

# **Zásady efektivní primární prevence**

Primář MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
PhDr. Ladislav Csémy  
PaedDr. Hana Pernicová

Dílčí úkol grantového projektu MŠMT ČR RS 97 096 „Výchova ke zdraví na základních školách s důrazem na prevenci problémů působených návykovými látkami“

Sportpropag, Praha 1999, s. 40.

<b>Obsah</b>	
<b>Poděkování</b>	<b>4</b>
<b>Úvod</b>	<b>5</b>
<b>Způsob využití tohoto materiálu</b>	<b>5</b>
<b>Definice základních pojmů</b>	<b>6</b>
Prevence a primární prevence	6
Efektivní prevence	6
<b>Zásady efektivní všeobecné prevence</b>	<b>8</b>
Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku	8
Program je malý a interaktivní	8
Program zahrnuje podstatnou část žáků	8
Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život	9
Program bere v úvahu místní specifika	9
Program využívá pozitivní modely	9
Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky	9
Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik	10
Program je soustavný a dlouhodobý	10
Program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně	11
Program je komplexní a využívá více strategií	11
Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat	11
<b>Zásady selektivní prevence</b>	<b>12</b>
Cílená pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby	12
Program využívá více strategií a je často intenzivní	12
Snižování dostupnosti návykových rizik	12
Program spolupracuje s dalšími organizacemi	13
Spolupráce s rodiči problémového dítěte	13
Pomoc ohroženým při přechodu do nového životního stadia	13
Relaxační techniky, zvládání stresu	13
Selektivní prevence u specifických oborů	13
Žáci zvláštních škol a žáci selhávající ve škole	14
Selektivní prevence a vzdělávání	14
<b>Indikovaná prevence a časná intervence</b>	<b>15</b>
<b>Organizační aspekty prevence</b>	<b>16</b>
Organizace preventivních programů a výzkumu	16
Poměr cena a efekt	16
Dlouhodobé pokračování programu	16
<b>Hodnocení preventivních programů</b>	<b>17</b>
Druhy hodnocení	17
Hodnocení výchozí situace	17
Stanovení cílů, které budou hodnoceny	17
Hodnocení procesu.	17
Krátkodobý efekt programu	18
Dlouhodobý efekt programu	18
Hodnocení poměru efekt versus cena	18
Problémy spojené s hodnocením	19
Korelace mezi výsledky a jejich zobecnitelnost	19
Přesah programu např. do sousední třídy	19
Přirozené zhoršování situace	19
Nevyváženost kontrolní a experimentální skupiny	19
Nedostatečná intenzita programu	19
Subjektivní faktory při hodnocení	19
Hodnocení efektivity preventivních programů v České republice	20
<b>Příloha: Kritéria pro přípravu a hodnocení preventivních programů v USA</b>	<b>21</b>

<b>Příloha: Malý slovník hodnocení prevence</b>	<b>29</b>
<b>Literatura</b>	<b>32</b>
<b>Anotace některých významných studií</b>	<b>35</b>
<b>Program FIT IN</b>	<b>37</b>

## **Poděkování**

Děkujeme Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy ČR, v rámci jehož resortního výzkumu tato práce vznikla, za poskytnutí finančních prostředků na vydání a distribuci metodického materiálu pro potřebu široké pedagogické veřejnosti. Firmě Sportpropag, a.s. děkujeme za pohoťové vydání publikace.

## Úvod

Je v zájmu celé společnosti i jednotlivých škol, aby se v prevenci používaly efektivní postupy, které dokáží předejít nebo oddálit setkání žáků s legálními i nelegálními návykovými látkami, případně snížit jejich spotřebu. Úspěšná prevence problémů působených návykovými látkami u dětí a dospívajících snižuje riziko zbytečných studijních selhání, neprospěchu, úrazů, otrav, trestné činnosti, sebevražd a HIV/AIDS (Koopman et al., 1994) a řady dalších problémů.

Prevence v této oblasti tedy není pro školy čímsi „navíc“, ale úzce souvisí s jejich vzdělávacím a výchovným působením.

V následujícím přehledu jsme se snažili vyhnout subjektivnímu hodnocení, proto jsme vycházeli z publikovaných výzkumů, na které odkazujeme v seznamu literatury v závěru práce. O tom, že se i v zemích Evropské unie věnuje hodnocení efektivity prevence rostoucí pozornost, svědčí publikace vydané za podpory EU (Baker et al., 1998 a Kröger et al., 1998).

## Způsob využití tohoto materiálu

Tuto publikaci je možné s uvedením pramene šířit a kopírovat bez omezení.

Nejedná se o podrobný metodický návod, ten může čtenář najít jinde (v české literatuře např. Nešpor a spol., 1996), ale o přehled postupů, které se v primární prevenci osvědčily. Uvedený text může usnadnit volbu mezi různými preventivními programy, případně škole pomoci vytvořit si vlastní program, který bude co nejlépe vyhovovat jejím potřebám a možnostem.

## Definice základních pojmů

### Prevence a primární prevence

Slovo „prevence“ je latinského původu a znamená opatření učinění předem, včasnou obranu nebo ochranu. Přibližně od konce 50. let se prevence rozdělila na primární a sekundární. Cílem primární prevence je předcházet nemoci před tím, než vznikne. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození. Od šedesátých let se navíc hovoří o terciální prevenci. Ta se použije po té, co nemoc způsobila poškození, cílem terciální prevence je předejít dalším škodám. V oblasti prevence problémů působených návykovými látkami. Uvedenou definici lze vztáhnout i na prevenci škod působených návykovými látkami. **Primární prevence** pak znamená předcházet problémům s návykovými látkami u těch, kdo je ještě nezačali škodlivě užívat, cílem **sekundární prevence** je poskytnout efektivní pomoc těm, kdo začali návykové látky zneužívat, kde ale stav příliš nepokročil, **terciální prevence** se překrývá s léčbou závislosti na návykových látkách a s mírněním škod.

V severoamerické odborné literatuře se uvádí také následující rozdělení:

**1. Prevence.** Ta se dále dělí na další tři podskupiny.

**1.A. Všeobecná prevence** je určena celé populaci, např. všem dospívajícím v určité oblasti.

**1.B. Selektivní prevence** má za cílovou populaci děti a dospívající se zvýšenými rizikem, kteří ještě návykové látky neužívají (např. hyperaktivní děti s poruchami pozornosti nebo s poruchami chování, děti s chronickým bolestivým onemocněním, s duševními problémy atd.).

**1. C. Indikovaná prevence** je určena těm dětem a dospívajícím, u kterých není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost na návykových látkách, ale kteří vykazují varovné známky užívání návykových látek.

**2. Léčba.** Ta je určena těm, kdo návykové látky škodlivě užívají nebo jsou na nich závislí.

**3. Udržování stavu a prevence recidiv.**

Uvedené severoamerické rozdělení je užitečné. Strategie všeobecné prevence (u celé populace) a selektivní prevence (u zvláště ohrožených) se podstatně liší, i když se jedná v obou případech o primární prevenci.

### Efektivní prevence

Cílem efektivní prevence je zejména:

- Předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku.
- Alespoň posunout setkání s návykovými látkami (v našich podmínkách nejčastěji s tabákem a alkoholem) do pozdějšího věku, když je organismus a psychika dospívajícího relativně vyspělejší a odolnější.
- Snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, pokud k němu už dochází, a předejít tak různým zdravotním poškozením včetně závislosti, které by vyžadovaly léčbu.

Stručně řečeno nejdůležitějším ukazatelem efektivity preventivního programu je změna chování. Změna chování může poněkud korelovat se změnou postojů, ale korelace s mírou znalostí je velmi slabá a nespolehlivá. Preventivní programy zaměřené pouze na předávání znalostí proto nebývají efektivní. Uvedené lze doložit na příkladu patrně v podstatě neúčinného programu DARE realizovaného za pomoci policie na mnoha amerických školách. Zmíněný program sice ovlivnil to, že si dospívající lépe uvědomili cenu alkoholu a cigaret a poněkud změnil postoje k drogám a jejich užívání, neměl ale žádný pozitivní efekt na užívání alkoholu, tabáku a dalších návykových látek ani na úmysl tato látky užívat v budoucnu (Ringwalt et al., 1991).

Je možné namítnout, že existují i úzce zaměřené programy se specifickými cíli. To se týká např. programů prevence řízení pod vlivem alkoholu a pro dospívající (např. Farrow, 1989). Celková spotřeba alkoholu nebo jiných návykových látek všem zpravidla koreluje se škodami, které tyto látky působí, snížení celkové spotřeby je proto žádoucí i zde, i když program tohoto typu bude při hodnocení brát v úvahu i jiné ukazatele, zejména výskyt rizikového chování.

## **Zásady efektivní všeobecné prevence**

Jak uvedeno výše, tyto programy jsou určeny celé populaci žáků. Často bývají standardizované a je možná relativně široká aplikace v různých zařízeních. Programy všeobecné prevence zpravidla podstatně neovlivní nejrizikovější žáky, protože ti vyžadují individuálnější a často i časově náročnější formy pomoci.

### ***Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku***

V podstatě platí, že čím nižší věk žáka, tím je prevence méně specifická a je více orientovaná na obecnou ochranu zdraví. Naopak čím je žák starší, tím je prevence více zaměřena na jednotlivé návykové látky a tím více by měli být děti a dospívající do preventivního programu aktivně zapojeni. U žáků vyššího věku také získává na významu racionální argumentace a možnost o problémech diskutovat.

Velmi zajímavým příkladem vlivu věku na efektivitu je program, o kterém referovali James a Wabaunsee (1995). Volnočasový program pro děti, jejichž rodiče neměli čas se jim po škole věnovat, snížil mimo jiné spotřebu návykových látek u žáků nižších ročníků (do 11-12 let), ale měl právě opačný efekt u žáků, kteří byli starší.

V odborných kruzích převládá názor, že efektivita prevence ve vztahu k legálním i ilegálním drogám vzrůstá, jestliže preventivní program začíná ještě před setkáním dětí s legálními návykovými látkami (alkohol a tabák) a jestliže se podaří toto setkání oddálit (např. Baker et al., 1998).

### ***Program je malý a interaktivní***

Studie provedená v roce 1995 Toblerovou shrnula preventivní programy u žáků 5.-12. tříd. Autorka zjistila, že nejúčinnější jsou programy interaktivní v porovnání se vzdělávacími programy a programy pro menší počet žáků v porovnání s programy pro velký počet. To je v souladu se dřívější prací zmíněné autorky (Toblerová, 1986), kdy shrnula výsledky 143 studií týkajících se prevence. Nejúčinnější při všeobecné prevenci byly tzv. peer programy (programy za aktivní účasti připravených vrstevníků), což se týkalo alkoholu, měkkých drog, tvrdých drog i cigaret. Vyšší účinnost svojí podstatou interaktivních peer programů v porovnání s ostatními postupy potvrdila i studie Bengert- Drownse (1988). Podobně Perry a spol. (1989) prokázali ve studii podporované Světovou zdravotnickou organizací, že peer programy byly účinné v Austrálii, Chile, Norsku a Svazijsku. V této studii stejný program realizovali učitelé a předem připravení vrstevníci, s časovým odstupem se vliv programu na chování žáků porovnával s chováním kontrolní skupiny, u které žádný program neproběhl. Jestliže program realizovali připravení vrstevníci, byly výsledky lepší než ve skupině, kde realizaci prováděli pouze učitelé i v kontrolní skupině. Program realizovaný jen učiteli vedl dokonce v některých zemích k tomu, že výsledky byly horší než v kontrolní skupině. Black et al. (1998), kromě toho, že potvrzují výše uvedená výzkumná data, referují o americké Národní asociaci peer aktivistů (National Peer Helpers Association) a o tom, že v oblasti peer programů vznikají standardy pro jejich uplatňování.

### ***Program zahrnuje podstatnou část žáků***

To, aby všeobecná prevence byla poskytnuta podstatné části žáků v dané třídě nebo škole vychází z definice všeobecné prevence. Častá chyba, s níž se v praxi setkáváme, je že se



některý program soustředí pouze na přípravu peer aktivistů a menší nebo žádnou pozornost věnuje realizaci programu za pomoci peer aktivistů v celých třídách.

### ***Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život***

Metodou, o jejíž účinnosti při všeobecné prevenci existují doklady (např. Botvin et al., 1995), je nácvik relevantních dovedností. Ve všeobecné prevenci se nejčastěji uplatňují dovednosti odmítání návykových látek a schopnost čelit tlaku ze strany okolí, komunikační dovednosti, schopnost vytvářet přátelské vztahy, asertivní dovednosti a zvyšování zdravého sebevědomí, zvyšování schopnosti sebeuvědomování, zlepšování sebeovládání, dovednosti rozhodování, lepší vnímání následků určitého jednání, nenásilní zvládání konfliktů, konzumentské dovednosti, studijní dovednosti, zvládání úzkosti a stresu (např. DuPont, 1989, Baker, 1993).

