnostními rysy a rizikovými faktory, v důsledku kterých se zvyšuje jejich zranitelnost vůči stupňujícímu se užívání návykových látek, a tyto rysy a faktory zvládat.

Zatímco se univerzální intervence obvykle (nikoli však výhradně) zaměřují na cílové skupiny před zahájením užívání návykových látek, může být indikovaná a selektivní prevence realizována ve všech bodech přechodu.

Krátké intervence (nebo také „časné intervence“) přímo souvisejí s indikovanou prevencí a v evropské preventivní praxi nejsou příliš rozšířené, ačkoli pokud jde o užívání alkoholu, je tento typ intervencí relativně častější. Cílem krátkých intervencí je předcházet užívání návykových látek nebo toto užívání oddálit a předcházet jeho stupňování a přerůstání v problémy spojené s užíváním. Tyto intervence jsou časově omezené a působí, jak je patrné z Obrázku 7, v přechodové zóně mezi prevencí a léčbou. Tyto intervence jsou obvykle zacíleny na mladé lidi nebo ohrožené jedince (EMCDDA, 2017b).

2

Kapitola 2

Základy preventivní vědy a výzkumem podložených preventivních intervencí

Tato kapitola se zabývá pojmy „praxe založená na důkazech“ a „nejlepší praxe“, protože právě ony s sebou přinášejí významné rozdíly v přístupech k práci v oblasti prevence. Předkládá rovněž přehled významných teorií, upozorňuje na populární teorie a představuje „kolo změny chování“, které je jedním ze způsobů klasifikace druhů funkce preventivních intervencí a politik. V závěru tato kapitola představuje koncepci adaptace intervencí a zabývá se významem přesnosti implementace.



2.1 Definice a principy

Cílem prevence užívání návykových látek je zabránit lidem v zahájení užívání návykových látek, a předcházet rozvoji problémů u osob, které již s užíváním začaly. Prevence užívání návykových látek má však ještě širší záměr, a sice zachovávat zdraví a bezpečnost osob a pomáhat jim realizovat jejich nadání a potenciál. Centrálním zaměřením evropských politik zabývajících se užíváním návykových látek je koncipování (design) a realizace efektivních, na důkazech založených opatření zaměřených na problémy spojené s užíváním látek.

Co tedy „výzkumem podložená“ prevence vlastně znamená? Níže uvádíme definici institutu Washingtonské univerzity Evidence Based Practice Institute (2012): „Praxe založená na důkazech“ je uplatňování systematických procesů rozhodování či poskytování služeb, u kterých bylo na základě dostupných vědeckých důkazů prokázáno, že zajišťují důsledné zlepšování měřitelných výsledků klienta. Praxe založená na důkazech se místo o tradici, pocitovou reakci či jednotlivá pozorování jakožto základ rozhodování opírá o data shromážděná prostřednictvím experimentálního výzkumu a přihlíží k individuální charakteristice klienta a ke klinické erudici.“

K této definici se pojí dva klíčové aspekty: Systematické rozhodování využívající vědecké důkazy, které jsou spojeny se zlepšenými nebo pozitivními výsledky, a opření se o data shromážděná prostřednictvím důsledného experimentálního výzkumu. Jedná se o poměrně náročnou problematiku, avšak aby bylo možno pochopit, proč odborníci často – a zcela oprávněně – vyjadřují nesouhlas ohledně toho, které preventivní programy a postupy lze označovat jako „výzkumem podložené“ místo jako „slibné“ či „nejlepší praxe“, je nutno všeobecně porozumět její komplexnosti.

Definice „nejlepší praxe“, kterou EMCDDA používá na svých webových stránkách, zní: „nejlepší aplikace dostupných důkazů na současné aktivity v drogové oblasti“. EMCDDA dále uvádí, že:

- ✗ důkazy efektivity by se měly vztahovat k problémům a otázkám, které vyvstávají u těch, jichž se užívání návykových látek dotýká, tj. odborníků, tvůrců politik, uživatelů návykových látek a jejich rodin;
- ✗ všechny metody určování nejlepší praxe by měly být „transparentní, spolehlivé a přenosné“;
- ✗ zvažovat by se měly všechny přiměřené důkazy;
- ✗ v rámci rozhodovacího procesu by se mělo přihlížet jak k důkazům efektivity, tak k důkazům proveditelnosti implementace.

Výzkumníci v oblasti prevence a pracovníci v preventivní praxi nashromáždili rozsáhlé informace, které sloužily jako zdroj při tvorbě a provádění efektivních preventivních intervencí a politik zaměřujících se na nejrůznější formy chování, včetně užívání návykových látek. Centrum EMCDDA soustředilo mnohé z těchto intervencí na svých webových stránkách (Obrázek 8), kde naleznete informace o nejlepší praxi pro různá prostředí, druhy návykových látek a léčbu. Tyto informace jsou k dispozici k nahlédnutí (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>).

Evropská společnost pro výzkum v prevenci (European Society for Prevention Research) definuje prevenci jako „multidisciplinární úsilí o zohlednění etiologie a epidemiologie, jakož i koncepce, efektivity a implementace intervencí v prevenci nejrůznějších zdravotních a sociálních problémů“⁸. K těmto problémům se mimo jiné řadí problémy spojené s užíváním návykových látek, sexuální zdraví, těhotenství u mladistvých, HIV/AIDS, násilí, úrazy, duševní onemocnění, delikvence, obezita, špatná strava/výživa, nedostatek cvičení a chronické onemocnění. Společnou charakteristikou je význam chování coby determinanty špatného zdraví a rozdílů ve zdraví.

Obrázek 8: Portál nejlepší praxe EMCDDA (Best practice portal)

The screenshot shows the EMCDDA Best Practice Portal. The navigation bar includes: Data, Countries, Topics (A-Z), Our activities, **Best practice**, Publications, Events, News, About. A breadcrumb trail shows Home > Best practice. The main content area is titled 'Best practice portal' with a thumbs-up icon. Below the title, there's a text block: 'The Best practice portal is designed to help you find practical and reliable information on what works (and what doesn't) in the areas of prevention, treatment, harm reduction and social reintegration. It will help you identify tried and tested interventions quickly, allocate resources to what's effective, and improve interventions applying tools, standards and guidelines.' To the right of this text is a green envelope icon with the text 'Get in touch with the Best practice portal team'. Below the text are four colored boxes: 'Briefings' (red) with a checkmark icon, 'Implementation' (teal) with a wrench icon, 'Evidence' (green) with a magnifying glass icon, and 'Standards' (orange) with a scale icon. At the bottom, a red banner reads 'Policy and practice briefings'. On the left side, there are several smaller boxes: 'Best practice' with sub-items 'Policy and practice briefings', 'Implementation tools (Xchange, HNT, EDDRA, EIB)', 'Evidence database', and 'Standards and guidelines'; 'Health and social responses to drug problems A EUROPEAN GUIDE'; and 'Health and social responses to drug' with a grid of icons.

Behaviorální rizikové faktory jsou významnou příčinou nepřenosných nemocí. Prevence se jako vědní obor zabývá systematickým studiem intervencí zaměřených na snížení výskytu maladaptivních forem chování a podporu adaptivních forem chování u populací. Aby bylo možno vést výzkum v oblasti sociálních a společenských systémů rodiny, zdraví a vzdělávání, pracoviště, komunity, sociálního blahobytu, environmentálního plánování, urbanistiky a fiskální politiky, vyžaduje toto studium odbornou znalost nejrůznějších teoretických a metodologických přístupů.

Společnost USA pro výzkum v prevenci (US Society for Prevention Research) stanovila hlavní zásady pro oblast prevence. Tyto zásady slouží jako základ EUPC a ohledně zajištění úspěšných aktivit v oblasti prevence podtrhují význam těchto faktorů:

- × **Zaměřený na vývoj:** Zaměřit se na vývoj znamená, že jako odborníci na prevenci musíme vědět, že se faktory, které ovlivňují chování, v různém věku života liší. Rovněž to znamená, že děti musejí v průběhu růstu dosahovat splnění úkolů souvisejících s vývojem nebo s věkem (viz Přílohu 2). Narušení plnění těchto úkolů může vést k tomu, že se v určitých fázích vývoje vyskytnou poruchy nebo rizikové formy chování. Při posuzování potenciálních preventivních intervencí, které chceme v našich komunitách použít, je nutno ke všem těmto aspektům přihlížet.
- × **Epidemiologie vývoje cílové populace hraje v prevenci zásadní roli.** Umožňuje nám poznat, jak přechody z jednoho období věku do druhého vystavují děti různým rizikům, např. přechod dítěte od trávení většiny času doma k trávení většiny času ve škole a k následnému vytvoření vlastní nezávislosti a k odchodu z rodinného domova. Zároveň musíme brát na vědomí, že v rámci jednotlivých populací a napříč populacemi existují různé faktory, jež souvisejí s užíváním návykových látek, tj. že se faktory nebo procesy, které vedou k zahájení užívání návykových látek nebo k pokračování užívání, mezi jednotlivci, skupinami a populacemi liší.
- × **Transakční, ekologické faktory jsou různé environmentální vlivy na naše přesvědčení, hodnoty, postoje a způsoby chování.** Patří sem interakce mezi charakteristikou jedince, jeho rodinou, školou, komunitou a většími sociopolitickými a fyzickými prostředími. Tyto interakce nejenže ovlivňují naše přesvědčení, postoje a chování, nýbrž jsou na sobě také navzájem závislé a ovlivňují jedna druhou.
- × **Pochopení lidské motivace a procesů změny pomáhá koncipovat efektivní intervence, které usilují o změnu jednotlivců a prostředí, jež povede k předcházení nebo k léčbě užívání návykových látek.** V ovlivňování způsobů chování a procesu rozhodování, včetně rozhodnutí o užívání psychoaktivních látek nebo zapojení do jiných forem vysoce rizikového chování, hraje roli mnoho faktorů.
- × **Transdisciplinární charakter prevence jako vědního oboru znamená, že chceme-li se zabývat komplexností otázek, jimiž se zabývá preventivní věda, musíme do této činnosti zapojit vysoce odborné a erudované multidisciplinární týmy.**
- × **Standardy profesionální etiky jsou založeny na hodnotách.** Hodnoty představují základní přesvědčení, které jedinec považuje za pravdivé, a jsou též chápány jako vůdčí zásady jeho života nebo za základ, na kterém činí jedinec své rozhodnutí. Prevence se týká rozhodnutí ohledně chování a přístupu k ostatním v nejdůležitějších prostředích života jedince – v rodině, ve škole a na pracovišti. Týká se však také společnosti, v níž politiky a zákony upravují žádoucí a asociální/protiprávní chování.

- ✗ Kontinuální zpětná vazba mezi teoretickým a empirickým výzkumem se snaží objasnit mechanismy, které se podílejí na výsledku chování, k němuž dospěla epidemiologická šetření či evaluace preventivních intervencí.
 - Zlepšování veřejného zdraví je vize, které může prevence jako vědní obor dosáhnout prostřednictvím spolupráce vědeckých pracovníků v oblasti prevence a pracovníků v preventivní praxi při využití jak jejich kolektivní odbornosti, tak jejich individuální erudice.
- ✗ Sociální spravedlnost se vztahuje k hnutí na ochranu lidských práv a zdravotní péče je lidské právo. Sociální spravedlnost je etickým a morálním imperativem pro porozumění tomu, proč jsou určité podskupiny populace neúměrně zatíženy nemocemi, disabilitou a úmrtími. Je tedy důležité koncipovat a implementovat preventivní programy a systémy, jakož i změny politik, a zabývat se tak základními příčinami nerovností.

2.2 Prevence podepřená teoriemi

Vývoj výzkumem podložených preventivních intervencí a výzkumných cílů je prostoupen několika významnými teoriemi. Hovoří-li vědečtí pracovníci v oblasti prevence a pracovníci v preventivní praxi o teorii, odkazují při tom na soubor navzájem souvisejících koncepcí, které se používají k popisu, objasnění a predikci vzájemného vztahu mezi různými aspekty lidského chování. Teorie ve většině případů čerpají z empirických nebo výzkumných důkazů a v rámci následného výzkumu jsou pak dále zdokonalovány. Důležitým krokem ve vytváření výzkumem podložené intervence je výběr teoretického rámce intervence. Takovýto rámec:

- ✗ umožňuje porozumět environmentálním a/nebo behaviorálním determinantám souvisejícím se specifikovaným zdravotním problémem;
- ✗ objasňuje potenciální mechanismy pro dosažení příslušného žádoucího výsledku;
- ✗ pomáhá zvolit intervenční strategii či přístup, pomocí kterých bude těchto výsledků dosaženo (Bartholomew a Mullen, 2011).

K oblasti prevence se vztahují teorie etiologie (příčiny užívání návykových látek), teorie lidského vývoje a teorie lidského chování. Mezi teorie lidského chování, které jsou uplatňovány v preventivních intervencích, se řadí teorie, jež se zaměřují na to, jak se lidé učí, a teorie zabývající se tím, jak mohou lidé změnit své chování, a zejména pak ty formy chování, které jsou spojeny se zdravím ohrožujícími a sociálními následky, jako je např. užívání návykových látek.

Prevence jako vědní obor rozsáhle čerpá z teorií vytvořených v jiných oborech, například v behaviorální ekonomii, neuropsychologii a v behaviorální vědě. Tabulka 2 poukazuje na některé z těchto teorií, které mají významný vliv na prevenci, a uvádí rovněž některé teorie, které jsou pro prevenci specifické.

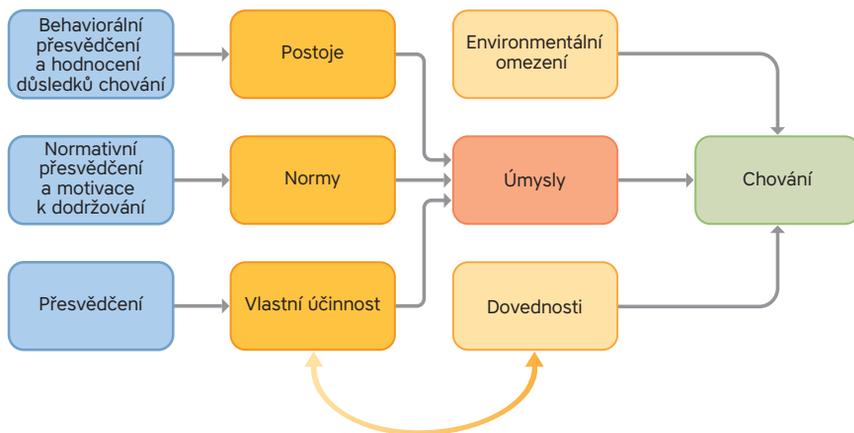
Znalost těchto teorií, byť jen v jejich zestručněné podobě, umožňuje porozumět tomu, že tvorba efektivních intervencí vychází z empiricky zaměřené teorie. Jednou z teorií, které jsou v preventivní vědě často uplatňovány, je teorie plánovaného chování (Theory of Planned Behaviour – TPB, Obrázek 9). Je uvedena níže jako příklad toho, jak může teorie postupovat tvorbou a obsahem intervencí. TPB zohledňuje následující faktory:

- ✗ Postoje vůči chování – přesvědčení týkající se spojení pozitivních či negativních důsledků s daným chováním a připsování hodnoty těmto důsledkům, např.: „Co by se stalo, kdybych kouřil/a cigarety? Jaké jsou zdravotní důsledky? Jsou opravdu takové? Bude to mít nějaký dopad na můj život a lidi okolo mě?“

Tabulka 2: Přehled některých významných teorií prevence

Teorie	Obsah
Všeobecné teorie	
Bandurova teorie sociálního učení (Bandura's Social Learning Theory) (1977)	Lidé se učí svému chování pozorováním druhých a napodobováním a modelováním těchto způsobů chování.
Jessorova teorie problémového chování (Jessor and Jessor's Problem Behavior Theory) (1977)	Mnoho různých forem rizikového chování má stejný či společný původ nebo základ, jenž je ovlivněn interakcí jedince s jeho prostředím.
Bronfenbrennerova ekologická teorie lidského vývoje (Bronfenbrenner's Ecology of Human Development) (1979)	Systémy nebo kontexty vně jedince a způsob, jakým ovlivňují jeho chování.
Ajzenova teorie plánovaného chování (Ajzen's Theory of Planned Behavior) (1991)	Spojitosť mezi postoji a chováním, přičemž chování je řízeno třemi soubory vnímání/postojů: <ul style="list-style-type: none"> • přesvědčení o výsledcích či důsledcích chování • přesvědčení o normativních očekáváních ostatních (nebo o společenské přijatelnosti) ohledně daného chování; • přesvědčení o bariérách a posilovacích faktorech vykonání daného chování.
Specifické teorie v oboru prevence	
Teorie trojího vlivu autorů Flay a Petraitis (Flay and Petraitis' Theory of Triadic Influence) (2003)	K rizikovému chování přispívají tři druhy vlivu: <ul style="list-style-type: none"> • kulturní faktory (např. vnímaná tolerance vůči užívání alkoholu mladistvými); • sociální nebo interpersonální faktory (např. rodiče jedince užívají návykové látky); • intrapersonální faktory (např. slabá kontrola impulzivity).
Teorie rizikových a protektivních faktorů autorů Hawkins a kol. (Hawkins and colleagues' Risk and Protective Factors) (1992)	Rizika vztahující se k užívání návykových látek jsou rozdělena na společenské a kulturní faktory, z nichž vyplývají zákonná a normativní očekávání určitého chování, a faktory intrapersonální a interpersonální (rodiny, školní třídy a vrstevníci).
Teorie pozitivního vývoje mladých lidí autorů Catalano a kol (Catalano and colleagues' Positive Youth Development) (1999)	Je důležité zlepšit a upevnit pozitivní vývoj.
Teorie odolnosti autorů Werner a Smith (Werner and Smith's Resilience Theory) (1982)	Někteří jedinci disponují zvláštními schopnostmi adaptovat se na zátěžové situace a události.
Teorie pečujících prostředí autorů Biglan a Hinds (Biglan and Hinds' Nurturing Environments) (2009)	Tato koncepce spojuje řadu aspektů zmíněných teorií a soustředí se na snižování rizika a podporu odolnosti a dalších pozitivních atributů.

Obrázek 9: Teorie plánovaného chování

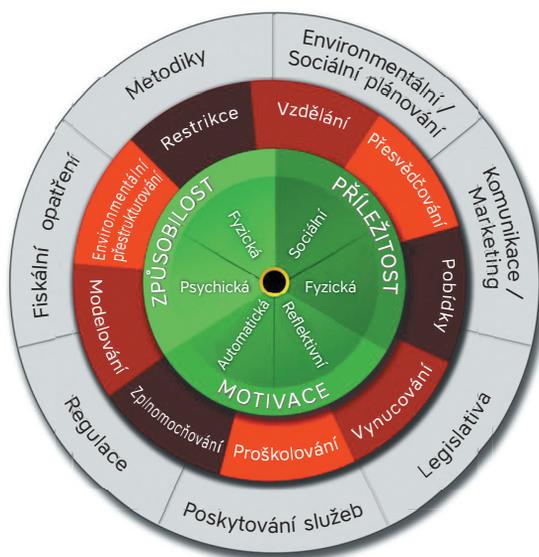


- ✗ Vnímání důsledků chování a normativního charakteru chování ze strany druhých, těch, kteří mají vliv. Např.: „Kdybych začal/začala kouřit, co by tomu řekli rodiče? Co by tomu řekli kamarádi?“
- ✗ Přesvědčení týkající se dovedností, které zabrání nebo napomohou vykonání chování, a vnímání vlastní schopnosti kontrolovat chování. Např.: „Jsem schopen/schopna odolat pití alkoholu na kamarádově párty?“

Interakce mezi těmito komponentami postupuje úmyslem jedince vykonat dané chování, jako například užívání návykových látek, a informuje přirozeně i o tom, zda jedinec disponuje či nedisponuje dovednostmi a zdroji, které k chování napomohou. Dalším krokem včlenění teoretického základu do intervence je vytvoření intervenčních cílů.

Obrázek 10: Kolo změny chování

- Zdroje chování
- Intervenční funkce
- Kategorie zásad



Zdroj: Michie et al., 2011

Co však není při vytváření intervence založené na teoriích vůbec snadné, je převést teorii do praxe. Jak přeměňte identifikované cíle na dobré intervence a politiky? Užitečným nástrojem, který vás v tomto procesu povede, je „kolo změny chování“ autorů Susan Michie a kol. (2011), které vychází ze zastřešujícího modelu chování COM-B (capability, opportunity, motivation and behaviour – schopnost, příležitost, motivace a chování).

Model COM-B reflektuje možné zdroje chování; tyto zdroje jsou znázorněny ve vnitřním kruhu kola změny chování (Behaviour Change Wheel – BCW, Obrázek 10). Obecné kategorie, které lze použít pro dosažení změny chování, se nacházejí ve vnějších kruzích kola. Vnější kruhy obsahují jak metody intervencí a politik, zaměřené na změnu chování, tak typy intervencí, které se používají k ovlivnění chování.

Kolo změny chování vám sice neumožní rozpoznat, které konkrétní intervence mají být implementovány, nicméně je užitečné pro zúžení a výběr druhu přístupu, který by mohl být přínosný.

Motivace je považována za něco automatického a reflexního, zatímco schopnost znamená být schopný jak fyzicky, tak psychicky. Příležitost se vztahuje k možnostem, které sociální nebo fyzický kontext skýtá pro vykonání konkrétního chování. Červený kruh předkládá souhrn vhodných intervenčních přístupů zacílených na tyto behaviorální determinanty, zatímco šedý vnější kruh obsahuje mechanismy politik, které slouží k podpoře provádění intervencí.

Příklad programu X

Abychom poznali, jak může teorie postupovat vytvářením intervence, budeme tento příklad aplikovat na školskou preventivní intervenci. Máme zde hypotetický Program X: Školní kurikulum ve výzkumem podložené prevenci. Jaké charakteristiky má tato intervence podle našich požadavků mít?

Prvním záměrem prevence, jenž vyplývá z modelu TPB, jsou postoje vůči chování a jeho důsledkům, vnímání důsledků užívání návykových látek pro cílovou skupinu adolescentů a normativní přesvědčení (vnímání normativního charakteru užívání návykových látek mezi jejich vrstevníky). Tyto postoje a vnímání pomohou cílové skupině v rozhodování ohledně užívání látek; cílová skupina obvykle bude mít v úmyslu návykové látky neužívat. Jakmile se jednou cílová skupina takto rozhodne, pomůže jí účast v intervenci vytvářet si a rozvíjet dovednosti, které potřebuje na podporu tohoto rozhodnutí. Tyto dovednosti zahrnují komunikační dovednosti a dovednosti odolávat a mohou zahrnovat i další životní dovednosti spojené s dosahováním prosociálních a pozitivních cílů a záměrů.

Intervence studentům pomůže výše uvedených cílů a záměrů dosáhnout, neboť je podníká k tomu, aby shromažďovali informace a aby je při uplatnění rozhodovacích a dalších dovedností interpretovali a aplikovali je na svůj život. Forma provedení může spočívat v aktivitách malých skupin a v diskusních skupinách.

Intervence toho musí dokázat ještě ještě více než jen zvýšit vnímání vlastní účinnosti ohledně odolávání užívání návykových látek. Dobrá intervence toho dosáhne tím, že bude učit behaviorálními strategiemi, a to formou vytváření vzorů, nácviku dovedností, vedeného procvičování se zpětnou vazbou a formou posílení.

2.3 Struktura, obsah a realizace

S preventivními intervencemi se pojí tři důležité aspekty: struktura, obsah a realizace. Všechny tři aspekty se řídí teorií.

Strukturální složka odráží to, jak je preventivní intervence nebo politika uspořádána a rozvržena, například jaký bude počet výukových hodin intervence a doba jejich trvání (např. bude Program X sestávat z 10, 15 nebo 20 hodin? Jak dlouho budou výukové hodiny trvat – 30 minut, 45 minut? Budou rozloženy do jednoho týdne nebo do několika týdnů?).

Kategorie „obsah“ souvisí s cíli intervence a s tím, jaké informace, dovednosti a strategie budou použity na dosažení požadovaných cílů. Tyto cíle mohou například zahrnovat zařazení dovedností zaměřených na odmítání vrstevníků, vytvoření sociálních norem v rámci intervence a nácvik komunikace v rodině.

Kategorie „realizace“ se vztahuje k tomu, jak má být intervence či politika implementována a jaké přijetí intervence či politiky se očekává od cílového publika. Příklady tohoto aspektu intervence zahrnují používání interaktivních výukových strategií u dospívající mládeže a dospělých; nabídku programů rodičovských dovedností v době, která rodinám vyhovuje, a monitorování implementace intervence či politiky za účelem zvýšení přesnosti hlavních prvků intervence.

Cílové populace

Na základě využití poznatků z výše probíraného etiologického modelu můžeme identifikovat několik klíčových oblastí, ve kterých může intervence efektivně předcházet utváření přesvědčení, postojů a způsobů chování, které mohou vést k užívání návykových látek a s ním souvisejícím formám rizikového chování. Tyto body intervence cílí nejen přímo na jednotlivce, nýbrž také na jejich mikroprostředí a makroprostředí. V rámci tohoto kurikula se budeme zabývat preventivními intervencemi, které jsou poskytovány rodičům, učitelům, dětem a adolescentům a jsou prováděny na úrovni rodiny, školy a komunity.

Při směřování intervence/politiky hraje důležitou roli celá řada charakteristik.

- ✗ Věk souvisí s vývojovými kompetencemi, s „ohrožením“ a se stupněm závažnosti důsledků užívání návykových látek. Je rovněž prostředkem směřování intervencí a mělo by se k němu přihlížet při plánování realizace. V rámci školské prevence byla například prokázána vyšší efektivita různých typů aktivit u různých věkových a vývojových skupin. Pohled na to, jaké formy chování jsou přijatelné u různých věkových skupin, se může lišit i v rámci komunit/kultur. Vedle zákonů, které stanovují věkové omezení pro nákup zboží, jako je alkohol, může být například užití alkoholu pod dohledem u příležitosti významné rodinné oslavy přijatelné u starších adolescentů, nikoli však u menších dětí. Pohled na to, jaké formy chování jsou u různých věkových skupin považovány za přijatelné, se může lišit i v rámci komunit/kultur.
- ✗ Pohlaví může hrát roli u osoby, která je v „ohrožení“, a může být důležité pro prostředí, ve kterém je intervence realizována. Společnosti/kultury mohou mít navíc ohledně žen a mužů, kteří mají být v rámci intervence osloveni, různá očekávání. Důležité však je,

aby preventivní intervence neupevňovaly zbytečné genderové stereotypy, které povolují některé druhy zdraví ohrožujícího chování mužům, avšak nikoliv ženám.

- ✗ Geografické umístění je důležité nejen z hlediska toho, jaké návykové látky mohou být dostupné, nýbrž také z hlediska toho, jaké zdroje a podpůrné služby mohou být dostupné a jak snadný je k nim přístup.
- ✗ Dosah znamená rozsah, v jakém se má intervence nebo politika dostat k různým skupinám.
- ✗ A konečně zaměření intervence nebo politiky: intervence nebo politika by se mohla zaměřovat na populace na různé úrovni zranitelnosti a rizika.

Abychom mohli identifikovat cílovou populaci a její specifické potřeby, musíme provést analýzu potřeb. Tímto tématem se zabývá Kapitola 3.

3

Kapitola 3

Výzkumem podložené preventivní intervence a politiky

Tato kapitola poskytuje podrobnější přehled o dvou významných dokumentech, které slouží jako hlavní podklad, na němž toto kurikulum staví. Prvním z nich jsou Mezinárodní standardy prevence užívání drog (UNODC, 2013)⁹, které sumarizují nauku, jež tvoří základ výzkumem podložených preventivních intervencí a politik zaměřených na předcházení nebo snižování užívání návykových látek. Standardy byly vypracovány úřadem UNODC a Světovou zdravotnickou organizací ve spolupráci s výzkumnými pracovníky v oblasti prevence, specialisty na prevenci a s tvůrci politik z celého světa. Předkládáme zde rovněž informace o registrech výzkumem podložených programů, které lze použít k vyhledání a výběru výzkumem podložených intervencí, přiměřených vaší situaci, v souladu s doporučeními standardů UNODC.



Druhým zdrojem jsou standardy EDPQS, které byly vydány centrem EMCDDA a které překládají evropský rámec pro poskytování vysoce kvalitní prevence užívání návykových látek. EDPQS se na rozdíl od mezinárodních standardů, které se soustředí na obsah, strukturu a nevhodnější výukovou strategii intervencí, zaměřují na to, jak naplánovat, zvolit a implementovat preventivní intervence tak, aby byla zajištěna jejich kvalita (EMCDDA, 2013a).

3.1 Mezinárodní standardy prevence užívání drog

Účelem mezinárodních standardů je sdružit poznatky výzkumu v prevenci a identifikovat klíčové charakteristiky výzkumem podložených preventivních intervencí a politik, u nichž bylo prokázáno, že snižují užívání návykových látek.

Cílem dokumentu mezinárodních standardů je pomáhat rozhodovatelům podporovat intervence nebo politiky, u nichž byla na základě důsledného výzkumu prokázána jejich efektivita. Standardy kromě toho skýtají tvůrcům názorů, rozhodovatelům, výzkumníkům

⁹ Druhé vydání vyšlo v březnu 2018.

v oblasti prevence a všem, kteří si uvědomují význam efektivní prevence, možnost plánovat pro svou společnost tvorbu efektivních preventivních programů.

Přezkumná skupina UNODC systematicky revidovala články a studie zabývající se užíváním návykových látek a vybrala ty, které byly s ohledem na protidrogové preventivní intervence nejvíce relevantní. Poté byly tyto články a studie rozděleny do kategorií podle metod, jež byly použity pro vyhodnocení výsledků protidrogových preventivních intervencí. Byla vytvořena stupnice „kvality důkazů“, podle níž byly důkazy klasifikovány jako „vynikající“ (pět hvězdiček), „velmi dobré“ (čtyři hvězdičky), „dobré“ (tři hvězdičky), „adekvátní“ (dvě hvězdičky) nebo „omezené“ (jedna hvězdička).

Po dokončení analýz byly články a studie rozříděny podle následujících tří aspektů, jež popisují revidované protidrogové preventivní intervence a politiky:

- ✗ vývojová období v souvislosti s věkem – kojenecký věk a rané dětství, mladší školní věk, adolescence a pozdní adolescence a dospělost;
- ✗ prostředí, v němž je intervence nebo politika implementována – rodina, škola, pracoviště nebo komunita;
- ✗ cílová populace – všeobecná, selektivní nebo indikovaná.

V následující části je uveden stručný popis poznatků týkajících se každého vývojového období souvisejícího s věkem. Standardy vycházejí z rámce vývoje člověka a konstatují, že jednotlivci mají v různých fázích vývoje (v kojeneckém věku a v raném dětství, mladším školním věku, v období adolescence, pozdní adolescence a v dospělosti) různé potřeby a reagují na různé typy výukových strategií. Dokument dále vychází z toho, že intervence a politiky lze realizovat v různých prostředích, jakými jsou rodina, škola, pracoviště nebo komunita, a lze je zacílit buď na ty, kdo ovlivňují život jedinců (rodiče, učitelé, nadřízení v práci), nebo na samotné jedince.

Konstatuje též, že úroveň rizika různých populací (populace všeobecné, selektivní nebo indikované) hraje důležitou roli pro řádnou realizaci intervencí.

Do období kojeneckého věku a raného dětství spadají děti ve věku do 6 let.

Jak je patrné z Tabulky 3, byl u této věkové skupiny zjištěn určitý účinek u tří typů intervencí, ačkoli kvalita důkazů se u nich lišila.

Intervence cílí na těhotné ženy s poruchami způsobenými užíváním návykových látek vykazaly omezený důkaz o účinnosti. Studie, u kterých byly zaznamenány dobré výsledky, se týkaly intervencí prováděných vyškolenými zdravotnickými pracovníky. Obsah efektivních intervencí zahrnoval:

- ✗ farmakologickou a/nebo psychosociální terapii přizpůsobenou potřebám pacienta;
- ✗ léčbu jakékoli zřejmé komorbidní poruchy fyzického a/nebo duševního zdraví;
- ✗ poskytnutí rodičovských dovedností na posílení citové vazby;
- ✗ služby, které byly poskytovány v prostředí integrované léčby.

Tabulka 3: Výzkumem podložené preventivní intervence v období kojeneckého věku a raného dětství

Intervence	Úroveň zacíleného rizika	Míra účinnosti
Intervence zaměřená na těhotné ženy s poruchami způsobenými abúzem návykových látek	Selektivní Rizikové skupiny	* Omezená
Návštěvy v prenatalním období a v kojeneckém věku	Selektivní Rizikové skupiny	** Adekvátní
Výchova v raném dětství	Selektivní Rizikové skupiny	**** Velmi dobrá
Komunitní vícesložkové iniciativy		

Intervence zahrnující zdravotní návštěvy novopečených maminek, které užívají návykové látky nebo trpí problémy souvisejícími s užíváním, byly vyhodnoceny jako intervence s adekvátním důkazem o účinnosti:

- ✗ jestliže byly prováděny zdravotnickými pracovníky s kvalifikací pro poskytování těchto služeb v rámci doporučené struktury; tato intervence zahrnuje pravidelné návštěvy dítěte do jeho věku dvou let s tím, že služby a podpora jsou zpočátku poskytovány každé dva týdny a poté v měsíčním intervalu;
- ✗ jestliže zprostředkovaly základní rodičovské dovednosti;
- ✗ jestliže poskytly maminkám podporu, co se týče jejich fyzického a duševního zdraví, bydlení, stravy a v případě potřeby zaměstnání.

V tomto případě se jedná o typy intervence, které lze integrovat do jiných stávajících programů pro novopečené maminky nebo i do wellness programů pro novorozence nebo kojence.

Selektivní intervence, které jsou zaměřeny na výchovu v raném dětství a cílí na děti ve věku od 2 do 5 let, jež žijí v deprivovaném prostředí, vykazaly dobré důkazy o efektivitě. Tento typ intervencí neovlivňuje jen užívání konopí v období adolescence, nýbrž předchází také dalším formám rizikového chování a podporuje školní výkon, sociální začleňování a duševní zdraví. Tyto intervence byly spojeny s následujícími klíčovými aspekty:

- ✗ Učitelé a poradci musejí být před tím, než mohou intervence poskytovat, vyškoleni.
- ✗ Intervence kladou důraz na přiměřené kognitivní, sociální a jazykové dovednosti dětí a připravují je na školní prostředí, na jejich role jakožto žáků i na školní nároky.
- ✗ Intervence spočívají v každodenních sezeních konaných po delší časová období.

Do mladšího školního věku spadají děti ve věku od 6 do 10 let.

U této věkové skupiny vykazaly intervence uvedené v Tabulce 4 adekvátní až velmi dobré důkazy o účinnosti. Tři intervence směřovaly ke všeobecným skupinám a jedna k selektivním neboli rizikovým skupinám, ačkoli se přístupy týkající se podpory školní docházky dětí soustředily především na rizikové děti.

Tabulka 4: Výzkumem podložené preventivní intervence v období mladšího školního věku

Intervence	Úroveň zacíleného rizika	Míra účinnosti
Programy zaměřené na rodičovské dovednosti	Všeobecná a selektivní Běžná populace a rizikové skupiny	**** Velmi dobrá
Výchova k osobním a sociálním dovednostem	Všeobecná Běžná populace	*** Dobrá
Programy zaměřené na zlepšování prostředí ve třídě	Všeobecná Běžná populace	*** Dobrá
Politiky zaměřené na podporu školní docházky	Selektivní Rizikové skupiny	** Adekvátní
Komunitní vícesložkové iniciativy		

Intervence zaměřené na rodičovské dovednosti poskytují podporu rodičům a zlepšují jejich styly výchovy a rodičovské dovednosti. Byla u nich prokázána efektivita u běžné populace dětí i u rizikových dětí. U intervencí, které rozvíjejí rodičovské dovednosti pro toto období vývoje, byl prokázán silný důkaz o jejich významu. Obsah intervencí, které byly prokazatelně spojeny s pozitivními výsledky, se soustředil na posílení rodinných vazeb a byl zaměřen na to, aby rodičům/pečujícím osobám poskytl dovednosti pro:

- ✗ laskavou výchovu dítěte;
- ✗ stanovování pravidel přijatelného chování;
- ✗ monitorování volného času a vzorců přátelství;
- ✗ prosazování pozitivní disciplíny přiměřené vývoji dětí;
- ✗ účast na vzdělávání a výchově dětí;
- ✗ působení jako vzor.

Intervence, které byly zaměřené na rodičovské dovednosti a které vykazaly pozitivní výsledky, zahrnovaly několik interaktivních sezení, jichž se účastnili rodiče i děti. Opět platí, že všichni realizátoři absolvovali specializovaný výcvik.

K intervencím, které poskytují rodičovské dovednosti a které neměly žádný dopad nebo vykazaly negativní výsledky, patřily intervence, jež se zaměřovaly pouze na děti nebo jejichž primární forma provedení spočívala v přednáškách. Bylo rovněž zjištěno, že rodičovské intervence, které rodičům nebo osobám pečujícím o dítě poskytly pouze informace o drogách nebo které podřývaly rodičovskou autoritu, nevedly k pozitivním ani negativním výsledkům.

Intervence zaměřené na rozvoj osobních a sociálních dovedností se obecně provádějí ve školním prostředí. Efektivita, která je u nich prokazována, je dobrá. Tyto intervence poskytují dětem možnost učit se dovednostem, které jim pomohou zvládat nejrůznější situace, jež nastávají v každodenním životě. Intervence podporují vytváření všeobecných

sociálních kompetencí a zaměřují se na normativní přesvědčení a postoje ohledně užívání návykových látek a s ním souvisejících forem chování.

Jedná se převážně o intervence, které:

- ✗ jsou prováděny vyškolenými pedagogickými pracovníky, kteří předávají obsah intervencí prostřednictvím interaktivních metod;
- ✗ primárně se soustředí na vytváření a rozvoj dovedností, zejména na copingové dovednosti a dovednosti osobní a sociální;
- ✗ jsou obvykle poskytovány v prvních letech školní docházky a žáci jsou do nich aktivně zapojováni;
- ✗ sestávají ze série sezení;
- ✗ posilují kompetence učitelů v oblasti třídního managementu a podporují socializaci dětí tak, aby se děti mohly úspěšně ujmout své role žáka.

Důležité jsou rovněž strategie, které zlepšují zkušenosti se školou a posilují pozitivní pocity týkající se školy a vzdělání. Tyto intervence zlepšují školní i socioemocionální učení. Školská prevence bude v tomto kurikulu podrobněji probrána později.

Adolescence je vymezena věkem od 11 do 18 let a je to období dosti náročné, neboť mozek se dále vyvíjí v kontextu hormonálních a ostatních normálních biologických procesů. Vývoj mnoha mozkových funkcí však pokračuje až za období adolescence – tato skutečnost tudíž poukazuje na význam provádění intervencí i po dosažení věku 18 let.

Tabulka 5: Výzkumem podložené preventivní intervence v období mladšího školního věku

Intervence	Úroveň zacíleného rizika	Míra účinnosti
Preventivní výchova založená na osobních a sociálních dovednostech a sociálním vlivu	Všeobecná a selektivní Běžná populace a rizikové skupiny	*** Dobrá
Školní politika a kultura	Všeobecná Běžná populace	** Adekvátní
Řešení rizikových osobnostních rysů	Indikovaná Rizikový jedinec	** Adekvátní

Na období adolescence (Tabulka 5) se zaměřuje mnoho evaluačních studií intervencí. Na tuto věkovou skupinu se vztahují intervence zacílené na rodičovské dovednosti, o kterých pojednává předchozí část, a kurikula zaměřená na osobní a sociální dovednosti, jakož i školní politiky oslovující všeobecné populace. U rizikovější populace vykazují intervence, jež poskytují individuální péči, tj. například ty, které se zaměřují na rizikové osobnostní rysy a mentoring, adekvátní důkazy o efektivitě.

Intervence, které poskytují rodičovské dovednosti a zaměřují se na tuto věkovou skupinu, se soustředí na efektivní programy rodičovských dovedností vztahujících se k adolescentům a zahrnují:

- × intervence, které upevňují rodinné vazby a posilují rodičovské dovednosti, a to zejména v oblasti stanovování pravidel, monitorování volného času a vzorců přátelství a pokračování v zapojování se do vzdělávacích zkušeností dítěte;
- × intervence, které prezentují materiály, situace a témata relevantní pro starší děti a které zahrnují několik vysoce interaktivních skupinových sezení.

Tyto intervence musí být prováděny školenými instruktory a mají být organizovány tak, aby umožňovaly plnou účast.

Pro tuto věkovou skupinu jsou vysoce relevantní také výchovné intervence zaměřené na osobní a sociální dovednosti.

- × Tyto intervence posilují kompetence v oblasti odmítání návykových látek a odolávání vrstevníkům, které umožňují bránit se sociálním tlakům týkajícím se užívání návykových látek a zdravým způsobem se vypořádávat s nástrahami života.
- × Další složky intervencí se zabývají vnímáním rizika nebo poškození spojeného s užíváním návykových látek a soustředí se na důsledky, jež jsou pro období adolescence obzvláště relevantní.
- × Tyto intervence se zaměřují na mylné představy, které adolescenti obecně mívají ohledně normativního charakteru užívání návykových látek, kdy řada z nich nadhodnocuje počet svých vrstevníků, o kterých se domnívá, že kouří, pijí nebo užívají jiné návykové látky.
- × Tyto intervence poskytují přesné informace, které mají adolescentům pomáhat posoudit vnímané důsledky užívání návykových látek vůči tomu, jak vnímají svá očekávání spojená s užíváním.
- × Aktivní zapojení do preventivních aktivit vyžaduje, aby vyškolení učitelé nebo realizátoři vystupovali spíše v roli facilitátorů a koučů nežli přednášejících.

Další příležitost pro provádění výzkumem podložených preventivních intervencí v rámci školního prostředí skýtají školní politiky, a sice zejména ty, které se vztahují k užívání návykových látek a zabývají se tím, jak postupovat při porušování těchto politik. Správně koncipované politiky mohou rovněž vytvářet pozitivnější prostředí, ve kterém se žáci/studenti cítí bezpečně a komfortně a mají pocit, že jsou úspěšní. Tyto politiky prokázaly svou efektivitu a přinesly adekvátní důkaz o tom, že měly pozitivní dopad na užívání návykových látek mezi všemi žáky/studenty i mezi zaměstnanci školy.

Dětem, které vykazují rizikové osobnostní rysy, jako je vyhledávání vzrušujících zážitků, impulzivita, úzkostnost nebo skleslost, a u kterých bylo v případech, že tyto rysy nebyly nijak řešeny, prokázáno spojení s užíváním návykových látek, je během tohoto období vhodné poskytnout individuální psychologické poradenství nebo krátkou intervenci. Mladí lidé z této skupiny mohou mít rovněž problémy ve škole, se svými rodiči nebo s vrstevníky. Jediní, u kterých jsou zjištěny problémy tohoto typu, obvykle:

- × podstupují screening prováděný odborníky za pomoci validovaných nástrojů;
- × jsou u nich prováděny intervence, které jim poskytnou dovednosti k tomu, jak pozitivně zvládat své emoce a rizikové rysy (psychologickou zranitelnost);
- × tyto intervence jsou u nich prováděny vyškolenými odborníky a sestávají ze 2–5 krátkých sezení.

Mentoringové programy – zejména ty, které se zaměřují na mladé lidi ohrožené zapojením se do forem rizikového chování – neskýtají silný důkaz o efektivitě. Výzkumná literatura však svědčí o tom, že vyškolení mentoři, kteří poskytují vysoce strukturovaný program aktivit, mohou dosáhnout pozitivních výsledků. V rámci tohoto typu programů bývá mladý člověk přidělen dospělé osobě, která se zaváže k tomu, že bude tohoto mladého jedince pravidelně a po delší dobu podporovat.

Pozdní adolescence a dospělost je období, do kterého spadají mladí dospělí ve věku od 18 let.

Tabulka 6: Výzkumem podložené preventivní intervence v období pozdní adolescence a dospělosti

Intervence	Úroveň zacíleného rizika	Míra účinnosti
Preventivní výchova založená na osobních a sociálních dovednostech a sociálním vlivu	nedotacek studií/nedostatek důkazů	
Školní politika a kultura	nedotacek studií/nedostatek důkazů	
Řešení rizikových osobnostních rysů	nedotacek studií/nedostatek důkazů	
Mentoring	nedotacek studií/nedostatek důkazů	
Politiky v oblasti alkoholu a tabákových výrobků	Všeobecná Běžná populace	***** Vynikající

Politiky zaměřené na alkohol a tabákové výrobky vykazují v rámci vědeckého výzkumu vynikající efektivitu (Tabulka 6). Jelikož je užívání tabáku a alkoholu mnohem rozšířenější než užívání nelegálních drog a je tudíž také spojeno s vyšší zdravotní zátěží populace, může mít oddálení užívání těchto látek mezi mladými lidmi významný společenský dopad.

- ✗ Výzkumem podložené politiky zaměřené na oblast tabákových výrobků a alkoholu jsou takové politiky, které omezují přístup nezletilých dětí a adolescentů k tabákovým výrobkům a alkoholu a snižují jejich dostupnost.
- ✗ Úspěšné politiky jsou politiky, které zvyšují minimální věkovou hranici pro prodej těchto výrobků a prostřednictvím zdanění také zvyšují jejich ceny.
- ✗ U zákazu reklamy na tabákové výrobky a omezování reklamy na alkoholové výrobky, která cílí na mladé lidi, bylo rovněž prokázáno, že vede ke snížení užívání těchto výrobků.
- ✗ Součástí efektivních přístupů k užívání tabákových výrobků a alkoholu je i aktivní a důsledné prosazování těchto politik a zapojení maloobchodních prodejců prostřednictvím edukačních programů.

