

UNODC



# Mezinárodní standardy prevence užívání drog







# Mezinárodní standardy prevence užívání drog

Tato publikace je překladem prvního vydání zprávy „International Standards on Drug Use Prevention“, která byla v angličtině publikována UNODC v roce 2013.

Autor původního vydání/  
© UNODC, 2013

© Vydal Úřad vlády České republiky, 2014  
1. vydání v jazyce českém  
ISBN 978-80-7440-097-1

Překlad/ Mgr. Jiří Bareš

Editor a odpovědný redaktor českého vydání/  
Mgr. Lucie Grolmusová

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

## Poděkování

UNODC chce vyjádřit své poděkování všem následujícím subjektům a osobám za jejich neocenitelný přínos při vzniku těchto standardů:

Vládě Norského království za víru v tento projekt a jeho podporu a vládám Švédska a Finska za poskytnutí dalších potřebných prostředků;

Vládě Italské republiky za poskytnutí prostředků k budoucímu šíření těchto standardů;

Kanadskému centru pro otázky užívání návykových látek (Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA) za jeho iniciativu při navazování prvotních kontaktů s mezinárodními partnery v zájmu rozpracování jeho vlastních standardů do materiálu s celosvětovou platností;

Evropskému mezinárodnímu centru pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) za poskytnutí odborných konzultací ve všech fázích procesu vzniku standardů, a to zejména v oblasti metodologie, jakož i za informace z jeho portálu příkladů nejlepší praxe (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>);

Panamerické komisi pro přeshraniční spolupráci v boji proti drogám (Inter-American Drug Abuse

Control Commission, CICAD) za její účast na tvorbě standardů a vytvoření podmínek pro zapojení latinskoamerických expertů do celého procesu;

Harrymu Sumnalovi z Liverpool John Moore University (LJMU) za možnost využít pro tento proces výsledky průběžného systematického zkoumání relevantní literatury, kterým se zabývá jeho pracoviště;

Zili Slobodové, konzultantce UNODC a ředitelce pro výzkum a vývoj americké společnosti JBS inc., za realizaci první bibliografické rešerše, zpracování podkladů pro první kolo konzultací a poskytnutí průběžné odborné pomoci v rámci celého procesu tvorby standardů;

Angelině Brotherhoodové, konzultantce UNODC, za prostudování literatury a extrakci příslušných dat a členům Expertní skupiny pro standardy prevence za poskytnutí relevantních vědeckých poznatků a odborného poradenství. Jsou to jmenovitě (v abecedním pořadí):

Hisham F. Al Arabi, Spojené arabské emiráty;  
Masoud AlBeloushi, Spojené arabské emiráty;  
Luis Alfonso, PAHO; Omar Khalfan Ali, Spojené

arabské emiráty; Ali Al-Marzoqi, Spojené arabské emiráty; Juma Sultan AlShamsi, Spojené arabské emiráty; Abdulelah Mohamed Al-Shareef, Saúdskoarabské království; Feras Alzu'bi, Jordánsko; Sofia Aragon Sanchezová, Španělsko; Gustavo Ascacibar, Peru; Rubi Blancasová, Mexiko; Douglas Bllingsová, USA; Jazmín Bósquezová, Panama; Gilbert Botvin, USA; Angelina Brotherhoodová, UK; Gregor Burkhart, EMCDDA; Rachel Calamová, UK; Graziela Beatriz Castro dos Santos de Castro, Brazílie; Richard Catalano, USA; Heather Clarková, Kanada; Nicholas Clark, WHO; Patricia Conrodová, Kanada; Royer Cook, USA; William Crano, USA; Ramba Dedi; Ken Douglas, Trinidad a Tobago; Mark Eddy, USA; Carlos Alberto Escalante, Salvador; Lucia Fabriciová, Brazílie; Fabrizio Faggiano, Itálie; Sara Fanfarillová, Itálie; Marica Ferriová, EMCDDA; Angela Fincková, Brazílie; Valentina Forastieriová, ILO; Silvia Guadarrana, Mexiko; Diana Hammesová, Německo; Frances Hardingová, USA; Nadine Harkerová, Jihoafrická republika; Rebeccah Herschová, USA; Wang Hongru, China; Heyam Wahbeh Ibrahim, Jordánsko; Jadranka Ivandićová Zimićová, Chorvatská republika; Johan Jongbloet, Belgie; Valentina Kranzelicová, Chorvatsko; Karol Kumpferová, USA; Jeff Lee, UK; Rosalie LIKIBI-BOHO, Kongo; Maria Paula Luna, CICAD; Artur Malczewski, Polsko; Jim McCambridge, UK; Lynn McDonaldová, UK; Chris Mikton, WHO; Brenda Millerová, USA; Maristela G Monteiro, USA; Zhanerke OMAROVA; Akwasi Owusu Osei, Ghana; Hanno Petras, UK; Methinin Pinyuchonová, Thajsko; Radu Pop, Rumunsko; Melva Ramirezová, Panama; Shanti Ranganathanová, Indie; Eve Reiderová, USA; Elizabeth Robertsonová, USA; Ingeborg Rossowová, Norsko; Myriam Safatlyová, Francie; Fernando Salazar, Peru; Teresa Salvadorová, COPOLAD Consortium EU-LA; Ohene Sammy Kwane, Ghana; Alejandro Sanchez Guerrero, Mexiko; Nara Santosová, Brazílie; Michael Schaub, Švýcarsko; Borikhan Shaumarov; Elisabetta Simeoniová, Itálie; Milina Skipina, Bosna a Hercegovina; Markku Soikkeli, Finsko; Richard Spoth, USA; Jack Stein, USA; Vladimir Stempliuik, Brazílie; Harry Sumnall, UK; Bian How Tay, Srí Lanka; Juana Tomas-Rossellová, Thajsko; Suriyadeo Tripathi, Thajsko; Bart Uitterhaegen, Nizozemsko;

Peer van der Kreeft, Belgie; Shamil Wanigaratne, Spojené arabské emiráty a Evelyn Yangová, USA.

V neposlední řadě patří poděkování:

dalším pracovníkům detašovaných úřadoven UNODC za zprostředkovávání kontaktů se státními orgány a odborníky na celém světě a za poskytování zásadních informací praktické povahy;

Nikolaosi Stamatakisovi a Jasonu Baskerovi, stážistům u UNODC, za vyhledávání a třídění vědeckých podkladů,

odborné pracovníci Hanně Heikkilaoové za realizaci značné části výchozího výzkumu, analýzu literatury, spolupráci na koordinaci celého procesu a za zpracování částí tohoto dokumentu,

Wadihu Maaloufovi za jeho podíl na realizaci výchozího výzkumu, zpracování částí tohoto dokumentu a zpětnou vazbu,

Elisabeth Mattfeldové za její odborné rady ve všech fázích tvorby standardů,

Giovanně Campellové, programové koordinátorce ze Sekce pro prevenci, léčbu a rehabilitaci, za koordinaci a řízení celého procesu, zpracování částí tohoto dokumentu a jeho finalizaci.

<b>1 ÚVOD</b>	<b>8</b>
1/1 Podstatou prevence je zdravý a bezpečný vývoj dětí	9
1/2 Prevence užívání drog a zneužívání návykových látek	11
1/3 Výzkum v oblasti prevence	12
1/4 Mezinárodní standardy	13
Proces tvorby mezinárodních standardů	14
Vlastní dokument	15
<b>2 INTERVENCE A POLITIKY V OBLASTI PROTIDROGOVÉ PREVENCE</b>	<b>20</b>
Intervence zaměřené na těhotné ženy s poruchami vyvolanými zneužíváním návykových látek	21
2/1 Kojenecký věk a rané dětství	21
Předporodní a poporodní návštěvy	22
Výchova v raném dětství	22
2/2 Mladší školní věk	23
Programy zaměřené na rozvoj rodičovských dovedností	24
Výchova zaměřená na rozvoj osobních a sociálních dovedností	25
Existující metodické materiály a zdroje dalších informací	27
Programy zaměřené na zlepšování prostředí ve školní třídě	27
Politiky zaměřené na podporu školní docházky	27
2/3 Raná adolescence	28
Preventivní výchova založená na osobních a sociálních dovednostech a vlivu sociálního prostředí	29
Školní politiky a kultura	31
Řešení rizikových psychologických rysů osobnosti	32
Mentoring	33
2/4 Adolescence a dospělost	33
Krátká intervence	34
Preventivní programy na pracovišti	35
Politiky v oblasti alkoholu a tabákových výrobků	36
Komunitní vicesložkové iniciativy	37
Mediální kampaně	38
Prostředí zábavy	39
<b>3 PREVENTIVNÍ PROBLEMATIKA VYŽADUJÍCÍ DALŠÍ VÝZKUM</b>	<b>42</b>
Sport a další volnočasové aktivity	43
Prevence neindikovaného užívání léčiv dostupných výhradně na lékařský předpis	43
Intervence a politiky zaměřené na děti a mladé lidi vystavené zvýšenému riziku	44
Prevence užívání nových psychoaktivních látek nespádajících mezi substance kontrolované na základě příslušných úmluv OSN	44
<b>4 CHARAKTERISTIKY EFEKTIVNÍHO SYSTÉMU PREVENCE</b>	<b>46</b>
4/1 Komplex výzkumem prověřených intervencí a politik	47
4/2 Výchozí politika a regulační rámec	48
4/3 Velký důraz na výzkum a vědecky podložená fakta	49
Plánování podložené výsledky vědeckého výzkumu	49
Výzkum a plánování	50
4/4 Zapojení různých sektorů na různých úrovních	51
4/5 Silná infrastruktura realizačního systému	52
4/6 Udržitelnost	53
<b>OBRAZOVÁ PŘÍLOHA</b>	
<b>SCHEMATICKÉ ZNÁZORNĚNÍ CELOSTÁTNÍHO SYSTÉMU PROTIDROGOVÉ PREVENCE</b>	<b>54</b>
<b>POZNÁMKA EDITORA</b>	<b>55</b>





ÚVOD

Byly doby, kdy se aktivity v oblasti protidrogové prevence omezovaly na tištění příruček upozorňujících mladé lidi na nebezpečnost drog, aniž bylo mnohdy dosaženo výrazné nebo vůbec nějaké změny v jejich chování. V současnosti nám již věda nabízí jiné možnosti. Na základě výzkumem podložených preventivních strategií uplatňovaných v prostředí rodiny, školy i celé společnosti lze zajistit, aby zejména děti a mládež z nejmarginalizovanějších a sociálně nejslabších skupin obyvatelstva mohly vyrůstat a celý svůj život žít zdravým a bezpečným způsobem. Na jeden každý dolar investovaný do prevence připadá minimálně desetinasobná úspora na prostředcích, které by byly v budoucnu vynaloženy ve zdravotní, sociální a trestněprávní oblasti<sup>1</sup>.

Tyto globálně pojaté mezinárodní standardy poskytují přehled aktuálně dostupných vědecky podložených poznatků a popisují intervence a politiky, u nichž byly prokázány pozitivní preventivní výsledky, včetně jejich charakteristik. Tyto celosvětově uplatnitelné mezinárodní standardy současně označují hlavní prvky a rysy efektivního národního systému protidrogové prevence. Pevně věříme, že činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik v různých částech světa budou s pomocí těchto mezinárodních standardů vytvářet programy, politiky a systémy, které budou skutečně efektivní investicí do budoucnosti našich dětí a dospívajících, rodin a komunit. Tato práce rozvíjí a navazuje na dílo mnoha jiných organizací (např. EMCDDA, CCSA, CICAD, Mentor, NIDA, WHO<sup>2</sup>), které již dříve zpracovaly standardy a metodické pokyny týkající se různých aspektů prevence užívání drog.

**1 / 1****Podstatou prevence je zdravý a bezpečný vývoj dětí**

Primárním úkolem protidrogové prevence je přispět k tomu, aby lidé, zejména pak mládež, nezačínali s užíváním návykových látek, případně aby svou první zkušenost s návykovou látkou co nejvíce oddálili, anebo pokud už užívat začnou, aby u nich nedošlo k rozvoji nějaké související poruchy (např. závislosti). Obecný cíl prevence užívání návykových látek je však mnohem širší: je jím zdravý a bezpečný vývoj dětí vytvářející podmínky pro uplatnění jejich nadání a potenciálu stát se platnými členy své komunity a celé společnosti. Efektivní prevence užívání návykových látek významně přispívá u dětí, mládeže i dospělých k pozitivnímu rozvoji vazeb v rámci rodiny, školy, pracoviště a celého společenství.

Prevence jako vědní obor zaznamenala v posledních 20 letech nebývalý rozmach. V jeho důsledku mají dnes odborníci z praxe i činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik k dispo-

1 Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(9), 876.

2 Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu); Kanadské centrum pro otázky užívání návykových látek (CCSA), [www.ccsa.ca/Eng/](http://www.ccsa.ca/Eng/); Panamerická komise pro přeshraniční spolupráci v boji proti drogám (CICAD) při Organizaci amerických států, [http://cicad.oas.org/main/default\\_eng.asp](http://cicad.oas.org/main/default_eng.asp); nadace Mentor Foundation (Mentor), [www.mentorfoundation.org/](http://www.mentorfoundation.org/); Národní institut pro užívání drog (NIDA), [www.drugabuse.gov/](http://www.drugabuse.gov/); Světová zdravotnická organizace (WHO), [www.who.int/](http://www.who.int/).

zici ucelenější představu o faktorech, které jednotlivce činí náchylnějším k tomu, aby začal užívat návykové látky („rizikové faktory“), a to jak v individuální, tak i v environmentální rovině. Spíše než nedostatek informací o drogách a dopadech jejich užívání patří podle dostupných poznatků mezi nejdominantnější rizikové faktory biologické procesy, osobnostní rysy, duševní poruchy, zanedbávání rodičovské péče a špatné zacházení v rodině, nedostatečné zapojení se do života školy a komunity, minimální vliv příznivých sociálních norem a prostředí zajišťujících pozitivní formování osobnosti, jakož i vyrůstání v marginalizovaných a sociálně deprivovaných lokalitách. Naproti tomu psychická a emoční pohoda, osobní a sociální kompetence a silná vazba na pečující a fungující rodiče a dobře spravované a organizované školy a komunity jsou faktory, které přispívají k nižší náchylnosti jedinců k užívání drog a jiným typům nežádoucího chování (ochranné či protektivní faktory, v poslední době označované také jako „aktiva“ [assets]).

Je třeba zdůraznit, že výše zmíněné rizikové faktory jsou z větší části mimo kontrolu daného jedince (nikdo nemůže za to, že ho rodiče zanedbávají!) a pojí se s mnoha typy rizikového chování a souvisejících zdravotních problémů, jako např. předčasné ukončení školní docházky, agresivita, delikvence, násilí, rizikové sexuální chování, deprese a sebevraždy. Nemělo by být proto žádným překvapením, že podle závěrů výzkumu v oblasti prevence mohou mnohé intervence a politiky zaměřené na protidrogovou prevenci působit preventivně také na jiné typy rizikového chování.

Z výzkumu vyplývá, že některé z faktorů, které u lidí zvyšují jejich náchylnost k tomu, aby začali užívat návykové látky (nebo je naopak před takovým počínáním chrání), se liší podle věku. Vědci zjistili existenci rizikových a protektivních faktorů spadajících do kojeneckého věku, dětství i rané dospělosti, které mají zejména souvislost s rodičovskou výchovou a vztahem ke škole. V dalších fázích lidského života mohou náchylnost člověka k užívání návykových látek a dalším typům rizikového chování ovlivňovat škola, pracoviště, místa, kde vyhledává zábavu, nebo média.

Není třeba připomínat, že marginalizovaná mládež v sociálně vyloučených lokalitách s minimální nebo nulovou podporou ze strany rodiny a omezeným přístupem ke školnímu vzdělání je ohrožena ve zvýšené míře. Stejnému riziku čelí také děti, jednotlivci a komunity sužované válkami nebo přírodními katastrofami.

Je možné uzavřít konstatováním, že prevence užívání drog je nedílnou součástí obecnějších snah o zajištění zdravějších a bezpečnějších podmínek pro život a osobnostní rozvoj dětí a mládeže.

## 1/2 Prevence užívání drog a zneužívání návykových látek

Prevence je jedním z hlavních komponent zdravotně orientovaného systému řešení drogové problematiky, jež se opírá o tři stávající mezinárodní úmluvy<sup>3</sup>. Tento dokument se zaměřuje na prevenci první aktivní zkušenosti s návykovou látkou a prevenci vzniku poruch následkem užívání drog. Na jiné typy prevence (např. prevenci zdravotních a sociálních následků užívání drog), péči o drogově závislé a jejich léčbu nebo opatření v trestněprávní oblasti se tyto globálně pojaté mezinárodní standardy nevztahují.

Nechceme tím říci, že úsilí vyvíjené v těchto jiných oblastech není smysluplné. Je naopak nutné zdůraznit, že žádné efektivní preventivní intervence, politiky nebo systémy nemohou vznikat nebo být realizovány samy o sobě, v izolaci. Každý efektivní, ať už místní či národní, systém prevence, je zakotven a integrován v kontextu rozsáhlejšího zdravotně orientovaného a vyváženého systému řešení drogového problému, jehož součástí tvoří činnost represivních složek a opatření zaměřená na snižování dostupnosti drog, léčba drogové závislosti a prevence zdravotních a sociálních dopadů užívání drog (např. HIV nebo předávkování). Hlavním zastřešujícím cílem tohoto zdravotně orientovaného a vyváženého systému pak má být zajištění dostupnosti kontrolovaných přípravků a substancí pro lékařské a vědecké účely, aniž by přitom docházelo k jejich pronikání na černý trh a zneužívání.

Přestože tyto celosvětově pojaté mezinárodní standardy kladou hlavní důraz na prevenci užívání drog spadajících do režimu kontroly vymezeného zmíněnými třemi mezinárodními úmluvami (mimo jiné včetně neindikovaného užívání léčiv dostupných výhradně na lékařský předpis), čerpají rovněž z uváděných průkazných skutečností týkajících se prevence užívání dalších psychoaktivních látek, jako je tabák, alkohol a těkavé látky.

Tyto doplňkové oblasti prevence mohou být zdrojem mnoha užitečných informací a paralel, což však není zdaleka jediný důvod pro co nejkomplexnější obraz, který nám nejnovějším výzkumem ověřené poznatky poskytují. Devastující následky užívání vysoce toxických těkavých látek volají po urychlených preventivních opatřeních, jejichž cílem by bylo působit na mladé lidi, aby s něčím takovým vůbec nezačínali. U dětí a dospívajících je navíc prevence první zkušenosti s tabákem a alkoholem současně účinným nástrojem prevence ve vztahu k užívání nelegálních drog. U dětí a dospívajících není mozek ještě plně vyvinut, přičemž výzkum v oblasti prevence nám říká, že čím dříve začnou s užíváním psychoaktivních látek, tím bude pravděpodobnější, že se u nich v dalším životě vyvine nějaká porucha způsobená užíváním drog nebo jiných návykových látek<sup>4</sup>.

3 Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961 ve znění protokolu o jejich změnách z roku 1972, Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 a Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988.

4 Ve zbývajících částech tohoto dokumentu pracujeme s následující terminologií: „Užíváním drog“ se rozumí užívání substancí podléhajících režimu kontroly podle příslušných tří mezinárodních úmluv pro jiné než lékařské a vědecké účely. „Zneužíváním návykových látek“ se rozumí „škodlivé nebo rizikové užívání psychoaktivních látek“. Vedle užívání drog sem patří užívání tabáku, abúzus alkoholu, zneužívání těkavých látek a volně prodejných léčivých přípravků a užívání nových psychoaktivních látek (tzv. „legal highs“ nebo „smart drugs“).

Díky vědeckým aktivitám v oblasti prevence máme dostatek informací o tom, které formy prevence zneužívání návykových látek jsou efektivní a které nikoli. Je třeba poznamenat, že vědecké poznatky nepadají z nebe. Za to, co víme, vděčíme odhodlání a úsilí výzkumných pracovníků i odborníků z praxe, kteří systematicky vyhodnocovali příslušné preventivní programy, jakož i organizacím, které tento výzkum financovaly. Účelem tohoto dokumentu je zpracovat všechna zjištění získaná během celé doby trvání tohoto výzkumu do formátu, jehož pomocí budou činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik schopni činit fundovaná rozhodnutí vycházející z vědeckých poznatků.

Neznamená to, že už všechno víme. Při bližším analyzování dostupných materiálů byly zaznamenány ve výstupech výzkumu v oblasti prevence mnohé rezervy. Většina výzkumných projektů byla realizována jen v několika málo vysokopříjmových zemích Severní Ameriky, Evropy a Oceánie. Jen málo studií pochází z jiného kulturního prostředí nebo z nízké- a středněpříjmových zemí. Většina studií jsou studie zaměřené na ověřování „účinnosti“ (efficacy), které zkoumají dopad intervencí v kontrolovaném prostředí malého rozsahu a s dobrým zázemím. Studií zkoumajících efektivitu či účelnost (effectiveness) intervencí v prostředí „reálného života“ je málo. Není také příliš mnoho studií, které hodnotily příslušné intervence a politiky z hlediska jejich nákladové prospěšnosti a nákladové efektivity (vedle pouhého posuzování účinnosti a efektivity). V neposlední řadě lze zaznamenat jen málo studií, které by ve vykazovaných datech zohledňovaly pohlaví.

Další úskalí vyplývá z toho, že na základě často nedostatečného počtu studií nelze jednoznačně určit „účinnou látku“, tj. složku či složky, které jsou nezbytně nutné pro účinnost či efektivitu intervence nebo politiky, včetně zohlednění způsobu realizace dané strategie (např. kdo zajistí nejlepší realizaci, jaké kvality a kvalifikační předpoklady jsou k tomu nutné, jaké metody je třeba uplatnit?).

V některých prostředích, zejména pak v nízké- a středněpříjmových zemích, není dostatek prostředků a příležitostí k provádění kvalitních evaluací. Neznamená to, že práce, která se zde provádí, je neefektivní. Některé z realizovaných kvalitativních evaluací naznačují slibné výsledky. Pokud však nebude příležitost ověřit tyto strategie metodologicky přesným vědeckým způsobem, není jednoduše možné rozhodnout, zda efektivní jsou či nikoli.

Stejně jako v lékařských, společenských i behaviorálních vědách i zde pak představuje značný problém tzv. „publikační bias“, který spočívá v tom, že studie referující o nových pozitivních zjištěních mají větší šanci na publikování než studie, které referují o negativních zjištěních. Znamená to, že naše analýza podstupuje riziko nadhodnocení účinnosti a efektivit intervencí a politik v oblasti protidrogové prevence.

Existuje silná a naléhavá potřeba podněcování a podpory výzkumných aktivit v oblasti protidrogové prevence. Je rovněž bezpodmínečně nutné poskytovat podporu aktivitám v oblasti výzkumu prevence v nízké- a středněpříjmových státech, nicméně výrazné investice do kvalitních evaluací tuzemských programů a politik přispívajících do globální vědomostní zá-

kladny by měly v rámci národních systémů protidrogové prevence probíhat ve všech zemích. Doufejme, že budoucí aktualizovaná vydání těchto standardů již budou moci představit mnohem komplexnější obrázek dostupných vědeckých poznatků.

Co lze mezitím podniknout? Měli by činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik počkat s implementací preventivních iniciativ, dokud nebudou doplněny všechny chybějící informace? Jakým způsobem lze předcházet užívání drog a zneužívání návykových látek a zajistit tak, aby děti a mládež vyrůstaly ve zdravých a bezpečných podmínkách již NYNÍ?

Absence některých vědecky podložených skutečností by nás sice měla vést k obezřetnosti, avšak neměla by nás odradit od konkrétních činů. Preventivní přístup, který se osvědčil v jedné části světa, bude mít pravděpodobně větší předpoklady k úspěchu než opatření, které vzniklo v místních podmínkách pouze na základě dobré vůle a subjektivního úsudku. Zejména to platí v případě intervencí a politik zaměřených na rizikové aspekty, které hrají významnou roli napříč různými kulturami (např. povahové rysy nebo zanedbávání rodičovské péče). Přístupy, které se neosvědčily nebo které měly v některých zemích negativní dopady, jsou navíc hlavními adepty na selhání či způsobení iatrogenních následků i jinde. Preventivní z praxe, činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik a řadoví občané podílející se na preventivních aktivitách v oblasti užívání drog a zneužívání návykových látek jsou povinni vzít takové předchozí výsledky v úvahu.

To, co máme k dispozici, jsou cenné dílčí informace, která nás mohou přivést na správnou cestu. Vydeme-li z těchto poznatků a budeme-li je průběžně doplňovat o další evaluace a výzkum, budeme činitelům odpovědným za koncipování příslušných politik schopni poskytnout podklady, které potřebují k vytváření celostátních systémů prevence, oprávněných se o vědecké poznatky a vytvářejících dětem, mládeži i dospělým v různých prostředích podílníky pro pozitivní, zdravý a bezpečný životní styl.

**1 / 4****Mezinárodní standardy**

V tomto dokumentu jsou popsány intervence a politiky, u nichž výzkum prokázal pozitivní preventivní dopad a které by mohly sloužit za základ efektivních zdravotně orientovaných národních systémů protidrogové prevence<sup>5</sup>. Mezinárodní standardy rovněž poskytují obecně

5 V celém tomto dokumentu se aktivity v oblasti protidrogové prevence pro zjednodušení označují slovem „intervence“ nebo „politiky“. Intervencí se rozumí soubor činností. Může jím být program realizovaný v konkrétním prostředí jako doplněk k aktivitám, které se v daném prostředí standardně realizují (např. školou pořádané preventivní zaměřené besedy na téma užívání návykových látek). Tytéž aktivity lze však také realizovat v rámci standardní školní výuky (např. hodiny věnované protidrogové prevenci jako součást metodického plánu zdravotní výchovy ve školách). Za normálních okolností jsou fakta o většině intervencí čerpána z konkrétních „programů“, jichž může v rámci jedné intervence existovat celá řada. Existuje například mnoho programů zaměřených na prevenci užívání drog prostřednictvím rozvoje rodičovských dovedností (např. „Strengthening Families Program“, „Triple-P“ nebo „Incredible Years“). Jedná se o různé programy, jimiž se realizuje tatáž intervence. Politikou se míní určitá regulatorní koncepce uplatňovaná buď v určitém prostředí, nebo na úrovni celé populace. Příkladem mohou být politiky v oblasti užívání návykových látek ve školách nebo na pracovišti, nebo omezení reklamy na tabák nebo alkohol. V textu standardů se pak někdy v zájmu výrazové úspornosti používá souborný termín „strategie“, který v sobě zahrnuje intervence i politiky (tj. strategií může být jak intervence, tak politika).

informace týkající se doporučeného způsobu implementace jednotlivých intervencí a politik, které vyplývají ze základních charakteristik intervencí a politik, u nichž byly zjištěny pozitivní výsledky. V neposlední řadě je v dokumentu pojednáno o doporučeném způsobu zakomponování jednotlivých intervencí a politik do kontextu národních systémů prevence tak, aby mohly na základě relevantních dat a podkladů přispívat k jejich průběžnému rozvoji, implementaci, monitoringu a evaluaci.

### Proces tvorby mezinárodních standardů

Tento dokument zpracoval a vydal UNODC<sup>6</sup> ve spolupráci se skupinou 85 výzkumníků, činitelů podléjících se na tvorbě politik, odborníků z praxe a zástupců nestátních a mezinárodních organizací reprezentující země z různých částí světa. Členové této expertní skupiny byli z části vytipováni UNODC na základě jejich výzkumné činnosti a aktivit v oblasti protidrogové prevence. Další členy nominovaly členské státy, které byly všechny vyzvány k účasti na procesu.

Členové skupiny se sešli celkem dvakrát: v lednu 2012, aby UNODC předložili obecná doporučení týkající se rozsahu celého procesu, a v červnu 2012, aby provedli zhodnocení doposud shromážděných podkladů a prvního návrhu znění dokumentu. Expertní skupina pomáhala UNODC s přípravou metodiky pro systematické vyhodnocení shromážděných podkladů. Podrobný popis metodiky použité ke sběru a vyhodnocování podkladů je obsahem přílohy tohoto dokumentu (Příloha II)<sup>7</sup>. Metodika uplatněná při zpracování informací obsažených v tomto dokumentu je stručně popsána v následujících odstavcích.

K podkladům, z nichž tento dokument vychází, přispěla expertní skupina. Členové této skupiny poskytli zásadní práce nejen z podrobně probádaných oblastí, ale také výsledky méně obvyklých výzkumů, ať už jde o jednotlivá témata nebo geografické oblasti. Přijaty byly publikační výstupy ve všech jazycích, ať už pocházely z vědeckých časopisů nebo ze zpráv různých organizací. Seznam všech 584 studií zohledněných během tohoto procesu je uveden v Příloze I.

Všechny obdržené studie prošly orientační analýzou s cílem identifikovat v nich informace o výzkumu, který by vypovídal o účinnosti nebo efektivitě nějaké intervence nebo politiky ve vztahu k prevenci zneužívání návykových látek (tímto „sítem“ prošlo 225 studií). V případě intervencí zaměřených na malé děti prošly do užšího výběru také příspěvky referující o prokázaných účincích na důležité rizikové a protektivní faktory (31 studií). Důvodem je, že ne u všech intervencí zaměřených na tuto věkovou skupinu je vždy příležitost sledovat účastníky v pozdějším životě a ověřit tak dopad dané intervence na jejich zneužívání návykových látek v budoucnu. Epidemiologické studie zabývající se problematikou prevalence, incidence a různými formami náchylnosti i odolnosti ve vztahu ke zneužívání návykových látek nebyly do níže popsaného procesu zahrnuty, ale jsou obsaženy v referenčním přehledu literatury společně se studii, které zkoumají různé důležité aspekty prevence zneužívání návykových látek (268 studií).

6 Pozn. redaktora: UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime – Úřad OSN pro drogy a kriminalitu

7 Všechny přílohy a dodatky jsou k dispozici na webových stránkách UNODC: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.

Po prvotním roztřídění byly studie rozděleny do kategorií podle použité metodologie na systematické přehledy (137), randomizovaná kontrolovaná hodnocení (60) a jiné primární studie, např. nerandomizovaná kontrolovaná hodnocení, longitudinální studie apod. (60). Pro účely další analýzy bylo z praktických důvodů nutné provést další selekci studií a snížit tak jejich počet. V souboru zůstaly všechny systematické přehledy, ale primární studie (randomizovaná kontrolovaná hodnocení, nerandomizovaná kontrolovaná hodnocení, longitudinální studie a jiné primární studie) byly zahrnuty pouze v případech, že nějakým způsobem doplňovaly poznatky o konkrétní intervenci nebo politice uváděné v přehledových studiích, zejména z hlediska užívání drog nebo geografického zastoupení. Výsledkem tohoto selekčního procesu bylo 16 randomizovaných kontrolovaných hodnocení a 8 dalších primárních studií.

Následně byla posuzována kvalita přehledových prací i vybraných primárních studií. Toto posuzování probíhalo prostřednictvím nástrojů, jež vycházejí z metod považovaných za nejlepší praxi v oblasti medicíny i sociálních a behaviorálních věd. Studie byly hodnoceny jako „dobré“, „přijatelné“ a „nepřijatelné“. Následně analýze byly podrobeny pouze studie klasifikované jako „dobré“ nebo „přijatelné“ (70 systematických přehledů, 10 randomizovaných kontrolovaných hodnocení a jedna další primární studie). K tomu je třeba dodat, že mezinárodní standardy uvádějí pouze ty intervence a politiky, jež mají oporu v „dobrých“ nebo „přijatelných“ studiích.

Také je však třeba poznamenat, že není možné klást rovnítko mezi kvalitou studií a skutečně možný dopad dané intervence nebo politiky. Najdeme případy, u nichž „dobré“ systematické přehledy konstatovaly nedostatečné množství dostupných studií nebo nejednoznačné výsledky takových studií. V textu se v této souvislosti hovoří o „intervencích, které *by mohly* nebo *mohou* preventivně působit proti zneužívání návykových látek“.

### Vlastní dokument

Na tento úvod navazuje vlastní dokument, který je tvořen třemi hlavními částmi. V první jsou popsány intervence a politiky, u kterých byl prokázán jejich pozitivní preventivní dopad na užívání drog a zneužívání návykových látek. Jednotlivé intervence a politiky jsou rozřazeny do skupin podle věku cílové skupiny, který představuje významnou vývojovou fázi v životě člověka: těhotenství, kojenecký věk a rané dětství, mladší školní věk, raná adolescence, adolescence a dospělost<sup>8</sup>.

Některé intervence a politiky se mohou zaměřovat (nebo mít dopad) na více než jednu věkovou skupinu. V takovém případě se jejich charakteristika již neopakuje. Jsou uvedeny u věku, u něhož vykazují nejvyšší relevanci, s případným odkazem na další vývojové fáze, u nichž bylo rovněž zdokumentován možný přínos takových intervencí a politik.

8 Každé dítě je jedinečné a na jeho vývoj navíc působí široká škála socio-ekonomických a kulturních faktorů. Proto také nebyla tato vývojová období vymezena konkrétním věkem. V obecných rysech však můžeme vycházet z následující kategorizace: do kojeneckého věku a raného dětství spadají předškolní děti, většinou ve věku 0–5 let; mladší školní věk odpovídá dětem na prvním stupni základní školy, ve věku cca 6–10 let; raná adolescence odpovídá období druhého stupně základní školy, 11–14 let; období adolescence spadá do let středoškolského studia, cca od 15 do 18/19 let, a dospělostí se pak označují následné roky života. Někdy se též hovoří o rané dospělosti (roky vysokoškolského studia, věk 20–25 let), neboť tato kategorie se často vyskytuje v odborné literatuře. Ve standardech se však s tímto vývojovým obdobím z praktických důvodů nepracuje.



Popis každé strategie obsahuje v přiměřeném rozsahu tyto položky:

- stručnou charakteristiku,
- dostupné relevantní podklady,
- hlavní znaky, z nichž lze usuzovat na jejich souvislost s pozitivními, nulovými či negativními výsledky.

#### *Stručná charakteristika*

V této části je stručně popsána daná intervence nebo politika, hlavní činnosti, které ji tvoří, a její teoretické východisko. Je zde rovněž uvedeno, zda je daná strategie vhodná pro populaci jako celek (všeobecná prevence) nebo je míněna pro specificky ohrožené skupiny (selektivní prevence), nebo pro specificky ohrožené jednotlivce (indikovaná prevence, do jejíhož rámce spadají také osoby, které již případně začaly s návykovými látkami experimentovat, a jsou proto ve zvýšené míře ohroženy možnostmi následného rozvoje nějaké související poruchy).

#### *Dostupné relevantní podklady*

V textu jsou popsány dostupné relevantní podklady a zjištění v nich obsažená podle typu návykové látky. Pokud jsou tyto hodnoty k dispozici, vždy se uvádí také „velikost účinku“ (effect size), tak jak o ní referují zdrojové studie. Na základě údaje o geografickém původu podkladů mohou činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik získat představu, zda se o efektivitě určité strategie již ví také v jiném geografickém prostředí. A konečně, pokud je obsažena informace o nákladové efektivitě, uvede se rovněž v rámci tohoto odstavce. Tato část textu je založena výhradně na studiích, které byly zahrnuty do analýzy relevantních podkladů a byly vyhodnoceny jako „přijatelné“ nebo „dobré“ (Příloha II). Charakteristiky a zjištění jednotlivých studií jsou pak přehledně zpracovány v dodatku v Příloze II.

#### *Hlavní znaky související s pozitivními, nulovými či negativními výsledky*

Dokument rovněž v obecných rysech informuje o hlavních znacích, u nichž členové expertní skupiny shledali spojitost s pozitivními výsledky, případně, podle dostupných podkladů, s nulovými či negativními výsledky. Z těchto údajů však nelze vyvozovat vztah příčiny a následku. Jak jsme již poznamenali, pro takovou analýzu není k dispozici dostatek průkazných faktů. Jde zde spíše o naznačení směru postupu, který by podle společných poznatků a praktických zkušeností skupiny expertů zvýšil šanci na úspěch.

V tabulce 1, která bezprostředně následuje za touto kapitolou, je uveden přehled intervencí a politik, které podle dostupných zjištění vedou k pozitivním výsledkům při prevenci zneužívání návykových látek, a to podle věku cílové skupiny a prostředí, jakož i podle míry rizika a zjištěné účinnosti. Údaj o účinnosti je kombinací „sily průkazu“ (strength of evidence) posuzované podle výše popsané metodologie a popisu reálně dosažitelných výsledků, jež jsou popsány v části II. Je třeba zdůraznit, že tyto údaje jsou čistě orientační a neměly by být v žádném případě chápány jako normativní doporučení.

V druhé části jsou nastíněny některé vybrané otázky z oblasti prevence, které je třeba podrobit dalšímu bližšímu zkoumání. Patří sem intervence a politiky, k nimž nebyly nalezeny žádné kvalitní podklady, ale také aktuální problémy v oblasti zneužívání návykových látek a problematika specificky ohrožených skupin. Ve všech případech je podle možností připojeno stručné pojednání o strategiích k řešení těchto problémů.

Třetí a poslední část popisuje možné komponenty efektivního národního systému prevence postaveného na vědecky podložených intervencích a politikách a zaměřeného na zdravý a bezpečný vývoj dětí a mládeže. Také tuto oblast je nutno podrobit urychleně dalšímu výzkumu, neboť studie se tradičně soustředí spíše na efektivitu individuálních intervencí a politik. Ke zpracování této části proto významně přispěla erudice a konsenzus členů expertní skupiny.

Tabulka 1: Přehled intervencí a politik, které podle dostupných zjištění vedou k pozitivním výsledkům při prevenci zneužívání návykových látek

	Prenatální období a kojenecký věk	Rané dětství	Mladší školní věk	Raná adolescence	Adolescence	Dospělost
Rodina	<i>Selektivní</i> Předporodní a poporodní návštěvy **					
	<i>Selektivní</i> Intervence zaměřené na těhotné ženy s poruchami vyvolanými zneužíváním návykových látek *					
			<i>Všeobecná a selektivní</i> Rodičovské dovednosti ****			
Škola		<i>Selektivní</i> Výchova v raném dětství ****				

	Prenatální období a kojenecký věk	Rané dětství	Mladší školní věk	Raná adolescence	Adolescence	Dospělost
			Všeobecná Osobní a sociální dovednosti ***			
			Všeobecná Práce s třídou ***			
			Selektivní Politiky zaměřené na podporu školní docházky **			
				Všeobecná a selektivní Preventivní výchova založená na osobních a sociálních dovednostech a vlivu sociálního prostředí ***		
				Všeobecná Školní politiky a kultura **		
			Indikovaná Řešení rizikových osobnostních rysů **			
Komunita				Všeobecná Politiky v oblasti alkoholu a tabákových výrobků ****		
	Všeobecná a selektivní Komunitní vícesložkové iniciativy ***					

	Prenatální období a kojenecký věk	Rané dětství	Mladší školní věk	Raná adolescence	Adolescence	Dospělost
				Všeobecná a selektivní Mediální kampaně *		
				Selektivní Mentoring *		
					Všeobecná Prostředí zábavy *	
Pracoviště					Všeobecná, selektivní a indikovaná Prevence na pracovišti ***	
Zdravotnický sektor				Indikovaná Krátká intervence ****		

POZNÁMKY: Příslušná strategie s uvedením její účinnosti (\* omezená/ \*\* adekvátní/ \*\*\* dobrá/ \*\*\*\* velmi dobrá/ \*\*\*\*\* vynikající). Povaha informací vyplývajících z tohoto údaje je popsána na předcházející stránce. Všeobecná = strategie vhodná pro populaci jako celek; selektivní = strategie vhodná pro specificky ohrožené skupiny; indikovaná = strategie vhodná pro specificky ohrožené jednotlivce.



# INTERVENČNÍ A POLITICKÉ V OBLASTI PROTIDROGOVÉ PREVENČNÍ

U dětí předškolního věku dochází k první interakci s okolím v rodině. Podmínky pro vznik rizika mohou u těchto dětí vzniknout tehdy, když jejich rodiče nebo jiné osoby, které je mají v péči, výchovně selhávají, k čemuž u nich může docházet v důsledku absence odpovídajících rodičovských dovedností v neuspořádaném rodinném prostředí, zneužívání návykových látek nebo duševní poruchy. Z provedených výzkumů jednoznačně vyplývá, jak negativně působí na vývoj plodu, pokud matka v těhotenství pije alkohol, kouří nebo bere drogy. Takové deficity mají následně negativní dopad na rozvoj významných kompetencí, a zvyšují tak u daného dítěte riziko jeho náchylnosti k negativním formám chování v pozdějším věku. Disruptivní chování, výbuchy vzteku, neposlušnost a destruktivita se u dětí může začít projevovat již ve věku 2 nebo 3 let. Pokud se tyto osobnostní rysy nezačnou adekvátně řešit, mohou v pozdějším životě působit problémy. Hlavními vývojovými cíli v raném dětství je rozvoj pocitu bezpečí plynoucího z pevného vztahu s lidmi, kteří dítě vychovávají, jazykových dovedností úměrných věku a dalších exekutivních kognitivních funkcí, mezi něž patří seberegulace nebo prosociální postoje a dovednosti. Takové kompetence se dají nejlépe vypěstovat v kontextu vstřícného rodinného a sociálního prostředí.

### **Intervence zaměřené na těhotné ženy s poruchami vyvolanými zneužíváním návykových látek**

#### *Stručná charakteristika*

Těhotenství a mateřství jsou obdobími velkých a někdy stresujících změn, v jejichž důsledku mohou ženy pociťovat větší potřebu řešit svou závislost. Komplexní, výzkumem podloženou léčbu látkové závislosti, která zohledňuje specifické potřeby pacientek z řad budoucích matek, lze průběžně doplnit edukací zaměřenou na jejich rodičovskou roli. Zneužívání návykových látek v těhotenství je nebezpečné jak pro matku, tak pro budoucí vývoj jejího dítěte. Nabídka léčby pro těhotné ženy by proto měla být prioritou a je nutné, aby se tato léčba řídila přesnými klinickými postupy vycházejícími z výzkumem ověřených faktů.

#### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěných vztazujících se k tomuto typu intervence referují dva dobré přehledové články<sup>9</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že integrovaná, výzkumem podložená léčba poskytovaná těhotným ženám může mít pozitivní dopad na vývoj dítěte a na jeho emoční a behaviorální fungování, jakož i na rodičovské dovednosti matky. Časový rámec udržitelnosti takových výsledků a původ těchto poznatků nelze jasně určit.

Vedle toho další dobrý přehledový článek<sup>10</sup> referuje o zjištěních týkajících se předporodních a poporodních návštěv u žen s poruchami z užívání alkoholu nebo drog a jejich pozitivního vlivu na zdraví matky i dítěte. K jednoznačnému závěru však není k dispozici dostatek dat.

9 Niccols (2012a) a Niccols (2012b).

10 Turnbull (2012).

*Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s pozitivním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

- ✓ integrovaná léčebná péče poskytovaná těhotným ženám, které trpí poruchami z užívání návykových látek, včetně komorbidních duševních poruch,
- ✓ kombinace s intervencemi zaměřenými na „kontaktní rodičovství“ (attachment-based parenting).

**Předporodní a poporodní návštěvy***Stručná charakteristika*

V rámci těchto programů kvalifikovaná zdravotní sestra nebo sociální pracovníce navštěvuje nastávající a novopečené maminky, aby jim pomohla s osvojováním si rodičovských dovedností a poskytla jim podporu při řešení nejrůznějších otázek (zdraví, bydlení, zaměstnání, soudní řízení apod.). Tyto programy se často zaměřují jen na určité specifické skupiny považované za nejrizikovější, nejsou určeny plošně všem ženám.

*Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních ve vztahu k této intervenci referuje jedno randomizované kontrolované hodnocení vyhodnocené jako přijatelné. Podle této studie mohou tyto programy předcházet zneužívání návykových látek v pozdějším životě a mohou být rovněž nákladově efektivní z hlediska prostředků vynaložených na sociální a zdravotní péči<sup>11</sup>. Tyto poznatky pocházejí z USA.

*Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s pozitivním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

- ✓ realizace kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky,
- ✓ pravidelné návštěvy až do dvou let věku dítěte, zpočátku v dvoutýdenních intervalech, v závěru jednou za měsíc nebo i méně často,
- ✓ seznamování se základními rodičovskými dovednostmi, podpora matek při řešení nejrůznějších socio-ekonomických otázek (zdraví, bydlení, zaměstnání, soudní řízení apod.).

**Výchova v raném dětství***Stručná charakteristika*

Výchova v raném dětství přispívá k pozitivnímu sociálnímu a kognitivnímu vývoji předškolních dětí (ve věku od 2 do 5 let) z deprivovaných lokalit a patří tedy mezi preventivní intervence selektivního typu.

<sup>11</sup> O téže studii referují Kitzman (2010) a Olds (2010).

*Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence referují dva dobré přehledové články<sup>12</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že nabídka výchovně-vzdělávacích služeb pro děti raného věku vyrůstajících ve znevýhodněných lokalitách může přispět k nižší míře užívání konopí mezi osmnáctiletými a může rovněž vést ke snížení míry užívání jiných typů nelegálních drog, jakož i kouření. Výchovné intervence aplikované na děti raného věku mohou mít navíc preventivní efekt na další formy rizikového chování a pozitivně ovlivňovat duševní zdraví, sociální začleňování a dosažené vzdělání. Veškeré tyto poznatky pocházejí z USA.

*Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s pozitivním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

- ✓ pozitivní dopad na kognitivní, sociální a jazykové dovednosti dětí,
- ✓ intervence realizována formou každodenních setkání,
- ✓ realizováno kvalifikovanými pedagogickými pracovníky,
- ✓ rodinám je poskytována podpora i při řešení dalších socio-ekonomických problémů.

**2 / 2****Mladší školní věk**

V období mladšího školního věku tráví děti již stále více času mimo rodinu, nejčastěji ve škole a mezi svými vrstevníky. Rodina nicméně nadále zůstává rozhodujícím socializačním činitelem. Současně s tím však rovněž posiluje role školy a dalších výchovně-vzdělávacích zařízení a vrstevnických skupin. Z hlediska bezpečného a zdravého emočního, kognitivního a sociálního vývoje nabývají v tomto ohledu stále více na významu normy dané komunitou, kultura školního prostředí, kvalita vzdělání a další faktory. V mladším školním věku roste role sociálních dovedností a prosociálních postojů, které se postupně stávají klíčovými protektivními faktory u dítěte školního věku, ovlivňujícími mimo jiné také povahu a rozsah jeho fungování ve škole a interakci s vrstevníky.

V mladším školním věku patří mezi hlavní vývojové cíle další rozvíjení jazykových a numerických dovedností úměrných danému věku, jakož i kontroly impulzů a sebeovládání. V této době se také začíná utvářet schopnost cílevědomého chování, společně s dovednostmi potřebnými k přijímání rozhodnutí a řešení problémů. Duševní poruchy, které se v té době již začínají projevovat (např. úzkostné poruchy, porucha kontroly impulzů nebo poruchy chování), mohou rovněž narušit rozvoj zdravé interakce se školou, schopnost kooperativní hry s vrstevníky, adaptivní učení nebo seberegulaci. Děti z dysfunkčních rodin se v té době často začínají družít s deviantními vrstevníky, čímž se vystavují zvýšenému riziku zkušeností s aktivitami, které jsou nežádoucí z hlediska dalšího bezproblémového života, např. zneužívání návykových látek nebo účast na páchání trestné činnosti.

<sup>12</sup> D'Onise (2010) a Jones (2006).



UPOZORNĚNÍ. Poznatky týkající se způsobu řešení rizikových psychologických rysů osobnosti v období rané adolescence lze rovněž vztáhnout na tutéž intervenci uplatňovanou na jedince ve fázi raného dětství. V této části se o nich nicméně nehovoří.

### Programy zaměřené na rozvoj rodičovských dovedností

#### *Stručná charakteristika*

Velmi jednoduše řečeno, programy zaměřené na rozvoj rodičovských dovedností mají z rodičů udělat lepší rodiče. Z dosavadních poznatků vyplývá, že výchovný styl založený na vřelém citovém vztahu, v jehož rámci rodiče stanovují pravidla přijatelného chování, důsledně monitorují, jak dítě tráví volný čas a s kým se kamarádí, pomáhají dítěti osvojit si dovednosti, na jejichž základě je schopno činit informovaná rozhodnutí, a mohou jít dítěti sami příkladem, je jedním z nejučinnějších protektivních faktorů z hlediska zneužívání návykových látek a dalších forem rizikového chování. Tyto programy je možné realizovat také pro rodiče dětí nacházejících se v období rané adolescence. Jelikož dané přehledové studie se z větší části vztahují na všechny věkové skupiny bez rozdílu a uplatňované zásady jsou si více méně podobné, hovoříme o této intervenci pouze zde. Intervence tohoto typu lze realizovat v rámci všeobecné i selektivní prevence.

#### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence referuje devět dobrých a čtyři přijatelné přehledové studie<sup>13</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že všeobecně orientované programy založené na práci s rodinou vykazují pozitivní preventivní dopad na užívání alkoholu u mladých lidí, kdy sice tento účinek není nijak velký, ale je celkově konzistentní a přetrvávající ve střednědobém i dlouhodobém horizontu. Bylo rovněž opakovaně prokázáno, že tento typ programů může vést k abstinenci od návykových látek v době 12 měsíců a více od realizace intervence, jak vyplývá z vlastních výpovědí respondentů, kteří program absolvovali.

Potenciál efektivity práce zaměřené na rodinu z hlediska dosahování dlouhodobého snížení míry zneužívání návykových látek bude zřejmě největší u nejhroženější skupiny mladých lidí a u mladých lidí, kteří vykazují více rizikových faktorů najednou. Intervence zaměřené na rodiče a rodinu pak také přispívají k významnému a dlouhodobému zlepšení fungování rodiny (včetně rodičovských dovedností a chování dětí) a mohou také pozitivně ovlivnit chování a emoční a behaviorální adaptaci dětí do tří let věku. V neposlední řadě byla prokázána nákladová efektivita této intervence.

Programy zaměřené na rodičovskou výchovu se realizují v Africe, Asii, na Blízkém východě i v Latinské Americe, ale pouze některé z nich jsou koncipovány tak, aby byly schopny působit na emoční a behaviorální projevy, anebo jsou založeny na dostatečně robustní metodologii.

#### *Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s pozitivním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

13 Barlow (2005), Bühler (2008), Foxcroft (2011), Furlong (2012), Gates (2006), Jones (2006), Knerr (2013), McGrath (2006), Mejia (2012), Miller (2012), Petrie (2007), Spoth (2008), Thomas (2007).

- ✓ posílení rodinných vazeb, tj. užšího vztahu mezi rodiči a dětmi,
- ✓ podpora rodičů při přebírání aktivnější role v životě jejich dětí, např. monitorování jejich aktivit a okruhu přátel a aktivní účast na jejich vzdělávání a výchově,
- ✓ podpora rodičů při zajišťování pozitivně motivovaných kázeňských pravidel přiměřených věku dětí,
- ✓ podpora rodičů v jejich snaze být pro děti vzorem.

S pozitivním preventivním výsledkem se podle dalších dostupných poznatků pojí také tyto charakteristiky:

- ✓ organizování intervence takovým způsobem, který bude pro rodiče praktický a atraktivní (např. mimo pracovní dobu, zajištění občerstvení, možnost pohlídání dětí, zajištění dopravy, malá pozornost za absolvování programu apod.),
- ✓ obvykle koncipováno jako cyklus sezení (často cca 10 sezení, více v případě práce s rodiči z marginalizovaných nebo sociálně deprivovaných komunit nebo v rámci léčebného programu, kdy je jeden nebo oba rodiče závislí na alkoholu nebo drogách),
- ✓ součástí intervence jsou aktivity určené pro rodiče, děti i celou rodinu,
- ✓ realizováno proškolenými pracovníky, v mnoha případech bez jakékoli formální kvalifikace.

*Hlavní znaky související s nulovým nebo negativním preventivním výsledkem:*

- ✗ podřívání rodičovské autority,
- ✗ intervence realizovaná pouze formou přednášek,
- ✗ informování rodičů o drogách, aby mohli následně o tématu hovořit se svými dětmi,
- ✗ zaměření výhradně na dítě,
- ✗ realizováno nedostatečně proškolenými pracovníky.

*Existující metodické materiály a zdroje dalších informací:*

- UNODC (2010), *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria,
- UNODC (2009), *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria,
- CCSA (2011), *Strengthening Our Skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention family skills programs*, Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, ON, Canada.

## Výchova zaměřená na rozvoj osobních a sociálních dovedností

### *Charakteristika*

V rámci těchto programů vyškolení pedagogové zapojují děti do interaktivních činností, při nichž mají příležitost si osvojit a procvičit širokou škálu osobních a sociálních dovedností. Tyto programy jsou obvykle realizovány pro všechny děti prostřednictvím cyklů strukturovaných sezení (tzn. jedná se o intervence na úrovni všeobecné prevence). Tyto programy poskytují příležitost k nabytí dovedností potřebných k bezpečnějšímu a zdravějšímu způsobu zvládání obtížných situací v každodenním životě. Podporují rozvoj základních sociálních kompetencí, včetně duševní a emoční pohody, a věnují se rovněž problematice sociálních norem a postojů. Tyto programy zpravidla nezahrnují témata týkající se konkrétních návyko-

vých látek, neboť ve většině komunit děti v tomto věku ještě s jejich užíváním nemají zkušenosti. Neplatí to však všude, a proto například programy zaměřující se na děti, které se dostaly k návykovým látkám (např. těkavým látkám) již v tomto velmi nízkém věku, mohou při zaměření svých aktivit na jednotlivé návykové látky čerpat z informací uvedených v části „Preventivní výchova založená na osobních a sociálních dovednostech a vlivu sociálního prostředí“ u věkové kategorie „Raná adolescence“.

#### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence referuje pět dobrých a osm přijatelných přehledových článků<sup>14</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že podpora rozvoje osobních a sociálních dovedností v rámci prostředí školní třídy může mít pozitivní preventivní efekt na pozdější užívání drog a abúzus alkoholu. Některé programy mají rovněž vliv na rizikové faktory ve vztahu ke zneužívání návykových látek, např. přispívají k většímu zájmu o školu, lepšímu prospěchu, sebehodnocení a duševní pohodě a k rozvoji dovedností odolávat tlaku okolí a dalších sociálních dovedností. Programy zaměřené na zvyšování schopnosti sebeovládání realizované pro děti, které mají deset a méně let, obecně snižují projev problémového chování. Kromě Austrálie, Kanady, Evropy a USA pocházejí uváděné poznatky také z Afriky, Latinské Ameriky a Indie.

#### *Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s pozitivním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

- ✓ zlepšení celé řady osobních a sociálních dovedností,
- ✓ realizace formou cyklu strukturovaných setkání, která bývají často v dalších letech doplňována navazujícími akcemi realizovanými za účelem upevnění a zopakování předchozího obsahu intervence (booster sessions),
- ✓ realizováno proškolenými pedagogy a moderátory,
- ✓ primárně interaktivní ráz jednotlivých setkání.

#### *Hlavní znaky související s nulovým nebo negativním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s nulovým nebo negativním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

- ✗ uplatňování neinteraktivních metod, např. přednáška jako hlavní způsob realizace intervence,
- ✗ poskytování informací o konkrétních návykových látkách, včetně vyvolávání strachu.

S nulovým nebo negativním preventivním výsledkem se podle dalších dostupných poznatků pojí také tyto charakteristiky:

- ✗ zaměření výhradně na budování vyššího sebehodnocení a emoční výchovu.

<sup>14</sup> Bühler (2008), Faggiano (2005), Foxcroft (2011), Jones (2006), McGrath (2006), Müller-Riemenschneider (2008), Pan (2009), Roe (2005), Schröer-Günther (2011), Skara (2003), Soole (2008), Spoth (2008), Thomas (2006).

*Existující metodické materiály a zdroje dalších informací:*

- UNODC Guidelines on School Based Education on Drug Abuse Prevention,
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention,
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention.

### Programy zaměřené na zlepšování prostředí ve školní třídě

#### *Stručná charakteristika*

Tyto programy posilují schopnost pedagogů pracovat s třídním kolektivem, pomáhají dětem sociálně se identifikovat se svou rolí žáka a přispívají k minimalizaci raných projevů agresivního a disruptivního chování. Pedagogům je standardně poskytována metodická podpora pro realizaci souboru postupů ve vztahu ke každodennímu fungování celého třídního kolektivu uplatňovaných mimo rámec výuky, jejichž cílem je pěstovat v žácích prosociální chování a eliminovat či minimalizovat projevy nevhodného chování. Tyto programy přispívají nejen k lepšímu osvojení si učební látky, ale také k rozvoji socio-emočních dovedností. Patří k všeobecně preventivním intervencím, protože se zaměřují na třídu jako celek.

#### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěných vztazích se k tomuto typu intervence referuje jeden dobrý přehledový článek<sup>15</sup>. Z jeho závěrů vyplývá, že dobrá práce pedagoga s třídou významně snižuje výskyt problémového chování v třídním kolektivu, disruptivní a agresivní chování nevymáje (velikost účinku na úrovni třídy až 0,8), a přispívá k prosociálnímu chování a lepším studijním výsledkům dětí. Časový rámec udržitelnosti těchto výsledků není zřejmý. Veškeré výše uvedené poznatky pocházejí z USA a Evropy.

#### *Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s pozitivním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

- ✓ častá realizace během prvních let školy,
- ✓ součástí intervence jsou postupy k řešení projevů nevhodného chování,
- ✓ součástí intervence jsou postupy sloužící k ocenění vhodného chování,
- ✓ součástí intervence je zpětná vazba ohledně očekávaných výstupů,
- ✓ aktivní zapojení studentů.

### Politiky zaměřené na podporu školní docházky

#### *Stručná charakteristika*

Školní docházka, pozitivní vazba na školu a dosažení věkově adekvátní úrovně jazykových a početních dovedností jsou pro děti v tomto věku důležitými protektivními faktory. V nízkou a středněpříjmových zemích existují snahy o uplatňování celé řady politik, jejichž cílem je podpořit školní docházku u dětí, a zajistit tak celkově jejich lepší vzdělání.

<sup>15</sup> Oliver (2011)

*Dostupné relevantní podklady*

Dvě dobré přehledové studie<sup>16</sup> referují o poznatcích týkajících se těchto politik: výstavba nových škol, poskytování stravy ve školách a motivování rodin nejrůznějšími ekonomickými pobídkami. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že tyto politiky zvyšují školní docházku dětí a zlepšují jejich jazykové a početní dovednosti. Zatímco prosté vyplácení hotovosti rodinám podle dosavadních poznatků nevede k významnému přínosu, opak je pravdou v případě tzv. podmínečných plateb. Všechny tyto poznatky pocházejí z nízko- a středněpříjmových zemí. Časový rámec udržitelnosti těchto výsledků není zřejmý.

## 2/3

**Raná adolescence**

Adolescence je vývojovým obdobím, kdy se dospívající mladý člověk na základě rostoucí míry svého kontaktu s lidmi a organizacemi, jež během dětství neměl možnost poznat, setkává s novými myšlenkami a chováním. Je to doba, kdy si lze „vyzkoušet“ některé role a povinnosti dospělých, ale je to také doba charakterizovaná „plasticitou“ a tvárností mozku dospívajícího člověka, z čehož vyplývá, že stejně jako v případě dětství je toto vývojové období časem, kdy různé intervence mohou upevnit či pozměnit předchozí zkušenosti.

Touha po přijímání rolí dospělých a větší nezávislosti v době, kdy se v dospívajícím mozku odehrává množství významných změn, může rovněž vytvářet příhodné podmínky pro neuvážená rozhodnutí a uchylování se k potenciálně škodlivému chování, k němuž patří rizikové sexuální chování, kouření a požívání alkoholu, riskantní chování při řízení vozidla nebo užívání drog.

Na zdravé chování má významný vliv zneužívání návykových látek a deviantní chování mezi vrstevníky, respektive odmítání takového chování ze strany vrstevníků, byť nadále v tomto ohledu zůstává významný také vliv rodičů. Důležitými protektivními faktory z hlediska užívání drog jsou rovněž zdravé postoje k návykovým látkám a bezpečná sociálně normativní přesvědčení. Dobré sociální dovednosti a duševní a emoční odolnost zůstávají klíčovými protektivními faktory po celou dobu období adolescence.

**UPOZORNĚNÍ.** Tytéž poznatky týkající se intervencí zaměřených na rodičovské dovednosti ve vztahu k období mladšího školního věku lze rovněž aplikovat na tytéž intervence a politiky koncipované pro mládež v období rané adolescence, přičemž v této části už o nich nebude znovu pojednáno. Podobně platí, že mnohé intervence a politiky určené starším adolescentům mohou mít pozitivní preventivní dopad na zneužívání návykových látek i v době rané adolescence, nicméně z praktických důvodů je o nich pojednáno pouze v následující části. Týká se to politik v oblasti alkoholu a tabákových výrobků, mediálních kampaní, krátké intervence a komunitních vícesložkových iniciativ.

16 Lucas (2008), Petrosino (2012).

## Preventivní výchova založená na osobních a sociálních dovednostech a vlivu sociálního prostředí

### *Stručná charakteristika*

V rámci preventivních programů založených na nácviku potřebných dovedností jsou žáci pod vedením proškolených pedagogů zapojováni do interaktivních aktivit, při nichž mají možnost si osvojit a procvičit množství osobních a sociálních dovedností. Tyto programy se zaměřují na rozvoj schopnosti odmítnout nabídku návykové látky nebo jinou nežádoucí nabídku ze strany vrstevníků, která mladým lidem umožní lépe čelit sociálním tlakům na zneužívání návykových látek a zdravým způsobem se vyrovnávat s nástrahami každodenního života.

Poskytují také příležitost k věkově přiměřené diskuzi o různých sociálních normách, postojích a pozitivních a negativních očekávaních spojených s problematikou zneužívání návykových látek, včetně jeho následků. Dále se zaměřují na typickou prevalenci a společenskou přijatelnost zneužívání návykových látek z pohledu vrstevníků a snaží se tak působit na normativní přesvědčení týkající se tohoto jevu. Preventivní programy založené na posilování relevantních dovedností a vlivu sociálního prostředí lze také uplatnit ve vztahu ke starším dospívajícím.

### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěných vztazích se k tomuto typu intervence referuje 13 dobrých a 13 přijatelných přehledových článků a jedno přijatelné randomizované kontrolované hodnocení<sup>17</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že určité interaktivně pojímané školní programy mohou na zneužívání návykových látek preventivně působit i v dlouhodobém horizontu (vysoký účinek (RR 0,82) se uvádí u užívání konopí). V rámci těchto interaktivních programů se rozvíjejí osobní a sociální dovednosti a hovoří se o vlivech sociálního prostředí (sociálních normách, očekávaních, normativních přesvědčeních apod.) souvisejících s užíváním drog. Vykazují obvykle pozitivní výsledky z hlediska všech typů návykových látek, jakož i z hlediska prevence dalších forem problémového chování, jakým je předčasné ukončení školní docházky nebo záškoláctví.

V této souvislosti existují určité indicie, že programy zaměřené na mladé lidi ve fázi rané adolescence mohou dosahovat z hlediska prevence zneužívání návykových látek lepší výsledky než programy zaměřující se na mladší nebo starší děti.

Nejvíce relevantních podkladů existuje k všeobecně preventivním programům. Bylo nicméně prokázáno, že všeobecně koncipovaná výchova založená na rozvoji potřebných dovedností může působit preventivně také mezi nejrizikovějšími skupinami.

Tyto programy standardně realizují vyškolení moderátoři, většinou pedagogové. Ke snížení míry zneužívání návykových látek mohou však přispět také programy realizované prostřednictvím počítače nebo on-line.

17 Bühler (2008), Champion (2012), Dobbins (2008), Faggiano (2005), Faggiano (2008), Fletcher (2008), Foxcroft (2011), Gates (2006), Jackson (2012), Jones (2006), Lemstra (2010), McGrath (2006), Moreira (2009), Müller-Riemenschneider (2008), Pan (2009), Porath-Waller (2010), Ranney (2006), Reavley (2010), Roe (2005), Schröer-Günther (2011), Skara (2003), Soole (2008), Spoth (2008), Thomas (2006), Thomas (2008), West (2004), Wiehe (2005).

Většina těchto podkladů pochází z USA, Evropy a Austrálie. Z poznatků o dovednostně zaměřených preventivních programech vyplývá také určitá možnost jejich přenositelnosti. Avšak vzhledem k tomu, že dostupné podklady z nízko- a středněpříjmových zemí Afriky, Asie a Latinské Ameriky nevyznívají v tomto ohledu jednoznačně, je třeba k fázi adaptace a následné implementace těchto intervencí přistupovat velmi obezřetně.

#### *Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s pozitivním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

- ✓ využívání interaktivních metod,
- ✓ realizace formou cyklu strukturovaných setkání (většinou 10–15) pořádaných jednou týdně, často doplněných opakovacími a upevňovacími sezeními v průběhu dalších let,
- ✓ realizováno školenými moderátory (případně rovněž v kombinaci s proškolenými vrstevníky),
- ✓ možnost procvičit a osvojit si širokou škálu osobních a sociálních dovedností, zejména těch potřebných ke zvládnutí zátěžových situací, přijímání správných rozhodnutí a odolávání tlaku okolí, konkrétně pak ve vztahu ke zneužívání návykových látek,
- ✓ dopad na vnímání rizik spojených se zneužíváním návykových látek, s důrazem na bezprostřední následky,
- ✓ rozptýlení falešných představ o normativní povaze a očekáváních spojených s jevem zneužívání návykových látek.

#### *Hlavní znaky související s nulovým nebo negativním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s nulovým nebo negativním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

- ✗ uplatňování neinteraktivních metod, např. přednášek, jako primárního způsobu realizace intervence,
- ✗ omezování se pouze na poskytování informací, zejména s cílem vyvolat strach.

S nulovým nebo negativním preventivním výsledkem se podle dalších dostupných poznatků pojí také tyto charakteristiky:

- ✗ intervence je založena na setkáních majících formu nestrukturovaného dialogu,
- ✗ zaměření výhradně na budování vyššího sebehodnocení a emoční výchovu,
- ✗ důraz pouze na etické/morální rozhodování nebo hodnoty,
- ✗ využívání bývalých uživatelů drog jako odstrašujících případů,
- ✗ policisté jako realizátoři programu.

#### *Existující metodické materiály a zdroje dalších informací:*

- UNODC Guidelines on School Based Education on Drug Abuse Prevention,
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention,
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention.

## Školní politiky a kultura

### *Stručná charakteristika*

Školní politiky týkající se zneužívání návykových látek hovoří v tom smyslu, že žáci ani pracovníci školy by v prostorách školy a během školních akcí a aktivit neměli užívat návykové látky. Součástí těchto politik jsou rovněž transparentní a nerepresivní mechanismy k řešení případů, kdy někdo návykovou látku užije, které z takového prohrěšku učiní příležitost pro výchovné působení a zdravotní osvětu. Školní politiky a konkrétní činnost školy v této oblasti mohou navíc přispět k aktivnímu přístupu studentů a jejich pozitivní vazbě na školu. Tyto intervence a politiky mají všeobecně preventivní ráz, ale mohou rovněž zahrnovat selektivní komponenty, spočívající například v podpoře jedinců, kteří chtějí přestat s užíváním nějaké návykové látky, nebo zprostředkování kontaktu na nějaké odborné služby. Standardně se implementují společně s dalšími preventivními intervencemi zaměřenými například na dovednostně orientovanou výchovu nebo podporu rodičovských dovedností a posílení aktivního zapojení rodičů obecně.

### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu politik referují tři dobré přehledové studie a jeden přijatelný přehledový článek<sup>18</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že školní politiky vztahující se na problematiku zneužívání návykových látek mohou mít preventivní dopad na kouření. Působení na školní prostředí ve prospěch většího zájmu o život školy, aktivity žáků a pozitivních sociálních vazeb a eliminace podmínek pro výskyt projevů negativního chování mohou také vést ke snižování míry užívání drog a dalších forem rizikového chování. Také v prostředí vysokých škol lze zaváděním příslušných politik a kultury ve vztahu ke starším studentům na pomezí adolescence a dospělosti dosáhnout snížení míry nadužívání alkoholu, zejména jsou-li tato opatření kombinována s možností krátké intervence (zaznamenaná středně velký účinek (SMD 0,38) ve vztahu k omezení konzumovaného množství alkoholu). Časový rámec udržitelnosti těchto výsledků není zřejmý.

Je známo, že součástí školních politik je také namátkové testování na přítomnost drog. O zjištěních týkajících se tohoto komponentu referuje jedna přijatelná randomizovaná kontrolovaná studie. Z jejích závěrů vyplývá, že tato praxe nevedla k nijak významnému snížení míry užívání drog a alkoholu<sup>19</sup>.

Přestože většina materiálů vztahujících se k tomuto tématu vznikla v USA, Evropě a Austrálii, některé relevantní podklady pocházejí také z Latinské Ameriky, Afriky a Asie.

### *Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem:*

- ✓ působení v rámci běžného chodu školy, nikoli rušivě,
- ✓ podpora pozitivního školního étosu, zájmu o školu a aktivního přístupu studentů,
- ✓ koncipování příslušných politik za účasti všech zainteresovaných stran (studentů, pedagogického sboru, organizačně-technických pracovníků školy a rodičů),
- ✓ v příslušných politikách jsou jasně vymezeny předmětné návykové látky, jakož i místa (prostory školy) anebo příležitosti (školní akce), na něž se daná politika vztahuje,

18 Fletcher (2008), Moreira (2009), Reavley (2010), Thomas (2008).

19 Goldberg (2007).



- ✓ plošné uplatňování v rámci školy (platí pro studenty, pedagogický sbor, organizačně-technické pracovníky školy, návštěvy apod.),
- ✓ omezená nebo nulová dostupnost tabákových výrobků, alkoholu nebo jiných návykových látek,
- ✓ pozitivní sankce v reakci na porušení daných politik v podobě poskytnutí nebo zprostředkování poradenských služeb, léčebné nebo jiné zdravotní péče a psychosociálně zaměřených služeb namísto trestu,
- ✓ důsledné a neprodlené prosazování daných politik, včetně uplatňování prvků „pozitivního zpevnění“ při jejich dodržování.

#### *Hlavní znaky související s nulovým nebo negativním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s nulovým nebo negativním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

- ✗ namátkové testování na přítomnost drog jako součást politiky.

#### Řešení rizikových psychologických rysů osobnosti

##### *Stručná charakteristika*

Se zvýšeným rizikem zneužívání návykových látek se pojí také některé osobnostní rysy, jako např. sklon vyhledávat vzrušující zážitky, impulzivita, přecitlivělost nebo negativní myšlení. Dospívajícím, kterým v tomto ohledu hrozí zvýšené riziko, pomáhají tyto programy indikované prevence uplatňovat konstruktivní způsoby zvládnání emocí pramenících z jejich osobnostních dispozic jako alternativu k negativním copingovým strategiím, mezi něž patří například škodlivé užívání alkoholu.

##### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence v době rané adolescence a adolescence referují čtyři přijatelná randomizovaná kontrolovaná hodnocení<sup>20</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že u osob, které absolvovaly programy zaměřené na řešení rizikových psychologických osobnostních rysů, bylo po dvou letech od intervence zaznamenáno snížení výskytu konzumace alkoholu (o 29 % menší pravděpodobnost výskytu v porovnání s rizikovými studenty ve školách tvořících kontrolní skupinu) a nárazového pití (o 43 % menší pravděpodobnost výskytu).

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence ve středním dětství referuje jeden dobrý přehledový článek<sup>21</sup>. Ze závěrů této práce vyplývá, že tento typ intervence může ovlivnit individuální zprostředkující faktory, např. sebeovládání, které mají dopad na zneužívání návykových látek v pozdějším životě.

##### *Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem*

Z dostupných relevantních podkladů vyplývá, že s pozitivním preventivním výsledkem se pojí následující hlavní znaky:

<sup>20</sup> Conrod (2008, 2010, 2011, 2013) a O'Leary-Barrett (2010) referující o téže studii.  
<sup>21</sup> Piquero (2010).

- ✓ realizováno proškolenými odborníky (např. psycholog, pedagog apod.),
- ✓ specifické osobnostní rysy jsou u účastníků určovány pomocí validizovaných diagnostických nástrojů,
- ✓ účastníci si mají možnost osvojit dovednosti potřebné k pozitivnímu zvládnání svých osobnostně podmíněných emocí,
- ✓ realizováno jako krátký cyklus sezení (2–5).

## Mentoring

### *Stručná charakteristika*

Bylo zjištěno, že „přirozený“ mentoring v rámci vztahů a interakcí mezi dětmi/dospívajícími a dospělými, kteří s nimi nejsou v příbuzenském vztahu, např. učiteli, trenéry a vůdčími představiteli dané komunity, vykazuje souvislost s nižší mírou zneužívání návykových látek a násilím. Tyto programy spočívají ve zprostředkovávání kontaktu mezi mládeží, zejména ze sociálně marginalizovaného prostředí (selektivní prevence), s dospělými, kteří jsou ochotni organizovat pro mladé lidi různé činnosti a pravidelně s nimi trávit část svého volného času.

### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních ve vztahu k této intervenci referují dvě dobré a jedna přijatelná přehledová studie<sup>22</sup>. Ze závěrů těchto prací vyplývá, že mentoring může mít preventivní dopad na užívání alkoholu a drog mezi rizikovou mládeží, kdy výsledky intervence byly současně patrné i po jednom roce od jejího skončení. Veškeré tyto podklady pocházejí z USA.

### *Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem:*

- ✓ adekvátní proškolení a podpora mentorů,
- ✓ založeno na silně strukturovaném programu činností.

S rostoucím věkem dospívajících začínají nabývat na významu intervence realizované mimo prostředí rodiny a školy, jmenovitě například na pracovišti, v prostředí zábavy, v rámci zdravotní péče nebo života komunity.

**UPOZORNĚNÍ.** Poznatky týkající se intervencí a politik ve školách určených pro mládež v období rané adolescence (např. výukový plán třídy, řešení rizikových osobnostních rysů, školní politiky v oblasti zneužívání návykových látek apod.), jakož i mentoringu lze rovněž aplikovat na tytéž intervence a politiky koncipované pro mládež v období pozdní adolescence, přičemž v této části už o nich nebude znovu pojednáno.

<sup>22</sup> Bühler (2008), Thomas (2011), Tolan (2008).

## Krátká intervence

### *Stručná charakteristika*

Krátká intervence spočívá v individuálních poradenských konzultacích, jejichž součástí mohou být navazující kontrolní setkání nebo poskytnutí dalších materiálů k samostudiu. Tento typ intervence prováděný většinou nejrůznějšími kvalifikovanými zdravotnickými a sociálními pracovníky je určen osobám, které se zneužíváním návykových látek vystavují riziku, aniž by ovšem měly potřebu nebo byly nuceny vyhledat léčbu. Během těchto pohovorů se nejprve zjistí, zda je u dané osoby problém zneužívání návykových látek přítomen, a následně je jí bezprostředně poskytnuto odpovídající základní poradenství, anebo je jí zprostředkován kontakt na odborné služby v oblasti léčby závislostí. Tyto konzultace jsou strukturované a trvají zpravidla 5–15 minut.

Krátká intervence se typicky realizuje v rámci systému primární zdravotní péče nebo na odděleních urgentního příjmu, ale pozitivní výsledky vykazalo rovněž její uplatňování v rámci programů realizovaných ve školách nebo na pracovištích, a také byla-li nabízena on-line nebo prostřednictvím počítače.

Během pohovorů koncipovaných jako krátká intervence lze rovněž uplatnit techniku motivačního rozhovoru, což je psychosociální technika, jejímž prostřednictvím lze rozvinout diskusi o zneužívání návykových látek u dané osoby a nasměrovat pacienta k tomu, aby v souvislosti se svým zneužíváním návykových látek učinil potřebná rozhodnutí a stanovil si konkrétní cíle. V tomto případě je realizace krátké intervence rozložena až do 4 hodinových sezení.

### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence referuje 10 dobrých a 13 přijatelných přehledových článků a jedno přijatelné randomizované kontrolované hodnocení<sup>23</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že krátká intervence a motivační rozhovory mohou i v dlouhodobém horizontu významně snížit míru zneužívání návykových látek. Váha těchto důkazů je značná, přičemž bezprostředně po intervenci byla zaznamenána značná velikost účinků u užívání alkoholu a drog (standardizovaný průměrný rozdíl = 0,79), při zachování výrazných hodnot ještě jeden rok po skončení intervence (standardizovaný průměrný rozdíl = 0,15).

Krátká intervence a motivační rozhovory mají stejně pozitivní dopad jak na dospívající, tak na dospělé, nicméně u žen nebyl zatím jednoznačně prokázán dlouhodobý efekt těchto intervencí v případě užívání alkoholu, což hovoří ve prospěch většího dopadu na muže. I ve formě jednorázového sezení může mít krátká intervence nebo motivační rozhovor významný a dlouhodobý dopad. Delší průběh poradenství podle dostupných poznatků nijak nezvyšuje přínos intervence. Bylo zjištěno, že krátké intervence jsou nákladově efektivní a přenositelné. Dostupné poznatky pocházejí z USA, Evropy a Austrálie/Nového Zélandu a ze studií realizovaných v Africe. V Latinské Americe a Asii se rovněž testuje metodika krátké intervence ASSIST vytvořená Světovou zdravotnickou organizací.

23 Ballesteros(2004), Beich (2003), Bertholet (2005), Carney (2012), Christakis (2003), Dunn (2006), Kahan (1995), Kaner (2007), Khadjesari (2010), McQueen (2011), Nilsen (2008), Riper (2009), Smedslund (2011), Tait (2003), Vasilaki (2006), Wachtel (2010), White (2010), Wilk (1997).

*Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem:*

- ✓ v rámci individuálního pohovoru se zjistí případný problém se zneužíváním návykových látek a následně je bezprostředně poskytnuto základní poradenství, anebo zprostředkováán kontakt na příslušnou odbornou péči,
- ✓ realizováno proškolenými odborníky.

*Existující metodické materiály a zdroje dalších informací:*

- Orientační test na užívání alkoholu, tabáku a jiných návykových látek (*The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST*) – souborný metodický materiál pro zdravotníky v primární péči a jejich pacienty.

## Preventivní programy na pracovišti

### *Stručná charakteristika*

Zneužívání návykových látek se z drtivé většiny vyskytuje mezi pracujícími dospělými. Poruchy způsobené zneužíváním návykových látek vystavují zaměstnance zdravotním rizikům a komplikují jejich vztahy se spolupracovníky, přáteli a rodinnými příslušníky. Ve vztahu k pracovišti pak konkrétně znamenají bezpečnostní riziko. Vysoké riziko v tomto ohledu hrozí zejména mladým dospělým, neboť bylo zjištěno, že pracovní zátěž významně zvyšuje riziko vzniku drogové závislosti mezi mladými dospělými, kteří užívají drogy. Pro zaměstnavatele rovněž znamená zneužívání návykových látek výraznou finanční zátěž. Zaměstnanci, kteří mají problémy se zneužíváním návykových látek, vykazují vyšší míru absence a nižší produktivitu, existuje u nich vyšší pravděpodobnost způsobení nějaké nehody, připadají na ně vyšší náklady na zdravotní péči a větší fluktuace. Zaměstnavatelé jsou navíc povinni přijmout a zachovávat opatření k zajištění bezpečnosti a zdraví při práci v souladu s platnými zákony a předpisy<sup>24</sup>. Preventivní programy na pracovišti sestávají zpravidla z více komponentů, mezi něž patří vedle různých preventivních prvků a politik také poradenství a zprostředkovávání kontaktů na léčebnou péči.

### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence referují jeden dobrý a jeden přijatelný přehledový článek. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že preventivní programy na pracovišti mohou působit na užívání tabáku a alkoholu. Časový rámec udržitelnosti těchto výsledků není zřejmý. Relevantní podklady pocházejí z USA, Austrálie a Evropy, byť některé zajímavé zkušenosti s těmito intervencemi byly zaznamenány i v Latinské Americe, Asii a Africe.

*Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem:*

- ✓ vytváření za účasti všech zainteresovaných stran (zaměstnavatelé, management, zaměstnanci),
- ✓ zaměstnanci si musejí být jisti důvěrným charakterem intervence,
- ✓ součástí a zároveň základem intervence je politika daného pracoviště týkající se problému zneužívání návykových látek, která byla formulována ve spolupráci se všemi zainteresovanými stranami a nemá represivní charakter,

24 ILO (1996). Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice, Geneva, International Labour Office.

- ✓ poskytování krátké intervence (včetně její internetové varianty), jakož i poradenství, zprostředkovávání léčebné péče a resocializačních služeb těm zaměstnancům, kteří to potřebují,
- ✓ součástí je komponenta akcentující jasnou komunikaci,
- ✓ intervence je organickou součástí komplexu dalších zdravotních a rekreačních programů (např. prevence kardiovaskulárních chorob),
- ✓ zahrnuje kurzy zvládání stresu,
- ✓ vedoucí pracovníci, zaměstnanci a zdravotníci jsou seznámeni s tím, jaké role v daném programu plní,
- ✓ testování na přítomnost alkoholu a drog se v rámci intervence provádí pouze jako součást celého programu s ohledem na charakteristiky popsané v předchozích bodech.

#### *Existující metodické materiály a zdroje dalších informací:*

- ILO (2012), SOLVE training package: Integrating health promotion into workplace OSH policies, Programme on Safety and Health at Work and the Environment (SAFEWORK), International Labour Organisation, Geneva, Switzerland,
- UNODC ve spolupráci s ILO (ve fázi redakční přípravy), Guidelines on workplace prevention programmes,
- CICAD (2009), CICAD Hemispheric Guidelines In Workplace Prevention.

### Politiky v oblasti alkoholu a tabákových výrobků

#### *Stručná charakteristika*

Užívání tabáku a alkoholu, závislost na těchto látkách a související poruchy jsou mnohem rozšířenější než poruchy z užívání nelegálních drog, přičemž mnohem vyšší je rovněž zdravotní zátěž představovaná újmou působenou kouřením a konzumací alkoholu. Začne-li mladý člověk s kouřením a pitím alkoholu ve fázi rané adolescence, kdy se jeho mozek stále vyvíjí, výrazně se tím zvyšuje pravděpodobnost, že se u něj v pozdějším životě rozvinou poruchy z užívání návykových látek a závislost. Mladí lidé, kteří užívají drogy, navíc také často užívají alkohol, a to v nadměrné míře nebo v kombinaci s jinými látkami. Z toho důvodu mají aktivity v oblasti prevence a snižování míry užívání tabáku a alkoholu mezi mládeží, včetně škodlivých vzorců užívání těchto látek, své místo v celkové strategii protidrogové prevence, kromě toho, že jsou jedním z hlavních prvků jakékoli veřejnězdravotní politiky.

#### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních týkajících se politik v oblasti alkoholu referuje šest dobrých a šest přijatelných přehledových studií<sup>25</sup>, zatímco o zjištěních týkajících se politik v oblasti kouření referuje pět dobrých a čtyři přijatelné přehledy<sup>26</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že zvýšení cen alkoholu a tabákových výrobků vede ke snížení jejich spotřeby v celkové populaci. V případě alkoholu se tento efekt podle všeho projevuje u umírněných i intenzivních uživatelů alkoholu, přičemž 10% navýšení podle dostupných zjištění souvisí se 7,7% poklesem v konzumaci alkoholu. V případě tabákových výrobků se 10% navýšení projevilo 3,7% poklesem v počtu kuřáků. Bylo rovněž zjištěno, že navýšení cen vede ke snížení míry intenzivní konzumace alkoholu mezi

25 Anderson (2009), Bühler (2008), Campbell (2009), Elder (2010), Hahn (2010), Hahn (2012), Middleton (2010), Popova (2009), Rammohan (2011), Smith (2009), Spoth (2008), Wagenaar & Toomey (2002).  
 26 Bühler (2008), Callinan (2010), Hopkins (2001), Lovato (2011), NCI (2008), Ranney (2006), Richardson (2009), Stead (2005), Thomas (2008).

vysokoškolskou mládeží a spotřeby tabákových výrobků mezi dospívajícími a vysokoškoláky. Z dostupných poznatků vyplývá, že vyšší ceny tabákových výrobků působí rovněž na nízkopříjmové skupiny obyvatel. V neposlední řadě pak vyšší ceny alkoholu vykazují souvislost s nižší mírou násilí.

Zvyšování minimální věkové hranice, od níž je ze zákona povoleno pít alkohol, snižuje míru jeho konzumace. V případě tabáku nejsou dostupné poznatky v tomto ohledu natolik jednoznačné. Na užívání tabáku mezi mládeží, zejména u dívek a těch jedinců, kteří již za sebou mají první fáze kuřácké kariéry (ostatní se častěji dostávají k tabákovým výrobkům prostřednictvím kamarádů), mohou pozitivně působit komplexní intervence, které najdou silnou odezvu mezi prodejci. Časový rámeček udržitelnosti těchto výsledků není zřejmý.

Z poznatků týkajících se navyšování relevantní zákonné odpovědnosti provozoven prodávajících alkoholické nápoje nevyplývají žádné směrodatné závěry.

Čím více jsou dospívající vystaveni reklamě na alkohol, tím je pravděpodobnější, že začnou pít, přičemž u osob, které již pijí, může vliv reklamy zvýšit množství konzumovaného alkoholu. Podobně platí, že reklama na tabákové výrobky a jejich komerční propagace zvyšují počty osob, které začnou tyto produkty konzumovat. Spotřebě tabákových výrobků lze předcházet dlouhodobým zákazem reklamy na tyto výrobky.

Ačkoli většina výše zmiňovaných poznatků pochází z USA/Kanady, Evropy a Austrálie, některé relevantní podklady týkající se politik vztahujících se na tabákové výrobky mají původ také v zemích východní Asie a jižní Afriky.

*Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem:*

- ✓ zvýšení cen tabákových výrobků a alkoholu prostřednictvím zdanění; u politik v oblasti alkoholu nemusejí být výsledky tak markantní v případě zemí, kde naprostá většina produkce a konzumace není nijak evidována,
- ✓ navýšení minimální věkové hranice pro prodej tabákových a alkoholických výrobků,
- ✓ opatření k zamezení prodeje tabákových výrobků a alkoholu mladým lidem, kteří nespĺňují příslušnou zákonnou věkovou hranici, realizovaná v rámci komplexních programů, včetně aktivního a průběžného postupu kontrolních a represivních orgánů a edukace maloobchodních prodejců uskutečňovaná prostřednictvím nejrůznějších strategií (osobní kontakt, média a informační materiály),
- ✓ zákazy reklamy na tabákové výrobky a omezování reklamy na alkohol působící na mladé lidi.

## Komunitní vícesložkové iniciativy

### *Stručná charakteristika*

Na komunitní úrovni jsou vyvíjeny různé aktivity usilující o vytvoření partnerství, pracovních skupin, koalic, akčních skupin atd., které spojují různé aktéry v dané komunitě při řešení problematiky zneužívání návykových látek. Některé takové typy občanské spolupráce fungují spontánně. Avšak existence komunitních partnerství většího rozsahu je obvykle produktem nějakého speciálního programu, jehož prostřednictvím je komunitám poskytována finanční a technická podpora potřebná k průběžné realizaci výzkumem podložených preventivních

intervencí a politik. Komunitní iniciativy obvykle sestávají z více různých složek, jež umožňují realizovat potřebná opatření v různých prostředích (např. škola, rodina, média, oblast prosazování práva apod.).

#### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence referuje sedm dobrých a šest přijatelných přehledových studií. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že komunitní vícesložkové iniciativy mohou mít preventivní dopad na užívání drog, alkoholu a tabákových výrobků. Přestože většina výše uvedených poznatků pochází z USA/Kanady, Evropy a Austrálie, několik málo studií o komunitních vícesložkových iniciativách, týkajících se zejména tabáku, vzniklo také v Asii.

#### *Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem:*

- ✓ podpora důsledného uplatňování politik v oblasti tabákových výrobků a alkoholu,
- ✓ působení v nejrůznějších sférách společnosti (rodina a škola, pracoviště, prostředí zábavy atd.),
- ✓ zapojení vysokoškolských pracovišť jako zdroje podpory implementace prokazatelně efektivních programů a jejich monitoringu a evaluace,
- ✓ jednotlivým komunitám jsou poskytnuty adekvátní informace a prostředky,
- ✓ střednědobý charakter realizovaných iniciativ (např. déle než jeden rok).

#### *Existující metodické materiály a zdroje dalších informací:*

- CCSA (2010), *Community-Based Standards, Canadian Standards for Youth Substance Abuse Prevention*, Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, Canada.

## Mediální kampaně

### *Stručná charakteristika*

Mediální kampaně jsou často první anebo jedinou intervencí realizovanou činiteli odpovědnými za tvorbu politik týkajících se prevence užívání drog v populaci, neboť tato opatření jsou dobře viditelná a mají potenciál oslovit relativně snadno značné množství lidí.

#### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence referují tři dobré a tři přijatelné přehledové studie<sup>27</sup>. Ze závěrů těchto studií vyplývá, že v kombinaci s dalšími preventivními prvky mohou mít mediální kampaně preventivní efekt na užívání tabáku (uvádí se v průměru 2,4% pokles). Žádné významné výsledky však nebyly zjištěny v případě zneužívání alkoholu a jen minimální efekt byl zaznamenán ve vztahu k užívání drog.

#### *Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem:*

- ✓ přesné vymezení cílové skupiny kampaně,
- ✓ založená na pevných teoretických základech,
- ✓ sdělení musí být koncipována v souladu s výsledky důkladného formativního výzkumu,
- ✓ silná návaznost na další existující programy protidrogové prevence na rodinné, školní i komunitní bázi,

27 Bühler (2008), Ferri (2013, v tisku), Hopkins (2001), NCI (2008), Ranney (2006).

- ✓ adekvátní zacílení na danou cílovou skupinu po dostatečně dlouhou dobu,
- ✓ provádění systematické evaluace, a to i v průběhu kampaně, aby bylo možné sdělení upravit a maximalizovat tak jejich dopad,
- ✓ zacílení na rodiče, neboť tímto způsobem lze nezávisle působit také na děti,
- ✓ zaměření na změnu kulturních norem týkajících se zneužívání návykových látek anebo poskytování informací o důsledcích zneužívání návykových látek, anebo doporučování strategií, jejichž prostřednictvím je možné odolat pokušení či tlaku ke zneužívání návykových látek.

*Hlavní znaky související s nulovým nebo negativním preventivním výsledkem:*

- ✗ je třeba se vyvarovat špatně připraveným a nedostatečně odborně a technicky zabezpečeným mediálními kampaním, neboť takové projekty mohou v očích cílové skupiny vyvolat odpor či nezájem vůči jiným intervencím a politikám a celou situaci spíše zhoršit.

### Prostředí zábavy

#### *Stručná charakteristika*

Do prostředí zábavy spadají bary, kluby, restaurace, jakož i vnější nebo speciální prostory, kde se konají rozsáhlejší akce. Tato prostředí mohou na zdraví a psychickou pohodu občanů působit pozitivně i negativně. Na jedné straně představují prostor pro setkávání lidí a současně podporují místní ekonomiku, ale současně jsou považována za vysoce riziková, neboť se pojí s různými formami rizikového chování, jako je například škodlivé užívání alkoholu, užívání drog, řízení motorových vozidel pod vlivem návykových látek nebo agresivita. Aktivity zaměřené na tento typ prostředí se v poslední době stále více dostávají do popředí zájmu výzkumníků.

Většina preventivních programů uplatňujících se v prostředí zábavy kombinuje několik různých komponentů, mezi něž patří školení personálu a vedoucích pracovníků o problematice odpovědného prodeje a podávání alkoholických nápojů (responsible beverage service, RBS) a přístupu k intoxikovaným hostům, změny příslušné legislativy a politiky, např. ve vztahu k podávání alkoholu mladistvým nebo podnapilým osobám nebo ve vztahu k řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu, jasně deklarované důsledné prosazování platných zákonů a politik, komunikační strategie zaměřené na zvyšování informovanosti o daném programu a jeho obecné přijetí a na změnu postojů a norem a nabídka odborné léčebné péče vedoucím a personálu provozoven spadajících do prostředí zábavy.

#### *Dostupné relevantní podklady*

O zjištěních vztahujících se k tomuto typu intervence referují dvě přijatelné přehledové studie<sup>28</sup>. Z jejich závěrů vyplývá, že ke snížení míry intoxikace může přispět školení personálu, zásahy do příslušné politiky a důsledná kontrola dodržování zákonných předpisů. Je třeba poznamenat, že poznatky o dopadu těchto intervencí na zdravotní a sociální aspekty (např. dopravní nehody nebo násilí) nebyly analyzovány, přestože je podle všeho významný. Také u těchto výsledků není časový rámec jejich udržitelnosti zřejmý. Veškeré poznatky pocházejí z USA/Kanady, Evropy a Austrálie.

28 Bolier (2011), Brennan (2011).



*Hlavní znaky související s pozitivním preventivním výsledkem:*

- ✓ personál a vedoucí pracovníci jsou poučeni o problematice odpovědného podávání alkoholických nápojů a o tom, jak postupovat vůči intoxikovaným hostům,
- ✓ zajištění poradenství a léčby pro personál a vedoucí pracovníky pohostinských a zábavních zařízení, kteří to potřebují,
- ✓ zahrnuje silný komunikační prvek zaměřený na zvyšování informovanosti o daném programu a jeho obecné přijetí,
- ✓ aktivní účast kontrolně-represivních složek a zdravotního a sociálního sektoru,
- ✓ důsledné vymáhání stávajících právních předpisů a politik týkajících se zneužívání návykových látek v prostředí zábavy i v rámci dané komunity obecně.

*Existující metodické materiály a zdroje dalších informací:*

- UNODC, Metodika prevence amfetaminových stimulancí (ATS) pro činitele odpovědné za tvorbu příslušných politik,
- CICAD report: insights for a drugged driving policy.





PREVENTIVNÍ PROBLEMATIKA  
VYŽADUJÍCÍ DALŠÍ VÝZKUM

### Sport a další volnočasové aktivity

V mnoha zemích a komunitách je oblíbeno pořádání sportovních a jiných volnočasových aktivit neslučujících se s drogami nebo jinými návykovými látkami, jejichž cílem je poskytnout dospívajícím podmínky pro zdravou sociální interakci a odvádět je tak od možných forem rizikového chování, včetně užívání drog. Z dostupných poznatků však vyplývá, že sport jako takový se ve skutečnosti nutně nepojí s nižší mírou zneužívání návykových látek a bývá dokonce asociován s vyšší mírou kouření a nárazového pití alkoholu.

Na základě analýzy dostupné literatury byly nalezeny dva dobré přehledové články a jeden přijatelný přehled, z nichž vyplynulo, že prakticky nejsou k dispozici žádné studie, které by hodnotily dopad organizování sportovních a jiných volnočasových aktivit na zneužívání návykových látek nebo na zprostředkující faktory u dětí. V současnosti probíhá analýza několika slibných studií zabývajících se pozitivními zkušenostmi se začleňováním prvku prevence zneužívání návykových látek do práce sportovních trenérů. Pokud se tedy tvůrci příslušných politik rozhodnou pro realizaci tohoto typu intervence, měli by postupovat maximálně obezřetně, např. zahrnout do intervence také prvek výzkumu jejího reálného dopadu.

Další doplňující informace o možnostech využití sportovních aktivit při naplňování preventivních cílů lze nalézt v publikacích:

- UNODCCP (2002), *Sport – Using sport for drug abuse prevention*, United Nations Office on Drug Control and Crime Prevention, Vienna, Austria,
- UNODC (2003), *EVERYONE WINS! Helping coaches, teachers and youth leaders lead a module on fair play*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

### Prevence neindikovaného užívání léčiv dostupných výhradně na lékařský předpis

Neindikované užívání preskribovaných léčiv, na která se vztahují ustanovení úmluv OSN o kontrole drog, stejně jako zneužívání některých volně prodejných léčivých přípravků, je v mnoha zemích stále větším problémem a v řadě států jej co do rozšířenosti předčí pouze užívání konopí. Ačkoli nejmarkantněji se tento jev projevuje v Severní Americe, významnou poptávku po léčbě v tomto ohledu vykazuje rovněž Evropa, Afrika, jižní Asie a Latinská Amerika. Zdá se, že zvýšenému riziku jsou v tomto ohledu vystaveny některé specifické skupiny obyvatel (například mládež, ženy, starší dospělí, zdravotníci, ale také pouliční děti a civilisté i příslušníci ozbrojených složek, kteří byli v nedávné minulosti přímými účastníky nějakého konfliktu), byť vždy závisí na konkrétní zemi a typu látky. Zdravotní a sociální důsledky neindikovaného užívání léčiv dostupných výhradně na lékařský předpis mohou být navíc stejně závažné, jako je tomu u užívání nelegálních drog.

V rámci analýzy vědeckých podkladů se nepodařilo najít žádné přijatelné nebo dobré přehledové studie. Značná část poznatků prezentovaných v předcházející části se vztahuje k intervencím zaměřeným na rizikové a protektivní aspekty, jež nejsou typické pro jednu konkrétní psychoaktivní látku. Jak lze i očekávat, v tomto kontextu se vyhodnocuje množství primárních studií zabývajících se intervencemi realizovanými v rámci rodiny nebo školy, které vykazují pozitivní výsledky také ve vztahu k neindikovanému užívání léků na předpis.

Léčiva na předpis si lidé obstarávají „obhláním doktorů“, podvodným jednáním, krádežemi, přes internet nebo od příbuzných či přátel. Vedle zmíněných intervencí by proto měly být za příležitost pro prevenci považovány i všechny tyto zdroje.

Na základě dosavadních poznatků se lze domnívat, že změny stávající praxe předepisování léčiv ze strany lékařů a omezení přístupu k těmto léčivům pouze na pacienty, kteří je skutečně potřebují, je možné dosáhnout prostřednictvím oficiálních pokynů, jimiž by se měli lékaři řídit, jakož i omezováním a monitorováním receptů a vytvářením příslušných registrů. Vzhledem k velkému vlivu, který na mladé lidi mají jejich rodiče, a vzhledem k vysokému počtu lidí, kteří uvádějí, že si dané látky obstarávají od členů rodiny, se jako perspektivní může jevit přístup spočívající v zaměřování se na rodiče a na zvyšování jejich povědomí o nutnosti užívat léky na předpis pouze podle pokynů lékaře, a to jak u sebe samých, tak u svých dětí. Jako slibná lze rovněž vnímat praktická opatření v rámci dané komunity sloužící k zajištění bezpečné likvidace léčiv, která jsou dostupná jen na lékařský předpis a u nichž již prošla expirační lhůta nebo je osoba, již byly určeny, již neužívá. V neposlední řadě se jako příhodná varianta nabízí průběžné proškolení pracovníků ve zdravotnictví o možných způsobech prevence, rozpoznávání a řešení neindikovaného užívání léčivých přípravků pouze na lékařský předpis a důsledků z toho plynoucích.

Další doplňující informace o možných intervencích a politikách, jimiž je možné předcházet neindikovanému užívání léčiv dostupných výhradně na lékařský předpis, lze nalézt v publikacích:

- UNODC (2011), *The non-medical use of prescription drugs, policy direction issues*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria,
- CICAD (2012), *Guide to preventing prescription drug abuse*, Inter-American Drug Abuse Control Commission, Washington D. C., USA.

#### Intervence a politiky zaměřené na děti a mladé lidi vystavené zvýšenému riziku

Na základě analýzy literatury se nepodařilo najít žádné přijatelné nebo dobré přehledové články nebo primární studie zabývající se možnými způsoby prevence zneužívání návykových látek u těchto specificky ohrožených dětí a mladých lidí, přestože z dostupných poznatků vyplývá, že se často s drogami setkávají již ve velmi raném věku. Do této skupiny patří například děti a mladí lidé, kteří nechodí do školy, pouliční děti, stávající a bývalí dětští vojáci, děti a mladí lidé náležející k obyvatelstvu, které muselo opustit svá původní území nebo které prožilo nějaký ozbrojený konflikt, děti a mládež v pěstounské péči, v dětských domovech a ústavech pro mladistvé delikventy. UNODC v současnosti ověřuje metodiku (na požádání k dispozici) určenou k realizaci indikované prevence u afghánských dětí, které přicházejí do styku s drogami již ve velmi nízkém věku.

#### Prevence užívání nových psychoaktivních látek nespádajících mezi substance kontrolované na základě příslušných úmluv OSN

V mnoha zemích se v poslední době rozmohlo užívání nových psychoaktivních látek (tzv. „legal highs“ nebo „smart drugs“), které nespádají do regulačního rámce příslušných úmluv OSN<sup>29</sup>. Přestože o výsledcích, které by se týkaly prevence užívání těchto látek, nereferuje

29 UNODC (2013, v tisku), *World Drug Report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria

žádná z analyzovaných studií, je třeba stejně jako u neindikovaného užívání léčiv dostupných pouze na předpis poznamenat, že většina vědecky ověřených preventivních intervencí se neváže k nějaké jedné konkrétní návykové látce. Zejména to platí u strategií zaměřených na řešení individuálních rizikových faktorů v raných fázích života nebo posilování dovedností potřebných ke zvládnutí zátěžových situací, jejichž prostřednictvím lze předejít, aby se jedinec uchýloval k negativním copingovým strategiím, včetně zneužívání návykových látek. Proto lze takové strategie právem považovat za efektivní nástroj také v rámci prevence užívání těchto nových psychoaktivních látek. Nicméně i v této oblasti bude zjevně ještě nutné provést další přísně vědecky koncipované výzkumy.



CHARAKTERISTIKY EFEKTIVNÍHO  
SYSTÉMU PREVENCE

V rámci efektivního celostátního systému protidrogové prevence se realizuje integrovaný komplex intervencí a politik vycházejících z poznatků vědeckého výzkumu a uskutečňovaných v nejrůznějších prostředích, zaměřených na konkrétní věkové skupiny a na míru existujícího rizika. Takové pojetí nebude zřejmě žádným překvapením, uvědomíme-li si složitý propletenec vzájemně působících faktorů, na jejichž základě se děti, mladí lidé, ale i dospělí stávají náchylnými ke zneužívání návykových látek a k jiným formám rizikového chování. Tyto individuální deficity nelze řešit realizací pouze jediné preventivní intervence, která je často uplatňována izolovaně a je limitována z hlediska časového rámce i rozsahu pokrytí. Nezapomínejme, že v této souvislosti je zastřešujícím cílem podpora při zajištění zdravého a bezpečného rozvoje jednotlivců.

Systém, který má umožňovat realizaci integrovaného komplexu intervencí a politik, musí spočívat na pevných a strukturovaných základech, které stručně popíšeme v následující části a mezi něž patří<sup>30</sup>:

- výchozí politika a legislativní rámec,
- vědecké podklady a výzkum,
- koordinace všech relevantních sektorů a úrovní (národní, regionální, obecní/místní),
- edukace činitelů odpovědných za tvorbu příslušných politik i odborníků z praxe,
- upřímná snaha o zajištění dostatečných prostředků a dlouhodobé udržení systému.

## 4 / 1

## Komplex výzkumem prověřených intervencí a politik

V předchozí části byly zevrubně představeny intervence a politiky, u nichž byl prokázán pozitivní preventivní dopad na zneužívání návykových látek. Jednotlivé strategie se liší ve třech hlavních oblastech: věk cílové skupiny, míra ohrožení dané cílové skupiny a prostředí, v němž je intervence realizována. V rámci efektivního systému se realizuje komplex vědecky podložených intervencí a politik, jejichž cílem je:

- podporovat děti a mládež po celou dobu jejich vývoje, zejména pak během kritických přechodových fází, kdy jsou nejzranitelnější, např. v kojeneckém věku a raném dětství a na prahu dospívání,
- věnovat pozornost populaci jako celku (všeobecná prevence), ale poskytovat také podporu skupinám (selektivní prevence) a jednotlivcům (indikovaná prevence) vystaveným zvýšenému riziku,
- zabývat se individuálními i environmentálními faktory, které působí na náchylnost či odolnost jedinců,
- oslovit danou populaci prostřednictvím různých prostředí (např. v rámci rodiny, školy, komunity nebo na pracovišti).

30 Čtenáři mohou rovněž nahlédnout do publikace EMCDDA (2011), *European drug prevention quality standards*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal, která o těchto otázkách také pojednává.



Žádný program, žádná politika nemůže existovat ve vzduchoprázdnu. Jak již bylo poznamenáno v úvodu, protidrogová prevence je jen jedním z několika základních komponentů zdravotně orientovaného systému, jehož cílem je zajistit, aby drogy byly k dispozici pro lékařské a vědecké účely, aniž by docházelo k jejich pronikání na černý trh a zneužívání, a aby ani jiné psychoaktivní látky nepůsobily zdravotní újmu. S ohledem na výše uvedené tak každý efektivní celostátní systém prevence musí splňovat následující podmínky:

- být zakomponován do komplexního a zdravotně orientovaného systému kontroly drog, jehož záměrem je zajistit dostupnost drog pro lékařské a vědecké účely, aniž by docházelo k jejich pronikání na černý trh a zneužívání; spadá sem snižování nabídky, léčba, péče o drogově závislé a jejich resocializace a prevence zdravotních a sociálních dopadů užívání drog (např. HIV/AIDS, hepatitida typu C, předávkování atd.),
- vycházet z pojetí drogové závislosti jako chronické recidivující poruchy ovlivňující mozek, kterou způsobuje komplikovaná interakce genetických, biologických a psychologických deficitů s prostředím a již je třeba léčit, nikoli trestat,
- mít návaznost na národní veřejnozdravotní strategii usilující o zdravý a bezpečný vývoj dětí, mládeže i dospělých, jejíž součástí je prevence zneužívání návykových látek a léčebná péče o uživatele těchto látek, jakož i prevence dalších nežádoucích a rizikových chování.

Realizaci programů ze strany státních i nestátních subjektů může navíc výrazně prospět, je-li prosazována a podporována na národní úrovni prostřednictvím odpovídajících koncepčních opatření, jakými jsou například:

- národní standardy intervencí a politik v oblasti prevence užívání drog a zneužívání návykových látek,
- národní profesní standardy pro pracovníky působící v oblasti prevence drog a jiných návykových látek,
- politika, podle níž jsou školy v rámci zdravotní či individuální/sociální výchovy a osvěty povinny realizovat výchovně-vzdělávací programy a koncepce zaměřené na prevenci zneužívání návykových látek, včetně standardů určujících správnou praxi při provádění takových opatření,
- politika, podle níž jsou zaměstnavatelé povinni realizovat na pracovišti koncepce či programy zaměřené na prevenci zneužívání návykových látek, včetně standardů určujících správnou praxi při provádění takových opatření,
- politika, podle níž jsou zdravotní, sociální a vzdělávací služby povinny poskytovat rodinám podporu potřebnou k zajištění fyzického, kognitivního a emočního rozvoje jejich dětí,
- účinný systém analyzování a monitorování dat na místní i celostátní úrovni, který tvůrcům příslušných politik na všech stupních, odborníkům z praxe a výzkumníkům slouží jako zdroj informací o nejnovějších vzorcích zneužívání návykových látek (různé typy užívaných látek, nové způsoby užívání tradičních látek [např. injekční aplikace cracku] nebo existence nových skupin uživatelů) a evaluační proces, jež slouží k průběžné revizi preventivních a léčebných programů.

## Velký důraz na výzkum a vědecky podložená fakta

Každý efektivní národní systém protidrogové prevence by měl vycházet z vědeckých poznatků a současně podporovat výzkumné aktivity směřující k dalšímu rozšiřování důkazní základny. Tento proces má dvě dimenze. Na jedné straně by jednotlivé intervence a politiky měly být voleny na základě dobré znalosti reálného stavu věcí. V rámci tohoto systémového přístupu budou mimo jiné identifikovány populace jedinců, u nichž hrozí největší nebezpečí, že by mohly začít užívat návykové látky, možné důvody, proč s užíváním těchto látek začínají, a intervence a politiky, které tuto situaci nejvhodnějším způsobem řeší. Na druhé straně je třeba důkladně vyhodnocovat efektivitu a vždy pokud možno také nákladovou efektivitu realizovaných intervencí a politik. Na základě této důkladné evaluace budou mít nositelé rozhodovacích pravomocí možnost zjistit jejich dopad na sledované parametry, jako je snížení počtu mladých lidí, kteří začnou užívat drogy, a současně bude možné doplnit a rozšířit korpus dosavadních poznatků týkajících se preventivních intervencí o další informace. Je rovněž důležité, aby byly výsledky tohoto výzkumu podrobeny odbornému recenznímu řízení a publikovány a staly se předmětem co nejširší diskuze.

### Plánování podložené výsledky vědeckého výzkumu

V případě první dimenze platí, že musí existovat nějaký informační systém, jehož prostřednictvím bude možné získat přehled o dané situaci, jakož i využít dostupná data pro potřeby plánování. K naplnění cílů vztahujících se k této dimenzi je nutné, aby součástí každého efektivního národního systému prevence byl:

- informační systém, který by pravidelně shromažďoval a monitoroval informace o následujících skutečnostech:
  - prevalence: Jaké procento osob (podle věku, pohlaví a dalších důležitých charakteristik) užívá jaké látky? Jak často a v jakém množství? Jaké jsou zdravotní a sociální dopady?
  - počátek uživatelské kariéry a postupný vznik poruch: V jakém věku lidé (zejména mladí lidé) začínají s užíváním drog nebo jiných návykových látek? Kdy se u nich začínají projevovat poruchy způsobené zneužíváním návykových látek?
  - rizikové faktory: Proč lidé, zejména mladí, začínají s užíváním drog anebo se zneužíváním jiných návykových látek? V jaké situaci se děti nacházejí ve vztahu k faktorům, o nichž je známo, že se pojí se zneužíváním návykových látek (např. špatná rodičovská výchova, duševní problémy, negativní vztah ke škole, násilí, týrání apod.)? Proč se u osob, které s užíváním začaly, postupně projevují poruchy (na základě jakých faktorů se k tomu stávají náchylnými)?
- formální mechanismus zajišťující pravidelný přísun dat generovaných daným informačním systémem do procesu systémového plánování, během něhož budou muset být zohledněny následující aspekty:
  - potřebné strategie: Které výzkumem podložené intervence a politiky se osvědčily při řešení konkrétní situace?
  - dostupnost a záběr stávajících strategií: Které z těchto intervencí a politik se v současnosti implementují? Jaký procentuální podíl cílové populace je těmito intervencemi a politikami zasažen?

- kvalita stávajících strategií: Jsou probíhající intervence a politiky založeny na výsledcích vědeckého výzkumu? (zde se myslí jak vědecké pojetí řešených deficitů, tak systematická adaptace stávajících výzkumem podložených programů),
- efektivita stávajících strategií: Jsou strategie evaluovány (viz níže) a pokud ano, jaké jsou výsledky? Co data generovaná daným informačním systémem vypovídají o efektivitě systému prevence jako celku?
- dostupná infrastruktura a prostředky, které by bylo možné využít v rámci národního systému prevence,
- rezervy v dostupnosti, pokrytí, kvalitě a efektivitě stávajících systémových strategií, infrastruktur a prostředků v porovnání s optimálním stavem požadovaných strategií.

### Výzkum a plánování

Druhá dimenze se vztahuje k evaluaci konkrétních preventivních programů a politik. Jak již bylo řečeno, výzkumem prověřené strategie prezentované v předchozí kapitole nemusí vždy nutně odpovídat danému cíli, míře dostupných prostředků nebo kulturnímu prostředí charakteristickým pro konkrétní zemi, byť v mnoha případech tomu tak bude. Mohou existovat jiné programy nebo politiky, které mohou být lepším řešením pro takové problémy. Je nezbytně nutné, aby vybrané programy a politiky:

- vycházely z vědeckého pojetí deficitů, jež jsou předmětem intervencí; jinými slovy, je např. vysoce žádoucí, aby se vznikající programy a politiky zaměřovaly na rizikový faktor nebo situaci, jejichž souvislost s první zkušeností s návykovou látkou (nebo raným nástupem nebo vyšší prevalencí zneužívání návykových látek) vyplývá z výsledků vědeckého výzkumu a analýzy potřeb, nikoli z osobních pocitů jednotlivce, byť vedených dobrým úmyslem a upřímným zájmem,
- zahrnovaly prvek vědeckého monitoringu a evaluace, aby bylo možné zjistit, zda tyto intervence vedou k požadovanému výsledku. To se zřejmě neobejde bez spolupráce s akademickými a výzkumnými pracovišti (např. univerzitami), jakož i využívání experimentálně či kvaziexperimentálně pojímaných studií. V medicíně se provádějí pouze takové výkony, u nichž byla vědeckým výzkumem prokázána jejich účelnost a bezpečnost. Totéž by mělo platit pro intervence a politiky v oblasti protidrogové prevence.

Je třeba poznamenat, že v případě těchto standardů šlo o poskytnutí základní informace o efektivitě, či přinejmenším účinnosti určitého typu intervencí a politik bez odkazů na konkrétní programy podložené výzkumem ověřenými fakty. Příslušné poznatky nicméně pocházejí z evaluací konkrétních programů, a proto není nikdy možné usuzovat, že nějaká strategie, která je „v podstatě podobná“ jiné již výzkumem prověřené strategii, bude stejně efektivní. A tak např., zatímco existují objektivní důkazy ve prospěch „programů předporodních a poporodních návštěv“ obecně, některé jejich konkrétní typy jsou značně efektivní a jiné konkrétní typy se ukázaly jako neefektivní, i když třeba vykazují některé „osvědčené“ typologické charakteristiky. I to je jeden z důvodů, proč je evaluace tak nepostradatelná.

V této souvislosti chceme čtenáře odkázat na evropské standardy kvality protidrogové prevence vydané nedávno EMCDDA, které poskytují maximum informací o možnostech zvyšování

vání kvality programů v oblasti protidrogové prevence ve vztahu k těmto a dalším fázím jejich cyklu, jakož i na kanadské portfolio standardů<sup>31</sup>.

Neznamená to, že by v případě implementace nějakého vědecky ověřeného programu patřilo mezi intervence popsané v předchozí kapitole byla evaluace jakkoli méně důležitá. V případě adaptace vědecky ověřených programů se totiž doporučuje, aby takový proces zahrnoval:

- důkladný a systematický proces adaptace, v jehož důsledku nebudou nijak dotčeny klíčové komponenty programu, jen bude lépe uzpůsoben novému socio-ekonomickému/kulturnímu kontextu; v ideálním případě se na tomto procesu podílejí autoři daného programu. V této souvislosti stojí za zmínku metodický materiál UNODC, týkající se rozvíjení rodinných dovedností, který obsahuje kapitolu věnovanou výhradně problematice adaptace,
- prvek vědeckého monitoringu a evaluace, aby bylo možné zjistit, zda je program v novém socio-ekonomickém/kulturním kontextu opravdu efektivní.

## 4 / 4

## úrovních

## Zapojení různých sektorů na různých

Úkolem národních systémů protidrogové prevence je zajistit dětem, mládeži i dospělým podmínky pro zdravý a bezpečný životní styl v různých prostředích. Realizace systémových preventivních intervencí a politik se proto v celostátním měřítku neobejde bez zapojení mnoha různých sektorů, jejichž role a činnosti musí být jasně definovány a koordinovány.

Národní systém protidrogové prevence sestává z různých komponentů, na jejichž plánování, realizaci, monitorování a vyhodnocování by se měly podílet jednotlivé státní sektory (např. školství, zdravotnictví, práce a sociální věci, justice apod.). Patří sem:

- integrované úrovně jednotné implementace: národní (federální), regionální (dílčí státní celky/kraje/okresy) a obecní, místní,
- celé spektrum klíčových aktérů; patří sem zejména centrální a regionální orgány státní správy, včetně obecních a místních samospráv, státní poskytovatelé služeb, nestátní subjekty, občané a vůdčí představitelé komunit, náboženská společenství a jejich vůdci, vysoké školy a jiná výzkumná pracoviště a soukromý sektor,
- strukturované a dobře definované role a odpovědnosti všech relevantních aktérů: partnerství a spolupráce různých aktérů, kteří společně sdílejí odpovědnost za různé prvky tvorby a implementace dané politiky, je velkým přínosem,
- koordinační orgán s výraznou vůdčí rolí.

31 EMCDDA (2011). European drug prevention quality standards. European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal.  
Canadian Standards for Youth Substance Abuse Prevention

Je třeba poznamenat, že neexistuje jediný způsob organizačního pojetí realizace výzkumem ověřených preventivních strategií. Nemusí být například nutně uskutečňovány ve formě programů, ale mohou být také začleněny do každodenního provozu institucí a služeb, jakými jsou školy, organizace zaměřené na práci s mládeží nebo zdravotní a sociální služby. V tomto případě se strategie plánují, řídí a koordinují centrálně, nicméně vlastní realizace je koordinována na místní úrovni týmem odborníků z různých oborů. Další možné příklady způsobu interakce různých úrovní:

- činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik na celostátní úrovni koordinují přípravu národních politik, stanovují standardy kvality a podporují implementační infrastrukturu prostřednictvím odpovídajícího finančního zajištění realizace jednotlivých strategií a vzdělávání relevantních aktérů,
- činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik anebo relevantní subjekty na místní úrovni realizují jednotlivé intervence a politiky, předávají data do informačního systému a aktivně pracují na rozvíjení svých znalostí a dovedností,
- nestátní neziskové organizace, občané a vůdčí představitelé komunit (včetně náboženských společenství a autorit) se aktivně zasazují za změny v příslušných politikách nebo jejich obecné přijímání, ovlivňují normy daného společenství a realizují vědecky podložené intervence a politiky; je třeba poznamenat, že aktivizace na úrovni komunity je podle dostupných poznatků efektivní participační mechanismus uskutečňování výzkumem ověřených strategií,
- vysokoškolská a výzkumná pracoviště zajišťují prostřednictvím analýzy relevantních dat lepší přehled o situaci v oblasti zneužívání návykových látek a monitorování a vyhodnocování národních politik a současně provádějí evaluace konkrétních intervencí a politik,
- soukromý sektor aktivně podporuje prevenci na pracovištích a podílí se na výzkumem ověřených a inovativních intervencích a subjekty působící v oblasti výroby a komerční propagace alkoholických a tabákových výrobků přijímají efektivní opatření k předcházení a minimalizaci újmy působené jejich činnostmi, včetně seberegulačních kroků.

## 4 / 5

**Silná infrastruktura realizačního systému**

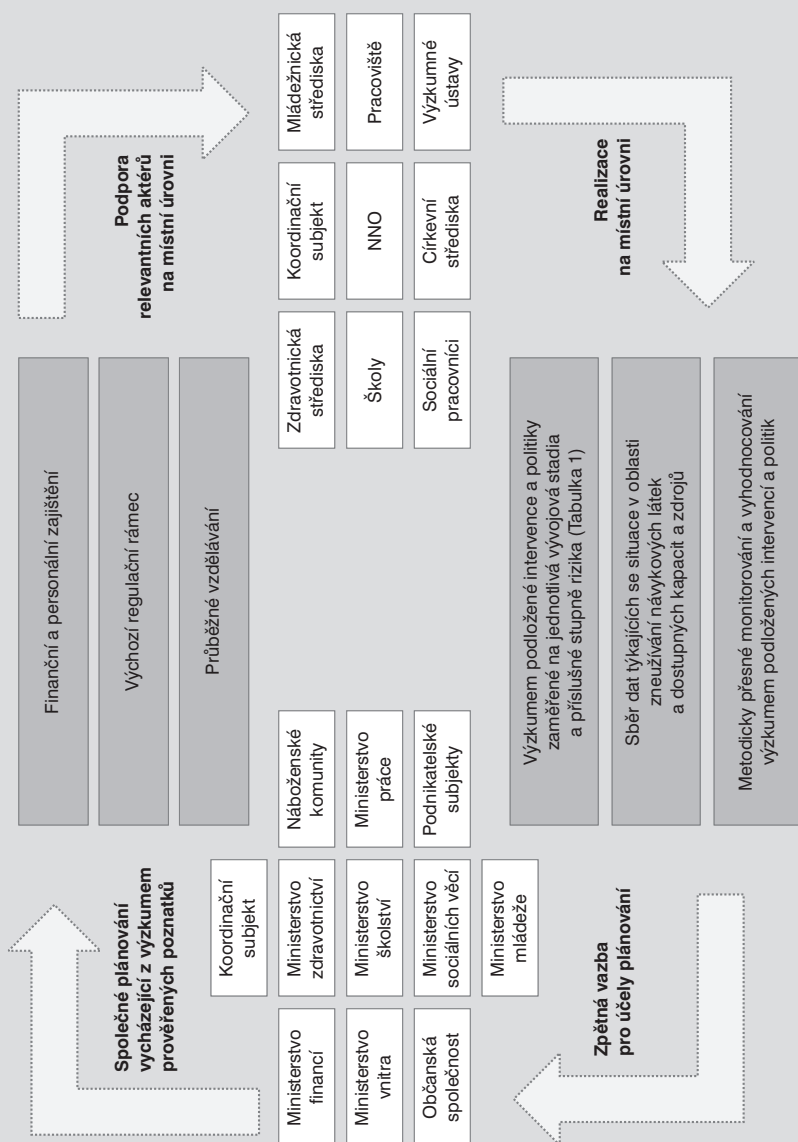
Efektivní realizace intervencí a politik se neobejde bez dostatečných prostředků a kapacit.

- Subjekty realizující jednotlivé intervence a politiky musí mít dostatek finančních prostředků.
- Pracovníci realizující jednotlivé intervence a politiky musí být průběžně adekvátním způsobem proškolení.
- Činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik na různých úrovních, kteří plánují a vytvářejí intervence a prosazují přijaté koncepce, musí být průběžně adekvátním způsobem proškolení.
- Je třeba zajistit průběžnou odbornou asistenci nezbytnou pro implementaci intervencí a politik a neustálé zvyšování jejich kvality.
- Je třeba zajistit adekvátní financování akademických a výzkumných pracovišť.

Protidrogová prevence je efektivní i rentabilní, nicméně jako v případě všech politik je i zde podmínkou plného využití jejího potenciálu výrazná střednědobá či dlouhodobá investice. V tomto ohledu se v zájmu udržení efektu výše zmiňovaných komponentů nabízejí následující možnosti:

- mechanismus pravidelného revidování a modifikací národního systému prevence,
- realizace vědecky podložených intervencí a politik, jež budou naplánovány a finančně zajištěny tak, aby mohly být udrženy v činnosti minimálně ve střednědobém horizontu,
- pravidelný sběr dat prostřednictvím informačního systému, včetně zpětného poskytování podkladů pro plánování a přehodnocování stávajících politik,
- průběžná podpora výzkumu sloužícího k metodicky robustním evaluacím intervencí a politik,
- průběžná podpora vzdělávání pracovníků a odpovědných činitelů podílejících se na plánování, realizaci, monitorování a vyhodnocování strategií protidrogové prevence.

## Obrazová příloha – Schematické znázornění celostátního systému protidrogové prevence



**Zdravotně zaměřený systém kontroly drog**

## Poznámka editora

Původní znění textu International Standards on Drug Use Prevention je dostupné na <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>, stejně tak jako přílohy těchto standardů, které obsahují:

- odkazy na použité zdroje,
- popis metodiky pro sběr, vyhodnocování a aplikaci vědeckých důkazů získaných v rámci tvorby Mezinárodních standardů prevence užívání drog,
- seznam proměnných, které mohou mít vliv na užívání drog mezi dětmi a mládeží,
- kritéria pro hodnocení dostupných studií, které sloužily jako podklad pro standardy,
- seznam intervencí a designů studií, které lze považovat za vhodné z hlediska standardů prevence,
- shrnutí posouzení kvality dostupných studií,
- shrnutí výsledků „dobrých“ a „přijatelných“ studií.



Mezinárodní standardy prevence užívání drog

© UNODC, 2013

© Vydal Úřad vlády České republiky, 2014

1. vydání v jazyce českém

Redakčně uzavřeno 20. ledna 2014

Design Missing-Element

Sazba Vladimír Vašek

ISBN 978-80-7440-097-1

## Mezinárodní standardy prevence užívání drog

■ Mezinárodní standardy prevence užívání drog jsou rozsáhlou studií porovnávací dostupné podklady, studie, poznatky v oblasti prevence drogových závislostí. Studie zpřehledňuje a kategorizuje spektrum nasbíraných poznatků a zaměřuje se zejména na ty, které lze považovat za příklady dobré praxe. Navazuje na aktivity jiných významných institucí (EMCDDA, NIDA, WHO aj.) a předkládá ověřené, efektivní poznatky pro prevenci drogových závislostí.

■ Publikaci čtenářům předkládá Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o dalších připravovaných publikacích najdete na webové stránce [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) v sekci Publikace. Distribuci zajišťuje vydavatel.

ISBN 978-80-7440-097-1



**Neprodejné**