

The Development of the National System of School-based Prevention of Risk Behaviour in the Czech Republic: Reflections on the outcomes of a 15-year process

Vývoj národního systému školské prevence rizikového chování v České republice: Reflexe výsledků 15letého procesu tvorby



MIOVSKÝ, M.

Department of Addictology, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Miovský, M. (2015). The Development of the National System of School-based Prevention of Risk Behaviour in the Czech Republic: Reflections on the outcomes of a 15-year process [Vývoj národního systému školské prevence rizikového chování v České republice: reflexe výsledků 15letého procesu tvorby]. *Adiktologie*, 15(1), 62–87.

SUMMARY: A plan to develop a system of school-based prevention of risk behaviour, including the prevention of substance use and its harms, was devised in the post-1989 Czech Republic. In terms of its coordination, this area originally fell within the remit of the Czech Ministry of Education, Youth, and Sports. A detailed analysis of the prevention situation was conducted as part of the Phare Twinning 2000 project (1999–2001) and initial steps were taken to commence a process aimed at developing a national system. Turning out to be inappropriate, the original core concept of the “prevention of social pathologies” was replaced with that of the “prevention of risk behaviour”. The gradual convergence of the school and health perspectives made it possible to create a relatively homogeneous system which goes beyond the particular departmental frameworks and offers an interdisciplinary and interdepartmental platform for the

SOUHRN: V České republice došlo v porevolučním období po roce 1989 k postupnému zformování záměru řešit systém školské prevence rizikového chování včetně prevence užívání návykových látek a jeho důsledků. Tato oblast byla z hlediska koordinace původně v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. V rámci projektu PhareTwinning 2000 byla provedena detailní analýza stavu prevence (1999–2001) a zahájen proces postupné tvorby národního systému. Původně zvolený jádrový koncept prevence sociálněpatologického chování se ukázal být jako nevhodný a byl nahrazen konceptem prevence rizikového chování. Postupným sblížením školské a zdravotní perspektivy se podařilo vytvořit relativně homogenní původní systém překonávající jednotlivé rezortní rámce a nabízející mezioborový a mezisektorový prostor pro realizaci prevence na všech úrovních bez ohledu na rezortní příslušnost poskytovatele intervencí. Základní kostra systému je

Submitted: 29 / DECEMBER / 2014

Accepted: 24 / APRIL / 2015

Grant support: Project VYNSPI-2 “The Implementation and Evaluation of the Basic Preventive Programme and Structural Training Resources and the Development of a Pooling System for the Prevention of Risk Behaviour for Professionals in Schools and Educational Institutions at the National Level”, Reg. No. CZ.1.07/1.1.00/53.0017, ESF ECOP. This article was also made possible thanks to Research Institutional Support Programme PRVOUK-P03/LF1/9.

Address for correspondence: Prof. Michal Miovský, Ph.D. / mmiovsky@adiktologie.cz / Department of Addictology, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

implementation of prevention at all levels, irrespective of the departmental affiliation of the providers of interventions. The framework of the system comprises four main components: (1) theoretical core, (2) goals of prevention and its main target groups, (3) the core of its content, and a component (4) addressing quality and effectiveness. The BPP includes a definition of its basic structure and a recommended scope. Prevention-related quality and effectiveness features two aspects: (a) one concerned with the development and implementation of quality standards for preventive programmes and their providers and (b) one pertaining to the assessment of prevention professionals' qualifications and expertise. An original "four-level model" was designed to support the assessment of qualifications.

The entire system has been developed over 15 years. Following its pilot testing in four regions of the Czech Republic, it is now being considered for routine implementation. The present article reflects on its historical development.

KEY WORDS: PREVENTION – RISK BEHAVIOUR – BASIC SCHOOL – NATIONAL SYSTEM – QUALITY – EFFECTIVENESS – POLICY

● 1 INTRODUCTION: PREVENTION OF RISK BEHAVIOUR AS AN EMERGING CONCEPT

The prevention of risk behaviour represents a rather heterogeneous body of various approaches and interventions which are nowadays incorporated into policies pursued by several different government portfolios in the Czech Republic.¹ These policies (especially those of the Ministry of Education, Youth, and Sports, the Ministry of Health, and the Ministry of the Interior) were developed and elaborated in parallel, with a very low degree of harmonisation and liaison. While it has been characteristic of preventive programmes in the Czech Republic since the very beginning, this feature of multiple paths is not just a "Czech speciality". This topic is very sensitive and even somewhat taboo at almost all levels of the European Union. The lines between what is considered school-based prevention, health prevention, and crime prevention have still not been clearly