Úrovně účinnosti ostatních intervencí, kterými se bude tato příručka zabývat, jsou uvedeny v Tabulce 7.

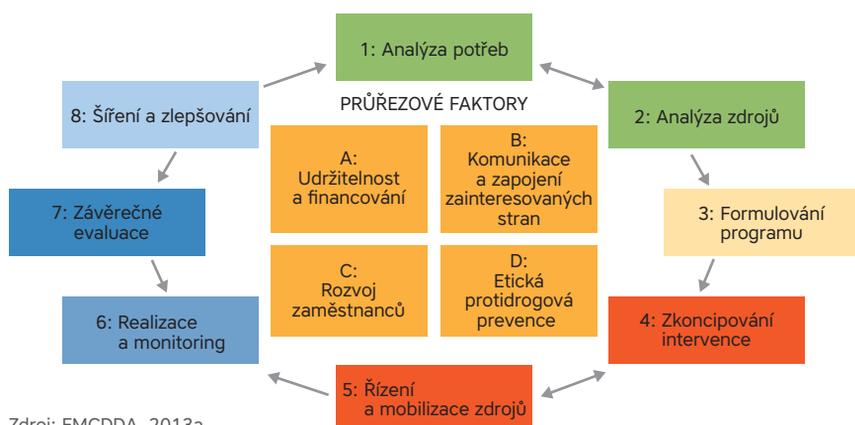
Tabulka 7: Výzkumem podložené preventivní intervence v různých prostředích

Intervence	Úroveň zacíleného rizika	Míra účinnosti
Komunitní vícesložkové iniciativy	Všeobecná a selektivní Běžná populace a rizikové skupiny	*** Dobrá
Mediální kampaně	Všeobecná Běžná populace	* Omezená
Prevence na pracovišti	Všeobecná, selektivní a indikovaná Všechny složky	*** Dobrá
Prostředí zábavy	Všeobecná Běžná populace	* Omezená
Krátká intervence	Indikovaná Rizikový jedinec	**** Velmi dobrá

3.2 Evropské standardy kvality v oblasti protidrogové prevence

Účelem standardů EDPQS je zdokonalit tvorbu a realizaci preventivních intervencí a politik, omezit implementaci přístupů, které byly shledány jako neefektivní, a zajistit, aby byly preventivní aktivity realizovány kompetentními organizacemi a odborníky a byly vhodné pro příslušný kontext nebo cílovou skupinu. Cílem těchto standardů je podnítit změnu v odborné kultuře prevence směrem ke kultuře uplatňující systematictější přístup k preventivní práci, založený na vědeckých poznatcích.

Obrázek 11: Projektový cyklus prevence užívání návykových látek



Zdroj: EMCDDA, 2013a

Standardy EDPQS obsahují popis projektového cyklu zahrnujícího osm fází (viz Obrázek 11). Ačkoli projektový cyklus navrhuje určité pořadí aktivit, lze některé fáze v praxi realizovat v jiném pořadí. Zároveň platí, že se všechny fáze nemusejí vztahovat na všechny typy

preventivní činnosti. EDPQS kromě toho předkládají některé průřezové faktory, ke kterým je třeba přihlížet v každém stadiu projektu. Následující popis projektového cyklu vychází ze stručného průvodce standardy EDPQS (EMCDDA, 2013a).

Průřezové faktory představují opakující se témata, která se týkají celého projektového cyklu, a nikoli jen jedné fáze projektu. Konkrétně jde o čtyři témata, která jsou popsána níže: udržitelnost a financování, komunikace a zapojení zainteresovaných stran, rozvoj zaměstnanců a etická protidrogová prevence.

A: Udržitelnost a financování

Intervence by měly být zasazeny do širšího rámce činností v oblasti prevence užívání návykových látek. Pokud možno, měla by být zajištěna dlouhodobá životnost preventivní práce. Tam, kde je to vhodné, měly by intervence v ideálním případě pokračovat i po jejich počáteční implementaci a/nebo i poté, kdy přestaly být financovány z externích zdrojů. Udržitelnost nicméně nezávisí pouze na pokračující dostupnosti finančních prostředků, nýbrž také na odhodlání pracovníků a dalších stran zainteresovaných v organizaci a/nebo v oblasti prevence užívání návykových látek. Zatímco některé jednotlivé intervence mohou být časově omezené, mohou být jiné intervence součástí dlouhodobé preventivní strategie, v rámci níž je dlouhá životnost důležitá.

B: Komunikace a zapojení zainteresovaných

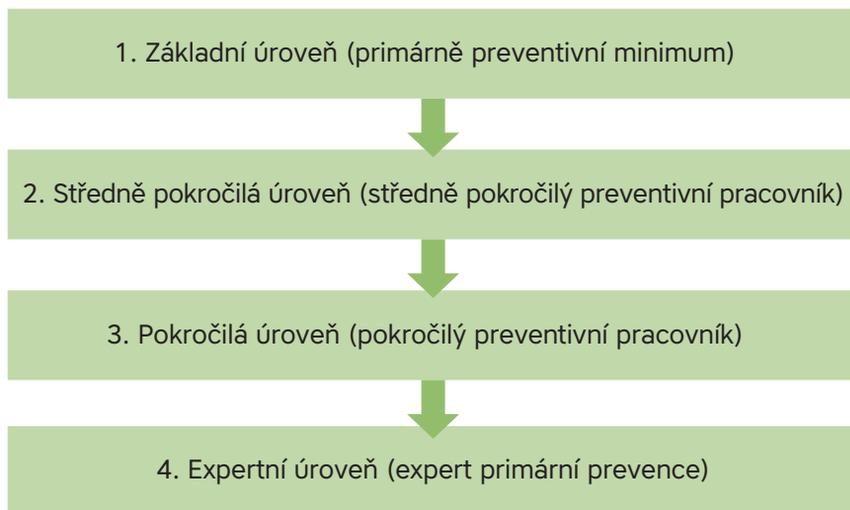
Zainteresované strany (subjekty) jsou jednotlivci, skupiny a organizace, které mají na činnosti a výsledcích intervencí vlastní zájem a/nebo jsou jimi přímo či nepřímo ovlivněny, tj. například cílová populace, komunita, poskytovatelé finančních prostředků a jiné organizace působící v oblasti prevence užívání návykových látek. Tyto strany je třeba kontaktovat a zapojit do plánování a koncipování intervencí a/nebo politik, a umožnit tak koordinaci úsilí, sdílení získaných poznatků a zavedení společného plánování a rozpočtování.

C: Rozvoj zaměstnanců

Tato složka sestává ze tří pilířů: ze vzdělávání a výcviku zaměstnanců, z jejich kontinuálního rozvoje a z profesní a emoční podpory. Aby byl zajištěn vysoký standard realizace intervence/politiky, měly by být vzdělávací potřeby zaměstnanců posouzeny ještě před implementací a jednotliví zaměstnanci by měli být proškoleni. Kontinuální rozvoj zaměstnanců je prostředkem k odměňování a udržení jednotlivých zaměstnanců a slouží k zajištění toho, že jsou jejich znalosti a dovednosti neustále aktuální. Během implementace intervencí a/nebo politik je důležité poskytnout zaměstnancům příležitost k tomu, aby mohli o své práci přemýšlet a zlepšovat ji.

Kvalita zaměstnanců významným způsobem ovlivňuje kvalitu intervencí a je úzce spojena s výcvikem či vzděláním, jehož se jim dostalo. V řadě evropských zemí není bohužel zaveden žádný jednotný systém vzdělávání pracovníků v prevenci. Charvát a kol. (2012) navrhuji kvalifikační systém pro preventivní pracovníky ve školství, prostřednictvím něhož se snaží standardizovat různé úrovně výcviku a vzdělání a jenž naopak reflektuje znalosti a dovednosti, které jsou od pracovníků požadovány.

Obrázek 12: Úrovně výcviku a vzdělávání



Zdroj: Převezato z Charvat et al., 2012

To znamená, že například učitel ve škole, který realizuje jednoduchý vzdělávací program nebo provádí sezení zaměřené na drogové uvědomění, bude muset vykazovat pouze způsobilost vyplývající ze základní úrovně, zatímco od specializovaného pedagoga, který je odpovědný za screening studentů a realizaci programu indikované prevence, se očekává, že bude disponovat kompetencemi odpovídajícími pokročilé úrovni. EUPC a projekt UPC-Adapt obecně je další snahou o zdokonalení a standardizaci vzdělávání v Evropě.

D: Etická prevence užívání návykových látek

Aktivity v oblasti prevence užívání návykových látek mají vliv na životy lidí a jsou obvykle zacíleny na mladé lidi. V případě selektivní a indikované prevence mohou právě tito mladí lidé patřit k těm, kteří jsou ve společnosti nejvíce ohroženi. Odborníci by neměli předpokládat, že aktivity v oblasti prevence užívání návykových látek jsou již jen podle samotné definice etické a pro účastníky prospěšné. I když nemusí být vždy možné dodržet všechny zásady etické prevence užívání návykových látek, etický přístup musí být jasně patrný v každé fázi projektu. Proto je třeba vytvářet protokoly, které mají chránit práva účastníků a posuzovat a zmírňovat potenciální rizika.

Nyní se postupně zastavíme u každé z fází projektového cyklu.

Fáze 1: Analýza potřeb

Před tím, než může být intervence dopodrobna naplánována, je důležité prozkoumat povahu a rozsah potřeb spojených s užíváním návykových látek. Zároveň je nutno prozkoumat možné příčiny těchto potřeb a faktory, které k nim přispívají. Prostřednictvím této analýzy se zjistí, že je intervence nezbytná, a zajistí, že bude zaměřena na správné potřeby a na cílovou populaci (cílové populace). Rozeznáváme čtyři druhy potřeb: potřeby týkající se politik, (obecné) potřeby komunity, potřeby vycházející z mezer v poskytování prevence a (konkrétní/specifické) potřeby cílové populace.

1.1 Znalost politiky a legislativy vztahující se k užívání návykových látek: Politika a legislativa vztahující se k užívání návykových látek by měla řídit veškeré činnosti v oblasti prevence užívání. Tým musí znát politiku a legislativu týkající se užívání látek na místní, regionální, národní a/nebo mezinárodní úrovni a musí v souladu s nimi jednat. Pokud se intervence zaměřují na potřeby, které aktuálně nepatří do priorit politiky, měly by i přesto podporovat širší náplň prevence užívání látek tak, jak je definováno v rámci národních či mezinárodních strategií. Tam, kde je to vhodné, by měla rovněž být zvažena další vodítka, jako jsou závazné standardy a metodické materiály.

1.2 Posouzení užívání návykových látek a potřeb komunity: Druhá složka této fáze projektu specifikuje požadavek na posouzení situace užívání návykových látek v rámci běžné populace nebo v konkrétních subpopulacích. Při plánování preventivní práce se nestačí spoléhat pouze na předpoklady či ideologii. Naopak, preventivní intervence nebo politiky musejí vycházet z empirického posouzení potřeb lidí. Aby bylo možno zohlednit vztah mezi užíváním látek a ostatními potřebami, měly by rovněž být posouzeny další důležité otázky, jako je deprivace a nerovnosti.

1.3 Popsání potřeb – odůvodnění intervence: Poznatky vyplývající z posouzení potřeb komunity jsou za účelem odůvodnění potřeby intervence zadokumentovány a zasazeny do kontextu. Aby bylo zajištěno, že je intervence pro danou komunitu relevantní, mělo by odůvodnění přihlížet k názorům této komunity. Zaměření se na „potřeby“ spíše než na „problémy“ může usnadnit zapojení zainteresovaných stran, které by se jinak mohly cítit stigmatizovány. V této fázi je rovněž prováděna analýza stávajících preventivních intervencí nebo politik s cílem získat poznatky o tom, jakým způsobem může intervence doplnit aktuální strukturu poskytování prevence.

1.4 Pochopení cílové populace: Analýza potřeb posléze pokračuje sběrem podrobných dat o případné cílové populaci, to znamená například informací o rizikových a protektivních faktorech a o kultuře cílové populace a jejím každodenním životě. Správné pochopení cílové populace a její reality je nezbytným předpokladem pro efektivní, nákladově efektivní a etickou prevenci užívání návykových látek. V případě potřeby bude možná nutno vzít jako doplněk ke konečné cílové populaci (např. k mladým lidem ohroženým užíváním látek) v úvahu prostřední cílovou populaci, která bude případným příjemcem intervence, třebaže není ohrožena užíváním látek (např. rodiče, učitelé).

Fáze 2: Analýza zdrojů

Intervenci neurčují pouze potřeby cílové populace, nýbrž také dostupné zdroje. Zatímco analýza potřeb (viz Fáze 1: Analýza potřeb) označuje, čeho by se měla intervence nebo politika snažit dosáhnout, poskytuje analýza zdrojů důležité informace ohledně toho, zda a jak lze těchto cílů dosáhnout.

2.1 Analýza cílové populace a zdrojů komunity: Preventivní intervence nebo politiky mohou být úspěšné jedině tehdy, pokud jsou cílová populace, komunita a další relevantní zainteresované strany „připraveny“ se do nich zapojit (tj. zda jsou schopny a ochotny se zúčastnit implementace či implementaci podpořit). Tyto subjekty mohou rovněž disponovat zdroji, které lze využít jako součást intervence (např. sítě, dovednosti). Standardy v této složce popisují požadavek na posouzení a zvážení potenciálních zdrojů opozice intervence a zdrojů podpory intervence, jakož i dostupných zdrojů příslušných zainteresovaných stran.

2.2 Analýza vnitřních schopností: Analýza vnitřních zdrojů a schopností je důležitá, neboť intervence je proveditelná pouze tehdy, jestliže je v souladu s dostupností

pracovníků a finančních a dalších zdrojů. Tento krok se provádí před formulováním intervence nebo politiky, aby se zjistilo, jaké typy intervencí nebo politik by mohly být proveditelné. Vzhledem k tomu, že účelem analýzy je poskytnout informace pro plánování, nemusí se v jejím případě jednat o „formální“ posouzení, které bude provádět externí organizace, ale například o neformální diskusi mezi zaměstnanci s cílem určit organizačně silné stránky a slabiny týkající se zdrojů.

Fáze 3: Formulování programu

Formulování intervence nebo politiky znamená načrtnutí obsahu a struktury a představuje nezbytný základ pro umožnění cíleného, detailního, uceleného a realistického plánování. Hlavní prvky intervence nebo politiky by měly být explicitně definovány na základě analýzy potřeb cílové populace a dostupných zdrojů.

3.1 Definice cílové populace: Dobrá definice cílové populace zajistí, že bude intervence cílit na správné lidi. Cílová populace může sestávat z jednotlivců, skupin, domácností, organizací, komunit, prostředí a/nebo jiných jednotek, pakliže jsou identifikovatelné a jasně definované. Definice by měla být konkrétní a přiměřená rozsahu intervencí nebo politik. Důležitým hlediskem, které je třeba zvážit, například je, zda lze či nelze k cílové populaci pomocí zamýšleného přístupu dosáhnout.

3.2 Použití teoretického modelu: Jak již bylo probráno výše, zvyšuje se použitím teoretického modelu, jenž je vhodný pro konkrétní kontext intervence, pravděpodobnost, že intervence úspěšně dosáhne svých cílů. Použití takového modelu pomáhá identifikovat příslušné mediátory chování souvisejícího s užíváním návykových látek (např. úmysly a přesvědčení, které mají vliv na užívání látek) a určit proveditelné záměry a cíle. Veškeré intervence by měly být založeny na spolehlivých teoretických modelech, a to zejména tehdy, jsou-li vytvořeny nově.

3.3 Definice plánů, záměrů a cílů: V případě neexistence jasných plánů, záměrů a cílů hrozí vážné riziko, že bude preventivní práce vykonávána jen kvůli sobě samotné, a nikoli ve prospěch cílové populace. Standardy EDPQS používají tříúrovňovou strukturu vzájemně propojených plánů, záměrů a cílů. Plány popisují dlouhodobý směr programu, obecnou myšlenku, účel či úmysl. Mohou nebo nemusí být dosažitelné v rámci konkrétní intervence, ale poskytují strategický směr, kterým se mají aktivity ubírat. Záměry jsou jasným vyjádřením ohledně výsledku, který bude intervence pro účastníky mít (ve smyslu změny v chování) při svém dokončení. Cíle popisují okamžitou nebo přechodnou změnu v chování účastníků, která je nezbytná pro dosažení konečného záměru. Operační cíle pak popisují aktivity, které jsou nutné k dosažení záměrů a cílů.

3.4 Definice prostředí: Prostředím se rozumí sociální a/nebo fyzické prostředí, ve kterém k intervenci dochází, tedy například rodina, škola, pracoviště, noční kluby nebo komunita. Z analýzy potřeb může vyplynout, že relevantní je jedno nebo několik prostředí, avšak při rozhodování o prostředí je zároveň nutno přihlížet k praktickým hlediskům (jako je např. snadná přístupnost, potřebná spolupráce). Jasná definice prostředí je nezbytná k tomu, aby mohli ostatní pochopit, kde a jak byla intervence realizována.

3.5 Využívání důkazů o efektivitě: Při plánování práce v oblasti prevence užívání návykových látek je důležité znát a využívat stávající poznatky o tom, „co funguje“. Mělo by se čerpat ze stávající základny vědeckých důkazů o efektivní prevenci a měl by být kladen důraz na poznatky, které jsou pro plánovanou intervenci nebo politiku relevantní. Dobrými

referenčními zdroji pro výzkumem podložené intervence nebo politiky jsou mezinárodní standardy úřadu UNODC a portál nejlepší praxe EMCDDA¹⁰. Aby bylo možno koncipovat intervenci, která je pro konkrétní kontext intervence relevantní, musí být do odborných zkušeností preventivních pracovníků začleněny vědecké důkazy. Tam, kde nejsou k dispozici vědecké důkazy o efektivitě, lze namísto toho zohlednit zkušenosti odborníků a erudici zainteresovaných stran. Je však třeba důkladně zvážit omezení, která jsou s těmito druhy poznatků (např. případně neexistující možnost zevšeobecnění) v porovnání se silnými výzkumnými důkazy spojena.

3.6 Stanovení časového harmonogramu: Nezbytnou součástí plánování a implementace intervence nebo politiky je reálný časový harmonogram, prostřednictvím kterého budou moci pracovníci zacílit a koordinovat své úsilí. Harmonogram znázorňuje plánovaný rozvrh aktivit a příslušné termíny jejich dokončení a může být během implementace aktualizován tak, aby odrážel její aktuální vývoj.

Fáze 4: Koncepce (design) intervence

Tyto standardy slouží jako pomůcka při tvorbě nové intervence i při výběru a adaptaci intervence stávající a zároveň přinášejí podnět ke zvážení evaluačních požadavků jakožto součástí koncepční fáze intervence.

4.1 Tvorba koncepce s ohledem na kvalitu a efektivitu: Poté, kdy byly načrtnuty základy intervence, lze přikročit ke konkretizaci detailů. Plánování aktivit, které se zakládají na vědeckých důkazech a které budou účastníci pokládat za poutavé, zajímavé a smysluplné, představuje důležitý aspekt pro dosažení stanovených záměrů a cílů. Tam, kde je to možné, by měla být intervence koncipována jako logická progresse aktivit, která odráží vývoj účastníků během celé intervence. Čerpání z nejruznějších zdrojů pojednávajících o již implementovaných intervencích nebo politikách může pomoci vyvarovat se toho, aby byly uplatňovány aktivity, které se již ukázaly jako neefektivní nebo měly iatrogenní účinek. Dobrymi referenčními zdroji pro výzkumem podložené intervence nebo politiky jsou mezinárodní standardy UNODC a portál nejlepší praxe EMCDDA.

4.2 Při zvolení stávající intervence: Před tvorbou nové intervence je třeba zvážit, zda již nějaká vhodná intervence neexistuje, ať už v praxi, nebo ve formě manuálu. Zvažte například, zda je stávající program pro konkrétní okolnosti intervence relevantní a (v případě programů, které nejsou bezplatné) zda je cenově dostupný.

4.3 Přizpůsobení a adaptace intervence s ohledem na cílovou populaci: Bez ohledu na to, zda je vytvářena nová intervence nebo je adaptována intervence stávající, je nezbytné, aby byla tato intervence konkrétně přizpůsobena cílové populaci v souladu s poznatky vyplývajícími z analýzy potřeb. Nezbytnou kompetencí pracovníků je v tomto ohledu kulturní citlivost, tj. ochota a schopnost jednotlivých pracovníků pochopit důležitost (různých typů) kultury, uvědomovat si kulturní odlišnost, efektivně reagovat na kulturu definované potřeby a začlenit kulturní kritéria do všech aspektů preventivní práce.

4.4 Při plánování závěrečných evaluací: V této fázi je rovněž třeba naplánovat monitoring a evaluaci finálního procesu a výsledku. Evaluace výsledku je prostředek sloužící k vyhodnocení toho, zda bylo dosaženo záměrů a cílů, zatímco evaluace procesu je prostředek umožňující pochopit, jakým způsobem bylo cílů dosaženo nebo proč jich

¹⁰ <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

dosaženo nebylo. Evaluační tým by měl rozhodnout o typu evaluace, který je pro intervenci nebo politiku vhodný, a v souladu se záměry a cíli definovat evaluační ukazatele. Zvážením evaluace v této fázi se zajistí, že budou data, jež jsou nezbytná pro monitoring a závěrečné evaluace, v okamžiku, kdy jich bude třeba, k dispozici v uspokojivé formě.

Fáze 5: Řízení a mobilizace zdrojů

Preventivní intervence nebo politika nespočívá pouze ve vlastní intervenci, nýbrž vyžaduje také dobré projektové řízení a detailní plánování, jež zajistí její proveditelnost. Společně s koncepční podobou intervence je nutno zvážit také aspekty související s řízením a organizací i aspekty praktické. K tomu, aby bylo možné začít s implementací, je nutno aktivovat dostupné zdroje a v případě potřeby získat přístup ke zdrojům novým.

5.1 Plánování programu – zpracování plánu projektu: Specializovaný postup zajistí, aby plánování implementace probíhalo systematicky. V písemně zpracovaném projektovém plánu jsou zaznamenány všechny úkoly a postupy nezbytné pro úspěšnou implementaci intervence. Projektový plán je vodítkem pro implementaci, neboť poskytuje společný rámec, k němuž mohou všichni jednotliví zaměstnanci směřovat své úsilí. V pozdějších fázích projektu je třeba podle projektového plánu posoudit, zda implementace intervence nebo politiky probíhá tak, jak bylo zamýšleno, a zda není nutno provést případné úpravy.

5.2 Plánování finančních požadavků: Aby bylo možno zasadit potřebné a dostupné zdroje do kontextu, je nutno určit finanční nároky (náklady) a možnosti (rozpočet) intervence. Pokud je zapotřebí více prostředků, než kolik je k dispozici, poskytne finanční plán objasnění ohledně toho, jaké další finanční prostředky mohou být zapotřebí nebo jak bude muset být případně pozměněn projektový plán.

5.3 Sestavení týmu: Tým je složen z osob, které pracují na intervenci (např. řídí či poskytují intervenci nebo provádějí její evaluaci). Jednotliví pracovníci (včetně dobrovolníků) by měli být vybráni v souladu s právními požadavky a potřebami intervence. Jejich role a povinnosti je třeba náležitě rozdělit tak, aby bylo zaručeno, že budou veškeré nezbytné úkoly přiděleny osobám, které jsou pro to nejvhodnější (tj. s příslušnou kvalifikací a/nebo zkušenostmi), a že budou těmito osobami také prováděny. Na tuto složku je třeba pohlížet ve spojitosti s průřezovým faktorem „rozvoj zaměstnanců“.

5.4 Nábor a udržení účastníků: Nábořem se rozumí proces výběru vhodných jedinců z cílové populace, informování těchto jedinců o intervenci, jejich přizvání k účasti, zaregistrování i zajištění toho, že s intervencí začnou (např. že se zúčastní prvního sezení). Účastníci by měli být vybíráni z vymezené cílové populace metodologicky správným a etickým způsobem. Udržením se rozumí proces, který zajistí, že všichni účastníci v intervenci zůstanou až do jejího skončení a/nebo do té doby, dokud není dosaženo jejich záměrů (podle toho, co je přiměřenější). To se týká zejména intervencí, do kterých musejí být účastníci zapojeni po dlouhou dobu. Je tudíž třeba identifikovat a odstranit bariéry účasti a tím zajistit, že se účastníci budou moci intervence zúčastnit a dokončit ji.

5.5 Příprava materiálů k programu: Je třeba zvážit, jaké materiály jsou pro implementaci manualizované intervence nezbytné – včetně materiálů týkajících se intervence (tam, kde je to účelné), nástrojů pro monitorování a evaluaci, technického vybavení a fyzického prostředí (např. vybavenost). Na základě toho pak bude tým moci provést finální úpravy finančního plánu a učinit opatření k zajištění nezbytných materiálů.

5.6 Poskytnutí popisu intervence nebo politiky: Písemný popis programu skýtá jasný přehled o intervenci nebo politice. Je vytvářen pro to, aby mohly zainteresované strany

(např. cílová populace, financující subjekty, jiní zainteresovaní odborníci) obdržet informace ještě před zahájením intervence nebo politiky a/nebo v jejich průběhu. Pokud se popis používá v rámci náboru účastníků, je nutno klást obzvláštní důraz na potenciální rizika a přínosy pro účastníky. Popis intervence nebo politiky se liší od projektového plánu (který slouží jako interní nástroj, jímž se implementace intervence řídí) a od závěrečné zprávy (která shrnuje/rekapituluje intervenci nebo politiku po jejich skončení).

Fáze 6: Realizace a monitoring

V této fázi jsou do praxe uváděny plány, které byly vytvořeny v předchozích fázích projektového cyklu. Obzvlášť důležité je přitom zachovat rovnováhu mezi přesností (tj. dodržováním projektového plánu) a flexibilitou (tj. reagováním na nově vzniklé okolnosti ve vývoji).

Jednotlivé složky nastiňují, jak lze této rovnováhy dosáhnout prostřednictvím kontroly kvality a postupu implementace a také prostřednictvím provádění řízených úprav zaměřených na zlepšení intervence.

6.1 Při provádění pilotní intervence: Intervence by v určitých případech, například pokud je nově vytvořena nebo má být z místní úrovně implementace povýšena na úroveň národní, měla být nejprve otestována prostřednictvím implementace v menším měřítku. Tento krok pomůže identifikovat potenciální praktické záležitosti, problémy a další slabiny, které se během fáze plánování nevyskytovaly a jejichž řešení může být v době, kdy bude implementace naplno probíhat, velmi nákladné. Pilotní intervence (či pilotní studie) je vyzkoušením intervence v menším měřítku ještě před její úplnou implementací (např. s menším počtem účastníků a pouze v jedné či dvou lokalitách). Během pilotní intervence jsou shromažďována data o procesu a (omezeném) výsledku, a ta jsou pak použita k evaluaci v malém měřítku. Na základě poznatků zjištěných v rámci pilotní intervence mohou tvůrci intervence provést před její vlastní implementací konečné a nijak nákladné úpravy intervence.

6.2 Implementace intervence: Jakmile je k dispozici dostatek důkazů svědčících o tom, že bude zamýšlená intervence zaměřující se na prevenci užívání návykových látek efektivní, proveditelná a etická, je v souladu s tím, jak popisuje projektový plán, provedena její implementace. To však ještě neznamená, že se projektový plán musí striktně dodržovat, pokud je zřejmé, že je nutno provést úpravy. Pro usnadnění pozdějších evaluací a zpracování zprávy o intervenci je o implementaci vedena podrobná dokumentace, a to včetně zaznamenávání neočekávaných událostí, odchylek a nezdarů.

6.3 Monitorování implementace: V průběhu provádění intervence jsou shromažďována a pravidelně analyzována data o výsledku a procesu, například data týkající relevantnosti intervence pro účastníky, její přesnosti vůči projektovému plánu a efektivity. Vlastní implementace intervence se spolu s dalšími aspekty porovnává s detaily stanovenými v projektovém plánu. Monitoring, tj. provádění pravidelného posouzení progresu, rovněž přispěje k identifikaci toho, zda je nutno pozměnit původní plán.

6.4 Úprava implementace: Implementace musí zůstat flexibilní, aby mohla reagovat na nově vznikající problémy, změněné priority apod. Tam, kde je to nutné a možné, by měla být implementace intervence upravena v souladu s poznatky zjištěnými z monitoringu. Změny však musejí být řádně odůvodněné a musí být zváženy jejich potenciální negativní dopad na intervenci nebo politiku. Pokud tedy dojde k provedení úprav, je nutno tyto úpravy zaznamenat a vyhodnotit, aby bylo možno pochopit, jaký účinek měly na účastníky a finální výsledky.

Fáze 7: Závěrečné evaluace

Po dokončení intervence vyhodnotí závěrečné evaluace výsledky a/nebo proces realizace a implementace intervence nebo politiky. Stručně řečeno, evaluace výsledku se zaměřují na změnu v chování účastníků (např. snížení užívání návykových látek), zatímco evaluace procesu se soustředí na vstupy a výstupy, tj. na to, zda intervence byla, nebo nebyla implementována tak, jak bylo naplánováno (např. počet poskytnutých sezení, počet kontaktovaných účastníků a počet udržovaných účastníků).

7.1 Při provádění evaluace výsledku: Součástí evaluace výsledku je systematický sběr dat a analýza dat pro posouzení toho, nakolik byla intervence efektivní. Všechny výsledky by měly být vykazovány tak, jak je definováno ve fázi plánování (tj. v souladu s definovanými evaluačními ukazateli). V závislosti na rozsahu intervence a designu výzkumu, který byl použit, by měly být provedeny statistické analýzy umožňující určit efektivitu intervence při dosahování stanovených záměrů.

Tam, kde je to možné, by mělo být na základě kauzálního určení efektivity intervence provedeno shrnutí poznatků zjištěných z evaluace výsledku.

7.2 Při provádění evaluace procesu: Evaluace procesu dokumentuje, co se během implementace intervence dělo. Tato evaluace zároveň také analyzuje kvalitu a užitečnost intervence, a to na základě přihlídnutí k jejímu dosahu a pokrytí, přijetí ze strany účastníků, jakož i k přesnosti implementace a k použití zdrojů. Poznatky zjištěné z evaluace procesu pomáhají objasnit poznatky, k nimž dospěla evaluace výsledku, a poukázat na to, jak lze intervenci v budoucnu vylepšit nebo proč intervence nenaplnila očekávání.

Aby bylo možno důkladně poznat a pochopit úspěšnost intervence, je nutno interpretovat poznatky zjištěné z evaluace výsledku a evaluace procesu společně. Z tohoto poznání pak bude vycházet závěrečná fáze projektu (Fáze 8).

Fáze 8: Šíření a zlepšování

V poslední fázi projektu je hlavní pozornost zaměřena na budoucnost intervence nebo politiky: Měla by intervence nebo politika pokračovat, a pokud ano, jak? Šíření informací o intervenci nebo politice může pomoci podpořit jejich pokračování, avšak zároveň také umožňuje, aby se ostatní poučili ze zkušeností, které byly při implementaci intervence nebo politiky získány.

8.1 Určení, zda by měla být intervence nebo politika udržena, či nikoliv: Ideální je, pokud může vysoce kvalitní preventivní intervence nebo politika pokračovat i po své původní implementaci a/nebo poté, kdy přestala být financována z externích zdrojů. Na základě empirických důkazů získaných v rámci monitoringu a závěrečných evaluací (v závislosti na tom, jaká data jsou dostupná), lze rozhodnout, zda je program vhodný pro to, aby pokračoval. Bude-li rozhodnuto o tom, že by měla být intervence udržena, je třeba konkretizovat a učinit přiměřené kroky a následná opatření.

8.2 Šíření informací o programu: Šíření informací může intervenci prospět mnoha způsoby, například tím, že příslušné zainteresované strany podpoří její pokračování nebo že díky zpětné vazbě dojde k jejímu vylepšení. Šíření informací rovněž rozšiřuje důkazní bázi prevence užívání návykových látek, a je tudíž přínosné pro budoucí politiku, praxi a výzkum v oblasti užívání látek. Aby se příležitost k zopakování intervence dostalo i dalším poskytovatelům, měly by být zároveň zpřístupněny materiály týkající se intervence a ostatní relevantní informace (např. informace o nákladech). Tyto materiály a informace

by měly být co nejpodrobnější (v závislosti na požadavcích vyplývajících z autorských práv atd.).

8.3 Při sestavování závěrečné zprávy: Závěrečná zpráva je příkladem prostředku šíření informací. Může být vytvořena jako záznam o implementaci či jako součást dohody o financování nebo může prostě jen informovat ostatní o intervenci. Závěrečná zpráva bude často představovat jakési shrnutí dokumentace, jež byla vytvořena během dřívějších fází projektu. Zpráva popisuje rozsah a aktivity intervence a také poznatky zjištěné ze závěrečných evaluací (jsou-li takové poznatky k dispozici). Vzhledem k tomu, že ne vždy je nezbytné zpracovat závěrečnou zprávu a že může být vhodnější použít jiné prostředky šíření informací (např. ústní prezentace), je tato složka relevantní pouze v případě, že se závěrečná zpráva sestavuje.

3.3 Přizpůsobené programy podložené vědeckým výzkumem

Jak již bylo uvedeno výše, zaměřují se standardy EDPQS na formu preventivní práce, tedy „jak“ (tj. smysluplná implementace), zatímco Mezinárodní standardy prevence užívání drog UNODC se soustředí na obsah, tedy „co“ (tj. náplň úspěšných intervencí nebo politik). V Evropě může být někdy nahlíženo na „výzkumem podložené“ programy s nedůvěrou a odborníci na prevenci k nim mohou přistupovat skepticky, neboť se domnívají, že jsou příliš preskriptivní a staví se odmítavě vůči odborným zkušenostem. Tito pracovníci možná také upřednostňují před tím, co považují za intervence „shora dolů“ („top-down“), práci „zdola nahoru“ („bottom-up“), tedy od potřeb jejich cílové populace.

Tyto lokálně „pěstované“ a vytvářené služby nebo intervence se zakládají na pochopení a zahrnutí místní situace, zdrojů, aktérů a mentality. Obvykle přitom bývají méně komplexní než intervence založené na manuálech, a sice v tom smyslu, že mají tendenci se silněji opírat spíše o poskytování informací než o nácvik dovedností nebo o přímé usměrňování, stimulování či omezování chování. Vyžadují též vysoce motivovanou a řádně vyškolenou základnu preventivních pracovníků, kteří si uvědomují, že prevence je něco jiného než jen pouhé poučování a rizicích, informování o nebezpečích, poskytování rad, používání zastrášovacích taktik, pořádání dnů drogového uvědomění či přednášek vedených policisty a bývalými uživateli návykových látek. Tyto služby zkrátka vyžadují, aby odborníci používali pro dosažení změny forem chování jiné techniky než kognitivní strategie. Vyřešit tento nesoulad může znamenat výzvu, a právě proto je EUPC nezbytné.

Pro implementaci výzkumem podložené intervence nebo politiky hovoří mnoho důvodů. Mohou se však také vyskytovat ideologické a kontextové bariéry, které jejich implementaci brání. Tyto bariéry jsou uvedeny Tabulce 8.

Tyto dvě koncepce – tedy manualizované intervence podložené vědeckým výzkumem a lokálně relevantní zkušenosti – se však navzájem nevylučují a lze je kombinovat. Prokazují to zkušenosti získané v rámci projektu Communities That Care (CTC) realizovaného v některých evropských zemích¹¹. Tento systém komunitám umožňuje,

11 <http://www.ctc-network.eu/>

aby nejprve provedly objektivní analýzu svých specifických potřeb a profilu problémů a poté aby si zvolily nejhodnější intervenci/intervence, jež se zaměřuje/zaměřují na jejich konkrétní situaci.

Tabulka 8: Bariéry a výhody implementace výzkumem podložených intervencí

Bariéry implementace výzkumem podložených intervencí	Výhody implementace výzkumem podložených intervencí
Často se jeví tak, že se staví proti všeobecnému mínění.	Poskytuje cílovým skupinám a populacím nejlepší dostupné intervence, techniky a politiky.
Zpochybňuje kulturní a náboženská přesvědčení, co se týče rodičovství, rodinné struktury, genderových rolí atd.	Skýtá možnost poskytovat služby efektivněji a účinněji.
Vyžaduje nové dovednosti a specializovaný výcvik.	Skýtá racionálnější základ pro politické rozhodování.
Problém zachovat při realizaci přesnost implementace a zároveň se přizpůsobit specifickým potřebám cílové skupiny a populace.	Přináší společný jazyk.
Omezená dostupnost zdrojů.	Skýtá příležitost vytvořit společnou koncepci evaluace vědeckého výzkumu.
Vyžaduje monitorování a vyhodnocování posuzování.	Vytváří nový základ pro vzdělávání a výcvik, skýtá příležitost pro dosažení kontinuity a větší uniformity v poskytování služeb a poskytuje širší vysvětlení ohledně chybějících spojitostí a ohledně nedostatků v našich současných vědeckých poznatcích.

V tomto kurikulu se zabýváme jak přístupy zdola nahoru (bottom-up), tak stávajícími programy založenými na vědeckém výzkumu, neboť jsme pevně přesvědčeni, že si tyto dva přístupy nutně nemusejí navzájem odporovat. Kombinace obou přístupů může být skutečnou „win-win“ situací. Standardy EDPQS, které umožňují uplatnění přístupu zdola nahoru, zajistí vysokou kvalitu procesu implementace a mezinárodní standardy UNODC, které předkládají výčet výzkumem podložených intervencí, vám naopak pomohou vybrat si pro implementaci vysoce kvalitní preventivní intervenci.

Rovnováha mezi adaptací a přesností

Při vytváření intervence je nutno, abychom zvážili přizpůsobení sdělení intervence tak, aby odpovídala potřebám a charakteristikám účastníků. Toto přizpůsobení zvyšuje pravděpodobnost, že účastníci budou intervenci považovat za relevantní, zapojí se do ní a dosáhnou žádoucích výsledků. Obsahem přizpůsobení je zaměřit se na kulturní přesvědčení, hodnoty, jazyk, sociální kontext a vizuální obrazy, nikoli však změnit teoretický základ intervence.

Vzhledem k tomu, že byla většina výzkumem podložených preventivních intervencí nebo politik vytvořena v různých zemích západního světa, může se stát, že bude nutno intervenci či politiku přizpůsobit národnímu, regionálnímu nebo lokálnímu kontextu... Je však důležité pamatovat na zachování záměru programu, obzvláště pak u výzkumem

Tabulka 9: Příklady aspektů, které mohou negativně ovlivnit adaptaci preventivních programů

	Charakteristiky hodnocení programu	Nová cílová skupina	Důsledky
Jazyk	Angličtina	Jiný	Neschopnost porozumět obsahu programu
Etnicita	Bělošská	Jiná	Sřety přesvědčení, hodnot a/nebo norem
Město/venkov	Město	Venkov	Účast ovlivňují logistické a environmentální bariéry
Množství a závažnost rizikových faktorů	Málo faktorů/mírná závažnost	Několik faktorů/vysoká závažnost	Nedostatečný účinek na vícečetné nebo nejzávažnější rizikové faktory
Stabilita rodinného prostředí	Stabilní rodinné systémy	Nestabilní rodinné systémy	Omezené dodržování
Zkonzultování s komunitou	Konzultováno s komunitou ohledně koncepce a/nebo provádění programu	Nekonzultováno	„Nepožehnáno“ komunitou, vzdor, nízké míry účasti
Připravenost/ochota komunity	Střední	Nízká	Absence infrastruktury a organizační potřebných pro účely řešení problémů abúzu návykových látek a pro implementaci programů

podložených intervencí. Záměr zůstane zachován, zůstanou-li zachovány hlavní principy intervence. Zmíněný postup představuje rovnováhu mezi přesností, tedy provedením preventivní intervence tak, jak byla předepsána či navržena těmi, kdo ji vytvořili, a adaptací, tedy pozměněním obsahu intervence za účelem jejího přizpůsobení potřebám konkrétního spotřebitele nebo cílové skupiny.

Proč je důležité se zabývat rovnováhou mezi přesností a adaptací? Některé z důvodů jsou zcela zřejmé. Pokud je například intervence vytvořena a realizována v angličtině, avšak v cílové skupině nejsou žádní rodilí mluvčí anglického jazyka, nedojde k porozumění obsahu intervence. Jiné důvody již tak zřejmé nejsou. Pokud byl například program evaluován v bělošské nebo v západní populaci a cílová skupina není bělošská ani nepochází ze západního světa, může dojít ke střetům přesvědčení, hodnot a možná i norem (Castro et al., 2004; Castro et al., 2010). Příklady některých z aspektů, ke kterým je při adaptaci programů nutno přihlížet, jsou uvedeny v Tabulce 9.

Centrum EMCDDA vydalo tematický dokument, který zkoumá, zda lze preventivní programy vytvořené v Severní Americe implementovat v evropských kulturách a kontextech (EMCDDA, 2013b). Publikace popisuje specifika programů GBG, Strengthening Families a CTC.

Několik záchytných bodů/vodítek je nastíněno v manuálu EDPQS Toolkit 4 (Brotherhood et al., 2015) a také popsáno v článku autorů Van der Kreeft a kol. (2014).

- ✗ Před změnou intervence upřednostnit změnu kapacity. Změnit program je možná snadnější, avšak změnit lokální kapacitu pro realizaci programu tak, jak byl zkoncipován, představuje bezpečnější volbu.
- ✗ Obrátit se na tvůrce intervence a zjistit, jaké má zkušenosti a/nebo rady ohledně adaptace intervence na konkrétní prostředí nebo okolnosti.
- ✗ Zachovat hlavní složky. Jestliže si intervence zachová hlavní složku/složky původní intervence, existuje větší pravděpodobnost, že bude efektivní. Hlavní složky jsou prvky intervence, u kterých bylo zjištěno, že stimulují mechanismus behaviorální změny, a jsou tudíž důvodem toho, proč intervence funguje. Hlavní složkou programu European Drug Addiction Prevention (EU-Dap) Unplugged¹² bylo „reagovat na tlak vrstevníků“. Tato hlavní složka nemohla být v procesu adaptace vynechána.
- ✗ Držet se vědecky podložených zásad. Nebude-li adaptace porušovat zavedenou zásadu prevence opírající se o poznatky vědeckého výzkumu, zvyšuje se pravděpodobnost dosažení úspěchu.
- ✗ Raději přidávat, než ubírat. Je bezpečnější k intervenci přidávat než ji modifikovat či z ní ubírat.

Vaší úlohou jakožto odborníka na prevenci je diskutovat o tom, jak adaptovat výzkumem podloženou intervenci, aniž se ztratí její dopad (viz Tabulku 10). Diskuse, které povedete se svými spolupracovníky během výcviku nebo na vašem pracovišti, vám napomohou k objasnění toho, jak nejlépe provádět nezbytné adaptace na vaši společnost.

¹² Výraz „program“ se používá, když hovoříme o konkrétních manualizovaných intervencích. Pojem „intervence“ je obecnější.

Tabulka 10: Adaptace versus adaptace s fidelitou

Adaptace	Adaptace s přesností
Aby byly výzkumem podložené intervence pro cílové publikum přijatelné, musejí odpovídat kultuře a zaměřovat se na jazyk, zvyky, očekávání a normy.	Aby byla zajištěna efektivita intervence, je nutno zachovat hlavní prvky výzkumem podložené intervence a zároveň se zaměřit na potřeby komunity.

> 4

Kapitola 4

Monitoring a evaluace

Evaluace je druhem výzkumu, který poskytuje systematický způsob hodnocení krátkodobých a dlouhodobých výsledků preventivní intervence, jakož i faktorů, které s těmito výsledky souvisejí. Evaluace lze provádět v rámci celého průběhu tvorby intervence – od fázi plánování a počáteční tvorby až po implementaci a následné sledování po skončení intervence. Hodnotit se vlastně mají všechny fáze preventivní intervence, neboť díky tomu budete moci získat cenné informace, které povedou ke zlepšení vaší práce a pomohu vám se rozhodnout, zda v intervenci pokračovat, či nikoliv.



V této kapitole se dozvíte, jaké jsou primární účely evaluace. Primárním účelem evaluace je změřit dopad a výsledky; poznat, které populace a segmenty populací na intervenci reagovaly a které nikoliv; porovnat náklady s přínosy a porovnat efektivitu jedné intervence oproti jiné. Monitoring a evaluace představují důležité fáze projektového cyklu EDPQS, a právě o nich pojednává tato kapitola.

Cílem této kapitoly není poskytnout vám dovednosti, které potřebujete k provádění vlastní evaluace nebo výzkumného projektu, nýbrž představit vám některé z klíčových koncepcí, které se k evaluaci vztahují. Díky těmto informacím lépe porozumíte článkům a zprávám o výzkumu v prevenci a budete tudíž moci začít přemýšlet o tom, jak byste mohli přistupovat k evaluaci vlastní práce nebo na co byste měli pamatovat, jestliže se rozhodnete oslovit externí týmy výzkumníků a pověřit je provedením evaluace za vás.

Existuje několik velmi kvalitních výzkumných designů, které jsou v rámci evaluace využívány. Podíváme se na jejich definice a prozkoumáme výhody a nevýhody několika nejpoužívanějších přístupů: randomizovaného kontrolovaného hodnocení (randomised controlled trial – RCT), analýzy přerušené časové řady (Interrupted Time Series design) a postupu pretest-posttest bez kontrolní skupiny (one group pre-post test design) (viz "Příklady často používaných designů evaluace" níže).

