

KVALITA A EFEKTIVITA V PREVENCI RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

IV.

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

KVALITA A EFEKTIVITA V PREVENCI RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

IV.

Michal Miovský a kolektiv

Autorský kolektiv

Michal Miovský

Roman Gabrhelík

Miroslav Charvát

Lenka Šťastná

Lucie Jurystová

Veronika Pavlas Martanová

Autoři tuto knihu věnují svému kolegovi docentu MUDr. Kamilovi Kalinovi, CSc. k jeho 70. narozeninám jako poděkování za jeho celoživotní práci pro obor adiktologie a mimořádný přínos v oblasti právě kvality a účinnosti preventivních a léčebných intervencí a inspirující osobní angažovanost a pracovní nasazení.

Recenzenti:

doc. MUDr. et PhDr. Kamil Kalina, CSc.

PhDr. Václava Masáková

doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

KVALITA A EFEKTIVITA V PREVENCI RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Michal Miovský, Roman Gabrhelík, Miroslav Charvát, Lenka Štátná, Lucie Jurystová,
Veronika Pavlas Martanová

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

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

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

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

Jazyková korektura: Lenka Tomsová

Obálka: Hana Valíhová

Typografie a sazba z písma Baskerville a John Sans: Jan Petříček

Tisk: Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

První vydání, Praha 2015

ISBN 978-80-7422-395-2

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

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

ISBN 978-80-7422-393-8 (2. svazek)

ISBN 978-80-7422-394-5 (3. svazek)

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

Obsah

<i>Úvodní slovo</i>	11
1. Kvalita a efektivita ve školské prevenci rizikového chování	15
1.1 Kvalita a efektivita v kontextu současného systému školské prevence v České republice	15
1.2 Charakteristiky kvalitní a efektivní školské prevence	18
2. Hodnocení kvality a efektivity preventivních programů a intervencí	21
2.1 Předpoklady pro hodnocení kvality a efektivity	21
2.2 Typy evaluací z hlediska práce s výsledky evaluace	24
2.3 Typy evaluací z hlediska hodnocených fází programu	25
2.4 Typy evaluací z hlediska užitého typu výzkumu	28
2.5 Ekonomické evaluace	29
2.6 Kontraindikace evaluace a možné vedlejší účinky	29
2.7 Nežádoucí (nezamýšlené) vedlejší dopady preventivních intervencí	30
I. část	
Standardy metod, postupů a způsobů jejich aplikace v praxi	
3. Standardy kvality školské prevence a proces certifikací	35
3.1 Východiska při tvorbě standardů kvality preventivních intervencí a proces certifikace	31
3.2 Vývoj standardů kvality	32
3.3 Charakteristiky nejvýznamnějších trendů ve vývoji standardů kvality	45
	5

II. část

Hodnocení přípravy a procesu realizace preventivní intervence

4. Hodnocení přípravy a procesu realizace preventivní intervence v praxi	51
5. Hodnocení přípravy a procesu z pohledu cílové skupiny, místa a způsobu realizace: příklad z praxe	53
5.1 Cíle a výzkumné otázky	53
5.2 Metody získávání a analýzy dat	54
5.3 Popis výzkumného souboru	55
5.4 Výsledky	55
5.5 Diskuse	60
5.6 Závěry prezentované studie z roku 2007	63
6. Hodnocení přípravy a procesu s pohledu poskytovatele a procesu zavádění preventivní metody do praxe: příklad z praxe	65
6.1 Vzdělávání v programu Unplugged	66
6.2 Metodika programu Unplugged	67
6.3 Odborná podpora pedagogů v průběhu pilotní implementace programu	67
6.4 Cíle studie a výzkumné otázky	68
6.5 Soubor, metody získávání a analýzy dat	68
6.6 Výsledky	70
6.7 Diskuze a závěr prezentované studie	72

III. část

Vzdělávání a kvalifikace preventivních pracovníků

7. Kontext vzniku konceptu čtyřúrovňového modelu	77
8. Základní pojmy konceptu čtyřúrovňového modelu	83

9. Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů ve školské prevenci	85
9.1 Základní úroveň (preventivní minimum)	86
9.2 Středně pokročilá úroveň (středně pokročilý preventivní pracovník)	88
9.3 Pokročilá úroveň (pokročilý preventivní pracovník)	90
9.4 Expertní úroveň (expert primární prevence)	93
10. Návrh srovnávací kvalifikační zkoušky	95
10.1 Akreditované vzdělávací instituce a autorizované osoby	95
10.2 Hodnoticí standard pro ověřování kvalifikačních stupňů: forma a obsah zkoušek	97
10.3 Přechodné období, uznávání kvalifikací a předchozího vzdělání	99

IV. část

Efektivita intervencí školské prevence rizikového chování

11. Účinnost preventivních intervencí a jejich testování v praxi	103
11.1 Evaluace programu Kouření a já	104
11.2 Evaluace komunitního preventivního programu na Praze 6	106
11.3 Evaluace programu Přípravení na život	108
11.4 Evaluace programu Drogy-Důvod-Dopad	110
11.5 Evaluace preventivního programu Unplugged	111
11.6 Význam provedených tuzemských studií	113
12. Kvaziexperimentální studie měření efektivity: příklad z praxe	115
12.1 Cíle studie a hypotézy	117
12.2 Metody sběru a analýzy dat	117
12.3 Popis výzkumného souboru	118
12.4 Výsledky	120
12.5 Diskuse	129
12.6 Závěr	132

13. Experimentální studie měření efektivity: příklad z praxe	133
13.1 Preventivní intervence Unplugged	134
13.2 Design evaluace preventivního programu	135
13.3 Výsledky	136
13.4 Diskuse	137
13.5 Závěry studie	139
<i>Závěr</i>	141
<i>Literatura</i>	143
<i>Seznam použitých zkratk</i>	156
<i>Seznam obrázků</i>	157
<i>Seznam tabulek</i>	158
<i>Věcný rejstřík</i>	159
<i>Ľmenný rejstřík</i>	161
<i>Abstrakt</i>	163
<i>Summary</i>	164
<i>Zusammenfassung</i>	165
<i>Résumé</i>	167

Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou záštitou a koordinací:



Klinika adiktologie

1. LF UK a VFN v Praze

Díky finanční podpoře:

Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR

a

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

a

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

Úvodní slovo

Kvalita a účinnost reprezentují v každém oboru jakýsi pomyslný tematický Olymp ve smyslu náročnosti v teoretické i praktické rovině. Tímto čtvrtým knižním dílem současně uzavíráme celou tetralogii věnovanou současným otázkám a stavu vývoje školské prevence rizikového chování v České republice. Zatímco předchozí díly měly za úkol definovat základní pojmy a koncepty, vysvětlit vztah mezi nimi, ukázat příklady dobré praxe a doporučit způsob jejich aplikace do podoby tzv. Minimálního preventivního programu základní školy, zde ve čtvrtém díle se budeme cíleně zabývat tématy kvality a efektivity celého tohoto snažení. Tedy klást si otázky na téma kvalifikace a odborná erudice, zabývat se tím, jak posuzovat kvalitu programů a to, zda opravdu mění chování dětí nebo jejich rodičů. Stejně tak se budeme zabývat pojmy jako je bezpečnost programů a jejich vedlejší, nežádoucí efekty.

Tato kniha úzce navazuje na několik původních publikací vzniklých v rámci projektu VYNSPI-1¹ a zabývajících se posuzováním kvalifikací a odbornosti pracovníků v prevenci (Charvát et al., 2012a, 2012b) a standardy kvality preventivních programů (Pavlas Martanová, 2012; Pavlas Martanová et al., 2012). Tyto publikace sloužily jako podklady či přímo byly některé jejich části promítnuty do této knihy. Jak pro tato témata, tak v dalších částech knihy pak dále využíváme a navazujeme na sérii drobnějších dříve publikovaných prací (článků, sborníkových prací či brožur), díky kterým jsme dnes schopni sestavit již takto komplexně pojatou knihu a zobrazit v ní téměř všechna klíčová témata kvality a účinnosti. Samozřejmě, že tento první pokus o komplexní zpracování a sumarizaci našich dosavadních prací není a nemůže být úplný ani dokonalý. Má mnoho málo vyvážených částí a dokonce v něm která témata téměř chybí, resp. nejsou adekvátně rozpracovaná (jako je např. nákladovost a nákladová efektivita atd.). V některých těchto oblastech prostě máme jako tým zatím málo zkušeností a často narážíme na současné personální, institucionální a eko-

1 Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni (reg. číslo CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK).

nomické limity. Očekáváme však, že i v těchto prozatím málo rozvinutých oblastech půjde časem školská prevence kupředu a získá adekvátní podporu i zájemce z řad praktiků i akademiků.

Podobně jako v případě předchozích dílů celé tetralogie jde také v tomto čtvrtém díle koncepčně a autorsky spíše o spojení struktur a obsahu a zásadní rekonceptci již dříve publikovaných prací, vydaných původně samostatně. Ty nyní tvoří nový celek a jádro této monografie. Nejde tedy v pravém smyslu slova o druhá vydání, ale o nový publikační útvar mající již větší ambice. Naší snahou bylo spojit do jedné publikace části tak, aby čtenáři dával celek logiku a dokázal si propojit a integrovat dílčí části.

Monografie tak v ucelené formě představuje publikační výsledek práce započaté v roce 2008 (navazující na linii prací vycházejících z realizace a výsledku *Phare Twinning project 2000*) reprezentovaný sérií prací v oblasti standardů kvality a certifikace, posuzování odbornosti a kvalifikace a měření efektivity. Tým tak čerpá z postupně budované tradice a návrhu národního systému interdisciplinárně pojaté školské prevence rizikového chování. První pracovní představa je zpracována právě prostřednictvím zmíněné tetralogie, jejíž čtvrtý díl držíte nyní v rukou. Tetralogie vytváří celek, který v homogenní podobě představuje teoretická východiska, praxi i výzkum. Obsahuje témata dotýkající se managementu kvality, témata dotýkající se bezpečnosti, vzdělávání a kvalifikací atd. Tetralogie je jedním z hlavních publikačních výstupů projektu VYNSPI-2. Každá ze čtyř monografií zpracovává a popisuje určitou část systému nebo jeho komponent a má jiný účel:

- první monografie *Prevence rizikového chování ve školství* je základním výchozím textem, nabízejícím ucelený přehled teoretických a praktických aspektů spojených s realizací školské prevence rizikového chování,
- druhá monografie *Výkladový slovník základních pojmů prevence rizikového chování* doplňuje a úzce navazuje na první a slouží jako výkladový slovník klíčových konceptů, které v prevenci rizikového chování používáme, a nabízí základní definice a jejich teoretické ukotvení,
- třetí monografie *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi* je koncipován jako praktický pomocník profesionálům v prevenci při tvorbě komplexních programů ve školách a obsahuje praktické ukázky různých programů a intervencí i návod, jak je vzájemně kategorizovat a kombinovat,
- kolekci uzavírá čtvrtá monografie *Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících*, která vysvětluje základní rámec a pojmy v oblasti kvality a efektivity a přibližuje pak praktické zkušenosti a příklady výzkumu v prevenci a popis systému hodnocení kvality, včetně vyvíjeného celonárodního systému certifikací kvality v České republice.

Ačkoli se může zdát, že celý postup prací na vývoji celonárodní školské prevence rizikového chování je poměrně rychlý a homogenní, není tomu tak zcela. Paralelně běží mnoho diskusí na různých komunikačních platformách, kde si celý záměr i jeho vedlejší důsledky stále ujasňujeme a řešíme, jak dále postupovat. Současně je ale důležité zde zmínit, že to vše není pouze výsledkem práce postupně se vyvíjejícího týmu od roku 2000, od výše zmíněného *Phare Twinning projektu*. Rád bych zde v úvodu vzdal hold a poděkoval jednomu z kolegů, na jehož práci jsme v tomto smyslu navázali a o kterém mohu bez falešné skromnosti hovořit jako nestorovi právě témat kvality a efektivity v našem oboru. Pan docent Kamil Kalina byl od začátku klíčovým hybatelem prací sahajících do první poloviny 90. let a ústících až do zformování pracovní skupiny při Ministerstvu zdravotnictví ČR (v roce 1995), která následně směřovala až k návrhu a formulaci prvních standardů kvality v léčbě závislostí. Zásadně ovlivnil oborového ducha doby a vtiskl tématu první strukturu. Těžko si umím představit, že by následující proces, rodící se ve školské prevenci až okolo let 1999–2000, mohl získat tak rychle na síle a vnitřní integritě a že by náš tým dokázal konceptualizovat základní pojmy a procesy, pokud by nebylo na co a na koho navazovat. Role prvních průkopníků je velice nevďěčná. Nutnost rekonceptualizace, zásadních změn, úprav a poučení i z neúspěšných pokusů často s odstupem času zastíní, jak složitý tento vývoj je a kolik energie a autorské invence stojí. Mnoha nově příchozím, zejména mladším kolegům pak mnohdy připadá vše samozřejmé, jasné a někdy zapomínají, že jejich práce se proměňuje a stává úspěchem právě díky návaznosti na jejich předchůdce. Nechci, abychom ztráceli historickou paměť a abychom snižovali respekt, úctu a zásluhy lidí, kteří v dané oblasti pomohli na svět něčemu velmi složitému a záslužnému. Samozřejmě že kromě pana docenta Kaliny by si zasloužili vyjmenovat i další kolegové a že jim taktéž patří tento dík. Jejich seznam by byl velmi dlouhý a museli bychom se též ponořit do předrevolučních časů, abychom mohli některé autorské a ideové linie adekvátně pochopit, uchopit a vyložit. Snad alespoň touto krátkou zmínkou a oceněním mohu přispět nejen k tomu, abychom na tuto práci nezapomínali, ale abychom v budoucnu dokázali udržet smysl pro kontextuální vazby, historické souvislosti a nedopouštěli se dezinterpretací. Vnitřní integrita je koncept důležitý nejen v linii každého jednotlivce, ale též celého oboru. Má-li v budoucnu prevence rizikového chování růst do emancipovaného a zdravě se rozvíjejícího oboru, pak je třeba, abychom zachovávali a střežili jak jeho vnitřní konzistenci a integritu, tak neztráceli historickou paměť a odvahu ke konfrontaci a změnám, kdykoli se ukáže, že je to žádoucí nebo dokonce nutné.

*V Praze 20. března 2015
Michal Miovský*

1 Kvalita a efektivita ve školské prevenci rizikového chování

1.1 Kvalita a efektivita v kontextu současného systému školské prevence v České republice

V praxi je možné často se setkat s velmi různorodým výkladem pojmů kvalita a efektivita. Kalina (2000, 2001), který zásadně ovlivnil formování přístupu k tématu kvality a efektivity (nejen) v kontextu adiktologie, si trefně s odkazem na některé klíčové práce vydané WHO všímá, že kvalitu lze odvozovat různě. Můžeme tedy definovat různá pojetí kvality a využívat přitom široké spektrum různých konceptů. V prevenci rizikového chování můžeme kvalitu odvozovat od:

- a) programů /metod / intervencí,
- b) procedur / způsobu, jakým je daná metoda/program/intervence aplikována, tj. prakticky realizována a tento procedurální aspekt je tak dalším zásadním kritériem,
- b) poskytovatelů (organizací / právních subjektů) (včetně provozních předpisů, bezpečnosti, informování atd.),
- c) pracovníků (tedy kvalita odvozená od kvalifikace a odborné způsobilosti člověka, který danou intervenci doručuje cílové skupině,
- e) etických standardů /pravidel / norem,
- f) cílových skupin, jejich charakteristik a potřeb.

Současný systém prevence rizikového chování tak, jak byl po dobu posledních 15 let v České republice vyvíjen (podrobněji viz Miovský, 2015), není zatím schopen do hloubky postihnout všechny uvedené aspekty. Snahou bylo postupně vytvářet předpoklady a řešit dílčí oblasti v pořadí významnosti / naléhavosti za daných podmínek limitujících ekonomicky, technicky, personálně a kapacitně naši práci. Následující přehled obsažený v této úvodní části knihy je tak pracovní reflexí toho, co se za těchto 15 let podařilo otevřít a do nějaké míry v České republice konkrétně řešit.

V průběhu let 1999–2015 byl v České republice postupně vytvářen koncept integrovaného systému školské prevence rizikového chování. Jeho definitivní podoba byla propracována, popsána a v dílčích částech ověřena v letech 2014–2015 (podrobně popis celého systému a kontext jeho vzniku viz Miovský, 2015; Miovský et al., 2015a). V jádru celého konceptu stojí snaha dosáhnout větší míry harmonizace mezi dvěma klíčovými resort-

ními přístupu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále též MŠMT) a Ministerstva zdravotnictví ČR (dále též MZ). Jejich harmonizace a synchronizace může zásadně pomoci řešit nejen klíčové koncepční, ekonomické a personální otázky, ale též zásadně pozitivně ovlivnit celkovou politiku kvality, efektivitu a bezpečnosti (podrobněji viz Miovský & Gabrhelík, 2015a, 2015b). Od výrazného synergického efektu celého procesu implementace pak očekáváme nejen získání větší politické podpory, ale především také podpory širší rodičovské veřejnosti a veřejnosti jako celku. Samozřejmě pak dosažení také vyšší motivace klíčových aktérů zapojit se do tohoto integračního procesu. Zásadní vliv na celý systém měly mj. dva projekty (podrobněji Miovský, 2015). První z nich, VYNSPI-1 (řešený v letech 2009–2011), pomohl k tomu, aby některé z hlavních myšlenek a principů budovaného systému prošly širokou diskusí a dostaly konkrétní podobu a parametry. Klíčové výstupy projektu VYNSPI-1, díky kterým byl v České republice formulován **první pracovní návrh¹ celonárodního systému školské prevence rizikového chování**, nyní dostávají nový význam a novou podobu. Hlavní rámec a klíčové komponenty systému jsou publikovány v hlavním výstupu projektu VYNSPI-2 prostřednictvím kolekce čtyř monografií. Naším záměrem bylo prostřednictvím této tetralogie představit rámec, ve kterém se celý koncept pohybuje, a popsat jeho dílčí části a jejich vzájemný vztah a funkci. Každá ze čtyř monografií proto zpracovává a popisuje určitou část systému (viz též úvodní slovo této monografie) nebo jeho komponent a má vysvětlit důležité kontextuální vztahy, funkci všech komponent i jejich vzájemný vztah (podrobněji viz Miovský et al., 2015a, 2015b, 2015c).

Základní rámec celého systému školské prevence se skládá celkem ze čtyř komponent (podrobněji viz Miovský, 2015) jejichž vzájemný vztah graficky vyjadřuje schéma na obr. č. 1. (1) Jeho teoretické jádro vychází z konceptu rizikového chování (Mioviský et al., 2015a) a pro kultivaci terminologie a harmonizaci přístupů vznikl kromě základní teoretické monografie též výkladový slovník základních pojmů (Mioviský et al., 2015b). (2) Základní rámec definuje cíle, hlavní cílové skupiny a využívá členění intervencí dle EMCDDA na všeobecnou, selektivní a indikovanou prevenci (Mioviský et al., 2015a). (3) Obsahové jádro tvoří doporučení kurikulum prevence pro základní školy (věk 6–15 let) nazývané Minimální preventivní program (Mioviský et al., 2015c). Je definována jeho základní struktura kombinující (a) programy podporující zdraví a bezpečnost ve škole, (b) programy zaměřené na sociální dovednosti a dovednosti seberegulace a sebeřízení a konečně (c) programy specificky zaměřené na jednotlivé hlavní formy rizikového chování (sexuálně rizikové chování, užívání návykových látek,

1 Viz výstupy na webovém portálu www.adiktologie.cz

šikana atd.). Definován je doporučený rozsah zahrnující přibližně 90 hodin pro celou základní školu a doporučené jsou programy, jimiž je možné tuto strukturu vyplnit (prostřednictvím Manuálu dobré praxe preventivních programů). Systém uzavírá komponenta (4) řešící kvalitu a efektivitu (tato samotná kniha). Ta je složena z části (a) zaměřené na vývoj a implementaci standardů kvality preventivních programů a jejich poskytovatelů (prostřednictvím certifikací kvality), z části (b) zaměřené na posuzování kvalifikace a odborné způsobilosti (znalosti, dovednosti a kompetence) profesionálů v prevenci, a konečně z části (c) zaměřené na podporu vědy v oblasti výzkumu efektivit preventivních intervencí. Pro toto posuzování byl vytvořen originální systém nazvaný Čtyřúrovňový model posuzování kvalifikace.

(1)		
Jednotný teoretický a terminologický rámec a klíčové koncepty školské prevence rizikového chování		
(2)		
Jednotný výkladový rámec využívající koncept rizikového chování		
2a. Cíle školské prevence	2b. Cílové skupiny	2c. Úrovně realizace
(3)		
Doporučené kurikulum prevence pro základní školu (tzv. Minimální preventivní program)		
3a. Programy podporující zdraví	3b. Životní dovednosti	3c. Specifické programy
(4)		
Kvalita a efektivita ve školské prevenci rizikového chování		
4a. Kvalita programů (certifikace)	4b. Kvalita profesionálů v prevenci	4c. Efektivita programů a intervencí

Obrázek 1 | Schéma základních komponent celkového modelu školské prevence v ČR (Miovský, 2015)

Za **prevenci rizikového chování** považujeme jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky (Miovský et al., 2015a). Plná verze Implementačního plánu je zpracována v klíčovém výstupu projektu VYNSPI-2 *Implementační plán meziresortního Systému prevence rizikového chování dětí a mládeže v České republice pro období 2015–2025* (dále též Implementační plán) autorů Miovské a Gabrhelíka (2015a, 2015b).

Kniha v zásadě následuje naznačené členění různých perspektiv pohledu na kvalitu a efektivitu. Nejdříve v této úvodní kapitole specifikujeme základní pohledy na evaluaci kvality a efektivitu a představujeme základní pojmy a kategorie. Kapitola tak dává všem třem hlavním částem de facto strukturu a pojmy. První samostatná část knihy je věnována tématu standardů metod a postupů. Představuje vývoj originálního systému hodnocení kvality v ČR a jeho základní parametry a filozofii. Druhá část je věnována kvalitě odvozené od pracovníků, tedy profesionálů pracujících v prevenci a reprezentuje další originální počín, kterým byl vznik tzv. čtyřúrovňového modelu a celý systém hodnocení kvalifikací, resp. kvalifikační připravenosti pro preventivní praxi. Poslední část knihy je pak věnována náročnému tématu hodnocení a ověřování efektivitu preventivních intervencí.

1.2 Charakteristiky kvalitní a efektivní školské prevence

Každá větší učebnice prevence se pokouší definovat základní charakteristiky kvalitní a efektivní preventivní intervence. Bylo zpracováno množství metaanalýz snažících se odpovědět na otázku, co je možné z provedených a publikovaných výsledků testování preventivních intervencí zjistit a jak tyto výsledky promítnout do praxe (např. velmi zdařilý přehled McGrath et al., 2006). Jedním z nejvýznamnějších zdrojů, kromě samotných časopiseckých původních prací a přehledových prací, je v tomto směru **The Cochrane Library**. Zde je možné zpětně dohledávat starší provedené přehledy a současně získat nejnovější poznatky. V roce 2015 byla publikována prozatím poslední přehledová práce týmu vedeného Fabriziem Faggianem (Faggiano et al., 2014). Z didaktických důvodů i homogenity této knihy jsme se však vrátili k již dříve publikovanému souhrnu základních charakteristik kvalitní a efektivní školské prevence využitých pro formulaci standardů kvality preventivních programů v České republice (viz MŠMT, 2005, 2008 a 2012). Tento souhrn charakteristik je v zásadě současně též doporučením a vodítkem při tvorbě a realizaci školské prevence a každý program/intervence by měl být nazírán prizmatem právě těchto doporučení / požadavků:²

- a) **Komplexnost a kombinace mnohočetných strategií** působících na určité cílovou skupinu (škola, rodina, vrstevníci, komunita, masmédiá).

2 Původně byl tento přehled využit při tvorbě a formulaci standardů kvality (MŠMT, 2005, 2008 a 2012, případně podrobněji viz ve druhé části knihy) a byl zpracováno z následujících tří zdrojů: Bém, P., Kalina, K. (2003). Úvod do primární prevence - východiska, základní pojmy a přístupy. In Kalina K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 10/1. Úřad vlády ČR, Praha. Kalina, K. (2000). Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě závislostí. SANANIM/Inverze, Praha. Nešpor, K. a kol. (1999). Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag, Praha.

Z bio-psycho-sociálního modelu a výčtu rizikových faktorů zřetelně vyplývá, že příčiny rizikového chování jsou značně různorodé. Preventivní programy je tedy nutné koncipovat komplexně jako souhrn více faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí.

- b) Kontinuita působení a systematickosti plánování.** Programy na sebe musí navazovat a vzájemně se doplňovat. Tato jejich vzájemná provázanost musí být transparentní a zohledněna ve způsobu realizace. Preventivní působení musí být systematické a dlouhodobé. Jednorázové aktivity, bez ohledu na rozsah a náklady, např. jednorázové přednášky nebo celostátní multimediální kampaně, nejsou obvykle příliš efektivní. Jednostranné (zdůrazňující pouze negativní účinky drog na fyzickou, psychickou a sociální pohodu jedince) a zjednodušující informace mohou být i škodlivé jak pro klienta programu, tak pro důvěryhodnost samotného programu u cílové skupiny.
- c) Cílenost a adekvátnost informací i forem působení** vzhledem k cílové populaci a jejím demografickým a sociokulturním charakteristikám. U každého preventivního programu je třeba definovat pro jakou cílovou skupinu je určen. Musí být zohledněn věk, míra rizikovitosti, úroveň vědomostí, sociokulturní zázemí, etnická příslušnost, postoje dané skupiny ke zneužívání návykových látek a charakteristiky místního společenství. Program musí být pro danou cílovou skupinu atraktivní, aby dokázal nejen zaujmout a udržet pozornost.
- d) U adiktologické prevence je důležité propojení prevence užívání nelegálních návykových látek a těkavých návykových látek s prevencí problémů působených alkoholem a tabákem.** Tabák a alkohol jsou nejrozšířenější návykové látky a působí největší lidské i materiální škody. Jsou také v určitém smyslu iniciačními návykovými látkami – jejich užívání obvykle provází a často předchází zneužívání nelegálních návykových látek. Ne vždy je však toto spojení vhodné a můžeme zformulovat různé „balíčky“ programů, v nichž lze efektivní preventivní poselství vyslat.³
- e) Včasný začátek preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku.** Osobnostní orientace, názory a postoje se formují již v nejranějším dětském věku. Jednoznačně se ukazuje, že čím dříve prevence

³ Efektivní poselství v primární prevenci může spojovat různá témata: nelegální návykové látky, těkavé substance, alkohol a tabák, jiná zdravotní rizika (zejm. infekční nemoci - HIV/AIDS a hepatitidy, ale také úrazy a sebevraždy) a konečně jiná společenská rizika a problémy, např. kriminalitu a komunitní bezpečnost, trávení volného času, životní prostředí. Pro formulování účinného balíčku témat v primární prevenci užívání návykových látek musíme tyto problémové okruhy spojovat podle potřeby, ale nikoliv dogmaticky, se zřetelem na skutečná zdravotní a sociální rizika, stupeň sociální tolerance určitých návykových látek, charakter cílové skupiny či populace a v neposlední řadě potřeby a problémy dané komunity.

začíná, tím je ve výsledku efektivnější. Formy působení musí být samozřejmě přizpůsobeny věku a možnostem dětí.

- f) **Positivní orientace primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ.** Podpora zdravého životního stylu, využívání pozitivních modelů a nabídka pozitivních alternativ atraktivních v příslušné cílové skupině by měly být součástí každého preventivního programu.
- g) **Využití KAB modelu.** Orientace nikoliv pouze na úroveň informací, ale především na kvalitu postojů a změnu chování. Kvalita postojů a změna chování často nemusí s rozsáhlostí a hloubkou poznatků příliš souviset. Cílem prevence je ovlivnit chování: součástí programů by proto mělo být získání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život, např. posílení schopnosti mladých lidí čelit tlaku k užívání návykových látek zvýšeným sebevědomím, nácvikem asertivity a schopností odmítat, zkvalitněním sociální komunikace a schopnosti obstát v kolektivu a řešit problémy sociálně přiměřeným způsobem.
- h) **Využití peer prvku, důraz na interakci a aktivní zapojení.** Pro děti a dospívající jsou vrstevníci často autoritou s větším vlivem než rodiče a učitelé. Vrstevníci mají výrazný vliv na utváření jejich názorů a postojů a mohou tak účinně přispět k snížení rizikového chování. Aktivní účast dětí, jejich iniciativa a spontánní výměna názorů zvyšují pravděpodobnost úspěšnosti preventivního programu. Realizátoři programů by měli vystupovat spíše v roli iniciátorů a moderátorů nežli přednášejících.
- i) **Denormalizace.** Primární prevence má přispívat k vytvoření takového sociálního klimatu, které není příznivé k šíření rizikového chování. Pojem „denormalizace“ znamená, že se normy a hodnoty určitého společenství změní tak, aby lidem nepřipadalo užívání a šíření návykových látek jako žádoucí, ale ani jako neutrální sociální norma. Cílem denormalizace je především zvýšit v daném společenství např. „drogové vědomí“, morálku a účast na řešení problému.
- j) **Podpora protektivních faktorů ve společnosti.** Vytváření podpůrného a pečujícího prostředí. Součástí preventivních programů má být podpora a vytváření podmínek pro společensky přijatelné aktivity a vytváření podpůrného prostředí, které dětem a mladým lidem umožňuje navázání uspokojivých vztahů. Do primární prevence patří i nabídka specializované péče v případě potřeby a kontaktů pro eventuelní krizové situace.
- k) **Nepoužívání neúčinných prostředků.** Jako neúčinné se prokázalo pouhé poskytování zdravotních informací o účincích návykových látek, odstrašování, zakazování, přehánění následků užívání, moralizování a v neposlední řadě i afektivní výchova, postavená pouze na emocích a pocitech.

2 Hodnocení kvality a efektivity preventivních programů a intervencí

2.1 Předpoklady pro hodnocení kvality a efektivity

K hodnocení (evaluaci) preventivních programů a intervencí lze přistupovat různě.⁴ Existuje více modelů, jak o těchto programech uvažovat a jak je hodnotit (Springer, Uhl, 1998). Na jedné straně se lze setkat s jednou krajní variantou spočívající v odmítání jednotných standardů (tj. jednotného pojetí kritérií kvality) a v důrazu pouze na vyhodnocení dopadů těchto programů. V rámci tohoto přístupu tedy není naším cílem zjišťovat a definovat nějaká jednotná kritéria kvality a konkrétní programy s nimi porovnávat. Tento konstruktivisticky laděný přístup má mnoho zastánců, klade však značné nároky na erudovanost personálu, připravenost výzkumných a kontrolních institucí a finanční zajištění evaluace. Jistou nevýhodou je obtížnost srovnání daná našimi omezenými možnostmi výzkumně uchopit některé složité fenomény a adekvátně je při evaluaci zohlednit. Další možností je prostřednictvím srovnávání a výzkumu různých modelů přístupu a programů primární prevence definovat obecná kritéria kvality a s těmito kritérii následně ostatní programy srovnávat, resp. srovnávat míru naplnění jednotlivých kritérií (požadavků). Tento přístup je finančně méně náročný a snadněji realizovatelný. Jeho nevýhodou je však určitá rigidita a pomalost v reagování na proměnu potřeb cílových skupin a menší potenciál pro inovaci. Hlavním problémem při expanzi výchovy zaměřené na rizikové chování a prováděné ve školách i mimo ně je udržet pozornost mladého jedince k tématu. Jak totiž mladí lidé dospívají, získávají např. stále více svých znalostí o drogách přímo z „drogové kultury“ (její součástí jsou nejen nejrůznější kluby a diskotéky, ale i restaurace, hospody, prodejny tabáku, oddělní s alkoholem v obchodech s potravinami či stánkový prodej alkoholu), které se stávají součástí, eventuálně se součástí této kultury stávají jejich přátelé a informanti (White et al., 1997).

Vývoj situace v České republice nakonec vyústil v kompromisní řešení, které v sobě integruje prvky obou přístupů. Nejdříve byla na základě přehledu odborné literatury a praktických zkušeností s realizací preven-

⁴ Tato kapitola vznikla zkrácením a úpravou původně publikovaných textů: Miovský, M., Miovská, L., 2004; Miovský, M., 2008; Miovský et al., 2011 a Miovský et al., 2015a.

tivních programů formulována a publikována určitá obecná představa o tom, které faktory ovlivňují účinnost primární prevence (Nešpor et al., 1999; Kalina, 2000; Bém, Kalina, 2003). Popis faktorů ovlivňujících účinnost primární prevence se následně stal součástí prvního uceleného návrhu standardů specifické primární prevence. Ten navázal na předchozí pokus definovat základní kritéria pro posuzování preventivních programů realizovaný v rámci již zmíněného projektu Phare Twinning Project: Drug Policy (Trapková et al., 2002). Ve druhé polovině roku 2004 pak proběhl pilotní projekt mající za cíl ověřit vzniklou oficiální pracovní verzi certifikačních standardů primární prevence (MŠMT, 2004) později publikovaných jako oficiální dokument MŠMT (MŠMT, 2005) s úpravami ústíci až do současné podoby publikované o sedm let později (Pavlas Martanová, 2012).

Existence standardů je klíčová pro definici toho, co je prevence rizikového chování a pro to, aby specifikovala, kde, kým, proč, jak (a jak dlouho) a s jakými cílovými skupinami má být vůbec prováděna. Standardy programů prevence tak z hlediska evaluace představují souhrn základních požadavků na to, aby byla evaluace v současných podmínkách za únosných nákladů vůbec realizovatelná. Materiál (MŠMT, 2004) tak má zásadní význam právě z hlediska rozlišení mezi aktivitami pro volný čas určenými pro celou populaci a specifickými programy určenými pouze pro určité cílové skupiny. Bez tohoto jasného popisu programu, jeho cílové skupiny, cílů atd. je provádění jakékoli evaluace prakticky vyloučeno. Z toho důvodu není možné např. u volnočasových aktivit (nespecifické prevence) validně ověřit dopad jejich preventivního působení. Dle autorů velmi rozšířené učebnice drogové primární prevence *Handbook of Primary Prevention* (Stel, Voordewind, 1998) je **pro provedení evaluace nezbytně nutné reflektovat tyto požadavky:**

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

Čím přesnější je popis cílů, metod a cílových skupin daného programu, tím lépe je možné jeho dopad výzkumně ověřovat. Neznamená to samozřejmě, že by základním stavebním kamenem celého systému preventivního působení neměly i nadále zůstat právě programy nespecifické primární prevence, které se úzce vážou k hlavnímu principu strategie prevence rizikového chování, kterým je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnos-

ti (viz též pojetí MPP, Miovský et. al., 2015c). Je třeba však reflektovat fakt, že existují a vždy budou existovat děti a mladí lidé, pro které tyto programy atraktivní či dostupné z nějakého důvodu nebudou. Nemusí se přitom jednat pouze o nízkou motivaci a špatné výchovné prostředí v rodině, může se jednat o mnohem hlubší zdroje problémů, jako je velmi špatná sociální situace rodiny (zejména např. u skupin spoluobčanů ohrožených sociální exkluzí, u rodin přistěhovalců atd.), osobnostní či jiná patologie rodičů (nezvládnuté psychiatrické onemocnění v rodině atd.) nebo rodinné zázemí nemají žádné (děti z dětských domovů, výchovných ústavů atd.) (Rhodes et al., 2003). Znamená to, jak jsme již uvedli dříve, že ve společnosti jsou a budou děti a mladí lidé, kteří jsou proti svým vrstevníkům určitým způsobem handicapováni (LLoyd, 1998; Miovský, 2001). Mnohé z nich vyžadují specifické podpůrné programy, které jim umožní vyrovnávat se se svým handicapem a zabránit jejich vyčlenění z běžné společnosti. Děti, které vyžadují takovýto specifický přístup, je poměrně velké množství a současně je třeba zdůraznit, že se nejedná o děti tvořící jednu homogenní skupinu. Existují různé skupiny dětí, které jsou handicapovány různým způsobem a které vyžadují různé formy pomoci. Tyto formy pomoci přitom musí odpovídat právě jejich skutečným potřebám a problémům. To znamená, že pomoc musí být specifická prevence (členěná dále na selektivní a indikovanou prevenci), aby práce byla skutečně účinná (viz Miovský et al., 2015a, 2015b). Stejně jako existují programy specifické prevence rizikového chování např. v oblasti šikany a násilí nebo prevence rasismu a xenofobie, existují také programy specifické prevence užívání návykových látek (adiktologická prevence). Individuálně rozdílná úroveň znalostí, postojů a dovedností u mladých jedinců vytváří potřebu vývoje intervenčních programů, které umožňují takovou míru individualizace, jež zajistí, že každý jedinec z cílové skupiny bude schopen vstřebat celý obsah intervence. Sdělení obsažená v preventivních intervencích, která jsou v rozporu s osobní zkušeností mladých lidí většinou nemají na cílovou skupinu žádný pozitivní vliv (Abdulrahim et al., 1994). Mimoto značná část informací poskytovaných v rámci takových vzdělávacích intervencí je nepřesná, dále zvyšuje nedůvěru studentů a vytváří překážky pro účinnost daného programu. Například „drogová kultura“ je pak mladými lidmi nahlížena jako spolehlivější zdroj informací, který však častěji zdůrazňuje bezpečnost návykových látek a schopnost budit rozkoš než jejich potenciální škodlivé účinky (Horan et al., 1988). V odborném písemnictví se často uvádí potřeba různých cílených intervencí pro různé cílové skupiny (Jenson et al., 1993; Kress and Elias, 1993; Van Hasselt et al., 1993; Werch and Di Clemente, 1994), nicméně z větší části tyto lépe zacílené intervence stále čekají na svůj vývoj, zavedení do praxe a evaluaci. Až na několik málo výjimek se tvůrci programů prevence rizikového cho-

vání domnívají, že jimi zvolené strategie budou stejnou měrou efektivní v celé populaci a nepřipravují různé intervenční strategie pro různé cílové skupiny programu (Werch and Di Clemente, 1994). Tomuto pojetí musí odpovídat také pojetí cílů preventivních programů. Ty musí být realistické a odpovídat současnému stavu v této oblasti.

Odborná literatura nabízí různé definice termínu evaluace preventivních programů a strategií. Podle Springera a Uhla (1998) je evaluace v širším významu slova soubor různých aktivit přinášejících nám informaci o významech spojených s chápáním sebe nebo vnějšího okolí u různých cílových skupin. Dalším možným výkladem pojmu evaluace preventivní intervence nebo programu je systematické shromažďování, analyzování a interpretování informací o průběhu intervence a jeho možných účincích. Získané informace mohou být použity k rozhodování o zlepšení intervence, k jejímu rozšíření nebo odmítnutí (EMCDDA, 1999). Do českého jazyka byla mj. přeložena pracovní verze další z publikací EMCDDA *Guidelines for the evaluation of drug prevention* (EMCDDA, 1998). Právě tato publikace, spolu s překladem 11 dílů evaluačního manuálu Světové zdravotnické organizace (WHO, 2000) se v naší zemi dočkala rozšíření do okruhu odborníků zabývajících se evaluacemi drogových programů. Ve snaze facilitovat proces zavádění evaluačních nástrojů do praxe připravilo také MŠMT publikace věnující se této oblasti (MŠMT, 2002). Tato publikace se však setkala s kritickým přijetím ze strany pedagogické veřejnosti, neboť její pojetí nebylo zcela adekvátní cílové skupině. Přetrvávajícím problémem (viz také Miovský et al., 2015a, 2015c) nadále zůstává především nedostatek vyzkoušených konkrétních nástrojů a schopnost pracovníků v prevenci tyto nástroje používat (Miovský, 2002b).

2.2 Typy evaluací z hlediska práce s výsledky evaluace

Jednotlivé evaluační metody se liší podle toho, k čemu mají být výsledky evaluace použity. Při formativní evaluaci (případně formativním přístupem v evaluaci) je hlavním cílem nalézt silné a slabé stránky evaluované preventivní intervence a navrhnout změny, které povedou k odstranění či zlepšení slabých stránek (WHO, 2000a). Cílem formativní evaluace je však výhradně zlepšení či zdokonalení (programu, lektora atp.), nikoli přímý postih za zjištěné chyby či jiné nedostatky. Naproti tomu hlavním důsledkem normativní evaluace (případně normativního přístupu v evaluaci) mohou být právě „politické“ důsledky jako rušení programu, sankce realizátorům programu za nedostatky, nižší dotace v dalším dotačním řízení apod. Někteří autoři užívají také termín sumativní evaluace (Kröger, 1998). Při normativ-

ní evaluaci porovnáváme hodnocený program např. s již existujícími standardy (hodnotíme míru a kvalitu naplnění standardů) nebo jej srovnáme s jiným programem. Oba tyto základní přístupy k evaluaci se významně odlišují v metodologických a epistemologických východiscích a předpokladech (Kröger, 1998) a při jejich praktické aplikaci je třeba tyto odlišnosti respektovat.

2.3 Typy evaluací z hlediska hodnocených fází programu

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

a) Evaluace přípravy

Realizaci každé úspěšné a efektivní preventivní aktivity předchází fáze podrobného plánování a přípravy vlastní realizace. Při **evaluaci přípravy** se především sleduje, jak kvalitně je daný program připraven před tím, než je spuštěn. Evaluace se tak zaměřuje především na stav přípravné dokumentace a veškerých přípravných kroků (Jerfelt, 1998). To vyžaduje sledování kvality projektového managementu, přípravy finančního a materiálního zajištění projektu, adekvátní úrovně vzdělání všech realizátorů preventivní intervence atd. (EMCDDA, 1998). Příprava každého, nejen preventivního programu je velmi důležitou fází. Bez kvalitní přípravy nelze kvalitně realizovat žádný projekt. Samozřejmě, že i v případě sebelépe naplánovaného programu se v jeho průběhu vyskytnou nepředpokládané problémy. Proto kvalitní příprava zahrnuje také schopnost počítat s touto eventualitou a ponechávat dostatečnou časovou, materiální i personální rezervu v plánovaném harmonogramu realizace jednotlivých fází projektu pro řešení problémů zjištěných až během vlastní realizace. V případě podceněné přípravy projektu se pak nepředpokládané problémy provázející realizaci mohou stát příčinou neúspěchu teoreticky velmi efektivní, inovativní či pro cílovou skupinu jinak přitažlivé preventivní intervence. Při evaluaci procesu přípravy je nezbytné sledovat, zda před vlastní realizací projektu byly uspokojivě zodpovězeny následující okruhy otázek:

- Je plánovaná intervence vůbec potřebná? Je adekvátně zdůvodněno, proč má být provedena? Je empiricky ověřeno, že daná cílová skupina potřebuje právě tento program a že zvolené metody odpovídají cílové skupině?

- Je dokumentace projektu provedena na adekvátní úrovni? Odpovídá kvalita přípravné dokumentace rozsahu, náročnosti a předpokládanému efektu plánované intervence?
- Je dostatečně popsána a identifikována cílová skupina? Jsou jasně popsány charakteristiky cílové skupiny, její odlišnosti od obecné populace, její specifika, která je třeba při přípravě intervence zohlednit?
- Je cílová skupina zvolena adekvátně vzhledem k plánované preventivní intervenci? Odpovídá obsah a forma programu cílové skupině? Je intervence dostatečně atraktivní pro cílovou skupinu, aby upoutala její pozornost a facilitovala předpokládanou změnu chování, případně posilovala protektivní faktory?
- Jsou plánované intervence vhodně zkombinovány? Navazují na sebe a doplňují se?
- Je časový a celkový realizační plán realistický? Je možné realizovat plánované aktivity v požadované kvalitě v plánovaném časovém úseku?
- Jsou cíle jasně definovány? Jsou reálně dosažitelné? Je proveden reálný odhad, u jak velké části cílové skupiny je možno očekávat navození změny chování? Jsou připraveny nástroje na ověření, zda či do jaké míry bylo cílů dosaženo?
- Má projekt (program) jasný a zdůvodněný ekonomický rámec? Odpovídají náklady projektu obvyklým cenám? Odpovídají náklady přínosům z navození předpokládané změny chování u cílové skupiny?

b) Evaluace procesu

Při **evaluaci procesu** se klade důraz na vlastní implementaci programu. Vyhodnocují se jednotlivé kroky (části) intervence s ohledem na přípravnou fázi. Hodnotíme, zda na sebe různé části navazují v logickém pořadí, které usnadní orientaci v problému příjemcům preventivní intervence či jaká je vlastní kvalita jednotlivých kroků programu (WHO, 2000b; Kröger, 1998). Evaluace procesu je poměrně obtížnou částí evaluace preventivní intervence. Jde o hodnocení průběhu implementace programu. Zatímco při evaluaci přípravy a výsledku může hodnotitel vycházet z písemných dokumentů zpracovaných při plánování projektu (podkladů poskytnutých navrhovatelem intervence do příslušného dotačního řízení či závěrečné zprávy, eventuálně odborných publikací typicky informujících o výsledku konkrétní intervence u cílové skupiny), při evaluaci procesu je často odkázán především na výpovědi realizátora, jeho spolupracovníků nebo informace získané přímo od účastníků programu, případně na data získaná vlastním pozorováním. Hlavní otázky, na které by měl hodnotitel procesu realizace nalézt odpovědi, pokud možno z různých informačních zdrojů, jsou:

- Je projekt (program) realizován v souladu s plánem? Je plán dostatečně flexibilní k řešení neočekávaných problémů při realizaci intervence?
- Provádí program osoby s dostatečným vzděláním?
- Jsou používány vhodné pomůcky? Odpovídá způsob použití pomůcek cílové skupině?
- Jsou dodržovány ověřené postupy, nebo program obsahuje improvizace (a jak je s nimi zacházeno)? Odpovídá obsah jednotlivých intervencí úrovni na důkazech založených znalostí o daném problému?
- Odpovídá způsob provádění daným kritériím kvality (např. standardům)?
- Je program skutečně akomodován do podmínek konkrétní školy? Respektuje její realie? Je s ní harmonizován, nebo „trčí“ jako nehomogenní prvek?
- Doplňuje se s jinými aktivitami na škole? Jak? Je to nějak modelováno (koordinováno), nebo se tak děje živelně?
- Přijímá program cílová skupina? Jak jej hodnotí cílová skupina? Jak jej přijímají další aktéři (pedagogové, rodiče)?
- Jak se zaměstnancům program realizuje? Jak na něj pracovníci sami reagují („jak se jim provádí“) a co si o něm myslí?

c) Evaluace výsledku

Poslední částí preventivního programu, kterou lze podrobit evaluaci, je výsledek intervence. Evaluace výsledku sleduje dopad intervence u cílové skupiny definované v přípravné fázi projektu, případně další dopady, které program má (Kuipers, 1998). Při sledování dopadu intervence je výhodné kombinovat kvantitativní a kvalitativní výzkumné metody, protože jen syntéza zjištění obou přístupů může zprostředkovat informaci o reálném a do kontextu zasazeném výsledku evaluované intervence. Bez kvalitativních výzkumných metod se lze jen těžko obejít při hledání odpovědi na otázku, zda evaluovaná intervence skutečně ovlivňuje to, co ovlivňovat má, či jakým způsobem zvolenou charakteristiku cílové skupiny ve skutečnosti ovlivňuje (WHO, 2000c; Kröger, 1998).