1/ For a thorough explanation and detailed account of the historical context and recent developments, including the historical correlations with the pre-1989 developments and the changes in the early 1990s following the Velvet Revolution, see Miovský et al., 2010 or Miovský et al., 2015a (the latest version).

složena ze 4 hlavních komponent: (1) teoretické jádro, (2) základní rámec, (3) obsahové jádro a komponenta (4) řešící kvalitu a efektivitu. V MPP je definována jeho základní struktura a doporučený rozsah. Kvalita a efektivita v prevenci je složena ze dvou částí: (a) zaměřené na vývoj a implementaci standardů kvality preventivních programů a jejich poskytovatelů; (b) zaměřené na posuzování kvalifikace a odborné způsobilosti profesionálů v prevenci. Pro toto posuzování byl vytvořen originální systém nazvaný 4úrovňový model posuzování kvalifikace. V článku je uvedený systém popsán prostřednictvím reflexe jeho 15letého vývoje až do současného stavu, kdy je po provedení pilotního ověřování ve 4 krajích ČR uvažováno o možnosti jeho plošné implementace.

KLÍČOVÁ SLOVA: PREVENCE – RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ – ZÁKLADNÍ ŠKOLA – NÁRODNÍ SYSTÉM – KVALITA – EFEKTIVITA – POLITIKA

● 1 ÚVOD: POČÁTKY VYNOŘUJÍCÍHO SE KONCEPTU

Prevence rizikového chování představuje ne zcela homogenní soubor různých přístupů a intervencí, které jsou dnes v České republice obsaženy v několika různých rezortních koncepcích.¹ Tyto koncepce (především Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva vnitra) vznikaly a rozvíjejí se paralelně s velmi nízkou úrovní harmonizace a vzájemného propojení. Tato charakteristická vícekolijnost doprovází preventivní programy v ČR od samého počátku a není, jak by se mohlo zdát, žádnou „českou specialitou“. Jedná se o velmi citlivé a do jisté míry též tabuizované téma téměř na všech úrovních Evropské unie. Dodnes není zcela zřetelně popsána hranice mezi tím, co považujeme za tzv. školskou prevenci, zdravotnickou prevenci a prevenci kriminality. Všechny tři se vzájemně doplňují, často však také překrývají. Tento

1/ Podrobnější vysvětlení a detailní popis historických souvislostí a vývoje v průběhu posledních let, včetně historických souvislostí s vývojem před rokem 1989 a porevolučního vývoje počátku 90. let viz publikace (Miovský et al., 2010) a v nové verzi pak (Miovský et al., 2015a).

determined to this day. While complementing each other, they also often overlap. This fact has been evident since the constituent prevention-specific EU documents were adopted (EMCDDA, 2004; EMCDDA, 2008; European Commission, 1996) and is inevitably reflected in our national policy documents (e.g. those of the Ministry of Education, 1998, 2005, and 2009, the Ministry of the Interior, 2007, and the Ministry of Health, 1999). It is therefore vital to recognise that the prevention of risk behaviour is, by nature, interdisciplinary (the perspectives of fields such as education, psychology, sociology, and public health converge there) and interdepartmental (i.e. the relevant approaches and programmes are simultaneously developed by different portfolios, usually those responsible for education, health, social affairs, home affairs, and also transport and justice). The situation is more or less similar in the majority of the EU countries, with the only exception being the emphasis placed on different lines at different times, which may be manifested in greater financial support for certain types of programmes and approaches.

A number of major shortcomings associated with inconsistent coordination and supervision in the field of school-based prevention were found as a result of a pivotal **assessment of school-based prevention carried out as part of the Czech-Austrian Phare Twinning Project on Drug Policy** (1999-2001) (Miovský & Kreeft, 2002). As regards coordination, which was within the remit of the Ministry of Education (see, for example, Resolution No. 1045 of the Government of the Czech Republic from 2000), it was ascertained that there was no single notion of (or umbrella framework for) a system of coordination (a description of an efficiently interlinked system of preventive activities at all levels)² of school-based prevention, which probably resulted in the failure to differentiate between the target groups and the specific preventive programmes and competences of the individual government portfolios which such groups should benefit from (to a varied degree, this problem seems to exist to this day). The following years witnessed the development of several policy documents produced by different departments (Ministry of Education, 2005 and 2009, Ministry of the Interior, 2007, and Ministry of Health, 1999). These are not always compatible with each other, do not follow up on each other, and often overlap rather than complementing each other. The system of primary prevention did not include some of the target groups, as none of the departments took account of them in their policy documents, despite the fact that they fell within their remit and they were responsible for them. On the contrary, other groups received excessive prevention-related attention. Additional shortcomings pertained to the evaluation of preventive intervention. It was found that the departments