Krátce se také zastavíme u dalších složek evaluace, jako je například výběr výběrového souboru a měření výsledků, způsob definování a výběru populace a měřítka určená k posouzení jejích postojů, přesvědčení, záměrů a forem chování souvisejících s užíváním návykových látek. V rámci každé evaluace budou kromě toho pravděpodobně zapotřebí také kvantitativní a kvalitativní měřítka. Měřítka kvantity se týkají především objektivních počtů/množství věcí, například úrovně použití. Měřítka kvality se naproti tomu vztahují k subjektivním aspektům a zabývají se otázkami typu „proč“ a „co to znamená“? Nakonec si také řekneme něco o metodách sběru dat a o analýze dat, abychom vám umožnili lépe pochopit jejich význam pro podávání zpráv o evaluaci.

Ačkoli neočekáváme, že budou příjemci tohoto vzdělávacího kurikula provádět evaluaci, obsahuje tato kapitola také stručný popis ex-ante evaluací, které se provádějí před

zahájením programu a zvažují, jakých výsledků bude pravděpodobně dosaženo. Účastníci tak budou moci lépe porozumět tomu, jaké zdroje jsou pro implementaci preventivního programu nezbytné a které druhy analýz je třeba provést, aby byly získány informace, jejichž pomocí lze určit, zda byl program úspěšný, či nikoliv.

Za interesovaným čtenářům pak lze doporučit řadu dalších zdrojů zabývajících se evaluací. Centrum EMCDDA vydalo manuály Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)¹³ a Guidelines for the Evaluation of Drug Prevention a manual for Programme Planners and Evaluators¹⁴. Úřad UNODC kromě toho zpracoval průvodce evaluací programů zaměřených na prevenci užívání návykových látek mezi mladými lidmi¹⁵. Pokročilejší čtení pak představují Standards of Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science¹⁶ vydané Společností pro výzkum v prevenci (Society for Prevention Research). A nakonec nutno zmínit rámec RE-AIM (Reach-dosah, Effectiveness-efektivita, Adoption-přijetí, Implementation-implementace a Maintenance-udržení), který pojednává o přístupu k evaluaci, jenž rozšiřuje hodnocení intervencí za hranici efektivity až k vícečetným kritériím, jejichž pomocí bude pravděpodobně možno lépe rozpoznat, zda jsou intervence převoditelné a jaký je jejich dopad¹⁷. Tento materiál však lze doporučit pouze pokročilým zájemcům, kteří disponují rozsáhlými znalostmi v oblasti evaluačního výzkumu a mají úzkou vazbu na pracovníky výzkumu.

4.1 Evaluace a výzkum

Studie lidského chování se zabývají širokým spektrem výzkumných otázek a přístupů, které zahrnují etiologický výzkum zaměřený na genetiku a neurovědu, jakož i na související postoje, přesvědčení a formy chování, které se na nemoci rovněž podílejí. Výzkum je definován jako „systematický proces bádání, jehož účelem je vytvořit nebo rozšířit zobecnitelné poznatky“. Evaluace je druhem výzkumu, který lze definovat jako systematický nebo strukturovaný způsob hodnocení krátkodobých a dlouhodobých žádoucích výsledků preventivní intervence, jakož i faktorů, které s těmito výsledky souvisejí.

Pro provádění evaluace hovoří mnoho důvodů, k nimž patří pochopení následujících aspektů:

- ✗ Dopad nebo výsledky. Dosáhla intervence zamýšlených výsledků a byly tyto výsledky výrazně větší, než kdyby se vůbec žádná intervence neprováděla?
- ✗ Nezamýšlené důsledky. Zajištění toho, aby intervence nezpůsobila příjemcům žádné újmy, je klíčovou etickou prioritou.
- ✗ Dosah. Byl do intervence diferenciatně zapojen každý, kdo se jí účastnil, nebo jen určité skupiny? Přinesla intervence stejné výsledky každému, kdo se jí účastnil, nebo pouze určitým skupinám? Byly například výsledky u chlapců podobné výsledkům dosaženým u děvčat?

13 http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk_en

14 http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update_en

15 <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/monitoring-and-evaluation.html>

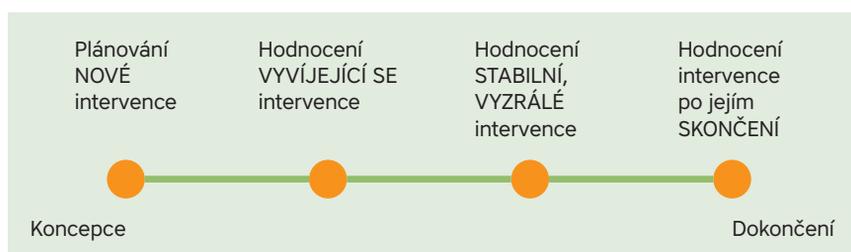
16 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579256/>

17 <http://www.re-aim.org/>

- ✗ Náklady. Do jaké míry převážily přínosy, které intervence přinesla, nad náklady samotné intervence?
- ✗ Srovnání. Byla intervence co do výsledků efektivnější než jiné intervence, pokud přihlídneme k vynaloženým nákladům?

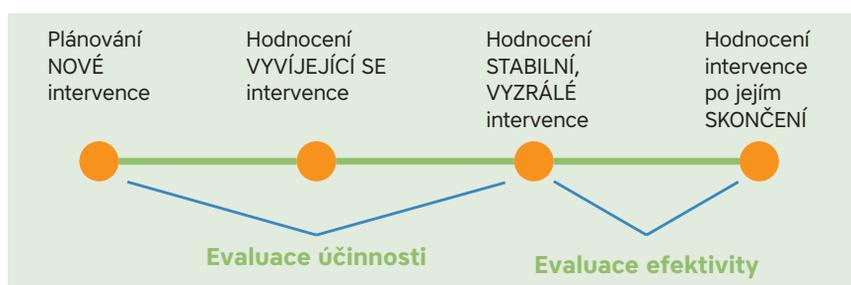
Evaluace lze provádět v rámci celého životního cyklu intervence od fází plánování a počáteční tvorby až po provedení, reflexi a posouzení dopadu (Obrázek 13). Evaluace představují užitečné techniky umožňující lépe porozumět nejen novým preventivním intervencím, ale i intervencím s delším průběhem implementace, jakými jsou například intervence, které jsou poskytovány mainstreamovými službami a které lze považovat za stabilní a vyzrálé. Evaluace mohou být užitečné i tehdy, jestliže se intervence již neposkytuje, neboť mohou posoudit některé z dlouhodobých dopadů intervence. V ideálním případě by se tedy měly hodnotit všechny fáze preventivní intervence.

Obrázek 13: Časové okamžiky provádění evaluace



Při evaluaci nové preventivní intervence bude například nejprve nutno se ujistit, že jsou jednotlivé složky intervence – tedy obsah, struktura a realizace – spojeny se zamýšleným účinkem. Například: Vedou lekce o rozhodování skutečně ke zlepšení rozhodovacích dovedností účastníků? Je možné poskytnout lekci o rozhodování během jedné školní vyučovací hodiny v délce 40 minut? Jsou formáty realizace, např. interaktivní techniky, které se používají pro poskytnutí lekce o rozhodování, efektivní nebo je vhodnější použít jiné způsoby? Tyto typy evaluace označované jako evaluace účinnosti (efficacy evaluations), studie účinnosti nebo hodnocení účinnosti pokládají tuto otázku: Dosahuje svých cílů za kontrolovaných podmínek? Evaluace intervence v této fázi přispěje k revizím a zlepšením, která lze provést za účelem dalšího vývoje a utváření intervence před tím, než bude implementována v plném rozsahu (Obrázek 14).

Obrázek 14: Různé typy evaluace



Evaluace stabilní a vyzrálé preventivní intervence, která je realizována v podmínkách blízcích se „reálnému světu“ nebo v podmínkách „reálného světa“, se nazývá evaluace efektivity (effectiveness evaluation) neboli hodnocení efektivity. Evaluační poznatky zjištěné z těchto typů studií lze použít pro monitorování intervence; tyto poznatky poskytují zpětnou vazbu ohledně krátkodobých výsledků bezprostředně po implementaci nebo v období několika měsíců po implementaci. Evaluace může pomoci poukázat na úspěšnou realizaci a upozornit na oblasti vyžadující zlepšení. Dlouhodobější výsledky lze také hodnotit na základě následného sledování trvajících zhruba 6 měsíců až několik let po intervenci. V případě užívání návykových látek bude následné sledování obecně sahát až do období střední až pozdní adolescence.

Na konci preventivní intervence pomáhá evaluace posoudit hodnotu intervence a zadokumentovat získané poznatky pro budoucnost. Evaluace provedená v této fázi může zhodnotit přijetí a udržitelnost intervence. V rámci této fáze lze rovněž provést posouzení neočekávaných výsledků.

Pro odborníky na prevenci mají studie efektivity intervencí v podmínkách „reálného světa“ prvořadý význam. Poskytují údaje o výsledcích intervence a zabývají se otázkami: Pro koho byla intervence nejefektivnější a za jakých podmínek realizace?

4.2 Design evaluačního systému a výzkumný design

Celkovým záměrem evaluace není jen porozumět tomu, co bylo během intervence učiněno, nýbrž také určit, zda intervence učinila to, co učinit měla. Takovéto evaluace se zabývají různými otázkami:

- ✗ Dosáhla preventivní intervence/politika svého krátkodobého výsledku? Například: Využívá se to, jak děti vnímají riziko, správným směrem? Uplatňují rodiče vhodné dovednosti monitorování? Vnímají novopečené maminky potřeby svých novorozenců a reagují na ně?
- ✗ Dosáhla intervence/politika u cílové populace, které byla intervence poskytnuta, svého zamýšleného účinku/zamýšlených účinků? Vyskytly se rozdílné reakce podle jednotlivých podskupin – pohlaví, etnická skupina, užívání návykových látek nebo socioekonomický status? Snížila intervence, nebo naopak vytvořila nerovnosti ve výsledcích některých skupin v porovnání s ostatními skupinami?
- ✗ Jaké charakteristiky intervence/politiky byly spojeny s dosaženými výsledky? Vyplývaly ze změněných postojů a přesvědčení? Byly kombinací změněných postojů a kompetenčních dovedností?
- ✗ Do jaké míry byla přesnost realizace spojena s pozitivními/negativními výsledky?

Před prováděním evaluace je tudíž důležité vyjasnit určité faktory:

- ✗ Jaké jsou výzkumné otázky? Jaký je účel evaluace? Je účelem evaluace poznat, proč je program efektivní? Je účelem určit, zda má či nemá být evaluace zachována/udržena? Je účelem vyhovět tomu, kdo program financuje?
- ✗ Co bude evaluováno? Jaké jsou výsledky?

- ✕ Kdo se pravděpodobně bude zajímat o výsledky evaluace a proč? Jedná se o něco, co by chtěla znát místní správa? Existuje zájem zopakovat program ve zbývajících částech regionu či dokonce země?
- ✕ Jaký je váš časový harmonogram? Je reálný? A disponujete finančními prostředky a dalšími zdroji potřebnými k jeho splnění? Jestliže máte zájem o to, aby výsledek školské intervence, jež je poskytována dětem ve věku 12 let, souvisel s užíváním návykových látek, avšak zároveň víte, že obvyklý věk, ve kterém u většiny účastníků dochází k zahájení užívání látek, je 16 let, bude muset evaluace tyto děti sledovat po dobu 4–5 let, aby bylo možno zjistit, zda je výsledku (předejití nebo redukce zahájení) dosaženo. Budete asi muset také zvážit, zda budete moci účastníky po tak dlouhou dobu snadno sledovat. Jestliže skupina vašich účastníků ukončí v rámci doby, po kterou ji chcete sledovat, povinné vzdělávání, jak ji budete znovu kontaktovat, abyste mohli provést hodnocení?
- ✕ Jak bude provedeno shrnutí výsledků a jak budou výsledky vykázány? A kdo by měl mít přístup k těmto výsledkům? Jaký druh informací by měl být zpětně poskytnut účastníkům a ostatním zainteresovaným stranám a nakolik podrobné by měly tyto informace být? Jak zajistíte, aby nebyly výsledky evaluace použity ke znevýhodnění kteréhokoli z vašich účastníků?
- ✕ Jaké zdroje jsou pro evaluaci k dispozici? Jaká úroveň zkušeností a odbornosti je k dispozici? Kolik to bude stát? A kolik času evaluace zabere?

Na evaluaci je třeba pohlížet jako na integrovaný systém, který obsahuje dvě hlavní složky: evaluaci procesu (monitoring) a evaluaci výsledků.

Účelem evaluace procesu je charakterizovat postupy, prostřednictvím kterých je intervence nebo politika implementována. Evaluace procesu se soustředí na vstupy a výstupy intervence, na kvantifikaci dávkování intervence, přesnost implementace a na schopnost intervence ovlivnit změnu.

Jejím důležitým rysem je, že se jedná o způsob monitorování toho, co se děje, tedy způsob sloužící k ujištění, že je intervence nebo politika implementována v souladu s tím, co bylo zamýšleno nejen podle manuálu či metodických materiálů, nýbrž také podle strategického plánu prevence. Evaluace procesu představuje jakožto monitorovací přístup velmi důležitý administrativní nástroj, který by měl používat každý poskytovatel.

Evaluace neboli monitoring procesu pokládá několik otázek:

- ✕ Co jsme udělali?
- ✕ Kolik jsme toho udělali?
- ✕ Kdo se účastnil?
- ✕ Kdo implementoval složky intervence/politiky?
- ✕ Byla intervence/politika implementována v souladu s tím, co bylo zamýšleno, a pokud ano, tak proč?

Jako odborníci na prevenci budete muset hrát ve zdůrazňování významu a důležitosti evaluace hlavní roli. V rámci sestavování a vytváření designu evaluace je vhodné spolupracovat s výzkumnou institucí, neboť ta může poradit ohledně správné struktury

výzkumu a pomoci vám se statistikou. Hlavní složky designu tvoří výzkumné otázky, potřebný typ výzkumného designu, cílová populace, kritéria výběru populace, měřítka vztahující se k evaluačním otázkám, metody sběru dat a analýza dat.

Účelem evaluace výsledku je charakterizovat rozsah, v jakém se změnily znalosti, postoje, způsoby chování a praktiky (často považované za krátkodobé a střednědobé výsledky) u těch jedinců či subjektů, kterým byla poskytnuta intervence nebo na které cílila politika, v porovnání s těmi, kterým intervence poskytnuta nebyla nebo kteří nebyli cílem politiky. Dlouhodobé výsledky se vztahují k žádoucímu konečnému výsledku intervence, jako je snížení či zabránění užívání návykových látek.

Úplný monitorovací a evaluační systém by měl zahrnovat složku evaluace procesu i složku evaluace výsledků, aby mohl zdokumentovat jak vstupy a výstupy implementace nebo intervence, tak i krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé výsledky. Je třeba poukázat na to, že evaluace neboli monitorování procesu je velice důležitá i tehdy, když se neplánuje evaluace výsledku, neboť dokumentuje provádění preventivní intervence. Každá nová intervence by měla být monitorována, a sice proto, aby bylo možno zjistit, co se během intervence děje, ke komu intervence dosahuje a kolik toho bylo z preventivní intervence obdrženo.

4.3 Složky výzkumného nebo evaluačního designu

Co rozumíme pod pojmem „výzkumný design“? Obecně pojato znamená výzkumný design postupovou mapu (roadmap), vodítko nebo plán zkoumání výzkumné otázky či hypotézy. Design studie je určen otázkou nebo hypotézou, jíž se studie zabývá. Všechny prvky, jako je typ studie, zkoumaná populace, výběr výběrového souboru atd., jsou závislé na existenci zcela jasných výzkumných otázek nebo hypotéz.

- ✗ **Výzkumné otázky.** Pravděpodobně nejdůležitějším krokem ve vytváření výzkumného designu je formulování jasných výzkumných otázek. Jako odborník na prevenci se budete pravděpodobně zabývat tím, že budete zjišťovat a zaznamenávat, zda preventivní intervence, kterou vaše organizace realizuje, skutečně dosahuje k cílové skupině a má zamýšlené účinky. Kromě toho budete případně chtít také zjistit, zda lze intervenci poskytnout jiným cílovým skupinám a dosáhnout přitom stejných účinků. Otázky týkající se dosahu a výsledných účinků budou směřovat plánování evaluace.
- ✗ **Typ studie.** Jakmile jsou odsouhlaseny výzkumné otázky, přichází na řadu další složka designu, a sice rozhodnutí o typu studie, například, zda se bude jednat o deskriptivní, experimentální či kvaziexperimentální studii a zda to bude studie průřezová, longitudinální nebo případová.
- ✗ **Zkoumaná populace.** Kdo bude zapojen do zkoumané populace? Jaké věkové skupiny budou zahrnuty? Jakého pohlaví? Bude se jednat pouze o osoby žijící v domácnostech nebo budou zahrnuty také osoby, které nemají stabilní bydlení nebo jsou v zajišťovacích zařízeních či v nemocnici? Tato vodítka se označují jako inkluzivní kritéria. Musíme však také zvážit, kdo do studie zapojen nebude. Studie je někdy omezena pouze na osoby s vysokou úrovní gramotnosti nebo osoby, které jsou schopny pochopit pokládané výzkumné otázky. Tyto požadavky se nazývají exkluzivní kritéria.

- ✗ **Kritéria selekce a výběr výběrového souboru.** Jestliže je rozhodnuto o zkoumané populaci, je třeba se zabývat tím, jak budou osoby do studie vybírány. Budou do studie zahrnuty všechny osoby, které splňují inkluzivní a exkluzivní kritéria, nebo bude nutno vybrat z větší skupiny malou podskupinu? Tato podskupina se nazývá výběrový soubor (výzkumný vzorek). Je však důležité, aby výběrový soubor příslušnou větší skupinu reprezentoval. Pro účely zajištění reprezentativnosti bylo vyvinuto několik metod výběru výběrového souboru.
- ✗ **Měřítka.** Je důležité, aby byly výzkumné otázky převedeny na měřitelné proměnné, konstrukty či slova, zvané/zvaná též „atributy“. Jako příklad převodu atributů na měřítka můžeme rozložit manželský stav na prosté „je ženatý/vdaná“ nebo „není ženatý/vdaná“ nebo můžeme dát přednost detailnější klasifikaci. Při rozhodování o měřítkách je nutno přihlížet k takovým otázkám, jako je validita: Reprezentují tato měřítka skutečně to, co chceme vědět?
- ✗ **Sběr dat.** Jestliže jsou určena měřítka, je nutno rozhodnout o tom, jak budou tato měřítka či data shromažďována. V některých případech byla tato měřítka nebo data již shromážděna písemně. Příkladem jsou formuláře, které každý z nás vyplňuje, aby získal řidičský průkaz, nebo které případně vyplňují například nemocniční zaměstnanci na oddělení urgentního příjmu nebo policisté. Pro shromažďování dat přímo od zkoumané populace existuje celá řada metod. Od osob můžeme žádat údaje prostřednictvím standardního formátu, jako je například dotazník nebo průzkum. Tyto formy sběru dat lze provádět osobně, po telefonu, poštou či na internetu, nebo prostřednictvím stále častěji užívaných aplikací pro chytré telefony a tablety. Při sběru dat je třeba pečlivě zvažovat otázky anonymity a důvěrnosti, jakož i otázky pravdivosti a spolehlivosti odpovědí.
- ✗ **Analýza dat.** Poslední součástí výzkumného designu je plán analýzy shromážděných dat. Jakým způsobem můžeme data sdružit, abychom mohli začít odpovídat na původní výzkumné otázky?

4.4 Typy výzkumného designu

V literatuře se lze setkat s mnoha typy výzkumného designu, avšak v rámci evaluace preventivních intervencí se jich nejčastěji používá jen několik. Žádný z nich není dokonalý, dokonce ani „zlatý standard“, tedy klasický experimentální výzkumný design (např. randomizované kontrolované studie). Všechny typy mají své výhody a nevýhody. A některé jsou v určitých situacích použitelnější než ostatní.

Otázky kvality, ke kterým je třeba přihlížet při hodnocení poznatků zjištěných z evaluace

Při zohledňování poznatků z evaluace a druhů závěrů, které lze na základě těchto poznatků učinit, je bez ohledu na výzkumný design nutno přihlížet k celé řadě faktorů.

Na tyto faktory je nutno brát ohled také při koncipování evaluace.

Validita

U všech evaluací hraje hlavní význam validita výsledků. Co je to validita? Validita v případě evaluace znamená, že byly účinky, které byly zjištěny, výsledkem intervence. Existují však dva druhy validity, které je třeba brát v potaz:

- × Interní validita: Jsou zjištěné poznatky skutečně výsledkem účasti v intervenci či expozice intervenci, nebo jsou výsledkem něčeho jiného?
- × Externí validita: Lze poznatky zjištěné z evaluace preventivní intervence aplikovat na jiné situace a jiné populace? Řečeno jinými slovy: Jestliže byla preventivní intervence shledána jako efektivní u severoamerických dětí, lze ji aplikovat na děti z Evropy?

Zde můžete vidět, jak je tato problematika důležitá. Jedna věc je zjistit, že byla intervence efektivní u adolescentů pocházejících ze střední třídy, druhá věc však je, že to neznamená, že bude efektivní i u adolescentů žijících v chudobě.

Interní validita

Interní validitu evaluace výzkumu ohrožuje řada aspektů.

- × Zrání: Důsledek plynutí času.
- × Historie: Další aspekt plynutí času – co se stalo předtím nebo mezitím.
- × Výběr výběrového souboru: Nemůže-li evaluátor-výzkumník poskytnout intervenci každému ve skupině, musí vybrat menší skupinu neboli výběrový soubor (výzkumný vzorek), který reprezentuje větší skupinu. To znamená, že aby bylo možno aplikovat zjištěné poznatky na větší skupinu, musí menší skupina odrážet primární charakteristiky příslušné větší skupiny.
- × Úbytek (drop-out): Tento pojem se vztahuje k účastníkům studie, kteří studii opustí nebo kteří mohou být ztraceni pro následné sledování.
- × Nástroje měření: Existují určité důkazy o tom, že se subjekty mohou učit i jen tím, že odpovídají na evaluační otázky.

Externí validita

Externí validita znamená, že lze poznatky zjištěné v rámci evaluace preventivní intervence zobecnit (nebo aplikovat) na jiné situace a jiné populace.

- × Zobecnitelnost. Lze zjištěné poznatky aplikovat na větší populaci, z níž byl vybrán evaluační vzorek?
- × Přenositelnost. Existuje pravděpodobnost, že budou moci být zjištěné poznatky zopakovány jinými osobami, které mají zájem o provedení intervence?
- × Prostředí intervence nebo provedení intervence. Do této kategorie mohou spadat podmínky intervence, jakož i s intervencí spojená denní či roční doba, umístění, osvětlení a hluk.
- × Účinky pretestu/posttestu. Existuje efekt učení, který se vyskytuje pouze při absolvování pretestu nebo posttestu.
- × Další ohrožení validity představuje takzvaná „reaktivita na výzkum“ či „reaktivita na intervenci“. Jedná se o situaci, kdy skutečnost, že si je účastník vědom toho, že se účastní intervence jakožto součásti výzkumné studie, ovlivňuje to, jak na intervenci reaguje (např. se záměrně snaží „uspět“ nebo „neuspět“) nebo jak odpovídá na výzkumné nástroje, například na dotazníky. Související pojmy zahrnují placebo efekt (tj. když má intervence pozitivní vliv na výsledky jen proto, že tomu příjemce věří), efekt novosti (tj. když mají lidé tendenci reagovat lépe na prvotní zavedení intervence proto, že je nová a liší se od toho, co je obvykle realizováno, a nikoliv proto, že je intervence účinnější) a hawthorský efekt (tj. když lidé změní

své obvyklé chování, protože vědí, že jsou součástí výzkumné studie nebo že jsou monitorováni intervenčními pracovníky).

Kontrolní či srovnávací skupina

To, k čemu chceme u každé evaluace dospět, je, že se u intervence prokáže silné spojení mezi účastí v intervenci a výsledkem, jenž je předmětem zájmu – v našem případě tedy užíváním návykových látek. Aby bylo možno se ujistit, že tím, co je „příčinou“ výsledku, je intervence, je nutno se přesvědčit, že zde nehrály roli jiné faktory. K těmto faktorům patří již výše zmíněné aspekty, jako je zrání, historie atd. Jak toho dosáhneme? Tím, že přibereme skupinu jedinců, která intervenci neabsolvuje, avšak podobá se skupině, která se intervence účastnila. Tato skupina se nazývá kontrolní či srovnávací skupina.

Kontrolní skupina bývá také označována jako „léčba jako obvykle“ (treatment as usual) nebo „podmínky jako obvykle“ (conditions as usual). To znamená, že kontrolní skupina reprezentuje to, co by se stalo intervenční skupině, pokud by intervenci neabsolvovala. „Léčba jako obvykle“ se může vztahovat k tomu, že není absolvoována žádná intervence, nebo k běžné praxi. Jako příklad zde slouží situace, kdy je školní kurikulum prevence porovnáváno s hodinami všeobecné zdravotní a sociální výuky, které žáci/studenti obvykle absolvují. A právě to je podstatou kvalitního výzkumného designu.

Příklady často používaných designů evaluace

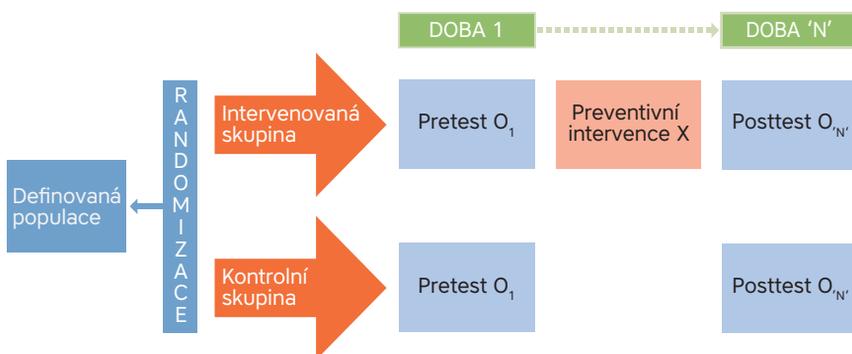
Pro evaluaci efektivity preventivních intervencí se používá několik dobrých výzkumných designů. Každý z nich má své výhody i nevýhody.

Klasický experimentální design je více znám pod názvem randomizovaná kontrolovaná studie – RCT (Obrázek 15).

Tyto studie jsou považovány za nejpreciznější výzkumný design a často se používají v klinickém výzkumu, ale i ve vysoce kvalitním výzkumu v prevenci. Klíčové prvky tohoto typu designu jsou následující:

- ✕ přiměřená měřítka výsledků;
- ✕ výběr neexponované/účastnické skupiny (kontrolní skupiny) vykazující stejné charakteristiky, jaké mají ti, kdo se účastní intervence;

Obrázek 15: Klasický experimentální design (RCT)



- ✗ náhodné přidělení účastníků do intervenované skupiny a do kontrolní skupiny;
- ✗ sběr dat před účastí v intervenci a v několika okamžicích po účasti v intervenci u osob, které absolvovaly intervenci, a v podobných obdobích u těch, kdo intervenci neabsolvovali;
- ✗ jasné porozumění expozici intervenci/účasti v intervenci;
- ✗ dostatečná a přiměřená doba po účasti v intervenci pro měřítka výsledků (např. pro začátek užívání návykových látek ve věku 16 let).

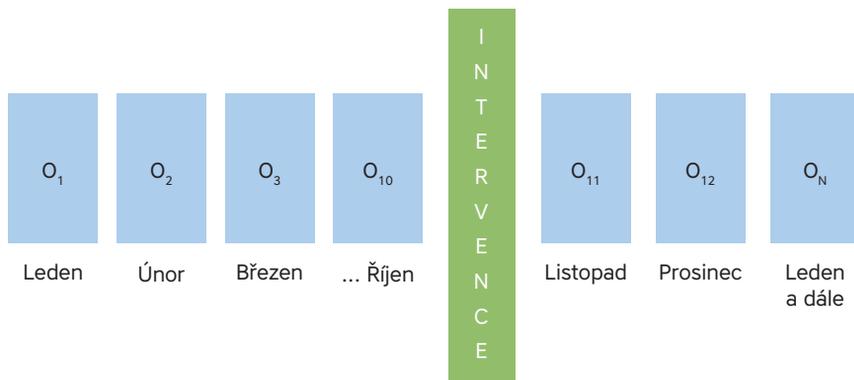
RCT má silné stránky i slabiny:

- ✗ Pomáhá demonstrovat vztah příčiny a následku mezi provedením preventivního programu a výsledky.
- ✗ Výzkumný tým může precizním způsobem přidělit intervenci nebo odepřít intervenci.
- ✗ Prostřednictvím náhodného přidělení účastníků do intervenované nebo kontrolní skupiny redukuje některé typy bias.
- ✗ Často vyžaduje dlouhodobé zkoumání velkého výběrového souboru a může být tudíž velmi nákladná, vygenerování výsledků může trvat navíc dlouho.
- ✗ Může se stát, že výsledky nebudou napodobovat podmínky „reálného světa“ s ohledem na realizaci v běžné praxi.
- ✗ Je možné, že se budou mezi zkoumanými skupinami stále ještě vyskytovat nějaké skryté rozdíly, které proces randomizace neprokázal.
- ✗ Ne vždy poskytuje odpověď na důležité otázky, jako např. „co funguje“, „pro koho“ a „za jakých podmínek“? Pro získání tohoto typu poznatků budete potřebovat jiné typy výzkumného designu (např. kvalitativní studie).

Analýza přerušené časové řady (Interrupted time series design)

Alternativním výzkumným designem používaným v případech, že je obtížné vytvořit srovnávací či kontrolní skupinu, je analýza přerušené časové řady (Obrázek 16). V rámci této koncepce se u cílové skupiny provádí až 100 měření před intervencí a po intervenci. Tento typ výzkumného designu se úspěšně používá při zkoumání zavádění environmentálních preventivních intervencí. Například: Vláda se může rozhodnout, že zavede novou daň na alkohol. Vzhledem k tomu, že se taková daň týká všech alkoholových výrobků,

Obrázek 16: Přerušená časová řada



není v tomto případě možné přidělit k absolvování či neabsolvování intervence cílovou skupinu (tj. členy veřejnosti), jako by tomu bylo v RCT. Design založený na analýze přerušené časové řady však výzkumníkovi umožňuje zkoumat, co se stalo s trendy ve výsledcích, které jsou předmětem zájmu, před zavedením a po zavedení nové daně.

Přerušené časové řady mají silné stránky i slabiny:

- ✗ Poměrně snadno se provádí tehdy, když byla data již shromážděna v běžné praxi (např. oznámení o trestném činu, hospitalizace).
- ✗ Dobré analýzy mohou vyloučit již dříve existující nebo sezónní trendy, které existovaly před zavedením intervence (např. zvýšené užívání alkoholu během období školních prázdnin), nebo změny u širší populace (např. dlouhodobý trend týkající se snížení příjmu alkoholu u běžné populace).
- ✗ Nemohou prokázat, ale ani zcela vyloučit, že za zjištěné poznatky byly odpovědné další faktory, které se vyskytly ve stejnou dobu jako intervence.
- ✗ Může trvat dlouho, než bude získáno dostatečné množství dat k tomu, aby byla provedena analýza.
- ✗ Výsledky je někdy obtížné interpretovat, pokud se výsledek, jenž je předmětem zájmu, vyskytuje před tím, než je intervence implementována, zřídka.

Postup pretest-posttest bez kontrolní skupiny (One-group pre-post test design)

S postupem pretest-posttest bez kontrolní skupiny (někdy také zvaným „hodnocení v rámci skupiny“ – „within groups design“) se lze v evaluačním výzkumu setkat nejčastěji (Obrázek 17). Od cílové skupiny jsou před preventivní intervencí shromážděna data, poté absolvuje cílová skupina intervenci a následně se shromažďují data podobná těm, jaká byla shromážděna před intervencí. Sběr dat po intervenci se může provádět od období následujícího bezprostředně po intervenci až po dobu 1 roku po intervenci.

Obrázek 17: Postup pretest-posttest bez kontrolní skupiny



Postup pretest-posttest bez kontrolní skupiny má silné stránky i slabiny:

- ✗ Umožňuje rychlé a pohodlné provedení, není nákladný a lze jej začlenit do rutinních monitorovacích aktivit, které jsou součástí organizace prevence.
- ✗ Pro sběr všech dat lze použít jednoduché nástroje, například průzkumy.
- ✗ Lze jej použít pro popis toho, co se děje s určitou skupinou, když je jí poskytována intervence.
- ✗ Nelze jej použít pro demonstraci vztahů příčin a následků.
- ✗ Může ukázat pouze krátkodobé změny.
- ✗ Nevylučuje alternativní vysvětlení kterékoli z pozorovaných změn.

4.5 Výběr souboru a měření

Výběr výběrového souboru je ve výzkumu běžně užívanou procedurou, která pomáhá rozšířit informace, jež byly shromážděny od menší podskupiny, na větší populaci, jejíž součástí podskupina tvoří. Výzkumníci uplatňují metodu výběru výběrového souboru tehdy, jestliže mají k dispozici omezené zdroje časové, finanční nebo lidské.

Proces výběru výběrového souboru zahrnuje několik kroků:

- ✗ Definice a popis populace. Jaké jsou charakteristiky populace? Jaké je genderové rozložení? Kolik je mužů? Kolik je žen? Dále budeme pravděpodobně chtít vědět, zda tyto osoby žijí ve městech, na předměstích nebo ve venkovských oblastech.
- ✗ Přístup k populaci. Může se reálně stát, že pro vás nebude možné dosáhnout ke každému. To znamená, že další otázka zní: K jaké populaci mohu mít přístup? Obecně platí, že pokud provádíte národní průzkum, může být takový průzkum omezen na osoby, které žijí v domácnostech nebo které mají počítač s přístupem na internet.
- ✗ Inkluzivní/exkluzivní kritéria. Určete, kdo bude ve vaší studii a ve výběrovém souboru a kdo do výběrového souboru v rámci téže populace zahrnut nebude.

Hovoříme-li o měření, zajímá nás reliabilita a validita měření. Jak stabilní jsou měření, jestliže jsou v průběhu doby opakována? Tímto se vyjadřuje stálost či reliabilita. Měříme to, co chceme měřit? Tímto se vyjadřuje validita. V oboru prevence užívání návykových látek byly naštěstí vyvinuty nástroje pro posuzování efektivity preventivních intervencí, které se používají v mnoha různých situacích a pro mnoho různých populací. Centrum EMCDDA zveřejnilo podrobné informace o mnohých z těchto nástrojů ve svém archivu nástrojů pro evaluaci – Evaluation Instruments Bank¹⁸.

Jak již bylo zmíněno, existují celkem dva druhy dat, které budete potřebovat shromažďovat – kvantitativní a kvalitativní. Pro tyto typy dat existuje spousta definic. Příklady některých z nich jsou uvedeny níže.

Kvantitativní data v zásadě:

- ✗ poskytují měřítka kvantity neboli množství, např. „kolik osob ve věku 12–17 let užilo konopí/marihuanu/hašiš v posledních třiceti dnech?“, nebo u těch, kteří užili konopí v posledních třiceti dnech: „průměrně kolikrát v posledních třiceti dnech užili konopí?“;
- ✗ měří úroveň chování a trendy v průběhu/postupem doby;
- ✗ jsou objektivní a standardizovaná a jejich analýza se provádí pomocí specializovaných statistických technik. Vzhledem k tomu, že jsou tato data standardizovaná, lze je shromažďovat napříč komunitami a skupinami.

Kvalitativní měření jsou v zásadě:

- ✗ subjektivní a zabývají se otázkami typu „proč“ a „co to znamená“;
- ✗ poskytují vhled do chování, trendů a vnímání;
- ✗ mají větší explanatorní schopnost a pomáhají interpretovat kvantitativní data.

18 <http://www.emcdda.europa.eu/eib>

4.6 Sběr dat, analýza dat a statistika

Jakmile jsou shromážděna měřítka, je nutno tato měřítka převést na data a na formu, která umožní jejich další zkoumání nebo analýzu. Analýza dat umožňuje evaluátorovi systematicky popsat zkoumanou populaci a začít odpovídat na výzkumné otázky, které tvořily základ evaluace. Tento proces popisu a další analýzy se provádí za použití statistických metod.

Popisná (deskriptivní) statistika se používá k výmluvnému popisu, znázornění a sumarizaci dat, která jste shromáždili, například průměrný (střední) věk či genderové rozložení. Data bývají často prezentována pomocí kombinace tabulek, názorných grafických popisů (např. sloupcový graf) a statistického výkladu (např. rozbor výsledků, jenž objasňuje, co by mohly výsledky znamenat). Popisná statistika se rovněž používá pro sumarizaci užívání návykových látek mezi populacemi, které jsou předmětem zájmu. Jako dobrý příklad informativní a výmluvné popisné statistiky slouží Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)¹⁹.

Inferenční statistika je složitější než popisná statistika. Používá data shromážděná od menšího výběrového souboru, aby vyvodila závěry o větší populaci, z níž byl výběrový soubor vybrán. Inferenční statistika je užitečná tehdy, jestliže není vhodné nebo možné zkoumat všechny členy celé populace. Tento druh statistiky vám poskytuje takové možnosti, jako předpovědět pravděpodobnost pozorovaných výsledků nebo určit, zda se rozdíly, které byly zjištěny v populacích a napříč populacemi, vyskytly náhodou, či nikoliv. Inferenční statistické přístupy jsou velmi důležité v kterékoli studii zaměřené na evaluaci prevence. Vzhledem ke složitosti této práce bychom vám však doporučovali, abyste při provádění těchto analýz spolupracovali se statistikem působícím v nějaké výzkumné instituci, například na univerzitě. Niže uvádíme několik rad týkajících se spolupráce s tímto odborníkem.

4.7 Spolupráce s evaluátorem- -výzkumníkem – kolaborativní model

V rámci tradičního přístupu je externí evaluátor ve vztahu k intervenci nezávislý (např. specializované univerzitní pracoviště) a činí rozhodnutí týkající se všech aspektů evaluace, kromě rozhodnutí týkajících se intervenčních pracovníků. Aby se zabránilo zaujatosti, omezuje se součinnost mezi pracovníky intervence a evaluačním týmem v zásadě jen na základní nezbytnosti a je minimální.

Evaluace kolaborativního charakteru se naopak odvíjí za přispění pracovníků intervence a evaluátor s těmito pracovníky spolupracuje po celou dobu provádění evaluace.

V rámci kolaborativního přístupu jsou do evaluace zapojeni intervenční pracovníci i pracovníci provádějící evaluaci a společně tvoří tým. Dalšími členy týmu působícího v rámci kolaborativního modelu mohou být zainteresované strany, které mají zájem

¹⁹ www.espad.org

na výsledcích preventivní intervence. Je však důležité, aby byly řádně definovány jednotlivé týmové role, činnosti, povinnosti/odpovědnosti a interakce, neboť jinak nevyhnutelně dojde k tomu, že se vyskytnou očekávání, která nebudou naplněna. Naprosto zásadním krokem je zejména zavedení pravidelných setkání s klíčovými zainteresovanými stranami, jejichž účelem bude vyhodnocovat dosavadní postup a zabývat se problémy tak, jak budou vznikat. V opačném případě se budou evaluátor a pracovníci intervence navzájem vzdalovat. V Tabulce 11 je znázorněno, jakých rolí se mohou obě strany ujmout tak, aby v jejich rámci mohli využít svou odbornou erudici.

Je třeba, aby externí evaluátor poskytoval služby přiměřené jejich ceně a aby disponoval příslušnými zkušenostmi a schopnostmi, které jsou nezbytné pro provedení evaluace. Kromě toho by měl mít znalosti týkající se otázek vývoje a organizačních záležitostí a disponovat zkušenostmi v oblasti evaluace projektů, intervencí či organizací. Zároveň by měl mít dobré reference od předchozích klientů a vykazovat předchozí publikační činnost v oblasti evaluačních výsledků.

Externí evaluátor by měl rovněž důsledně splňovat vysoké standardy výzkumu a praxe a být schopen odvádět svou práci v rámci přesně stanovených termínů. Zároveň je třeba, aby řádně komunikoval s intervenčními pracovníky a se zainteresovanými stranami a akceptoval hodnoty a etické standardy organizace, jež intervenci realizuje.

4.8 Používání registrů preventivních programů

Ve většině případů není nutné, abychom vymýšleli nový preventivní program, ale naopak se snažíme pracovat se stávajícími efektivními programy. Jak tedy naleznete skutečně funkční intervence zaměřené na prevenci užívání návykových látek? Naštěstí existuje několik registrů, které soustřeďují výzkumem podložené intervence v oblasti prevence užívání návykových látek. Tyto registry identifikují intervence opírající se o silné empirické poznatky či důkazy a ty nejlepší z nich disponují vyhledávací databází, do které lze zadávat klíčová slova vztahující se jak k intervencím, tak i k tomu, co koho zajímá.

Registry však vykazují určité problémy, a proto je třeba postupovat při prověřování intervencí, které předkládají, obezřetně. Kritéria používaná pro zařazení intervence do registru nemusejí splňovat standardy kvality stanovené Mezinárodními standardy UNODC. Registry se mohou opírat o jakékoli důkazy o efektivitě předložené jednotlivcem nebo organizací, která požádala o přezkum. To může vést k tomu, že revidované důkazy nebudou obsahovat výsledky evaluací, které nepřinesly důkaz o efektivitě, a že publikovaná hodnocení nebudou zahrnovat nové důkazy, které jsou k dispozici. Registry se také od sebe liší tím, jakým způsobem důkazy předkládají. I přesto však zůstávají významným zdrojem informací obsahujícím velké množství evaluovaných preventivních intervencí včetně popisu jejich obsahu a realizace.

Až se budete snažit najít tu správnou preventivní intervenci pro vaši cílovou skupinu a pro problémy, kterým tato populace čelí s ohledem na užívání návykových látek, pravděpodobně použijete některé ze stávajících registrů. Pro Evropu to jsou registry

Tabulka 11: Role pracovníků programu a externího evaluátora

Krok v rámci evaluace	Pracovníci programu	Externí evaluátor
1. Zapojit zainteresované strany	<p>Vůdčí role Dobře znát své zainteresované strany a vědět, kdo by měl být do evaluace zapojen.</p>	<p>Podpůrná role Projevovat zájem o zapojení zainteresovaných stran a efektivně je zapojit.</p>
2. Popsat preventivní intervenci	<p>Sdílená role Sdílet vědomosti/poznatky o preventivní intervenci.</p>	<p>Sdílená role Zapojit pracovníky programu do popisu preventivní intervence. Zaujmout vůdčí roli v popisu intervence.</p>
3. Stanovit zaměření evaluace	<p>Sdílená role Identifikovat nejdůležitější evaluační otázky.</p>	<p>Sdílená role Stanovit zaměření evaluace a pomoci formulovat dobré evaluační otázky a vytvořit evaluační design.</p>
4. Shromáždit věrohodné důkazy	<p>Podpůrná role Pomoci získat přístup ke stávajícím datům nebo pomáhat získat účast na aktivitách zaměřených na sběr nových dat.</p>	<p>Vůdčí role Zaujmout vůdčí roli ve všech aktivitách spojených se sběrem dat, avšak spolupracovat přitom s pracovníky programu.</p>
5. Odůvodnit závěry	<p>Sdílená role Pomáhat evaluátorovi interpretovat důkazy a vytvářet doporučení.</p>	<p>Sdílená role Zaujmout vůdčí roli ve všech aktivitách spojených s analýzou dat a spolupracovat s pracovníky programu.</p>
6. Zajistit používání a sdílení zjištěných poznatků	<p>Vůdčí role Zajistit, aby byly výsledky používány jako zdroj informací pro program.</p>	<p>Podpůrná role Prezentovat výsledky evaluace, které podporují použití.</p>

Zdroj: Centers for Disease Control and Prevention, 2010

Xchange²⁰, „Green List“ v Německu²¹, španělský registr²² a registr centra Mentor UK²³. Pro USA se jedná o Blueprints for Healthy Child Development²⁴ a Preventing Drug Use among Children and Adolescents²⁵.

Xchange je nový evropský online registr výzkumem podložených preventivních programů. Všechny preventivní programy, které registr obsahuje, se zabývají problémy souvisejícími s užíváním návykových látek. Registr Xchange přihlíží jak k evropským evaluačním studiím, které v souvislosti s užíváním návykových látek vykazují přínosné výsledky, tak i k hodnocením registru Blueprints, která se týkají programů pocházejících z USA. Tento registr poskytuje informace o efektivitě preventivních programů v Evropě a podrobnější informace o lokálních adaptacích v národních jazycích. Všechny tyto údaje společně přispívají k tomu, aby mohli jejich uživatelé činit informovaná rozhodnutí.

Kritéria pro zařazení programu do tohoto registru:

- ✗ program musí být aktivní (musí být v současné době používán nejméně v jedné zemi EU);
- ✗ program musí být nejméně jednou evropskou evaluační studií ohodnocen jako program, který je v Evropě prospěšný.

Dalším způsobem jak se informovat o výzkumu v oblasti preventivní práce je čerpat z vědeckých časopisů, např. z Prevention Science²⁶. Publikování výzkumu je klíčovým aspektem moderní prevence. Jelikož registrům může nějakou dobu trvat, než přijmou a zařadí informace z nových studií, mohou vám vědecké časopisy pomoci nalézt novější publikace.