Hodnotit výsledek programů prevence rizikového chování je obtížné z několika důvodů. Změna chování plánovaná v důsledku preventivní intervence se u cílové skupiny může v měřitelné míře projevit s delším časovým odstupem, než probíhá samotné hodnocení. Některé žádoucí, ale velmi diskrétní změny chování jedinců z cílové skupiny se nemusí navenek projevit vůbec, eventuálně jedinci, u nichž ke změně chování došlo, se mohou i nadále v obavě z odsudku vrstevníků při hodnocení jevit jako intervencí neovlivněná část cílové skupiny. Opačným extrémem je cílová

skupina, která při hodnocení vykazuje navození předpokládané změny chování, zatímco u většiny jedinců z takové skupiny k žádné změně postojů k návykovým látkám nedošlo. Důvodem tohoto „maskování“ může být nechuť se nadále účastnit preventivní intervence, nesympatie k realizátorům či prostý žert, při kterém se jedinci z cílové skupiny baví tím, že realizátor intervenci hodnotí jako úspěšnou na základě zavádějících informací, které mu poskytlí zkreslené. Při evaluaci výsledků si obvykle klademe následující otázky:

- Byl splněn cíl daný na počátku programu (projektu)?
- Projevil se program nějak na cílové skupině? Jak (došlo k očekávaným změnám – např. zvýšení znalostí, oddálení první zkušenosti s nelegální drogou, nižší počet dětí pravidelně užívajících alkohol nebo tabák atp.)?
- Má dosažený výsledek skutečně vztah k prováděnému programu? Nezpůsobilo změnu něco jiného?
- Jak výrazná je dosažená změna? Lze ji nějak modelovat (dále prohlubovat, udržet)? Jakými nástroji a postupy?
- Bylo by možné této změny dosáhnout jinak? Má vůbec smysl daný program provádět?
- Jak nákladné bylo dosažení měřitelné změny?
- Jaké přínosy má dosažená změna? (Nižší počet výskytu rakoviny, menší počet osob konzumujících alkohol ve vysokých dávkách, méně rizikové vzorce užívání alkoholu, menší nemocnost, nižší výskyt cirhózy etc.)

2.4 Typy evaluací z hlediska užitého typu výzkumu

Kröger (1998) rozlišuje celkem tři základní typy evaluací podle užitého výzkumného plánu Rossiho, Freemana a Hofmana: experimentální, kvaziexperimentální a neexperimentální evaluaci. Experimentální typ evaluace předpokládá použití experimentální a kontrolní skupiny vybrané náhodným výběrem, u kterých hodnotíme (měříme) stav před a po provedení intervence (případně také v jejím průběhu). Na závěr pak porovnáваме výsledek (rozdíl) dosažený u experimentální skupiny (která byla podrobena experimentálnímu zásahu) a kontrolní skupiny (bez zásahu). Kvaziexperimentální evaluace spočívá v tom, že výběr experimentální a kontrolní skupiny není náhodný, ale je podřízen určitým podmínkám či kritériím a často tak při něm využíváme záměrného výběru (Bryman, 2001). Při neexperimentální evaluaci obvykle nemáme kontrolní skupinu a pracujeme pouze se skupinou, která je podrobena preventivní intervenci. Jiní autoři již reflektují také možnosti, které evaluaci primární prevence přinášejí kvalitativní metody (Brounstein et al., 2001), jako je zúčastněné pozorování,

různé typy interview, ohniskové skupiny atd. Důležitá je samozřejmě adekvátnost zvoleného typu výzkumu, případně kombinace více typů v případě složitějších projektů.

2.5 Ekonomické evaluace

Způsobů třídění evaluací tedy existuje mnoho. Pro doplnění předchozích způsobů třídění tak uvádíme ještě evaluaci nákladů (WHO, 2000d), tj. evaluaci, při které hodnotíme náklady na realizaci určitého preventivního opatření a evaluaci nákladů a přínosů (WHO, 2000e). Ta spočívá ve vzájemném srovnání celkových nákladů spojených s realizací určitého preventivního opatření a přínosů, kterých díky tomu dosáhneme (resp. jsme dosáhli). Aplikace těchto typů analýz je poměrně náročná a vyžaduje znalosti ekonomie a speciálních metod pro výpočty různých typů nákladů. Zvláštní kategorií pak představují studie zaměřené na tzv. nákladovou efektivitu (Godfrey, Parrott, 1998). Ty lze nahlížet jako určitý vrchol výzkumného hodnocení, neboť při nich hodnotíme celkové dopady projektu (výsledek intervence u cílových skupin) a porovnáváme je s tím, za jakých okolností (nákladů) bylo těchto výsledků dosaženo a případně také čím lze výsledek maximalizovat (tedy, zda změnou určitého parametru nelze například za dalšího minimálního nárůstu nákladů dosáhnout lepšího nebo trvalejšího výsledku preventivní intervence).

2.6 Kontraindikace evaluace a možné vedlejší účinky

Některé situace vylučují provedení spolehlivé evaluace. To úzce souvisí s procesem přípravy preventivního projektu. Častou příčinou nemožnosti hodnotit danou preventivní intervenci je absence jasně definovaných a měřitelných cílů, či definice samotné intervence nebo cílové skupiny. V těchto případech se často setkáváme se zcela nerealistickými cíli, jako např. dosažení úplné abstinence u celé populace či zabránění prvnímu kontaktu s drogou u 100 % cílové populace. Příkladem takto pochybných programů mohou být například již vzpomínané preventivní projekty scientologické církve, které již v samotném názvu často nesou právě onen nerealistický cíl typu Běh za Českou republiku bez drog 2003 nebo Strážci života bez drog, kdy kromě samotného cíle⁵ můžeme také zřetelně rozeznat další podstatné nedostatky, jako je stanovení neměřitelných cílů, prakticky nulový

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

procedurální popis intervence, nedefinovaná cílová skupina („celá společnost“) atd. (Scientologická církev, 2004). Nejasné vymezení cílové skupiny znemožňuje provedení spolehlivé evaluace, protože není jasné, v jakých sociálních skupinách by mělo k plánované intervenci a následné změně chování dojít. Nedostatky harmonogramu realizovaných aktivit a v plánu personálního zajištění vedou k nejasnostem, co, jak, kdy a kým bude prováděno, což znemožňuje evaluaci jak přípravy, tak procesu realizace preventivního programu.

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

Poslední okruh kontraindikací se týká všech fází programu. Evaluaci nelze kvalitně provést, nejsou-li na ni k dispozici dostatečné finanční prostředky. Evaluace má nenulové náklady a obecně platí, že výše rozpočtu přímo úměrně ovlivňuje šíři, hloubku i kvalitu samotné evaluace. Vzhledem k obecnému nedostatku dostatečně kvalifikovaných realizátorů preventivních projektů a hodnotitelů jejich kvality v České republice bývají často realizátor a hodnotitel různě provázáni již před začátkem evaluace projektu. Toto omezení nezávislosti představuje určitý problém, jemuž je třeba věnovat průběžně pozornost. Standardní nezávislá evaluace je vyloučena např. v situaci, kdy mezi realizátorem a hodnotitelem existuje nepřiměřená vazba (zaměstnanecký poměr atd.) nebo možnost realizátora (zadavatele) přímo ovlivnit výši odměny pro evaluátora.

2.7 Nežádoucí (nezamýšlené) vedlejší dopady preventivních intervencí

Každá intervence s sebou při realizaci přináší určitá rizika spočívající v tom, že kromě žádoucích dopadů se mohou objevit také různé dopady nežádoucí. Mezi množstvím různých témat můžeme vybrat diskutovaný příklad týkající se primární prevence užívání konopných drog. Pokud například budou žáci 5. tříd základních škol při edukačních preventivních programech informováni o tom, že konopné drogy jsou stejně nebezpečné jako například heroin a že jejich konzumace může snadno způsobit smrt,

pak v momentě, kdy se dostanou do věku 15–16 let, může dojít k nebezpečnému paradoxu. V tomto věku více než třetina z nich konopné drogy vyzkouší a téměř pětina je začne s určitou pravidelností užívat. Jejich zkušenost se bude rozcházet s informací, kterou získali od autority. Výsledkem pak může být právě opačný efekt, kdy od žádné autority již nebudou další informace přijímat jako důvěryhodné, přestože být takové mohou. Snadno tím může dojít právě k tomu, že následně podcení rizika spojená s jinými drogami (včetně alkoholu) než právě s konopím.

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

I. část

Standardy metod, postupů a způsobů jejich aplikace v praxi

3 Standardy kvality školské prevence a proces certifikací

První vážně míněná diskuse o vzniku specifických standardů kvality pro školskou prevenci rizikového chování proběhla v rámci Phare Twinning projektu 2000. Uvnitř pracovní skupiny⁶ pro prevenci postupně v letech 2000–2001 vykristalizovalo jádro několika nadšenců,⁷ kteří se pokusili formulovat první pracovní verzi dokumentu. Tato verze prošla vnitřním připomínkovým kolem (v průběhu roku 2002) pracovní skupiny a byla ve své třetí verzi schválena jako samostatná příloha závěrečné zprávy Phare projektu (Trapková et al., 2002). Partnerem při vzniku tohoto dokumentu byla Asociace neziskových organizací (A.N.O.). Jednalo se o velmi ojedinělý a na svoji dobu odvážný krok, který neměl víceméně podporu jinou než právě citovaného projektu. Podařilo se však v rámci projednávání a řešení jeho výsledků v roce 2003 dosáhnout toho, že Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy nejen odsouhlasilo všechny výstupy pracovní skupiny (tj. včetně první pracovní verze standardů kvality), ale současně s nimi začalo reálně opravdu pracovat a počítat. I přes velmi skeptické postoje velké části odborné veřejnosti začala v roce 2004 probíhat seriózní diskuse uvnitř MŠMT o možnosti uvést standardy kvality do praxe a začít s nimi pracovat. Významný podíl na tom měl tehdejší ředitel odboru 24 MŠMT Jiří Pilař, který navzdory zmíněné skepsi a nezájmu pomohl celý záměr prosadit. V průběhu konce roku 2004 a začátku roku 2005 tak vznikla první oficiální verze standardů kvality vzniklá úpravou, přepracováním a doplněním citovaného pracovního dokumentu (Trapková et al., 2002). MŠMT po několikaměsíční vnitřní diskusi dalo materiál také do vnějšího meziresortního připomínkového řízení, v jehož závěru byl dokument skutečně přijat, schválen a vydán (MŠMT, 2005). Zrodil se tak ve školské prevenci nový fenomén – **národní standardy kvality postavené na principu norma-**

6 Vedené Michalem Miovským v rámci jím koordinované třetí komponenty celého projektu, kam byla školská prevence spolu s dalšími 5 pracovními skupinami zařazena.

7 Na první verzi dokumentu pracovala čtveřice pracovníků ve složení Trapková, Piňos, Kolářová a Miovský kontraktovaná tehdy Úřadem vlády ČR v rámci Phare Twinning Project 2000.

tivní evaluace přípravy a procesu. Od začátku se totiž počítalo nejen se samotným formativním vlivem těchto standardů v praxi (tj. tím, že standardy budou čteny, bude se o nich diskutovat, postupně se dostanou po širšího povědomí a budou mít tedy nepřímý vliv na preventivní praxi), ale také přímo s určitou formou kontroly a vyžadování naplnění těchto standardů ze strany poskytovatelů preventivních intervencí. Přizvána tehdy do celého procesu byla přímo organizace MŠMT Institut pedagogicko-psychologického poradenství (dále též IPPP). Tehdejší ředitelka IPPP Jana Zapletalová měla pro celý záměr mimořádné pochopení a ustanovila pro něj maličký tým ve své instituci. Díky tomu již rok po vydání první oficiální verze standardů kvality (2005) vzniká také ucelená představa o možnostech praktické realizace procesu kontroly naplňování a dodržování těchto standardů. Vzniká **systém certifikací kvality školských programů prevence rizikového chování**, avšak v této době výhradně pro oblast adiktologie (Martanová, 2006). Žádná jiná oblast zpracována nebyla a standardy kvality z roku 2005 a na ně nasedající systém certifikací vznikl a byl zpočátku provozován a zaměřen výhradně na oblast prevence užívání návykových látek a jeho dopadů a neuměl postihnout jinou oblast. Jeho určitým předobrazem a inspirací byl systém hodnocení kvality a certifikací kvality v oblasti léčby závislostí (který se v České republice rozvíjel od roku 1995). Jeho druhým a neméně významným omezením bylo to, že až na výjimky zahrnoval poskytovatele prevence v oblasti neziskového sektoru (nestátní neziskové organizace) tvořící největší procento žadatelů o dotace v rámci dotačního systému MŠMT (viz podrobněji Miovský et al., 2015a). I přesto se však spustil zásadní proces vzniku a vývoje originálního systému hodnocení kvality v České republice a i přes všechny dětské nemoci celého systému se jednalo o inovativní počínající další širší pozitivní konsekvence z hlediska dalšího vývoje celé školské prevence rizikového chování.

3.1 Východiska při tvorbě standardů kvality preventivních intervencí a proces certifikace⁸

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti (Pavlas Martanová et al., 2012c). Jde o proces posouzení služby (poskytovatele) podle kritérií stanovených schválenými **standardy** a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění.

⁸ Kapitola (3.1. a 3.2.) byla původně v úplné verzi publikována jako samostatný článek v časopise Adiktologie (Pavlas Martanová, 2012), který je pouze redakčně upraven a aktualizován pro potřeby vydání této knihy.

Je to jeden z příkladů praktické realizace **normativní evaluace přípravy a procesu** (Miovský et al., 2004). Udělená certifikace je respektována jako garance kvality programu a ovlivňuje směřování státních finančních dotací směrem k poskytovatelům preventivních programů. Pro školy je proces certifikace důležitý z hlediska objednavatelů programů. Díky udělené certifikaci má škola možnost poznat odborný kredit daného programu a lépe se rozhodnout, který program specifické primární prevence pro své žáky objednat. Jak již bylo řečeno, certifikace je proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými **standardy** (Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, dále jen PPUNL, MŠMT, 2005, 2008; od roku 2012 pak Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování – dále jen „Standardy“).

Standardy PP UNL byly rozsáhlým dokumentem revidovaným a přijatým ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v letech 2005 a 2008. V roce 2012 pak byl v rámci projektu VYNSPI-1 (Projekt č. CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK) rozšířen na všechny typy rizikového chování (tedy **Standardy PP RCH**). Standardy ve své obecné a speciální části definují základní pojmy, cílové skupiny preventivních programů a zásady efektivity primárně preventivního působení. Dále pak v podobě bodovatelných (bodově hodnocených) kategorií vymezují charakteristiky, které by měl kvalitní program obecně splňovat, například: dostupnost, zacílení, respekt k právu klientů, hodnocení potřeb klienta, adekvátní personální a organizační zabezpečení programů, odpovídající materiálně-technické zázemí a další. Ve své speciální části se Standardy z roku 2005 a 2008 věnují konkrétně pěti typům programů, o jejichž certifikaci lze žádat: programy specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky, programy mimo rámec školní docházky, programy včasné intervence, vzdělávací programy (určené pedagogům) a ediční činnost v oblasti primární prevence. Od roku 2012 si Standardy kladou za cíl možnost posouzení programů zaměřených na jakýkoli typ rizikového chování a rozlišují již pouze tři typy přímého preventivního působení, tedy tři typy programů: programy všeobecné, selektivní a indikované školské primární prevence rizikového chování.

Mluvíme-li v souvislosti s certifikacemi o programech, chápeme jimi **programy specifické školské prevence rizikového chování**, přičemž za ně považujeme takové aktivity a programy, které jsou úzce zaměřené právě na oblast konkrétního rizikového chování a rizika s tím spojená. Certifikované programy specifické primární prevence rizikového chování se vyznačují čtyřmi hlavními charakteristikami (Miovský et al., 2010, 2015a):

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

V **procesu certifikace** mají možnost státní i nestátní zařízení zažádat o certifikaci svých programů a speciálně vyškolení certifikátoři realizují na základě jejich žádosti místní šetření u poskytovatele služby. Udělená certifikace je respektována jako garance kvality programu a ovlivňuje směřování státních finančních **dotací**. Proces certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů PPUNL i PPRCH byl vybudován v souladu s českými verzemi platných evropských norem pro posuzování, certifikace a audit.⁹ Tyto certifikační normy zaručují minimalizaci rizika střetu zájmů, objektivnost a nestrannost celého procesu. Základními principy certifikací v oblasti školské primární prevence rizikového chování jsou jednak dobrovolnost, neboť certifikace není povinná, organizace o ni sama žádá a podílí se na hrazení s ní souvisejících finančních nákladů v poměru stanoveném MŠMT, jednak transparentnost celého certifikačního procesu a nezávislost šetření. V neposlední řadě je základním principem používání odborně definovaných, obecně akceptovaných kritérií (standardů) pro hodnocení, schválených MŠMT a Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Ve svých základních principech koresponduje certifikace školské primární prevence s certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (kterou uděluje RVKPP).

Od roku 2006 je systém certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence implementován v České republice do praxe¹⁰. Získání **certifikátu odborné způsobilosti** je jednou z podmínek pro poskytnutí finančních prostředků ze státního rozpočtu (dotace v oblasti

9 Normy ČSN EN 45012; ČSN EN, ISO/IEC 17024; ČSN EN ISO 19011; MPA 60-01-04.

10 Podrobněji viz Martanová, V. (2006). Certifikace programů primární prevence užívání návykových látek. *Adiktologie*. 2006, roč. 6, č. 4, p. 514–519.

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

Základními cíli certifikací je hospodárné financování služeb z veřejných prostředků, zajištění a zvyšování kvality programů primární prevence, zefektivnění sítě poskytovatelů programů a začlenění programů školské primární prevence do širšího systému preventivního působení.

Paralelně s českým procesem vývoje standardů probíhala též tvorba Standardů evropské drogové prevence¹¹, které byly v letech 2009–2011 rozsáhle připomínkovány šesti zeměmi EU a v roce 2011 byly slavnostně vydány a prezentovány v odborném fóru.

11 Brotherhood, A., Sumnall, H. R. (2011). European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. EMCDDA, Luxembourg: The Publications Office of European Union. Evropské standardy pro drogovou prevenci definují základní kroky při plánování, realizaci a evaluaci programu drogové prevence. Jsou nástrojem pro sebevzdělávání i sebeevaluaci, který postihuje 8 projektových fází: posouzení potřeb a zdrojů, formulaci programu a designu intervence, managementu mobilizaci zdrojů, dodávku a monitorování programu, evaluaci a následné šíření a vývoj. Napříč těmito fázemi pak prostupují 4 standardy: udržitelnost a financování, komunikace a zapojení zúčastněných stran, rozvoj zaměstnanců a etika drogové prevence. Celá publikace je doplněna přehledným slovníkem základních pojmů v dané oblasti.

Publikovaná studie (Pavlas Martanová, 2012) z níž vychází tato kapitola, si kladla za cíl analyzovat nejvýznamnější posuny ve vývoji **standardů** a jejich implementace. Sledovala jednotlivé revize a pokouší se charakterizovat nejvýznamnější trendy v dané problematice. Standardy v období 2005–2012 prošly rozsáhlým vývojem, jehož popis a evaluaci nabízí tato studie. Jedná se o následující období:

- I. Etapa do roku 2005 – tvorba primárních standardů v rámci mezinárodní spolupráce
- II. Etapa, kdy v letech 2006–2008 probíhala prvotní implementace a v průběhu roku 2008 byla realizována první revize dokumentu a celého procesu
- III. Etapa v období 2008–2012 byla pokračováním implementace a v letech 2011–2012 byla tvořena druhá rozsáhlá revize dokumentu a celého procesu.

V rámci první revize proběhlo zejména dotazníkové šetření, byly realizovány ohniskové skupiny certifikátorů a proběhla externí evaluace závěrečných zpráv a protokolů z místních šetření. V období od ledna do června 2008 byla provedena **rozsáhlá evaluace** celého **certifikačního procesu**. V dotazníkovém šetření byly získány zpětné vazby od certifikátorů, kteří měli největší praxi v realizaci místních šetření. Další dotazníkové šetření proběhlo mezi zařízeními, která absolvovala certifikační proces – úspěšně i neúspěšně, tedy získala i nezískala certifikát (celkem cca 30 dotazníků). Byl realizován výzkum formou vytvoření ohniskové skupiny a vedeny rozhovory s lidmi, kteří se pohybují na poli procesu certifikace, s preventisty, s úředníky, s nezávislými experty (sedm osob, pět setkání). Data byla vyhodnocena a zpracovávána v rámci pracovní skupiny pro rozvoj standardů. Na základě získaných informací byly **evaluovány a přepracovány základní dokumenty** (přepracovány Standardy a Certifikační řád a metodika místního šetření, inovován Manuál certifikátora).

Druhá revize proběhla na základě panelových diskusí, zápisů z ohniskové skupiny, analýz odborníků z řad certifikátorů, sběru zpětných vazeb z terénu a byla završena externími oponenturami pracovní podoby dokumentu. V rámci druhé revize došlo k použití více metod:

- Fokusní skupina I (FG I) – celkem osm lidí, zastoupeni byli certifikátoři, realizátoři preventivních programů, pracovníci Agentury pro certifikace, FG byla realizována na počátku roku 2011.
- FG II – totožná s FG I, realizována v polovině roku 2011, zastoupeni certifikátoři, pracovník MŠMT, pracovník Kliniky adiktologie, pracovníci Agentury pro certifikace, externí evaluátor, primárním obsahem FG byly konkrétní návrhy na revizi materiálů.

- Kvalitativní analýza zpětných vazeb z terénu – v období tří let probíhal v Agentuře pro certifikace systematický sběr připomínek certifikátorů, certifikovaných institucí a dalších klíčových účastníků certifikačního řízení, připomínky byly zaslány zejména e-maily.

Byly vyžádány a zpracovány expertní oponentury textů od řady expertů, na oponentních připomínkách se podíleli: certifikátorka, oblastní metodika prevence v pedagogicko psychologické poradně (Mgr. K. Homolová), vedoucí Útvaru sociální prevence Městské policie hl. m. Prahy (Mgr. Bc. T. Řezník), certifikátor primární prevence a léčby, vedoucí centra drogových závislostí (Mgr. J. F. Žák), pracovník sekretariátu RVKPP (Mgr. Š. Veis), vedoucí odboru metodiky a prevence Národní protidrogové centrály Policie ČR (JUDr. B. Brejcha). Jako třetí krok v této studii byla realizována deskripce a metaanalýza obecných trendů ve vývoji Standardů. Tato kvalitativní metoda kombinuje informace z předchozích studií, které byly provedeny nezávisle na sobě, ale zabývají se stejnou tematikou a jsou si z hlediska designu velmi blízké. Homogenita jednotlivých studií je klíčovým předpokladem metaanalýzy vycházející ze závěrů dílčích studií.

3.2 Vývoj standardů odborné způsobilosti

Úkol vypracovat původní **Standardy** specifické primární prevence užívání návykových látek (MŠMT, 2005) vyplynul z Usnesení vlády č. 1045 z roku 2000 (o Národní strategii protidrogové politiky na období 2001–2004) a práce na jeho splnění byly zahájeny již v průběhu Phare Twinning projektu Drogová politika ve spolupráci s odborníky z Belgie a Rakouska. Standardy byly schválené v roce 2005 a proces implementace se započal od roku 2006. V roce 2006 byla zřízena a zahájila svou činnost Agentura pro certifikace dle Příkazu ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č.14/2006 dne 1. 7. 2006. Následně byla vypracována metodika certifikačního řízení pro oblast primární prevence, byly spuštěny webové stránky Agentury pro certifikace, vytvořen manuál certifikátora, etický kodex a další základní dokumenty. Byl akreditován kurz pro certifikátory a z něj vzešlo 46 úspěšných absolventů. Dne 2. 10. 2006 byl oficiálně zahájen proces certifikace primární prevence a trval do roku 2008.

a) Revize standardů kvality v roce 2008

Na základě získaných informací byly **evaluovány a přepracovány základní dokumenty** (přepracovány Standardy, Certifikační řád a metodika místního šetření, inovován Manuál certifikátora). Revidované Standardy a Cer-

tifikační řád a metodika místního šetření byly schváleny poradou vedení MŠMT dne 18. 12. 2008. Text **Standardů** byl zjednodušen a bylo upraveno bodování na základě potřeb certifikátorů i úspornosti celého certifikačního procesu. Zároveň bylo hodnocení zpřísněno v tom, že byly jasně vymezeny body nezbytné pro získání certifikace, tj. takové, které musí být naplněny ze sta procent. Takové body jsou označeny písmenem A a po přečtení revidovaných Standardů bylo ihned jasné jak žadateli tak certifikátorovi, co je nepodkröčitelným požadavkem. Jsou to kategorie, které jsou pro kvalitní program nepostradatelné, například musí mít jasně definovanou cílovou skupinu, musí být interaktivní a komplexní, musí pracovat s malou skupinou / třídou, musí mít vymezená pravidla a písemně zpracovanou metodu práce, pracovníci programu musí mít přiměřené vzdělání a musí být supervidováni. Tyto požadavky byly vyhodnoceny jako zásadní pro kvalitní program primární prevence. Zároveň se v průběhu certifikačního procesu ukázalo jako nezbytné, aby nedílnou součástí místního šetření byla návštěva certifikátora na realizovaném programu. Hlavním pilířem certifikace zůstalo studium předložené dokumentace, bylo však třeba také ověřit vlastní průběh programu a poskytnout tak certifikačnímu týmu objektivizovaný vzhled do programu. Do roku 2008 byla návštěva programu volitelnou součástí místního šetření, na kterou často nezbýval čas; po vstoupení revidovaného Certifikačního řádu v platnost v prosinci 2008 se návštěva programu stala povinnou součástí certifikačního procesu. Certifikátoři byli instruováni, aby postupovali dle vypracovaného manuálu.

V **Certifikačním řádu a metodice místního šetření** byly v roce 2008 nově ošetřeny situace, které vznikly v průběhu procesu certifikace (stížnosti na průběh certifikačního řízení, návštěva programu, certifikace nových zařízení apod.). Všechny **závěrečné zprávy** vytvořené certifikátory byly rozsáhle **evaluovány**, expertní posudek vytvořil externí hodnotitel (Mgr. Radimecký Ph.D., MSc). Tato expertiza posloužila zejména pro zdokonalení formulářů protokolu a závěrečné zprávy z místního šetření a k větší jednotnosti podávaných zpráv. Jedenkrát měsíčně od srpna 2007 do prosince 2008 se pravidelně scházela **pracovní skupina pro rozvoj standardů**, složená ze zástupců Agentury pro certifikace, IPPP, MŠMT, Centra adiktologie 1. LF UK, Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a nezávislých expertů. Tato skupina se v první fázi zaměřovala na revizi stávajících dokumentů a poté započala pracovat na vytvoření komplexního a aktuálního slovníku primární prevence a zároveň na rozšíření Standardů na další typy rizikového chování. Činnost této pracovní skupiny však byla náhle přerušena personálními změnami na MŠMT, kde oblast certifikace primární prevence byla odsunuta do pozadí.

Proces implementace byl v následujícím období stále komplikován personálními změnami na MŠMT, kdy se oblast certifikace těšila různé míře zájmu vedení resortu, a tak se období hladkého průběhu střídala s obdobími vyčkávaní, protrahování přidělení finančních prostředků na činnost Agentury pro certifikace či pozastavení její činnosti. Ani dnes, tedy v době vzniku tohoto článku v roce 2012, není proces zcela jasně definován. Potřeba rozšířených standardů na další skupiny rizikového chování byla již v roce 2008 pocítována v praxi jako velmi aktuální. I přes řadu dílčích změn bylo možné certifikaci získat pouze pro programy zaměřené na prevenci užívání návykových látek. Cílem do budoucna tedy zůstalo vytvořit nové standardy, dle nichž bude možné garantovat kvalitu a komplexnost i u dalších programů primární prevence rizikového chování.

b) Revize standardů kvality v rámci projektu VYNSPI-1

V letech 2011–2012 prošly standardy další revizí a byly upraveny tak, aby bylo možno certifikovat všechny programy primární prevence bez ohledu na to, na který typ **rizikového chování** se zaměřuje. Tato změna vychází z dlouhodobé potřeby oblasti školské primární prevence – jedná se o potřebu jednotnosti v terminologii i v dotační politice státu. V textu Standardů byla realizována opětovná redukce duplicit a koncentrace požadavků na kvalitní program primární prevence realizovaný ve škole. Výsledkem jsou čtyři základní obecné standardy (ošetřující program samotný, práva klientů, personální práci v zařízení a organizační aspekty na místo původních 12 drobnějších standardů) a tři speciální standardy. Speciální standardy od roku 2012 postihují v souladu s aktuální terminologií tři typy programů dle typu primární prevence – **programy všeobecné, selektivní a indikované školské primární prevence**. Certifikační praxe ukázala, že žádosti o certifikaci ediční činnosti jsou ojedinělé a vzdělávací aktivity pro učitele jsou ošetřeny akreditací MŠMT. Minimalizuje se tím též riziko špatného výkladu standardů v případech, kdy by poskytovatel frontální neinteraktivní přednášku pro děti chtěl etablovat jako kvalitní preventivní program (vzdělávací program byl v původních standardech zamýšlen jako kurz vzdělávání pedagogů). Přetrvává tedy potřeba certifikovat pouze programy přímé práce s žáky a studenty na třech zmíněných úrovních. Toto preventivní působení na poli školy je též nově definováno jako **školská primární prevence rizikového chování**.

Text a idea standardů byly harmonizovány v oblasti terminologie a kvalifikačních požadavků na realizátory prevence ve škole s nově vzniklými dokumenty. Zejména s Výkladovým slovníkem základních pojmů a s Čtyřúrovňovým modelem kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci (oba dokumenty viz seznam literatury). Pro úplnost a jednotnost se základ-

ní texty věnované popisu cílových skupin a kvalifikačních stupňů se staly ve své zkrácené verzi přímo přílohou samotných Standardů. Zásadním posunem pro žadatele o certifikaci je rozšíření standardů o rozsáhlý praktický výklad – tedy o praktickou část, která poskytuje konkrétnější výkladový rámec pro práci se standardy a pro certifikaci programů primární prevence. Obsahuje podrobnější rozpracování některých odkazů ve standardech pouze naznačených a zejména konkrétní vzorové dokumenty, které mohou sloužit pro inspiraci poskytovatelům programů. Jejich podoba je zárukou, že splňují požadavky standardů, avšak není závazná.

Tato zatím poslední revize Standardů z roku 2012 se snaží pracovat s tím, aby mohly být certifikovány i další programy vstupující do škol: Policie ČR, Městská policie, poradenské subjekty, osoby samostatně výdělečně činné a i nadále samozřejmě zařízení nestátních neziskových organizací. V rámci oponentských řízení byly všechny zmíněné resorty žádány o vyjádření, zda je tato verze standardů a následného certifikačního procesu pro ně akceptovatelná a jejich připomínky byly do textu zapracovány. Základní rámec navazujících **Standardů** specifické školské primární prevence rizikového chování (2012) je v souladu s celou řadou základních legislativních a koncepčních dokumentů¹². Tyto souvislosti byly aktualizovány. Významným posunem je též reflexe na existenci evropských standardů kvality drogové prevence¹³. Zde je však ještě třeba detailnějšího porovnání a harmonizace v budoucnosti.

Praktickými dopady druhé revize Standardů jsou pak dílčí změny v revizovaném certifikačním řádu a v metodice místního šetření – které na Standardy v roce 2012 navázaly. Jsou jimi: Platba procesu ze 100 % žadatelem a možnost o částku soutěžit v rámci dotačního řízení jednotlivých resortů (doposud platil žadatel pouze 30 % nákladů), návrh omezení vstupu programů do škol – MŠMT by dle návrhu doporučovala vstup do škol na preventivní akce pouze certifikovaným programům (a tím by se též reguloval směr finančních výdajů škol v oblasti prevence), vyšší podíl profes-

12 Národní strategií protidrogové politiky na období 2005 až 2009 i na období 2010–2018, Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998–2000, Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001–2004 a 2005–2008 a Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012. Akčním plánem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012 a ve Strategii prevence kriminality v České republice na léta 2012–2015, Národním programem rozvoje vzdělávání, tzv. Bílou knihou, s Protidrogovou strategií EU na období 2005–2012 a Akčním plánem Evropské unie boje proti drogám pro období 2000–2004, 2005–2008 a 2009–2012 a s dokumenty WHO, např. Evropské zdraví 21 – Cíl 12 či Globální strategie pro snížení škodlivého užívání alkoholu.

13 Brotherhood, A., Sumnall, H.R. (2011). European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. EMCDDA, Luxembourg; The Publications Office of European Union, (Dostupné za úhradu elektronicky na: <http://bookshop.europa.eu>.) je nově v seznamu literatury Standardů.

ních sdružení na rozhodování o procesu certifikace (jejich účast ve Výboru pro udělování certifikací na MŠMT) a prodloužená platnost certifikátu na dobu trvání pět let. Tato praktická opatření by měla jednoduchou cestou certifikační proces zprůhledňovat a usnadnit jeho realizaci bez vyšší finanční zátěže pro resort MŠMT.

3.3 Charakteristiky nejvýznamnějších trendů ve vývoji standardů kvality

Základní otázkou současné situace je další směřování a způsob práce jak se standardy kvality, tak celým systémem certifikačních programů školské prevence rizikového chování a kontext této práce jak v rámci České republiky, tak v rámci Evropské unie.

Trendy I.: V první revizi Standardů došlo k identifikaci níže popsaných základních jevů a revize se pokusila na ně prakticky reagovat.

- Vyšší kontakt s realitou poskytovaného programu – vřazena návštěva programu.
- Zúžení Standardů a odstraňování duplicitních bodů.
- Jednoznačnost výkladu a hodnocení – zavedeny a nárokovány povinné „A body“.
- Ošetření nově vzniklých situací.
- Aktualizace legislativního rámce.

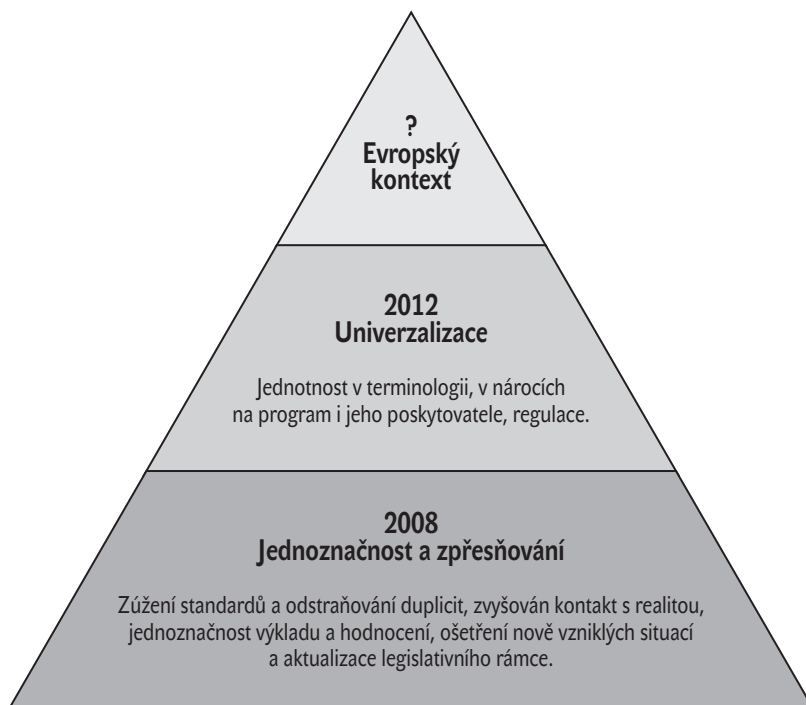
Trendy II.: Při druhé revizi Standardů se pokračovalo v již započatých trendech, naplňovaly se některé požadavky, které se nepodařilo realizovat v předchozím období, a zároveň se objevila potřeba harmonizace s aktuálními posuny v oblasti primární prevence.

- Univerzalizace standardů – aktualizace na všechny typy rizikového chování a akceptovatelnost všemi resorty vstupujícími do škol.
- Respekt k různým poskytovatelům preventivních programů, avšak jednotnost v základních nárocích a návrh omezení vstupu do škol pro necertifikované subjekty.
- Jednotnost se základní literaturou a školskými dokumenty (v oblasti terminologie i výzkumných trendů).
- Pokračování v zužování a jednotnosti výkladu standardů, typologie programů primární prevence (všeobecná, selektivní a indikovaná) se odráží ve speciálních standardech, opouští se certifikace vzdělávacích programů a ediční činnosti.
- Jednotnost ve vzdělání a profesní přípravě preventivních pracovníků vstupujících do škol.

- Praktický výkladový rámec jako návodná příloha standardů.
- Aktualizace legislativního rámce.

Trendy III.: Budoucí vize, diskuse o udržitelnosti

- V obou revizích jsou naznačeny vize do budoucna, aktuálně přetrvávají tyto trendy, které jsou výzvou pro následující období.
- Uvedení v kontext a porovnání s evropskými standardy.
- Implementace certifikačního procesu (pilotáž a následná ostrá realizace) za nově nastavených podmínek.
- Implementace Čtyřúrovňového modelu kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci, až bude tento model aplikovaný v praxi, lze ze Standardů některé požadavky vypustit.
- Jednotnost postupu v oblasti školské primární prevence napříč resorty – potřeba vzájemné komunikace, rozvoj spolupráce.
- S předchozím bodem související jednotnost toku dotací a ochrana školy před nekvalitními, neefektivními a necertifikovanými programy primární prevence.
- Vrcholem výše zmíněných aktivit by mohl být mj. např. zákon o prevenci.



Obrázek 2 | Schéma vývoje základních trendů (Pavlas Martanová, 2012)

Vývoj dokumentu Standardy i certifikačního procesu vykazuje jednoznačně identifikovatelné trendy, které na sebe navazují a rozvíjejí se (viz také obrázek č. 2). V obou fázích přetrvávají určité konkrétní úkoly do budoucna a otázkou zůstává, zda, kým a v jakém časovém horizontu mohou být naplněny. Téma se ocitlo v bodě, kdy je již celá řada vývojových potíží vyřešena, jsou hotové zásadní revize nejdůležitějších dokumentů, v rámci již zmiňovaného projektu VYNSPI-1 vznikly základní texty definující oblast školské primární prevence. Projekt VYNSPI-2 pak navázal a propracoval některé části a vznikl tak současně Implementační plán (Miovský & Gabrielík, 2015a, 2015b), jehož součástí je též politika kvality a systém certifikací a standardů kvality. Bude tedy na dalším vývoji a diskusi, do jaké míry se podaří některé nosné myšlenky celého systému dále rozvíjet a naopak které části budou utlumeny.

II. část

Hodnocení přípravy a procesu realizace preventivní intervence

4 Hodnocení přípravy a procesu realizace preventivní intervence v praxi

Hodnocení (evaluace) přípravy a procesu bývá často (neprávem) výzkumně i prakticky podceněným tématem, které bývá zastíněno hodnocením efektivity (účinnosti), jemuž se věnujeme v poslední (IV.) části této knihy. Ačkoli nás samozřejmě výsledky testování efektivity zajímají, není bez hlubší a systematické analýzy přípravy a procesu možné porozumět a správně interpretovat hodnocení právě samotného výsledku. Vše, co se odehrává při přípravě a realizaci, se přímo promítá do výsledku aplikace dané preventivní intervence. Bez nich je často nemožné odhalit důvody, proč např. daná intervence nebyla dostatečně účinná nebo proč na ni cílová skupina nereagovala dle očekávání atd. Podrobněji jsme se evaluací přípravy a procesu zabývali ve druhé kapitole knihy (viz). Proto jsme se do knihy rozhodli zařadit dva praktické příklady demonstrující poněkud odlišný pohled, než jaký nabízejí standardy kvality a certifikační proces (viz předchozí první část knihy). Zatímco standardy kvality a certifikační proces posuzují míru shody mezi dopředu definovaným kritériem, tedy **normativní přístup**, nabízí se také jiný možný pohled a postup. Nevýhodou normativní přístupu je totiž předem daná struktura, pevně stanovený rámec a tedy malá flexibilita a nemožnost zohlednit individuální odlišnosti a kontextuální aspekty. Jde o daň za relativně rychlé, jasné a procedurálně a technicky snadněji realizovatelné hodnocení. Navíc hodnocení umožňující porovnávat nejen programy vůči nastavenému kritériu, ale též programy mezi sebou, právě z hlediska shody s definovanými kritérii. Existují však také jiné možnosti. Prostřednictvím např. smíšených typů výzkumných plánů nebo prostřednictvím i pouze kvalitativních metod a postupů je možné realizovat hodnocení přípravy a procesu tak, aby byla více zohledněna jedinečnost dané metody/intervence, podmínek její implementace nebo specifických podmínek poskytovatele (realizátora). Takto stavěné hodnocení je již v kategorii **formativního přístupu**. Jeho nespornou výhodou je právě flexibilita a otevřenost a často zcela unikátní a jedinečný přínos z hlediska možnosti jak program vylepšit, jak odstranit dílčí nedostatky (jako je např. lépe zpracovaný informační leták, lepší soubor pomůcek atd.) nebo jak lépe

v dané metodě trénovat preventivní pracovníky nebo jak zpřesnit či vylepšit instrukce atd. Nevýhodou je omezená přenositelnost výsledku na jiná pracoviště, jiné metody nebo jiné poskytovatele, případně je obtížné (často nemožné) využít podobná data k jakémukoli porovnávání intervencí mezi sebou nebo různých adaptací dané intervence v různých zemích nebo městech. V tomto směru je rozhodnutí v rukou realizátora studie, který musí respektovat a zohlednit zadání a cíle studie a vybrat nejvhodnější postup a metody. Oba následující příklady z praxe jsou velmi zdařilou ilustrací naznačených limitů i možností, jaké formativní přístup k evaluaci přípravy a procesu nabízí a jak se konkrétní realizátoři vyrovnali v tuzemských podmínkách s požadavky zadavatelů studií a podmínkami v terénu při samotném hodnocení dané metody či souboru metod.

5 Hodnocení přípravy a procesu z pohledu cílové skupiny, místa a způsobu realizace: příklad z praxe¹⁴

Kapitola představuje provedenou evaluaci přípravy a procesu realizace tzv. minimálního preventivního programu (viz Miovský et al., 2015c) na základních školách Prahy 6 a jejím okolí. Ve studii se realizátoři pokoušeli získat podrobnější informace o způsobu realizace obou srovnávaných programů, porovnávat tyto informace s oficiálními dokumenty k oběma typům programů a mít tak k dispozici nezávislý zdroj kvalitativních dat o východiscích a charakteru prováděných a výzkumem srovnávaných preventivních intervencí. Minimální preventivní program chápe Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále též MŠMT) jako základní nástroj prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy představuje a jako komplexní systémový prvek v realizaci preventivních aktivit v základních školách, středních školách a speciálních školách (ibid).

5.1 Cíle a výzkumné otázky

Cíle formativní evaluace primárně-preventivního programu na komunitní bázi lze rozdělit do čtyř základních oblastí:

- Zmapovat realizaci minimálního preventivního programu na zapojených školách: hlavní otázka je Co vše tento program na jednotlivých školách zahrnuje a v jakém rozsahu?
- Popsat situaci, školní prostředí na zapojených školách z perspektivy školních metodiků prevence a dokumentů o škole: Jaká je situace na škole v oblasti nabídky volného času mládeže, vybavenosti školy, jaké je školní prostředí a celkový kontext ve kterém je minimálně-preventivní program realizován (např. spolupráce ostatních pedagogů, přístup ředitele atd.)?

¹⁴ Kapitola vznikla redakční úpravou a zkrácením původního článku publikovaného ve slovenském časopise *Alkoholismus a drogová závislosti* (Miovský et al., 2007b).