### ***Program bere v úvahu místní specifika***

O tom, že ignorovat místní specifika se nevyplácí, se přesvědčili na Novém Zélandu. Na základě informací o problémech s čicháním organických rozpouštědel u britských dětí zorganizovali přednášky o těkavých látkách. V důsledku toho se tam rozšířil, do té doby neznámý, problém se zneužíváním těchto látek.

### ***Program využívá pozitivní modely***

Napodobování je osvědčený postup používaný jak v psychoterapii, tak v pedagogice. Proto mají v prevenci pozitivní modely, zejména takové, s nimiž se může cílová populace ztotožnit a jejichž způsoby reagování může uplatnit v situacích svého každodenního života (např. při trávení volného času nebo zvládání problémů). Jako pozitivní modely ve všeobecné prevenci jsou vhodné vrstevníci, kteří žijí zdravě. Nevhodní jsou pacienti léčení pro závislost (např. Prevention Plus II, 1989) a vysloveně nevhodní závislí na drogách, kteří o léčbu nemají zájem a kteří pokračují v braní drog.

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

### ***Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky***

Naprostá většina dobrých zahraničních programů všeobecné prevence určené dětem a dospívajícím zahrnují legální i ilegální návykové látky. Důvodů proč, je více:

- Legální drogy (u nás nejčastěji tabák a alkohol) zvyšují míru rizikových faktorů a tedy i možnost přechodu k ilegálním drogám (Kandel et al., 1992). Zvláště varovnou známkou v tomto směru je prudký vzestup spotřeby alkoholu nebo tabáku u dospívajících. Jedna nám známá odborná práce svědčí i o určitém riziku kofeinu (v kávě a o něco méně v nápojích typu „Cola“) jako látky, které zvyšuje míru rizika přechodu k jiným drogám u žáků 7. a 8. ročníků (Collins et al., 1997).

- Legální drogy představují u dospívajících závažný problém samy o sobě. Závislost na nich vzniká rychleji než v pozdějších letech a zejména alkohol je pro děti a dospívající mimořádně nebezpečný, a to i u těch, kdo na něm (ještě) závislí nejsou. Jedná se např. o úrazy, otravy, dopravní nehody nebo násilnou trestnou činnost pod vlivem alkoholu.
- Zejména dospívající mají tendenci vnímat prevenci zaměřenou úzce na ilegální návykové látky, ignorující alkohol a tabák jako jednostrannou a nevyváženou.
- Časté je kombinování alkoholu a jiných návykových látek během jednoho sezení (např. alkohol a tlumivé léky, ve slangu „drobenej ležák“).
- Prevence škodlivého užívání legálních návykových látek může být užitečná při v prevenci ilegálních látek (např. Thomas, 1997), ale patrně nikoliv naopak.
- Mechanismy, které se uplatňují při vzniku závislosti na alkoholu nebo na drogách (i při vzniku patologického hráčství) jsou stejné nebo podobné a podobné nebo identické jsou i preventivní strategie všeobecné prevence.

Dalším důvodem, spadajícím spíše do oblasti specifické prevence, je okolnost, že děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, jsou více ohroženy závislostí na návykových látkách v porovnání s dětmi, kde se tento problém v rodině nevyskytuje.

### ***Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik***

Do této kategorie patří např. zákaz a prodeje a alkoholických nápojů osobám pod 18 let a jeho energické prosazování, zákaz prodeje tabákových výrobků osobám pod 16 let a zákaz prodeje ilegálních drog. Řadí se sem i cenová regulace, zdanění a omezení míst a hodin prodeje u legálních návykových látek, zákaz prodeje a požívání alkoholu v určitých prostředích (např. v dopravě, na pracovištích nebo na sportovních utkáních). Snižování dostupnosti může také znamenat vyhýbat se rizikovým prostředím a pro děti vytvářet prostředí bezpečná (např. rodiče by doma neměli mít léky nebo alkohol, které by byly dostupné dětem).

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

### ***Program je soustavný a dlouhodobý***

Efektivita preventivního programu vzrůstá jestliže je soustavný a dlouhodobý a naopak lze sotva předpokládat pozitivní efekt nahodilých a jednorázových akcí, byť jsou třeba i dobře míněny. Z tohoto hlediska je výhoda, když si škola program, nebo jeho podstatnou část, zajišťuje sama. Není pak odkázána na ochotu dalších organizací a navíc je snazší sladění preventivního programu s režimem školy i s dalšími školními aktivitami.

Podle zahraničních pramenů je účinnost prevence je nejvyšší, jestliže začne dva až tři roky před prvním kontaktem s návykovou látkou a jestliže průběžně pokračuje mnoho let. Tak podle Bella a spol. (1993) i poměrně kvalitní program zahrnující 8 sezení v 7. ročníku a 3 sezení v 8. ročníku nedokázal ovlivnit užívání návykových látek v 9. ročníku, a autoři proto považují pro efektivitu programu nutné průběžné působení a posilování účinků i v dalších ročnících.

Pro úspěch jiného programu založeného na získávání relevantních dovedností bylo potřebných 15 hodin v 7. ročníku, a 10 „posilovacích“ hodin v 8. ročníku a 5 „posilovacích“ hodin v 9. ročníku (Botvin et al., 1995).

### ***Program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně***

O tom, že způsob, jakým je program prezentován, i lidé, kteří program vedou, mohou podstatně ovlivnit jeho efektivitu existují doklady (např. Hansen et al., 1991). Uvedený faktor může poněkud komplikovat porovnávání efektivit různých programů. Je to ovšem pádný důvod k tomu, aby se přípravě pedagogů a dalších pracovníků, kteří se na realizaci programu podílejí, věnovala potřebná pozornost.

### ***Program je komplexní a využívá více strategií***

Užitečnost uvedeného principu lze ilustrovat na nedávno publikované norské studii (Josendal et al., 1998). Autoři zkoumali efektivitu různých typů školních programů zaměřených proti kouření.

Žáci z 99 škol byli rozděleni do následujících čtyř skupin:

*Skupina A* byla kontrolní a žádná intervence u ní neprobíhala.

*Skupina B* byla vystavena intervenci, která zahrnovala práci ve třídě, spolupráci s rodiči a výcvik učitelů.

*Skupina C* byla vystavena intervenci, která zahrnovala práci ve třídě a spolupráci s rodiči, ne však a výcvik učitelů.

*Skupina D* byla vystavena intervenci, která zahrnovala práci ve třídě a výcvik učitelů, ne však spolupráci s rodiči.

S asi půlročním odstupem došlo k vzestupu kuřáků v kontrolní skupině A o 8,3 %, zatímco ve skupině B, která byla vystavena nejkomplexnějšímu programu, pouze o 1,9 %. Ve skupině C a D byly výsledky lepší než u kontrolní skupiny, ale horší než u skupiny B. Zajímavé je také zjištění, že tento program byl stejně efektivní nebo efektivnější u žáků se zvýšeným rizikem, což není pro všeobecnou prevenci typické.

### ***Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat***

Mezi všeobecnou, selektivní a indikovanou prevencí není zdaleka tak ostrá hranice, jak by se mohlo zdát. Míra rizikových faktorů se u určitého žáka může v krátké době pronikavě zvýšit (např. v období rozvodu rodičů či v důsledku rizikové starší společnosti, do níž se náhodně dostal). Proto i programy všeobecné prevence zahrnují prvky prevence selektivní a indikované (kde hledat pomoc pro různé problémy včetně problémů s návykovými látkami, jak zvládat nepříjemné duševní stavy atd.). Tyto pozitivní alternativy ale nebývají v rámci všeobecné prevence nabízeny vysloveně cíleně, jako je tomu u prevence selektivní.

Dalším důvodem, proč je vhodné zařadit prvky selektivní a indikované prevence do všeobecné prevence, je skutečnost, že zdrojem informací o tom, kde hledat pomoc pro problémy s návykovými látkami i pro jiné problémy, bývají často vrstevníci (Mason, 1997).

## **Zásady selektivní prevence**

Selektivní prevence je náročnější na čas, kvalifikaci i prostředky. O efektivitě selektivní prevence, jestliže je poskytována cíleně podle charakteru ohrožení, svědčí už výše zmiňovaná meta-analýza Toblerové z roku 1986. Jak známo, žáci se zvýšeným rizikem představují nesourodou populaci. Určitý přístup bude vyžadovat např. hyperaktivní dítě s poruchami pozornosti a odlišný přístup např. dospívající z rodiny, kde má otec problémy s alkoholem nebo kde se vyskytuje vážná duševní porucha.

Některé ze strategií používaných ve všeobecné prevenci jsou vhodné i pro prevenci selektivní, využívají se ale cíleněji (např. snižování dostupnosti nebo nácvik určitých sociálních a jiných dovedností).

### **Některé příklady žáků vyžadujících selektivní prevenci**

- Závislost na alkoholu u někoho z rodičů.
- Závislost nebo zneužívání návykových látek u sourozenců nebo blízkých přátel.
- Poruchy chování.
- Hyperaktivita a poruchy pozornosti.
- Úzkostná porucha.
- Zanedbávání nebo týrání.
- Vysoce rizikové sociální prostředí.

### ***Cílená pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby***

Co se míní cíleným nabízením pomoci lze ukázat na příkladě. Nácvik sociálních dovedností (asertivita, dovednosti odmítání, komunikační dovednosti atd.) může být užitečnou součástí preventivního programu pro celou třídu. Pak se jedná o všeobecnou prevenci. Nácvik sociálních dovedností lze ale také použít cíleně u dospívajícího, který má problémy při komunikaci a v oblasti mezilidských vztahů. Pak se jedná o prevenci selektivní.

Užitečným nástrojem, který lze použít k identifikaci specifických potřeb žáků se zvýšeným rizikem je adaptovaná česká verze Tarterova skriningového dotazníku (Nešpor, Csémy a Provazníková, 1998).

### ***Program využívá více strategií a je často intenzivní***

Programy selektivní a indikované prevence bývají intenzivnější a často využívají více strategií zaměřených na pomoc rizikovému žákovi. Uvedené lze ilustrovat na práci Thompsona a spol. (1997), která se týkala pomoci žákům ve věku 15 až 17 let se zvýšeným rizikem. Průběžné hodnocení tohoto školního programu ukázalo, že je třeba zvýšit jeho intenzitu, protože se objevovaly problémy jako deprese, hněv a sebevražedné tendence, s nimiž se původně nepočítalo. Intenzivnější verze uvedeného programu pak ovlivnila spotřebu návykových látek, deprese, stres, pocity hněvu a vedla i ke zvýšení sebevědomí.

### ***Snižování dostupnosti návykových rizik***

O snižování dostupnosti návykových látek jsme se už zmiňovali v souvislosti s všeobecnou prevencí. U selektivní a indikované prevence je to ale ještě důležitější, protože riziko návykových látek pro ohrožené nebo s návykovými látkami experimentující dospívající je ještě vyšší než u normální populace.

### ***Program spolupracuje s dalšími organizacemi***

Jak uvedeno výše, selektivní prevence je náročná na čas a může vyžadovat vysoce specializované formy pomoci přesahující možnosti školy. Z tohoto důvodu má přímá spolupráce s rodinou a dalšími organizacemi zvláště velký význam. Předání dítěte do péče např. pedagogicko-psychologické poradny nebo jiného zařízení neznámá, že by se škola přestala problémovým dítětem zabývat, ale znamená naopak prohloubení a posílení jejich preventivních snah. Pravděpodobnost, že žák doporučení k nějaké specializované formě pomoci přijme zvyšuje spolupráce s rodiči, vzbuzování důvěry v příslušné zařízení i to, že se tam předem dohodne návštěva.

### ***Spolupráce s rodiči problémového dítěte***

V situaci, kdy existuje závažný problém u rodičů (např. nezvládaný konflikt týkající se nevěry jednoho rodiče, závislost na alkoholu u otce, duševní nemoc rodičů), může být užitečné hovořit s rodiči odděleně. Jindy je naopak vhodná společná rodinná terapie s dítětem, zejména když jde o to dohodnout a prosadit určitá pravidla vzájemného soužití. Předání žáka k poradenství nebo k léčbě také zpravidla vyžaduje spolupráci s rodinou.

Programy vycházející z intenzivní práce s rodiči problémového žáka mohou být velmi úspěšné, jak o tom svědčí zahraniční zkušenosti (např. Aktan et al., 1996). Tyto programy ovšem mohou být dosti náročné na čas i kvalifikaci pracovníků, kteří je vedou.

Účinnou formou pomoci pro děti a dospívající, jejichž rodiče mají nezvládaný problém s alkoholem nebo s jinou návykovou látkou, je léčba rodičů. Existují zprávy o efektivních programech tohoto typu, které během léčby rodičů zajišťují denní péči o dítě (Dore a Doris, 1998). Je jasné, že to vyžaduje spolupráci školy s dalšími organizacemi.