4.9 Ex-ante evaluace

Ex-ante evaluace je na rozdíl od výzkumem podložených intervencí, které probíhají během realizace a po realizaci preventivní intervence, nástrojem projektového řízení, jenž se provádí před implementací a jehož účelem je poskytnout pomoc při plánování projektu a plánování evaluace. Výsledky *ex-ante* evaluací se často používají k optimalizaci projektového plánu a k určení relevantnosti zamýšlených kroků při naplňování potřeb souvisejících s návykovými látkami v porovnání s ostatními přístupy, které mohou být případně uplatněny. *Ex-ante* evaluace rovněž poskytuje důležité informace, které slouží jako základ pro monitorování a evaluaci a které pomáhají definovat cíle a identifikovat, jaké výsledky jsou důležité, jaký dopad lze od realizace programu očekávat a jaký druh informací je zapotřebí k tomu, aby bylo možno posoudit, zda byl projekt úspěšný či nikoliv. Rozhodovatelé a financovatelé někdy používají poznatky zjištěné z *ex-ante* evaluací pro posouzení hodnoty návrhů, které obdržely od externích poskytovatelů preventivních služeb.

20 <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

21 <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

22 <http://prevencionbasadaenlaevidencia.net>

23 <http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/>

24 <https://www.blueprintsprograms.org>

25 https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

26 <http://www.preventionresearch.org/prevention-science-journal/>

Tuto práci lze provádět interně, nebo za využití odborné erudice externího evaluátora, jako je tomu v případě jiných typů evaluace. Evropská komise zpracovala, byť se netýká přímo *ex-ante* evaluací preventivních programů, všeobecné zásady a užitečné vodítko pro obeznámení se s tímto typem práce a s jeho prováděním²⁷. Klíčové požadavky na informace potřebné pro tento typ evaluace jsou shrnuty v uvedeném rámečku.

Klíčové požadavky na informace pro *ex-ante* evaluaci

- ✗ Analýza problému a analýza potřeb
 - Jaký problém se má řešit a jaké hlavní faktory a zainteresované strany zde vystupují?
 - Kdo je cílovou skupinou a jaké jsou její potřeby související s návykovými látkami?
- ✗ Stanovení cílů
 - Byly definovány všeobecné, specifické a operační cíle preventivní intervence ohledně očekávaných výsledků?
 - Jaké evaluační indikátory jsou plánovány pro měření vstupů, výstupů, výsledků a dopadů?
- ✗ Alternativní mechanismy realizace a analýza rizik
 - Jaká alternativní preventivní opatření (včetně „nedělat nic“) byla zvážena a proč bylo vybráno navrhované opatření?
 - Jaká rizika (např. náklady obětované příležitosti, potenciální nežádoucí výsledky) jsou s implementací intervence spojena a jaká protipatření byla učiněna?
- ✗ Přidaná hodnota intervence
 - Je navrhovaná intervence doplňkem ostatních souvisejících opatření a má s nimi spojitost?
 - Vytváří s nimi synergie?
- ✗ Poznátky z minulosti
 - Jaké důkazy a informace jsou k dispozici z předchozích evaluací, auditů či výsledků/zkušeností studií, které se týkající podobných opatření?
 - Jak lze tyto poznatky použít pro vylepšení designu intervence?
- ✗ Plánování budoucího monitoringu a evaluace
 - Jsou navrhované metody sběru, uchovávání a analýzy dat získaných monitorovacím systémem/evaluací robustní?
 - Je monitorovací systém/evaluace plně funkční od samého počátku implementace intervence?
 - Jaké jsou zapotřebí typy evaluace? Kdy by měly být tyto typy evaluace prováděny a kdo by je měl provádět?
- ✗ Pomoc při dosahování nákladové efektivity
 - Jaké různé důsledky jsou spojeny s navrhovanou volbou intervence v oblasti nákladů?
 - Bylo by možné dosáhnout stejných výsledků za nižší cenu nebo mohlo by být za stejnou cenu dosaženo lepších výsledků, pokud by se dělalo něco jiného?

27 http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/ex_ante_guide_2001_en.pdf



ČÁST II

**Preventivní přístupy v různých
prostředích**

>5

Kapitola 5

Prevence v rodině

Rodina je jedním z (mikro)prostředí v oblasti prevence. Toto téma se zaměřuje na stávající typy intervencí v rodině a zabývá se všeobecným obsahem i specifickými rysy těchto intervencí.

V této kapitole jsou jako příklad prevence v rodině uvedeny různé výzkumem podložené programy, například program EFEKT, program Functional Family Therapy a Triple P – Positive Parenting Program. V závěru kapitoly se věnujeme problémům spojeným s prací s rodinami a tomu, jak se s těmito problémy vypořádat.



5.1 Definice

„Rodina“ znamená pro různé lidi různé věci, a proto ji lze také definovat různě. Každá z různých skupin vědců, jako jsou například antropologové, sociologové, psychologové a ekonomové, bude pravděpodobně rodinu definovat a zkoumat jinak. Také lidé z různých zemí či kultur mohou rodinu definovat odlišně. Například v USA, v Kanadě a v řadě evropských zemí je „rodina“ nejčastěji definována jako „nukleární rodina“, tedy dva partneři a jejich děti, neúplné rodiny, koexistující rodičovství („nevlastní/smíšené rodiny“). V jiných částech světa je „rodina“ zase často definována jako širší rodina, do které patří prarodiče, tety, strýcové, bratrance a sestřenice a další příbuzenstvo. Vysoká míra rozvodovosti a uzavírání nových sňatků, kterou Evropa za poslední desetiletí vykazala, přispěla k tomu, že se zvyšuje počet „nevlastních“ a neúplných rodin.

Rodiny jako systémy

Jedním ze způsobů, jakým vědci o rodinách a jejich struktuře uvažují, je přístup považující rodiny za systémy, to znamená, že rodina je něco jiného, než jen pouhá skupina lidí, kteří spolu možná žijí. Rodiny představují skupinu jednotlivců, která je v mnoha ohledech jedinečná a liší se od skupin vrstevníků nebo jiných sociálních skupin. Členy rodin jsou na rozdíl od většiny sociálních skupin osoby, které spojují pokrevní vztahy a které mezi sebou mají silné sociální vazby. Vzhledem k úzkým vztahům a specifickým úkolům, jimiž se vyznačují, vytvářejí rodiny odlišné vzorce interakcí, které je definují.

Existuje mnoho způsobů interakce, které má většina rodin společné, avšak je také mnoho způsobů, jimiž se rodiny od sebe liší. Stejně jako žádní dva jedinci nejsou naprosto stejní, nemají ani žádné dvě rodiny stejný způsob utváření vzájemných vztahů. Rodiny si vytvářejí vlastní identitu a vlastní způsob, jakým se budou chovat mezi sebou a jakým vůči lidem, kteří nejsou součástí jejich rodiny. Členové rodiny si mezi sebou často budou říkat věci a budou dělat věci, které by nikdy neřekli lidem nebo neudělali s lidmi, kteří nepatří do rodiny.

Rodiny mohou svým členům poskytovat sociální podporu a dodávat jim pocit sounáležitosti. Tento pocit sounáležitosti je důležitý pro náš lidský vývoj a může nám napomoci k tomu, aby se z nás stali odolní lidé s nízkou pravděpodobností rozvoje behaviorálních problémů. Způsoby, jakými si rodiny vytvářejí svoji strukturu a přístupy, přesvědčení a hodnoty, které podporují, definují jejich identitu a mají zároveň vliv na to, jak členové rodiny interagují s ostatními a jaké interakce očekávají od ostatních.

Velmi důležitou funkcí rodiny je socializace dítěte. Rodina je v zásadě kontextem, v němž dítě poznává a osvojuje si normy, hodnoty, postoje a způsoby chování své skupiny. Rodina zpravidla představuje prvotní kontext pro socializaci, neboť právě rodina je místem, kde se dítě učí důležitým věcem: učí se mluvit, učí se správným způsobem interakce s druhými, učí se sdílet a zvládat pocity zklamání. Rodiče mu vštěpují tato pravidla prostřednictvím různých forem výuky, výchovy, péče a disciplíny.

5.2 Typy intervencí realizovaných v rodině

Intervence v rodině lze stejně jako ostatní preventivní intervence definovat jako intervence všeobecné, selektivní nebo indikované.

Charakteristika intervencí prevence v rodině se rovněž určuje na základě toho, kdo z rodiny se intervence účastní a jaké části rodiny má intervence změnit.

Intervence zaměřené na rodičovskou výchovu se soustředí pouze na změnu určitých forem výchovného působení rodičů, například na disciplínu a efektivní komunikaci, a mohou se případně týkat jen rodičů. Děti z příslušné rodiny se intervence mohou, nebo nemusí účastnit.

Intervence zaměřené na rodinné dovednosti mívají zpravidla širší záběr a zahrnují výcvik rodičů v oblasti zlepšování a posilování rodičovských dovedností a výcvik dětí v osobních a sociálních dovednostech. Součástí těchto intervencí je rovněž přímý výcvik a nácvik dovedností rodiny jako celku. Důraz je zde kromě rodičovské výchovy kladen na to, jak se rodiče a děti v rodině navzájem ovlivňují a jak společně fungují jako rodina.

Intervence zaměřené na rodinné dovednosti bývají někdy realizovány v kombinaci s dalšími intervencemi (např. se školskou intervencí v téže komunitě), a tudíž tvoří součást širší a komplexnější preventivní strategie. Vzhledem k tomu, že existuje mnoho různých makrofaktorů a mikrofaktorů, které ovlivňují užívání návykových látek u mladých lidí, bývá tato strategie často uplatňována na úrovni společnosti. Některé důkazy svědčí o tom, že kombinace přístupů může efektivně snižovat užívání návykových látek v populaci.

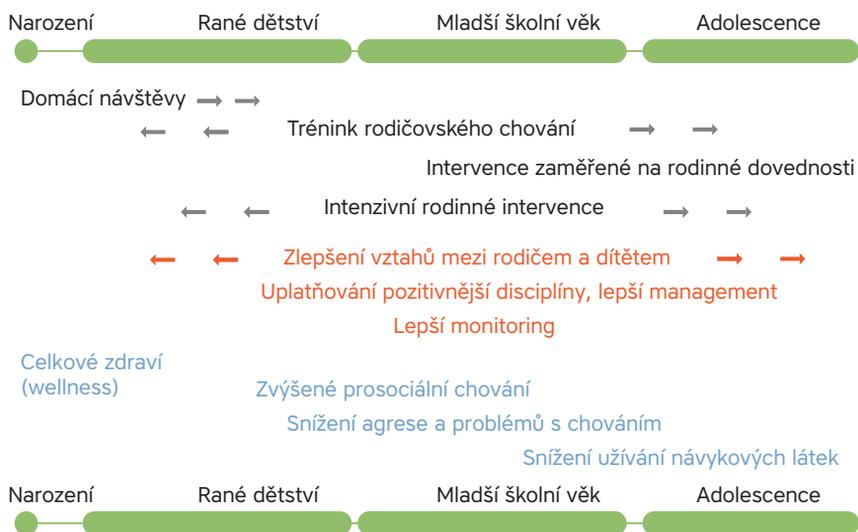
Některé intervence jsou koncipovány jako intenzivní rodinná terapie, která změní počáteční formy problémového chování tak, aby se nestupňovaly a nepřerostly v užívání návykových látek a závažnější formy problémového chování. Na to, že může být intervence pro rodinu přínosem, mohou ukazovat různé signály. Ty se někdy odrážejí v aspektech rodinného života, například v násilí nebo v chování mladých lidí mimo rodinné prostředí, například ve škole nebo v komunitě. Intenzivní intervence v rodině,

jako jsou například rodinné terapeutické intervence pro mladé lidi, kteří již začali vykazovat známky určitých problémů, mohou mít výrazné účinky také v dětství a v období dospívání.

Rodičovské strategie a vzorce interakcí v rodině se budou různit s ohledem na různý věk dětí v rodině. Intervence určené pro rodiny s dětmi různého věku proto musejí zahrnovat výuku o různých procesech rodičovské výchovy a rodinných procesech. Výsledky rodinných programů rovněž souvisejí s obdobím vývoje. Výsledky dosahované v raném období života se budou vztahovat ke zdraví, osobní pohodě a k prosociálním způsobům chování. V pozdním dětství a v období adolescence zahrnují další účinky také snížení nebo prevenci forem problémového chování, jako je například užívání návykových látek.

Obrázek 18 znázorňuje účinné strategie (černým písmem), cíle změny (červeným písmem) a pozitivní výsledky (modrým písmem) u intervencí poskytovaných od narození do období adolescence.

Obrázek 18: Preventivní intervence v rodině podle vývojových stádií



Teorie, o kterou se intervence v rodině opírají, spočívá v tom, že ovlivňováním rodinných procesů, jakým je rodičovská výchova, podpoří tyto intervence zdravé chování mladých lidí a budou předcházet rozvoji problémového chování. Rodina je jedním z nejdůležitějších vlivů, které působí na mikroúrovni na osobnostní charakteristiku jedince a které jej mohou nakonec dovést k užívání návykových látek. Rodina představuje důležitý kontext pro vývoj, a jestliže funguje špatně, existuje větší pravděpodobnost, že budou mít děti problémy. Fungují-li však rodiny dobře, mohou pravděpodobnost problémů snížit. Intervenční strategie zaměřené na rodiny mohou začít před narozením dítěte, například v podobě programů domácích návštěv chudých, poprvé těhotných žen. Tyto druhy intervencí se soustředí na změnu způsobů rodičovského chování, zlepšení osobní pohody maminek, zlepšení vztahu mezi matkou a dítětem a na zlepšení dlouhodobých výsledků ve vývoji mladých lidí.

Mezi některé z nejdůležitějších rodinných faktorů, které ovlivňují vývoj dítěte a mladého člověka, se řadí:

- × Dobré vztahy mezi rodiči a dítětem. Kvalita vztahů mezi rodiči a dítětem začíná již v kojeneckém věku, kdy si pečující osoby a kojenci vytvářejí silnou vztahovou vazbu, a zůstává důležitým, vývoj ovlivňujícím faktorem až do období adolescence. Některé vlastnosti tohoto vztahu se sice postupem doby mění, avšak vyznačuje-li se vztah laskavým přístupem a pozitivní emoční podporou, pak obvykle chrání mladé lidi před formami problémového chování. Rodiče, kteří se dělí o svůj čas a aktivně a pozitivně se zapojují do života svého dítěte, pomáhají tento druh vztahů budovat. Intervence zaměřené na trénink rodičovského chování mohou přinést lepší výchovné působení rodičů, zdravější vztahy mezi rodiči a dítětem, více pozitivního a méně negativního chování na straně dětí nebo adolescentů a dlouhodobější výsledky, jako je například snížené užívání návykových látek mezi adolescenty a mladými dospělými.
- × Efektivní strategie zaměřené na management chování. Důležitou součástí „práce“ rodičů je formovat pozitivní sociální chování mladých lidí a náležitě reagovat na formy jejich rizikového chování. Účelem uplatňování efektivních strategií je, aby rodiče pomáhali mladému člověku dodržovat a osvojit si vhodné standardy chování. Na podporu tohoto procesu se používají spousta rodičovských strategií, avšak ochranu před negativními vlivy působícími na makroúrovni může zajistit také uplatňování efektivní disciplíny, tj. disciplíny, která je jasná a pevná, ale není tvrdá („autoritativní“, avšak nikoli „autoritářský“ či tvrdý/krutý přístup), sdělování jasných pravidel a očekávání, jakož i používání technik na monitorování toho, kde dítě tráví svůj čas a s kým.
- × Předávání prorodinných hodnot. Rodiny, které dbají na prorodinné hodnoty a snaží se je srozumitelně předávat svým dětem, pomáhají podporovat pozitivní způsoby chování a omezovat formy chování rizikového. Takový přístup může působit proti silně negativním hodnotám, které je možno pozorovat v některých sociálních prostředích.
- × Trvalé zapojení do života dítěte. Rodiče, kteří se aktivně zapojují do života svých dětí a tráví s nimi čas při pozitivních a zábavných aktivitách, pomáhají budovat pozitivní vztah mezi rodiči a dítětem. Tyto druhy aktivit dítěti sdělují, že se rodič stará o jeho sociální, emoční a osobní pohodu a že vztah není jenom o řízení chování, jako je například dodržování pravidel.
- × Rodiče, kteří poskytují emoční, kognitivní a finanční podporu, skýtají velké množství zdrojů pro zdravý vývoj dítěte.

Pokud dokážeme prostřednictvím implementace intervence posílit některé z těchto nesmírně důležitých rodinných faktorů, pak bychom mohli být schopni redukovat takové formy chování, jako je užívání návykových látek.

Jednou z výzev souvisejících s některými intervencemi zaměřujícími se na rodiny je, že tyto intervence zasahují ve věku, ve kterém jen velmi málo rodin dělá to, čemu se intervence ve skutečnosti snaží předejít. To znamená, že intervence může z krátkodobého hlediska cílit na změnu rodičovské výchovy, avšak z dlouhodobého pohledu může předejít užívání návykových látek. Základním principem zde znovu je, že změna těchto rodinných a rodičovských procesů změní vývoj mladého člověka.

Otázka, kterou si klademe, zní: „Jaké jsou hlavní znaky intervence, která funguje?“ Jedna studie identifikovala několik důležitých charakteristických znaků efektivních intervencí

zaměřených na výcvik rodičovských dovedností u rodičů dětí ve věku 0–7 let, které souvisely s lepšími výsledky. Studie zjistila, že intervence dosahovaly lepších výsledků, když:

- × byly zaměřeny na pozitivní interakce mezi rodiči a dětmi, tj. když rodiče učily, jak trávit čas s dětmi v situacích, které nejsou spojeny s disciplínou, např. v době hraní, a ukazovaly rodičům, jak mají dávat najevo nadšení, věnovat dítěti pozitivní pozornost a zaměřovat se na aktivity, které jsou tvořivé a mají volný průběh;
- × učily rodiče o emocích a o tom, jak komunikovat o emocích, např. jak uplatňovat dovednosti aktivního naslouchání a tudíž se zajímat o to, co dítě říká; intervence rovněž pomáhaly rodičům učit děti, jak poznat, pojmenovat a vhodně projevovaly emoce, a učily je omezovat negativní komunikaci, např. sarkasmus;
- × učily efektivní disciplíně uplatňované formou používání „time out“ metody a důsledné reakce na tuto metodu;
- × byly strukturovány tak, aby rodiče mohli výše uvedené dovednosti procvičovat s vlastními dětmi, a to v rámci sezení a v domácím prostředí. Nejednalo se o přehrávání rolí, nýbrž o skutečné interakce mezi rodiči a jejich dětmi.

5.3 Všeobecný obsah intervencí v rodině

Preventivní intervence v rodině toho obnášejí více než jen to, co je popsáno výše. V této části se budeme podrobněji zabývat tím, jak můžete formovat obsah své intervence s konkrétním zaměřením na rodiče, děti a na rodinu jako takovou.

Obsah zaměřený na rodiče

Různé intervence, které se zaměřují na dovednosti rodiny, obsahují různé druhy aktivit. Přezkumný tým úřadu UNODC však zjistil, že neefektivnější intervence v oblasti rodinných dovedností zahrnují celou řadu specifických prvků.

Efektivní intervence učí rodiče vnímavosti a učí je náležitě reagovat na potřeby a požadavky jejich dětí.

Rodiče je třeba učit projevovat náklonnost a empatii – vůči sobě navzájem, vůči svým dětem i vůči ostatním lidem. Rodiče by měli:

- × věnovat pozitivní pozornost, a když se děti chovají dobře, dát jim to vědět, tj. ne pouze tehdy, když děti porušují pravidla;
- × mluvit o vlastních emocích i emocích svých dětí, a pomáhat tak dětem rozpoznávat a projevovat emoce;
- × být poučeni o tom, jak je důležité být vzorem vhodného chování, jestliže rodiče nechtějí, aby děti a dospívající užívali drogy, pak by měli být vzorem takového chování;
- × učit se novým dovednostem zvládání zátěžových situací a hněvu, aby se dokázali vypořádat s nevyhnutelností stresu a změny v rodině a ve svém širším sociálním prostředí;

- ✗ učit se hrát si vstřícně, to znamená nechat své děti určitým způsobem řídit a směřovat hru, zatímco rodiče je budou následovat;
- ✗ mít očekávání, která jsou přiměřená věku a úrovni vývoje jejich dětí (viz Přílohu 2).

Další obsah a další aktivity by měly rodiče učit poskytovat strukturu. Struktura znamená mnoho věcí, ale pravděpodobně bude zahrnovat následující prvky:

- ✗ učit rodiče používat kázeňské strategie přiměřené věku a zejména pomáhat rodičům poučovat děti o důsledcích jejich chování;
- ✗ zavádět a sdělovat jasná domácí pravidla a pomáhat svým dětem pochopit pravidla a hodnoty společnosti;
- ✗ poznat jak chránit děti před možnými problémovými situacemi v rámci rodiny a ve společnosti (v tomto případě se může jednat o sousedství nebo také o média);
- ✗ snažit se dosáhnout shody ohledně základních otázek výchovy dítěte v rodinách s více než jedním rodičem a uvést tuto shodu do praxe;
- ✗ rodiče monitorují školní práci dětí a podle možností jim s ní pomáhají;
- ✗ rodiče zůstávají se školou v kontaktu a vědí, co se ve škole, kterou navštěvuje jejich dítě, děje.

Obsah zaměřený na děti

Je mnoho důležitých dovedností pro život, které se děti a mladí lidé potřebují naučit, a rodiče lze učit tomu, aby svým dětem tyto dovednosti vštěpovali.

Jedním ze souborů dovedností, k jejichž rozvíjení mohou intervence dětem napomáhat, jsou emoční schopnosti. Intervence zároveň pomáhají rodičům tyto dovednosti posilovat na základě:

- ✗ rozpoznávání vlastních emocí a emocí druhých lidí;
- ✗ přiměřeného vyjadřování/projevování emocí;
- ✗ zvládání obtížných emocí;
- ✗ pocítování a projevování empatie k druhým, když trpí;
- ✗ schopnosti dokázat přijímat zpětnou vazbu ohledně vlastní osoby bez defenzivních reakcí – toto je dobrý způsob, jak poznávat sám sebe a své vztahy.

Další užitečnou dovedností, kterou by si měli mladí lidé rozvíjet, je zaměření se na budoucnost. Děti, a zejména pak adolescenti, kteří jsou schopni přemýšlet o budoucnosti a kteří se na budoucnost dívají pozitivně a umí si stanovovat reálné cíle, jsou zároveň schopni pochopit to, jak jim mohou některé způsoby chování, jako například užívání návykových látek, v dosažení těchto cílů zabránit.

Děti a mladí lidé mohou rozvíjet své dovednosti účinného řešení problémů, které jim budou pomáhat ve chvílích, kdy se dostanou do náročných sociálních situací s vrstevníky a budou potřebovat nalézt nejlepší řešení daného problému.

Děti a mladí lidé se mohou rovněž naučit, jak o sebe zdravým způsobem pečovat. Tato péče zahrnuje výživu, fyzické zdraví a znalosti o tom, jak ovlivňuje užívání návykových látek jejich mozek, fyzický vývoj, chování, emoce, kognitivní vývoj, společenský život s přáteli a rodinou, školní prospěch a budoucí příležitosti.

Efektivní intervence by měly mladé lidi naučit, jak pozitivně interagovat s druhými lidmi, například jak se respektovat a jak spolupracovat. To může mladým lidem pomoci začít rozumět tomu, jak zapadají do širšího obrazu světa, a chápat to, jak pro ně mohou být vztahy dobré, ale i to, jak se neúčastnit špatných vztahů.

Intervence mohou rovněž posilovat takové hodnoty, jako je respekt – respektování rozdílů mezi jednotlivci a respektování skupin, které jsou ve společnosti důležité, například senioři a autority.

Mladí lidé se mohou naučit efektivně komunikovat pomocí aktivního naslouchání a jasného vyjadřování svých potřeb. Efektivním používáním těchto dovedností lze přispívat k rozptýlení konfliktních situací.

Mnoho efektivních intervencí se zaměřuje na to, aby mladé lidi naučily dovednostem odolávat vrstevníkům. Takovéto dovednosti jim umožňují bránit se návrhům některých vrstevníků, kteří se budou pokoušet ovlivnit jejich rozhodnutí a budou se snažit vtáhnout je do užívání návykových látek.

Obsah zaměřený na rodinu

U intervencí poskytujících rodinné dovednosti je důležité, aby byly rodiny schopny společně procvičovat dovednosti, které jim pomohou naučit se na sebe pozitivně a citlivě reagovat, starat se jeden o druhého a vzájemně se povzbuzovat a používat při tom chválu a různé odměny.

Efektivní komunikace mohou rodiny dosáhnout tím, že se budou učit pozorně naslouchat, jasně komunikovat ohledně rolí a povinností a v klidu probírat témata, o kterých se rodičům a jejich dětem obvykle jen stěžívá společně diskutuje, tedy například o užívání návykových látek a sexuálním životě.

Rodiny také mohou organizovat svůj rodinný život a vytvářet jeho strukturu společně, a sice tím, že budou jasně, důsledně a spravedlivě přistupovat k disciplíně a budou řešit nevyhnutelné konflikty, které život rodiny přinášejí, pomocí otevřené diskuse a dalších metod, které jim intervence doporučí.

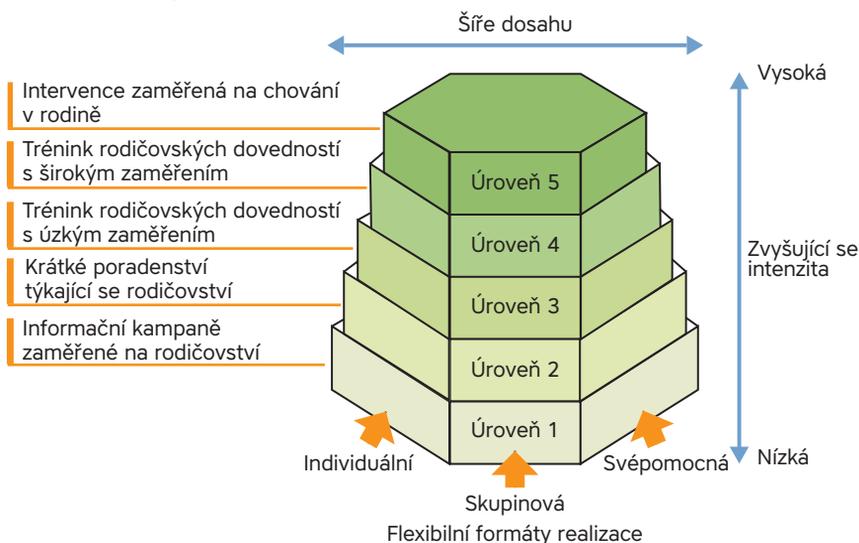
5.4 Programy podložené vědeckým výzkumem

U následujících intervencí byly podle několika evaluací prováděných v různých zemích Evropy prokázány slibné výsledky. Výběr těchto programů se zakládá na hodnoceních uvedených v registru Xchange centra EMCDDA. Tyto programy zde uvádíme jako příklady, které by vám mohly sloužit jako vodítko při vašem hledání vhodné intervence, jež bude odpovídat Triple P.

EFFEKT je intervence, která byla v registru Xchange ohodnocena jako „prospěšná“. Jedná se o univerzální preventivní intervenci pro mladé lidi ve věku 13–16 let, která se snaží předcházet užívání alkoholu u teenagerů prostřednictvím změny postojů jejich rodičů. Rodiče jsou podněcováni k tomu, aby ohledně svých dětí vyhlásili politiku nulové tolerance užívání alkoholu. S informacemi jsou rodiče seznamováni v rámci školních schůzek konaných na začátku každého pololetí a prostřednictvím dopisů, které jsou jim v průběhu školního roku pravidelně zasílány domů. Rodičům jsou rovněž zasílány katalogy s podrobnými informacemi o aktivitách, které jsou pořádány v komunitě a které dětem umožňují konstruktivně trávit jejich čas.

Program Functional Family Therapy (Funkční rodinná terapie) je indikovaná preventivní intervence určená pro rizikovou mládež ve věku 11–18 let. V registru Xchange je tato intervence hodnocena jako „pravděpodobně prospěšná“. Program cílí na snižování zapojování se do kriminality nebo delikvence, předcházení užívání návykových látek a udržování dobrých vztahů mezi účastníky a rodiči. Zaměřuje se na rodičovské dovednosti, compliance mladých lidí a kompletní škálu druhů chování – kognitivního, emocionálního a behaviorálního – a na jejich změnu na základě profilu specifických rizikových a protektivních faktorů každé rodiny.

Obrázek 19: Program Triple P



Program Triple P – Positive Parenting Program²⁸ (Trojitě P – Program pozitivní péče) je preventivní strategie zaměřená na podporu rodičovství a rodin, jejímž cílem je předcházet vážným behaviorálním, emocionálním a vývojovým problémům u dětí na základě rozšiřování znalostí, dovedností a důvěry rodičů (Obrázek 19). Triple P dosud není zařazen do registru Xchange, avšak jiný registr – Blueprints jej hodnotí jako „slibný“. Třebaže existuje mnoho verzí tohoto programu, jeho základ tvoří pět hlavních pozitivních zásad rodičovské výchovy, které se zaměřují na specifické rizikové a protektivní faktory, o kterých je známo, že umožňují předpovědět pozitivní prvky vývoje a duševního

28 Pro více informací viz <http://www.triplep.net/glo-en/home/>

zdraví dětí. Tyto hlavní zásady zahrnují: (1) zajistit bezpečné a příjemné prostředí, (2) vytvořit pozitivní prostředí pro učení, (3) uplatňovat asertivní disciplínu, (4) mít realistická očekávání a (5) pečovat o sebe sama jakožto rodiče.

Dalším běžně používaným programem je Strengthening Families Programme 10–14 (Program posílení rodin pro rodiče a mládež ve věku 10–14 let). Tento program vykazuje velmi dobrou efektivitu v USA a registr Blueprints jej hodnotí jako „slibný“. Dosud však nejsou k dispozici žádné dobré důkazy o efektivní implementaci v Evropě, proto jej registr Xchange zatím nehodnotí jako efektivní.

5.5 Problémy

S účastí organizací a rodin v těchto typech intervencí je spojena řada problémů a bariér. Některé z těchto obtíží se týkají samotné implementace intervence, avšak mnohé z nich se vyskytují v souvislosti s tím, aby byla intervence implementována v takové šíři, jež bude dostatečná pro dosažení velkého efektu. Níže uvádíme popis některých z těchto problémů a poradíme, jak se s nimi vypořádat.

Největšími bariérami efektivní implementace preventivních intervencí, zejména pak implementace univerzálních a selektivních intervencí v rodině, je získání a udržení rodin. Výzkum ukazuje, že intervence v rodině obvykle vykazují nízkou míru účasti. U náboru rodin pro univerzální intervence se míry účasti často pohybují mezi 10–30 % vhodných rodin. V případě cílených intervencí, například indikovaných intervencí pro rodiny mladých lidí, kteří již vykazují určité formy problémového chování, mohou být míry účasti vyšší a dosahovat 40–60 %. Rovněž víme, že u znevýhodněných rodin mohou být míry účasti nižší. Nízké míry mohou znamenat, že intervence nemá dostatečný dosah na to, aby ovlivnila veřejné zdraví.

Výzkum identifikoval několik nejčastějších bariér bránících účasti v rodinných intervencích realizovaných v typickém skupinovém formátu.

- ✗ Rodiče o intervenci nevědí. Informace o intervenci se nemusí dostat k rodinám, které takovou intervenci možná potřebují.
- ✗ Zda se rodiny na intervenci dostaví, je ovlivněno také tím, co si o programu myslí a jaký z něho mají pocit.
- ✗ Rodiny jsou velmi zaneprázdněné a kladou na svůj čas mnoho nároků. Moci se zúčastnit jednou týdně večer intervence, která trvá třeba 2 nebo 3 hodiny, nemusí být pro některé rodiny v rámci jejich nabitého rozvrhu snadné.
- ✗ Intervence jsou někdy realizovány v místech, která rodinám účast na intervenci ztěžují. Rodiny se do takového místa možná nemají jak dopravit nebo musejí daleko cestovat.

S těmito problémy se lze vypořádat vytvořením různých strategií (viz Obrázky 20–22).

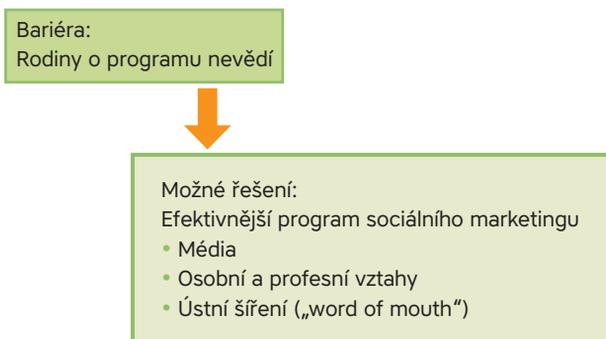
Strategie budou u jednotlivých komunit vzhledem k prostředkům, které bude mít každá z nich k dispozici, různé. Obecně však platí, že existují dobré způsoby, jak sdělovat informace o intervenci.

Jedním z velmi dobrých způsobů je zapojit média. Je-li to možné, mohou organizace

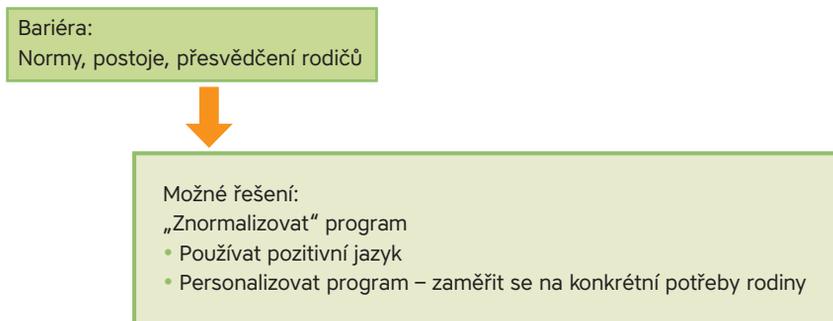
zajistit, aby se informace o intervenci dostaly do novin nebo rozhlasu. Jako efektivní zdroj šíření informací mezi některými komunitami se také osvědčily webové stránky sociálních médií. Triple P je velmi účinně využívá ke zvyšování informovanosti o tom, že je tento program realizován.

V rámci jedné studie bylo zjištěno, že pokud se použijí tyto druhy médií, dozví se o intervenci až 80 % rodičů v komunitě.

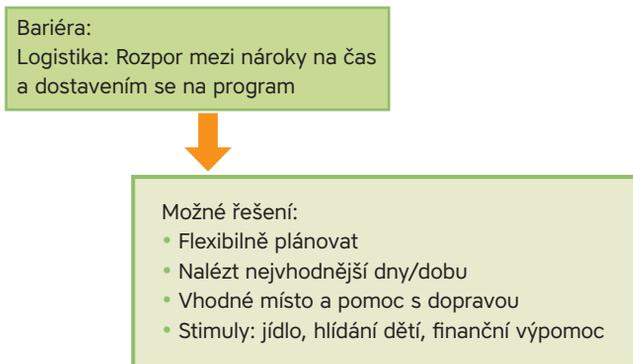
Obrázek 20: Bariéry pro rodiny 1



Obrázek 21: Bariéry pro rodiny 2



Obrázek 22: Bariéry pro rodiny 3



Další výbornou strategií v šíření informací je i využívání vaší sítě osobních a profesních kontaktů. Užitečné je také použít kontakty na ostatní organizace, které poskytují služby mladým lidem a rodinám, a mohou tudíž pomoci rodiny informovat. Rodiny se cítí klidněji, dostanou-li doporučení od zdroje, jemuž důvěřují.

Rodiče mohou být někdy toho názoru, že je intervence určena pouze pro „špatné“ rodiče, nebo se mohou domnívat, že jejich rodina by neměla z intervence žádný prospěch, protože ji nepotřebuje. Mohou mít také negativní předchozí zkušenost s poskytovateli služby, v důsledku které se sníží pravděpodobnost, že se budou chtít zúčastnit další intervence. Je důležité, abyste se ujistili, že používáte pozitivní jazyk, a abyste v rámci své komunikace s rodinami „znormalizovali“ to, co je náplní intervence. Způsob, jakým intervenci v brožurách a v médiích popíšete, může rodinám pomoci utvořit si názor na to, zda pro ně bude intervence vhodná či nikoliv.

Někdy se může stát, že si rodiče nebudou potřebu účasti v intervenci uvědomovat a budou si myslet, že jim intervence nijak příliš neprospěje. Schopnost sdělit rodinám, jak se intervence zaměřuje na jejich specifické potřeby, může zvýšit míru přijetí intervence. Toho lze někdy dosáhnout pomocí dobře sepsaných inzerátů, které poukazují na konkrétní body intervence, nicméně užitečnější může být promluvit si o intervenci přímo s rodinami buď formou návštěvy u nich doma, nebo uspořádáním skupinového formátu, kde se mohou rodiny dozvědět více informací o tom, co intervence poskytuje.

Jedněmi z nejčastějších překážek, které rodiny uvádějí, jsou čistě logistické problémy týkající se toho, jak začlenit dvouhodinové sezení rodinné intervence do nabitého rodinného rozvrhu. Naplánování sezení tak, aby doba jejich konání vyhovovala co největšímu počtu potenciálních rodin, pomůže udržet návštěvnost. K plánování doby, v níž se mají sezení konat, je důležité přistupovat flexibilně a naplánovat sezení tak, aby si je rodiče mohli přidat do svého rodinného rozvrhu. K přizpůsobení nabitých rozvrhů může napomoci použití takové doby, která je pro setkávání a schůzky obvyklá, například naplánování sezení v souvislosti se školní akcí, jakou je třeba rodičovská schůzka ve škole (jako to činí výše popsany program EFEKT). Je však důležité respektovat pozitivní čas rodiny, jenž je konec konců jednou z věcí, které se snaží tyto intervence podporovat.

Zajištění lepší návštěvnosti bude usnadněno také tím, bude-li vyhledáno vhodné místo a poskytnuta pomoc s dopravou. Strategicky zvolená lokalita, kterou lidé tak jako tak často navštěvují, může být v tomto případě ideální. Takové místo se má v ideálním případě nacházet v blízkosti domovů rodin. Ve velkých městech nebo spíše venkovských oblastech to však nemusí být možné a může se vyskytnout problém s dopravou. Některé intervence vypomohou se zaplacením dopravy na intervenci.

Stimuly podporující účast mohou pomoci motivovat rodiny k tomu, aby na intervenci přišly, a také překonat další logistické bariéry. Například podávání večere a zajištění hlídání dětí může rodičům usnadnit to, aby si zorganizovaly rodinný program a účastnily se sezení, která se konají ve večerních hodinách. V této souvislosti je užitečné poradit se s místními odborníky ohledně toho, jaký druh stimulů by mohl být nejvhodnější.

Získávat rodiny neznamena jen oznámit, že se bude konat intervence, a čekat, až rodiny přijdou. K vytvoření jasného plánu náboru a udržení rodin vám může pomoci pečlivé uvažování o tom, jaké rodiny jsou, co potřebují, jaké mají mezi sebou vazby a jaké vazby

mají na ostatní sociální prostředí, například na školu, sousedství a služby. Jedná-li se například o rodiny s nízkým socioekonomickým statusem, pak bude možná užitečné použít finanční stimuly. Vytvoření silných, zdvořilých vztahů s rodinami, které by se mohly o intervenci zajímat, udržování kontaktu s rodinami i v případě, že nejprve nepřijdou, a dodržování slibů může upevnit důvěru rodin i dobrou pověst intervence ve společnosti, potřebnou k získání rodin. Účinnější rovněž bude používat několik různých strategií, než se jen spoléhat na jednu z nich. Používejte vícero sdělení a doručujte je různými způsoby a v různou dobu. Intervence často doporučují, aby se sdělení do rodin dostávala nejméně třemi různými způsoby, neboť právě tolik pokusů může být zapotřebí na to, aby upoutala jejich pozornost.

> 6

Kapitola 6

Školská prevence a prevence na pracovišti

Mezi další prostředí, v nichž je realizována preventivní práce, se řadí škola a pracoviště. V obou případech se jedná o mikroprostředí. Nejprve se budeme zabývat charakteristickými rysy a cíli intervencí školské prevence a také tím, jak aplikovat teorii v praxi. U školské prevence klademe důraz na to, aby byla při práci na intervenci používána data o žácích. Jako příklad efektivních intervencí školské prevence si ukážeme výzkumem podložené programy Unplugged, GBG a KiVa.

V Evropě bohužel není příliš mnoho intervencí v oblasti prevence na pracovišti, a ještě méně jich je podložených vědeckým výzkumem. Věřme, že tato kapitola poskytne alespoň nějakou inspiraci těm, kdo se prevencí na pracovišti zabývají. Nastíníme zde charakteristiky prevence na pracovišti a podíváme se na překážky, se kterými byste se mohli setkat.



6.1 Školská prevence

Zaměříme-li se na děti a adolescenty, jsou dvěma nejdůležitějšími místy pro provádění prevence užívání návykových látek rodina a škola. Řada dětí pravděpodobně skutečně tráví více času ve škole než s oběma rodiči nebo dokonce s jedním z rodičů. Výhodou škol (Tabulka 12) je, že intervence lze poskytnout všem dětem (běžná populace), a nikoli pouze těm, které jsou ve vysoce rizikové skupině (selektivní populace) nebo patří k rizikovým jedincům (indikovaná populace). Z univerzálních intervencí ve školách mohou potenciálně profitovat všechny děti, neboť všechny z nich čelí nějakému stupni rizika. Další výhodou je, že sdělení, která jsou poskytována všem dětem ve školách, lze doručovat bez jakékoli stigmatizace příjemců, protože intervence se nezakládá na identifikaci

Tabulka 12: Typy a účinnost intervencí školské prevence

Intervence	Pracovní program	Externí evaluátor
Preventivní výchova založená na osobních a sociálních dovednostech a vlivu sociálního prostředí	Všeobecná a selektivní Běžná populace a rizikové skupiny	*** Dobrá
Školní řád, pravidla a kultura	Všeobecná Běžná populace	** Adekvátní
Řešení rizikových osobnostních rysů	Indikovaná Rizikový jedinec	** Adekvátní

a potenciální izolaci mladých lidí, kteří již začali užívat návykové látky. Je prokázanou skutečností, že společné umístění takovýchto vysoce rizikových mladých lidí do skupiny zvyšuje jejich rizikové chování (Poulin a Dishion, 2001).

Školy mají různou podobu, velikost a uspořádání, avšak téměř v každé zemi pomáhají připravovat mladé lidi na to, aby se stali plně integrovanými členy svých rodin, pracovišť a společnosti jako celku. Avšak škola a vzdělání toho uskutečňují mnohem více než jen to. Zpráva Světové banky o výzkumu politiky z roku 2007 (Hanushek a Wößmann, 2007) z analýz dat o vzdělání a národních ekonomikách zjistila, že: „Existuje silný důkaz o tom, že spíše než pouhé školní výsledky mají výraznou souvislost s individuálními příjmy, rozdělením příjmů a hospodářským růstem kognitivní dovednosti populace.“ Kognitivní dovednosti se týkají schopnosti žáků/studentů:

- ✗ samostatně myslet a řešit problémy na základě zdůvodnění a pečlivého zvážení, a to jak sami, tak ve spolupráci s druhými;
- ✗ zdůvodňovat, pojmenovávat a řešit problémy za pomoci neznámých informací nebo nových postupů, tudíž mohou ovlivňovat zranitelnost a rizikovost jedince v souvislosti se specifickými formami chování a v souvislosti s užíváním návykových látek obzvláště;
- ✗ vyvozovat závěry a dospívat k řešení na základě analyzování vztahů mezi příslušnými problémy, záležitostmi či podmínkami.

Škola je stejně jako rodina jedním z mikroprostředí, které působí jako klíčová instituce v utváření vývoje dětí a jejich prosociálních postojů a chování. Mezi biologickými, osobnostními, sociálními a environmentálními charakteristikami dochází k mnoha složitým interakcím, které ovlivňují lidské chování. Tyto interakce formují hodnoty, přesvědčení, postoje a způsoby chování dítěte a mladého člověka a jsou mimořádně důležité pro jeho fyzický, emoční a sociální vývoj od dětství do adolescence a od adolescence do dospělosti. Škola může ovlivnit to, jak děti a mladí lidé vnímají přijatelnost a nepřijatelnost různých forem pozitivního a negativního chování. Školské intervence tudíž mohou ovlivňovat zranitelnost a rizikovost jedince v souvislosti se specifickými formami chování a v souvislosti s užíváním návykových látek obzvláště.

Školská prevence může mít význam i pro univerzitní či jiné prostředí dalšího a vyššího vzdělávání. Studenti těchto škol často čelí obzvláštnímu riziku užívání návykových látek. Přestěhovali se totiž z domova do prostředí, kde mají větší nezávislost a kde se od nich očekává, že budou mít kontrolu nad širokým spektrem způsobů sociálního a se zdravím souvisejícího chování, a kde zároveň mohou být dostupné určité návykové látky a ve studentských organizacích a na studentských akcích může být vyznávána kultura užívání látek.