- Popsat práci školního metodika prevence: Jak vypadá běžná práce školního metodika prevence? Co vše do ní spadá a kolik času jednotlivým oblastem věnuje?
- Zjistit, s jakými problémy se školní metodik prevence nejčastěji setkává: Co v realizaci programu nejvíce překáží? Co chybí nebo jiným způsobem omezuje práci školního metodika prevence?

5.2 Metody získávání a analýzy dat

Do této části kvalitativní studie se zapojili školní metodici prevence, kteří pracovali na školách participujících na realizaci výzkumného projektu a kteří byli ochotni nejen poskytnout informace o své práci a realizaci minimálního preventivního programu, ale také byli ochotni vyhradit si, většinou po pracovní době, čas potřebný pro rozhovor (což se nestalo ve všech případech – viz dále). S každým respondentem byl proveden jeden polostrukturovaný rozhovor. Při plánování rozhovorů jsme vycházeli z pojetí Barkera (2000) a Kvaleho (1996). V rozhovoru jsme se zaměřili na získání informací o škole, o realizaci minimálního preventivního programu, o práci školního metodika prevence. Zaměřili jsme se zejména na silné a slabé stránky těchto tematických oblastí. Všechny rozhovory byly nahrávány a poté doslovně přepsány. Doslovné přepisy rozhovorů byly kvůli zajištění větší přehlednosti upraveny pomocí redukce I. a II. řádu. Redukcí I. řádu rozumíme proces transformace údajů obsažených ve významových jednotkách do podoby vhodnější pro další analytickou práci. Z plného přepisu jsou vynechány všechny části vět, které nesdělují identifikovatelnou informaci a dále je text očištěn o výrazy, jejichž přítomnost tento text spíše narušuje a které nejsou významovou jednotkou (Miovský, 2000). Redukce II. řádu má za úkol „*selektivně na základě hlavních výsledků analýzy případové studie zvolit všechny identifikované hlavní kategorie a vzájemně je spojit do smysluplného celku s kategoriemi identifikovanými v rámci analýzy ostatních případových studií. Výsledkem je tvorba sítě vztahů mezi těmito hlavními kategoriemi. V případě úspěšné práce je na základě této sítě možné zpětně vysvětlit a interpretovat jakoukoli analyzovanou případovou studii. Naopak při nenasycenosti dat dochází ke vzniku „trhlin“ při výkladu a interpretaci při této zpětné kontrole*“ (Miovský, 2000, p. 40).

Základním předpokladem a závazkem při získávání informací prostřednictvím rozhovoru bylo neohrozit a nepoškodit účastníky výzkumu, konkrétně školní metodiky prevence a nepřímo také samotnou školu a její žáky. Rozhovory tedy prováděli zaškolení tazatelé. Respondenti se zúčastnili zcela dobrovolně, bez nároku na odměnu a byli vždy na začátku rozhovoru seznámeni se všemi základními informacemi o studii a svých právech, včetně práva odmítnout nahrávání nebo práva kdykoli žádat o zničení

nahrávky (informovaný souhlas). Nahrávky byly bezpečně archivovány a mohou být využity výhradně pro účely tohoto výzkumu. Nemá k nim mít přístup nikdo další a nesmí být využity k žádné jiné činnosti a nikým, kdo není členem výzkumného týmu. Všechny údaje, jež by bylo možné využít k identifikaci respondenta, byly z písemného záznamu odstraněny (Miovský, Miovská, Gajdošíková, 2004). Dalším zdrojem dat byla obsahová analýza písemného materiálu, a to minimálního preventivního programu, který zpracovává každá základní škola (podle metodického pokynu MŠMT čj. 14514/2000-51).

Hlavní metodou využitou pro přípravu a zpracování tohoto textu byla obsahová analýza přepisů získaných rozhovorů a dokumentů jednotlivých škol dodaných školními metodiky při následném interview. Při analytické práci s těmito kvalitativními daty jsme pracovali s využitím zejména tří technik (postupů) Milese a Hubermana (Miles, Huberman, 1994). Jedná se o techniku zachycování vzorců, témat, či „gestaltů“ v přímých výpovědích respondentů (přepis rozhovorů). Dále techniku (kombinující se s první) spojování dílčích prvků do obecných kategorií. Poslední užitou technikou bylo vyznačování vztahů mezi kvalitativními proměnnými a interpretace těchto vztahů. Vzhledem k různorodosti a nehomogenitě získaných dat bylo třeba velmi důsledně dbát na technicky kontroly validity (Čermák, Stěpaníková, 1998).

5.3 Popis výzkumného souboru

Z celkem 25 škol (viz tabulka 1) zapojených do tohoto evaluačního projektu se této substudie účastnilo 19 školních metodiků prevence, se kterými byl proveden 45–60minutový polostrukturovaný rozhovor na téma minimální preventivní program a jeho realizace na základní škole. Zbývajících šest metodiků rozhovor z různých důvodů odmítlo. Z výběrového souboru A (experimentální skupina) bylo provedeno celkem devět rozhovorů (čtyři muži a pět žen), ze souboru B a C (kontrolní skupiny) bylo provedeno deset rozhovorů se školními metodiky prevence (tři muži a sedm žen).

Soubor	Školy	Třídy	Žáci	Chlapci (%)	Dívky (%)
A	13	30	619	52,7	44,6
B+C	12	31	559	53,1	46,2
Celkem	25	61	1 178	52,9	45,3

Tabulka 1 | Počet žáků ve školách a třídách podle výběrového souboru

5.4 Výsledky

a) Minimální preventivní program a situace na školách

Minimální preventivní program (MPP) je zaměřen na zdravý životní styl a prevenci rizikových forem chování, tzn., že není zaměřen pouze na prevenci užívání návykových látek, ale také na prevenci šikany apod. Realizace začíná u dětí na 1. stupni základní školy a intenzivněji probíhá na 2. stupni základní školy. Využívá nejen možnosti informovat o drogách, ale také různých neverbálních, interaktivních technik, skupinových forem hry, nácviku dovedností, technik rozvíjení osobnosti apod. Dále jsou často pořádány zážitkové programy pro žáky, méně často různé zážitkové akce pro rodiče a děti společně. Realizaci MPP zajišťuje školní metodik prevence, nutná je podpora vedení školy a také ostatních pedagogů. Citovaný metodický pokyn MŠMT (2000) uvádí následující komponenty programu, ze kterých vybíráme pouze ty, které metodici prevence uvádějí mezi skutečně realizovanými (alespoň u jedné ze zapojených škol):

a) Obsah programu pro žáky:

- výuka v rámci jednotlivých předmětů (zejména chemie, biologie, občanská nauka),
- volnočasové aktivity (kroužky, dílny, soutěže),
- zážitkové programy,
- přednášky, besedy, interaktivní semináře aj. pořádané externími organizacemi zabývajícími se specifickou primární prevencí na školách (např. právě Prev-Centrem),
- návštěva různých zařízení, která poskytují péči uživatelům drog (nejčastěji se jedná o návštěvu kontaktního centra),
- možnost zapůjčení si literatury o daném problému,
- možnost osobní konzultace se školním metodikem prevence, případně schránka důvěry.

b) Obsah programu pro rodiče:

- spoluúčast na volnočasových aktivitách (vedoucí kroužků, programy zaměřené na rodiče a děti),
- informace na třídních schůzkách,
- letáky, brožurky apod.
- besedy (uváděn malý zájem a účast rodičů).

c) Obsah programu pro pedagogy:

- informace o realizaci MPP na společných poradách,
- vzdělávání pedagogů v oblasti užívání návykových látek,
- zážitková pedagogika.

Tabulka 2 srovnává soubor A a B+C z hlediska obsahu MPP. V tabulce jsou uvedeny pouze ty aktivity, které školní metodici prevence uvedli, že realizují. Standardní součástí MPP je zařazení informací o návykových látkách do běžné výuky a dále zařazení kroužků a volnočasových aktivit. Ve všech školách ze souboru A je do realizace MPP také zapojena nestátní nezisková organizace zabývající se primární prevencí, konkrétně se jedná o o.s. Prev-Centrum, což bylo podmínkou účasti ve studii. Ve školách ze souboru B a C je do realizace MPP zapojena častěji policie než organizace zabývající se přímo primární prevencí. Oproti školám ze souboru B a C školy ze souboru A velmi často realizují různé zážitkové programy pro žáky.

	Počet škol ze souboru A (celkem zde hodnoceno 9 škol)	Počet škol ze souborů B+C (celkem zde hodnoceno 10 škol)
MPP je zaměřený také na prevenci šikany	2	3
Informace v rámci výuky	9	10
Kroužky, volnočasové aktivity	9	10
Odpolední klub	1	2
Zážitkové programy	7	3
Zapojení dalších institucí		
- policie	1	5
- nestátní neziskové organizace	9	2
- pedagogicko-psychologická poradna	2	0
- jiná preventivní instituce	2	5
Zapojení rodičů	8	8
Zapojení ostatních pedagogů		
- vzdělávání pedagogů	5	5
Evaluace MPP	4	3

Tabulka 2 | Srovnání experimentálního a kontrolního souboru z hlediska obsahu MPP

Ze srovnání v tabulce 2 vyplývá, že ve většině sledovaných oblastí si oba soubory jsou velmi podobné. Celkem je však v pěti oblastech zřejmé, že se objevil poměrně zajímavý rozdíl ostře diferencující mezi kontrolní a experimentální skupinou. Jedná se o výraznou převahu experimentální skupiny v oblasti realizace zážitkových programů, zapojení specializovaných neziskových organizací a pedagogicko-psychologických poraden. Naopak kontrolní skupina měla výraznou převahu v realizaci programů za pomoci Policie ČR a městské policie a v oblasti zapojení jiných subjektů než neziskových organizací a pedagogicko-psychologických poraden.

b) Práce školního metodika prevence

Školní metodik prevence píše každý rok MPP, aktualizuje ho a také vyhodnocuje. Zodpovídá za realizaci různých aktivit nesouvisejících přímo se školními aktivitami (besedy, přednášky) a spadajících do MPP. Poskytuje poradenství pro žáky, rodiče a ostatní učitele. Spolupracuje s výchovným poradcem a psychologem. Spolupracuje s ostatními učiteli (výuka v jednotlivých předmětech, řešení konkrétních problémových situací). Průběžně se vzdělává. Doporučuje, konzultuje vzdělávání pro ostatní učitele. Jak ukázala podrobná analýza úkolů a požadavků na školního metodika prevence, stejně tak jako na ředitele školy v této oblasti¹⁵ (Miovský, Štastná, 2002), jsou tyto požadavky zcela nepřiměřené a nereálné. Současná ekonomická situace ani situace v oblasti odborné připravenosti a kvalifikace neumožňuje splnění těchto požadavků. Díky tomu plošně dochází k devalvaci v kritériích hodnocení plnění těchto požadavků a celkovému znehodnocení výsledků práce, jichž bylo v některých oblastech dosaženo. Pokud by Česká školní inspekce (zodpovědná za kontrolu MPP) aplikovala odpovídající metodiku a kritéria (v dikci citované vyhlášky), naprostá většina škol by v hodnocení nemohla obstát – což však není možné klást za vinu těmto školám, ale právě mnoha neadekvátním požadavkům vyhlášky nerespektující reálný stav oblasti. Pravděpodobně jen díky nestandardnímu nasazení části okresních a krajských metodiků prevence v některých krajích se podařilo vytvořit podmínky a motivovat a podporovat školní metodiky tak, že se lze v několika oblastech setkat s velmi dobrou kvalitou preventivní práce. Zde se však nejedná o pozitivní vliv systému, ale zřetelně o nestandardní nasazení a práci jednotlivců.

c) Problémy při realizaci minimálně preventivního programu

Prvním často zmiňovaným problémem je počet hodin vyhrazených na realizaci programu (úleva jedna až dvě hodiny nebo peněžní odměna) – ideálně 0,5–1,0 úvazku (formálně však dnes metodik má nárok na finanční odměnu pouze v případě absolvování speciálního akreditovaného dvouletého vzdělávacího kurzu v rozsahu min. 250 hodin – viz vyhláška k dalšímu vzdělávání pedagogických a výchovných pracovníků č. 317/2005 Sb.). Zásadním tématem pro školní metodiky prevence je otázka podpory ředitele a shoda s ředitelem na tom, jak by měla prevence vypadat. Ukazuje se, že ředitel je klíčovým „hráčem“ udávajícím, podobně jako v jiných oblastech života školy, pravidla pro preventivní práci. Postoj, jaký k prevenci zaujímá, jaké

15 Podrobně specifikováno v metodickém pokynu MŠMT čj. 14514/2000-51.

je ochoten vytvořit metodikovi zázemí a jak si za svým rozhodnutím v této oblasti stojí vůči zbytku pedagogického týmu se ukazují být naprosto zásadním zdrojem podpory, nebo naopak devalvace až znemožnění efektivní práce metodika. Podpora ostatních učitelů a vzájemná spolupráce je většinou hodnocena jako nedostatečná a zde se kromě právě zásadního vlivu ředitele projevuje i osobnost metodika a jeho profesní i osobní zralost. Právě schopnost vymezit se a obhájit svoji práci vůči kolegům a pokud možno alespoň část z nich získat pro kooperaci je velmi obtížné, ale nutné. Ostatní učitelé se sice nepodílí na realizaci větší části programu, neboť realizují pouze dílčí komponenty v rámci daných předmětů, nicméně jejich postoj, poznámky před žáky či jinými kolegy, aktivita pouze v případě nařízení vedením školy atd. způsobují metodikům výrazné problémy při práci a většinou je výrazně demotivují.

Zvláštním tématem je pak vzájemná spolupráce a podpora. Jako důležitý a vysoce ceněný byl vyhodnocen kontakt s okresním metodikem prevence a protidrogovým koordinátorem na příslušné městské části a jejich zapojení (zřetelně zejména u metodiků v souboru C). Role těchto dvou pracovníků by měla být v kontaktování metodiků prevence, organizování (pravidelné) schůzek všech metodiků prevence příslušné městské části, informování o kvalitních vzdělávacích programech, o zařízeních a jiných organizacích zabývajících se příslušným problémem apod.

d) Výsledky studie z hlediska dalšího zpracování dat kvaziexperimentální části

Část škol v kontrolní skupině rozvíjí poměrně velmi bohaté spektrum preventivních programů a překračuje tak hranici běžných aktivit označovaných jako MPP – ve srovnání s průměrným výkonem škol při těchto aktivitách (viz např. Miovský, Štastná, 2002 nebo Broža, Miovský, 2006). Tuto skutečnost je nutné zohlednit do srovnání při 1. a 2. retestu, neboť bude pravděpodobně narušovat homogenitu výsledku srovnání obou skupin. To je velmi zásadním zjištěním, které je možné označit za naprosto zásadní výsledek kvalitativní části a výsledek, který se pravděpodobně promítne do samotného kvaziexperimentu. Bez kvalitativní části by tento fakt nebyl vůbec zjištěn a je zřetelné, že kvalitativní část projektu přináší data, která mají pro kvantitativní část zásadní význam (z hlediska odhalení možných zkreslení) a že tato data by při standardně prováděném kvaziexperimentu nebyla vůbec získatelná. V tomto smyslu studie potvrzuje význam a smysl kombinace obou metodologických přístupů (Miovský, 2006). Poznatky můžeme shrnout takto:

- a) kontrolní skupina není z hlediska realizovaných programů tak homogenní, jak autoři předpokládali na začátku studie,

- b) jedna část kontrolní skupiny vykazuje výrazně vyšší aktivitu, kvalitu a rozsah preventivních programů – tato skupina vytváří podmínky pro množství různých, často velmi kvalitních programů, avšak programů, nemajících vždy sjednocující prvek, strategie a skutečně kvalitní návaznost a vzájemnou provázanost (identifikována je zde chybějící „páteří“ struktura dávající jednotlivým programům sjednocující společný rámec a pravidla),
- c) experimentální skupina naopak potvrdila poměrně výraznou homogenitu stran realizace programů a způsobu jejich zajištění.

Výsledky podporují předpoklad, že vzájemné porovnávání škol je problematické z hlediska množství a kvality rozdílů mezi nimi. Schopnost metodiků postihnout podstatné problémy preventivních programů a reagovat na ně je značně rozdílná (souvisí to v některých případech s malou profesní kompetencí, v jiných se snahou prezentovat školu co nejlépe a „maskovat“ problémy). Dále je zřejmé, že příprava metodika na výkon jeho funkce není jednotná a ukazuje na značné nedostatky a nejasnosti již v základní definici jeho kompetencí, nástrojů pro práci atd. Problém zřetelně souvisí s výše zmíněným nerealistickým zadáním ze strany MŠMT a současným nedostatečným zázemím pro prevenci. Jak bylo uvedeno výše, problém není zcela vyřešen ani novým zákonem a vyhláškou o dalším vzdělávání pedagogických a výchovných pracovníků.

5.5 Diskuse

Získané výsledky jsou s domácími studii obtížně srovnatelné, neboť prakticky žádná z nich nemá plně srovnatelnou strukturu. Ostatně projekt byl ze strany GAČR podpořen grantem právě proto, že se jedná o původní o u nás doposud v této podobě nerealizovaný design kombinující kvalitativní a kvantitativní metody. Základní návrh projektu (více také na www.evaluaceppp.cz) vznikl v době, kdy vstoupila v platnost jedna z klíčových vyhlášek MŠMT ČR (2000) týkající se metodiků prevence a v době, kdy celý systém procházel kritickým momentem. Jednalo se o již citované studie IPPP (2000) a zhodnocení stavu prevence v ČR v rámci Phare Twinning projektu 2000 (Miovský, Kreeft, 2002). Tento proces pak v dalších letech vyústil v odmítnutí dosavadního odborně chybného pojetí primární prevence, který do roku 2000 prosazovalo MŠMT ČR, které svůj přístup přehodnotilo a od roku 2004 mnohem důsledněji směřuje k pojetí prevence odpovídající moderním poznatkům výzkumu. Výsledkem toho je mj. také vznik citované první verze standardů programů primární prevence v adiktologii (MŠMT, 2005).

Klíčové publikované práce v oblasti evaluace prevence jsou poměrně skeptické k hodnocení dosažených výsledků provedených studií. Přehled základních přístupů k evaluaci preventivních programů jsme českým a slovenským čtenářům nabídli v práci z roku 2004 (Miovský, Kubů, Miovská, 2004). Zejména novější špičkové práce v této oblasti zřetelně směřují k vyšší míře opatrnosti, zejména vůči převládajícím dosavadním přehnaně optimistickým postojům.

V České republice prozatím mnoho studií, které by splňovaly základní kritéria pro moderní evaluační výzkum v prevenci publikováno nebylo. Většinou se objevují problémy s adekvátností použitých nástrojů pro hodnocení nebo nekvalitně sestavený výzkumný soubor. Výše citované zahraniční práce přitom poměrně přesvědčivě ukazují, že pro budoucí vývoj v evaluaci preventivních programů mají např. průřezové studie a studie bez kontrolní skupiny prakticky nulový potenciál. Množství významných faktorů a praktická nemožnost ověřovat všechny relevantní vztahy mezi nimi postupně vedou k používání kvaziexperimentálních, ale spíše však dnes již experimentálních designů.

Tématu článku nejvíce relevantní analýzou je naše dřívější práce (Miovský, Štastná, 2002). V ní jsme provedli detailní analýzu náplní práce školních metodiků prevence a v článku opakovaně citované vyhlášky MŠMT ČR upravující úkoly školního metodika prevence a ředitele školy. Došli jsme k závěru, že za tehdejších podmínek (studie provedena v letech 2000–2001) MŠMT ČR nevytvářelo potřebné ekonomické a technické zázemí a bylo vyloučeno, aby mohl být systém prevence realizován ve vyhláškou požadovaném rozsahu a kvalitě. Ve čtyřech oblastech požadavků je z části možné úkoly plnit, nikoli však v plném rozsahu (díky obrovské šíři a rozmanitosti forem rizikového chování): koordinuje přípravu minimálního preventivního programu a podílí se na jeho realizaci, odborně a metodicky pomáhá především učitelům, poskytuje učitelům a ostatním pracovníkům školy nebo školského zařízení odborné informace z oblasti prevence. Ve dvou oblastech je požadavek vyplývající z vyhlášky, uplatněný do důsledku, prakticky na úrovni školního metodika prevence nerealizovatelný: metodik navrhuje vhodné odborné a metodické materiály a jiné materiály pro realizaci MPP. Uplatňuje ve své činnosti především metody, které mají ověřenou účelnost a lze u nich měřit efektivitu. Vyvíjet nové preventivní programy je v podmínkách školy prakticky nemožné a pro tuto činnost chybí metodikům nejen vzdělávání, ale také jakékoli odpovídající zázemí. Nemluvíme zde také ani o tom, že v době, kdy inkriminovaná vyhláška vstoupila v platnost (rok 2000), tak MŠMT ČR nebylo schopné vůbec odborně akceptovatelným způsobem definovat, co je to preventivní program a co je to efektivní preventivní program a jak tuto efektivitu ověřit. Budeme se opakovat, když zde uvádíme, že vůbec první standardy preventivních

programů definujících oba klíčové pojmy MŠMT ČR vydalo v roce 2005. Dalším důležitým faktem je, že školní metodik prevence měl v době vydání vyhlášky a ještě několik let poté v mnoha případech velmi vágní pracovní náplň, učil v rozsahu stejném jako jeho kolegové a za práci metodika nebyl honorován. To znamená, že tuto práci dělá nad rámec svých běžných povinností. Tento stav odpovídal situaci až do vstoupení v platnost vyhlášky o dalším vzdělávání pedagogických a výchovných pracovníků (č. 317/2005 Sb.). Nicméně ani tato vyhláška neřeší v potřebném rozsahu zcela nevyhovující ekonomické, metodické a materiální zázemí práce školních metodiků. Je však rozhodně krokem správným směrem.

Do stejného období jako je citovaná analýza z roku 2002 (tedy období let 1999–2001) patří také analýza vzdělávacích a metodických potřeb školních metodiků a okresních metodiků prevence provedená v rámci Phare Twinning projektu 2000 (Miovský, Kreeft, 2002a). Studie spočívala v oslovení zástupců školních metodiků prevence prostřednictvím anketního dotazníku. Instrukce pro vyplnění dotazníku byly záměrně formulovány tak, aby na základě analýzy odpovědí bylo možné usuzovat na znalost či neznalost vybraných termínů (např. standardy, síťování, supervize atd.). Záměr se až na výjimky podařil, přestože se u některých respondentů setkal s nevolí a negativními reakcemi. Z celkem 64 došlých odpovědí od školních metodiků prevence vyplynulo, že zásadním problémem pro ně je rozsah hodin, které by měly být pedagogům na tuto práci vyčleněny, nebo naopak finanční zvýhodnění za práci navíc. Dále přístup MŠMT ČR se pro řešení současného stavu systému minimálních preventivních programů (úvazky školních metodiků apod.) náhodně osloveným pedagogům jeví jako nedostatečný a bez vyřešení hlavních problémů jej považují za nefunkční. Metodické materiály jsou pro pedagogy málo praktické a návodné, hodnotí je jako obecné a vágní. Výrazný nedostatek metodici pocítují v tom, že chybí příklady dobré praxe, jak který program provádět, jak programy kombinovat, rozvíjet, kontrolovat atd. Tento požadavek se objevoval u více než poloviny respondentů. Pedagogové považují za velmi nedostatečné zvládnutí právních norem, které pro svou preventivní práci potřebují. Opakovaně se objevovala kritika malé znalosti a informovanosti v oblasti právních norem a definování správného postupu pedagoga v konkrétních situacích. Právní minimum a dobrá znalost předpisů jsou jedním z identifikovaných handicapů. Mezi další problémy pedagogové řadí potřebu stáží a praxí atd.

Další studie úzce navazující na předchozí a zabývající se prací školního metodika prevence byla provedena v rámci projektu evaluace protidrogové politiky Středočeského kraje a zaměřila se na typy realizovaných programů a jejich zajištění z hlediska realizátora (Broža, Miovský, 2005). Výsledky ukázaly, že největší část programů si zajišťují školy samy a obvykle pou-

ze na speciální typy programů si zvou do školy vnější subjekty. Obvykle jde o Policii ČR a nestátní neziskové organizace. Autoři studie konstatují, že již při získávání dat narazili u mnohých metodiků na nejasnosti a ne-pochopení ohledně termínu specifická primární prevence, a to i přesto, že jim byly dány informace v úvodní instrukci pro vyplnění dotazníku. Tato neobvyklá situace naznačuje, že dodnes ne všechny školy jsou vůbec schopné diferencovat mezi jednotlivými typy programů a že je tedy někdy obtížné provádět vůbec základní monitoring těchto programů. Do studie se zapojilo celkem 57 % škol Středočeského kraje. Větší část preventivních programů realizovaly školy vlastními silami a spolupráce s vnějšími subjekty mírně stoupá s vyššími ročníky. Zatímco na 1. stupni ZŠ je poměr 65,5 : 34,5, je poměr na středních školách 60 : 40. Nejčastěji zvanými subjekty k aktivitám specifické primární prevence jsou Policie ČR a pedagogicko-psychologické poradny. Začínají se prosazovat profesní sdružení, která ve školách realizují dlouhodobější programy. Zajímavé je, že tato zjištění odpovídají situaci spíše v kontrolní skupině naší studie. Naopak poměrně ostře kontrastují se situací zjištěnou ve většině škol v experimentální skupině – přitom zásadní se jeví právě ty oblasti, ve kterých byl shledán rozdíl mezi oběma skupinami dle tabulky 2 (viz komentář k tabulce).

5.6 Závěry prezentované studie z roku 2007

Oslovení metodici zahrnují do svého programu volnočasové aktivity, zážitkové kurzy, spolupracují s policií, dvě třetiny škol realizují program také s pomocí externích organizací (nejčastěji Prev-Centrum a Život bez závislosti). Zajímavé je, že společným rysem oslovených metodiků je, že vlastní preventivní program (na své škole) hodnotí jako dostatečný a mají dojem, že „dělají více než ostatní školy“. Někteří reflektují „drobné nedostatky“, obvykle však převládá menší schopnost kritického úsudku, schopnost posouzení kontextuálních vztahů a především srovnání a znalost odpovídajících kritérií atd.

Velkým nedostatkem v oblasti evaluace realizovaných preventivních programů je, že je zajišťována nejčastěji formou diskuse nebo písemnou formou prostřednictvím otázek „Co se ti líbilo? Co se ti nelíbilo?“. Chybí používání standardních evaluačních nástrojů, odpovídající znalost v jejich použití a možnostech. Častá je značná neznalost obecně limitů jednotlivých typů hodnocení a přeceňování role prevence a hodnotících nástrojů. V tomto kontextu není bez zajímavosti, že se oslovení metodici až na několik málo výjimek domnívají, že mají dostatek informací ke své práci a tyto informace jsou dobře dostupné (prostřednictvím externí organizace, protidrogového koordinátora, časopisu Prevence). Je proto otázkou, co

vše hraje úlohu v této menší kritičnosti a do jaké míry existuje vztah mezi ní a pozorovanou menší motivací pro preventivní práci. Nejzásadnějším výsledkem celé substudie je objevení nehomogenity v kontrolní skupině a navržení řešení pro testování hypotéz, tedy rozdělení kontrolní skupiny na dvě části a testování hypotéz jak s původně konstruovanou kontrolní skupinou, tak testování po jejím rozdělení na dvě podskupiny. Kvalitativní studie tak přinesla data umožňující tuto operaci, v jejímž rámci bude možné ověřovat zdroje zkreslení výsledku kvantitativní části, které mohou být způsobeny výraznými rozdíly v aplikaci MMP u škol kontrolní skupiny.

6 Hodnocení přípravy a procesu z pohledu poskytovatele a procesu zavádění preventivní metody do praxe: příklad z praxe¹⁶

S ohledem na to, že velká část programů je do České republiky přebírána ze zahraničí, je otázka adaptace a následné implementace dané preventivní intervence zásadní otázkou a úkolem. Formativní evaluace je vhodným nástrojem pro řešení tohoto tématu a vybrali jsme pro tuto kapitolu ukázkou dnes již v ČR poměrně velmi rozšířenou a úspěšnou preventivní intervenci Unplugged. Dále prezentovaná formativní evaluace představuje dílčí výsledky evaluace zaměřené na organizační a odbornou podporu pedagogů při realizaci metodiky Unplugged ve školách v rámci projektu EUDAP. Preventivní intervence Unplugged je koncipována jako ucelený preventivní program primární prevence realizovaný během jednoho školního roku s žáky šestých tříd, tj. ve věku 12–14 let (viz např. Miovský et al., 2015c). Osnovy programu byly adaptovány a následně testovány v mnoha státech EU (Bohrn et al., 2008), včetně České republiky. Jádrem programu Unplugged vychází teoreticky z metod využívajících tzv. model komplexního vlivu sociálního prostředí (Comprehensive social influence model, dále jen CSI). Program obsahuje 12 lekcí, které jsou realizovány přibližně v třítydenních intervalech. Každá hodina v délce 45 minut je věnována jednomu tématu. Realizátorem – instruktorem programu je vždy učitel dané školy, obvykle se jedná o školního metodika prevence, školního psychologa, výchovného poradce apod. (Jurystová, 2008). V původním konceptu metodiky Unplugged byl zahrnut také systém lekcí a programů pro rodiče, který byl v rámci druhé revize metodiky vypuštěn, neboť u rodičovské komponenty programu nebyla prokázána její efektivita. Nicméně v současné době se inovují strategie na „rekonstrukci“ této části programu (Pellaux, 2010; The Eu-dap study group, 2007).

¹⁶ Kapitola vznikla redakční úpravou a zkrácením původního článku publikovaného v časopise *Adiktologie* (Jurystová et al., 2009).

6.1 Vzdělávání v programu Unplugged

Program Unplugged byl v ČR¹⁷ pilotně realizován na základních školách školními metodiky prevence či pedagogy humanitních předmětů typu občanská nauka apod., ale také školními psychology či pedagogy zcela jiné aprobace. Pro pilotní realizaci programu byli budoucí realizátoři programu vyškoleni ve dvoudenním vstupním kurzu. Obsahoval jak základní informace o programu a jeho vzniku, tak o účinných preventivních strategiích, ale především o samotných lekcích, způsobu jejich realizace, tématech a technikách využívaných ve třídě. Nedílnou součástí školení byl praktický nácvik aktivit. Pro výběr do kurzu nebyla vyžadována detailnější kritéria vstupu v souvislosti s předešlým absolvovaným vzděláním. Dle nově akreditovaného školení v metodice Unplugged jsou v současné době stanoveny minimální doporučené podmínky, které by měly být splněny účastníky, pokud chtějí absolvovat školení, a poté program realizovat ve třídách. Jedná se především o 1) absolvované specializační studium pro školní metodiky prevence v rozsahu 250 hodin dle vyhlášky¹⁸, nebo 2) pětiletá praxe v roli metodika či lektora preventivních programů a souhrnně alespoň 60 hodin kurzů s tematikou z oblasti primární prevence rizikového chování či práce se skupinou, anebo 3) praxe v délce alespoň jednoho roku na pozici výchovného poradce se specializací, školního psychologa, etopeda, oblastního metodika prevence v rámci pedagogicko-psychologické poradny (Akreditační spis, 2010).

V rámci diseminace programu je v současné době zakotveno specifické školení v metodice Unplugged jako nezbytný předpoklad pro jeho realizaci ve třídě. Školení je nastaveno jako dvoudenní trénink (celkem 16 hodin) a jeho cílem je připravit účastníky na samostatnou práci s metodikou, která byla vytvořena, realizována, vyhodnocena a adaptována v rámci multicentrické studie v mnoha evropských státech, včetně České republiky. Školení je vysoce interaktivní, jedná se o praktický nácvik jednotlivých lekcí. Pedagogové se během něj mnohokrát ocitají v pozici žáků a na vlastní kůži procházejí aktivitami později využívanými při realizaci programu ve třídě. Školení samozřejmě zahrnuje i informační část, zejména základní informace o návykových látkách a ujasnění postojů učitelů k nim i k prevenci jejich užívání, včetně odbourávání mýtů, a prezentaci aktuálního vědeckého poznání v oblasti preventivních aktivit (Akreditační spis, 2012). V tomto specifickém školení je tedy kladen vysoký důraz na aktivní zapojení všech účastníků. Před započatím školení jsou účastníci vyzváni, aby si jednotlivě

17 Středočeský kraj, Jihomoravský kraj, Zlínský kraj, Plzeň, Rokycany.

18 Vyhláška 317/2005 Sb. § 9c, o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků ze dne 8. srpna 2005.

vé materiály předem pročetli (viz dále „metodika programu Unplugged“ nebo „metodika“), a při školení se již zabývají důležitými body či obtížnými aktivitami, k čemuž lektor podává zpětnou vazbu. Jedná se o nový styl práce, který nemusí být všem pedagogům od počátku vlastní, jelikož do samotného programu ve třídě přináší „sebe sama“ v podobě nápadů, zkušeností, postojů, pocitů, řešení problémů, členství ve skupině (Pellaux, 2010; Akreditační spis, 2010).

6.2 Metodika programu Unplugged

Metodiku Unplugged tvoří Manuál pro učitele s detailním popisem lekcí, kvízové karty a barevné pracovní sešity pro žáky. Metodika obsahuje zejména stanovení cílů, potřebných pomůcek, způsoby zahájení, popisy hlavních aktivit a ukončení lekcí. Dále zde realizátoři programu naleznou rozšiřující informace k některým tématům (např. o návykových látkách, instrukce pro hraní rolí atp.) V rámci několika lekcí se využívají kvízové kartičky – z jedné strany otázka s možnými odpověďmi, na druhé správná odpověď s doplňujícím komentářem (EUDAP, 2007). Každý žák obdrží svůj pracovní sešit, se kterým během lekcí pracuje. Jedná se o osobní sešit, který si učitel může během programu několikrát vybrat, aby měl zpětnou vazbu k probíhajícím lekcím i programu celkově (Miovský et al., 2007)., ale po skončení programu žákovi zůstává. Metodika byla na základě pilotního ověření programu v ČR upravena a více přiblížena potřebám českých učitelů a pracovní sešity potřebám českých žáků, zejména po stránce terminologické (EUDAP, 2009).

6.3 Odborná podpora pedagogů v průběhu pilotní implementace programu

Účastníci pilotního projektu, pedagogové, kteří realizovali jednotlivé lekce, po každé hodině sepsali zásadní momenty uskutečněné lekce (on-line dotazník) a rovněž se účastnili skupinových setkání organizovaných regionálními koordinátory projektu.¹⁹ Při nich diskutovali o úskalích i pozitivních proběhlé lekce a zároveň se připravovali na lekce další. Setkání byla poměrně neformálního rázu (Jurystová et al., 2009) a v průběhu pilotní realizace se uskutečnila celkem šest až sedmkrát. Koordinátoři projektu²⁰

19 Metodik v pedagogicko-psychologické poradně, další zaměstnanci pedagogicko-psychologických poraden, zaměstnanci neziskových organizací.

20 Tehdejší Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze (dnes Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN).

tak pravidelně dostávali zpětnou vazbu o procesu implementace projektu. Odbornou podporou v průběhu programu jsou v našem případě míněny všechny aktivity, které byly během implementace programu s realizátory programu uskutečněny. Tj. skupinová setkání s regionálními koordinátory programu, která se skládala ze dvou částí, supervizní část²¹ a metodická část (ta byla zaměřena zejména na obsahové zvládnutí jednotlivých lekcí). Stejně tak do odborné podpory zahrnujeme všechny další činnosti v průběhu celého roku pilotní realizace projektu, zejména informačního charakteru, což opět z největší části příslušelo do odpovědností regionálních koordinátorů.²²

6.4 Cíle studie a výzkumné otázky

Cílem prezentované studie je na základě dostupných materiálů, proběhlé studie evaluace implementace projektu a analýzy dokumentace projektu a na základě semistrukturovaných interview pokusit se navrhnout systém odborné a organizační podpory pedagogů pro další realizaci preventivního programu Unplugged v ČR.

- Jakým způsobem probíhala setkání během pilotní implementace programu Unplugged? Jaká pozitiva či negativa byla během pilotního ověřování zjištěna?
- Jak by měla / mohla vypadat odborná podpora realizátorů programu při další diseminaci programu?

6.5 Soubor, metody získávání a analýzy dat

Pro účely studie jsme zvolili typ *formativní evaluace* procesu implementace programu. Cílem formativního typu evaluace je zjistit silné a slabé stránky preventivní aktivity, které poté umožní zkvalitnění intervence/služby realizátorů programu (Miovský et al., 2004). Jako první metodu pro získání dat jsme zvolili polostrukturované interview v úpravě Seidmanna (1997). *Rozhovory s regionálními koordinátory* se uskutečnily během června a července 2010, byly zaznamenávány na diktafon, případně pomocné poznámky na záznamový arch. Délka rozhovoru v průměru nepřesáhla 30 minut. Vzhledem k odstupu pilotní evaluace programu a nynějšího

21 Supervize je nezbytnou součástí realizace preventivních programů. Poskytuje pravidelný prostor k reflexi vlastní činnosti, jejímu obsahu a procesu. Podstatnou součástí je rovněž sdílení a získání zpětné vazby, jistoty, ocenění a také podpory pro další práci. (Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, MŠMT 2005).

22 Např. specifické informace o návykových látkách, aktualizace informací dle statistik atp.

sběru dat jsme uskutečnili rozhovor „pouze“ se dvěma z pěti regionálních koordinátorů.

Další *polostrukturovaná interview* se uskutečnila s 16 pedagogy pilotně realizujícími program Unplugged. Rozhovory proběhly v lednu 2008 a délka nepřesáhla 60 minut. Obsah rozhovorů byl opět zaznamenáván na diktafon a poznámkový arch. Pro semistrukturované rozhovory bylo vytvořeno určité schéma – okruhy otázek, na které se tazatelka v rozhovoru zaměřovala. Pomocí upřesňování a vysvětlení odpovědí účastníků se dále téma rozpracovávalo do hloubky. Hlavním účelem rozhovoru bylo získat relevantní informace, ne dodržet danou strukturu, a proto si tazatelka otázky flexibilně přizpůsobovala a pokud možno spontánně reagovala na nově vynořená témata.

Z rozhovorů byl vytvořen *doslovný přepis*, pro další práci uložený jako text v elektronické podobě. Při transkripci docházelo k prvotní redukci dat a zavedení systému zkratk pro jasně určené výrazy následně napomáhalo rychlejší orientaci v textu. Zároveň byla využita metoda *redukce prvního řádu*, při níž byly vynechávány všechny části vět, které nesdělávaly identifikovatelnou vyjádřenou informaci, tzv. slovní vata (Miovský, 2006). Poté se přistoupilo ke *kódování dat*, při němž byly označovány různé rozsáhlé úseky v textu (věty či odstavce), jež byly pojmenovávány – kódovány. Tyto zakódované části byly následně tříděny do větších celků, tzv. *clusterů, trsů*, podle vzájemných podobností (Miles & Huberman, 1994). Clustery jsme seskupili do větších celků, *kategorií*, jimž byla přiřazena označení obecnějšího charakteru, ačkoli v rámci každé kategorie byly stále brány v potaz nuance jejich jednotlivých částí (clusterů). Pro získání bohatších dat jsme rovněž provedli *analýzu dokumentace* projektu (zprávy z pravidelných setkání realizátorů programu s regionálními koordinátory programu, dotazníky vyplňované po každé uskutečněné lekci). Při analýze dokumentace jsme hledali společné průsečíky, témata, která se v materiálech opakovala, a dále informace/data, která tato témata rozšiřují či upřesňují.

V průběhu výzkumu byla maximálně dodržována ochrana soukromí účastníků. Nejsou uvedena jejich jména, škola ani další údaje, které by mohly jednotlivé osoby blíže identifikovat (např. jména jiných osob zmíněných při rozhovoru). Participantům byly na počátku rozhovoru objasněny nejnutnější informace o smyslu a cíli rozhovorů stejně jako o způsobu, jakým bude zajištěna jejich anonymita. Rozhovory byly nahrávány na diktafon na základě informovaného souhlasu účastníků s tím, že data mohou být využita k uvedenému výzkumnému účelu. K záznamům interview má přístup pouze výzkumný tým. Všichni účastníci spolupracovali bez nároku na finanční odměnu či jinou materiální kompenzaci.

6.6 Výsledky

a) Průběh setkání realizátorů s koordinátory

Setkání realizátorů prevence s regionálními koordinátory bylo v průběhu ověřování metodiky nedílnou součástí implementace a obvykle se uskutečňovalo zhruba jednou za šest týdnů, respektive pravidelně po dvou lekcích uskutečněných ve třídě. V některých regionálních skupinách se účastníci scházeli pravidelně, jinde někteří pravidelně absentovali. Obecně by se dala setkání rozdělit na dva kompaktnější úseky – část supervizní a část metodickou. Polovina setkání se tedy zaměřovala na podání zpětné vazby o uplynulých dvou lekcích, polovina byla zacílena na přípravu na další lekce.

Jak vyplývá z dokumentace jedné skupiny, „ŠMP (školní metodici prevence – pozn. autorů) si vždy připravili písemné zhodnocení proběhlých lekcí, odprezentovali je ve skupině a diskutovali o situacích v programu. Druhá část programu byla zaměřena na následující dvě lekce programu, kde byla po metodické stránce ošetřena úskalí a příprava k jejich zvládnutí.“ V části supervizní se podrobněji skupina zabývala tématy týkajícími se reakcí žáků na program, problematickými situacemi nastalými při programu, rozebíráním jednotlivých kazuistik a doporučeními, co by mohlo být funkční, případně které aktivity lze využít jiným způsobem při práci s třídou.²³

V části metodické se jednalo především o osvěžení obsahu lekce (čas na úvodním školení byl na podrobné procházení lekcí limitovaný) a vytýčení základních a podstatných cílů lekce, výměna zkušeností a upozorňování na slabá místa lekcí.²⁴ Ve všech skupinách se objevil fenomén „vzájemného školení“ mezi realizátory programu, kdy jeden (či více) pedagogů uskutečnili lekci „napřed“ či naopak „pozadu“. V takových případech učitelé, kteří měli náskok, mohli předat dopředu informace, upozornit, co vystalo za problémy apod., což ostatním usnadňovalo přípravu a následnou realizaci programu s žáky.

b) Názory realizátorů programu na setkání

Z rozhovorů s pedagogy, kteří absolvovali setkání s regionálními koordinátory, vyplývá, že tato setkání jsou velmi důležitou součástí samotné realizace programu ve třídách. Realizátorům programu se dostane porady,

23 Např. jak zapojit do diskusí / aktivit i méně průbojně žáky, jak zacházet s omezenou časovou dotací lekcí atd.

24 V jedné skupině, kde se program Unplugged uskutečňuje již třetím rokem, se koordinátor vždy obrací ke zkušeným realizátorům programu, aby přispěli svými poznatky z praxe.

jak s lekcí naložit, co zkusit a na co si dát pozor. Jeden z nich udává: *„Kdybych neměla ty hodiny v Benešově (pozn. autorů – setkání), tak bych asi nevěděla a některé věci bych možná dělala úplně jinak, než byly myšlené...“*. Z rozhovoru i zprávy regionálních koordinátorů vyplývá, že pravidelná setkávání měla také rozměr jiný, a to ve smyslu „propojení“ jednotlivých školních metodiků, držení společného cíle.

Spolupráce s regionálním koordinátorem byla všemi realizátory programu hodnocena velmi pozitivně, jelikož mimo faktu, že mohli kdykoli zavolat a ověřit si, zda se ubírají správným směrem, oceňovali především proaktivitu a ochotu koordinátorů. *„Spolupráce s naší koordinátorkou je perfektní, všechno vysvětlí a co potřebujeme, to pošle mailem.“* *„Vím, že se na koordinátorku můžu vždycky s čímkoli obrátit.“* *„Všichni dělají všechno pro to, aby ten program byl dostatečný... aby mohl fungovat.“* Realizátoři lekcí sami spatřovali největší význam setkání zejména v předání zkušeností a načerpání nových impulzů pro další práci. *„Osobní zkušenost ostatních kolegů v programu byla vítána, neboť i další pak mohli mít lepší pocit, že někdo měl stejné problémy, že je stejně řešil, že měli na věc stejný pohled.“* Pedagogové se na setkání obvykle těšili. I přes ojedinělý názor, že dojíždění na setkání bylo relativně časově náročné, považovali práci za velmi inspirativní a příjemnou.

c) Budoucnost programu vs. odborná a organizační podpora realizátorů programu

Z rozhovorů s koordinátory i s realizátory programu vyplývalo, že setkávat se pravidelně je jednoznačně efektivní a přínosné. Z pohledu koordinátorů přiměje pedagogy připravovat se na lekcí dvakrát, poprvé na setkání, podruhé těsně před realizací ve třídě, čímž se eliminují potenciální problémy a bude ve větší míře zaručena kvalita realizovaného programu. Někteří dotazovaní setkání považují dokonce za nutnost – aby „někdo“ měl regionálně příslušné realizátory programu „na starost“, protože *„úvodní školení v délce 16 hodin nemůže poskytnout vyčerpávající základnu pro zdárnou realizaci programu ani zkušenému pedagogovi“*. Zároveň pravidelná setkávání (a regionální koordinátor) poskytují platformu pro ty pedagogy, kteří se potřebují ujistit v informacích či postupech. *„Program by mohl utrpět i tím, že by se metodik musel doptávat jinde, např. svých kolegů, čímž by sám pedagog ztrácel jistotu a mohl by v aktivitě v programu skončit...“* Supervize především napomáhaly realizátorům programu dle jejich vlastních slov ujasnit si, co je v následujících lekcích čeká, řešit obtíže spojené s nároky některých témat a sdělit či sdílet zkušenosti těch, kteří měli konkrétní lekce již za sebou (Jurystová, 2008).

