

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE

Pedagogická fakulta

Faculty of Education

Katedra psychologie

Department of psychology

**Primární prevence užívání drog zaměřená na minoritní skupiny obyvatel
v kontextu zahraničních zkušeností se zvláštním akcentem na inspiraci
z holandsky hovořících zemí, především z Belgie**

**Primary prevention of drug use focused on minority groups of inhabitants in the context of
foreign experience with special emphasis on inspiration drawn from Dutch-speaking
countries, particularly from Belgium**

DISERTAČNÍ PRÁCE

PhD. Thesis

AUTOR PRÁCE

Author

ŠKOLITEL

Tutor

Mgr. Kateřina Šrahůlková

PhDr. Josef Duplinský, CSc.

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto disertační práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Josefa Duplinského, CSc.

.....
Kateřina Šrahůlková

Poděkování

Moje poděkování patří všem, kteří přispěli ke vzniku této práce. Děkuji PhDr. Josefu Duplinskému CSc. za odborné vedení, mým rodičům a dalším příbuzným za podporu ve studiu a mým přátelům, kteří mi dodávali sílu. Zejména děkuji mamince a sestře za postřehy i velkou trpělivost, dík dále patří mojí třídní učitelce ze ZŠ za jazykovou korekturu a manželům Hučkovým za technickou pomoc. Poděkování patří také všem respondentům, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

Anotace

Tato práce se soustředuje na oblast primární prevence užívání návykových látek a specificky primární prevence užívání návykových látek zaměřené na minoritní skupiny obyvatel. V teoretické části jsou shromážděny studie zahraniční i české, které se k oblasti primární prevence užívání návykových látek vztahují. Na jejich podkladě byly vytovřeny a popsány základní tematické okruhy, o která se lze při zabývání primární prevencí užívání návykových látek opírat. V teoretické části práce jsou dále rozebrány koncepty týkající se minoritních skupin obyvatel, jsou zde vysvětleny základní pojmy související s tématem a pozornost je věnována minoritním skupinám obyvatel žijících v České republice. Práce prezentuje také výzkumy o užívání drog a prevencí tohoto užívání mezi různými minoritními skupinami obyvatel v různých částech světa. Praktická část disertační práce osvětluje koncepty, s nimiž pracují odborníci v primární prevenci užívání návykových látek při vysvětlování samotné primární prevence. Součástí jsou také představy a názory pracovníků na primární prevenci, která by se měla realizovat ve skupině dětí pocházejících z minoritních skupin obyvatel. Závěr disertace podává zprávu o výsledcích šetření mezi odborníky v prevenci, která jsou dána do souvislosti se studiem odborné literatury a s vlastními koncepty autorky. Výsledkem je vytvoření určité konstrukce programů primární prevence a programů primární prevence určené pro děti z minorit, která by měla být nápomocná při tvorbě programů prevence.

Klíčová slova: primární prevence užívání návykových látek, programy prevence, užívání návykových látek, základní koncepty, minoritní skupiny obyvatel

Annotation

The thesis deals with the theme of primary prevention of the use of addictive substances, and of specifically primary prevention of the use of addictive substances focused on minority groups of inhabitants. In the theoretical part of the thesis, there are assembled both foreign and Czech studies relating to the theme of primary prevention of the use of addictive substances. On the basis of these studies there are introduced and described basic thematic groups that can be referred to while dealing with primary prevention of the use of addictive substances. Furthermore, the theoretical part of the thesis discusses concepts relating to minority groups of inhabitants, explains basic conceptions connected with the theme, pays attention to minority groups of inhabitants living in the Czech Republic, and characterizes research focused on drug use and prevention of drug use among diverse minority groups of inhabitants in various parts of the world. The practical part of the thesis illuminates concepts used by experts on primary prevention of the use of addictive substances to explain the essence of primary prevention. Included are also conceptions and opinions of people engaged in primary prevention, which should be realized in a group of children coming from minority groups of inhabitants. In conclusion of the thesis, there are presented results of an inquiry made among experts on prevention of the use of addictive substances, and related the results both to scholarly literature studies and to the concepts of author. The outcome of the thesis is creation of a certain construction of primary prevention programmes, and of primary prevention programmes designated for minority groups children, which should be helpful in formation of prevention programmes.

Key words: primary prevention of the use of addictive substances, prevention programmes, use of addictive substances, basic concepts, minority groups of inhabitants

OBSAH

| | |
|--|----------------|
| I.) ÚVOD | 10 |
| II.) TEORETICKÁ ČÁST | 13 - 80 |
| 1.) Primární prevence | 13 - 48 |
| 1.1 Nástin historie prevence užívání návykových látek v České republice | 13 |
| 1.2 Faktory ovlivňující užívání návykových látek | 13 |
| 1.2.1 Sociální vlivy | 13 |
| 1.2.1.1 Rodina | 14 |
| 1.2.1.2 Vrstevníci | 15 |
| 1.2.1.3 Rodina a/versus vrstevníci | 16 |
| 1.2.1.4 Škola | 18 |
| 1.2.1.5 Média | 19 |
| 1.2.2 Protektivní a rizikové faktory | 19 |
| 1.3 Genderové rozdíly v užívání a v prevenci | 20 |
| 1.4 Koncepce primární prevence | 22 |
| 1.4.1 Koncepce primární prevence v České republice a v Belgii v kontextu integračních snah drogové politiky v Evropské unii | 22 |
| 1.4.1.1 Úvod | 22 |
| 1.4.1.2 Prevence užívání drog v Belgii a v České republice | 23 |
| 1.4.1.3 Podobnosti a odlišnosti v řešení drogové problematiky v Belgii a v České republice | 29 |
| 1.4.1.4 Shrnutí | 31 |
| 1.5 Dělení primární prevence | 32 |
| 1.5.1 Dělení dle druhu preventivních opatření | 32 |
| 1.5.2 Dělení dle cílové skupiny | 32 |
| 1.6 Přístupy v primární prevenci | 33 |
| 1.6.1 Přístupy založené na sociálním vlivu | 33 |
| 1.6.2 Přístupy založené na zvyšování kompetencí | 34 |
| 1.6.3 Přístupy založené navíc komponentech (vícesložkové programy) | 35 |
| 1.6.4 Další přístupy | 35 |
| 1.6.5 Poskytování informací a afektivní vzdělávání | 35 |
| 1.7 Cíle primární prevence | 35 |

| | |
|---|----------------|
| 1.8 Načasování implementace programů prevence | 36 |
| 1.9 Implementace programů prevence | 36 |
| 1.10 Doporučení pro tvorbu preventivních programů | 37 |
| 1.11 Základní principy preventivních programů | 38 |
| 1.12 Prevence ve škole | 42 |
| 1.13 Ukázky preventivních programů v České republice a v zahraničí | 42 |
| 1.13.1 Program „Unplugged“ | 42 |
| 1.13.2 Program „Life skills training“ | 46 |
| 1.13.3 Projekt „Under pressure“ | 47 |
| 1.13.4 Projekt „SHAHRP - The school health and alcohol harm reduction project“ | 47 |
| 1.13.5 Projekt „SPLASH - Smoking Prevention Launch Among Students in Hawaii“ | 48 |
| 2.) Minoritní obyvatelstvo | 49 - 75 |
| 2.1 Základní pojmy | 49 |
| 2.1.1 Interkulturní psychologie | 49 |
| 2.1.2 Definice základních pojmů souvisejících s minoritami | 50 |
| 2.2 Česká republika a minoritní skupiny obyvatel v ní žijící | 52 |
| 2.2.1 Romové v České republice | 52 |
| 2.2.1.1 Vzdělávání národnostních menšin | 53 |
| 2.2.1.2 Diskurs romské problematiky | 54 |
| 2.2.2 Cizinci v České republice | 54 |
| 2.2.2.1 Vzdělávání cizinců | 56 |
| 2.3 Výzkumy vztahující se k minoritním skupinám obyvatel a užívání drog | 57 |
| 2.3.1 Minoritní skupiny obyvatel a zkoumání jejich vztahování se k drogám v souvislosti s etnicitou (výzkumy pocházející především z USA) | 57 |
| 2.3.2 Užívání drog u některých skupin minoritních obyvatel v různých evropských zemích a specifika tohoto užívání | 59 |
| 2.4 Specifické znaky minoritního obyvatelstva ve srovnání s majoritním obyvatelstvem | 62 |
| 2.4.1 Koncept kultury a etnicity | 62 |
| 2.4.2 Problémy imigrantů v hostitelských zemích | 63 |
| 2.4.3 Dosažitelnost pomoci pro imigranty při problémech s drogami | 66 |
| 2.4.4 Práce s dítětem z menšiny | 67 |
| 2.5 Návrhy a doporučení pro prevenci u minoritních skupin obyvatel | 70 |

| | | |
|---------|---|----|
| 2.5.1 | Obecná doporučení | 70 |
| 2.5.1.1 | Univerzální prevence s přidáním specifické prevence | 70 |
| 2.5.1.2 | Důraz na kulturní specifickou primární prevence | 70 |
| 2.5.2 | Konkrétní návrhy pro preventivní opatření | 72 |
| 2.5.2.1 | Možné aktivity v rámci nespécifické prevence ve výuce a škole | 72 |
| 2.5.2.2 | Návrhy pro specifickou prevenci plynoucí z výzkumů | 73 |
| 2.5.3 | Možné problémy při prevenci mezi minoritním obyvatelstvem a jejich řešení | 74 |
| 2.5.4 | Výsledné shrnutí | 74 |

3.) Programy prevence zaměřené na minoritní obyvatelstvo – zkušenosti ze zahraničí – z USA, Belgie, Německa a Anglie 76 - 80

| | | |
|-------|--|----|
| 3.1 | Program „CFI“ realizovaný v Americe | 76 |
| 3.2 | Projekt „SEARCH“ realizovaný v několika evropských zemích | 76 |
| 3.2.1 | Realizace programu v Belgii | 76 |
| 3.3 | Projekt „Tuppercare“ - drogová prevence určená pro ženy z minoritních skupin obyvatel žijících v Belgii a v Nizozemí | 77 |
| 3.3.1 | Úvod | 77 |
| 3.3.2 | Co je to Tuppercare? | 78 |
| 3.3.3 | Cílová skupina projektu | 78 |
| 3.3.4 | Preventivní pracovník organizace | 79 |
| 3.3.5 | Dobrovolný preventivní pracovník | 79 |
| 3.3.6 | Tuppercare v praxi | 79 |
| 3.3.7 | Závěr | 80 |

III.) PRAKTICKÁ ČÁST 81 - 135

| | | |
|-------|---|----|
| 1.) | <u>Dotazníkové šetření zaměřené na zjišťování názorů a zkušeností odborníků na prevenci sociopatologických jevů</u> | 81 |
| 1.1 | Téma a cíle výzkumu | 81 |
| 1.2 | Výzkumné otázky | 81 |
| 1.3 | Metodologie výzkumu | 82 |
| 1.3.1 | Celkový přístup a jeho zdůvodnění | 82 |
| 1.3.2 | Použitá metoda výzkumného šetření – dotazník | 83 |
| 1.3.3 | Popis výběrového souboru | 83 |

| | |
|---|-----|
| 1.3.4 Způsob zpracování dat | 84 |
| 1.3.5 Metodologická úskalí výzkumu | 85 |
| 1.4 Zjištění v jednotlivých dotazníkových položkách | 86 |
| 1.4.1 Vytyčení pojmu primární prevence | 86 |
| 1.4.2 Vyloučení co pod primární prevenci nepatří | 90 |
| 1.4.3 Vymezení základních principů primární prevence | 92 |
| 1.4.4 Vhodný věk pro realizaci primární prevence | 96 |
| 1.4.5 Pohlavní heterogenita či homogenita skupiny, v níž se realizuje prevence | 98 |
| 1.4.6 Délka preventivního programu | 99 |
| 1.4.7 Zařazení tzv. „booster“ sezení | 101 |
| 1.4.8 Realizátoři preventivních programu | 103 |
| 1.4.9 Zkoumání efektivity programů prevence | 104 |
| 1.4.10 Zkušenosti odborníků s prevencí zaměřenou na minoritní skupiny obyvatel | 106 |
| 1.4.11 Názor na nutnost odlišení prevence pro děti z minorit od prevence pro děti z majoritního obyvatelstva | 108 |
| 1.4.12 Prevence určená pro děti z minorit | 110 |
| 1.4.13 Jazyk v programu prevence | 112 |
| 1.4.14 Oddělení dětí z majority a minority při realizace prevence | 114 |
| 1.4.15 Poskytovatel prevence pro děti z minorit a jeho případná příslušnost k majoritě či minoritě | 115 |
| 1.4.16 Větší ohroženost dětí z minoritních skupin obyvatel vůči nebezpečím návykových látek oproti dětem z majoritního obyvatelstva | 117 |
| 1.4.17 Identifikační údaje týkající se respondentů | 119 |
| 1.5 Shrnutí empirických zjištění | 121 |
| 1.6 Zamyšlení nad tvorbou programů prevence a především programů zaměřených na děti z minorit | 131 |

IV.) ZÁVĚR **136 - 137**

V.) SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **138 - 150**

VI. PŘÍLOHY **151**

I.) ÚVOD

K obhajobě předkládám disertační práci, která se věnuje problematice těšící se již řadu let zájmu laické i odborné veřejnosti. Je jí problematika drogová. Drogy jsou fenoménem, který se týká a dotýká nás všech, drogy jsou (a vždy byly) v naší společnosti silně zakotveny.

Dle Fedačka (2006) je užívání drog jevem, který se ve větší nebo menší míře projevuje v každé společnosti od dob, kdy lidé vlastní zkušeností zjistili, že požitím určitých látek mohou vyvolat změny ve vnímání skutečností. A shrneme-li situaci slovy docenta Miovského, pak konstatujeme toto: „Drogy nelze vymýtit“ (Miovský, 2004, s. 33). K tomuto zjištění vede historická zkušenost, výsledky vědy i zdravý lidský rozum. Nikdy v minulosti neexistovala a ani v současnosti neexistuje společnost, která by dokázala existovat bez drog. Drogy jsou v každé společnosti všudypřítomné a některé z nich dokonce potřebujeme v moderní medicíně či v jiných oblastech života moderní společnosti. Dle docenta Miovského však problémem není existence těchto látek, ale vztahování se některých lidí k těmto látkám (Miovský, 2004).

Ve své práci se tedy nebudu pokoušet řešit existenci drog, ale budu se zabývat tím, jak předcházet nepřiměřenému zacházení některých lidí s drogami způsobem, který může přinášet různá nebezpečí. O nebezpečích vázaných na užívání drog by se dalo pojednávat dlouze, obecně lze však říci, že hlavním problémem, kterému se v preventivní práci snažíme vyhnout, jsou destruktivní účinky drog na fyzický či psychický stav lidského jedince, a také negativní účinky drog ovlivňující celou společnost.

Můj zájem o tuto problematiku se odehrává na kontinuu začínajícím na laickém zájmu teenagera, který se postupem času stával více a více odborným. V době gymnaziálních studií na Jižní Moravě jsem se dostala ke spolupráci s místní Pedagogicko-psychologickou poradnou na projektu primární prevence, který poradna organizovala. Několik let jsem pak působila jako preventistka, tzv. peer aktivistka. Pod dohledem poradny jsem realizovala vrstevnické preventivní programy protidrogové prevence na základních a tehdejších zvláštních školách. Zájem o problematiku závislostí přetrvával i na vysoké škole, kde jsem magisterské studium končila diplomovou prací na téma souvislosti mezi užíváním drog a agresivitou. Také v průběhu doktorského studia jsem se profilovala směrem ke studiu drogové problematiky, a to volbou kurzů i výběrem zahraniční stáže v Belgii u specialistů na drogovou prevenci. Zde jsem měla možnost poznat některá zařízení zabývající se prevencí na různých úrovních a také setkávala se zahraničními odborníky na tuto oblast.

V první části disertace zpracovávám téma primární prevence užívání drog. Na úvod rozpracovávám vývoj primární prevence v České republice. Dále se soustředím na možné faktory,

kteře se mohou v užívání drog odrážet, co může na děti působit protektivně, tedy je chránit před užíváním drog, co naopak je rizikovým faktorem. Zmiňuji také genderové rozdíly v užívání drog. U primární prevence konkrétně zpracovávám různé druhy preventivních opatření, různé přístupy uplatňované v prevenci, rozebírám možné cíle preventivních akcí, jejich zaměření, informace týkající se implementace preventivních programů a možná doporučení pro jejich tvorbu. V závěrečných kapitolách se věnuji prevenci ve školním prostředí a uvádím ukázkou některých preventivních programů realizovaných v České republice i mimo ni.

Téma primární prevence v druhé části disertace rozšiřuji o vřled do problematiky minoritních skupin obyvatel. Ve své poradenské praxi jsem se totiž setkávala s řadou dětí z jiného sociokulturního prostředí z České republiky a také s dětmi přistěhovalců. Jejich problémy a situace ve škole se v leččem odlišovala od dětí z majority. Zaměření disertace na minoritní skupiny obyvatel se snaží reagovat na neustále se zvyšující potřebu reflektovat v práci s dětmi jejich příslušnost k etnické, či jiné skupině. V těchto kapitolách se věnuji vytyčení základních pojmů souvisejících s touto tematikou a popisuji minoritní skupiny obyvatel žijící v České republice. Dvě velké kapitoly tvoří témata o užívání drog v minoritních skupinách obyvatel a o specifických znacích minoritních skupin obyvatel vztahující se k užívání drog, k jejich vulnerabilitě a zacházení s drogovými problémy. Tyto kapitoly jsou tvořeny především výzkumnými zprávami a zkušenostmi odborníků, a to nejen z České republiky, ale ve velké míře také ze zahraničí. Pokračuji vytyčením možných doporučení pro práci s minoritami a také ukázkou preventivních opatření a aktivit na ně zaměřených. V závěru se zaměřuji na možná doporučení, která lze při tvorbě programů primární prevence pro minority sledovat. Poslední kapitolu tvoří příklady některých realizovaných programů pro minority pocházející ze zahraničí.

Cílem teoretické části práce je podat obraz o existujících přístupech v primární prevenci a umožnit vřled do problematiky minoritních skupin obyvatel především v této souvislosti, tedy v souvislosti s užíváním drog a primární prevencí pro minority.

Výzkumná část disertační práce vznikala a utvářela se na základě zkušeností v Belgii, kde jsem měla možnost se blíže seznámit a hovořit s místními odborníky zabývajícími se primární prevencí. Diskuse s těmito lidmi mě přivedly k myšlence zpracovat ve výzkumné části právě názory a zkušenosti pracovníků v prevenci, co je dle nich v prevenci důležité, kdy, jak a kým by se měla realizovat a jak by měla vypadat prevence pro minoritní skupiny obyvatel. V kapitolách praktické části vysvětluji volbu použité výzkumné metody, popisuji soubor respondentů, dále objasňuji způsob zpracování získaných dat. V dalších kapitolách se zabývám výslednou kategorizací a informační hodnotou zjištěných údajů, v nichž se věnuji rozboru jednotlivých položek zjišťovaných

v dotazníku. Na závěr provádím výsledné shrnutí zjištěných údajů a přidávám zamyšlení nad tvorbou programů prevence, které se váže jak ke studiu literatury, k výsledkům z dotazníku i vlastním zkušenostem.

II.) TEORETICKÁ ČÁST

1.) Primární prevence užívání drog

1.1 Nástin historie prevence užívání návykových látek v České republice

Primární prevence před rokem 1989 na českých školách téměř neexistovala. Prevence obecně spadala metodicky pod Ministerstvo zdravotnictví a jeho Ústav zdravotní výchovy, který byl garantem vzdělávání a výchovy v oblastech týkajících se ochrany zdraví a prevence. Prevence závislostí se dlouho týkala pouze alkoholu a tabáku a spočívala převážně v besedách s lékaři, které měly charakter zastrašování, zákazů, mentorování apod. Často se jednalo o monotónní čtení přednášky, osvěcenější lékaři nabídli alespoň možnost zodpovězení dotazů. Všechny aktivity ve školách se týkaly vyšších ročníků základních škol a byly jednorázové. Až po roce 1989 přibylo odborníků i institucí, které se začaly zabývat primární prevencí teoreticky i prakticky (Kolektiv autorů, 2007).

1.2 Faktory ovlivňující užívání návykových látek

1.2.1 Sociální vlivy

Řada autorů zdůrazňuje důležitost role sociálních vlivů při propagaci a iniciaci užívání drog v adolescenci, z nichž za zásadní považují rodinu, vrstevníky, školu a média (Botvin et al., 1995; Botvin, Griffin, 2007; Maes, Lievens, 2003). Wang s kolegy (1995) dodávají, že se síla jejich vlivu mění s věkem.

Užívání drog je pak konceptualizováno jako chování, které je naučeno v procesu modelování a je vyztuženo některými z těchto sociálních vlivů. Zranitelnost jedince ve směru těchto vlivů je determinována jeho individuálními charakteristikami, způsobem kognitivního zpracování informací, jeho postoji, očekáváními a dále pak absencí či naopak dostupností dovedností pro zvládání situací souvisejících s nabídkou drog. Sociální vlivy propagující užívání návykových látek mají silnější efekt na osoby s prodrogovými normativními očekáváními, slabými sociálními a osobními kompetencemi a slabými dovednostmi odolávat drogám. Více působí také na osoby se zvýšenou psychickou vulnerabilitou, jako je úzkostnost či nízké sebehodnocení. Mezi psychologické charakteristiky jedince, které dále zvyšují jeho vulnerabilitu patří například malý pocit sebeuspokojení, nižší společenská jistota, nízké schopnosti asertivního chování, vyšší

impulzivita, rebelie, nižší osobní kontrola či nechuť získat statut dospělého (Botvin, Kantor, 2000; Botvin et al., 1995; Botvin, Griffin, 2007; Botvin, 2000; Botvin, Botvin, 1992).

1.2.1.1 Rodina

Rodina je primárním nositelem kultury a poskytuje dítěti základ norem a hodnot fungujících v dané společnosti (Sollárová, 2008).

Jako tradiční společenství osob, které lze najít v nějaké podobě v každé známé kultuře, stojí rodina na počátku socializace. V jejím rámci se utvářejí základní charakteristiky duševního života každého jedince. Obecně vzato spočívá primární funkce rodiny v tom, že již od narození ovlivňuje vývoj jedince, vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv a zapisují se trvale do duševního života dítěte (Jedlička et al., 2004).

Rodina je prostředím, které je nezbytné pro existenci individua ve společnosti. Vychovává sociální bytost z neotesaného dítěte. Havlík a kolegové (1996) upozorňují na nebezpečí v situaci, kdy se rodina pro jedince nestala referenční skupinou, tedy když se jedinec neztotožňuje s jejími hodnotami. Takový jedinec může usilovat o internalizaci s jinou skupinou a členství v partách nebo sektách pak socializuje jedince zpravidla v protispolečenském duchu. Z tohoto úhlu pohledu lze za nejrizikovější skupiny považovat děti, které nepoznaly vlastní rodinu.

Také dle Macka (2003) je pro predikci problémového chování u adolescentů nejdůležitější sociální strukturou rodina, protože se jí týkají dva hlavní socializační vlivy, a to je tvorba hodnot a norem.

Vliv rodiny na vývoj iniciace užívání drog či užívání drog se snažili prokázat autoři Graves a jeho kolegové (2005) ve výzkumu vedeném v USA. Jako rizikové pro užívání drog dětí vymezili stresové prostředí v rodině, ztrátu zaměstnání některého z rodičů či obou (a následně tedy příjmu) a zeslabení vazby rodičů s dětmi. V rodinách, v nichž kouřili marihuanu, tedy nelegální drogu rodiče, byla zjištěna vyšší pravděpodobnost toho, že jejich děti budou také kouřit marihuanu. V těchto rodinách adolescenti vnímali užívání marihuany jako normu, jako běžné a normální chování. Tyto děti také oproti dětem, jejich rodiče marihuanu neužívali, snáze přiznávaly vlastní kouření marihuany. Rodičovská kontrola naopak působila jako ochranný faktor u užívání marihuany, což se však neprokázalo u užívání alkoholu. Vliv rodičovské kontroly na snížení kuřáckých záměrů středoškoláků se prokázal také ve výzkumu Hye-jin Paeka (2008).

1.2.1.2 Vrstevníci

Dle Havlíka a kolegů (1996) či Macka (2003) se základním faktorem socializace v dětství vedle rodiny a školy postupně stává vrstevnická skupina. Ve vrstevnických skupinách se děti učí vztahům rovnoprávnosti a autority vznikající spontánně na jiných základech než formálních a generačně zakotvených. Dítě se musí samo ve vztazích prosazovat a řešit problémy, překonávat frustrace. Vrstevnické vztahy dále umožňují vzájemné poskytování názorů, pocitů a vzorců chování. Zhruba od desíti let začíná převyšovat vliv kamarádů nad vlivem dospělých a ten se zvyšuje v průběhu celé adolescence.

Vrstevnická skupina bývá označována jako „referenční skupina“, což je výraz pro skupinu či sociální vrstvu, užívanou jedinci jako průvodce vývojem vlastních hodnot, postojů, chování a sebeobranu. Referenční skupiny jsou v období dospívání mimořádně důležité. Mají normativní i srovnávací funkci. Jedinci pojmají tyto vybrané skupiny jako orientující a řídicí, když jsou nejistí v tom, co si mají myslet nebo dělat. V této souvislosti je tedy dobře zdůraznit normativní funkci referenční skupiny, protože vzory přejímané z referenční skupiny udávají hodnoty a normy, které mladý člověk respektuje ve svém myšlení a jednání, či se jim podřizuje. Vrstevnické vztahy jsou oproti těm mezigeneračním rovnocenné. Nejsou ovládnuty rozdíly ve statutu či závislosti. S vrstevníky může mladý jedinec testovat hranice pravidel a oboustranné sociální důsledky, které mu jednání s nimi přináší. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že je podstatné, jakou referenční skupinu si adolescent zvolí. Někteří se mohou identifikovat s vynikajícími studenty, někteří chtějí být chápáni jako umělci nebo atleti, další vzhlížejí k filmovým idolům, nebo se jim mohou stát vzorem delikventi (mezi nimi například narkomani). Adolescent se v tomto období snaží o získání pozitivního obrazu sebe sama také skrze období chování vrstevníků. Způsob, jak adolescent hodnotí sám sebe, závisí výrazně na tom, zda je akceptován specifickou skupinou, zpravidla tedy touto referenční skupinou. V případě marginálního postavení a bezvýznamnosti ve skupině vrstevníků může být také užívání návykových látek snahou vypořádat se s touto nepříznivou situací a vnímanou vlastní neschopností (Jedlička et al., 2004; Kalina et al., 2003).

Nejvyšší vrstevnická konformita je obvykle v časně a střední adolescenci. Dle Matouška a Kroftové (2003) jsou nároky na konformitu ve vrstevnické skupině velmi vysoké, vyšší než v jiných skupinách. Mohou zahrnovat řadu postojů, kde se konformita uplatňuje, např. postoj ke způsobům vyjadřování, k úpravě zevnějšku, k hudbě, ke škole, k práci, k rodičům, k penězům, ale také k sexualitě, ke kouření, k drogám, k alkoholu apod.

1.2.1.3 Rodina a/versus vrstevníci

Výzkumy zabývající se souvislostí mezi užíváním drog u dětí a u jejich přátel a rodičů byly vedeny řadou výzkumníků především z amerického prostředí (Botvin et al., 1995; Botvin, Griffin, 2007; Botvin, 2000; Maes, Lievens, 2003). Obecně je prokázáno, že adolescenti, jejichž kamarádi či členové rodiny kouří, pijí alkohol nebo užívají drogy, se s větší pravděpodobností stanou také uživateli některé ze zmíněných látek, ve srovnání s adolescenty, jejichž přátelé či členové rodiny tak nečiní.

Některé výzkumy, zde uvedené jsou především z USA, se snažily o srovnání vlivu rodičů a vlivu vrstevníků. Jedním z těchto nich je výzkum Hye-Jin Paeka (2008), který se zaměřil na kouření adolescentů. Výsledky ukazují, že v rámci primárního sociálního vlivu, kouření vrstevníků se zdá být silným prediktorem kouření u adolescentů. Síla vlivu kouření vrstevníků byla prokázána dále jako silnější, než síla vlivu kouření rodičů. Kouření vrstevníků se tedy dle něj zdá být silnějším prediktorem ovlivňujícím kouření adolescentů.

Podobný výzkum provedli Wang s kolegy (1995). Srovnávali vliv rodiny a vliv vrstevníků na kouření 14 – 18ti letých adolescentů. Výzkum prokázal, že u chlapců této věkové skupiny je nejsilnějším prediktorem kouření, jestliže kouří jejich nejlepší kamarád či případně další blízcí kamarádi. Také kouření staršího bratra mělo značný vliv, stejně jakou kouření přítelkyně, nikoliv však již kouření starší sestry nebo rodičů. Podobné výsledky se prokázaly u dívek. Roli zde hrálo kouření nejlepší kamarádky či blízkých kamarádů, přítele či starší sestry, ale nehrálo příliš roli kouření staršího bratra a rodičů. Kouření nejlepších přátel adolescentů bylo tedy zjištěno jako nejvíce rizikový faktor pro vlastní kouření adolescentů. Naopak vliv kouření rodičů se v této věkové skupině neprokázal jako důležitý faktor.

Také výsledky výzkumu Allena a jeho kolegů (2003) podobně ukazují, že vrstevníci, sourozenci a kamarádi mají větší vliv na užívání drog u adolescentů než rodiče. Skupinová vrstevnická afiliace v období adolescence se ukazuje dle jejich výzkumu jako významnější, než jak působí vliv rodičů. Což ale samozřejmě neznamená, že rodiče nemají žádný vliv. U tohoto vlivu autoři článku zkoumali také diferenciaci dle různých návykových látek. U tvrdých drog zjistili, že vliv rodičů je jen o málo nižší než vliv vrstevníků, u jiných drog, například u marihuany, převyšoval vliv vrstevníků vliv rodičů několikanásobně.

Tytéž výsledky potvrzují dále autoři Beal s kolegy (2001). Sledovali sociální vliv rodičů a vrstevníků na výskyt rizikového chování u studentů z minoritních skupin obyvatel. Dle jejich zjištění, v rámci rizikového chování se s jeho výskytem váže více vliv vrstevníků, nežli vliv rodičů. Rodičovský vliv byl zaznamenán především u alkoholu, vliv vrstevníků pak na obecně rizikové chování – užívání tabákových výrobků a alkoholu, marihuany, či na sexuální aktivity. Autoři tedy

na základě výzkumu vyvozují, že vliv vrstevníků v období adolescence je zásadní. Nelze dle nich však opomenout další ovlivňující faktory, které se na výskytu rizikového chování podílejí.

Výše uvedení autoři svými výzkumy potvrzují zásadní vliv vrstevníků v období adolescence. Avšak Jones s kolegy (2006) poukazují na nebezpečí přeceňování vlivu vrstevníků, kteří by negativně ovlivňovali adolescenty. Na situaci lze totiž také pohlížet tak, že adolescentní devianti si někdy vybírají záměrně další adolescentní devianty právě proto, že jsou deviantní. Není zde tedy nebezpečí, že by je tyto deviantní adolescenti negativně ovlivňovali.

Na fenomén tzv. „špatných přátel“ upozorňují také Kotíngová a kolegové (2006). Jednostranné přijímání tohoto klišé považuje za nebezpečné, podobně jako Jones a kolegové zmiňují možnost, že osoby, které pijí často alkohol, si pak vybírají přátele, kteří také pijí často alkohol.

Výzkum v českých podmínkách na toto téma byl realizován Jelínkem s kolegy (2006), kteří se zaměřili na vrstevnickou konformitu jako faktor rizikového chování mladistvých. Vrstevnická konformita dle nich znamená jakousi behaviorální dispozici, která podmiňuje pravděpodobnosti podlehnoutí vrstevnickému tlaku, tedy vlivu jedince na skupinu. Rizikové chování a jeho míra je dle autorů vymezena aktivním či pasivním vrstevnickým tlakem, jehož působení je ovlivněno osobními postoji a mírou vrstevnické konformity. Při hledání zdrojů konformního jednání adolescentů se autoři zaměřili především na rodinné prostředí. Socioekonomický status neměl v jejich šetření průkazný vztah, významnější se ukázala kvalita vztahů mezi dětmi a rodiči, případně dalšími osobami zabezpečujícími výchovu. Výzkumem potvrdili obecný poznatek, že významným protektivním faktorem zdravého vývoje je kvalitní vztah mezi rodiči (rodičem) a dítětem. Dle výzkumu se dále ukázalo, že adolescenti, kteří přiznali sníženou odolnost k vrstevnickému tlaku, tzn. vysokou vrstevnickou konformitu, udali i vyšší míru konkrétního rizikového chování.

Tento výzkum poukazuje na vzájemnou souvislost vlivu rodičů a vrstevníků u adolescentů. Dle pohledu Jelínka a jeho kolegů, konformita adolescentů a s tím související odolnost k vrstevnickému tlaku úzce souvisí se vztahem rodičů a těchto adolescentů. Znamená to tedy, že tyto dva vlivy považují autoři za rovnocenné a vzájemně se ovlivňující. Z toho důvodu lze usuzovat vzájemně podmíněný vliv rodiny a vrstevníků a popření akcentování důležitosti především vlivu vrstevníků na zranitelnost dětí směrem k drogám.

1.2.1.4 Škola

Přechod dětí do školy je obrovským zlomem v životě dítěte. Škola se stává ústředním bodem, kolem kterého se organizuje každodennost dítěte. Přichází s novými formami chování, vyžaduje plnění povinností, požaduje pracovní výkon, vynucuje si nový typ konformity. Je pro děti „veřejným prostorem“ s určitými funkcemi a specifickým druhem skupiny – školní třídy. Škola je institucí, jejímž hlavním úkolem je vzdělávání, mimořádně důležitá je také její socializační role. Škola připravuje jedince na začlenění do sítě širších společenských vztahů ve struktuře společnosti (Havlík et al. 1996).

Slabý výkon ve škole je dle Vrise a jeho kolegů (2003) jedním z prokázaných rizikových faktorů ovlivňující vyšší zranitelnost dětí k užívání návykových látek. Mechanismus tohoto faktoru je sice nejasný, ale zdá se, že mladý člověk, který není schopen uspět ve školním prostředí, se skrze jiné, alternativní chování, může snažit zvyšovat či zlepšovat způsob, jak na něj nazírají ostatní, či jak na sebe nazírá on sám. Chování, ke kterému se mladý člověk obrátí, může být různé. Může jít o sport, hudbu, ale i užívání návykových látek.

Také autoři Maes a Lievens (2003) tvrdí, že děti, které mají slabý školní výkon, jsou zranitelnější k užívání návykových látek, dle jejich průzkumu konkrétně náchylnější ke kouření a k pití alkoholu. Vysoká pravděpodobnost výskytu dalších nežádoucích forem chování (a mezi nimi také užívání návykových látek) dále spojují se záškoláctvím. Naopak nižší pravděpodobnost výskytu užívání návykových látek se ve výzkumu ukázala u studentů, kteří měli pozitivní vztah ke škole a dobré vztahy s kantory. Neúspěch ve škole patří dle Maese a Lievense mezi značné rizikové faktory užívání návykových látek. U dětí, které opakují ročník, autoři také zvažují faktor vyššího věku, který se může podílet na výskytu kouření a pití alkoholu. Užívání těchto látek je u těchto dětí zpravidla vyšší, než u jejich současných spolužáků. Na užívání návykových látek se dle autorů může podílet také celkové klima školy, což se odráží na dvou faktorech. Prvním z nich je přítomnost pravidel chování, která jsou jasně formulovaná a komunikovaná se studenty školy. Nejasná a nediskutovaná pravidla ve škole podporují dle autorů kouření a pití alkoholu u žáků a studentů. Druhým faktorem je pocitování přetížení u kantorů. Jestliže učitelé vypovídají o svém přetížení, přehlcení prací, školní prostředí s těmito kantory se ukázalo jako příznivější pro rozvoj nežádoucích forem chování, dle výzkumu kouření a pití alkoholu. Tito kantoři zpravidla nejsou schopni angažované práce se studenty a propagace zdravého životního stylu. Přímou souvislost se však autorům nepodařilo prokázat, výše zmíněné faktory považují za možné, avšak zvažují také roli dalších faktorů, které se na užívání návykových látek u studentů mohou podílet.

1.2.1.5 Média

Masmédia fungují jako širší sociální úroveň. Užívání drog je v nich často propagováno a označováno jako „cool“ chování. Je prezentováno jako něco, co vede ke zvýšení popularity, zvýšení sex-appealu, k dobrým časům či úspěšnosti. Užívání drog takto masmédia podporují myšlenku užívání jako normy chování (Botvin, Botvin, 1992; Botvin et al., 1995; Botvin, Griffin, 2007; Botvin, 2000; Botvin, Epstein, 2008).

1.2.2 Protektivní a rizikové faktory

Protektivní a rizikové faktory jsem zmínila u jednotlivých sociálních vlivů, podrobněji se však u nich zastavím ještě v této kapitole. Důkladně byly zkoumány ve vlámské části Belgie a v Nizozemsku Lombaertem (2005). Za nejdůležitější protektivní faktory považuje nesouhlas přátel a nesouhlas rodičů s braním drog. Dalším zásadním faktorem působícím ochranně je pozitivní sebehodnocení dítěte. Za rizikový faktor považuje spíše než fenomén tzv. „špatných přátel“ (podobně jako tento koncept odmítají také autoři výše – Jones et al., 2006; Kotinga et al., 2006) normativní víru adolescentů, tedy jejich víru v to, co je normou mezi vrstevníky. Za výrazný rizikový faktor považuje snadný přístup k drogám. Rizikovým či protektivním faktorem může být i samotné pohlaví. Z výzkumu dále plyne, že chlapci jsou náchylnější na zneužívání nelegálních drog a alkoholu, dívky spíše zneužívají medikamenty. Autor je přesvědčen, že faktory, které nejvíce ovlivňují užívání drog jsou ovlivnitelné (zde především normativní očekávání a normativní vliv). Naopak faktory, které sice také ovlivňují užívání drog, avšak nejsou ovlivnitelné (složitě rodinné zázemí, vzdělávací dráha), nejsou tolik důležité v síle vlivu na užívání drog. Jednotlivé faktory sestavuje do žebříčku dle vlivu na užívání drog od těch nejméně vlivných po ty nejméně vlivné:

Normativní vliv

Druh užívané látky

Sebehodnocení dítěte

Vycházení do společnosti

Problémové chování

Asertivita ve třídě

Pohlaví

Rodinná situace

Školní výsledky

Přátelé

Komunitní život a sport

Finanční situace

Regionální charakteristiky

Bliže bych se zastavila u fenoménu normativního očekávání. Lombaert (2005) či Parsai s kolegy (2009) navazují na zjištění Castra a Alarcóna (2007), Barkina a jeho kolegů (2002) či Botvina (2000), kteří také zdůrazňují nutnost učit děti tomu, že hranice drog není mezi jejich vrstevníky tak běžné, jak si myslí. Barkin s kolegy (2002) uskutečnili výzkum, v němž se zaměřili na vlastní užívání návykových látek u dětí a na hodnocení užívání návykových látek u svých vrstevníků. Výzkum byl veden formou dotazování se dětí. Dle výpovědi studentů, 1/3 z nich myslí, že 50% jejich vrstevníků kouří a užívá alkohol a přibližně polovina studentů myslí, že asi polovina jejich vrstevníků užívá marihuanu, či tvrdé drogy. Kolem 10% studentů myslelo, že kouření cigaret či pití alkoholu u vrstevníků je činí starší, více „cool“ či alespoň zažijí více legrace než kamarádi, kteří ani nepijí ani nekouří. Kolem 10% studentů si myslelo, že vrstevníci, kteří užívají drogy, mají více přátel. Kombinace hodnocení užívání vrstevníků jako běžné chování a jako „cool“ chování, může působit jako velký tlak na děti. Výsledky výzkumu tedy ukazují, že studenti zpravidla hodnotí užívání mezi vrstevníky jako více časté, než jak skutečně sami vrstevníci vypovídají. Realita užívání se neshoduje s vnímáním tohoto užívání vrstevníky a užívání se pak stává normou chování. Zde je pak těžké určit, zda toto vnímání určuje užívání drog, či zda užívání drog determinuje vnímání. Jak je uvedeno výše, pouze 10% studentů vnímá hranice drog jako „cool či dospělácké“ chování, jako cestu, jak „si užít legraci či mít přátele“. Zdá se tedy, že nemusí jít pouze o image být „cool“, které vede adolescenty k užívání drog. Nabízí se spíše myšlenka, že roli hraje názor adolescenta, že většina v jeho okolí užívá drogy a on svým užíváním se vyhne pocitu, že je mimo. Tedy dělá to, co dělají „normální adolescenti“. K určení, co ovlivňuje vnímání studentů a co tvaruje jejich postoje, je však dle autorů třeba více výzkumů.

1.3 Genderové rozdíly v prevalenci užívání drog a v primární prevenci

Rozdíly mezi pohlavími se mohou ukázat v prevalenci užívání drog, vzorcích jejich užívání, či v problémech vzniklých v souvislosti s jejich užíváním. V textu níže se zaměřím na prevalenci užívání jednotlivých drog u obou pohlaví. Dle zprávy Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA - Selected issues, 2006) je v Evropě užívání drog rozšířenější mezi muži než mezi ženami, obzvláště jde-li o intenzivní či problematické užívání. V některých zemích se však rozdíly v intenzitě užívání srovnávají. Zpráva EMCDDA vychází z mezinárodní studie ESPAD (Hibbell et al., 2004) srovnávající prevalenci užívání drog u 15-16ti letých evropských studentů. Dle této studie převažují chlapci nad dívkami v užívání marihuany, kokainu či alkoholu. V celoživotní prevalenci užívání extáze z hlediska pohlaví se obecně v Evropě neobjevují výraznější rozdíly. Naopak v užívání lékáři nepředepsaných transkvilizerů (léků snižujících úzkost) a sedativních látek převyšují dívky výrazně chlapce (EMCDDA – Selected issues, 2006; Hibbel et

al., 2004). Dle výzkumu Lombaerta (2005) uvedeného v předchozí kapitole jsou chlapci více náchylní k užívání nelegálních drog a alkoholu a dívky k užívání medikamentů.

V Evropě dle studie EMCDDA tedy obecně chlapci užívají drogy více. V Americe dle studie provedené Schinkem a jeho kolegy (2008) však začínají dívky chlapce v užívání drog předbíhat. Mezi 8. a 10. stupněm základního vzdělávání bylo dle tohoto výzkumu zjištěno vyšší užívání alkoholu u dívek než u chlapců. Ve srovnání s chlapci byl u dívek také zjištěn nižší věk, kdy začínají kouřit a obecně autoři dívky považují ve srovnání s chlapci za náchylnější ke vzniku závislosti.

Na Evropském poli se převaha užívání u dívek ukázala ve výzkumu Vriese a kolegů (2003), který popisoval realizaci preventivního programu zaměřeného na kouření v 6 evropských zemích. V tomto průzkumu se ukázalo, že dívky byly signifikantně většími kuřáčkami v rámci týdenní konzumace než chlapci.

Schinke a Schwinn (2005) na základě svého výzkumu doporučují genderově specifickou prevenci. Zkoumali v něm efektivitu programů prevence genderově nespécifických pro chlapce a dívky a dle jejich šetření zde efektivita variovala. Některé programy byly efektivnější pro chlapce, jiné pro dívky. Genderově specifická prevence by tak dle nich mohla optimálně působit u obou pohlaví. U dívek by se měla týkat stresu a rozvíjení dovedností, jak s ním zacházet, neboť stres je dle jejich zkoumání jedním z důležitých rizikových faktorů u dívek. Také Sumnall s kolegy (2006) prosazují genderovou senzitivitu programů prevence.

Zkoumáním genderových rozdílů se zabývali výzkumníci také v Kanadě, kde zkoumali genderové rozdíly v užívání marihuany mezi kanadskou mládeží od 7. do 12. ročníku. Výzkumníci zjišťovali, jaké charakteristiky se pojí s častým nebo těžkým užíváním marihuany u dívek a u chlapců. Dle výzkumu se zdá, že dívky jsou při užívání marihuany ovlivněny výkyvy v duševním prožívání. U chlapců tato zvýšená ovlivnitelnost duševním prožíváním zjištěna nebyla. Autoři dle toho vysuzují, že programy pro dívky by se měly více soustředit na témata týkající se specificky duševního zdraví (Tu et al., 2008).

Genderově zaměřené programy prevence v Evropě zatím běžné nejsou. Dle zprávy EMCDDA lze do programů prevence adoptovat genderově specifické přístupy. U chlapců by se mohlo jako užitečné ukazovat zaměření se na rozvíjení sociálních dovedností a asertivity ve svém sociálním okolí, u dívek by mohlo být užitečné věnovat se cvičení na snižování tenze a napětí a na techniky sebekontroly či sebeřízení. Také v organizaci prevence by se mohly prosazovat rozdílná nastavení, například pro dívky by mohla více vyhovovat práce v malých skupinách, které umožní spíše extrovertně zaměřené vyměňování zkušeností a komunikaci, pracovníkem v prevenci by zde měla být žena. U chlapců by měl skupinu vést muž a skupiny by měly být založeny na vzájemných

interakcích. Příkladem genderově zaměřené prevence s cílovou skupinou dospělých osob jsou např. belgický program Tuppercare zaměřený na ženy a holandský Chebbab zaměřený na muže (EMCDDA – Selected issues, 2006).

1.4 Koncepce primární prevence

Drogová prevence je prioritou ve většině západních zemí. Často je v nich přímo zakořeněna a zapuštěna do vzdělávacího kurikula zákonem (Cuijpers, 2002).

V následující kapitole se pokusím o praktickou ukázkou toho, jak jsou koncepce primární prevence stavěny a jak je prevence realizována ve dvou evropských zemích, a to v Belgii a v České republice, tedy ve dvou zemích, kde jsem měla možnost se s těmito praktikami blíže seznámit. V České republice díky zkušenostem získaným v rámci aktivit pracovníka prevence, v Belgii díky praktické stáži po různých zařízeních realizujících prevenci. Následující kapitola vznikala ve spolupráci s belgickým kolegou z Univerzity v Gentu, Wouterem Vanderplasschenem, v závěru mé stáže v Belgii.

1.4.1 Koncepce primární prevence v České republice a v Belgii v kontextu integračních snah drogové politiky v Evropské unii

1.4.1.1 Úvod

Dle „Výroční zprávy o stavu drog v Evropě“ (2008) se v Evropě nyní rozvíjí snaha o sjednocení politiky jednotlivých zemí v oblasti drog. Většina zemí Evropské unie má již zpracovány své dokumenty o národní protidrogové politice a asi polovina z nich strukturuje své národní dokumenty podobně, jako je strukturován plán Evropské Unie.

Snahu po sjednocování metod prevence užívaných v Evropě lze vyčíst například z české Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009-2012, která přímo zdůrazňuje, že strategie je v souladu s Akčním plánem Evropské unie boje proti drogám (MŠMT, 2009).

Tendence společného směřování drogových politik v Evropě jsou zřejmé již od konce minulého století také ze snahy po společných publikacích evropských autorů, které by se distribuovaly a využívaly v evropských zemích. Jde například o publikaci Handbook prevention vydanou v roce 1998 v Holandsku (Van der Stel, 1998).

V samotné Protidrogové strategii EU na období 2005-2012 vydané Radou Evropské Unie (2005) se uvádí, že Evropská Unie se snaží zaujmout ucelený postoj k drogové problematice a

snaží se doplňovat činnost členských států. Jelikož je však v jednotlivých zemích různá drogová problematika a různá politická, sociální a hospodářská situace, je k tomu nutné při tvorbě a realizaci strategie protidrogové politiky v jednotlivých zemích přihlížet. To tedy znamená, že nelze automaticky implementovat jednu integrovanou strategii ve všech evropských zemích a přehlížet specifické potřeby jednotlivých zemí.

V tomto textu se pokusíme o srovnání situace na poli protidrogové politiky a její realizace v Belgii a v České republice.

1.4.1.2 Prevence užívání drog v Belgii a v České republice

a) Prevalence užívání drog

Dle Výroční zprávy o stavu drog v Evropě z roku 2008 jsou v populaci 16-64ti letých Evropanů odhady celoživotní prevalence užívání marihuany 71 miliónů obyvatel (22%), odhady celoživotní prevalence užívání kokainu asi 12 miliónů (3,6%), extáze 9,5 miliónů (2,8%) a amfetaminů 11 miliónů (3,3%)(EMCDDA - Stav drogové problematiky v Evropě, 2008).

Existuje malé množství relevantních údajů, která umožňují srovnání obou zemí. Takové údaje lze najít např. ve výsledcích ESPAD studie (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), již se Belgie i Česká republika v roce 2007 zúčastnily. Cílem studie bylo sesbírat srovnatelná data o užívání drog mezi 15-16ti letými studenty k monitorování trendů a srovnávání mezi evropskými zeměmi (Hibell et al., 2009).

V Belgii pochází data z Vlámského společenství a vlámských teenagerů v této studii (viz Příloha č. 2) uvedli v rámci celoživotní prevalence nejčastěji zkušenosti s marihuanou - 19,9% dětí. Na dalších místech se objevují zkušenosti s užíváním hypnotik a sedativ (celoživotní prevalence - 7% dětí), inhalantů (6%), amfetaminů (5,4%), extáze (4,4%) či LSD (2,5%) (Hibell et al., 2009).

Prevalence užívání marihuany se oproti předchozím letem mezi mládeží snížila (32% v roce 2003 versus 19,9% v roce 2007), stejně jako prevalence užívání dalších nelegálních drog. Nejužívanější nelegální návykovou látkou na party je stále marihuana a extáze. Prevalence užívání marihuany se v posledních letech snížila, ale zvýšilo se užívání kokainu (3% v roce 2003 versus 4% v roce 2007) a také GHB a ketaminu (0% v roce 2003 versus 1% v roce 2007) na tanečních party (EMCDDA – Belgium, 2008; Hibell et al., 2004).

V České republice uváděli respondenti u nelegálních drog (viz Příloha č. 2) nejčastěji zkušenosti s užíváním konopných látek – takto vypovědělo 45,1% dětí. Další uváděnou skupinou

nelegálních drog byly léky se sedativním účinkem (9.1%), dále se objevují zkušenosti s užitím halucinogenních hub (7,4%), s čicháním rozpouštědel (7%), s LSD (5%), s extází (4,6%) a s amfetaminy (3,5%). U amfetaminů šlo zpravidla o pervitin, což je podomácku vyráběný metamfetamin, který je v České republice nejčastěji užívanou látkou ze skupiny amfetaminů.

Nárůst zkušeností s užíváním drog pozorovatelný v České republice od poloviny 90. let se zastavil, situace se stabilizovala jak u konopných drog (44% v roce 2003 a 45,1% v roce 2007), tak i u ostatních nelegálních drog, např. u extáze (8% v roce 2003 versus 4,6% v roce 2007) a halucinogenních hub (8% v roce 2003 versus 7,4% v roce 2007). Mírný nárůst prevalence užívání drog je u návštěvníků tanečních akcí. Vzrůstá obliba kokainu (1% v roce 2003 versus 1,2% v roce 2007) (Hibell et al., 2009; EMCDDA, 2008; Csémy et al., 2008; Hibell et al., 2004).

Prevalence užívání nelegálních drog je dle studie ESPAD vyšší mezi mladými lidmi v České republice, než mezi mládeží v Belgii (viz Příloha č. 2). Největší rozdíl je v užívání marihuany, její užívání uvádělo více než dvojnásobné množství žáků a studentů v České republice (45,1%), než v Belgii (19,9%). Takřka shodná je prevalence užívání extáze (4,4% v Belgii versus 4,6% v České republice). U ostatních nelegálních látek (hypnotika a sedativa, inhalanty, LSD) byla prevalence jejich užívání v České republice mírně vyšší než v Belgii (o 1-2,5%). Jedinou skupinou drog, jejíž prevalence užívání byla zjištěna vyšší v Belgii než v České republice, byly amfetaminy (5,4% v Belgii versus 3,5% v České republice). V České republice se přihlásilo k užití halucinogenních hub 7,4% mladých lidí, belgické zdroje vyšší procento jejich užívání nezmiňují.

b) Drogová politika

Belgie je federativní konstituční monarchie. Skládá se ze 3 *společenství*, rozdělených podle jazykového principu na Vlámské společenství (s nizozemštinou), Francouzského společenství (s francouzštinou) a Německojazyčné společenství (s němčinou). Hlavní město Brusel je oficiální bilingvní, ale ve velké většině se tam hovoří francouzsky (viz Příloha č. 1).

Směřování drogové politiky v Belgii je střední cesta mezi represí a tolerantním přístupem (Vanderplassen et al., 2002). Hlavním cílem strategie prevence je předcházet a snižovat rizika u osob užívajících návykové látky, chránit jejich okolí a také celou společnost. Za drogovou politiku v Belgii je zodpovědná tzv. „Community Government“, tedy vláda jednotlivých společenství (konkrétně Department of Public health and welfare), nikoliv „Federal Government“, což je federální vláda. Nejdůležitější organizací koordinující preventivní politiku ve Vlámské oblasti je VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen), která spolupracuje velice úzce

s vládou v rámci společenství i federální vládou a podobnými organizacemi ve Francouzském a Německojazyčném společenství (EMCDDA - Belgium, 2008).

Česká republika se stala samostatným státem v roce 1993. Do roku 1989 byl v tehdejší Československé socialistické republice u moci komunistický režim, který oficiálně nepřipouštěl užívání drog v zemi.

Orientace drogové politiky v České republice se posunula od represe prosazované na konci minulého století k více tolerantnímu přístupu a k podpoře prevence problémů spjatými především s rizikovým užíváním heroinu a metamfetaminu, které ohrožují samotného jedince i celou společnost. Důraz v drogové prevenci realizované ve školách je položen na podávání vědecky podložených informací (Mravčík et al., 2008; Úřad vlády ČR, 2005). Prevence užívání drog je zde organizována v rámci prevence sociálně patologických jevů, je řízena Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) a koordinována Metodickým pokynem k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Ten vymezuje terminologii, začlenění prevence do školního vzdělávacího programu a definuje tzv. Minimální preventivní program. Prevence je organizována školou, která k její realizaci často zve různé vnější organizace, občanská sdružení, Pedagogicko-psychologické poradny, Policii ČR atd. (Metodický pokyn, 2007; Mravčík et al., 2008).

Programy v České republice mohou být od roku 2006 certifikovány u agentury zřízené u Institutu pedagogicko-psychologického poradenství v Praze. Certifikované programy by měly zajišťovat, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti (Mravčík, 2008; Martanová, 2006).

c) Prevence užívání drog

Klasifikace a pojmy v oblasti prevence užívání návykových látek

V Belgii se ustoupilo od tradičního dělení prevence na prevenci primární, sekundární a terciární (Van der Kreeft, 2005). Nyní se používá terminologie, která pochází od autorů Mrázek a Haggerty (in Van der Kreeft, 2005). Ta rozlišuje univerzální prevenci (zaměřenou na celkovou populaci), selektivní prevenci (zaměřenou na populaci ve větším riziku ohrožení) a indikovanou prevenci (určenou pro ty, kteří již vykazují známky příslušnosti k vysoce rizikovým skupinám).

V České republice je prevence definována v Metodickém pokynu MŠMT (MŠMT, 2007). Zde jsou specifikovány základní pojmy, jako je primární prevence sociálně patologických jevů, nespecifická primární prevence, specifická primární prevence (s uvedením terminologie dělicí prevenci na všeobecnou, selektivní a indikovanou), efektivní primární prevence, neúčinná primární prevence a Minimální preventivní program (Metodický pokyn, 2007; Mravčík et al., 2008).

Univerzální prevence

Škola

Preventivní aktivity ve škole jsou v Belgii řízeny dokumentem Federal Drug Policy Note. Jsou integrovány do zdravotní osvěty a realizovány od mateřské školy a pokračuje na základních a středních školách. V počátcích se soustředí na rozvoj životních dovedností, na druhém stupni a na střední škole jsou už více zaměřeny na drogovou problematiku. Důraz je kladen na relevanci programů daným věkovým skupinám dětí (EMCDDA - Belgium, 2008; Van der Kreeft, 2005).

Jednou z konkrétních preventivních aktivit ve Vlámském společenství je projekt „Maat in de shit“. Je zaměřený na děti ve věku 14-16 let a týká se hlavně užívání marihuany. Cílem je dát dětem informace a nástroje, pomocí kterých by měli být schopni pomoci kamarádovi, který má problém s užíváním marihuany (EMCDDA – Belgium, 2008).

Dalším z projektů ve Flandrech je např. „Unplugged“ (podrobněji viz kapitola 1.13.1). Jde o program využívající tzv. model komplexního vlivu sociálního prostředí a je určen pro děti ve věku 12 – 14 let. Kurikulum se skládá z 12 hodinových sezení vedených interaktivní formou třídním učitelem. (Faggiano et al., 2008; Van der Kreeft, 2005).

Preventivní aktivity škol v České republice jsou realizovány dle Minimálního preventivního programu školy. Za jejich implementaci je zodpovědný tzv. školní metodik prevence, který spolupracuje s ostatními pedagogy školy (Mravčík et al., 2008). Nováková (2003) zdůrazňuje nutnost, aby protidrogová strategie uplatňovaná ve školách a školských zařízeních, respektovala věk a osobnostní zvláštnosti žáků.

V roce 2007 se Česká republika připojila k evropskému preventivnímu programu EU-DAP – „Unplugged“, také popsanému výše (Jurystová et al., 2009; Mravčík et al., 2008).

Rodina

Na belgické rodiče se většinou zaměřují různé informační brožury, které informují o drogách a rizicích jejich užívání. Snaží se poskytnout jim účinné rady, jak mohou snížit pravděpodobnost užívání drog u svých dětí, a co případně dělat, když tuto skutečnost zjistí. Dále jsou pořádány různé přednášky a workshopy, rodiče využívají i internet – jednou ze nejznámějších webových stránek o drogách je www.DrugLijn.be, na stránce je i internetová poradna (EMCDDA - Belgium, 2008).

V České republice bývají rodiče koncepčně zahrnováni do preventivních programů realizovaných ve škole (informační letáky, besedy), ale skutečné zapojení rodičů je spíše ojedinělé (Mravčík et al., 2008). Také v České republice existují informačně a poradensky orientované webové stránky o drogách, např. www.odrogach.cz, které poskytují kvalifikované informace (Mravčík et al., 2008) nebo www.drogovaporadna.cz, které fungují jako internetová poradna a nabízí poskytování informací, kontaktů a možnost interaktivní diskuse.

Selektivní a indikovaná prevence

V Belgii je jedním z programů v této oblasti je program „Partywise“. Je zaměřen na mladé lidi, kteří se chodí bavit na party a snaží se je vést k tomu, aby se na party bavili zdravě a bezpečně. Srdcem projektu je webová stránka (www.partywise.be), která poskytuje řadu informací týkajících se nočního života a užívání drog. Základní informace zde lze nalézt také francouzsky a anglicky. Pracovníci projektu také vyráží na některé párty a poskytují poradenskou pomoc, distribuují letáky, atd. (EMCDDA - Belgium, 2008).

Také v České republice se realizuje program zaměřený na mládež navštěvující párty. Jmenuje se „Safer party - aneb jak prožít akci s minimálním rizikem“. Terénní pracovník programu se účastní vybraných party a zde poskytuje přímé poradenství, distribuuje letáky, které obsahují mj. informace o jednotlivých drogách (z čeho jsou vyráběny, čistota, možné příměsi), o jejich akutních a dlouhodobých účincích, o rizicích kombinace s jinou drogou, bezpečnějším užití, o trestněprávních důsledcích užívání nelegálních drog, aj. (Mravčík et al., 2008). Součástí projektu je také webová stránka, kde lze najít informace o projektu, o jednotlivých drogách a o první pomoci.

V několika evropských zemích včetně Belgie byl realizován projekt „SEARCH“, který vychází ze současné celoevropské potřeby cílené pomoci pro imigranty a uprchlíky. Cílem projektu

bylo pomoci těmto lidem lépe zacházet s nebezpečími a riziky, která se vyskytují v nové zemi. V Belgii byly v rámci projektu „SEARCH“ vytvořeny 2 publikace. Jednou je brožurka vydaná v 6 jazycích (také v českém a slovenském) s informacemi o drogách a možné nabídky pomoci v případě problémů s nimi. Druhou je publikace s 5 příběhy o uprchlících užívajících drogy (SEARCH, 2002; SEARCH II., 2004).

Specifickými preventivními aktivitami pro minoritní skupiny obyvatel jsou v Belgii organizovány např. De Eenmaking v Gentu nebo Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen (CAD) v Limburgu či Antverpách. Jedním z jejich projektů je program „Tuppercare“, o kterém bude pojednáno blíže v kapitole 3.3. Jde o program orientovaný na ženy dvou největších minoritních skupin obyvatel v Belgii, a to ženy z Maroka a Turecka, které je často obtížné oslovit jinými preventivními aktivitami vzhledem k jazykových a jiným bariérám. Projekt probíhá formou tzv. „domácí párty“ v domácnosti některé z žen a za účasti vyškolené dobrovolnice ze sociální sítě oslovené komunity. Ta předává ženám informace o drogové problematice a diskutuje s nimi. Výhodou metody je předávání informací ve vlastním jazyce žen a s citlivostí k normám a hodnotám jejich kultury (EMCDDA – Belgium; Boukbir, 2005; Noens, 2008a; Noens, 2008b).

V České republice byla vytvořena metodika k hranému filmu popisujícím chlapce z romské komunity, bojujícího s drogovou závislostí na heroinu. Film i metodika se jmenují Grofo a jsou určeny pro práci především s dětmi z romského etnika ve věku od 13 let (Hejkrliková et al., 2003).

Evaluace

Při prevenci je kladen důraz na její evaluaci, i když ta je zatím stále ještě v počátcích. Ve Vlámském společenství byl v roce 2006 vytvořen registrační program nazvaný „Ginger“, který monitoruje většinu preventivních aktivit Vlámského společenství (EMCDDA – Belgium, 2008).

Evaluace je také v České republice považována za zásadní část preventivních programů. V roce 2007 vyvinulo občanské sdružení Sananim online formulář pro evaluaci školních programů prevence, který lze nalézt a vyplnit na stránkách www.odrogach.cz (Mravčík et al., 2008).

V obou zemích byl implementován program „Unplugged“, který je tzv. „evidence- based“, má tedy důkazovou základnu a v několika zemích včetně České republiky u něj byla zkoumána efektivita.

1.4.1.3 Podobnosti a odlišnosti v řešení drogové problematiky v Belgii a v České republice

V drogové politice Belgie a České republiky lze poukázat na řadu rozdílů, ale také spojujících prvků. Jeden z rozdílů je dán jiným uspořádáním státu. Belgie je konstituční monarchie složená ze 3 společenství, jež mají svoji vládu a svůj jazyk. Drogovou politiku řídí vlády jednotlivých společenství, což přináší rozdíly v systému prevence mezi jednotlivými částmi země. Ty jsou umocněny vazbou na sousedící státy, s nimiž mají společný jazyk: Flandry jsou když jde o sociokulturní aspekty více spjaty s Holandskem a Valonsko s Francií (Van der Kreeft, 2005; Van der Stel, 2004). Česká republika je stát řízený jedinou vládou. Z tohoto faktu vyplývá i řízení politiky v oblasti drog, systém je v České republice centralizován.

Další z rozdílů vyplývá z jiného historického zázemí obou států. Drogová prevence a její politika se na území Belgie rozvíjela mnohem dříve než v České republice, mohla také čerpat z různých zahraničních zdrojů. Česká republika patří mezi postkomunistické státy a především přístup k zahraničním zdrojům byl za dobu vlády komunismu značně omezen. Jak je popsáno výše, před rokem 1989 primární prevence drogových závislostí na českých školách téměř neexistovala a se prakticky rozvíjela až po roce 1989.

Prevalence užívání drog je dle této studie obecně vyšší mezi mladými lidmi v České republice než mezi mladými lidmi v Belgii. To se ukázalo především u užívání marihuany, halucinogenních hub, hypnotik a sedativ, LSD a organických rozpouštědel. Užívání halucinogenních hub nebylo dle údajů ESPAD studie v Belgii procentuálně zaznamenáno. V Belgii byla ve srovnání s Českou republikou zaznamenána vyšší prevalence užívání amfetaminů.

Vysvětlení této situace by se mohlo týkat jiné historie obou zemí. Jak jsem psala výše, Česká republika je země, která byla díky komunismu řadu let uzavřena. V západní Evropě byl příliv drog zaznamenán v 60. a 70. letech minulého století a prevence se začala rozvíjet již od 80. let. V České republice a ostatních zemích střední a východní Evropy byl vývoj oproti západní Evropě posunut o několik let, kdy se situace související s výskytem a užíváním drog přiblížila těmto zemím. Západní Evropa tedy byla nucena dříve čelit problémům s drogami a začala se dříve učit s nimi nějak zacházet, což v sobě obsahuje také pokusy předcházet jejich užívání. V těchto zemích se rozvíjely snahy o porozumění zdravotním, sociálním a bezpečnostním rizikům spojeným s užíváním drog a pokusy o alespoň částečnou kontrolu užívání drog. V České republice byl tento vývoj nemožný. Do roku 1989 šlo o uzavřenou zemi s vysokou sociální kontrolou, která neumožňovala markantní rozšiřování drog a zároveň blokovala tvorbu efektivních obranných

opatření. K prvním snahám o skutečnou prevenci užívání drog zde došlo až v 90. letech minulého století.

V obou zemích je dle studie ESPAD i jiných průzkumů patrná obecná tendence snižování prevalence užívání drog. Na tanečních párty klesá užívání marihuany a extáze, ale zvyšuje se zde výskyt užívání kokainu, a to v obou zemích, v Belgii ještě vzrůstá užívání GHB a ketaminu a v České republice pervitinu.

Pervitin (tedy metamfetamin; podomácku vyráběná droga) také patří mezi nejčastěji zneužívanou drogu ze skupiny amfetaminových drog v České republice. Až 80% uživatelů ho užívá injekčně. V Belgii se v této podobě vůbec nevyskytuje. Úmrtí v souvislosti s amfetaminy je v Belgii spíše výjimečné, ale v České republice je značný počet úmrtí v této skupině drog připsán právě pervitinu (Hibell et al., 2009; EMCDDA, 2008; Csémy et al., 2008).

Obě země užívají v problematice drogové prevence stejnou terminologii, dle níž je prevence dělena na univerzální, selektivní a indikovanou. Obě země také orientují své drogové politiky mezi represí a tolerantní přístup a zdůrazňují snahu předcházet rizikům plynoucím z užívání drog u samotných uživatelů i celé společnosti.

Shodně v obou zemích probíhá projekt preventivní program univerzální prevence Unplugged. Obě země také zdůrazňují aspekt věku u preventivních opatření. Program prevence by se měl přizpůsobovat věku dětí, pro které je určen.

V rámci univerzální prevence se v Belgii klade důraz na co největší zapojení třídních učitelů do preventivních aktivit, řada programů je kantory přímo realizována. V České republice je větší tradice programů realizovaných jinými organizacemi, ale i zde se již prosazuje tendence zapojení třídního učitele do preventivních aktivit. Zejména je prosazována přítomnost kantora při realizaci preventivních programů.

V rámci selektivní prevence jsou podobnými projekty belgický projekt Partywise a český projekt Safer party. Partywise v Belgii má delší historii, projekt v České republice běží teprve druhým rokem. Belgické webové stránky jsou velmi dobře zpracovány, mají dobrou animaci, jednotlivé odkazy jsou doprovázeny taneční hudbou typickou pro návštěvníky party. Stránky poskytují tipy na party, informace o drogách a alkoholu, typy, co dělat v různých situacích souvisejících s užitím drog, lze si ale například stáhnout i šetřič obrazovky s Partywise tematikou apod. Stránka lze také propojit se servery Myspace.com a Facebook.com, které jsou mezi mládeží populární. České webové stránky obsahují informace o projektu, o jednotlivých drogách a o první

pomoci a jsou pouze v češtině. Webové stránky jsou chudé na jakékoliv animace, informace jsou psány světlým písmem na bílém podkladě a jsou těžce čitelné.

Strategie a programy v obou zemích se snaží působit nejlepším možným způsobem dle vědeckých znalostí a možností těchto zemí. Další výzkum a neustávající práce je důležitá k jejich zlepšování a rozvoji. V České republice by mohl být prostor pro důsledné sledování důkazové základny preventivních programů. A dále by bylo dobré zlepšit spolupráci organizací, které realizují prevenci, a to z důvodu sdílení a rozšiřování získaných zkušeností. Zde jsou dle Ivese (1999) značné mezery u řady exkomunistických zemí, kde jsou často programy prevence jakoby výrobním tajemstvím organizací, které se nechtějí podělit o své zkušenosti s určitou metodou s jinými. Dle našeho názoru je dále nutná práce na poli prevence pro imigranty a minoritní skupiny obyvatel. Tato oblast by mohla být lépe propracovaná také v Belgii.

1.4.1.4 Shrnutí

V textu jsme se pokusili o stručné nastínění strategií prevence užívání drog v Belgii a v České republice a o představení některých konkrétních realizovaných programů v obou zemích. Z jejich srovnání vyplývají koncepční odlišnosti obou politik, ale také tendence k jejich sblížení, což je patrné v celé Evropě. Tato tendence se projevuje již v některých konkrétních, v Evropě rozšířených programech, ale také v respektování a určité „podřízenosti“ národní politiky politice evropské. Jednotlivé programy reagují na aktuální problémy obou zemí, například v Belgii je zatím vyšší akcent na preventivní aktivity pro minoritní skupiny obyvatel, v České republice zvýraznění této potřeby očekáváme v budoucích letech.

Politika protidrogové prevence obou zemí vychází z různých zkušeností, je ovlivněna různými historickými vývoji obou zemí. V současné době, kdy dochází o vzájemnému ovlivňování evropských politik a strategií, se v obou zemích používají některé shodné metody práce, rozvíjejí se shodné projekty, obě země si však také zachovávají řadu svých jedinečných projektů a aktivit, které často kopírují právě potřeby dané země. Preventivní aktivity v obou zemích však směřují ke stejnému cíli. Tím je v širším měřítku podpora a usnadnění osobnostního rozvoje a sebedůvěry mladých lidí, které jim umožní učinit zodpovědnou volbu v situaci, kdy se setkají s drogami. V užším úhlu pohledu je cílem snížit užívání drog a/nebo potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku užívání drog nastat (Zaostřeno na drogy 2, 2009; Mravčík et al., 2008; EMCDDA – Belgium, 2008).

1.5 Dělení primární prevence

1.5.1 Dělení dle druhu preventivních opatření

Jak je uvedeno výše, v Belgii, ale i jiných zemích, se ustoupilo od tradičního dělení prevence na prevenci primární, sekundární a terciární (Van der Kreeft, 2005). Nyní se používá terminologie, která pochází od autorů Mrázek a Haggerty (in Van der Kreeft, 2005).

Tradiční dělení preventivních opatření bylo po mnoho let rozdělení na prevenci primární, sekundární a terciární:

- primární prevence – jde o prevenci nástupu užívání drog
- sekundární prevence – zaměřuje se na rané stádia užívání drog či osoby v riziku a snaží se předejít přechodu na rizikové užívání
- terciární prevence – cílem je redukce zdravotních rizik u uživatelů návykových látek

V posledních letech se zavádí nová terminologie v rámci prevence, která ji dělí na:

- univerzální prevenci – intervence zaměřené na celkovou populaci, cílem je odradit od nástupu užívání návykových látek či alespoň nástup užívání látek oddálit
- selektivní prevenci – intervence zaměřené na populaci, která je ve větším riziku ohrožení, často vlivem účasti v rizikových skupinách
- indikovaná prevenci – intervence určena pro ty, kteří již vykazují známky příslušnosti k vysoce rizikovým skupinám

(Mrázek a Haggerty, in Van der Kreeft, 2005; Botvin a Griffin, 2007; EMCDDA – Stav drogové problematiky v Evropě, 2008)

Všechny tyto druhy prevence jsou aktivity primární prevence. Místo pojmu sekundární prevence se nově používá pojem „raná intervence“ a místo pojmu terciární prevence se užívá pojem „rehabilitace“ (Van der Stel, 2004).

1.5.2 Dělení dle cílové skupiny

V podmínkách primární prevence realizované ve školním prostředí je hlavní cílovou skupinou skupina děti různého věku. Jones s kolegy (2006) přidávají další možné cílové skupiny, na něž je možné intervence zaměřit:

- Intervence zaměřené na rodiče - Na rodiče zaměřená prevence je důležitým preventivním opatřením, neboť rodina je jedním ze základních sociálních vlivů působících na mladého

člověka. Základním problémem rodičovsky zaměřené prevence je však nesnadná oslovitelnost a dosažitelnost rodičů.

- Komunitně zaměřená prevence - Tato prevence se zaměřuje na širší komunitu a snaží se posilovat školní a rodinně orientované intervence.
- Intervence skrze masmédia - Masmédia umožňují masové oslovení osob a jsou tak velmi širokým polem pro různá preventivní opatření. Cuijpers (2003) vidí v kampaních v masmédiích možnost, jak zvyšovat efekty komunitně založených intervencí, samotné kampaně dle jeho zkoumání užívání drog nesnižují.

1.6 Přístupy v primární prevenci

Dle zprávy Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA – Stav drogové problematiky v Evropě, 2008) se vědecká základna protidrogové prevence stále rozrůstá a provádějí se další a přesnější studie. Za problematické označuje vyvozování závěrů ze studií provedených v Americe, které mohou být v evropském kontextu zpochybněny. Výzkumné údaje dále ukazují, že v některých zemích Evropy stále převažují přístupy, které nejsou podpořeny výzkumnou základnou a v některých případech zahrnují i činnosti, které mohou být kontraproduktivní.

V dřívějších dobách se preventivní aktivity často zaměřovaly na podávání informací o drogách či poskytování zdravých alternativ k užívání drog. Tyto přístupy v prevenci jsou však již překonané (Botvin, 2000).

V prevenci můžeme v současné době rozlišovat tyto možné přístupy:

1.6.1 Přístupy založené na sociálním vlivu

Tyto přístupy zdůrazňují důležitost sociálních a psychologických faktorů, které ovlivňují nástup užívání drog. Užívání drog adolescentů je zde nastaveno jako výsledek sociálního vlivu vrstevníků a médií podporujících kouření, pití alkoholických nápojů či užívání nelegálních drog (Botvin, 2000). Mezi důležité složky přístupu založeném na sociálním vlivu patří normativní vzdělání a trénink dovedností odolávat nátlaku:

- Normativní vzdělávání - Šetření různých autorů (Botvin, 2000; Barkin et al, 2000; Van der Lombaert, 2005; Botvin, Griffin, 2007; Parsai et al, 2009; Castro, Alarcón, 2007) ukazuje, že adolescenti zpravidla přeceňují výskyt kouření, pití a užívání nelegálních drog mezi ostatními

adolescenty. To pak vede k nepřiměřeným normativním očekáváním a rozvoji norem, které podporují užívání drog. Cílem prevence by tedy mělo být „opravit“ toto nesprávné vnímání, že většina adolescentů užívá drogy.

- Trénink dovednosti odolávat tlaku (např. vrstevníků, médií) - Výzkumy z této oblasti ukazují, že adolescenti mohou začít užívat drogy z důvodu chybění či nedostačivosti v dovednosti odolávat sociálnímu vlivu ostatních. Proto je důležitým aspektem tohoto přístupu rozvíjení takových dovedností studentů, které jim pomohou odolávat prodrogově zaměřenému sociálnímu vlivu vrstevníků či médií. Při trénování dovednostem odolávání nátlaku se uplatňují tři hlavní metody: učit studenty rozpoznat rizikové situace, zvyšovat jejich vědomí o vlivu médií a trénink odmítání. Schopnosti odolávat tlaku médií považují Epstein a Botvin (2008) za jednu z důležitých dovedností, která predikuje nižší pravděpodobnost užívání drog u mladistvých.

1.6.2 Přístupy založené na zvyšování kompetencí

Tyto přístupy se zaměřují na zvyšování kompetencí jedince, především na zvyšování jeho sociálních dovedností.

Na kompetence zaměřené programy učí obecné sociální a osobnost rozvíjející dovednosti, jako například schopnost činit rozhodnutí, schopnost řešit problémy, kognitivní dovednosti pro odolávání interpersonálním vlivům a vlivům médií, dovednosti pro zvyšování osobní kontroly a zvýšení sebehodnocení, strategie zacházení se stresem a úzkostí, asertivní dovednosti atd. Programy tohoto typu se také mohou částečně překrývat s výše popsáním typem programu a zaměřují se na dovednosti studentů identifikovat sociální situace, v nichž by byli vystaveni tlaku vrstevníků ke kouření a pití a braní drog, a učení se, jak se těmito situacím vyhnout. Pokud se jim vyhnout nelze, učí se jak s nimi zacházet, co lze v kterých situacích říct, jak odmítat. Také se učí o reklamních strategiích firem, inzerujících tabákové výrobky a alkoholické nápoje (Botvin, 2000; Botvin, Griffin, 2007).

Faggiano a jeho kolegové (2008) srovnávali ve svém průzkumu tři různě vedené druhy preventivních programů. První skupina programů se orientovala na rozvoj sociálních dovedností (sem spadá, jak je zmíněno výše, například rozvoj schopnosti činit rozhodnutí, správné sebehodnocení, znalosti o drogách, schopnost odolávat tlaku vrstevníků), druhá skupina programů byla afektivně zaměřena (tyto programy rozvíjely schopnost činit rozhodnutí a znalosti o drogách) a třetí skupina byla informačně zaměřená (rozvíjela úroveň znalostí o drogách). Jako neúčinnější ve školním prostředí se dle srovnání efektivity různých programů jevil autorům přístup rozvíjející sociální schopnosti.

Caplan s kolegy (1992) na základě svého výzkumu již v 90. letech minulého století upozorňuje, že zaměření pouze na obecné osobnostní vlastnosti jedince a sociální dovednosti bez materiálů týkajících se drogové problematiky, má pouze minimální efektivitu v rámci prevence užívání návykových látek.

Zdá se tedy, že je vhodné přístupy kombinovat.

1.6.3 Přístupy založené navíc komponentech (vícesložkové programy)

Mnohé programy prevence zahrnují více než jeden typ intervence, jednotlivé intervence je možné kombinovat (McGrath et al., 2007).

1.6.4 Další přístupy

Protidrogová prevence se může uskutečňovat také pomocí jiných aktivit, třeba divadelních představení, jako například v americkém projektu Under pressure (Safer et al., 1993).

1.6.5 Poskytování informací a afektivní vzdělávání

Jak je uvedeno výše, v současné době je již překonaný přístup primární prevence, která byla založena na poskytování zdravotnických informací. Ve výzkumu Barkina a jeho kolegů (2002) se ukázalo, že studenti si uvědomují důležitost forem chování a dovedností, které napomáhají odolávat sociálnímu tlaku. Avšak implementace těchto dovedností a její výsledky ve skutečném chování nejsou tak jednoduché jako jejich osvojení. Tato skutečnost odkazuje na nejistou vazbu znalostí a skutečného chování, zjištěnou také jinými autory (Botvin, 2000; Dusenbury et al. 1990). To ukazuje na nutnost, aby preventivní opatření založená na informační složce byla doplněna také o složku osobnostní. Nelze tedy pouze podávat informace, ale je třeba působit na celou osobnost dítěte, na zvyšování dovedností, které ovlivňují jeho chování.

1.7 Cíle primární prevence

V ideální situaci je cílem preventivních programů zcela zabránit užívání návykových látek (Skalík, 2003). To však není zpravidla možné. Podobně Botvin (2000) zdůrazňuje, že ačkoliv konečným cílem preventivních snah je prevence užívání drog a jeho nepříznivých dopadů, více bezprostřední zaměření školních preventivních programů je odradit od raných stádií užívání.

V časopise *Zaostřeno na drogy* (Lejčková, 2006) se uvádí tento cíl preventivních aktivit: „Cílem primární 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 další léčbu nebo další intervence“ (s. 1).

V širším měřítku lze za cíl primární prevence považovat podporu a usnadnění osobnostního rozvoje a sebedůvěry mladých lidí, které jim umožní učinit zodpovědnou volbu v situaci, kdy se setkají s drogami. V užším úhlu pohledu je cílem snížit užívání drog a/nebo potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku užívání drog nastat (Kiššová, 2009; Mravčík et al., 2008; Skalík, 2003; EMCDDA – Belgium, 2008; Sumnall et al., 2006).

V tomto širším pojetí či při vymezení dalšího cíle dle textu v časopise *Zaostřeno na drogy* se však dle mého názoru již vzdalujeme primární prevenci a blížíme se spíše raným intervenčním snahám v případě experimentování či již dokonce užívání drog.

1.8 Načasování implementace programů prevence

Autoři Barkin a kolegové (2002) tvrdí, že nejsilnější asociace k předpokládanému budoucímu užívání drog je současné užívání drog. Proto považují za nutné zaměřit intervence na věkovou skupinu adolescentů, kteří ještě drogy neužívají. Dle výzkumu autorů se jako nejvhodnější jeví 7. stupeň základní školy. Jde o období, kdy děti zpravidla ještě nejsou ve styku s drogami, avšak mají již schopnosti, které lze dále rozvíjet a které napomáhají odolávání drog (Barkin et al., 2002). Podobně hovoří Botvin (2000) či Botvin a Griffin (2003), kteří doporučují pro implementaci programů prevence raná stádia adolescence, kdy děti začínají experimentovat s návykovými látkami. V této oblasti je velmi důležité znát změny vzorců užívání drog v průběhu vývoje adolescentů, neboť to může pomoci zaměřit se na správné načasování preventivních intervencí. Nelze implementovat stejné preventivní opatření pro děti, které experimentují, a pro dospívající, kteří již přešli na rizikové užívání v pozdějším věku (Botvin, Griffin, 2007). Také jiné zdroje zdůrazňují relevanci programů daným věkovým skupinám (EMCDDA - Belgium, 2008; Van der Kreeft, 2005; Nováková, 2003).

1.9 Implementace programů prevence

Autoři Sy a Glanz (2008) vyzdvihují nebezpečí, které vyplynulo z jejich zkoumání implementace programu prevence kouření na Havaji, programu *Splash*. Jejich studie ukázala, že učitelé implementují programy prevence ne vždy tak, jak tvůrci realizaci programů zamýšleli. Někteří učitelé ve výzkumu také vypovídali, že z nedostatku času nestihli implementovat program

celý. Na tuto skutečnost upozorňuje také Peer van der Kreeft (2005), který vidí nebezpečí dlouhých programů právě v tom, že se nemusí stihnout celé a kantoři často vynechají část, která je obzvláště důležitá v závěru celého programu. Podobně také Cuijpers (2003), Botvin a Griffin (2007) či Shek a Wai (2008) apelují na nutnost správné implementace programů prevence, chceme-li zachovat jejich účinnost.

Při plánování programu je tedy nutné myslet na to, kdo je bude implementovat, jaký bude mít časové možnosti, a také jak bude třeba tyto osoby připravovat a školit.

1.10 Doporučení pro tvorbu preventivních programů

Při tvorbě programů prevence doporučují Sumnall a jeho kolegové (2006) pečlivé plánování programů prevence. Speciální pozornost by měla být věnována struktuře a obsahu. Obsah preventivního programu musí odpovídat informacím z výzkumů (měl by tedy být „evidence-based“) a charakteristikám cílové populace (rozlišení např. dle věku, pohlaví). Informace z výzkumu by dle Cuijperse (2003) být:

- o prevalenci užívání drog v populaci, pro které je program určen,
- o průměrném věku jejich prvního užití,
- o determinantách ovlivňujících užívání drog,
- o vzorcích užívání drog a
- o mentálních problémech ve specifické populaci.

Také dle Peaka (2008) by měly být programy šity na míru cílové skupině. Peak akcentuje hlavně věkovou specifikaci skupiny, již je nutné uzpůsobit program. Je rozdíl mezi způsobem práce s dětmi v počátku adolescentního věku a v jeho závěru. Například rodičovská kontrola může fungovat lépe u dětí mladšího adolescentního věku než u dětí staršího adolescentního věku. A starší adolescenti zase mohou být zranitelnější na reakce okolí. Podobně uvažují výše Botvin a Griffin (2007), Van der Kreeft (2005) či Nováková (2003).

U preventivních programů dále doporučuje řada autorů (Jones et al. 2006; Flynn et al., 1994; Paek, 2008; Cuijpers, 2003; Botvin, Griffin, 2007) integrovat snahy rodičů, školy, komunitních aktivit a kampaní v médiích, neboť by mohly být efektivnější, než programy zaměřené pouze na některý z možných kanálů. Cuijpers (2003) ještě doporučuje nezapomenout na důležitost identifikace dětí v riziku, pro něž by měly být specificky zaměřené preventivní programy, jelikož univerzální programy prevence u nich nemusí být účinné.

Co se týče vhodné délky Cuijpers (2002) nedoporučuje programy delší než 10 a více vyučovacích hodin, neboť se nenašly přesvědčivé důkazy o tom, že tyto intenzivní školní programy

jsou efektivnější než méně intenzivní programy, naopak, hrozí zde nebezpečí, že se nestihnou celé, jak zmiňovali také autoři výše.

Botvin a Resnicow (1993) doporučují přidat k základnímu preventivnímu programu tzv. „booster session“, neboli dodatečná setkání, která navazují na primární program prevence a měla by ho dále rozvíjet a podporovat jeho účinnost.

Možnými pozitivními efekty „booster session“ na zvýšení efektivity programu zaměřeného na prevenci kouření se zabývali také holandsí výzkumníci Dijkstra a jeho kolegové (1999).

1.11 Základní principy preventivních programů

V českém prostředí byly základní pilíře efektivní primární prevence zpracovány v jednom z čísel časopisu Zaostřeno na drogy (Lejčková, Černý, 2007). Jde o tyto zásady, kterými by se měla preventivní práce řídit:

- Dlouhodobá a kontinuální práce s dětmi – Dlouhodobá a kontinuální práce umožňuje vytvoření a budování kontaktu a důvěry mezi dětmi a lektory primární prevence. V tomto kontextu se jeví jako zásadní vzdělávat skupinu rodičů a pedagogů v této oblasti, a to proto, že v dlouhodobém kontaktu s dětmi jsou především oni, jejich potenciál ovlivnit postoj dětí k užívání návykových látek je tedy obrovský.
- Práce v malých skupinách - Jednotlivé aktivity primární prevence by měly být realizovány v malé skupině s maximálně 30 dětmi, ve školním prostředí maximálně s jednou třídou. To umožňuje komunitní styl práce, nejčastěji v kruhu nebo ve skupinovém uspořádání. Tím lze snáze docílit navázání bližšího kontaktu s dětmi a aktivovat je. Umožňuje s nimi vést dialog a pracovat interaktivním způsobem.
- Aktivní účast dětí – Programy se snaží o aktivní účast dětí. Mezi hlavní metody práce patří diskuse, výtvarné, neverbální, dramatické, aktivační a pohybové techniky. Uvedené techniky jsou zařazovány také z toho důvodu, že pro některé děti je obtížné vyjadřovat se k některým tématům verbálně. Po každé technice by měla následovat reflexe, ve kterých se dané téma dále zpracovává. Nezbytnou součástí programů primární prevence je zpětná vazba.
- Praktická a teoretická připravenost realizačního týmu – Pracovníci vykonávající primární prevenci by měli mít předepsané vzdělání a absolvovat specializovanou přípravu.
- Schopnost reagovat na aktuální potřeby cílové populace – Program by měl reagovat na aktuální potřeby dětí. Lektori by měli být informováni o vzdělávání v oblasti primární

prevence, jakým cílová skupina již prošla. Program je třeba přizpůsobit dané situaci, je třeba pracovat také s očekáváním cílové skupiny.

- Jasný a strukturovaný program – Program by měl mít zpracovanou koncepci a metodiku. V rámci toho by měla existovat však také jistá flexibilita, aby bylo možné program přizpůsobit jednotlivým skupinám i aktuální situaci při práci přímo ve skupině dětí. Setkání jsou časově ohraničena a mají jasnou strukturu – tj. úvod, aktivační techniky, práce s tématy a závěrečné shrnutí a reflexe.
- Nabídka pozitivních alternativ – Program podporuje a nabízí aktivity vedoucí ke zdravému způsobu života. Program by měl rozvíjet také komunikační dovednosti, schopnosti autonomního rozhodování, posilování sebevědomí a sebejistoty, řešení problémů, zodpovědnosti atd.
- Důraz na kontext programu – Program reaguje na specifika a potřeby dané lokality a zahrnuje spolupráci s pedagogy, rodiči a nejbližším sociálním okolím dané skupiny.

V zahraniční literatuře se objevují spíše rozborů a zmínky o složkách efektivních programů nebo o efektivních komponentách, které lze do programů zařazovat.

Jedním ze zahraničních autorů, který se snažil vyabstrahovat základní složky efektivního preventivního programu, je Nizozemec Cuijpers (2002). Upozorňuje však na četná úskalí této snahy. Ve své studii vycházel ze studia literatury zkoumající efektivnost jednotlivých složek prevence u jednotlivých programů. Většina výzkumů prováděných v Americe i Evropě se soustřeďuje na zkoumání efektivnosti jednoho zvoleného programu. Je však třeba brát v potaz, že i je-li takový program prozkoumán a vyhodnocen jako efektivní v určité zemi (např. v USA), neznamená to automaticky, že by stejných výsledků dosahoval v jiné zemi (např. v některé z evropských zemí), jak je zdůrazněno také v publikaci Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA – Stav drogové problematiky v Evropě, 2008). Autor vycházel nejčastěji z hodnocení efektivnosti programů realizovaných ve školách. To proto, že školních preventivních programů existuje nejvíce a jsou tedy nejčastěji zkoumány. Dále se zaměřoval pouze na univerzální školní preventivní programy, zacílené na tabákové výrobky, alkohol a nelegální drogy. Do průzkumu zahrnul velké množství intervencí, které používaly různý formát, cílové skupiny, cílové látky, věkové skupiny či teoretické modely. Výsledky tedy nelze generalizovat a považovat je za definitivní. Avšak tato důkladná analýza poskytuje tzv. „evidence-based“ kritéria kvality pro školní programy prevence:

- Prokázaný efekt – Toto kritérium má jiný charakter než ostatní zmíněné, nejde o charakteristiku samotného programu, avšak odkazuje na to, že každý program by měl být zkoumán; co se efektivity týče. Autor toto kritérium považuje za nejdůležitější.
- Užívání interaktivních metod - V interaktivních programech studenti mají možnost dostat zpětnou vazbu a konstruktivní kritiku v neohrožující atmosféře. To jim umožňuje zkoušet si nově získané dovednosti.
- Založení na modelu sociálního vlivu
- Zaměření se na normy, podpora záměru neužívat drogy - Preventivní programy by se měly zaměřovat na sociální normy (např. na normativní očekávání, na znalost prevalence užívání drog mezi mládeží atd.), jako součásti přístupu zaměřeného na sociální vliv a dále pak na záměry studentů neužívat drogy.
- Přidání komunitních intervencí do školních programů – Komunitní intervence mohou zesilovat efekty školně založených intervencí a mohou zahrnovat rodinné intervence, kampaně masmédií, apod.
- Využití vrstevnického principu – Užití vrstevníka jako vedoucího programu může zesílit krátkodobé efekty preventivního programu.
- Přidání tréninku životních dovedností do preventivních programů – Trénink životních dovedností může být také jednou ze složek, které zesilují efekty preventivních programů. To však není zcela prokázáno, autor to tedy považuje za možnou, ne však nutnou složku efektivních programů.

U níže uvedených charakteristik autor ve výzkumech nenašel přesvědčující důkazy o tom, že by zvyšovaly efektivitu programů:

- Tzv. „booster session“ – neboli podporující následná sezení – Zahrnutí samotných podpůrných sezení do programů neprokázalo zvýšenou efektivitu programu. Z výzkumů plyne, že u některých programů tyto „booster session“ efektivitu zvyšovaly, u jiných nikoliv. Není tedy jasné, jaké jsou podmínky tohoto působení, tedy kdy „booster session“ efektivitu zvyšují a kdy ne. Zřejmě se případná efektivita odvozuje od kombinace s jinými metodami.
- Trénink dovedností odolávání – Výzkumy neukázaly, že by tento trénink byl v programech zásadní proměnou, který by efektivitu zvyšoval.
- Intenzita – Opět nebyl nalezen přesvědčivý důkaz, že by intenzivnější programy byly efektivnější než méně intenzivní (podobně tvrdí Van der Kreeft, 2005).

Na závěr autor opět zdůrazňuje hlavní limitaci výzkumu, kterou je fakt, že byly srovnávány velmi různé programy s různými cílovými skupinami či látkami, na něž se preventivní opatření zaměřovala. Dále nebyl zkoumán kontext jednotlivých mechanismů, které by mohly být efektivní

v kombinaci s jinou intervencí, než s jakou byly užity v programu. Další limitací je, že se výzkumy odehrávaly většinou v USA a nelze tedy předpokládat automaticky jejich platnost v jiných zemích. Je třeba také zdůraznit, že se autor zabýval pouze složkami programu, nezkoumal již vhodnost implementace, trénink učitelů, či aplikaci v různých kulturních podmínkách. I přes tato omezení je jsou uvedené informace představením základních kritérií kvality univerzálního školního programu prevence.

Van der Kreeft (2005) vymezuje tyto efektivní komponenty programů prevence:

- Trénink učitelů
- Informace o drogách
- Zahrnutí a vysvětlení normativních faktorů
- Zaměření se na specifické kompetence, dovednosti, ovlivňující schopnost odmítat drogy, odolávat tlaku vrstevníků apod.
- Interaktivita
- Zahrnutí komunity a rodiny
- Interkulturní citlivost

Američané Botvin a Griffin (2007) definují tyto charakteristiky efektivních programů:

- Zaměření se na rizikové a protektivní faktory
- Poskytování informací adekvátně vývojové úrovni dětí cílové skupiny a informací důležitých v jejich životním období
- Zahrnutí materiálu, který pomáhá mladým lidem poznat a odolávat tlaku vrstevníků směrem k užívání drog
- Zahrnutí komplexního tréninku osobních a sociálních dovedností
- Poskytnutí informací vztahujících se k rozsahu užívání drog u mladých k redukování nereálných normativních očekávání
- Užívání interaktivních metod
- Kulturní senzitivita
- Poskytnutí komplexního školení poskytovatelům

Na základě výzkumu efektivity preventivního programu „Life Skills Training“ lze doplnit důležitost dostatečného množství hodin (12-15 lekcí v průběhu roku) a zahrnutí tzv. „booster sessions“ (Botvin et al., 2000).

Všichni výše zmínění autoři se shodují v prosazování interaktivních metod v programech prevence. Dále je u většiny z nich zdůrazněn trénink realizátorů prevence (Lejčková, Černý, 2007;

Van der Kreeft, 2005; Botvin, Griffin, 2007) a zahrnutí materiálů týkajících se normativního očekávání (Cuijpers, 2002; Van der Kreeft, 2005; Botvin, Griffin, 2007). Dalšími vícekrát zmíněnými oblastmi bylo zahrnutí tréninku životních dovedností (Cuijpers, 2002; Botvin, Griffin, 2007), důraz na kulturní senzitivitu programu a trénování dovednosti odolávat tlaku vrstevníků (Van der Kreeft, 2005; Botvin, Griffin, 2007). Dle Cuijperse (2002) ale naopak trénink dovedností odolávat efektivitu programu nezvyšuje. Možné zařazení tzv. „booster session“ považuje Botvin s kolegy (2000) za velmi důležitou složku efektivního programu prevence, Cuijpers (2002) podporu pro toto zařazení do programů prevence nenašel.

1.12 Prevence ve škole

Školy jsou dle řady autorů (Burkhart, 2002; Botvin, Griffin, 2007; Maes a Lievens, 2003; Botvin, 2000; EMCDDA – Stav drogové problematiky v Evropě, 2008) považovány za nejdůležitější zařízení zajišťující všeobecnou prevenci. V posledních letech také dochází k velkému rozšiřování školní protidrogové politiky. Burkhart (2002) však upozorňuje na to, že řada dětí vzdělávacím sítím propadá. Zájem preventivních pracovníků by se proto měl soustředit také na tyto děti, které nejsou dosažitelné skrze preventivní opatření realizovaná ve školách, zároveň je třeba se snažit zajistit co největší udržitelnost dětí ve školách. Také Sumnall s kolegy (2006) u univerzální primární prevence poukazují na značné nebezpečí, které brání realizaci intervence u některých dětí. Tím je jejich vyloučení ze školy či časté záškoláctví. Proto doporučují věnovat zvýšenou pozornost školní docházce dětí a jejich udržitelnost ve škole. Vyloučení ze školy by mělo být až krajní možností, k níž se školy budou uchýlovat.

1.13 Ukázky preventivních programů v České republice a v zahraničí

-
V následující kapitole představím některé z programů primární prevence, které se realizují v různých zahraničních zemích či v České republice. Některé s nich byly implementovány také u minoritních skupin obyvatel, nejsou však určeny výhradně pro minority.

1.13.1 Program „Unplugged“

„Unplugged“ je školní program pro prevenci užívání návykových látek, který je založen na komplexním přístupu sociálního vlivu. „Unplugged“ je prvním celostním programem v Evropě (realizovaným také v České republice), u něhož byla hodnocena účinnost v řadě evropských zemí a je tedy dobrým příkladem teoreticky založeného a „evidence-based“ programu zaměřeného na

prevenci užívání drog u mladých. Cílem programu je opozdit iniciaci užívání drog a/nebo přechod od experimentálního k pravidelnému užívání. Kurikulum se skládá z 12 hodinových sezení konaných jednou týdně třídním učitelem, který před tím absolvoval trénink. Ke zvýšení efektivity programu existují moduly se zahrnutím rodičů a vrstevníků do programu. Jde tedy o tři formáty programu: základní kurikulum, kurikulum s přidáním role vrstevníků či aktivit rodičů jako třetí formát. Ve vrstevnickém programu jsou voleni dva představitelé třídy, kteří mají za úkol provést krátké setkání se svými spolužáky, aby monitorovali jejich reflexe a zkušenosti vztahující se k programu. Rodičovská část se skládá z pozvaných rodičů, kteří se účastní 3 interaktivních workshopů po 2-3 hodinách (Faggiano et al. 2008; Van der Kreeft, 2005; Van der Kreeft et al., 2009; Jurystová et al., 2009; Mravčík et al., 2008).

a) *Struktura programu*

Základní struktura programu

Každá lekce programu má standardní strukturu, která zahrnuje časové rozvržení, hlavní témata, cíle lekce, seznam použitelných materiálů, návrhy úvodních aktivit, detailní popis klíčových aktivit a závěr, který se většinou skládá ze souhrnu a společného hodnocení lekce. Veškeré lekce jsou popsány v manuálu pro učitele.

Část první je zaměřena na **znalosti a postoje**. Tato část se skládá ze 4 lekcí:

Lekce 1: Uvedení celého programu

- uvedení celého programu a následujících 12 lekcí
- stanovení cílů a pravidel hodin
- reflektování znalostí studentů o drogách

Lekce 2: Rizika a jejich vnímání

- informace o různých faktorech ovlivňujících užívání drog

Lekce 3: Drogy

- informace o pozitivních a negativních efektech užívání návykových látek

Lekce 4: Tabákové výrobky

- informace o účincích kouření - očekávané versus reálné účinky
- informace o důsledcích kouření - pozitivní krátkodobé následky versus negativní dlouhodobé důsledky

Část druhá je zaměřena na **interpersonální dovednosti**. Skládá se opět ze 4 lekcí:

Lekce 5: Vaše domněnky, normy a informace: jsou správné?

- umění kritického zhodnocení informací
- dosažení realistického odhadu na užívání drog mezi vrstevníky, korekce norem

Lekce 6: Být nebo nebýt ve skupině

- objasnění skupinových vlivů a vzájemné modifikace chování

Lekce 7: Vyjádření sebe sama

- jak adekvátně vyjadřovat emoce
- nalezení rozdílů mezi verbální a neverbální komunikací

Lekce 8: „Společenský znalec“

- rozpoznání kvalit ostatních lidí, umění dávat i přijímat pozitivní zpětnou vazbu
- trénování strategií k získávání kontaktu s ostatními lidmi

Část třetí je zaměřena na **intrapersonální dovednosti**. Opět se skládá ze 4 lekcí:

Lekce 9: Umění postavit se, vzepřít se

- rozpoznání a rozvoj asertivního jednání
- rozvíjení respektem k právům a názorům ostatních lidí

Lekce 10: Kompetence ke zvládnutí

- jak vyjadřovat negativní pocity
- zvládnutí slabých chvil a slabých stránek osobnosti

Lekce 11: Řešení problémů a činění rozhodnutí

- techniky řešení problémů
- rozvoj kreativního myšlení
- rozvoj sebekontroly

Lekce 12: Formulace cílů, uzavření programu

- učit se rozlišovat dlouhodobé a krátkodobé cíle
- zpětná vazba k programu

Struktura programu se zahrnutím vrstevníků

Program se zahrnutím vrstevníků je založen na účasti dvou vrstevníků z každé třídy. Vrstevníci nemají vzdělávací nebo podporující roli, mají spíše roli monitorovací. Mají garantovat,

kontrolovat a monitorovat použití programu v daném skupinovém procesu. Zajišťují spojení mezi třídou a učiteli, nejsou to asistenti učitele. Zpravidla jednou týdně organizují vrstevníci 15 – 30 minutové setkání bez účasti učitelů na dobrovolném podkladě. V souhrnu jde asi o 7 setkání. Studenti, kteří organizují krátké třídní setkání, jsou trénováni ke stimulaci a vedení diskusí ve třídách na daná probíraná témata jednotlivých lekcí s učiteli.

Struktura programu pro rodiče

Rodičovský program zahrnuje 3 rodičovské víkendy trávené ve škole (s frekvencí asi jednou za měsíc) a informační letáky zasílané všem rodičům v cílové skupině žáků. Program je veden odborníky v oblasti psychologie dětí a skupinového vedení.

Setkání s rodiči se orientují na následující témata:

1. Lepší porozumění dospívajícím
2. Prostředky umožňující vzájemný rozvoj a porozumění rodičů a dospívajících
3. Dobré vztahy s dětmi skrze nastavení adekvátních pravidel a omezení

b) Výcvik učitelů

Trénink učitelů se uskutečňuje v období asi tří měsíců (zpravidla jde o letní měsíce). Je veden jako sebezkušenostní trénink a zahrnuje následující témata sestavená do 3 bloků:

1. Blok – Teoretické základy:

- tento blok seznamuje učitele s teoretickým pozadím programu, s přístupem „životních dovedností“, s vývojovými aspekty vázanými k užívání drog v mládí, s informacemi o drogách, atd.

2. Blok – Získání znalostí o programu a vedení programu:

- specifická cvičení k vedení samotného programu: učitelé připravují ve skupinkách jednotlivé lekce programu a prezentují je svým kolegům

3. Blok - Uzavření

- diskuse o problémech, které mohou v průběhu realizace programu nastat

c) Materiály a podpora

Veškeré materiály potřebné pro programy jsou distribuovány organizací EU-Dap.

Základní silou programu je různost socio-kulturního kontextu, v němž byla realizována evaluace a program je tedy aplikovatelný napříč sociokulturním kontextem (Van der Kreeft et al. 2009; Faggiano, 2008).

1.13.2 Program „LSI – Life skills training“

Preventivní intervence „LSI“ učí studenty různým kognitivně-behaviorálním dovednostem, které se váží s adekvátním sebehodnocením a umožní jim snáze odmítat nabídku drog. Dále se snaží působit na normy zaměřující se proti užívání drog a snaží se o rozvoj dalších osobnostních a sociálních dovedností, jako například komunikačních dovedností, prosazování vlastních práv apod.

Program „LSI“ má tři základní komponenty:

1) První část ovlivňuje znalosti, normy a postoje vztahující se k užívání návykových látek.

Sem spadají tyto aktivity a materiály:

- materiály osvětlující krátkodobé a dlouhodobé důsledky užívání drog
- materiály informující o aktuální úrovni užívání návykových látek mezi dospělými i mezi vrstevníky sloužící korekci normativního očekávání ohledně užívání drog v populaci
- materiály snižující sociální přijatelnost užívání návykových látek

2) Druhá část učí dovednostem, které jsou třeba ke zvládnání sociálních vlivů propagujících užívání návykových látek. Zde jsou používány materiály vztahující se k odolávání vrstevnického tlaku a tlaku médií propagujících kouření či užívání jiných návykových látek.

3) Třetí část podporuje rozvíjení osobnostních sebe-řídících dovedností a sociálních dovedností. Tato komponenta pracuje na:

- zlepšení schopnosti činit rozhodnutí a řešit problémy
- rozvíjení dovedností, které pomáhají identifikovat, analyzovat, interpretovat a odolávat tlaku médií
- učení dovednostem, jak zacházet se strachem, zlostí a frustrací
- rozvíjení komunikačních dovedností, schopností sociální interakce, dávání a přijímání komplimentů, na asertivním chování apod.

Program je ukotven v 15 lekcích a je zacílen na studenty 7. stupně základní školy. V následujících letech program pokračuje skrze tzv. „booster sessions“. „Booster session“ slouží ke zhodnocení a posílení materiálů poskytovaných v prvním roce programu. V 8. stupni tedy následuje 10 dalších sezení a v 9. stupni 5 sezení.

Novější verze programu je ve školách realizována učiteli, dříve byl program poskytován pracovníky jiných organizací či staršími vrstevníky. Učitelé jsou však dle autorů nejlepšími poskytovateli intervence, a to především proto, že mají více zkušeností s výukou a různými výukovými metodami, a také zpravidla lepší manažerské dovednosti v řízení třídy. Svoji třídu také dobře znají. Před implementací programu musí být jeho poskytovatelé řádně proškoleni. Používanými metodami práce se studenty jsou skupinová diskuze, modelování chování, nácvik chování, zpětná vazba k určitému chování, zpevňování osvojeného chování a také speciální domácí úkoly. Materiály programu LSI“ obsahují manuál pro učitele pro každý rok programu, pracovní sešit pro studenty a relaxační videokazetu pro všechny roky programu (Botvin et al. 2001; Botvin 2000; Botvin et al. 1990).

1.13.3 Projekt „Under pressure“

Jde o projekt interaktivního divadelního představení pro děti střední školy. V divadelním kousku se odehrává příběh spjatý s drogami, v němž se řeší různé problémy s nimi související, jako například jejich odmítání atd. Název divadelního představení je „Captain Clean“ a trvá asi 30 minut. Zpravidla se odehrává pro 30-50 adolescentů na jedno představení. Po představení následuje diskuze a hraní rolí. Mediátorem následné diskuze a hraní rolí je poradenský psycholog, který má zkušenosti s prací s dětmi, s krizovou intervencí a poruchami chování. Cílem je vtáhnout studenty do děje, aby zde vystoupily jejich postoje a pocity vážící se k drogám. Snahou je pak prostřednictvím hraní rolí umožnit adolescentům učit se a prakticky vyzkoušet některé ze sociálních dovedností, které jsou v příběhu prezentované či se k nim dospěje na základě diskuze. Tento program byl prováděn v USA s dětmi pocházejícími ze sociálně slabého prostředí a označenými jako „ohrožené děti“. Řada dětí byla z minoritních skupin obyvatel, dále zde byly děti s problémovým chováním či s poruchami učení a jiné (Safer et al., 1993).

1.13.4 Projekt „SHAHRP - The school health and alcohol harm reduction project“

Jde o „evidence-based“ program z Austrálie zaměřený na prevenci užívání alkoholu u mladých lidí. Začíná ve věku 13 let. Má dvě fáze, které se realizují ve dvou letech. Příprava programu SHAHRP byla spjata s řadou testování a rozhovorů vázaných na užívání alkoholu mezi mladými lidmi, aby se zajistila relevance témat a celého programu realitě mladých lidí. Před implementací byl proveden tzv. „pre-test“, jehož součástí byly také zpětné vazby kantorů a jejich zkušenosti z implementace. Program je tedy „evidence based“, zahrnuje nálezy ze systematického zkoumání literatury a výsledky výzkumů týkajících se školního vzdělávání v oblasti drog.

Program se zaměřuje na nácvik dovedností a rozvíjí schopnost činit rozhodnutí. Součástí jsou diskuse založené na scénářích navržených studenty, které se týkají možných škod způsobených alkoholem. Důraz je kladen na interaktivní složku programu.

Program zahrnuje:

- Trénink učitelů a učebnice pro učitele - Školení učitelů se provádí před každou fází projektu. Pro realizaci programu je jim poskytován manuál, kde jsou popsány plány lekcí s návrhy diskusních témat a základní informace o tématech vztahujících se k alkoholu. V manuálu jsou také rady, jak reagovat v případě různých potíží. Manuál se inovuje a tvoří ve spolupráci s kantory, kteří s programem mají zkušenosti a mohou tak poskytovat cenné rady z praxe umožňující vylepšování programu.
- Pracovní sešit pro studenty - Jsou poskytovány ke každé fázi projektu. V pracovních sešitech jsou poskytovány informace řada cvičení, která mají stimulovat jejich angažovanost a aktivitu.
- Videoprojekce - V programu jsou užívány také speciální video projekce, které se vztahují k diskutovaným tématům (International bulletin, 2008).

1.13.5 Projekt „SPLASH - Smoking Prevention Launch Among Students in Hawaii“

Program je zaměřen na multietnické obyvatele Havaje. Jde o dvouletý program, který se realizuje v sedmých a osmých stupních základní školy a soustřeďuje se na prevenci kouření.

Program má tři základní komponenty:

- „Virtuální beztabáková třída“ - Tato část programu je realizována skrze internet, který se používá jako katalyzátor pro učení se, diskuze a řešení problémů. Tyto lekce zahrnují zdravotní efekty užívání tabákových výrobků, problémy vázané s odvykáním kouření, reklamní strategie v médiích, atd. V rámci projektu funguje také webová stránka, kde mohou děti hrát hry, plnit úkoly, dozvídat se informace o kouření atd.
- „Vzdělávání mladých skrze dramatické ztvárnění“ - V dramatické části mají studenti za úkol připravit dramatické vystoupení na vybraná témata. Musí napsat scénář k vystoupení, nacvičit jej a následně přehrát.
- „Trénink argumentace“ - K této aktivitě jsou připravena různá kontroverzní témata, díky nimž se studenti učí obhajovat své názory, vyjadřovat své myšlenky či naslouchat názorům ostatních lidí.

Projekt je implementován učiteli, kteří před realizací podstupují trénink. Vedoucí programu jsou kantorům nápomocni také v průběhu realizace programu, učitelé se na ně mohou obracet s dotazy a konzultovat vzniklé problémy. K dispozici je jim také manuál a videokazety k programu. Při zkoumání efektivity se tento program ukázal jako efektivní pro studenty s různým kulturním zázemím (Glanz et al., 2007).

2.) Minoritní obyvatelstvo

V posledních letech je řada evropských zemí konfrontována s množstvím přicházejících imigrantů, kteří se při přechodu do nového kulturního prostředí setkávají s mnohými obtížemi (SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004). Také do České republiky přichází stále větší počet lidí z jiných zemí, kteří na rozdíl od devadesátých let nepokračují dále na západ, ale chtějí se zde usadit (Nepustil, Zajdánková, 2008).

2.1 Základní pojmy

V této kapitole představím základní pojmy, které se váží k problematice minorit a k problematice národnostních a etnických menšin. V uvedení termínů jsem se inspirovala tématy náležitými především do interkulturní psychologie.

2.1.1 Interkulturní psychologie

Interkulturní psychologie se v zahraničí rozvíjí jako teorie zvaná v angličtině cross-cultural psychology, v českém překladu Průcha (2007) prosazuje překlad interkulturní psychologie. Zeľová (2008) v publikaci sociální psychologie označuje cross-cultural psychology jako mezikulturní psychologii, připouští také názvy interkulturní nebo transkulturní psychologie.

Vymezení interkulturní psychologie:

Geist (2000) v Psychologickém slovníku uvádí u hesla „psychologie kultury“, že do jejího rámce patří taky: „Transkulturní (cross-cultural) psychologie, nacházející se na pomezí mezi psychologií, etnologií, kulturní a sociální psychologií; je považována za obor psychologie zkoumající podobnosti a rozdíly v psychologickém fungování různých kultur a etnických skupin“ (s. 223).

Průchova (2007) definice říká: „Interkulturní psychologie je svou podstatou komparativní věda: popisuje a srovnává vlastnosti a procesy lidské psychiky v závislosti na kulturních faktorech založených v odlišnostech etnik, národů, rasových, náboženských či jazykových skupin“ (s. 19).

Interkulturní psychologie může být užitečná pro přípravu pracovníků, kteří budou pracovat s etnicky heterogenními skupinami dětí a lze ji aplikovat v řadě oborů, např.:

- Edukace - V České republice se nyní zavádí tzv. multikulturní výchova, která by měla děti vychovávat k respektu k ostatním kulturám; (multikulturní znamená inkorporující a cenící různost rasových/etnických skupiny bez předpokladů superiority či inferiority (nadřazenosti či podřazenosti). Pro její úspěšnou realizaci je nezbytné využít poznatky interkulturní psychologie.
- Soužití příslušníků různých etnik v jedné zemi - Ve většině zemí Evropy i jiných kontinentů žijí v současné době multietnické společnosti, tedy společnosti, kde spolu žijí příslušníci dvou nebo více etnik, rasových, náboženských či jazykových skupin, které mají různě odlišné kulturní zázemí. Interkulturní psychologie zde může pomoci při vysvětlení toho, jak je chování příslušníků různých skupin determinováno odlišnou kulturou.
- Začleňování imigrantů do hostitelské společnosti – Migrace je v posledních letech nebývale rozšířena. Do jednotlivých zemí přicházejí imigranti z různých zemí s kulturně odlišným zázemím a při jejich včleňování do populace hostitelských zemí se mohou vyskytovat různé problémy psychologické povahy. A to jak u imigrantů, tak u obyvatel domácích. Interkulturní psychologie může identifikovat stávající problémy a vytvářet návrhy pro jejich eliminaci.
- Interkulturní komunikace v určitých profesích - V posledních letech se objevují podniky, které jsou řízeny manažery z jiných zemí, než jsou pracovníci podniků. V řadě firem se také objevují zaměstnanci přicházející z jiných zemí. Také zde mohou být nápomocny poznatky interkulturní psychologie.
- Zdravotní péče - Také ve zdravotní péči o pacienty hrají významnou roli kulturní, etnické a náboženské faktory. Hodnoty týkající se zdraví a zvyky při zacházení s pacienty jsou v různých kulturních skupinách různé a z toho mohou vznikat problémy. Například v muslimských společnostech je stud mnohem silněji zakořeněn (a také respektován) než v zemích Evropy, a to může vyvolat potíže při vyšetřování muslimských pacientů (a především žen) lékařem z jiné kulturní skupiny (Průcha, 2007).

2.1.2 Definice základních pojmů souvisejících s minoritními skupinami obyvatel

- **Menšina (minorita)** – „Skupina s menším počtem členů, než má v téže společnosti skupina většinová. V jiném pojetí skupina, která je ve společnosti znevýhodněna na základě připsaných znaků (barva pleti, národnost, náboženské vyznání), jež jsou považovány ze strany příslušníků většiny za méně hodnotné“ (Jandourek, 2001, s. 154-155).

- **Národ** – „Skupina lidí charakterizovaná většinou společnou řečí, kulturou, tradicí a dějinami (objektivní prvek) a vymezující se vůči lidem považovaným za cizince (subjektivní prvek)“ (Jandourek, 2001, s. 168).
- **Národnostní menšina** – „Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí za zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo“ (Zákon č. 273/2001, paragraf 2).
- **Rasa** – „Konstrukt rozčleňující kontinuum lidské populace do kategorií na základě fyzických vlastností“ (Jandourek, 2001, s. 201).
- **Etnikum** – též etnická skupina. „Skupina jedinců, kteří se od jiných skupin odlišují svou etnicitou neboli souhrnem faktorů kulturních, rasových, teritoriálních a jazykových, dále pak svou historií, sebepjetím, vědomím společenského původu a také tím, že jsou jako etnický odlišní vnímáni druhými. Někdy se pojem etnicita používá též ve významu národnostní menšiny, jejíž kultura se lidí od kultury většinové, ale etnikum není nutně totožné s národem. Na rozdíl od rasy, příslušníci etnika nemají takové fyzické znaky, kterými by se výrazně lišili od příslušníků většiny. Důležitější je spíše odlišnost hodnot, norem, chování a jazyka“ (Jandourek, 2001, s. 76).
- **Etnický stereotyp** – kognitivní/mentální reprezentace etnických skupin a jejich příslušníků (Zel'ová, 2008, s. 363).
- **Kultura** – „Souhrn životních forem, hodnotových představ a životních podmínek obyvatel na časově a prostorově vymezeném úseku. Jde o souhrn vzorců chování v konkrétní sociální skupině bez ohledu na její velikost a trvání“ (Jandourek, 2001, s. 136).
- **Akultura** – „Přebírání prvků cizí kultury jednotlivci, skupinami, popř. celými sociálními vrstvami (např. elitami). K přejímaným prvkům patří ideje, pojmy, hodnotové představy, formy vlády, instituce, techniky, výrobky. Přizpůsobení může být částečné nebo úplné, přičemž záleží na formě kontaktu mezi kulturami“ (Jandourek, 2001, s. 17-18).
S problematikou akultura je dále spjata psychologická charakteristika označovaná psychologický stres nebo tíseň etnické skupiny nebo akulturační stres v případě imigrantů (Průcha, 2007).
- **Migrace** – mobilita prostorová. „Pohyb osob, skupin nebo větších celků obyvatel v geografických a sociálním prostoru spojený s přechodnou nebo trvalou změnou místa pobytu“ (Jandourek, 2001, s. 159).

- **Imigrant** – uprchlík (Akademický slovník cizích slov, 2001).

Po příchodu do nové země se u imigrantů mohou uplatňovat různé strategie adaptace na nové prostředí. Dle Průchy (2007) to mohou být tyto:

- Integrace – je takový způsob adaptace, kdy imigranti uznávají, že poznání a přijetí kultury hostitelské země je pro ně důležité, avšak současně si chtějí udržet i svou vlastní kulturu. Integrovaní imigranti mají pak dvojí kulturní identitu, tj. jednak svoji původní a jednak nově získanou.
- Asimilace – je způsob adaptace, při němž imigranti usilují o co největší splynutí s obyvatelstvem hostitelské země, kdežto svou původní kulturu považují za málo důležitou pro život v novém prostředí. Tato strategie předpokládá časté kontakty imigrantů s příslušníky hostitelské země, poznávání a osvojování jejich jazyka, hodnot, norem, zvyklostí.
- Separace – vlastně není adaptace. V tomto případě imigranti nepovažují kontakt s kulturou a příslušníky dominantní kultury za důležitý a setrvávají v určité izolaci od ní, pouze se svou původní kulturou.
- Marginalizace – je strategie těch imigrantů, kteří necítí potřebu kontaktu s dominantní kulturou, ale neuchovávají si ani svou původní kulturu. Jejich identita není kulturně opřena ani o kulturu vlastních rodičů, ani o kulturu hostitelské země. Identifikují se jen se subkulturou své vlastní kultury.

Imigranti často u své adaptace v hostitelské zemi uplatňují strategii integrace, kdežto příslušníci dominantní populace v hostitelské zemi preferují u imigrantů strategii asimilace. Důsledkem tohoto rozporu pak je, že čím více lpí imigranti na své etnické identitě, tím více se stávají terčem předsudků nebo i diskriminace ze strany populace hostitelské země.

2.2 Česká republika a minoritní skupiny obyvatel v ní žijící

2.2.1 Romové v České republice

Romové jsou národnostní menšina od roku 1991, kdy jim byl přiznán tento status (Šotolová, 2008).

V České republice žijí v současné době tyto skupiny Romů:

- slovenští Romové
- olašští Romové,
- čeští a moravští Romové,

- Sinti
- maďarští Romové

Mezi těmito skupinami existuje velká vnitřní diferencovanost. Nejpočetnější skupinou jsou slovenští Romové, čeští a moravští Romové a Sinti byli za druhé světové války téměř vyvražděni. Šotolová (2008) upozorňuje, že je třeba si uvědomit, že Romové nebyli a nejsou ani v současné době homogenní skupinou a dle toho je třeba s nimi pracovat, tedy s ohledem na jejich heterogenitu. Autorka tvrdí, že Romy nelze asimilovat, tj. potlačit jejich zvyky, tradice, kulturu včetně jazyka. „Je třeba je respektovat jako národnostní menšinu s jejími specifiky a právy, zaměřit se na vzdělávání, které bylo minulým vývojem zanedbáno. Jedním z nejdůležitějších článků při integraci Romů a realizaci multikulturní výchovy je výchova budoucích pedagogů k toleranci a respektování odlišných kultur“ (Šotolová, 2008, s. 10).

K nedostatečnému vzdělání u romských spoluobčanů se vyjadřuje také Průcha (2007). To má dle něj různé kořeny, jedním z nich je také komunikační bariéra. Komunikační bariéra se může projevat především při vstupu romských dětí do povinného školního vzdělávání. Tyto děti mluví většinou romským etnolektem češtiny, kterému se naučily od svých rodičů a vrstevníků; komunikace s neromskými učiteli jim způsobuje potíže, resp. bývá jednou z příčin jejich selhávání a v dřívějších dobách masivního zařazování do zvláštních škol (Průcha, 2007).

2.2.1.1 Vzdělávání národnostních menšin

Vzdělávání národnostních menšin je koordinováno zákonem č. 561/2004, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v paragrafu 13 a 14. Dle tohoto zákona:

(1) Obec, kraj, popřípadě ministerstvo zajišťuje pro příslušníky národnostních menšin vzdělávání v jazyce národnostní menšiny v mateřských, základních a středních školách, a to v obcích, v nichž byl v souladu se zvláštním právním předpisem zřízen výbor pro národnostní menšiny, pokud jsou podmínky stanovené tímto zákonem.

(2) Třidu příslušného ročnímu mateřské školy lze zřídit, pokud se ke vzdělávání v jazyce národnostní menšiny přihlásí nejméně 8 dětí s příslušností k národnostní menšině, třídu příslušného ročníku základní školy lze zřídit, pokud se ke vzdělávání v jazyce národnostní menšiny přihlásí nejméně 10 žáků s příslušností k národnostní menšině; mateřskou školu nebo základní školu lze zřídit za předpokladu, že všechny třídy budou v průměru naplněny nejméně 12 dětmi nebo žáky s příslušností k národnostní menšině v jedné třídě.

(5) Nejsou-li splněny podmínky pro zřízení mateřské či základní či střední školy, může ředitel školy se souhlasem zřizovatele stanovit ve školním vzdělávacím programu předměty nebo jejich části, v nichž se vzdělání uskutečňuje dvojjazyčně, a to jak v českém jazyce, tak v jazyce národnostní menšiny.

Příslušníkům národnostních menšin se také zajišťuje právo na vzdělávání v jazyce národnostní menšiny.

2.2.1.2 Diskurs romské problematiky

V souvislosti s prací s romským etnikem se v České republice také často hovoří o diskursu „romské problematiky“. Ten se ustavil v první polovině devadesátých let, kdy společným problémem Romů byla nejčastěji rasistická nenávist neonacistů a neofašistů. Situace se ale od té doby změnila. Rasismus existuje dál, ale přibýly nové problémy, které se k problému rasismu a diskriminace neváží. Romská populace, se podobně jako česká populace, více diferencovala na úspěšné a neúspěšné, bohaté a chudé. Diskurs „romské problematiky“ zůstává však roky stejný a za vývojem zaostává. Moravec (2006) se při sociální práci s Romy staví proti etnizujícímu pojetí Romů v České republice. Toto pojetí dle něj vnímá Romy jako jednodlitou skupinu a problém sociálního vyloučení a chudoby části romské populace pak jako problém soužití dvou skupin. Zdůrazňuje podobně jako Šotolová, že Romové v České republice nejsou jednodlitou skupinou, „komunitou“. Romská populace je tvořena lidmi, kteří žijí v různých sociokulturních podmínkách, prostředích, mají různé kulturní vzorce, různě utvářejí svou identitu a jsou v různé míře společensky a ekonomicky úspěšní. Je dle něj třeba pracovat s nimi v rámci sociální práce jako s individualitami, ne jako s jednodlitou komunitou. Snaha vytvořit program „pro Romy“ často vede k mylnému závěru, že poskytovatelé těchto programů by měli být také Romové, protože jen oni mohou rozumět svým klientům. Romští poradci, koordinátoři, romští sociální pracovníci, etnické komise atd. vznikali dle něj s úmyslem problém řešit, ale jak se sociální a ekonomická situace Romů vyvíjela v naší zemi k větší segregaci, přestávají tyto mechanismy vyhovovat a často působí opačně. Segregaci neoslabují, ale posilují. Ze zkušenosti autora také vyplývá, že nejchudší Romové nereagují na politiku oslovení jejich Romské identity, neboť neodpovídá jejich potřebám.

Při práci s romskou komunitou je třeba dle autora pracovat s klienty dle jejich individuálních potřeb bez ohledu na příslušnost k národnostní menšině. To by se mělo vztahovat také na primární prevenci mezi romskými dětmi.

2.2.2 Cizinci v České republice

Pobyt cizinců v České republice se řídí Zákonem č.326/1999Sb. o pobytu cizinců. Za cizince je podle zákona považována osoba, která není státním občanem České republiky.

O množství cizinců žijících v České republice se lze dozvědět například od Českého statistického úřadu. Dle těchto informací jsem zanesla do tabulek množství cizinců se zemí jejich původu, kteří u nás žili v roce 2007, pro srovnání uvádím také jejich množství v roce 2006 a 2001. U všech zmíněných skupin obyvatel lze v roce 2007 pozorovat jejich vzrůstající počet oproti letům dřívějším.

Cizinci ze zemí Evropské unie:

Tabulka č. 1 - Cizinci ze zemí Evropské unie

| Země | 2007 | 2006 | 2001 |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Bulharsko | 5 021 | 4 635 | 4 101 |
| Německo | 15 700 | 10 109 | 4 937 |
| Polsko | 20 601 | 18 894 | 16 489 |
| Rakousko | 3 373 | 3 022 | 1 858 |
| Rumunsko | 3 177 | 2 816 | 2 304 |
| Slovensko | 67 899 | 58 384 | 53 294 |
| Spojené království | 3 775 | 2 873 | 1 628 |

Cizinci z ostatních zemí:

Tabulka č. 2 - Cizinci z ostatních zemí

| Země | 2007 | 2006 | 2001 |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Bělorusko | 3 732 | 3 211 | 2 536 |
| Čína | 4 978 | 4 323 | 3 359 |
| Kazachstán | 2 959 | 2 379 | 2 226 |
| Moldavsko | 8 029 | 6 198 | 2 477 |
| Mongolsko | 6 026 | 3 280 | 1 153 |
| Rusko | 23 278 | 18 564 | 12 424 |
| Ukrajina | 126 721 | 102 594 | 51 825 |
| Vietnam | 51 101 | 40 779 | 23 924 |

Tabulka č. 3 - Celkem cizinců

| | 2007 | 2006 | 2001 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|
| Celkem | 392 315 | 321 456 | 210 794 |

Čísla ukazují celkový počet cizinců jednotlivých národností, statistický úřad neodlišoval druh pobytu ani účel pobytu. Co se týče udělených azylů, nejvyšší počet udělilo v roce 2007

Ministerstvo vnitra státním příslušníkům Běloruska (32) a Ruské federace (31), dále občanům Ukrajiny (19) a Iráku (17) (Český statistický úřad, 2008).

2.2.2.1 Vzdělávání cizinců

Dle Průchy (2007) jsou podíly žáků - cizinců v českých školách dosud relativně nízké ve srovnání například se západoevropskými státy, avšak jejich počty mají po roce 1989 stále vzrůstající tendenci. Čeští učitelé a čeští žáci a studenti postupně přicházejí do kontaktu a vstupují do komunikace nejen s příslušníky jazykově a kulturně blízkých etnik (Slováci, Ukrajinci, Rusové aj.), ale také s jazykově a kulturně velmi vzdálenými etniky (Vietnamci, Číňané, Mongolové, Kazaši, Arméni aj.).

Dle informací Českého statistického úřadu (2008) tvořili v roce 2007 cizinci 1,5% žáků v základních školách. Nejčastěji se jednalo o občany Vietnamu (26,0%), Ukrajiny (21,80), Slovenska (16,4%) a Ruska (10,4%).

Ke vzdělávání cizinců se vztahuje zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), paragraf 20 – Vzdělávání cizinců a Pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k zajištění kursů českého jazyka pro azylanty, který říká:

- a) osoby, které nejsou státními občany České republiky a pobývají oprávněně na území České republiky, mají přístup k základnímu, střednímu a vyššímu odbornému vzdělání za stejných podmínek jako státní občané České republiky, včetně vzdělávání při výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy;
 - b) občané Evropské unie a jejich rodinní příslušníci mají přístup ke vzdělávání a školským službám za stejných podmínek jako občané České republiky;
 - c) pro žáky, kteří jsou dětmi osoby se stání příslušností jiného členského státu Evropské unie a kteří na území České republiky, kde taková osoba vykonávala nebo vykonává pracovní činnost v pracovněprávním vztahu nebo samostatně výdělečnou činnost, nebo na území České republiky studuje, anebo získala na území České republiky právo k pobytu z jiného důvodu, dlouhodobě pobývají a kteří plní povinnou školní docházku podle školského zákona, zajistí krajský úřad příslušný podle místa pobytu žáka ve spolupráci se zřizovatelem školy:
- bezplatnou přípravu k jejich začlenění do základního vzdělávání, zahrnující výuku českého jazyka přizpůsobenou potřebám těchto žáků;

- podle možností spolupráci se zemí původu žáka podporu výuky mateřského jazyka a kultury země původu, která bude koordinována s běžnou výukou v základní škole.

Krajský úřad zajistí přípravu pedagogických pracovníků, kteří budou tuto výuku zabezpečovat.

2.3 Výzkumy vztahující se k minoritním skupinám obyvatel a užívání drog

V literatuře z konce minulého století i z počátku tohoto století se objevovala nespokojenost s výzkumy v oblasti prevence. Jedna z těchto nespokojeností se týkala právě výzkumů u minoritních skupin obyvatel. Většina výzkumů z různých zemí bývala zaměřena na majoritní obyvatelstvo, na minoritní skupiny obyvatel zaměřených výzkumů mnoho vedeno nebylo. Následkem tedy byla malá informovanost o preventivních přístupech fungujících mezi minoritním obyvatelstvem a malá informovanost o tom, zda jsou přístupy určené či fungující u majoritního obyvatelstva přínosné a efektivní také pro minoritní skupiny obyvatel. Omezení výzkumů, které byly zaměřeny na minoritní skupiny obyvatel spočívá také v tom, že je nelze generalizovat, neboť se data často získávala z malých skupin (Botvin et al. 1995; Botvin et al., 2001).

V současné době je realizováno více a více výzkumů mezi minoritními skupinami obyvatel, ale v této souvislosti je třeba si uvědomit důležitou limitaci výzkumů. Tou je, že skupiny imigrantů i jiných minoritních skupin obyvatel jsou v různých zemích různé, vnitřně se dále členící a heterogenní, a také prevalence závislostního chování je u nich různá (Šotolová, 2008; Moravec, 2006; SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004; Nepustil, Zajdánková, 2008). V této souvislosti je možné zmínit podnět pocházející od Botvina a jeho kolegů (1992), kteří již v 90. letech minulého století zdůrazňovali, že než začneme uvažovat o prevenci mezi minoritním obyvatelstvem, například o prevenci kouření, je nutné znát výskyt kouření v konkrétní minoritní skupině a informace týkající se iniciace kouření v této minoritní skupině. Autoři poukazovali na odlišnost minority vůči majoritě, tento princip je však možné aplikovat také na rozdílnosti mezi jednotlivými minoritními skupinami.

2.3.1 Minoritní skupiny obyvatel a zkoumání jejich vztahování se k drogám v souvislosti s etnicitou (výzkumy pocházející především z USA)

Dle Wallace a Fishera (2007) v posledních letech vzrůstá zájem o literaturu zaměřenou na kulturně vázané faktory, které se vtahují k užívání drog. Z jejich výzkumu provedeného v USA vyplynulo, že černí američtí studenti, kteří se cítili být více hrdými na svou „rasu“, byli méně náchylní k braní drog. Silnější attachment k etnické skupině tedy působil u této skupiny jako protektivní faktor. Autoři dále předpokládali a prokázali, že vyšší frekvence rodičovských zpráv k identifikaci s rasou a větší etnická afiliace souvisí s vyšším mírou odmítání drog u mladých

černošských Američanů. Proto jsou přesvědčeni, že programy pro rodiče, který by jim pomohly s přiměřenou rasovou socializační strategií ve výchově dětí, by mohly redukovat rizikové chování adolescentů. Děti by tak dostaly relevantní informace vázané k jejich původu, ale také informace o diskriminaci, která se stále vyskytuje. Další výsledky výzkumu se týkaly odlišení vztahu k drogám u studentů různých forem škol. Neprokázalo se, že „čím hloupější děti, tím víc berou drogy“, protože dle výzkumu studenti nižších forem vzdělávání měli podobné vztahy k drogám jako studenti vyšších forem vzdělávání.

Podobně se etnicitou a etnickou identitou zabývali ve svém výzkumu Marsiglia s kolegy (2004). Zkoumali, zda etnicita a etnická identita mohou působit ochranně proti užívání drog u mladých adolescentů, a jak jim může pomáhat formovat protidrogově zaměřené postoje. Autoři zde vycházeli z předpokladu, že etnická příslušnost se může otisknout do norem chování mladých lidí ve vztahu k drogám. Výsledky výzkumu ukazují, že pozitivní etnická identita mladých Američanů náležejících k etnické minoritě (pocit silné příslušnosti k etniku, připoutání, hrdost), byla asociována s menším užíváním drog a silnějšími antidrogovými postoji napříč celým zkoumaným vzorkem. Ten zahrnoval žáky 7. tříd pocházející z různých minoritních skupin v USA, například mexičtí Američané, američtí Indiáni, Latinoameričané a Afroameričané a jiné smíšené skupiny. Výsledky podporují myšlenku, že etnicita a etnická identita jsou faktory, které ovlivňují užívání drog u mladých lidí na jihozápadě USA. Avšak hypotéza etnicity a etnické identity jako protektivního faktoru byla potvrzena pouze u části studentů, u jiných potvrzena nebyla. Závěry jsou tedy prozatím nepřesvědčivé. Výzkumníci zkoumali také další faktory, které by v souvislosti s příslušností k minoritní skupině obyvatel mohly hrát roli a ovlivňovat náchylnost jedinců z těchto minorit k užívání drog. Jedním ze zkoumaných faktorů byl například vliv nižšího socioekonomického statusu, přičemž výsledky výzkumu neukázaly přesvědčivou souvislost s vyšší náchylností k užívání drog, ta se však prokázala u nižšího vzdělání. To je v rozporu se zjištěními Wallace a Fishera (2007), kteří naopak faktoru vzdělání nepřipisují význam v souvislosti s vyšší vulnerabilitou k užívání návykových látek.

Další výzkumníci v Americe zkoumali vazbu etnické identity u afroamerických dívek na jejich postoje k drogám a schopnost účinně je odmítat. Z výzkumů vyplynulo, že u dívek s vyšší afiliací ke své etnické identitě byl zaznamenán vyšší nesouhlas s užíváním drog a dívky vypovídaly o menších záměrech užívat drogy v budoucnosti. Tato studie podporuje hypotézu, že etnická identita může být vztahována k užívání drog skrze dopad na normy, které adolescenti uznávají. Zatímco nejbližší okolí a jeho rizikové faktory mohou tyto dívky ovlivňovat směrem k užívání drog, etnická identita zdá se působit ochranně a podporuje pozitivní normy mladých lidí. Obzvláště

v rizikovém prostředí tedy podpora etnické identity a rasové hrdosti může být obzvláště důležitá pro snižování rizikového chování (Conreille, Belgrave, 2007).

V Evropě byl na téma etnicity a užívání drog proveden výzkum v Anglii výzkumníkem Wanigaratne a jeho kolegy (2003), kteří zkoumali souvislost etnicity a užívání drog. Zpochybňují jistotu dat získaných mezi minoritním obyvatelstvem a upozorňují na nebezpečí, že by mohlo jít o dohady, podporující stereotypní představy, že např. černošští přistěhovalci v Anglii užívají drogy více než původní obyvatelstvo, přičemž průzkum učiněný ve Velké Británii prokázal opak. Také upozorňují na nebezpečí relevance zjištěných dat od dětí z minoritních skupin obyvatel, neboť se tyto informace často získávají od dětí ve škole. U minoritních obyvatel však existuje skupina dětí, která ze vzdělávacího systému vypadává a do výzkumu tedy není zahrnuta. Zdůrazňují tedy nutnost důkladného výzkumného šetření u minoritního obyvatelstva určité země, abychom se vyhnuli generalizaci, která by mohla vést k řadě špatných koncepcí a nevhodné nabídce služeb pro osoby z minoritních skupin (Wanigaratne et al. 2003). Podobně již dříve zmiňoval důležitost výzkumného šetření u konkrétní skupiny také Botvin (1992).

2.3.2 Užívání drog u některých skupin minoritních obyvatel v různých evropských zemích a specifika tohoto užívání

V Německu byl proveden výzkum zkoumající užívání alkoholu mezi imigranty pocházejícími z Afghánistánu. Rozdíl v obou zemích z hlediska vztahu k alkoholu je kromě charakteristik jako převládající víry či různosti liberalismu také v dostupnosti a ceně alkoholu. Obecně je ve většině evropských zemích oproti zemím islámským dostupnost alkoholu vysoká a jeho cena nízká. Hypotéza této studie byla taková, že problematické užívání alkoholu může být vázáno se specifickými obtížemi, se kterými se imigranti setkávají v situaci, kdy chtějí vycházet s novou společností. Zvážíme – li obrovskou kulturní „díru“ mezi zemí původu (tedy nízkou příjmovou zemí se společenským systémem založeným na islámském zákoně) a zemí hostitelskou (tedy vysoce industrializovanou zemí s tolerantní a liberální tradicí, ale s jasnými xenofobními tendencemi), pak vidíme, že migranti čelí vážnému akulturačnímu stresu. Chronický akulturační stres může vést k duševnímu trápení a zármutku, které mohou usnadnit rozvoj duševní poruchy, zahrnující i zvýšené či závislostní užívání alkoholu a jiných drog. Z výzkumu plyne, že u afgánských imigrantů přesun z restriktivní do tolerantní společnosti a psychosociální faktory asociované s migrací a s akulturačními procesy, mohou být považovány za rizikové faktory rozvoje alkoholové závislosti. Zároveň se však ukázalo, že afgánští imigranti ve výzkumu zahrnutí do skupiny vysoce rizikového užívání alkoholu, nejsou pouze ti, kteří nepili alkohol v Afghánistánu

vzhledem k prohibici a nyní jsou vystaveni působení tolerantní společnosti. Dále bylo zjištěno, že pouze 10 ze 40 dotazovaných migrantů, kteří pracují, působí ve svém oboru, zpravidla však na nižší pozici, než pro jakou jsou kvalifikováni. Výsledky studie ukazují asociaci mezi akulturačním stresem a duševním zármutkem a vážností alkoholového užívání. Nicméně, asociace mezi akulturačním stresem a vážností alkoholového užívání nebyla signifikantně statisticky prokázána. Realizátoři výzkumného šetření upozorňují, že chceme – li správně ohodnotit psychologický dopad migrace na rozvoj užívání drog, je nutné nahlížet na specifické kulturní faktory každé subskupiny imigrantů (Haasen et al., 2008). To je v souladu se vyjádřeními jiných autorů (např. Šotolová, 2008; Moravec, 2006; SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004), kteří zdůrazňují heterogenitu skupin imigrantů v různých zemích.

Opět v Německu bylo provedeno výzkumné šetření formou rozhovoru s odborníky, kteří měli dlouhodobé zkušenosti s prací s drogově závislými, pocházejícími ze zemí bývalého Sovětského svazu. Odborníci potvrdili, že ze zkušeností vyplývá, že tyto skupiny obyvatel jsou hůře oslovitelní různými pomáhajícími službami (podobně jako afgánští imigranti v Německu). Důvodů může být několik, jedním z nejdůležitějších zřejmě bude nižší důvěra v systém pomoci závislým, neboť je to spojeno s úřady, a ty pak se „státní mocí“, které v imigrantech vyvolává obavy, že by mohli být předvoláni, vypovězeni ze země, nebo se dostat do potíží s policií. Dotazovaní odborníci dále doporučovali nabídku terapie v rodném jazyce, a také poradenský a pomáhající systém s kulturním zázemím této cílové skupiny a se specialisty, kteří znají jejich kulturní pozadí (Haasen et al., 2005).

Jiný výzkum byl proveden v Belgii a byl zaměřen na íránské imigranty žijící v Belgii a jejich užívání opia. V této komunitě je užívání opia mimo kulturní kontext starých mužů užívajících opium, aby si ulehčili od nevýhod stáří, tabu. Bez ohledu na toto tabu v užívání opia, jeho uživatelé jej nepovažují za drogu. Dlouhá tradice užívání opia v Iránu má stále velký dopad na současný pohled mladých Iráčanů. Považují drogu za přírodní produkt a za prostředek, který umožní starým lidem déle žít.

Při rozhovorech s Iráčany žijícími v Belgii se výzkumná pracovnice zabývala otázkou, proč užívají návykové látky. Většina odpovědí by se dala shrnout pod pojem sebe-medikace. Uváděli nervozitu, myšlenky o budoucnosti či minulosti, snahu zbavit se jakýchkoliv myšlenek, možnost učinit je svobodné, možnost zapomenout na problémy, utéci od problémů, dále samotu, stres, nuda, potíže se spánkem, či deprese. Užívání opia mezi Iráčany je u nich zpravidla asociováno s jejich nepříznivou situací v Belgii. Řada z nich zjišťuje, že jejich očekávání se nenaplnila, nezískali povolení k pobytu či zažívají v Belgii diskriminaci. V takové situaci se často dostavuje stesk po

domovně a nostalgie. Selektivně se pak mohou soustřeďovat pouze na to dobré ze své země, interpretovat pozitivní prvky své kultury, kterou vnímají jako vřelou a pečující v kontrastu s kulturou Belgie jako studenou a rezervovanou. Mohou tedy snadno upadnout do snahy vytvořit si imaginární domov v Belgii, k čemuž jim látky jako opium, obzvláště jsou – li užívány ve společnosti ostatních Iráčanů, mohou pomoci. Nebo může být užívání opia viděno a provozováno jako zachování si své vlastní kultury a tradice v nových podmínkách, a to obzvláště v situaci, kdy se nedaří se včlenit do kultury hostující země. Konzumenti, kteří užívají o samotě, tuto závislost schovávají mnohem více, než osoby užívající spolu. Konzumovat o samotě je totiž dle pohledu Iráčanů a jejich tradic velmi negativním chováním. Pro kulturu Iráčanů je také typická skupinová orientace. Upřednostňují bytí pospolu s ostatními členy komunity, než zůstat sami. Někteří lidé tak začnou konzumovat spolu s ostatními, kteří se pak stanou jejich přáteli. Opium je také pro Irácké muže součástí a základem sociálních kontaktů. V Belgii je však užívání drog, tedy především opia, v porovnání s domovinou velmi drahou záležitostí, proto někteří Iráčané přechází k užívání metadonu či přestanou úplně (Muys, 2008).

Výzkumníci v Nizozemska se zabývali determinantami ovlivňujícími užívání alkoholu mezi alochtonními a autochtonními Nizozemci. U alochtonních obyvatel Nizozemska šlo o Turky a Maročany zpravidla druhé generace, kteří se již narodili v Nizozemsku, ale alespoň jeden z jejich rodičů se narodil v zemi původu. Dle autorů jestliže se u autochtonních Nizozemců (narozených v Nizozemsku, jejichž rodiče se narodili také v Nizozemsku) objevují různé determinanty ovlivňující užívání alkoholu oproti alochtonním obyvatelům, pak by pro skupinu alochtonních obyvatel Nizozemska měly být konstruovány specifické preventivní aktivity. Vzhledem k islámské víře, která užívání alkoholu nedovoluje, se zdá, že afiliace k víře může být silným prediktorem užívání alkoholu mezi Turky a Maročany. Výzkum ale ukázal, že nestačí pouze afiliace k víře, ale rozsah, do jakého je islám praktikován. To pak ovlivňuje případné užívání alkoholu. Výzkum také ukázal, že Maročané či Turci, kteří se necítili být nizozemskou společností pozitivně přijati, byli náchylnější k pití alkoholu. Pití alkoholu pro ně může být cesta, kterou někteří volí k vyrovnávání se s akulturacím stresem. S jejich pitím vykazovalo pozitivní souvislost dále to, zda měli pijící členy rodiny a pijící marocké či turecké přátele. Podobně působil také souhlas jejich kamarádů s pitím alkoholu. Ovšem pití nizozemských kamarádů mělo vliv na vlastní pití pouze u Turků. To je možná ovlivněno tím, že Maročané se identifikují spíše se svou vlastní kulturou. Z hlediska množství alkoholických nápojů, čím více respondenti vypovídali o menší akceptaci ze strany domorodého obyvatelstva, tím více alkoholických nápojů uváděli. Obecně se socio-kognitivní faktory ve výzkumu ukazovaly jako výrazně důležitější ve smyslu ovlivňování či záměru pít alkohol, než kulturní či religiózní faktory. I když praktikování islámu a držení se svých kulturních a

religiózních tradicí se zdá být protektivním faktorem chránícím před nadměrným užíváním alkoholu, podobně jako modlení se 5krát denně a držení půstu při Ramadánu. Ovšem jak je uvedeno výše, nikoliv víra sama o sobě, ale rozsah do jaké je praktikována, má ochrannou funkci. Tedy ačkoliv kulturní a religiózní vlivy jsou důležité, sociálně kognitivní faktory se ukazují jako důležitější v ovlivňování užívání alkoholu mezi druhou generací Turků a Maročanů, žijících v Nizozemsku (Kotinga et al., 2006).

Obecně lze říci, že z hlediska užívání návykových látek je situace s imigranty a uprchlíky často komplikována ještě tím, že je-li jejich pobyt nelegální, tak nemají přístup ke zdravotní péči, jsou zákonem nechráněni, nemají žádná práva a jsou tedy snadno zneužitelní a zranitelní (SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004).

2.4 Specifické znaky minoritního obyvatelstva ve srovnání s majoritním obyvatelstvem

2.4.1 Koncept kultury a etnicity

Národ dle definice uvedené výše je: „Skupina lidí charakterizovaná většinou společnou řečí, kulturou, tradicí a dějinami (objektivní prvek) a vymezující se vůči lidem považovaným za cizince (subjektivní prvek) (Jandourek, 2001, s. 168).

Kultura může být dle Castra a Alarcóna (2002) rozdělena do dvou základních typů:

- enviromentální (objektivní) znaky kultury – místní environmentální a kulturní výtvoř jako umění či budovy, které definují sociálně žádoucí chování
- psychologické (subjektivní) znaky kultury – kognitivní faktory, které zahrnují názory, postoje, očekávání, hodnoty a rodinné normy

Kulturní informace se integrují v systém názorů a historicky formované způsoby „nazírání na svět“, skrze něž dochází k „interpretaci smyslu, objektů a událostí“. Dále nabízí strategie řešení problémů zahrnující kulturně předepsané způsoby zacházení s různými životními krizovými situacemi, a tedy i užíváním návykových látek. Jak je uvedeno výše, některé kulturní koncepty mohou svým založením působit ochranně před užíváním návykových látek, díky jejich normám nastaveným proti jejich užívání (Castro, Alarcón, 2002; Parsai et al., 2009). Podobně na vliv kultury a etnicity jako možného prvku působícího u černých Američanů ochranně poukazovali Wallace a Fisher (2007) či Marsiglia s kolegy (2004). Ochranný kulturně-náboženský vliv je ukázán ve výzkumu Kotingy (2006) u alochtonních obyvatel Nizozemska vyznávajících islámskou víru. Autor

zde zdůraznil, že ochranně nepůsobila víra sama o sobě, ale způsob a rozsah, jakým je praktikována.

2.4.2 Problémy imigrantů v hostitelských zemích

Autoři evropského konceptu práce s uprchlíky a imigranti vytyčují v publikacích projektu „SEARCH“ (SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004) problémy, s nimiž se tyto skupina osob mohou setkávat v Evropských zemích:

- Jazyková bariéra – Nejsou – li imigranti či uprchlíci schopni se dobře vyjádřit v jazyce hostitelské země, často to znamená odříznutí od každodenní komunikace s členy majority a jejich zvýšenou izolaci ve svých komunitách. Ovšem i pokud se jazyk učí a naučí, v každém jazyce je řada kulturních významů, sémantických rozdílů, které jsou těžce předatelné, avšak mohou v určitých situacích bránit vzájemnému porozumění minoritního a majoritního obyvatelstva.
- Podmínky bydlení – Uprchlíci a imigranti často bydlí v nevyhovujících podmínkách, které neodpovídají standardu bydlení v dané zemi. Platí to především pro imigranty pobývajících v hostitelské zemi nelegálně, s tímto problémem se však potýkají i imigranti či uprchlíci s legálním statutem. Často to vede až k tvorbě tzv. „ghett“, kde dochází ke kumulaci určitých skupin obyvatel v některých částech měst.
- Pracovní možnosti – Přistěhovalci zpravidla dosahují na horší pracovní pozice, než původní obyvatelstvo. To ovlivňuje také vyšší technologická vybavenost pracovišť většiny evropských zemí, v níž se mohou pracovníci z jiných zemí ztrácat. Imigranti často nemají povolení pracovat, což může ústít v práci „na černo“ nebo je podporovat v zahálce a tvořit z nich sociální případy. Dále jsou často vzhledem ke sníženým možnostem nuceni pracovat za minimální mzdu, což může vést ke snížení vlastní sebehodnoty. Z malého množství peněz, které mají pak přistěhovalci k dispozici a z nepříznivých životních podmínek může vzejít snazší zranitelnost těchto skupin k dealerství drog.
- Neznalost systému péče – Přistěhovalci často trpí neznalostí systému péče v sociálním a zdravotním sektoru hostitelské země. V případě problémů pak nejsou schopni vyhledat adekvátní odbornou pomoc, ale obracejí se o pomoc do své rodiny, která se může cítit přetížena a neschopna pomoci. Odborná pomoc může být blokována také finanční situací rodiny, chybějícím pojištěním jejích členů apod.
- Rodinná struktura – Psychosociální zatížení imigrantských rodin zvyšuje tendence k rozvolnění tradiční rodinné struktury v hostitelské zemi. To je na jednu stranu způsobeno

přetržením určitých rodinných vazeb v případě migrace samotné, ale také skrze adaptaci na kulturní normy hostitelské země některých členů rodiny (to především v rodinách druhé generace), které vedou ke konfliktům uvnitř rodiny. Ty s sebou mohou nést masivní duševní a zdravotní problémy. Rodina jako ochranný faktor, jako bariéra proti rizikům neznámé, hostitelské země, pak může být rozrušena. Ztráta rodinného zázemí může vést k singularizaci žití jedince a může být vlivným rizikovým faktorem pro zdravotní problémy obecně, včetně výskytu zvýšené zranitelnosti těchto osob k návykovým látkám.

- Migrace jako trauma – Ztráta domova, prostředí, na které jsme navyklí, kulturní jistota a důvěra, zkráceně bazální životní jistoty, hrají v každém migračním procesu zásadní roli. Cizí kultury mohou být nahlíženy jako těžce pochopitelné či zažívány jako ohrožující. Důvody k opuštění vlastní země jsou u řady imigrantů či uprchlíků velmi dramatické a traumatizující, mohli být vystaveni stíhání, strachu, ponížení, mučení či ohrožení smrtí, nebo chudobě, bídě a ztrátě naděje na dobrý život v mateřské zemi. Tyto těžké zkušenosti se zpracovávají pomalu a jsou navíc v nové zemi komplikovány novými nejistotami, novými zátěžemi, strachem z budoucnosti, nejistoty případného statutu žadatele o azyl, uprchlíka či i/legálního přistěhovalce.
- Snadná dostupnost alkoholu a jiných drog v evropských zemích – Snadná dostupnost může podněcovat užívání těchto návykových látek. Ilegální látky je možné získat velmi snadno bez nějakého znatelného rizika.
- Interkulturní komunikace – Řada uprchlíků má výrazné obtíže v komunikaci s domorodci, stejně jako původní obyvatelé hledají těžko cestu ke komunikaci s uprchlíky. Snahy o integraci musí být podpořeny otevřeností, důvěrou, vírou a respektem na obou stranách.

Podobně vytyčují problémy, s nimiž se setkávají imigranti v hostitelské zemi, zde konkrétně ve Velké Británii, McCormack a Walker (2005). Problémem u řady mladých azylantů v hostitelské zemi je jejich nemožnost přístupu ke vzdělání či nemožnost dosáhnout adekvátního vzdělání. Děti azylantů mohou být díky neznalosti jazyka umístovány mezi mladší děti, což u nich může způsobovat pocity studu a vést k ostrakismu ze strany dětí. Jedním z klíčových prvků v integraci imigrantů do většinové společnosti, v jejich zapojení se do společnosti, je možnost pracovního uplatnění. Nemožnost pracovního uplatnění s sebou může nést řadu dalších problémů, některé z nich mohou být spojeny s užíváním návykových látek. Azylanti také často nedosáhnou na dostatečnou lékařskou péči, což zvyšuje riziko, že se budou pokoušet léčit se sami. To může mít za následek užívání různých tlumivých látek, které pak mohou následně vyvolat závislost. Autoři také zmiňují, že řada imigrantů či azylantů žije v nevyhovujících podmínkách či jsou dokonce

bezdomovci, také s touto nepříznivou situací je spojeno vyšší riziko užívání drog. Podobně jako stále ještě zažívané projevy rasismu ze strany majoritního obyvatelstva.

Migranti v industrializovaných zemích jsou dle autorů výzkumu z Německa uvedeného v kapitole 2.3.2 konfrontováni s řadou obtíží každodenního života, které mohou vést ke zvýšení jejich duševního stresu. Tyto problémy zahrnují například jazykovou bariéru, deficit profesních znalostí, nezaměstnanost, sociální izolaci, diskriminaci či dokonce rasismus. Pro afgánské imigranty vytyčili tyto základní stresory, s nimiž se setkávají v Evropě:

- opustili svou zemi v nestabilnímu politickému klimatu
- jsou konfrontováni s xenofobním klimatem většiny evropských zemí
- jsou denně konfrontováni se zprávami o destrukci své země, které snižují jejich víru, že se budou moci někdy v budoucnu do své země vrátit (Haasen et al., 2008).

Dle názoru odborníků z německého výzkumu zmíněného v kapitole 2.3.2 se většina migrantů cítila přesídlením do Německa přetížena. Toto přetížení stálo u řady z nich v pozadí jejich rozvoje či zesílení závislosti, a to především u mladých migrantů, z nichž někteří do Německa šli proti vlastní vůli, z rozhodnutí rodičů. Specifické důvody ovlivňující vznik závislosti byly často obtíže s integrací, pocity vyvržení či zklamání z vývoje situace, sociální izolace, a také ztráta perspektivy a orientace, dále pak pocit, že jsem jakožto cizinec břímě německé společnosti, chybění společenské příslušnosti a také zkušenost s migrací. Jako největší problém rusky hovořících osob závislých na opiátech jmenovali experti jazykové a rodinné problémy, které se často týkaly zúžených podmínek bydlení v přechodných táborech či sociálních bytech. U mladých ruských imigrantů se objevovaly dle pracovníků časté výpovědi o tom, že jejich rodiče na ně neměli čas, jelikož se zabývali snahou rychle zajistit materiální zázemí. Tyto děti se pak se zkušeností migrace a s uvykáním na novou společnost musely vyrovnávat samy (Haasen et al., 2005).

Wanigaratne a kolegové (2003) vnímají problém užívání drog mezi minoritním obyvatelstvem v kontextu deprivace, zkušenosti s rasismem a diskriminací, následujícími finančními problémy, nižšího zdravotního statusu či limitovaném přístupu ke zdravotní péči těchto skupin obyvatel.

V českém prostředí byl na zjištění informací a problémů, s nimiž se u nás setkávají specificky neregulérní migranti, zaměřen průzkum Organizace pro pomoc uprchlíkům a Poradny pro uprchlíky. Dle výsledků tohoto průzkumu muži převažovali dvojnásobně co do počtu nad ženami, průměrný věk cizinců v neregulérním postavení byl 25-35 let a zeměmi původu, z nichž

pocházelo nejvíce z nich, byly Ukrajina, Ruská federace, Moldavsko a Vietnam. Mezi největší problémy těchto migrantů patřila nezaměstnanost, 70% dotázaných nebyla v průběhu neoprávněného pobytu v České republice zdravotně pojištěna. Z těch, kteří pracovali, naprostá většina pracovala nelegálně, a to i v době legálního pobytu, v době neregulárního pobytu pak nelegálně pracovali všichni pracující (Rozumková, Burdová-Hradečná, 2008).

Dle Pavlíkové (2008) migrace zásadním způsobem ovlivňuje život jedinců, kteří se k ní rozhodnou. „U migrantů dochází k oslabení rodinných a přátelských vazeb a ke ztrátě většiny dalších sociálních kontaktů“ (s. 28). Po příchodu do neznámého a odlišného prostředí se často migranti dostávají do marginalizovaného postavení. Zpravidla přichází do hostitelské země s minimální znalostí nového prostředí, s minimální znalostí jazyka a téměř žádnými kontakty. V řešení každodenních starostí se potýkají s problémy, které ani netušili, že je mohou potkat a obvykle netuší, jak se k jejich řešení postavit (Pavlíková, 2008; Nepustil, Zajdánková, 2008).

2.4.3 Dosažitelnost pomoci pro minoritní skupiny obyvatel při problémech s drogami

Důvody, jež mohou bránit žadatelům o azyl dosáhnout na přiměřenou pomoc v situaci, kdy se dostanou do potíží s drogami, mohou být dle McCormacka a Wolkera (2005) různé. Může jít například problémy týkající se nedostatečné znalosti jazyka, nedostatek vědomí o organizacích či službách, které jsou k dispozici, strach z autorit či stigma, jež s sebou nese příslušnost k určité komunitě.

Dle Wanigaratne a jeho kolegů (2003) existuje v menšině, a také ve většinové populaci často povědomí, že pomáhající zařízení jsou určena především pro vážné opiátové závislosti. U azylantů ve Velké Británii zmiňují autoři obavy a jejich přesvědčení, že tyto služby jsou spojeny s úřady, které se podílejí na jednání s azylanty v jiných záležitostech. Věří, že to může ovlivnit jejich žádost o azyl či že by poté byli nahlášeni na cizineckých úřadech a případně vyhoštěni ze země. Na tyto obavy, bránící imigrantům využívat služeb, upozorňují také Haasen a jeho kolegové (2005). Azylantům dále vadí množství otázek, které se dle nich nevztahují k pomoci, ale jsou jim kladeny, chtějí-li využít nabízené služby. Roli může hrát také snaha některých osob svou závislost ve své komunitě skrývat a ti pak nemají motivaci hledat pomoc a problém řešit.

Ve výzkumu Haasena a jeho kolegů (2008) vypovídali dotazovaní afgánští migranti o takřka nulových zkušenostech se servisem pro osoby s problémem s alkoholem. Autoři tedy upozorňují na nutnost pracovat na zlepšení přístupu afgánských migrantů k péči.

Z výzkumů uvedených ve zprávě EMCDDA o Belgii plyne, že uživatelé drog z etnických minorit zažívají více obtíží při kontaktu s léčebnými a pomáhajícími institucemi v oblasti drog. Dále také tvrdí, že zranitelnost těchto skupin k drogám je větší z těchto důvodů – vyšší nezaměstnanost, nižší jazykové dovednosti, menší vzdělávací možnosti, intergenerační konflikty, vysoký vrstevnický tlak a akulturační obtíže. Výzkum, který zde byl na toto téma uskutečněn, se zaměřil na zjištění obrazu využívání existujících služeb při problémech s drogami u minoritních skupin obyvatel. Výsledkem zkoumání bylo, že hlavním faktorem ovlivňujícím užívání drog jedincem a způsoby léčby závislosti jsou především individuální charakteristiky jedince. Tento závěr vyvozují především z toho, že etnické minority jsou vždy velmi heterogenními skupinami a je proto velmi těžké je definovat. Přesto však bylo zjištěno, že osoby pocházející z minority jsou při srovnání s majoritními obyvateli klienty léčby mnohem méně často (tvoří maximálně 10- 20% všech klientů). Z hlediska srovnání druhů služeb, osoby z minoritních skupin obyvatel v Belgii upřednostňují ambulantní zařízení, oproti pobytovým zařízením s psychiatrickou péčí. U osob z jiných zemí se také častěji vyskytovaly jiné, alternativní mechanismy zvládnání problému, jako např. snaha zůstat v zemi původu, připoutání se k víře, či alternativní léčba (EMCDDA – Belgium, 2008).

V českém prostředí byl občanským sdružením Podané ruce a sdruženími MARISA a Masarykovou Univerzitou v Brně realizován průzkum, který se zaměřil na problémové užívání nelegálních drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí. Z hlediska přístupu ke službám v oblasti péče o uživatele drog byl u těchto osob zjištěn ztížený přístup. Tyto osoby dle průzkumu musí čelit bariérám v oblasti jazykových odlišností, v oblasti kulturních rozdílů, odlišném právním postavení a nedostatečné informovanosti (Nepustil, Zadáková, 2008)

2.4.4 Práce s dítětem z menšiny

Psycholožka Hadj-Mousová (2005) se v publikaci zaměřené na poradenskou psychologii věnovala specifikům práce s dětmi z menšin. Zabývala se především poradenskou prací s dítětem z menšiny, z jejích postřehů lze však čerpat inspiraci také při jiných formách práce s takovým dítětem. Tvrdí, že abychom mohli úspěšně pracovat s dětmi z menšin, je třeba mít znalosti o způsobech prožívání a uvažování dítěte z menšiny, znalost specifických problémů menšin a rizik nedorozumění jak ze strany menšiny, tak ze strany většiny. Je také třeba, aby si pracovník uvědomil, že je sám zakořeněn ve své kultuře způsobem svého uvažování, jednání atd. Při vzdělávacím procesu i praxi a práci s českou populací získává psycholog či jiný pracovník

kompetence a zkušenosti, které odpovídají určitým kulturním rámcům. Pro nás je to tedy naše kultura. „Je tedy na prvním místě nutné pracovat s vlastními předsudky a kulturní podmíněností“ (s. 159). Například v naší kultuře je často sdíleným předsudkem, že školní neúspěšnost romských dětí je vysoce pravděpodobná a geneticky podmíněná, proto hrozí nebezpečí, že v kontaktu s tímto dítětem či jeho rodiči se nebudeme snažit odhalit případné schopnosti dítěte, jelikož je nepředpokládáme. Tím ale samozřejmě ovlivňujeme jak chování dítěte, tak také jeho výkon.

Se silnou zakořeněností ve vlastní kultuře souvisí také možné způsoby, jakými interpretujeme chování dítěte a rodičů. Abychom dokázali správně porozumět chování člověka z minority, měli bychom být obeznámeni se způsoby, kterými jsou v jeho kultuře vyjadřovány emoce, názory apod. Pokud si toto neuvědomujeme, s největší pravděpodobností budeme interpretovat chování dětí i rodičů dle zkušeností získaných v naší kultuře a podle našeho kulturního rámce. Naše vlastní kultura se tedy silně odráží ve vnímání druhého člověka.

Další možný problém se týká adaptace jedince z menšiny žijícího v majoritě. Jedinec se musí určitým způsobem vyrovnávat s nároky, které na něj klade většinová společnost. Příslušníci většiny si často ani neuvědomují, že některé jejich způsoby chování, reakce či interpretace, mohou být pro příslušníka menšiny neznámé, nepochopitelné či zavádějící. Předpokládají automaticky, že jedinci z minority jsou obeznámeni hodnotami a normami většinové společnosti a nenapadne je, že by bylo třeba něco dovysvětlit apod. Z kulturní antropologie lze uvést řadu příkladů, kdy se zvyklosti liší u jednotlivých kultur velmi radikálním způsobem a mohou vyvolávat skutečné konflikty. Může jít o odlišné vnímání času, osobního prostoru, zdvořilého chování, role muže a ženy apod. Například na Středním východě je obecně vnímání času volnější než v Evropě, hodinové i větší zpoždění tam nikoho nepřekvapí. Naopak, co se dochvilnosti týče, přesní jsou Němci. Asiat chápe jako nezdvorné, jestliže při jednání přejdeme přímo k věci, Evropan zase toto protahování času, než se přejde k věci, může vnímat jako neochotu se dohodnout. Různé chování opak může být nesprávně interpretováno, přičemž většinou jde o negativní interpretace, která může roztáčet kolo dalších negativních interpretací a nedorozumění.

Jiným problémem, kterému čelí jedinci z minority v majoritním prostředí, je hledání vlastní identity. To je obtížné samo o sobě, u dítěte z minority pak ztíženo tlakem „své kultury“ i kultury většiny. Pro děti, které si utvářejí vlastní identitu jde o rozhodnutí, zda se přikloní a asimilují s většinovou kulturou nebo si udrží vlastní etnickou či kulturní identitu. Dle dr. Hadj Moussové: „Kulturní identita je vědomí si příslušnosti ke kulturní skupině a identifikace s ní. Většinou si vlastní kulturní identitu neuvědomujeme, pokud žijeme ve svém prostředí“ (Hadj Moussová a kol., 2005, s.160). Jedinec z menšiny ale problém vlastní kulturní identity řeší a otázka jakou identitu si zvolí může být komplikována například i odmítáním většiny uznat ho za svého člena. Dle Heluse je osobnost člověka výsledkem socializace (Helus, 2001). Součástí osobnosti se pak stanou zvyky,

normy, postoje, rituály i způsoby chování, které se člověk v průběhu socializace učí. Problém může pro dítě nastat, jestliže se hodnoty a normy menšinové skupiny liší s hodnotami a normami, pak tedy i následnými požadavky a očekáváními, většinové společnosti. Dítě je v centru rozporu mezi očekáváními a chováním „doma“ a „venku“. Také působení školy, která představuje hodnoty a normy majoritní společnosti, může být pro dítě náročné. Dítě z minority je ve škole konfrontováno často s neúspěchy, neboť se snaží řešit požadavky většinové kultury prostředky, které získal doma při primární socializaci, ale které těmto požadavkům nemusí odpovídat. A některé hodnoty a normy získané primární socializací mohou být v rozporu s hodnotami a normami prezentovanými ve škole a mohou dokonce bránit přijetí školou předkládaných a většinovou společností vyžadovaných norem a hodnot (Hadj Moussová a kol., 2005). To vše vytváří pro dítě řadu obtížných situací, s nimiž se musí vyrovnat.

Podobně se k tématu vyjadřuje Štech (Vágnerová, Hadj Moussová, Štech, 2000). Upozorňuje na problémy rodin severoafrického původu zjišťované ve Francii. Děti se zde musí vyrovnávat s řadou problémů, například sebevymezení se ve vztahu k rodině. Jde o rodiny ohrožené marginalizací (vytlačení na okraj společnosti), s čímž se často pojí školní neúspěch. Selhávání ve škole je marginalizuje ve francouzské kultuře. Ale školní úspěch by zase mohl znamenat něco, co by je mohlo činit marginalizovanými ve vlastní rodině a kultuře. S tím se pak pojí potíže při vypracování sebepojetí a identity žáka, které často vede k negativnímu obrazu sebe sama ve škole, ke zvnitřnění potíží a neúspěchů, kompenzovanému semknutostí většiny druhů ve stejném „neštěstí“. A v odmítnutí školní normy.

Při práci s jedincem z menšiny může být vztah a celá práce komplikována často také předsudky ze strany majoritní společnosti. Jedinci se dostává zpravidla přijetí, které je ovlivňováno předsudky a stereotypy, které chováme k menšině, do níž náleží. Chování většiny ho tak zatlačuje do způsobů chování, které od menšiny očekáváme, a to vytváří bludný kruh, neboť to potvrzuje správnost interpretací a očekávání většiny. Závažným důsledkem může být situace, kdy se menšina s těmito negativními stereotypy ztotožní a přejme je. Činí z nich pak vlastní autostereotypy, které pak negativně ovlivňují vývoj mladého jedince z menšiny. S tímto problémem je spojeno řada zkoumání a výzkumů, pocházející z výzkumů ve Velké Británii a Francii teorie kulturního handicapu. Ta je založena na předpokladu, že neúspěšnost dětí přistěhovalců z bývalých kolonií těchto zemí vyplývá z handicapu, kterým není ani organické, ani mentální postižení, ale souvisí s jejich příslušností ke kulturně odlišné menšině. Jednou z hypotéz je, že tito jedinci nejsou dostatečně vybaveni pro úspěšné zvládnání nároků vyspělé západní společnosti a trpí kulturně podmíněným druhem deficitu. Další hypotéza říká, že problémy dětí jsou výsledkem kulturního

konfliktu. Dítě není považováno za deficitní jako v první hypotéze, ale jeho návyky a dovednosti a znalosti, kterými disponuje, odpovídají jinému kulturnímu prostředí, ve kterém žije doma a kde bylo primárně socializováno. Třetí pojetí souvisí se školou. Teorie předpokládá, že školní kultura, která na žáka klade požadavky a jíž se musí podřídít, způsobuje jeho handicap sama o sobě, jelikož/ protože mu není přizpůsobena. Jde tedy spíše o handicap institucionální. Typickým příkladem tohoto handicapu jsou romští žáci v českých školách, kteří jsou v domácím prostředí vedeni a vychováni hlavně k praktickému učení. Smysl vzdělávání se a smysl samotné školy je pro ně často nepochopitelný. Za nesmysl považují učit se něco, co má buď vzdálenou nebo žádnou souvislost s uplatněním se v životě (Hadj Moussová a kol., 2005).

2.5 Návrhy a doporučení pro prevenci u minoritních skupin obyvatel

2.5.1 Obecná doporučení

2.5.1.1 Univerzální prevence s přidáním specifické prevence

Jones s kolegy (2006) zdůrazňují prosazování univerzální primární prevence ve všech skupinách dětí, tedy také u dětí z minoritních skupin obyvatel. Základním požadavkem by mělo být, aby každé dítě mělo šanci naplnit svůj potenciál. To znamená, že mezi aktivity programů prevence by měly být zařazovány také aktivity, které se orientují na redukci propadání dětí vzdělávacím sítím, na redukci zdravotních potíží, dále na zneužívání drog, kriminality a antisociálního chování mezi dětmi. Na programy univerzální prevence by měly případně navazovat specifické služby pro děti z minorit. Toto spojení univerzální prevence s případnou navazující prevencí se speciálními službami by mohlo znamenat menší stigmatizaci minorit. Dle těchto autorů by každá práce v oblasti drog, od prevence až po léčbu, měla být založena na hlavním proudu služeb, na „mainstreamovém“ proudu služeb, do něhož by mělo být zahrnuto co nejširší možné pole osob.

2.5.1.2 Důraz na kulturní specifickou primární prevence

O vhodnosti kulturně specifických či senzitivních programů primární prevence pro děti z minorit se vyjadřuje řada autorů.

Dle Beala a jeho kolegů (2001) paralyzuje naše snahy o vytvoření kulturně specifické primární prevence nedostatek informací o rozsahu a původu užívání drog mezi minoritním obyvatelstvem. Programy vytvořené pro majoritní populaci dle nich nemohou být vhodné pro tyto

děti. Jak je zmíněno již dříve, také Botvin s kolegy (1995, 2001) staví na základní roli znalosti prevalence užívání drog mezi minoritními skupinami obyvatel. Dle nich děti z minoritních skupin mají odlišné potřeby a učební styly, lze tedy předpokládat, že preventivní přístupy, které budou kulturně zaměřené, budou mnohem efektivnější při prevenci užívání alkoholu a drog než více obecné programy.

Také dle Castra a Alarcóna (2002) či Haasena a jeho kolegů (2005) je třeba znát zásadní roli kultury a kulturních proměnných v rozvoji užívání drog a vyžadovat, aby kulturní uvažování bylo začleněno do všech aspektů programů a aktivit v této oblasti.

Podobně tvrdí Marsiglia s kolegy (2004), že pro prevenci je klíčové získat lepší porozumění kulturním procesům, které snižují prevalenci užívání drog.

Autor Resnicow s kolegy (2000) považuje za důležité před tím, než se hovoří o kulturní senzitivitě v rámci prevence či léčby, vymezit pojem kulturní senzitivita:

- Kulturní senzitivita je míra, v jaké etnické/kulturní charakteristiky, zkušenosti, normy, hodnoty, vzorce chování, názory cílové skupiny, stejně jako historické, environmentální a sociální vlivy jsou inkorporovány do designu, doporučení a evaluace programů podporujících zdraví.

Autoři se shodují na tom, že kulturní senzitivita je v rámci prevence i léčby obecně přijímaným principem. Není však příliš zkoumáno, co to obnáší, jak by taková prevence měla vypadat, jak jí dosáhnout. Kulturně senzitivní programy prevence a léčby by dle jejich názoru měly začít analýzou vzorců užívání, rizikových faktorů a prediktorů užívání v konkrétní cílové populaci. Tvůrci programů by se měli řídit informacemi z výzkumů, které zkoumají jednotlivé formy užívání a vlivy na něj u jednotlivých skupin. Například dle jejich zkoumání, které se orientovalo na africké Američany, se ukázalo, že u intervence pro africké Američany se zdá být efektivnější, budou-li do ní zahrnuti také rodiče či jiné dospělé vzory. Naopak u euro Američanů by se programy měly zaměřit spíše na změnu vnímání užívání drog vrstevníky či jejich souhlasu s užíváním. Podobně jako jiní autoři, například Beal et al., 2001; Botvin et al., 1995, Botvin et al., 2001; Castro, Alarcón, 2002; Haasen et al., 2004 či Marsiglia et al., 2004) je třeba zkoumat tyto etiologické údaje u každé cílové minoritní populace v určité zemi. Je třeba brát v potaz také heterogenitu uvnitř jednotlivých etnických skupin, nikoliv pouze mezi nimi, abychom se vyhnuli neefektivní intervenci (viz také Šotolová, 2008; Moravec, 2006; Nepustil, Zadáková, 2008). Není však žádoucí intervenci specifikovat na každou drobnou odlišnost, ale je žádoucí do intervence inkorporovat rozmanité perspektivy, které budou oslovovat širší spektrum cílové populace. Členství v určité etnické skupině

je často také konstrukt výzkumníků, kteří daného jedince někam zařadí, on se však může řadit jinam, nebo trvalost jeho členství v komunitě může být dočasná.

Resnicow s kolegy odůvodňují zaměřenou primární prevenci třemi argumenty:

- rozdíly v míře a vzorech prevalence užívání drog u rasových, etnických skupin
- rozdíly v prevalenci rizikových faktorů ovlivňujících užívání drog uvnitř jednotlivých rasových/etnických skupin
- rozdíly v prediktorech užívání drog uvnitř skupin

V souvislosti s rozdíly v kultuře upozorňuje Ives (1999) na situaci, kdy přebíráme zkušenosti s prevencí z jiného kulturního prostředí. Tyto materiály a programy realizované v jiných kulturách není možné pouze přeložit. Je třeba je adaptovat opatrně a je třeba piloting, aby se zajistila jejich vhodnost v jiném prostředí, v jiné kultuře. Kulturní adaptace není pouze záležitost regulování obsahu ke zmírnění některých menších lokálních citlivostí, ale otázka celé struktury systému přesvědčení vázaných k tomuto přístupu.

2.5.2 Konkrétní návrhy pro preventivní opatření

2.5.2.1 Možné aktivity v rámci nespecifické prevence ve výuce a škole

Dopady a možnostmi prevence pro romské děti v rámci školství se zabývala Eva Šotolová (2008). Dle ní, počáteční neúspěšnost dětí v prvních třídách (či v jiných později) z jazykově a sociálně znevýhodněného prostředí má za následek narušený vztah ke škole, záškoláctví, toxikomanii a delikvenci. Jestliže se snažíme vytvářet podmínky pro intenzivnější a častější prožívání pocitů úspěšnosti ve škole, dochází k rozvoji motivace k učení a následně může dojít k odstranění pocitů méněcennosti a zbytečnosti, které jsou u romských dětí častým jevem. V konečném důsledku může dojít ke snížení či odstranění poruch chování, které mají často souvislost s neúspěšností ve škole. Ve své publikaci uvádí příklady dobré praxe ze zahraničí, například ve třídách s dětmi cizinců v Anglii se osvědčila přítomnost asistenta učitele, který jim pomáhá s překlady, vysvětlením úkolů, v případě nutnosti tlumočí, aby se děti mohly účastnit konverzace ve třídě. Jde o tzv. bilingvní asistenty, kteří dále zajišťují také spolupráci s rodinou. Tito asistenti pomáhají rodině s porozuměním informací a požadavků, ale také mohou pomáhat překonat nedorozumění vzniklá díky kulturním rozdílům. V těchto třídách jsou také pozdravy na dveřích bilingvní, aby se v ní žáci z jiné minority cítili vítáni a dobře. Nebo v rakouském školství je u dětí cizinců podporován a rozvíjen také jejich původní jazyk, neboť se zde vychází z předpokladu, že

pro optimální rozvoj dítěte je třeba, aby si uchovalo a dále rozvíjelo svůj mateřský jazyk a vnímavost ke své kultuře. To jsou dva pilíře a nezbytné předpoklady pro vědomí vlastní identity.

2.5.2.2 Návrhy pro specifickou prevenci plynoucí z výzkumů

Než uvedu některé výsledky výzkumů, z nichž vzešla řada doporučení, je třeba zdůraznit, že dané výsledky vždy platí pouze pro určitou skupinu obyvatel, která byla prozkoumána. Je třeba také upozornit na to, že některé výzkumy byly realizovány již před mnoha lety a jejich stávající platnost by bylo třeba ověřit.

Výzkum mezi alochtonním a autochtonním obyvatelstvem v Nizozemsku uvedený v kapitole 2.3.2 ukázal možnou cestu, kudy by se mohla preventivní opatření v této skupině obyvatel ubírat. Ke konkretizaci této cesty by byly potřeba další výzkumná šetření, avšak výzkum naznačil, že preventivní opatření mezi alochtonními skupinami obyvatel žijícími v Nizozemsku, by se mohly zaměřovat na tyto oblasti - očekávání ohledně alkoholu, vliv tureckých a marockých přátel (vrstevníků) a stres způsobený pocitem, že nejsem přijímán ve společnosti. To mohou být klíčové konstrukty preventivních opatření, které by mohly ovlivňovat excesivní pití alkoholu mezi Turky a Maročany, žijícími v Nizozemsku (Kotinga et al, 2006).

Dle Botvina et al. (1995, 2001) může být efektivita preventivní intervence s minoritními adolescenty zvýšena zahrnutím narativních metod (či povídání příběhů, mytických i současných) v doprovodu video ukázek, skupinové diskuze a hraní rolí. To je v souladu s preventivními programy „Under pressure“ a „SPLASH“ popsány v kapitolách 1.13.3 a 1.13.5 a realizovanými úspěšně také mezi minoritními skupinami obyvatel.

Z výzkumu s odborníky pracujícími s ruskými imigranty závislými na návykových látkách v Německu vyplynulo, že situaci těchto osob by mohlo zlepšit dobré jazykové vybavení, šance na pracovní uplatnění a společenská „normalita“ v nové společnosti (Haasen et al., 2005).

Autoři Wallace a Fisher (2007) a Marsiglia s kolegy (2004) doporučují z hlediska minoritního obyvatelstva zaměřit se na rozvoj etnické identity. Obě skupiny autorů vnímají jako důležitou primární sociální skupinu, která má silný dopad na rozvoj etické identity. Ta pak může být ochranným, ale také rizikovým faktorem ovlivňujícím užívání drog. Proto doporučují zaměřit se

při preventivních snahách na zesilování této ochranné funkce etnické identity a potlačování její rizikovosti.

2.5.3 Možné problémy při prevenci mezi minoritním obyvatelstvem a jejich řešení

Autoři Johnson a kolegové (2005) upozorňují na obtížnost situace, kdy je prevence realizována ve třídě, kde víc etnik. Je neetické třídu rozdělit a každé etnické části poskytnout etnicky pro ně specifickou prevenci. Pokládají si dále otázku, jak může být program kulturně specifický a zároveň zaměřený na multietnickou populaci studentů? Jedna z možností je dle nich rozvinout kurikula zacílená a zaměřená na skupiny s nejvyšším rizikem vzniku závislostního chování. Ovšem označení skupin, které jsou „rizikové“ či naopak bez rizika ve smyslu vzniku závislosti, může zvýraznit nežádoucí stereotypizaci a podporovat diskriminaci. Návrh specifických preventivních opatření pro určité skupiny dětí, jako navazující aktivity na „mainstreamové“ programy prevence pro všechny, popisovali Jones a kolegové (2006). Další možností je vytvořit multikulturní kurikulum. Jedno kurikulum, které bude obsahovat informace o kulturních hodnotách a rizikových situacích v rozmanité kultuře bez stigmatizace určité skupiny. Takové kurikulum může dospívajícím pomoci vyhnout se užívání návykových látek pomocí multikulturně relevantních aktivit, které jim dají větší porozumění diverzitě (a podobnosti) hodnot a způsobů života v rámci jejich diverzitivní vrstevnické skupině. Opět zdůrazňují, že při zjišťování efektivity u těchto programů je pak nutné zjistit, zda jsou efektivní u různých etnických skupin a u škol s velmi různým etnickým složením. Autoři se také snažili najít hodnoty jednotlivých kultur, které mohou ovlivňovat vulnerabilitu k užívání drog. Našli však více podobností než rozdílů, například respekt k rodičům a důležitost harmonie v interpersonálních vztazích jsou dle nich poplatné napříč různými kulturními kontextům (Johnson et al. 2005).

2.5.4 Výsledné shrnutí

Z výzkumného šetření pracovníků projektu „SEARCH“ (SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004) vzešla výsledná doporučení týkající se primární prevence u minoritních skupin obyvatel, v rámci projektu specificky pro přistěhovalce a uprchlíky, která jsou dle výzkumníků obecně platná:

- Prevence pro mladé lidi by se měla zaměřovat na celý jejich životní styl a je třeba zdůrazňovat potřebu vzdělávání pro děti a perspektivu budoucnosti s důrazem na dobrou adaptaci na školní prostředí.

- Preventivní akce by se neměly zaměřovat pouze na cílovou skupinu uprchlíků, to v nich pak může vyvolat pocit jakési zvláštnosti či může působit jako stigma.
- Je třeba dát pozor na to, že cílová skupina má často odpor ke všemu, co vypadá oficiálně či formálně, doporučuje se vnášet spontánní elementy do prevence.
- Doporučuje se formulovat poselství oslovující možnosti a potenciál osob z minoritních skupin obyvatel, nikoliv poselství zaměřovaná na starosti a problémy.
- Je dobré zjistit si, jak je prevence organizována v zemi původu a proč tomu tak je.
- Je žádoucí organizovat preventivní opatření tak, jak jsou organizována pro majoritní obyvatelstvo. Kromě jazyka není třeba žádných zásadních rozdílů. Je třeba dávat dětem a mladistvým imigrantům stejné nástroje jako dětem majority.
- Kvalitativně hodnotná prevence by měla začít s adekvátním výzkumným šetřením v dané populaci. O cílové skupině je třeba mít také dobré znalosti a přistupovat k ní s respektem a citlivostí.
- Žádoucí je podávat imigrantům informace o specifické kultuře v rámci užívání medikamentů, které je v řadě západních zemí nebývale rozšířeno. Pro osoby pocházející z jiného kulturního prostředí může být toto užívání nepřehledné a matoucí, tím tedy mohou podceňovat rizika z něho plynoucí.

3.) Programy prevence zaměřené na minoritní obyvatelstvo – zkušenosti ze zahraničí – z USA, Belgie, Německa a Anglie

3.1 Program „CFI“ realizovaný v Americe

V Americe byl pro minoritní skupiny obyvatel navržen Botvinem program „CFI – culturally focused intervention (kulturně zaměřené intervence)“. Jeho hlavních záměrem bylo zprostředkovat studentům rozvoj osobnostních a sociálních dovedností, se zvláštním důrazem na rozvoj dovedností pro zvládnání sociálních tlaků nabádajících k pití alkoholu či užívání drog. Základem intervence bylo naučit studenty kognitivně behaviorálními dovednostem pro řešení problémů a dovednost činit rozhodnutí, dále rozvíjení přiměřeného sebehodnocení, rozvíjení dovednosti odolávání tlaku vrstevníků, zacházení se stresem a úzkostí, efektivní komunikace a rozvoj pozitivních osobních vztahů. Program má kulturně zaměřené kurikulum, které využívá různých multikulturních mytických i současných příběhů.. Prezentované příběhy modelují různé dovednosti, které se v programu mají rozvíjet. Vedoucími programu jsou vrstevníci Mimo poskytovatele prevence, byli najmuti ještě lidé ze stejného etnika, kteří se na poskytnutí prevence podíleli.

3.2 Projekt „SEARCH“ realizovaný v několika evropských zemích

V několika evropských zemích včetně Belgie byl realizován projekt „SEARCH“, který jsem krátce zmínila v kapitole 1.4.1.2. Program je zacílen na imigranty a uprchlíky a snaží se je lépe připravit na život v novém kulturním prostředí hostitelské země, přičemž největší důraz je kladen na zacházení s nebezpečími a riziky, s nimiž se jedinec v nové zemi setkává, a také na zdravotní prevenci. Hlavními výstupy projektu jsou:

- Konkrétní materiály, které mohou být flexibilně implementovány v primární prevenci zaměřenou na osoby z jiných kultur.
- Kurikula a tréninkové průvodce pro osoby pracující s cílovou skupinou.

(SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004)

3.2.1 Realizace programu v Belgii

V Belgii byly v rámci projektu „SEARCH“ vytvořeny 2 publikace. Jednou je brožurka vydaná v 6 jazycích (mimo jiné také v českém a slovenském). Ta obsahuje základní informace o různých drogách a popisuje nabídku pomoci v situaci, kdy se jedinec dostane do potíží s užíváním drog. Druhou je publikace s 5 příběhy o uprchlících a drogách. Z programu vzešla také řada konkrétních doporučení pro práci s imigranty (například orientace na celý životní styl dětí či snaha o začlenění, nikoliv další stigmatizaci imigrantů), jak jsem je popsala v kapitole 2.5.4.

Pro cílové skupiny imigrantů a uprchlíků byla jmenována tato základní preventivní opatření:

- kulturní integrace a interkulturní setkávání
- profesní integrace
- sociální integrace
- zdravotní osvěta
- požadavek jazyka

(SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004)

3.3 Projekt „Tuppercare“ - drogová prevence určená pro ženy z minoritních skupin obyvatel žijících v Belgii a v Nizozemí

Projekt „Tuppercare“ se velmi liší od výše uvedených programů, které se zaměřovaly především na práci s dětmi (kromě programu „SEARCH“, který věkovou skupinu neurčuje). Primární prevence pro děti je hlavním tématem disertační práce. Přesto zde uvedu tento program, s nímž jsem se měla možnost prakticky seznámit na stáži v Belgii. Od výše uvedených programů se liší ve více aspektech. Jde o program zaměřený na dospělé ženy, jde tedy o genderově homogenní skupinu a příjemci této prevence jsou také poměrně důkladně kulturně vymezeny. Je určen pouze pro ženy dvou minoritních skupin obyvatel, je tedy konkrétně vázaný na konkrétní minoritu. Program zde uvádím pro jeho důkladnou metodiku a inovativní formu práce, které by mohly být inspirací pro další programy. Představení programu jsem publikovala také v časopise Adiktologie (Šrahůlková, 2009).

3.3.1 Úvod

„Tuppercare“ je preventivní projekt určený pro ženy z minoritních skupin obyvatel žijících v Belgii. Probíhá v různých centrech již několik let, je organizován například organizací De Enmaking ve spolupráci s organizací De Kiem v Gentu či organizací Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen v Antverpách či Limburku atd. Tyto organizace pracují v rámci projektu na stejném principu, způsob realizace metody se může u jednotlivých zařízení lišit.

Projekt je realizován mezi ženami z Maroka a Turecka, které (dle zkušeností preventivních pracovníků) je často obtížné oslovit jinými preventivními aktivitami (Boukbir, 2005; Noens, 2008b).

3.3.2 Co je to „Tuppercare“?

Jméno programu („Tuppercare“) je odvozeno od Tupperware, což je projekt založený na principu distribuce zboží v domácím prostředí. Projekt „Tuppercare“ pochází z Nizozemska a realizuje se formou tzv. „domácí párty“. Klíčovou osobou je dobrovolnice, která vždy pochází ze sociální sítě komunity, se kterou chceme pracovat. Ta pak hledá ve svém sociálním okolí ženu ochotnou plnit funkci tzv. hostitelky, v jejíž domácnosti se uspořádá „párty“ za účelem poskytnutí zúčastněným ženám informací o drogové problematice. Dobrovolná preventivní pracovnice sestavuje spolu s hostitelkou seznam žen, které na sezení pozvou. Zpravidla jsou to přítelkyně, známé či příbuzné (Boukbir, 2005; Noens, 2008a; Noens, 2008b).

Při práci s dobrovolnou pracovnící a pak také s ženou hostitelkou je třeba respektovat tradiční uskupení rodin marocké a turecké komunity. Ženy zde chovají velký respekt k muži. Ten by měl být proto s programem a jeho realizací seznámen a také s ním souhlasit. Výhodou tohoto projektu pak je, že se setkají malé skupiny žen v domácím prostředí, z nichž se některé vzájemně znají a mají k sobě důvěru (Boukbir, 2005).

Finanční náklady na přípravu sezení, na občerstvení i na drobnou finanční odměnu pro pracovnice nese zaštiťující organizace (Noens, 2008b).

3.3.3 Cílová skupina projektu

Cílovou skupinou jsou ženy dvou nejpočetnějších minoritních skupin obyvatel žijících v Belgii. Je zaměřen na marocké a turecké ženy, které nejsou příliš aktivní ve společenském životě a v životě mimo svou rodinu. Žijí většinou v uzavřené komunitě a získávání jakýchkoliv informací mimo tuto komunitu je vzhledem k jazykové a kulturní bariéře nesnadné. Tyto ženy mají vymezenou roli uvnitř své kultury. Zůstávají zpravidla v domácnosti a starají se o své potomky a muže, takže jejich kontakty jsou ve většině případů omezeny na jiné ženy ze svého společenství (Boukbir, 2005). Jejich oslovení běžnými preventivními kanály je z těchto důvodů nesnadné. Informace o drogové problematice většinou mají nedostatečné či nepřesné. Jejich děti však již žijí více evropským způsobem života, chodí do školy a baví se stejně jako jejich spolužáci z majoritní společnosti a ohrožuje je užívání návykových látek jako ostatní vrstevníky. Proto je důležité hledat způsoby, jak poskytnout i těmto skupinám obyvatel potřebné informace a pomoc jakých se dostává majoritní společnosti. Projekt „Tuppercare“ zprostředkovává ženám z těchto minorit informace o

drogových a jiných nebezpečích hrozících jejich dětem a poskytuje informace a rady, jak adekvátně řešit případné problémy. Taktéž je jeho úkolem budovat důvěru těchto etnik v pomáhající zařízení, která lze v případě potřeby vyhledat. Metoda umožňuje těmto ženám získat a dále předat informace v jejich vlastním jazyce, s citlivostí k normám a hodnotám jejich kultury a v neformální domácí atmosféře (Boukbir, 2005; Noens, 2008a; Noens, 2008b). Využití této metody by mělo pomoci šířit informace a osvětu mezi minoritní obyvatelstvo.

3.3.4 Preventivní pracovník organizace

Preventivní pracovník má plnou zodpovědnost za realizaci projektu. Jeho úkolem je nalézt vhodnou ženu - dobrovolnou pracovníci, vysvětlit jí fungování projektu a proškolit ji, popřípadě zajistit školení jiným pracovníkem organizace. Dále se spolupodílí na přípravě sezení a následném rozboru po jeho realizaci. Preventivní pracovník je také přítomen sezení pro případ dotazů, se kterými by dobrovolná pracovníce mohla mít obtíže, a také pro navázání kontaktu s ženami z komunity. V případě potřeby může nabídnout služby centra, pro něž pracuje. Výhodou je, když preventivní pracovník hovoří alespoň částečně či zcela jazykem cílové skupiny (Boukbir, 2005).

3.3.5 Dobrovolný preventivní pracovník

Dobrovolná pracovníce projektu hraje v jeho rámci ústřední roli. Její nalezení je hlavně v počátcích, při rozjezdu projektu, nesnadným úkolem. Pracovníci organizace se snaží tyto ženy oslovit prostřednictvím různých spolků určených pro ženy z minoritních kultur. Předpokladem je, aby tyto ženy byly alespoň trochu aktivní ve společenském životě. Další případné dobrovolnice ženy se pak dají snáze rekrutovat z účastnic sezení. Dobrovolná preventivní pracovníce by měla být součástí širšího sociálního společenství komunity a mít vliv mezi svými přítelkyněmi a známými. Musí být dále ochotna aktivně spolupracovat s preventivním pracovníkem z organizace, která program zajišťuje (Boukbir, 2005).

Dobrovolnice jsou pak školeny v oblasti drogové problematiky (druhy drog, signály ukazující na užívání drog, možnosti pomoci pro závislé na drogách i členy jejich rodin a další zdroje informací). Učí se pracovat s materiálem, který se užívá při sezení a jsou instruovány o organizaci „domácí párty“ (Boukbir, 2005; Noens, 2008a; Noens, 2008b).

3.3.6 Tuppercare v praxi

Sestavená skupina se skládá většinou z 8 žen. Sezení trvá hodinu a půl až dvě hodiny. Na začátku se dobrovolný preventivní pracovník i pracovník centra seznámí s členy skupiny. Snaží se o neformální rozhovor, přičemž se zúčastněným ženám doporučuje, aby si vzájemně naslouchaly. Je nutné zdůraznit zásady zachování anonymity a mlčenlivosti, což patří mezi jednu z nejdůležitějších zásad sezení (Boukbir, 2005; Noens, 2008a).

Následuje hlavní část programu, kdy se prezentují základní informace, které mají být v průběhu sezení podány. Tato část bývá doplněna videonahrávkami či fotografiemi pro lepší přiblížení problematiky. Ve zpětných vazbách žen se často objevuje zájem o skutečné ukázky drog, o této možnosti se v organizacích jedná. Poté dobrovolná pracovníce o sdělených informacích diskutuje s ženami i s hostitelkou. V průběhu následné diskuze se často objeví další témata a problémy, které ženy zajímají a potřebují je řešit (Noens, 2008b).

Na závěr se vyplácí se zúčastněnými udělat krátkou reflexi sezení, pohovořit například o obsahové náplni, časové dotaci apod. Cílem je získat zpětnou vazbu, která je důležitá pro realizaci dalších sezení a umožňuje rozvoj programu. V některých organizacích je zpětná vazba získávána také od dobrovolných pracovníků, které popisují průběhy sezení, hodnotí dotazy, dojmy ze svého působení apod. (Boukbir, 2005; Noens, 2008b).

V případě zájmu žen je možné realizovat také pokračující sezení, kde se naváže na již započatá témata ze sezení prvního (Noens, 2008b).

3.3.7 Závěr

Projekt si klade za cíl oslovit ženy především z turecké a marocké komunity a předat jim informace o nebezpečích, která představují drogové a jiné závislosti pro jejich děti. Dále lze tímto způsobem poskytovat informace o možnostech výchovy a vzdělávání dětí. Cílem je také budovat důvěru těchto etnik v pomáhající zařízení a v další organizace, které mohou být nápomocny při řešení drogových či jiných problémů.

Tuto formu práce by bylo možné využít pro široké pole témat a pro různé cílové skupiny (např. osoby z národnostních menšin, mladí lidé na okraji společnosti, skupiny ohrožené diskriminací, apod.).

Největším přínosem metody je možnost navázání kontaktu se skupinami obyvatel, které není snadné oslovit běžnými cestami. V našem případě, kdy je projekt realizován ve skupině marockých a tureckých žen, je dále výhodou neformální, přirozené prostředí, v němž se ženy informace dozvídají, také možnost plného porozumění díky dobrovolné preventivní pracovníci, která hovoří jejich mateřským jazykem. Velikost skupiny a její složení z žen, z nichž se mnohé vzájemně znají, podporuje pocit bezpečí a důvěry ve skupině. Také respektování hodnot a norem komunity patří

mezi dobrou výbavu projektu a tato zkušenost marockých a tureckých žen může otevřít širší pole důvěry v pomáhající instituce (Šrahůlková, 2009).

III.) PRAKTICKÁ ČÁST

Tématem disertační práce je oblast primární prevence užívání návykových látek se specifickým zaměřením na prevenci u dětí z minoritních skupin obyvatel. V praktické části jsem se zaměřila na zjištění konceptů vztahujících se k primární prevenci užívání drog obecně a specificky pro minoritní skupiny obyvatel. Zabývám se rozbohem pohledu odborníků pracujících v prevenci na toto téma.

1.) Dotazníkové šetření zaměřené na zjišťování názorů a zkušeností odborníků na prevenci užívání návykových látek

1.1 Téma a cíle výzkumu

Cílem výzkumu je snaha rozšíření odborného poznání o koncepty vztahující se k primární prevenci a především primární prevenci mezi minoritními skupinami obyvatel, které by mohly být podkladem pro tvorbu těchto programů prevence. Zaměření se na osoby z minoritních skupin obyvatel vychází ze současné situace, kdy dochází k velkým přesunům obyvatel do různých zemí, přičemž Česká republika se stává jednou z cílových zemí čím dál ve větší míře. Současné programy prevence realizované v českých školách, jsou zpravidla vytvářeny pro děti z majority a tak jsou také realizovány. Problematika minoritních skupin obyvatel se v naší zemi rozvíjí na úrovni multikulturní výchovy, vzniká řada multikulturních center, avšak specifický zájem o minoritní skupiny obyvatel v souvislosti s primární prevencí užíváním návykových látek je teprve v počátcích. Na téma indikované prevence vhodné pro děti z minorit se například realizuje výzkum Centra adiktologie Psychiatrické kliniky VFN Praha, který zkoumá metodu prevence PREVenture z Anglie a pokouší se o její adaptaci na Českou republiku, projekt však ještě není dokončen.

Výstupem disertační práce by mělo být vymezení základních proměnných, které by měly být reflektovány při tvorbě programů prevence užívání návykových látek a programů prevence užívání návykových látek pro děti z minoritních skupin obyvatel.

1.2 Výzkumné otázky

Výzkum by měl ukázat, jak si pracovníci v prevenci vysvětlují základní pojem primární prevence, co do ní zahrnují, dále na jakých principech by dle nich měla být prevence postavena a také jak, kým a v jaké délce by měla být realizována. Další zkoumanou oblastí v rámci prevence je případná potřeba specifické prevence pro minoritní skupiny obyvatel z pohledu těchto pracovníků a forma této prevence. V této oblasti jsem se také zaměřila na zjišťování názorů na případnou vyšší vulnerabilitu k užívání návykových látek u dětí z minoritních skupin obyvatel oproti dětem z majority, dále měl výzkum pomoci vytyčit základní stavební kameny primární prevence pro minoritní skupiny obyvatel, a to z hlediska případné odlišnosti primární prevence pro členy minorit od primární prevence pro členy majoritní společnosti. U preventivních opatření pro členy minorit jsem pak zkoumala vhodné realizátory preventivních intervencí, jazyk, v němž by prevence mohla být realizována apod.

Ve výzkumu jsem se snažila také postihnout odlišnosti či podobnosti v pohledu a zkušenostech pracovníků primární prevence v Belgii a v České republice.

1.3 Metodologie výzkumu

1.3.1 Celkový přístup a jeho zdůvodnění

Výzkumná část disertační práce vznikala v závěru mé stáže v Belgii. Zpřesňování výzkumného plánu navazovalo na zkušenosti z praktické stáže po různých zařízeních realizujících preventivní programy v Belgii a vycházelo ze zajímavých rozhovorů s pracovníky těchto zařízení. V původním plánu jsem zvažovala použití rozhovorů jako metody výzkumného šetření. Tato myšlenka se však nepodařila naplnit vzhledem k tomu, že jsem cestovala po zařízeních v různých částech Belgie a časové i jiné možnosti mé a především časové možnosti pracovníků, mi již nedovolily opětovně navštívit veškerá zařízení a oslovit tyto pracovníky s žádostí o rozhovor. Rozhodla jsem se tedy vytvořit dotazník, který bude dostatečně otevřený, aby dával prostor volnému vyjádření pracovníků k daným tématům. Rozeslání dotazníků předcházela zpravidla telefonická domluva a žádost o jejich vyplnění, v případě několika pracovníků z Belgie domluva skrze emailovou korespondenci. Dotazníky jsem tedy respondentům z Belgie zasílala emailovou poštou, ti mi je po vyplnění zaslali stejnou cestou zpět. V České republice jsem pro konzistenci zjišťovaných dat pokračovala stejným způsobem. Pracovníky v prevenci jsem oslovovala také většinou telefonicky, samotné dotazníky jsem respondentům zasílala emailovou poštou a emailem jsem je také po vyplnění obdržela zpátky.

Při zpracovávání dotazníků jsem použila jak kvantitativní, tak kvalitativní přístupy, a to vzhledem k povaze empirických materiálů.

1.3.2 Použitá metoda výzkumného šetření – dotazník

Ve výzkumu jsem použila metodu dotazníkového šetření. Otázky psané v dotazníku byly inspirovány také kapitolami v teoretické části disertace, které byly seskupeny na základě studia odborné literatury z České republiky i ze zahraničí. Dotazník jsem vytvořila na základě výzkumného záměru a skládá se z 21 otázek. Ty jsou rozděleny na 3 základní oblasti: 1) oblast týkající se primární prevence obecně, 2) oblast týkající se primární prevence pro děti z minoritních skupin obyvatel, 3) oblast týkající se údajů o respondentech. Většina otázek byla otevřených a volných, umožňující respondentům vyjádřit se vlastními slovy k danému tématu. Dále zde byly otázky, které v sobě obsahovaly volbu ze dvou možností, a žádaly vysvětlení jedné z těchto voleb, a také otázky, které nabízely určitý jev, a žádaly souhlas či nesouhlas respondenta s tímto jevem a následné vysvětlení své volby (viz plné znění dotazníku – Příloha č. 3).

Prvních devět otázek se týkalo primární prevence obecně. V těchto otázkách jsem se dotazovala na vydefinování primární prevence, na vytyčení jejich základních principů, dále zde byly otázky týkající se realizace programů primární prevence, doporučeného věku pro implementaci programů či genderové odlišení cílových skupin při jejich realizaci. Zajímaly mě charakteristiky programů prevence týkající se jejich trvání, případné doporučení dalších pokračujících sezení v preventivních programech či specifikace realizátorů programů a vymezení důležitosti zkoumání efektivity programů.

Druhou část tvořilo sedm otázek, které se vztahovaly specificky k primární prevenci určené pro děti z minorit. Otázky se orientovaly na zkušenosti pracovníků s takto zaměřenou primární prevencí, dále zjišťovaly jejich názory na specifika prevence pro děti z minoritních skupin obyvatel, zda by se tato prevence měla lišit od prevence určené pro děti z majorit, jak by případně měla vypadat, nebo v jakém jazyce a kdo by ji měl poskytovat. Poslední otázka z této kapitoly se týkala možné vyšší ohroženosti nebezpečími návykových látek u dětí z minorit oproti dětem z majorit.

Posledních 5 otázek se týkalo samotných pracovníků v prevenci. Identifikačními údaji bylo jejich pohlaví, věk, profese, vzdělání a délka praxe v oblasti primární prevence.

1.3.3 Popis výběrového souboru

Zkoumaný soubor tvořily 2 skupiny. První skupinou byli odborníci pracující v oblasti prevence užívání drog v Belgii, a to přímí realizátoři preventivních programů, a také jejich tvůrci.

Jejich počet byl 14. Druhou skupinu tvořili odborníci z oblasti primární prevence sociopatologických jevů v České republice, také samotní realizátoři programů i jejich tvůrci. Jejich počet byl 15. Hlavním kritériem výběru respondentů byla profese pracovníků. Všichni respondenti pracovali v oblasti primární prevence, někteří přímo realizovali programy primární prevence, jiní se podíleli také na jejich tvorbě. V oblasti primární prevence pracovali všichni dotazovaní alespoň jeden rok. S některými odborníky v Belgii jsem se poznala při praktické stáži po zařízeních provádějících primární prevenci ve Flandrech, v severní holandsky hovořící části Belgie. Další respondenty jsem získala principem sněhové koule (Mioviský, 2006), kdy mi noví respondenti byli doporučeni právě těmito pracovníky. U respondentů z České republiky šlo většinou o osoby, které jsem znala z dřívější spolupráce, další respondenty jsem získala podobně jako u belgických odborníků jejich doporučením od známých kolegů.

Sběr dat probíhal v roce 2009 a na počátku roku 2010.

Respondentům z Belgie jsem dotazník posílala v anglické verzi, většina z nich mi odpověděla také anglicky, se 2 pracovníky jsem se vzhledem k jejich obtížím v psané angličtině (porozumění psaného textu bylo dle jejich vyjádření bez problémů) domluvila na odpovědi v holandštině. Veškeré odpovědi belgických respondentů jsem následně překládala do češtiny. Čeští respondenti měli dotazník k dispozici v češtině, česky také odpovídali.

1.3.4 Způsob zpracování dat

Data výzkumu jsem zpracovávala dvojnásobným způsobem, a to kvalitativně i kvantitativně.

Dle mého původního záměru, který chtěl data získávat pomocí rozhovorů, byla preferovanou metodologií metodologie kvalitativní. Takto zvolené metodologii by odpovídala také povaha zkoumané skupiny. Šlo o pracovníky, jejichž výběr byl víceméně náhodný, zkoumaný vzorek nereprezentoval vzorek populace v této oblasti. Vzhledem k výsledné metodě výzkumného šetření jsem tuto metodologii kombinovala s metodologií kvantitativní. Kvalitativním rozbořením byly tedy zpracovány 4 otázky, kvantitativně pak ty zbývající.

Informace zjištěné z kvalitativního zkoumání otázek dotazníku sloužily jako podklad rozboru charakteristik týkajících se definování primární prevence a jejích principů a definování prevence určené pro děti z minorit. Za pomoci sebraných informací z dotazníku jsem se snažila vytvořit určité kategorie a ty popsat. Forma informací z dotazů zkoumajících tyto oblasti vyžadovala kvalitativní zpracování, tedy hledání konceptů, kterými pracovníci prevence tuto problematiku uchopují. Postup zpracování textu byl metodou tzv. otevřeného kódování. Odpovědi respondentů jsem podrobila analýze, z níž vzešly určité kategorie, pod nimiž byly podřazeny určité kódy, které do jednotlivých kategorií obsahově zapadaly (Švaříček et al., 2007).

Zbylé empirické údaje svou povahou vyžadovaly jiný přístup ve zpracování dat, a to je, jak je uvedeno výše, kvantitativní přístup. Touto metodou jsem zpracovala zbylé otázky. Přičemž i při tomto způsobu zpracování dat jsem se u některých otázek nevyhnula doplnění těchto kvantitativně hodnocených informací, také o určité další specifikace, vysvětlení a objasnění. Výsledkem je tedy určitá kvantifikace výpovědí, avšak přidávám také vysvětlení, argumentaci, které tyto výpovědi doplňují.

1.3.5 Metodologická úskalí výzkumu

Jedna ze zásadních úskalí metodologie je samotná volba metody výzkumu, a tou byl dotazník. K danému tématu by bylo užitečné provést hloubkové rozhovory s pracovníky prevence. To však vzhledem k situaci, jak jsem ji popsala výše, nebylo možné.

S tím souvisí způsob zpracování dat, který by se také mohl jevit jako problematický. Některé otázky zpracovávám kvalitativně (což je samo o sobě metoda u většiny dotazníků ne tak častá), některé pak kvantitativně, ovšem s doplněním dodatečných, doplňujících informací. Toto kombinování se mi po zvažování možných alternativ jevílo jako jediné možné řešení, které umožnilo co nejhlubší zpracování získaných informací. U kvantitativního zpracování a dotazníkové formy bychom dále mohli pochybovat o nedostatečném množství respondentů pro takovou formu zpracování dat. Vysvětlením malého množství respondentů jsou především omezené možnosti získání zahraničních respondentů. V českém prostředí by již možnosti mohly být širší, výrazná nerovnoměrnost v množství respondentů v obou skupinách by pak nedovolovala srovnávání přibližně velikostně stejných skupin respondentů z České republiky a z Belgie. Vzhledem ke způsobu zpracování dat, tedy vzhledem ke kvalitativní vsuvce, se také nejevilo vhodné zahrnout do výzkumu velké množství respondentů.

Výběr vzorku byl také, jak jsem psala již výše, víceméně náhodný, i když jsem se snažila o co nejširší vzorek vzhledem k věku respondentů, k místě jejich bydliště a různě dlouhé zkušenosti s prací v prevenci.

Další problematický bod by mohl souviset se zařazením zahraničních respondentů. Vzhledem k dvojjazyčnosti, místy až trojjazyčností informací, mohlo dojít k nedorozuměním, mohly vznikat odchylky ve významu sdělovaných informací. Na prvním místě to mohly být odchylky vznikající při samotné tvorbě dotazníku. Dotazník jsem do angličtiny překládala sama, a i když jsem se snažila co nejvíce významově držet české verze, přesto mohly nastat jisté posuny významu některých slov či vyjádření. To jsem se snažila eliminovat konzultací překladu s odborníci

na anglický jazyk. Anglickou verzi dotazníku dostali do rukou belgičtí pracovníci, pro něž byl psán v cizím jazyce a možné posuny významu mohly také nastat v jejich chápání napsaného, v jejich porozumění. Dotazníky jimi byly následně zpracovány. U dvou respondentů jsme se dohodli na vyplnění ve vlámsčině, v jejich mateřském jazyce. Zbylí respondenti odpovídali v angličtině, tedy opět jazykem jiným, než byl jejich jazyk mateřský. Posledním krokem v tomto systému byl můj další překlad anglického, ve dvou případech vlámského, textu opět do češtiny. Také zde jsem své kroky konzultovala s odborníky na anglický jazyk i na vlámsčinu. I v těchto situacích ale opět mohlo dojít k přenosu ve významu. Jak jsem již zdůraznila, o eliminaci těchto nežádoucích posunů jsem se snažila důslednou kontrolou mého pochopení a zpracování textu, u respondentů jsem se v emailech dotazovala na srozumitelnost dotazníku. Ze zpětných vazeb jsem usuzovala na dostatečné porozumění dotazníkovým položkám.

1.4 Zjištění v jednotlivých dotazníkových položkách

1.4.1 Vytyčení pojmu primární prevence

Na zjištění toho, co si jednotliví respondenti představují pod pojmem primární prevence, co pod primární prevencí zahrnují, jsem použila přímý dotaz – Co to je primární prevence?

Primární prevence je pojem, s nímž se často operuje. V českém prostředí je vymezen v Metodickém pokynu MŠMT a rozlišen na primární prevenci specifickou a nespecifickou (Metodický pokyn, 2007; Mravčík et al., 2008). V Belgickém prostředí tento pojem specifikován v nových dokumentech není, avšak v odborné veřejnosti je stále používán. Jeho dřívější specifikace pochází z užívaného dělení prevence na primární, sekundární a terciární. Nyní je v odborných publikacích vymezena prevence všeobecná, selektivní a indikovaná (Van der Kreeft, 2005).

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 4 - Pojem primární prevence dle belgických respondentů

| <u>Název kategorie</u> | <u>Kód</u> |
|---------------------------------------|--|
| Charakteristika pojmu dle cílů | <ul style="list-style-type: none"> - předcházení výskytu užívání drog - formování postojů ke kritickému hodnocení drog - vyhýbání se rizikovému chování - předcházení problémům vznikajícím užíváním - převzetí zodpovědnosti za aktivity související s drogami |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - nabídka pomoci v situaci problémů s drogami - zvýšení věku prvního kontaktu s drogami - redukce užívání drog v budoucnu |
| Vymezení dle koncepce | - nutnost vytvoření koncepce primární prevence |
| Vytyčení dle vysvětlení pojmů | <ul style="list-style-type: none"> - vymezení pojmu droga - vymezení pojmu závislost |
| Vymezení dle aktivit | <ul style="list-style-type: none"> - rozvíjení sociálních dovedností - podávání informací |
| Časové vymezení | - prvotnost aktivity |
| Vytyčení dle cílové skupiny | <ul style="list-style-type: none"> - zaměření na osoby bez iniciace užívání drog - zaměření na většinovou populaci - zahrnutí osob bez skutečného kontaktu s drogami |
| Vymezení dle obsahu prevence | - realizování souboru aktivit s určitým cílem |

Odpovědi belgických odborníků, kteří se pokoušeli vymezit pojem primární prevence, jsem rozdělila do 7 kategorií, které se lišily úhlem, pod kterým vymezování probíhalo. Každá z kategorií obsahovala kódy (v některých případech pouze jeden kód), které vzešly z otevřeného kódování odpovědí.

Největší skupinu charakteristik pokrývalo vymezení primární prevence dle jejích cílů. Kódy v této kategorii se týkaly přecházení a vyhýbání se užívání či rizikům, dále zdůrazňovaly převzetí zodpovědnosti za vlastní konání směrem k drogám, nabídku pomoci v případě problémů vzniklých z užívání, zvýšení věku experimentace a redukci užívání.

V kategorii vymezující prevenci na základě její koncepce najdeme vyjádření označující samotnou nutnost vytvoření koncepce primární prevence.

Další kategorie vymezovala primární prevenci pomocí vysvětlení základních pojmů, přičemž zde se objevovalo vymezení pojmu droga a pojmu závislost.

Odpovědi vymezující primární prevenci na základě aktivit nám podalo dvě základní skupiny, jichž by se tyto aktivity měly týkat. Tou první je rozvíjení sociálních dovedností a tou druhou podávání informací.

V časovém vymezení byla primární prevence označena jako aktivita, která přichází na řadu jako první, zdůrazněno bylo místo prevence v časové linii, tedy místo první.

Primární prevence byla vymezována také označením cílové skupiny, zde se objevovalo zaměření na osoby bez iniciace užívání drog, zaměření na většinovou populaci a zahrnutí osob bez skutečného kontaktu s drogami.

Poslední kategorie dle níž byla primární prevence vymezována byla kategorie obsahu prevence, kde byla prevence vysvětlena jako realizace souboru aktivit s určitým cílem.

V odpovědích respondentů bylo zpravidla zastoupeno více kategorií, pojem prevence byl tedy vysvětlován kombinací několika kategorií.

Při snaze o shrnutí výsledných kategorií bychom mohli k vymezení obsahu pojmu primární prevence postupovat v logické návaznosti, tedy ve vymezení kategorií, které by na sebe na časové a tematické lince mohly navazovat. Tato linie by mohla být na kontinuu od vymezení koncepce prevence, přes vysvětlení pojmů, časového umístění, obsahu, cílů, cílové skupiny až k vymezení dle konkrétních aktivit.

Některé vymezené kategorie se shodují s oblastmi, kterým jsem se věnovala v teoretické části a pocházejí ze studia odborné literatury. V ní popisují koncepci primární prevence, v jejím rámci pak také vymezení základních pojmů, v dalších kapitolách se věnují cílům prevence, možným cílovým skupinám. Vymezení dle aktivit popisované v této kapitole odborníky z Belgie by se obsahově mohlo shodovat s vymezením, které jsem provedla v teoretické části a nazvala je přístupy v primární prevence.

Čeští odborníci

Tabulka č. 5 - Primární prevence dle českých respondentů

| <u>Název kategorie</u> | <u>Kód</u> |
|---|---|
| Vytyčení dle obsahu prevence | - soubor aktivit - soubor opatření |
| Vytyčení dle cílů preventivních opatření | - předcházení sociopatologickému chování - předcházení rizikovému chování - minimalizace výskytu rizikového chování - předcházení výskytu negativních forem chování - předcházení nežádoucího chování u osob bez výskytu - ideál – předcházení výskytu rizikového chování, v realitě – snaha oddálit nástup rizikového chování |
| Vymezení dle pojmů rizikového chování | - vymezení pojmu droga |

Princip práce s údaji uvedenými v odpovědích českých odborníků byl stejný jako u belgických respondentů.

Také zde tvořilo nejbohatší kategorii vymezení primární prevence dle jejích cílů. V této kategorii dominoval pojem předcházení, který byl užit v kombinaci se sociopatologickým či rizikovým chování, v kombinaci s výskytem negativních forem chování či nežádoucího chování u osob bez výskytu (zde byla ještě tedy doplněna informace o cílovou skupinu). Objevila se zde také

diskrepance mezi ideálním cílem a cílem reálným, kdy v ideálu by měla prevence předcházet výskytu rizikového chování vůbec, reálné možnosti ho omezují na snahu oddálit nástup výskytu rizikového chování.

Kategorie vymezující prevenci dle obsahu prevence obsahovala 2 kódy, a to soubor aktivit a soubor opatření.

Poslední kategorie vymezovala primární prevenci vysvětlením pojmů rizikového chování, především pojmu droga.

Také zde bychom se mohli pokusit data seřadit do časové a tematické linky, kdy by vymezení prevence mohlo jít od vymezení základních pojmů k vytyčení cílů a následně k obsahům prevence.

Srovnání vymezení pojmu primární prevence u belgických a českých odborníků

Dominantní u obou skupin odborníků bylo vymezení pojmu prevence z hlediska jejích cílů. To by mohlo souviset s důležitostí této oblasti v rámci uvažování o primární prevenci. Pro laickou, ale i odbornou veřejnost, je zásadní informace pojící se s primární prevencí to, proč ji děláme, tedy co je jejím cílem, k čemu by měla být.

Co se týče druhů kategorií, obě skupiny odborníků se shodly na 3 kategoriích, a to na kategorii vymezující prevenci dle cílů, dle vymezení základních pojmů a dle vytyčení obsahu prevence. Jednotlivé kódy v kategorii vymezující prevenci dle cílů byly takřka shodné. V českých dotaznících se navíc objevila diskrepance mezi ideálním cílem a reálným cílem. Další společnou kategorií bylo vymezení prevence dle obsahu, kdy se prevence vymezovala jako soubor aktivit v případě českých i belgických odborníků, nebo také soubor opatření u českých odborníků. Poslední společnou kategorií tvořilo vymezení prevence s vysvětlením pojmů, a to především pojmu droga.

U belgických odborníků se objevilo vymezení dalších 4 kategorií, které se ve výpovědích českých respondentů vůbec nevyskytovaly. Tento fakt spolu s uvedenými charakteristikami pojmu u českých respondentů, kde nejvíce sycena byla kategorie o cílech primární prevence, v sobě může odrážet vymezení dle Metodického pokynu k primární prevenci sociopatologických jevů (2007). Zde se v rámci prevence sociálně patologických jevů u žáků hovoří v souvislosti s drogami (či jinými sociálně patologickými jevy) o předcházení těchto jevů v chování žáků. Cílová skupina je zde tedy již automaticky vymezena. Belgičtí respondenti navíc uváděli kategorie vymezující pojem prevence dle koncepce prevence, dle aktivit, dle časové linie a dle cílové skupiny. Koncepce je pojmem zdůrazňovaným v evropských strategiích souvisejících s prevencí, např. v Protidrogové strategii EU na období 2005-2012 (2005). Z toho, že se tato kategorie vyskytla u belgických respondentů a nevyskytla u českých respondentů by se dalo usuzovat na možnou větší vázanost

belgických odborníků na dokumenty EU. Aktivity zmíněné belgickými respondenty korespondují s informacemi uvedenými v teoretické části, kde vycházím z informací autorů z USA, ale také evropských, mezi nimi především belgických a nizozemských autorů. To by mohlo také naznačovat, v případě belgických a nizozemských autorů, zcela pochopitelnou, větší vázanost belgických odborníků na tuto literaturu. Uvedení cílové skupiny se u některých českých respondentů vyskytlo v rámci vymezení cílů prevence, u belgických respondentů lze také uvedením většinové populace jako cílové skupiny sledovat návaznost na dělení prevence na univerzální (na většinovou populaci zaměřené), selektivní a indikované prevence.

U českých i belgických respondentů vymezení primární prevence nejvíce odpovídá vymezení všeobecné prevence, zdá se tedy, že pojem primární prevence je mezi odborníky zažit jako pojem, který odpovídá současnému vymezení všeobecné prevence. I když dle Metodického pokynu (2007) pod pojem specifické primární prevence spadá také selektivní a indikovaná prevence.

1.4.2 Vyloučení co pod primární prevenci nepatří

Do primární prevence bývají někdy zahrnovány také pojmy a aktivity, které do primární prevence, dle definování v Metodickém pokynu či v přetrvávající tradici dělení preventivních aktivit, zahrnuté být nemohou. Pro podporu vymezení primární prevence jsem zde zahrнула tuto oblast, tedy její negativní vymezení, což znamená vyloučení aktivit a prvků, které pod primární prevenci nepatří.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 6 - Co pod primární prevenci nepatří dle belgických respondentů

| <u>Název kategorie</u> | <u>Kód</u> |
|------------------------------------|---|
| Vytyčení dle cílové skupiny | - uživatelé - vše mimo obecnou veřejnost |
| Vytyčení dle druhů aktivit | - zájmové kroužky - náhodné přednášky - pouze informování |
| Vytyčení dle forem práce | - zastrasování - odsuzování uživatelů - represe |

Z odpovědí belgických odborníků jsem vyabstrahovala tři kategorie. První se týkala vymezení cílové skupiny, kdy primární prevencí nejsou aktivity zaměřené na uživatele či zaměřené na ostatní skupiny mimo obecnou veřejnost.

Další kategorií byla kategorie odlišující druhy aktivit realizovaných v prevenci, do primární prevence pak nepatří ty, které mají podobu zájmových kroužků, náhodných přednášek či pouze podávaných informací.

Ve formách práce v primární prevenci se nemohou uplatňovat postupy zastrašující, odsuzující uživatele a represivní.

Podíváme-li se na kategorie vymezující primární prevenci u belgických respondentů v kapitole 1.5.1, pak zjistíme, že dvě kategorie, a to vymezení dle cílové skupiny a dle druhů aktivit, se v obou těchto zkoumaných bodech shodují. Neshoduje se samozřejmě jejich obsah, ve vymezení co pod primární prevencí nepatří bychom spíše mohli na pomyslné lince sledovat opačné polarity charakteristik nalezených v pozitivním vymezení primární prevence (tedy ve vymezení, co je to primární prevence).

Čeští odborníci

Tabulka č. 7 - Co pod primární prevencí nepatří dle českých respondentů

| <u>Název kategorie</u> | <u>Kód</u> |
|------------------------------------|---|
| Vytyčení dle cílové skupiny | <ul style="list-style-type: none"> - osoby s výskytem problému s drogami - uživatelé - osoby po kontaktu s drogou |
| Vytyčení dle druhů aktivit | <ul style="list-style-type: none"> - sportovní aktivity - volnočasové aktivity |
| Vytyčení dle cílů prevence | <ul style="list-style-type: none"> - předcházení zdravotním a sociálním poškozením vzniklým z užívání drog - zmírnění následků užívání, tedy „harm reduction“ |

Také ve skupině českých odborníků jsem vyčlenila tři kategorie, a to vytyčení dle cílové skupiny, dle druhů aktivit a dle cílů prevence. Pod vymezení skrze cílovou skupinu spadaly osoby s výskytem problému s drogami, uživatelé, osoby po kontaktu s drogou. Z hlediska aktivit by v primární prevenci nemělo jít o volnočasové a sportovní aktivity. Cíle prevence, pokud vymezujeme co do primární prevence spadá, by neměly být zaměřeny na předcházení zdravotním a sociálním poškozením vzniklým užíváním drog, zmírňování následků užívání, tedy „harm reduction“.

Srovnáme-li také tato vymezení českých odborníků s jejich vymezením pojmu primární prevence v předcházejícím bodě, dojdeme ke zjištění, že u obou vymezení najdeme kategorii

vytyčující pojem dle cílů preventivních aktivit. Ve vymezení co do primární prevence nepatří, se objevila kategorie hovořící o cílové skupině a o druzích aktivit. Obě kategorie by bylo (samozřejmě s jinými kódy, zpravidla na opačném kontinuu) možné uvést u vymezení toho, co to je primární prevence, tak jak to bylo uvedeno ve výpovědích belgických respondentů.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Obě skupiny odborníků podobně vymezují co do prevence nepatří kategoriemi označující cílovou skupinu a druhy aktivit. U belgických respondentů se objevilo pronikající nové dělení prevence na všeobecnou, selektivní a indukovanou, kdy jedním z kódů spadající do kategorie vytyčení cílové skupiny bylo zahrnutí veškerých osob mimo obecnou veřejnost. Zde lze tedy vidět jisté napojení systému na definici všeobecné prevence, s nímž by tento kód mohl souviset. U Belgičanů se dále objevila kategorie, která vymezovala formu práce. Spadalo sem zastrahování, odsuzování uživatelů a represe. U českých respondentů byla jinou kategorií, Belgičany v této oblasti neuvedenou, kategorie vymezující cíle prevence s uvedením předcházení zdravotním a sociálním poškozením vzniklých užíváním a zmírnění následků užívání, tedy „harm reduction“. Cíle prevence uvedené v tomto bodě i ve vymezení toho, co prevence je (jak je uvedeno výše), naznačují výraznou návaznost českých respondentů na Metodický pokyn, kde dominuje vymezení prevence skrze její cíle.

U obou skupin respondentů lze podobně jako v předchozím bodě sledovat spojení primární prevence a všeobecné prevence jakoby ekvivalentních pojmů, sledujeme-li jejich vymezení.

1.4.3 Vymezení základních principů primární prevence

Princip (z lat. principium - počátek) je základní, vůdčí myšlenka, pravidlo či zákon, dle něhož lze odvozovat další důsledky pro jednání nebo poznání (Akademický slovník cizích slov, 2001).

V naší práci se pokouším hledat základní principy primární prevence, tedy východiska, z nichž by prevence mohla vycházet.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 8 - Základní principy primární prevence dle belgických respondentů

| <u>Název kategorie</u> | <u>Kód</u> |
|--|---|
| Vymezení koncepce prevence | <ul style="list-style-type: none">- vytyčení pojmů- vytyčení cílů- vytyčení aktivit prevence- vytyčení cílové skupiny dle věku a jejích charakteristik- respekt ke kontextu skupiny a situace |
| Vymezení charakteristik preventivních aktivit | <ul style="list-style-type: none">- mezioborová spolupráce- návaznost- věková přiměřenost |
| Vymezení aktivit prevence | <ul style="list-style-type: none">- poskytování informací- rozvoj sociálních dovedností- rozvoj schopnosti rozhodování- rozvíjení zodpovědnosti |
| Vytyčení forem práce | <ul style="list-style-type: none">- podávat informace čestně, otevřeně- iniciovat diskusi- dobrovolnost ve sdělování |
| Charakterizování osobnosti preventivního pracovníka | <ul style="list-style-type: none">- pravdivý- důvěryhodný- schopen vytvořit vztah s cílovou skupinou |

Při hledání principů primární prevence jsem u výpovědí belgických odborníků vyčlenila 5 kategorií. První kategorie se vztahuje k vymezení koncepce prevence a zahrnuje vytyčení pojmů, cílů, aktivit a cílové skupiny. Další kategorie sdružuje kódy podávající informace k charakteristice preventivních aktivit. Zde by principem měla být mezioborová spolupráce, věková přiměřenost a návaznost. Kategorie označující aktivity v preventivních opatřeních v sobě sdružuje kódy – poskytování informací, rozvoj sociálních dovedností, rozvoj schopnosti rozhodování a rozvíjení zodpovědnosti. V další kategorii se řeší formy práce v prevenci a ty by měly být založeny na podávání informací čestně a otevřeně, na iniciování diskuse a na dobrovolnosti ve sdělování informací. Poslední soubor principů se vztahuje k osobnosti preventivního pracovníka, který by měl být pravdivý, důvěryhodný, schopný vytvořit vztah s cílovou skupinou.

Některé kategorie vymezující základní principy se názvem, ale i obsahem, shodují s vymezením v bodě 1.5.1, tedy s vymezením primární prevence. V obou oblastech je zdůrazněna nutnost vytvoření koncepce prevence, přičemž v oblasti vztahující se v základním principům je

v této kategorii mnohem více kódů, které mají zcela konkrétní podobu, čeho by se toto vymezení koncepce mělo týkat. Druhou oblastí, která je v této kapitole důkladněji rozebrána, je kategorie o aktivitách prevence. Ta se v obecném vymezení primární prevence také objevuje, ale má pouze dva kódy, které se zmiňují o rozvíjení sociálních dovedností a o podávání informací. V této kapitole je aktivit uvedeno více a jsou v souladu s rozebranými přístupy v primární prevenci, které uvádím v teoretické části práce.

Při vymezení způsobů práce se můžeme podívat na vymezení, co primární prevence není v kapitole 1.5.2, kde se o způsobech práce také hovoří. Některé z kódů zde uvedených jsou opakem toho, co máme uvedeno v této kapitole.

Čeští odborníci

Tabulka č. 9 - Základní principy primární prevence dle českých respondentů

| <u>Název kategorie</u> | <u>Kód</u> |
|--|---|
| Koncepce prevence | <ul style="list-style-type: none"> - specifikace cíle a aktivit - specifikace cílové skupiny dle věku a charakteristik - ohled ke specifickým potřebám cílové skupiny |
| Charakteristiky prevence | <ul style="list-style-type: none"> - kontinuita preventivních opatření - systematičnost - včasnost - přiměřenost - účelnost - efektivnost - interaktivita - komplexnost |
| Aktivity preventivních opatření | <ul style="list-style-type: none"> - podávání informací - podpora zdravého životního stylu - rozvíjení sociálních dovedností |
| Cíle prevence | <ul style="list-style-type: none"> - odložení prvního kontaktu s drogou - informování - snaha po snižování poptávky po droze |
| Formy práce | <ul style="list-style-type: none"> - otevřená a pravdivá komunikace - podpora interakcí |
| Zapojení kantorů | <ul style="list-style-type: none"> - spolupráce členů preventivního týmu na škole - účast třídního učitele na prevenci ve třídě |

Při hledání principů prevence jsem u českých odborníků vyčlenila 6 kategorií. První kategorie se obrací ke koncepci prevence. Sem spadá specifikace cílů a aktivit prevence, specifikace cílové skupiny dle věku a jejích charakteristik a specifikace beroucí ohled na specifické potřeby

cílové skupiny. Velkou skupinu tvoří kategorie sdružující charakteristiky prevence, která by měla zachovávat kontinuitu v preventivních opatřeních, systematickosti, včasnosti, přiměřenosti, účelnosti, efektivnosti, interaktivitou a komplexností. Kategorie sledující aktivity v preventivních opatřeních obsahovala podávání informací, podporu zdravého životního stylu a rozvíjení sociálních dovedností. V kategorii popisující cíle prevence se pak objevilo odložení prvního kontaktu s drogou, informování a snaha snižovat poptávku po droze. Ve způsobech práce pak otevřená a pravdivá komunikace a podpora interakcí, v kategorii popisující zapojení kantorů spolupráce členů preventivního týmu na škole a účast třídního učitele na prevenci ve třídě.

Také zde se objevila shodná kategorie vymezující základní principy primární prevence a primární prevenci obecně uvedené v bodě 1.5.1. V obou oblastech se objevuje kategorie cílů prevence, která jak je již uvedeno výše, je v povědomí českých respondentů, zdá se velmi silně zakořeněna.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Čeští a belgičtí odborníci se shodli ve vymezení několika kategorií. Tou první je koncepce prevence. U Čechů zde byl jedním kódů ohled ke specifickým potřebám skupiny, která tedy poukazuje na nutnost specifikace prevence dle konkrétní skupiny nejen kvůli odlišnostem věkovým, ale také vzhledem k jejich specifickým potřebám, u Belgičanů se objevil kód respekt ke kontextu skupiny, který by mohl v interpretaci zahrnovat totéž. Další shodnou kategorií bylo vymezení charakteristik prevence. Tato kategorie byla u českých respondentů velmi bohatě rozvedena, tedy velmi sycena a zahrnovala řadu charakteristik, které se u belgických respondentů vůbec nevyskytly. Shodovali se také v kategorii aktivit prevence, kde v belgické skupině respondentů se navíc objevilo zdůraznění schopnosti rozhodování, v české pak podpora zdravého životního stylu, a v kategorii forem práce, u Belgičanů zdůrazňující mimo společné charakteristiky také dobrovolnost ve sdělování. U belgických odborníků se navíc objevuje kategorie osobnosti preventivního pracovníka, kde se zdůrazňuje jeho pravdivost, důvěryhodnost, schopnost vytvořit vztah s cílovou skupinou. V českých dotaznících byly navíc oproti belgickým uvedeny dvě kategorie, a to kategorie cílů prevence (odložení prvního kontaktu s drogou, informování, snaha po snižování poptávky po droze) a kategorie hovořící o zapojení kantorů (a to na úrovni spolupráce členů preventivního týmu a také hovoří o účasti třídního učitele na prevenci ve třídě). Tato kategorie je pochopitelná vzhledem k systému prevence, který v České republice zajišťují většinou vnější organizace, v Belgii, je prevence častěji realizována přímo třídními učiteli.

1.4.4 Vhodný věk pro realizaci programů primární prevence

Tuto oblast jsem zkoumala, abych zjistila, jak odborníci vymezují skupinu pro realizaci prevence z hlediska věku. Zajímalo mě, zda mají přesnou představu o věku vhodném pro realizaci určitých preventivních opatření, nebo zda to ponechávají k určení u konkrétní skupiny či konkrétního druhu preventivního opatření.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 10 - Vhodný věk pro realizaci programů primární prevence dle belgických respondentů

| <u>Množství respondentů</u> | <u>Věková specifikace</u> |
|-----------------------------|---|
| - 64% - 9 respondentů | - adaptace metody na konkrétní věk |
| - 36% - 5 respondentů | - 3 roky - 1. stupeň pro rozvíjení sociálních dovedností, 2. stupeň zaměřený na prevenci užívání drog - 11-12 let u prevence užívání alkoholu, 14-15 let u prevence marihuany |

U belgických odborníků se u 64 % dotazovaných respondentů objevila nutnost adaptace preventivní metody, kterou chceme použít, na konkrétní věkovou skupinu, u níž má intervence probíhat. Zbylých 36% jmenovalo určitý konkrétní věk jako vhodný pro implementaci prevence, a to 3 roky bez uvedení konkrétnější formy preventivního opatření, dále 1. stupeň pro realizaci programů rozvíjejících sociální dovednosti a 2. stupeň zaměřený na prevenci užívání drog. Ještě specifičtěji jmenovali respondenti na druhém stupni 11-12 let u prevence užívání alkoholu a 14-15 u prevence užívání marihuany. Tento věk označují respondenti za období, kdy se u dětí objevuje zájem o drogy.

Čeští odborníci

Tabulka č. 11 - Vhodný věk pro realizaci programů primární prevence dle českých respondentů

| <u>Množství respondentů</u> | <u>Věková specifikace</u> |
|-----------------------------|---|
| - 43% - 6 respondentů | - nutnost adaptace věku dle cíle prevence |
| - 57% - 9 respondentů | - mateřská škola či 1. stupeň – obecně zaměřená prevence, aktivity rozvíjející sociální dovednosti - 11-13. rok dítěte – prevence zaměřená na užívání drog |

U českých odborníků se u 43% respondentů objevil názor zdůrazňující nutnost adaptace věku dle cíle prevence. Na počátku tedy stojí prevence s určitým cílem a dle tohoto cíle a dle toho, o jakou jde prevenci, bychom měli volit věkovou skupinu, v níž lze tuto prevence realizovat. Zbylých 57% respondentů uvádělo konkrétní věková období, a to MŠ či 1. stupeň základní prevence pro obecně zaměřenou prevenci či pro aktivity zaměřené na rozvíjení sociálních dovedností, nebo věkovou kategorii 11-13 let pro prevenci zaměřenou na užívání drog, přičemž nebyla specifikována případná odlišnost prevence na kouření, alkohol či nelegální drogy.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Belgičtí odborníci uváděli nutnost adaptovat určitou metodu na věk, v čemž je dle mého názoru implicitně obsaženo, že prevence může být realizována v každém věku. Menšina z mnou dotazovaných odborníků z Belgie uvedla konkrétní věkové vymezení.

Čeští odborníci uváděli v nadpoloviční většině konkrétní věk, méně než 50 % pak hovořilo o adaptaci věku dle cíle programu. V tom je dle mého názoru implicitně obsaženo, že existují programy prevence a dle toho, o jaký program jde, tomu je třeba přizpůsobit z hlediska věku skupinu. Tedy že určitý program je pouze pro určitou skupinu.

Zde vnímám zásadní rozdíl mezi pojetím u belgických a u českých odborníků. Belgičané zde hovoří o nutnosti, aby se věku přizpůsobil program, Češi o nutnosti, aby se programu přizpůsobil věk.

U konkrétního věkového vymezení, čeští respondenti nespécifikovali užívání drog na případné rozlišení věku vhodného pro prevenci užívání legálních či nelegálních látek, jak to učinili

Belgičané. Počátek preventivních aktivit zaměřených na užívání návykových látek (různě specifikovaného) byl u obou skupin uveden shodný, a to 11 let.

1.4.5 Pohlavní heterogenita či homogenita skupiny, v níž se realizuje primární prevence

Dle některých autorů odborných studií (např. Schinke, Schwinn, 2005; Tu et al., 2008; Sumnall et al., 2006) by měla preventivní opatření být dělena a na opatření určená pro dívky a na opatření určená pro chlapce. V této kapitole jsem se zaměřila na názory odborníků na tuto problematiku a zdůvodnění preference heterogenní či homogenní skupiny pro preventivní opatření.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 12 - Pohlavní heterogenita či homogenita skupiny pro prevenci dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Skupina</u> | <u>Argumentace</u> |
|------------------------------------|-------------------------|--|
| - 57%- 9 respondentů | Heterogenní | - vzájemná interakce - vnímání heterogenity světa |
| - 21,5% - 3 respondenti | Homogenní | - prokázané odlišnosti v prevalenci a užívání určitých drog u jednotlivých pohlaví |
| - 21,5% - 3 respondenti | Heterogenní i homogenní | |

U belgických odborníků se objevily tři možnosti, jak by mohla prevence s ohledem na heterogenitu či homogenitu skupiny vypadat. První možností, pro níž se vyjádřilo 57% respondentů byla volba heterogenní skupiny pro preventivní opatření. Argumentací těchto respondentů bylo, že takové nastavení umožňuje vzájemnou interakci obou skupin a vnímání heterogenity světa. Pro homogenní skupinu se vyjádřilo 21, 5% respondentů s tím, že jsou prokázané odlišnosti v prevalenci a užívání určitých drog u jednotlivých pohlaví, proto i prevence by měla být odlišná pro jednotlivá pohlaví. Třetí možností, dá se říci jakousi kompromisní možností, by bylo zachování heterogenní i homogenní skupiny. Pro tuto možnost se vyjádřilo 21,5% respondentů a vypadala by asi tak, že na určitá témata by byla skupina složená z chlapců i dívek, na jiná témata (reagující na určité konkrétní drogy, u nichž je prevalence užívání dle pohlaví odlišná) by pak skupina byla rozdělena a prevence by byla poskytována zvlášť homogenní skupině dívek a zvlášť homogenní skupině chlapců.

Čeští odborníci

Tabulka č. 13 - Pohlavní heterogenita či homogenita skupiny pro prevenci dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Skupina</u> | <u>Argumentace</u> |
|------------------------------------|-----------------------|--|
| - 100%- 15 respondentů | Heterogenní | <ul style="list-style-type: none">- vzájemná interakce- kopírování reálného světa, který je také heterogenní- podpora dynamiky skupiny |

Všichni mnou oslovení odborníci se zde přikláněli k variantě zachovat pro prevenci heterogenní skupinu a to z důvodů umožnění vzájemné interakce, dalšími argumenty bylo kopírování reálného světa, který je také heterogenní či podpora dynamiky skupiny. Jeden z těchto odborníků zmínil možnost přidání některých dalších intervenčních opatření dle odlišných potřeb jednotlivých pohlaví, v základě by však prevence měla být shodná pro obě pohlaví.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

U belgických odborníků se daleko více objevovalo uvažování a zmiňování odlišnosti v prevalenci a užívání drog dle pohlaví, což by mohlo napovídat větší informovanosti o těchto rozdílech. V tomto usuzování však nelze postupovat zjednodušeně, je možné, že čeští odborníci tyto odborné studie také znají, avšak upřednostňují z jimi uvedených důvodů společnou prevenci pro obě pohlaví.

1.4.6 Délka preventivního programu

Délka preventivního programu je velmi těžce měřitelná veličina, přesto jsem se pokusila o nějakou kvantifikaci těchto údajů a o celkové pochopení, jak je tato problematika odborníky uchopována.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 14 - Délka preventivního programu dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Délka preventivního programu</u> |
|------------------------------|---|
| - 64% - 9 respondentů | - nutnost přizpůsobit časovou náročnost prevence dle potřeb konkrétního programu |
| - z nich 36% - 5 respondentů | - nutnost průběhu prevence po celý školní rok - nutnost zařazení prevence do školního kurikula |
| - 36% - 5 respondentů | - jedno sezení: 45 minut, 20-60 minut - frekvence: 5 bloků ročně - celková délka: 9 nebo 10 a více sezení |

Z belgických respondentů 64% z nich tvrdilo, že délku jednoho sezení i celkovou časovou náročnost prevence ve školním roce či celkově u celého programu nelze přesně vymezit a je třeba je přizpůsobit potřebám konkrétního programu. Z nich více než polovina také zdůrazňovala, aby prevence probíhala po celý školní rok a byla zařazena do školního kurikula.

Zbylí odborníci (36%) se pokusili o nějaké konkrétní časové vymezení, a to s vymezením jednoho sezení jako 45 minutového bloku či volněji jako 20-60 minutového bloku, s frekvencí 5 bloků ročně, o celkové délce 9 nebo 10 a více sezení.

Čeští odborníci

Tabulka č. 15 - Délka preventivního programu dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Délka preventivního programu</u> |
|-----------------------------|--|
| - 100% - 15 respondentů | - jedno sezení: 45 minut, 2x45 minut - frekvence: každé čtvrtletí, 2 bloky ročně, 3 bloky ročně, 4 bloky ročně - celková délka: 6 – 16 bloků celkově |

Veškerí čeští odborníci se pokusili uvést konkrétní požadavky týkající se délky prevence. U dotace na jedno sezení uváděli 45 minut nebo 2x45 minut. Ve školním roce by se pak tato sezení

měla odehrávat každé čtvrtletí, nebo ve formě 2, 3 nebo 4 bloků ročně. Celková délka programu variovala od 6 do 16 bloků celkově.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Belgičané uchopili problematiku časového vymezení nebo ohraničení programů mnohem volněji, opět zdůrazňovali nutnost přizpůsobit délku programu jeho potřebám. Důležitá poznámka se týká začlenění programu do školního kurikula a jeho průběh po celý školní rok. Zmínka o začlenění prevence do kurikula a průběhu prevence v celém školním roce, která se objevila mimo rámec otázky, by mohla naznačovat vnímanou důležitost tohoto začlenění u belgických odborníků. Tyto informace českými pracovníky uváděny nebyly. Může to být způsobeno také tím, že jde o odchýlení se od otázky a že se tedy čeští odborníci striktněji drželi zadání dotazníku. Všichni mnou dotazovaní čeští respondenti uváděli konkrétní návrhy, jaká délka by měla být u jednoho sezení, v jaké frekvenci by se měla tato sezení uskutečňovat a jaká by měla být celková délka programu.

1.4.7 Zařazení tzv. „booster session“

O zařazování tzv. „booster session“ (tedy podpůrných sezení, sezení realizovaných s odstupem po samotné prevenci na podporu působení programu) do programu prevence se hovoří převážně v americké odborné literatuře (Botvin, Resnicow, 1993; Botvin et al., 2000). Efektivnost zařazení těchto sezení do programu je pak zpochybňována spíše evropskými autory (Cuijpers, 2002; Van der Kreeft, 2005; Dijkstra et al., 1999). Zajímalo mě tedy, zda by mnou oslovení respondenti tato sezení do programů zařazovali, po jak dlouhé době by jej zařazovali a jak by takové sezení mělo být náročné z hlediska času.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 16 - Zařazení „booster session“ dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Zařazení „booster session“</u> | <u>Způsob realizace</u> |
|------------------------------------|--|--|
| - 50% - 7 respondentů | Ano | - nemám představu - několik měsíců po prevenci nebo kolem 2-3 let po preventivní intervenci |
| - 21,5% - 3 respondenti | Ne | |

| | | |
|--------------------------------|---------------------|--|
| - 28,5% - 4 respondenti | Neznám pojem, nevím | |
|--------------------------------|---------------------|--|

Polovina belgických respondentů se vyjádřila pro vhodnost zařazení „booster session“ do prevence. O její realizaci však příliš představy neměli. Navrhovali realizaci několik měsíců po preventivní intervenci nebo kolem 2-3 let po intervenci. 21,5% respondentů zařazení těchto sezení nepovažovala za vhodné a 28,5% respondentů se vyjádřilo, že pojem nezná a nemohou tedy rozhodnout nebo neví.

Čeští odborníci

Tabulka č. 17 - Zařazení „booster session“ dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Zařazení „booster session“</u> | <u>Způsob realizace</u> |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| - 100% - 15 respondentů | Ano | <ul style="list-style-type: none"> - po půl roce, po 3 měsících, po pololetí, na konci roku či další rok - kolem 2-3 hodin, 1-2 hodiny nebo 10 hodin |

Všichni čeští odborníci vypověděli, že jsou pro zařazení „booster session“ do programů prevence. Tato sezení by realizovali po půl roce, po 3 měsících, po pololetí, na konci roku či další rok. Rozsah takových sezení by byl 2-3 hodiny, 10 hodin nebo 1-2 hodiny.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Výpovědi belgických respondentů byly rozděleny do tří skupin, kde byly zastoupeny všechny tři možné odpovědi, tedy že jsou pro zařazení těchto sezení, nejsou pro zařazení těchto sezení a neví (a to proto, že neznají pojem nebo nemají názor). V české skupině respondentů se vyskytl pouze jediný názor, a to zařadit tato sezení do preventivního plánu. U českých respondentů bylo také mnohem více návrhů, jak by mohla vypadat konkrétní realizace, pokud je srovnáme s návrhy belgických respondentů, kteří se vyjádřili pro zařazení těchto sezení do prevence. Dle mé zkušenosti usuzuji na vnímání „booster session“ u českých odborníků jako pokračující nebo navazující prevence, která má ukazovat na realizaci nikoliv ojedinelých preventivních akcí, ale programů prevence, které mají další návaznost.

1.4.8 Realizátoři preventivních programů

Preventivní programy mohou být realizovány různými osobami. Například v Belgii je běžné, že je program realizován třídními učiteli. V našich podmínkách je zatím častější model, kdy je program realizován externími organizacemi, to znamená i externími pracovníky. Tuto oblast zkoumám, abych zjistila, které osoby jsou dle názoru odborníků nejvhodnějšími realizátory programů.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 18 - Realizátoři preventivních programů dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Vymezení realizátorů</u> | <u>Konkrétní podoby</u> |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| - 64% - 9 respondentů | Skupina více osob | <ul style="list-style-type: none">- profesionálové, „exuseři“ a tvůrci politik- profesionálové, rodiče a učitelé- přirozené osoby – rodiče a učitelé |
| - 14,5% - 2 respondenti | Výběr ze dvou osob | <ul style="list-style-type: none">- odborníci nebo vrstevníci- učitelé nebo odborníci |
| - 28,5% - 4 respondenti | Jediná osoba | <ul style="list-style-type: none">- odborník- učitel- vrstevník s podporou odborníka |

Belgické respondenty jsem rozdělila do tří skupin z hlediska toho, jaká byla jejich představa realizátorů prevence. První a největší skupinu (64%) tvořili respondenti, kteří se vyjadřovali pro realizaci programů více osobami, a to:

- profesionály, „exusery“ a tvůrci politik
- profesionály, rodiči a učitelé
- přirozenými osobami – rodiči a učitelé

Další skupinou byli respondenti (14,5%), kteří u realizátorů prevence dávali na výběr ze dvou možných realizátorů:

- odborníci nebo vrstevníci
- učitelé nebo odborníci

Poslední skupinu tvořili respondenti (28,5%), kteří se vyjadřovali pro jedinou vhodnou osobu:

- odborník
- učitel
- vrstevník s podporou odborníka

Čeští odborníci

Tabulka č. 19 - Realizátoři preventivních programů dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Vymezení realizátorů</u> | <u>Konkrétní podoby</u> |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| - 100% - 15 respondentů | Jediná osoba | - odborníci |
| - z nich 26,5% - 4 respondenti | Možnost přidání ještě další osoby | - učitel nebo vrstevník |

U českých odborníků u všech respondentů převládal názor, že vhodným realizátorem prevence jsou odborní pracovníci. U 26,5% z nich se vyskytla se také možnost přidání dalšího možného realizátora, a to učitele nebo vrstevníka.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

U belgických odborníků se vhodní realizátoři skládali většinou z více osob, které by měly vzájemně kooperovat. Čeští odborníci dle rozboru věří nejvíce profesionálům, kteří by dle nich mohli někdy být doprovázeni učitelem nebo případně vrstevníkem.

1.4.9 Zkoumání efektivity programů prevence

Otázka zaměřující se na názory odborníků na důležitost zkoumání efektivity prevence byla vyvolána současnou tendencí vytvářet a realizovat tzv. „evidence-based“ programy primární prevence, tedy programy založené na výzkumných závěrech a programy se zjišťovanou a zkoumanou efektivitou.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 20 - Zkoumání efektivity programů prevence dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Zkoumání efektivity</u> | <u>Argumentace</u> |
|-----------------------------|----------------------------|---|
| - 100% - 14 | Ano | <ul style="list-style-type: none">- abychom věděli, co funguje- aby bylo možné zjistit jaká je účinnost programů- abychom měli informace, které nám pomohou při tvorbě dalších programů- aby programy byly tzv. „evidence-based“ |

Všichni belgičtí odborníci se shodli na tom, že efektivitu je důležité zkoumat. Zdůvodnění nutnosti zkoumat efektivitu prevence se týkala těchto oblastí:

- abychom věděli, co funguje
- aby bylo možné zjistit, jaká je účinnost programů
- abychom měli informace, které nám pomohou při tvorbě dalších programů
- aby programy byly tzv. „evidence-based“, neboli aby měly důkazovou základnu

Čeští odborníci

Tabulka č. 21 - Zkoumání efektivity programů prevence dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Zkoumání efektivity</u> | <u>Argumentace</u> |
|-----------------------------|----------------------------|--|
| - 100% - 15 | Ano | <ul style="list-style-type: none">- efektivní programy působí, je tedy nutné vědět, které programy působí- účinnost programů- získání zpětné vazby od dětí |

Také čeští odborníci se na nutnosti zkoumání efektivity programů primární prevence shodli jednohlasně. Jejich argumenty pro podporu nutnosti efektivitu zkoumat byly tyto:

- efektivní programy působí, je tedy nutné vědět, které programy působí
- účinnost programů

- získání zpětné vazby od dětí

Jeden odborný pracovník zde zmínil nutnost získávat zpětnou vazbu od dětí, která se dle mého názoru vztahuje spíše k problematice zjišťování „užitečnosti“ programu u dětí z hlediska toho, jak se jim program líbil. Neukazuje však to, jak byl program efektivní při zkoumání ovlivnění postojů a chování dětí.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Jak belgičtí tak čeští respondenti se jednohlasně shodli na nutnosti zkoumat efektivitu programů primární prevence. Také se u obou skupin objevil stejný argument pro podporu tohoto zkoumání, a to nutnost zjišťovat, které programy působí. U belgických odborníků byl vyjádřen argument hovořící o nutnosti tzv. „evidence based“ programů a další podpůrnou informací bylo získání podkladů pro tvorbu dalších preventivních programů. Termín „evidence based“ je termín, s nímž se v holandsky psané literatuře často operuje (Vanderplasschen et al., 2002; Van der Kreeft, 2005), ale proniká již také do českého prostředí (Jurystová et al., 2009; Mravčík et al., 2008).

1.4.10 Zkušenosti odborníků s prevencí zaměřenou na minoritní skupiny obyvatel

V této otázce se pokusím odkázat na zkušenost, jakou mají jednotlivé země s přítomností minoritních skupin obyvatel. Zde by se možná dala nacházet souvislost mezi tím, že Belgie jako západní země je s příchodem různých skupin obyvatel konfrontována již několik let, kdežto u nás se tato skutečnost začíná rozvíjet v posledních letech. Česká republika je zase ale zemí, kde již řadu let, vlastně řadu desetiletí, žijeme v jedné zemi s největší národností menšinou u nás, s Romy. Na základě obecné zkušenosti zemí s minoritními skupinami obyvatel předpokládám, že se bude odehrávat také analogicky zkušenost preventivních pracovníků s těmito skupinami obyvatel.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 22 - Zkušenost s preventivní prací s dětmi z minorit u belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Zkušenost s preventivní prací s dětmi z minorit</u> | <u>Konkrétní podoby</u> |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| - 57% - 8 respondentů | Ne | |
| - 43% - 6 respondenti | Ano | - smíchané skupiny, kde děti |

Nadpoloviční většina vypovídala o tom, že zkušenost s preventivní prací s dětmi z minorit zkušenosti nemá (55,5%). Zbylá skupina zkušenosti má, šlo však o skupiny smíchané, kde se vyskytovaly děti z majority a pouze určité množství dětí z minoritních skupin obyvatel.

Čeští odborníci

Tabulka č. 23 - Zkušenost s preventivní prací s dětmi z minorit u českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Zkušenost s preventivní prací s dětmi z minorit</u> | <u>Konkrétní podoby</u> |
|------------------------------------|---|---|
| - 86,5% - 13 respondentů | Ne | |
| - 13,5% - 2 respondenti | Ano | - smíchané skupiny, kde děti z majority i z různých minorit |

Také u českých odborníků nadpoloviční většina vypovídala o tom, že zkušenost s preventivní prací s dětmi z minorit zkušenosti nemá (86,5%). Zbylí respondenti (14,5%) zkušenosti s preventivní prací s minoritními skupinami obyvatel uvádějí, nespecifikovali žádným způsobem jaké to jsou zkušenosti. Pouze jeden respondent, popisující, že zkušenost s prací s minoritními skupinami obyvatel v prevenci má, specifikoval tuto minoritní skupinu obyvatel na romskou.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Tato otázka mohla být ovlivněna nejasností nebo nepřesností v porozumění konceptu minoritní skupiny obyvatel. Tuto skupinu jsem nijak blíže nespecifikovala, v otázce také nebylo specifikováno, zda má být zkušenost s prevencí v minoritních skupinách zkušeností s prevencí určenou pouze pro samostatnou skupinu dětí z minority nebo zda může jít prevenci, která byla realizována pro část dětí z minority smíchanou s dětmi z majority. To bylo na zvážení pracovníka. Stejně tak se v českém prostředí do odpovědí mohla promítnout různost zařazení či nezařazení dětí romských do skupiny, kterou respondenti považovali za minoritní skupinu obyvatel. Lze uvažovat, zda za minoritní skupinu považovali respondenti pouze děti přistěhovalců nebo i děti romské. Této nejasnosti bych se vyhnula podrobnější specifikací minoritní skupiny obyvatel v dotazníku.

V obecném srovnání se zdá dle odpovědí respondentů, že belgičtí odborníci jsou s touto zkušeností konfrontováni více.

1.4.11 Názor na nutnost odlišení prevence pro děti z minorit od prevence pro děti z majoritního obyvatelstva

Zde se zabýváme problémem, zda by prevence pro děti z minoritních skupin obyvatel měla být odlišná od prevence u dětí z majoritní skupiny, a to se všemi nároky a implikacemi, které by toto oddělení dětí a odlišení prevencí neslo.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 24 - Nutnost odlišení prevence pro děti z minorit od prevence pro děti z majority dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Specifická primární prevence pro děti z minorit</u> | <u>Argumentace</u> |
|------------------------------------|---|--|
| - 43%- 6 respondentů | Ano | <ul style="list-style-type: none"> - skupiny se od sebe odlišují - je nutné zachovat kulturní specifičnost - skupina minoritních dětí se potýká s jinými problémy, než děti majoritní - ve skupinách jsou jiné hodnoty, normy, jazyk a jiný sociokulturní background |
| - 57% - 8 respondentů | Ne | <ul style="list-style-type: none"> - pokud zajistíme kulturní relevantnost programu, není mezi skupinami zásadnější odlišnost - programy je nutné kulturně modifikovat, zajistit kulturní relevantnost |

Souhlas se specifickou primární prevencí pro minoritní skupiny dětí vyjádřilo 43% respondentů. Důvody pro vytvoření specifické prevence pro minority byly tyto:

- skupiny se od sebe odlišují
- je nutné zachovat kulturní specifičnost
- skupina minoritních dětí se potýká s jinými problémy, než děti majoritní
- ve skupinách jsou jiné hodnoty, normy, jazyk a jiný sociokulturní background

Nesouhlas se specifickou primární prevencí pro minoritní skupiny dětí vyjádřilo 57% respondentů. Argumenty podporující tento postoj či podmínky pro realizaci společné prevence byly následující:

- pokud zajistíme kulturní relevantnost programu, není mezi skupinami zásadnější odlišnost
- programy je nutné kulturně modifikovat, zajistit kulturní relevantnost

Čeští odborníci

Tabulka č. 25 - Nutnost odlišení prevence pro děti z minorit od prevence pro děti z majority dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Specifická primární prevence pro děti z minorit</u> | <u>Argumentace</u> |
|------------------------------------|---|---|
| - 13%- 2 respondenti | Ano | - odlišná kulturní specifika jiných kulturních skupin |
| - 87% - 13 respondentů | Ne | - zohledníme-li kulturní specifika, není problém - nepoukazujeme na odlišnost dětí - neselektujeme - k běžnému programu lze pak v případě potřeby přidat něco pro děti z minorit |

U českých odborníků se objevila u 13% nutnost specifické prevence pro minoritní skupiny obyvatel, a to z důvodu odlišných kulturních specifik jiných kulturních skupin.

Zbývající respondenti 87% se specifickou prevencí pro minoritní skupiny obyvatel nesouhlasili.

Podpořili svůj názor těmito argumenty:

- zohledníme-li kulturní specifika, není problém
- nepoukazujeme na odlišnost dětí
- neselektujeme
- k běžnému programu lze pak v případě potřeby přidat něco pro děti z minorit

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Většina českých odborníků nepodporovala myšlenku specifické prevence pro minoritní skupiny dětí. Pouze dva respondenti by tuto formu prevence považovali za vhodnou. U Belgičanů byly názory zastávající obě stanoviska více vyrovnaná. Tato názorová odlišnost může vycházet

z faktického stavu preventivních aktivit v obou zemích, kdy v Belgii se již objevují a realizují programy, které jsou cíleně zaměřeny pouze na určité minority, v České republice se odehrávají programy primární prevence takřka výhradně a pouze pro majoritní skupiny dětí, případně s přítomností dětí z minorit. Čeští respondenti také zdůrazňovali nutnost tyto děti neselektovat, neoznačovat, nepoukazovat na jejich odlišnost. To je v souladu s odbornou literaturou (Jones et al., 2006; SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004).

Poukážeme-li na argumenty, kterými respondenti své názory podporovali, ukáže se jak s nimi různé skupiny nakládali. Jde například o poznatek o kulturních specifikách, zmíněný v obou druhých odpovědích i v obou skupinách respondentů (tedy u Belgičanů i Čechů, a to ve skupině, která prevenci zvláště pro minority prosazovala, i ve skupině, která ji odmítala). Ve skupině prosazující samostatnou prevenci pro minority byla kulturní specifičnost brána jako důvod proč ji realizovat, v druhé skupině byla brána jako jeden z faktorů, který prevenci může modifikovat.

1.4.12 Prevence určená pro děti z minorit

V této otázce jsem se pokoušela dostat k návrhům primární prevence určené pro minoritní skupiny obyvatel.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 26 - Prevence pro děti z minorit dle belgických respondentů

| <u>Názvy kategorií</u> | <u>Jednotlivé kódy</u> |
|----------------------------------|--|
| Kulturní specifičnost | <ul style="list-style-type: none"> - kulturní relevance obsahu programu - osobní přístup se znalostí kultury - zvyšování etnické hrdosti - sociokulturní obsahy programu (znalost kultur) - respekt k odlišnému kulturnímu zázemí, k odlišným reakcím |
| Jazykové aspekty | <ul style="list-style-type: none"> - jazyková srozumitelnost - jazyková odlišnost |
| Sledování rodinných vazeb | <ul style="list-style-type: none"> - zapojení rodičů |
| Neodlišování od majority | <ul style="list-style-type: none"> - stejná prevence jako pro majoritu - nevydělování z majoritní skupiny - nezvyšovat oddělením stigmatizaci - žijí v majoritě, nutná znalost majority |

Při dotazování se na možnou podobu prevence pro minoritní skupiny obyvatel jsem odpovědi belgických respondentů rozdělila na tyto kategorie:

- Kulturní specifičnost – Tato kategorie obsahovala témata vztahující se k nutnosti, aby prevence pro minority byla kulturně specifická, tedy aby obsah byl kulturně relevantní. Přístup realizátora prevence by měl být osobní a založený na znalosti kultury, programy by mohly být zaměřené na zvyšování etnické hrdosti, měly by mít sociokulturní obsahy a při realizaci programů je třeba respektovat odlišné kulturní zázemí a s tím související možnost odlišných reakcí těchto dětí.
- Jazykové aspekty – Jazykové aspekty se vztahovaly k odlišnosti jazyka a k nutnosti jazykové srozumitelnosti.
- Sledování rodinných vazeb – Při realizaci prevence se navrhuje zapojit do ní rodiče dětí.
- Neodlišování se od majority – V této skupině se vyskytovala řada kódů, které zdůrazňovaly nutnost stejné prevence pro majoritu i pro minoritu, nutnost nevydělovat tyto osoby ještě dále z majority, nezvyšovat tím jejich stigmatizaci a také zde byla vyslovena poznámka, že tyto osoby žijí v majoritě, měli by tedy o ní mít také určitou znalost.

Čeští odborníci

Tabulka č. 27 - Prevence pro děti z minorit dle českých respondentů

| <u>Názvy kategorií</u> | <u>Jednotlivé kódy</u> |
|-----------------------------------|--|
| Sociokulturní specifičnost | <ul style="list-style-type: none"> - znalost kultury - zohlednění specifík minority - přizpůsobení zvláštnostem minority - kulturní obsahy dané kultury - respekt k odlišnostem kultury |
| Jazykové aspekty | <ul style="list-style-type: none"> - srozumitelnost - jazyková odlišnost |
| Život v majoritě | <ul style="list-style-type: none"> - představení majority - znalost zvyků majority - zapojení do majority - nenálepkovat vyčleňováním z majority - vzájemné obohacování majority a minority |

U odborníků českých jsem po rozboru odpovědí vyčlenila tři kategorie vztahující se k programům prevence pro minority:

- Sociokulturní specifická - V této kategorii byly zahrnuty kódy zdůrazňující nutnost znalosti kultury, zohlednění specifik minority v daném programu, přizpůsobení programu zvláštnostem minority, nutnost aby program obsahoval kulturní obsahy dané kultury a aby daná kultura a její odlišnosti byly v programu dostatečně respektovány.
- Jazykové aspekty – Zdůrazněna byla nutnost srozumitelnosti při intervenci, případně pak nutnost jazykové odlišnosti programu prevence určeného pro minoritu.
- Život v majoritě – Poslední kategorie se vztahuje k tomu, že minority žijí v majoritě, proto by jim majorita měla být dobře představena, obyvatelé z minoritních skupin by měly znát zvyky majority, měli by se do ní zapojovat. Dále bychom měli předcházet nálepkování tím, že je nebudeme z majority vyčleňovat. Posledním kódem byla informace, že programy prevence by mohly umožnit vzájemné obohacování majority a minority.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Obě skupiny respondentů se shodovaly ve vymezení tří kategorií. Tou první je kategorie zmiňující kulturní specifická (zde považuji za velmi podnětný postřeh belgických respondentů, a to, že by měly být respektovány možné odlišné reakce, než na jaké jsme zvyklí u jedinců z naší, majoritní kultury), druhou je kategorie zmiňující jazykové aspekty a poslední kategorie o životě v majoritě či neodlišování se od majority (zde mě zase velmi zaujal postřeh českých respondentů, který upozorňuje na možnost vzájemného obohacování majority a minority).

1.4.13 Jazyk v programu prevence

V tomto bodě jsem se zajímala, jaký jazyk pracovníci preferují pro prevenci pro minoritní skupiny obyvatel.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 28 - Jazyk v programu prevence dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Jazyk</u> | <u>Argumentace</u> |
|-----------------------------|----------------|--------------------|
| - 43% - 6 respondentů | Oba jazyky | |
| - 36% - 5 respondentů | Jazyk minority | |

| | | |
|------------------------------|----------------|---|
| - 14% - 2 respondenti | Jazyk majority | - nutný předpoklad je alespoň základní porozumění |
| - 7% - 1 respondent | Neví | |

Ve volbě preferovaného jazyka, v němž by se prevence měla odehrávat, volila takřka polovina belgických respondentů (43%) oba jazyky. Jazyk minoritní skupiny preferovalo 36% respondentů, jazyk majority 14% respondentů. Tito respondenti zde zdůrazňovali nutnost, aby děti měli alespoň základní porozumění jazyku majority. Jeden respondent neměl názor, který jazyk je vhodnější.

Čeští odborníci

Tabulka č. 29 - Jazyk v programu prevence dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Jazyk</u> | <u>Argumentace</u> |
|------------------------------------|---------------------|--|
| - 47% - 7 respondentů | Jazyk majority | - pokud není splněna podmínka porozumění lze přizvat tlumočníka nebo použít jazyk minority |
| - 26,5% - 4 respondenti | Jazyk minority | - nutnou dobrého porozumění |
| - 26,5% - 4 respondenti | Oba jazyky | |

Čeští respondenti volili v 47% volbu jazyku majority, pracovníci zmiňovali možnost, že pokud není splněna podmínka porozumění, lze přizvat tlumočníka nebo použít také jazyk minority. Jazyk minority volilo 26,5% respondentů, a to z důvodu nutnosti absolutního a dobrého porozumění. Stejně množství respondentů by volilo možnost obou jazyků.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Možnost realizovat prevenci v obou jazycích, tedy v jazyce majority i v jazyce minority, byla více podporována a navrhována pracovníky z belgických zařízení. Tato volba u belgických respondentů převládala nad všemi ostatními. U českých pracovníků převládal názor, že prevence by měla být realizována jazykem majority (necelá polovina respondentů), zde však s důležitou poznámkou, že při tom musí být zachována podmínka porozumění. V případě že není, lze přistoupit ke spoluúčasti tlumočníka nebo lze prevenci realizovat jazykem minority. Jazyk pouze minority prosazovalo mírně vyšší procento belgických respondentů než českých respondentů. U českých

respondentů byla nutnost jazyka minority vysvětlena nutností absolutního porozumění, u Belgičanů byla tato poznámka zmíněna také, ale v souvislosti s tím, že pokud je toto umožněno, měl by dostat přednost jazyk majority.

1.4.14 Oddělení dětí z majority a minority při realizace prevence

Tato otázka se vztahovala k možnosti, dělat prevenci zvlášť pro majority a zvlášť pro minority, přičemž nebylo jasně dáno, že by šlo o stejnou nebo jinou prevenci.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 30 - Oddělení dětí z majority a minority při realizaci prevence dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Oddělení či neoddělení dětí</u> | <u>Argumenty</u> |
|------------------------------------|---|--|
| - 64% - 9 respondentů | Neoddělovat | <ul style="list-style-type: none"> - respekt k odlišnostem kultury - v případě nutnosti lze dětem z minority přidat nějaké lekce navíc |
| -14,5% - 2 respondenti | Oddělovat | |
| - 14,5% - 2 respondenti | Část odděleně, část spolu | |
| - 7% - 1 respondent | Neví | |

U belgických respondentů se názory na možnost oddělovat děti majority a minority při prevenci různily. 64% respondentů se vyjádřilo pro možnost neoddělovat děti z minoritní skupiny od dětí z majorit, a to proto, že děti žijí spolu (jeden z respondentů přidal návrh, že v případě nutnosti lze dětem z minorit přidat nějaké lekce zvlášť). 14,5% respondentů navrhovalo děti oddělovat, stejné množství respondentů navrhovalo, aby děti byly na část prevence spolu, na část odděleně. Jeden respondent nevěděl.

Čeští odborníci

Tabulka č. 31 - Oddělení dětí z majority a minority při realizaci prevence dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Oddělení či neoddělení dětí</u> | <u>Argumenty</u> |
|--------------------------------|------------------------------------|---|
| - 100% - 15 respondentů | Neoddělovat | <ul style="list-style-type: none">- možnost vzájemného působení a obohacování- snaha vyhnout se nálepkování- možnost následně vytvořit nějakou podpůrnou skupinu pro děti z minorit |

Čeští odborníci se shodovali v názoru, že by děti z minorit při prevenci neměly být odděleny od dětí z majorit. Tento názor vyslovilo celých 100% respondentů. Důvodem zde byla možnost vzájemného působení, obohacování, snaha vyhnout se nálepkování. Jeden z návrhů zmiňoval možnost následně vytvořit nějakou podpůrnou skupinu pro děti z minorit (ne však pro všechny, pouze pro ty, u nichž se to ukáže jako prospěšné).

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

U českých odborníků se neobjevily názory, připouštějící dělení skupin dětí. U Belgičanů se malé procento odborníků považující to za přínosné objevilo. U Belgičanů navíc se objevil názor prosazující část prevence společné pro všechny, část by měla probíhat odděleně. Tato myšlenka se vlastně objevila v obou skupinách respondentů u osob, které prosazovaly, aby děti oddělovány nebyly. Šlo o návrh podpůrně skupiny nebo nadstandardních služeb pro tyto děti v případě potřeby.

1.4.15 Poskytovatel prevence pro děti z minorit a jeho případná příslušnost k majoritě či minoritě

Tato oblast měla zkoumat, kdo by dle dotazovaných odborníků byl nejvhodnější osobou, která by u těchto dětí měla preventivní program realizovat. Chtěla jsem znát názor především na to, zda by měl být realizátorem prevence člověk z majority či člověk z minority.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 32 - Poskytovatel prevence pro děti z minorit dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Přítomný odborník</u> | <u>Podmínky</u> |
|------------------------------------|---|---|
| - 64% - 9 respondentů | Osoba z majority | <ul style="list-style-type: none"> - osoba znalá kultury a základů jazyka - důvěryhodná osoba |
| - 14% - 2 respondenti | Osoba z minority i majority – obě osoby | |
| - 22% - 3 respondenti | Osoba z minority | |

V odpovědích belgických odborníků, kdo by měl prevenci poskytovat, se vyskytovalo nejvíce názorů (64% respondentů) prosazující jako realizátora prevence člověka z majority. Nutnou podmínkou by pak zde mělo být, aby šlo o osobu, která bude znát kulturu a alespoň základy jazyka skupiny, a dále by mělo jít o osobu, která bude důvěryhodná. 22% respondentů by za vhodnějšího realizátora považovalo osobu z minority, 14% respondentů by upřednostnilo, kdyby prevence byla realizována oběma osobami, tedy osobou z majority i minority.

Čeští odborníci

Tabulka č. 33 - Poskytovatel prevence pro děti z minorit dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Přítomný odborník</u> | <u>Argumentace, podmínky</u> |
|------------------------------------|---------------------------------|--|
| - 46,5% - 7 respondentů | Osoba z majority | <ul style="list-style-type: none"> - osoba z minority by podporovala inkluzi dětí - osoba znalá hodnot a norem skupiny |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| - 46,5% - 7 respondentů | Osoba z minority i majority – obě osoby | <ul style="list-style-type: none"> - ne nutně, v případě nouze spíše osoba z majority - oba příslušníci mohou být obohacující |
| - 7% - 1 respondent | Osoba z minority | |

Ze skupiny českých odborníků se 46,5% respondentů vyjádřilo pro preferenci osoby z majority, protože pokud bychom doporučili osobu pouze z minority, šlo by o inkluzi. Tato osoba z majority by dle nich měla znát hodnoty a normy skupiny. Stejně množství respondentů preferovalo obě osoby, tedy osobu z majority i minority, přičemž v případě nouze, kdyby toto možné nebylo, upřednostňují člena majority, oba příslušníci však dle nich mohou být obohacující. Jeden respondent preferoval osobu z minority jako vhodného realizátora prevence pro děti z minoritních skupin obyvatel.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

U belgických respondentů převládal názor prosazující realizaci prevence za pomoci pracovníka z majority nad jinými možnými volbami. Tento názor byl u českých respondentů procentuelně shodně zastoupen s názorem, že přítomni by měli být oba, tedy člen majority i člen minority, avšak to pouze v ideální situaci, v reálu, pokud toto možné nebude, upřednostňují spíše člena majority. Možnost účasti obou členů volilo spíše marginální množství belgických pracovníků. Realizátora prevence jako člena z minority prosazovalo mírně větší množství belgických respondentů než českých respondentů.

1.4.16 Větší ohroženost dětí z minoritních skupin obyvatel vůči nebezpečím návykových látek oproti dětem z majoritního obyvatelstva

Tato oblast se vztahuje k názorům některých odborníků (McCormack, Walker, 2005; Wanigaratne et al., 2003; Hadj Moussová a kol., 2005), že děti z minorit se v životě setkávají s řadou obtíží, které je činí zranitelné. To je může ovlivnit k větší náchylnosti k užívání návykových látek.

Belgičtí odborníci

Tabulka č. 34 - Větší ohroženost dětí z minorit vůči drogám dle belgických respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Děti z minorit jsou ohroženější</u> | <u>Argumentace</u> |
|-----------------------------|--|--|
| - 57% - 8 respondentů | Ne | - role individuality a konkrétní drogy je důležitější |
| - 36% - 5 respondentů | Ano | - trauma z migrace - separace ve společnosti - sociální izolace - méně protektivních faktorů - více rizikových faktorů |
| - 7% - 1 respondent | Nevím | |

Názory belgických odborníků na to, zda jsou děti z minoritních skupin obyvatel ohroženější k náchylnosti užívat návykové látky, se polarizovaly na 3 volby. Tou první bylo, že jsou ohroženější (dle 36% respondentů). Pro podporu tohoto názoru uváděli respondenti trauma z migrace, separaci ve společnosti, sociální izolaci a přítomnost méně protektivních faktorů a více rizikových faktorů. Druhou volbou bylo, že osoby z minorit ohroženější nejsou (dle 57% respondentů). Důvody podporující tento názor se týkaly toho, že role individuality a konkrétní drogy je důležitější než příslušnost k minoritě. Jeden respondent (7%) nevěděl.

Čeští odborníci

Tabulka č. 35 - Větší ohroženost dětí z minorit vůči drogám dle českých respondentů

| <u>Procento respondentů</u> | <u>Děti z minorit jsou ohroženější</u> | <u>Argumentace</u> |
|-----------------------------|--|--------------------|
|-----------------------------|--|--------------------|

| | | |
|------------------------|-----|---|
| - 73% - 11 respondentů | Ne | - vliv určité drogy - vliv osobnosti jedince a jeho dílčích problémů |
| - 27% - 4 respondenti | Ano | - děti z minorit jsou konfrontovány s více problémy než děti z majorit |

Čeští odborníci tvrdili v 73%, že děti z minorit náchylnější a zranitelnější k užívání drog nejsou. Větší vliv připisovali vlivu určité konkrétní drogy, dle nich také případné užívání drog a závislost na nich souvisí s dílčími problémy jedinců, nikoliv s příslušností k určité skupině. 27% odborníků považovalo děti z minorit za zranitelnější, protože jsou v životě konfrontovány s více problémy než děti z majorit.

Srovnání výpovědí českých a belgických odborníků

Belgičtí i čeští odborníci se shodují na tom, že děti z minoritních skupin obyvatel nejsou zranitelnější ve smyslu užívání návykových látek. U českých odborníků se tento názor objevil ještě výrazněji, vyjádřily se pro něj takřka $\frac{3}{4}$ všech respondentů, u Belgičanů šlo o mírně nadpoloviční množství. U obou skupin odborníků se při vysvětlení jejich názoru objevoval důraz na důležitost určité konkrétní drogy či konkrétního jedince, tyto faktory se ve výsledném užívání či neužívání návykových látek odrážejí více než příslušnost k minoritě.

1.4.17 Identifikační údaje týkající se respondentů

Pohlaví respondentů

Tabulka č. 36 - Pohlaví respondentů

| Respondenti | Muži | Ženy |
|--------------------|-------------|--------------|
| Belgičané | - 57% - 8 | - 43% - 6 |
| Češi | - 13,5% - 2 | - 86,5% - 13 |

U belgických respondentů převládal počet mužů mírně nad ženami, ale jejich počet byl poměrně vyrovnaný, u českých respondentů převládal výrazně počet žen nad počtem mužů, z toho lze usuzovat na výrazné zastoupení žen pracujících v této oblasti.

Věk respondentů

Tabulka č. 37 - Věk respondentů

| <u>Respondenti</u> | <u>Věk průměrně</u> |
|--------------------|---------------------|
| Belgičané | - 32,7 |
| Češi | - 36,1 |

Respondenti z Belgie byli mírně mladší než respondenti z České republiky.

Profese respondentů

Tabulka č. 38 - Profese respondentů

| <u>Respondenti</u> | <u>Profese</u> |
|--------------------|---|
| Belgičané | <ul style="list-style-type: none">- výzkumník – 28,5% - 4 respondenti- preventivní pracovník – 36% - 5 respondentů- psycholog – 28,5% - 4 respondenti- speciální pedagog – 7% - 1 respondent |
| Češi | <ul style="list-style-type: none">- psycholog – 46% - 7 respondentů- speciální pedagog – 26,5% - 4 respondenti- preventivní pracovník - 26,5% - 4 respondenti |

U Belgičanů na mé otázky vypovídali také výzkumníci v této oblasti, kteří se ve skupině českých odborníků nevyskytli vůbec. Nejpočetnější skupinou mezi českými odborníky byli psychologové, následováni speciálními pedagogy a preventivními pracovníky. U belgických odborníků byli největší skupinou preventivní pracovníci a výzkumníci spolu s psychology a následováni byli speciálními pedagogy.

Vzdělání respondentů

Tabulka č. 39 - Vzdelání respondentů

| <u>Respondenti</u> | <u>Vzdělání</u> |
|--------------------|-----------------|
|--------------------|-----------------|

| | |
|------------------|--------------------------|
| Belgičané | - VŠ (1 respondent PhD.) |
| Češi | - VŠ |

Obě skupiny respondentů měly vysokoškolské vzdělání, jeden respondent z Belgie uvedl PhD.titul.

Délka praxe v oblasti primární prevence

Tabulka č. 40 - Délka praxe respondentů

| <u>Respondenti</u> | <u>Délka praxe průměrně</u> |
|---------------------------|------------------------------------|
| Belgičané | - 12,1 let |
| Češi | - 6,7 let |

Belgičtí odborníci z mého vzorku měli takřka jednou tak dlouho praxi v oblasti prevence, než odborníci čeští. To by mohlo souviset s delší tradicí prevence v západních zemích.

1.5 Shrnutí empirických zjištění

V předcházející kapitole jsem uvedla názory a představy odborníků zabývajících se primární prevencí, které jsem v dílčích bodech rozebrala. V následující kapitole se pokusím o integraci těchto jednotlivých zjištění. Při integraci poznatků bude důraz kladen na témata, která byla těžištěm zkoumání, která bezprostředně souvisí s úvodní výzkumnou otázkou. Ta směřovala k identifikaci pojmu primární prevence a s tím souvisejících proměnných a specificky k identifikaci možných proměnných v primární prevenci určené pro minoritní skupiny obyvatel. Další perspektivou závěrečné integrace bude perspektiva možného odlišného či shodného pohledu belgických a českých odborníků na tyto otázky.

K vytyčení pojmu **primární prevence** se váže několik zásadních konceptů. Společnými koncepty pro české i belgické respondenty bylo vymezení dle cíle prevence, dle obsahu prevence a dle vymezení základních pojmů. Z odpovědí belgických respondentů se podařilo vyzískat další návrhy, a to vymezení dle koncepce, dle aktivit a časové vymezení. Z vymezení, které se váže k defi-

nici toho, co pod primární prevencí nepatří, by bylo možné od obou skupin odborníků přidat vymezení dle cílové skupiny a dle forem práce.

Pokud bychom integrovali zjištěné údaje pro vymezení pojmu primární prevence, za **stěžejní** lze považovat tyto **koncepty**:

- vytyčení cílů prevence
- vymezení základních pojmů, s nimiž se v primární prevenci operuje
- vytyčení obsahu prevence
- vymezení cílové skupiny
- vymezení aktivit v primární prevenci

Přidáme – li dodatečné informace, zmíněné jednou či druhou skupinou odborníků, lze pojem **doplnit** o tyto koncepty:

- vymezení koncepce primární prevence
- časové vymezení preventivních opatření
- forma práce

Při vymezování principů prevence jsem se setkala s tím, že řada konceptů a kategorií, se shodovala s kategoriemi uváděnými respondenty u vymezování obsahu primární prevence, jak je uvedeno již při dílčích rozborech jednotlivých témat. Zdá se tedy, že pracovníci v oblasti prevence příliš nerozlišují obsah a základní principy primární prevence.

Základní principy primární prevence definované oběma skupinami odborníků jsou tyto:

- koncepce prevence
- stěžejní charakteristiky prevence
- soubor určitých aktivit
- formy práce

Pro **doplnění** opět lze opět přidat koncepty zmíněné jednou či druhou skupinou odborníků, a to:

- cíle prevence
- zapojení kantorů do prevence
- prevenci realizuje preventivní pracovník s určitými osobnostními charakteristikami

Další oblasti zkoumání v souvislosti s primární prevencí byly zaměřeny na další informace vztahující se k realizaci konkrétního preventivního opatření.

Věkové ohraničení pro implementaci programů prevence variovalo u obou skupin odborníků od mateřské školy až po konec základní školy a začátek střední školy, přičemž konkrétní věk byl doplňován zaměřením preventivního programu. V obou skupinách bylo ponecháno různě široké pole individuálním potřebám určité věkové skupiny či určité preventivní intervence. K uvedení konkrétního věku se nechali otázkou v dotazníku svést spíše čeští respondenti, přičemž, jak je zmíněno výše, někteří z nich přidávali nutnost přizpůsobení věkové skupiny dle určitého konkrétního programu. Belgičtí odborníci odpovídali více neurčitě a apelovali na nutnost přihlédnout ke zvolené metodě. Jejich ochota k zobecňování byla výrazně menší než u českých respondentů.

Při preferenci **heterogenní či homogenní skupiny** z hlediska pohlaví postupovali čeští respondenti velmi jednotně s jasnou preferencí heterogenní skupiny. Ta převládala také v belgické skupině respondentů, avšak belgičtí pracovníci připouští častěji jiné cesty, a to na základě výzkumných studií. To by mohlo vycházet z převládající evropské tradice po programech určených pro homogenní skupinu dětí z hlediska pohlaví. I když ve zprávě Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA – Selected Issues, 2006) je již zmíněna vhodnost zařazení genderově specifických přístupů v prevenci. V americké literatuře se objevují ještě silnější hlasy prosazující prevenci odděleně pro dívky a pro chlapce (např. Schinke et al., 2008; Schinke, Schwinn, 2005; Tu et al., 2008).

Doporučovaná **délka programu** prevence se u obou skupin respondentů výrazně lišila. Čeští respondenti uváděli konkrétní údaje k délce programu, a to s uvedením délky jednoho bloku prevence, množstvím bloků v roce i celkově v rámci programu. Belgičtí respondenti v nadpoloviční většině zdůrazňovali nutnosti délku programu přizpůsobit jeho potřebám. K délce programů se v teoretické části vyjadřuje například Van der Kreeft (2005), který nedoporučuje příliš dlouhé programy prevence z toho důvodu, aby se stihly implementovat celé. Cuijpers (2002) specifikuje vhodnou délku programu na maximálně 10 vyučovacích hodin.

Tzv. „**booster session**“, neboli návazná sezení, by do programů prevence opět jednohlasně zařazovali čeští respondenti. U belgických tato varianta také převládala, avšak někteří respondenti byli proti, či pojem neznali, a proto se nevyjádřili. „Booster session“ mají tradici především v amerických programech, kde je hojně prosazováno jejich zařazení do programů prevence a je následně prokazována jejich efektivita (Botvin, Resnicow, 1993; Botvin, Griffin, 2007; Botvin et al., 2000; Botvin et al., 2001). V evropském prostředí se jejich přítomnost nepovažuje za zásadní pro efektivitu celkového programu (Cuijpers, 2002; Dijkstra et al., 1999).

Při posuzování **vhodných realizátorů** preventivních opatření došlo asi k největšímu názorovému nesouladu mezi belgickými a českými respondenti. Opět jednohlasná skupina českých respondentů považovala za vhodného realizátora jedinou osobu, a to odborníka, případně s připo-

jením další osoby. Belgickým respondentům se vhodnými jevila skupina osob, zpravidla odborníků, ale se silným zastoupením rodičů. Mohli bychom se tedy shodnout na osobě odborného pracovníka pro obě skupiny respondentů jako převažujícího, ve skupině českých respondentů jako jediného pracovníka, ve skupině belgických respondentů jako součást skupiny realizátorů. Vhodných realizátorů programů prevence se v zahraniční literatuře stručně dotýkají výzkumníci v tématech souvisejících s implementací programů prevence (např. Sy, Glanz 2008; Van der Kreeft, 2005; Cuijpers, 2003; Botvin, Griffin, 2007; Shek, Wai, 2008), kdy jsou zpravidla jako realizátoři programů zmínováni kantoři, důraz je však kladen na správnost implementace a školení realizátora, nikoliv na konkrétní osobu realizátora.

Efektivitu preventivních opatření je třeba dle pracovníků obou zastoupených skupin zkoumat.

Dalším předmětem zájmu jsou souvislosti vztahující se k primární prevenci pro minoritní skupiny obyvatel, kde jsem opět vycházela ze zkoumání vyjádření skupiny respondentů.

Představy pracovníků v prevenci o způsobu realizace **prevence pro děti z minorit**, ukázaly tyto **základní koncepty**, jimiž by se prevence měla řídit:

- *měla by být kulturně relevantní*
- *měla by brát v potaz jazykové aspekty*
- *měla by odkazovat k majoritě (v ní minorita žije, není žádoucí minoritu dále vydělovat)*

Na těchto konceptech se shodly obě skupiny respondentů, přičemž belgičtí respondenti dále zmínili zapojení rodičů do této prevence. Z celkových výsledků a doplňujících komentářů se zdá, že v názorech pracovníků v prevenci se neobjevuje nějaká vize zcela odlišné prevence pro děti z minorit, obě skupiny se snaží ji přiblížit prevenci pro děti z majorit. Odlišnými prvky by mělo být přidání kulturních obsahů a důležité je samozřejmě zajištění srozumitelnosti sdělovaného a jeho porozumění.

Prevence pro minority co nejvíce blízká prevenci pro majoritu je základním paradigma-tem výzkumu Jonese a jeho kolegů (2006). Dle těchto výzkumníků by každá práce v oblasti drog, od prevence až po léčbu, by měla být založena na hlavním proudu služeb, do nějž by mělo být zahrnuto co nejširší možné pole osob, tedy i osoby z minoritních skupin obyvatel. Zde tedy ukazují výsledky našeho výzkumu značnou názorovou shodu s tímto výzkumem. Respondenti mého výzkumu ještě zdůrazňují nutnost **přidání kulturních obsahů a porozumění** všech, kteří se preventivního programu účastní.

Kulturní obsahy a kulturní specifičnost programů prevence byla a je výzkumným zájmem řady autorů. Někteří z nich se zaměřují na znalosti kultury a kulturních proměnných v rozvoji užívání drog a získání porozumění kulturním procesům, které prevalenci užívání drog snižují (např. Castro, Alarcón, 2002; Haasen et al., 2005; Marsiglia et al., 2004). Jiní kladou důraz na kulturní senzitivitu programů prevence ve smyslu inkorporace etnických a kulturních charakteristik, norem, hodnot a vzorců chování do programů prevence (např. Resnicow et al., 2000). Tato dvě pojetí se však ukazují jako vzájemně propojené, neboť k tomu, abychom mohli do programů zařadit kulturně senzitivní obsahy, musíme získat znalosti kultury určité skupiny a kulturních proměnných, které se v prevalenci užívání drog v této skupině mohou odrážet. Problémem se zde jeví většinová multietnicita skupin dětí, v nichž realizujeme prevenci. Nejen že jsou zde namíchány děti z majority s dětmi z minorit, v této skupině může jít také o děti z různých minorit. Na to upozorňuje Johnson a kolegové (2005). Navrhují tedy zařazení multikulturně relevantních aktivit, které se u dětí budou zaměřovat na větší porozumění diverzitě (a podobnosti) hodnot a způsobů života v rámci jejich diverzitní vrstevnické skupiny i celého světa. Toto multikulturní kurikulum by obsahovalo informace o kulturních hodnotách a rizikových situacích v rozmanité kultuře, inkorporovalo by různé pohledy, které budou oslovovat širší spektrum cílové populace. Obecným doporučením Botvina a kolegů (1995, 2001) může být zařazení narativních metod (či povídání příběhů, mytických i současných) v doprovodu video ukázek, skupinové diskuze a hraní rolí. V případě skupiny nemíchané převažuje u většiny autorů vymezení konkrétní oblasti, na niž je prevenci vhodné zaměřit, a to dle konkrétního výzkumu, např. preventivní opatření mezi alochtonními skupinami obyvatel žijícími v Holandsku, by se mohla zaměřovat na očekávání ohledně alkoholu, vliv tureckých a marockých přátel a stres způsobený pocitem, že nejsem přijímán ve společnosti (Kotinga et al., 2006). Častým konkrétním doporučením u různých minoritních skupin především v USA je zaměření se na rozvíjení etnické identity (Wallace, Fisher, 2007; Marsiglia et al., 2004; Conreille, Belgrave, 2007). Za stěžejní se ukazuje snaha o co největší udržení dětí ve vzdělávacím systému (SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004; Wanigaratne et al. 2003; McCormack, Walker, 2005; Jones et al., 2006; Šotolová, 2008).

Jazykové porozumění se odráželo také v další zkoumané oblasti, která se zabývala **doporučeným jazykem pro realizaci** primární prevence pro děti z minorit. Čeští respondenti prosazovali v souladu s výše uvedeným bodem jazyk majority, belgičtí respondenti se přikláněli k vedení preventivní intervence oběma jazyky, nebo k jazyku minority.

První výše uvedený bod, zmiňující odlišnost či stejnost prevence pro děti z majority a z minority, byl rozšířen dalšími otázkami. Jednou z nich je **vhodnost oddělení dětí z majority a minority** při realizaci prevence. Čeští respondenti opět velmi shodně volili možnost děti neoddělovat, u

belgických respondentů tato možnost také převládala, avšak objevily se i názory podporující dělení dětí nebo spíše dělení dětí pouze na určité úseky preventivních opatření. Tendence neoddělovat děti je v souladu s evropskými doporučeními plynoucími z programu SEARCH (2002) a SEARCH II (2004), která to nedoporučují z důvodu další stigmatizace dětí v případě oddělování. Také Jones s kolegy (2006), jak jsem již uvedla výše, zdůrazňují prosazování univerzální primární prevence ve všech skupinách dětí, tedy také u dětí z minoritních skupin obyvatel.

V oblasti zkoumání, zda je vhodné, aby se **prevence pro děti z minorit odlišovala od prevence pro děti z majority**, se mi dostalo převažující odpovědi, že nikoliv. Avšak část respondentů volila možnost ano. Tato skupina byla větší u respondentů z Belgie než u respondentů z Čech, kde byl tento názor zastoupen ojedinele. Diskuse s literaturou na toto téma je uvedena výše.

Prevenční dětem z minoritních skupin obyvatel by měl **poskytovat** ideálně jedinec, odborník z majority, podle nadpoloviční většiny respondentů z Belgie a podle takřka poloviny respondentů z Čech, kteří stejně často prosazovali také přítomnost osoby z minority i z majority. Tento názor se vyskytl také u belgických respondentů, avšak ve výrazně menší míře. Dle německého výzkumníka, který se zabýval intervencemi u uživatelů drog z minoritních skupin, by měla být pomoc poskytována specialisty, kteří znají kulturní pozadí dané skupiny (Haasen et al., 2005).

Velmi zajímavou oblastí bylo zkoumání, zda **jsou děti z minorit ohroženější** a náchylnější k užívání návykových látek, než děti z majority. Pro podporu názoru, že děti z minority zranitelnější jsou, by mohla vyznívat výzkumná šetření, která popisují nesnáze imigrantů v hostitelských zemích (např. SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004; McCormack, Walker, 2005; Haasen et al., 2008; Haasen et al., 2005; Wanigaratne et al., 2003). Z těchto nesnází by se dalo usuzovat na možnou vyšší zranitelnosti těchto dětí k úniku k užívání drog, explicitně to takto ve výzkumech však pojmenováno není. Dle obou skupin respondentů pak tyto děti zranitelnější nejsou, přičemž tento názor sdílí výrazně více českých než belgických respondentů.

Co se týče **zkušeností respondentů** s konkrétní preventivní prací s dětmi z minorit, pak u obou skupin respondentů převažovala vyjádření, že tyto zkušenosti nemají. U belgických respondentů to byla mírně nadpoloviční většina, oproti českým respondentům, kde šlo téměř o většinu.

Pokusíme-li se o závěrečné shrnutí informací z výzkumné části, dostaneme tuto podobu primární prevence a specificky primární prevence pro děti z minorit:

Tabulka č. 41 - Závěrečné shrnutí konceptů vztahujících se k primární prevenci a primární prevenci pro minoritní skupiny dětí

| <u>Zkoumaná oblast</u> | <u>Převládající názor</u> | <u>Respondenti z Belgie</u> | <u>Respondenti z České republiky</u> |
|---|--|------------------------------------|---|
| Primární prevence | <p>Je třeba:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vytyčit cíle - Vymezit základní pojmy - Vymezit obsah - Vymezit cílovou skupinu - Vytyčit základní aktivity | | |
| Principy primární prevence | <p>Prevence:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Musí mít koncepci - Má určité stěžejní charakteristiky - Je souborem určitých aktivit - Používá určité formy práce | | |
| Věk vhodný pro realizaci programů prevence | <ul style="list-style-type: none"> - Individuální přizpůsobení dle věkové skupiny nebo konkrétního programu | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Skupina, v níž se program prevence realizuje | Heterogenní skupina | | |
| Délka programu prevence | | Individuální vymezení dle potřeb programu | Konkrétnější vymezení – jeden blok 45-90 min, 2-4 bloky ročně, 6-16 bloků celkem |
| Zařazení „booster session“ do programu prevence | Ano | | |
| Realizátoři programů prevence | | Skupina více osob – odborníci, „exuseři“, rodiče | Jedna osoba – odborník |
| Zkoumání efektivity programů prevence | Ano | | |
| Primární prevence pro minoritní skupiny dětí | Primární prevence pro minority by měla: <ul style="list-style-type: none"> - být kulturně relevantní - brát v potaz jazykové aspekty - odkazovat k majoritě (v níž minorita žije, není žádoucí minoritu dále vydělovat) | | |

| | | | |
|--|---------------------|-------------------------------------|--|
| Jazyk vhodný při realizaci prevence pro děti z minorit | | Oba jazyky, případně jazyk minority | Jazyk majority |
| Oddělení dětí z minority od dětí z majority | Ne | | |
| Odlišnost prevence pro děti z minorit od prevence pro děti z majority | Ne | - skupina odpovědí ano | |
| Poskytovatel prevence pro děti z minorit | Odborník z majority | | - zde se stejným množstvím odpovědí prosazujících přítomnost člena majority i minority |
| Větší ohroženost dětí z minorit ve srovnání s dětmi z majority | Ne | | |
| Zkušenosti odborníků s prevencí pro děti z minorit | Ne | | |

Do tabulky jsou vepsány převažující údaje u dané oblasti. Ty vycházely především ze společného pohledu obou zkoumaných skupin. V situaci, kdy se názory belgických a českých respondentů výrazně odlišovaly, pak jsem tyto názory uvedla zvlášť pro každou skupinu respondentů.

V obecném srovnání belgických a českých respondentů se dala pozorovat poměrně výrazná vágnost ve vyjadřování belgických respondentů v případě konkrétních dotazů na konkrétní informace, např. o délce programu. Zdá se, že Belgičané byli méně ochotni zaujmout nějaké jednotné stanovisko, podrobit svůj názor nějaké generalizaci a uvést konkrétní údaj. Dal by se z toho možná usuzovat větší akcent na individuální vzorce jednotlivých programů dle individuálních potřeb cílové skupiny. Podle mého názoru se v některých odpovědích odrážela také větší vázanost na západní odbornou literaturu, která se promítala do názoru jednotlivých odborníků. U kvalitativně hodnocených dotazů se u Belgičanů objevovalo důkladné rozpracování různých variant, úhlů pohledu apod.

V české skupině respondentů se vyskytovaly v některých otázkách jednotné odpovědi veškerých respondentů, kdy se celá skupina shodla na názoru na určitý problém. To se týkalo především otázek vztažených k problematice primární prevence pro děti z minorit. Zadané dotazy respondenti vyplňovali také s větším důrazem na mnou požadované informace, tedy více se snažili „vyhovět“ položené otázce. Snažili se co nejlépe generalizovat nějaký obecný přístup k problému, i když i zde se objevila nesouhlasná stanoviska některých respondentů, kteří si potřebu generalizace uvědomovali a nepovažovali ji za šťastnou. Avšak i přes tento nesouhlasný názor se o generalizaci pokusili. V odpovědích na zadané otázky se mi odrážely současné podoby prevenčních opatření jak je znám z praxe (realizace jedním odborníkem z externí organizace, homogenní skupina co se týče pohlaví i minorit, pokračování prevence v dalších ročnících školy), se zahrnutím také některých žádoucích změn (přítomnost kantora při realizaci prevence, atd.).

U belgických respondentů se mi dále jevila větší názorová roztržitost u jednotlivých respondentů, naproti tomu čeští respondenti se v řadě otázek shodli na jediném vyjádření. U respondentů z Belgie se také projevovala větší tendence preventivních programů zaměřených speciálně na prevenci pro děti z minorit. Rozdíly bylo možné spatřovat především v položce zkoumající jazyk, kde se respondenti zasazovali o oba jazyky či pouze jazyk minority, a také ve vyjádření, zda je potřeba odlišit primární prevenci pro děti z minorit od prevence pro děti z majority. Ač zde převládal názor, že odlišení potřebné není, poměrně výrazná skupina respondentů s tím nesouhlasila a prosazovala jej. Vysvětlením této skutečnosti by mohla být větší zkušenost Belgie s minoritními skupinami obyvatel s velmi odlišnou kulturou, z různých etnik a sociokulturních zázemí.

1.6 Zamyšlení nad tvorbou programů prevence a především programů zaměřených na děti z minorit

Na základě studia odborné literatury z teoretické části, výsledků zjištěných ve výzkumné části a vlastních praktických zkušeností, se v následující kapitole pokusím o zamyšlení nad proměnnými, které by měly vstupovat do preventivních opatření v rámci uvažování o programech primární prevence. Dále vymezím specifika spjatá s intervencemi zaměřenými na minoritní skupiny obyvatel.

Při počátečních úvahách o primární prevenci bychom se měli zaměřit na přemýšlení o “zastřešení“ primární prevence. Jako vhodná forma se mi jeví vymezení **koncepte** primární prevence. Oblast koncepte prevence se ukázala jako stěžejní ve výzkumném šetření v bodě 1.5.3 v praktické části. Téma koncepcí primárních prevencí v evropských zemích je zpracováno jako nadřazené dalším tématům v primární prevenci v kapitole 1.4 teoretické části, kde se opírám o studium relevantní literatury. S vymezením koncepte by v rámci teoretického uvažování před tvorbou samotného programu mohlo souviset především vysvětlení **pojmu**, s nimiž se v prevenci bude operovat, dále zvážení **časové dotace** programu a případné zařazení tzv. „**booster session**“ do programu. V oblasti vysvětlení základních pojmů byl v České republice učiněn výrazný krok, důležité pojmy prevence jsou popsány a vysvětleny v Metodickém pokynu MŠMT (2007).

Vytvoříme-li si koncepci primární prevence a vysvětlíme-li si užívané pojmy, můžeme postupovat k dalším oblastem. Ihned na počátku by mělo stát zamyšlení nad **cílů** našich snah, k čemu bychom se rádi skrze intervenci dostali, čeho bychom chtěli dosáhnout. Zde je nutné cíle definovat dle toho, o jakou prevenci půjde. Např. ve výše zmíněném Metodickém pokynu se hovoří obecně o primární prevenci sociopatologických jevů, lze se však zabývat také primární prevencí omezenou pouze na některou z oblastí sociopatologických jevů, např. na užívání návykových látek, což je stěžejním tématem této práce.

S cíly intervenčních snah by mohla asociovat další oblast, která vyžaduje při tvorbě programu velkou pozornost, a to je vymezení **cílové skupiny**. Měli bychom si tedy ujasnit, na koho bude naše intervence zaměřena. Pokud bychom zůstali u nejběžnějšího vzorce, pak může tímto vymezením být skupina dětí ve školním prostředí, kterou je však třeba dále konkretizovat. Než se posunu k souvislostem této konkretizace, je zde na místě zmínit možnost, či spíše nutnost jiného postupu, který má teoretickou podporu ve výzkumných zprávách (Sumnall et al., 2006; Peak, 2008; Cuijpers, 2003). Zamýšlená intervence by se měla odvíjet od konkrétní cílové skupiny a měla by být založena na vědeckém zkoumání týkající se této skupiny. Vymezení cílové skupiny by tedy mělo stát na počátku úvah o prevenci. Skupina by měla být daná a s ohledem na její specifika a v ideálním případě na zjištěné informace ohledně prevalence užívání drog v této skupině, bychom postupovali dále k tvorbě koncepte, pojmům a cílům.

V realitě si však tento postup dokážu představit s obtížemi. Byl by značně limitován náročností takového zjišťování o cílové skupině a zkoumání prevalence užívání drog v ní či dalších jiných souvislostí. V reálné situaci bychom se tedy mohli pokusit zvažování o cílové skupině zařadit za vytvořenou koncepci. Koncepce by určovala jakousi prvotní strukturu a formu preventivního programu. Poté by mohlo na řadu přijít zjišťování co největšího možného množství informací o cílové skupině. Na základě zjištěných informací by pak mělo dojít k adaptaci naší kostry na konkrétní skupinu a na její konkrétní potřeby. S vymezením cílové skupiny souvisí také **věk** jejích členů a případná **heterogenita nebo homogenita** jejích členů. V této souvislosti lze uvažovat o skupině heterogenní nebo homogenní dle pohlaví, nebo, jak bude důkladněji zmíněno níže, dle příslušnosti k minoritní skupině obyvatel nebo k majoritě.

Po vymezení těchto zásadních kroků můžeme přistoupit k řešení dalších proměnných, a to k vymezení **aktivit**, které v prevenci použijeme, vymezení **forem práce**, kterými budeme prevenci realizovat, či určení vhodného **realizátora** naší preventivní intervence včetně zajištění jeho dostatečného **proškolení** k realizaci programu. Bylo by vhodné také zamyslet se nad možnými způsoby **zkoumání efektivity** programu.

Shrneme-li uvedené do jednoduchého schématu, vypadá ve zkratce takto:

V ideálním případě:

CÍLOVÁ SKUPINA (se specifikací věku a pohlavní heterogenity či homogenity) → KONCEPCE

PREVENCE (časová dotace, pojmy, zařazení „booster session“) → CÍLE PREVENCE →

AKTIVITY, FORMY PRÁCE, REALIZÁTOR (+ jeho proškolení) → ZKOUMÁNÍ EFEKTIVITY

V reálné situaci:

KONCEPCE PREVENCE (časová dotace, pojmy, zařazení „booster session“) → CÍLOVÁ

SKUPINA (věk, pohlavní heterogenita či homogenita) → CÍLE PREVENCE → AKTIVITY,

FORMY PRÁCE, REALIZÁTOR (+ jeho školení) → ZKOUMÁNÍ EFEKTIVITY

Nyní přistoupíme ke specifikaci preventivního opatření se zvláštním akcentem na minoritní skupiny obyvatel. Obecná kostra se jeví jako vhodná také ve specifikaci prevence pro minoritní skupiny

obyvatel. Je však třeba věnovat bližší pozornost některým aspektům. Veškeré další uvažování o prevenci pro tuto skupinu obyvatel by se mělo odvíjet od **konkrétní cílové skupiny**. V této souvislosti je však třeba upozornit, jak zmiňují někteří autoři, že skupiny minoritních obyvatel jsou v různých zemích různé a také prevalence užívání drog je v nich různá (Šotolová, 2008; Moravec, 2006; SEARCH, 2002; SEARCH II., 2004). A v reálné situaci v našem prostředí jsou skupiny dětí ve škole (kde se prevence realizuje nejčastěji) tvořeny dětmi z majority i dětmi z různých minoritních skupin. Nutnost zjištění co nejvíce informací o dané skupině se tak jeví jako ještě urgentnější a zásadnější, ale také obtížnější. Na tomto místě se lze také zamyslet nad případnou vhodností skupinu dětí z minorit na preventivní intervenci oddělit od dětí z majority či případně další zařazení intervence pouze pro děti z minorit.

Od vymezení skupiny lze postupovat ke **koncepti primární prevence** pro tuto skupinu. Avšak i zde považuji za prakticky proveditelnější systém, kdy na koncepci bude navazovat vymezení skupiny. Za vymezením **cílů** musí následovat úvahy nad nutností **kulturní relevantnosti programu a jazykových aspektů**. Lze volit možnost jazyku minority, majority či obou skupin. Obzvláště v situaci, kdy by v jedné skupině (např. třídě), v níž má být prevence realizována, byly děti z více minoritních skupin obyvatel, pak se mi jeví jako nereálné zajistit mateřský jazyk každé minoritě přítomné v dané skupině. Za zmínku stojí také to, že jestliže jazyk minority není u jedince rozvíjen, obzvláště v mladším věku může upadat a není možné ani zde spoléhat na stoprocentní porozumění. Šotolová (2008) v této souvislosti zmiňuje zkušenost v Rakousku, kde je u dětí cizinců podporován a rozvíjen také jejich původní jazyk. To umožňuje další rozvoj dítěte. Podpora výuky mateřského jazyka a rozvíjení kultury země původu je podporována také našim školským zákonem v paragrafu 20, který se věnuje vzdělávání cizinců. Volba jazyka majority pro realizaci prevence by mohla mít několik opor. Jednou z nejdůležitějších by mohl být fakt, že jedinci z minority žijí v majoritě a porozumění jazyku majority je důležitým prvkem v jejich integraci do majority. Dalšími nezanedbatelnými důvody pro zařazení jazyka majority jako komunikačního jazyka při realizaci prevence může být ekonomičnost tohoto řešení a snazší realizovatelnost preventivní intervence. Zásadní by samozřejmě mělo zůstat porozumění. V situaci, kdy by zajištěno nebylo, prevence by ztrácela smysl. Pokud by se ve skupině objevily děti, které by měly s porozuměním jazyku majority problémy, lze přizvat tlumočnicka. Z původní kostry zůstává také důležitost vymezení **aktivit prevence, forem práce** a především vhodného **realizátora**, vhodné osoby, která by v takové skupině prevenci realizovala, včetně promyšlení jeho školení. Na tuto osobu by byl kladen zásadní požadavek, a to znalost norem a kultury přítomných dětí z minoritních skupin, v níž se bude prevence odehrávat. Také zde by se pozornost měla věnovat zkoumání **efektivity**.

Ve stručném schématu by uvedené proměnné byly zařazeny takto:

Ideální forma:

KONKRÉTNÍ SKUPINA → KONCEPCE PREVENCE → CÍLE PREVENCE → KULTURNÍ

RELEVANTNOST, JAZYKOVÉ ASPEKTY → AKTIVITY, FORMY PRÁCE, REALIZÁTOR (+

jeho školení) → ZKOUMÁNÍ EFEKTIVITY

Reálná forma:

KONCEPCE PREVENCE → KONKRÉTNÍ SKUPINA → CÍLE PREVENCE → KULTURNÍ

RELEVANTNOST, JAZYKOVÉ ASPEKTY → AKTIVITY, FORMY PRÁCE, REALIZÁTOR (+

jeho školení) → ZKOUMÁNÍ EFEKTIVITY

Moje představa o prevenci pro minoritní skupiny obyvatel se z hlediska komponent, jimiž se budeme zabývat a z hlediska pořadí, v jakém by tyto komponenty měly být řešeny, opírá o schéma uvedené výše. Některé body blíže rozebírat nebudu, neboť jejich specifikace by se musela odvíjet od konkrétního plánovaného programu prevence určitého fenoménu (jde o koncepci prevence, částečně cílovou skupinu, cíle prevence, zkoumání efektivity). U jiných bodů, majících obecnou platnost pro prevenci mezi minoritními skupinami obyvatel ve školním prostředí, se zastavím blíže (kulturní relevantnost, jazykové aspekty, realizátor). Konkrétní aktivity a formy práce by se pak také odvíjely od dalšího výzkumu, jak vysvětlím níže.

Za nejvhodnější pro primární **prevenci pro děti z minoritních skupin** obyvatel považuji snahu, aby se tato preventivní opatření **blížila** co nejvíce **preventivním opatřením pro děti z majority**. To také vzhledem k reálné situaci, kdy se prevence realizuje pro školní skupiny dětí, které jsou ve většině případů přirozeně složeny z dětí z majority a z dětí z minoritní skupiny obyvatel nebo z různých minoritních skupin obyvatel. Spojení dětí z majority a z minorit považuji za prostor k vzájemnému obohacování všech zúčastněných dětí, přičemž se nevyhýbám možnosti realizovat pro děti z minorit další nadstavbové programy, v případě potřeby. Preventivní opatření by měla vycházet z poznatků interkulturní psychologie a multikulturní výchovy, aby děti oslovovala obsahy s multikulturní tematikou, které budou relevantní v různých skupinách dětí z různých sociokulturních zázemí. To je v souladu s výzkumníky Johnsonem a jeho kolegy (2005).. Ovšem jak upozorňuje Resnicow s kolegy (2000), zajištění kulturní senzitivity programů je velmi obtížné, protože nevíme, jak by měla vypadat. Vymezení těchto kulturně relevantních aktivit by mělo být ovšem předmětem dalšího výzkumu Jako přínosné se

jeví také zahrnout do programu informace týkající se běžného vztahování se osob z majority k určitým drogám, především lékům, jak na to upozorňovali například výzkumníci v projektu „SEARCH“ (SEARCH, 2002; SEARCH II, 2004).

Program by měl být realizován **v jazyce majority**, ovšem pouze za plného porozumění všech zúčastněných dětí. V situaci, kdy by porozumění nebylo zajištěno, je třeba zajistit rodilého mluvčího či tlumočnicka z konkrétní minority.

Realizátorem programu by měl být **odborník**, bez ohledu na jeho příslušnost k majoritě či minoritě, který bude splňovat požadavky na výkon na této pracovní pozici. To by mělo být determinantou určující jeho vhodnost pro preventivní práci. Tento odborník by měl mít základní znalosti norem a kultury dětí přítomných ve skupině.

Snahou tvůrců preventivních opatření by tedy mělo být vytvoření takové metody, která bude uplatnitelná v různých skupinách dětí. Bude tedy obsahovat **kulturní obsahy**, které budou srozumitelné a pochopitelné pro různé skupiny dětí z různých kultur. Vydefinování těchto konkrétních kulturních obsahů by mělo být předmětem samostatného výzkumu. Myšlenkou, která má dle mého názoru prostor pro realizaci, je vytvoření jednotného kurikula, které by se případně odlišovalo v některých drobných aspektech s ohledem na skupinu, v níž by bylo realizováno. Příkladem prevence, která je dle autorů možná realizovat v různých kulturních zázemích, je projekt „Unplugged“. Toto kurikulum však není realizováno jako multikulturní kurikulum, jeho účinnost pro děti z minorit by zřejmě potřebovala další zkoumání.

Pokud by se prevence realizovala ve skupině složené výhradně z členů minority, bylo by zřejmě vhodné zachování jazyka minority i realizátora jako člena minority. Skupina složená pouze z členů minority by mohla být preferována také v případě, kdy skupina není dosažitelná běžnými preventivními cestami, jak to popisují například výzkumníci z Belgie při realizaci programu „Tuppercare“. V našich běžných podmínkách zatím převažují situace, kdy jsou děti z minorit smíchány s dětmi z majority a jejich oddělování by bylo spíše umělou segregací a dalším vydělováním. Umělé seskupování osob z určité minority k realizaci prevence nepovažuji za vhodné. Vhodnost zaměření se na „homogenní“ skupinu složenou z jedinců jedné minority, by mohlo být vhodné v přirozených podmínkách skupiny, v níž by se pak následně mohla realizovat nějaká další preventivní intervence, rozšiřující pole působnosti „mainstreamové“ prevence. Naší snahou by však mělo být co největší možné zapojení členů minority do hlavního proudu služeb a nevyčleňování těchto osob.

IV.) ZÁVĚR

V předkládané disertační práci jsem zpracovala tematiku primární prevence užívání návykových látek obecně a primární prevence užívání návykových látek pro minoritní skupiny obyvatel. Pokusila jsem se podat ucelený pohled na primární prevenci, později specifikované na prevenci pro minoritní skupiny obyvatel. Primární prevence užívání návykových látek je tématem, kterému je věnována velká pozornost. Také oblast minoritních skupin obyvatel je často skloňovaným tématem. Pokusila jsem se vyplnit prázdné místo ve zkoumání primární prevence určené specificky pro minoritní skupiny obyvatel.

Odborným přínosem této disertační práce by mělo být podání obrazu o přístupech a zásadách důležitých v primární prevenci, dále rozbor možných souvislostí mezi užíváním návykových látek a minoritními skupinami obyvatel s podrobným vysvětlením konceptu minoritních skupin obyvatel a témat s tím souvisejících. Za užitečné pokládám zpřístupnění a zhodnocení zahraničních i českých autorů, kteří se výzkumně zabývali problematikou primární prevence a prevence ve spojení s minoritami. Řadu literárních zdrojů jsem získala na stáži v Belgii, přičemž šlo o zdroje psané v anglickém i v holandském jazyce, z nichž některé v České republice dosud nejsou dostupné. Po stránce lidské jsem se snažila následovat myšlenku Kaliny a Béma (Kalina a kol., 2003), kteří zdůrazňují, že užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí. Oblast primární prevence se v České republice od dob komunismu posunula o kus dále, avšak stále považují za nezbytné ji dále zkoumat a rozvíjet. I když poslední výzkumy ukazují zlepšení situace v České republice v prevalenci užívání drog /viz např. studie ESPAD z roku 2007 ukazuje, že nárůst zkušeností s užíváním drog pozorovatelný v České republice od poloviny 90. let se zastavil, a to jak u konopných drog, tak i u ostatních nelegálních drog, např. extáze a halucinogenních hub (Hibell et al., 2009; EMCDDA, 2008; Csémy et al., 2008)/, přesto považují práci na zkoumání a rozšiřování postupů užívaných v prevenci za stále aktuální a velmi potřebnou.

V tomto smyslu jsem přesvědčena, že má disertační práce splnila svůj účel. Ukázala, jaké proměnné je při výstavbě programů primární prevence pro minoritní skupiny obyvatel třeba sledovat a jaké koncepty se v této souvislosti mohou při uvažování nad prevencí objevovat. Za stěžejní pohled na primární prevenci vnímám pohled skrze cílovou skupinu, pro niž chceme prevenci realizovat. Od ní by se měly odvíjet veškeré další aktivity na tomto poli. V souvislosti s tím se ukázalo další prázdné místo na výzkumném poli, kterým je třeba se zabývat, a to je vymezení obsahů s multikulturní tematikou, o která se lze v programech primární prevence opřít. Mělo by jít o takové aktivity, které budou multikulturně relevantní pro děti z různých minoritních skupin i pro děti z majority, a budou v sobě integrovat informace o kulturách, hodnotách, normách a zvycích různých společenství a kultur tak, abychom oslovovali široké spektrum dětí pocházející z těchto různých kultur. Linie, která se zde táhne v souvislosti s minoritními skupinami obyvatel, je linie integrace, snažící se o co největší zapojení dětí

do života majority a současně o co nejmenší segregaci, vylučování či stigmatizaci těchto dětí. Samozřejmostí je však zachování jejich původní kulturní identity, jejíž rozvíjení je třeba podporovat.

Práce je výsledkem mého několikaletého teoretického i praktického zabývání se tématem drog a primární prevence užívání drog. V závěrech práce podávám základní tematické okruhy, o které se lze, při zabývání se primární prevencí užívání návykových látek a specificky primární prevencí užívání návykových látek mezi minoritními skupinami obyvatel, opírat.

V průběhu zpracovávání disertační práce a doktorského studia obecně pro mě byla mimořádně obohacující možnost navázání spolupráce se zahraničními odborníky na tuto problematiku, která úzce souvisí s roční doktorandskou stáží, kterou jsem absolvovala v Belgii. Zde jsem se také seznámila s řadou zařízení a konkrétní prací na poli prevence užívání drog, pobyt mi však umožnil také kontakt se zahraniční literaturou, z níž některá (zejména psaná v nizozemštině) v České republice není dostupná nebo je obtížně získatelná. Následné zpracovávání disertační práce přispělo k hlubšímu vhledu do problematiky prevence užívání návykových látek se zasazením do širších kontextů, které se váží k zahraničním zkušenostem. Psaní disertační práce ve mně podporovalo zvědavost a výzkumné nadšení v situacích, kdy se otvíraly různé další problémy, které by bylo možné výzkumně řešit, také mě ale školilo v potřebné sebekázni a sebedisciplíně, bez níž nelze práci dostatečně důkladně zpracovat.

V.) SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Akademický slovník cizích slov*. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. (Eds.) Praha: Academia, 2001. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.

2. ALLEN, M., DONOHUE, W.A., GRIFFIN, A., RYAN, D., TURNER, M.M. Comparing the influence of parents and peers on the choice to use drugs: A meta-analytic summary of the Literature. *Criminal justice and behavior*, Volume 30, No. 2, 2003. s. 163-186. ISSN 0093-8548.

3. BARKIN, S.L., SMITH, K.S., DURANT, R. H. Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of adolescent health*, 30, 2002. s. 448-454. ISSN 1054-139X.

4. BEAL, A.C., AUSIELLO, J., PERRIN, J.M. Social Influences on Health-Risk Behaviors Among Minority Middle School Students. *Journal of Adolescent Health*, 28, 2001. s. 474-480. ISSN 1054-139X.

5. BOTVIN, G.J., SCHINKE, S.P., EPSTEIN, J.A., DIAZ, T., BOTVIN, E.M. Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescent – 2 year follow-up results. *Psychology of addictive behaviors*, Vol. 9, No. 3, 1995. s. 183 - 194. ISSN 0893-164X.

6. BOTVIN, G.J. Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive behaviors*, Vol. 25, No 6, 2000. s. 887 – 897. ISSN 0306-4603.

7. BOTVIN, G.J., EPSTEIN, J.A. Media resistance skills and drug skill refusal techniques: What is their relationship with alcohol use among inner-city adolescents? *Addictive behaviors*, 33, 2008. s. 528 - 537. ISSN 0306-4603.

8. BOTVIN, G.J., GRIFFIN, K.W., DIAZ, T., IFILL-WILLIAMS, M. Preventing binge drinking during early adolescence: One- and two- year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of addictive behaviors*, Vol. 15, No. 4, 2001. s. 360 – 365. ISSN 0893-164X.

9. BOTVIN, G.J., GRIFFIN, K.W. School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International review of psychiatry*, 19(6), 2007. s. 607-615. ISSN 0954-0261.

10. BOTVIN, G.J., GRIFFIN, K.W., DIAZ, T., SCHEIER, L.M., WILLIAMS, CH., EPSTEIN, J.A. Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive behaviors*, Vol. 25, No. 5, 2000. s. 769-774. ISSN 0306-4603.
11. BOTVIN, G.J., RESNICOW, K. School-based substance use prevention programs: why do effects decay? *Preventive medicine*, 22, 1993. s. 484-490. ISSN 0091-7435.
12. BOTVIN, G.J., GRIFFIN, W.K., NICOLS, T.R., DOYLE, M.M. Effectiveness of an universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Preventive medicine*, 36, 2003. s. 1-7. ISSN 0091-7435.
13. BOTVIN, G.J., DUSENBURY, L., BAKER, E., JAMES-ORTIZ, S., BOTVIN, E.M., KERNER, J. Smoking prevention among urban minority youth: assessing effects on outcome and mediating variables. *Health psychology*, 11(5), 1992, s. 290-299. ISSN 0278-6133.
14. BOTVIN, G.J., BOTVIN, E.M. Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empiric findings, and assessment issues. *Developmental and behavioral pediatrics*, Vol. 13, No. 4, 1992. s. 290-301. ISSN 0196-206X.
15. BOTVIN, G.J., KANTOR, L.W. Preventing alcohol and tobacco use through Life skills training. *Alcohol research and health*, Vol. 24, No. 4, 2000. s. 250-257. ISSN 0090-838X.
16. BOTVIN, G.J., BAKER, E., DUSENBURY, L., TORTU, S., BOTVIN, E.M. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 58, No. 4, 1990. s. 437-446. ISSN 0022-006X.
17. BOUKBIR, M. *Tuppercare: voorlichting aan huis bij allochtone vrouwen*. Hasselt: CAD, 2005. 16 s.
19. **BUHLER, A., SCHRODER, E. SILBEREISEN, R.K.** The role of life skills promotion in substance abuse prevention: a mediation analysis. *Health education research*, Vol. 23, No. 4, 2008. s. 621-632. **ISSN** 0268-1153.

20. BURKHART, G. Drogen im blickpunkt, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lisabon: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2002. ISSN 1681-6323.
21. BURKHART, G., HILLEBRAND, J. Resource tool for using evidence-based prevention and evaluation in practice. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol 15(4), 2008. s. 424-428. ISSN 0968-7637.
22. CAPLAN, M., WEISSBERG, R.P., GROBER, J.S., SIVO, P.J., GRADY, K., JACOBY, C. Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 60. No 1, 1992. s. 56-63. ISSN 0022-006X.
23. CASTRO, F.G., ALARCÓN, E.H. Integrating cultural variables into drug abuse prevention and treatment with racial/ethnic minorities. *Journal of Drug Issues*, Vol. 32, Issue 3, 2002. s. 783-810. ISSN 0022-0426.
24. CORNEILLE, M.A., BELGRAVE, F.Z. Ethnic identity neighborhood risk, and adolescent drug and sex attitudes and refusal efficacy: the urban African American girl experience. *Journal of Drug Education*, Volume 37, Number 2, 2007. s. 177-190. ISSN 0047-2379.
25. CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P., SADÍLEK, P. *ESPAD 07: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008.
26. CUIJPERS, P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors* 27, 2002. s. 1009-1023. ISSN 0306-4603.
27. CUIJPERS, P. Three decades of drug prevention research. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 10, No.1, 2003. s. 7-19. ISSN 0968-7637.
28. Český statistický úřad. *Cizinci v České republice 2008*. Praha: Český statistický úřad, 2008. ISBN - 80-250-1836-1.

29. DIJKSTRA, M., MESTERS, I., DE VRIES, H., VAN BREUKELEN, G., PARCEL, G.C. Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health education research*, Vol. 14, No. 6, 1999. s. 791-802. ISSN 0268-1153.
30. EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (LAMKADDEM, B. (Eds.) *2008 National report (2007 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point – „Belgium“ – New developments, Trends and In-depth information on Selected Issues*. Brussels: EMCDDA, 2008.
31. EMCDDA - Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva za rok 2008 – Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad na úřední tisky Evropských společenství, 2008. ISBN 978-92-9168-320-8.
32. EMCDDA - Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva za rok 2005 – Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad na úřední tisky Evropských společenství, 2005. ISBN 92-9168235-7.
33. EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Annual report 2006 – Selected issues*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communitis, 2006. ISBN 92-9168-250-0.
34. FAGGIANO, F., RICHARDSON, C., BOHRN, K., GALANTI, M.R. A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-Dap design and study population. *Preventive Medicine*, 44, 2007. s. 170-173. ISSN 0091-7435.
35. FAGGIANO, F., BOHRN, K., GALANTI, M. R., BURKHART, G., VIGNA-TAGLIANTI, F., CUOMO, L., FABIANI, L., PANELLA, M., PEREZ, T., SILIQUINI, R., VAN DER KREEFT, P., VASSARA, M., WIBORG, G. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 47, 2008. s. 537-543. ISSN 0091-7435.
36. FAGGIANO, F., VIGNA-TAGLIANTI, F., VERSINO, E., ZAMBON, A., BORRACCIONO, A., LEMMA, P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive medicine*, 45, 2008. s. 385-396. ISSN 0091-7435.

37. FEDAČKO, R. Drogová politika SR – sociologická reflexia diskurzu a metód. *Sociológia* 38, č. 2, 2006. s. 127-149. ISSN 0049-1225.
38. FLYNN, B.S., WORDEN, J.K., SECKER-WALKER, R., PIRIE, P.L., BADGER, G.J., CARPENTER, J.H. Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: effects 2 years after completion. *American journal of public health*, Vol. 84, No. 7, 1994. s. 1148 – 1150. ISSN 0090-0036.
39. GEIST, B. *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář, 2000. 425 s. ISBN 80-86226-07-7.
40. GLANZ, K., LUNDE, K.B., LEAKEY, T., MADDOCK, J., KOGA, K., YYMAUCHI, J., MASKARIENC, G., SHIGAKI, D. Activating multi-ethnic youth for smoking prevention: design, baseline findings and implementation of project SPLASH. *Journal of cancer education*, 22:1, 2007. s. 56-61. ISSN 0885-8195.
41. GRAVES, K.N., FERNANDEZ, M.E., SHELTON, T.L., FRABUTT, J.M., WILLIFORD, A.P. Risk and protective factors associated with alcohol, cigarette, and marijuana use during adolescence. *Journal of youth and adolescence*, Vol. 34, No. 4, 2005. s. 379 - 387. ISSN 0047-2891.
42. HAASEN, CH., SINAA, M., REIMER, J. Alcohol Use Disorder Among Afgan Migrants in Germany. *Substance Abuse*, Volume 29, Number 3, 2008. s. 65 - 71 ISSN 0889-7077
43. HAASEN, CH., RANGUE, A., BLATTER, A. & REIMER, J. Die Situation von russischsprachigen Drogen-abhängigen in Hamburg aus Expertensicht. *Sucht*, Volume 51, Number 6, 2005. s. 349 - 351.
44. HADJ MOUSSOVÁ a kol. *Pedagogicko psychologické poradenství I. Vybrané problémy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2005. 207 s. ISBN 80-7290-215-6.
45. HAVLÍK, R., HALÁSZOVÁ, V., PROKOP, J. *Kapitoly ze sociologie výchovy*. Praha: Pedagogická fakulta univerzity Karlovy, 1996. 109 s. ISBN 80-86039-10-2.
46. HEJKRLÍKOVÁ, J., FOUS, J., LAKATOŠOVÁ, M. *GROFO – Metodika k filmu*. Praha: UNHCR – The UN Refugee Agency, 2003.

47. HELUS, Z. *Úvod do sociální psychologie*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2001. 194 s. ISBN 80-7290-054-4.
48. HIBBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASON, T., AHLSTROM, S., BALAKIREVA, O., KOKKEVI, A., MORGAN, M. *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou group, 2004. ISBN 91-7278-103-3.
49. HIBBELL, B., GUTTORMSSON, U., AHLSTROM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., KRAUS, L. *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009. ISBN 978-91-7278-219-8.
50. International Bulletin. *The school health and alcohol harm reduction project (SHAHRP)*. Perth: NDRI – National drug research institute, October 2008.
51. IVES, R. Editorial: Drug prevention and cultural adaptation. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 6, No. 3, 1999. ISSN 0968-7637.
52. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
53. JEDLIČKA, R., KLÍMA, P., KOŤA, J., NĚMEC, J., PILAŘ, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0.
54. JELÍNEK, M., KVĚTOŇ, P., VOBOŘIL, D., BLATNÝ, M., HRDLIČKA, M. Vrstevnická konformita jako faktor rizikového chování mladistvých: struktura, zdroje, dopady. *Československá psychologie*, ročník L, číslo 5, 2006. s. 393-404. ISSN 0009-062X.
54. JOHNSON, C.A., UNGER, J.B., RITT-OLSON, A., PALMER, P.H., CEN, S.Y., GALLAHER, P., CHIN-PONG, CH. Smoking prevention for ethnically diverse adolescents – 2 years outcomes of a multicultural, school-based smoking prevention curriculum in Southern California. *Preventive medicine*, 40, 2005. s. 842-852. ISSN 0091-7435.

55. JONES, L., SUMNALL, J., BURRELL, K., MCVEIGH, J., BELLIS, M.A. *Universal Drug Prevention*. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention, 2006. ISBN 1-902051-84-X.
56. JURYSTOVÁ, L., GABRHELÍK, R., MIOVSKÝ, M. Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie*, (9) 1, 2009. s. 10-19. ISSN 1213-3841.
57. KALINA a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 343 s. 2003. ISBN 80-86734-05-6.
58. KIŠŠOVÁ, L. Česká protidrogová politika a její koordinace. Historie a současnost. *Zaostřeno na drogy 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISSN 1214-1089.
59. Kolektiv autorů. *Vybrané termíny primární prevence*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2007. 21 s.
60. KOTINGA, A., EIJDEN, R.J.J.M., BOSVELD, W., GARRETSEN, H.F.L. Religion, cultural and social cognitive correlates of alcohol use among Turks and Moroccans in The Netherlands. *Addiction Research&Theory*. Volume 14, Number 4, 2006. s. 423-430. ISSN 1606-6359.
61. LEJČKOVÁ, P. Primární prevence užívání látek. Základní principy a efektivní programy. *Zaostřeno na drogy 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. ISSN 1214-1089.
62. LEJČKOVÁ, P., ČERNÝ, M. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2007. ISSN 1214-1089.
63. LOMBAERT, G. *Risico- en protectieve factoren in verband met middelengebruik. Onderzoek bij 14- tot 18-jarige scholieren in de provincies West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Zeelane* [online]. Gent: De Sleutel, 2005. Dostupné z URL: <www.desleutel.be/files/onderzoeksrapporteuregio.pdf>
64. MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.
65. MAES, L., LIEVENS, J. Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social science & medicine*, 56, 2003. s. 517-529. ISSN 0277-9536.

66. MARSIGLISA, F.F., KULIS, S., HECHT, M.L., SILLS, S. Ethnicity and ethnic identity as predictors of drug norms and drug use among preadolescents in the US Southwest. *Substance use&misuse*, Vol. 39, No 7, 2004. s. 1061-1094. ISSN 1082-6084.
67. MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence. Možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha: Portál, 2003. 340 s. ISBN 80-7178-771-X.
68. MC CORMACK, M., WALKER, R. Drug prevention for young asylum seekers and refugees – A review of current knowledge. London: Mentor, 2005. 26 s.
69. MC GRATH, Y., SUMNALL, H., MC VEIGH, J., BELLIS, M. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací. Nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 70 s. ISBN 978-80-87041-16-1.
70. MIOVSKÝ, M. Drogy nelze vymýtít. *Psychologie dnes*, č. 4, 2004. s. 33-34. ISSN 1211-5886.
71. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 8024713624.
72. MORAVEC, Š. Negativní důsledky etnické definice sociálního vyloučení romských populací. In JAKOUBEK, M., HIRT, T. (Eds.) *Romové v osidlech sociálního vyloučení*. Praha: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006, roč.1. s. 81 – 90. 414 s. ISBN 80-86898-76-8.
73. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ŠKRDLANTOVÁ, E., MIOVSKÁ, L., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J. *2008 National report (2007 data) to the EMCDDA by the Reitox Nation Focal Point – THE CZECH REPUBLIC New Development, Trends and in-depth information on selected issues*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 149 s. ISBN 978-80-87041-46-8.
74. MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Praha: MŠMT, 2007.

75. MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009-2012*. Praha: MŠMT, 2009.
76. MUYS, M. Dissertation - Substance use among migrants: the case of Iranians in Belgium. Gent: University Gent, 2008. 179 s.
77. NEPUŠTIL, P., ZAJDÁKOVÁ, S. *Problémové užívání nelegálních drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí: Závěrečná zpráva z výzkumu*. Brno: Malá akademie rozvoje, integrace a spolupráce (MARISA), Sdružení Podané ruce a Institut pro výzkum reprodukce a integrace společnosti, 2007.
78. NOENS, L. „De Kiem“ informeert Turkse en Maghrebijnse ouders. *Drugvrij Therapeutisch Programma*. Jaargang 16, Nr. 3., 2008. s. 3 – 5.
79. NOENS, L. *Preventie-en hulpverleningsaanbod aan allochtonen met druggebruikende kinderen*. Gent: Vzw De Kiem, 2008. 76 s.
80. NOVÁKOVÁ, D. Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 200-306. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
81. PAEK, H. J. Moderating roles of primary social influences in the relationship between adolescent self-reported exposure to antismoking messages and smoking intention. *Health communication*, 23: 6, 2008. s. 526 – 537. ISSN 1041-0236.
82. PARSAI, M., VOISIONE, S., MARSIGLIA, F.F., KULIS, S., NIERI, T. The protective and risk effects of parents and peers on substance use, attitudes, and behaviors of Mexican and Mexican American female and male adolescents. *Youth&Society*, 40, 2009. s. 353-376. ISSN 0044-118X.
83. PAVLÍKOVÁ, E. Jak přežít neregulární migraci – příklad ukrajinských pracovních migrantů. In POLANSKÁ, J., KADLECOVÁ, M. (Eds.) *Neregulární pobyt cizinců v ČR: Problémy a jejich řešení*. Praha. Praha: Člověk v tísni, Multikulturní centrum Praha, Organizace pro pomoc uprchlíkům, Poradna pro uprchlíky, 2008. s. 28 – 31. 116 s.

84. PLESTED, B., SMITHAM, D.M., JUMPER-THURMAN, P., OETTING, E.R., EDWARDS, R.W. Readiness for drug use prevention in rural minority communities. *Substance use & misuse*, 34 : 4, 1999. s. 521-544. ISSN 1082-6084.
85. PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie*. Praha: Portál, 2007. 220 s. ISBN 978-80-7367-280-5.
86. Rada Evropské unie. *Protidrogová strategie EU na období 2005-2012*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. 27 s. ISBN 80-86734-64-1.
87. RESNICOW, K., SOLER, R., BRAITHWAITE, R.L. Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of community psychology*. Vol. 28, No. 3, 2000. s. 271-290. ISSN 0090-4392.
88. ROZUMKOVÁ, P., BURDOVÁ-HRADEČNÁ, P. Výsledky výzkumu mezi neregulárními migranty. In POLANSKÁ, J., KADLECOVÁ, M. (Eds.) *Neregulární pobyt cizinců v ČR: Problémy a jejich řešení*. Praha: Člověk v tísni, Multikulturní centrum Praha, Organizace pro pomoc uprchlíkům, Poradna pro uprchlíky, 2008. s. 55 – 60. 116 s.
89. SAFER, L.A., HARDING, C.G. Under pressure program: Using live theatre to investigate adolescents attitudes and behavior related to drug and alcohol abuse education and prevention. *Adolescence*, Spring, Vol. 28, Issue 109, 1993. s. 135-142. ISSN 0001-8449.
90. SCHINKE, S., FANG, L., COLE, C.C.A. Substance use among early adolescent girl: Risk and protective factors. *Journal of adolescents health*, 43, 2008. s. 191-194. ISSN 1054-139X.
91. SCHINKE, S., SCHWINN, T. Gender-specific computer-based intervention for preventing drug abuse among girls. *The American journal of drug and alcohol abuse*, No 31, 2005. s. 609-616. ISSN 0095-2990.
92. *SEARCH - Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylnewerber und Illegale Einwanderer – Ein Handbuch*. Munster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2002. 130 s.
93. *SEARCH II. Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylnewerber und Illegale Einwanderer*. Munster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2004. 212 s.

94. SHEK, D.T.L., WAI, C.L.I. Training workers implementing adolescent prevention and positive youth development programs: what have we learned from the literature? *Adolescence*, Vol. 43, No. 172, 2008. s. 823-841. ISSN 0001-8449.
95. SKALÍK, I. Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
96. SOLLÁROVÁ, E. Socializace. In VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (Eds.) *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
97. SUMNALL, H., MC GRATH, Y., MC VEIGH, J., BURRELL, K., WILKINSON, L., BELLIS, M. *Drug use prevention among young people. Evidence into practise briefing*. London: National institute for health and clinical excellence, 2006. 25 s. ISBN 1-84629-085-6.
98. SY, A., GLANZ, K. Factors influencing teachers implementation of an innovative tobacco prevention curriculum for multiethnic youth: Project SPLASH. *Journal of school health*, May, Vol. 78, No. 5, 2008. s. 264 – 273. ISSN 0022-4391.
99. ŠIŠKOVÁ, T. (Eds.) *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 2008. 273 s. ISBN 978-80-7367-182-2.
100. ŠOTOLOVÁ, E. *Vzdělávání Romů*. Praha: Karolinum, 2008. 123 s. ISBN 978-80-246-1524-0.
101. ŠRAHŮLKOVÁ, K. Tuppercare – drogová prevence určená pro minoritní skupiny obyvatel žijících v Belgii. *Adiktologie*, 2009 (9) 3, s. 153-155. ISSN 1213-3841.
102. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
103. TU, A.W., RATNER, P.A., JOHNSON, J.L. Gender Differences in the Correlates of Adolescents 'Cannabis Use. *Substance use and Misuse*, 43, 2008. s. 1438-1463. ISSN 1082-6084.

104. UNGER, J.B., CHIN-PING, CH., PALMER, P.H., RITT-OLSON, A., GALLAHER, P., CEN, S., LICHTMAN, K., AZEN, S. Project FLAVOR: 1-Year outcomes of a multicultural, school-based smoking prevention curriculum for adolescents. *American Journal of Public Health*, Vol. 94, No. 2, 2004. s. 263-265. **ISSN** 0090-0036.
105. VÁGNEROVÁ, M., HADJ MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2000. 230 s. ISBN – 80-7184-929-4.
106. VAN DER KREEFT, P., WIBORG, G., GALANTI, M.R., SILIQUINI, R., BOHRN, K., SCATINGA, M., LINDAHL, A.M., MELERO, J.C., CÉSARA, M., FAGGIANO, F. „Unplugged“: A new European school programme against substance abuse. *Drugs? Education, prevention and policy*, 16(2), 2009. s. 167-181. ISSN 0968-7637.
107. VAN DER KREEFT, P. *Evidence based preventie van druggebruik en verslaving in de werking van De Sleutel* [online]. Gent: De Sleutel, 2005. Dostupné z URL: <www.desleutel.be/files/evidence_based_sleutel.pdf>
108. VAN DER STEL, J. (Eds.) *Handbook prevention. Alcohol, drugs and tobacco*. Groede: Pompidou Group –Council of Europe and Jellinek Consultancy, 1998. 173 s. ISBN 90 74037 08 9.
109. VAN DER STEL, J. *Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2004. 346 s. ISBN 9789023239529.
110. VANDERPLASSCHEN, W., DE BOURDEAUDHUIJ, I., & VAN OOST, P. Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation-study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 2002. s. 10-21. ISSN 1022-6877.
111. VRIES, H., MUDDE, A., LEIJS, I., CHARLTON, A., VARTIAINEN, E., BUIJS, G., CLEMENTE, M.P., STORM, H., NAVARRO, A.G., NEBOT, M., PRINS, T., KREMERS, S. The european smoking prevention framework approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health education research*, Vol.18, No. 5, 2003. s. 611-626. ISSN 0268-1153.
112. WANIGARATNE, S., DAR, K., ABDULRAHIM, D., STRANG, J. Ethnicity and drug use: exploring the nature of particular relationships among diverse population in the United Kingdom. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol 10. No 1, 2003. s. 39-55. ISSN 0968-7637.

113. WALLACE, S.A., FISHER, C.B. Substance use attitudes among urban black adolescents: The role of parent, peer, and cultural factors. *Youth adolescence*, 36, 2007. s. 441-451. ISSN 0047-2891.

114. WANG, M.Q., FITZHUGH, E.C., WESTERFIELD, R.C., EDDY, J.M. Family and peer influences on smoking behavior among american adolescents: An age trend. *Journal of adolescent health*, 16, 1995. s. 200-203. ISSN 1054-139X.

115. *Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů.* Sbírka zákonů ročník 2001, ze dne 2.8.2001, Parlament České republiky.

116. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).* Sbírka zákonů ročník 2004, rozeslána dne 10.11.2004, Parlament České republiky.

117. *Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů.* Sbírka zákonů ročník 1999, ze dne 23.12.1999, Parlament České republiky.

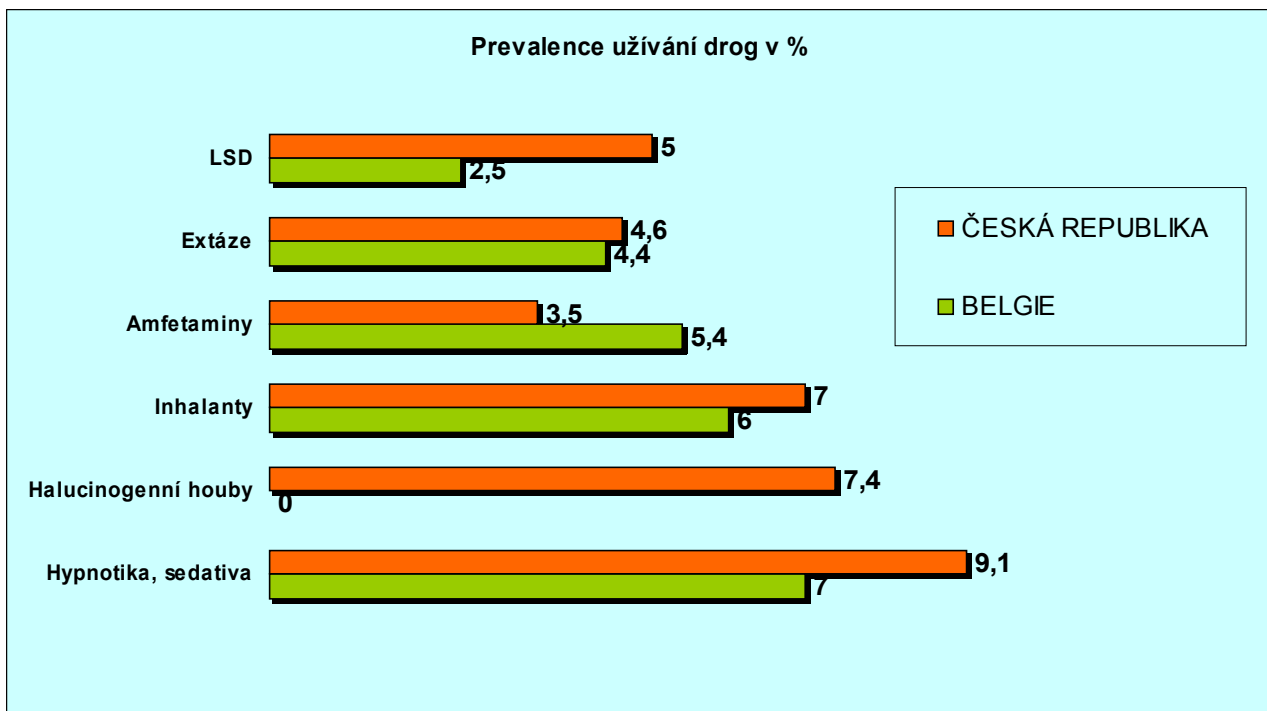
118. ZELOVÁ, A. Mezikulturní psychologie. In VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (Eds.) *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

VI.) PŘÍLOHY:

Příloha č. 1) – Společenství v Belgii dělené dle jazykového principu:



Příloha č. 2) – Srovnání prevalence užívání drog v Belgii a v České republice dle ESPAD studie z roku 2007 realizované mezi 15-16 letými studenty



Příloha č. 3) – Plné znění dotazníku

1. Co je dle Vás primární prevence, co do ní patří?
2. Co do oblasti primární prevence nepatří?
3. Co považujete za základní principy primární prevence?
4. V jakém věku je dle Vás nejlepší realizovat programy primární prevence?
5. Myslíte si, že je užitečnější zachovat skupinu heterogenní nebo poskytovat prevenci zvlášť dívkám a zvlášť chlapcům? Proč?
6. Jak dlouhý by dle Vás měl být program primární prevence?
Délka jednoho sezení-
Časová náročnost a rozvržení ve školním roce-
Celková délka programu-
7. Zařadili by jste po realizaci bloku primární prevence tzv. podpurná sezení (booster session, tedy sezení realizovaná s odstupem po samotné prevenci na podporu působení programu)? Pokud ano, po jak dlouhé době? Jaká by zde byla časová dotace?
8. Kdo by měl prevenci poskytovat?
9. Považujete za důležité zkoumat efektivitu programů prevence? Pokud ano, proč?
Zabývá se ve Vaší zemi někdo / instituce / efektivitou preventivních programů?
10. Máte zkušenosti s primární prevencí zaměřenou na děti z minoritních skupin obyvatel?
11. Myslíte si, že by se primární prevence měla u těchto skupin dětí lišit od prevence realizované mezi dětmi z majoritního obyvatelstva? Pokud ano, proč?

12. Jak si představujete prevenci určenou pro děti z minorit?
13. V jakém jazyce by se měla odehrávat, v jazyce minority či majority? Proč?
14. Měly by při této prevenci být děti z minorit odděleny od majorit? Proč?
15. Kdo by měl prevenci poskytovat těmto dětem? Měl by to být „člověk z jejich skupiny“, realizátor z minority nebo z majority? Proč?
16. Souhlasíte s názorem, že děti z minoritních skupin obyvatel jsou ohroženy nebezpečími návykových látek více, než děti z majoritního obyvatelstva? Proč?
17. Jaké je Vaše pohlaví?
18. Kolik je Vám let?
19. Jaká je Vaše profese?
20. Jaké je Vaše vzdělání?
21. Jak dlouho pracujete v oblasti primární prevence?