Je tedy obzvláště důležité, aby bylo vytvořeno a udržováno pozitivní školní klima. Školy ale také v souvislosti s prevencí užívání návykových látek hrají významnou roli nejméně ve třech dalších oblastech:

- ✗ behaviorální přístupy: předcházení nebo přinejmenším oddalování užívání návykových látek mezi mladými lidmi na základě snahy vštěpovat hodnoty, normy, přesvědčení a postoje namířené proti užívání látek a zprostředkovávat mladým lidem dovednosti, jež jim umožní efektivně odolávat vrstevníkům, kteří je mohou k užívání návykových látek vybízet;

- ✗ environmentální prevence: vytváření účelných, jednoznačných a důsledně prosazovaných pravidel zaměřených na užívání a prodej všech návykových látek, včetně alkoholu a tabákových výrobků, v areálu školy a v jeho blízkosti a na všech školou podporovaných akcích;
- ✗ snižování nepříznivých důsledků spojených s užíváním látek: jednat se studenty, kteří užívají návykové látky, ohleduplně a se soucitem, doporučovat jim vhodné poradenské a podpůrné služby (v případě potřeby včetně léčby) a pomáhat jim snížit užívání návykových látek nebo přestat s jejich užíváním.

Preventivní věda, která se zabývá výzkumem intervencí školské prevence, rovněž prokázala úspěšnost v dosahování školního prospěchu a předcházení předčasnému ukončení školní docházky (Gasper, 2011), tedy dvou hlavních cílů školy jako takové. Z toho plyne, že koordinátoři prevence musejí být schopni předkládat argumenty, které vysvětlí, že udělat si čas na prevenci užívání návykových látek je v nejlepším zájmu školy i jejích studentů.

Připravenost školy

Nejprve je třeba posoudit, nakolik je škola připravena přijmout a implementovat programy a strategie zaměřené na prevenci užívání návykových látek (Greenberg et al., 2005). V rámci tohoto kroku je nutno zvážit několik klíčových otázek. Všechny tyto faktory by měly být posouzeny před tím, než bude zvolen preventivní přístup.

- ✗ Je vytvoření prostoru pro zařazení programů prevence užívání návykových látek do školního rozvrhu podporováno správou školy?
- ✗ Je k dispozici lidský kapitál s potřebnou kvalifikací pro implementaci programů?
- ✗ Jak je to se zdroji nezbytnými k zaplacení materiálů souvisejících s tvorbou programů, vyškolení učitelů, zastupování za účelem pokrytí vyučování během školení a k zaplacení následné technické pomoci?
- ✗ Je k dispozici vysoce kvalitní výuková a technická pomoc, která bude zaměstnance školy provázet úspěšnou implementací preventivních programů a pomáhat jim reagovat na vznikající problémy?

Je důležité, aby správa školy a příslušné vzdělávací orgány poskytly konkrétnímu programu jak podporu, tak i vedení nezbytné pro zajištění jeho efektivního přijetí a implementace (Sloboda et al., 2014; Wandersman et al., 2008). Roli by však měly hrát ještě další faktory. Škola by měla mít jasnou vizi ohledně toho, o jaké prostředí usiluje, aby mohla podporovat vzdělávací a sociální vývoj svých žáků/studentů. Tuto vizi by měly doprovázet související cíle a jedním z nich by mělo být zajištění toho, aby se ve školním prostředí nevyskytoval alkohol, tabákové výrobky ani jiné návykové látky.

Za účelem vyjasnění rolí a odpovědnosti za implementaci preventivních pravidel a intervencí je třeba, aby byly k dispozici plány, které stanoví, jak bude hodnocen výkon a jak bude toto hodnocení spojeno s profesním postupem. Součástí plánu by mělo být posouzení schopnosti školy zrealizovat intervenci.

Cíle školské prevence

Efektivní strategie prevence užívání návykových látek se mají zaměřovat na různé vývojové fáze dětí, adolescentů a ostatních studentů (Ginsburg, 1982; UNODC, 2013). Jak je uvedeno v Mezinárodních standardech UNODC, ne všechny aktivity a programy školské prevence budou efektivní napříč celou populací ve školním věku. Intervence je tudíž nutno zavádět pouze u těch věkových skupin, u kterých byla prokázána efektivita.

Například u dětí mladšího školního věku by strategie prevence užívání návykových látek měly být relativně jednoduché a měly by se soustředit na poskytování jednoduchých a přímých poučení, například: doktoři vám dávají léky, když jste nemocní, abyste se uzdravili; léky vám mohou uškodit, jestliže je užíváte, aniž vám to poradil lékař; dávat léky druhým je nebezpečné, a to i tehdy, když vás o to žádají. Učitelé mohou rovněž zavádět strategie, jejichž účelem je odměňovat prosociální chování a trestat impulzivní či jinak nevhodné chování.

Jsou-li vedení, mohou si žáci v období rané adolescence vytvářet pozitivní hodnoty a postoje, které nepodporují užívání návykových látek a na kterých mohou zakládat své rozhodnutí ohledně toho, zda budou návykové látky užívat, či nikoliv. Žáci se mohou seznámit s pravidly své školy týkajícími se psychoaktivních látek a s důsledky porušování těchto pravidel. Mohou porozumět tomu, jak se je reklama snaží ovlivnit směrem k užívání alkoholu a dalších návykových látek, a mohou se dozvědět, jak alkohol, tabákové výrobky a ostatní návykové látky nepříznivě ovlivňují pocity, vnímání, behaviorální zdraví a vývoj jejich mozku. Žáci by si měli též trvale rozvíjet a procvičovat celou řadu osobních a sociálních dovedností souvisejících s věkem.

V období pozdní adolescence by měli být žáci/studenti schopni uplatňovat své hodnoty, rozhodovací dovednosti a různé životní dovednosti, zejména svou dovednost asertivity nebo dovednost „odolávat“ v situacích, v nichž se užívají návykové látky nebo v nichž mohou být žáci/studenti k užívání látek vybízeni. Měli by se také dozvědět o sociálních sankcích souvisejících s užíváním nelegálních látek. A konečně, žáky/studenty lze rovněž učit nejrozličnějšími strategiemi na snižování nežádoucích účinků užívání návykových látek (Marlatt et al., 2011). Takovéto strategie mohou upozorňovat na nebezpečí pití a řízení motorových vozidel nebo na nebezpečí spolujízdy s řidičem, který pil.

Je zřejmé, že mají-li být výzkumem podložené preventivní intervence efektivní, musejí být pečlivě přizpůsobeny vývojové fázi dětí. Preventivní věda je tudíž postavena na vývoji dítěte a na tom, jak nejlépe dosáhnout k dětem v každé fázi jejich vývoje.

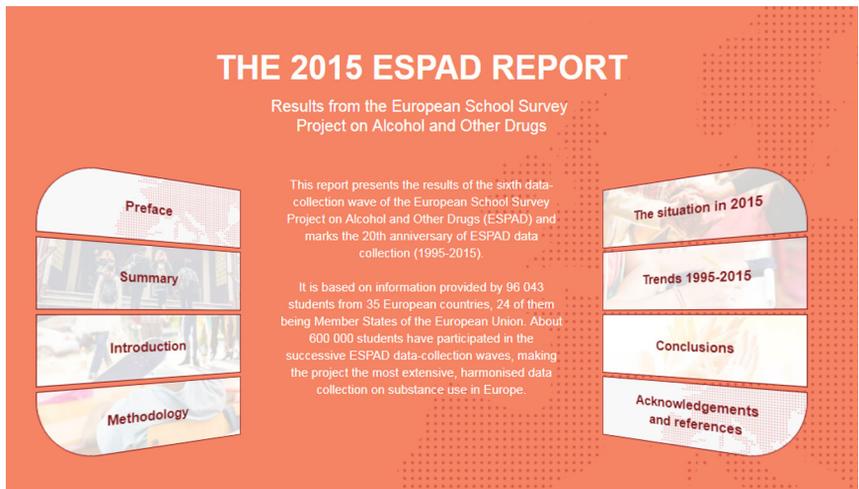
Data o užívání návykových látek mezi žáky/studenty

Data o užívání návykových látek mezi žáky/studenty přispívají k poznání rozsahu a charakteru užívání látek, jakož i typů psychoaktivních látek, které žáci/studenti užívají. Předchozí kapitoly tohoto kurikula pojednávaly o provádění analýz potřeb, jejichž součástí je sběr a/nebo analýza stávajících dat, která umožňuje popsat problematiku užívání návykových látek. Analýzy potřeb, které mají popsat užívání návykových látek mezi žáky/studenty, zahrnují data o typech užívaných látek, frekvenci jejich užívání a způsobu aplikace, o zdrojích užívaných látek, o charakteristikách uživatelů látek včetně pohlaví, věku, etnicity, sousedství, záškoláctví a fyzického a emocionálního zdraví, jakož i data o věku prvního užití a o prvně užitě látce.

Za nejlepší komplexní metodu sběru dat o užívání návykových látek mezi žáky/studenty jsou obecně považovány průzkumy prováděné mezi žáky/studenty ve školním prostředí. Tato data tvoří jádro činnosti v oblasti sběru dat, která může zahrnovat ještě další typy kvalitativních a kvantitativních dat. Přestože je provádění takových průzkumů poměrně levné a poskytuje nejlepší informace o aktuálních vzorcích užívání návykových látek a souvisejících postřezích, může být dosti náročné tyto průzkumy vytvářet, provádět a hodnotit a údaje v nich získané může být nesnadné analyzovat a interpretovat.

Školy se mohou také rozhodnout, že použijí výsledky průzkumů, které prováděly jiné organizace. V tomto ohledu doporučujeme zejména studii ESPAD²⁹ (viz Obrázek 23) a Mezinárodní výzkumnou studii kolaborativního charakteru životního způsobu u dětí³⁰ provedenou ze strany WHO. Některé země mohou rovněž využít národní průzkumy. I když mohou být některé z těchto průzkumů (a tudíž i jejich výsledky) zastaralé, přesto mohou poskytovat užitečné referenční hodnoty, s nimiž lze srovnávat výsledky lokálně vedeného průzkumu. Národní průzkumy lze použít, avšak s velkou opatrností také jako náhradu za vlastní průzkumy školy, obzvláště pak v případech, že jsou zjištěné poznatky rozčleněny podle regionů nebo (snad i) podle hustoty obyvatelstva (tj. město vs. předměstí vs. venkov). Pro lokální tvůrce pravidel a rozhodovatele jsou nicméně téměř vždy užitečnější lokální data než data z regionálních či národních průzkumů. Ono je totiž velmi snadné ignorovat znepokojivé výsledky průzkumu o užívání návykových látek, vedeného na národní nebo regionální úrovni, a říkat, že to nejsou údaje dětí v „naší“ komunitě.

Obrázek 23: Zpráva ESPAD 2015



Zdroj: <http://www.espad.org/>

29 <http://www.espad.org/>

30 <http://www.hbsc.org/>

Aplikace teorie

Na intervence školské prevence užívání návykových látek lze aplikovat teorie poznání a učení a teorii TPB. Škola není jen místem, kde probíhá učení. Škola, to jsou také lidé – žáci a zaměstnanci školy, kteří mezi sebou po velkou část dne interagují. To znamená, že podobně jako tomu je v domácnostech, kde rodiče interagují s dětmi při intervencích poskytovaných v rámci prevence v rodině, interagují pedagogičtí pracovníci ve školním prostředí s žáky, aby jim poskytli efektivní intervence školské prevence. Tyto intervence zahrnují třídní kurikula, školní politiky a školní prostředí. Nejvyšší efektivita v dosahování dlouhodobých výsledků prevence byla prokázána u školních kurikul, a právě jimi se zabývá tato kapitola. O školních politikách a školním prostředí pak pojednává následující Kapitola 7.

Kurikulum prevence užívání návykových látek se vztahuje k intervenci ve třídě pomocí souboru aktivit vycházejících z manuálů a zaměřených na splnění specifických učebních

Tabulka 13: Co funguje a naopak nefunguje ve školské prevenci

Co funguje	Co nefunguje
Realizace a struktura	
Interaktivní metody	Didaktické metody, jako např. přednášení
Vysoce strukturované hodiny a skupinová práce	Nestrukturované, spontánní diskuse
Dodržování kurikula	Spoléhání se na úsudek a intuici učitelů
Provedení vyškoleným facilitátorem/učitelem	Důkaz hovořící pro preventivní programy vedené vrstevníky vs. programy vedené dospělými je slabý
Implementace formou 10–15 týdenních sezení	Jakékoli samostatné aktivity založené na jedné akci
Vícetřídňové programy	Důkaz o hodnotě přídatných sezení v následujících letech je slabý Plakáty a brožury
Obsah	
Rozhodovací a komunikační dovednosti, dovednosti řešit problémy	Zvyšování znalostí žáků/studentů prostřednictvím poskytování faktů ohledně určitých návykových látek – takovýto postup může z žáků/studentů učinit ještě informovanější konzumenty
Vztahy s vrstevníky a osobní a sociální dovednosti	Poskytování doporučení/svědectví ze strany bývalých uživatelů drog může skončit tak, že bude užívání drog velebeno a idealizováno
Vnímaná vlastní účinnost, asertivita	Soustředění se jen na posilování sebeúcty
Dovednosti odolávat drogám a posilování osobního odhodlání namířeného proti zneužívání drog	Namátkové testování na přítomnost drog
Upevňování postojů a norem proti drogám	Zastrašovací taktiky a děsivé historky, které zveličují a zkreslují nebezpečí užívání návykových látek a často odporují vlastním zkušenostem žáků/studentů a zkušenostem jejich vrstevníků
Podpora studijních návyků a školních výsledků	

cílů. Školní pravidla a realizace prevence užívání návykových látek se vztahují k souboru písemně stanovených pravidel či předpisů ohledně užívání návykových látek ve škole a v areálu školy. Tato pravidla obsahují definici jakéhokoli porušení (tj. co se stane, když někdo poruší pravidla) a důsledky porušení.

A konečně, školní klima je definováno jako kvalita a charakter života školy. Školní klima je založeno na vzorcích zkušeností žáků/studentů, rodičů a zaměstnanců školy ze školního života a odráží normy, cíle, hodnoty, interpersonální vztahy, výukové a učební postupy, jakož i organizační struktury.

Dvě desetiletí výzkumu a evaluací prováděných ve školách názorně ukazují, které intervence fungují a které nejsou podpořeny důkazy (Tabulka 13).

Mnoho preventivních intervencí přitom vykazuje pozitivní účinky bezprostředně po jejich skončení a méně z nich, jsou-li hodnoceny, vykazuje účinky při dlouhodobějším sledování, například po jednom roce. Jak velký problém to představuje? Je bezesporu žádoucí, aby účinky trvaly spíše roky než měsíce (či dokonce týdny), a i když jsou všechny ostatní aspekty stejné, je vždy nejlepší zvolit intervence, u kterých byly prokázány dlouhodobé účinky. Za úspěšné lze nicméně považovat i intervence, které se omezují na krátkodobé účinky, a sice tehdy, jestliže oddalují užití nebo zahájení užívání látek v klíčových fázích vývoje. Cílové skupiny mohou rovněž profitovat z toho, že jsou opakovaně vystavovány působení různých typů preventivních aktivit v různých fázích vývoje.

Kromě toho se také objevily argumenty ohledně toho, že asi není namístě očekávat, že budou mít preventivní programy dlouhodobé účinky, když jsou žáci/studenti v rámci svých sociálních prostředí pravidelně vystavováni lákadlům vybízejícím k užívání látek (např. prostřednictvím různých ztvárnění v populární kultuře, prostřednictvím reklamy a dalších marketingových praktik) a když vidí, jak dospělí užívají návykové látky, jako jsou alkohol a tabákové výrobky, a mají z nich požitky, aniž by u nich byly patrné nějaké škodlivé účinky. Asi by tudíž bylo nemístné očekávat, že bude stačit jedna jediná intervence proti užívání návykových látek. Prosazovatelé a obhájci prevence by se proto měli snažit argumentovat tím, že v souladu se standardy EDPQS (Kapitola 3) by aktivity v oblasti prevence měly být součástí dlouhodobější strategie a že pravděpodobnost jejich úspěchu se může zvýšit tehdy, jestliže jsou rovněž implementována pravidla environmentální prevence (viz Kapitulu 7) s cílem podpořit zdravější behaviorální kontext. Intervence v oblasti prevence užívání návykových látek, které jsou přiměřené věku a vývoji, musejí být integrovány do celého školního kontextu od mateřské školy až po ukončení střední školy, a to jak v rámci třídy, tak i mimo ni.

Programy podložené vědeckým výzkumem

U následně uvedených intervencí byly podle několika evaluací prováděných v různých evropských zemích prokázány slibné výsledky. Výběr těchto programů je založen na hodnoceních (ratingu) registru Xchange centra EMCDDA. Tyto programy uvádíme jako inspiraci pro vaše hledání vhodné intervence odpovídající vašemu kontextu.

Unplugged je školský program, jenž zahrnuje složky zaměřující se na tyto dovednosti: kritické myšlení, rozhodování, řešení problémů, kreativní myšlení, efektivní komunikace, dovednosti v oblasti interpersonálních vztahů, sebeuvědomění, empatie, zvládání emocí

a stresu, normativní přesvědčení a povědomí o škodlivých účincích návykových látek na zdraví. Kurikulum se skládá z 12 lekcí o trvání jedné hodiny, vedených jednou týdně třídními učiteli, kteří předtím absolvovali 2,5denní výcvikový kurz. Registr Xchange hodnotí Unplugged jako „prospěšný“, to znamená, že program je pravděpodobně efektivní napříč různými kontexty.

Hra na dobré chování (GBG) je třídní strategie pro základní školy, která se zaměřuje na management chování a kterou učitelé používají v rámci standardních výukových kurikulů školy. Program GBG je registrem Xchange hodnocen jako „pravděpodobně prospěšný“, to znamená, že přestože výzkum prokázal, že je program efektivní, je na ujištění se o jeho efektivitě nutno v Evropě ještě dále pracovat. GBG používá formát celotřídní hry, jež pracuje s týmy a odměnami a jejímž účelem je pomoci dětem přizpůsobit se své roli žáka a omezit agresivní, rušivé chování ve třídě, jež je rizikovým faktorem pro užívání návykových látek mezi dospívajícími a dospělými, pro antisociální poruchu osobnosti a násilné a kriminální chování. Ve třídách GBG rozdělí učitel všechny žáky do týmů s rovnoměrným zastoupením pohlaví: agresivní a rušivé chování a nesmělé chování vykazující sociální izolovanost. V rámci hry jsou vyvěšena a kontrolována základní třídní pravidla chování žáků. Při hraní GBG je každému týmu udělena odměna, jestliže se členové týmu dopustí během jednotlivých period hry maximálně čtyř nebo méně porušení třídních pravidel.

V průběhu prvních týdnů intervence se GBG hraje třikrát týdně, vždy v trvání 10 minut v době, kdy je třídní prostředí méně strukturované a žáci pracují nezávisle na učiteli. Doba trvání jednotlivých period hry se v pravidelných intervalech prodlužuje a jejich frekvence se zvyšuje, to znamená, že v polovině roku lze hru hrát třeba již každý den. Zpočátku se hra hraje tak, že učitel vyhlásí začátek hry a při jejím skončení udělí odměny. Později pak učitel odloží odměňování na konec školního dne nebo týdne. Postupem doby se GBG hraje v různých dobách dne, při různých činnostech a na různých místech. To znamená, že hra se vyvíjí od hry, jež je spojena s vysokou možností předpovědi načasování a místa konání a s bezprostředním posílením ke hře nepředpověditelné, s odloženým posílením. Záměrem je, aby se děti naučily, že se dobré chování očekává v každou dobu a na každém místě.

KiVa je program prevence šikany, který je Finsku hodnocen jako slibný a který přijalo také Estonsko. Tento program cílí na školní děti ve věku 5–11 let a používá univerzální a indikované strategie. Jeho snahou je rozvíjet prosociální chování a zvyšovat emoční pohodu. KiVa zatím není zařazen v registru Xchange, avšak v registru Blueprints je hodnocen jako „slibný“, to znamená, že byla v rámci vysoce kvalitního výzkumu prokázána jeho efektivita.

6.2 Prevence na pracovišti

„Pracovištěm“ neboli pracovním prostředím je v rámci společnosti fyzické místo, kde pracují lidé, tedy domovy, farmy/zemědělské statky, školy, státní a nestátní organizace, výrobní zařízení a továrny, obchody a prodejny, zdravotnické organizace, armáda, velké podniky atd. Někteří lidé, kteří pracují například v odvětvích obchodu, v dopravě či v přepravě zboží, nemusejí mít jediné fyzické pracoviště. Ze zkušeností mnoha průmyslových národů vyplývá, že pracoviště je jednou z klíčových institucí ve společnosti,

neboť významné procento dospělých je zaměstnáno v nějakém typu pracovního prostředí a zapojuje se do něho. Práce a pracovní prostředí jsou navíc motorem ekonomiky a pohnájející hospodářský růst. Problémy související s užíváním návykových látek jsou vysoce relevantní v oborech, které jsou spojené s otázkami bezpečnosti nebo ve kterých může mít selhání jednotlivce výrazné následky. K těmto oborům se mimo jiné řadí stavebnictví, zemědělství, doprava, energetika, informační a komunikační technologie a finanční služby (EMCDDA, 2017b, s. 143).

Pracovní prostředí mohou zaměstnancům také poskytovat výcvik a vzdělání a pokračovat tak až do dospělosti v tom, co dětem a mladým dospělým poskytují rodiny a školy. Pracovní prostředí jsou kromě toho i místem, které zprostředkovává nové zkušenosti, nové normy a nové formy chování, jež se mohou lišit od těch, kterým se jedinec naučil nebo které poznal v rodině nebo ve škole.

Vzhledem k tomu, že je pracoviště obvykle místem, kde dospělí tráví značné množství svého času, může mít míra, v jaké je pracovní zkušenost odměňující a uspokojující, oproti tomu, jak je stresující či vysilující, obrovský dopad na zdraví a osobní pohodu pracovníka či naopak na jeho náchylnost k problémům souvisejícím s užíváním návykových látek.

Frone (2013) také rozlišuje mezi užíváním návykových látek na pracovišti během pracovní doby a pracovníkem, jehož užívání návykových látek mimo pracovní dobu má vliv na pracovní výkon.

- × Užívání návykových látek a ovlivnění návykovými látkami na pracovišti se vztahuje k užívání návykových látek a k ovlivnění látkami při práci nebo během pracovní doby. Může tedy znamenat, že návykové látky jsou užívány v pracovním prostředí nebo těsně před prací a k ovlivnění látkami dojde během pracovní doby a/nebo když pracovník vykonává práci, byť není v pracovním prostředí.
- × Užívání návykových látek pracujícími a jejich ovlivnění látkami se vztahuje k užívání návykových látek a k ovlivnění látkami, k němuž dochází mimo pracovní prostředí a mimo pracovní dobu.

Faktory pracoviště mohou podporovat klima, které působí na užívání návykových látek v práci více podpůrně. Patří sem tři hlavní faktory:

- × (vnímaná) dostupnost návykových látek při práci, včetně snadného přístupu k nim (např. prodej alkoholu v závodních kantýnách, zcela běžné podávání alkoholu při oslavách na pracovišti, zaměstnanci usnadňující přístup k nelegálním látkám);
- × deskriptivní normy, v důsledku nichž vysoký podíl členů sociální sítě pracoviště jedince užívá návykové látky nebo pracuje pod vlivem látek;
- × režimové normy či normativní schvalování nebo neschvalování užívání návykových látek a ovlivnění látkami ze strany členů sociální sítě pracoviště jedince.

Tento poslední faktor rovněž zahrnuje různé druhy kultury pracoviště, které podporují užívání návykových látek pro zvýšení výkonnosti či zvládnutí pracovní zátěže a nabitých rozvrhů nebo v jejichž rámci jsou návykové látky považovány za nedílnou součást budování vztahů se spolupracovníky a (potenciálními) zákazníky.

Kromě všeobecných rizikových faktorů užívání návykových látek, jež se týkají celé populace, mohou pravděpodobnost toho, že bude zaměstnanec užívat návykové látky, zvýšit

také stresory související se zaměstnáním, například vysoký stupeň pracovních nároků, nedostatečná kontrola nad prací a nejistota pracovního místa. Z tohoto pohledu jsou návykové látky užívány jako prostředky ke snížení napětí a stresu, které mají zaměstnancům pomoci vypořádat se se svou situací týkající se zaměstnání. Předpokládá se, že častější expozice pracovním stresorům a předjímání těchto stresorů vedou k častějšímu a intenzivnějšímu užívání návykových látek – často těsně před pracovním dnem, během pracovního dne nebo bezprostředně po něm. Většina problémů způsobených užíváním návykových látek však souvisí s užíváním látek pracujícími, to znamená, že k užívání dochází většinou mimo práci. Stále však platí, že i takové chování může negativně ovlivňovat pracovní výkon. Negativní následky užívání návykových látek pracujícími mohou zahrnovat absentérství, pozdní příchody, ztrátu pracovního místa, nemoc a vyšší náklady na zdravotní péči. Užívání návykových látek na pracovišti může zase vést ke snížení úrovně vnímané bezpečnosti pracoviště, k vysokému stresu souvisejícímu s prací a ke snížení morálky zaměstnanců, kteří v práci návykové látky neužívají.

V rámci EU nejsou k dispozici žádné odhady dopadu užívání návykových látek na pracující, které používají důsledné metodologie, a takové odhady neexistují ani na národních úrovních. EMCDDA navíc neshromažďuje žádná data o rozsahu provádění prevence na pracovišti v EU. Existují však užitečné ilustrativní studie jednotlivých členských států. Například ve Velké Británii se odhaduje, že užívání alkoholu má za následek 11–17 milionů ztracených pracovních dnů, což odpovídá nákladům ve výši 1,8 miliard GBP ročně (Plant Work, 2006).

Užívání návykových látek pracujícími je předmětem obzvláštního znepokojení zejména v souvislosti s pracovními funkcemi, u kterých hraje rozhodující roli bezpečnost, to znamená tam, kde mají zaměstnanci odpovědnost za zdraví a pohodu ostatních (např. piloti, lékaři, bezpečnostní technici) a kde může mít ovlivnění způsobené návykovými látkami či jinými důvody vážné následky. Ve Francii je 15–20 % nehod na železnici, které jsou způsobeny při práci, přímo spojeno se škodlivým užíváním alkoholu či jiných návykových látek (Ricordel a Wenzek, 2008).

Organizační připravenost

Jednou ze součástí analýzy potřeb je porozumět tomu, v jakém místě se pracoviště nachází, co se týče jeho cesty k organizační změně, nebo jak je na tom s ochotou přijmout nějaký konkrétní postup zaměřený na podporu zdraví, v tomto případě tedy na prevenci užívání návykových látek. Byla vytvořena celá řada teorií umožňujících porozumět organizační změně. Teorie stadií (stage theory) například hovoří o tom, že je důležité vědět, v jakém místě své cesty k organizační změně se organizace nachází před implementací preventivních politik a intervencí.

Teorie stadií (Kaluzny a Hernandez, 1988) popisuje čtyři stadia, kterými organizace procházejí před tím, než je přijata a institucionalizována nějaká změna nebo inovace.

1. Prvním stadiem je uvědomění si, že vyvstal problém a že existují možné způsoby, jak problém řešit. Zřejmým cílem aktivit v tomto stadiu je tudíž uvědomit organizaci o tom, že existuje nějaký problém a že je třeba se tímto problémem zabývat.
2. Druhým stadiem je přijetí, v jehož rámci organizace začne plánovat a přijímat pravdila a intervence, jejichž účelem je řešit problém, jehož existence byla zjištěna v prvním

stadiu. Toto stádium může zahrnovat identifikaci zdrojů, jakož i adaptace intervencí, které mohou být vhodné pro implementaci.

3. Třetím stádiem je implementace, která zahrnuje všechny praktické aspekty realizace pravidel a intervencí.
4. A konečně čtvrtým stádiem je institucionalizace, během níž se nová pravidla nebo nový postup stávají standardní součástí činností pracoviště.

Charakteristiky prevence na pracovišti se zřetelem k formám prevence

V souvislosti s prevencí na pracovišti je nutno přihlídnout ke čtyřem aspektům (Obrázek 24), které zde podrobněji představíme.

Všeobecná prevence

- ✕ Pravidla na pracovišti. Pravidla na pracovišti jsou strategií všeobecné prevence, neboť se zabývají otázkami užívání návykových látek s ohledem na všechny zaměstnance.
- ✕ Edukace prevence užívání návykových látek. Vzdělávání v prevenci užívání návykových látek je poskytováno všem zaměstnancům a managementu. Tyto informace by měly zahrnovat informace o psychoaktivních látkách a o tom, jak může jejich užívání negativně ovlivňovat zdraví a osobní pohodu pracovníků.
- ✕ Posilování sociální podpory. Prostřednictvím prosazování soudržnosti pracovní skupiny a podpory mezi pracovníky lze zvyšovat sociální normy na pracovišti namířené proti užívání návykových látek.

Obrázek 24: Typy prevence na pracovišti



Selektivní prevence

- ✗ Důvěrný screening. Bezpečný screening obvykle zahrnuje screening pracovníků, kteří jsou ohroženi užíváním návykových látek nebo případně vykazují formy problematického chování na pracovišti.
- ✗ Programy pomoci zaměstnancům. Účelem programů pomoci zaměstnancům je pomoci identifikovat a vyřešit problémy s produktivitou, které postihují pracovníky trpící osobními problémy.

Indikovaná prevence

- ✗ Důvěrné posouzení užívání návykových látek. Cílem důvěrného posuzování je identifikovat pracovníky, které je třeba doporučit ke krátkým intervencím nebo k dlouhodobější léčbě. Posuzování provádí kvalifikovaní odborníci na duševní zdraví nebo adiktologové.
- ✗ Krátké intervence. Krátké intervence jsou systematické, cílené postupy, jejichž účelem je prozkoumat potenciální problémy s užíváním návykových látek a motivovat jedince ke změně chování.

V případě prevence na pracovišti je důležité zařadit taková pravidla a intervence, jež se zaměřují na pracovníky, kteří potřebují léčbu, dokončí léčbu, vrátí se do pracovního procesu a jsou reintegrovaní mezi pracující. I když se technicky vzato nejedná o prevenci, zahrnuje toto kurikulum léčbu, návrat do pracovního procesu a prevenci relapsu coby klíčovou součást komplexního přístupu pracoviště k užívání návykových látek. Cílem tohoto přístupu není trestat, nýbrž předcházet vzniku a eskalaci užívání látek a v případě potřeby identifikovat pracovníky, kteří užívají návykové látky, a poskytnout jim jednoznačnou cestu k léčbě a reintegraci mezi pracující. Poté, kdy se tyto pracovníci znovu začlení mezi pracující, budou vyžadovat pokračující podporu zaměřenou na prevenci relapsu užívání látek. Portál nejlepší praxe EMCDDA obsahuje sekci o prevenci na pracovišti, která poskytuje přehled doporučených přístupů³¹. Centrum EMCDDA rovněž vydalo příručku o přístupech sociální reintegrace, jejímž cílem je zlepšování výsledků týkajících se zaměstnání u osob, které podstupují protidrogovou léčbu; tato příručka obsahuje sekce pojednávající o aktivitách na pracovišti³². Spojené státy vydaly manuál zaměřený na pracoviště bez drog, který byl sice vytvořen jako reakce na národní legislativu, avšak který slouží jako vodítko v oblasti vytváření pravidel na pracovišti, vzdělávání zaměstnanců, školení managementu, programů pomoci zaměstnancům, tj. programů určených pro zaměstnance, kteří se již potýkají se závažnějšími problémy, a v oblasti testování na drogy (ohledně významných diskusí EU na toto téma: viz níže uvedená podkapitola Testování na drogy)³³.

Komplexní preventivní pravidla na pracovišti se obvykle soustředí na tři primární cíle: (1) pracovní prostředí, (2) sociální interakce a peer podpora a (3) individuální užívání návykových látek (Obrázek 25). To znamená, že se pravidla a intervence na pracovišti mohou soustředit na změnu osobních, sociálních a environmentálních faktorů, které

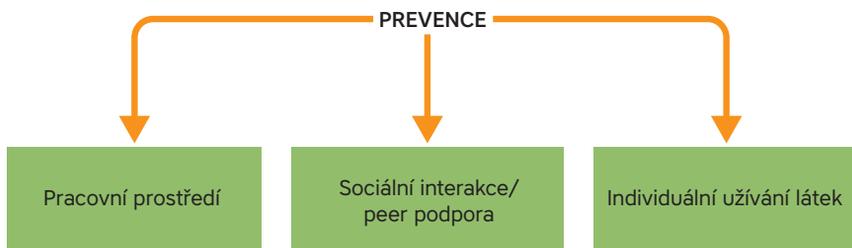
31 http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace_en

32 http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

33 <https://www.samhsa.gov/workplace/toolkit>

ovlivňují pravděpodobnost užívání návykových látek. Složky komplexního preventivního přístupu by se měly zaměřovat na všechny tři cíle, které jsou uvedeny níže.

Obrázek 25: Komplexní prevence na pracovišti



Pracovní prostředí:

- ✗ Určit písemně postupy ohledně užívání návykových látek na pracovišti.
- ✗ Změnit pracovní prostředí s ohledem na kvalitu pracovního života a na přístup k alkoholu a ostatním návykovým látkám.
- ✗ Zavést školení nadřízených pracovníků a vedení.
- ✗ Začlenit na celé pracovní prostředí.
- ✗ Dodržovat důslednost ohledně organizační kultury.

Sociální interakce/peer podpora:

- ✗ Zpracovat programy peer podpory.
- ✗ Vytvořit jednoznačná pravidla sociální kontroly týkající se užívání látek v práci a zavést normy na pracovišti ohledně užívání alkoholu.

Individuální užívání návykových látek:

- ✗ Zpřístupnit programy pomoci zaměstnancům.
- ✗ Zabývat se užíváním látek jako záležitostí zdraví a bezpečnosti.
- ✗ Začlenit užívání návykových látek do celkového zdraví.
- ✗ Provádět důvěrný screening a identifikaci uživatelů látek, jehož součástí je rovněž doporučování k léčbě a umožnění zpětného začlenění mezi pracující.
- ✗ Zařadit důvěrné testování na drogy pouze jako součásti komplexní, vícesložkové intervence.

Bariéry

Přestože existují pádné důvody pro to, aby byly na pracovištích implementovány pravidla a intervence v oblasti prevence užívání návykových látek, přistupuje mnoho organizací k zavedení takových intervencí stále neochotně.

Zatímco se prevence v ostatních otázkách zdraví a bezpečnosti setkává s aktivním přijetím, je užívání návykových látek i nadále přehlíženo. Hlavním důvodem této neochoty a bariérou implementace číslo jedna je stigma, se kterým je tato problematika spojena.

Stejnou neochotu vykazují pracoviště i ohledně zvážení potřeby prošetřit rozsah užívání návykových látek mezi pracujícími a zavést intervence zaměřené na řešení tohoto problému nebo na jeho předcházení. V řadě kultur je užívání alkoholu a návykových látek považováno za morální selhání nebo především za právní otázku, a nikoliv za otázku týkající se zdraví a bezpečnosti.

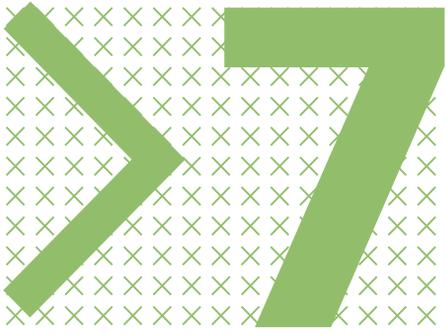
Mezi další bariéry, které brání implementaci, se řadí:

- ✗ tiché tolerování na straně nadřízených pracovníků a ostatních ohledně některých forem chování souvisejících s užíváním návykových látek;
- ✗ náklady spojené s implementací preventivní intervence;
- ✗ skutečnost, že je užívání návykových látek často považováno spíše za osobní záležitost než záležitost související s prací a že se pracoviště zdráhají lidem říkat, co mohou a nemohou dělat ve svém osobním životě.

Testování na přítomnost návykové látky

Přestože se testování na přítomnost návykových látek (NL) v těle provádí již mnoho desítek let, je v řadě míst stále považováno za kontroverzní. V Evropě je často uplatňována přiměřená reakce, a testování na NL se tudíž možná setkává s podporou v případě pracovních funkcí, u kterých je rozhodující bezpečnost (viz výše), nikoliv však v případě funkcí, u kterých nejsou fyzické či psychické standardy, jež jsou předpokladem testování na drogy (tj. být bez přítomnosti drog), relevantní. Prvořadým aspektem týkajícím se mnoha organizací a vlastně i zemí je snaha porovnávat bezpečnost pracovníků a obavy ohledně soukromí a diskriminace. Dalším významným aspektem je, že vzhledem k tomu, že mohou metabolity návykové látky zůstat v biologickém vzorku ještě dlouho poté, kdy byla látka užita (v případě vlasů je skutečnost taková, že droga může být ve vzorku přítomna po mnoho měsíců), poskytuje testování na drogy opravdu jen slabý důkaz o ovlivnění návykovými látkami. Organizace by měly před tím, než se rozhodnou zavést program testování na NL, přihlídnout také k příslušné národní legislativě, neboť ta se v rámci jednotlivých zemí liší.

Bez ohledu na to, jaký přístup zaměstnavatelé zvolí, platí, že samotné testování na NL není prevencí. I přesto, že výzkum prokázal určitý pozitivní dopad testování na NL na užívání návykových látek u zaměstnanců, není testování na drogy samo o sobě preventivní intervencí, neboť se nezabývá behaviorální etiologií ani dalšími potřebami, které s užíváním návykových látek souvisejí. Testování na přítomnost NL by proto mělo být zaváděno pouze jako součást komplexního postupu a přístupu k prevenci užívání návykových látek.



Kapitola 7

Environmentální prevence

Tato kapitola obsahuje definici environmentální prevence, popisuje příslušné přístupy a zabývá se metodikou tvorby environmentálních preventivních pravidel pro školy a pracoviště. Věnuje se také charakteristikám pravidel zaměřených na oblast tabákových výrobků a alkoholu a zkoumá nejlepší praxe v tvorbě pravidel. Významným, avšak často přehlíženým environmentálním prostředím, ve kterém je třeba provádět preventivní práci, je prostředí nočního života. Proto se tato kapitola zabývá také preventivními intervencemi v prostředí nočního života a jejich charakteristikami.



Monitorovací centrum EMCDDA vydalo zprávu o environmentálních přístupech v prevenci; zpráva je uvedena na webových stránkách centra³⁴.

7.1 Prostředí a jeho vlivy

Jaký vliv má sociální prostředí na přesvědčení, postoje a způsoby chování jednotlivce? Sociální prostředí utváří sociální normy a ovlivňuje přesvědčení ohledně rizik a důsledků různých forem chování, například užívání návykových látek, a ohledně toho, jak se vyrovnávat se stresovými situacemi. Pozorované chování, jakým je například užívání návykových látek mezi vrstevníky a/nebo jinými významnými skupinami, je vnímáno jako norma. Navíc i způsob, jakým komunita uplatňuje zákony či předpisy, má vliv na to, jak její příslušníci posuzují tolerování či schvalování takových forem chování, jako je užívání návykových látek.

Cílem environmentálních preventivních intervencí je omezit vystavování (expozici) vlivu příležitostí k nezdravému a rizikovému chování a podporovat dostupnost zdravějších příležitostí. To je důležité zejména v těch prostředích, ve kterých se vyskytují spouštěče rizikového chování. Zjednodušeně řečeno, tohoto lze dosáhnout pozměněním kontextu, v němž se chování, jako je užívání návykových látek ve společnosti nebo v konkrétních místech, jako jsou maloobchodní prodejny s alkoholem, veřejné prostory nebo zábavní podniky, vyskytuje. Na rozdíl od přístupů, které se zaměřují na rozvoj dovedností a poznání u jednotlivců nebo skupin, cílí environmentální intervence na zaběhnuté zvyky a chování, takže nemusíme být odkázáni na to, zda cílové skupiny činí rozvášněné

34 http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en

a vědomé (zdravější) volby. Cílem je udělat ze zdravé volby tu nejsnadnější volbu, jakou lze učinit. Tak například by společnost mohla zvýšit daně na tabákové výrobky a zdražit tak nákup cigaret nebo by prostřednictvím zákonů o věkovém omezení a požadavků na kontrolu osobních dokladů mohla zamezit tomu, aby si nezletilí kupovali návykové látky, mohla by snížit cenu nealkoholických nápojů v nočních podnicích nebo prostě jen zabránit tomu, aby se maloobchodní prodejny, které prodávají alkohol, nacházely v blízkosti škol.

Tyto typy intervencí používají prostředí k tomu, aby nepřímo cílily na určitou populaci. S touto populací nejsou v přímém kontaktu, jak by tomu bylo v případě školských kurikul nebo intervencí v rodině. Výhodou environmentálních intervencí je, že pokud jsou správně implementovány, mohou mít větší dosah než samotné behaviorální intervence. Aby však bylo dosaženo těch největších pozitivních účinků na užívání návykových látek ve společnosti, měly by být koordinovaným a vzájemně se doplňujícím způsobem realizovány jak behaviorální intervence, tak intervence environmentální. Bližší pohled na příklady uvedené v následující části o definicích svědčí o tom, že pro úspěšné poskytování environmentálních intervencí je nezbytný „integrováný“ přístup. Odborníky z různých oborů, z nichž mnozí možná ani nepovažují prevenci užívání návykových látek za něco, co spadá do jejich kompetence, je nutno přesvědčovat o tom, že hrají v prevenci důležitou roli a že rozhodnutí, která přijímají, mohou prostředí pozitivně a zdravě změnit.

7.2 Definice

Environmentální intervence lze rozdělit do tří hlavních kategorií, a sice na regulatorní, fyzické a ekonomické. Mezi všemi těmito kategoriemi však existuje úzký vztah (EMCDDA, 2018b).

Regulatorní přístupy se týkají právního prostředí, které určuje, jaké způsoby chování jsou přípustné. Tato oblast může zahrnovat zákony, které regulují přístup k návykovým látkám, jako je například stanovení věkových omezení, regulace přístupu k lékům a systémy kontroly nelegálních drog, jakož i opatření, která regulují chování po užití návykových látek, například zákony upravující řízení v opilosti či zákaz podávání alkoholu zjevně intoxikovaným osobám. Regulatorní přístupy se rovněž zabývají takovými záležitostmi, jako je výroba a prodej potenciálně škodlivého zboží nebo marketing zboží. Účelem je přitom zajistit, aby nebyli (riziková) spotřebitelé vystavováni klamavé reklamě nebo reklamě podporující prokonzumní přístup. Dobrým příkladem jsou v této souvislosti věková omezení, doby povoleného prodeje alkoholu (licensing hours), jednoduché standardizované obaly tabákových výrobků (plain packaging) a zákaz sportovního sponzoringu ze strany výrobců alkoholu. V některých zemích jsou intervence, jako je například požadavek bezplatného podávání pitné vody, přímo podmínkou udělení povolení k provozování činnosti v oblasti zábavy nebo povolení k prodeji alkoholu. V souvislosti s výrobou, distribucí nebo prodejem většiny nelegálních návykových látek však žádná regulace neexistuje. Jedinou kontrolou je kontrola prostřednictvím zákonů, jejichž cílem je zabránit jejich dostupnosti, a prostřednictvím přesvědčivých sdělení vyzdvihujících společenské normy namířené proti jejich užívání. Vzhledem k tomu, že výroba těchto látek není nijak kontrolována, lze tyto látky také míchat s jinými nebezpečnými látkami, které samy o sobě ohrožují zdraví. Přírodní produkty, které tvoří základ některých těchto látek, například rostliny konopí, máku a koky, lze v případě,

že jsou objeveny, zlikvidovat nebo lze pěstitelům těchto „plodin“ zaplatit, aby je nepěstovali (politiky nahrazování plodin).

Environmentální přístupy usilují o změnu fyzického prostředí, které následně mohou ovlivnit způsob, jakým se lidé rozhodují a chovají. Může jednat o mikroprostředí, jako je například koncepce barů a nočních klubů (např. odrazovat od nadměrného a rychlého pití alkoholu), a makroprostředí, například koncepce plánování měst a krajiny (např. poskytnutí bezplatné dopravy v noční době, komplexní politiky veřejné dopravy, obnova sousedství v deprivovaných oblastech). Fyzické intervence by se mohly vztahovat i k předmětům a strukturám uvnitř prostředí. V současné době je například věnována velká pozornost tomu, jak lze navrhnout nápojové sklenice tak, aby lidé zkonsumovali méně alkoholu, než si myslí (např. vyrobit je vysoké a tenké, avšak s nižším celkovým objemem).

Ekonomické přístupy se zaměřují na spotřebitele i potenciální spotřebitele prostřednictvím daní, cenových politik a dotací, jejichž účelem je podnítit ke zdravé volbě. Většina evropských zemí například zavedla vysoké daně na tabákové výrobky a některé ze zemí zavedly minimální cenu za jednotku alkoholu, aby tak snížily cenovou dostupnost škodlivých výrobků. Zdravější volbu lze stimulovat také snížením cen nealkoholických nápojů, včetně vody, ve volnočasových zařízeních, například v hostincích a barech.

Jeden z podkladů *Evropského průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému (Health and Social Responses to Drug Problems: a European Guide*, EMCDDA, 2017b) poskytuje přehled behaviorálních poznatků³⁵ tvořících základ environmentální prevence.

Socializace a environmentální intervence

Odborníci na prevenci prosazují pozitivní socializaci dětí ve společnosti. Tento proces utvářejí a upevňují nejprve rodiny, pak v něm pokračují školy a posléze i ostatní prostředí, která pomáhají navádět vhodné způsoby chování prostřednictvím norem, zákonů a předpisů uplatňovaných s cílem podpořit dodržování takového chování. Tyto behaviorální intervence v sobě slučují socializační a preventivní přístup a jejich účelem je pomáhat jednotlivcům interpretovat v rámci jejich sociálního a emocionálního kontextu informace či signály ohledně toho, co se od nich očekává a co je vhodné. Tyto intervence pomáhají jedincům rozhodovat o výsledcích nebo důsledcích vykonání chování v rámci těchto prostředí, naučit se novým dovednostem či způsobům chování, například podpůrným rodičovským dovednostem nebo dovednostem odolávat tlaku, a uplatňovat tyto dovednosti v praxi.