Z rozhovorů a zkušeností koordinátorů vyplývá, že setkání by měla být organizována v místě působení realizátora programu a jejich data naplánována ještě před započítáním nového školního roku, dokud je možné

termíny vyblokovat v rozvrhu. Zároveň poukazují na vhodnost snížení administrativní zátěže, která byla nutná v době pilotní implementace programu. S přibývajícím zkušenostmi realizátorů lekcí by na setkáních bylo možné probírat pouze ožehavá či problematická témata vyvstanuvší v hodinách.

Někteří realizátoři programu rovněž navrhují, aby školením prošli všichni kolegové z pedagogického sboru, „*aby se jim mohlo osvětlit, co se za těmi zavřenými dveřmi zázračného děje*“. Dle nich by to snad podpořilo důvěru žáků v pedagogy, kteří do programu nejsou přímo zapojeni. Stejně tak je podle některých velmi důležitá spolupráce s vedením školy a vykomunikování časového prostoru pro včlenění programu do běžné výuky.²⁵ Jeden z koordinátorů má tyto „podmínky realizace programu“ ošetřeny formálně smlouvou se školou. V jednom regionu je dokonce „zakotvení“ programu v plánu preventivních aktivit kraje, kdy regionální koordinátor komunikuje, koordinuje a sladuje aktivity s aktivitami krajského úřadu – krajským školským koordinátorem, s okresním metodikem prevence a s krajským protidrogovým koordinátorem.

6.7 Diskuse a závěr prezentované studie

Z výsledků studie vyplývá, že pravidelná setkání v průběhu pilotní realizace programu přinesla pozitivní konsekvence pro průběh implementace programu v českých školách. Přínosně setkání hodnotili jak regionální koordinátoři projektu, tak samotní realizátoři lekcí programu Unplugged. Z jejich pohledu setkání zejména plnila účel v souvislosti s ujištěním o postupech používaných při realizaci programu, s předáváním zkušeností a při čerpání nových podnětů pro práci se třídou, což je v souladu s principy supervizního a metodického setkání. Rovněž velmi kladně hodnotili možnost flexibilní komunikace a spolupráce s regionálním koordinátorem projektu. Z hlediska regionálních koordinátorů měla setkání navíc ještě tmelící charakter, a to ve smyslu naplňování společného cíle celou skupinou účastníků. Dále vyzdvihovali fakt, že setkáváním a opakovaným osvěžováním lekce (poprvé na školení, podruhé na setkání, potřetí při vlastní přípravě před lekcí) lze dosáhnout kvalitnějšího zvládnutí lekce při současné eliminaci problematických či překvapujících momentů, které ve třídě mohou nastat.

Otázka budoucího zakotvení pravidelných setkávání při realizaci programu Unplugged přinesla několik podnětů a také výzev. Z výstupů studie vyplývá, že by bylo vhodné v setkáních (po dvou lekcích) pokračo-

25 Což se obvykle daří v případě předmětů, jako je „občanská nauka“ či „rodinná výchova“.

vat, nicméně by bylo zapotřebí tato setkání organizovat v místě působení realizátorů programu a termíny stanovit se značným předstihem, nejlépe před započítím školního roku, kdy je možné vyjednávat o skladbě rozvrhu s vedením školy. Rovněž by bylo nutné snížit administrativní zátěž realizátorů – autoři článku navrhuji pravidelné souhrnné zprávy např. jednou za půl roku realizace programu ve třídě²⁶ nebo po určitém počtu absolvovaných lekcí. Na základě zkušeností z pilotní implementace by bylo žádoucí zajistit pro každý určitý region koordinátora, který by zodpovídal za průběh programu ve své lokalitě a byl by jeho metodickým garantem. Tuto funkci by mohla personálně zajistit tzv. krajská centra primární prevence (Miovský, 2010). Takováto centra prevence by především mohla plnit metodickou a koordinační funkci na základě dobrovolného zapojení ostatních subjektů, žádná z organizací by nebyla centru podřízena. Zásadním smyslem vzniku centra by byla zejména metodická podpora, vývoj nových programů, pomoc při harmonizaci programů, evaluace a evidence, vzdělávání a celokrajské projekty. Zároveň by hrála důležitou roli ve spolupráci a vyjednávání s krajskými úřady a při zajišťování financí plynoucích do systému prevence. Roli krajského centra prevence mohou snadno vykonávat pedagogicko-psychologické poradny či neziskové organizace, některé v současné době již takovou funkci neoficiálně plní.

Rovněž by bylo žádoucí do programu „vtáhnout“ celou školu, v níž se bude realizovat, respektive pedagogický sbor a zejména vedení školy, neboť je prokázáno, že příznivé klima a angažované zapojení zainteresovaných osob velmi ovlivňuje úspěšnost preventivního programu. Tyto faktory mají vliv na změnu v chování žáků, protože podporují otevřenou komunikaci a vzájemný respekt v bezpečném prostředí (Gallá et al., 2005). Při evaluaci procesu implementace programu vyplynulo, že ne ve všech školách mají realizátoři programu optimální podmínky pro jeho uskutečňování, což posléze ovlivňuje celkový efekt programu (Jurystová et al., 2009). Dle autorů by celá škola a rovněž rodiče měli obdržet jasnou informaci o programu a jeho cílech a způsobech jejich naplňování, což by se dalo zajistit krátkou úvodní informační schůzkou před započítím programu (případně doprovázeno ukázkou aktivit z programu) vedenou např. právě regionálním koordinátorem programu. Zejména pro rodiče tato informace může být užitečná v souvislosti s případnou pozitivní změnou chování jejich dítěte.²⁷ Zároveň takovýmto způsobem lze podpořit důvěru v kvalitu preventivní aktivity, která se na škole bude odehrávat (Pellaux, 2010).

²⁶ Oproti informování po každé uskutečněné lekci.

²⁷ V případech, kdy se dítě bude např. „snažit trénovat“ komunikační dovednosti nebo bude upozorňovat rodiče-kuřáky na škodlivost cigaret apod.

V reflexi k metodám výběru souboru je nutné uvést, že existují možné limity v počtu oslovených regionálních koordinátorů. Nicméně tito dva oslovení koordinátoři byli společně „zodpovědní“ (a tudíž v kontaktu) za více než třetinu všech škol zapojených v programu. Stejně tak 16 realizátorů programu nepředstavuje v žádném případě reprezentativní vzorek. Jednalo se převážně o pedagogy, kteří byli motivovanější ke spolupráci s koordinátory projektu. Limitovaná jsou i data získaná ze setkání s regionálními koordinátory programu, neboť v několika případech se stávalo, že na setkání se dostavovaly stejné osoby a stejné osoby pravidelně absentovaly a rovněž některé zápisy ze schůzek byly více orientované na deskripci průběhu než na témata související např. s hodnocením setkání účastníky atp.

Nicméně, i přestože nelze výsledky považovat za generalizovatelné, nabízejí nám zcela jistě užitečná témata, která bude potřebné řešit, a to poměrně rychle. V současné době dochází k diseminaci programu Unplugged na některé české základní školy a bylo by tedy velmi žádoucí otevřít a dořešit otázku toho, jakým způsobem bude zajištěna stálá kvalita programu, jež je neoddělitelně spojená s odbornou podporou jeho realizátorů²⁸.

28 Ve většině případů se jedná o školní metodiky prevence (Adámková, 2009, Jurystová, 2008).

III. část

Vzdělávání a kvalifikace preventivních pracovníků

7 Kontext vzniku konceptu čtyřúrovňového modelu²⁹

Další perspektivou v pohledu na kvalitu je kromě standardů metod a intervencí (jimiž jsme se zabývali ve 3. kapitole) standard vzdělávání, tj. dle Kaliny (2000) kvalita odvozená od pracovníků, profesionálů zabývajících se prevencí. V této oblasti se zabýváme otázkami jak vzdělávat preventivní pracovníky, jak zajistit tento vzdělávací standard a jak zajistit průnik mezi různými požadavky na tuto profesní skupinu. Současně je nutné neopomíjet fakt, že kromě profesních znalostí, dovedností a kompetencí vstupuje do hry také soubor osobnostních charakteristik, motivace a osobní historie daného pracovníka, které zásadně ovlivňují jeho schopnost pracovat s dětmi bezpečně a efektivně. Dosavadní praxe v České republice byla orientována výhradně po linii vzdělávání dílčích profesí, které se v prevenci pohybují. Nejčastěji jde o pedagogy, speciální pedagogy, psychology, praktické lékaře atd. Tyto profese v různé míře ve svém kurikulu obsahují témata dotýkající se školské prevence. Neexistoval však nástroj pro jakékoli porovnávání nebo zjištění, do jaké míry a kvality. Za tímto účelem vznikl **záměr vytvořit nástroj, jehož prostřednictvím by bylo možné nezávisle na jiných regulačních nástrojích ověřit, do jaké míry je daný profesionál připraven pro různé úrovně preventivních programů a zohlednit přitom jeho samostudium, životní i profesní zkušenosti atd.** Tímto nástrojem vytvořeným v rámci projektu VYN-SPI-1 (2009–2011) se stal tzv. čtyřúrovňový model posuzování kvalifikací pro oblast školské prevence (Charvát et al., 2012a, 2012b). Návrh ověřovaný pilotně v rámci projektu VYNSPI-2 (2014–2015) nabízí se současnou praxí slučitelný model čtyř kvalifikačních stupňů a návazného systému vzdělávání pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství, který inovuje a rozšiřuje současné schéma dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků (dále i DVPP, vyhláška č. 317/2005 Sb.). Aktuální podoba Standardů pro udělování akreditací DVPP (MŠMT) nenabízí konkrétní definici

²⁹ Následující kapitoly ve druhé části knihy představující čtyřúrovňový model kvalifikací vznikly redakční úpravou a zkrácením původních textů (Charvát et al., 2012a, 2012b).

hodnotitelných parametrů pro kurzy DVPP³⁰ a obsahuje pouze jednu pozici preventivního pracovníka, jímž je školní metodik prevence. Autoři modelu vycházejí z potřeby koordinovaného systému vzdělávání pracovníků v PPRCH, a to nejen u pedagogických a výchovných pracovníků, ale také u všech dalších profesí vstupujících v rámci preventivních aktivit do škol a školských zařízení (např. speciální pedagogové, psychologové, adiktologové, sociální pracovníci, policisté, zdravotničtí pracovníci, ale i dobrovolní pracovníci). Tyto profese disponují různými odbornými kompetencemi, které je však potřeba neustále doplňovat a kultivovat, zejména z pohledu problematiky školní prevence a psychosociálního vývoje dítěte. Navrhovaný model vychází ze školské linie primární prevence, koordinační role tedy zůstává v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT).

Výsledky výzkumů i příklady dobré praxe ze škol jasně ukazují, co odlišuje efektivní primární preventivní programy od těch nefunkčních (Černý & Lejčková, 2007; Mioviský, Štátná, Gabrhelík & Jurystová, 2011). Funkční jsou například (podrobněji viz kapitola 2) programy založené na dlouhodobé a kontinuální práci s dětmi, práci v malých skupinkách, založené na aktivním zapojení cílové skupiny, připravenosti realizátorů prevence, reagující na aktuální potřeby cílové skupiny atp. V praxi však většinou tyto požadavky stále nejsou naplňovány, přestože je k dispozici mnoho nástrojů počínaje metodikami různých preventivních programů až po evaluační nástroje pro hodnocení kvality programů. Svou roli v tomto hraje zejména nedostatek profesionálů se skutečně odpovídajícím vzděláním reflektujícím současně náročné požadavky školské prevence rizikového chování. Navrhovaný model vychází ze základního požadavku, aby se programy a metodiky s ověřenou účinností dostaly k co možná největšímu počtu žáků a byly přitom prováděny/realizovány profesionály s dostatečnou odbornou erudicí. Jednoznačný důraz na kvalifikační předpoklady pracovníka v primární prevenci klade i Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012. Citujeme: *„Předpokladem naplňování cílů v oblasti prevence je pedagog vzdělaný, kvalifikovaný, komunikativně, psychologicky a speciálně pedagogicky vybavený. Svou osobností se pozitivně podílí na vývoji sebeuvědomění žáka a je schopen vyučovat za aktivní účasti dětí. Zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti rizikovým projevům chování vyžaduje systémovou a koordinovanou přípravu realizátorů preventivních aktivit ve školách a školských*

30 Z analýzy nabídky poskytovatelů specializačního studia ŠMP v ČR vyplývá, že řada 250hodinových Specializačních studií pro školní metodiky prevence akreditovaných dle vyhlášky č. 317/2005 Sb., má různou, nepříliš vysokou kvalitu a omezuje se v praxi obvykle na souhrn teoretických přednášek. Podobná zjištění byla identifikována i v rámci ohniskových skupin s odborníky v oblasti primární prevence. Tento stav může být zapříčiněn i značnou benevolencí při udělování akreditací v systému DVPP.

zařízení“ (MŠMT, 2009, p. 7). Navrhovaný Model nově zavádí čtyři hierarchicky seřazené úrovně odbornosti preventivního pracovníka: první, základní úroveň, tzv. preventivní minimum, druhou, středně pokročilou, třetí, pokročilou a čtvrtou, tzv. expertní úroveň. Jednotlivé úrovně jsou v kvalifikačních standardech odstupňovány dle náročnosti prováděných preventivních aktivit a vyšší úroveň vždy vyžaduje předchozí naplnění úrovně nižší (blíže viz dále). Absolvování první základní úrovně tzv. preventivního minima“ je dle tohoto modelu nutnou podmínkou pro všechny jedince, kteří chtějí na školách a ve školských zařízeních realizovat jakékoliv primárně preventivní aktivity, programy a intervence (týká se to například i externích odborníků zvaných do škol či dobrovolných pracovníků spolupracujících s neziskovými organizacemi). Tyto požadavky nejsou samoučelné, jde především o snížení rizika poškození či negativního vlivu na mládež při neodborném provádění primární prevence.

Ze zkušeností vzdělavatelů v oblasti primární prevence vyplývá, že pedagogové v řadě případů neumí pracovat s cílovými skupinami tak, aby dokázali vést efektivní primárně preventivní program. ŠMP je tak na škole často jediným pracovníkem, který má představu o tom, jak má primárně preventivní práce s cílovou skupinou vypadat. Ostatní pedagogové, kteří tyto znalosti a dovednosti nemají, se do preventivních aktivit raději vůbec nepouštějí nebo jen v omezené míře a spíše formálním způsobem.³¹ Do budoucna se též předpokládá, že první i druhá kvalifikační úroveň by u pedagogů měla být standardně získávána již během bakalářského či magisterského studia na pedagogických fakultách. Tomu však musí předcházet sjednocení a zajištění výuky daných teoretických i praktických částí a zajištění skutečně srovnatelných znalostí, dovedností a kompetencí po absolvování takových předmětů.

Pro úspěšné plošné zavádění programů všeobecné primární prevence, dle definice EMCDDA (nedatováno) do škol je nutné proškolit co největší počet pracovníků právě na první – základní a též na druhé – středně pokročilé úrovni tak, aby pracovníků s uvedenou kvalifikací byl na každé škole dostatek a mohli pravidelně pracovat s cílovými skupinami v potřebném rozsahu a kvalitě. Tento krok se ovšem pravděpodobně neobejde bez účinné podpory MŠMT a následné důsledné kontroly ze strany České školní inspekce.

Třetí – pokročilá úroveň – odpovídá svým navrhovaným rozsahem znalostí a dovedností z oblasti PPRCH nejvíce současným pozicím, jako například školní metodik prevence, školní psycholog, školní speciální pedagog či oblastní metodik prevence v rámci PPP. Tato úroveň je určena například pro práci s náročnějšími preventivními programy (selektivní a indikovaná prevence) a/nebo pro koordinaci systému prevence na škole. Považujeme za důleži-

³¹ Tyto zkušenosti byly získány v rámci ohniskových skupin s poskytovateli vzdělávání v rámci projektu VYNSPI-1.

té na tomto místě vysvětlit, že současná role ŠMP je hlavně koordinační. Většina ze ŠMP nemá v rámci svého pracovního úvazku vymezený prostor pro realizaci přímé preventivní práce s cílovými skupinami a ani to nemá v popisu náplně pracovní činnosti. V současnosti se navíc školními metodiky prevence bohužel často stávají pracovníci nezkušení nebo takoví, kterým je tato pozice přidělena a oni sami nejsou pro tuto činnost motivováni. Proto se domníváme, že na pozici ŠMP by měli být dosazováni zkušení preventivní pracovníci mající pro to odpovídající erudici. To znamená, že do budoucna by měly být vedením školy na tyto pozice vybírány především osoby s delší zkušeností s preventivními aktivitami a na základě splnění předpokladů třetí úrovně tohoto navrhovaného modelu (a to včetně dovednosti přímé práce s cílovými skupinami). Nejvyšší, čtvrtá – expertní úroveň opravňuje ke koordinaci primární prevence nad rámec jednoho zařízení. V této souvislosti jde zejména o organizaci systému PPRCH, realizaci vzdělávání a intervizí v PPRCH, tvorbu nových metodik atp. Tito experti hrají klíčovou roli v celém systému také proto, že plní roli zkoušejících (tzv. autorizovaných osob) pro jednotlivé úrovně. V rámci regionu na této úrovni dostačují spíše jednotky expertů.

Návrh modelu kvalifikačních stupňů pro pracovníky v PPRCH integruje i další odborníky, kteří také vstupují na pole prevence a jejichž základní příprava pro preventivní aktivity může být zcela odlišná (např. policisté, lékaři). Tito profesionálové mají často hluboké a kvalitní znalosti ze specifické oblasti problematiky rizikového chování (například poruchy příjmu potravy, drogová legislativa atp.), přičemž však nemusejí být obeznámeni do potřebné hloubky s každodenní realitou školy a mnohdy nemají ani příliš intenzivní kontakt s cílovými skupinami prevence, tedy s žáky a studenty. Ani u těchto pracovníků nelze přes jejich odbornou erudici a priori předpokládat dovednost efektivního preventivního působení a přesto je nutné je do systému kvalifikací zahrnout. Další specifickou skupinu představují preventivní pracovníci působící v neziskovém sektoru, jejichž znalosti z oblasti PPRCH i dovednosti interaktivní preventivní práce s cílovými skupinami bývají mnohdy nadstandardní. Mnozí se na tuto činnost specializují, navštěvují řadu existujících kvalitních kurzů a učí se od zkušenějších kolegů. V NNO se však setkáváme s poměrně vysokou fluktuací pracovníků, a proto i z tohoto důvodu považujeme za efektivní nabídnout jednotný systém kvalifikací a vzdělávání a možnost profesionálního růstu v primární prevenci i pro nepedagogické skupiny preventivních pracovníků.³² Další³³ důležitou inovaci navrhovaného modelu představuje jas-

32 V tomto smyslu za kvalifikovanou osobu považujeme také dobrovolníka. Dobrovolnická práce je pro oblast primární prevence samozřejmě zásadní, nicméně i dobrovolník musí disponovat potřebnými minimálními znalostmi, dovednostmi a kompetencemi potřebnými pro úroveň práce, v jaké se pohybuje.

33 Mezi výstupy projektu VYNSPI patří i Standardy odborné způsobilosti pro poskytovatele primární prevence, které tento Model kvalifikací a vzdělávání již zohledňuje (Pavlas Martanová, 2012).

né definování požadovaných znalostí, dovedností a kompetencí³⁴ pracovníků v primární prevenci na každé úrovni, které jsou poté ověřovány pomocí standardizovaných kvalifikačních zkoušek (blíže viz dále).

Pro výkon preventivních aktivit by měl preventivní pracovník na jakékoli úrovni disponovat také určitými postojovými a názorovými vlastnostmi, jako například mít jednoznačně vyhraněný negativní vztah k oblasti rizikového chování a prezentovat jej. Otázka jiných osobnostních předpokladů preventivního pracovníka zůstává otevřená, protože je v rámci kvalifikačních zkoušek velmi obtížně hodnotitelná. Stejně tak je problematický požadavek, který je vymezen a hodnocen například ve Standardech PPRCH 2005–2012 (MŠMT, 2005, 2012) a také, že „ten, kdo realizuje program primární prevence rizikového chování, by měl být cílovou skupinou akceptován“. Jedná se tedy spíše o doporučení proklamativního charakteru a metodický problém, na kterém je vhodné do budoucna dále pracovat a vést o něm diskusi.³⁵

V kontextu navrhovaného modelu je nutné dále zmínit i často kladenou a citlivou otázku po finanční náročnosti v případě zavedení celého modelu do praxe. Jako autoři tohoto dokumentu nechceme v tomto bodě zasahovat do kompetencí MŠMT a náš návrh si neklade ambice na definování finančních požadavků a rovněž nezohledňuje případné změny v náplni práce jednotlivých profesí, na něž by mohl mít navrhovaný model vliv. Domníváme se však, že model při citlivém postupném zavádění do stávající praxe nemusí nutně generovat zvýšené náklady v neúnosné míře. Je dost dobře možné, že dokonce nárůst by mohl celkově být velmi malý a zanedbatelný, neboť klíčové je v tomto případě jednotné pojetí výstupních kritérií a systém kontroly. Uvedeme stručně alespoň dva zásadní argumenty:

- a) Systém vzdělávání v primární prevenci včetně řady již vyškolených a kvalifikovaných lektorů a celkového institucionálního zázemí již existují. Navrhovaný model do této již existující praxe přináší pouze potřebnou míru standardizace – sjednocení teoretické a praktické perspektivy, kritérií a terminologie. Vzdělávání je i v tomto modelu koordinováno MŠMT a naplňováno jím akreditovanými vzdělávacími institucemi pro DVPP a nově i autorizovanými osobami.³⁶ Při za-

34 V tomto ohledu je model inspirován mimo jiné též Metodikou naplňování Národní soustavy kvalifikací a Postupem tvorby vzdělávacích modulů pro dílčí kvalifikace. Jedná se o materiály NÚOV (dnes součást NÚV). Při definování jednotlivých znalostí, dovedností a kompetencí jsme se inspirovali i projektem IPN Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání (Q-RAM) (Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání, 2012).

35 Zde zvažujeme aktivní přístup akreditační komise DVPP ke kontrole kvality poskytovatelů a jejich kurzů.

36 Autorizované osoby jsou v rámci navrhovaného modelu zodpovědné za zkoušení a ověřování znalostí a dovedností absolventů kurzů a žadatelů o uznání jednotlivých úrovní kvalifikace preventivního pracovníka. Tyto osoby musí mít absolvovanou čtvrtou expertní úroveň.

vádění modelu se tedy počítá s místními etablovanými organizacemi působícími na poli primární prevence, tj. s tzv. přirozenými krajskými centry prevence, jde například o pedagogicko-psychologické poradny, univerzity, nestátní neziskové organizace (Miovský et al., 2010, 2015a).

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

Autoři zde popsaný model předložili k dispozici MŠMT v roce 2012 a běží k němu veřejná diskuse. V rámci projektu VNYPI-2 pak byly provedena pilotní implementace ve čtyřech krajích ČR. Model byl zpřístupněn a představen všem zainteresovaným institucím a odborníkům působícím v primární prevenci rizikového chování s cílem zahájit veřejnou diskusi o možnosti jeho dalšího využití. Další vývoj primární prevence vyžaduje systémové a koordinované kroky ve všech oblastech, včetně vzdělávání a kontroly jeho kvality. Tento model představuje samozřejmě jen jednu z mnoha možností, jak dosáhnout systémových změn, nicméně jde o promyšlený a inovativní systém vzniklý na základě diskuse předních odborníků působících dlouhá léta v praxi primární prevence. Autoři jsou samozřejmě přístupní aktualizacím modelu týkajících se úpravy jednotlivých dílčích parametrů a věří, že jeho postupná a citlivá implementace může dosáhnout kýženého efektu větší harmonizace v kritériích posuzování kvality vzdělávacích programů, a zejména pak kvality jejich výstupů, tj. profesionálně připravených pracovníků v primární prevenci. V zásadě je jedno jakou formou, jakými metodami a v jakém rozsahu každý vzdělavatel připravuje a provozuje své kurzy, podstatný je výsledek, tj. úroveň odborné připravenosti preventivních pracovníků a jejich schopnost kvalitně a bezpečně poskytovat preventivní intervence. Nejde totiž samozřejmě pouze o to, aby užívané metody a intervence při preventivní práci byly ověřené a účinné, ale i o to, aby jejich prostřednictvím nemohlo dojít k poškození nebo jakémukoli nežádoucímu a neplánovanému negativnímu ovlivnění dětí. K profesionalitě patří znalost metod a postupů preventivní práce, znalost limitů a možností těchto metod a schopnost je správným způsobem aplikovat pro danou cílovou skupinu a ve správném čase. Neznalost, nevědomost a nezkušenost jsou nebezpečné jak pro školou povinné děti a mládež, tak pro preventivní pracovníky. Naší společnou snahou by mělo být vytvoření předpokladů pro to, abychom se s těmito neduhy v primárně-preventivní praxi ve školství setkávali co nejméně.

8 Základní pojmy konceptu čtyřúrovňového modelu

Pro správné pochopení a interpretaci navrhovaného modelu je samozřejmě zásadní porozumět klíčovým pojmům a konceptům, na kterých je vystavěn. Obecný rámec současné školské prevence rizikového chování je zpracován v publikované monografii (Miovský, 2015; Miovský et al., 2015a) a klíčové pojmy a koncepty zpracovává výkladový slovník školské prevence (Miovský et al., 2015b). Pro potřeby tohoto textu pak doplňujeme definice několika dalších pro něj klíčových pojmů.

Znalosti: jsou učením osvojené informace. Rozlišujeme faktické znalosti jako soubor faktů a teoretické znalosti jako soubor teorií, konceptů a principů příslušného oboru. Např.: Znalost základních etických, právních a profesionálních norem a standardů pro práci s dětmi a mládeží.

Dovednosti: jsou schopnosti používat znalosti. Jedná se obecně o dovednost řešení problémů a situací, ovládnutí specifických pracovních prostředků či odborných metodik atp. Např.: Dovednost pracovat interaktivní formou se středně velkou skupinou dětí či mládeže.

Kompetence (profesní způsobilost): jsou schopnosti používat znalosti a dovednosti v určitém kontextu, který je vymezen stupněm samostatnosti a odpovědnosti, jakož i mírou složitosti prostředí. Odborné kompetence specifické říkají, co by pracovník (případně dobrovolník) v dané pozici měl umět po odborné stránce, např.: Schopnost vést program všeobecné PP a přizpůsobit ho daným podmínkám a cílové skupině. Odborné kompetence obecné říkají, co by pracovník v dané pozici měl zvládat nad svoji odbornost, ale co je současně pro výkon dané pozice nezbytné, např.: efektivní komunikace, práce na počítači nebo tzv. měkké kompetence (soft skills), kam patří třeba schopnost empatického naslouchání.

Kvalifikační standard: je zákonem definován jako strukturovaný popis odborné způsobilosti fyzické osoby pro řádný výkon pracovních činnos-

tí v určitém povolání (zákon č. 179/2006 Sb., o uznávání výsledků dalšího vzdělávání). Je to soubor požadavků potřebných pro získání příslušné úrovně kvalifikace, tj. co má držitel kvalifikace znát a umět.

Hodnoticí standard: je zákonem definován jako soubor organizačních a metodických postupů stanovených pro ověřování dosažení odborné způsobilosti vykovávat řádně soubor pracovních činností v určitém povolání (zákon č. 179/2006 Sb., o uznávání výsledků dalšího vzdělávání). Jde též o soubor kritérií a požadavků stanovených v kvalifikačním standardu (tj. jak se v praxi ověří, jestli to uchazeč o kvalifikaci skutečně zná, umí, dovede).

Kvalifikační zkoušky: vycházejí z kvalifikačního a hodnoticího standardu. Zkoušení uchazečů a udělování osvědčení organizují akreditované vzdělávací instituce, vlastní zkoušku provádějí autorizované osoby.

Uchazeč: je fyzická osoba, která si podala formální žádost příslušnému akreditovanému pracovišti o ověření, případně uznání své kvalifikace pro danou úroveň odbornosti preventivního pracovníka.

Akreditované vzdělávací instituce: mohou v navrhovaném modelu organizovat vzdělávání a realizovat kvalifikační zkoušky, v případě pověření z MŠMT též uznávat předchozí kvalifikaci v přechodném období, případně garantovat a supervidovat preventivní aktivity osob na nižších úrovních.

Autorizované osoby: získávají od MŠMT (nebo jím pověřené organizace) na základě zákona 179/2006 Sb., autorizaci pro posuzování splnění odborných požadavků stanovených v hodnoticím standardu. Tyto osoby provádí samostatně nebo v komisi ověřování znalostí, dovedností a kompetencí dle příslušného hodnoticího standardu. Též působí jako lektoři a garanti v rámci vzdělávání pracovníků v primární prevenci.

Sebezkušenost: jde o pojem používaný zejména ve vzdělávání pro pomáhající profese. Cílem sebezkušenostního vzdělávání (někdy též zážitkového) je rozvoj sebepoznání, získávání náhledu na vlastní motivaci pro práci, zvyšování vědomí sebe a svého ukotvení v sociálních vztazích atp. Sebezkušenost tedy v tomto modelu nezaměňujeme za běžně užívanou interaktivní formu předávání jiných specifických znalostí a dovedností například formou her a skupinových technik v rámci hodin věnovaných minoritám atp. Sebezkušenostní kurz by měl vést lektor se sebezkušenostním výcvikem.

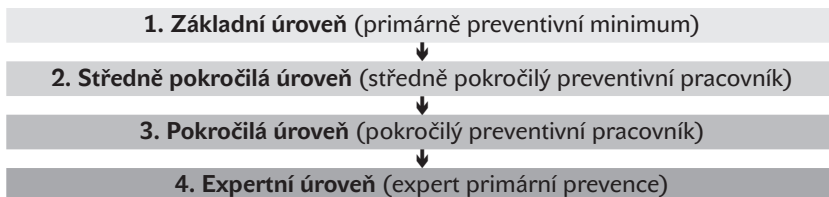
9 Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů ve školské prevenci

Navrhovaný model vzdělávání zahrnuje čtyři nové kvalifikační stupně hierarchicky uspořádané dle náročnosti, které odpovídají v praxi typickým pozicím preventivního pracovníka ve školském systému. Každá vyšší úroveň automaticky zahrnuje požadavky i možnosti uplatnění úrovně nižších.³⁷ Nově je každá z úrovní definována jasnými požadavky na cílové znalosti, dovednosti a kompetence (způsobilosti), které musí uchazeč splňovat, nikoliv pouze rozsahem hodin absolvovaných v kurzech. Před jmenováním do konkrétní funkce či před zahájením vlastní preventivní práce by do budoucna musel preventivní pracovník doložit naplnění těchto dalších kvalifikačních předpokladů.³⁸ Návrh (viz obr. č. 3) dále vymezuje, za jakých podmínek a jakým způsobem lze získat kvalifikaci určité úrovně, a jak tato kvalifikace bude ověřována. Návrh definuje i možnost uznání kvalifikace v přechodném období v případě, že uchazeč o tuto kvalifikaci definované znalosti, dovednosti a kompetence získal v předchozích letech, před zavedením tohoto nového Modelu v jiných kurzech či praxích.³⁹ Každý z kvalifikačních stupňů je v následujícím textu (kapitoly 9.1 až 9.4) definován a vysvětlen pomocí (a) popisu úrovně a typických pozic a (b) kvalifikačního a hodnotícího standardu.

37 To znamená, že například uchazeč o 3. pokročilou úroveň musí mít již uznání či splnění 1. základní úrovně (preventivní minimum) i 2. středně pokročilou úroveň. V praxi bude možné žádat i o uznání více stupňů najednou. Je též možné, že některé kurzy budou své posluchače připravovat např. tzv. „z nuly“ rovnou na 3. úroveň apod. Musí tomu ovšem odpovídat rozsah a obtížnost zkoušek, které budou zahrnovat ověřování znalostí, dovedností i způsobilostí ze všech úrovní.

38 Termín „další kvalifikační předpoklady“ odpovídá terminologii používané v rámci DVPP a jde o kvalifikační předpoklady, které doplňují původní profesní kvalifikaci.

39 Model do budoucna dále počítá i s možností zavedení celoživotního vzdělávání pro pracovníky v primární prevenci na všech určených úrovních.



Obrázek 3 | Schéma navrhovaného modelu kvalifikačních stupňů pracovníků v PPRCH (Charvát et al., 2012a, 2012b)

9.1 Základní úroveň (preventivní minimum)

Tato kvalifikační úroveň pracovníka působícího v primární prevenci na školách je základní, je předpokladem pro výkon primárně preventivní práce na nejnižší úrovni obtížnosti. Jedná se o minimální požadavky na všechny osoby, které preventivně pracují se skupinami dětí a mládeže ve školství. Dle typu aktivit sem lze zařadit například edukační a osvětové činnosti, práce s komunitním kruhem a s klimatem třídy a jiné běžně užívané prostředky všeobecné primární prevence. Na úrovni preventivního minima již však nelze provádět například programy selektivní a indikované prevence nebo programy všeobecné prevence⁴⁰, vyžadující vyšší kompetence pro práci s kolektivem či jednotlivcem. Pracovník na úrovni preventivního minima musí mít na pracovišti, kde působí (ve škole, školském zařízení, neziskové organizaci atp.), možnost odborného vedení pracovníkem na minimálně 3. úrovni, se kterým svou preventivní činnost pravidelně konzultuje. Příklady typických pozic pro základní úroveň jsou:

- Pedagog realizující preventivní činnosti zakomponované díky školnímu vzdělávacímu programu a minimálnímu preventivnímu programu do svých předmětů (například edukace o etnických menšinách v rámci standardní výuky zeměpisu atp.).
- Třídní učitel realizující při třídnických hodinách „komunitní kruh“ či jiné obdobné preventivní metody práce s kolektivem či klimatem třídy.
- Odborník z řad složek záchranného systému, který ve škole vede preventivní osvětovou přednášku či na svém pracovišti realizuje primárně preventivní program se třídním kolektivem.
- Dobrovolný pracovník realizující pod dohledem kmenového preventivního pracovníka z externí NNO preventivní program na škole.

Kvalifikační a hodnotící standard:

- a) Pracovník musí mít dokončené středoškolské vzdělání s maturitou.

⁴⁰ Pojmy všeobecná, selektivní a indikovaná prevence podrobně vysvětluje například Mioviský et al. (2012) nebo Mioviský et al. (2010).

- b) Pracovník musí mít absolvován základní kurz primární prevence v rozsahu 40 hodin s minimálním podílem osm hodin sebezkušenosti.
- c) Pracovník musí mít alespoň započaté další studium (VOŠ, VŠ, jiná specializační studia), které je svým obsahem zaměřeno na práci s lidmi (mezi nevhodnější obory v tomto ohledu můžeme zařadit pedagogiku, speciální pedagogiku, psychologii, adiktologii, zdravotnictví, sociální práci atp.).

Pozn.: Je nutné splnit všechny body, avšak bod c) lze v odůvodněných případech nahradit specifickými znalostmi a dovednostmi v různých oborech (například zástupci záchranného systému, policisté, pracovníci hygienických a lékařských zařízení atp.) či dlouholetou praxí.⁴¹

ZNALOSTI	Možný způsob ověření	DOVEDNOSTI	Možný způsob ověření	ZPŮSOBILOSTI	Možný způsob ověření
Rozlišuje efektivní a neefektivní typy primárně preventivních intervencí.	USTZK TEST ONLINE	Používá osvětovou a edukační formu PPRCH.	DEMO	Je schopen připravit program všeobecné PP v oblasti, na kterou se specializuje, dle doporučených postupů.	PIPR PROJ
Zná základy vývojové psychologie a fungování lidské psychiky v období dětství a dospívání.	USTZK TEST ONLINE	Umí pracovat interaktivní formou se středně velkou skupinou dětí či mládeže.	DEMO MODEL	Zvládne vést program všeobecné PP a přizpůsobit ho daným podmínkám a cílové skupině.	MODEL OPOS
Zná hlavní formy a projevy rizikového chování u dětí a mládeže.	USTZK TEST ONLINE	Všímá si dění ve skupině i nápadností v chování jednotlivců.	DEMO OPOS	Dokáže ve skupině, se kterou pracuje, rozeznat ohroženého jedince a předat ho do návazné péče.	MODEL PRAXE
Ovládá dílčí odborné znalosti ze specifické oblasti prevence RCH, na kterou se specializuje.	USTZK TEST ONLINE	Rozvíjí a vhodně používá své komunikační a prezentační dovednosti.	DEMO OPOS	Je schopen předat informace o RCH, na které se specializuje, přijatelnou a vyváženou formou.	DEMO OPOS
Zná základní etické, právní a profesionální normy a standardy pro práci s dětmi a mládeží.	USTZK TEST ONLINE	Dokáže rozpoznat a profesionálně reagovat na chování, překračující sociální normy.	MODEL	Uplatňuje hranice profesionálního vztahu, informuje pověřené osoby o případných nestandardních situacích a nepřekračuje své kompetence.	MODEL OPOS

Tabulka 3 | Kvalifikační standard pro 1. základní úroveň: primárně preventivní minimum⁴² (Charvát et al., 2012a)

41 DEMO = demonstrace, praktické předvedení, KAZU = kazuistika, případová studie, MODEL = popis řešení předložené modelové situace, NASL = náslech zkoušejícího při preventivní práci adepta, ONLINE = test administrovaný online přes vhodné e-learningové prostředí, OPOS = odborné posouzení zkoušejícího, PIPR = písemná práce (seminární, závěrečná atp.), PRAXE = doložení dovednosti či znalostí absolvovanou praxí, PROJ = vypracování projektu, TEST = písemný test (s otevřenými či uzavřenými odpověďmi), USTZK = ústní zkouška.

42 DEMO = demonstrace, praktické předvedení, KAZU = kazuistika, případová studie, MODEL = popis řešení předložené modelové situace, NASL = náslech zkoušejícího při preventivní práci adepta, ONLINE = test administrovaný online přes vhodné e-learningové prostředí, OPOS =

9.2 Středně pokročilá úroveň (středně pokročilý preventivní pracovník)

Hlavní náplní aktivit pracovníka 2. středně pokročilé úrovně je přímá práce s cílovými skupinami dětí a školské mládeže. Jedná se o systematickou preventivní práci na vyšší úrovni obtížnosti, tj. zejména jde o komplexnější programy všeobecné primární prevence nebo selektivní prevence. Dle typu aktivit sem lze zařadit například vedení programů s interaktivní komponentou (např. nácvik a osvojování životních dovedností⁴³). Důležitou dovedností je dále například práce se zpětnými vazbami, schopnost naladit skupinu na (z psychologického hlediska) náročnější interakce či specifické znalosti o jednotlivých typech rizikového chování. Pracovník na této úrovni je schopen zvládnout krizové situace a zpracovat nepříjemné stavy, které se mohou v rámci jeho preventivní práce v kolektivu nebo u jednotlivců objevit. Pracovník musí mít specifické dovednosti jako například zvládnání či identifikace agresivních anebo ohrožených jedinců a jejich předání do návazné odborné péče. Pracovník na 2. středně pokročilé úrovni musí mít na pracovišti, kde působí, možnost odborného vedení pracovníkem na minimálně 3. úrovni, se kterým svou preventivní činnost pravidelně konzultuje. Příklady typických pozic pro středně pokročilou úroveň jsou:

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

Kvalifikační a hodnotící standard:

- a) Pracovník musí mít dokončené vysokoškolské bakalářské studium, které je svým obsahem zaměřeno na práci s lidmi (např. pedagogiku,

odborné posouzení zkoušejícího, PIPR = Písemná práce (seminární, závěrečná atp.), PRAXE = doložení dovednosti či znalostí absolvovanou praxí, PROJ = vypracování projektu, TEST = písemný test (s otevřenými či uzavřenými odpověďmi), USTZK = ústní zkouška.

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

speciální pedagogiku, psychologii, adiktologii, zdravotnictví, sociální práci atp.).

- b) Pracovník na 2. úrovni musí též splňovat všechny nároky 1. úrovně.
c) Pracovník musí mít absolvován středně pokročilý kurz primární prevence v rozsahu 40 hodin s minimálním podílem 16 hodin sebezkušenosti.^{44,45}

Pozn.: Je nutné splnit všechny body.

ZNALOSTI	způsob ověření	DOVEDNOSTI	způsob ověření	ZPŮSOBILOSTI	způsob ověření
Zná výzkumem ověřené efektivní typy preventivních intervencí a rozumí jejich principu. Zná základy sekundární a terciární prevence a síť institucí, které tyto služby poskytují.	USTZK TEST	Uplatňuje principy PP založené na rozvoji životních dovedností a práci s normativním přesvědčením.	DEMO	Je schopen připravit program všeobecné či selektivní PP s jednoznačně přítomnými funkčními prvky dle doporučených postupů.	PIPR PROJ
Rozumí fungování psychiky a odlišnostem ve vnímání, prožívání, jednání a chování v období dětství a dospívání včetně skupinových procesů.	USTZK TEST	Využívá psychologické a pedagogické principy k vedení malé a středně velké skupiny.	DEMO OPOS	Zvládne vést program všeobecné či selektivní prevence a přizpůsobit ho aktuálnímu stavu a potřebám cílové skupiny.	DEMO OPOS NASL
Rozlišuje specifické formy a projevy rizikového chování u jednotlivců i skupin a zná jejich typické potřeby.	USTZK TEST	Rozpozná existující normy a pravidla skupiny či komunity, je citlivý k odlišnostem v životním stylu, kulturním a jiným jedinečným potřebám skupiny či komunity. Řeší výskyt RCH či jinou mimořádnou událost dle doporučených krizových plánů a postupů.	MODEL OPOS	Je schopen navázat s cílovou skupinou rovnocenný pracovní vztah a vytvořit a udržet atmosféru důvěry a bezpečí, dokáže rozpoznat potenciálně rizikové situace v konkrétní skupině a reagovat na ně vhodným způsobem.	VIDEO ¹ NASL KAZU
Ovládá a doplňuje si repertoár technik práce se skupinou včetně doporučení a komentářů k vhodnosti jejich použití.	USTZK PIPR	Používá zaměřené pozorování a aktivní empatické naslouchání k identifikaci aktuální situace ve skupině.	DEMO OPOS	Zvládá řešení mimořádných situací, přičemž dokáže rozeznat, co je a co není schopen zvládnout vlastními silami, dodržuje zásady psychohygieny.	PRAXE KAZU OPOS

Tabulka 4 | Kvalifikační standard pro 2. středně pokročilou úroveň: středně pokročilý preventivní pracovník (Charvát et al., 2012a)

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

45 Využití videonahrávek je zde uvedeno jako jedna z možností, nikoliv jako nutnost. U tohoto způsobu záznamu je vždy nutné brát v úvahu zejména etické otázky a informované souhlasy zúčastněných či jejich zák. zástupců.

9.3 Pokročilá úroveň (pokročilý preventivní pracovník)

Preventivní pracovník na 3. pokročilé úrovni (pokročilý preventivní pracovník) může vykonávat práci ve dvou liniích. První představuje organizační linie, kde se jedná o činnosti metodické, koordinační a informační. Pracovník koordinuje tvorbu minimálních preventivních programů, metodicky vede ostatní pracovníky působící v prevenci v rámci své instituce, komunikuje a spolupracuje s dalšími aktéry primární prevence a relevantními institucemi v regionu, vede evidenci o práci s cílovou skupinou, monitoruje výskyt rizikového chování v daném zařízení atp. Na školách jde o klasické povinnosti definované pro školní metodiky prevence (vyhláška č. 72/2005 Sb). V druhé linii jde o přímou preventivní práci s cílovými skupinami. Pracovník na 3. úrovni je schopen pracovat se všemi typy programů⁴⁶ primární prevence, včetně prevence indikované.⁴⁷ Jedná se o složitější programy, které již využívají i metod blízkých terapeutickému působení (většinou jednoduché KBT techniky).⁴⁸ To znamená, že se pracuje i jiným způsobem, než je běžné při vyučování, a to prostřednictvím metod, které je možné svěřit pouze proškoleným a supervidovaným pracovníkům. V konkrétních odůvodněných individuálních případech provádí pracovníci této úrovně také časnou intervenci. V rámci školy či organizace může pokročilý preventivní pracovník odborně vést (poskytovat konzultace apod.) primárně preventivní pracovníky 1. a 2. úrovně a sám zároveň spolupracuje s preventivním pracovníkem 4. expertní úrovně (viz dále). Příklady typických pozic pro pokročilou úroveň jsou:

- Školní speciální pedagog či psycholog realizující program indikované primární prevence založený na screeningu rizikových osobnostních faktorů⁴⁹
- Pedagog či etoped v roli školního metodika prevence realizující minimální preventivní program na škole, který vykonává další povinnosti specifikované vyhláškou č. 72/2005 Sb., v platném znění.
- Speciální pedagog (etoped) ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy či ve středisku výchovné péče zodpovědný za realizaci primární prevence.

46 Samozřejmě je nutné respektovat požadované vstupní zaškolení ke všem metodám, které to vyžadují (CŽV).

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

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

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

- Vedoucí pracovník, zodpovědný za podobu a kvalitu primárně preventivních a vzdělávacích aktivit v rámci certifikovaného programu nestátní neziskové organizace.

Kvalifikační a hodnotící standard:

- Pracovník musí mít dokončené vysokoškolské magisterské studium, které je svým obsahem zaměřeno na práci s lidmi (např. pedagogiku, speciální pedagogiku, psychologii, adiktologii, zdravotnictví, sociální práci atp.).
- Pracovník na 3. úrovni musí též splňovat všechny nároky 1. a 2. úrovně.
- Pracovník musí mít absolvován pokročilý kurz primární prevence v rozsahu 120 hodin s minimálním podílem 40 hodin sebezkušenosti.⁵⁰
- Požadovány jsou minimálně 2 roky praxe v primárně preventivních aktivitách prováděných na 1. a 2. úrovni.