Častou, a bohužel patrně oprávněnou námitkou ovšem je, že spolupráce s rodiči těch nejproblémovějších dětí je často nejobtížnější (Cohen a Linton, 1995).

### ***Pomoc ohroženým při přechodu do nového životního stadia***

Jedná se o slibný přístup zaměřený na osoby se zvýšeným rizikem např. při přechodu ze základní školy do učebního oboru nebo na střední školu, při nástupu do zaměstnání apod., kdy by se jinak zvýšilo riziko dekompenzace jejich stavu a souvisejících problémů s návykovými látkami.

### ***Relaxační techniky, zvládání stresu***

Podobně jako sociální dovednosti i relaxační techniky nacházejí uplatnění jak ve všeobecné, tak v selektivní prevenci. Relaxační techniky i vhodná a jednoduchá cvičení převzatá z jógy lze použít jako prevenci nadměrného stresu. Existují doklady o užitečnosti relaxace u hyperaktivních dětí s poruchami pozornosti, u dětí a dospívajících trpících úzkostnými stavy a psychosomatickými obtížemi, jako jsou bolesti hlavy, a dokonce i při zlepšování školního prospěchu (Zenker et al., 1986, Telles, 1993, Raymer a Poppen, 1985, Shafí, et al., 1974, Rauhala et al., 1990-1991, Engel, 1992, Nešpor, 1998).

### ***Selektivní prevence u specifických oborů***

Je prokázáno, že určité obory a zaměstnání jsou spojeny s vyšším rizikem problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami nebo hazardní hrou. To je zpravidla dáno snadnou dostupností návykových látek, vyšší mírou stresu, určitou tradicí a dalšími

okolnostmi. K typicky rizikovým profesím patří číšníci a servírky, ale i pracovníci ve zdravotnictví, pracovníci policie, novináři atd. Např. podle Colemana spol. (1997) je přibližně 10 % (!) amerických zdravotních sester závislých na návykových látkách a u mnoha z nich začíná zneužívání návykových látek už během studia.

Zda považovat program určený speciálně pro studentky zdravotních škol (Smith-Dijulio, 1981) za všeobecnou prevenci nebo za prevenci selektivní, je otázka spíše akademická.

Podstatné je, že takové programy jsou potřebné a důležité. K jejich rysům by mělo patřit i to, že pomáhají lépe čelit specifickým rizikovým faktorům dané profese (např. vyšší míře stresu).

### ***Žáci zvláštních škol a žáci selhávající ve škole***

Žáci zvláštních škol a selhávající ve škole představují populaci se zvýšeným rizikem a to populaci poměrně heterogenní, jejíž potřeby uspokojí spíše prevence selektivní, která bere v úvahu jejich specifika, než prevence všeobecná. Podle Putnama (1995) by prevence u selhávajících žáků a žáků zvláštních škol měla zahrnovat široké spektrum služeb jako psychologickou a psychiatrickou pomoc pro možné deprese a suicidální tendence, zvláštní přístup ze strany pedagogů, pomoc při lepším uvědomění si a vyhýbání se rizikovým situacím, sexuální výchovu, krizovou intervenci, nácvik zvládnání obtížných situací atd.

### ***Selektivní prevence a vzdělávání***

Do této skupiny patří široká škála postupů jako diagnostika neprospěchu, pomoc při učení, přizpůsobit nároky na žáka jeho možnostem, poradenství týkající se vhodného studia nebo učebního oboru, hledat cesty, jak dítě lépe integrovat v kolektivu třídy nebo jak zlepšit problémový vztah s určitým učitelem či s vrstevníky. Patří sem i diferenciací třídy, častější přestávky, odpočinková plocha ve třídě, individuální učební plán, vyrovnávací třídy, mikrotřídy, zařazení do speciální školy, pokud je namístě. Je třeba respektovat okamžité meze žáka, ale vnímat i jeho dobré možnosti.

Poněkud specifickou oblastí je prevence šikanování. Na tomto místě jen uvádíme, že z hlediska pozdějších problémů s alkoholem a jinými návykovými látkami i dalších problémů jsou více ohroženi jak šikanovaný, tak šikanující. S oběma by se proto mělo kvalifikovaně psychologicky pracovat.

## **Indikovaná prevence a časná intervence**

Pojmy „indikovaná prevence“ a „časná intervence“ se kryjí jen částečně. Jak jsme již uvedli, indikovaná prevence je určena těm žákům, kteří s návykovými látkami experimentují, ale ještě u nich není možné diagnostikovat škodlivé užívání návykových látek nebo závislost na nich. Časná intervence se může týkat nejen výše uvedené skupiny, ale i těch, u nichž lze škodlivé užívání nebo závislost prokázat.

Postupy používané při indikované intervenci se ovšem kryjí s postupy používanými při časné intervenci a v tomto směru můžeme odkázat na nedávno vydanou publikaci „Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence“ (Nešpor et al., 1998).

## Organizační aspekty prevence

### **Organizace preventivních programů a výzkumu**

K typickým rysům efektivní prevence i výzkumu v této oblasti patří i dobrá organizace. Tak Egert (1997) uvádí v souvislosti s „Reconnection Youth Program“, který je určený žákům se zvýšeným rizikem, následující stadia:

1. Počáteční plánování.
2. Získání finančních prostředků.
3. Souhlas příslušných škol.
4. Vytvoření administrativní a podpůrné struktury programu.
5. Práce s týmem realizátorů.
6. Identifikace a zapojení rizikových žáků, jímž je program určen.
7. Vytvoření systému krizové intervence.
8. Spolupráce s místním společenstvím.
9. Spolupráce s rodiči.
10. Vyhodnocení.

Pro naše podmínky jsme shrnuli kroky, v nichž probíhal modelový peer program ve školním prostředí, následovně: Získat zájem a souhlas ředitele školy, stručná informace o programu pro pedagogický sbor, výběr spolupracovníků z řad učitelů, nábor peer aktivistů, příprava peer aktivistů, realizace programu v o rok nižším ročníku, zpětná vazba ze strany žáků (Nešpor a spol., 1996).

Výše uvedené se týká i výzkumů preventivních programů ve školním prostředí, např. Gensheimer et al. (1993) shrnují organizaci výzkumu v oblasti prevence ve školním prostředí a zabývají se i etickými otázkami.

### **Poměr cena a efekt**

Použitelnost toho kterého preventivního programu je dána nejen jeho efektivitou, ale také časovými a personálními nároky a v neposlední řadě i finanční náročností. Z tohoto hlediska je ideální takový preventivní program, který je efektivní, ale zároveň nevyžaduje extrémně dlouhou přípravu pedagogických pracovníků, nezatěžuje školu velkými finančními náklady a je snadno zakomponovatelný do režimu školy.

### **Dlouhodobé pokračování programu**

Identifikace efektivních programů a příprava pedagogů, aby byli schopni tyto programy na školách realizovat, jsou důležité. Důležité je však i to, aby se v realizaci efektivních programů pokračovalo dlouhodobě po mnoho let a aby pedagogové své dovednosti v oblasti prevence soustavně uplatňovali, jak na to správně upozorňuje např. Rohrbach a spol. (1993). K tomu je třeba vytvářet organizační i materiální předpoklady.



## Hodnocení preventivních programů

Ani v USA není důsledné a dlouhodobé hodnocení školních programů samozřejmostí. Z velkého množství školních programů používaných celostátně v USA bylo pouze 10 programů dostatečně hodnoceno a z nich 8 se ukázalo jako schopných snížit spotřebu návykových látek, přinejmenším z krátkodobého hlediska (Dusenbury a spol., 1997). U nás jsme v oblasti hodnocení efektivity prevence na školách na samém počátku.

### Druhy hodnocení

#### Hodnocení výchozí situace

Hodnocení výchozí situace může brát v úvahu publikované studie týkající se rozšířenosti různých návykových látek u dětí a dospívajících nebo se může opírat o anketu prováděnou na konkrétní škole nebo pracovišti.

*Klasický příklad toho, že se nevyplácí tuto formu hodnocení podceňovat nabídla pracovnice Světové zdravotnické organizace L. Rileyová. Podle ní se na Nový Zéland dostaly informace o komplikacích, které působí těkavé látky školní mládeži ve Velké Británii. Na školách na Novém Zélandě začali proto pořádat přednášky o těkavých látkách. Nechtěným výsledkem takové „prevence“ bylo vzbuzení zájmu o těkavé látky o to, že je tamní školáci začali také zneužívat. Odhlédneme-li od neúčinné preventivní strategie, kterou v tomto případě použili, byla největší chyba právě v tom, že před zahájením programu dobře nezmapovali tamní situaci a nezabývali se reálnými a aktuálními návykovými riziky, jímž byla tamní situace vystavena.*

#### Stanovení cílů, které budou hodnoceny

**Cíle by měly být měřitelné, definované a specifické.** Jako vhodný cíl preventivního programu se tedy hodí např. snížení počtu neomluvených hodin u problémových dětí, zlepšení jejich prospěchu, procento rizikových žáků, které se účastní nějaké kvalitní volnočasové aktivity v bezpečném prostředí nebo údaje o spotřebě alkoholu, tabáku a jiných návykových látek, které žáci poskytují formou dotazníku a anonymně. Cíl, aby žáci prožili kvalitní život, je jistě ušlechtilý, ale není v přijatelném časovém úseku hodnotitelný.

**Cíle by měly být realistické a dosažitelné danými prostředky.** Občas se lze setkat s extrémními případy, že v projektu, který se týká volnočasové aktivity pro malý počet žáků, se jako kritérium efektivity programu bere počet uživatelů drog v celém okrese. To zjevně není realistické a takový výsledek (ať pozitivní nebo negativní) nevypovídá nic o efektu programu, protože tento výsledek mnohem více ovlivnily úplně jiné faktory.

**Určitý výsledek nelze automaticky zevšeobecňovat.** Opakovaně se můžeme setkat s tím, že efektivita programu byla posuzována podle toho, zda se žákům líbil. Obliba nebo neoblíbenost programu nepochybně má svůj význam, ale ještě sama o sobě nezaručuje, že se tak oddálí setkání s návykovou látkou. Další častou chybou, o které jsme se už zmínili, je přeceňovat význam znalostí a automaticky předpokládat, že tyto znalosti žák použije ke svému prospěchu, ne proti němu. Výzkumné práce, které jsou nám známé, pro korelaci znalostmi a chováním nesvědčí.

#### Hodnocení procesu.

Ani nejpečlivější plánování projektu zpravidla nepostihne veškeré nahodilosti a komplikace, které mohou při jeho realizaci nastat. Právě hodnocení procesu je velmi důležité pro hladký průběh programu, protože umožňuje citlivě reagovat na odezvu žáku a projekt modifikovat. *Jako příklad lze uvést přípravu peer programu pro středoškoláky, který do značné míry vycházel z podobného programu pro základní školy. Předpokládali jsme, že dovednosti*

*odmítání, které byly na základních školách přijímány velmi dobře, budou stejně přijímány i na středních školách. Ukázalo se, že to nebyla pravda a že část středoškoláků připadal nácvik způsobů odmítání triviální. Abychom se ubezpečili, zda nejsou dovednosti odmítání pro středoškoláky zbytečné, zařadili jsme původně neplánovanou anketu, která se týkala jejich schopnosti odmítat návykové látky v různých situacích. Ukázalo se, že repertoár způsobů odmítání středoškoláků je dosti omezený a že dovednosti odmítání potřebují. Proto jsme tento prvek z programu nevynechali, ale zasadili jsme ho pro středoškoláky do přijatelnějšího rámce sociálních dovedností, neverbální komunikace, asertivity a otázek životního stylu.*

### **Krátkodobý efekt programu**

Zjišťuje se bezprostředně po skončení programu, což je výhodné z organizačního hlediska. Krátkodobý efekt programu může mnohé napovědět, ale nedá se přeceňovat, ať už je pozitivní nebo negativní. Pozitivní efekt u programů, které netrvají dostatečně dlouho a neprobíhají u nich tzv. „posilující sezení“ se může postupně vytrácet. Naopak negativní efekt nemusí znamenat, že je ta která technika neúčinná, ale např. to, že program nebyl dostatečně intenzivní.