Jak to tedy funguje v případě environmentálních intervencí? Podstatou environmentálních preventivních intervencí je identifikovat v prostředí hrozby a příležitosti a ty pak řešit pomocí zásahů, které mohou ovlivnit každého, kdo je těmto hrozbám vystaven. Zdravá prostředí jsou pozitivní místa, která maximalizují silné stránky společnosti a minimalizují

³⁵ http://www.emcdda.europa.eu/document-library/applying-behavioural-insights-drug-policy-and-practice-opportunities-and-challenges_en

negativní vlivy, které případně existují. Tyto intervence jsou určeny k tomu, aby změnilly kontext, v němž lidé činí svá rozhodnutí:

- × fyzické prostředí – omezování přístupu k alkoholu, tabákovým výrobkům a ostatním návykovým látkám a omezování jejich dostupnosti;
- × sociální prostředí – upevňování norem a postojů vedoucích k neužívání látek.

Kromě některých fyzických omezení existují také zákony, které byly přijaty za účelem kontroly přístupu k alkoholu. Co se týče mezinárodní situace, platí ve většině zemí minimální věk pro nákup alkoholu 18 nebo 19 let. Některé země žádnou věkovou hranici nemají a jiné zase zakázaly kupování alkoholu úplně, a to především z náboženských důvodů.

Lidé si ovšem mohou shánět alkohol mimo regulovaná prostředí a oblasti kontroly a malá část z nich si může vyrábět alkoholické nápoje sama. Z tohoto důvodu je důležité, aby byly zaváděny také behaviorální intervence zaměřené na prevenci užívání návykových látek, jejichž prostřednictvím se zvýší pravděpodobnost, že lidé budou kontrolovat své pití.

Aby bylo možno ovlivňovat chování v sociálním prostředí, je často nezbytné podporovat politické iniciativy, kampaně a další snahy v oblasti kontaktní práce, které se soustředí na upevňování norem zaměřených na neužívání návykových látek. Účelem těchto kampaní a politických iniciativ je ovlivňovat povědomí a postoje veřejnosti ohledně užívání návykových látek a podporovat opatření a zákony, jež předcházejí užívání látek nebo jeho následkům. Výsledkem těchto snah je často změna norem chování u dotčených skupin. Například preventivní kampaň, jež podporuje rodičovský monitoring, vytváří pro cílové publikum kampaně „novou normu“. Snahy v oblasti veřejného zdraví, které se zaměřují na „pasivní“ kouření a které byly často zaváděny formou předpisů, byly rovněž prosazeny prostřednictvím nových sociálních norem, které posílily sdělení „tady se nekouří“.

7.3 Přístupy v rámci environmentální prevence ve školách a na pracovišti

V této kapitole se budeme zabývat environmentálními intervencemi, které zahrnují politiky v mikroprostředí, zejména pak ve školách a na pracovišti, abychom poznali, jak mohou tyto intervence napomáhat k zajištění bezpečného, zdravého a produktivního prostředí pro učení a práci. Vzhledem k tomu, že se jedná o mikroprostředí, jsou tato prostředí více přístupná tomu, aby se u nich provádělo měření dopadu politiky, a tudíž jsou jejich přístupy k předcházení užívání návykových látek podloženy rozsáhlejším výzkumem, než jaký je obecně dostupný na úrovni společnosti a dalších makroprostředí.

Jak jsme se již dozvěděli z předchozích informací, nejsou tyto environmentální úrovně na sobě nezávislé, ale naopak vzájemně interagují a ovlivňují tak hodnoty, přesvědčení, postoje a způsoby chování, včetně užívání návykových látek. A konečně, environmentální intervence poskytují příležitost k vytváření důsledných politik napříč prostředími, to znamená, že pravidla zaměřená proti užívání návykových látek jsou přítomna v domácnostech, ve škole, na pracovišti i ve společnosti a že tudíž upevňují společenskou normu namířenou proti užívání látek mezi mladými lidmi.

Školní pravidla

Školní pravidla, která se vztahují k užívání návykových látek, jsou nedílnou a nepostradatelnou součástí komplexního přístupu k preventivním intervencím. Naneštěstí jsou ale často vytvářena nahodile a nesystematicky a bývají považována za něco, co se dělá jenom proto, aby se mohlo „odfajfkovat“ splnění povinnosti, a tak se na ně mezi množstvím jiných školních pravidel zapomíná. Školní pravidla by proto měla obsahovat opatření, která lze v rámci školy poměrně snadno zavést a která jsou dokladem koordinované a komplexní reakce na užívání návykových látek v rámci kontextu podpory zdraví a osobní pohody.

Komplexní pravidla jsou důležitá z mnoha důvodů a měla by obsahovat klíčová opatření a priority, které nejenže se zaměřují na užívání návykových látek, ale zároveň zahrnují i přístupy, jež slouží k vytvoření zdravého a podporujícího školního prostředí.

- ✗ Pravidla, která omezují užívání návykových látek, pomáhají nastolit sociální normu tak, že užívání látek nebude tolerováno. Jestliže se ve v areálu školy nebo na školou podporovaných akcích netoleruje kouření nebo pití, sníží se jejich expozice potenciálním vzorům, které takovéto chování vykazují. To by mělo vést k posílení jejich normativních přesvědčení, že je užívání návykových látek nevhodné.
- ✗ Opatření a pravidla mohou rovněž stanovovat environmentální omezení, pokud mohou taková omezení snížit přístup k návykovým látkám.
- ✗ V širším kontextu by měly být vytvářena pravidla, která pomohou žákům vnímat, že škole záleží na jejich osobní pohodě a že je celý přístup školy uplatňován proto, aby byl podpořen jejich emoční vývoj a pozitivní sociální vývoj ve vztahu k vrstevníkům a k dospělým pracovníkům školy. Pravidla mohou též zahrnovat opatření, která usnadňují vstup žáků/studentů do organizace a chodu školy, a tudíž pomáhají pěstovat smysl pro společenství (sense of community) a podporovat zlepšování vazeb mezi pracovníky školy a žáky/studenty.
- ✗ Svou roli mohou v rámci školních pravidel zaměřujících se na užívání návykových látek hrát také výtky a tresty, ty však musejí být přiměřené, musejí se uplatňovat důsledně a neměly by převládat nad ostatními aspekty. Případy, v nichž se vyskytne užívání návykových látek, jsou příležitostí k tomu, aby byla žákům poskytnuta individualizovaná podpora nebo aby začalo být vyvíjeno nebo bylo posíleno úsilí v oblasti prevence ve třídě.

Struktura školních pravidel zaměřených na užívání návykových látek často zahrnuje stanovení účelu, jenž může obsahovat poukázání na potřebu vytvoření a udržování bezpečného a zdravého prostředí, ve kterém se neužívají návykové látky a které umožní podpořit zdravý vývoj všech žáků/studentů a zajistit, aby dosáhli svého studijního potenciálu. Mnohá pravidla také zavazují školu k tomu, aby implementovala intervence a pravidla, která reprezentují známé principy efektivity a které se tam, kde je to možné, opírají o důkazy. Jedním z nejdůležitějších cílů školních pravidel je zajistit, aby se o pravidlech dozvěděl každý člen školní komunity, kterého se budou pravidla týkat. Koho budou pravidla zahrnovat – studenty, pracovníky, návštěvníky? Budou se pravidla vztahovat pouze na život v areálu školy? Jak je to se školou povolenými aktivitami? Všechny tyto otázky je nutno zvážit a každého o nich obšírně informovat.

Pravidla by rovněž měla přesně vymezit rozsah a typy návykových látek, kterými se zabývají, například jak bude škola reagovat na rostoucí popularitu elektronických cigaret. Měla by se také vztahovat na užívání a držení návykových látek nejen ve škole, ale také na školou podporovaných akcích. Pravidla by se kromě toho měla dotýkat užívání návykových látek mezi učiteli a pracovníky, jakož i žáky/studenty v areálu školy a na akcích školy.

Pravidla by měla také jasně stanovit, jaké typy případů souvisejících s návykovými látkami budou postihovány, například držení nebo prodej různých druhů látek nebo důvodné podezření, že žák/student přišel do školy pod vlivem látek, a jak bude na tyto případy podpůrným způsobem reagováno.

Pravidla by zároveň měla jasně vymezovat, kdo – tj. rodiny a orgány činné v trestním řízení – bude uvědomen ve věci případu souvisejícího s užíváním, držením a prodejem návykových látek a v jakém okamžiku procesu se tak stane. Tato pravidla by rovněž měla stanovit jasné důsledky porušování ze strany žáků/studentů a opatření, která budou následně uplatňována. Podstatou těchto pravidel by nemělo být trestat, nýbrž naopak usilovat o udržení žáků/studentů, kteří užívají návykové látky, ve škole.

Žáci/studenti případně potřebují poradenství nebo léčbu. Pokud se žák/student zapojuje do rizikového chování, může být nezbytné provést screening a krátkou intervenci. Většina škol pravděpodobně nemá personál s odpovídající odborností, která je nezbytná k provádění činností tohoto druhu, a proto by těmi nejlepšími, kdo může takovou práci provést, mohli být vysoce kvalitní externí poskytovatelé, kteří v rámci své práce využívají vědecké důkazy a kteří ctí étos a hodnoty školy. Obecně řečeno, studentům užívajícím návykové látky by měla být poskytnuta možnost, aby s užíváním přestali a aby tak učinili v podporujícím prostředí, ve kterém je důkladně sledováno jejich chování, včetně včasné docházky, plnění domácích zadání a včetně školního prospěchu.

Dokument školních pravidel (řádu) by mohl obsahovat následující témata (neměl by se ale nezbytně omezovat pouze na ně):

- ✗ Stanovení účelu. Typická struktura školních pravidel stanoví cíle a prvky pravidel. Na jejím začátku mnohdy stojí stanovení účelu, který se obvykle týká potřeby bezpečného a zdravého prostředí, v němž nejsou užívány návykové látky.
- ✗ Na koho se pravidla vztahují. Pravidla přesně vymezují cílovou skupinu nebo skupiny, kterých se dotýkají.
- ✗ Podpora výzkumem podložených preventivních přístupů. Mnohá pravidla také zavazují školu k tomu, aby zaváděla programy a pravidla, které jsou podloženy vědeckým výzkumem. Tento postup je v přesném souladu s tím, na co se zaměřujeme v tomto kurikulu, které se řídí mezinárodními standardy.
- ✗ Na jaké návykové látky se pravidla vztahují. Pravidla by rovněž měla přesně vymezit spektrum a typy návykových látek, kterými se zabývají, a zvláštní okolnosti, jako například sportovní akce, školní výlety i chování pracovníků školy.
- ✗ Vymezení postihů. Pravidla by také měla přesně určit druhy případů užívání návykových látek, které budou postihovány a za jakých okolností.
- ✗ Komunikace. O pravidlech je nutno informovat každého, koho se dotýkají.

Komunikovat s rodiči žáka a informovat je o tom, že jejich syn nebo dcera má co dočinění s návykovými látkami, může být obzvlášť náročné. Jedním ze způsobů, jak přispět k omezení případného nedorozumění a negativní reakce ze strany rodičů, je poukázat na pravidla (řád), která přesně vymezují, jaké kroky škola ve své reakci učiní a v jakém pořadí.

Takováto pravidla, která se zabývají porušováním, jsou nesmírně důležitá pro zachování školní kultury, v rámci které se žáci cítí jistě a bezpečně a jsou podporováni v tom, aby se jim dostalo pomoci v případech, že ji potřebují.

Pravidla na pracovišti

Pravidla na pracovišti a školní pravidla vykazují mnoho podobností. Účel těchto pravidel je stejný: vytvoření zdravého a bezpečného prostředí, v němž nejsou užívány návykové látky, avšak s tím, že cílovým publikem jsou dospělí, a nikoliv děti a osoby, které s dětmi pracují.

Nejprve nutno podotknout, že environmentální intervence jsou intervence univerzální, neboť cílí na pokud možno co nejširší publikum, které je směsicí uživatelů a neuživatelů návykových látek, ačkoli většina z nich budou neuživatelé. Z toho plyne, že se pravidla na pracovišti zabývají užíváním návykových látek s ohledem a všechny zaměstnance. Tato pravidla by měla být komplexní a měla by se zaměřovat na edukaci a prevenci, jakož i na identifikaci, léčbu, rehabilitaci a reintegraci pracovníků, kteří vykazují problémy související s užíváním návykových látek. Do tvorby pravidel by navíc měly být zapojeny všechny klíčové zainteresované strany v organizaci.

Intervence, které cílí na pracovní prostředí, se mohou zaměřovat, jak již sám název napovídá, na specifické charakteristiky pracoviště, které mohou ovlivňovat pravděpodobnost toho, že se zaměstnanci mohou zapojit do užívání návykových látek. Charakteristiky pracoviště zahrnují dostupnost alkoholu nebo jiných návykových látek a přístup k těmto látkám, špatné pracovní podmínky a kulturu pracoviště, která posiluje užívání látek.

Efektivní intervence na pracovišti se užíváním návykových látek zabývají jako otázkou týkající se zdraví a bezpečnosti. Díky tomu mohou podněcovat k dostupnosti intervenčních služeb pro jednotlivce a rodiny a zároveň podporovat bezpečné a produktivní prostředí. Intervence na pracovišti rovněž snižují stigma, které je spojeno s hledáním pomoci.

Komplexní přístup k prevenci užívání návykových látek začíná písemně stanovenými pravidly zaměřujícími se na prevenci užívání látek. Pravidla prevence užívání návykových látek jsou písemný popis stanoviska firmy/podniku k užívání návykových látek. Jejich účelem není trestat, nýbrž uznat, že užívání návykových látek je zdravotní problém a že je tento problém mnohdy nutno léčit, aby bylo možno uživatelům látek pomoci se uzdravit a předejít dalším nepříznivým důsledkům. Pravidla by se měla zaměřovat na všechny pracovníky bez ohledu na jejich postavení ve firmě.

Stejně jako je tomu i u jiných prostředí, i zde je nezbytné, aby byli o politice obšírně informováni všichni pracovníci a ostatní zainteresované strany. Stejně tak je důležité, aby byly jasně komunikovány i informace o postizích za porušování pravidel. Významnou

složkou strategie šíření informací je zaměřením se na to, jak pravidla podpoří celkové zdraví a bezpečnost všech pracovníků.

7.4 Politiky v oblasti tabákových výrobků a alkoholu zaměřené na prostředí/populace

Mezinárodní standardy vyhodnotily výzkum politik (přístupů) v oblasti tabákových výrobků a alkoholu a zjistily, že existuje několik typů iniciativ, které vykazují efektivitu ve snižování zahájení užívání a snižování užívání návykových látek, především u mladých lidí. Tyto iniciativy se soustředily na prevenci přístupu mladých lidí k návykovým látkám a na další snahy zaměřené na odrazování od zahájení užívání a na předcházení postupnému vývoji v pravidelném užívání. Na základě těchto průvodních informací nyní začneme s identifikací složek, které lze použít pro vytvoření fungujících environmentálních intervencí.

Podle mezinárodních standardů snižuje zvýšení ceny alkoholu a tabákových výrobků spotřebu těchto výrobků u běžné populace. Zvýšení ceny tabákových výrobků a alkoholu prostřednictvím uvalení daní tudíž představuje významnou výzkumem podloženou intervencí zaměřenou na užívání návykových látek. Další strategie, u kterých byl prokázán dopad na snížení užívání, se týkají zvýšení minimálního věku pro nákup tabákových výrobků a alkoholu a prosazování tohoto pravidla. Jako efektivní se ukázalo i omezení a zákaz reklamy a ostatních forem marketingu tabákových výrobků a alkoholu namířených na mladé lidi.

Kombinování environmentálních intervencí může mít, stejně jako je tomu u mnohých preventivních intervencí, silnější dopad než používání jednotlivých intervencí samostatně. To znamená, že obsahem komplexních preventivních intervencí, které mají nezletilým mladým lidem zabránit v nákupu tabákových výrobků a alkoholu, je:

- ✗ aktivní a kontinuální vymáhání práva;
- ✗ edukace maloobchodníků prostřednictvím různých strategií (osobní kontakt, mediální a informační materiály);
- ✗ intervence mediální a školské prevence zaměřené na posílení těchto sdělení.

Posouzení výzkumu environmentálních intervencí v oblasti užívání návykových látek, které bylo prováděno v průběhu tvorby mezinárodních standardů, konkrétně vedlo ke zjištění, že zvýšení ceny alkoholu přineslo několik pozitivních výsledků. Zvýšení ceny mělo dopad na umírněné i nadměrné konzumenty alkoholu, včetně nadměrného pití u mladých lidí ve vysokoškolském věku. Dále bylo prokázáno, že zvýšení ceny alkoholu o pouhých 10 % bylo spojeno se 7,7% snížením konzumace alkoholu u běžné populace a že zvýšené ceny alkoholu souvisely také se snížením výskytu násilí.

A konečně, důkazy prokázaly, že byly vícesložkové intervence efektivní, když zahrnovaly vícečetné strategie, jako například:

- ✗ omezování distribuce tabákových výrobků;
- ✗ regulování mechanismů prodeje;
- ✗ vymáhání práva v oblasti přístupu nezletilých;
- ✗ edukace a výcvik obchodníků, prováděné společně s mobilizací komunity.

Jedna analýza postojů vůči alkoholovým politikám, která byla prováděna v Norsku a ve Finsku, vedla k lepšímu pochopení toho, co musí existovat, aby bylo možno zajistit podporu environmentálních intervencí, jejichž účelem je snížit konzumaci alkoholu a z ní plynoucích škod. V rámci první studie zkoumal výzkumný tým výsledky série národních průzkumů, které byly v Norsku a ve Finsku prováděny v období let 2005–2009.

Výzkumníci zjistili, že se za dobu těchto čtyř let zvýšila v Norsku a ve Finsku podpora restriktivních opatření alkoholových politik. Výzkumníci porovnali své poznatky zjištěné z podobných průzkumů vedených během stejného období v Severní Americe a v Austrálii. Zjistili však, že je situace odlišná: podpora těchto opatření se snížila. Zkoumali tudíž, jaké faktory souvisely se zvýšením podpory těchto politik v Norsku a ve Finsku (Stovall et al., 2014).

Výzkumníci zjistili, že zvýšení podpory restriktivních politik bylo zčásti vyvoláno změnami v přesvědčeních ohledně efektivity takovýchto opatření i v přesvědčení týkajícím se škody, kterou pití způsobuje. Řečeno jinak: To, k čemu výzkumníci dospěli, bylo, že zvýšené vnímání efektivity restriktivnějších opatření alkoholových politik souviselo se zvýšeným přesvědčením o spojitosti pití a škodlivých následků. Výzkumníci tudíž naznačili, že bude-li posíláno přesvědčení lidí o efektivitě restriktivních opatření a o škodě způsobené pitím, může se zvýšit podpora restriktivních opatření alkoholových politik ze strany veřejnosti. Toto pojetí může být rozhodující součástí nastolování agendy nezbytné pro budování podpory efektivních opatření.

Dalším příkladem úspěšné tvorby politik je zákaz kouření na veřejnosti ve Francii. V únoru 2007 bylo ve Francii zakázáno kouření na pracovištích, v nákupních centrech, na letištích, nádražích, v nemocnicích a ve školách. V lednu 2008 byl tento zákaz rozšířen na místa setkávání (bary, restaurace, hotely, kasina, noční kluby). Skupina 1 500 kuřáků a 500 nekuřáků byla sledována těsně před zavedením zákazu, tj. od prosince 2006 do února 2007, a poté dvakrát po zavedení zákazu v roce 2008 a v roce 2012. Míra kouření v těchto prostředích (v barech, restauracích a na pracovištích) se mezi první a třetí vlnou výrazně snížila:

- ✗ restaurace – 64,7 % (1. vlna) na 2,3 % (2. vlna) na 1,4 % (3. vlna);
- ✗ pracoviště – 42,6 % (1. vlna) na 19,3 % (2. vlna) na 12,8 % (3. vlna);
- ✗ bary – 95,9 % (1. vlna) na 3,7 % (2. vlna) na 6,6 % (3. vlna).

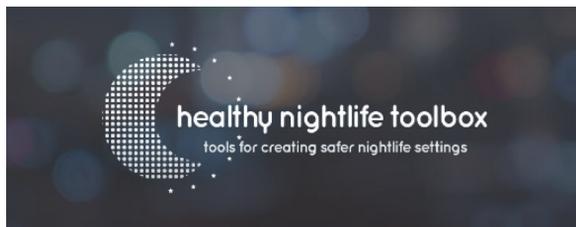
Zjištěné poznatky ukazují, že nekuřácké politiky mohou vést k podstatnému a trvalému snížení kouření tabáku na veřejných místech a zároveň k vysoké úrovni podpory ze strany veřejnosti (Fong et al., 2013). Pět let po zavedení zákazu podporovalo zákaz kouření 88 % nekuřáků a 78 % kuřáků.

7.5 Strategie zaměřené na prostředí zábavy

Výzkumníci zkoumali prevenci užívání návykových látek, která cílí na zábavní podniky, jako jsou bary, kluby a restaurace, jakož i na venkovní nebo speciální prostory, kde se konají rozsáhlejší akce. I když tato místa skýtají příležitost ke společenskému setkávání a podporují lokální ekonomiku, poskytují také příležitosti k zapojování se do forem vysoce rizikového chování, jako je škodlivé užívání alkoholu, užívání návykových látek, řízení motorových vozidel pod vlivem návykových látek a agrese. Pro více informací a zdrojů týkajících se problematiky nočního života viz Evropský průvodce EMCDDA (2017b, s. 136).

Pro efektivní lokální působení jsou stanoveny čtyři klíčové zásady, a sice: solidní znalost problematiky lokálního nočního života, závazek k vytváření bezpečného a zdravého nočního života, spolupráce mezi klíčovými lokálními orgány na základě partnerství a opatření podložená vědeckými důkazy. Pokud nemáte povědomí o výzkumem podložených intervencích v prostředí nočního života, můžete kdykoli využít nástroj Healthy Nightlife Toolbox (Obrázek 26)³⁶. Tento toolbox obsahuje tři databáze: jednu pro intervence, jednu pro literaturu o těchto intervencích a jednu pro všeobecnou literaturu o prevenci v prostředí nočního života.

Obrázek 26: Healthy Nightlife Toolbox



Většina preventivních intervencí v těchto prostředích zpravidla používá několik různých složek najednou, včetně školení personálu³⁷, přístupu k intoxikovaným zákazníkům, změn v zákonech a politikách vztahujících se k podávání alkoholu nezletilým nebo podnapilým osobám nebo k řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu atd.

Miller a kol. (2009) navrhli environmentální strategii zaměřenou na užívání návykových látek na hudebních akcích s elektronickou taneční hudbou (u nichž bývají úrovně užívání látek vyšší než u ostatních typů akcí). Tyto akce přitahují mladé dospělé a jsou často spojeny s užíváním alkoholu a dalších návykových látek. Strategie obsahuje tři složky a vychází z podobných intervencí protialkoholní prevence, které se používají v barech:

- ✗ mobilizace;
- ✗ strategie zaměřené na venkovní prostředí;
- ✗ strategie zaměřené na vnitřní prostředí.

36 <http://www.hntinfo.eu/>

37 Viz např. Menesand a Mendes, 2011.

Mobilizace klíčových zainteresovaných stran: Je důležité motivovat různé sektory komunity, jako např. majitele klubů a samotné manažery klubů, policii či orgány vydávající povolení k prodeji alkoholu, zástupce sektoru veřejného zdraví a politické lídry, k účasti na akci, mnohdy to však bývá problém. Existují však některé společné způsoby motivace, které mohou přispět k posílení pocitu sdíleného účelu napříč komunitou:

- × udržovat bezpečné a zákonné prostředí pro kluby a pro zákazníky, kteří neužívají návykové látky;
- × udržovat dobré obchodní praktiky a dodržovat zákony o povolování prodeje alkoholu;
- × nezapomínat na to, že užívání návykových látek snižuje zisky z jídla a nealkoholických nápojů.

Druhá složka, jež se soustředí na venkovní fyzické prostředí klubu včetně osvětlení a parkoviště, se vztahuje k charakteristikám bezpečí a bezpečnosti. Intervence zaměřující se na exteriér klubu zahrnují tyto aspekty:

- × monitorování venkovního prostoru okolo klubu, např. parkoviště, pracovníky ostrahy nebo „vyhazovači“ za účelem zajištění dodržování pravidel;
- × ostraha u vchodu provádějící kontrolu zákazníků při vstupu;
- × identifikace jedinců pod vlivem drog nebo alkoholu;
- × písemně stanovená pravidla omezující přístup do klubu.

Strategie zaměřené na vnitřní prostředí, tj. třetí složka, se rovněž vztahují k charakteristikám bezpečí a bezpečnosti. Tento aspekt intervence se velmi úzce řídí intervencemi protialkoholní prevence. Cílem školení Odpovědné podávání alkoholických nápojů (Responsible beverage service – RBS) je poskytnout obsluhujícímu personálu celé spektrum dovedností, které napomohou ke snižování škod souvisejících s alkoholem. Jedná se o tyto dovednosti:

- × kontrola totožnosti za účelem zajištění dodržování věkových omezení pro nákup alkoholu a dalších předpisů;
- × podpora postupů na straně obsluhy, které snižují pravděpodobnost nadměrné konzumace;
- × identifikace počátečních známek nadměrné konzumace u hostů (např. rychlá konzumace) a reakce na ně;
- × identifikace intoxikovaných hostů a odmítnutí je obsloužit;
- × zásah za účelem zabránění intoxikovaným hostům v řízení vozidel.

Mezi další potřebná opatření se řadí:

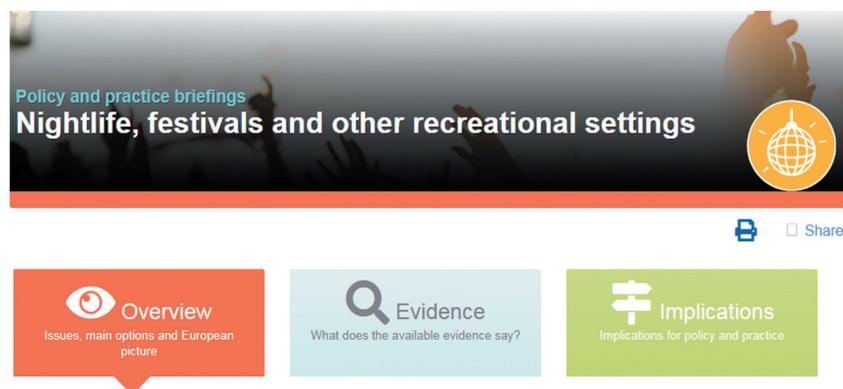
- × Písemně stanovená klubová pravidla. Kluby by měly být propagovány jako nezávadné a bezpečné prostředí a měla by v nich být zaváděna politika nulové tolerance ohledně užívání a prodávání návykových látek. Tento přístup je třeba vyjádřit prostřednictvím písemných interních pravidel, která podporují opatření personálu na odhalování problémů a zasahování.
- × Monitorování vnitřního fyzického prostoru. Vnitřní prostor by neměl mít úzké uličky a skrytá místa a nemělo by v něm být příliš teplo. Zlepšení fyzických podmínek zlepšuje podmínky pro návštěvníky a personál ohledně jejich zdraví.

- ✗ **Jednání managementu a personálu.** Personál i členové managementu by měli být schopni přijímat opatření na podporu klubových pravidel. Tento aspekt zahrnuje proškolení personálu ohledně rozpoznání přítomnosti drog, jakož i vhodné intervenční strategie, jako např. přístupy zaměřené na venkovní prostředí. Toto školení by měli absolvovat jak pracovníci u vstupu do podniku, tak vnitřní personál.

V rámci projektu Club Health byl zpracován soubor standardů pro povolené provozovny, manažery a promotéry, které zároveň slouží jako referenční vodítko pro orgány, jež vydávají povolení nočním podnikům a vykonávají nad nimi dohled. Tyto standardy identifikují klíčové priority noční ekonomiky, jejichž cílem je skoncovat s nezodpovědným marketingem a propagací prodeje alkoholu, zajistit bezpečnost spotřebitelů i pracovníků a zredukovat množství nepřijemností způsobovaných hostitelským komunitám.

I přes vědecké podklady, které potvrzují efektivitu environmentálních intervencí (Obrázek 27), se stále najdou bariéry, které brání jejich implementaci. Existují však i faktory, které přijetí environmentálních intervencí posilují (Tabulka 14).

Obrázek 27: Noční život, festivaly a další volnočasové prostředí



Issues

Drug and alcohol use in nightlife settings, such as bars, nightclubs and other recreational venues, is linked to health and social problems, including acute health harms, aggressive behaviour and violence, and driving under the influence of alcohol and drugs. There are also longer-term health effects and addiction. Adverse social consequences may include drug dealing and public nuisance. Because many of these harms are associated with excessive use on a particular occasion, many responses aim to reduce the amounts of alcohol and drugs that are used.

Response options

- Most of the evidence on responses in recreational settings relates to alcohol. Few interventions targeting drug use in recreational settings have been robustly evaluated.
- Prevention or harm reduction information material can be provided to young people in recreational settings. Peer educators disseminating this type of information may be seen as more credible. These activities can be supported by websites and apps providing more detailed information on drugs, alcohol and related harms, and tips on avoiding them. However, the evidence for behavioural change effects from these interventions is scarce.
- Environmental strategies have a better evidence base. This approach includes measures that target factors that promote excessive consumption (e.g. discounted drinks, loud music and

Zdroj: Portál nejlepší praxe (Best practice portal), EMCDDA

Tabulka 14: Bariéry a posilující faktory implementace preventivních strategií v prostředí nočního života

Bariéry	Posilující faktory
Průmyslové a ekonomické zájmy hovoří proti preventivním politikám, např. pěstitelé tabáku, odvětví služeb, farmaceutické společnosti.	Používat data a výzkum pro vystavení vašeho vlastního „případu pro prevenci“.
Prosazovatelé často ignorují výzkumem podložené intervence, např. zdanění tabákových výrobků, které WHO nedávno označila za „nedostatečně využitě“.	Používat výzkumem podložené intervence a/nebo adaptovat úspěšné modely z prevence užívání tabákových výrobků a alkoholu a aplikovat je na vlastní problémy v oblasti užívání návykových látek.
Schvalování zákonů a nových politik vyžaduje politické know-how a schopnost získat prosazovatele na svou stranu, a to je nesmírně náročné!	Posilovat podporu výzkumem podložené prevence pomocí: <ul style="list-style-type: none"> ✗ zvyšování přesvědčení o efektivitě vámi navrhované strategie; ✗ dokumentování škod a nákladů, které vznikají ostatním osobám, jichž se užívání návykových látek dotýká, např. pasivní kouření.
Průmysl často pojímá problematiku jako záležitost individuálního chování, jestliže chce někdo pít, má na to právo.	Pojmout problematiku jako otázku veřejného zdraví a populace, to znamená, že užívání návykových látek se dotýká více věcí než jen samotného uživatele látek.

> 8

Kapitola 8

Prevence spojená s médii

Zavedení mediální kampaně bývá mnohdy tou první věcí, na kterou lidé pomyslí, když čelí nové a náročné krizové situaci v oblasti užívání návykových látek. Často se tak děje z toho důvodu, že kampaně jsou vnímány jako okamžité řešení a že jsou na rozdíl od preventivního úsilí ve školách, v rodině nebo na pracovišti vysoce viditelné a komunikují různým zainteresovaným stranám zprávu o tom, že se „něco dělá“. V rámci tohoto kurikula jsme však poznali, že odborníci na prevenci vědí, že implementovat efektivní kampaně může být náročné a nesnadné a že je nutno tvorbě preventivních přístupů věnovat čas a péči.

V této kapitole se zaměříme na to, které poznatky, jež přinesl výzkum, lze aplikovat na efektivní plánování kampaně: charakteristiky médií, která mohou podpořit prevenci užívání návykových látek, užitečné důkazy, které byly odvozeny z efektivních strategií a které informují o tom, co dělat a co nedělat, teorie vycházející z komunikačního výzkumu, které jsou vodítkem pro tvorbu a zpracovávání sdělení a jak uplatňovat některé z těchto zásad v tvorbě preventivních programů. V závěru kapitoly se budeme věnovat mediální gramotnosti, která ovlivňuje, jak přistupujeme k médiím a učí nás kriticky analyzovat, hodnotit a používat média. Poskytneme rovněž několik rad ohledně toho, jak se jakožto pracovník v prevenci zapojit do médií, neboť to vám pomůže plně využívat podporu pro svou práci v komunitě a prosazovat výzkumem podloženou prevenci vůči různým typům zainteresovaných stran.



8.1 Proč využívat v adiktologické prevenci média?

Média plní celou řadu rolí. Mohou pomáhat nastolovat sociální a politickou agendu, například proč je výzkumem podložená prevence důležitá, potřeba investic do preventivních služeb, upozorňování na bezpečnost a hrozby pro veřejné zdraví. Média rovněž mohou sloužit jako prostředek ke koordinaci úsilí vyvíjeného v rámci prevence užívání návykových látek v různých mikroprostředích a makroprostředích komunity. Takovéto úsilí, jež sestává z více složek, může být účinnější než uplatňování jednosložkových preventivních intervencí.

Masmédia (hromadné sdělovací prostředky) mají mnoho charakteristik, díky kterým jsou pro prevenci atraktivní.

- × Úspěšnost a dosah. Dobrá mediální kampaň může dosáhnout k velkému publiku při minimálních výdajích – náklady na osobu vynaložené v rámci kampaně jsou oproti přístupům komunitní nebo školské prevence často nižší.

- ✗ Schopnost zacílení. Kampaň lze načasovat a šířit tak, aby mohla co neefektivněji dosáhnout ke skupině, která preventivní materiály nejvíce potřebuje (např. mladí adolescenti, vysokoškolští studenti, častí návštěvníci prostředí nočního života).
- ✗ Rychlá reakce. Preventivní sdělení lze vytvořit rychle, a tudíž lze jeho pomocí reagovat na nově vznikající potřebu, například když se objeví nová droga, která způsobuje škody v komunitě.
- ✗ Schopnost pobavení. Jsou-li náležitě vytvořena, dokážou média i pobavit a přitom stále předávat hlavní preventivní sdělení.
- ✗ Ovlivňování názorových vůdců. Média se také mohou vložit do politické a veřejné debaty a hrát roli v edukaci a v ovlivňování názorových vůdců ohledně nevhodnějších a neefektivnějších reakcí na užívání návykových látek.
- ✗ Ovlivňování agendy v oblasti prevence. Média mohou pomáhat pozitivně formulovat problematiku související s návykovými látkami, a nepřímo tak utvářet postoje jednotlivců a komunity. Tento postup by mohl být uplatňován za účelem podněcování komunity k tomu, aby podporovala investice do výzkumem podložené prevence. Média mohou přispívat ke snižování negativních postojů vůči uživatelům návykových látek tak, aby bylo na tyto jedince nahlíženo jako na ty, kteří si zaslouží stejnou pomoc a podporu jako kterékoli jiné rizikové skupiny. To zároveň povzbudí uživatele návykových látek k tomu, aby se zapojili do služeb preventivní nebo léčebné péče, a podnítí odborníky ke vstupu do oboru prevence.
- ✗ Role koordinátora. Média působí neefektivněji tehdy, jestliže jsou kombinována s dalšími přístupy zaměřenými na prevenci, například s přístupy, o kterých jste se již dozvěděli v tomto kurikulu, a jsou používána za účelem koordinace různých skupin (např. škol, zaměstnavatelů, lídrů) odpovědných za strategii koordinované kampaně. Právě v takových případech mohou mít mediální preventivní kampaně největší dopad.
- ✗ Nákladová efektivita. Použití médií v kampaních zaměřených na prevenci užívání návykových látek nemusí být příliš nákladné. Jsou-li kampaně realizovány jako součást komplexní strategie, může někdy pouhé vyvěšení plakátů na veřejných místech odstartovat užitečnou konverzaci na téma prevence a přispět k úsilí vyvíjenému v rámci prevence užívání návykových látek.

8.2 Teorie zabývající se působením médií na publikum

Úspěšné kampaně a ostatní intervence, například ve škole, jsou závislé na teoriích, kterými se řídí individuální postoje, úmysly a způsoby chování, obzvláště pak užívání návykových látek. Tyto teorie určují stadium vhodné pro zásah prostřednictvím přesvědčivých sdělení, která budou posilovat neužívání, odrazovat od pokračování v užívání u těch, kteří s ním již začali, nebo podněcovat uživatele a navést je ke službám poskytujícím léčbu.

Teorie TPB (Fishbein, 2011) a další teorie uváděné v literatuře zabývající se komunikací a přesvědčováním říkají, že jsou všechny postoje naučené. Aby tudíž došlo ke změně postoje, musí tvůrce kampaně poskytnout informace, které nahradí poznatky, na nichž je založen původní postoj. Tato „teorie efektivity sdělení“ vymezuje faktory, které musí být

přítomny, má-li sdělení přesvědčit, a upřesňuje, jak spolu tyto faktory navzájem spolupracují, aby vyvolaly změnu postoje.

Teorie efektivit sdělení (message learning theory of persuasion), jejímž autorem je Carl Hovland, významně přispěla tak jako i teorie plánovaného chování k pochopení tvorby sdělení. Jako jedna z teorií, která říká, že se lidé svým postojům učí (a že se s nimi tudíž nenarodili), tvrdí, že aby bylo možno změnit postoje lidí, musejí se lidé naučit alternativnímu přesvědčení, jež zaujme místo toho přesvědčení, které je měněno (Hovland a Weiss, 1951; Hovland et al., 1953).

Princip posílení je jednoduchý a téměř od samotných počátků psychologie tvoří její důležitý prvek. Teorie posílení říká, že začne-li být neutrální objekt spojován s příjemnou náladou, pocitem nebo výsledkem, stanou se vaše pocity z tohoto neutrálního objektu způsobem, jak posílit vaše chování. To znamená, že objekt, jenž byl předtím neutrální, se pro vás stane zdrojem potěšení, a to i v případě, že není přítomen žádný posilující faktor.

Co se týče užívání psychoaktivních látek, může se ve většině případů stát, že je „publikum“ s „produktem“ velmi dobře obeznámeno. Látku zná a vyzná se v ní a mohlo by se zdát, že model posílení bude v tomto případě predikovat neúspěch. Než však přijmeme tento výklad, musíme jej důkladněji analyzovat. V mladém publiku je užívání návykových látek často spojeno s vysoce žádoucím výsledkem (popularitou) nebo se skupinou (s vůdci nebo s nejoblíbenějšími členy třídy). Užívá-li vedení návykové látky a jsou-li vůdcové hodnoceni pozitivně, pak je pravděpodobné, že do sebe látka něco z tohoto pozitivního pocitu „absorbuje“. Vytvoří se spojení (asociace) mezi vůdci a produktem (v tomto případě návykovou látkou, jako je konopí, kokain nebo alkohol).

Aplikovat teorii v praxi je mnohdy náročné. Odborníci na prevenci však mají za úkol používat ve své preventivní práci v komunitách výzkumem podložené postupy, a právě ty mohou zahrnovat také mediální intervence. Většina výzkumem podložených mediálních intervencí spočívá v aplikaci teorie přesvědčování (persvaze) a řídí se řadou metodických pravidel a složek, které byly předchozím empirickým výzkumem v oblasti přesvědčování prokazatelně označeny za významné.

Klasický „model“ přesvědčování (Lasswell, 1949) uvádí výčet všech komponent, ke kterým je třeba přihlídnout při vyváření přesvědčovací komunikace nebo při posuzování její kvality.

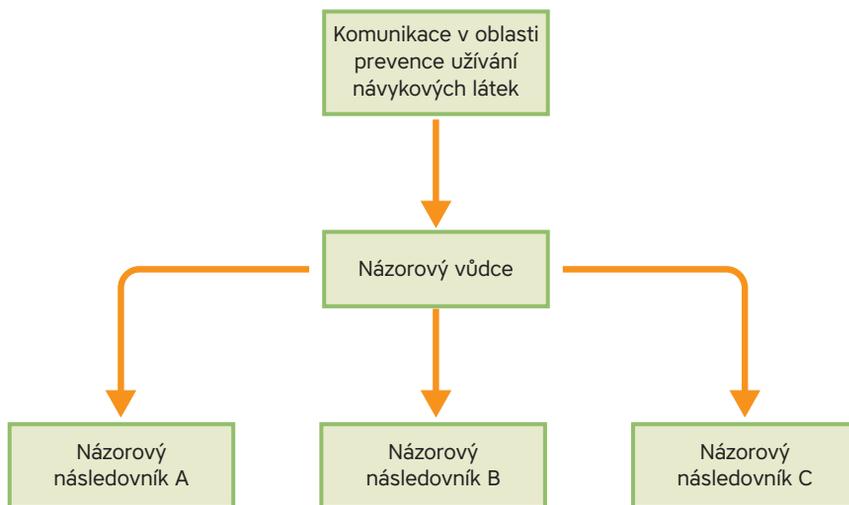
- × „KDO“ se vztahuje ke zdroji komunikace (tj. kdo doručuje přesvědčovací sdělení). Zdroj sdělení se vyznačuje nesmírně důležitými rysy, které zvyšují jeho přesvědčivost. Jedná se zejména o kredibilitu zdroje, která sestává přinejmenším z odbornosti a důvěryhodnosti. Odbornost zdroje souvisí s vjemem, že ten, kdo sděluje, má platné informace a je schopen činit platná tvrzení.
- × „CO“ se vztahuje k obsahu komunikace, včetně používání specifických výrazů a vyobrazení pro vyjádření sdělení. Důležitá je zde kvalita informací. Jsou informace podloženy vědeckými důkazy? Vztahují se k příslušné problematice (tj. užívání návykových látek) a mají význam pro zacíleného příjemce sdělení? A je jazyk sdělení srozumitelný pro cílové publikum?
- × „KOMU“ se vztahuje v publiku. Tvůrci sdělení musejí být obeznámeni s rozdíly/odchylkami v publiku a musejí vědět, které části publika jsou předmětem zvláštního zájmu.

Je samozřejmé, že v některých případech chtějí tvůrci oslovit každého, kdo je sdělení vystaven, jindy však bývají cílem určité podskupiny většího publika, například mladí adolescenti, těhotné ženy, senioři atd.

- × „JAK“ se týká tvorby sdělení, kontextu a jemných odchylek v obsahu sdělení používaných k oslovení publika nebo publik. Týká se rovněž konkrétního média, prostřednictvím kterého bude sdělení přenášeno. Médii rozumíme způsob doručování sdělení publiku. Zatímco některá publika mohou být aktivnější na online platformách, jakými jsou například sociální média (např. stránky sociálních sítí, jako je Facebook, média pro online videa, jako například YouTube), jiná publika tyto prostředky používat nemusejí, a proto pro ně mohou být vhodná tradiční média, jako je rozhlas, televize, noviny, plakáty či billboardy.
- × „ÚČINEK“ se vztahuje k tomu, jak měřit úspěch či neúspěch sdělení zaměřených na prevenci užívání návykových látek. Bez dobrého odhadu účinku nebude dosaženo jasné představy o úspěchu nebo neúspěchu tohoto přesvědčovacího úsilí.

Model dvoustupňového toku komunikace předkládá způsoby, jakými média vykonávají svůj vliv (Obrázek 28). Tento model specifikuje, jak média fungují, a zároveň stanoví, jak se mají hodnotit účinky médií. Co se týče užívání návykových látek mezi adolescenty, model uvádí, že efektivním přenašečem informací dodaných ze strany médií a zaměřených na prevenci užívání návykových látek mohou být rodiče. Řečeno jinými slovy: Média působí prostřednictvím rodičů, kteří interpretují a přenášejí informace svým dětem.

Obrázek 28: Dvoustupňový model toku komunikace



Lidé mohou mít často nereálná očekávání ohledně toho, čeho může mediální prevence užívání návykových látek dosáhnout. Je důležité porozumět tomu, co mohou média dělat, aby zamezila užívání návykových látek, a co dělat nemohou. Model dvoustupňového toku komunikace k získání tohoto porozumění přispívá.

Teorie autorů Paul Lazarsfeld a kol. (1944) říká, že masmédiá nejsou nijak obzvláště efektivní v přesvědčování jednotlivců. Interpersonální komunikace tváří v tvář (face to

face) je však mnohem efektivnější. Takže jak vlastně média přesvědčují? Média tak činí prostřednictvím přesvědčování jednotlivých názorových vůdců, tedy lidí, kterým druzí naslouchají. Tito názoroví vůdci pak tlumočí sdělení médií těm, kdo jsou vůči nim vnímaví. Výzkum naznačuje, že komunikace tváří v tvář může být mnohdy efektivnější než tradiční masmédiá (televize, rozhlas), a to může platit obzvláště v případě adolescentů.

Rodiče (nebo vrstevníci) mohou být ideálními názorovými vůdci svých dětí. Je však záhodno, aby měli určité povědomí o návykových látkách a o jejich užívání a cítili se dostatečně jistí na to, aby se se svými dětmi pouštěli do hovorů na tato témata. Média tudíž musejí rodiče motivovat a informovat je, aby přenesli informace ke svým dětem. Takováto situace je ideálním kontextem pro přesvědčování za předpokladu, že jsou sdělení médií jasná a informativní a že zároveň motivují rodiče k tomu, aby se tohoto těžkého úkolu ujali.