Pozn.: Je nutné splnit všechny body.

ZNALOSTI	způsob ověření	DOVEDNOSTI	způsob ověření	ZPŮSOBILOSTI	způsob ověření
Zná současné výzkumem podložené trendy, modely a strategie v PP, je obeznámen s aktuální nabídkou programů a metodik.	USTZK TEST PIPR	Umí efektivně vést dokumentaci o činnostech a událostech týkajících PPRCH v daném zařízení.	PRAXE	Je způsobilý vytvořit a pravidelně aktualizovat minimální preventivní program pro konkrétní školu či jiné zařízení, kde působí.	PIPR
Zná legislativu věnující se problematice PPRCH a návazným oblastem (př. sociálně-právní ochraně dětí).	USTZK TEST ONTEST	Umí vytvořit síť aktivních kontaktů na instituce působící v oblasti PPRCH ve svém okolí a udržovat ji aktuální.	PRAXE PIPR	Je schopen implementovat a udržet efektivní systém PPRCH v rámci školy či organizace, kde působí.	PRAXE OPOS
Zná velmi dobře všechny typy RCH popsané v dostupné odborné literatuře i způsoby jejich zjišťování.	USTZK TEST	Ovládá základní metody evaluace a zhodnocení stavu RCH v daném zařízení.	PIPR OPOS	Pravidelně používá evaluačních a monitorovacích nástrojů za účelem zhodnocení výchozího stavu RCH. Dokáže zjistit potřeby cílových skupin a implementovat vhodné intervence.	PIPR PRAXE OPOS

⁵⁰ Kumulativně jde i s prvními dvěma úrovněmi již o 200 hodin kurzu s podílem 64 hodin sebezkušenosti.

ZNALOSTI	způsob ověření	DOVEDNOSTI	způsob ověření	ZPŮSOBILOSTI	způsob ověření
Zná základy poradenské a školní psychologie, speciální pedagogiky a psychopatologie.	USTZK TEST PIPR	Dokáže efektivně komunikovat s dospělými a motivovat je ke spolupráci, zejména při práci s rodiči a zákonnými zástupci či svými kolegy (případně i s médii).	DEMO MODEL OPOS	Je schopen svým kolegům poskytnout odbornou radu, dokáže po odborné stránce naplnit svou poradenskou roli.	KAZU NASL PRAXE
Zná doporučené krizové postupy v případě výskytu RCH v konkrétním zařízení, kde působí.	USTZK TEST PIPR	Dokáže v rámci časné intervence vést poradenský či motivační rozhovor.	DEMO MODEL OPOS	Zvládne vést program indikované PP či včasné intervence dle doporučených postupů.	DEMO NASL VIDEO
Chápe nejčastější v oboru identifikovaná úskalí, rizika a konflikty, které mohou nastat při preventivní práci na úrovni jednotlivce, skupiny, organizace či komunity.	USTZK PIPR	Uplatňuje etické a profesionální standardy za účelem minimalizace možného poškození svěřených klientů a posilování integrity primárně preventivních pracovníků.	OPOS PRAXE	Je příkladem spolupracujícího přístupu, celoživotního vzdělávání, mravní bezúhonnosti a zdravého životního stylu.	OPOS PRAXE

Tabulka 5 | Kvalifikační standard pro 3. pokročilou úroveň: pokročilý preventivní pracovník (Charvát et al., 2012a)

9.4 Expertní úroveň (expert primární prevence)

Preventivní pracovník na 4. expertní úrovni vykonává zejména činnosti koordinační, metodické, poradenské, vzdělávací a supervizní.⁵¹ Koordinuje systém primární prevence a spolupráci klíčových aktérů v rámci větších celků, například obcí, regionů či krajů. V mezích své působnosti metodicky vede ostatní preventivní pracovníky nižších úrovní. Monitoruje výskyt rizikového chování v daném území, je schopen evaluovat probíhající programy, spoluvytváří a inovuje metodiky nových preventivních programů, podílí se na jejich implementaci atp. Organizuje systém vzdělávání preventivních pracovníků, kde působí jako lektor anebo garant. Vede intervizní skupiny preventivních pracovníků. Je schopen provádět krizovou intervenci či jiné obtížnější intervenční zásahy, které školy nedokážou samy vyřešit. Může působit jako autorizovaná osoba při kvalifikačních zkouškách pracovníků v PPRCH. Publikuje odborná sdělení na vzdělávacích akcích, konferencích či v odborných časopisech a věnuje se rozvoji PPRCH. Příklady typických pozic pro expertní úroveň jsou:

- Vedoucí oblastní metodik prevence v rámci pedagogicko-psychologických poraděn.
- Metodik prevence či koordinátor prevence v rámci větších obcí či krajských a jiných úřadů.
- Lektor či garant kurzu nebo specializačního studia v rámci DVPP, respektive i obecněji v rámci vzdělávání pracovníků v primární prevenci.
- Lektor primární prevence (s praxí alespoň 5 let) a dlouhodobým sebezkušnostním výcvikem realizující pro své kolegy intervizní či supervizní setkávání.

Kvalifikační a hodnotící standard:

- a) Pracovník musí mít dokončené vysokoškolské magisterské studium, které je svým obsahem blízké primární prevenci rizikového chování (např. pedagogiku, speciální pedagogiku, psychologii, adiktologii atp.).
- b) Pracovník na 4. úrovni musí též splňovat všechny nároky 1., 2. i 3. úrovně.
- c) Pracovník musí mít absolvovány další pokročilé kurzy primární prevence v rozsahu 96 hodin s minimálním podílem 32 hodin sebezkušnosti.⁵²

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

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

d) Požadováno je minimálně 5 let praxe v primární prevenci ve školství nebo organizování primárně preventivních aktivit s cílovými skupinami dětí a mládeže či vzdělávání dospělých v oblasti PPRCH.

Pozn.: Je nutné splnit všechny body (Například předložení odborných článků atp.).

ZNALOSTI	způsob ověření	DOVEDNOSTI	způsob ověření	ZPŮSOBILOSTI	způsob ověření
Ovládá na expertní úrovni svůj původní obor a překryví tohoto oboru s PPRCH.	USTZK PRAXE	Používá metodiku tvorby, standardizace a ověřování primárně preventivních programů a diagnostických nástrojů.	MODEL PIPR OPOS	Je schopen tvorby, adaptace, implementace či evaluace nových metod, metodických materiálů a programů PP vhodných vzhledem k potřebám cílových skupin.	PIPR PRAXE
Zná relevantní legislativu věnující se problematice primární prevence a krizové postupy v případě výskytu RCH, překračující normy školy, školského zařízení nebo organizace.	USTZK MODEL	Umí vytvářet v praxi uplatnitelné krizové metodické postupy v případě výskytu RCH.	PIPR	Je schopen jako externí expert na pozvání organizace ve své působnosti zvládnout kritickou situaci u jednotlivce či v kolektivu pomocí zásad krizové intervence či senzitivního šetření vyšetřování.	PRAXE KAZU
Zná detailně síť organizační věnujících se PPRCH a zná též systémy návazné péče pro všechny formy RCH na celostátní případně i evropské úrovni.	USTZK PIPR	Používá vhodné komunikační a manažerské strategie pro propagaci, fundraising, koordinaci a motivaci důležitých institucí a osob v rámci komunity či regionu.	MODEL OPOS PIPR	Tvoří a podporuje technické zázemí a síť profesionálů a institucí včetně donátorů na poli prevence v oblasti své působnosti dle zásad komunitního přístupu v PPRCH.	PRAXE OPOS PIPR
Ovládá didaktiku a teorii vzdělávání dospělých a principy trenérství (lektorování).	PRAXE USTZK	Dokáže srozumitelně zprostředkovat (naučit) teoretické znalosti i praktické dovednosti potřebné preventivní pro práci s dětmi a mládeží a dospělými.	DEMO VIDEO NASL	Vytváří, realizuje a garantuje kurzy a jiné formy vzdělávání pro pracovníky v PP, je autorizovanou osobou pro uznávání kvalifikací na všech úrovních.	PRAXE OPOS PIPR
Ovládá základy odborné supervize a principy psychologického poradenství, mentoringu, koučingu a jejich rozdíly.	USTZK PRAXE	Dokáže zorganizovat a vést intervizní, případně supervizní skupiny a systematicky poskytovat podporu a posilovat motivaci pracovníků v primární prevenci na nižších úrovních.	DEMO VIDEO NASL KAZU	Celoživotně se vzdělává v oblasti PPRCH a odborně přispívá publikováním svých zkušeností, je po odborné stránce respektovanou osobou v rámci regionu.	PRAXE OPOS PIPR

Tabulka 6 | Kvalifikační standard pro 4. expertní úroveň: expert primární prevence (Charvát et al., 2012a)

10 Návrh srovnávací kvalifikační zkoušky

Podle zákona č. 179/2006 Sb., ověřování a uznávání kvalifikací provádějí tzv. autorizované osoby, a to podle hodnoticích standardů příslušných kvalifikací. Ověřování probíhá formou zkoušky, kde musí uchazeč způsobem stanoveným v hodnoticím standardu prokázat všechny kompetence uvedené v kvalifikačním standardu podle kritérií a dalších pravidel stanovených v hodnoticím standardu. Pokud je prokáže, obdrží osvědčení o získání kvalifikace, což je celostátně platný doklad. Autorizovanou osobou pro určitou kvalifikaci dle uvedeného zákona se může stát každá fyzická nebo právnická osoba, která splní požadavky stanovené ve schváleném hodnoticím standardu příslušné kvalifikace. Autorizující orgán (v našem případě MŠMT) porovná, zda zájemce o autorizaci splňuje požadavky na autorizovanou osobu stanovené v hodnoticím standardu, a podle toho buď udělí, nebo neudělí autorizaci. Naplnění kvalifikačních požadavků pro jednotlivé úrovně pracovníků v primární prevenci bude formálně posuzováno prostřednictvím kvalifikačních zkoušek, které jsou pro každou úroveň rozdílně obtížné. Jednotlivé vyšší úrovně vycházejí z předchozích nižších, které v sobě integrují. Podrobnější popis procesu kvalifikačních zkoušek je popsán v Návrhu zkušební manuálu pro ověřování znalostí, dovedností a kompetencí, který je vypracován jako navazující dokument.

10.1 Akreditované vzdělávací instituce a autorizované osoby

Akreditované vzdělávací instituce pro organizaci zkoušek v rámci kvalifikačních stupňů pracovníků v primární prevenci by měly splňovat tyto náležitosti (návrh autorů):

- a) Požadavky institucionální: Instituce realizuje vzdělávání v primární prevenci, tj. realizuje akreditované kurzy dle vyhlášky o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků (č. 317/2005 Sb.), instituce se prokazatelně déle než 3 roky věnuje vzdělávání pracovníků v primární prevenci rizikového chování.

- b) Požadavky personální: Pro zajištění požadované odbornosti a kvality pracoviště je nezbytné, aby ve vzdělávací instituci působili (byli v pracovněprávním vztahu) alespoň dva pracovníci 4. úrovně – experti primární prevence.

Akreditovanými vzdělávacími institucemi se mohou stát např. krajská centra prevence (např. pedagogicko-psychologické poradny, nestátní neziskové organizace, univerzity) a další organizace, které v současné době působí jako metodická a koordinační pracoviště v oblasti primárně preventivních aktivit a tuto funkci v podstatě již neoficiálně plní.

Autorizované osoby: Autorizovaná osoba je fyzická osoba, která je oprávněna v rámci kvalifikačních zkoušek u uchazečů ověřovat odborné specifické kompetence (odborné znalosti a dovednosti) a též odborné kompetence obecné, stanovené v kvalifikačním a hodnoticím standardu pro všechny čtyři úrovně. Autorizovanou osobou se může na základě žádosti a následného schválení autorizujícím orgánem (MŠMT) stát pouze osoba na čtvrté, expertní úrovni prevence.

Zkušební komise pro ověřování kvalifikačních předpokladů: Zkušební komise je vždy složena z interních a/nebo externích pracovníků akreditovaných vzdělávacích institucí. Pro ověření kvalifikačních předpokladů pro každou úroveň navrhuje počet autorizovaných osob takto:

Pro 1. základní úroveň (primárně preventivní minimum) a 2. středně pokročilou úroveň: Zkouška probíhá před jednou autorizovanou osobou na 4. úrovni. **Pro 3. pokročilou úroveň (pokročilý preventivní pracovník):** Zkouška probíhá před zkušební komisí složenou ze dvou autorizovaných osob na 4. úrovni odbornosti. Oba členové zkušební komise mohou pocházet z jednoho akreditovaného pracoviště.

Pro 4. expertní úroveň (expert primární prevence) zkouška probíhá před zkušební komisí složenou ze dvou autorizovaných osob na 4. úrovni odbornosti, přičemž alespoň jeden ze členů zkušební komise musí pocházet z jiné akreditované vzdělávací instituce, tj. nebýt součástí pracovního týmu instituce, z níž pochází žadatel o tuto úroveň, a nemít s příslušnou vzdělávací institucí žadatele jiný pracovněprávní vztah.⁵³ Pro 4., 3. i 2. stupeň je možné složit souhrnnou zkoušku zahrnující vždy všechny nižší stupně kvalifikace. Tzn., že například pro 3. úroveň je možné se jednorázově přihlásit ke zkoušce, která bude zahrnovat všechny stupně předchozí.

53 Kromě smlouvy (např. Dohoda o provedení práce) hradící samotné přezkušování.

10.2 Hodnoticí standard pro ověřování kvalifikačních stupňů: forma a obsah zkoušek

Hodnoticí standard je soubor organizačních a metodických postupů stanovených pro ověřování dosažení odborné způsobilosti vykonávat řádně soubor pracovních činností v určitém povolání. Konkrétně je to soubor kritérií a způsobů ověřování požadavků stanovených v kvalifikačním standardu (tj. postup, jak bude v praxi ověřeno, zda má uchazeč příslušné znalosti, dovednosti a kompetence pro danou kvalifikaci). Forma a obsah kvalifikačních zkoušek jsou diferencovány pro jednotlivé úrovně obtížnosti. Rozdíl mezi úrovněmi spočívá v tematickém zaměření i rozsahu/hloubce zkoušek. Existují také různé způsoby ověřování kritérií.⁵⁴

- a) **Teoretická část kvalifikační zkoušky ověřuje zejména znalosti a může zahrnovat např.:** písemný test s uzavřenými odpověďmi, ústní zkoušku na základě losovaných zkušebních okruhů.

- b) **Praktická část kvalifikační zkoušky ověřuje především dovednosti a může zahrnovat například:** řešení modelové situace, praktické předvedení, demonstrace, obhajobu závěrečné písemné práce, rozbor video nahrávky vlastní praktické činnosti účastníka. Další možnosti naplnění části hodnoticího standardu (další požadavky na uchazeče):
 - doložení potvrzení o absolvování praxe
 - doložení délky působení v primárně preventivních aktivitách (v případě neexistence zaměstnavatele strukturované reference od dvou osob 4. úrovně)
 - doložení dosaženého vzdělání
 - doložení absolvování různých typů vzdělávacích aktivit.

Průběh a výsledek zkoušky je zaznamenán do příslušného protokolu o zkoušce a protokol podepsán zkoušejícím, resp. všemi členy zkušební komise.⁵⁵

⁵⁴ Hodnoticí standardy jsou inspirovány NSK2 (individuální národní projekt MŠMT, který NÚOV realizuje v letech 2009–2015 pod oficiálním názvem Rozvoj a implementace Národní soustavy kvalifikací).

⁵⁵ Uchazeč má možnost žádat rovnou o certifikát vyšší úrovně, pokud se tak rozhodne, nemusí dokládat předchozí certifikáty, ale pouze doložit nakumulované požadavky všech předchozích úrovní.

	Teoretická - znalostní část	Praktická - dovednostní část	Další požadavky na uchazeče⁵⁷
1. Základní úroveň	50 % písemný test, ústní zkoušení	50 % praktické předvedení	maturitní vysvědčení
2. Středně pokročilá úroveň	30 % písemný test, ústní zkoušení	70 % praktické předvedení	VŠ diplom, certifikát 1. úrovně, min. 24 hod. sebezkušenosti
3. Pokročilá úroveň	50 % písemný test, ústní zkoušení	50 % praktické předvedení písemná práce video nahrávka	certifikát 2. úrovně, doložení 2 let praxe, min. 64 h. sebezkušenosti
4. Expertní úroveň	50 % ústní zkoušení	50 % praktické předvedení video nahrávka	certifikát 3. úrovně, doložení 5 let praxe, min. 96 h. sebezkušenosti

Tabulka č. 7 | Navrhovaný obsah a forma zkoušek a další požadavky pro jednotlivé úrovně (Charvát et al., 2012a)

Ověřování obecných kompetencí včetně tzv. měkkých⁵⁷ je velmi obtížné (často v praxi na hranici proveditelnosti). Je v kompetenci autorizovaných osob, provádějících zkoušky, rozpoznat vhodnost či nevhodnost uchazeče. V odůvodněném případě⁵⁸ mohou udělení kvalifikace zamítnout s odůvodněním (viz navazující materiál Návrh zkušební manuálu pro ověřování znalostí, dovedností a kompetencí). Svou roli v tomto ohledu hrají i vedoucí pracovníci (např. ředitelé škol), kteří by do pozic realizujících primární prevenci měli navrhovat a obsazovat osobnostně vhodně vybavené jedince, tj. například pracovníky s přirozenou autoritou.

Přestože navrhovaný Model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v PPRCH ve školství je postaven především na principu ověřování cílových kompetencí u uchazečů formou kvalifikačních zkoušek, uvedeme zde alespoň orientační doporučený rozsah vzdělávání pro jednotlivé úrovně v hodinách (viz tabulka č. 8). V rámci projektu VYNSPI-1 vznikl návrh na optimální obsahovou strukturu Specializačního studia pro ŠMP, který je vhodnou výchozí platformou pro vývoj dalších vzdělávacích aktivit odpovídajících jednotlivým úrovním navrhovaným v tomto materiálu. Předpokládáme tedy, že v případě uvedení tohoto navrhovaného Modelu do praxe se realizátoři kurzů svým obsahem vzdělávacích aktivit pružně přizpůsobí požadovaným

56 Uchazeč má možnost žádat rovnou o certifikát vyšší úrovně, pokud se tak rozhodne, nemusí dokládat předchozí certifikáty, ale pouze doložit nakumulované požadavky všech předchozích úrovní.

57 Tzv. soft skills, jejichž spektrum sahá od empatie přes komunikativnost či sebekritičnost až po schopnost prosadit se, vést tým anebo schopnost nadchnout ostatní pro společný cíl.

58 Může se jednat o psychickou poruchu, výrazně nezdravý či rizikový životní styl (aktuální užívání drog), výraznou osobnostní nevyzrálou, totální absenci měkkých dovedností atp.

cílovým kompetencím preventivních pracovníků. Skladba chybějících kompetencí (zejména na vyšších úrovních) může být u jednotlivých pracovníků vzhledem k jejich rozličným původním profesím různá, ty si posléze uchazeči mohou doplňovat spíše v rámci individuálních vzdělávacích plánů.

Kvalifikační úroveň	Doporučené hodinové dotace na jednotlivé komponenty vzdělávání							
	Teoretické znalosti		Praktické dovednosti		Sebezkušenost		Celkem v každé úrovni	Celkem kumulativně
Základní úroveň	16	40 %	16	40 %	8	20 %	40	40
Středně pokročilá úr.	8	20 %	16	40 %	16	40 %	40	80
Pokročilá úroveň	40	33 %	40	33 %	40	33 %	120	200*
Expertní úroveň	32	33 %	32	33 %	32	33 %	96	296
Kumulativně ve sloupcích:	96	---	104	---	96	---	---	---

* Navrhovaný počet hodin je nižší než platné znění vyhlášky 317/2005 Sb.

Tabulka č. 8 | Doporučený orientační rozsah vzdělávání dle jednotlivých úrovní a komponent (Charvát et al., 2012a)

Pozn.: Orientační hodinové dotace jsou z praktických důvodů počítány jako násobky osmi (8 h. = 1 výcvikový den).

10.3 Přechodné období, uznávání kvalifikací a předchozího vzdělání

V přechodném období (cca po dobu 3 let od schválení dokumentu) navrhujeme, aby při splnění příslušných výše definovaných profesních předpokladů a po předložení žádosti na příslušné pracoviště MŠMT⁵⁹ nebo jím pověřené organizace byla přiznána:

- a) Kvalifikace 1. základní úrovně (primárně preventivní minimum) pedagogům či jiným pracovníkům v primární prevenci působících v praxi (tj. praktikujících kontinuálně primárně preventivní programy) minimálně 1 rok, kteří doloží absolvování v součtu minimálně 40 hodin kurzů s primárně preventivní náplní či psychosociální a sebezkušenostní tematikou.

⁵⁹ Tento proces se v praxi bude řídit dle standardních a osvědčených postupů určených zákonem pro uznávání kvalifikací v resortu školství či jiném příbuzném resortu, dle aktuálních možností řídicího orgánu – MŠMT.

- b) Kvalifikace 2. středně pokročilé úrovně (středně pokročilý preventivní pracovník) pedagogům či jiným pracovníkům v primární prevenci působících v praxi minimálně 2 roky, kteří mají vysokoškolské vzdělání v oborech zaměřených na práci s lidmi a dále doloží absolvování v součtu minimálně 80 hodin kurzů s primárně preventivní náplní, z čehož minimálně 24 hodin musí mít sebezkušenostní náplň.
- c) Kvalifikace 3. pokročilé úrovně (pokročilý preventivní pracovník) všem absolventům specializačního studia pro ŠMP dle vyhlášky o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků č. 317/2005 Sb., kteří doloží platné osvědčení. Dále může být tato kvalifikační úroveň přízná na dalším pracovníkům v primární prevenci, majícím vysokoškolské vzdělání v oborech zaměřených na práci s lidmi (viz výše v textu), kteří doloží působení v praxi minimálně 3 roky, a kteří v celkovém součtu absolvovali (a doloží) minimálně 200 hodin vzdělávacích aktivit s primárně preventivní náplní, z nichž minimálně 64 hodin bude mít sebezkušenostní náplň.
- d) Kvalifikace 4. expertní úrovně (expert primární prevence) všem pracovníkům v primární prevenci působícím v praxi minimálně 5 let, kteří doloží vysokoškolské vzdělání (alespoň Mgr.) v oborech zaměřených na práci s lidmi a dále doloží absolvování v součtu minimálně 296 hodin kurzů s primárně preventivní náplní, z čehož minimálně 96 hodin musí mít sebezkušenostní obsah. Na této úrovni bude též zohledňován celkový dlouhodobý přínos pro rozvoj primární prevence v uplynutých letech uvedený v životopise uchazeče. To znamená, že požadavek na „hodiny v kurzech“ či „praxe“, „přímé práce s cílovými skupinami dětí a mládeže“ mohou být částečně nahrazeny významnou publikační či projektovou činností v oblasti PPRCH či lety praxe ve vzdělávání dospělých pracovníků v oblasti PPRCH atp.

IV. část

Efektivita intervencí školské prevence rizikového chování

11 Účinnost preventivních intervencí a jejich testování v praxi

Účinnost nebo též efektivita patří k nejtěžším tématům prevence. Měření účinnosti je velmi náročným úkolem a metodologicky jde většinou o složité smíšené výzkumné plány. Česká republika zachytila trend vzestupu zájmu o toto téma a v průběhu posledních let zde byly realizovány různé zajímavé studie. V této kapitole⁶⁰ přinášíme základní přehled těchto provedených tuzemských studií, pokud jejich výsledky byly řádně časopisecky publikovány a jsou veřejně dostupné. Autoři proto provedli rešerši domácí literatury a hledali, které studie byly v této oblasti za posledních dvacet let v České republice publikovány a které splňují alespoň základní kritéria provádění evaluačních studií preventivních intervencí z hlediska evaluace dopadů/efektivity (viz kapitola 2). Identifikováno bylo celkem pět studií (jedná se o programy: Kouření a já, Komunitní program na Praze 6, Připraveni na život, Drogy – Důvod – Dopad, Unplugged). V textu představujeme současnou situaci v oblasti provádění evaluace efektivity preventivních intervencí v České republice z perspektivy konkrétních realizovaných studií. Tyto studie jednotně popisujeme, včetně metodiky, jakou byly provedeny příslušné evaluační studie a k jakým výsledkům dospěly. Soubor uvedených studií tvoří jakýsi pomyslný základ dobré praxe v této oblasti výzkumu a může být nejen inspirací pro další podobné studie, ale především pomoci více systematizovat budoucí aktivity na tomto poli a posloužit jako základní teoretická i praktická báze. Ve 12. a 13. kapitole (viz) se pak podrobněji zabýváme dvěma příklady na kterých jsou demonstrovány dva různé základní přístupy k testování efektivity, tj. prospektivní studie využívající kvaziexperimentální výzkumný plán (kapitola 12) a klasický experimentální výzkumný plán (kapitola 13).

60 Kapitola byla vytvořena redakční úpravou a zkrácením původně publikovaného článku z časopisu Adiktologie (Miovský et al., 2011).

11.1 Evaluace programu Kouření a já

Projekt Kouření a já představuje program výchovy k nekuřáctví pro žáky 2. stupně základních škol. Žákům 6.–9. tříd základních, zvláštních škol i víceletých gymnázií je mimo rozšiřování znalostí o vlivu aktivního i pasivního kouření na zdraví poskytován prostor pro formování postojů a osvojení si dovedností odmítat jakoukoliv drogu (Hrubá, Kachlík, 2000). Intervence učí žáky rozpoznat rizikové situace, triky reklamy a zejména rozvíjí schopnost cílevědomě se rozhodovat o svém životním stylu. Metodika programu je založena na tzv. peer (vrstevnickém) přístupu, kde úloha učitele spočívá především ve facilitování aktivit menších skupinek žáků, sumarizace výstupů jejich práce, doplňování informací, usměrňování názorů a situací. K metodice byl vytvořen podrobný manuál určený pro pedagogické pracovníky/realizátory programu a při programu se využívají různé vizuální pomůcky a modely. Celý program zahrnuje celkem šest tematicky navazujících lekcí (45 minut) realizovaných v intervalu dva týdny až měsíc (Hrubá, Kachlík, 2000).⁶¹ Program byl podpořen grantem MZ ČR, uznaný MŠMT a garantovaný Společností hygieny a komunitní medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

Evaluační studie

Typ(y) evaluace a zvolený design studie: Jedná se o evaluaci výsledku formou kvaziexperimentální studie a formativní evaluaci procesu (pilotní fáze projektu) (Hrubá, 1997).

Popis studie: Evaluace výsledku: Celkem bylo zapojeno patnáct okresů v ČR, respektive 355 základních škol (Hrubá, Kachlík, 2000).⁶² Formativní evaluace procesu běžela v prvních dvou letech ověřování metodiky, kdy si studenti-lektoři na pravidelných poradách vyměňovali zkušenosti z realizace programu ve třídách, čímž pomáhali tvořit konečnou verzi programu (Hrubá, 1997).

Soubor a užitá výběrová metoda: Výběrový soubor čítal celkem 6 051 žáků⁶³ (2 888 dětí v experimentální, 3 169 dětí v kontrolní skupině). Školy byly vybrány a osloveny prostřednictvím regionálních hygienických stanic v okresech s již existující spoluprací a v případě souhlasu byly do studie zařazeny.

Nástroje pro sběr dat: K šetření byl využit anonymní dotazník, který obsahoval dotazy na kuřácké chování, konzumaci alkoholických nápo-

61 Viz také http://www.khspce.cz/index.php?nad=n3&cla=ipp_koureni1

62 Přesně: Blansko, Jihlava, Karviná, Klatovy, Kolín, Mladá Boleslav, Most, Nový Jičín, Olomouc, Ostrava, Šumperk, Tábor, Zlín, Kutná Hora, Český Těšín.

63 Jednalo se o čtvrté testování žáků, v 8. ročníku, tj. ve třetím roce realizovaného programu.

jů, opilost a dalších drog během letních prázdnin (které bylo hlavním kritériem hodnocení účinnosti programu). Dotazník byl doplněn o otázky vztahující se k sexuálnímu chování dětí (vynucený sexuální styk, nabídka úplaty za styk, za účast na pornografii, styk s dospělou osobou) a ke zkušenostem s hracími automaty a šikanováním. Namátkově byly odebírány sliny na fiktivní vyšetření reziduí nikotinu/kotininu.

Kontrola dalších preventivních intervencí, které mohou ovlivnit výsledek: N. A.

Výsledky: Z průběžných výsledků evaluace programu vyplývá, že úspěšně ovlivňuje nárůst prevalence kuřáctví mezi žáky. Prevalence nekuřáků, občasných kuřáků a pravidelných kuřáků u experimentální skupiny se statisticky významně liší od skupiny kontrolní. O prázdninách mezi 8. a 9. ročníkem nekouřilo statisticky významně více dětí ve skupině, kde probíhal program oproti skupině kontrolní (58 % ku 53 % nekuřáků = $p < 0,05$). Opakované pokusy s kouřením a pravidelné kuřáctví bylo rovněž statisticky významně častější v kontrolní skupině (18,6 %) než v experimentální (14,3 %, = $p < 0,01$). Celková prevalence kouřících dětí ve školách s programem se zvýšila v kontrolní skupině o 15,7 %, kdežto v experimentální o 11,3 % ($p < 0,01$). V otázkách prevalence konzumace alkoholu, opilosti a užívání nelegálních drog stejně jako u zkušenosti s hracími automaty, šikanou a sexuálními aktivitami nebyly mezi oběma skupinami významné rozdíly. Nicméně z průběžných výsledků je možno sledovat významné asociace mezi kuřáckým chováním a konzumací alkoholu, dalších návykových látek a hrou s hracími automaty. U pravidelně kouřících dětí byly rovněž významně častější frekvence rizikového chování než u těch, které s kouřením jen experimentovaly (Hrubá, Kachlík, 2000).

Zhodnocení publikovaných sdělení s výsledky projektu: Omezením studie je výběrová procedura, která vnáší určité zkreslení tím, že školy byly do zapojování na základě předvýběru ze strany regionálních hygienických stanic, nikoli procesem klasického znáhodnění dle zvoleného algoritmu. Rovněž nebyly sledovány další možné preventivní intervence realizované na školách (tedy nebyly sledovány další intervence prováděné na školách v experimentální skupině, paralelně s testovanou intervencí, ani aplikované intervence na školách ve skupině kontrolní, kde testovaná intervence aplikována nebyla). To mohlo výsledky do určité míry zkreslit, přestože celková velikost souboru tento možný zdroj chyby do určité míry koriguje.

11.2 Evaluace komunitního preventivního programu na Praze 6

Testovaná intervence byla vytvořena a je realizována Centrem primární prevence o. s. Prev-Centrum se sídlem v Praze (NGO), které zajišťuje komplexní program primární prevence drogových závislostí a dalších forem rizikového chování. Intervence je zaměřena na přímou práci s dětmi a mládeží, jejich rodiči, pedagogy a na vzdělávací aktivity. Jednotlivé komponenty intervence na sebe navazují s ohledem na specifickou cílových skupin. V roce 2002 došlo k rozdělení intervence do čtyř úrovní dle cílových skupin: všeobecnou primární prevenci, selektivní primární prevenci, indikovanou primární prevenci a vzdělávací aktivity (Stel, Voordewind, 1998). Program je složen z edukační komponenty, vrstevnického (peer) programu, tréninku sociálních dovedností (life skills) a programu pro rodiče. Tyto komponenty jsou propojeny do jednoho celku realizovaného v širším rámci na bázi komunitního programu prakticky na celém území městské části Praha 6, včetně dlouhodobé práce s pedagogy na zapojených školách, úpravách podmínek na těchto školách a zapojováním rodičů a širší komunity (Miovský et al., 2007).

Evaluční studie

Typ(y) evaluace a zvolený design studie: Projektový záměr evaluace výsledku/dopadu intervence (v kombinaci s formativní evaluací procesu) vznik na konci 90. let a byl realizován jako kvaziexperimentální výzkumná studie s kontrolní skupinou.

Popis studie: Testovaná byla kombinace školního preventivního programu a komunitně orientovaného programu, kterou vytvořilo NGO Prevcentrum a realizovalo jej na území městské části Praha 6 (program byl mj. vložen jako vzorový program do systému EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) provozovaného The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)). Studie měla dvě ramena. První z nich testovalo účinnost intervence prostřednictvím porovnání experimentální a kontrolní skupiny (test-retest). První retest byl proveden s odstupem dvou (v polovině realizované intervence) a druhý s odstupem čtyř let od prestestu (12 měsíců po skončení intervence). Projekt byl podpořen jak grantovou agenturou GAČR, tak různými dalšími subjekty státní správy a samosprávných institucí.

Soubor a užitá výběrová metoda: Výzkumný soubor tvořilo 619 dětí v experimentální a 559 dětí v kontrolní skupině. Randomizace nebyla použita u experimentální skupiny, neboť do studie bylo zapojeno 100% škol, které danou intervenci implementovaly. Částečná randomizace proběh-

la na úrovni kontrolní skupiny, do které byly zařazeny školy, které daný program neimplementovaly a které se v Praze nacházely ve srovnatelných městských částech. Jednalo se o prostý náhodný výběr v kombinaci s účelovým výběrem (první kolo účelový výběr dle lokality, druhé kolo prosté znáhodnění).

Nástroje pro sběr dat: Prostřednictvím dotazníku měřícího postoje, znalosti a behaviorální indikátory (viz také Miovský et al., 2006) bylo prostřednictvím pretestu a následného retestu s odstupem 12 měsíců po ukončení intervence provedeno hodnocení. Konkrétně byl použit modifikovaný dotazník ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) a znalostní dotazník vlastní konstrukce.

Kontrola dalších preventivních intervencí, které mohou ovlivnit výsledek: Byly sledovány pouze základní parametry prostřednictvím anketního dotazníku vyplňovaného školními metodiky prevence (experimentální i kontrolní skupina).

Výsledky: Projekt (Miovský et al., 2007) prokázal relativně nízký efekt na úrovni všobecné populace. I přes kontrolu dalších souvisejících faktorů (např. díky kombinaci s kvalitativními metodami s cílem zkoumat širší kontext intervenujících proměnných jako jsou vrstevnické vztahy nebo atmosféra ve třídě / škole či vnímání postojů rodičů atd.) se nepodařilo více objasnit příčiny zjištěného slabého výsledku z hlediska roviny všeobecné prevence. Naopak naprosto zásadním zjištěním byl fakt, že daný program vykazuje velmi dobré výsledky a vysokou efektivitu v rovině selektivní prevence, tedy že má výrazný vliv na některé rizikové skupiny dětí (neúplné rodiny, konflikty a špatná komunikace v rodině atd.) v indikátorech: prevalence užívání destilátu v posledním měsíci, pití více než tří sklenic destilátu při poslední příležitosti, nákup destilátu v posledním měsíci a prevalence užívání marihuany v posledním roce (na 95% hladině významnosti). Ukázalo se tedy, že první provedená evaluace tohoto programu naznačuje, že jej lze obecně považovat za efektivní selektivní prevenci a že je třeba posílit jeho jednotlivé komponenty tak, aby byl zvýšen efekt na úrovni prevence všeobecné (např. kombinací s ověřenou efektivní intervencí na této úrovni).

Zhodnocení publikovaných sdělení s výsledky projektu: Projekt neměl příliš mnoho časopiseckých výstupů, ale posloužil jednak k ověření samotné metodiky a jednak k přípravě přehledových textů publikovaných později knižně (např. Miovský et al., 2010). Nejzásadnějším publikačním výstupem je článek popisující hlavní výsledky dle rizikových skupin (Miovský et al., 2007). Limitem studie je jednak slabý teoretický rozbor a nedostatečný popis intervence (která představuje složitou kombinaci různých metod) a neexistence časopiseckého výstupu s tímto popisem. Druhým

nedostatkem pak je problematická externí validita daná malým počtem škol, které intervenci implementovaly a nemožnost provést rozsáhlejší porovnání implementační praxe (např. srovnáním škol z větších a menších měst či různě zaměřených škol s různými parametry pokud jde o děti a prostředí).

11.3 Evaluace programu Přípravení na život

Zajímavým projektem realizovaným v České republice byla adaptace školního preventivního programu Přípravení pro život, vycházejícího z původního amerického programu Lions-Quest Program Skills for Adolescence. Ten vychází z Weisbergovy teorie socio-emocionálního vývoje (Asher et al., 1984) a byl v minulosti již podroben testování efektivity (viz např. Eisen et al., 2003). V letech 2003–2004 proběhla první studie s českou verzí pod názvem Přípravení pro život (Jacobsonová et al., 2004). Ta vyšla z adaptace 4. verze amerického originálu Lions Quest Program – Skills for Adolescence (NIDA, 2003). Adaptovaná verze programu má čtyři komponenty: trénink sociálních dovedností složený ze 102 lekcí, dále učení službou (podporující spolupráci, starostlivost a zájem o ostatní), komunitní část (zapojení rodinných příslušníků a místní komunity do vzdělávacího procesu) a konečně rozvoj pozitivního školního klimatu. Do těchto částí jsou vloženy lekce zaměřené na specifickou protidrogovou prevenci (tedy podobný princip jako např. u adaptace programu Unplugged, viz kapitola 6).

Evaluční studie

Typ(y) evaluace a zvolený design studie: Provedená kvaziexperimentální pilotní studie (Jacobsonová et al., 2004) byla postavena na principu pretest-posttest, bez využití kontrolní skupiny a jednalo se o kombinaci evaluace výsledku/dopadu a formativní evaluace procesu.

Popis studie: Hlavními cíly studie bylo jednak ověřit výsledek samotné adaptace (evaluace procesu) školního preventivního programu Přípravení pro život a jednak provést vyhodnocení dopadu tohoto programu na děti (evaluace dopadu).

Soubor a užitá výběrová metoda: Studie byla provedena na souboru 337 žáků (53,4% chlapců, 46,6% dívek) šestých tříd ZŠ na celkem sedmi školách. Studie se účastnily pouze školy, které implementovaly program (design nezahrnuje kontrolní skupiny a porovnává tedy pouze školy zapojené do programu a sleduje u dětí stav před a po aplikaci intervence). Základní proškolení všech osob a vedení implementační studie bylo provedeno týmem Pedagogické fakulty UK v Praze.

Nástroje pro sběr dat: Dotazník byl administrován před intervencí (říjen a listopad 2003) a po jeho ukončení (konec května a první polovina června 2004). Vyplnění proběhlo v rámci vyučovací hodiny za využití externích spolupracovníků. Nástrojem byl anonymní dotazník obsahující 48 položek zahrnujících základní sociodemografické údaje o dětech, položky zaměřené na užívání alkoholu, tabáku, nelegálních návykových látek a interakci se sociálním prostředím. Děti měly k dispozici u dílčích položek pětibodovou škálu, případně část položek byla dichotomická. Dotazník byl vyvinutý v rámci studie zaměřené na evaluaci testovaného programu, realizované Urban Institute (Washington DC, USA).

Kontrola dalších preventivních intervencí, které mohou ovlivnit výsledek: N. A.

Výsledek: Efekt intervence byl hodnocen z hlediska vlivu na rizikové chování, názoru na zdravotní rizika a vlivu na oblíbenost vrstevníky (Jacobsonová et al., 2004). Obecně autoři efekt programu hodnotí na základě dosažených výsledků pozitivně, přestože statisticky významné rozdíly byly nalezeny pouze v souvislosti se zabráněním užívání marihuany za posledních 30 dnů a zvýšení vnímání zdravotních rizik spojených s kouřením. Prevalence za posledních 30 dnů před zahájením intervence dosahovala hodnot: užívání alkoholu 31 %, tabák 9 %, konopí < 1 % ($p \leq 0,05$). Po aplikaci intervence dosáhla třicetidenní prevalence hodnot: užívání alkoholu 34 %, tabáku 9 %, konopí < 1 % ($p \leq 0,05$). Porovnáním před a po aplikaci intervence provedli autoři neparametrickým testem marginální homogeneity. Hodnoty testovaných indikátorů jsou před implementací programu ve všech případech vyšší. Pouze však ve čtyřech případech jsou odlišnosti statisticky významné. Nejlepšího výsledku bylo dosaženo u indikátorů užívání konopí a názorech na zdravotní důsledky kouření.

Zhodnocení publikovaných sdělení s výsledky projektu: Publikovaná studie (Jacobsonová et al., 2004) je v kategorii pilotních projektů. Její těžiště bylo více v oblasti formativní evaluace (za účelem dokončení implementačního procesu programu) nežli v oblasti hodnocení efektu u dětí. Faktorem, který snižuje výzkumnou hodnotu výsledku, je nezařazení kontrolní skupiny a nemožnost klasické randomizace. Tedy školy byly zařazeny pouze v regionu působnosti realizátorů na základě svého zájmu a současně k výběrovému souboru nebyla sestavena a porovnávána kontrolní skupina. Publikovaná práce současně neinformuje o kontrole dalších realizovaných programů na školách, zařazených do studie a není možné tak zjistit, které školy měly v době studie implementovány jiné programy, případně jaké a v jakém rozsahu. Bezpochyby pozitivním aspektem studie je komplexní informace o samotné testované intervenci s podrobným popisem historie a vývoje této metody a jejích teoretických východisek.

11.4 Evaluace programu Drogy – Důvod – Dopad

Intervence byla vytvořena v rámci pilotního preventivního projektu školské všeobecné drogové prevence s názvem DDD: Drogy – Důvod – Dopad (Kachlík, Matějová, 2004 a 2006). Realizátorem byly v letech 1999–2002 Katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty a Ústav preventivního lékařství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Autory textů byli v letech Petr Kachlík, Halina Matějová a Petra Hanelová. Cílovou skupinou intervence jsou žáci základních škol 7., 8. a 9. tříd ZŠ. Intervenci prováděli učitelé, vyškolení lektori a posluchači pedagogické fakulty. Intervence byla složena z celkem 20 lekcí, které byly doručeny v období tří let. Metodika byla složena z 20 pracovních listů pro žáky a 20 metodických listů pro pedagogy a lektory, dále další podpůrné materiály v podobě plakátů, záložek do knih atd. Intervence byla zaměřena na následující témata: Postoje a hodnoty, Pocity povznesené nálady vyvolané jinými způsoby než pomocí návykových látek, Zdravý životní styl, Styk s prostředím, Od experimentování k závislosti, Reklama, Umění odmítnout, Návykové látky, Kouření, Alkohol, Drogy – pojem, historie, tradice, medicína, Trávení volného času a komunikace v rodině, Kolik stojí závislost, Drogy v silničním provozu, Jak mohu pomoci, Jak si zajistit úspěch bez drog, Moje cesta.

Evaluční studie

Typ(y) evaluace a zvolený design studie: Randomizovaná, kontrolovaná studie školské všeobecné preventivní intervence. Autoři provedli v rámci pilotní studie jak evaluaci výsledku, tak formativní evaluaci (Kachlík, Matějová, 2004 a 2006).

Popis studie: Evaluace výsledku: Studie byla provedena na celkem 10 základních školách v jihomoravském regionu, na pěti školách probíhala intervence, pět škol sloužilo jako kontrola. V rámci formativní evaluace byly vyhodnocovány také poznatky a zkušenosti pedagogů a lektorů intervence.

Soubor a užitá výběrová metoda: Randomizace proběhla na úrovni školy. Pět škol v kontrolní a pět škol v experimentální skupině. Velikost výběrového souboru byla pro 1. rok N=317, 52,37 % chlapců; 2. rok N=352, 50 % chlapců; 3. rok N=267, 47 % chlapců.

Nástroje pro sběr dat: Nástrojem pro sběr dat byl šestnáctipoložkový anonymní dotazník, jehož cílem bylo zhodnotit oblasti znalostí, postojů a vlastních zkušeností s návykovými látkami. Dotazník byl pravděpodobně vlastní konstrukce. Existovaly dvě verze dotazníků, pro letní a pro zimní období. Dotazníky byly administrovány před zahájením intervence a po jejím ukončení.

Kontrola dalších preventivních intervencí, které mohou ovlivnit výsledek: N. A.

Výsledky: Evaluace dopadu (Kachlík, Matějová, 2006) hodnotila konzumaci návykových látek (kouření cigaret, konzumace piva, vína a destilátů, výskyt opilosti, experimenty s nelegálními návykovými látkami) za období posledních šesti měsíců. Autoři zaznamenali po přibližně šesti měsících od baseline testing statisticky významnou vyšší míru konzumace vína a likérů – nikoli piva a destilátů – v kontrolní skupině ($p < 0.01$). Efektivita preventivní intervence nebyla dle autorů výrazná. Podařilo se v prvním roce dosáhnout statisticky významného snížení počtu pravidelných kuřáků ve prospěch intervence ($p < 0.01$). S postupujícím časem studie byl zaznamenán nárůst pravidelných týdních kuřáků i v intervenční skupině. Výsledky formativní části evaluace autoři použili při úpravě intervence, časových rozvrhů a typů preventivních aktivit.

Zhodnocení publikovaných sdělení s výsledky projektu: Evaluační studie tak, jak byla publikována (Kachlík, Matějová, 2006), je zatížena několika metodologickými nedostatky, případně není na tyto nedostatky reagováno adekvátně v publikovaném článku. Jde zejména o zavedení zcela nové proměnné (výskyt opilosti v posledních šesti měsících) v průběhu studie, chybí informace o tom, zda a jak byl soubor randomizován na experimentální a kontrolní skupinu; školy měly v průběhu studie údaje o míře užívání návykových látek v dané škole k dispozici od výzkumníků, což mohlo následně negativním způsobem kvalitu dat pocházejících z následujících šetření (můžeme si také položit otázku o etických aspektech takového kroku); nebyly sledovány další preventivní intervence, které mohly zkreslovat výsledek sledované intervence.

11.5 Evaluace preventivního programu Unplugged

Preventivní intervence Unplugged vychází z modelu komplexního vlivu sociálního prostředí (Comprehensive Social Influence, CSI) (Sussman et al., 2004). Jedná se o všeobecně preventivní kurikulum realizované pedagogickými pracovníky přímo v prostředí školy. Intervence je určena žákům šestých tříd (zpravidla ve věkovém rozmezí 11–13 let), kteří ji absolvují v rámci 12 hodin/lekci realizovaných v průběhu školního roku (van der Kreeft et al., 2009). Vyškolení pedagogičtí pracovníci mají k dispozici metodický materiál a speciální karty Unplugged, z nichž mohou čerpat všechny informace, které potřebují k úspěšnému provedení intervence (slouží jako pomůcka pro realizaci jednotlivých lekcí). Každý žák obdrží příslušný pracovní sešit. Od roku 2007 je využívána druhá revidovaná verze intervence, která je k dispozici ve více než sedmi jazykových mutacích, včetně

anglické a české. Podrobnější informace viz van der Kreeft et al. (2009), (2012a, 2012b), Jurystová et al. (2009), Adámková et al. (2009), Miovský, M., Voňková, H., Gabrhelík, R., Štátná, L. (2015).

Evaluační studie

Typ(y) evaluace a zvolený design studie: Autoři provedli v rámci pilotní studie formativní, experimentální evaluaci výsledku (Gabrhelík et al., 2012) i evaluaci procesu (Jurystová et al., 2009; Adámková et al., 2009). Byla realizována prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie zaměřená na hodnocení efektivity evropské školní všeobecně preventivní intervence ve vztahu k rizikům konzumace alkoholu, kouření, užívání těkavých látek a nelegálních drog u žáků základních škol v České republice.

Popis studie: Cílem bylo vyhodnotit dopad intervence Unplugged v České republice. Před vlastní intervencí proběhl pretest (baseline). Následovala série pěti retestů (follow-up) realizovaných postupně v průběhu 34 měsíců (Gabrhelík et al., 2012). Pedagogové přiřazení k intervenční větvi absolvovali proškolení týkající se správné implementace programu (Adámková et al., 2009).

Soubor a užitá výběrová metoda: Stratifikovaný náhodný výběr, přičemž strata byla odvozena od počtu obyvatel v okolí dané školy. Školy byly současně použity jako jednotky randomizace. Pretestu se zúčastnilo 1 874 žáků šestých tříd (11–13 let) ze 75 škol. Závěrečné testování absolvovalo celkem 1 753 žáků. Aby bylo možné sledovat vývoj u jednotlivých žáků napříč všemi vlnami studie, byly použity unikátní anonymní kódy. Rozdíly mezi experimentální (N=914) a kontrolní (N=839) skupinou byly vypočítány pro každý výstup zvlášť.

Nástroje pro sběr dat: Data byla sbírána prostřednictvím sebehodnotícího dotazníku. Pro tento účel byla použita česká verze dotazníku ESPAD 2003 (Csémy et al., 2006; Hibell et al. 2004). Dotazníky byly vyplňovány pod dohledem vyškolených asistentů výzkumu po dobu přibližně 45 minut. Primárně byla shromažďována data o těchto sledovaných proměnných: kouření cigaret v posledních 30 dnech, každodenní kouření (6 a více cigaret denně v posledních 30 dnech), intenzivní kouření (20 a více cigaret denně v posledních 30 dnech), opilost celkově (minimálně jeden stav opilosti v posledních 30 dnech), častá opilost (tři a více případů opilosti v posledních 30 dnech), užívání konopí celkově (alespoň jedno užití marihuany v posledních 30 dnech), časté užívání konopí (užití marihuany třikrát a více za posledních 30 dní) a celoživotní užívání nelegálních drog (užití marihuany, heroinu, amfetaminu, extáze, LSD nebo halucinogenů, GHB nebo léků na uklidnění získaných bez lékařského předpisu alespoň jednou v životě) (Gabrhelík et al., 2012).

Kontrola dalších preventivních intervencí, které mohou ovlivnit výsledek: V rámci intervenční větve byla monitorována správnost realizace intervence Unplugged dle předepsané metodiky, jakož i další preventivní aktivity zaměřené na užívání návykových látek, které byly realizovány nezávisle na prováděné evaluační studii. Ve všech třídách, které se studie zúčastnily, bylo uskutečněno všech 12 lekcí (100 %).

Výsledky evaluace: Na základě posledního retestu byl statisticky významný efekt intervence zjištěn u těchto proměnných (Gabrhelík et al., 2012): kouření celkově (OR=0,73, 95% CI 0,58–0,92), kouření denně (OR=0,62, 95% CI 0,41–0,93), častá opilost (OR=0,57, 95% CI 0,38–0,87), užívání konopí celkově (OR=0,67, 95% CI 0,46–0,97), časté užívání konopí (OR=0,46, 95% CI 0,26–0,81) a užívání drog celkově (OR=0,62, 95% CI 0,49–0,78). Dle výsledků studie má intervence jen minimální dopad na intenzivní kouření (OR=0,43 95% CI 0,19–1,00 $p=0,0513$). Autoři studie rovněž uvádějí data týkající se epidemiologického indikátoru Number Needed to Treat (NNT), jenž udává počet osob, které by měly absolvovat intervenci v zájmu zabránění nějaké další nežádoucí události. Hodnota NNT se pohybovala od 14 u celoživotní prevalence užití jakékoli drogy po 42 u celoživotního a častého užívání konopí.

Zhodnocení publikovaných sdělení s výsledky projektu: Intervence Unplugged je efektivním nástrojem prevence užívání ATDD na školách a u žáků základních škol v ČR. Nejvýznamnějším limitem této studie je celkový drop-out (vypadnutí) škol, kterých z kontrolní skupiny vypadlo celkem pět (6,3%) ještě před provedením pretestu. Tyto školy nebyly již ve studii nahrazeny. Publikovaná studie i přes uvedené nedostatky významně přispívá k narůstající evidenci o efektivitě v rámci systematické evaluace školských preventivních intervencí. Jedná se o první studii svého druhu v ČR, kterou lze považovat za příklad dobré výzkumné praxe a která je zároveň zlatým standardem evaluace preventivních programů. Českou verzi preventivní metody Unplugged lze považovat za základní stavební kámen na evidenci založené evaluace programů prevence užívání ATDD, které si kladou za cíl snížit vysokou incidenci a prevalenci užívání NL mezi českými adolescenty.

11.6 Význam provedených tuzemských studií

Vývoj posledních patnácti let v oblasti evaluace preventivních intervencí v České republice ukazuje (srovnej též s článkem Miovský, 2015), že zájem o tuto oblast je a že se objevují studie srovnatelné se zahraničím. Přestože je celkově těchto studií málo, jsou řádně publikovány v odborných časopisech a jednoznačně lze hovořit s postupně kultivací celé této oblasti. Jistě,

rychlost tohoto procesu není vysoká, ale má své první odezvy též v praktické rovině. Nejde přitom pouze o samotnou existenci certifikačního procesu a definovaných kritérií kvality školské prevence, ale také o postupně vzrůstající publikační kulturu celé oblasti (viz také II. část knihy věnovaná certifikacím a standardům kvality). Přetrvávajícím obecným problémem domácí scény nadále zůstává (kromě samotného malého počtu řádně testovaných programů s publikovanými výsledky – viz též Miovský et al., 2015c) především nedostatek vyzkoušených konkrétních nástrojů a schopnost pracovníků v prevenci tyto nástroje používat. Na místě je také vhodné zmínit, že dosavadní přístup v mnoha zemích, který zcela ignoruje jakoukoli vážněji míněnou evaluaci efektivity a prosazovány bývají často neúčinné či dokonce kontraproduktivní intervence, vyvolal (nikoli poprvé) vlnu skeptických postojů (viz např. Saxe et al., 2006; Tighe, Saxe, 2006). Dnes je mezi zeměmi patrný výrazný rozdíl v přístupu a pohledu na tuto otázku a bohužel ani platformy, jakými je např. Pompidou Group Rady Evropy, nedokáží tento problém dnes adekvátně řešit. Mezi zeměmi tak vznikají často až propastné rozdíly, kdy např. i na posledním zasedání zástupců této platformy byly jako seriózně míněné prezentovány programy, u kterých výzkum přesvědčivě doložil nízkou či prakticky nulovou efektivitu a které jsou navzdory tomu faktu některými zeměmi vášnivě obhajovány a nadále do nich plynou značné prostředky. Jednou z výzkumných a intervenčních skupin, která v posledních letech vznikla, je tým okolo projektu EUDAP (The European Drug Addiction Prevention, www.eudap.net) s důrazem na aplikaci tzv. **evidence based přístupu** v primární prevenci. Diskuse v roce 2009 pak postupně mezi částí profesionálů na tomto poli vyústila v potřebu založit odbornou společnost s nadnárodním působením a propojit jednotlivce i týmy. Vznikla tím Evropská společnost pro výzkum v prevenci.⁶⁴ Čas ukáže, zda podobné aktivity povedou skutečně ke stále silnějšímu prosazování evidence based a racionální aplikace jeho výsledků nebo bude nadále převažovat iracionální a ideologické hledisko, se kterým se ruku v ruce spojuje lobbying a cílená manipulace některých zájmových skupin v této oblasti.

64 European Society for Prevention Research (<http://euspr.org>), podrobněji viz také Miovský et al., 2015a.

12 Kvaziexperimentální studie měření efektivity: příklad z praxe

Jedním z velmi zajímavých projektů realizovaných v České republice, který byl zařazen do přehledu v kapitole 11.2. je evaluace komunitního typu prevence. Vybrali jsme proto tento projekt⁶⁵ jako první velkou ukázkou praktické evaluace pro tuto knihu. Důvodem je jednak originalita projektu, protože se nejednalo o adaptaci zahraničního programu, ale o původní program vyvíjený na Praze 6 organizacemi pod vedením Prev-centra Praha, a jednak byl právě pro komplexnost celého programu zvolen smíšený typ studie kombinující kvaziexperimentální výzkumný plán s kvalitativními metodami.

Projekt Evaluace primárně preventivního programu na území Prahy 6 si kladl za hlavní cíl porovnat rozdíl mezi výsledkem intervence spočívající v realizaci preventivního programu na komunitní a školní bázi a intervence založené na aplikaci pouze tzv. minimálního preventivního programu. Byl konstruován jako kvaziexperimentální pětiletá studie bez randomizace ve výběru účastníků (Bryman, 2001; Miovský et al., 2004a). Prostřednictvím testu (u žáků 5. tříd ZŠ) a prvního (u žáků 7. tříd ZŠ) a druhého retestu (u žáků 9. tříd ZŠ) je srovnáván vliv preventivní intervence na experimentální skupinu. Toto hodnocení výsledků (výstupů) projektu (Kuipers, 1998; WHO, 2000) je provedeno prostřednictvím srovnání vývoje rizikových indikátorů (užívání návykových látek, postoje k návykovým látkám a jejich uživatelům, znalosti) na výběrovém souboru žáků základních škol Prahy 6, kde kontrolní skupinu tvoří školy nezapojené do komunitního projektu o.s. Prev-Centrum (NNO) a realizující pouze tzv. minimální preventivní program (MŠMT, 2000). Obrázek 4 znázorňuje strukturu celého projektu, který je složen celkem ze tří substudií. Jádrem projektu, jak již bylo zmíněno, je založeno na kvaziexperimentálním výzkumném plánu a tato substudie byla zahájena v r. 2003 testem s dětmi v 5. třídě ZŠ s následným retestem v 7. (2005) a 9. třídě (2007). Zbývající dvě substudie aplikují kvalitativní metody (na obrázku 4 pravá strana schématického nákresu

⁶⁵ Kapitola 9 vznikla redakční úpravou a zkrácením původně publikovaného článku v časopise Čs. psychologie (Miovský et al., 2007a).

struktury). První z nich je zaměřená na postoje a názory dětí a je prováděna metodou ohniskových skupin (Morgan, 1997) v 6. a 8. třídě paralelně s kvaziexperimentem. Druhá substudie je zaměřená na školní metodiky prevence, kteří jsou na každé škole odpovědní za realizaci preventivního programu (MŠMT, 2000) a se kterými bylo provedeno polostrukturované interview (Kvale, 1996) s cílem provést detailní deskripci všech dalších preventivních aktivit na dané škole a popsat individuální strategii každé školy zapojené do projektu (substudie je na obrázku 4 je zcela vpravo).

Realizátorem testovaného programu je Centrum primární prevence o.s. Prev-Centrum (NNO), které zajišťuje komplexní program primární prevence drogových závislostí a dalších forem rizikového chování. Intervence je zaměřena na přímou práci s dětmi a mládeží, jejich rodiči, pedagogy a na vzdělávací aktivity. Činnost centra je cílena na předcházení problémům spojených s užíváním návykových látek u osob, které nejsou s drogou v kontaktu. Dále centrum realizuje aktivity, které se nepřímo nebo přímo soustřeďují na potencionální konzumenty. Jednotlivé subprogramy na sebe navazují s ohledem na specifčnost cílových skupin. V r. 2002 došlo k rozdělení na čtyři typy služeb: všeobecnou primární prevenci, selektivní primární prevenci, indikovanou primární prevenci a vzdělávací aktivity (Stel & Voordewind, 1998). Program je tedy složen z několika vrstev intervencí: edukační komponenta, peer program, trénink life skills a programy pro rodiče. Anglickému termínu primary drug prevention odpovídá český termín specifická primární prevence užívání návykových látek, který definujeme jako jakoukoli preventivní intervenci, která je úzce zaměřena na užívání a uživatele návykových látek a rizika s tím spojená (MŠMT, 2005).

Vzhledem k jedinečnosti vytvořeného a naší studií evaluovaného programu není možné použít klasický experimentální výzkumný design, neboť tento typ programu je v ČR v tomto rozsahu a pojetí prováděn jedinou organizací. Je tak prakticky vyloučena jakákoli randomizace při sestavování experimentální skupiny a autoři byli nuceni pro studii zvolit již zmíněný kvaziexperimentální design (Bryman, 2001). První testování souboru (test) bylo provedeno u experimentální i kontrolní skupiny současně ve věku 11 let (5. třída ZŠ) v r. 2003. Základním předpokladem vycházejícím z provedených studií na středoškolské populaci (Csémy et al., 2003; Miovský & Urbánek, 2001) bylo, že se všechny děti budou v tomto věku nacházet přibližně na stejné úrovni užívání návykových látek, tj. že mezi experimentální a kontrolní skupinou nebude v žádném z relevantních indikátorů statisticky významný rozdíl. Z výsledků tohoto prvního testování vyplývá, že experimentální a kontrolní soubor se výrazně neliší a předpoklad, že se v 5. třídě budou děti nacházet před nástupem výraznějších projevů rizikového chování ve vztahu k návykovým látkám na přibližně stejné úrovni se potvrdil. Přesto byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi oběma soubory

v případě celoživotní prevalence zkušenosti s tabákem, a to pouze u chlapců, ve zkušenosti s alkoholem v posledních 30 dnech a opilosti v posledních 12 měsících (Miovský et al., 2004a).

Druhé testování (první retest) bylo provedeno v r. 2005 u stejného souboru žáků, kteří byli v době testování ve věku 13 let (7. třídě ZŠ). Výsledky tohoto druhého testování budou srovnány s výsledky testu ve všech základních indikátorech. Cílem těchto analýz je srovnat experimentální a kontrolní soubor z hlediska míry užívání návykových látek, postojů a znalostí o návykových látkách a osobnostních charakteristik a zjistit případné rozdíly mezi oběma soubory a mezi prvním a druhým testováním.

12.1 Cíle studie a hypotézy

Hlavní cíle výzkumného projektu lze rozdělit do tří základních oblastí:

- a) Provést zhodnocení efektivity primárně preventivního komunitního programu prováděného na území Prahy 6 (prostřednictvím formativního hodnocení).
- b) Vyhodnotit efektivitu dopadu prováděné prevence z hlediska srovnání v oblastech znalostí, postojů a základních epidemiologických ukazatelů ve vztahu k užívání návykových látek.
- c) Provést vyhodnocení efektivity dvou srovnávaných typů programů v širším kontextu fungování a aplikace protidrogové politiky na území městské části (např. v oblasti síťování služeb, efektivní a hospodárné využívání služeb, kvalita a schopnost spolupráce atd.).

Hlavní hypotézy testované při prvním retestu, na které se zaměřuje i tento text:

- a) Experimentální a kontrolní skupina se nebude statisticky významně lišit v hlavních sledovaných psychosociálních znacích (úplnost rodiny, příjmy rodiny apod.).
- b) Experimentální a kontrolní skupina se bude statisticky významně lišit v hlavních sledovaných epidemiologických indikátorech týkajících se užívání návykových látek.
- c) Experimentální a kontrolní skupina se bude statisticky významně lišit v oblasti postojů k užívání návykových látek.

12.2 Metody sběru a analýzy dat

Pro testování byly vybrány metody, které jsou podle autorů schopné postihnout případné průkazné rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou a současně umožní srovnání s výsledky jiných studií. Obě tes-

tování byla anonymní a neumožňují tedy identifikaci jednotlivých žáků. Neumožňují tak spárování výsledků jednotlivců mezi testem a prvním retestem. Tento kompromis byl učiněn za účelem vyšší ochrany soukromí respondentů výzkumu a usnadnění získání souhlasu jejich zákonných zástupců.⁶⁶ Celý set nástrojů pro každé testování tvořil jeden testový sešit, který obsahoval:

- Dotazník pro měření epidemiologických indikátorů: pro hodnocení základních epidemiologických indikátorů byl použit dotazník ESPAD (Csémy et al., 2003), který byl mírně modifikován a přizpůsoben cílové populaci.
- Metody pro hodnocení postojů a znalostí o návykových látkách: prostřednictvím škál byly měřeny postoje a názory na drogy, jejich užívání, výrobu, distribuci, postoje k uživatelům drog, jejich trestání a léčení apod. Dále také hodnocení možnosti vlastní zkušenosti s návykovými látkami. Hodnoceny byly také znalosti o drogách a jejich uživatelích.
- Kvalitativní metody: mezi testem a prvním retestem byly provedeny ohniskové skupiny s žáky vybraných ZŠ a polostrukturované rozhovory se školními metodiky prevence působících na všech zapojených ZŠ.

Získaná data byla analyzována pomocí statistického programu STATA 9, využity byly základní deskriptivní statistiky a metoda chí kvadrátu (Pearson χ^2).

12.3 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen experimentální a kontrolní skupinou. Při sestavování experimentálního souboru bylo použito metody totálního výběru (Hendl, 2005), kdy se základní soubor shoduje se souborem výběrovým. Do experimentální skupiny tedy byli zařazeni všichni žáci, kteří jsou účastníky hodnoceného primárně preventivního programu zajišťovaného o.s. Prev-Centrum. Konstruování a výběr kontrolní skupiny tak byl výrazně limitován skutečností, že experimentální skupina je tvořena ze sociálního a environmentálního hlediska relativně homogenním souborem dětí, navštěvujících školy výhradně v městské části Praha 6. Proto, aby kontrolní soubor byl srovnatelný se souborem experimentálním, bylo nutné do kontrolního souboru zařadit všechny zbývající žáky stejného věku navštěvující školy na Praze 6. Jednalo se však celkem pouze o tři zbývající školy a kontrolní soubor tak musel být doplněn školami z těch městských částí, které přiléhají k Praze 6 a které nejvíce odpovídají podmínkám a prostředí Prahy 6. Celkem tak byly vytvořeny tři výběrové soubory:

66 Každý žák musel před zahájením studie přinést do školy písemný souhlas rodičů nebo jiného zákonného zástupce se zapojením do výzkumné studie.

- experimentální skupina (soubor A): tvoří žáci ZŠ zapojených do evaluovaného primárně preventivního programu na Praze 6,
- kontrolní skupina (soubor B): který tvoří žáci ZŠ nezapojených do evaluovaného primárně preventivního programu na Praze 6,
- kontrolní skupina (soubor C), který tvoří žáci ZŠ nezapojených do primárně preventivního programu a sídlících v hraničních oblastech Prahy 6.

V roce 2003 bylo v rámci studie otestováno celkem 1 178 žáků 5. tříd (52,9% chlapců a 45,3% dívek). V roce 2005 bylo testování opakováno na stejné populaci žáků, v té době v 7. třídě ZŠ. Dotázáno bylo celkem 1 142 žáků (53,1% chlapců a 45,8% dívek) (tabulka 9). Tabulka č. 10 pak ukazuje základní charakteristiky experimentálního a kontrolního souboru z hlediska testu v 5. třídě ZŠ a prvního retestu v 7. třídě ZŠ.

Soubor	Test v 5. třídě ZŠ					První retest v 7. třídě ZŠ				
	Žáci celkem	Chlapci		Dívky		Žáci celkem	Chlapci		Dívky	
		abs.	%	abs.	%		abs.	%	Abs.	%
A	619	326	52,7	276	44,6	612	324	53,8	278	46,2
B	116	70	60,3	46	39,7	107	67	63,2	39	36,8
C	443	227	51,2	212	47,9	423	215	51,1	206	48,9
B + C	559	297	53,1	258	46,2	530	282	53,5	245	46,5
Celkem	1 178*	623	52,9	534	45,3	1 142**	606	53,1	523	45,8

Tabulka 9 | Přehled počtu respondentů

* 21 respondentů neuvedlo svoje pohlaví

** 13 respondentů neuvedlo svoje pohlaví

	Test v 5. třídě ZŠ				První retest v 7. třídě ZŠ				
	Experimentální soubor A		Kontrolní soubor B + C		Experimentální soubor A		Kontrolní soubor B + C		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Velikost souboru	619		559		612		530		
Průměrný věk (range)	12 (9-15)		11,6 (10-13)		13,55 (13-15)		13,65 (13-15)		
Formální struktura rodiny	Úplná	464	75,0	407	72,8	440	71,9	356	67,2
	Restrukturalizovaná	38	6,1	47	8,4	56	9,2	70	13,2
	Matka sama	91	14,7	75	13,4	91	14,7	82	15,5
	Ostatní	26	4,2	30	5,4	25	4,1	22	4,1

Vzdělání rodičů	Oba základní	16	2,6	14	2,5	5	0,8	6	1,1
	Oba střední škola s maturitou	55	8,9	57	10,2	89	14,5	79	14,9
	Jeden ukončené vysokoškolské	248	40,1	181	32,4	273	44,6	188	35,5
	Ostatní	300	48,5	307	54,9	245	40,0	257	48,5
Materiální poměry rodiny	Bohatá	143	23,8	120	22,3	170	27,8	165	31,1
	Průměrná	416	69,1	383	71,1	375	61,3	303	57,2
	Chudá	43	7,1	36	6,7	39	6,4	51	9,6

Tabulka 10 | Srovnání experimentálního a kontrolního souboru v rámci prvního a druhého testování

Charakteristika materiálních poměrů (tabulka 10) vychází ze subjektivního dojmu žáků a není opřena o žádné vnější kritérium jako je např. reálný příjem rodiny atd. Žáci zde měli za úkol zaznamenat své vidění/hodnocení materiálních poměrů.

12.4 Výsledky

a) Srovnání experimentální a kontrolní skupiny v rámci testu

V r. 2003 proběhlo první testování, kterého se zúčastnili žáci 5. tříd ZŠ. Zjišťovali jsme, zda se experimentální a kontrolní soubor statisticky významně neliší ve významných indikátorech. Stanovili jsme celkem 12 těchto základních indikátorů a zjistili jsme, že soubory se liší v prevalenci užívání alkoholu v posledním měsíci, celoživotní prevalenci užívání tabáku a ve zkušenosti s opilostí v posledním roce (tabulka 11). Dále jsme identifikovali statisticky významné rozdíly v 10 dalších indikátorech (otázkách) (tabulka 12). Těchto 10 indikátorů lze seskupit celkem do tří oblastí. První oblast tvoří otázky dotazující se na prostředí užívání alkoholu. Děti z experimentálního souboru častěji uváděly, že pily alkohol doma na rozdíl od dětí z kontrolního souboru, které uvedly, že častěji pily alkohol doma u někoho jiného a v restauraci. Druhá oblast je tvořena otázkami zabývajícími se obtížností sehnat drogy. Experimentální a kontrolní soubor se lišily v názoru na dostupnost cigaret, piva a vína, přičemž sehnat tyto drogy je obtížnější pro experimentální soubor. Třetí oblast je zaměřená na vlastní pocity, negativní sebehodnocení, negativní postoj k životu, ke světu apod. Tyto negativní pocity či postoje byly charakterističtější pro kontrolní soubor.

	Soubor A			Soubor B + C		
	abs.	%	N	abs.	%	N
Alkohol (celoživotní)	407	67,2	606	359	65,9	545
Alkohol v posledních 30 dnech**	92	16,1	571	95	18,2	521
Opilost v posledních 12 měsících**	21	3,5	595	42	8,0	527
Opilost v posledních 30 dnech	3	0,5	594	14	2,7	525
Tabák (celoživotní)*	139	22,6	615	141	25,4	556
Tabák v posledních 30 dnech	17	2,8	617	25	4,5	557
Konopné látky (celoživotní)	10	1,6	615	19	3,4	556
Konopné látky v posledních 30 dnech	0	0,0	603	4	0,7	537
Extáze (celoživotní)	2	0,3	613	5	0,9	552
Těkavé látky (celoživotní)	17	2,8	615	14	2,5	556
Pervitin (celoživotní)	1	0,2	613	4	0,7	552
Heroin (celoživotní)	0	0,0	614	3	0,5	552

Tabulka 11 | Prevalence užívání drog u jedenáctiletých v r. 2003

* rozdíl jsou signifikantní na hladině 0,05

** rozdíl jsou signifikantní na hladině 0,01

	χ^2	N	p
Alkohol v posledních 30 dnech	18,79	1 092	0,005
Opilost v posledních 12 měsících	14,6	1 122	0,006
Tabák (celoživotní)	13,89	1 171	0,031
Naposledy jsem pil alkohol doma.	6,76	1 166	0,009
Naposledy jsem pil alkohol doma u někoho jiného.	8,80	1 166	0,003
Naposledy jsem pil alkohol v restauraci.	6,01	1 165	0,01
Jak obtížné je pro tebe sehnat cigarety?	10,97	1 143	0,05
Jak obtížné je pro tebe sehnat pivo?	16,36	1 139	0,006
Jak obtížné je pro tebe sehnat víno?	11,17	1 126	0,048
Někdy se cítím zbytečný.	8,76	1 104	0,033
Mám pocit, že jsem neúspěšný.	9,38	1 107	0,025
Jak často jsi během posledních 7 dnů ztratil chuť k jídlu?	11,14	1 147	0,011
Je těžké věřit čemukoli, protože se vše mění.	11,55	1 096	0,021

Tabulka 12 | Rozdíly mezi experimentálním a kontrolním souborem v rámci testu

Výsledek srovnání ukazuje, že experimentální a kontrolní skupina se od sebe statisticky významně liší ve třech důležitých prevalenčních indikátorech (podrobněji viz srovnání v tabulce 11: alkohol v posledních 30 dnech, opilost v posledních 12 měsících, tabák – celoživotní prevalence). S tímto

rozdílem je tedy třeba pracovat a zohlednit jej při interpretaci výsledku prvního a později v roce 2007 i druhého retestu, aby nedošlo k jeho zkreslení vlivem právě zjištěných rozdílů před provedením samotné evaluované preventivní intervence. Statisticky významné rozdíly zjištěné v dalších sledovaných oblastech (postoje, sebehodnocení atd.) nepředstavují pro samotné jádro evaluace (stojící právě na testování hypotéz v oblasti změny v užívání návykových látek) příliš důležité zjištění (viz tabulka 12). Samozřejmě, že v dalších analýzách budou uvedené hodnoty indikátorů a jejich vztahy zohledněny, nicméně v textu rigorózně sledujeme a hodnotíme především samotné chování vůči návykovým látkám (jako požadovaný a klíčový výsledek hodnocení daného programu) a nikoli různé (přestože psychologicky zajímavé a důležité) souvislosti s vlivem na postoje, sebehodnocení atd.

b) Srovnání experimentální a kontrolní skupiny v rámci prvního retestu

Stejně srovnání jako bylo provedeno u prvního testování jsme provedli také u retestu. Co se týká užívání drog (hodnoceny prevalenční indikátory), experimentální a kontrolní soubor se statisticky významně neliší ve 12 námi stanovených indikátorech (tabulka 13). Statisticky významný rozdíl byl zaznamenán u prevalence užívání destilátu v posledním měsíci a u celoživotní prevalence užívání anabolických steroidů nebo dopingu (tabulka 14). Celkem se tyto dva soubory statisticky významně liší v 21 indikátorech (otázkách), které lze seskupit do několika oblastí.

	Soubor A			Soubor B + C		
	abs.	%	Celkem	abs.	%	Celkem
Alkohol (celoživotní)	550	91,8	599	475	91,2	521
Alkohol v posledních 30 dnech	275	46,3	594	214	41,6	514
Opilost (celoživotní)	232	38,5	602	218	41,5	525
Opilost v posledních 30 dnech	59	9,9	593	53	10,2	520
Tabák (celoživotní)	366	60,3	607	333	63,2	527
Tabák v posledních 30 dnech	105	17,3	607	105	19,8	530
Konopné látky (celoživotní)	81	13,3	608	75	14,2	529
Konopné látky v posledních 30 dnech	17	2,8	605	27	5,2	521
Extáze (celoživotní)	3	0,5	609	3	1,3	527
Těkavé látky (celoživotní)	41	6,7	609	45	8,5	529
Pervitin (celoživotní)	3	0,5	609	4	0,8	527
Heroin (celoživotní)	2	0,7	609	2	0,4	527

Tabulka 13 | Prevalence užívání drog u dvanáctiletých v r. 2005

	χ^2	N	p
Destilát v posledních 30 dnech	12,78	1 118	0,047
Anabolické steroidy nebo doping (celoživotní prevalence)	11,69	1 132	0,039
Po požití alkoholu bych se cítil uvolněně.	11,25	1 086	0,024
Po požití alkoholu bych se dostal do potíží s policií.	14,2	1 078	0,007
Po požití alkoholu bych se cítil šťastný.	12,33	1 073	0,015
Po požití alkoholu bych byl přátelštější a otevřenější.	10,34	1 074	0,035
Marihuanu nebo hašiš lze sehnat na ulici, v parku apod.	5,85	1 114	0,016
Marihuanu nebo hašiš lze sehnat na diskotéce, v baru.	7,22	1 114	0,007
Jak velké je riziko, že si lidé uškodí, když kouří cigarety příležitostně?	12,7	1 115	0,013
Jak velké je riziko, že si lidé uškodí, když užijí marihuanu, hašiš jednou až dvakrát?	13,04	1 117	0,011
Jak velké je riziko, že si lidé uškodí, když kouří příležitostně marihuanu, hašiš?	12,16	1 087	0,016
Jak velké je riziko, že si lidé uškodí, když zkusí LSD jednou až dvakrát?	11,56	1 110	0,021
Jak obtížné je pro tebe sehnat LSD?	12,48	1 112	0,029
Jak obtížné je pro tebe sehnat těkavé látky?	11,7	1 107	0,039
Jak obtížné je pro tebe sehnat anabolické steroidy?	15,74	1 113	0,008
Měl jsi někdy problém: nehoda, zranění?	10,2	1 117	0,017
Měl jsi někdy problémy ve vztazích s přáteli?	9,99	1 107	0,019
Někdy se cítím zbytečný.	11,61	1 087	0,009
Přál bych si, abych si sám sebe mohl víc vážít.	9,61	1 083	0,022
Řídím se takovými pravidly, jakými sám chci.	9,69	1 112	0,046
Doopravdy nikdo neví, co ho v životě čeká.	9,62	1 112	0,047

Tabulka 14 | Rozdíly mezi experimentálním a kontrolním souborem v rámci retestu

c) Rizikové faktory spojené s užíváním alkoholu

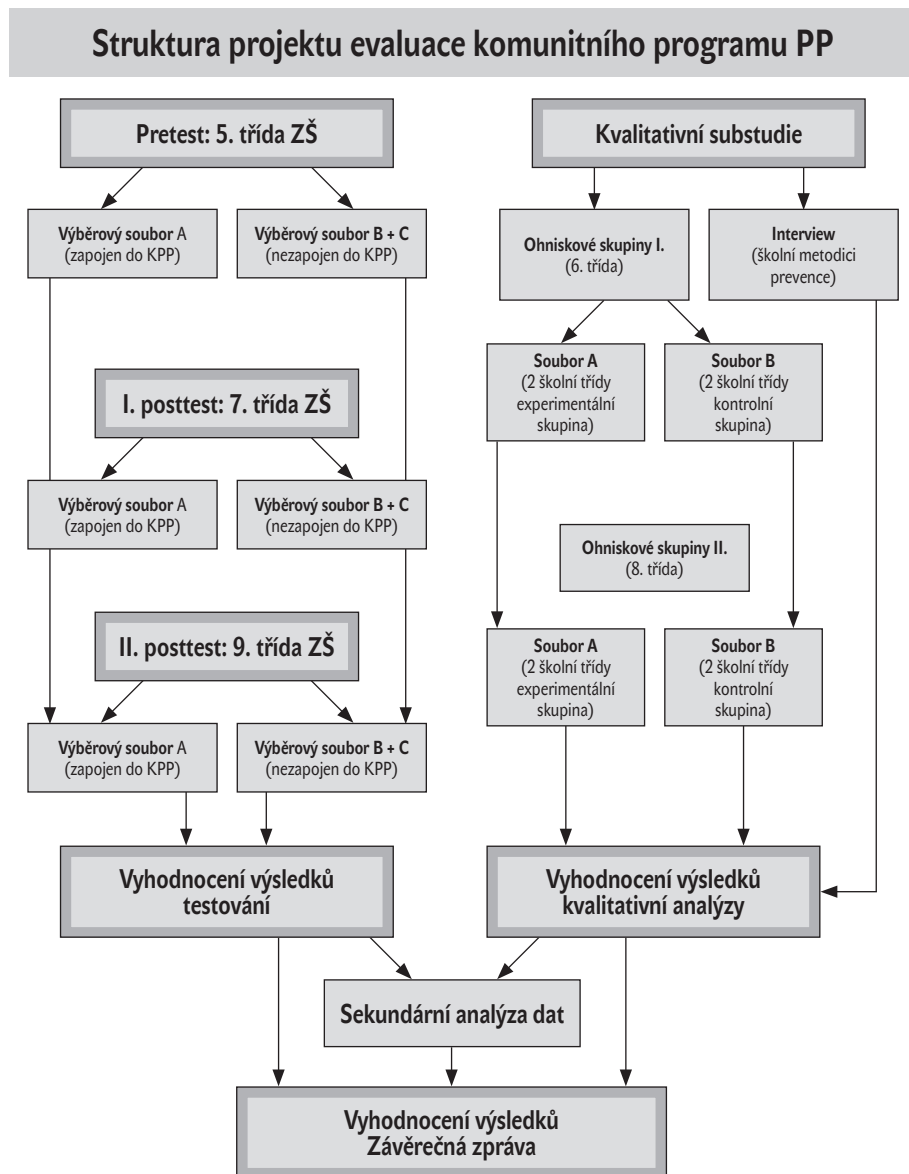
Prakticky nejvýznamnější oblastí, ve které se podařilo prokázat účinnost hodnoceného programu, je užívání alkoholu. Jedná se o poměrně velmi dobrý výsledek svědčící ve prospěch programu, neboť rozdíl byl prokázán jak na úrovni prevalenčních indikátorů, tak na úrovni postojové. Statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami byl v indikátoru „užití destilátů v posledních 30 dnech“ ve prospěch experimentálního souboru. V tomto směru je v oblasti primární prevence stále častěji možné zachytit reflexi faktu, že programy minimalizace rizik spojených s užíváním alkoholu musí tvořit součást standardních preventivních programů. Tento racionální přístup se pak promítá také do hodnocení v rámci realizovaných studií (např.

McBride et al., 2004). Zajímavé v tomto kontextu je, že kontrolní soubor současně vykazuje vyšší míru rizika ve čtyřech dalších indikátorech. Jedná se o indikátor sledovaný otázkou „po požití alkoholu bych se cítil uvolněně“, kde experimentální soubor skóroval ve 26,8%, oproti 32,9% v případě kontrolního souboru. Stejně tak dopadl indikátor „po požití alkoholu bych se dostal do potíží s policií“ (21,8% experimentální a 27,4% kontrolní soubor), indikátor „po požití alkoholu bych se cítil šťastný“ (23,8% experimentální a 25,4% kontrolní soubor) a konečně indikátor „po požití alkoholu bych byl přátelštější a otevřenější“ (34,6% experimentální a 41,0% kontrolní soubor). Statistické významnosti jsou uvedeny v tabulce 14.

d) Praktické informace a znalosti o návykových látkách a dopadu jejich užívání

Úroveň znalostí a informovanosti o rizicích spojených s užíváním návykových látek je dnes považována za standardní součást každého komplexně pojatého preventivního programu (MŠMT, 2005). Samotná míra znalostí samozřejmě nezaručuje odpovídající promítnutí do postojů a následného jednání, je však jeho prvním předpokladem. Při komponování jakéhokoli programu je proto zajištění kvalitních a cílové skupině adekvátních (svojí formou, rozsahem atd.) informací považováno za jeden ze základních požadavků (Stel & Voordewind, 1998). Experimentální soubor dosáhl statisticky významného rozdílu v pěti oblastech – informace o jednotlivých typech návykových látek: pervitin, crack, kokain, extáze, halucinogenní houby. Toto hodnocení však stojí na subjektivním dojmu vlastní znalosti, proto bylo mnohem zajímavější srovnání obou skupin prostřednictvím položek, které skutečně prověřují reálné znalosti. V tomto směru použitý dotazník nabízí sérii položek, ve kterých mají respondenti úkol zhodnotit, do jaké míry může užívání jednotlivých návykových látek mít vliv na zdraví. Tyto položky jsou relativně velmi citlivé na skutečné znalosti o jednotlivých látkách a umí odhalit jednak samotnou faktickou neznalost, ale do značné míry také „znalosti“ odvozené z masmediálních zpráv nebo postojů rodičů. Celkem ve čtyřech oblastech byly zjištěny statisticky významné rozdíly, všechny konzistentně ve prospěch experimentálního souboru. Všechny tyto zjištěné rozdíly svědčí o lepších znalostech o návykových látkách a co je pozitivní, také o schopnosti aplikovat tyto znalosti na více kontextuálně vázané příklady. Zdá se tak, že děti v experimentálním souboru dokáží lépe diferencovat mezi rizikem spojeným s různými látkami a jsou ve svých hodnoceních více realistické.

První oblastí je hodnocení (prostřednictvím čtyřbodové škály) rizika příležitostného kouření cigaret, kde děti z experimentálního souboru správně přiřadily spíše nižší míru rizika, zatímco kontrolní soubor častěji skóroval spíše vyšší míru rizika. Podobně dopadlo hodnocení rizika vyzkoušení si



Obrázek 4 | Struktura projektu Evaluace komunitního programu PP

konopných drog. Zde opět děti v experimentálním souboru správně volily zdrženlivé hodnocení a častěji uváděly, že se domnívají, že riziko je spíše menší. Naopak děti v kontrolní skupině se mnohem častěji domnívaly, že takováto jednorázová zkušenost je spojená s velkou mírou zdravotních (a dalších) rizik. Stejně tak dopadlo hodnocení příležitostného (nepravidelného) užívání konopí a hodnocení jednorázové zkušenosti s LSD.

e) Ostatní oblasti zjištěných rozdílů mezi oběma soubory

Obtížně interpretovatelný je výsledek v oblasti hodnocení dostupnosti jednotlivých návykových látek (tabulka 14). Soubor položek dotazníku sledující tuto oblast po vyhodnocení ukázal statisticky významný rozdíl celkem v pěti oblastech. Experimentální skupina častěji uvedla, že je snazší si opatřit konopí (1) na ulici, parku, dále (2) na diskotéce a v baru a že je (3) snadné získat těkavé látky. Naopak experimentální skupina častěji uvedla, že je pro ni obtížnější (4) si opatřit LSD a (5) anabolické steroidy. Na jednu stranu se zde nabízí jistá paralela s hodnocením znalostí, neboť uvedené rozdíly svědčí spíše o realističtějším zhodnocení možností a tedy dobré úvaze. Ačkoli je takováto interpretace do jisté míry spekulativní, podporuje ji fakt, že uvedené položky nehodnotí reálnou zkušenost a schopnost opatřit si uvedené látky,⁶⁷ ale pouze vlastní dojem či představu o této schopnosti. Často je tedy odpověď do značné míry odrazem postojů, dojmů z vnímané mediální diskuse nebo z diskusí s rodiči a odrazem jejich zkušeností a postojů k těmto látkám a jejich uživatelům.

Mnohem zásadnějším výsledkem je nález statisticky významných rozdílů mezi experimentálním a kontrolním souborem v oblasti souvisejících psychosociálních faktorů (tabulka 14). Jedná se o soubor indikátorů, které lze jako celek jednoznačně interpretovat jako rizikové a naprostá většina z nich (pět ze šesti) jsou v neprospěch kontrolní skupiny. Čtveřici rizikových indikátorů v neprospěch kontrolní skupiny tvoří odpovědi na položky, zda ve vztahu s návykovými látkami měl respondent nějaký vážnější problém (nehoda, zranění) nebo problémy ve vztazích s přáteli. Dále pak děti v kontrolním souboru častěji skórovaly v otázkách, zda se někdy cítí být zbytečné, zda by si přály, aby si samy sebe mohly více vážít a zda souhlasí s výrokem, že se řídí takovými pravidly, jakými chtějí ony samy. Jediný indikátor v této skupině, který vyšel v neprospěch experimentální skupiny, se týkal hodnocení budoucnosti, kdy děti z této skupiny častěji než kontrolní soubor souzněly s formulací, že „doopravdy nikdo neví, co ho v životě čeká“.

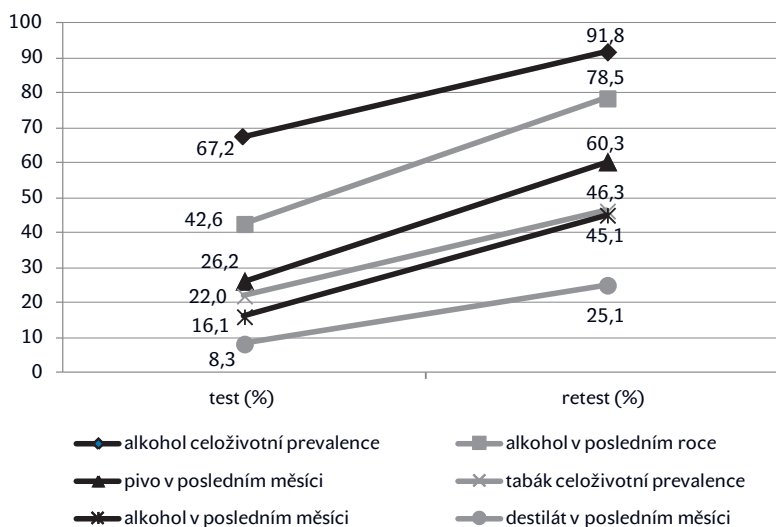
67 Většina dětí v obou souborech s nimi (ani s jejich získáním a držením) nemá žádnou reálnou zkušenost a odpovídá tedy na dotaz ryze hypoteticky (viz tabulky 11, 12 a 13).

f) Srovnání obou provedených testování

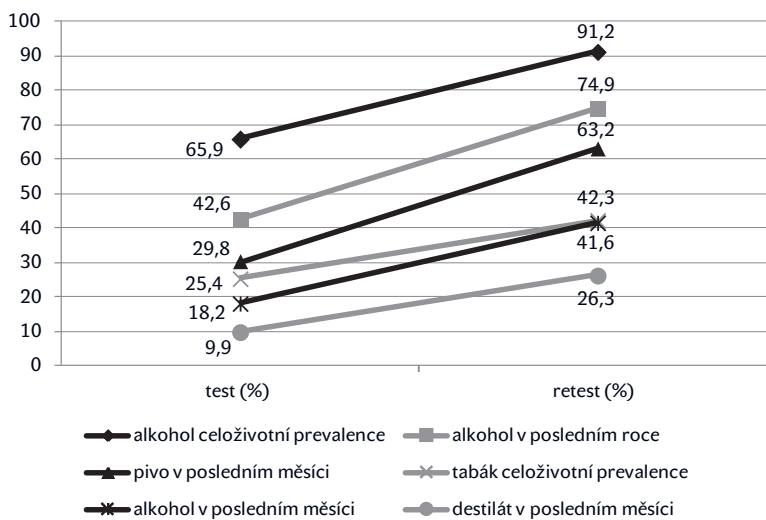
Srovnání trendu nárůstu užívání alkoholu a tabáku mezi testem a retestem

Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor prochází během studie nejvíce rizikovým obdobím z hlediska zahájení pravidelného užívání tabáku a alkoholu a prvních zkušeností s nelegálními látkami, je na místě zobrazit alespoň několik indikátorů v této oblasti. Při hodnocení výsledků je třeba mít na paměti, že hodnotíme, o jaké procento je nárůst zkušeností s návykovými látkami nižší u experimentální skupiny (ověřovaný komunitní program), než je předpoklad u kontrolní skupiny (běžný typ programu). Nárůst je ale samozřejmý u obou skupin a dochází k němu u všech typů drog v průběhu sledovaných dvou let (mezi testem a retestem).