fakt je patrný od úrovně základních bruselských dokumentů týkajících se prevence (viz např. EMCDDA, 2004; EMCDDA, 2008; European Commission, 1996) a promítá se zákonitě do našich národních koncepčních dokumentů (viz např. MŠMT, 1998, 2005, 2009; MV, 2007; MZ, 1999). Je proto zásadní uvědomit si, že prevence rizikového chování má mezioborovou povahu (setkávají se zde perspektivy různých oborů, jako je pedagogika, psychologie, sociologie, veřejné zdraví atd.) a současně je pro ni charakteristická mezisektorovost a meziresortnost (tedy, že jednotlivé přístupy a programy jsou současně koncepčně rozvíjeny v různých rezortních liniích, obvykle školské, zdravotnické, sociální a linii Ministerstva vnitra, případně též dopravy a spravedlnosti). Tato situace je více či méně podobná ve většině zemí Evropské unie a liší se pouze tím, na jakou linii je v dané době kladen větší důraz, což se projevuje např. větší finanční podporou určitého typu programů a určitých přístupů.

Při klíčovém **hodnocení stavu školské prevence provedeném v rámci Phare Twinning Project 2000: Drug Policy** mezi Českou republikou a Rakouskem (1999–2001) bylo zjištěno množství závažných nedostatků spojených s nedůslednou koordinací a kontrolou v oblasti školské prevence (Miovský & Kreeft, 2002). V rovině koordinace, za kterou zodpovídalo MŠMT (viz např. Usnesení vlády ČR z roku 2000), bylo zjištěno, že neexistuje jednotná představa (střešního rámce) systému koordinace (popis funkčně propojeného systému preventivních aktivit na všech úrovních)² školské prevence, což pravděpodobně vedlo k neodlišení cílových skupin a k nim přiřazených specifických preventivních programů a kompetencí jednotlivých rezortů (problém přetrvává v různé míře dodnes). Následoval vznik několika koncepčních materiálů jednotlivých rezortů (MŠMT, 2005, 2009; MV, 2007; MZ, 1999), které nejsou vždy zcela kompatibilní, nenavazují na sebe a místo vzájemného doplnění se často překrývají. Do systému primární prevence nebyly zahrnuty některé cílové skupiny, ve svých koncepcích se k nim nehlásil žádný z rezortů, přestože do jejich kompetencí spadají a jsou za ně zodpovědné. Jiné skupiny jsou naopak přetěžovány. Mezi množstvím dalších nedostatků je z hlediska evaluace preventivních intervencí důležité zjištění, že jednotlivé rezorty zodpovědné za oblast prevence neprovádějí pravidelné institucionální analýzy (analýzy poskytovatelů a poskytování preventivních programů) a nemají dostatečný přehled o tom, co, kde, kým a komu je poskytováno. S tím pak souvisí slabá úroveň kontroly kvality a kontroly celého systému prevence jako takového. Ukázalo se tak, že stálý výrazný nedostatek finančních prostředků v této oblasti není zřejmě způsobován celkovým objemem těchto prostředků, ale nekoordinovaným, nejednotným přístupem ze strany jednotlivých rezortů, nedodržováním jednotného způsobu klasifikace programů

2/ Government Resolution No. 1045 dated 23 October 2000, Item No. 5b.

2/ Usnesení vlády č. 1045 ze dne 23. 10. 2000, bod č. 5b.

responsible for the field of prevention failed to perform periodic institutional analyses (analyses of the providers and delivery of preventive programmes) and lacked information about what was being provided to whom, where, and by whom. This further affected the standard of quality control and the supervision over the entire system of prevention. These findings revealed that the constant significant underfunding of the area may have been due to the lack of coordinated and integrated approaches on the part of the individual departments, the failure to adhere to a consistent method for the classification of the programmes, and the totally inadequate quality control and management of the prevention system at lower levels (the regional and the then district levels) rather than the total volume of money available (Miovský & Kreeft, 2002). Wide-ranging discussion and interest in the outcomes of this project resulted in the facilitation of the overall development of the domain and in the postulation of the intention to design an integrated national system of school-based prevention for which a shared concept of risk behaviour was finally adopted. In addition to the Ministry of Education, this system came to be embraced by the health sector as part of the implementation of programmes under the Health 2020 initiative. The gradual convergence of the policies followed by the Ministry of Education and the Ministry of Health led in 2015 to a proposal for joint implementation efforts (see Miovský & Gabrhelík, 2015).