Existuje mnoho důkazů, které nasvědčují tomu, že rodiče mohou být v našem úsilí vyvíjeném v oblasti prevence užívání návykových látek ideálními spolupracovníky. Několik se možná domnívá, že adolescenti vyrůstají stranou svých rodičů a spoléhají se na své vrstevníky, nicméně rodičovský vliv rozhodně pokračuje až do období mladé dospělosti (Elkins et al., 2014; Scull et al., 2014; Wang et al., 2013).

8.3 Důkazy

Jaké jsou k dispozici důkazy na podporu mediálních kampaní? Tvůrci Mezinárodních standardů UNODC našli několik recenzí výzkumné literatury zabývajících se efektivitou mediálních kampaní. Nejvýznamnější poznatky přinesly studie, které zkoumaly užívání tabákových výrobků; ohledně alkoholu a ostatních návykových látek však podobné poznatky zjištěny nebyly.

Důvody tohoto nedostatku důkazů většinou spočívají v problémech s prováděním důkladných evaluací mediálních kampaní. Důležitým faktem, který je nutno mít na paměti, je, že se výzkum problematiky přesvědčování a vztahu mezi přesvědčováním a ovlivňováním různých typů chování provádí v posledních 50 letech. Existují empiricky podložené poznatky o nejlepších způsobech přesvědčování a o tom, jak konstruovat přesvědčivá sdělení, která mohou efektivně ovlivnit postoje a způsob chování.

Mnohé mediální kampaně však bohužel tyto informace o efektivních přesvědčovacích metodách nepoužívají. Místo toho se opírají o myšlenky, které se mohou z intuitivního pohledu jevit jako dobré, avšak nejsou nijak podloženy teorií ani důkazy.

Mezinárodní standardy předkládají následující výčet charakteristik kampaní vykazujících pozitivní výsledky:

- ✕ Kampaně přesně vymezují cílovou skupinu kampaně. Výzkum komunikace prokázal, že „jedna velikost nesedí všem“.
- ✕ Kampaně se opírají o pevný teoretický základ.
- ✕ Sdělení jsou koncipována na základě důsledného formativního výzkumu. To znamená testovat sdělení, materiály a mediální platformy před spuštěním kampaně.

- ✗ Mediální kampaně mají pokud možno návaznost na další stávající intervence realizované v rámci prevence užívání návykových látek v rodině, ve škole a společnosti. Vícesložkové preventivní úsilí může být efektivnější.
- ✗ Adekvátní expozice cílové skupiny je dosaženo po přiměřeně dlouhou dobu.
- ✗ Úspěšné mediální kampaně jsou systematicky evaluovány.
- ✗ Preventivní kampaně, které jsou zaměřeny na děti, cílí na rodiče.
- ✗ Kampaně usilují o změnu kulturních norem týkajících se užívání návykových látek a/nebo vzdělávají svá publika ohledně důsledků užívání návykových látek a/nebo navrhují strategie umožňující odolávat užívání látek.

Existuje rovněž výzkum a jsou k dispozici důkazy ohledně toho, proč určité mediální kampaně selhávají:

- ✗ Kampaně se nezaměřují na nejvíce relevantní determinanty chování. Říkat lidem „prostě řekněte Ne“ nebo se je snažit zastrašit, to příliš nefunguje. Třebaže je užívání návykových látek rizikovým chováním a všichni uživatelé čelí určité možnosti škody/poškození, jsou extrémní výsledky, jako je úmrtí, disabilita a předávkování, stále velmi zřídka. To znamená, že znají-li členové publika někoho, kdo užíval psychoaktivní látku bez vážných následků, jaké líčí mediální kampaně, pozbývá kampaň na kredibilitě, a zároveň se snižuje pravděpodobnost, že jakákoli další kampaň bude úspěšná.
- ✗ Kampaně „přehánějí“. Většina mladých nevěří hrůzostrašným obrázkům lidí s vážnými poruchami způsobenými užíváním návykových látek, poněvadž k těmto výsledkům dochází jen zřídka. Takovéto prezentace se obvykle ukážou jako příliš extrémní a jejich předvádění může napáchat více škody než užítku. Tato sdělení se zpravidla soustředí na to negativní a neposkytují žádné rady ohledně toho, jak se má člověk chovat, aby se hrozivých důsledků vyvaroval. To může vést k tomu, že cílové publikum bude ignorovat užitečnější a relevantnější následné rady. Ke snahám o odstrašování lidí je nutno přistupovat velmi obezřetně.
- ✗ Z poznatků získaných v rámci výzkumu komunikace vyplývá, že sdělení, která vyvolávají v cílových skupinách příliš mnoho strachu, vedou tyto skupiny k tomu, aby se raději zabývaly svými pocity strachu než chováním, před kterým jsou varovány. To může vést k tomu, že příjemci budou sdělení ignorovat a zapojí se do chování, před kterým jsou varováni, aby sami sobě (a sdělovateli) dokázali, že mají nad svým chováním „kontrolu“ a že žádnou škodu neutrpí. I přesto je však užitečné pokusit se zvýšit u cílových skupin pocity strachu a citlivosti vůči vůči škodám, avšak pouze do takové míry, která je bude motivovat k tomu, aby změnili své chování nebo vyhledali další podporu. Z výzkumu víme, že součástí úspěšných sdělovacích kampaní je „vysílání sdělení o účinnosti“, která poskytují praktické a relevantní informace, jež pomáhají zlepšovat vědomí vlastní účinnosti (přesvědčení jedince, že dokáže vykonat doporučené jednání) a vědomí účinnosti reakce (přesvědčení, že doporučené jednání bude mít požadovaný výsledek).

Pokud výše popsané neefektivní strategie kampaní přece jen nějaký vliv mají, pak se obvykle jedná o krátkodobý účinek u těch členů publika, kteří již byli rozhodnutí návykové látky neužívat. Avšak i tito lidé mohou na sdělení neúmyslně reagovat, a proto by bylo dokonce lepší raději neprovádět žádnou kampaň než „něco dělat“ (Barden a Tormala, 2014; Clarkson et al., 2008; Clarkson et al., 2013; Green a Witte, 2006). A to je také

důvod, proč je tak důležitý design kampaně a sdělení a proč hraje předběžné testování všech sdělení na zástupcích větší cílové skupiny rozhodující roli pro zvýšení důvěry v to, že budou mít tato sdělení požadovaný účinek.

Nárůst významu sociálních médií změnil způsob, jakým lidé konzumují média. Publika již přestala být pasivní stranou jednosměrného sledovacího vztahu a „odpovědnost za volbu [sledování a médií] a etické rozměry této volby se posouvají, podpořeny mediální gramotností, směrem k jednotlivému občanovi a spotřebiteli“ (O’Neill, 2008, p. 13). Bergsma a Carney (2008) dodávají, že „Výchova k mediální gramotnosti se objevila v posledních 20 letech jako slibná alternativa k cenzuře (např. regulace „nezdravé“ skladby programů) či dalším metodám omezování používání médií“ (s. 523). Co se týče debaty o vlivu médií na postoje a chování, zdá se, že se všechny zdroje shodují na potřebě mediální gramotnosti či mediální výchovy. Jediné významné názorové rozdíly lze nalézt ve formě a obsahu mediální výchovy. Bergsma a Carney (2008) definují mediální gramotnost jako „schopnost přístupu k médiím a schopnost analýzy, vyhodnocování a vytváření médií v nejrůznějších formách“ (s. 523). Asociace USA pro výchovu k mediální gramotnosti (National Association for Media Literacy Education – NAMLE, 2010) předkládá několik základních principů výchovy k mediální gramotnosti:

- ✕ Výchova k mediální gramotnosti vyžaduje aktivní zkoumání a kritické přemýšlení o sděleních, která dostáváme a vytváříme.
- ✕ Výchova k mediální gramotnosti rozšiřuje pojetí gramotnosti (tj. čtení a psaní) tak, aby zahrnovalo všechny formy médií.
- ✕ Výchova k mediální gramotnosti vytváří a upevňuje dovednosti posluchačů každého věku. Nezbytným předpokladem těchto dovedností je, stejně jako v případě čtenářské gramotnosti, integrované, interaktivní a opakované procvičování.
- ✕ Aktivity zvyšující mediální gramotnost z lidí činí informované, reflexivní a angažované účastníky, nezbytné pro demokratickou společnost.
- ✕ Výchova k mediální gramotnosti se hlásí k tomu, že média jsou součástí kultury a působí jako socializační činitelé.
- ✕ Výchova k mediální gramotnosti potvrzuje, že lidé používají své individuální dovednosti, přesvědčení a zkušenosti k tomu, aby správně chápali obsah mediálních sdělení.

Díky současným znalostem o obsahu a pojetí mediálních sdělení a vhodných dovednostech jsme schopni sestavit doporučení pro nejlepší praxi. Asociace NAMLE předložila v USA několik užitečných koncepcí a dovedností pro intervence a výchovu v oblasti mediální gramotnosti, které jsou relevantní i pro Evropu a ostatní geografické oblasti:

- ✕ Všechna mediální sdělení jsou „vykonstruovaná“. Intervence učí cílové publikum o tom, jak se média liší od reality, a hodnotí to, co je ukazováno, v porovnání s reálnými životními zkušenostmi nebo posuzuje okolnosti na straně tvůrce/produkce mediálních sdělení.
- ✕ Mediální sdělení jsou vytvářena pomocí kreativního jazyka, jenž má vlastní pravidla. Intervence učí cílové publikum o rozpoznávání reklamních/produkčních technik nebo o vytváření/produkcii mediálních sdělení.

- × Různí lidé prožívají jedno a totéž sdělení různě. Intervence se zabývají tím, jak média ovlivňují člověka a co mohou lidé udělat, aby se vyhnuli negativním účinkům médií, a/nebo jak mohou jednat, aby média změnili.
- × Nedílným obsahem médií se staly hodnoty a hlediska. Intervence učí cílové publikum, jak rozpoznávat stereotypy, mýty, předsudky, hodnoty, životní styly a/nebo názory, které jsou vypodobňovány v mediálních sděleních nebo které jsou mediálními sděleními naopak opomíjeny.
- × Většina mediálních sdělení je vytvářena za účelem zisku a/nebo získání moci. Intervence učí cílové publikum o účelu reklamních či marketingových strategií a podněcují k nedůvěře vůči reklamě nebo k vytváření protireklamy.

Jak jsme již poznali u jiných preventivních přístupů, o nichž pojednává toto kurikulum, vztahuje se výchova k mediální gramotnosti na všechny věkové skupiny a je důležitá napříč různými prostředími realizace. Mladí lidé toho například často vědí o technologiích online médií více než starší generace, ale nemusejí nutně mít rozvinuté dovednosti mediální gramotnosti, které jim pomohou navigovat jejich posuzování a chápání vypodobnění návykových látek, s nimiž se setkávají. Taktéž starší generace jsou možná schopny významně přispívat a napomáhat tomu, aby bylo zachováno bezpečí mladých lidí online, avšak cítí se být vyloučeny z technologií a platforem orientovaných na mladé lidi. Pomoc při vytváření digitálního spojení mezi generacemi může být jedním z prostředků sdílení této erudice.

8.4 Jak používat média v preventivní práci

Když používáme v rámci naší práce v oblasti prevence média, musíme pamatovat na některé zásadní principy. Jedním z příkladů takového přístupu je metodický materiál o používání médií pracovníky veřejnozdravotní služby pro prostředí nočního života, vydaný síťí Club Health³⁸. Dokument popisuje důležitá témata, ke kterým je třeba přihlížet při používání masmédií, a poskytuje rady ohledně způsobů zacílení na návštěvníky prostředí nočního života. Materiál rovněž uvádí zajímavé příklady a poskytuje odkazy, které vám pomohou v dalším zkoumání způsobů použití médií v prevenci, a může sloužit jako zdroj inspirace pro práci s médii jako takovou.

Ohledně používání masmédií má Club Health pro odborníky na prevenci celou řadu návrhů:

- × Stanovte mezi svými cíli jasně priority a rozlišujte přitom mezi místními mediálními opatřeními a širší veřejnou debatou a publicitou.
- × Předjímejte jiná hlediska nebo je dokonce zahrňte do sdělení. Přinejmenším stejně důležité jsou takovéto způsoby pohledu i pro stanovování či odmítání stanovených pravidel.

38 http://newip.safernightlife.org/pdfs/digital_library/Media_influence_guidelines.pdf. Pro více informací navštivte webové stránky Club Health: www.club-health.eu

- ✗ Berte na vědomí, že jsou bezpečnostní a právní hlediska v prostředí nočního života důležitá, avšak že by měl být vždy prezentován a podporován pohled z hlediska veřejného zdraví.
- ✗ Vytvořte tiskovou zprávu, kterou lze snadno shrnout:
 - Sepište tiskovou zprávu, která je krátká (jedna strana), hovoří k věci a obsahuje jedno klíčové sdělení. V případě potřeby vydejte více než jednu tiskovou zprávu.
 - Vaše tisková zpráva musí být jednoduchá: nepoužívejte příliš mnoho adjektiv, žargonu či vysoce odborných výrazů. Zachovejte jednoduchý layout.
 - V titulku tiskové zprávy odpovězte nejméně na tři z pěti základních otázek, takzvaných „five Ws“ (who-kdo, what-co, when-kdy, where-kde a why-proč).
 - Pokud je to možné, používejte citace a statistiky.
 - Poskytněte základní informace o vydávající organizaci a uveďte kontaktní údaje.
 - Uveďte odkazy na další nástroje a zdroje.
 - Mějte připraven přehled vaší odborné kvalifikace a možná i stručný životopis.
 - Prosazujte online vydání a sledujte je. Tradiční média si ve stále vyšší míře všímají online zpráv a článků a šíří je v rozsáhlejší měřítku.
- ✗ Jmenujte mluvčího instituce, který bude požívat důvěry mladých návštěvníků prostředí nočního života a na kterého se budou moci aktéři lokálních a národních médií snadno obracet.
- ✗ Zajistěte, aby byly všechny texty, které jsou šířeny prostřednictvím internetu, stručné a srozumitelné.
- ✗ Neustále se informujte o současných trendech v prostředí nočního života, aby byla vaše sdělení aktuální a nejevila se zastaralé.
- ✗ Připravte se na to, že novináři shánějící se po příběhu mohou udělat z jakékoli informace, kterou zveřejňujete, senzaci, což by mohlo mít negativní dopad na partnery působící v prostředí nočního života.
- ✗ Respektujte novinářskou čest a poctivost, avšak pokud je to možné, požádejte, zda můžete každý článek, který je výsledkem vaší mediální činnosti, před jeho zveřejněním zkontrolovat a posoudit. Je totiž třeba se ujistit, že jste nebyli citováni nesprávně nebo že vaše slova či tisková zpráva nebyly vytrženy z kontextu.

Budete-li se řídit těmito radami, budete možná schopni efektivně ovlivnit veřejnou debatu a/nebo mínění ohledně prevence užívání návykových látek nebo ohledně užívání látek. To vám umožní mít široký dosah i přesto, že nebudete zavádět rozsáhlou mediální kampaň zaměřující se na prevenci užívání návykových látek.

19

Kapitola 9

Prevence v rámci komunity

Aby bylo možno dosáhnout k široké veřejnosti a docílit dopadu na veřejné zdraví, měly by být intervence implementovány u značné části populace a navíc by měly cílit na osoby z obtížně dosažitelných a často rizikových subpopulací. Takový přístup si vyžaduje implementaci vícero preventivních intervencí.

Avšak ať již je realizována jedna preventivní intervence nebo několik intervencí, je třeba zřídit systém či infrastrukturu implementace, jež umožní získat podporu populace a následně udržovat úsilí vyvíjené v oblasti prevence a kvalitu implementace tak, aby bylo dosaženo optimálního dopadu na celkovou populaci.

Nezbytným předpokladem dosažení dopadu rovněž je, aby klíčové zainteresované strany, ti, kteří do komunity investují, přikládaly vysokou hodnotu výzkumem podloženým přístupům. Zvyšování pravděpodobnosti, že budou moci výzkumem podložené preventivní intervence prospět zamýšlenému publiku, je jedním ze základních důvodů efektivních systémů implementace v komunitě. Druhým důvodem je, že tyto intervence umožňují zavést různorodou, komplexní a integrovanou prevenci i služby časné léčby, jež jsou dostupné širokému spektru populací, rizikovým skupinám a jedincům.

Tato kapitola se zabývá definicemi základních pojmů, jež hrají klíčovou roli pro porozumění tomu, jak vytvořit systémy prevence s výzkumem podloženými intervencemi a pravidly zahrnujícími různé aktéry, zainteresované strany a dostupné zdroje.

Jako příklad jsou zde následně uvedeny výzkumem podložené intervence, jako jsou projekty Stockholm proti drogám (STAD), Project Northland, Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience (PROSPER) a CTC.



9.1 Definice

V tomto kurikulu nahlížíme na „komunitu“ jako na místo, v němž lze vytvářet a implementovat efektivní systémy prevence. Většina odborníků na prevenci pracuje na různých úrovních komunity. Ta může zahrnovat širší společnost vztahující se k makroprostředí, například regionální selektivní intervence cílící na osoby s přistěhovaleckým původem, i mnoho různých mikroprostředí, jakými jsou například mládežnické organizace a sportovní kluby.

Small a Supple (1998) rozlišují mezi sousedstvím a komunitou. Sousedství považují za fyzické místo, které je často vymezeno sociálně sdílenými hranicemi. Tyto hranice by mohly souviset se socioekonomickým statutem nebo s fyzickou blízkostí. Komunita

naopak není až tak vymezena fyzickými hranicemi, nýbrž je více založena na pocitu propojení, identity a důvěry.

Vícesložkové iniciativy představují kombinaci různých výzkumem podložených intervencí a politik, jejichž cílem je ovlivnit populaci celé komunity (Obrázek 29). Některé ze složek by mohly zahrnovat preventivní intervence a pravidla realizovaná v prostředí škol a nočního života a intervence a politiky, které se zabývají potřebami rodičů a rodin. Mohly by též zahrnovat média, která lze použít pro efektivní předávání sdělení – buď v podobě preventivních zpráv, nebo jako prostředek k posílení implementace prevence v komunitě. Důležitým prvkem je v této souvislosti zaměřit se na ty intervence a politiky, u kterých byla prokázána jejich efektivita. Jestliže jsou zkombinovány tak, aby cílily na různé populace ve více prostředích, skýtají tyto intervence a politiky mocný nástroj prevence.

Obrázek 29: Komunitní vícesložkové iniciativy



Jak již bylo uvedeno v rámci našeho přístupu, musejí odborníci na prevenci při plánování intervencí zvažovat zacílení na osoby napříč všemi jejich mikroprostředími a makroprostředími. Ve většině situací bývá implementována pouze jedna nebo dvě preventivní intervence nebo politiky, a to buď na mikroúrovni, nebo na makroúrovni. Síla těchto vícečetných intervencí a politik, které se zaměřují na vlivy související s rodinou/školou/pracovištěm/společností, by mohla výrazně ovlivnit právě to množství adolescentů a dospělých, kteří by začali užívat návykové látky nebo by se zapojili do jiných forem chování, jež nepříznivě působí na jejich sociální a fyzické zdraví. Obecně platí, že intervence nebo strategie, které se zaměřují na více oblastí (jednotlivci a vrstevníci, rodina, škola a komunita) rizikových a protektivních faktorů, mají vyšší pravděpodobnost, že budou efektivní.

Program Unplugged je například intervencí v rámci školské prevence užívání návykových látek, jejímž cílem je snížit užívání návykových látek u mladých lidí ve věku 11–14 let. Je-li s přesností poskytnuta mladým lidem v období jejich života, v němž existuje

pravděpodobnost zahájení užívání látek, je pravděpodobné, že bude mít pozitivní dopad. Tato výzkumem podložená intervence je realizována ve škole, to znamená, že se zaměřuje na dva vlivy v rámci mikroprostředí – školu a vrstevníky. Pokud je zkombinována s dobře načasovanou výzkumem podloženou intervencí, která se soustředí na rodinu a cílí na stejnou věkovou skupinu, jako je tomu například u programu EFEKT, lze pozitivní výsledky posílit, neboť tyto dva programy se společně zaměřují na širší spektrum vlivů mikroprostředí a socializačních činitelů (vrstevníků a rodiny) v době, jež je přiměřená vývoji.

Oba dva programy by pak bylo možno dále rozšířit o uplatnění souvisejících změn celokomunitních politik a použití environmentálních strategií (viz Kapitulu 7). Prostřednictvím souběžné implementace těchto intervencí, probíhající jak na mikroúrovni, tak na makroúrovni, by mohl tým posílit účinky každé z nich na výsledky, na něž cílí obě dvě. Účinky výzkumem podložených intervencí zaměřujících se na vliv vrstevníků by tak například mohly být posíleny prostřednictvím environmentálních strategií, jakými jsou např. školní pravidla nebo lokální komunální strategie, které posilují normy namířené proti užívání návykových látek nebo mění přesvědčení mladých lidí a snižují jejich úmysly užívat návykové látky.

9.2 Programy podložené vědeckým výzkumem

U následujících intervencí, které slouží jako příklad, bylo na základě několika evaluací prováděných v USA a v různých evropských zemích prokázáno, že mají slibné výsledky. Uvádíme je jako inspiraci pro vaše hledání vhodné intervence odpovídající vašemu kontextu. Zabývat se zde budeme programy Project Northland, STAD, CTC a PROSPER.

Project Northland je univerzální preventivní program určený pro mladé lidi ve věku 12–18 let. Program cílí na různá prostředí a byl adaptován a evaluován v Chorvatsku. Project Northland se prostřednictvím intervencí realizovaných na více úrovních snaží naučit žáky/studenty dovednostem, které jim pomohou se efektivně vypořádávat se sociálním tlakem na konzumaci alkoholu, přičemž zároveň přímo modifikuje sociální prostředí mladých lidí (tj. vrstevníky, rodiče, školu a komunitu). Jeho hlavní intervenční složky zahrnují třídní kurikula, vedení ze strany vrstevníků (peer leadership), mimovýukové aktivity řízené mladými lidmi, programy na zapojení rodičů a aktivní účast komunity. Project Northland je v registru Xchange hodnocen jako „pravděpodobně částečně prospěšný“, to znamená, že ačkoli existuje dobrý důkaz, že je efektivní v USA, lze doporučit určitou opatrnost, neboť k tomu, aby se prokázalo, že je efektivní také v evropských kontextech, je třeba vést ještě další výzkum.

STAD je vícesložkový komunitní přístup zaměřený na prostředí nočního života. Původně byl implementován a evaluován ve Švédsku a v současné době probíhá jeho adaptace pro dalších šest evropských zemí³⁹ a jejich odlišné podmínky prostředí noční zábavy, např. velké festivaly vyskytující se převážně v jihoevropských zemích.

Původní verze projektu STAD sestává ze tří klíčových strategických opatření, která jsou v hrubých rysech popsána níže:

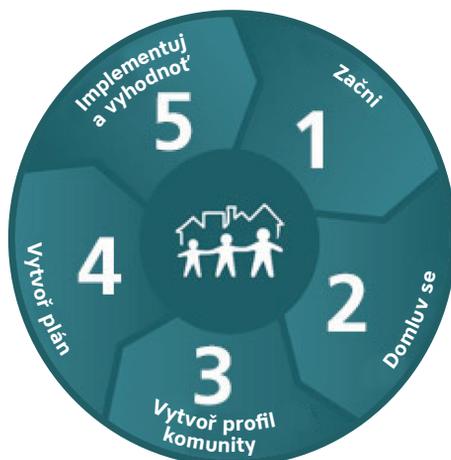
³⁹ <http://stadineurope.eu/for-who/european-level/>

- ✗ Mobilizace komunity: vytvoření výboru, jehož úkolem je zvyšovat v komunitě informovanost a povědomí o škodách působených alkoholem. Členy výboru jsou významné zainteresované strany z komunity, například místní policie, rada obce, povolovací orgán, majitelé zařízení s povolením k prodeji alkoholu, zdravotnické orgány a odbory zastupující zaměstnance podniků s povolením k prodeji alkoholu. Výbor působí jako poradenská skupina, která se pravidelně schází, aby diskutovala o alkoholové problematice a usilovala o zlepšení a rozvoj pravidel a politiky.
- ✗ Vzdělávání k RBS: implementace programů zaměřených na odpovědné podávání alkoholu (RBS).
- ✗ Kontrola dodržování: vzájemná spolupráce povolovacího orgánu a místní policie zaměřená na plnění a projednávání metod umožňujících lepší regulaci a prosazování platných zákonů a vzdělávání k RBS. Povolovací orgán rozesílá v rámci projektu STAD podnikům podávajícím alkohol písemná oznámení, v nichž je informuje o každém nahlášeném (zejména policií evidovaném) případě nadměrného nalévání alkoholu hostům v jejich podniku.

Dalším přístupem zaměřeným na vytváření ucelených systémů prevence v komunitě je projekt CTC – soubor lokálních preventivních opatření v komunitě, jež je stručně popsán níže. Ačkoli zde uvádíme několik všeobecných informací, doporučujeme vám, abyste si více podrobností vyhledali na webových stránkách CTC⁴⁰, protože kontext implementace bude v každé společnosti, regionu a zemi odlišný.

CTC je datově řízený systém, který používá data z místních průzkumů a archivní data, na základě kterých pomáhá komunitám identifikovat a prioritizovat potřeby podle rizikových a protektivních faktorů. Jakmile jsou tyto priority stanoveny, zvolí komunitní koalice, jež byla pro tento účel vytvořena, výzkumem podložené intervence, u kterých bylo prokázáno, že jsou co do řešení těchto konkrétních potřeb efektivní, a tyto intervence implementuje. Systém CTC zatím není zařazen do registru Xchange, avšak Blueprints jej hodnotí jako „slibný“, což znamená, že vykazuje dobrý důkaz o efektivitě.

Obrázek 30: Komunitní vícesložkové iniciativy



40 <http://www.comunitiesthatcare.net/>

Iniciativu tvoří pět základních složek (Obrázek 30):

- ✗ start – provedení posouzení připravenosti komunity;
- ✗ vytvoření organizace – zapojení klíčových zainteresovaných stran a vytvoření koalice zainteresovaných stran komunity pro dohled nad činnostmi CTC;
- ✗ vytvoření profilu komunity – použití epidemiologických dat k identifikaci rizikových a protektivních faktorů;
- ✗ vypracování plánu – použití dat k provedení přezkumu výzkumem podložených intervencí určených ke snížení rizikových faktorů, které byly u komunity identifikovány, k posílení protektivních faktorů a k výběru nejlepší možnosti z nabídky (menu) efektivních intervencí pro osoby, jejich rodiny, školy a komunity;
- ✗ implementace intervencí s vysokou přesností a pravidelným prováděním evaluace – použití dat k provedení zlepšení.

Výzkumníci zjistili, že když komunity v USA uskutečnily tyto kroky, bylo jejich úsilí následováno pozitivními změnami ve výsledcích mladých lidí, včetně výrazného snížení zahájení užívání alkoholu a tabákových výrobků, delikvence a násilí a včetně významného zlepšení příslušných protektivních faktorů u mladých lidí v CTC komunitách oproti kontrolním komunitám. V rámci původní studie se tato snížení udržela po dobu 4 let a významný rozdíl týkající se zahájení delikventního chování přetrvával až do věku 19 let.

Tento model svědčí o tom, že CTC koalice mohou pomoci důkladného výcviku a technické pomoci vytvářet a budovat kapacitu pro plánování preventivní vědy. A to vede k transformaci systému.

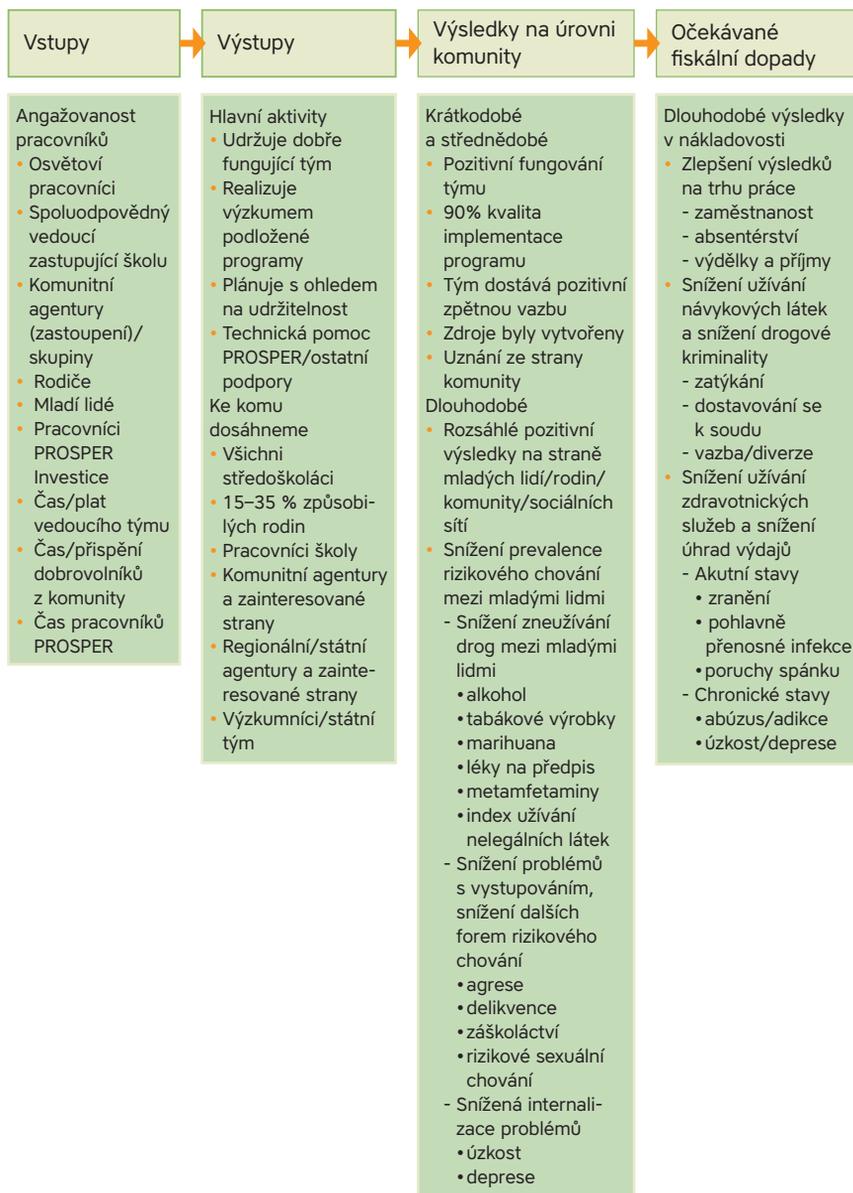
Komunitám obvykle trvá zhruba jeden rok až 18 měsíců, než vytvoří svůj plán. Po vypracování plánu jsou komunity schopny implementovat efektivní preventivní programy a pravidla zabývající se jejich rizikovými a protektivními faktory, které byly stanoveny jako prioritní. Díky tomu dochází během 2–4 let k měřitelnému snížení rizikových faktorů a ke zvýšení protektivních faktorů.

Další komunitní intervencí, která je registrem Blueprints hodnocena jako „slibná“, je projekt PROSPER. Primárním úkolem realizačního týmu je udržitelná a vysoce kvalitní implementace výzkumem podložených intervencí v rodině a ve škole, které byly vybrány z nabídky (menu) programů prověřovaných vědeckými pracovníky projektu PROSPER. Opíraje se o své odborné znalosti, vědci zúžili výběr výzkumem podložených intervencí určených pro komunity a doporučili pouze programy nejvyšší kvality. Vědci rovněž provádějí průběžný přezkum literatury, aby zaručili, že bude následný výzkum nadále podporovat tyto programy jakožto nejlepší možnosti volby pro zacílené populace. Níže znázorněný logický model je příkladem toho, jak by bylo možno systém PROSPER naplánovat a realizovat a jaké dopady by mohla komunita očekávat (Obrázek 31).

Za účelem dosažení záměrů týmu a splnění cílů vztahujících se k záměrům byl navržen model udržitelnosti s osmi strategiemi. Níže uvádíme všeobecný popis těchto osmi strategií:

- ✗ Vytvoření zdrojů pro programy. Tato strategie se zaměřuje na vytvoření finanční, nepeněžitě (naturální) a dobrovolné podpory na udržení rodinných i školských programů a na postupné zvyšování nabídek programů.

Obrázek 31: Logický model PROSPER



× Postoje komunity/školy. Tato strategie zajišťuje, aby bylo v komunitě nahlíženo na tým a programy PROSPER pozitivně a aby škola a komunita jako celek měly uznání pro to, jak tým přispívá ke zkvalitnění života mladých lidí a rodin.

× Řízení/plánování kvality programů. Tato strategie zahrnuje veškeré kroky, které jsou nezbytné pro monitorování programů z hlediska kvality implementace, včetně zajištění pozorovatelů, časového rozvržení pozorování, sběru dat, poskytování zpětné vazby atd.

- ✗ Upevňování partnerství se školami/ostatními organizacemi. Tato strategie zahrnuje týmové aktivity, které vytvářejí vzájemně závislý vztah mezi týmem, školou a komunitními skupinami tak, aby aktivity a programy PROSPER sloužily ke splnění vzájemně prospěšných cílů.
- ✗ Strategické plánování komunikace. Tato strategie se soustředí na tvorbu plánů komunikace zahrnujících média a další možnosti šíření povědomí za účelem zvýšení informovanosti o aktivitách PROSPER a zajištění finanční podpory programů a účasti v programu zaměřeném na rodinu.
- ✗ Plánování odměn a uznání. Tato strategie je důležitá pro udržení zájmu o aktivity a programy týmu PROSPER, jakož i pro udržení jejich podpory. Odměny a uznání mohou zahrnovat členy týmu, účastníky programů a podporovatele z řad školy a komunity.
- ✗ Monitorování struktury týmu, týmových rolí a účasti v týmu. S cílem zajistit, aby tým nepřestal vykonávat svou práci efektivně a aby členové týmu i nadále přistupovali k úsilí PROSPER se zanícením, zvaží vůdci týmu a koordinátoři prevence způsoby, prostřednictvím kterých lze zlepšit fungování týmu. Vůdce týmu a koordinátor prevence vypracují společně s týmem plán neustálého zlepšování, který se bude přiměřeně týkat všech strategií modelu udržitelnosti.
- ✗ Konání pravidelných, efektivních schůzek. Vzhledem k tomu, že nedílným prvkem udržitelnosti programů je řádně fungující tým, podporuje PROSPER pravidelně plánované schůzky. Efektivita těchto schůzek je projednávána jako součást plánu neustálého zlepšování.

9.3 Vytvoření efektivního komunitního týmu

Tato kapitola názorně ukázala, jaký význam má používání komunitních týmů pro podporu preventivního úsilí. Efektivní komunitní týmy přispívají k zajištění úspěchu, neboť sdružují mnoho jednotlivců a jejich schopnosti, zkušenosti a osobní i profesní sítě s cílem soustředit se na příslušné úsilí. Efektivní komunitní týmy rovněž zajišťují udržitelnost, poněvadž úsilí přestává být „závislé na jednotlivých osobách“ a naopak má podporu mnoha osob.

Koncepce týmové práce není žádnou novinkou. Avšak vytvořit efektivní tým a zajistit, aby se do něj jeho členové aktivně zapojili a pracovali dobře jako celek, se snadněji řekne, než udělá. Existuje několik faktorů, jež mohou bránit úspěchu komunitního týmu, mezi něž se řadí: nedostatek cílů/poslání nebo nedostatečné zaměření, nejasná očekávání, špatné vedení, nepravidelné schůzky se slabou nebo vůbec žádnou zpětnou vazbou ohledně úspěchu či neúspěchu týmových snah, slabé zastoupení populací, pro které je program realizován, v týmu, a střety mezi členy v souvislosti s protichůdnými agendami.

Kromě bariér na lokální či týmové úrovni vznikají překážky, jež brání snahám o uplatňování efektivních, výzkumem podložených intervenčních programů, také vlivem komunitních prostředí, pravidel a dalších faktorů. Národní a mezinárodní skupiny a státní organizace mohou podporovat používání výzkumem podložených intervencí, ty však ani přesto nijak

široce používány nejsou. Některé z důvodů, proč tyto intervence nejsou v komunitách používány, souvisejí s problémy, jimž čelí tvůrci politik, a s prostředím uvnitř samotných komunit. Politiky a rozhodnutí o financování mohou být časově omezené (vyvolané tragickou událostí, např. veřejností ostře sledovaným úmrtím v komunitě souvisejícím s drogami) a krátkodobé.

Komunitní týmy, byť mají dobré úmysly, se mohou též potýkat s nedostatkem infrastruktury nebo systémů podpory. Může se stát, že se priority ještě před tím, než se intervence zavedou, posunou jinam nebo že zdroje budou krátkodobé či nepravidelné. Dlouhodobé udržení intervence navíc vyžaduje fundraisingovou strategii, jejíž součástí je marketing, propagace a vytvoření diverzifikovaného portfolia zdrojů (finančních i nefinančních), jejichž existence bude s každým rokem pokračovat. U většiny výzkumem podložených intervencí není tento druh informací zařazen do výcviku v intervenci a je možné, že realizátoři tímto souborem schopností a dovedností ještě nedisponují.

Efektivní týmy mohou tyto bariéry zmírnit nebo překonat, jestliže se zaměří na klíčové složky, jako jsou role, odpovědnost/povinnosti a kvality vůdců a členů týmu, struktura týmu a dlouhodobá angažovanost týmu.

Při utváření týmu je důležité přemýšlet o této skupině jako o celku. V týmu by měly být zastoupeny klíčové organizace komunity, zejména pak tehdy, pokud mají přístup k většině mladých lidí a rodin v komunitě, jež jsou potenciálními účastníky intervence. Je rovněž užitečné najít takové osoby, které mohou reprezentovat publika, k nimž se tým snaží dosáhnout, neboť takovýto postup umožní správně porozumět potřebám komunity. Efektivní týmy mají takové členy, kteří disponují rozmanitým souborem schopností, znalostí a zkušeností, to znamená, že jsou všichni členové schopni přispět a jsou nezbytní k tomu, aby bylo možno přispět k úsilí týmu. Skupina by měla disponovat souborem sociálních a profesních sítí, jenž má širokou základnu a reprezentuje různé pohledy zastoupené v komunitě. A vzhledem ke skutečnosti, že je tato skupina týmem pracovním, měl by být tým, který reprezentuje komunitu, také natolik malý, aby v něm mohli být aktivně zapojeni všichni členové.

Efektivní týmy přidělují jednotlivým členům jasně určené role, které jim umožňují využít jejich silné stránky a soubory osobních schopností a dovedností.

Mobilizace zdrojů a zvyšování kapacity

Standardy EDPQS pomáhají identifikovat silné stránky a zdroje v komunitě. Jakmile budou identifikovány, bude určitou dobu trvat, než budou vytvořeny lokální kontakty na jednotlivce a skupiny v komunitě. Druh kontaktů, které je třeba navázat, záleží na tom, co je záměrem snah v oblasti kontaktní práce. Je záměrem kontaktu propojení na stávající plány poskytovatele na rozšíření lokálních intervenčních snah? Nábor účastníků programu? Nebo třeba zvýšení místního povědomí o potřebě výzkumem podložených intervencí? Má kontakt sloužit k tomu, aby bylo vytvořeno partnerství nebo byly přizvány osoby, které disponují schopnostmi a vlohami k zajišťování fundraisingového úsilí?

Úmysl neboli záměr spolupráce pomůže určit, jaký druh kontaktu je třeba navázat. Nehledě na to je také nutno nahlížet na tyto kontakty jako na pozitivní spojení, která budou

udržovat příznivou pověst týmu a jeho úsilí. Aby byly navázány pozitivní lokální kontakty s jednotlivci a skupinami, musí snahy komunitního týmu dosáhnout těchto záměrů:

- ✕ Identifikovat komunitní „uzly“. Uzly se rozumí ta místa v komunitě, kde se lidé přirozeně scházejí, například komunitní centrum nebo kanceláře preventivní organizace nacházející na snadno dostupném místě.
- ✕ Být kreativní při zapojování lidí. Nabídnout zapojovaným jedincům širokou paletu příležitostí. Tyto příležitosti by měly být pro tyto osoby vyhovující a měly by zohledňovat jejich zájmy a schopnosti.
- ✕ Podporovat ty, kteří jsou „hnacím článkem“ komunitní práce. V každé komunitě se najdou lidé, kteří jsou vůdci při získávání jednotlivců pro danou věc, a jedinci, kteří jsou „hnacím článkem“.
- ✕ Nabízet krátkodobé příležitosti nebo specifické úkoly. Někteří jedinci nebudou schopni či ochotni se zavázat k dlouhodobému preventivnímu úsilí. Tyto osoby mohou být limitovány svou dostupností, neslučitelným pracovním rozvrhem a/nebo osobními závazky. Místo toho, než tento velký fond zdrojů zcela vynechat, je důležité zvážit, jaké příležitosti by se pro tyto jedince mohly najít, tj. příležitosti, které jsou velmi specifické, zaměřují se na určitý úkol a lze je splnit v rámci stanoveného časového rámce.

V případě omezených zdrojů je důležité zvážit, jak lze tyto zdroje co nejefektivněji a nejúčinněji využít. Za prvé, komunitní tým může spojit své úsilí s již probíhajícím úsilím. Každý komunitní subjekt, škola, státní a občanské uskupení má plány, které řídí a směřují jeho práci. Zvažte, jak by bylo možno tyto plány propojit s úsilím komunitního týmu, a nalezněte vzájemně prospěšné příležitosti ke spolupráci.

Za druhé, mohou se vyskytnout též zvláštní příležitosti, které odrážejí místní zájmy či záležitosti, jako je například rozmach lokálního cestovního ruchu, reorganizace noční ekonomiky nebo prevence kriminality v komunitě. Tyto někdy naléhavé záležitosti mohou být prostředkem k motivaci lidí a mohou skýtat příležitosti k využití schopností a zdrojů komunity k širšímu prospěchu.

➤ 10

Kapitola 10

Prosazování prevence

Ovlivnit tvorbu politiky tak, aby považovala prevenci za prioritu, nebo přimět lidi k tomu, aby podpořili implementaci vaší intervence, není vůbec snadné. Většinou je zapotřebí, aby tomu předcházela spousta koordinované práce. Tato práce je označována jako „prosazování zájmů“ neboli „advokacie“. Triangle Research Group (Silvestre et al., 2014), konsorcium pro výzkum alkoholové politiky ve Slovinsku, popisuje prosazování zájmů jako „politický postup uplatňovaný jedincem nebo skupinou s cílem ovlivnit veřejnou politiku a rozhodování o přidělování zdrojů v rámci politických a sociálních systémů a institucí“ (s. 14). Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC, 2014) označuje prosazování zájmů za „klíčovou strategii pro podporu zdraví a pro veřejné zdraví“ (s. 1).

Snahy vyvíjené v rámci prosazování zájmů, jež využívají vědecky podložené informace, musejí být součástí každé intervence. Zatímco je úsilí často věnováno přesvědčování rozhodovacích orgánů k tomu, aby zavedly nové politiky, zákony a předpisy na podporu zdraví, je prosazování zájmů nezbytné také k tomu, aby podpora těchto opatření pokračovala i po jejich zavedení. Obecně platí, že lze případ, který dokumentuje škody způsobené (jedinci, ostatním i společností) užíváním návykových látek a zabývá se tím, jak by mohly preventivní programy a politiky některé z těchto důsledků zmírnit (Tabulka 15). Takovéto úsilí může přispět ke změně přesvědčení, postojů a norem ohledně užívání návykových látek a pomoci rozhodovatelům lépe porozumět efektivním opatřením.

Tabulka 15: Jak prezentovat případ

Způsob, jakým prezentovat případ
1. Konstatovat problém
2. Nastínit dopad na uživatele návykových látek
3. Nastínit dopad na zbývající část veřejnosti nebo na neuživatele, zejména mladé lidi
4. Zahrnout dostupné výzkumem podložené intervence a politiky s prokázanou efektivitou

ECDC (2014) popisuje, jak prosazování zájmů paralelně probíhá na několika úrovních (regionální, lokální, národní), zatímco VeneKlasen a Miller (2002) doplňují ještě multidimenzionální pohled, na základě kterého se k dosažení stejných záměrů používají různé strategie. Strategie prosazování zájmů by navíc měly být prováděny za spolupráce se zástupci dotčených skupin, rozhodovatelů a ostatních zainteresovaných stran (Pelozo, 2014). Příslušná opatření mohou být rozmanitá a mohla by zahrnovat takové činnosti, jako přesvědčování, protestní pochody či soudní spor (například dostatečně zveřejnění soudní případ), ale také edukaci veřejnosti a použití médií k ovlivnění veřejného mínění (viz též Kapitola 8). Prosazování zájmů může být prováděno samostatně, nicméně může být také součástí komplexní preventivní intervence (ECDC, 2014).

V souvislosti s efektivním prosazováním politiky jsou podle autorů Mercer a kol. (2010) významné tyto prvky:

- × jasné nastínění vztahů mezi zdravotními problémy, intervencemi a výsledky;
- × systematická analýza a slučování důkazů;
- × použití důvěryhodné skupiny a důsledného postupu pro analýzu důkazů;
- × zapojení klíčových partnerů a zainteresovaných stran do celého procesu tvorby a šíření důkazů a doporučení;
- × provádění personalizovaného, cíleného a přesvědčivého šíření důkazů a doporučení;
- × zapojení vícero zainteresovaných stran do podněcování k přijetí a dodržování doporučení pravidel a politik;
- × zabývání se udržitelností.