Největší nárůst jsme zaznamenali u 6 indikátorů týkajících se užívání tabáku a alkoholu (obrázek 5 a obrázek 6). Jedná se o očekávaný výsledek, neboť mnohé studie (např. Miovský & Urbánek, 2001; Csémy et al., 2003; Kachlík & Matějová, 2006 a další) opakovaně ukazují, že právě alkohol a tabák jsou v této věkové skupině hlavními užívanými látkami, přestože jsou pro tuto věkovou skupinu také v kategorii nelegálních látek (zákonný zákaz prodeje pod 18 let u obou látek). Pro lepší názornost jsme proto vybrali celkem šest významných indikátorů, na kterých je tento trend u obou látek dobře patrný a je možné u obou souborů sledovat, o jak výrazný nárůst mezi testem a retestem se jedná.



Obrázek 5 | Srovnání prevalence užívání drog v rámci testu a retestu u experimentálního souboru



Obrázek 6 | Srovnání prevalence užívání drog v rámci testu a retestu u kontrolního souboru

Srovnání dopadu mezi testem a retestem u rizikových skupin

Jak bylo v předchozím textu vícekrát uvedeno, hlavní důraz při hodnocení výsledku evaluace efektivity hodnoceného preventivního programu je kladen na samotné užívání návykových látek, tedy na oblast faktického chování cílové skupiny programu. Tabulka 15 obsahuje souhrn dopadů hodnoceného programu z hlediska více rizikových skupin v obou souborech. Pro tuto analýzu jsme se inspirovali některými publikovanými pracemi zabývajícími se právě specifičností různých faktorů a způsobem, jakým u definovaných skupin zvyšují vulnerabilitu vůči návykovým látkám (Hawkins et al., 1992b; Lloyd, 1998).

Riziková skupina	Indikátor	Soubor A		Soubor B+C	
		test	retest	test	retest
Neúplná rodina	Destilát v posledním měsíci**	14,6	20,8	17,8	34,3
	Množství destilátu při poslední příležitosti – 3 sklenky a více**	0,6	1,1	2,6	7,2
	Koupil destilát v posledním měsíci*	3,2	6,7	6,6	12,2
Neuspokojivé vztahy alespoň s jedním z rodičů	Destilát v posledním měsíci**	25,0	17,2	24,1	43,3
	Marihuana v posledním roce**	12,5	12,1	3,4	21,7

Tabulka 15 | Vliv preventivního programu na prevalenci užívání u rizikových skupin

* rozdíly jsou signifikantní na hladině 0,05 pro retest

** rozdíly jsou signifikantní na hladině 0,01 pro retest

Vzhledem k omezenému prostoru zde prezentujeme pouze dva rizikové faktory. Jedna část dětí uvedla, že vyrůstají v neúplné rodině (rozvod rodičů nebo svobodná matka). U této skupiny se statisticky významně častěji děti chovají rizikověji vůči alkoholu hned ve třech indikátorech (tabulka 15), přitom při testování v 11 letech rozdíly v těchto třech indikátorech nebyly mezi oběma soubory statisticky významné. Ještě výrazně větší rozdíl se pak ukázal u skupiny dětí, které uvedly, že nemají se svými rodiči (či alespoň s jedním) dobré vztahy. U těchto dětí se objevil až překvapivě velký rozdíl mezi testem a retestem, kde dokonce došlo ke snížení hodnoty prevalencečního indikátoru a rozdíl mezi oběma skupinami je propastný (prakticky na úrovni násobku hodnoty). Evaluační studie jednoznačně prokázala, že efekt hodnoceného programu na Praze 6 je u vybraných skupin s vyšší mírou psychosociálního rizika výrazně vyšší, než tomu bylo u obecné populace reprezentované celým souborem dětí ve studii. Pro tyto skupiny (neúplná rodina, špatné vztahy s rodiči a starší sourozenci užívající návykové látky) jej lze tedy považovat za úspěšný.

12.5 Diskuse

Legální drogy, alkohol a tabák, jsou v České republice stejně jako v ostatních evropských státech nejčastěji užívanými drogami v obecné populaci vůbec. V České republice dlouhodobě přetrvává vysoká spotřeba alkoholu a podle studie GENACIS dosahuje průměrná denní spotřeba alkoholu 16,6 g a je nejvyšší ve věku 35–44 let (Lejčková et al., 2005). Zkušenost s alkoholem učinili téměř dvě třetiny respondentů do 12 let věku a 90 % respondentů udělalo tuto zkušenost do 14 let věku. Podle studie ESPAD (Csémy et al., 2006) učiní zkušenost s alkoholem celkem 98,4 % 16letých, z nichž pouze 4,3 % mladistvých patří mezi výjimečné konzumenty alkoholu. Při plánování preventivních aktivit je tedy nutné brát zřetel právě na tento nízký věk prvních zkušeností s alkoholem (před 12. rokem) a také na fakt, že děti alkohol nejčastěji poprvé vyzkoušejí doma za přítomnosti rodičů (Karmelitová, Týc, 2003). Údaje o celoživotní prevalenci užívání alkoholu respondentů této studie jsou ve srovnání s ostatními studii vyšší. Podle výsledků studie provedené v r. 2002 (N=725) učinilo v Praze celkem 91,9 % respondentů ve věku 11–16 let zkušenost s alkoholem (Ševčík, 2002). Oba výsledky nejsou příliš srovnatelné vzhledem k tomu, že výsledky studie Ševčíka (2002) reprezentují věkovou skupinu 11–16 let, kde čtrnáctiletí tvoří pouze 28,4 % výběrového souboru.

Za nejběžněji a nejčastěji konzumovaný alkohol ve 14 letech lze považovat pivo, následuje víno a destiláty (Blatný et al., 2004). V 16 letech se ale podle studie ESPAD (Csémy et al., 2006) dostane na druhé místo konzumu-

mace destilátů. Pokud jde o rizikové formy spotřeby alkoholu, tedy o pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě (pět a více sklenic alkoholu) a zkušenost s opilostí, ve 14 letech má zkušenost s užitím nadměrného množství alkoholu během posledního měsíce přibližně 10% respondentů (také Blatný et al., 2004) a s opilostí necelá čtvrtina čtrnáctiletých respondentů (také Ševčík, 2002). Do 16 let učiní zkušenost s nadměrnými dávkami alkoholu 47,2% populace a s opilostí 39,5% populace. Právě z tohoto úhlu pohledu se zjištěný výsledek (viz obrázek 5 a 6) jeví jako pozitivní. Na jedné straně je zřejmé, že sice nebylo u experimentální skupiny dosaženo pozitivního výsledku ve vztahu k užívání alkoholu obecně, ovšem bylo dosaženo prokazatelné, statisticky významné diference v preferencích druhu alkoholu – tedy upřednostnění nízkoprocentního alkoholu (s nímž je spojeno méně zdravotních rizik) u experimentální skupiny na úkor víceprocentního alkoholu (s nímž je spojeno více zdravotních rizik), což reprezentuje v prevenci oceňovanou komponentu programů minimalizujících rizika (McBride et al., 2004). Také další studie (např. Miovský & Urbánek, 2001) dokládají nejen velmi nízký věk zahájení pravidelného užívání alkoholu, ale také tabáku a velmi úzký vztah mezi užíváním obou těchto látek. Je proto samozřejmé, že realizovaná evaluační studie bude těmito epidemiologickými trendy výrazně ovlivněna a že hlavní výsledky se budou vztahovat právě k alkoholu a tabáku a méně k jiným návykovým látkám, jejichž rozšířenost je u věkové skupiny 11 a 13 let relativně nízká. Proto je výsledek třeba chápat vůči ostatním látkám spíše s rezervou a vyčkat výsledků druhého retestu (v 15 letech), který by měl o případném vlivu na užívání těchto dalších látek vypovědět více.

U prací publikovaných v České republice se autoři málokdy zaměřili na podrobnější výzkum samotné intervence, resp. srovnávání efektivity dvou různých preventivních intervencí. Nicméně zajímavé výsledky odpovídající také zjištěním této studie přinesly např. studie Hrubé (1996), Hrubé a Kachlíka (2000) v oblasti kouření, Jacobsově a kolektivu (2004) v rámci pilotní evaluace preventivního programu Přípravení pro život či studie Kachlíka a Matějové (2004, 2006) z projektu Drogy, důvod, dopad. Citované studie v různých oblastech dokládají průkazné změny některých indikátorů u experimentální skupiny a současně naznačují pozitivní trend vývoje výzkumu u v této oblasti u nás.

V současnosti v Evropě probíhá designově podobná evaluační studie pod názvem EU-Dap (European Drug Addiction Prevention trial: The Evaluation of the Efficacy of a School-based Program for Prevention of Drug Abuse), která má cíl vyhodnotit efektivitu původního modelu preventivního programu, jehož jádro tvoří edukační složka, peer programy, trénink sociálních dovedností a program pro rodiče (EU-Dap, 2004a). Toto

jádro je velmi podobné hlavním komponentám evaluovaného programu o.s. Prev-Centrum (který je však pojat komplexně a zahrnuje také další oblasti rizikového chování, je delší a navazuje více na programy volného času). Výsledky této studie (EU-Dap, 2004b; Kreeft, 2006) jsou v mnoha indikátorech srovnatelné a naznačují možnou souvislost právě mezi hlavními částmi obou programů a jejich efektivitou. Do budoucna se tak nabízí otázka, zda v případě prokázání efektivity těch komponent, které mají oba programy společné,⁶⁸ by takový výsledek mohl být impulzem k restrukturalizaci programu na Praze 6.

Důležitým výsledkem studie je nález statisticky významných rozdílů mezi experimentální a kontrolní skupinou v oblasti souvisejících psychosociálních faktorů. Jedná se o soubor indikátorů, které lze jako celek jednoznačně interpretovat jako rizikové a naprostá většina z nich (pět ze šesti) jsou v neprospěch kontrolní skupiny. Čtveřici rizikových indikátorů v neprospěch kontrolní skupiny tvoří odpovědi na položky, zda ve vztahu s návykovými látkami měl respondent nějaký vážnější problém (nehoda, zranění) nebo problémy ve vztazích s přáteli. Dále pak děti v kontrolní skupině častěji skórovaly v otázkách, zda se někdy cítí být zbytečné, zda by si přály, aby si samy sebe mohly více vážít a zda souhlasí s výrokem, že se řídí takovými pravidly, jakými chtějí ony samy. Tato zjištění korespondují s nálezy Krcha et al. (2004) v kontextu užívání konopí. Nicméně naše nálezy podporují spíše teorii, že uvedené rizikové faktory nejsou tolik specifické pro jednodité látky, jako spíše pro užívání látek jako celku a na volbu látky a způsob užívání pak často mají vliv spíše situační, sociální, výchovné a další faktory.

Výzkum konstelací rizikových a protektivních faktorů v kontextu primární prevence patří mezi jedny z hlavních témat ve výzkumu prevence vůbec. Díky rozsáhlým metaanalýzám výsledků těchto studií (např. Hawkins et al., 1992a; Canning et al., 2003) lze v evaluačních projektech ověřovat efektivitu různých programů u různě rizikových cílových skupin. Jedním z klíčových témat je posouzení různého efektu preventivních programů u různých rizikových skupin a rozdíl mezi vlivem na obecnou populaci a vlivem právě u těchto rizikových skupin. Bez hlubšího pochopení interakce mezi jednotlivými rizikovými a protektivními faktory je přitom velmi obtížné promítnout tyto výsledky do vyvíjených preventivních strategií. U prezentované evaluační studie jsme se proto inspirovali některými publikovanými pracemi zabývajícími se právě specifičností různých fakto-

68 Realizací studie, která by z programu na Praze 6 vyňala pouze ty komponenty, které mají oba programy společné a v různé kombinaci a samostatně ověřila efektivitu různých takto vzniklých kombinací. Omezením v tomto případě prozatím zůstává to, že projekt EU-Dap prozatím ověřuje efektivitu pouze v oblasti užívání návykových látek (stejně jako náš evaluační program), nicméně program realizovaný na Praze 6 zahrnuje prevenci všech typů rizikového chování.

rů a způsobem, jakým u definovaných skupin zvyšují vulnerabilitu vůči návykovým látkám (např. Hawkins et al., 1992b; Lloyd, 1998). Evaluační studie současně jednoznačně prokázala, že efekt hodnoceného programu na Praze 6 je u vybraných rizikových skupin výrazně vyšší, než tomu bylo u obecné populace reprezentované celým souborem dětí ve studii. Pro tyto skupiny (neúplná rodina, špatné vztahy s rodiči a starší sourozenci užívající návykové látky) jej lze tedy považovat za mimořádně úspěšný.

12.6 Závěr

V rámci testování experimentálního i kontrolního souboru ve věku 11 let byly zjištěny pouze malé rozdíly a v souladu s literaturou (Csémy et al., 2003; Miovský & Urbánek, 2001) byl ověřen předpoklad, že hlavní část souboru do studie vstupuje ještě před nástupem více rizikového chování vůči návykovým látkám. Poté byla s experimentální skupinou zahájena realizace komunitního preventivního programu. První retest ve 13 letech prokázal statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami v oblasti užívání alkoholu a v postojích a znalostech o návykových látkách. Rozdíl na obecné populaci obou souborů však nebyl příliš výrazný, ačkoli výsledek směrem k minimalizaci rizik spojených s užíváním alkoholu je jednoznačně pozitivní. Podařilo se však přesvědčivě prokázat velmi vysokou efektivitu testovaného komunitního programu v oblasti vlivu na užívání návykových látek (především alkoholu) u dětí z neúplných rodin a dětí majících alespoň s jedním z rodičů vztahové a komunikační problémy. U experimentálního souboru dokonce došlo k mírnému zlepšení, zatímco u kontrolního souboru k velmi výraznému zhoršení.

13 Experimentální studie měření efektivity: příklad z praxe

Druhým podrobně představeným příkladem vybraným pro tuto kapitolu je naopak projekt, jehož cílem bylo testovat adaptovanou zahraniční intervence Unplugged, u které bylo třeba ověřit, zda na české populaci bude mít srovnatelné výsledky jako v jiných zemích. Současně u tohoto projektu byla dodržena všechna základní kritéria pro realizace experimentálních výzkumných plánů (např. CONSORT). Jeden z výstupů zaměřený na ověření efektivity intervence Unplugged pro tabák byl použit pro tuto kapitolu.⁶⁹ Mnohé metaanalýzy a srovnávací studie efektivity školní prevence totiž poukazují na značně rozdílnou úroveň různých programů zaměřených na prevenci kouření tabáku (Flay, 2009; Skara & Sussman, 2003; Wiehe et al., 2005; Sussman, 2002) i na odlišnou úroveň školních preventivních drogových programů obecně (např. Tobler et al., 2000). Většina programů školní prevence užívání tabáku (včetně jejich případných komponent zahrnujících harm reduction a risk reduction strategies), jejichž efektivita byla prokazatelně ověřena, vznikla mimo evropský kontinent (např. Peterson et al., 2000) a jsou tedy zatíženy odlišnou kulturou a reáliemi (Adámková et al., 2009). Většina evaluovaných projektů s prokázanou efektivitou je pouze národního charakteru a je tak do budoucna významnou otázkou jejich přenositelnost mezi zeměmi a spolu s procesem adaptace a ověření účinnosti. Příkladem mohou být země jako Německo (Hanewinkel & Asshauer, 2004), Švédsko (Nilsson et al., 2009), Nizozemsko (Crone et al., 2003), Velká Británie (Campbell et al., 2008) a mnohé další, které mají takovéto programy k dispozici, zatímco jiné nikoli. P. van der Kreeft (2009) upozorňuje na situaci, že až do nedávné doby byl jediným programem uplatňujícím integrální hledisko prevence kouření v Evropě projekt ESFA (De Vries et al., 2006).

69 Tato kapitola vznikla redakční úpravou a krácením původního textu publikovaného v časopise *Addicções* (Miovský et al., 2012b). Z projektu jsou mj. k dispozici též další zajímavé výsledky (viz např. Gabrhelík et al., 2012 nebo Miovský et al., 2015e).

Základní koncepce projektu zaměřeného na školní prevenci užívání návykových látek EU-Dap (European Drug Addiction Prevention trial) vznikla přibližně před deseti lety. V rámci tohoto projektu vznikl preventivní program Unplugged, jehož se zúčastnili žáci ze sedmi zemí EU (Itálie, Španělsko, Švédsko, Belgie, Řecko, Rakousko a Německo). Výsledky rozsáhlé evaluační studie prokázaly efektivitu programu u cílové populace dětí ve věku 12–14 let (např. Faggiano et al., 2007; Faggiano et al., 2008). V souvislosti s potvrzováním efektivitu projektu v rámci evidence-based přístupu vznikl navazující projekt EU-Dap-2 (Implementation of EU-Dap European Drug Addiction Prevention trial at population level), který byl v této druhé fázi rozšířen o Českou republiku a Polsko (Adámková et al., 2009). V České republice byl projekt EU-Dap-2 zahájen na podzim 2006 a trval do roku 2009. V rámci projektu EU-Dap-2 byla provedena revize a adaptace metodiky Unplugged na českou populaci dvanácti až čtrnáctiletých dětí. Na pozadí mezinárodního projektu byla pak zahájena realizace randomizované kontrolované studie efektivitu preventivního programu Unplugged.

13.1 Preventivní intervence Unplugged

Preventivní metodika Unplugged je složena z dvanácti 45minutových lekcí pro žáky základních škol (viz také kapitola 6.2). Cílem programu je kromě preventivního působení zároveň odklonit od již existujících rizikových vzorců chování (experimentování, pravidelné užívání). Kurikulum je založeno na komplexním přístupu a zohledňuje různé sociální vlivy. Lekce v programu Unplugged jsou zaměřeny především na rozvoj intrapsychických a sociálních dovedností v rámci teorie Comprehensive social influence approach (Sussman et al., 2004). Jedná se o komplexní metodiku postavenou na kombinaci preventivních metod, kterými jsou například metody rozvoje interpersonálních a intrapersonálních dovedností, změny mylných normativních přesvědčení a postojů (Thomas & Petera, 2006). Komplexní charakter programu by měl dosáhnout vyšší účinnosti dané intervence (Jonsen et al., 1998, 2005; Flay, 2009; Tobler et al., 2000). Zvláštní důraz je kladen na korekci normativních přesvědčení o návykových látkách a jejich užívání (Faggiano et al., 2010). V rámci efektivní prevence je velice důležité, aby dětem nepřipadalo rizikové chování jako žádoucí, ale ani jako neutrální sociální norma a nebyl podceněn sociální kontext (Burkhart, 2011). Podrobné informace o kompletní metodice a teoretických východiscích programu Unplugged jsou uvedeny ve článku van der Kreeft et al. (2009). Program Unplugged se zaměřuje především na prevenci užívání alkoholu a tabáku, přičemž prevenci kouření cigaret je věnována samostatná lekce.

Fáze implementace a realizace metodiky na vybraných školách proběhla ve školním roce 2007/2008. Intervence prováděná školními metodiky prevence, kteří prošli úvodním obsáhlým školením, byla v průběhu celého programu vedena a supervidována tzv. regionálními koordinátory prevence (většinou pracovníci některé z místních NGO). Pro úspěšnou implementaci programu byla velmi nutná podpora managementu jednotlivých škol (Jurystová et al., 2009). Na základě evaluace procesu implementace programu se podařilo též navrhnout nový model koordinace a kontroly kvality preventivního programu na regionální úrovni (Jurystová et al., 2009; Jurystová & Miovský, 2010).

13.2 Design evaluace preventivního programu

Cíle studie a statistická analýza

Hlavním cílem studie bylo ověření efektivity programu Unplugged (respektive jeho české adaptace v rámci projektu EU-Dap-2) v českém školním prostředí:

- Ověřit, jaký má program Unplugged vliv na celoživotní prevalenci užívání tabáku.
- Ověřit, jaký má program Unplugged vliv na třicetidenní prevalenci užívání tabáku.
- Ověření délky trvání dosaženého efektu v čase (v rámci následných follow-ups).

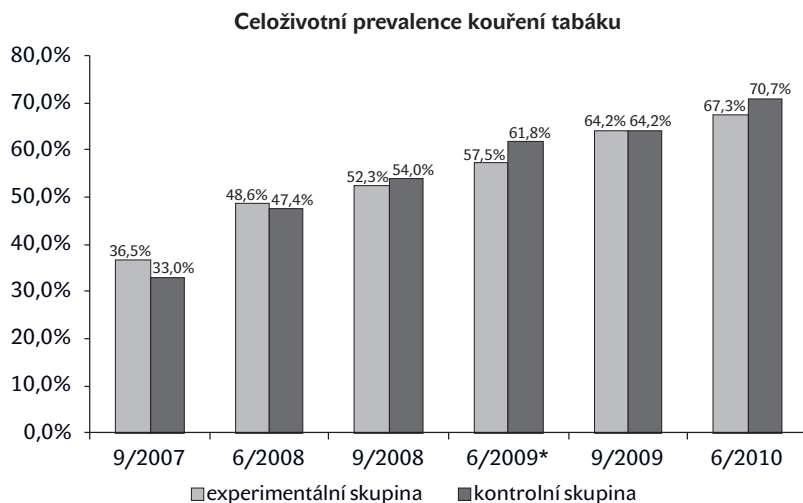
Zjišťovány byly přitom statisticky významné rozdíly mezi skupinami v jednotlivých proměnných (Pearson Chi-Square), které ukazovaly jednotlivé prevalence užívání tabákových výrobků. Vyhodnocení a zpracování dat jsme provedli za pomoci statistického softwaru SPSS. Výstupní proměnné týkající se třicetidenní i celoživotní prevalence byly analyzovány jako dichotomické (1 = ano; 0 = ne). Z dotazníku byly vybrány otázky zjišťující celoživotní prevalenci kouření tabáku a jeho užití v posledních třiceti dnech. Třicetidenní prevalence kouření cigaret, které odráží stávající stav užívání, je považováno za významný prediktor budoucího užívání návykové látky (Ellickson et al., 1992).

Výzkumný design a popis souboru

Prospektivní randomizovaná studie zaměřená na otestování efektivity preventivní intervence Unplugged v kategorii všeobecných preventivních programů (dle EMCDDA). Studie byla provedena na dětech 6. třídy základních škol. Pretest byl proveden v září 2007 a následovalo sedm testování vln. Poslední vlna proběhla 33 měsíců po pretestu. Celkem se studie účastnilo 1 874 dětí (průměrný věk 11,82 roku, chlapců bylo 50,8 %).

13.3 Výsledky

Téměř 70 % všech respondentů (6. testování, 8. třída základní školy) mělo někdy v životě zkušenost s kouřením cigaret. Rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v celoživotní prevalenci kouření cigaret (obrázek 7) byly statisticky významné pouze ve 4. testování ($p = 0,05$; Pearson Chi-Square). Jeden rok po skončení intervence byla celoživotní prevalence kouření cigaret u experimentální skupiny 57,5 %, zatímco u skupiny kontrolní kouřilo cigarety v posledním roce 61,8 % žáků. Respondenti z experimentálního souboru měli vyšší celoživotní prevalenci kouření cigaret na začátku a ihned po skončení intervence. Při dalších testováních měli častěji zkušenost s kouřením cigaret za celý život respondenti z kontrolní skupiny, vyjma začátku školního roku 2009/2010, kdy pravděpodobně důsledkem prázdninového experimentování byla prevalence shodná.

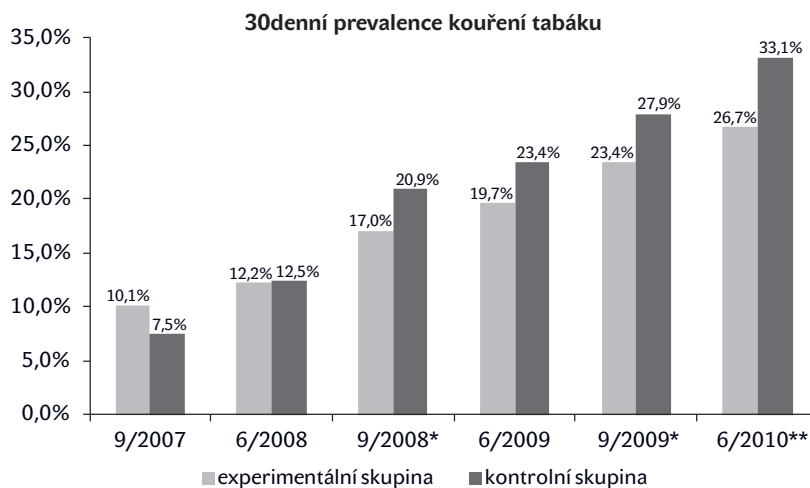


Obrázek 7 | Celoživotní prevalence kouření tabáku (Pearson Chi-Square, *sign. $p=0,05$)

Před zahájením intervence (1. testování) měli respondenti z experimentální skupiny častěji zkušenost s kouřením cigaret v posledním měsíci (obrázek 8) oproti skupině kontrolní (experimentální 10,1 %, kontrolní 7,5 %). Dva roky po skončení intervence kouřilo cigarety v posledním měsíci téměř 30 % všech respondentů (6. testování, 8. třída základní školy). U indikátoru prevalence kouření cigaret v posledním měsíci byly statisticky významné rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou ihned po skončení intervence. Tři měsíce po skončení intervence měli respondenti z kontrolní skupiny statisticky významně častěji zkušenost s kouřením cigaret v posledním měsíci

(20,9%) oproti skupině experimentální (17,0%) ($p = 0,05$; Pearson Chi-Square). Jeden rok od skončení intervence byla třicetidenní prevalence kouření cigaret u experimentální skupiny 19,7%, zatímco u skupiny kontrolní kouřilo cigarety v posledním měsíci 23,4% žáků ($p = 0,05$; Pearson Chi-Square). Patnáct měsíců po skončení intervence měli respondenti z kontrolní skupiny statisticky významně častěji zkušenost s kouřením cigaret v posledním měsíci (27,9%) oproti skupině experimentální (23,4%) ($p = 0,05$; Pearson Chi-Square). Po dvou letech od konce intervence již byl pozitivní efekt tohoto programu ještě výraznější. Kouření cigaret v posledním měsíci u experimentální skupiny byl zaznamenán u 26,7%, zatímco u skupiny kontrolní kouřilo cigarety v posledním měsíci již 33,1% žáků ($p = 0,01$; Pearson Chi-Square).

Ačkoli byl nárůst prevalence kouření cigaret v posledním měsíci u experimentální skupiny výrazně pomalejší než u skupiny kontrolní, je u obou skupin patrná narůstající tendence. Zvyšování incidence kouření cigaret společně s narůstajícím věkem je však v raném dospívání často sledovaným jevem, kterému nelze zcela zabránit (Faggiano et al., 2010).



Obrázek 8 | Třicetidenní prevalence kouření tabáku (Pearson Chi-Square, *sign. $p = 0,05$; **sign. $p = 0,01$)

13.4 Diskuse

Preventivní programy mohou na jedné straně výrazně snížit zdravotní rizika spojená s užíváním návykových látek, na druhé straně však mohou působit zcela obráceně a mohou vést k užívání drog ve vyšší míře. Proto

je nezbytné, aby byl každý školní program prevence užívání návykových látek pečlivě evaluován (Faggiano, 2010; Jiménez-Iglesias et al., 2010, Sánchez-Martínez, 2010). V rámci evidence-based přístupu je nutné na evaluační komponentu myslet již v samotném návrhu designu preventivního programu. Je důležité zabezpečit, aby škola nepodlehla populistickým snahám hledajícím různé zkratky a nefunkční postupy. Příkladem takového zcela nefunkčního a kontraproduktivního programu, na který bylo zbytečně vyplýtváno značné množství finančních prostředků, je program DARE (Ennett et al., 1994). Naše výsledky evaluace školního preventivního programu Unplugged zcela nekorespondují s výsledky projektu EU-Dap, jehož metodiku (intervenci Unplugged) jsme se snažili adaptovat na českou školní populaci. Studie zabývající se efektem tohoto projektu neprokázala jeho statisticky významnou účinnost na pravidelné užívání tabáku ani kouření cigaret v posledním měsíci u skupiny žáků, která prošla preventivní intervencí (Faggiano et al., 2010). Věková hranice 14 let na začátku projektu EU-Dap (Faggiano et al., 2008, 2010) byla z důvodu raného užívání návykových látek u populace českých dětí posunuta na věk 12 let (tzn. 6. třída základní školy). Je možné se domnívat, že právě tento věkový posun začátku intervence mohl být důvodem rozdílných výsledků v užívání tabáku v těchto intervencích. Gómez Cruz et al. (2009) zdůvodňují neprokázání efektivity u jiného školního programu zaměřeného na kouření, který byl realizován ve Španělsku, především tím, že s preventivní intervencí bylo započato příliš pozdě. S rostoucím věkem subjektivně klesá vnímání rizikovitosti kouření tabáku, na druhé straně však roste hodnocení rizik problémového užívání jiných drog (Csémy & Lejčková, 2005). Vnímaná rizikovost se často liší i v závislosti s typem životního stylu jednotlivých studentů (Calafat et al., 1985). Epstein et al. (1995) upozornili na to, že nedostatek informací vede k podceňování rizik spojených s užíváním návykových látek. Významnou roli poskytovatele informací o návykových látkách hrají média (Wakefield et al., 2003), ačkoli se v procesu informování dopouštějí nežádoucích zkreslení a uchylují se k bulvarizaci (Novák et al., 2009, 2010). Postoje mladých lidí k užívání návykových látek z velké části ovlivňuje i reklamní průmysl (Montes-Santiago & Castro-Rial, 2009). Zcela předejít užívání tabákových výrobků u všech adolescentů je sice nemožné, ale již samotné posunutí začátku kouření do vyššího věku má mnohé výhody, například nižší výskyt rakoviny a lepší prognóza odvykání v dospělosti (Jit et al., 2010). Komplexnost preventivního programu je jednou ze základních podmínek jeho úspěšnosti. Vyšší úspěšnost vykazují především programy zaměřené na sociální a interpersonální dovednosti (Faggiano et al., 2005). Za efektivní je možno považovat především ty strategie, které jsou kombinací různých preventivních aktivit (Calafat et al., 2009).

Celoživotní prevalence užívání tabáku slouží jako důležitý údaj prokazující existenci nabídky i poptávky po dané droze. Nelze ji však vykládat jako odraz rozsahu současného užívání, které lze charakterizovat především na základě pravidelnosti a frekvence. Za takovýto ukazatel však můžeme s mnohem větší spolehlivostí považovat kouření cigarety v posledním měsíci (Csémy et al., 2007). Vysoká třicetidenní prevalence užívání v preadolescentním věku je jedním z indikátorů (v kombinaci např. spolu s vysokou prevalencí užívání alkoholu), které mohou predikovat vyšší riziko další progresu užívání návykových látek až případně k rozvoji závislosti v pozdějším životě (Miovský et al., 2007, Ellickson et al., 1992).

Jednou z dalších možných příčin, že výsledky naší evaluační studie vynívají takto pozitivně, je fakt, že dle našeho šetření je na českých základních školách užíváno jen malé množství preventivních programů (Adámková et al., 2009). Na jedné straně je toto zjištění velmi pozitivní z hlediska metodologické čistoty naší studie, neboť jsme nezjistili v průběhu intervence ani po jejím skončení v průběhu dalších follow-ups, že by byl aplikován program, který by mohl výsledky nějak narušit a porovnání obou skupin zkreslit. Na straně druhé je však znepokojivým faktem, že intervence Unplugged je tak jednou z prvních specifických intervencí, která je do českých škol ve větším počtu implementována. To také může být důvodem, proč výsledky vycházejí takto pozitivně i v mezinárodním srovnání. Efektu u intervence Unplugged mohlo být prostě dosaženo díky tomu, že na zapojených školách nebyl v minulosti ani přítomnosti realizován žádný jiný program založený na SCI modelu, který naopak např. ve Švédsku patří mezi výrazně rozšířené (Sussman et al., 2004; Faggiano et al., 2008).

13.5 Závěry studie

Kouření tabáku je jednou z hlavních příčin předčasných úmrtí a vážných zdravotních problémů v Evropě. Toto rizikové chování je však možné v rámci efektivní školní prevence do určité míry omezit, ačkoli výsledky ukázaly, že konkrétně intervence Unplugged nabízí v tomto směru pouze omezené možnosti. Přes dvě třetiny všech žáků na českých základních školách mělo na konci 8. třídy někdy v životě zkušenost s kouřením cigaret. Respondenti z experimentálního souboru měli na začátku intervence častěji celoživotní zkušenost s kouřením cigaret. Při dalších testováních se však tento trend obrátil. Tuto skutečnost však nelze plně zobecnit, protože uvedené rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v celoživotní prevalenci kouření cigaret byly statisticky významné pouze ve 4. testování. V prevalenci kouření cigaret v posledním měsíci byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v následující

cích testováních ihned po skončení intervence. Statisticky významné rozdíly v pravidelném užívání tabákových výrobků byly pozorovány i po dvou letech po skončení preventivní intervence, kde se prokázalo, že nárůst prevalence kouření cigaret v posledním měsíci byl u experimentální skupiny výrazně pomalejší. Efektivita programu Unplugged byla v České republice pro oblast užívání tabákových výrobků sice prokázána, ale z výsledků je patrné, že efekt není příliš výrazný (podobně jako v případě výsledků ostatních zemí zapojených v projektu EU-Dap). Statisticky významné rozdíly mezi skupinou, která program absolvovala, a skupinou kontrolní, byly patrné ještě po dvou letech od konce intervence. Nabízí se tak otázka, zda by zjištěné pozitivní výsledky programu Unplugged nebylo možné posílit případnou aplikací vhodného boosteru zaměřeného právě na oblast kouření tabákových výrobků.

Závěr

První vydání této knihy je bezesporu velmi nedokonalé. Vznikalo za velmi stresujících podmínek projektu VYNSPI-2. Nechtěli jsme však zahodit příležitost zvládnout doplnit celý již existující soubor tří prvních monografií o část, která by neměla tematicky chybět. Museli jsme proto rezignovat na původní velmi ambiciózní plán zpracovat pro první vydání této knihy fundovaný teoretický přehled oblasti kvality a efektivity a zpracovat klíčové pojmy a koncepty. První dvě kapitoly alespoň trochu tento záměr, byť ve velmi nedokonalé podobě suplují. Snažili jsme se přitom však neustupovat ze záměru učinit knihu jakýmsi reprezentativním přehledem naší tuzemské zkušenosti s hodnocením kvality a efektivity a demonstrovat na ní patnáctiletou kontinuitu vývoje systému školské prevence (Miovský, 2015) právě z pohledu těchto témat. Chtěli jsme, aby kniha představila praktické projekty a aktivity a různorodost aplikačních možností. V mnoha ohledech je česká zkušenost velmi unikátní a dala např. vzniknout původnímu konceptu standardů kvality a celému systému certifikací kvality. Učili jsme se na dílčích projektech plánovat a realizovat často velmi metodologicky náročná hodnocení a výsledky pak aplikovat v praxi. Současně jsem se postupně učili kultivovat tuto práci tak, aby unesla srovnání se zahraničím. Díky tomu jsme např. dokázali realizovat první dvě velké studie testování efektivity (preventivní intervence Unplugged), které splnily přísná kritéria např. systému CONSORT pro provádění randomizovaných kontrolovaných studií. Podařilo se nám prosadit se s výsledky těchto projektů v prestižních časopisech a dokonce se naučit vyvíjet komplementární intervence a realizovat studie testující naše možnosti moderovat efekt dílčích intervencí. To vše postupně vede ke kultivaci v praxi i na akademické úrovni. Zvyšuje se zájem o prevenci jako vědu i prevenci jako praktický aplikační obor. Přicházejí mladí lidé, kteří vnímají význam prevence a chápou možnosti, které tento obor nabízí. Někteří spojují svoji profesní akademickou dráhu s výzkumem v této oblasti a ve velice krátkém čase dosahují někteří zajímavých výsledků. Tato kniha by tak neměla mít pouze společenský rozměr reflexe vývoje témat kvality a efektivity v této zemi. Neměla by být ani pouhou sumarizací našich zkušeností. Naší snahou bylo nastínit základní konstrukci a ukázat,

jaké přesahy je možné v této oblasti nacházet a kterým směrem mohou jít další úvahy o rozvoji a posilování politiky kvality. Jde přitom jak o směr dovnitř, tak směrem do zahraničí. Tedy na jedné straně bychom se dnes neměli hádat a ztrácet čas neproduktivními konflikty, spojenými s tím, že každý systém hodnocení kvality a každé hodnocení má své nedostatky, slabiny a nedokonalosti. Má také nezamýšlené vedlejší dopady. Současně je jedinou logickou cestou vpřed. Hodnocení kvality a efektivy je jediná záruka rozvoje bezpečné, kvalitní a účinné prevence a neexistují zde alternativní srovnatelné cesty. Další vývoj tedy musí jít cestou racionalizace našeho postupu, přiměřené míry tolerance a zdrženlivosti v práci s výsledky a udržení kritického, avšak konstruktivního přístupu. Současně směrem ven to znamená udržení si naší současné pověsti spolehlivého partnera pro projekty s jinými zeměmi. Udržení si pověsti země, která zvládla si hledat vlastní cestu a přitom se nebála o své zkušenosti otevřeně hovořit a nechat ostatní nahlédnout do vlastní „kuchyně“. Současně země, která je schopná se poučit z vlastních chyb, připustit a reflektovat tyto chyby a inspirovat se a poučit ze zkušeností jiných zemí. Toto vše jsou předpoklady zdravého a dobrého vývoje. Další roky nyní ukáží, do jaké míry se předchozí práce nachází spíše v kategorii krátkodobé pozitivní anomálie nebo do jaké míry jde opravdu o dlouhodobý a stabilní trend ve vývoji naší školské prevence.

Literatura

- Adamkova, T., Jurystova, L., Gabrhelik, R., Miovská, L., Miovsky, M. (2009). Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. *Adiktologie* 9, 86–94.
- Akreditační spis Metodika prevence užívání návykových látek Unplugged (2010). Akreditováno MŠMT, č. 4143/2010-25-135.
- Asher, H.B., Weisberg, H.F., Kessel J.H., Shively, P. W. (eds.) (1984). *Theory-Building and Data Analysis in the Social Sciences*. Knoxville: University of Tennessee Press.
- Barker, G. (2000). *Metody rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Albert. Boskovice.
- Baker, O., Mounteney, J., Neaman, R. (Eds.) (1998). *Evaluation Drug Prevention in the European Union*. Scientific Monograph Series, No. 2. Lisbon: EMCDDA.
- Ballard, R. (2002): *School-based Drug Abuse Prevention*. Viena: UNDCP.
- Bém, P. (2000). Evaluating drug prevention in central and eastern Europe. In Neaman, R., Nilson, M., Solberg, U. (2000). *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. Scientific Monograph Series, No. 5. Lisbon: EMCDDA. P. 101–106.
- Bém P. & Kalina K. (2003). Úvod do primární prevence – východiska, základní pojmy a přístupy. In Kalina K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 10/1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Best, D., Rawaf, S., Rowley, J., Floyd, K., Manning V. & Strang, J. (2000). Drinking and smoking as concurrent predictors of illicit drug use and positive drug attitudes in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 319–322.
- Blatný, M., Hrdlička, M., Květoň, P., Vobořil, D., Jelínek, M. (2004): *Výsledky české části mezinárodního projektu SAHA II.: Deskriptivní analýza rizikového chování a rizikových a projektivních faktorů vývoje mladistvých z městských oblastí z hlediska věkových kohort*. Zprávy – Psychologický ústav AV ČR.
- Bohrn, K., Fabiani, L., Florek, E., Gabrhelík, R., Galanti, R. et al. (2008). *Prevence užívání návykových látek mezi studenty. Průvodce úspěšnou implementací osnov programů vycházejících z komplexního vlivu sociálního prostředí*. 2008. EU: EU-Dap.
- Böhrner, J. K., Bühringer, G., Janik-Konecny, T. (1994): *Expert Report on Primary prevention of Substance Abuse*. IFT Research Report Series, Vol. 60e. Munich.
- Brotherhood, A., Sumnall, H. R. *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals (2011)*. EMCDDA, Luxembourg: The Publications Office of European Union.

- Broža, J., Miovský, M. (2005). Poskytování specifické primární prevence ve školách Středočeského kraje. Závěrečná zpráva č. 6 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. NTI – consulting, s. r. o., Liberec.
- Brounstein, P. J., Zweig, J. M., Gardner, S. E. et al. (2001). *Science-Based Substance Abuse Prevention: A Guide*. The Department of Health and Human Services (DHHS).
- Bryman, A. (2001). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Burkhart, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 23, 87–14.
- Calafat, A., Juan, M. & Duch, M. A. (2009). Preventive interventions in nightlife: A review. *Adicciones*, 21, 387–414.
- Calafat Far, A., Amengual Munar, M., Farres Snelders, C. & Palmer Pol, A. (1985). Life-style and drug use habits among secondary school students. *Bulletin on Narcotics*, 37, 113–123.
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N., Hughes, R., Moore, L. (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet*, 371, 1595–1602.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. (2003): *Drug use Prevention: a review of reviews*. London: HDA.
- Caulkins, J., Pacula, R., Paddock, S., Chiesa, J. R. (2002): *School-Based Drug Prevention: What Kind of Drug Use Does It Prevent?* RAND Publications (PDF verze dokumentu: <http://www.rand.org/publications/MR/MR1459/>).
- Crone, M. R., Reijneveld, S. A., Willemsen, M. C., van Leerdam, F. J., Spruijt, R. D., Sing, R. A. (2003). Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 675–680.
- Csémy, L. & Nešpor, K. (2002). Zkušenost s alkoholem, tabákem a marihuanou výrazně zvyšují riziko experimentování s heroinem a pervitinem. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 98, 358–359.
- Csémy, L. & Lejčková, P. (2005). Risk perception and attitudes of young people towards drug use. *Adiktologie*, 5, 35–44.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P. (2007). Substance Use Among Czech Adolescents: An Overview of Trends in the International Context. *Journal of Drug Issues*, 37, 119–132.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H. (2006), *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Csémy, L., Sadílek, P., Sovinová, H., Lejčková, P. (2003): *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách – Česká republika, 2003. Přehled hlavních výsledků z let 1995, 1999 a 2003. Zpráva pro tisk*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Čermák, I., Štěpaníková, I. (1998). Metody kontroly validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie* 1 (42), 50–62.
- Čermák, I., Lindénová, J. (2000). Povolání: herec. Brno: Větrné mlýny.
- Černý, M., & Lejčková, P. (2007) *Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci. Zaostřeno na drogy* 5 (2), 1–12.

- ČSN EN 45012 Všeobecné požadavky na orgány provádějící posuzování a certifikaci/registraci systémů jakosti.
- ČSN EN ISO 19011 Směrnice pro auditování systémů managementu jakosti a / nebo systémů enviromentálního managementu.
- ČSN EN, ISO/IEC 17024 Posuzování shody – všeobecné požadavky na orgány pro certifikaci osob.
- De Vries, H., Dijk, F., Wetzels, J., Mudde, A., Kremers, S., Ariza, C., et al. (2006). The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): Effects after 24 and 30 months. *Health Education Research*, 21, 116–132.
- Dvořák, D. (1995). *Metodika vzdělávacích programů prevence drogových závislostí a HIV/AIDS*. Praha: Institut Filia.
- Eisen, M., Zellman, G., Murray, D. (2003). Evaluating the Lions-Quest „Skills for Adolescence“ drug education program: Second-year behavior outcomes. *Addictive Behaviors* 28, 883–897.
- Ellickson, P.L., Hays, R.D., Bell, R.M. (1992). Stepping through the drug use sekenze: longitudinal scalogram analysis of initiation and regular use. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 441–451.
- EMCDDA (2000). *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA (1998): *Guidelanes for the evaluation of drug prevention*. Series Manuals No. 1. Lisabon: EMCDDA.
- EMCDDA (nedatováno). *EMCDDA Online Glossary*. (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary#u>, staženo 26. 6. 2012)
- Ennet, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, Ch. L., Flewelling, R. L. (1994): How Effective Is Drug Abuse Resistent Education? A Meta-Analysis of Project DARE Outcome Evaluations. *American Journal of Public Health* 9, 1394–1401.
- Ennett, S.T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L., Flewelling, R. L. (1994). How effective is Drug Abuse Resistance Education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84, 1394–1401.
- Epstein, J. A., Botvin, G. J., Diaz, T., Toth, V. & Schinke, S. P. (1995). Social and personal factors in marijuana use and intentions to use drugs among inner city minority youth. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 14–20.
- EU-Dap (2004a): *European Drug Addiction Prevention trial: Programme presentation*. Turino, Italy. (Source: www.eudap.net).
- EUDAP (2007). *Unplugged. Metodika pro učitele – prevence užívání návykových látek*. 1. vydání. Praha: Centrum adiktologie.
- EUDAP (2009). *Unplugged. Metodika pro učitele – prevence užívání návykových látek*. 2. vydání. Praha: Centrum adiktologie.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), doi:10.1002/14651858, Art. No.: CD003020.pub2.
- Faggiano, F., Richardson, C., Bohrn, K., Galanti, M.R., the EU-Dap Study Group. (2007). A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drugs use: the EU-Dap design and study population. *Preventive Medicine*, 44, 170–173.
- Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Cuomo, L., Vigna-Taglianti, F., Fabiani, L., Panella, M., Perez, T., Siliquini, R., van der Kreeft, P.,

- Vassara, M., Wiborg, G., the EU-Dap Study Group. (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap Cluster Randomised Controlled Trial. *Preventive Medicine*, 47, 537–543.
- Faggiano, F. (2010). Prevention of substance abuse: Randomised or observational evaluation is absolutely needed. *Adicciones*, 22, 11–14.
- Faggiano, F., Vigna-Tglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scantigna, M., Siliguini, R., Varona, L., van der Kreft, P., Vassara, M., Wiborg, G., Galanti, MR., the EU-Dap Study Group. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 56–64.
- Flay B. R. (2009). School-based smoking prevention programs with the promise of long-term effects. *Tobacco Induced Diseases*, 5, 6.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use (Review). *The Cochrane Library* 2014, Issue 12. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Gabrhelik, R., Duncan, A., Lee, M. H., Stastna, L., Furr-Holden, C. D. M., Miovsy, M. (2012a). Sex Specific Trajectories in Cigarette Smoking Behaviors among Students Participating in the Unplugged School-based Randomized Control Trial for Substance Use Prevention. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1145–1150.
- Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsy, M., Furr-Holden, C. D. M., Stastna, L., Jurystova, L. (2012b). „Unplugged“: A school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1–2), 79–87.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R., Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.
- Gardner, S. E., Brounstein, P. J., Stone D. B. (2001): Science-based Substance Abuse Prevention: a Guide. Rockville: SAMHSA/DHHS Publication.
- Godfrey, Ch., Parrott, S. (1998). The cost-effectiveness of drug prevention. In Baker, O., Mounteney, J., Neaman, R. (Eds.) (1998). *Evaluation Drug Prevention in the European Union*. Scientific Monograph Series, No. 2. Lisabon: EMCDDA. P. 89–98.
- Gómez Cruz, G., Barrueco Ferrero, M., Aparicio Coca, I., Maderuelo, J. A. & Torrecilla García, M. (2009). Program for the prevention of smoking in secondary school students. *Archivos De Bronconeumologia*, 45, 16–23.
- Guidelanes for the evaluation of drug prevention (1998). Series Manuals No.1. Lisabon: EMCDDA.
- Hanewinkel, R. & Asshauer, M. (2004). Fifteen-month follow-up results of a school-based life skills approach to smoking prevention. *Health Education Research*, 19, 125–137.
- Hansen, W. B. (1992): School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research*, 3, 403–430.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Miller, J. Y. (1992a): Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 1, 64–105.

- Hawkins, J. D., Lisher, D. M., Catalano, R. F. (1992b): *Childhood Predictors and the Prevention of Adolescence Abuse*. New York: NIDA.
- Hendl, J. (2005): *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M., 2004. *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among*
- Hibell, B., Guttormosson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stocholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Hrubá, D., Kachlík, P. (2000). Program Kouření a já ovlivňuje žáky základních škol již po tři roky. *Hygiena* 1, 3–9.
- Hrubá, D. (1996): Kouření a já – projekt výchovy žáků základních škol. III. celkové hodnocení pilotní studie. *Hygiena*, 5, 262–269.
- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M. (2012a). Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Charvát, M., Jurystová, L., Miovský, M. (2012b). Four-level model of qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system (Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství). *Adiktologie*, (12)3, 190–211.
- IPPP (2002). Analýza minimálních preventivních programů škol a školských zařízení. <http://www.ippp.cz/> 14. srpna 2004.
- Jacobsová P., Kraus B., Vacek P., Stará J., Čápková E., Eisen M. (2004). Evaluace pilotní fáze školního preventivního programu Připraveni pro život. *Adiktologie* 3, 256–267.
- Jerfelt, T. (1998). Evaluation planning. In Baker, O., Mounteney, J., Neaman, R. (Eds.) (1998). *Evaluation Drug Prevention in the European Union*. Scientific Monograph Series, No. 2. Lisabon: EMCDDA. Pp. 67–72.
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788–800.
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M., Dong, Q, Znahg, H., Changhai, W. (2003). Adolescent problem behavior in China and the United States: A cross national study of psychosocial protective factors. *Journal of Research on adolescence*, 13, 329–360.
- Jha, P. & Chaloupka, F. J. (2000). *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A. & Ramos, P. (2010). An approach to the assessment of the effectiveness of a drug use prevention program in secondary education in andalusia. *Adicciones*, 22, 253–265.
- Jit, M., Aveyard, P., Barton, P. & Meads, C. A. (2010). Predicting the life-time benefit of school-based smoking prevention programmes. *Addiction*, 105, 1109–1116.
- Josendal, O., Aaro, L. E., Torsheim, T. & Rasbash, J. (2005). Evaluation of the school-based smoking-prevention program BE smokeFREE. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 189–199.
- Josendal, O., Aaro, L. E., Bergh, I., 1998. Effects of a school-based smoking prevention program among subgroups of adolescents. *Health Education Research* 13, 215–224.

- Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovský, M. (2009). "Unplugged" Primary Prevention Programme – Evaluation of the Implementation Process by School Prevention Workers. *Adiktologie*, 9, 10–19.
- Jurystová, L. & Miovský, M. (2010). Vybrané aspekty organizační a odborné podpory pedagogů při realizaci metodiky Unplugged ve školách: Výsledky evaluace implementace projektu EUDAP. *Adiktologie*, 10, 147–153.
- Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie* 9 (1), 10–19.
- Jurystová, L. (2008). Evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. (Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze 2010).
- Kachlík, P., Matějová, H. (2004). Pilotní projekt DDD (Drogy-Důvod-Dopad) zaměřený na primární prevenci závislosti na druhé stupni ZŠ. *Adiktologie* 2, 137–145.
- Kachlík, P., Matějová, H. (2006). Pilotní školní intervenční projekt DDD (Drogy-Důvod-Dopad): analýza výsledků a zhodnocení efektivity. *Alkoholismus a drogové závislosti* 3, 129–144.
- Kalina, K. (2000). Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Praha: SANANIM & A.N.O.
- Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup (II. díl). Kapitola 10: Primární prevence. Praha: Úřad vlády ČR.
- Karmelitová, P., Týc, M. (2003): Průzkum žáků 6.–9. tříd ZŠ městských částí Praha 3, 8 a 10 – závěrečná zpráva z šetření. Nepublikované výsledky. Praha.
- Kreeft, P. (2006): Dobrá praxe prevence založené na výzkumem ověřených poznatcích. Hlavní referát III. ročníku konference Primární prevence rizikového chování konané v Praze 27.–28. listopadu 2006 v Praze.
- Krch, F., Csémy, L., Drábková, H. (2004): Psychosociální souvislosti užívání marihuany u dětí staršího školního věku. *Čs. psychiatrie*, 6, 348–355.
- Kröger, Ch. (1998). Evaluation: Definitions and Concept. In Baker, O., Mounteney, J., Neaman, R. (Eds.) (1998). Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph Series, No. 2. Lisabon: EMCDDA. Pp. 61–66.
- Kuipers, H. (1998). Measuring outcomes: methodology, Tudory and mediating variables. In Baker, O., Mounteney, J., Neaman, R. (Eds.) (1998). Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph Series, No. 2. Lisabon: EMCDDA. P. 73–80.
- Kvale, S. (1996): Interviews. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Lejčková, P., Nešpor, K., Králíková, E., Sovinová, H., Kubů, P., Csémy, L. (2005): Legální drogy v České republice. Zaostřeno na drogy 1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Lejčková, P. (2006). Primární prevence užívání drog. Základní principy a efektivní programy. Zaostřeno na drogy 1, 1–8.
- Lloyd, Ch. (1998). Risk Factors for Problem Drug Use: identifying vulnerable groups. Drug education, prevention and policy, No. 3, Vol. 5, Pp. 217–231.
- Martanová, V. (2006) Certifikace programů primární prevence užívání návykových látek. *Adiktologie* č. 4 (6), 514–519.
- McBride, N., Midford, R., Farrington, F., Phillips, M. (2000). Early results from a school alcoholharm minimisation study. *Addiction*, 95, 1021–1042.

- McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meuleners, L., Philips, M. (2004): Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 3, 278–291.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M. (2006). Drug use prevention among young people: a review of reviews. Evidence briefing update. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- McLelland, T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical disease: implications for treatment, insurance and outcome evaluation. *JAMA*, 284, 1689–1695.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded source book*. Sage, Thousand Oakes. In Čermák, T. & Štěpáníková, I. (1998). *Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu*. *Československá psychologie*, XLII, 50–62.
- Miovský, M. (2004a). Zhodnocení vývoje primární prevence užívání návykových látek v ČR za posledních 10 let. Příspěvek přednesený na konferenci Rodina v systému prevence, 30.září 2004, Brno.
- Miovský, M. (2004b). Scientologové v primární prevenci: nepovedený vtíp, nebo zlý sen? *Psychologie dnes* č.10, ročník 10.
- Miovský, M., Kreeft, P. (2002a). Souhrnná zpráva Analýzy potřeb v oblasti primární prevence užívání návykových látek. Pracovní skupina: Primární prevence, Component 3: Phare Twinning Project “Drug policy”. Příloha č. III/1/1 Závěrečné zprávy č. III/1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M. (2000). Analýza faktorů vulnerability pro drogovou kariéru (kvalitativní biografická analýza s uživateli drog v rámci kvalitativní substudie projektu Copernicus: global approach on Drugs). Závěrečná zpráva. Praha: SANANIM.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Kubů, P., Miovská, L. (2004). Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti. *Adiktologie*, 2004/3.
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V., Trapková, B. (2007a). Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: Review of results of quasi-experimental evaluation study. *Československá psychologie* 51 Supplementum 51, 109–118.
- Miovský, M., Miovská, L., Trapková, B. (2007b). Zhodnocení realizace tzv. minimálního preventivního programu na základních školách Prahy 6 a okolí prostřednictvím kvalitativní části kvaziexperimentální evaluační studie. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 42 (1), 3– 24.
- Miovský, M., Gabrhelík, R., Daněčková, T., Miovská, L. (2007). Projekt EUDAP: Nová alternativa školní prevence v České republice. Retrieved June 24, 2008, from <http://www.adiktologie.cz/download/1388/EUDAP-CR-2007.pdf>
- Miovský et al. (2010). Krajská centra primární prevence. Nepublikováno: pracovní materiál. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN.
- Miovsky, M., Novak, P., Stastna, L. Gabrhelik, R., Jurystova, L. Vopravil, J. (2012b). The Effect of the School-Based Unplugged Preventive Intervention on Tobacco Use in the Czech Republic. *Adicciones*, 24 (3), 211–218.

- Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L. (2012). Doporučená struktura a rozsah Minimálního preventivního programu školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (Eds.) (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Miovský, M., Šťastná, L., Gabrhelík, R., & Jurystová, L. (2011). Evaluation of the Drug Prevention Interventions in the Czech Republic. *Adiktologie*, (11)4, 236–247.
- Miovský, M. (2015). Vývoj národního systému školské prevence rizikového chování v České republice: reflexe výsledků 15letého procesu tvorby. *Adiktologie* 15(1), v tisku.
- Miovský, M. & Gabrhelík, R. (2015a). Implementační plán meziřesortního Systému prevence rizikového chování dětí a mládeže v České republice pro období 2015–2025. Vstup projektu VYNSPI-2. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Dokument ke stažení na www.adiktologie.cz v sekci Zprávy a v sekci Obor adiktologie/prevence.
- Miovský, M. & Gabrhelík, R. (2015b). Struktura návrhu Implementačního plánu národního systému školské prevence rizikového chování v České republice pro období 2015–2025: harmonizace přístupu resortu zdravotnictví a školství. *Adiktologie* 15(1), v tisku.
- Miovský, M. et al. (2015a). Prevence rizikového chování ve školství. Praha: Nakladatelství Lidové noviny & Univerzita Karlova v Praze.
- Miovský M., Zapletalová J. (2005). Cílové skupiny specifické primární prevence užívání návykových látek a jejich rozlišení dle rezortní příslušnosti. Pracovní verze pro MŠMT ČR č. 1.
- Miovský, M. et al. (2015b). Výkladový slovník základních pojmů prevence rizikového chování. Praha: Nakladatelství Lidové noviny & Univerzita Karlova v Praze.
- Miovský, M. et al. (2015c). Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi. Praha: Nakladatelství Lidové noviny & Univerzita Karlova v Praze.
- Miovský, M. (Eds.) (2015d). Akční plán pro vytvoření interdisciplinárního meziřesortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice. Verze 11.0. Materiál vzniklý v rámci pracovní skupiny pro prevenci rizikového chování v rámci programu Zdraví 2020. Praha: MZ ČR.
- Miovský, M., Voňková, H., Gabrhelík, R., Šťastná, L. (2015e). Universality Properties of School-Based Preventive Intervention Targeted at Cannabis Use. *Prevention Science* 16:189–199.
- Miovský, M., (2008). Evaluace adiktologických programů a služeb. In Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0. Pp. 307–315.
- Miovský, M., Šťastná, L., Gabrhelík, R., Jurystová, L., (2011). Evaluace primárněpreventivních intervencí v ČR: Realizované výzkumné studie. *Adiktologie* (11) 4, 236–247.
- Miovský, M., Miovská, L., Trapková, B., Řehan, V. (2006). Užívání alkoholu u dětí 5. a 7. tříd základních škol: výsledky kvaziexperimentální evaluační studie. *Adiktologie* 6 (2), 162–173.

- Miovský, M., Miovská, L., Trapková, B. (2004a): Projekt evaluace primárně-preventivního komunitního programu. *Adiktologie*, 3, 236–256.
- Miovský, M., Urbánek, T. (2001): NEAD 2000: Zprávy z projektu č. 1–31. Boskovice: Albert.
- Miovský, M., Šťastná, L. (2002). Návrh manuálu vstupního vzdělávacího kurzu pro školní metodiky primární prevence. Pracovní skupina Primární prevence Phare Twinning project „Drug Policy“. Příloha č. III/1/2 Závěrečné zprávy č. III/1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M., Gajdošíková, H., Miovská, L. (2004). Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli drog. *Časopis Biograf* 35(12), 33–52.
- Montes-Santiago, J. & Castro-Rial, M. L. (2009). Alcoholism prevention and alcohol advertising investment in Spain: David versus Goliath. *Adicciones*, 21, 203–206.
- Morgan, D. (1997): Focus groups as method of qualitative research. London, New Delhi: Sage, Thousand Oaks.
- Morgan, M., Hibell, B., Andersson, B. (1999). The ESPAD study: implications for prevention. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 6, 243–256.
- Metodické pokyny pro akreditaci MPA 60-01-04
- MŠMT (2000): Metodický pokyn ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Čj: 14514/2000 – 51. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2000). Strategie prevence společensky nežádoucích jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001–2004. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2005, 2008). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2009). Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012, 7.
- MŠMT (2004). Certifikační standardy odborné způsobilosti v oblasti primární prevence užívání návykových látek. Pracovní verze standardů č. 4. Praha: MŠMT.
- MŠMT (2002). Evaluace a diagnostika preventivních programů. Praha: MŠMT.
- MŠMT (1998). Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998–2000 (1998). Praha: MŠMT.
- MV ČR (1993). Koncepce protidrogové politiky pro období 1993–1994, předložená ministerstvem vnitra ČR 5. července 1993. Praha: MV ČR.
- Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání (2012). Metodika používání národního kvalifikačního rámce terciárního vzdělávání – Část třetí. Jak psát výstupy z učení pro studijní obory a předměty (pracovní verze). (<http://qram.reformy-msmt.cz/>, staženo 18. 5. 2012)
- National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents, Bethesda, MD.
- Neaman, R., Nilson, M., Solberg, U. (2000). Evaluation: a key tool for improving drug prevention. Scientific Monograph Series, No. 5. Lisbon: EMCDDA.
- Nešpor, K. et al. (1999). Zásady efektivní primární prevence. Praha: Sportpropag.
- Nilsson, M., Stenlund, H., Weinehall, L., Bergström, E. & Janlert, U. (2009). „I would do anything for my child, even quit tobacco“: Bonus effects from

- an intervention that target adolescent tobacco use. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 341–345.
- Novák, P., Miovský, M. & Štátná, L. (2009). The media portrayal of cannabis in relation to criminal activities. *Adiktologie*, 9, 196–203.
- Novák, P., Miovský, M. & Štátná, L. (2010). The media portrayal of addictive substances user and its social psychological perspective. *Lekársky obzor*, 59, 80–84.
- Noviny Havlíčkobrodská (2004). Bojovým sportem proti drogám. Kraj Vysočina, Noviny Havlíčkobrodská, 9. 10. 2004, rubrika: Zprávy z Vysočiny, p. 3.
- Noviny Třebíčska (2003). Baseballisté proti drogám. Kraj Vysočina, Noviny Třebíčska 20. 6. 2003, p. 26 (Sport Třebíčska), autor: Marie Pokorná.
- Paddock, S. M. (2005): *School-Based Drug Prevention and Other Strategies For Reducing Drug Use Santa Monica: RAND Corporation.*
- Pavlas Martanová, V. (2012). Development of the Standards and the certification process in primary prevention – an evaluation study (Vývoj Standardů a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie). *Adiktologie*, (12)3, 174–188.
- Pavlas Martanová, V. et al. (2012). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Pavlas Martanová, V. (2012a). Certifikační řád a metodika místního šetření pro proces certifikace dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Pavlas Martanová, V. et kol. (2012b). Manuál certifikátora: nástroj k praktické realizaci procesu certifikace dle Certifikačního řádu a metodiky místního šetření v souladu se Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Pellaux, D. (2010). Eudap-faculty cluster training 25–27/6/2010, Praha.
- Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., et al. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention – Results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 1979–1991.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernandez, C. et al. (2003). Risk Factors Associated With Drug Use: the importance of „risk environment“. *Drugs: education, prevention and policy* No. 4., Vol. 10. Pp.303–329.
- RVKPP (2004). Aktivita scientologů v oblasti primární protidrogové prevence: společné stanovisko Výboru zástupců resortů (VZR), MŠMT, MV, NPC a Sekretariátu RVKPP. Tisková zpráva. Praha: Úřad vlády ČR (27. 7. 2004).
- Saxe, L., Kadushin, Ch., Tighe, E. et al. (2006): *Community-Based Prevention Programs in the War on Drugs: Findings From the „Fighting Back“ Demonstration.* *Journal of Drug Issue* 2, 263–294.
- Sánchez-Martínez, F., Cardenal, A. A., Giménez, A. P., Ferrer, M. D., Medina, M. J. L. & Adell, M. N. (2010). Process evaluation of the school-based cannabis use prevention program “xkpts.com” in adolescents from barcelona in 2006. *Adicciones*, 22, 217–226.

- Scientologická církev (2004). Co dělá Scientologická církev ohledně drog? Informace o projektu (internetová prezentace). Zdroj: <http://www.scientologie.cz/tisk/index.php?display=page&ID=22&version=CZ&pg=1-5>. 12. 10. 2004, 14:01.
- Seidmann, I. (1997). Interviewing as qualitative research. London: Teachers.
- Skara S. & Sussman S. (2003) A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37, 451–474.
- Sovinová, H., Csémy, L., Warren, CW., Lee, J., Lea, V. (2008). Changes in tobacco use among 13–15-year-olds in the Czech Republic – 2002 and 2007. *Cent Eur J Public Health*, 16, 199–204.
- Springer, A., Uhl, A. (1998). Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse. Brussels: European Commission.
- Standardy pro udělování akreditací DVPP. Č.j. 26 451/2005-25, 30 908/2005-25, 10 405/2008-6/IPPP.
- Stel, J., Voordewind, D. (Eds.) (1998). Handbook of Primary Prevention: Alcohol, Drugs and Tobacco. Amsterdam: Jelinek Insitute.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W., Newcomb, M.D., 2004. The motivation, skills, and decision-making model of „drug abuse” prevention. *Subst Use Misuse*. 39, 1971–2016.
- Sussman, S. (2002). Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases*, 1, 35–81.
- Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe, Stockholm: Sweden.
- Ševčík, J. (2002): Formování negativních postojů dětí k užívání drog a látek vzbuzujících návyky. Závěrečná zpráva za období 1999–2001. Teplice: Okresní hygienická stanice Teplice.
- Širůčková, M., Miovský, M., Skácelová, L. a kol. (2012). Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Thomas, R. & Perera, R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), doi:10.1002/14651858, Art. No.: CD001293.
- Tighe, E., Saxe, L. (2006): Community-based Substance Abuse Reductin and Gap Between Treatment Need and Treatment Utilization. *Journal of Drug Issue*, 2, 295–312.
- The EU-Dap Study Group (2007). Unplugged: An effective school-based program for the prevention of substance use among adolescents. Eudap Final Technical Report n.1. Italy: Author.
- Tobler, N. S. (1992): Drug Prevention programs Can Work: Research Findings. *Journal of Addictive Diseases*, 3, 1–28.
- Tobler, N. C., Stratton, H. H. (1997): Effectivness of School-Based Drug Prevention Programmes: A meta-analysis of the Research. *The Journal of primary Prevention* 1, 71–128.
- Tobler, N. C., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A., Stackpole, K. M. (2000): *The Journal of Primary Prevention*, 4, 275–336.
- Trapková, B., Piños, S., Miovský, M. (2003). Minimální standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby v oblasti primární prevence drogových

- závislostí. Pracovní verze dokumentu vzniklého ve spolupráci se Sekcí primární prevence ANO. In Miovský, M., Kreeft, P. (2002a). Závěrečná zpráva č. III/1. Pracovní skupina: Primární prevence, Component 3: Phare Twinning Project "Drug policy". Příloha č. III/1/3 Závěrečné zprávy č. III/1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Usnesení vlády č.1045 ze dne 23. 10. 2000 bod č. 5b.
- UNICRI. (2003). School-Based Drug Education: a guide for practitioners and the wider community. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
- Van Der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M.R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M., Lindahl, A.-M. Melero, J.C., Vassara, M., Faggiano, F., The Eu-Dap Study Group, 2009. 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse. *Drugs Educ Prev Pol.* 16, 167–81.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, Koncepce poskytování poradenských služeb ve škole č. j. 27317/2004-24 (Věstník MŠMT ČR, ročník LXI, 2005, sešit 7), příloha č. 3.
- Vyhláška 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků ze dne 8. srpna 2005.
- Wakefield, M., Flay, B., Nichter, M., & Giovino, G. (2003). Role of the media in influencing trajectories of youth smoking. *Addiction*, 98, 79–103.
- Wiehe, S.E., Garrison, M.M., Christakis, D.A., Ebel, B.E., Rivara, F.P. (2005). A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health* 36, 162–169.
- World Health Organization. (2008). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. Geneva: WHO.
- WHO (2000). Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. WHO / UNDCP / EMCDDA.
- WHO (2000). Evaluace výsledku (Outcomes evaluation). Workbook No. 7. WHO, UNDCP, EMCDDA. Zdroj: <http://www.drogy-info.cz/article/articleview/41/1/60>.
- WHO (2000a). International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Geneva: WHO/ UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000b). Process Evaluations. Workbook No.4. Geneva: WHO/UNDCP/ EMCDDA.
- WHO (2000c). Outcome Evaluations. Workbook No.7. Geneva: WHO/UNDCP/ EMCDDA.
- WHO (2000d). Cost Evaluations. Workbook No.5. Geneva: WHO/UNDCP/ EMCDDA.
- WHO (2000e). Economic Evaluations. Workbook No.8. Geneva: WHO/ UNDCP/EMCDDA.
- Zákon č. 179/2006 Sb., o uznávání výsledků dalšího vzdělávání.

Seznam použitých zkratek

AOF	autorizované osoby fyzické
AOP	autorizované osoby právnické
CŽV	celoživotní vzdělávání
DEMO	demonstrace, praktické předvedení
DVPP	další vzdělávání pedagogických pracovníků
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
KAZU	kazuistika, případová studie
MODEL	popis řešení předložené modelové situace
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NASL	náslech zkoušejícího při preventivní práci adepta
NNO	nestátní neziskové organizace
NÚOV	Národní ústav odborného vzdělávání (nyní již sloučen do NÚV – Národního ústavu pro vzdělávání)
ONLINE	test administrovaný on-line přes vhodné e-learningové prostředí
OPOS	odborné posouzení zkoušejícího
PIPR	písemná práce (seminární, závěrečná atp.)
PP	primární prevence
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
PPRCH	primární prevence rizikového chování
PP UNL	primární prevence užívání návykových látek
PRAXE	doložení dovednosti či znalostí absolvovanou praxí
PROJ	vypracování projektu
REFR	strukturovaná reference osoby 4. úrovně
RCH	rizikové chování
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
ŠMP	školní metodik prevence
TEST	písemný test (s otevřenými či uzavřenými odpověďmi)
USTZK	ústní zkouška
VIDEO	videonahrávka, videotrénink
VOŠ	vzdělání na úrovni vyšší odborné školy, příp. vyšší odborná škola
VŠ	vysokoškolské vzdělání, příp. vysoká škola
VYNSPI-1	Projekt CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK, Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni
IPPP	Institut pedagogicko psychologického poradenství, přímo řízená organizace MŠMT
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Seznam obrázků

Obrázek 1: Schéma základních komponent celkového modelu školské prevence v ČR (Miovský, 2015)

Obrázek 2: Schéma vývoje základních trendů (Pavlas Martanová, 2012)

Obrázek 3: Schéma navrhovaného modelu kvalifikačních stupňů pracovníků v PPRCH (Charvát et al., 2012a, 2012b)

Obrázek 4: Struktura projektu evaluace komunitního programu PP

Obrázek 5: Srovnání prevalence užívání drog v rámci testu a retestu u experimentálního souboru

Obrázek 6: Srovnání prevalence užívání drog v rámci testu a retestu u kontrolního souboru

Obrázek 7: Celoživotní prevalence kouření tabáku

Obrázek 8: Třicetidenní prevalence kouření tabáku

Seznam tabulek

- Tabulka 1: Počet žáků ve školách a třídách podle výběrového souboru
- Tabulka 2: Srovnání experimentálního a kontrolního souboru z hlediska obsahu MPP
- Tabulka 3: Kvalifikační standard pro 1. základní úroveň: primárně preventivní minimum (Charvát et al., 2012a)
- Tabulka 4: Kvalifikační standard pro 2. středně pokročilou úroveň: středně pokročilý preventivní pracovník (Charvát et al., 2012a)
- Tabulka 5: Kvalifikační standard pro 3. pokročilou úroveň: pokročilý preventivní pracovník (Charvát et al., 2012a)
- Tabulka 6: Kvalifikační standard pro 4. expertní úroveň: expert primární prevence (Charvát et al., 2012a)
- Tabulka 7: Navrhovaný obsah a forma zkoušek a další požadavky pro jednotlivé úrovně (Charvát et al., 2012a)
- Tabulka 8: Doporučený orientační rozsah vzdělávání dle jednotlivých úrovní a komponent (Charvát et al., 2012a)
- Tabulka 9: Přehled počtu respondentů
- Tabulka 10: Srovnání experimentálního a kontrolního souboru v rámci prvního a druhého testování
- Tabulka 11: Prevalence užívání drog u jedenáctiletých v r. 2003
- Tabulka 12: Rozdíly mezi experimentálním a kontrolním souborem v rámci testu
- Tabulka 13: Prevalence užívání drog u dvanáctiletých v r. 2005
- Tabulka 14: Rozdíly mezi experimentálním a kontrolním souborem v rámci retestu
- Tabulka 15: Vliv preventivního programu na prevalenci užívání u rizikových skupin

Věcný rejstřík

A

aktivity preventivní 19, 25, 53, 66,
68, 72, 73, 78–81, 84, 91, 94, 96,
97, 111, 113, 116, 129, 138

C

centra prevence krajská 73, 82, 96
certifikace 12, 17, 35–45, 47, 114,
141
certifikační agentura 39–43
certifikační standardy 22
certifikační tým 39, 42

Č

Česká školní inspekce 58, 79
činnosti koordinační 90, 93
činnosti metodické 90, 93
činnosti poradenské 93
činnosti supervizní 93
činnosti vzdělávací 43, 91, 93, 97,
98, 100, 106, 116

D

další vzdělávání pedagogických
pracovníků 58, 60, 62, 66, 77, 95,
100
dovednost 16, 17, 20, 23, 56, 73, 77,
79–85, 87–92, 94–99, 104, 106,
108, 130, 134, 138

E

efekt 11, 16, 22, 26, 31, 73, 82, 107,
109, 113, 129, 131, 132, 135, 137,
138–141

efektivita 11–13, 15–18, 21, 29,
37, 51, 61, 65, 101, 103, 107, 108,
111–115, 117, 128, 130–135, 138,
140–142
evaluace 18, 21–30, 39, 40, 53, 57,
61–63, 65, 68, 73, 91, 94, 103–115,
122, 125, 128, 130, 135, 138
~ formativní 24, 52, 53, 65, 68, 104,
106, 108–112
~ normativní 24, 37
~ přípravy 25, 26, 30, 36, 37, 51–53
~ procesu 25, 26, 30, 36, 37, 51–53, 68,
73, 104, 106, 108, 110, 112, 128, 135
~ výsledku 26, 27, 104, 106, 108, 110,
112
expert primární prevence 80, 86, 93,
94, 96, 100

F

formativní evaluace 24, 52, 53, 65,
68, 104, 106, 108–112

Ch

chování rizikové 11–13, 15–17,
19–23, 27, 35–39, 42–45, 55, 56,
61, 66, 77, 78, 80–83, 87–90, 93,
95, 101, 105, 106, 109, 116, 129,
131, 132, 134, 139

I

inspekce školní 58, 79

K

kvalita 11–13, 15–18, 20, 21, 25–27,
30, 35–39, 41, 43–45, 47, 51, 58,

60, 61, 71, 73, 74, 77–79, 81, 82,
91, 96, 111, 114, 117, 135, 141, 142
kontinuita 19, 141
komise zkušební 96, 97
kompetence 17, 60, 77, 79–87, 95,
97–99
kompetence měkké 83, 98
kompetence odborné 17, 78, 83, 96
kvalifikační zkoušky standardizova-
né 81

M

metoda 15, 18, 22, 24, 25, 27–29, 33,
40, 41, 51, 52, 54, 55, 60, 61, 65,
68, 69, 74, 77, 82, 86, 90, 91, 94,
104, 106–110, 112, 113, 115–118,
134
metodik prevence oblastní 41, 66,
79, 93
metodik prevence školní 53–58, 61,
62, 65, 66, 70, 71, 78–80, 90, 107,
116, 118, 125, 135

N

nástroje evaluační 24, 30, 63, 78, 91
norma 20, 38, 87, 89, 94, 134
normativní evaluace 24, 37

O

období přechodné 84, 85, 99
organizace neziskové nestátní 36,
44, 57, 63, 80, 82, 86, 91, 96, 115,
116
osoby autorizované 80–82, 84, 93,
94–96, 98
osvědčení 84, 95, 100
ověřování stupňů kvalifikačních 97

P

pedagog speciální 77–79, 90
poradny pedagogicko-psychologic-
ké 41, 57, 63, 66, 67, 73, 82, 93, 96
pozice typické 85, 86, 88, 90, 93

práce preventivní interaktivní 80
pracovník preventivní pokročilý 79,
85, 86, 90, 92, 96, 100
pracovník preventivní středně pokro-
čilý 79, 85, 86, 88, 89, 100
prevence indikovaná 16, 23, 37, 43,
45, 79, 86, 90, 92, 106, 116
prevence selektivní 16, 23, 37, 43,
45, 79, 86, 88, 89, 106, 107, 116
prevence školská 11–13, 15, 16–18,
35–39, 43–47, 77, 78, 83, 85, 101,
110, 114, 141, 142
předpoklady kvalifikační 78, 85, 90,
96
předpoklady osobnostní 81
psycholog školní 65, 66, 79, 90, 92

S

sebezkušenost 84, 87, 89, 91, 93, 98,
99
soft skills 83, 98
standard hodnoticí 82, 84–86, 88,
91, 93, 95–97
standardy certifikační 22
standardy kvality 11–13, 17, 18, 21,
27, 30, 35, 36, 41, 43–45, 47, 51,
114, 141
standardizace 81, 94
studium pro školní metodiky preven-
ce specializační 66
systém vzdělávání v prevenci riziko-
vého chování 11, 77

U

uchazeč 84, 85, 95–100
univerzity 82, 96, 110
úroveň expertní 79–81, 86, 90, 93,
94, 96, 98, 99, 100
úroveň kvalifikační 79, 86, 99, 100
úroveň pokročilá 79, 85, 86, 90, 92,
96, 98–100
úroveň středně pokročilá 79, 85, 86,
88, 89, 96, 98–100
úroveň základní 79, 85–87, 96, 98, 99
uznávání vzdělání 99

V

vzdělávání celoživotní 85, 90, 92
vzdělávací instituce akreditované 81, 84, 95, 96

Z

zařízení školská 11, 61, 78, 79, 86,
88, 90, 94
znanost 17, 21, 23, 27–29, 62, 63, 77,
79–85, 87–89, 91, 92, 94–99, 104,
107, 110, 115, 117, 118, 124, 126, 132
způsobilost 15, 17, 36–39, 41, 68, 80,
83–85, 87, 89, 91, 92, 94, 97

Jmenný rejstřík

A

Adámková, T. 74, 112, 133, 134,
139
Aertsen, P. 146

B

Bém, P. 18, 22, 143

C

Costa, F. M. 147
Csémy, L. 112, 116, 118, 127, 129,
132, 138, 139, 144, 148, 153

Č

Černý, M. 78, 144

D

Daatland, Ch. 146
DeSwert, J. 146
DiClemente, C. C. 23, 24
Drábková H. 148
Dvořák, D. 145

E

Elias, N. 23

F

Fenk, R. 146
Fischer, U. 146
Freeman, H. E. 28

G

Gabrhelík, R. 16, 17, 47, 78, 112,
113, 133, 143, 146, 148, 150, 151
Gallà, M. 73, 146

H

Hofman, G. 28

Ch

Charvát, M. 11, 77, 86, 87, 89, 92,
94, 98, 99, 147

J

Jessor, R. 147
Jurystová, L. 65, 67, 71, 73, 74, 78,
112, 135, 143, 146–148, 150, 151

K

Kalina, K. 13, 15, 18, 22, 77, 143,
148, 151
Majtnerová Kolářová, S. 22, 35, 154
Krch, F. D. 131, 148
Kröger, Ch. 24–28, 148
Kubů, P. 61, 148–150

M

Pavlas Martanová, V. 11, 22, 36, 38,
40, 46, 80, 148, 152, 153
Miovský, M. 13, 15–17, 21, 23,
24, 35–37, 47, 53–55, 58–62, 65,
67–69, 73, 78, 82, 83, 86, 103, 106,
107, 112–117, 127, 130, 132, 133,
135, 139, 141, 143, 146–152, 154

N

Nešpor, K. 18, 22, 144, 148, 152
Novák, P. 138, 150, 152

P

Pilař, J. 35

R

Rossi, P. H. 28

S

Skácelová, L. 150, 154

Š

Širůčková, M. 154
Šťastná, L. 59, 61, 78, 112, 150–152

U

Uhl, A. 21, 24, 153

V

Van der Stel, J. 22, 106, 116, 124, 153
Voordewind, D. 22, 106, 116, 124, 153

Z

Zapletalová, J. 36, 150

Abstrakt

Kniha navazuje na tři monografie zabývající se školskou prevencí rizikového chování a zpracovává téma kvality a efektivity jako součást 15 let budovaného a vyvíjeného systému mezioborově a meziresortně ukotvené prevence. Autoři v úvodu představují základní rámec a kontext, ve kterém jsou témata kvality a efektivity v České republice v prevenci rozvíjena. Důraz je v celé knize kladen právě na kontinuitu vývoje celého systému a vazbu témat kvality a efektivity na oblast intervencí, profesionálů a jejich vzdělávání i na praktické aspekty hodnocení. V první části knihy je proto detailně představen systém standardů kvality preventivních intervencí od vzniku pracovní verze v letech 2000–2001 přes první oficiální verzi standardů adiktologických preventivních intervencí až po současnou verzi z roku 2012. Vedle toho je vysvětlen celý proces vzniku certifikací kvality a základní rámec jejich provádění i dalšího možného vývoje. Ve druhé části knihy jsou popsány praktické příklady realizace evaluací přípravy a procesu a na nich je vysvětlen a demonstrován základní repertoár možností, včetně aplikace smíšených výzkumných plánů. Třetí část knihy je pak věnována původnímu návrhu a originálnímu konceptu hodnocení profesní přípravy a erudice preventivních pracovníků. Celý koncept publikovaný poprvé v roce 2012 stojí na struktuře čtyřúrovňového modelu kvalifikačních stupňů pro hodnocení profesionálů v prevenci. Tento systém překonává bariéru resortních přístupů a různých legislativních regulací daných pro různé profese (pedagogy, psychology, lékaře atd.) a překonává též bariéru hodnocení různých kombinací vzdělávacích programů, osobní zkušenost a délku praxe atd. Poslední, čtvrtá část knihy je pak věnována královskému tématu efektivity. Na příkladech jsou opět představovány různé možnosti metodologického uchopení tématu (zvoleny byly příklady využívající kvaziexperimentální a experimentální výzkumné plány) u proběhlých úspěšných tuzemských studií.

Summary

The book is a continuation of three monographs on risky behaviour prevention at school; it is focused on quality and effectiveness as parts of the interdisciplinary and interdepartmental prevention system built and developed for 15 years. In the introduction, the authors present the basic framework and context in which the topics of quality and effectiveness in prevention in the Czech Republic are elaborated. The entire book emphasizes precisely the continuity of development of the whole system, and the fact that quality and effectiveness are connected to the field of interventions, professionals and their education, as well as practical aspects of evaluation. The first part of the book therefore presents a detailed introduction of the system of quality standards of preventive interventions, starting from its working version in 2000–2001, through the first official version of standards for preventive interventions in addictology, up to the current version of 2012. In addition, the entire process of quality certification development is explained, including a basic framework for implementation as well as further possible development of the certifications. The second part of the book describes practical examples of implementing evaluations of the preparation and of the process; the examples are used to explain and illustrate an essential repertoire of options including application of mixed research plans. The third part of the book is focused on the original proposal and original concept of evaluation of professional preparation and erudition of personnel in the field of prevention. The entire concept, published in 2012 for the first time, is built on the structure of a four-level model of qualification levels for evaluation of professionals in prevention. This system overcomes both the barrier of departmental approaches and various legislative regulations determined for various professions (pedagogues, psychologists, physicians, etc.), and the barrier of evaluation of various combinations of educational programmes, personal experience, duration of experience in practice, etc. The last, fourth part of the book discusses the paramount topic of effectiveness. Examples are used again to present various possibilities of how the topic can be grasped in terms of methodology (those examples have been chosen which utilize quasi-experimental and experimental research plans), as applied in successfully undertaken national studies.

Zusammenfassung

Das Buch knüpft auf drei Monographien an, die sich mit der schulischen Prävention von Risikoverhalten befassen, und behandelt das Thema der Qualität und Effektivität als Bestandteil eines innerhalb von 15 Jahren aufgebauten und entwickelten Systems einer fach- und ressortübergreifend verankerten Prävention. In der Einleitung stellen die Autoren den hauptsächlichlichen Rahmen und den Kontext vor, in dem die Themen von Qualität und Effektivität der Prävention in der Tschechischen Republik weiter geführt werden. Der Schwerpunkt des ganzen Buches wird einerseits auf die Kontinuität der Entwicklung des Gesamtsystems gelegt und andererseits auf die Verknüpfung der Themen der Qualität und Effektivität mit dem Bereich der Interventionen, der Professionellen und ihrer Ausbildung; darüber hinaus werden auch die praktischen Aspekte der Bewertung verfolgt. Im ersten Teil des Buches ist daher das System der Qualitätsstandards für Präventionsinterventionen seit der Entstehung des Entwurfs in den Jahren 2000–2001, über die erste offizielle Version der Standards der addiktologischen Präventionsinterventionen, bis zu der aktuellen Version aus dem Jahr 2012 vorgestellt. Weiterhin wird der gesamte Entstehungsprozess der Qualitätszertifizierung und ein hauptsächlichlicher Rahmen für ihre Durchführung und eventuelle weitere Entwicklung vor Augen geführt. Im zweiten Teil des Buches sind praktische Beispiele der Evaluierung der Vorbereitung und des Prozesses beschrieben und vor diesem Hintergrund wird das grundlegende Repertoire von Optionen, einschließlich der Anwendung von gemeinsamen Forschungsvorhaben erklärt und veranschaulicht. Der dritte Teil des Buches ist dem ursprünglichen Vorschlag und Originalkonzept der Bewertung der Ausbildung und Expertise von Mitarbeitern im Bereich der Prävention gewidmet. Das gesamte, zum ersten Mal im Jahr 2012 veröffentlichte Konzept baut auf einem Vier-Stufen-Modell von Qualifikationsgraden für die Bewertung von Experten im Bereich der Prävention auf. Dieses System überwindet sowohl das Hindernis der rein fachlichen Herangehensweise und verschiedener legislativen Verordnungen, die für die verschiedenen Berufe (Lehrer, Psychologen, Ärzte usw.) bestehen, als auch jenes der Beurteilung von verschiedenen Kombinationen von Lernprogrammen, persönlicher Erfahrung und der Länge der Praxis usw. Der

vierte und zugleich letzte Teil des Buches widmet sich dem Hauptthema der Effektivität. Anhand von Beispielen von erfolgreichen einheimischen Studien werden hier wieder verschiedene Optionen für die methodische Behandlung des Themas vorgestellt (wobei solche Beispiele ausgewählt wurden, die von quasiexperimentellen und experimentellen Forschungsplänen Gebrauch machen).

Résumé

Le livre fait suite à trois monographies consacrées à la prévention scolaire des conduites à risque et traite du thème de la qualité et de l'efficacité comme partie intégrante du système d'encrage interdisciplinaire et intersectoriel de la prévention, élaboré et développé depuis 15 ans. En introduction, les auteurs présentent le cadre général et le contexte dans lesquels sont développés les thèmes de la qualité et de l'efficacité de la prévention en République tchèque. Tout au long du livre, l'accent est justement mis sur la continuité du développement de tout le système ainsi que sur les thèmes de la qualité et l'efficacité lié au domaine de l'intervention des professionnels et de leur formation ainsi qu'aux aspects pratiques de l'évaluation. C'est pourquoi la première partie du livre présente en détail le système des normes de qualité des interventions préventives depuis la création de la version de travail dans les années 2000–2001, en passant par la première version officielle des normes des interventions préventives en addictologie, jusqu'à la version actuelle de l'année 2012. Outre cela, c'est l'ensemble du processus de certification de la qualité et le cadre général de son application ainsi que de sa future évolution possible qui sont expliqués. La deuxième partie du livre décrit des exemples pratiques de réalisation d'évaluation de la préparation et du processus, et à partir de ces exemples, explique et démontre le répertoire de référence des possibilités, ainsi que l'application de la recherche conjointe. La troisième partie du livre est ensuite consacrée à la proposition initiale et au concept original d'évaluation de la formation et de l'érudition des acteurs de la prévention. L'ensemble du concept publié pour la première fois en 2012 repose sur la structure d'un modèle à quatre niveaux de degrés de qualification pour évaluer les professionnels de la prévention. Ce système dépasse aussi bien la barrière des approches sectorielles que différentes réglementations législatives concernant différentes professions (enseignants, psychologues, médecins etc.) et dépasse aussi la barrière de l'évaluation de diverses combinaisons de programmes éducatifs, expérience personnelle et durée de carrière etc. La quatrième et dernière partie du livre est enfin consacrée au thème royal de l'efficacité. Diverses possibilités d'approches méthodologiques du thème sont de nouveau présentées sur des exemples (ont été choisis des exemples de plans de recherche quasi expérimentaux et expérimentaux) d'études locales, récentes et utiles.



Klinika adiktologie

**1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**

Apolinářská 4 / 128 00 Praha 2

www.adiktologie.cz

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN je výukové, výzkumné a klinické pracoviště 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, které se zaměřuje na rozvoj adiktologie jako samostatného vědního oboru zabývajícího se problematikou užívání návykových látek a návykového chování obecně. Adiktologie spojuje biologická, psychologická a sociální hlediska do jednotného transdisciplinárního výzkumného rámce zaměřeného na konkrétní problematiku rizikového prostředí užívání návykových látek a závislostního chování, přičemž se snaží přinášet společnosti relevantní vědecké informace špičkové úrovně. Cílem adiktologie je přispívat ke zkvalitňování duševního i fyzického zdraví populace svým aktivním podílem při realizaci výzkumem podložených intervencí v oblasti prevence a léčby závislostí a minimalizace rizik souvisejících s užíváním návykových látek, jakož i v oblasti drogových trhů. Klinika adiktologie realizuje klinický lůžkový provoz, výuku a výzkum v oblasti adiktologie, samostatného transdisciplinárního vědního oboru zabývajícího se zkoumáním rizikového prostředí užívání návykových látek a návykového chování obecně. Hlavní činnosti kliniky se dělí do čtyř oblastí.

Klinický provoz zajišťuje osm pracovišť (oddělení) Kliniky adiktologie: Lůžkové oddělení pro muže, Lůžkové oddělení pro ženy, Detoxifikační oddělení, Centrum metadonové substituce, Ambulance pro alkoholové závislosti, Ambulance pro nealkoholové závislosti, Centrum pro psychoterapii a rodinnou terapii a Ambulance dětské a dorostové adiktologie.

Pregraduální výukové programy tvoří tři hlavní ohniska: pregraduální výuka v bakalářském oboru adiktologie (cca 200 studentů), pregraduální výuka v magisterském oboru adiktologie (cca 100 studentů), výuka adiktologie pro studenty všeobecného lékařství a stomatology – širší rámec oboru psychiatrie.

Vědecko-výzkumná činnost a postgraduální výuka zahrnuje také zahraniční spolupráci v této oblasti. Klinika garantuje samostatný postgraduální (čtyřletý) studijní program *Adiktologie* (cca 15 studentů). Vědecko-výzkumná činnost je rozdělena do tří samostatných útvarů: Centrum primární prevence užívání návykových látek, Centrum diagnostiky, terapie a rehabilitace poruch a onemocnění spojených s užíváním návykových látek, Centrum pro studium trestněprávních a kriminologických souvislostí užívání návykových látek, Centrum pro minimalizaci rizik v oblasti užívání návykových látek.