### **Dlouhodobý efekt programu**

Dlouhodobé výsledky toho kterého programu (např. po půl roce, roce nebo i po více letech) mají z odborného hlediska daleko největší hodnotu. Jejich získávání je ale obtížné z více důvodů:

- V průběhu let dochází k tomu, že se stále více dětí a dospívajících setkává s legálními i s ilegálními návykovými látkami. I program, který takový vývoj byť i jen zpomalí, nikoliv zvrátí, je třeba považovat za úspěšný.
- I z tohoto důvodu se provádějí studie využívající kontrolní skupinu, s níž se nepracuje nebo u které se provede jiný způsob prevence a kterou je možné s experimentální skupinou porovnávat. Aby bylo takové srovnání objektivní, musí být kontrolní skupina v podstatných rysech velmi podobná experimentální skupině.
- Zejména výsledky malých studií, které nemají kontrolní skupinu, bývá efekt programu pronikavě ovlivněn jinými faktory než preventivní intervencí (např. velké zvýšení dostupnosti drog v určité lokalitě, proces dospívání, přechod na jinou školu nebo do jiného prostředí apod.).

### **Hodnocení poměru efekt versus cena**

Jedná se poměrně náročnou formu hodnocení programu beroucí v úvahu efektivitu programu i ekonomické možnosti školy nebo organizace. Z tohoto hlediska jsou nejlepší efektivní a levné programy a nejhorší neefektivní a drahé programy.

*S exkluzivními programy prevence a léčby zahrnující dlouhé cesty a velké výdaje se lze setkávat i u nás. I kdyby byly tyto programy efektivní, což je často nejisté, nejsou takové programy právě pro svoji vysokou cenu v širším měřítku použitelné.*

Jak uvedeno výše, hodnocení ceny programu a prospěchu, který přináší, nemusí být snadné.

Do ceny programu je třeba zahrnout přímé náklady na přípravu, realizaci a hodnocení programu a u programů v pracovním prostředí i ztrátu pracovního času a tedy nižší produktivitu. Na druhé straně efekt programu by měl brát v úvahu např. lepší zdravotní stav, lepší sociální adaptaci, nižší kriminalitu, vyšší zaměstnatelnost, lepší produktivitu práce, stabilnější a kvalitnější sociální vztahy, vyšší kvalitu života i pozitivní působení jedince, který žije relativně zdravě, na okolí.

## **Problémy spojené s hodnocením**

O některých problémech při hodnocení programu jsme se již zmiňovali, ale pro úplnost je zde opakujeme.

### **Korelace mezi výsledky a jejich zobecnitelnost**

Existují slabé korelace mezi znalostmi a žádoucím chováním ve vztahu k návykovým látkám, což do značné míry vysvětluje neúčinnost programů zaměřených výlučně na získávání znalostí.

*Programy, které vedou k oddálení kontaktu s legálními drogami (alkohol, tabák) snižují i riziko ve vztahu k ilegálním drogám. To ale patrně neplatí v opačném směru, tedy programy zaměřené výlučně na nealkoholové drogy zpravidla neovlivní spotřebu alkoholu.*

### **Přesah programu např. do sousední třídy**

I v kontrolované studii probíhající na téže škole je možné, že se během neformálních interakcí mezi žáky mimo vyučování přenesou pozitivní efekty programu do třídy, která v experimentu slouží pouze jako kontrolní skupina.

### **Přirozené zhoršování situace**

Statistika data, která máme k dispozici jednoznačně svědčí, že zkušenosti s návykovými látkami a také související problémy u dětí a dospívajících narůstají s přibývajícím věkem. Jak uvedeno výše, pozitivním výsledkem programu může být i nezhoršování nebo pomalejší zhoršování situace ve srovnání s kontrolní skupinou.

### **Nevyváženost kontrolní a experimentální skupiny**

Pokud bychom např. za kontrolní skupinu zvolili děti nebo dospívající, kteří odmítli účast v programu, lze předpokládat, že experiment nebude objektivní, protože kontrolní skupina je méně motivována ke spolupráci, má slabší vazbu na školu atd., což mohou být dosti podstatné rizikové faktory.

### **Nedostatečná intenzita programu**

Nároky na učitele spíše narůstají a pravděpodobnost, že nějaký sice účinný, ale vysoce náročný program bude široce realizován, není velká. Navíc některé školy, ať z neznalosti nebo z pohodlí, dávají přednost programům organizačně i časově nenáročným (přednášky, hromadné návštěvy jednorázových komerčních programů apod.). Za této situace je tendence i efektivní programy redukovat na minimum, což může oslabovat jejich efekt. Pro dlouhodobější efekt je naopak žádoucí dlouhodobé působení s posilovacími sezeními v následujících letech.

### **Subjektivní faktory při hodnocení**

Nemáme zde na mysli přímo podvody, k nimž také ve vědě a výzkumu čas od času dochází, ale jiné subjektivní faktory. Tak i při anonymním závěrečném hodnocení může žák efekt určitého programu nadhodnocovat nebo podhodnocovat s ohledem na svůj vztah k tomu, kdo program vede. Navíc se může v různých programech projevit i charisma toho či onoho vedoucího programu. Subjektivní faktor se může promítat i do formulace otázek nebo do způsobu jejich interpretace.

Jak je patrné z výše uvedeného, je okruh subjektivních vlivů poměrně nesnadno překonatelný. Patrně nejúčinnějším způsobem, jak subjektivní faktory překonat, je opakovat experiment v

jiném prostředí, protože právě opakovatelnost experimentu subjektivní faktory do velké míry eliminuje.

Je naopak pochopitelné, že riziko chyb způsobených subjektivními faktory vzrůstá, jestliže je hodnotitel přímo nebo nepřímo závislý na pozitivním (nebo negativním) výsledku hodnocení nebo jestliže nemá dostatečnou kvalifikaci a zkušenosti.

### ***Hodnocení efektivity preventivních programů v České republice***

Není nám známo, že by České republice proběhl do doby vzniku tohoto rukopisu preventivní program ve školním prostředí, jehož součástí by bylo hodnocení krátkodobého a dlouhodobého účinku na spotřebu návykových látek a jehož výsledky by byly publikovány v odborném tisku. Důvody, proč tomu tak je, lze shrnout následovně:

- Hodnocení, zejména dlouhodobé a zahrnující kontrolní skupinu je časově, metodicky i finančně relativně náročné.
- Autoři nebo provozovatelé některých komerčně výhodných preventivních programů navíc ani zpravidla nemají zájem o objektivní posouzení svého programu.
- Mnozí hodnocení jako takové i závěry zahraničního výzkumu podceňují a bagatelizují a dávají přednost programům, o jejichž účinnosti lze pochybovat (přednášky, velké neinteraktivní programy).

Možností, která není sice ideální, ale je alespoň přijatelná, je převzít některé zahraniční programy a postupy, které byly náležitě hodnoceny jinde, a adaptovat je na naše poměry. To se týká zejména peer programů, nácviku sociálních dovedností a některých programů prevence v rodině a časné intervence.

## **Příloha: Kritéria pro přípravu a hodnocení preventivních programů v USA**

Autorkou je Mary B. Morton, materiál jsme přeložili publikace „Prevention Plus III“ vydané Office for Substance Abuse Prevention ve Washingtonu. Jedná se o podrobné schéma použitelné při vytváření a hodnocení preventivních programů. Pasáže označené „pozn.“ doplnili autoři této knihy.

Hodnocení programu spočívá v tom, že se každé položce přiřadí příslušný počet bodů. Body za jednotlivé části se sečtou, přenesou do přehledu v závěru dotazníku a znovu sečtou. Výsledek se dělí 250, což je maximální počet bodů, který lze získat. Výsledný skóre tedy vyjadřuje procento maximálního možného zisku a umožňuje porovnávat jednotlivé programy navzájem nebo různé verze téhož programu.

### **INFORMACE O PROGRAMU**

Název programu:

Kde je možné ho objednat:

Telefon:

Kontaktní osoba:

Cena:

Materiály pro učitele:

Materiály pro žáky:

Knihy:

Videonahrávky:

Spotřební materiál:

Základní příprava:

Pokračovací příprava:

Konzultace:

Náklady na vyhodnocení:

Čas potřebný k realizaci:

Příprava učitelů:

Realizace programu:

### **NÁSTROJ K HODNOCENÍ PROGRAMU**

Nejdůležitější součástí programu je jeho obsah. Použijte následující přehled, každé z uvedených kritérií vyhodnoťte a přiřaďte mu numerickou hodnotu od nuly do maximální výše uvedené v závorce. Jestliže prvním dvěma kritériím nepřiznáte alespoň 1 bod, nepokračujte dále.

#### **Obecné (maximum 15 bodů)**

... (2) Obsahuje jasně formulovanou filozofii nebrat návykové látky.

... (2) Podporuje naprostou abstinenci ve vztahu k alkoholu, tabáku a jiným drogám pro děti školního věku.

... (3) Respektuje zákony a hodnoty společnosti.

... (3) Podporuje zdravé, bezpečné a zodpovědné postoje a chování ve školním prostředí i mimo něj.

... (4) Zahrnuje strategie, jak do úsilí o prevenci užívání tabáku, alkoholu a drog začlenit rodiče, členy rodiny širší společnost.

... (1) Obsahuje různé prvky programu pro odlišné cílové populace.

#### **Informace o návykových látkách (maximum 30 bodů)**

... (9) Zdůrazňuje nezdravé a škodlivé působení tabáku, alkoholu a jiných drog.

... (9) Obsahuje přesné, věcné a specifické informace o alkoholu, tabáku a jiných drogách.

... (7) Obsahuje přiměřené informace o možnostech intervence a pomoci, např. na koho se obrátit, jak ve škole tak v širší společnosti.

... (5) Obsahuje přiměřenou informaci o právních důsledcích ve vztahu k vlastní osobě i k druhým.

### **Osobní a společenská zodpovědnost (maximum 25 bodů)**

... (6) Ukazuje, že každý člověk je jedinečný, má zvláštní cenu a má svoji důležitou roli ve společnosti.

... (6) Zaměřuje se na sociální následky užívání drog a na vliv užívání drogy na sebevědomí.

... (7) Zbavuje pocitu osobní nezranitelnosti.

... (6) Zvyšuje schopnost uvědomovat rizikové činitele (rodina, vrstevníci, společnost, média) a využívat ochranných vlivů.

### **Získávání dovedností (maximum 35 bodů)**

Obsahuje cvičení k získávání dovedností v následujících oblastech:

... (6) Sebepojetí a sebedůvěra.

... (6) Zdravé vztahy.

... (7) Komunikace a odmítání.

... (5) Týmová práce a skupinová dynamika.

... (6) Rozhodování se a kritické uvažování.

... (5) Osobní zodpovědnost.

### **Organizace (maximum 15 bodů)**

... (3) Obsahuje cíle, které jsou dobře definované na úrovni chování a měřitelné jak krátkodobě, tak dlouhodobě.

... (2) Obsahuje kognitivní i afektivní cíle.

... (2) Je věkově i s ohledem na ročník přiměřený.

... (3) Dá se integrovat do jiných oblastí výuky nebo se posiluje jejich působením.

... (5) Napomáhá komplexnímu přístupu ve výchově ke zdraví.

### **STRATEGIE A METODY (maximum 25 bodů)**

Výzkumu ukazuje, že postupy zahrnující více učebních stylů zvyšují efektivitu programu. Za pomoci následujícího seznamu zhodnoťte metody použité v programu, které odpovídají jeho specifickým cílům.

Program zahrnuje:

#### **Spektrum postupů**

... (2) Napodobovací cvičení.

... (2) Sokratovské instrukce (kladení otázek).

... (1) Výuku zaměřenou na individuálního žáka.

... (2) Aktivity týkající se aplikace.

... (2) Audiovizuální materiál související se sdělovacími prostředky (pozn.: např. jak čelit reklamě).

... (2) Diskusi v malých skupinách.

... (1) Možnost učit se a praktikovat dovednosti související s cíly programu.

... (2) Testy nebo jiné metody hodnocení.

... (1) Jako vzory používá zdravé vrstevníky, nikoliv léčící se závislé na alkoholu nebo na drogách: (Pozn.: Tím spíše by se neměli používat v primární prevenci závislí, kteří pokračují v braní drog).

#### **Aktivity zaměřené na rozvoj**

... (2) Rozhodovací dovednosti.

... (2) Dovednosti odmítání.

... (2) Dovednosti kritického uvažování.

... (2) Dovednosti týkající se volby cílů.

... (2) Chování, které je zodpovědné vůči sobě samému.

... (2) Sebevědomí, sebedůvěra, uvědomění si vlastních možností.

### **MATERIÁLY POUŽITÉ V PROGRAMU (maximum 10 bodů)**

Materiály použité v programu jsou důležité pro jeho efektivitu. Následuje seznam základních kritérií, které by měly materiály splňovat. Materiály by měli být:

... (2) Moderní (publikované nebo aktualizované přinejmenším v posledních čtyřech letech).

... (1) Odpovídající ročníku.

... (1) Relevantní vzhledem k cílům programu.

... (1) Prosté kulturních, etnických a pohlavních předsudků.

... (1) Vhodné i z hlediska učitele.

... (1) Trvanlivé a bezpečné (bez ostrých či zubatých okrajů a volných dílů).

... (1) Snadno aktualizovatelné.

... (1) S odkazy na literaturu.

... (1) Snadno transportovatelné.

### **ČASOVÉ NÁROKY (maximum 10 bodů)**

Množství času, které může škola věnovat prevenci problémů působených návykovými látkami je omezené, proto je faktor času významný.

... (3) Na dosažení cílů programu je dostatek času.

... (2) Časové úseky realizace programu zapadají do rozvrhu školy.

... (3) Jsou k dispozici čas i podmínky k přípravě učitelů.

... (2) Jsou k dispozici čas i podmínky k dalšímu vzdělávání a přípravě učitelů.

### **KRITÉRIA TÝKAJÍCÍ SE SPECIFIK MÍSTNÍ KOMUNITY (maximum 25 bodů)**

Identifikace místních specifik a přizpůsobení programu místním poměrům zvyšuje naději na úspěch. Tento seznam není úplný, ale slouží týmu, který program vyhodnocuje, jako východisko dalšího uvažování. Existuje jistě mnoho dalších identifikovatelných faktorů.

Využijte možnosti včlenit do tohoto seznamu další kritéria, která jsou s ohledem na místní poměry potřebná.

... (3) Zahrnuje program materiály, které jsou relevantní pro etnické skupiny zastoupené na místní úrovni?

... (3) Je cena programu v souladu s dostupnými prostředky?

... (1) Počítá program s každoročním přehodnocováním obsahu (pozn.: podle místních potřeb)?

... (2) Odpovídá čas pro přípravu programu a jeho realizaci časovým možnostem?

... (3) Je dostupná technická pomoc a pomoc výcvik při realizaci programu?

... (3) Je dostupná technická pomoc a pomoc výcvik při aktualizaci programu?

... (2) Odpovídá program nejčastěji užívaným látkám v dané oblasti?

... (1) Byl program hodnocen po stránce srozumitelnosti a čitelnosti a odpovídá ročníku, v němž je realizován?

... (3) Zahrnuje program i účast rodičů?

... (2) Počítá program s identifikací a využíváním zdrojů a možností na místní úrovni?

... (2) Počítá program s možností aktivní účasti žáků a pomoci společnosti, což napomáhá vytváření pozitivních vazeb žáků ke společnosti?

Další specifická místní kritéria: ...

### **HODNOCENÍ (maximum 10 bodů)**

Hodnocení programů týkajících se prevence v této oblasti se stalo tou nejvyžadovanější oblastí. Americké ministerstvo výchovy i další organizace požadují, aby byla hodnocena efektivita programu, co se týče jeho schopnosti předcházet nebo snižovat spotřebu návykových látek. Následující seznam kritérií by měl být dostupný ještě před tím, než se rozhodne o přijetí programu. I když je program doplněn hodnocením, je lépe mít k dispozici nezávislý zdroj k prostudování a ověření příslušných informací. Jestliže nemáte možnost si program zhodnotit sami, obraťte se na Ministerstvo vzdělání svého státu (pozn.: zde se míní

jednotlivé státy v USA) nebo místní universitu, aby vám pomohla najít odborníka ve vaší oblasti, který vám pomůže. Zkoumejte hodnotící prvky programu.

... (2) Program byl důkladně hodnocen, co se týče validity i spolehlivosti ještě před tím, než byl uplatněn.

... (1) Hodnocení bylo jasně provázáno s cíli programu.

... (3) Hodnocení svědčí pro změny postojů, chování a názorů v vztahu k návykovým látkám.

... (1) Hodnocení svědčí pro nižší užívání návykových látek.

... (1) Program poskytuje průběžné hodnocení při jeho realizaci.

... (1) Program poskytuje model analýzy při jeho dalších realizacích.

... (1) Statistická metoda použitá při hodnocení studií byla spolehlivá.

### **KRITÉRIA SPECIFICKÁ PRO ROČNÍK - OD PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU DO DRUHÉHO ROČNÍKU**

Nejdůležitější součástí programu je jeho obsah. Použijte následující přehled, každé z uvedených kritérií vyhodnoťte a přiřaďte mu numerickou hodnotu od nuly do maximální výše uvedené v závorce. Příslušný počet bodů se pak přenesou do souhrnu, který je uveden na konci tohoto nástroje.

#### **Obecné (maximum 5 bodů)**

... (3) Odpovídá specifickým cílům pro danou oblast.

... (2) Podporuje naprostou abstinenci ve vztahu k alkoholu, tabáku a jiným drogám.

#### **Informace o návykových látkách (maximum 15 bodů)**

... (1) Zahrnuje definici drog a učí děti rozlišovat mezi potravinami, jedy, léky a drogami.

... (1) Obsahuje informace o alkoholu, tabáku a jiných drogách odpovídající věku dětí.

... (1) Obsahuje následující pokyny a další bezpečnostní doporučení týkající se volně prodejných léků i léků na lékařský předpis.

... (1) Jasně označuje, kdo smí podávat léky.

... (1) Poskytuje informaci o tom, že léky mohou být nesprávně užívány a že mohou být škodlivé.

... (1) Zdůrazňuje vyhýbání se neznámým a potenciálně jedovatým a nebezpečným předmětům.

... (2) Zdůrazňuje důležitost dobrých zdravotních návyků - výživy, hygieny, spánku a cvičení.

... (1) Pomáhá dítěti rozpoznávat „bezpečné“ a zodpovědné dospělé ve škole i mimo ni.

... (2) Pojednává o nebezpečích škodlivých látek.

... (2) Pojednává o tom, že dítě není odpovědné za to, že někdo pije alkohol nebo užívá drogy.

... (2) Pojednává o vlivu problémů s návykovými látkami na fungování rodiny.

#### **Osobní a společenská zodpovědnost (maximum 15 bodů)**

... (3) Ukazuje, že každý člověk je jedinečný a cenný.

... (1) Zdůrazňuje, že dítě je důležitým členem rodiny.

... (3) Zdůrazňuje, že jedinec je odpovědný za své zdraví a že dítě a rodiče tuto odpovědnost sdílejí.

... (2) Zdůrazňuje, že pravidla a zákony mají pomáhat lidem spolupracovat a že bez nich by byl život obtížný.

... (1) Učí sdílení a budování vztahů

... (1) Pomáhá porozumět tomu, jak jednání jednoho člověka ovlivňuje jiné.

... (1) Ukazuje způsoby, jak chránit děti před cizími lidmi.

... (2) Učí asertivní dovednosti, které pomohou dětem odmítat věci, o nichž se učily, že jsou špatné.

... (1) Učí děti, aby říkaly vhodným dospělým o cizích lidech, různých příhodách a problémech.

#### **Získávání dovedností (maximum 15 bodů)**

... (4) Sebevědomí.



- ... (4) Vytváření zdravých vztahů.
- ... (3) Asertivní dovednosti, odmítání vrstevníkům.
- ... (4) Rozhodování se a kritické uvažování.

### **KRITÉRIA SPECIFICKÁ PRO ROČNÍK - OD TŘETÍHO DO PÁTÉHO ROČNÍKU**

Obsah programu a jeho cíle by se měly zaměřovat na vývojová témata, jímž děti tohoto věku čelí. I když rodina má nadále silný vliv, na významu získávají vrstevníci a právě oni mohou působit na dítě podstatným způsobem. Rizikové chování, jako experimentování s tabákem, alkoholem a jinými drogami, často začíná v tomto vývojovém období.

Použijte následující přehled, každé z uvedených kritérií vyhodnoťte a přiřaďte mu numerickou hodnotu od nuly do maximální výše uvedené v závorce.

#### **Obecné (maximum 5 bodů)**

- ... (3) Odpovídá specifickým cílům pro danou oblast.
- ... (2) Podporuje naprostou abstinenci ve vztahu k alkoholu, tabáku, marihuaně, cracku (pozn. v našich podmínkách pervitinu) a jiným drogám.

#### **Informace o návykových látkách (maximum 15 bodů)**

- ... (2) Obsahuje přesné, věcné a specifické informace o alkoholu, tabáku, marihuaně a jiných drogách.
- ... (2) Zdůrazňuje nezdravé a škodlivé působení návykových látek.
- ... (1) Obsahuje informace o tom, jako poznat specifické drogy, např. alkohol, tabák, crack (pozn.: u nás pervitin), vinné stříky a jiné drogy.
- ... (3) Učí, proč se nemají jednotlivé návykové látky přijímat a jaké má jejich braní následky.
- ... (2) Zdůrazňuje skutečnost, že alkohol, tabák i jiné drogy jsou nelegální, ať pro děti nebo pro celou populaci, a že jejich užívání je v rozporu se zákonem i pravidly školy.
- ... (1) Učí, že tabák, alkohol a jiné drogy nesmějí nezletilí podle zákona vlastnit, užívat ani dávat jiným. (Pozn.: Prodej a podávání alkoholu a tabákových výrobků je u nás zakázán osobám mladším 18 let.)
- ... (2) Posiluje zdravé, bezpečné a zodpovědné postoje a chování.
- ... (2) Pomáhá žákům nacházet osoby a instituce, které jim mohou pomoci v období potíží.

#### **Získávání dovedností (maximum 15 bodů)**

- ... (3) Sebevědomí a sebepojetí.
- ... (3) Vytváření zdravých vztahů.
- ... (3) Asertivní dovednosti, odmítání.
- ... (3) Rozhodování se a kritické uvažování.
- ... (3) Proces týmové spolupráce.

#### **Osobní a společenská zodpovědnost (maximum 15 bodů)**

- ... (3) Zdůrazňuje důležitost respektování zákonů a důsledky jejich porušování - zejména těch, které se týkají povoleného užívání alkoholu. (Pozn.: Zde se patrně míní vliv alkoholu při řízení motorových vozidel a možná i některé specificky americké zákony jako zákaz požívání alkoholu na veřejných prostranstvích.)
- ... (2) Podporuje a zdůrazňuje hodnotu dobrých vzorů pro životní role.
- ... (3) Učí žáky rozpoznávat sociální vlivy podporující braní návykových látek (jako tlak vrstevníků, reklamu a jiné vlivy z prostředí).
- ... (2) Seznamuje žáky s koncepcí závislosti, co to je a jak působí na druhé lidi včetně členů rodiny.
- ... (2) Učí, proč je důležité opatřit pomoc pro člověka, který má problém s návykovou látkou. To se může týkat někoho z rodiny, přítele i vlastní osoby.
- ... (2) Ukazuje a učí, co je to být dobrým občanem.
- ... (1) Zdůrazňuje potřebu se držet zdravých napomáhajících praktik a následky špatných návyků.

### **KRITÉRIA SPECIFICKÁ PRO ROČNÍK - OD ŠESTÉHO DO OSMÉHO ROČNÍKU**

Obsah preventivního programu a jeho cíle by se měly zaměřovat na vývojová témata, jímž čelí děti tohoto věkového pásma. Jejich rychlý tělesný rozvoj v nich často vyvolává nepohodu, pocit, že nejsou atraktivní a nedostatek koordinace. Tyto faktory spolu se změnami v kognitivní a sociální rovině, dítě často dostávají do situací, které jsou z hlediska riskování a experimentování rizikové.

Použijte následující přehled, každé z uvedených kritérií vyhodnoťte a přiřaďte mu numerickou hodnotu od nuly do maximální výše uvedené v závorce. Tato čísla budou použita v závěrečné části tohoto nástroje v části „kritéria specifická pro ročník“.

### **Obecné (maximum 5 bodů)**

- ... (3) Odpovídá specifickým cílům pro danou oblast.
- ... (2) Podporuje naprostou abstinenci ve vztahu k alkoholu včetně vinných stříků (pozn.: v naší podmínkách bude podstatně důležitější pivo), tabáku, marihuaně, cracku (pozn. v našich podmínkách pervitinu) a jiným drogám.

### **Informace o návykových látkách (maximum 15 bodů)**

- ... (2) Zahrnuje poznatky o povaze a chemické podstatě specifických drog a jejich interakci včetně alkoholu, marihuany tabáku, kokainu a cracku (pozn.: v našich podmínkách pervitinu) a jiných drog.
- ... (2) Popisuje fyziologii působení drog na oběhový, dechový, nervový, reprodukční a imunitní systém.
- ... (2) Pomáhá pochopit stadia rozvoje závislosti na návykových látkách a nepředvídatelnost účinku návykových látek u různých lidí. (Pozn.: „Nepředvídatelnost“ se zde může týkat rozvoje závislosti, ale i jiných problémů, které návykové látky působí, jako jsou otravy nebo psychózy).
- ... (2) Diskutuje i to, jak dědičnost a jiné vlivy ovlivňují individuální náchylnost k rozvoji závislosti.
- ... (1) Zahrnuje i uvědomění si krátkodobých a dlouhodobých účinků návykových látek na vzhled i tělesné, duševní a sociální fungování.
- ... (2) Pomáhá pochopit, jak užívání návykových látek ovlivňuje aktivity vyžadující pohybovou koordinaci, jakou jsou řízení motorových vozidel nebo sportování.
- ... (1) Zkoumá problémy působené návykovými látkami z hlediska společnosti, taktiku, kterou společnost volí, aby těmto problémům čelila, a odpovědnost, kterou mají jednotliví občané při překonávání tohoto problému na místní úrovni.
- ... (1) Identifikuje vztah mezi užíváním návykových látek a HIV/AIDS.
- ... (1) Zahrnuje znalosti místních, státních i federálních zákonů a předpisů, týkajících se užívání drog, včetně předpisů platných ve školství.
- ... (1) Identifikuje místní zařízení, která pomáhají společnosti zvládat drogových problém.

### **Osobní a společenská zodpovědnost (maximum 15 bodů)**

- ... (3) Posiluje rozvoj vědomí vlastní ceny a schopnost oceňovat pozitivní aspekty dospívání.
- ... (3) Povzbuzuje mladé lidi, aby uvažovali a jednali jako oceňovaní a důležití členové školy, rodiny a společnosti.
- ... (3) Napomáhá životu bez návykových látek.
- ... (3) Povzbuzuje mladé lidi, aby se začlenili do školních a dalších místních aktivit, jako jsou sporty, dobrovolná pomoc druhým, a do dalších aktivit, které podporují životní styl bez návykových látek.
- ... (3) Rozvíjí schopnost rozpoznávat propagaci návykových látek, zvláště prostřednictvím hudby, vrstevníků a médií, a učí jak propagaci návykových látek čelit.

### **Získávání dovedností (maximum 15 bodů)**

- ... (3) Sebevědomí a sebepojetí.
- ... (3) Asertivita a schopnost čelit tlaku vrstevníků.
- ... (3) Rozhodování se a kritické uvažování.

- ... (3) Vytváření zdravých vztahů.
- ... (2) Osobní zodpovědnost.
- ... (1) Zdravé alternativy.

### **KRITÉRIA SPECIFICKÁ PRO ROČNÍK - OD DEVÁTÉHO DO DVANÁCTÉHO ROČNÍKU**

Těžiště preventivního programu v této věkové kategorii by měla obsahovat myšlenku, že mladí lidé tohoto věku se brzy stanou dospělými občany. Jejich primární zájem se často soustřeďuje na osobní identitu, finanční nezávislost, prohlubování vztahů, osamostatňování se od rodiny a sebeovládání.

Použijte následující přehled, každé z uvedených kritérií vyhodnoťte a přiřaďte mu numerickou hodnotu od nuly do maximální výše uvedené v závorce. Po skončení této sekce přeneste součty do souhrnu.

#### **Obecné (maximum 5 bodů)**

- ... (3) Odpovídá specifickým cílům pro danou oblast.
- ... (2) Podporuje naprostou abstinenci ve vztahu k alkoholu, tabáku a jiným drogám.

#### **Informace o návykových látkách (maximum 15 bodů)**

- ... (3) Zahrnuje pochopení dlouhodobých i krátkodobých tělesných, duševních a sociálních účinků návykových látek.
- ... (3) Zkoumá vztahy mezi užíváním návykových látek a souvisejících chorob a poškození včetně HIV/AIDS, poruch učení, různých znevýhodnění, vrozených vad, srdečních, plicních a jaterních onemocnění.
- ... (3) Ukazuje a pomáhá pochopit, jak mohou alkohol, tabák a jiné drogy poškozovat matku i plod během těhotenství i po porodu (včetně kojení).
- ... (2) Poskytuje informace týkající se právních, sociálních a ekonomických následků užívání návykových látek, ať ve vztahu k vlastní osobě nebo k druhým lidem.
- ... (2) Diskutuje o mezinárodních, ekonomických, politických a sociálních důsledcích užívání drog (včetně tabáku).
- ... (2) Poskytuje informace o tom, co se bude očekávat od dospívajících v různých rolích jako od zákazníků, vzorů pro druhé a partnerů ve vztazích.

#### **Osobní a společenská zodpovědnost (maximum 15 bodů)**

- ... (15) Soustřeďuje se na skutečnost, že žáci se stávají mladými dospělými a že patří k jejich odpovědnosti být neovlivnění drogami, dobře vzdělaní, zdraví a produktivní občané.

#### **Získávání dovedností (maximum 15 bodů)**

- ... (3) Sebevpojetí.
- ... (2) Vedení vrstevníků.
- ... (3) Komunikace a asertivita.
- ... (2) Zdravé vztahy.
- ... (2) Rozhodování se a kritické uvažování.
- ... (2) Osobní zodpovědnost.
- ... (1) Zdravé alternativy.

### **SOUHRN HODNOCENÍ PROGRAMU**

Při využívání tohoto nástroje ke kvantitativnímu hodnocení programu, využijte tohoto souhrnu. Sečtěte body příslušející jednotlivým sekcím a součet vydělte 250 (což je možné maximum). Pokud jste nehodnotili program některým z kritérií specifických pro ročník, vydělte součet bodů 200 místo 250. Výsledek vám poskytne procentní hodnotu a umožní vám jednotlivé programy navzájem porovnávat.

#### **Obsah**

Obecný (15): ...

Informace o návykových látkách (30): ...

Osobní a společenská zodpovědnost (25): ...

Získávání dovedností (35): ...

Organizace (15): ...

**Strategie a metody (25): ...**

**Materiály použité v programu (10): ...**

**Časové nároky (10): ...**

**Kritéria týkající se specifík místní komunity (25): ...**

**Hodnocení (10): ...**

**Kritéria specifická pro ročník (50): ...**

**Celkem: ...**

**Vydělte součet 250: ...**

(Pozn.: Výsledkem je procento maximálního možného bodového zisku, což např. umožňuje porovnávat různé programy.)

## Příloha: Malý slovník hodnocení prevence

Do tohoto slovníku jsme nezahrnuli např. návykové látky nebo slangové výrazy, ty může čtenář najít jinde (Nešpor a Provazníková, 1999).

**Analýza potřeb** a analýza výchozí situace by měly předcházet jakékoliv preventivní intervenci. V tomto směru se využívá řady strategií (informace od expertů, informace od zástupců určité komunity, odhad na základě výskytu jevu ve srovnatelné skupině osob, odhad na základě epidemiologických indikátorů a cílená šetření). Potřeby různých skupin (např. učitelů, rodičů a dětí) a jejich vnímání určitého problému se mohou podstatně lišit.

**Bariéry** při vstupu do preventivního programu (např. finanční, psychologické, administrativní) mohou podstatně ovlivnit výběr osob, u kterých je preventivní intervence provedena, a tak ovlivnit i výsledky programu.

**Cíle** preventivní intervence mají být specifické měřitelné a mají mít jasný vztah k předpokládanému efektu prevence.

**Cílová skupina** je skupinou osob, ale i např. rodin, organizací nebo společenství, na které je určitá intervence zaměřena. Cílové skupiny se dělí na intermediální (zprostředkující) a konečné.

**Community based prevention** prevence založená ve společnosti. Spolupráce různých jednotlivců a organizací, takže cílová populace (např. žáci) je systematicky a koordinovaně ovlivňována z více směrů (přípravenými vrstevníky, učiteli, rodiči atd.).

**Časná intervence** cílem časně intervence (early intervention) je zahájit léčbu co nejdříve. To zlepšuje výsledky léčení, časná intervence bývá také levnější a méně časově náročná než pomoc poskytovaná lidem s rozvinutými problémy.

**Dotazník** je soubor otázek. Odpovědi se systematicky vyhodnocují. Otázky mohou být otevřené nebo nabízet omezený počet odpovědí.

**Dovednosti** potřebné k životu (anglicky life skills) pomáhají efektivně zvládat nároky běžného života tím, že učí adaptivnímu a vhodnému chování. Patří sem sociální dovednosti (schopnost navazovat kontakt, udržovat konverzaci, účinně se s druhými lidmi dorozumívat, vyjádřit nespokojenost, přijímat kritiku, porozumět situacím v mezilidských vztazích, odmítat návykové látky) a dále schopnost se správně rozhodovat, řešit problémy, tvořivě a kriticky uvažovat, schopnost sebeuvědomění, vcítění (empatie), zvládnání vlastních emocí a stresu, pružnost a odolnost. Návčik těchto dovedností je součástí řady efektivních preventivních programů.

**Druhy hodnocení** V této publikaci vycházíme z amerických pramenů a doporučení Světové zdravotnické organizace popisujeme následující druhy hodnocení - hodnocení výchozí situace, hodnocení procesu, hodnocení krátkodobého efektu programu a hodnocení dlouhodobého efektu programu. Podobně Kröger a spol. (1998) popisují hodnocení plánu projektu, hodnocení procesu (během jeho realizace), hodnocení výsledku a hodnocení komunikace o výsledcích. Jiným způsobem rozdělení hodnocení do různých typů je hodnocení deskriptivní (cílem je monitorování, dokumentace a sumarizace), explorativní (cílem je vytvoření nových teorií a myšlenek) a ověřovací (cílem je testování existujících hypotéz).

**Epidemiologie** věda zabývající se výskytem chorob a činiteli, kteří tento výskyt ovlivňují. Epidemiologií návykových rizik a nemocí se u nás zabývají specializovaná pracoviště.

**Expozice** (anglicky exposure) měří nakolik byla cílová skupina skutečně vystavena působení intervence.

**Hodnotitel** by měl mít dostatečné teoretické znalosti v metodologii, statistice a příbuzných oborech. Hodnotitele se dělí na vnitřní (jsou zaměstnanci organizace, která provádí nebo

vyvinula příslušnou intervenci) a externí. Výhodnou interního hodnocení může být snažší přístup k datům, nevýhodou menší míra objektivnosti.

**Incidence** je počet nových případů, u nichž došlo k výskytu příslušného jevu v dané oblasti a v daném čase.

**Informování** o návykových látkách, tedy prosté poskytování informací bez ohledu na specifické potřeby cílové populace je u dětí a dospívajících neúčinná a někdy i škodlivá strategie. Prostá informovanost (např. o riziku drog) často nekoreluje se změnou chování (např. s vyhýbáním se drogám). Od necíleného poskytování informací je třeba odlišit poskytování relevantních (pro jedince podstatných) informací ve vhodném kontextu např. v rámci interaktivních programů nebo při cílené pomoci pro určitý problém.

**Intermediální cílová skupina** Je to skupina osob, které jsou vystaveny intervenci a o nichž se předpokládá, že zprostředkovaně ovlivní konečnou cílovou skupinu. Intermediální skupinou (intermediátory) mohou být např. připravení vrstevníci, rodiče nebo učitelé.

**Interview** hodnotící rozhovor se zástupci cílové skupiny. Rozhovor být strukturovaný, částečně strukturovaný nebo nestrukturovaný.

**Kontrolní skupina** neproběhla u ní intervence zaměřená na prevenci problémů působených návykovými látkami a slouží k porovnání se skupinou, u níž intervence proběhla. Pro objektivitu hodnocení je důležité, aby se výchozí charakteristiky experimentální a kontrolní skupiny v podstatných rysech shodovaly.

**Kontrolovaná studie** je studie využívající kontrolní skupinu. V ideálním případě by se zařazování do kontrolní a experimentální skupiny mělo dít náhodně, což ale není v praxi často možné. V tom případě se někdy hovoří o tzv. kvaziexperimentálních projektech.

**Kvalita** realizace intervence může být ovlivněna osobností toho, kdo intervenci provádí, jeho vztahem s cílovou populací a přístupem k ní i jejich vzájemnou interakcí.

**Nástroje** (anglicky instruments) zahrnují všechny metody použité se sběru informací o cílové skupině, hodnocení atd. Nejčastěji se užívají dotazníky, testy, škály a posuzovací stupnice. Nástroje by měly být objektivní, validní a spolehlivé.

**Normy** jsou nepsaná pravidla chování. Normativní názory mívají pro zahájení užívání určité návykové látky nebo její odmítnutí větší význam než prosté znalosti.

**Odpadnutí** (anglicky attrition, drop-out) část osob, u nichž byla provedena preventivní intervence, ji neabsolvuje v plném rozsahu nebo vypadává z hodnocení z jiného důvodu. Vysoký počet těchto osob může ohrozit validitu hodnocení.

**Peer programy** Základním principem peer programu je aktivní účast předem připravených vrstevníků. „Peer“ znamená v angličtině nejen vrstevníka, ale i člověka stejné z sociální skupiny nebo profese. Okolnost, že se cílová populace ztotožní s nositeli preventivního programu, kteří jsou jí věkem i životní situací blízcí, je patrně pro efektivitu peer programů zásadně důležitá. Žáci, kterým je program určen, se totiž dostávají do podobných situací jako připravení peer aktivisté. Z tohoto důvodu je přenos dovedností získaných v programu do běžného života poměrně snadný. Ideální věkových rozdíl mezi peer aktivisty a cílovou populací, na kterou pod vedením dospělých působí, je jeden až dva roky.

**Postoje k návykovým látkám** zahrnují veškeré názory, přesvědčení a normy ve vztahu k návykovým látkám. Postoje k návykovým látkám korelují lépe s chováním vůči návykovým látkám než prostá informovanost, je to ale pouze zprostředkující faktor a souvislost postojů a změn chování se vždy neprokáže.

**Pre- a posttest** Při tomto uspořádání se nevyužívá kontrolní skupiny, ale porovnává se stav u jedné skupiny osob před a po provedení intervence. Toto uspořádání je jednodušší a rychlejší, nevýhodou je však menší spolehlivost (změny mohou být způsobeny i jinými faktory než intervencí).

**Prevalence** je počet případů nebo osob s určitou charakteristikou v populaci v dané oblasti a v daném čase.

**Problémové chování** jako agresivita, plachost, útoky z domova, krádeže atd. se považuje za významný rizikový faktor ve vztahu k návykovým látkám.

**Protektivní činitele** snižují riziko problémů s alkoholem a jinými návykovými látkami (příklady: duševní zdraví, dobře fungující rodina, dobrá vrstevnická skupina). Je to opak rizikových činitelů.

**Přesnost** (anglicky fidelity) měří, nakolik byl program realizován v souladu s původním plánem.

**Relevantní informace** je informace poskytovaná cíleně podle potřeby jedince ve specifické situaci. Např. informace o možnostech vhodného uplatnění u dítěte selhávajícího ve škole nebo o specifických formách pomoci pro specifický problém.

**Rizikové činitele** zvyšují riziko problémů s alkoholem a drogami (příklady: známí dítěte berou drogy, dítě má sklon k násilí, nezaměstnanost). Opak protektivních (ochranných) činitelů.

**Selekce** (preselekcce, efekt, selekce) zhoršuje reprezentativnost souboru a tím i objektivnost hodnocení. Do souboru mohou např. snáze vstupovat osoby, které jsou připraveny se změnit, nebo naopak určité osoby mohou být z výzkumu nepřímo vylučovány.

**Sociální dovednosti** viz dovednosti potřebné k životu.

**Spolehlivost, reliabilita** (anglicky reliability). Reliabilita, objektivita a validita jsou důležitými znaky kvality hodnotících nástrojů. Reliabilita nástroje se definuje jako jeho schopnost dosahovat stejných hodnot při opakovaných měřeních u těchže osob. Je pochopitelné, že pouze dostatečná reliabilita hodnotícího nástroje umožňuje kvalitní hodnocení.

**Statistické metody** umožňují např. porovnávání experimentální a kontrolní skupiny. K často používaným postupům patří analýza rozptylu (ANOVA),  $\chi^2$  (čte se chí kvadrát) nebo T-test. Častou příčinou, proč se efekt intervence při statistickém zpracování neprojeví, bývá nedostatečná velikost souboru.

**Strukturální změny** směřují ke změně prostředí a sociální situace tak, aby se změnilo chování jedince žádoucím způsobem. Mohou např. zahrnovat cílené nabízení bezpečných volnočasových aktivit zvláště ohroženým, pomoc při řešení sociálních problémů i práci s celými rodinami.

**Úmysl užívat návykové látky** je zprostředkující proměnná, která se někdy používá při hodnocení efektivity programů, zejména u mladších dětí, které se s určitou návykovou látkou ve velké většině ještě nesetkaly.

**Validita** hodnotícího nástroje informuje o tom, zda nástroj skutečně měří to, co se od něj očekává, a zda je k tomuto účelu vhodný.

**Záměrná změna programu** během jeho realizace (anglicky reinvention) je důležitá zejména tam, kde je program třeba přizpůsobit specifické populaci nebo určitému prostředí.

**Znalosti** o návykových látkách a jejich riziku často nekorelují se žádoucí změnou chování, a při hodnocení mohou tedy znalosti mít nejvýše pomocný význam.

**Zprostředkující proměnné** (anglicky mediating variables) souvisejí přímo nebo nepřímo s chováním ve vztahu k návykovým látkám.

## Literatura

- Aktan, G. B., Kumpfer, K. L., Turner, C. W.: Effectiveness of a family skills training program for substance use prevention with inner city African-American families. *Subst Use Misuse*, 31, 1996, 2, s. 157-175.
- Baker, R. F.: Reserach support for the development of the Youth Power Program. Far West Laboratory for Education, Research and Development, místo vydání neuvedeno, s. 107.
- Baker, O., Mounteney, J., Neaman, R. (ed.): Evaluating drug prevention in the European Union. EMCDDA scientific monograph series No 1, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1998, s. 144.
- Bangert-Drowns, R. L.: The effects of school-based substance abuse education - a meta-analysis. *J. Drug Education*. 18, 1988, 3, s. 243-265.
- Bayatpour, M., Wells, R. D., Holford, S.: Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *J. Adolesc. Health*. 13, 1992, 2, s.128-123
- Bell, R. M., Ellickson, P. L., Harrison, E. R., Resnicow, K., Botvin, G.: Do drug prevention effects persist into high school? How project ALERT did with ninth graders. *Prev Med*, 22, 1993, 4, s. 463-490.
- Benson, H., Wallace, R. K.: Decreased drug abuse with subjects. *Transcendental Meditation: A study of 1862 Subjects. Drug Abuse: Procs. of the Int. Conf. Zarafonetis. Ch. J. Z. (Ed.). Lea and Febiger, Philadelphia, 1972, s. 369 - 378.*
- Berger, B. G., Owen, D. R.: Mood alteration with yoga and swimming: aerobic exercise may not be necessary. *Percept. Mot. Skills*, 75,1992, s.1331-1343.
- Black, D. R., Tobler, N. S., Sciacca, J. P.: Helping/involvement: an efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco, and other drug use among youth? *J Sch Health*, 68, 1998, 3, s. 87-93.
- Botvin, G. J., Barker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., Diaz, T.: Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA*, 273, 1995, 14, s. 1106-1112,
- Cohen, D., A., Linton, K. L.: Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *J Drug Educ*, 25, 1995, 2, s. 159-169.
- Coleman, E. A., Honeycutt, G., Ogden, B., McMillan, D. E., O'Sullivan, P. S., Light, K., Wingfield, W.: Assessing substance abuse among health care students and the efficacy of educational interventions. *J Prof Nurs*, 13, 1997, 1, s. 28-37.
- Collins, L. M., Graham, J. W., Rousculp, S. S., Hansen, W. B.: Heavy caffeine use and the beginning of the substance use onset process: An illustration of latent transition analysis . In: Bryant, K. J., Windle, M., West, S. G. (Eds.): *Science of Prevention: Methodological Advances from Alcohol and Substance Abuse Research*. American Psychological Association, Washington, DC, 1997. s. 79-99.
- Dore, M., M., Doris, J. M.: Preventing child placement in substance-abusing families: research-informed practice. *Child Welfare*, 77, 1998, 4, s. 407-426.
- DuPont, R. L.: Stopping alcohol and other drugs use before it starts: the future of prevention. Office for Substance Abuse Prevention, Washington, 1989, s. 99.
- Dusenbury, L., Falco, M., Lake, A.: A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *J Sch Health*, 67, 1997, 4, s. 127-132.
- Egert, L. L.: Drug abuse prevention for at-risk individuals. National Institute on Drug Use, Washington, 1997, s. 165.
- Engel J. M.: Relaxation training: a self-help approach for children with headaches. *Am. J. of Occupational Therapy*, 46, 1992, 7, s. 591-596.
- Engel, J. M., Rapoff, M.: Long-term follow-up of relaxation training for paediatric headache disorders. *Headache*, 32, 1992, 3, s. 152-156.
- Gensheimer, L. K., Ayers, T. S., Roosa, M. W.: School-based preventive interventions for at-risk populations: Practical and ethical issues . *Evaluation and Program Planning*, 16, 1993, 2, s. 159-167.
- Hansen, W. B., Graham, J. W., Wolkenstein, B. H., Rohrbach, L. A.: Program integrity as a moderator of prevention program effectiveness: Results for fifth-grade students in the adolescent alcohol prevention trial. *J Stud Alcohol*, 52, 1991, 6, s. 568-579.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J., Crouch, J. L.: Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *Am. J. Psychiatry*, 153, 1996, 3, s. 427-428.
- James, W. H., Wabaunsee, R.: At-risk students: Drug prevention through afterschool/latchkey programs? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2, 1995, 1, s. 65-75.



- Josendal, O., Aaro, L. E., Bergh, I. H.: Effects of a school-based smoking prevention program among subgroups of adolescents. *Health Education Research*, 13, 1998, 2, s. 215-224.
- Kandel, D. S., Yamaguchi, K., Chen, K.: Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies of Alcohol*, 53, 1992, 5, s.447 - 457.
- Kröger, Ch., Winter, H., Shaw, R.: Guidelines for evaluation of drug prevention. A manual for programme-planners and evaluators. EMCDDA, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1998, s. 96.
- Linney, J. A., Wandersman, A.: Prevention Plus III. Office for Substance Abuse Prevention, Washington, 1991, s. 461.
- Mason, M. J.: Patterns of service utilization for Mexican American majority students who use alcohol or other drugs. *Journal of Health and Social Policy*, 9, 1997, 2, 21-28.
- Moretti-Altuna, G.: The effects of meditation versus medication in the treatment of attention deficit disorders with hyperactivity. *Diss. Abstr. Int.*, 47, 1987, 11, s. 4658.
- Nešpor, K.: Kouření, pití a drogy. Děvčata a kluci spolu mluví o závislostech. Portál, Praha, 1995, s. 125.
- Nešpor, K.: Návyková rizika. Drogy, alkohol, tabák, hazardní hra. In: Brada, J., Solfronk, J., Tomášek, S. (Editoři): Vedení školy (publikace určená ředitelům škol), nakladatelství Dr. Raabe, 1996, oddíl 2.1, blok E.
- Nešpor, K.: Počítače představují pro děti a dospívající nebezpečí i příležitost. *Computerworld*, 7, 1996, č. 7, s. 22-23.
- Nešpor, K.: Podceňovaná a přesto nebezpečná marihuana. *Lékařské listy (příloha Zdravotnických novin)*, 44, 1995, 13, s. 6.
- Nešpor, K.: Problémy působené alkoholem, jinými návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání. In: Říčan, P. a Krejčířová, D. (ed.): Dětská klinická psychologie. Grada - Avicenum, 3. vydání, Praha 1997, s. 193-206.
- Nešpor, K.: Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech. Portál, 1995, s.126.
- Nešpor, K.: Systémový přístup k závislosti na alkoholu. *Protialkoholický Obzor*, 22, 1987, 6, s. 347-352
- Nešpor, K.: Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka. Grada, Praha, 1998, s. 96.
- Nešpor, K.: Význam sportu a tělesného cvičení v prevenci škod působených návykovými látkami u dětí a mládeže. *Tělesná výchova a sport u mládeže*, 60, 1994, 5, s. 14-16.
- Nešpor, K.: Yoga and Relaxation in the Prevention and Treatment of Alcohol and Drug Related Problems. *International Institutes on the Prevention and Treatment of Alcoholism and Drug Dependence*. Praha, 5. - 10. 6. 1994, Abstrakta s. 157.
- Nešpor, K.: Zvyšování motivace při léčbě návykových nemocí. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 93, 1997, 6, s. 338-342.
- Nešpor, K., Csémy, L.: Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat. 4. rozšířené vydání. BESIP, Praha 1997, s. 129.
- Nešpor, K., Csémy, L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996, s. 203
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Changing behaviour. The peer component of effective preventive programmes. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 30, 1995, 1, s. 3-10.
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Prevence problémů působených návykovými látkami na školách zahrnující peer programy. *Učitel'ské noviny*, 98, 1995, č. 37, s. 15-18.
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Comprehensive school based prevention. 37. Mezinárodní kongres o závislosti na alkoholu a drogách, San Diego, 20. -25. 8. 1995. *Alkoholismus a drogové závislosti (Bratislava)*, 31, 1996, 1, s. 13-21.
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách. Příručka pro pedagogy. Vydal Sportpropag pro MŠMT, 1996, s. 156
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence. Sportpropag, Praha, 1998, s. 104.
- Nešpor, K., Csémy, L., Provazníková, H.: Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti (volně podle R. E. Tartera). Vydal Státní zdravotní ústav v nakladatelství Fortuna, 1998, s. 48.
- Nešpor, K., Fischerová, D. Csémy, L., Pernicová, H.: FIT IN 2001 PLUS. Příručka pro spolupracovníky programu FIT IN na základních a středních školách. FIT IN, 2. rozšířené vydání. Vydal Sportpropag pro MŠMT, 1996, 124 s.
- Nešpor, K., Provazníková, H.: Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy. Druhé, rozšířené vydání. SZÚ a Fortuna, Praha, 1997, s. 55 (1999 se chystá další vydání).
- Nešpor, K., Výletová, S.: Jógová a relaxační a jiná cvičení pro aktivisty a účastníky peer programů na školách. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 30, 1995, 1, s. 34-40.
- Perry, Ch., L., Grant, M., Ernberg, G. a spol.: WHO collaborative study on alcohol education and young people: outcomes of a four-country pilot study. *The International Journal of the Addictions*, 24, 1989, 12, s. 1145-1171.

- Pihl, R. O., Peterson, J. B.: Attention-deficit hyperactivity disorder, childhood conduct disorder, and alcoholism. *Alcohol Health & Research World*, 19, 1991, 1, s. 25-31.
- Prevention Plus II. Autor neuvoden. Office for Substance Abuse Prevention, Washington, 1989, s. 541.
- Putnam, M. L.: Crisis intervention with adolescents with learning disabilities. *Focus on Exceptional Children*, 28, 1995, 2, s. 1-24.
- Rauhala, E., Alho, H., Hämmnen, O., Helin, P.: Relaxation training combined with increased physical activity lowers the psychophysiological activation in community-home boys. *International Journal of Psychophysiology*, 10, 1990-1991, 1, s. 63-68.
- Raymer, R., Poppen, R.: Behavioral relaxation training with hyperactive children. *J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat*, 16, 1985, 4, s. 309-316.
- Ringwalt, C., Ennett, S. T., Holt, K. D.: An outcome evaluation of project DARE (Drug Abuse Resistance Education). *Health Educ Res.*, 6, 1991, 3, s. 327-337.
- Rohrbach, L. A., Graham, J. W., Hansen, W. B.: Diffusion of a school-based substance abuse prevention program: predictors of program implementation. *Prev Med*, 22, 1993, 2, s. 237-260.
- Shafi, M., Lavelly, R. A., Jaffe, R. D.: Meditation and marijuana. *Am. J. Psychiatry*, 131, 1974, 1, s. 60-63.
- Shafi, M., Lavelly, R. A., Jaffe, R. D.: Meditation and the prevention of alcohol abuse. *Alcohol Health and Research World*, 1976. s. 18-21.
- Smith-Dijulio, K.: Alcohol education for nurses. *Alcohol Health and Research World*, 5, 1981, 3, s. 68-72.
- Some research-based drug abuse prevention programs. NIDA, Rockville, 1997, s. 6.
- Storm-Mathusen, A., Vaglum, P.: Conduct disorder patients 20 years later: A personal follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand.*, 86, 1994, 6, s. 416-420.
- Straus, M. A., Kantor, G. K.: Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wifebeating. *Adolescence*, 29, 1994, 115, s. 543-561.
- Tarter, R. E., Hegedus, A.M.: The Drug Use Screening Inventory. *Alcohol Health and Research World*, 15, 1991, 1, s. 65-75.
- Telles, S., Hanumanthaiah, B., Nagarathna, R., Nagendra, H.R.: Improvement in static motor performance following yogic training in school children. *Percept. Mot. Skills*, 76, 1993, 3, s. 1264-1266, Pt2.
- Thomas, B. S.: Direct and indirect effects of selected risk factors in producing adverse consequences of drug use. *Substance Use and Misuse*, 32, 1997, 4, s. 377-398.
- Thompson, E. A., Horn, M., Herting, J. R., Eggert, L. L.: Enhancing outcomes in an indicated drug prevention program for high-risk youth. *J Drug Educ*, 27, 1997, 1, s. 19-41.
- Tobler, N. S.: Interactive program are successful: a new meta-analysis findings. 3rd Annual Meeting of the Society for Prevention Research, Scottsdale (Arizona), 15.-17.6.1995, abstrakta s. 18.
- Tobler, N. S.: Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control of comparison group. *Journal of Drug Issues*. 16, 1986, 4, s.537-567.
- Turney, F.: Peer leadership. Publikoval autor, Mountainside, New Jersey, 1988, s. 158.
- Zenker, E., Fava, S., Slaughter, K.: Improving writing skills through relaxation training. *Academic Therapy*, 21, 1986, s. 427-432.

## Anotace některých významných studií

**Tobler, N. S.: Meta-analýza 143 preventivních programů pro dospívající: kvantitativní výsledky u účastníků programu v porovnání s kontrolní skupinou.** (Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control of comparison group.) *Journal of Drug Issues*, 16, 1986, 4, s. 537-567.

Technika meta-analýzy poskytuje systematickou metodu umožňující vyhodnocovat výsledky různých výzkumných prací. Meta-analýza zahrnující 143 studií týkající se efektivity programů prevence škod působených návykovými látkami u dospívajících dospěla k následujícím závěrům: Peer programy dosahovaly superiority ve všech kritériích včetně nejdůležitějšího parametru, totiž vlivu na užívání návykových látek. Tyto výsledky se týkaly alkoholu, měkkých drog, tvrdých drog i kouření tabáku. Peer programy byly vysoce účinné u průměrné školní populace dospívajících. U dospívajících se zvýšeným rizikem (ti, kdo již drogy škodlivě užívají, selhávající ve škole, mladiství delikventi atd.) bylo vysoce účinné nabízení pozitivních alternativ.

**Tobler, N. S.: Interaktivní programy jsou úspěšné: nové nálezy meta-analýz.** (Interactive program are successful: a new meta-analysis findings.) 3rd Annual Meeting of the Society for Prevention Research, Scottsdale (Arizona), 15.-17.6.1995, abstrakta s. 18.

Autorka použila k zjišťování efektivity programů zaměřených na prevenci škod působených drogami opět meta-analýzu. Zpracovala 120 školních preventivních programů pro žáky nebo studenty 5. až 12. tříd. Kritériem úspěšnosti nebo neúspěšnosti programů byly údaje jeho účastníků o případném užívání drog. Autorka rozdělila programy do dvou skupin a to na neinteraktivní a interaktivní. Neinteraktivní programy byly zaměřené na vzdělávání, emoce nebo kombinaci obojího, kdežto interaktivní pracovaly se sociálními vlivy, využívaly nácvik dovedností potřebných k životu apod.). Statistická analýza jasně prokázala vyšší účinnost interaktivních programů u všech typů drog. U podsouboru metodologicky vysoce kvalitních studií byla superiorita interaktivních programů ještě výraznější. Faktory, které souvisely s úspěchem programu, zahrnovaly ještě dovednosti odmítání drog (samostatně nebo v rámci nácviku dalších sociálních dovedností), aktivní účast a interakci mezi vrstevníky. Rozsáhlé programy nebyly tak úspěšné, jako programy menší, i když i zde byla superiorita interaktivních programů stále statisticky signifikantní. Důvodem může být okolnost, že u rozsáhlých programů byl oslaben prvek aktivní účasti, výměny názorů a že nebyl dostatek času k praktikování.

**Perry, Ch., L., Grant, M., Ernberg, G. a spol.: WHO kolaborativní studie o výchově týkající se alkoholu u mladých lidí: výsledky pilotní studie ve čtyřech zemích.** (WHO collaborative study on alcohol education and young people: outcomes of a four-country pilot study.)

*The International Journal of the Addictions*, 24, 1989, 12, s. 1145-1171. Výzkum byl prováděn Oddělením duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v Ženevě ve spolupráci s odborníky z následujících zemí: Austrálie, Chile, Norsko a Svazijsko. Cílem programu bylo oddálit setkání s alkoholem nebo snížit jeho užívání u 13 a 14 letých. Výzkumu se účastnilo 25 škol ze 4 zemí s žáky ze střední nebo nižší společenské třídy. Ti byly rozděleni do skupiny využívající aktivní účast předem připravených vrstevníků (peer aktivisty), skupiny vedené pouze učiteli a kontrolní skupiny. Program v obou experimentálních skupinách byl identický a byl založen na sociálně psychologických teoriích a výzkumu, který se týkal spotřeby alkoholu u dospívajících. Tento program zahrnoval trénink rezistence vůči negativnímu sociálnímu působení a odmítání alkoholu. Autoři shromažďovali výchozí data bezprostředně před započítím experimentu a data o spotřebě alkoholu 2 měsíce po jeho skončení. Výsledky studie svědčily pro to, že peer programy jsou účinné při snižování spotřeby alkoholu u dospívajících v různých kulturách.

**Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M.: Dlouhodobé výsledky výzkumu prevence zneužívání drog u bělošské populace střední třídy.** (Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population.) *JAMA*, 273, 1995, s. 1106-1112.

Jednalo se o rozsáhlou studii, která probíhala na 56 veřejných školách. Preventivní program zahrnoval 15 hodin v 7. ročníku, 10 hodin v 8. ročníku a dalších 5 hodin v 9. ročníku. Program byl převážně založen na nácviku sociálních dovedností („dovedností potřebných pro život“), kam autoři řadí např. zvyšování sebevědomí, schopnost čelit reklamě, zvládání úzkosti, komunikační dovednosti, dovednosti týkající se vytváření vztahů, asertivní dovednosti, a také dovedností, jak čelit sociálnímu tlaku a odmítat návykové látky. U 3597 studentů, kteří prošli uvedeným programem, byla ve 12. ročníku byla zjišťována za pomoci anonymního dotazníkového šetření spotřeba návykových látek. V experimentální skupině bylo v porovnání s kontrolním souborem o 44 % méně uživatelů ilegálních návykových látek a o 66 % méně dospívajících, kteří užívali více návykových látek (např. alkohol, tabák a marihuanu). Dospívající v experimentální skupině také signifikantně méně často kouřili tabák a docházelo u nich méně často k pravidelnému, těžkému nebo problémovému pití alkoholických nápojů.

Zajímavé je, že uvedený program realizovali učitelé, kteří dostali příslušné materiály a prošli pouze jednodenním seminářem. Určitý pozitivní efekt byl zaznamenán i v případě, kdy měli učitelé k dispozici pouze tištěný materiál a instruktážní videozáznam.

Poznámka: Pozdější výzkum prokázal efektivitu uvedeného programu i u nebělošské socioekonomicky znevýhodněné populace.

## Program FIT IN

### Prevence problémů působených návykovými látkami

Preventivní program FIT IN vznikl v roce 1990. Je nevládní iniciativou, soustavně spolupracuje s řadou vládních institucí a organizací i se soukromým sektorem. Nabízíme preventivní aktivity specifickým cílovým skupinám, zejména dětem a dospívajícím, rodičům, pedagogům apod. podle jejich zvláštních potřeb.

Organizačně program zajišťuje Sportpropag, a. s., ve spolupráci s týmem expertů. Spolu s Výzkumným ústavem pedagogickým jsme připravili modelový program prevence zneužívání alkoholu a jiných návykových látek pro školy. Program byl obhájen při oficiální oponentuře za účasti zástupců Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Tým expertů preventivního programu FIT IN vedený primářem MUDr. Karlem Nešpor, CSc. získal prestižní národní cenu Vladimíra Vondráčka za nejlepší práci na téma „Psychiatrické a psychologické problémy dospívání“ za rok 1996.

V současnosti nabízíme:

- Nešpor, K., Csémy, L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, 181 03 Praha 8, Tel.: 66003120, 66003123, 66003111. Publikaci ocení především lékaři a další odborní pracovníci.
- Nešpor, K.: Problémy s návykovými látkami v praxi praktického lékaře. Galén, 1999. Vychází ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách. Příručka pro pedagogy. Vyšlo za podpory MŠMT. (Sportpropag)
- Nešpor, K., Csémy, L.: Alkohol, drogy a vaše děti. 4. rozšířené vydání. Zejména rodiče zde najdou zásady prevence v rodině. (Sportpropag)
- Nešpor, K., Müllerová, M.: Jak přestat brát (drogy). Jedná se o svépomocnou příručku pro zejména mladé lidi, které mají problém s nealkoholovými drogami. (Sportpropag)
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence. (Sportpropag)
- Nešpor, K., Csémy, L., Provazníková, H.: Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti (volně podle R. E. Tartera). Státní zdravotní ústav, 1999.
- Nešpor, K., Csémy, L.: Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Sportpropag, 1999. (Sportpropag)
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Jak zůstat fit a předejít závislostem. Náměty pro učitele a vychovatele, inspirace pro děti a dospívající. Portál, 1999.

Dále upozorňujeme na publikace „Nešpor, K.: Uvolnění a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka“, Nešpor, K.: Závislost na práci“, které vydalo nakladatelství Grada, a na knihu „Počítače a zdraví“ vydanou nakladatelstvím Ben.

Publikace, u kterých je uvedeno „Sportpropag“, je možné dostat za cenu poštovního a skladného na adrese: Sportpropag, Moldavská 3, 101 00 Praha 10, tel. 71734209. Svě zkušenosti, připomínky i podněty můžete posílat na adresu: prim. MUDr. Nešpor, CSc., PL Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8 (tel. 84016 249).