Poznatky získané ze studií politiky však svědčí o tom, že mezi prováděním druhů činnosti popsaných Mercerem a změnami v politice či v prioritizaci preventivních programů nemusí vždy existovat jasný vztah. Je důležité mít realistická očekávání ohledně toho, čeho lze samotným prosazováním zájmů dosáhnout, a nahlížet do procesu tvorby politiky a brát si z toho poučení. Cairney (2016) například popisuje, jak se může proces tvorby politiky zdát těm, kteří jsou zvenčí, mnohdy iracionální a složitý. Tvůrci politik mají při přijímání rozhodnutí často různý pohled na to, co zakládá podstatu relevantních a užitečných důkazů. Zatímco odborníci na prevenci a prosazovatelé výzkumem podložené prevence mohou na důkazy získané z důkladných výzkumných studií a syntéz důkazů pohlížet jako na racionální základ rozhodování, budou tvůrci politik při svém zvažování těchto důkazů zároveň přihlížet i k jiným zdrojům „důkazů“ a kritériím, jakými jsou například zpětná vazba z veřejné konzultace, veřejné mínění a hodnoty, rady důvěryhodných spolupracovníků, politické manifesty a závazky, i jejich vlastní dosavadní profesní působení a zkušenosti. Třebaže někteří rozhodovatelé budou možná mít pro prevenci pochopení a budou správně chápat potřebu reagovat na užívání návykových látek na základě využití vědeckých důkazů, nebývá obvyklé, aby takovou úroveň informovanosti o této problematice či dokonce zájem o ni vykazovali ještě další vysoce postavení činitelé. Vysoce postavení političtí činitelé navíc musejí jednat na základě konsenzu, a to mnohdy znamená, že je nutno nastolit rovnováhu mezi požadavky a očekávaními na straně mnohočetných konkurenčních zájmů, a to zejména v takových oblastech činnosti, které jsou sporné a do kterých spadají například i opatření zaměřená na užívání návykových látek. Tento konsenzus se vztahuje i na rovnováhu, kterou je třeba nastolit uvnitř řídicích orgánů, v nichž může docházet k soupeření o omezené zdroje nebo o významné postavení a moc v národních strategiích.

Záměrem probírání těchto problémů není odradit od aktivit v oblasti prosazování zájmů, avšak v případě pochopení reality procesu rozhodování lze optimalizovat výsledky, identifikovat klíčové prvky, na které je třeba se zaměřit, a zmírnit zklamání z toho, že rozhodovatelé „zkrátka nenaslouchají“. Cairney například uvádí, že místo toho, než pouze předkládat řešení společenských problémů, jako je například implementace preventivních programů, musejí prosazovatelé změnit povědomí o těchto problémech a předkládat tvůrcům politik důvody k tomu, aby z těchto problémů učinili prioritu. Prosazovatelé by měli být rovněž schopni předkládat ve chvíli, kdy byla získána pozornost, již připravená, výzkumem podložená opatření na řešení těchto problémů, která musejí být jednak konkrétní, a jednak technicky a politicky proveditelná. Jakmile byla upoutána pozornost a jakmile mají tvůrci politik motiv k tomu, aby jednali, musejí

prosazovatelé jednat rychle, neboť „okna příležitosti“ se v rámci příznivého politického prostředí naskýtají jen zřídka a jsou otevřená jen krátce. Je-li například místní správa kvůli ostře sledovanému úmrtí souvisejícímu s návykovými látkami již odhodlána jednat, musejí být i prosazovatelé prevence připraveni jednat rychle, aby tak podpořili použití výzkumem podložených programů jakožto součástí dlouhodobé strategie ještě před tím, než se okno příležitosti zavře nebo než budou jako prioritou stanoveny jiné přístupy, které nejsou podloženy vědeckými důkazy. Kritické politiky se často zaměřují na slabiny nových návrhů, zejména tehdy, pokud návrhy narušují stávající stav, a prosazovatelé proto již musejí mít provedeno vlastní kritické posouzení, které jim umožňuje předvídat, jaké problémy by mohly být naneseny.

Přístupy úspěšného prosazování zájmů v sobě obvykle slučují příslušné vědecké důkazy s emocionálními apely, které dávají zprávu „lidskou tvář“, a moudře využívají vynořující se příležitosti tím, že koncipují navrhovaná opatření tak, aby odpovídala politickým a osobním přesvědčením rozhodovatelů i tomu, co je již známo o tom, na čem jim záleží. Je nepravděpodobné, že budete úspěšní, když budete bombardovat zainteresované subjekty vědeckými důkazy a doufat, že to změní jejich názor a podnítí je k podpoře. Musíte působit na to, jak chápou politický problém, a předložit jim stručné, ale výstižné důkazy, které se k tomuto chápání co nejvíce vztahují. Dále je třeba pamatovat na to, že i když odborníci na prevenci a další specialisté možná mají vynikající znalosti o technikách snižování zdravotních a sociálních dopadů užívání návykových látek na společnost, nemusí to ještě nutně znamenat, že disponují dovednostmi nezbytnými k tomu, aby přesvědčili tvůrce politiky k podpoře určité reakce. A to je také důvod, proč ty neefektivnější skupiny prosazovatelů vytvářejí a rozvíjejí široký soubor dovedností napříč celou koalicí různých zainteresovaných subjektů a organizací.

Důležitým kritériem, ke kterému je nutno přihlížet, je evaluace našeho prosazovacího úsilí. ECDC (2014) doporučuje používat jako pomůcku v tomto procesu přístup teorie změny, neboť právě ten vysvětluje, jak a proč se očekává, že aktivity povedou k požadovaným výsledkům.

Na oblast prosazování zájmů lze aplikovat všeobecné principy evaluace preventivních intervencí a politik. Tyto evaluace se zakládají na datech, jsou systematické a používají známé metody, jako jsou rozhovory nebo průzkumy. Stejně jako v případě evaluace procesu nebo evaluace výsledku můžeme evaluovat i naše snahy o prosazení prevence, abychom uplatnili zjištěné poznatky v našich strategiích, analyzovali výsledky nebo budovali kapacitu našich prosazovatelů. Problém, s nímž je evaluace prosazovacího úsilí spojena, spočívá v tom, že se aktivity a výsledky v rámci prosazovací strategie velmi rychle mění. Tato strategie se také nechává snadno ovlivnit nepředvídatelnými faktory souvisejícími s kontextem. Coffman (2007) proto doporučuje, abyste zprávy podávali pravidelněji, v „reálném čase“, po každé významné události či akci.



Závěrečné poznámky

Toto kurikulum podalo úvod do tématu, co znamená preventivní věda a práce v oblasti výzkumem podložené prevence a proč je důležitá. Dále se zabývalo epidemiologií užívání návykových v Evropě, abychom pochopili rozsah naší práce, a následně poskytlo úvod do teorií zabývajících se prevencí a představilo techniky změny chování, abychom porozuměli mechanismům změny chování.

Byly zde probrány standardy EDPQS a Mezinárodní standardy (UNODC, 2013), které představují hlavní nástroje pro směřování naší preventivní práce a pro výběr a implementaci těch nejlepších výzkumem podložených intervencí a/nebo pravidel a politik, které jsou momentálně dostupné. Dozvěděli jsme se též, jak máme naše intervence a pravidla evaluovat.

Rovněž byla představena různá prostředí, jako je rodina, škola, pracoviště, komunita, média a širší prostředí, a jejich specifika důležitá pro práci v oblasti prevence. Tyto znalosti by nám měly pomoci vytvářet nebo vybírat efektivní preventivní intervence a/nebo pravidla s ohledem na naše cílové populace a se zřetelem na vyskytující se problémy a bariéry.

Pevně doufáme – a je to naším cílem – že se díky těmto znalostem a odborné průpravě stanete významnou posilou preventivní práce ve svém regionu a kontextu a že tak rozšíříte řady silné evropské základny preventivních pracovníků.

Tito pracovníci jsou klíčovým článkem v procesu vypořádání se s budoucími výzvami a úkoly spojenými s převedením dostupných důkazů do všeobecné a běžné preventivní praxe v Evropě. Cílem průvodce opatřeními vydaného centrem EMCDDA (EMCDDA, 2017b) a strategie EMCDDA zaměřené na podporu praxe je poskytnout tvůrcům politik a pracovníkům preventivní praxe nástroje, zdroje a strategie pro úspěšnou implementaci výzkumem podložené prevence v Evropě. Toto zaměření na implementaci poskytne rozhodovatelům proveditelné alternativy, které jsou efektivnější než některé populární přístupy a které též v sobě nesou menší potenciál škod.



Seznam literary (Reference)

- Ajzen, I. (1991), 'The theory of planned behavior', *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, pp. 179–211.
- Ayllón, S. and Ferreira-Batista, N. N. (2018), 'Unemployment, drugs and attitudes among European youth', *Journal of Health Economics* 57, pp. 236–248.
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, General Learning Press, New York.
- Barden, J. and Tormala, Z. L. (2014), 'Elaboration and attitude strength: the new metacognitive perspective', *Social and Personality Psychology Compass* 8(1), pp. 17–29.
- Bartholomew, L. K. and Mullen, P. D. (2011), 'Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behaviour change interventions', *Journal of Public Health Dentistry* 71(1), pp. 20–33.
- Bergsma, L. J. and Carney, M. E. (2008), 'Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review', *Health Education Research* 23(3), pp. 522–542.
- Biglan, A. and Hinds, E. (2009), 'Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities', *Annual Review of Clinical Psychology* 5, pp. 169–196.
- Bronfenbrenner, U. (1979), *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Brotherhood, A., Sumnall, H. R. and the European Prevention Standards Partnership (2015), *EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts 'Adaptation and Dissemination Toolkit'. Step 3: Undertaking the adaptation*, Centre for Public Health, Liverpool.
- Cairney, P. (2016), *The politics of evidence-based policy making*, Springer Berlin, New York.
- Castro, F. G., Barrera, Jr., M. and Martinez, Jr., C. R. (2004), 'The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit', *Prevention Science* 5, pp. 41–45.
- Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S. and Kopak, A. (2010), 'A methodology for conducting integrative mixed methods research and data analyses', *Journal of Mixed Methods Research* 4, pp. 342–360.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan J. A. M., Lonczak, H. S. and Hawkins, J. D. (1999), *Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs*, DHHS and NICHD, Washington, DC.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010), *Learning and growing through evaluation: state asthma program evaluation guide*, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health, Division of Environmental Hazards and Health Effects, Air Pollution and Respiratory Health Branch, Atlanta, GA.
- Charvat, M., Jurystova, L. and Miovsky, M. (2012), 'Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system', *Adiktologie* 12(3), pp. 190–211.
- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L. and Rucker, D. D. (2008), 'A new look at the consequences of attitude certainty: the amplification hypothesis', *Journal of Personality and Social Psychology* 95(4), pp. 810–825.
- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L., Rucker, D. D. and Dugan, R. G. (2013), 'The malleable

- influence of social consensus on attitude certainty', *Journal of Experimental Social Psychology* 49(6), pp. 1019–1022.
- Coffman, J. (2007), 'What's different about evaluating advocacy and policy change?', *Evaluation Exchange* 13, pp. 2–4.
- Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., Freedman, G. and Burstein, R. (2013), 'Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010', *Lancet* 382, pp.1564–1574.
- Elkins, S. R., Fite, P. J., Moore, T. M., Lochman, J. E. and Wells, K. C. (2014), 'Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school', *Psychology of Addictive Behaviors* 28(2), pp.475–486.
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2014), *A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases*, ECDC, Stockholm.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2011), *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*, EMCDDA Manuals, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2013a), *European drug prevention quality standards: a quick guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2013b), *North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2015), *New psychoactive substances in Europe: an update from the EU early warning system*, EMCDDA Rapid Communication, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- MCDDA (2017a), *European Drug Report 2017: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2017b), *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018a), *European Drug Report 2018: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018b), *Environmental substance use prevention interventions in Europe*, Technical Report, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Commission (2015), *Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Evidence Based Practice Institute (2012), <https://www.ebp.institute/>
- Federal Office of Public Health (2006), *Lessons learned – vulnerable young people and prevention*, Federal Office of Public Health, Bern (available at https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/03.00-049_vulnerabilitaet_xen_bag_2006.pdf).
- Fishbein, M. (2011), 'Predicting and changing behavior: a reasoned action approach' in: Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach, *Psychology Press*, pp. 3–21.
- Flay, B. R. and Petraitis, J. (2003), 'Bridging the gap between substance use prevention theory and practice', in Sloboda, Z. and Bukoski, W. J. (eds.), *Handbook on drug*

- abuse prevention: theory, science, and practice*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, pp. 239–306.
- Fong, G. T., Graig, L. V., Guignard, R., Nagelhout, G. E., Tait, M. K., Driezen, P., Kennedy, R. D. et al. (2013), 'Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: findings from the ITC France survey', *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire* 20, pp. 217–223.
- Frone, M. R. (2013), *Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Gabrhelik, R., Foxcroft, D., Mifsud, J., Dimech, A. M., Pischke, C., Steenbock, B., Bulotaité, L. et al. (2015), *Quality plan for prevention science education and training in Europe*, Science for Prevention Academic Network (SPAN), Oxford.
- Gasper, J. (2011), 'Revisiting the relationship between adolescent drug use and high school dropout', *Journal of Drug Issues* 41(4), pp. 587–618.
- Ginsburg, I. (1982), 'Jean Piaget and Rudolf Steiner: stages of child development and implications for pedagogy', *Teachers College Record* 84(2), pp. 327–337.
- Glantz, M. D. and Pickens, R. W. (1992), 'Vulnerability to drug abuse: introduction and overview', in Glantz, M. D. and Pickens, R. W. (eds.), *Vulnerability to drug abuse*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 1–14.
- Green, E. C. and Witte, K. (2006), 'Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence?', *Journal of Health Communication* 11, pp. 245–259.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A. and Zins, J. E. (2005), *The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice*, Centre for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, US Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Hanushek, E. A. and Wößmann, L. (2007), 'The role of education quality in economic growth', World Bank Policy Research Working Paper 4122 (available at <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122.pdf?sequence=1>).
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. and Miller, J. Y. (1992), 'Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention', *Psychological Bulletin* 112, pp. 64–105.
- Hovland, C. I. and Weiss, W. (1951), 'The influence of source credibility on communication effectiveness', *Public Opinion Quarterly* 15, pp. 635–650.
- Hovland, C. I., Janis, I. and Kelley, H. H. (1953), *Communication and persuasion*, Yale University Press, New Haven, CT.
- Jessor, R. and Jessor, S. L. (1977), *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*, Academic Press, New York.
- Kaluzny, A. P. and Hernandez, S. R. (1988), 'Organizational change and innovation', in Shortell, S. and Kaluzny, A. (eds.), *Health care management: a text in organizational theory and behavior*, 2nd edition, John Wiley and Sons, New York, pp. 379–417.
- Lasswell, H. D. (1949), 'The structure and function of communication in society', in Bryson, L. (ed.), *The communication of ideas*, Harper, New York, pp. 37–51.
- Lazarsfeld, P. F., Berelson, B. and Gaudet, H. (1944), *The people's choice: how the voter makes up his mind in a presidential campaign*, Columbia University Press, New York.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E. and Witkiewitz, K. (eds.), (2011), *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, Guilford Press, New York.

- Mendes, F. J. F. and Mendes, M. R. (2011), Healthy and safer nightlife of youth project: staff training for nightlife premises, Club Health (available at https://www.club-health.eu/docs/EN/Club_Health_training_of_staff_manual_EN.pdf).
- Mercer, S. L., Sleet, D. A., Elder, R. W., Cole, K. H., Shults, R. A. and Nichols, J. L. (2010), 'Translating evidence into policy: lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers', *Annals of Epidemiology* 20, pp. 412–420.
- Michie, S., Van Stralen, M. M. and West, R. (2011), 'The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions' *Implementation Science*, doi:10.1186%2F1748-5908-6-42.
- Miller, B. A., Holder, H. D. and Voas, R. B. (2009), 'Environmental strategies for prevention of drug use and risks in clubs', *Journal of Substance Use* 14(1), pp. 19–38.
- Mrazek, P. J. and Haggerty, R. J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington, DC.
- NAMLE (National Association for Media Literacy Education) (2010), *The core principles of media literacy education*, <http://namle.net/publications/core-principles/>.
- O'Neill, B. (2008), 'Media literacy and the public sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland', Paper presented at the Media@lse Fifth Anniversary Conference, 21-23 September, London (available at [http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_ONeill\(LSEOverversion\).PDF](http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_ONeill(LSEOverversion).PDF)).
- Pelozo, J. (2014), *Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*, Infokart, Ljubljana.
- Piazza, P. V. and Deroche-Gamonet, V. (2013), 'A multistep general theory of transition to addiction', *Psychopharmacology* 229(3), pp. 387–413.
- Plant Work (2006), 'Coming clean: drug and alcohol testing in the workplace', *World of Work: The Magazine of the ILO* 57, pp. 33–36.
- Poulin, F. and Dishion, T. (2001), '3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions', *Applied Developmental Science* 5(4), pp. 214–224.
- Ricordel, I. and Wenzek, M. (2008), 'Cannabis and safety of work: evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF', *Annales Pharmaceutiques Françaises* 66, pp. 255–260.
- Scull, T. M., Kupersmidt, J. B. and Erausquin, J. T. (2014), 'The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use', *Journal of Youth and Adolescence* 43(5), pp. 717–728.
- Silvestre, S., Liutkutė, V., Pelozo, J., Talić, S., Kokole, D., Ribeiro, S., Galkus, L. et al. (2014), *Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*, Alcohol Policy Youth Network (APYN) and No Excuse Slovenia, Ljubljana.
- Sloboda, Z., Dusenbury, L. and Petras, H. (2014), 'Implementation science and the effective delivery of evidence-based prevention', in Sloboda, Z. and Petras, H. (eds.), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, New York, pp. 293–314.
- Small, S. and Supple, A. (1998), 'Communities as systems: is a community more than the sum of its parts?', presented at the national forum on 'A community effects on children, adolescents and families', Penn State University, State College, PA.
- Stovall, E. E., Rossow, I. and Rise, J. (2014), 'Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs', *Journal of Substance Use* 19, pp. 38–43.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2013), *International standards on*

- drug use prevention*, UNODC, Vienna (available at <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).
- Van der Kreeft, P., Jongbloet, J. and Van Havere, T. (2014), 'Factors affecting implementation: cultural adaptation and training', in Sloboda, Z. and Petras, H. (eds.), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, New York, pp. 315–334.
- VeneKlasen, L. and Miller, V. (2002, rev 2007), 'Planning moment #5: Mapping advocacy strategies', in *A new weave of power, people & politics: the action guide for advocacy and citizen participation*, Practical Action Publishing, pp. 185–208.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L. and Saul, J. (2008), 'Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation', *American Journal of Community Psychology* 41(3-4), pp. 171–181.
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L. and Kaljee, L. (2013), 'The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination', *Social Science and Medicine* 97, pp. 161–169.
- Werner, E. E. and Smith, R. S. (1982), *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*, McGraw-Hill Book Co., New York.
- WHO (World Health Organization) (2018), *Global status report on alcohol and health*, WHO, Geneva.
- WHO (n.d.), *Substance abuse*, http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ (accessed on 30 September 2017).



Přílohy

Příloha 1

Přehled metodologie

Naše metodologie vycházela z metodických materiálů Evropského partnerství v oblasti standardů prevence (European Prevention Standards Partnership) pro adaptaci a šíření standardů kvality v různých kontextech (EDPQS Toolkit 4)⁴¹. Metodologie popisuje, jak postupovat při adaptaci a k čemu je během tohoto procesu nutno přihlížet.

Jako pracovní skupina byl určen tým HoGent z Ústavu pro výzkum v prevenci při Gentské univerzitě (University College of Ghent). „Hlavní skupinu“ tvořila pracovní skupina a členové Zili Sloboda (Applied APSI), Michal Miovský (Univerzita Karlova, Praha), Gregor Burkhart (EMCDDA) a Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals), kteří jsou všichni odborníky v oboru prevence užívání návykových látek. Nejdůležitějším cílem hlavní skupiny bylo pokud možno se vyvarovat změn hlavních složek původního UPC a zároveň provést významné „povrchové“ adaptace na evropský kontext. Poslední skupinu projektu – „referenční skupinu“ – tvořilo 11 partnerů zapojených do projektu UPC-Adapt, mezi nimiž byli zástupce z Belgie, Německa, Estonska, Španělska, Chorvatska, Itálie, Polska a Slovinska.

Proces adaptace začal důkladným prostudováním manuálu UPC pro školitele (UPC Trainer Manual), který vypracovala organizace APSI. Pracovní skupina vytvořila poté, kdy pročtena kurikulum 1, tedy všeobecné úvodní kurikulum EUPC, pracovní dokument, jenž obsahoval popis adaptovaného produktu a předběžné rozdělení možných adaptací do kategorií. V rámci této kategorizace byl činěn rozdíl mezi „hloubkovými“ a „povrchovými“ adaptacemi a byly odůvodněny všechny navrhované změny. Povrchové adaptace znamenají například přizpůsobení místům, příkladům, datům, výrazům a idiomům. Hloubkové adaptace se dělí na adaptace na kontext (například společenská a politická organizace), kulturu (normy a hodnoty), technické aspekty (grafika nebo ilustrace) a obsah (odstranění, změny nebo dodatky, aniž dojde k pozměnění hlavních prvků). Tato přípravná práce byla nejprve projednána pracovní skupinou. Po dosažení konsenzu byla předběžná kategorizace společně s pracovním dokumentem posouzena hlavní skupinou.

Podobný postup byl uplatněn i během procesu adaptace ostatních kurikul: farmakologie a fyziologie (kurikulum 2), monitoring a evaluace (kurikulum 3), prevence v rodině (kurikulum 4), školská prevence (kurikulum 5), prevence na pracovišti (kurikulum 6), environmentální prevence (kurikulum 7), mediální prevence (kurikulum 8) a prevence založená ve společnosti (9). Nejprve bylo dosaženo konsenzu v pracovní skupině a poté byly navrhované adaptace projednávány s hlavní skupinou. V rámci hlavní skupiny probíhaly pravidelné konzultace realizované formou videokonference a prostřednictvím e-mailu.

Předběžný návrh kurikula byl dokončen v červnu 2017 a konsenzu ohledně prvního návrhu bylo mezi referenční skupinou a hlavní skupinou dosaženo v říjnu 2017.

41 <http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination>

Příloha 2

Vývojové fáze ve věku od 3 do 16 let

	Sociální vývoj	Vývoj řeči	Fyzický vývoj	Rozumový vývoj	Emoční vývoj	Behaviórální vývoj
3–4 roky	Sdílí/dělí se, hraje si s druhými, dokáže si hrát samo, při jídle používá lžičku/vídlíčku, osobní hygiena.	Vyjenovává čísla, ale umí počítat jen do tří, konverzuje, recituje říkanky a písničky, má oblíbený příběh.	Umí navlékat korálky, používá nůžky, chodí po špičkách, umí jezdit na tříkolce a řídit, udrží rovnováhu, má prostorovou představivost.	Dovede postavit věž, maluje, umí nakreslit hlavu člověka, drží správně tužku.	Dokáže počkat na spiněti potřeb, smysl pro humor, chápe minulost a přítomnost.	Má schopnost smlouvat, nikoli však odůvodňovat, používá představivost má strach ze tmy a opušnění, má rádo humor.
5–7 let	Sdílí/dělí se, při hře uplatňuje představivost, obléká se a svléká se.	Má rádo příběhy a aplikuje je na hru, chápe dvojí význam slov.	Stavebnice, vybarvování, hry, hraje míčové hry, tancuje, poskakuje, skáče.	Opisuje písmena, počítá na prstech, doplňuje detaily do obrázků, uvědomuje si čas.	Má zájem o kamarády a malé děti, dokáže lépe kontrolovat vystupování a chování.	Vyjádří je hněv a zklamání v menší míře jedháním a ve větši míře slovy, je více nezávislé.
8–12 let	Je nezávislé na rodičích, má smysl pro to, co je správné a co nesprávné; má pojem o budoucnosti.	Umí číst a psát, jasněji se vyjadřuje, udržuje hovor, umí debatovat, dává události do souvislosti.	Změny fyzického vzhledu jsou více patrné, raná puberta u dívek, lepší koordinace oko – ruka.	Mluví o myšlenkách a pocitech, logičtěji uvažuje, jsou u něj rozvinuty matematické dovednosti a dovednosti čtení a psaní.	Učí se pozorováním a mlouvením, poskytuje podporu ve stresových situacích, je schopno klást důraz.	Vstupuje do klubů a více se druží s vrstevníky, chce přijetí ze strany vrstevníků.
13–16 let	Tráví více času s vrstevníky, formování identity, testování limitů, více dospělých vzorů.	Jasně myšlení, vyjadřování vlastních přesvědčení.	Puberta u obou pohlaví, rychlý růst kosterní a svalové soustavy, zvýšená vytrvalost/výdrž.	Větši zájem/starost o ostatní a o komunitu, zpochybňuje pravidla, zkoumá nové nápady/myšlenky.	Prožívá hormonální změny, připravuje se na nezávislost na rodině, aguje.	Stále více si přeje soukromí, tráví více času s vrstevníky.

Příloha 3

Glosář pojmů

Adaptace	Modifikace obsahu programu za účelem vyhovění potřebám specifické skupiny spotřebitelů.
Behaviorální intervence	Tyto intervence cílí na jedince přímo ve snaze pozměnit jeho postoje nebo způsoby chování s ohledem na užívání návykových látek nebo prostřednictvím jiných osob, jako jsou rodiče, učitelé, zaměstnavatelé. Jsou opakem environmentálních intervencí, které se zaměřují především na kontext, v němž jsou návykové látky získávány nebo užívány.
Cílová skupina	Skupina lidí, kterou si přejí odborníci na prevenci ovlivnit nebo ke které je směřováno přesvědčovací úsilí.
Dosah	U médií: počet diváků vystavených nějakému sdělení.
Empirický	Založený na pozorování a experimentu.
Empiricky ověřený výzkum	Výzkum, který je založen na pozorování a experimentu a který byl systematicky potvrzen a doložen.
Environmentální intervence	Tyto intervence zahrnují politiky, předpisy a zákony, které upravují přístup k návykovým látkám a jejich dostupnost, a to zejména s ohledem na mladé lidi. Dotýkají se rovněž norem užívání návykových látek jakožto výsledku samotných zákonů a jejich prosazování. Většina výzkumné práce se vztahuje k úsilí zaměřenému na kontrolu alkoholu a tabákových výrobků. Environmentální intervence se často zabývají kontextem, v němž k chování, tj. k užívání návykových látek, dochází: zda je to v komunitě nebo na určitých místech, jakými jsou např. maloobchodní prodejci alkoholu, parky či zábavní místa.
Epidemiologie	Studium rozložení a determinant stavů či událostí (včetně nemocí) majících vztah ke zdraví a studium vzniku stavu/události/nemoci majících vztah ke zdraví (incidence), studium stávajících případů stavu/události/nemoci majících vztah ke zdraví (prevalence) a uplatnění tohoto studia v oblasti kontroly nemocí a ostatních zdravotních problémů.
Etiologický model	Tento model zahrnuje mikroprostředí a makroprostředí, která ovlivňují člověka v období jeho vývoje od raného dětství do dospělosti. Tato prostředí interagují s osobnostní charakteristikou jedince, která jej vystavuje většímu či menšímu riziku užívání návykových látek a dalším formám problémového chování. Tato prostředí působí na dvou úrovních: na makroúrovni, jež zahrnuje širší prostředí sousedství, komunity, regionu či země, a na mikroúrovni, která zahrnuje prostředí, jež jsou jedinci bližší, jako například rodinu, vrstevníky, školu, společenské organizace a pracoviště.
Evaluace	Důkladné a nezávislé vyhodnocení dokončených nebo právě probíhajících aktivit.
Evaluace na komunitní úrovni	Měření, která na rozdíl od evaluace na individuální úrovni reflektují všeobecná nebo průměrná přesvědčení, postoje či hodnoty napříč velkou skupinou (např. komunitou, školou, národem).
Evaluace výsledku	Proces, jehož účelem je charakterizovat míru, do jaké se u jedinců nebo subjektů, kterým byla poskytnuta intervence nebo na které cílila příslušná politika, změnila znalosti, postoje, formy chování a praktiky

	v porovnání se subjekty, které nebyly příjemci intervence (těmito výsledky jsou často míněny krátkodobé a střednědobé výsledky). Dlouhodobé výsledky se vztahují k požadovanému konečnému výsledku (produktu) intervence, jímž je v našem případě redukce či eliminace užívání návykových látek. Evaluace často končí určením dlouhodobých výsledků.
Expozice	Expozice se vztahuje k dosahu médií, tj. k míře, v jaké se sdělení dostane k zamýšlenému publiku.
Externí validita	Míra, v níž lze výsledky dosažené na základě preventivní intervence přenést na jinou populaci nebo jinou podmínku.
Hodnocení efektivity (effectiveness)	Toto hodnocení zjišťuje, zda jsou intervence efektivní v podmínkách „reálného světa“ nebo v „přirozených“ prostředích. Hodnocení efektivity mohou rovněž určit, pro koho a za jakých podmínek realizace je intervence efektivní.
Implementace	Skutečná realizace preventivní intervence, politiky nebo nejlépe několika intervencí a politik, u kterých bylo výzkumem prokázáno, že mohou mít větší dopad na populace.
Infrastruktura	Základní fyzické a organizační struktury a zařízení nezbytná pro fungování společnosti. V rámci tohoto kurikula zahrnuje infrastruktura komunitní týmy, výukovou a technickou pomoc a finanční a lidské zdroje nezbytné pro implementaci výzkumem podložených preventivních intervencí a politik.
Interní validita	Míra, v níž lze výsledky dosažené na základě preventivní intervence přisuzovat samotné intervenci.
Intervence	Jednání, které se zaměřuje na pozměnění trajektorií užívání návykových látek na základě podpory pozitivních vývojových výsledků a redukce forem rizikového chování a rizikových výsledků.
Kognitivní dovednosti	Schopnost osob samostatně myslet a racionálně se zabývat problémy, konceptualizovat a řešit problémy, vyvozovat závěry a prostřednictvím analýzy dosahovat řešení.
Kognitivní konflikt	Protiargumentace; psychická rezistentní reakce na přesvědčovací sdělení, které je v rozporu se stávajícími přesvědčeními jedince.
Kolaborativní evaluace	Kolaborativní přístup, v rámci kterého spolupracují pracovníci preventivního programu a evaluátoři v týmu. Dalšími členy týmu působícího na základě kolaborativního modelu mohou být zainteresované strany, které mají zájem na výsledcích preventivní intervence. Je však důležité, aby byly jasně definovány týmové role, aktivity, odpovědnost/povinnosti a interakce, a nezbytná je rovněž jasná diferenciací rolí.
Komunikace (sdělení)	Zpráva/sdělení vysílané prostřednictvím médií. Může být tvořeno pouze slovy nebo pouze obrázky, nebo může zahrnovat kombinaci těchto dvou forem. Je-li náležitě vytvořeno, pak by sdělení, které je předáváno, a zpráva, kterou obdrží publikum, měly být stejné.
Komunita	Geograficky definovaná entita, v jejímž rámci lze vytvářet a implementovat účinné systémy prevence. Většina koordinátorů prevence pracuje na různých úrovních komunity, jež mohou zahrnovat širší komunitu – ta se vztahuje k makroprostředí a zároveň zahrnuje mnoho různých mikroprostředí.
Komunitní vícesložkové iniciativy	Tyto iniciativy obecně zahrnují široké spektrum výzkumem podložených intervencí a politik, které mohou svými účinky ovlivnit mnoho

	skupin v rámci mnoha různých prostředí. Typické iniciativy zahrnují podporu prosazování politik zaměřených na oblast tabákových výrobků a alkoholu, intervence a politiky ve školách a rodinné služby.
Krátké intervence	Systematické, cílené procesy zaměřené na prozkoumání potenciálního užívání návykových látek a na motivaci jedince ke změně jeho chování. Jejich cílem je omezit užívání návykových látek dříve, než jedinec utrpí škodu nebo než se u něho rozvinou formy rizikovějšího chování či poruchy způsobené užíváním návykových látek.
Masmédia (hromadné sdělovací prostředky)	Všeobecná kategorie komunikačních prostředků, které zahrnují televizi, rozhlas a noviny a které se dostanou k široké skupině lidí.
Média	Jakákoli forma hromadné komunikace, která může zahrnovat televizi, rozhlas, časopisy, webové stránky, plakáty, billboardy, sociální média včetně sítí Facebook, Twitter a YouTube a další.
Mediální kampaň	Série plánovaných aktivit nebo kombinace aktivit zaměřených na přesvědčování jednotlivců a skupin.
Mediální prevence	Použití masmédií, obvykle na základě koordinovaných kampaní, za účelem předcházet zahájení užívání návykových látek nebo podnítit jednotlivce k tomu, aby přestali užívat zacílenou látku.
Mediátory intervence	Faktory, se kterými má intervence v úmyslu manipulovat a které jsou přímo spojeny s požadovanými výsledky.
Měření na individuální úrovni	Měření prováděná spíše u jednotlivých respondentů než napříč celými skupinami.
Monitoring (evaluace procesu)	Kontinuální proces, prostřednictvím kterého získávají zainteresované strany zpětnou vazbu ohledně pokroku učiněného směrem k dosažení jejich záměrů a cílů.
Monitoring, rodičovský	Rodiče, kteří vědí, kde jsou a co dělají jejich děti.
Nákladově efektivní	Ekonomicky výhodný.
Nejlepší praxe	Nejlépe osvědčená aplikace dostupných důkazů na současné aktivity v drogové oblasti.
Nepřenosné nemoci	Nemoc, která se nemůže přenášet z jedné osoby na druhou.
Obsah intervence	Cíle intervence a informace, dovednosti a strategie, které jsou použity za účelem dosažení požadovaných cílů. Obsah intervence může například zahrnovat rozvoj dovedností odmítání vrstevníků i vytváření sociálních norem nebo výcvik komunikace v rodině.
Poruchy způsobené užíváním návykových látek	Poruchy způsobené užíváním návykových látek zahrnují široké spektrum problémů zapříčiněných užíváním návykových látek. Patří mezi ně závislost a fyzické poškození, ale také nepříznivé sociální důsledky, jako je například neplnění společenských, rodinných, vzdělávacích či pracovních povinností. Co je však důležité, je, že jedinec bude pokračovat v užívání návykových látek i přesto, že prodělal opakující se duševní a tělesnou škodu. Nejznámější popisy poruch způsobených užíváním návykových látek jsou uvedeny v manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-V) a v Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD-11) Světové zdravotnické organizace.
Posílení	V rámci přesvědčování: stimul k přijetí doručované informace.
Praxe založená na důkazech	Systematické procesy rozhodování či poskytování služeb, u kterých bylo na základě dostupných vědeckých důkazů prokázáno, že zajišťují důsledné zlepšování měřitelných výsledků klienta. Praxe založená na důkazech se místo o tradici, pocitovou reakci či jednotlivá pozorování

	jakožto základ rozhodování opírá o data shromážděná prostřednictvím experimentálního výzkumu a přihlíží k individuální charakteristice klienta a ke klinické erudici (Evidence Based Practice Institute, 2012).
Prevence	Jednání za účelem zajištění, aby se něco nestalo, nebo za účelem zastavení někoho před učiněním něčeho (slovník Cambridge Dictionary, 2017).
Program	Konkrétní manualizovaná a pojmenovaná intervence
Prosazování zájmů (advokacie)	Politický postup uplatňovaný jedincem nebo skupinou s cílem ovlivnit veřejnou politiku a rozhodování o přidělování zdrojů v rámci politických a sociálních systémů a institucí (Peloza, 2014).
Prostředí na makroúrovni (makroprostředí)	Příklady makroprostředí: sociální a fyzická prostředí/sousedství, ekonomika, politické prostředí a sociální a přírodní pohromy.
Prostředí na mikroúrovni (mikroprostředí)	Příklady mikroprostředí: rodina, vrstevníci, správci školy, náboženství vůdci, správci pracoviště a spolupracovníci.
Protektivní (ochranné) faktory	Charakteristiky, které snižují pravděpodobnost užívání návykových látek.
Přesnost intervence	Míra, nakolik přesně byla intervence realizována v porovnání s tím, jak byla realizace původně plánována. Výše kvality implementace se často určuje na základě měřítek přesnosti, dávky, kvality realizace a prvků zaznamenávaných do intervenčního protokolu.
Přesvědčování	Jednání za účelem ovlivňování druhých k tomu, aby přijali přesvědčení, soubor přesvědčení či stanovisko nebo aby změnili své chování (způsoby chování).
Přesvědčovatel	Jedinec nebo subjekt pokoušející se změnit názory, postoje, přesvědčení či formy chování druhých.
Příjemce	Osoba nebo skupina, na které je sdělení zaměřeno.
Psychoaktivní látky	Látky, které v případě požití nebo aplikace do systému působí na centrální nervový systém, a tím ovlivňují duševní procesy, například poznávací schopnost či afekt. Tento pojem, stejně jako jeho ekvivalent „psychotropní droga“, je nejvíce neutrálním a nejpopsivějším pojmem pro celou skupinu návykových látek, legálních i ilegálních, kterými se zabývá protidrogová politika. „Psychoaktivní“ nutně neznamená „závislost vytvářející“ a v běžně užívaném jazyce se často vynechává, jako například v „užívání drog“ nebo „užívání návykových látek“ (WHO, rok neuveden).
Publikum	Cíl komunikace; ti, jimž je adresováno sdělení.
Realizace intervence	Jak má být intervence či politika implementována a jaké přijetí intervence či politiky se očekává od cílového publika, například: použití interaktivních výukových strategií u adolescentů a dospělých; nabídka programů rodičovských dovedností v době, která rodinám vyhovuje; monitorování implementace intervence či politiky za účelem zvýšení přesnosti hlavních prvků intervence.
Reliabilita měření	Míra, do jaké jsou měření stabilní, jestliže se časem opakují. V této souvislosti se rovněž používá pojem „konzistentnost“.
Rizikové faktory	Charakteristiky, které interagují s rizikovými osobnostními rysy, a zvyšují tak pravděpodobnost užívání návykových látek.
Rodina	Rodiny lze zjednodušeně definovat podle jejich struktury, tj. podle toho, kdo je považován za součást rodiny, a podle jejich funkce, to znamená podle toho, jaký je účel rodiny a co rodina dělá. Definice

	toho, z koho se „rodina“ skládá, se mohou v rámci jednotlivých zemí lišit. V USA, Kanadě a v řadě evropských zemí je „rodina“ například nejčastěji definována jako rodina nukleární, tj. matka, otec a děti. V jiných zemích může „rodina“ zahrnovat i další členy, mezi něž spadají například prarodiče, tety, strýcové, sestřenic a bratrance.
Snižování nabídky	Vytváření přiměřených, jasných a důsledně uplatňovaných politik zaměřených na držení, užívání a prodej všech návykových látek včetně alkoholu a tabákových výrobků v areálu škol a v jejich okolí a na všech školami podporovaných akcích.
Snižování poptávky	Předcházení nebo přinejmenším oddalování užívání návykových látek u cílové skupiny na základě snahy podporovat hodnoty, normy, přesvědčení a postoje namířené proti užívání návykových látek a zdokonalovat dovednosti odolávání.
Socializace	Celoživotní proces, prostřednictvím kterého jsou přenášeny a internalizovány postoje, normy, přesvědčení a formy chování, které jsou z kulturního hlediska vhodné a přijatelné.
Stigma	Soubor negativních a často nespravedlivých přesvědčení společnosti nebo skupiny lidí o něčem; odmítání osobních charakteristik nebo přesvědčení, která jsou v rozporu s kulturními normami. Stigma často vede ke ztrátě postavení, k diskriminaci a vyloučení ze smysluplné participace ve společnosti.
Struktura intervence	Jak je preventivní intervence či politika uspořádána a utvořena, například: nezbytný počet sezení nebo předávných sezení, nebo organizace sezení.
Systémy implementace	Několik složek intervencí, které jsou propojeny za účelem dosažení určitého výsledku. Aby byly tyto složky efektivní, dochází v tomto systému často k jejich seřazení do zvláštního sledu.
Škola	Místo, kam docházejí děti za účelem vzdělávání (slovník Cambridge Dictionary, 2017).
Testování na drogy	Chemický rozbor biologických vzorků (včetně vzorků krve, moči, vlasů a potu) za účelem zjištění přítomnosti drog nebo jejich metabolitů (DŮLEŽITÁ POZNÁMKA: Testování na drogy (drug testing) je něco jiného než testování složení drog (drug checking), v rámci kterého se provádí chemická analýza drogových produktů).
Tvorba sdělení	Proces, v rámci kterého je vytvářeno přesvědčovací sdělení; zabývá se začleňováním přesvědčivých složek do sdělení za účelem ovlivnění přesvědčení a jednání osob.
Tvůrce politik	Někdo, kdo rozhoduje o nových politikách vlády, politické strany atd. (slovník Cambridge Dictionary, 2017).
Účinnost	Účinnost je míra, do jaké intervence (technologie, léčba, procedura, služba nebo program) přináší více užítku než škody, je-li realizována za optimálních podmínek.
Udržitelnost	Dlouhodobá, kvalitní implementace výzkumem podložených intervencí a systémy implementace, které podporují pokračování v těchto intervencích.
UPC-Adapt	Název projektu, který rozšířil adaptaci kurikula UPC. Tento projekt byl financován Evropskou komisí a spolupracovalo na něm jedenáct partnerů z devíti evropských zemí.
Užívání návykových látek	Návykové látky lze definovat jako tabákové výrobky, alkohol, těkavé

	látky (inhalanty) a další látky, jako je heroin, kokain, konopí a psychoaktivní léky vydávané pouze na lékařský předpis (určené pro neindikované užívání).
Výzkum	Systematické bádání zahrnující vývoj, testování a evaluaci s cílem rozvíjet zevšeobecnitelné poznatky nebo k takovým poznatkům přispět.
Výzkumem podložené preventivní intervence a politiky	Preventivní intervence a politiky, u kterých byla na základě výzkumu prokázána jejich účinnost v prevenci vzniku užívání návykových látek.
Zainteresovaná strana	Osoba, skupina nebo organizace, která se zajímá o určitou organizaci ovlivněnou průběhem činnosti.
Zdroj	Osoba nebo subjekt předávající přesvědčovací zprávu.
Zranitelnost/rizikovitost	Individuální dispozice, která je určena genetickými, psychologickými a sociálními faktory a která zvyšuje pravděpodobnost rozvoje rizikových forem chování a duševních poruch. Opakem zranitelnosti je odolnost (Federal Office of Public Health, 2006).

Příloha 4

Přehled informačních zdrojů

Metodické podklady

- ✕ EMCDDA – Standardy kvality
Standardy EDPQS obsahují soubor zásad, které mají pomoci při rozvíjení a hodnocení kvality protidrogové prevence. Skýtají vyčerpávající zdroj, který podává přehled o všech prvcích činností realizovaných v oblasti protidrogové prevence. Standardy EDPQS byly vytvořeny Evropským partnerstvím v oblasti standardů prevence (European Prevention Standards Partnership) na základě výzkumného projektu, na jehož financování se spolupodílela Evropská unie. S cílem zjistit, jaké standardy by měly platit pro činnosti v oblasti protidrogové prevence, provedlo partnerství přezkum a sloučení stávajících mezinárodních a národních standardů a konzultovalo více než 400 odborníků ze šesti evropských zemí⁴².
- ✕ Rada Evropské unie (2015), *Závěry Rady o provádění protidrogového akčního plánu EU na období 2013–2016, pokud jde o minimální požadavky na jakost v oblasti snižování poptávky po drogách v Evropské unii*
- ✕ UNODC/WHO – Mezinárodní standardy prevence užívání drog (druhé aktualizované vydání)
Tyto globálně pojaté mezinárodní standardy poskytují souhrnný přehled aktuálně dostupných vědeckých důkazů a popisují intervence a politiky, u nichž byly prokázány pozitivní preventivní výsledky, a jejich charakteristiky. Tyto globální mezinárodní standardy současně označují hlavní prvky a rysy efektivního národního systému protidrogové prevence⁴³.
- ✕ Portál nejlepší praxe – standardy a metodické podklady: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>
- ✕ Evropský průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

42 <http://www.emcdda.europa.eu/keywords/edpqs>

43 http://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf

Registry

Název	Země/region	Webové stránky
Xchange	Evropa	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange
Best practice portal	Evropa	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en
Green List	Německo	http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information
Evidence-based prevention	Španělsko	http://prevencionbasadaenlaevidencia.net
Centre for Analysis of Youth Transitions Database	Spojené království	http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/
Blueprints	Spojené státy	https://www.blueprintsprograms.org
National Registry of Evidence-Based Programs and Practices	Spojené státy	https://www.samhsa.gov/nrepp
Preventing Drug Use among Children and Adolescents	Spojené státy	https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

Evropské kurikulum prevence

Příručka pro rozhodovatele, tvůrce názorů a tvůrce politik
v oblasti vědecky podložené prevence užívání návykových látek

- > Primárním účelem vytvoření této příručky bylo poskytnout specifický referenční materiál pro vzdělávací kurzy založené na Evropském kurikulu prevence (EUPC). Příručka rovněž podává všeobecnější úvod do preventivní vědy a zejména pak do výzkumem podložených intervencí. Toto vzdělávací kurikulum bylo vytvořeno v rámci evropského projektu s názvem UPC-Adapt, který byl spolufinancován Evropskou komisí.
- > Publikaci čtenářům přináší Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky.
- > Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na webových stránkách rady na <http://www.drogy-info.cz> v sekci Publikace.
- > Distribuci zajišťuje vydavatel.

Vydal Úřad vlády České republiky
Nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejné

