

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

# **Primární prevence zneužívání návykových látek – zaměření na situaci v Plzni**

Bakalářská práce

Petr Žíla

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Jan Dočkal CSc.

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2008

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Primární prevence zneužívání návykových látek – zaměření na situaci v Plzni“ napsal samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Kladrubech dne 17.11.2008

Petr Žíla

## **Anotace**

*Název práce:* Primární prevence zneužívání návykových látek – zaměření na situaci v Plzni

Tématem této bakalářské práce je primární prevence zneužívání návykových látek. První část práce se věnuje vymezení základních definic a pojmů, dále pak efektivitě, evaluaci a standardům kvality preventivních programů. Další kapitola stručně popisuje vývoj primární prevence v České republice a uvádí aktuální legislativní předpisy. Následně je uvedena stručná epidemiologie drogových závislostí v Plzeňském kraji v letech 1997 a 2007. Praktická část práce mapuje projekty primární prevence zneužívání návykových látek v Plzni, a to jako srovnání situace z roku 1997 a ze současnosti. Toto srovnání má naznačit, kam se stav v oblasti primární prevence v západočeské metropoli za 10 let posunul, zda došlo k nějakým výrazným změnám v nabídce preventivních programů atd.

*Klíčová slova práce:* primární prevence, zneužívání návykových látek, efektivita a evaluace v primární prevenci, epidemiologie drogových závislostí, programy primární prevence

## **Annotation**

*Title of the bachelor work:* Primary prevention of abuse of addictive toxic substances – focused on situation in Pilsen.

The topic of this bachelor work is the primary drug prevention. The first part of this work presents definitions of fundamental concepts and terms, further the effectiveness, evaluation and quality standards of preventive programs. The next chapter describes briefly the development of primary prevention in the Czech Republic and there are also listed actual legislative regulations. This is followed by concise epidemiology of drug addictions in Pilsener region from 1997 to 2007. The practical part maps projects of primary prevention of drug abuse – it is shown as a comparison of situations in the year 1997 and the present. This contrast should indicate how the situations in this field developed in this West Bohemian city in last 10 years and if there are any noticeable changes in offer of prevention programs etc.

*Key words of this work:* primary prevention, drug abuse, effectiveness and evaluation in primary prevention, epidemiology of drug addictions, primary drug prevention programs

# Obsah

Úvod

1. Primární prevence – obecné vymezení
  - 1.1. Prevence sociálně patologických jevů
  - 1.2. Prevence zneužívání návykových látek
  - 1.3. Specifikace a dělení primární prevence
  - 1.4. Cíle primární prevence
  - 1.5. Cílové skupiny primární prevence
  - 1.6. Pracovníci primární prevence
  - 1.7. Programy primární prevence
  - 1.8. Efektivita v primární prevenci
  - 1.9. Evaluace v primární prevenci
  - 1.10. Standardy kvality a certifikace preventivních programů
2. Primární prevence v České republice
  - 2.1. Přehled historického vývoje od roku 1989
  - 2.2. Organizační systém primární prevence
  - 2.3. Legislativní předpisy v oblasti primární prevence
3. Epidemiologie drogových závislostí v Plzeňském kraji
  - 3.1. Obecná charakteristika Plzeňského kraje
  - 3.2. Epidemiologie drogových závislostí v roce 1997
  - 3.3. Epidemiologie drogových závislostí v roce 2007
4. Primární prevence zneužívání návykových látek v Plzni
  - 4.1. Situace v roce 1997
  - 4.2. Situace v současnosti
5. Závěr - shrnutí

Rejstřík

Seznam literatury

# Úvod

Tématem mé bakalářské práce je primární prevence zneužívání návykových látek. Toto téma jsem si nezvolil náhodně. V letech 1996 – 2000, jsem jako zaměstnanec Centra protidrogové prevence a terapie v Plzni, měl možnost vést a spoluvytvářet program primární prevence, a i dnes, jako pracovník v oblasti sociálně právní ochrany dětí, se s problematikou prevence u dětí a mládeže často setkávám. Výběru pomohla i skutečnost, že v roce 1998 jsem téma primární prevence zneužívání drog, se zaměřením na realizaci programů v Plzni, použil při zpracování diplomové práce na Vyšší sociálně pedagogické a teologické škole JABOK. I proto jsem se rozhodl, že by mohlo být zajímavé, zkusit zpracovat stejné téma s desetiletým odstupem a zjistit, nakolik se situace v dané oblasti změnila a kam se posunula. Jsem si vědom, že za tuto dobu došlo k méně, či více podstatným změnám, jak v teoretických východiscích, tak v praktické realizaci primární prevence. Proto bych rád v první části práce zpracoval téma v teoretické rovině, ve druhé pak bych chtěl srovnat situaci v oblasti realizace primárně preventivních programů v západočeské metropoli po deseti letech.

Na úvod bude jistě užitečné, zformulovat konkrétní otázky a okruhy, na které by práce měla odpovědět. Vzhledem k rozsahu práce a zamýšlené struktuře jsem zvolil následující:

- 1) *Teoreticky vymezit pojem primární prevence zneužívání návykových látek, definovat základní pojmy, cíle a kritéria hodnocení programů primární prevence.*
- 2) *Přiblížit situaci v oblasti primární prevence v ČR, zhodnotit stručně její vývoj od roku 1989 a uvést základní legislativní předpisy.*
- 3) *Uvést stručnou epidemiologii v oblasti drogových závislostí v plzeňském regionu v roce 1997 a dnes (jako východisko pro potřebnost primární prevence).*
- 4) *Charakterizovat současnou situaci v oblasti primární prevence zneužívání návykových látek v Plzni, popsat jednotlivé projekty a programy a zhodnotit vývoj těchto aktivit pomocí srovnání se stavem před deseti lety.*

Jak jsem již zmínil, důležitým materiálem a podkladem pro mě bude diplomová práce zpracovaná před deseti lety. První část práce bude zpracovaná na základě dostupné odborné literatury a metodických materiálů. Statistická data budou uvedena z epidemiologických charakteristik Krajské hygienické stanice v Plzni. Praktická část se bude opírat o výroční zprávy jednotlivých organizací, zprávy o realizaci jednotlivých programů, konzultace s odborníky z praxe a v neposlední řadě i o mé vlastní zkušenosti z této oblasti. Jsem si vědom, že vzhledem k rozsahu práce nebude celá oblast primární prevence zneužívání návykových látek zpracovaná do všech podrobností, jak v teoretické, tak v praktické části.

# 1. Primární prevence – obecné vymezení

## 1.1. Prevence sociálně patologických jevů

Podle všeobecného pojetí znamená prevence předcházení a zamezení vzniku nemoci nebo nežádoucího jevu. Obvykle se rozlišují tři základní druhy prevence:

a) *primární prevence*: je zaměřena na populaci jako celek, působí na uvažované příčiny jevu tak, aby snížila riziko jeho výskytu

b) *sekundární prevence*: orientuje se na zvláště ohrožené skupiny populace, u kterých je zvýšené riziko, že nežádoucímu jevu podlehnou

c) *terciální prevence*: je zaměřena na prevenci recidivy a na předcházení vážných zdravotních či sociálních poškození

Primární prevencí v nejširším pojetí rozumíme veškeré aktivity, které mají za cíl ovlivnit a změnit názory, postoje a chování lidí tak, aby u nich nedošlo ke vzniku a rozvoji daného nežádoucího jevu (kriminálního chování, rasismu, šikany, závislosti na návykových látkách atd.). Tyto nežádoucí jevy označujeme souhrnně jako sociální deviace, či moderněji jako sociálně patologické jevy či rizikové chování. Sociálně patologické jevy jsou obecně vnímány jako určité sociální ohrožení nebo zatížení a prevence je jedním ze základních způsobů ochrany proti takovým jevům.

*„Primární prevence rizikového chování je soubor jakýchkoli zdravotních, sociálních, výchovných či jiných intervencí a opatření směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky.“<sup>1</sup>*

Následující kapitoly této práce jsou věnovány primární prevenci zneužívání návykových látek. Přesto nelze opominout další formy rizikového chování. Ty s problematikou zneužívání drog také často souvisí, ať již přímo či nepřímo. Znamená to, že z pohledu primární prevence zneužívání návykových látek nahlížíme i na ostatní formy rizikového chování jako na související fenomény. Tato skutečnost se odráží v pojetí mnohých dlouhodobých primárně preventivních programů a projektů, především pokud jde o primární prevenci dětí a mládeže ve školním prostředí. Takové projekty nejsou zaměřeny specificky na problematiku zneužívání návykových látek, ale zahrnují prevenci sociálně patologického chování komplexně.

---

<sup>1</sup> <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/70/153/Primarni-prevence.html>

## 1.2. Prevence zneužívání návykových látek

Obecnou strategii boje proti zneužívání návykových látek, resp. opatření usilující o omezení šíření drog, můžeme rozdělit do dvou hlavních oblastí:

a) *snižování nabídky nelegálních návykových látek na trhu, tzv. prevence nabídky:*

- zákonná represe – orgány policie, protidrogové centrály, celní úřad atd.
- administrativní kontrola – inspektoráty omamných a psychotropních látek atd.
- legislativa – zákonné normy a ostatní předpisy

b) *snižování poptávky po návykových látkách, tzv. prevence poptávky:*

- primární prevence – prevence v rodině, školách, médiích, orientovaná na populaci, která dosud návykové látky nezneužívá
- sekundární prevence – různé formy léčby a léčebné rehabilitace (někdy jsou zahrnovány i aktivity „harm reduction“)
- terciální prevence – prevence relapsu, cílem je návrat do normálního života, tzv. resocializace (dle Světové zdravotnické organizace WHO patří do této oblasti prevence i aktivity „harm reduction“).

Uvedený přehled oblastí prevence zneužívání návykových látek je pouze schematický a má posloužit k začlenění pojmu „primární prevence“ do struktury ostatních preventivních aktivit. Především definování a vymezení sekundární a terciální prevence v oblasti zneužívání drog je i mezi odborníky stále diskutováno.

## 1.3. Specifikace a dělení primární prevence

Primární prevenci lze v našich podmínkách obecně rozdělit na tzv. *prevenci nespecifickou* a *prevenci specifickou*.

a) *nespecifická prevence*

Do oblasti nespecifické prevence jsou zahrnovány veškeré techniky a postupy, umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení zájmů, nadání a pohybových a sportovních aktivit. Nespecifické preventivní programy zneužívání návykových látek zahrnují veškeré aktivity, které nemají se zneužíváním těchto látek přímou souvislost. Jedná se o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikových forem chování prostřednictvím kvalitnějšího využívání volného času. Programy nespecifické prevence by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistovaly sociálně patologické jevy, tj. bylo by i v takovém případě smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat. Do nespecifické prevence patří zájmové kroužky (fungující při školách, lidových školách umění

atd.), sportovní aktivity apod. Zahrnujeme sem i programy zaměřené na zlepšení životního stylu.

#### *b) specifická prevence*

Ve specifické prevenci se jedná o preventivní působení zaměřené přímo na problematiku určitého sociálně patologického jevu, kterému se snaží předejít nebo omezit jeho nárůst. Specifické primárně preventivní programy se zaměřují na určité cílové skupiny (např. z hlediska věku, sociálního statutu, handicapu atd.). Právě tato jasná profilace (snaha působit specificky a selektivně) na určitou formu sociálně patologického chování odlišuje specifickou prevenci od nespecifické. Specifičnost programů je dále dána nutností zaměřit se na určitou cílovou skupinu, jeví se jako nejohroženější. Není totiž odborně ani ekonomicky smysluplné, aby všemi typy preventivních programů procházely např. všechny děti, ale pouze ty, u kterých vzhledem k věku, sociálnímu postavení atd. předpokládáme vyšší pohotovost k rizikovému chování. Na rozdíl od aktivit nespecifické prevence tedy můžeme říci, že programy specifické primární prevence jsou všechny takové, které by neexistovaly, kdyby neexistoval problém sociálně patologických jevů (např. zneužívání návykových látek).

Toto rozdělení je však typicky českou záležitostí. V zemích Evropské unie je nejčastěji využívána klasifikace amerického Institutu lékařství z roku 1994, která primární prevenci rozděluje na *všeobecnou, selektivní a indikovanou*.

#### *a) všeobecná prevence*

Do skupiny všeobecné prevence jsou zahrnovány aktivity, které jsou zaměřeny na celou populaci, případně její část (škola, místní komunita atd.). Cílem je především poskytnout programy zaměřené na informovanost o sociálně patologickém jevu a dovednosti, které mohou pomoci zabránit jeho vzniku (např. užívání návykových látek). Cílová skupina není stanovena na základě individuálních rizikových faktorů. Patří sem např. různé mediální kampaně, školní programy určené všem žákům školy atd. Od roku 2001 sbírá Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) informace o školních preventivních programech v relativně velkém rozsahu tak, aby byly k dispozici srovnatelné údaje o situaci ve všech členských státech EU.

#### *b) selektivní prevence*

Selektivní prevence je zaměřená na určité konkrétní skupiny populace, u kterých se předpokládá zvýšené riziko výskytu sociálně negativních jevů. Může jít např. o programy určené dětem z velkých sídlišť, dětem alkoholiků, dětem ze sociálně slabšího prostředí atd. Tyto aktivity se zaměřují na celou rizikovou skupinu bez ohledu na to, jak jsou rizikovým faktorům vystaveni jednotlivci. Informace o selektivní prevenci v EU jsou zatím



velice vzácné a nesourodé. Od roku 2003 pracuje EMCDDA systematicky na vytvoření klasifikace intervencí v rizikových skupinách populace.

#### *c) indikovaná prevence*

Tento typ prevence se zaměřuje na jedince, kteří již vykazují známky problémového chování související s daným sociálně patologickým jevem. V oblasti zneužívání návykových látek se např. jedná o osoby, u nichž ještě nelze hovořit o drogové závislosti, avšak s návykovými látkami již mohou experimentovat. Cílem pak je snížení frekvence a objemu užívání, ideálně pak ukončení takových experimentů.

### **1.4. Cíle primární prevence**

Cílem primární prevence v nejobecnějším pojetí je zamezení vzniku sociálně patologického jevu, ke kterému se prevence vztahuje, případně minimalizace tohoto jevu, pokud již nastal.

*„Cílem primární protidrogové prevence je zabránit samotnému užívání drog nebo alespoň odložit první zkušenosti s užíváním návykových látek do co nejpozdějšího věku. Dalším cílem primární prevence je snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami a předejít tak různým zdravotním a sociálním dopadům užívání drog, které by si vyžádaly léčbu nebo další intervence.“<sup>2</sup>*

Dosažení základního cíle primární prevence se děje stanovováním různých mezicílů, které by k tomuto stavu měly směřovat. Setkáváme se s cíli, jako je zvýšení sebevědomí u cílové populace, zlepšení komunikačních dovedností, či naučení dovednosti odmítat nabízené nežádoucí chování apod. Je zřejmé, že u všech jedinců se nepodaří naplnit hlavní úkol, aby např. návykové látky vůbec nezačali užívat. Proto se setkáváme s dalšími úrovněmi obecných cílů specifické prevence:

- a) pokud se u části populace nedaří zabránit zahájení užívání návykových látek, je třeba alespoň posunout věkovou hranici a pokusit se minimalizovat rizika spojená s tímto jednáním, jak z hlediska jednotlivce, tak celé společnosti
- b) pokud se u některých jedinců nepodařilo zabránit zahájení užívání návykových látek, je nutné je i nadále motivovat k upuštění od takového jednání a podporovat je k návratu k normálnímu životnímu stylu a současně u nich minimalizovat rizika spojená s užíváním drog

---

<sup>2</sup> Kalina , Drogy a drogové závislosti 2, 2003,s.275

c) v případě rozvoje rizikového chování jedinců spojeného s užíváním návykových látek zajistit prostředky ochrany před dopady tohoto jednání a motivovat tyto osoby k využití odborné pomoci.

## 1.5. Cílové skupiny primární prevence

Cílové skupiny preventivních programů tvoří jedinci, jimž jsou jednotlivé preventivní programy určeny. Setkáváme se s rozdělením cílových skupin na dva typy: *primární cílové skupiny* a *sekundární cílové skupiny*.

### a) primární cílová skupina

Primární cílovou skupinou je ta část populace, u které chceme zamezit vzniku nežádoucího sociálně patologického jevu. V oblasti primární prevence se jedná nejčastěji o děti a mládež od předškolního a školního věku až po středoškoláky a vysokoškoláky. Právě středoškoláci a vysokoškoláci se však mohou stát rovněž sekundární cílovou skupinou.

### b) sekundární cílová skupina

Sekundární cílovou skupinou je označována ta část populace, která působí na skupinu primární jako tzv. intermediátoři. To jsou všechny osoby, které nějakým způsobem mohou přenášet znalosti a ovlivňovat postoje dětí a mládeže (primární cílové skupiny). Do skupiny intermediátorů mohou patřit rodiče, pedagogové, vychovatelé, ale i sportovci, politici, umělci atd. Do této skupiny mohou patřit i vrstevníci. Intermediátoři nepůsobí vždy jako lektoři v uceleném primárně preventivním programu, ale jejich vliv se projevuje např. v jejich prezentaci v médiích a na veřejnosti.

Jasně definovaná cílová skupina a její kapacitní vymezení je požadavkem na veškeré preventivní programy. Nezbytnou součástí definování cílové skupiny v každém programu je rovněž zdůvodnění vhodnosti a potřebnosti projektu právě pro tuto cílovou skupinu. Preventivní programy by měly respektovat specifické problémy a potřeby cílové skupiny.

Zřejmě nejvýznamnějším kritériem které vymezuje cílovou populaci preventivních programů je věk jedinců. Vzhledem k tomu uvádím rozčlenění, se kterým se v primární prevenci nejběžněji pracuje:

a) předškolní věk (3-6 let)

b) mladší školní věk (6-12 let)

c) starší školní věk (12-15 let)

d) mládež (18-18 let)

*e) mladí dospělí (18-26 let)*

*f) dospělí (nad 26 let)*

Věkové kritérium by mělo být doplněno dalšími kritérii, např. kritériem pohlaví, vzdělání, příslušnosti k sociální skupině, profese, místa intervence apod.

## **1.6. Pracovníci primární prevence**

Pracovníkem primární prevence bývá označován jedinec, který se zabývá primární prevencí formou přímé práce či organizačně, koordinačně, vědecky apod. Zvláště pokud jde o pracovníky primární prevence, kteří se jí věnují přímo (tzv. lektoři primární prevence), měli by být vybaveni základními teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi v dané oblasti. Osobnost lektora je jedním z nejdůležitějších faktorů účinnosti preventivního působení. V přístupu lektorů bývají velké rozdíly, které jsou určovány samotnou specifikací preventivního programu. Prosazuje se spíše takový přístup, ve kterém pracovníci primární prevence vystupují méně jako delegovaná autorita, která poučuje a zakazuje, ale snaží se spíše o přátelský a diskrétní přístup. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále jen MŠMT) ve svých metodických dokumentech uvádí okruh speciálních vědomostí a dovedností, kterými by pracovník primární prevence měl disponovat:

- znát teorii a praxi vzniku závislosti a problematiku drogové epidemiologie
- znát základní rizikové a protektivní faktory při vzniku závislosti
- znát rozmanité preventivní modely a přístupy
- znát systémovou teorii a její aplikaci v primární prevenci
- být schopen efektivně pracovat s danou cílovou populací
- být schopen efektivně komunikovat v oblasti primární prevence
- mít vlastní jednoznačný postoj k návykovým látkám s důrazem na zdravý životní styl
- mít základní vědomosti oblasti sekundární a terciální prevence
- mít základní informace o institucích zabývajících se primární, sekundární i terciální prevencí a dokázat je využít při preventivní práci
- mít základní vědomosti a dovednosti v oblasti krizové intervence
- využívat pravidelně supervize své práce a průběžně se vzdělávat

## **1.7. Programy primární prevence**

Programy primární prevence zneužívání návykových látek řadíme do rozsáhlé skupiny programů primární prevence sociálně patologických jevů. Cílem těchto programů je získání

znalostí, dovedností a postojů podporující zdravý životní styl. Tyto znalosti a dovednosti by si měla cílová populace uchovat i po skončení preventivního programu. Dle standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, zpracovaných MŠMT, by měl být každý preventivní program charakterizovaný třemi vlastnostmi:<sup>3</sup>

- přímým a explicitně vyjádřeným vztahem k oblasti užívání návykových látek a tématům s tím spojeným – tj., že cíl, obsah a způsob provádění preventivního programu má přímou vazbu na problematiku užívání drog
- časovou a prostorovou ohraničeností realizace – sestavení plánu preventivního programu
- jasnou definicí cílové skupiny a s tím spojeným zdůvodněním matchingu (přiřazením určité skupiny či jednotlivce k danému typu programu odpovídajícímu potřebám a problémům cílové skupiny).

Americký Národní ústav pro zneužívání drog – NIDA definuje principy programů primární prevence následujícím způsobem:<sup>4</sup>

- preventivní programy by měly podporovat protektivní faktory a omezovat vliv rizikových faktorů
- preventivní programy by měly být zaměřeny na všechny formy návykového chování – na užívání legálních drog, užívání nelegálních drog i zneužívání volně dostupných látek (léky, těkavé látky atd.)
- preventivní programy by měly reflektovat způsob užívání návykových látek v daném místě a komunitě, měly by být zaměřené na ovlivnitelné rizikové faktory a posilování existujících protektivních faktorů
- preventivní programy by měly zohledňovat specifické charakteristiky dané populace, jako jsou věk, pohlaví a etnická příslušnost, a tím zvyšovat efektivitu programu.

Preventivní programy v našich podmínkách bývají realizovány nejčastěji ve školním prostředí. Tyto programy bývají nejčastěji rozdělovány tímto způsobem:

#### *a) jednorázové preventivní programy*

Jednorázové preventivní programy se dále dají rozdělit do dvou typů:

- a) přednášky či beseda
- b) komponovaný pořad

---

<sup>3</sup> Standardy odborné způsobilosti..., MŠMT, 2005, s.6

<sup>4</sup> Zaostřeno na drogy, 1/2006, s.2

Přednášky či besedy jsou realizovány jedním nebo více lektory v různém časovém rozpětí pro jednu nebo i více tříd najednou. Lektori přicházejí jako „experti“ na daný problém. Snaží se o předání objektivních informací, příp. využívají formu diskuse.

Komponované pořady využívají kromě mluveného slova také např. promítání filmů, dramatických či hudebních vstupů a her diváků.

Realizace jednorázových programů bývá často kritizována, protože nesplňují základní kritérium dlouhodobosti a kontinuálnosti. Svá místa mohou nalézt jako doplněk dlouhodobé prevence.

#### *b) dlouhodobé preventivní programy*

Dlouhodobé preventivní programy se snaží na cílovou populaci působit kontinuálně a mohou se tak zaměřit nejen na předávání informací, ale i na budování vztahu mezi lektory a účastníky programu. Tyto programy se sestavují s ohledem na věk dětí. Nejčastěji se setkáváme s programy pro předškolní věk (mateřské školy), mladší školní věk (1.-5. třída), starší školní věk (6.-9. třída) a středoškoláky.

Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů zpracovaný MŠMT, hovoří o tzv. „*Minimálním preventivním programu*“, který zpracovává každá škola, a který podléhá kontrole České školní inspekce.<sup>5</sup> Na tvorbě a realizaci programu by se měli podílet všichni pedagogičtí pracovníci školy, přičemž koordinace jeho tvorby a kontrola realizace patří k činnostem školního metodika prevence. K zabezpečení Minimálního preventivního programu může škola využít dotačního řízení MŠMT, které každoročně vyhláší příslušné krajské úřady za podmínek stanovených manuálem pro předkladatele projektů vydaným MŠMT.

## **1.8. Efektivita v primární prevenci**

Efektivita protidrogové politiky státu se v dlouhodobém časovém horizontu určuje v obecné rovině nejčastěji pomocí dvou faktorů:

- a) snižováním, nebo alespoň stagnací počtu závislých osob
- b) zvyšováním průměrného věku závislých osob

Pokud jde o efektivitu primární prevence, sledování jejího dlouhodobého dopadu je v současných podmínkách a systému velice obtížné. Navíc, komplex faktorů, které působí na děti a mládež souběžně s realizovaným preventivním programem, je těžko zachytitelný a lze jej obtížně hodnotit. Podrobněji se způsobům hodnocení kvality preventivních programů budu

---

<sup>5</sup> Metodický pokyn k primární prevenci..., MŠMT, 2005, s. 6

věnovat v kapitolách o evaluaci a standardech kvality v primární prevenci. Nyní bych rád uvedl přehled obecných kritérií, které by realizované preventivní programy měly splňovat. Tato kritéria byla v České republice formulována a publikována koncem 90.let (Nešpor, Kalina) a jejich definice se stala součástí prvního návrhu standardů specifické primární prevence.

*a) komplexnost a kombinace různých strategií*

Preventivní programy je nutné koncipovat komplexně, zároveň však je třeba využívat různých strategií a postupů, s ohledem na cílovou populaci a typ programu. Preventivní programy musí být zasazeny do komplexního a dlouhodobého systému prevence.

*b) kontinuita působení – dlouhodobost a systematicčnost*

Jednotlivé programy na sebe musejí časově navazovat a vzájemně se vhodně doplňovat. Systém musí být transparentní a ucelený. Jednorázové aktivity, např. jednorázové přednášky na školách, komponované pořady atd. nebývají většinou příliš efektivní.

*c) adekvátnost informací i postupů vzhledem k cílové populaci*

Preventivní program musí jasně definovat svou cílovou skupinu a této cílové populaci musí být přizpůsoben z hlediska věku, úrovně dosavadních vědomostí, sociokulturního zázemí, etnické příslušnosti atd.

*d) včasné zahájení preventivních aktivit*

Preventivní působení na jedince by mělo být ideálně zahájeno již v předškolním věku, neboť osobnostní orientace, názory a postoje se formují již v ranném dětském věku. Je prokázáno, že čím dříve prevence začíná, tím je efektivnější. Pochopitelně je třeba dodržet zásadu adekvátnosti informací a postupů.

*e) pozitivní orientace primární prevence a nabídka alternativ*

Součástí každého preventivního programu by měla být podpora zdravého životního stylu, využívání pozitivních modelů a vzorů a nabídka atraktivních a kvalitních alternativ. Tyto alternativy však musejí být jako atraktivní pro cílovou populaci a nikoliv jen pro lektory.

*f) orientace nejen na předávání informací, ale především na změnu postojů a chování*

Cílem preventivních programů by mělo být v první řadě ovlivnění chování jedinců cílové populace žádoucím směrem. Kvalita postojů přitom nemusí přímo souviset s rozsahem a hloubkou informací. Součástí programů by mělo být získání relevantních sociálních dovedností potřebných pro život (např. posílení sebevědomí, posílení schopnosti čelit tlaku k rizikovému chování, zkvalitnění úrovně komunikace, posílení schopnosti dokázat řešit životní problémy atd.)

*g) využití vrstevníků (peer prvku), důraz na interakci a aktivní zapojení*

Vrstevníci hrají v životě dětí a mládeže zásadní roli a často jsou větší autoritou než rodiče či pedagogové. Mají výrazný vliv na utváření názorů a postojů a mohou tak výrazně přispět ke snížení rizikového chování u cílové populace. Aktivní účast vrstevníků, jejich iniciativa a příklad, zvyšují pravděpodobnost úspěšnosti preventivního programu.

*h) denormalizace daného sociálně patologického jevu*

Preventivní programy mají přispívat k vytvoření takového klimatu, které není příznivé k šíření daného negativního jevu (užívání návykových látek). Pojem denormalizace znamená fakt, že se normy a hodnoty určitého společenství změní tak, aby jedincům užívání návykových látek nepřipadalo jako normální. Cílem denormalizace je především zvýšit v daném společenství „drogové vědomí“, morálku a účast na řešení problému.

*i) vytváření podpůrného prostředí a podpora protektivních faktorů ve společnosti*

Součástí preventivních programů by měla být podpora a vytváření podmínek pro společensky přijatelné aktivity a rovněž vytvoření podpůrného prostředí, ve kterém jedinci cílové populace dokáží navázat uspokojivé vztahy. Nezbytnou součástí preventivních programů by měla být i nabídka specializované péče v případě potřeby (předání kontaktů na odborníky).

*j) nepoužívání neefektivních prostředků*

Zkušenosti ukazují, že jako neúčinné strategie se jeví pouhé poskytování informací o účincích návykových látek, zastrasování cílové populace, zakazování, zveličování negativních dopadů sociálně patologického jevu, moralizování atd. Veškeré jednostranné a zjednodušující informace mohou působit nedůvěryhodně a mohou negativně ovlivnit celý preventivní program.

Pro srovnání uvádím ještě kritéria účinnosti preventivních programů podle Nešpora a Csémyho.<sup>6</sup>

Efektivní preventivní program:

- odpovídá věku
- je určen malé skupině a je interaktivní
- zahrnuje získání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život
- bere v úvahu místní specifika
- využívá pozitivní modely
- zahrnuje legální i nelegální návykové látky
- je dlouhodobý a kontinuální

---

<sup>6</sup> Nešpor, Csémy, Alkohol, drogy..., 1997, s.35

- je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně
- je komplexní a využívá více strategií
- počítá s komplikacemi a nabízí možnosti, jak je zvládat

## 1.9. Evaluace v primární prevenci

Odborná literatura uvádí různé definice termínu evaluace preventivních programů a strategií. V České republice se o evaluaci primární prevence začalo více diskutovat v letech 1999 a 2000, v reakci na výsledky konference First European Conference on the Evaluation of the Drug Prevention, která proběhla v březnu roku 1997 v Portugalsku. V zásadě se pojmem evaluace v prevenci rozumí „soubor přístupů a metod, kterými je možné zhodnotit kvalitu, případně také efektivitu určitého preventivního opatření.“<sup>7</sup> Evaluace (hodnocení) je tedy zjišťování toho, jak konkrétní preventivní programy fungují, jaké faktory komplikují jejich realizaci apod. Evaluace se stává nezbytnou součástí preventivních programů, zvláště těch, které jsou financovány z veřejných prostředků. U každého programu by mělo být předem ověřeno, zda je vhodný pro danou cílovou populaci, zda nebude působit spíše kontraproduktivně, zda má reálné cíle, je ekonomický atd. Hlavní zásadou je, že hodnotit lze pouze ten program, který má jasně stanovené cíle. Postupné kroky evaluace realizované v jednotlivých fázích jsou následující:<sup>8</sup>

- volba a vymezení problému včetně stanovení hypotéz
- sběr dat a způsob užití speciálních metod
- statistické zpracování údajů a interpretace zjištěných výsledků
- zobecnění výsledků

Způsobů třídění evaluací existuje mnoho. Evaluaci můžeme dělit do jednotlivých typů např. tímto způsobem:

### a) evaluace formativní

Formativní evaluace se zaměřuje na akci a klade důraz na identifikaci silných a slabých stránek projektu. Cílem je zjištění toho, zda je třeba učinit nějaké změny ke zkvalitnění programu. Cílovou skupinou příjemců informací jsou ti, kteří mají odpovědnost za plánování, řízení a doručování opatření.

<sup>7</sup> Kadlecová, Primární prevence..., 2007, s.25

<sup>8</sup> Evaluace a diagnostika preventivních programů, 2002, s.29



### *b) evaluace sumativní (normativní)*

Sumativní evaluace využívá spíše kvantitativních metod. Je orientována na závěr a většinou si ji objednávají tvůrci politik při rozhodování o budoucnosti programu. Závěrem je doporučení, zda by měl program nadále pokračovat.

Hlavním cílem evaluace je systémově utřídit nejdůležitější témata, která významně souvisí s realizací procesu plánování a vyhodnocování preventivních intervencí. Zaměření tohoto procesu je proto orientováno do těchto tří hlavních oblastí:<sup>9</sup>

#### *a) evaluace plánování preventivního programu*

#### *b) evaluace průběhu preventivní intervence*

#### *c) evaluace výsledku preventivní intervence.*

Při plánování programu je třeba si odpovědět na otázky: čeho a jakým způsobem chceme dosáhnout, pro koho je program určen, jaké metody práce budou použity, kde bude program realizován, jaká bude finanční náročnost programu, jaká bude časová náročnost programu a jaká je odborná garance a supervize projektu.

Evaluace by měla pomoci identifikovat klíčové prvky efektivního programu a ty mohou na druhou stranu pomoci při formulování dalších preventivních opatření. Kvalitní evaluace přináší dobrou popisnou charakteristiku celkové kvality programu, a to bez ohledu na výsledek evaluace. Významnou roli při podporování systematické evaluace hraje EMCDDA, která průběžně upozorňuje na kvalitní programy prostřednictvím systému EDDRA (viz [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)). V listopadu 2005 byl na webových stránkách EMCDDA zprovozněn praktický manuál „PERK“, který shrnuje základní principy a doporučené postupy při přípravě a realizaci programů primární prevence. Tento nástroj klade důraz na propojenost kroků při přípravě preventivních aktivit a jejich evaluaci, což by se mělo zpětně promítnout také do vytváření preventivních programů na základě vědecky ověřených informací.

## **1.10. Standardy kvality a certifikace preventivních programů**

*„Standardy odborné způsobilosti jsou určeny k hodnocení a certifikaci poskytovatelů specifických preventivních programů“<sup>10</sup>* Cílem standardů je především stanovení kritérií kvality programů a efektivní vynakládání finančních prostředků, které jsou na realizaci programů poskytovány. Za hlavní úkoly standardů je považováno:<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Evaluace a diagnostika preventivních programů, 2002, s.10

<sup>10</sup> Standardy odborné způsobilosti..., MŠMT, 2005, s.7

<sup>11</sup> Standardy odborné způsobilosti..., MŠMT, 2005, s.7

- nastavení ukazatelů kvality poskytovaných služeb, které umožní poskytovatelům vzájemně srovnatelné posuzování kvality preventivní práce
- standardy jsou v rámci procesu certifikace nástrojem pro odborné posouzení poskytovatele, který se k certifikaci přihlásil. Získání certifikátu je pak známkou kvality pro klienty, správní orgány i veřejnost
- vytvoření východisek k zabezpečení širší dostupnosti kontinuálního preventivního působení.

Úkol vypracovat standardy specifické primární prevence užívání návykových látek, vyplynul u Usnesení vlády ČR č.1045 z roku 2000 (o Národní strategii protidrogové politiky na období 2001-2004). V červnu 2005 schválila vláda usnesením č. 700/2005 Pravidla pro vynakládání finančních prostředků na protidrogovou politiku, kde byla jako podmínka pro přidělování dotací stanovena certifikace odborné způsobilosti. Standardy kvality programů primární prevence byly schválené Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky v září 2005 a byly definovány pro programy specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky i mimo ni, pro programy včasné intervence, vzdělávací programy a ediční činnost v oblasti primární prevence. Základní rámec standardů je v souladu s Národní strategií protidrogové politiky na období 2005-2009. MŠMT tak vytvořilo materiál, který by měl u preventivních programů přispět zásadním způsobem k hodnocení kvality a rovněž i efektivity.

Skupina certifikátorů posuzuje od roku 2006 kvalitu práce zařízení poskytujících programy primární prevence v oblasti školství podle platných Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Certifikátoři, na základě žádosti státních i nestátních subjektů, realizují šetření u těchto poskytovatelů preventivních programů a výsledkem je udělení či neudělení certifikátu. Udělená certifikace by měla být respektována jako určitá garance kvality programu a měla by hrát svou roli při rozdělování státních finančních prostředků. Podle vládního usnesení č. 693 z roku 2006, týkajícího se změny podmínek při poskytování finančních prostředků ze státního rozpočtu v oblasti primární prevence, jsou dotace poskytovány těm organizacím, které certifikací úspěšně prošly. Toto opatření se poprvé uplatnilo při rozdělování grantů v letošním roce.

Vedle sledování úrovně jednotlivých preventivních aktivit by standardy měly přispět rovněž ke sblížení samotného chápání prevence jednotlivými zainteresovanými resorty. Formulací Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek došlo k určitému sladění a ucelení procesu hodnocení kvality a efektivity služeb v dané oblasti mezi léčbou (sekundární a terciální prevencí) a primární prevencí.

V oblasti sekundární a terciální prevence byl totiž proces ověřování nástrojů pro hodnocení kvality a efektivity služeb zahájen již v roce 1995 vznikem Spojené akreditační komise.

## **2. Primární prevence v České republice**

### **2.1. Přehled historického vývoje od roku 1989**

Vývoj primární prevence užívání návykových látek v České republice prošel za posledních 20 let složitým, ale významným obdobím. Před rokem 1989 spadala primární prevence metodicky především pod speciální zařízení ministerstva zdravotnictví – Ústav zdravotní výchovy, který byl garantem vzdělávání a výchovy v oblastech týkajících se prevence a ochrany zdraví. Specifická primární prevence na školách v té době prakticky neexistovala. Pozornost v oblasti prevence byla zaměřena zejména na alkohol a tabák a působení lektorů spočívalo převážně v besedách, které měly charakter mentorování, zákazů apod. Jednalo se hlavně o jednorázové přednášky lékařů, které probíhaly ve vyšších ročnících základních škol a na středních školách. Až po roce 1989 začalo přibývat odborníků a institucí, kteří se primární prevencí začali teoreticky i prakticky zabývat. Důvodem byla nepochybně skutečnost, že problematika zneužívání návykových látek dostala po otevření se Evropě a světu zcela jiný rozměr, což vedlo v důsledku k podstatným změnám ve všech oblastech protidrogové prevence.

Významným dokumentem, který odstartoval snahu o vytvoření jednotné koncepce protidrogové politiky, tedy i koncepce primární prevence, se stala Strategie protidrogové politiky z roku 1993. Následně došlo k přenesení centrální koordinační role z Ministerstva vnitra ČR (dále MV) na meziresortní úroveň prostřednictvím vzniklé Meziresortní protidrogové komise (dále MPK). Zhruba od roku 1995 se začalo vážněji diskutovat o problémech primární prevence užívání návykových látek a o způsobu jak ji koordinovat a provádět. MŠMT se v této době zasloužilo o nastartování určitých pozitivních trendů (především o profesionalizaci přístupu), na které mohlo být později (po roce 2001) navázáno.

Období let 1998 až 2001 bývá hodnoceno z pohledu rozvoje primární prevence jako období stagnace či kroků nesprávným směrem. Důvodem byly určité politicko-organizační změny v resortu MŠMT a MPK, díky kterým došlo prakticky k přerušení vývoje preventivních programů. Z koncepčního hlediska došlo především k přiklonění se k nespecifické primární prevenci na úkor prevence specifické. V souvislosti s tím vznikl dokument „Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998 – 2000“ (MŠMT 1998), který byl odborníky zkritizován. Kritika směřovala

především k tomu, že za primární prevenci bylo označeno prakticky cokoli, čím lze vyplnit volný čas dětí a mládeže. Tato koncepce tak zcela opomenula podložená fakta, která upřednostňují cílené intervence, reflektující specifika cílové populace. Jak uvedu později na konkrétních příkladech, s následky takového přístupu se setkáváme dodnes.

Ani následující koncepce MŠMT pro oblast primární prevence (MŠMT 2001) nepřinesla výrazný posun a přispěla spíše ke zakonzervování předchozího stavu. Při hodnocení stavu primární prevence provedeném např. v rámci projektu Phare Twinning Project: Drug Policy se ukázalo, že další nedostatky se týkaly nedůsledné koordinace a kontroly v oblasti primární prevence. Bylo zjištěno, že neexistovala jednotná představa koordinace primární prevence, což vedlo v důsledku k nekoordinovanosti kompetencí jednotlivých resortů. Vznikaly tak vzájemně nekompatibilní materiály jednotlivých resortů, které se místo vzájemného doplňování často překrývaly. Do systému primární prevence nebyly zahrnuty některé cílové skupiny (např. zdravotní personál), jiné skupiny byly dle názoru odborníků (Miovský) předimenzovány počtem i rozsahem navrhovaných strategií. Dalším negativním zjištěním bylo neprovádění pravidelných institucionálních analýz jednotlivých resortů, které by dostatečně osvětlily vynakládání státních finančních prostředků. Ukázalo se tak, že nedostatek finančních prostředků, o kterém se často hovořilo, je způsobován především nekoordinovaným přístupem, nedodržováním jednotného způsobu klasifikace programů a rovněž nedostatečnou kontrolou kvality a řízením systému prevence na nižších úrovních (okresy, kraje).<sup>12</sup>

K určitému zlepšení situace v oblasti primární prevence došlo po roce 2002, kdy byla odpovědnost v rámci MŠMT přenesena na odbor prevence, který ve spolupráci s Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále RVKPP), dřívější MPK, sestavil pracovní skupinu pro primární prevenci složenou ze zástupců jednotlivých resortů, zástupců poskytovatelů služeb a zástupců krajů. Tato skupina se podílela na vytvoření standardů primární prevence a tvorbě dalších metodických materiálů. V oblasti primární prevence se kromě státních orgánů do koordinace a metodiky začaly zapojovat i nestátní subjekty, která se snaží o zkvalitnění péče v dané oblasti. Je možné uvést např. Sekci primární prevence Asociace nestátních organizací (dále A.N.O.). Asociace je dobrovolná, odborná a nezávislá instituce, která slouží jako zastřešující organizace nestátních neziskových subjektů v oblasti prevence, léčby a resocializace drogových závislostí.

---

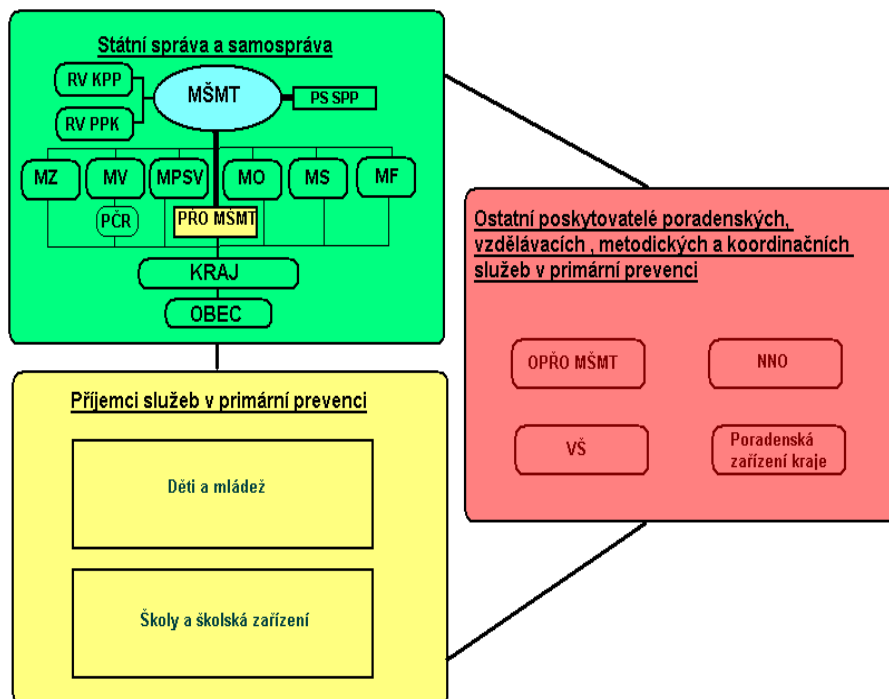
<sup>12</sup> Miovský, Kreeft, Souhrnná zpráva Analýzy potřeb v oblasti primární prevence, Praha, 2002

Usnesením vlády č.549 z roku 2003, o posílení národní protidrogové politiky, bylo MŠMT pověřeno koordinací primární protidrogové prevence na meziresortní úrovni. Byla zpracována „Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období let 2001-2004“, která byla součástí „Národní strategie protidrogové politiky vlády ČR“ na stejné období. MŠMT v této době vyčleňovalo ze svého rozpočtu průměrně ročně cca 20 mil. Kč na „Programy na podporu aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství“. Jednalo se o dotační řízení určená pro projekty na místní úrovni (Program I) a na úrovni nadregionální (ProgramII). Kromě toho byla resortem školství ročně uvolňována částka kolem 5 milionů korun do rozpočtu krajů na zabezpečení činnosti metodiků prevence. Národní strategie obecně rozlišila kompetence resortů, neobsahovala však popis zastřešujícího rámce celé oblasti. Koordinační funkce MŠMT pro celou oblast primární prevence neodpovídala postavení MŠMT v celém systému a ani jeho kompetencím pro všechny oblasti prevence. Z tohoto pohledu se jako výhodnější a efektivnější zdálo přenést centrální koordinační funkci v primární prevenci na meziresortní úroveň. Fakticky tak můžeme hovořit o tom, že existovaly dílčí realizované představy řešící vždy určitý výsek celé oblasti, víceméně však bez specifické návaznosti, propojenosti a především bez jednotného systému řízení a kontroly.

V souladu s „Národní strategií protidrogové politiky na období 2005-2009“ byla zpracována „Strategie prevence sociálně patologických jevů dětí a mládeže v působnosti resortu školství“ (dále jen Strategie prevence) na období 2005-2008. Za hlavní cíle tohoto materiálu bylo stanoveno zkvalitnění koordinace a kontroly specifické primární prevence, dosažení vyšší kvality a efektivity prováděných programů, rozvoj a podpora sociálních kompetencí a výchova ke zdravému životnímu stylu. Principy strategie prevence byly dále rozpracovány v „Metodickém pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních“ (dále jen Metodický pokyn k primární prevenci). V současné době se připravuje zhodnocení výsledků a změn za toto období.

## **2.2. Organizační systém primární prevence**

Strategie prevence na období 2005-2008 a Metodický pokyn k primární prevenci, charakterizují mimo jiné organizační systém primární prevence sociálně patologických jevů v ČR.



Vysvětlivky k použitým zkratkám:

RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVPPK	Republikový výbor pro prevenci kriminality
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PŘO	Přímo řízené organizace MŠMT
OPŘO	Ostatní přímo řízené organizace MŠMT
PS SPP	Pracovní skupina specifické primární prevence
MO	Ministerstvo obrany
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MF	Ministerstvo financí
MS	Ministerstvo spravedlnosti
NNO	Nestátní neziskové organizace
VŠ	Vysoká škola

Na *horizontální úrovni* spolupracuje MŠMT s ostatními věcně příslušnými resorty: Ministerstvem zahraničí ČR (MZ), Ministerstvem vnitra ČR (MV), Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (MPSV), Ministerstvem obrany ČR (MO), Ministerstvem spravedlnosti ČR (MS), Ministerstvem financí ČR (MF) a dále s nadresortními orgány: Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) a Republikovým výborem prevence kriminality při Ministerstvu vnitra (RVPPK). V rámci této úrovně byly při MŠMT zřízeny Pracovní skupina specifické protidrogové prevence a Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů.

Na *vertikální úrovni* MŠMT koordinuje a metodicky vede krajské školské koordinátory prevence, metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školní metodiky prevence (pedagogové ve školách a školských zařízeních). Metodický pokyn k primární prevenci vymezuje kompetence těchto subjektů a pozic následujícím způsobem (vybrané body):<sup>13</sup>

a) MŠMT -

- v návaznosti na schválené dokumenty z oblasti primární prevence sociálně patologických jevů zpracovává příslušný koncepční materiál resortu na dané období
- vytváří podmínky pro realizaci resortního systému prevence na národní úrovni v oblasti metodické a legislativní
- každoročně vyčleňuje resortní finanční prostředky na primární prevenci
- koordinuje činnost přímo řízených organizací (např. Institut pedagogicko-psychologického poradenství, Výzkumný ústav pedagogický) v oblasti primární prevence a efektivně využívá jejich odborného potenciálu v oblasti metodické, vzdělávací atd.
- svolává Výbor pro udělování certifikací programům primární prevence užívání návykových látek a na základě podkladů uděluje certifikace
- metodicky vede krajské školské koordinátory prevence

b) Krajský úřad -

- koordinuje činnost jednotlivých institucí systému prevence v resortu školství na krajské úrovni
- v rámci organizační struktury krajského úřadu pověřuje vhodného pracovníka funkcí „krajského školského koordinátora prevence“
- zabezpečuje systém vzdělávání pedagogických a dalších pracovníků na úrovni kraje, zaměřený na zvyšování jejich odborné způsobilosti pro činnost v oblasti prevence
- v rámci koncepce školské politiky zřizuje pedagogicko-psychologické poradny a vymezuje jejich územní působnost
- krajskému úřadu se doporučuje každoročně vyčleňovat z jeho rozpočtu finanční prostředky určené výhradně na specifickou primární prevenci

---

<sup>13</sup> Metodický pokyn k primární prevenci..., MŠMT, 2005, s.4

c) Krajský školský koordinátor prevence -

- spolupracuje s krajským protidrogovým koordinátorem a koordinátorem prevence kriminality krajského úřadu a spolu s nimi a dalšími subjekty se podílí na vytváření krajské koncepce prevence na příslušné období
- monitoruje situaci na školách v regionu z hlediska podmínek pro realizaci preventivních programů
- metodicky vede metodiky prevence v pedagogicko-psychologických poradnách zřizovaných krajem
- provádí kontrolu naplňování Minimálních preventivních programů, připravuje jejich vyhodnocení a sumarizuje návrh na jejich financování ze státních zdrojů

d) Metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně -

- zajišťuje realizaci preventivních opatření v oblasti územní působnosti
- zajišťuje koordinaci a metodickou podporu školních metodiků prevence
- pomáhá řešit aktuální problémy související s výskytem sociálně patologických jevů ve škole
- udržuje kontakt se všemi institucemi a jednotlivci, kteří se v kraji v primární prevenci angažují

e) Školní metodik prevence –

- koordinuje přípravu, realizaci a vyhodnocení Minimálního preventivního programu
- odborně a metodicky pomáhá ostatním pedagogům v oblasti preventivní výchovy
- spolu s ostatními pedagogy sleduje rizika vzniku sociálně patologických jevů a navrhuje cílená opatření k časnému odhalování těchto rizik
- spolupracuje s krizovými, poradenskými a preventivními zařízeními a zajišťuje informovanost žáků a jejich rodičů o činnosti těchto institucí

Pokud jde o další subjekty mimo resort MŠMT, kteří se přímo podílejí na realizaci primární prevence zneužívání návykových látek, je třeba uvést především široké spektrum nestátních neziskových organizací (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, nadace atd.), které působí jak ve školách, tak v mimoškolním prostředí. Přímou preventivní práci vykonávají v ČR rovněž pracovníci či skupiny pracovníků Policie ČR a příslušníci městských policí.



### 2.3. Legislativní předpisy v oblasti primární prevence

Závazné dokumenty, upravující oblast primární prevence vychází z mezinárodních úmluv, zákonů a podzákoných předpisů. Uvádím přehled těch nejdůležitějších.

- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (MP 14514/2000-51): tento pokyn vymezuje škálu sociálně patologických jevů, definuje minimální preventivní program, stanovuje kompetence institucí v systému primární prevence.
- Pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení (č.j.: 14269/2001-26): definuje povinnost všech zaměstnanců ohlásit vedení školy poznatky, svědčící o tom, že žák užívá omamné látky, dopouští se gamblerství, šikany, trestné činnosti, popř. je jim vystaven, atp.; zákaz kouření v areálu školy (s výjimkou k tomu vyhrazených prostor); zákaz požívání alkoholických nápojů a jiných návykových látek a práce pod jejich vlivem.
- Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (z.č. 561/2004 Sb.; tzv. školský zákon): stanovuje školám vytvářet podmínky pro zdravý vývoj dětí, žáků a studentů a pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních: v rámci této vyhlášky je mimo jiné definován systém primární prevence na okresní a školské úrovni.
- Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků: tato vyhláška stanovuje mimo jiné kvalifikační podmínky pro výkon činností v oblasti primární prevence.
- Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů (z. 563/2004 Sb.): zmiňuje příplatky pro pedagogy, zabývající se kromě přímé pedagogické činnosti i další specializované činnosti vyžadující další kvalifikační předpoklady.
- Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů (z.č. 379/2005): zákaz kouření ve vnitřních i vnějších prostorech škol.

Další související metodické pokyny z resortu MŠMT pro oblast prevence:

- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení (MP 28275/2000-22): charakterizuje šikanování, jeho projevy, vymezuje jak minimalizovat rizika spojená se šikanou, jaké jsou postupy

a výchovná opatření, jaká je možná spolupráce školy s rodiči žáků a specializovanými institucemi.

- Metodický pokyn MŠMT k projevům rasismu, xenofobie a intolerance (MP 14423/1999-22): definuje z čeho vyplývají úkoly prevence projevů rasismu, xenofobie a intolerance, dále postup škol při uplatňování efektivní primární prevence těchto projevů.
- Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví (MP 10194/2002-14): pojednává o prevenci záškoláctví a postizích (kdo eviduje docházku, způsob omlouvání nepřítomnosti, řešení neomluvené nepřítomnosti, atd.)
- Spolupráce předškolních zařízení, škol a školských zařízení s Policí ČR při prevenci a vyšetřování kriminality dětí a mládeže a kriminality na dětech a mládeži páchané (MP 25884/2003-24): definuje podmínky vstupu policie do škol, postup při předvolání, předvedení nebo zajištění žáka, atd.

Pro poskytovatele primárně preventivních programů :

- Usnesení vlády ČR č. 693 z 7.6.2006 k zavedení systému certifikací v oblasti primární protidrogové prevence: ukládá MŠMT povinnost zajistit zavedení systému certifikací v oblasti primární prevence (vypracování metodiky certifikačního řízení, proškolení certifikátorů, provedení certifikace – proces zahájen 2. října 2006); dále mění Pravidla pro vynakládání finančních prostředků (schválena usnesením vlády č. 700 ze dne 8.6.2005 k pravidlům vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu České republiky na protidrogovou politiku).

### **3. Epidemiologie drogových závislostí v Plzeňském kraji**

#### **3.1. Obecná charakteristika Plzeňského kraje**

Dříve než se budu v další části věnovat tématu primární prevence zneužívání návykových látek v Plzni, považuji za důležité uvést alespoň velmi stručnou epidemiologickou charakteristiku drogových závislostí v tomto regionu. Vzhledem k tomu, že aktivity v oblasti primární prevence budu popisovat jako srovnání z let 1997 a současnosti, rovněž epidemiologická data o uživatelích návykových látek uvádím pro stejné období.

Plzeňský kraj leží na jihozápadě České republiky. Svou rozlohou, 7 561 km<sup>2</sup>, je třetím největším krajem České republiky, avšak počtem obyvatel se řadí na deváté místo v ČR.

Sedm okresů kraje (Domažlice, Klatovy, Plzeň-město, Plzeň-sever, Plzeň-jih, Rokycany, Tachov) představuje územní celky výrazně se odlišující krajinným charakterem, počtem a skladbou obyvatelstva, ekonomickým potenciálem, velikostí a hustotou osídlení. Ke konci roku 2007 žilo v kraji 561 074 obyvatel, z toho v okrese Plzeň-město 180 799. Úřady práce v okresech Plzeňského kraje evidovaly koncem roku 2007 celkem 14 443 nezaměstnaných osob, míra nezaměstnanosti byla 4,43%, v okrese Plzeň-město 3,64%.

### **3.2. Epidemiologie drogových závislostí v roce 1997**

Epidemiologická data této a následující kapitoly jsou převzata ze zpráv Krajské hygienické stanice Plzeňského kraje se sídlem v Plzni. Tato instituce se dlouhodobě věnuje zpracovávání dat o uživatelích drog v kraji. Zpracováváné údaje jsou získávány z léčebných a kontaktních center, které podávají hlášení o svých klientech. Je tedy třeba vzít v potaz, že statistika hovoří o osobách, které využijí služeb některého z těchto zařízení.

V roce 1997 bylo v Plzeňském kraji evidováno 241 problémových uživatelů drog. Nejvíce klientů léčebných a kontaktních center bylo hlášeno z okresu Plzeň-město 133 (51,5%). Mezi problémovými uživateli bylo 166 mužů (61,5%) a 104 žen (38,5%). Nejčastější drogou, kvůli jejímuž užívání klient navštívil některé ze zařízení byl pervitin (69,7 % klientů), druhou nejčastěji užívanou drogou byl heroin (10,0%). Ve způsobu aplikace dominovala aplikace injekční (58,6%). Z pohledu potřebnosti primární prevence je důležitý fakt, že před patnáctým rokem života začalo poprvé experimentovat s drogou 11,4% klientů center. Do věku 19 let zkusilo drogu 76,2% klientů. Statistika problémových uživatelů drog byla zpracována na základě hlášení celkem 22 zařízení z Plzeňského kraje. Z pohledu celé ČR patřil Plzeňský kraj k průměru v celkovém počtu evidovaných uživatelů.

### **3.3. Epidemiologie drogových závislostí v roce 2007**

Data Krajské hygienické stanice v Plzni pro rok 2007 byla zpracována na základě hlášení 10 léčebných a kontaktních center. Můžeme tak pozorovat, že oproti roku 1997 poklesl počet zařízení o více než polovinu. Tato skutečnost se promítá i do celkového počtu evidovaných uživatelů drog, který činil 171 osob. S ohledem na snížení počtu léčebných a kontaktních center není možno relevantně zhodnotit, jestli počet uživatelů drog oproti roku 1997 poklesl či se zvýšil. Vzhledem k uvedeným skutečnostem se však dá soudit, že k výrazné změně nedošlo. Z okresu Plzeň-město bylo hlášeno 142 uživatelů drog (83 %). Z celkového počtu bylo 114 mužů (66,7%) a 57 žen (33,3%). Nejčastěji užívanou základní drogou byl opět

pervitin, uvedlo ho 104 klientů (60,8%), druhou pak heroin, udalo ho 35 osob (20,5%). Nejčastější způsob aplikace, tak jako v předešlých letech, byla injekční aplikace – 116 uživatelů (67,8%). V roce 2007 uvedlo první užití drogy v životě před 15. rokem života 54 uživatelů (31,6%), což ukazuje na stálé snižování věkové hranice. V celorepublikové statistice se Plzeňský kraj opět zařadil k průměru.

Z uvedených údajů je patrné, že realizace aktivit v oblasti primární prevence užívání návykových látek má pochopitelně i v Plzeňském kraji stále své opodstatnění. Po vysokém nárůstu počtu uživatelů drog ze začátku 90. let se situace relativně stabilizovala.

## **4. Primární prevence zneužívání návykových látek**

### **v Plzni**

#### **4.1. Situace v roce 1997**

Jak bylo zmíněno v úvodu práce, rád bych se pokusil o srovnání situace v oblasti primární prevence v Plzni v roce 1997 a v současnosti, přičemž při mapování stavu z roku 1997 mi poslouží zejména má diplomová práce zpracovaná na téma primární prevence v roce 1998.

Období kolem roku 1997 bylo v oblasti primární prevence zneužívání návykových látek v plzeňském regionu dobou, kdy primární prevence získávala vedle projektů sekundární a terciální prevence své samostatné a pevné místo. Pokud jde o primárně preventivní aktivity realizované ve školním prostředí v Plzni (specifická prevence), ty v této době nabízely v podstatě tři subjekty – Centrum protidrogové prevence a terapie o.p.s., organizace Teen Challenge a Pedagogicko-psychologická poradna Plzeň-město. Projektům těchto organizací se budu věnovat podrobněji níže.

Prevence v médiích se v regionu omezovala na informativní články a reportáže, neexistoval žádný dlouhodobější projekt, který by se problematice zneužívání návykových látek speciálně věnoval. Určitou dobu vysílal Český rozhlas Plzeň v týdenní frekvenci publicistický pořad pro mládež, který se mimo jiné věnoval i problematice drog. Poměrně často v devadesátých letech probíhaly „preventivní“ akce pro žáky a studenty spočívající v hromadném promítání filmů s danou problematikou. Pokud jde o prevenci v rodinách, resp. o situaci mezi rodiči dospívajících, jejich informovanost nebyla dostatečná, což potvrzovali rodiče samotní, když se jejich děti dostaly do problémů s návykovými látkami.

Svou roli v oblasti prevence hrála již této době v Plzni krajská hygienická stanice, která se podílela na vytváření epidemiologií užívání návykových látek, realizovala i některé programy

(přednášky, kurzy) k problematice nemoci AIDS, sexuální výchově apod. Částečně se primární prevenci věnovaly i některé další organizace, např. Regionální institut duševního zdraví, který příležitostně organizoval přednášky k tématu a pořádal každý rok tzv. „Dny duševního zdraví“, kde měla problematika zneužívání návykových látek vždy svůj prostor.

Primární specifické prevenci se nažila věnovat i Policie ČR, její aktivity ve druhé polovině 90. let spočívaly v realizaci jednorázových přednášek na základních a středních školách, zaměřených především na předávání informací o legislativních předpisech a informací o činnosti policie.

V oblasti nespécifické prevence působila a dodnes stále působí řada institucí – domy dětí a mládeže, střediska výchovné péče, církevní organizace (např. Salesiánské středisko mládeže v Plzni-Lobzích).

#### *a) Projekt Pedagogicko-psychologické poradny Plzeň-město*

Pedagogicko-psychologické poradny jsou zařízení výchovného poradenství, které se snaží řešit jak výchovné, tak prospěchové problémy u dětí předškolních zařízení, žáků základních, zvláštních a středních škol i školských výchovných zařízení. Měly by dětem pomáhat rovněž při profesní orientaci a zajišťovat odborné pedagogicko-psychologické služby. Provádí i pedagogicko-psychologické vyšetření žáků a pomáhají pedagogickým pracovníkům po metodické stránce.

Pedagogicko-psychologická poradna Plzeň-město se kromě těchto základních povinností angažuje i v jiných aktivitách, mezi které patří i prevence sociálně patologických jevů. V roce 1996 začala poradna ověřovat typ tzv. peer programů, vycházející ze zásad navržených MUDr. K. Nešporem. Tento standardní peer program byl pracovníky Pedagogicko-psychologické poradny Plzeň-město v určitých bodech přepracován, hlavní struktura však zůstala stejná. Poprvé byl na školách v Plzni projekt poradny realizován ve školním roce 1996/1997, a to na 4 základních školách a 2 víceletých gymnáziích. Ve školním roce 1997/1998 se projekt rozšířil o další dvě základní školy. Peer aktivisté byli vybíráni z žáků 7.tříd základních škol a tercií na gymnáziích. Ti po výcviku předávali své dovednosti a znalosti dětem v nižších ročnících a třídách. Lektoři, kteří vedli výcvik peer aktivistů, pracovali vždy ve dvojicích a rekrutovali se ze studentů plzeňské Pedagogické fakulty.

Prvnímu výcvikovému bloku peer aktivistů předcházelo asi hodinové setkání se všemi žáky 7.tříd dané školy. Lektoři seznámili stručně všechny děti s programem a objasnili podstatu projektu. Poté žáci, kteří měli o projekt zájem, nahlásili jména svým učitelům

a ti z nich vybrali ty, kteří se zúčastnili výcviku. Samotný výcvik peer aktivistů byl realizován na školách a trval pětkrát 2 vyučovací hodiny.

#### 1. výcvikový blok -

Byl zaměřen na různé seznamovací techniky a hry a s budoucími peer aktivisty bylo hovořeno o tom, co všechno by mohlo být pro člověka drogou. Následovalo vyjasnění toho, co droga skutečně je, dále byl definován pojem závislosti a byly rovněž probány následků užívání drog.

#### 2. výcvikový blok –

Tento blok byl věnován základnímu rozdělení drog, dále byl zaměřen na předání informací o možnostech léčby a na předání kontaktů na zařízení působící v oblasti prevence zneužívání návykových látek v regionu.

#### 3. výcvikový blok –

Tématem byl postoj společnosti k drogám, probírány byly základní legislativní předpisy atd.

#### 4. výcvikový blok -

Hlavní náplní tohoto bloku byla asertivita a její využitelnost v prevenci zneužívání drog. Byly nacvičovány způsoby odmítnutí návykových látek. Hovořeno bylo rovněž o dalších sociálně patologických jevech – rasismu, kriminalitě, gamblingu atd.

#### 5. výcvikový blok -

Byl koncipován jako shrnující, peer aktivistům bylo vydáno osvědčení o absolvování výcviku.

Po skončení výcviku měli aktivisté za úkol předat své vědomosti a dovednosti mladším spolužákům ve škole. Program pro mladší spolužáky byl podobný výcviku aktivistů a v každé třídě trval dvakrát 3 vyučovací hodiny. Snahou projektu bylo, aby vyškolení peer aktivisté neztratili s lektory kontakt ani po skončení programu. Proto byly pořádány společné schůzky a jiné akce.

#### *b) Projekt organizace Teen Challenge*

Druhým subjektem, který se výrazně podílel na realizaci specifické prevence zneužívání návykových látek na školách byla organizace Teen Challenge. Jedná se o mezinárodní křesťanskou organizaci, která se snaží pomáhat lidem s problémem závislosti a po svém vzniku v 50. letech v USA se postupně rozšířila do více než 60 ti zemí světa. Od roku 1994 působí i v České republice a její sídla jsou v několika větších městech republiky. Kromě primární prevence se organizace věnuje i prevenci sekundární a terciální. Provozuje nízkoprahová kontaktní centra (navazování kontaktů, motivace k léčbě, poskytování poradenství, zprostředkování léčby atd.), terénní program (práce na ulici a v bytech

toxikomanů), rehabilitační střediska (komunitního typu – individuální a skupinové terapie) a postrehabilitační podporu (doléčovací program).

Samotné primární prevenci ve školách přikládá organizace velký význam. Plzeňská pobočka Teen Challenge realizuje svůj preventivní program již od roku 1995. V roce 1997 se ho v Plzni zúčastnilo 14 základních škol a 4 střední školy. Jednalo se o žáky 8. a 9. tříd a studenty 1. ročníků. Celkem bylo do projektu zapojeno asi 1 200 dětí. Na rozdíl od projektu pedagogicko-psychologické poradny se jednalo jednorázové besedy či interaktivní semináře trvající dvě vyučovací hodiny. Cílem bylo informovat objektivně o návykových látkách a závislostech, důraz však byl kladen např. i na posilování pozitivních vztahů ve skupině, posílení schopnosti samostatného rozhodování, zvládnutí úzkosti a stresu apod.

*c) Projekt Centra protidrogové prevence a terapie, o.p.s.*

Centrum protidrogové prevence a terapie v Plzni zahájilo svou činnost v roce 1998, již od roku 1996 však realizovalo své aktivity jako Kontaktní centrum. Ještě pod tímto názvem se již ve školním roce 1996/1997 rozběhl program primární prevence na školách, přestože Kontaktní centrum sloužilo především jako klasické nízkoprahové zařízení. Zájem a poptávka ze strany škol však vedly k vypracování projektu primární prevence a později k vytvoření P-centra, samostatného střediska Centra protidrogové prevence a terapie pro primární prevenci.

Projekt byl určen pro žáky 7. – 9. tříd základních škol a svou strukturou vycházel z projektu pražského Prev-centra. Cílovou populací byly tedy děti staršího školního věku (12-15 let), což se jevílo jako nejzažší věk pro realizaci efektivního preventivního programu. Pro zvýšení efektivity projektu se zkušelo speciální setkání s rodiči dětí, ale zájem rodičů o takovou akci byl minimální.

Vlastní činnost na školách vykonávaly dvojice proškolených lektorů (muž, žena), Nejprve se jednalo o kmenové zaměstnance centra, později několik let tuto činnost vykonávali studenti vysokých škol, především z Pedagogické a Lékařské fakulty v Plzni. Snahou bylo, aby byli lektoři věkově blízcí žákům škol, a aby ti je přijímali spíše jako své vrstevníky, než jako dospělé.

Během školního roku se lektoři s každou třídou setkávali celkem 4 krát 2 vyučovací hodiny, přičemž počet dětí ve skupině ideálně neměl překročit 25. Jak bylo uvedeno v zásadách efektivní primární prevence, větší skupina nedává prostor pro kvalitní preventivní aktivitu. Program probíhal přímo na školách, některé bloky byly realizovány přímo v prostorách Centra protidrogové prevence a terapie. Před každým setkáním byla upravena třída tak, aby žáci a lektoři seděli v kruhu, aby bylo možno využít videotechniky apod. Jednou

z důležitých zásad projektu byl požadavek na nepřítomnost pedagogů při setkáních. Důvodem byla snaha o otevřenost a upřímnost ze strany dětí, čemuž by přítomnost učitelů v některých případech mohla bránit. Školy tento požadavek obvykle akceptovaly a učitelé byli o průběhu setkání informováni po jeho skončení.

Struktura a metodika projektu byly stanoveny tak, aby se prostřednictvím jednotlivých probíraných témat přispívalo k ovlivnění názorů a postojů dětí k návykovým látkám žádoucím směrem. Témata preventivních bloků se netýkala pouze drog, ale i některých dalších sociálně patologických jevů. Celý projekt byl koncipován jako tříletý (7.-9. třída). Pro každý ročník byla stanovena témata v této podobě:

7. třída – emoční stavy a komunikace, zdravý životní styl, alkohol a tabák, konflikt a jeho způsoby řešení

8. třída – nelegální drogy-rozdělení, účinky, rizika, závislost, reklama, odmítání, sebevědomí

9. třída – sexualita, HIV-AIDS, drogy a legislativa, drogy a společnost

Na závěr celého projektu se většinou uskutečnila návštěva dětí v Centru protidrogové prevence a terapie v Plzni, aby se dozvěděly, kde centrum je a v případě potřeby se mohly obrátit o pomoc či radu.

Hlavní metodou práce v jednotlivých blocích programu byla diskuse, dále se využívalo technik jako jsou nácvik, kreslení, relaxace, dynamická cvičení atd. Při každém setkání byl čas vyhrazen pro dotazy, případně pro individuální rozhovor mezi žákem a lektorem. Před samotným zahájením programu byly děti ujištěny o anonymitě a zachování důvěrnosti ze strany lektorů. Hlavním cílem programu bylo nalezení otevřeného způsobu komunikace a zasazování problematiky zneužívání návykových látek do kontextu myšlení dětí. Snahou bylo pomoci dětem v prosazování zdravého způsobu života a v případě setkání se s drogou, vyhnout se experimentování s ní.

I když hlavní těžiště preventivních aktivit Centra protidrogové prevence a terapie ležela v práci na základních školách, realizovala tato organizace rovněž preventivní akce pro studenty škol středních. Těm byla nabízena exkurze v centru spojená s předáním základních informací o návykových látkách a o činnosti organizace, případně jednorázová přednáška na vybrané téma. Témata byla např.:

- Obecný úvod do problematiky drog – rozdělení, účinky, rizika
- Problematika péče a služeb pro toxikomany – struktura, formy, metody
- Sexualita, HIV, AIDS atd.

Kromě škol v Plzni, realizovalo centrum preventivní programy také na školách v okresech Plzeň-sever a Plzeň-jih. Ve školním roce 1997/1998 byl projekt primární prevence realizován



na třinácti základních školách a jedné zvláštní, celkem bylo zapojeno 739 dětí z 35 tříd. Programu pro střední školy se zúčastnilo asi 600 studentů z 10 škol a učilišť. Veškeré aktivity realizovalo centrum pro školy zdarma, přičemž projekt byl financován z prostředků tehdejší Meziresortní protidrogové komise, Magistrátu města Plzně, Ministerstva zdravotnictví a sponzorských darů.

Kromě nabídky tří podrobněji zmíněných projektů, využívaly ve druhé polovině devadesátých let pro primární prevenci školy v Plzni nabídky i dalších subjektů. Již jsem se zmínil o přednáškách realizovaných pracovníky Policie ČR, dále se jednalo o přednášky pořádané organizací Archa či jednotlivými odborníky – psychology, lékaři atd. Na většině základních škol v Plzni byl realizován projekt „Zdravý životní styl“, který mimo jiné zahrnoval i téma prevence závislostí na návykových látkách. Vypracováním tohoto projektu byl pověřen na školách tzv. „metodik zdravého životního stylu“, kterým byl některý z pedagogů, jenž absolvoval určité proškolení a přípravu. V některých případech sehrával tento pedagog i roli jakéhosi důvěrníka, kterému se žáci mohli svěřovat.

Některé školy v Plzni nevyužívaly nabídky externích primárně preventivních projektů a koncepci zdravého životního stylu naplňovaly pouze vlastními aktivitami, realizovanými v rámci jednotlivých vyučovaných předmětů (rodinné výchovy, občanské nauky apod.), případně vlastním preventivním programem. Za zmínku stojí např. projekt Křížikova gymnázia v Plzni, kde dvojice pedagogů uskutečňovala se studenty dlouhodobý preventivní program. O realizaci primární prevence zneužívání návykových látek se pokoušely i některé domovy mládeže, internáty apod. (např. Domov mládeže v Plzni, Částkově ul.).

Skupinou, která byla v oblasti primární prevence opomíjena, byly děti mladšího školního a předškolního věku. Žádná z plzeňských organizací nenabízela v roce 1997 speciální preventivní program pro tuto věkovou skupinu. Rovněž samotné učitelky mateřských škol a prvního stupně škol základních se specifickou prevencí prakticky nezabývaly. Až od roku 1998 se experimentálně rozběhl projekt na 81. mateřské škole v Plzni – Vinicích, na jehož vzniku a realizaci se podílela psycholožka Centra protidrogové prevence a terapie.

Souhrnně je možné konstatovat, že situace v oblasti primární prevence zneužívání návykových látek v Plzni, měla své klady i nedostatky. Pozitivně bylo možno hodnotit skutečnost, že v oblasti specifické primární prevence pro děti staršího školního věku existovaly minimálně tři různé projekty, ze kterých mohly školy vybírat, pokud nechtěly nebo nebyly schopny realizovat prevenci vlastními silami. Z celkového počtu 33. základních škol v Plzni, využívalo některý z těchto projektů 19 škol. Z původní okrajové aktivity Kontaktního

centra se pro oblast realizace primární prevence začalo profilovat samostatné středisko pro primární prevenci, které dnes v podobě P-centra nabízí preventivní programy a aktivity širokého rozsahu a velmi dobré kvality. Nedostatkem byla především neexistence primární prevence pro děti předškolního a mladšího školního věku. Některé projekty, již zmíněné hromadné komponované pořady či promítání filmů, nesplňovaly základní kritéria efektivní primární prevence a jejich realizace zřejmě mnoho užitku nepřinesla. Sympatická byla snaha některých základních a středních škol při vytváření vlastních preventivních projektů, přičemž zde hlavní roli hrálo nadšení a schopnosti pedagogů – metodiků zdravého životního stylu, těchto škol. Problémem se ukazovala absence základních informací v oblasti zneužívání drog u rodičů dětí a dospívající mládeže. Důležitým faktorem byl poměrně vstřícný postoj města Plzně k oblasti prevence, který se mimo jiné promítal do objemu finančních prostředků, kterým byly jednotlivé projekty spoludotovány.

#### **4.2. Situace v současnosti**

Jak bylo zmíněno v kapitole 3.3., situace v oblasti zneužívání návykových látek v Plzni, stejně jako v celé ČR, zůstává i dnes vážným problémem, ohrožujícím především dospívající populaci. I přesto, že různými preventivními programy prošlo v uplynulých letech značné procento žáků a studentů základních i středních škol, bylo by asi naivní se domnívat, že problém zneužívání drog se podaří zásadně zminimalizovat. Přesto, nebo spíše právě proto, zůstává efektivní primární prevence potřebnou a nezbytnou součástí komplexní protidrogové prevence.

Projekty a programy primární prevence v západočeské metropoli prošly v uplynulých letech určitým vývojem, jehož výsledkem je stav, který bych rád v této kapitole přiblížil. Pro přehlednost rozdělím projekty na ty, které je možné zařadit do *nespecifické prevence*, dále na ty, u kterých lze hovořit jako o *prevenci zaměřené specificky na problém zneužívání návykových látek* a nakonec na ty, které jsou *specifickou prevencí dalších sociálně patologických jevů*. Tento přehled projektů v oblasti primární prevence není vyčerpávajícím seznamem všech aktivit, které jsou v Plzni realizovány (zvláště u nespecifické prevence), avšak zásadní projekty přibližuje. V této souvislosti je třeba zmínit počín města Plzně, které v současné době připravuje vydání „Katalogu primární prevence pro plzeňské školy“, jenž má sloužit k lepší orientaci v nabídce preventivních programů.

*1) Programy nespecifické prevence:*

*a) Salesiánské středisko mládeže Dům dětí a mládeže Plzeň*

Ve středisku jsou provozovány dva nízkoprahové kluby pro děti a mládež – Balón (pro děti ve věku 8-14 let) a Vzducholod' (pro děti a mládež ve věku 14-19 let). Cílem aktivit v klubech je doprovázet děti a mládež v jeho rozvoji, nabídnout mu smysluplné využití volného času, pomáhat dětem přejímat pozitivní modely chování atd. Kluby jsou otevřeny třikrát v týdnu, kromě klubů organizuje středisko i nejrůznější víkendové a prázdninové pobyty.

*b) Ponton, občanské sdružení, Plzeň*

Sdružení se zaměřuje na práci s neorganizovanými dětmi a mládeží, především ze sociálně znevýhodněného prostředí, ve věku od 6 do 18 let. Dětem je nabízen bezpečný prostor pro realizaci volnočasových aktivit a další sociální pomoc. Jedná se o nízkoprahové zařízení, které je otevřeno každý všední den v odpoledních hodinách.

*c) Naděje, občanské sdružení, Plzeň*

Občanské sdružení provozuje nízkoprahové zařízení pro děti a mládež Bludiště, které je otevřeno dětem ve věku 7-13 let. Těm je nabízeno smysluplné využití volného času, různé vzdělávací aktivity, výjezdové pobyty apod. Klub je otevřen čtyřikrát v týdnu.

*d) Totem, občanské sdružení, Plzeň*

Sdružení realizuje individuální preventivní program Pět P pro děti ve školním věku, založený na kamarádkém vztahu dítěte s dospělým dobrovolníkem. Cílovou skupinou jsou děti se sociálními či zdravotními problémy ve věku 6-15 let a jeho cílem je pomocí staršího kamaráda, dobrovolníka, rozvinout to, k čemu má dítě předpoklady, ale co není v možnostech jeho rodiny zabezpečit. Setkání mezi dobrovolníkem a dítětem se uskutečňuje jedenkrát týdně na cca 2-3 hodiny.

*e) Johan, centrum pro kulturní a sociální projekty, Plzeň*

Centrum nabízí projekt K3-dramatická výchova pro školu, jehož cílem je podpora rozvoje klíčových kompetencí, zejména sociálních, personálních a komunikačních u dětí ve věku 12-15 let. Program je koncipován jako tříhodinové setkání, které probíhá na školách a využívá metod konstruktivistické pedagogiky a dramatické výchovy. Cena jednoho programu je 3 000,-Kč.

*2) Programy specifické prevence zneužívání návykových látek:*

*a) Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s., Plzeň*

Aktivity Centra protidrogové prevence a terapie v Plzni jsem podrobně představil v předchozí části. Jak jsem uvedl, v roce 1998 vzniklo samostatné středisko pro primární prevenci –

P-centrum, které nabízí několik primárně preventivních programů. V první řadě se jedná o dlouhodobý program na základních školách, který se oproti roku 1997 změnil ze tříletého na čtyřletý. Je určen žákům 6. – 9. tříd základních škol, přičemž struktura programu a používané metody zůstávají obdobné jako v původní podobě. Vzhledem k požadavkům standardů primární prevence na kvalitu programů se v roce 2007 opět prosadil model pouze s kmenovými zaměstnanci – lektory a upustilo se od lektorské spolupráce se studenty vysokých škol. Dlouhodobého programu na základních školách se ve školním roce 2007/2008 zúčastnilo 14 škol z Plzně (96 tříd) a 5 škol z okolních okresů (19 tříd). Dalšími aktivitami P-centra jsou interaktivní seminář pro žáky základních a studenty středních škol (ve školním roce 2007/2008 realizovaný pro celkem 12 škol, 32 tříd), program včasné intervence zaměřený na předcházení a zmírnění následků rizikového chování (ve školním roce 2007/2008 realizovaný na jedné škole), informační servis, telefonické a osobní poradenství atd.

#### *b) Teen Challenge Plzeň*

Rovněž primárně preventivní aktivity organizace Teen Challenge jsem popsal již v předchozí části. Projekt primární prevence je realizován formou interaktivních seminářů pro žáky 9. tříd základních škol a studenty 1. a 2. ročníků středních škol. Oproti původnímu projektu se lektoři schází s dětmi celkem třikrát po dvou vyučovacích hodinách. Ve školním roce 2007/2008 se projektu zúčastnilo 98 tříd, celkem cca 3160 žáků a studentů.

#### *c) Ulice – Agentura terénní sociální práce, o.s., Plzeň*

Občanské sdružení Ulice se zabývá především sekundární a terciální prevencí (terénní program je stěžejní aktivitou). Přesto realizuje rovněž program primární prevence, uskutečňovaný formou přednášek a besed, zejména pro studenty středních škol. Přednášky probíhají přímo na školách, případně internátech a trvají 90 minut. Cílem je prevence v oblasti užívání drog (předávání informací, seznamování s prací terénních pracovníků) a rizikového způsobu sexuálního žití.

#### *3) Programy specifické prevence dalších sociálně patologických jevů:*

##### *a) Bílý kruh bezpečí, pobočka Plzeň*

Organizace realizuje formou přednášek preventivní program pro žáky 2. stupně základních škol a studenty středních škol, zaměřený na prevenci šikany a domácího násilí. Cílem je přinést základní informace o existenci šikany a domácího násilí, zejména o jejich znacích, projevech a příčinách. Přednášky trvají 2 vyučovací hodiny.

*b) Centrum SOS Archa, Diakonie ČCE – středisko v Plzni*

Projekt centra je tematicky zaměřen na zvládání situací, které mohou být pro děti a mládež krizové (rodinné vztahy, láska, šikana, syndrom CAN atd.). Cílovou skupinou jsou děti a mládež od 10 do 18 let, projekt je realizován formou vstupů do výuky v rozsahu 2 vyučovacích hodin. Využíváno je metod modelových situací, her, atd.

*c) Člověk v tísní, o.p.s., Plzeň*

Organizace realizuje preventivní program formou workshopu, jehož cílem je prostřednictvím nácviku modelových situací napomoci k posílení schopnosti dětí řešit záležitosti spojené se zapojením do „dospělého světa“ (orientace ve státních institucích, hledání práce atd.). Využíváno je metod zážitkové pedagogiky, diskuse atd. Projekt je určen žákům vyšších ročníků základních škol a studentům středních škol.

*d) Diecézní charita Plzeň – Poradna pro cizince a uprchlíky*

Diecézní charita pořádá besedy pro žáky 8. a 9. tříd základních škol a pro studenty středních škol. Cílem besed je podnítit v žácích promýšlení jejich postojů k lidem, kteří se něčím odlišují (např. rasou, sexuální orientací atd.). Besedy, které trvají dvě vyučovací hodiny jsou přednostně určeny k doplnění výuky společenskovedních předmětů a lektorsky se na nich podílejí zejména odborníci z praxe.

*e) Fond ohrožených dětí, pobočka Plzeň*

Pobočka Fondu ohrožených dětí nabízí přednášky pro žáky základních a studenty středních škol, jejichž cílem je rozšířit znalosti dětí v oblasti dětských práv a seznámit je s postupem při řešení problémů – např. kdy zasahuje Policie ČR, jakou práci vykonávají sociální pracovníci atd. Posluchači jsou rovněž seznámeni s činností organizace.

*f) Ledovec, občanské sdružení, Plzeň*

Sdružení Ledovec pomáhá lidem s duševními poruchami a nemocemi. Pro studenty středních škol realizuje přednášky a besedy o problematice duševně nemocných, jejichž cílem je podat objektivní informace o takto nemocných lidech a o možnostech pomoci a podpory.

*g) Společnost Tady a teď, o.p.s., Plzeň*

Společnost Tady a teď pořádá přednášky pro žáky základních a středních škol, jejichž cílem je přiblížit rizika, která souvisí s patologickým chováním ve škole i ve volném čase. Program je organizován formou diskuse a trvá 2 vyučovací hodiny.

*h) Středisko výchovné péče – DDÚ, Plzeň*

Středisko výchovné péče při diagnostickém ústavu v Plzni realizuje přednášky a diskuse pro žáky základních a studenty středních škol, při kterých informuje o své činnosti a věnuje se

tématům jako je šikana, agresivní chování atd. Pořádá rovněž přednášky pro učitele a rodiče na podobná témata. Délka jedné přednášky bývá cca 1,5 hodiny.

*i) Zdravotní ústav se sídlem v Plzni*

Zdravotní ústav nabízí přednášky pro pedagogy základních a středních škol, jejichž cílem je podat učitelům přehled aktuálních informací o problematice rizikového chování dospívajících a možnosti jeho prevence. Témata jsou např. zneužívání návykových látek, pohlavní nemoci včetně HIV-AIDS, předčasný pohlavní život, atd. Přednášky se konají přímo ve školách a trvají 2 hodiny.

*j) Linky důvěry a psychologické pomoci*

Do preventivních aktivit je možno zahrnout i činnost linek důvěry. V Plzni fungují Linka důvěry a psychologické pomoci, Linka dětské pomoci-Plzeň, Linka důvěry občanského sdružení Epoché a pochopitelně i linky pomoci celorepublikové působnosti.

Pokud jde o další aktivity v oblasti primární prevence zneužívání návykových látek v Plzni, je ještě třeba zmínit aktivity *Pedagogicko-psychologické poradny v Plzni*. I když projekt peer lektorů, popsáný v kapitole 4.1. již v současné době není realizovaný, fungují některé jiné projekty (např. program Správná třída, různé adaptační programy atd.), na kterých se poradna podílí. Oblastní metodik primární prevence při pedagogicko-psychologické poradně pomáhá při zprostředkování odborné péče, pomáhá pedagogům při sestavování Minimálního preventivního programu, nabízí poradenství v oblasti primární prevence, poskytuje informace a metodické materiály atd.

Primární prevencí se zabývá rovněž Policie ČR a Městská policie v Plzni. Pracovníci *Policie ČR* pořádají přednášky pro žáky základních a středních škol na téma: šikana, prevence užívání návykových látek, právní odpovědnost atd. Přednášky však mají spíše jednorázový charakter. Celorepublikově probíhá rovněž projekt Ajaxův zápisník, kdy policisté formou naučné hry (přednáška + vyplňování zápisníku během školního roku) působí na děti preventivně v oblasti bezpečnosti a sociálně patologických jevů. *Městská policie Plzeň* má vytvořenu „Skupinu prevence kriminality“, která realizuje na základních a středních školách besedy a přednášky. Pozitivní je, že některé přednášky jsou určeny žákům prvního stupně základních škol (témata: bezpečný kontakt se zvířetem, setkání s cizí osobou, doprava atd.). Od počátku roku 2008 do současnosti bylo uskutečněno 125 besed s celkovým počtem cca 3 500 žáků s a studentů (údaje jsou za celý Plzeňský kraj).

Na *koordinacním zajištění* primární prevence v Plzni se podílí krajský protidrogový koordinátor Plzeňského kraje, který je organizačně zařazen na odboru sociálních věcí a zdravotnictví (zároveň zajišťuje rovněž agendu prevence kriminality a problematiku cizinců), krajský školský koordinátor Plzeňského kraje, zařazený na odboru školství, mládeže a sportu, protidrogový koordinátor Magistrátu města Plzně a metodik primární prevence Pedagogicko-psychologické poradny Plzeň-město.

Pokud jde o *finanční zajištění* programů primární prevence, uvádím alespoň některé hlavní pravidelné dotační programy, kterých mohou školy v Plzni využít:

a) Krajský úřad Plzeňského kraje, odbor školství, mládeže a sportu

- Program „Preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními“  
vyhlašovaný MŠMT

- Program „Podpora preventivních aktivit a výchovy k toleranci“

- Program „Kluby otevřených dveří pro neorganizované děti a mládež“

b) Magistrát města Plzně

- Grant na podporu minimalizace šikany

- Dotace na protidrogové prevence a prevence kriminality

## **5. Závěr - shrnutí**

V úvodu jsem zformuloval otázky, na které měla tato práce odpovědět. Nyní bych rád shrnul, zda se mi na ně podařilo odpovědět, případně ještě poznatky doplnil.

*1) Teoreticky vymezit pojem primární prevence zneužívání návykových látek, definovat základní pojmy, cíle a kritéria hodnocení programů primární prevence.*

Teoretickému vymezení primární prevence zneužívání návykových látek byla věnována první kapitola práce. V podkapitolách 1.1. – 1.7. jsem stručně definoval základní pojmy – co primární prevence je, jak se obvykle dělí, jaké jsou její cíle a cílové skupiny, jaké preventivní programy jsou nejběžnější. Podkapitoly 1.8. – 1.10. byly věnovány efektivitě, evaluaci a standardům kvality preventivních programů. Domnívám se, že základní přehled o tématu je možné si na základě těchto kapitol učinit.

2) *Přiblížit situaci v oblasti primární prevence v ČR, zhodnotit stručně její vývoj od roku 1989 a uvést základní legislativní předpisy.*

Tuto otázku jsem se pokusil zodpovědět ve druhé kapitole. Jak je zřejmé ze stručného přehledu historického vývoje (podkapitola 2.1.), prošla primární prevence v ČR od roku 1989 vývojem, který byl značně problematický a neurovnaný. Určitý obecný rámec prevence vzniká od roku 1993, kdy byla přijata koncepce a program protidrogové politiky ČR a primární prevence se stává součástí tohoto rámce i přes zřetelně menší strukturovanost a rozvinutost (buduje se systém financování a rozvíjí se samostatné programy primární prevence). Zatímco nízkoprahové a léčebné programy se rychle diferencují, prevence zůstává spíše nehomogenním útvarům, projevuje se zejména nedostatečná úroveň koordinace a propojenosti mezi tehdejší MPK a MŠMT. Primární prevence zůstává stranou iniciativ, zaměřených na hodnocení kvality služeb a vývoje standardů. Zatímco v léčbě vzniká tlak na propojení kvality a přidělování dotací, prevence spoléhá spíše na formální kritéria programů a na odbornost se neklade patřičný důraz. Vše vrcholí koncem devadesátých let, kdy vzniká později kritizovaná koncepce na období let 1998-2000 a dochází k prohloubení asynchronního vývoje ve vztahu k léčebným a nízkoprahovým programům. Projekt Phare Twinning 2000 ukazuje primární prevenci jako jednu z nejslabších oblastí protidrogové politiky ČR. K nastartování pozitivnějších změn dochází kolem roku 2003, kdy bylo koordinací primární prevence pověřeno MŠMT a vzniká její pracovní skupina. Pracuje se na standardech programů primární prevence a na certifikačním systému. Toto se projevuje i v kritériích dotačních systémů RVKPP a MŠMT. Nadále se však nedaří sjednotit přístup jednotlivých resortů a jejich dotační politiky. Je zpracována strategie protidrogové politiky na období 2005-2009. Ani současná situace však není příliš povzbuzující. Viditelná je snaha o posílení role krajů a obcí a zkoordinování dotační politiky s nimi. Stále však přetrvávají problémy jak v koordinaci, tak i v dotační politice. Důkazem je např. dotační řízení RVKPP pro primární prevenci na rok 2008, které provázely značné nejasnosti a nejistota pro realizátory primárně preventivních programů ze strany nestátních neziskových organizací.

Současný organizační systém primární prevence sociálně patologických jevů je popsán v podkapitole 2.2., kde je představeno i organizační schéma. V podkapitole 2.3. jsou uvedeny základní legislativní předpisy (zákony, vyhlášky, metodické pokyny), vztahující se k primární prevenci. Je třeba zdůraznit, že se jedná pouze o legislativu, která se dotýká přímo primární prevence a zákony a vyhlášky a jiné předpisy, vztahující se k problematice drog obecně, zde nejsou uvedeny.



*3) Uvést stručnou epidemiologii v oblasti drogových závislostí v plzeňském regionu v roce 1997 a dnes (jako východisko pro potřebnost primární prevence).*

Epidemiologie drogových závislostí v Plzeňském kraji je uvedena v kapitole třetí. Smyslem této části bylo ukázat na potřebnost programů primární prevence v daném regionu. Uvádět tyto statistiky by možná nebylo ani nutné, neboť i neodborníkovi je jasné, že problém zneužívání drog je v dnešní společnosti stále přítomný. Přesto jsem uvedl alespoň nejzákladnější data. Ta jsou vytažena ze zpráv Krajské hygienické stanice v Plzni, která se epidemiologií v regionu dlouhodobě zabývá. Bylo by ještě možné uvést např. statistiky zařízení, působící v kraji v oblasti sekundární a terciální prevence (Centra protidrogové prevence a terapie, Teen Challenge, Ulice o.s. apod.). Avšak vzhledem k tomu, že data hygienické stanice jsou zpracovávána právě z těchto statistik, jsem další zdroje neuváděl.

Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že od roku 1997 do roku 2007 poklesl počet léčebných a kontaktních center v kraji o více než polovinu. To pochopitelně ovlivnilo celkové statistiky počtu klientů – uživatelů drog. V roce 1997 jich bylo v kraji hlášeno 241, v roce 2007 pak 171. Počet zařízení však klesl především v mimoplzeňských okresech kraje, o čemž svědčí statistiky z okresu Plzeň-město. V Plzni bylo v roce 1997 hlášeno 133 klientů, v roce 2007 pak 142 klientů. Celkově se předpokládá, že reálný počet uživatelů návykových látek od roku 1997 mírně narůstal, v posledních letech se však již prakticky stabilizoval. Znepokojivý je naproti tomu fakt, že v roce 1997 udávalo první užití drogy před 15. rokem věku 11,4 % klientů, v roce 2007 však již 31,6 % osob. To nasvědčuje skutečnosti, že před 15. rokem začíná drogy užívat větší procento budoucích klientů léčebných center, přestože celorepublikové epidemiologie hovoří o tom, že věk uživatelů se v posledních letech rovněž stabilizoval. V každém případě epidemiologie ukazují, že potřeba primární prevence je nezbytná a měla by jí být věnována náležitá pozornost.

*4) Charakterizovat současnou situaci v oblasti primární prevence zneužívání návykových látek v Plzni, popsat jednotlivé projekty a programy a zhodnotit vývoj těchto aktivit pomocí srovnání se stavem před deseti lety.*

Podkapitola 4.1. se zabývala situací v oblasti primární prevence v Plzni v roce 1997. Pokud se jedná o programy realizované na školách, popsal jsem podrobně tři nejvýznamnější, které byly v této době poskytovány. Jednalo se o projekty Centra protidrogové prevence a terapie, organizace Teen Challenge a Pedagogicko-psychologické poradny Plzeň-město. Jak bylo uvedeno, některý z těchto programů využívalo 19 základních plzeňských škol z celkového počtu 33 (některé školy využívaly i kombinaci těchto projektů). Dále se v oblasti primární

prevence angažovali pracovníci Policie ČR a ojediněle další subjekty, avšak vesměs formou jednorázových aktivit. Na některých školách, kde se problému chytli nadšení pedagogové, se pokoušeli realizovat vlastní program (často doplňovaný některým ze zmíněných projektů). Celkově lze shrnout, že nabídka a kvalita programů byla dostatečná, pokud jde o žáky druhých stupňů základních škol a studenty škol středních. Za nedostatek lze považovat především neexistence projektu pro žáky prvních stupňů základních škol a děti ze škol mateřských. To však byl jev celorepublikový, že vcelku uspokojivě byla pokryta prevence u dětí ve věku 12 – 18 let, avšak pro mladší děti ještě mnoho specifických projektů neexistovalo.

V roce 1997 teprve vznikalo první samostatné středisko pro primární specifickou prevenci (P-centrum při Centru protidrogové prevence a terapie) a tudíž žádné zařízení neposkytovalo dostatečné metodické a informační zázemí pro oblast primární prevence. To postrádaly především školy, které se rozhodly realizovat vlastní aktivity, avšak volaly po metodických materiálech, příp. proškolení v realizaci preventivních aktivit.

V oblasti nspecifické primární prevence byla před deseti lety nabídka aktivit chudší, než je tomu dnes, přestože již fungovala řada zařízení, které se této činnosti věnovaly (Salesiánské středisko mládeže, Ponton o.s. atd.).

Koordinační roli v oblasti primární prevence v roce 1997 vykonával krajský školský koordinátor, okresní školní koordinátor primární prevence (zaměstnanec Pedagogicko-psychologické poradny Plzeň-město) a zároveň koordinátor Magistrátu města Plzně. Spolupráce mezi městem a nestátními neziskovými organizacemi byla na poměrně dobré úrovni. Financování projektů primární prevence bylo zajišťováno ze státních dotací a programů (v oblasti primární prevence především MPK a MŠMT) se spoluúčastí kraje a obcí.

Podkapitola 4.2. byla věnována situaci v plzeňském regionu v oblasti primární prevence dnes. V nabídce programů specifické primární prevence k zásadním změnám nedošlo. Od roku 1997 si místo hlavního poskytovatele služeb v dané oblasti upevnilo P-centrum, jako samostatné středisko CPPT, o.p.s. pro primární prevenci. Vybudování takového střediska lze hodnotit jistě pozitivně, neboť to slouží do určité míry i jako metodické zázemí pro ty, kteří se rozhodli realizovat vlastní preventivní aktivity (pedagogové, ostatní nestátní organizace atd.). P-centrum pokračuje především v realizaci dlouhodobého preventivního programu na druhém stupni základních škol a v realizaci interaktivních seminářů pro studenty středních škol. Dlouhodobý program na základních školách doznal několika změn (z tříletého na čtyřletý,

některé úpravy v metodice, propracovanější systém hodnocení efektivity programu), v zásadě se však příliš nemění. Za deset let došlo k nárůstu počtu základních škol v kraji zapojených do tohoto projektu (13 škol ve školním roce 1997/1998 oproti 19 školám ve školním roce 2007/2008). Program na středních školách probíhá přibližně ve stejné míře. Z kvantitativního hlediska tedy došlo k mírnému nárůstu oproti stavu před 10 lety. Vzhledem k personálnímu zajištění (lektoři-kmenoví zaměstnanci s odpovídajícím vzděláním a praxí) a k získání certifikátu odborné způsobilosti, předpokládám i zkvalitnění celého programu. Je škoda, že ani P-centrum nerealizuje ucelený program pro děti mladšího školního věku a předškoláky, což jsem jako nedostatek v komplexním pohledu již několikrát zmínil. Rozšíření nabídky realizovaných programů je však především otázkou finančních prostředků a jejich objem v současné situaci neumožňuje spuštění dalších aktivit.

Druhým významným subjektem působícím v oblasti primární prevence v Plzni je organizace Teen Challenge. Její program i pojetí primární prevence obecně je podle mého názoru stabilní, v některých plzeňských školách je realizace tohoto programu základní článek preventivního působení vůbec. Program má díky křesťanskému charakteru organizace svá specifika, což však nebrání tomu, že program má kvalitu. Celkový počet zapojených dětí vzrostl od roku 1997 (zapojeno cca 1200 žáků a studentů) do roku 2007 (cca 3200 dětí) o téměř 200%. Rovněž projekt organizace Teen Challenge prošel úspěšně certifikací.

Projekt, který již v současné době není realizován, je projekt „peer lektorů“ Pedagogicko-psychologické poradny Plzeň-město. Přesto se poradna prostřednictvím oblastního metodika primární prevence angažuje v dané oblasti a slouží především jako koordinační instituce pro školní metodiky. Domnívám se, že absence projektu „peer lektorů“ nijak významně neovlivnila situaci na plzeňských školách.

Z podkapitoly 4.2. vyplývá, že od roku 1997 vzrostl celkem významně počet nestátních organizací realizujících programy specifické prevence dalších sociálně patologických jevů. Jedná se především o nově vzniklá občanská sdružení (případně pobočky celorepublikově působících institucí), která se angažují ve specifických oblastech společenských problémů (problematika domácího násilí, duševně nemocných mladých lidí, cizinců atd.). To lze hodnotit pozitivně, neboť v plzeňském regionu je těchto nestátních subjektů stále nedostatek oproti celorepublikové situaci.

Za zmínku stojí ještě slibně nastartovaná iniciativa Městské Policie Plzeň, která vytvořila zmíněnou Skupinu prevence kriminality. V oblasti realizace preventivních aktivit je pozitivní především snaha působit i na děti mladšího školního věku.

Pokud mám na úplný závěr práce shrnout vývoj v oblasti programů primární prevence zneužívání návykových látek v Plzni od roku 1997 do současnosti, uvádím pozitiva a negativa takto:

*Pozitiva:*

- Dostatečná nabídka preventivních projektů pro žáky druhých stupňů základních škol a studenty středních škol ze strany nestátních subjektů. Tyto programy jsou odborně certifikované a mají svou kvalitu.
- Fungování samostatného střediska pro primární prevenci – P-centra při CPPT o.p.s., v Plzni, které jednak nabízí vlastní preventivní programy a zároveň slouží jako určité metodické zázemí pro realizaci primárně preventivních aktivit vůbec.
- Rozšiřování nabídky projektů nespecifické primární prevence a primární prevence ostatních sociálně patologických jevů v regionu. Vznik nových subjektů z oblasti nestátních neziskových organizací.
- Poměrně slušná koordinace primární prevence v Plzni – komunikativnost zainteresovaných subjektů.
- Relativně stabilní finanční podpora ze strany města Plzně a Plzeňského kraje.

*Negativa:*

- Nedostatečná nabídka preventivních projektů pro žáky mladšího školního věku a předškolního věku (pouze ojedinělé aktivity realizované samotnými školskými zařízeními).
- Přetrvávající realizace některých projektů a programů, které nesplňují základní kritéria efektivní primárně preventivní aktivity (jednorázové, nekontinuální, nespecifické) a poskytování finanční spoluúčasti na jejich financování.
- Způsob financování projektů primární prevence obecně (celorepublikový problém). Absence víceletého systému financování, který by zainteresovaným subjektům zajistil jistotu a možnost dlouhodobějšího plánování svých projektů.
- Nedostatečné pokrytí v oblasti programů primární prevence v některých regionech Plzeňského kraje (mimo region města Plzně).

## Rejstřík

*Beseda:* jedna z forem primární prevence, využívaná především při jednorázové prevenci. Lektor rozhovorem s posluchači zjišťuje jejich znalosti a postoje a podle jejich úrovně se hlouběji věnuje vybraným tématům.

*Cíle primární prevence:* v obecném pojetí je cílem primární prevence zamezení vzniku nežádoucího jevu, případně minimalizace tohoto jevu, pokud již nastal. Dosažení základního cíle se děje stanovováním různých mezicílů.

*Cílové skupiny:* rozdělujeme obvykle na dva typy - primární a sekundární cílové skupiny. Primární cílovou skupinou je ta část populace, u níž chceme zamezit vzniku nežádoucího jevu. Sekundární skupinou je ta část populace, která bude působit na skupinu primární jako intermediátoři.

*Dlouhodobé preventivní programy:* dlouhodobost primární prevence je jednou ze zásad její efektivity. U dlouhodobých programů předpokládáme kontinuální působení na cílovou populaci.

*Droga:* přírodní nebo uměle vyrobená látka, která po vpravení do organismu způsobí změny vnímání, prožívání a chování a může způsobit závislost.

*Efektivita:* efektivita protidrogové politiky státu se určuje obvykle pomocí dvou faktorů – zvyšováním průměrného věku závislých osob a snižováním jejich počtu. V primární prevenci hovoříme o zásadách efektivní prevence, které jsou – dlouhodobost, kontinuita, adekvátnost, včasný začátek atd.

*EMCDDA:* Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost.

*Intermediátoři:* všechny osoby, které mohou nějakým způsobem přenášet znalosti a ovlivňovat postoje cílové populace (rodiče, pedagogové, starší vrstevníci, lektori atd.).

*Metodika v primární prevenci:* systém postupů využitelných při preventivní práci. Nabízí konkrétní způsob práce, včetně pomůcek atd.

*MŠMT:* Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy České republiky – je ústředním orgánem státní správy pro předškolní zařízení, školská zařízení, základní školy, střední školy a vysoké školy. V současné době pověřené koordinací primární prevence v ČR.

*Minimální preventivní program:* základní nástroj prevence v resortu MŠMT, který je komplexním, systémovým prvkem v realizaci preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních.

*Nespecifická prevence:* aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikových forem chování prostřednictvím lepšího využívání a lepší organizace volného času. Se samotným sociálně patologickým jevem nemají přímou souvislost. Patří sem zájmové kroužky, sportovní aktivity atd.

*Odborník:* odbornost v problematice drogových závislostí včetně primární prevence je záležitost mezioborová. Základní profesí bývá medicína, psychologie, pedagogika, sociální práce apod.

*Peer program:* peer neboli vrstevnické programy pocházejí z USA a jejich strategie spočívá v zapojení proškolených vrstevníků do procesu formování postojů a získávání znalostí o drogách.

*Prevence:* podle všeobecného pojetí znamená předcházení či zamezení vzniku nemoci nebo nežádoucího jevu. Dělí se obvykle na primární, sekundární a terciální.

*Preventivní programy:* dělíme na jednorázové (přednáška, beseda, komponovaný pořad) a dlouhodobé. Ucelená aktivita jejímž cílem je realizace primární prevence v praxi.

*Primární prevence:* v obecném pojetí všechny aktivity a činy, které mají za cíl změnit názory, postoje a chování lidí tak, aby u nich nedošlo ke vzniku daného nežádoucího jevu (vzniku závislosti, kriminálního chování atd.). Primární prevenci užívání návykových látek dělíme zpravidla na nespecifickou a specifickou.

*Přednáška:* jedna z metod využívaných v procesu prevence pro předávání určitých znalostí nebo postupů.

*Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky:* orgán vlády České republiky, dříve nazvaný Meziresortní protidrogová komise (MPK). RVKP připravuje podklady pro jednání vlády, spolupracuje při vytváření protidrogové politiky státu atd.

*Specifická prevence:* jedná se o preventivní působení zaměřené přímo na problematiku daného jevu, kterému se snaží předejít. Právě jasná profilace těchto programů na určitou formu rizikového chování, odlišuje tyto programy od programů nespecifických.

## Seznam literatury

- Epidemiologie drogových závislostí za rok 1997 – Plzeňský kraj. Plzeň: Krajská hygienická stanice v Plzni, 1997
- Epidemiologie drogových závislostí za rok 2007 – Plzeňský kraj. Plzeň: Krajská hygienická stanice v Plzni, 2007
- Evaluace a diagnostika preventivních programů (MŠMT, Praha, 2002)
- KADLECOVÁ, Jana. *Primární prevence užívání návykových látek a evaluace jejich programů*. Plzeň, 2007
- KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Katalog programů primární prevence*. Plzeň, 2008 (pracovní verze)
- Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů, ve školách a školských zařízeních (MŠMT, Praha, 2005)
- MIOVSKÝ, Michal, KREEFT, Peer, *Souhrnná zpráva Analýzy potřeb v oblasti primární prevence užívání návykových látek*. Praha, 2002
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009. Strategie schválená vládou České republiky. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005
- NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti*. BESIP, Praha, 2007
- Primární prevence užívání drog. *Zaostřeno na drogy*, 2006, roč. 4, č. 1
- Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů primární prevence užívání návykových látek (MŠMT, Praha, 2005)
- Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 až 2008
- Vybrané termíny primární prevence (MŠMT, Praha, 2007)
- Výroční zpráva, Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s., 2007
- Výroční zpráva, Teen Challenge Plzeň, 2007
- ŽÍLA, Petr. *Primární prevence drogových závislostí – s praktickou částí zaměřenou na situaci v Plzni*. Plzeň, 1998 (diplomová práce na VOŠ JABOK v Praze)

Internetový zdroj:

- <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/70/153/Primarni-prevence.html>.