Two projects had a crucial bearing on the system as a whole. The first of them, VYNSPI-1 (implemented from 2009 to 2011), was helpful in making some of the core ideas and principles of the prospective system the subject of wide-ranging discussion and stipulating their forms and parameters. The key deliverables of the VYNSPI 1 project which made it possible to produce the **first provisional design** (for details go to www.adiktologie.cz) of a **national system of school-based prevention of risk behaviour** in the Czech Republic have now assumed new meaning and form. This original draft system was a product of what was then (in 2010) more than 10 years of hard work by hundreds of prevention professionals from all over the country and affiliated with dozens of different institutions who joined the project in the course of time.³ In 2011 all the outcomes and deliverables of the project were passed on to the organisations and practitioners, and the Ministry of Education, Youth, and Sports of the Czech Republic (the Ministry of Education) went on to elaborate further on the vision and decided to test it in practice. This was, however, preceded by another three years (2011–2013) of discussions and con-

a zcela nedostatečnou kontrolou kvality a řízení systému prevence na nižších úrovních (kraje a tehdejší okresy) (Miovský & Kreeft, 2002). Masivní diskuzí a zájmem o výstupy z tohoto projektu došlo k facilitaci vývoje celé oblasti a k formování záměru vytvořit návrh integrovaného národního systému školské prevence, pro který se podařilo prosadit společný koncept rizikového chování. Tento systém se začal vyvíjet jak po linii rezortu školství, tam následně získal podporu v rámci realizace programů Zdraví 2020 v rezortu zdravotnictví. Postupné sblížování obou rezortních linií pak v roce 2015 vyústilo až ke společnému návrhu společné implementace (viz Miovský & Gabrhelík, 2015).

Zásadní vliv na celý systém měly mj. dva projekty. První z nich, VYNSPI-1 (řešený v letech 2009–2011), pomohl k tomu, aby některé z hlavních myšlenek a principů budovaného systému prošly širokou diskuzí a dostaly konkrétní podobu a parametry. Klíčové výstupy projektu VYNSPI-1, díky kterým byl v České republice formulován **první pracovní návrh** (viz výstupy na webovém portálu www.adiktologie.cz) **celonárodního systému školské prevence rizikového chování**, nyní dostávají nový význam a novou podobu. Původní návrh systému byl vyústěním tehdy (rok 2010) více než desetileté práce stovek profesionálů v prevenci po celé České republice, pracujících v několika desítkách institucí, kteří se nakonec do celé akce zapojili.³ Všechny výsledky a výstupy projektu byly v roce 2011 předány organizacím a profesionálům z praxe a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále též MŠMT) pak uvedenou vizi dále rozpracovalo a rozhodlo se ji prakticky ověřit. Tomu však předcházely další 3 roky (2011–2013) diskuzí a konfrontací. Ukázalo se, že vzniklý návrh systému by skutečně mohl sloužit jako základ pro tvorbu preventivních programů a jejich praktické realizace na školách. Ukázalo se však také, že je třeba jeho dílčí části poctivě ověřit a stanovit podmínky, za kterých by bylo možné systém uvést do praxe. Tak vznikla myšlenka pilotní implementace, při které by se ve vybraných krajích České republiky hlavní komponenty celého systému otestovaly a na dostatečném počtu škol, pedagogů a dětí bylo ověřeno, zda je systém skutečně realizovatelný v praxi. Tak vznikla idea ústící až do společného projektu 4 krajů ČR (Jihomoravský, Olomoucký, Středočeský a Severočeský kraj).⁴ Celá idea se začala zhmotňovat především díky obrovskému nasazení a entuziasmu stovek lidí pohybujících se v prevenci v terénu, kteří často za

3/ This work was performed as part of a project known as VYNSPI-1: "The Development of a System of Modular Training in the Prevention of Risk Behaviour for Educational and Counselling Professionals in Schools and Educational Institutions at the National Level" (Project No. CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF Education for Competitiveness OP).

3/ Tato práce byla realizována v rámci projektu po názvem VYNSPI-1: „Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni“ (projekt číslo CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost).

4/ Projekt VYNSPI-2 "Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni" (Projekt ESF OPVK č. CZ.1.07/1.1.00/53.0017).

frontations. It was shown that the proposed system was well suited to use as the basis for the development of preventive programmes and their practical implementation in schools. It also turned out, though, that its components needed to be rigorously tested and conditions needed to be set under which the system could be put into practice. This gave rise to the idea of a pilot implementation which would serve to test the main components of the system in selected regions of the Czech Republic in order to demonstrate through a sufficient number of schools, education professionals, and children whether this system could really work in practice. This idea then developed into a joint project involving four regions of the Czech Republic (South Moravia, Olomouc, Central Bohemia, and North Bohemia).⁴ In particular, this idea became reality thanks to the enormous commitment and enthusiasm of hundreds of frontline prevention practitioners who, in spite of often incredibly poor material and technical resources, do a great job in working with children and adolescents and are determined to persevere in their efforts regardless of the challenges they face. The general framework and the key components of the system are described in the main outcome of the VYNSPI-2 project, a collection of four monographs which are intended to introduce the framework which supports the system and describe the partial components of the system and the relationships between them. Serving different purposes, each of the four monographs explores and describes a certain part of the system (see further below) or its components (for more details see Miovský et al., 2015a, 2015b, 2015c, and 2015d).

● 2 GENERAL NOTION / FRAMEWORK OF PREVENTION

The general framework for the system of school-based prevention as a whole comprises four components. To a certain degree, it is inspired by a compelling and integrative perspective on a drug policy (Radimecký, 2003) which offers a number of parallels with the coordination and further development of the domain of prevention (*Figure 1*). (1) Its theoretical core stems from the concept of risk behaviour (Miovský et al., 2015a); in addition to the general theoretical monograph, an explanatory dictionary of basic terms was created to help in cultivating the terminology and harmonising the approaches (Miovský et al., 2015b). (2) Defining the goals and the main target groups, the general framework employs the division of interventions into universal, selective, and indicated, according to the EMCDDA (Miovský et al., 2015a). (3) The core of its content is compo-

zcela neuvěřitelně špatných materiálních a technických podmínek odvádějí dobrou práci s dětmi a dospívajícími a kteří i přes svůj častý diskomfort obětavě v této oblasti pracují dál. Hlavní rámec a klíčové komponenty systému jsou publikovány v hlavním výstupu projektu VYNSPI-2 prostřednictvím kolekce 4 monografií. Naším záměrem bylo prostřednictvím této tetralogie představit rámec, ve kterém se celý koncept pohybuje, a na jednom místě dát do souvislosti a popsat dílčí části systému. Každá ze čtyř monografií zpracovává a popisuje určitou část systému (viz dále) nebo jeho komponent a má jiný účel (podrobněji viz Miovský et al., 2015a, 2015b, 2015c, 2015d).

● 2 ZÁKLADNÍ POJETÍ PREVENCE / RÁMEC

Základní rámec celého systému školské prevence se skládá celkem ze 4 komponent a je do jisté míry inspirován zajímavým a integrativním pohledem na drogovou politiku (Radimecký, 2003) nabízejícím množství paralel také s oblastí koordinace a rozvoje této oblasti (viz také schéma na *obrázku 1*). (1) Jeho teoretické jádro vychází z konceptu rizikového chování (Miovský et al., 2015a) a pro kultivaci terminologie a harmonizaci přístupů vznikl kromě základní teoretické monografie též výkladový slovník základních pojmů (Miovský et al., 2015b). (2) Základní rámec definuje cíle, hlavní cílové skupiny a využívá členění intervencí dle EMCDDA na všeobecnou, selektivní a indikovanou prevenci (Miovský et al., 2015a). (3) Obsahové jádro tvoří doporučené kurikulum prevence pro základní školy (věk 6–15 let) nazývané Minimální preventivní program (Miovský et al., 2015c). Je definována jeho základní struktura kombinující (a) programy podporující zdraví a doporučená pravidla školy, (b) programy zaměřené na sociální dovednosti a dovednosti seberegulace a sebeřízení a konečně (c) programy specificky zaměřené na jednotlivé hlavní formy rizikového chování (sexuálně rizikové chování, užívání návykových látek, šikana atd.). Definován je doporučený rozsah zahrnující přibližně 90 hodin pro celou základní školu a doporučené jsou programy, jimiž je možné tuto strukturu vyplnit (prostřednictvím Manuálu dobré praxe preventivních programů). Systém uzavírá komponenta (4) řešící kvalitu a efektivitu (Miovský et al., 2015d). Ta je složena z části (a) zaměřené na vývoj a implementaci standardů kvality preventivních programů a jejich poskytovatelů (prostřednictvím certifikací kvality), z části (b) zaměřené na posuzování kvalifikace a odborné způsobilosti (znalosti, dovednosti a kompetence) profesionálů v prevenci a konečně z části (c) zaměřené na podporu vědy v oblasti výzkumu efektivit preventivních intervencí. Pro toto posuzování byl vytvořen originální systém nazvaný čtyřúrovňový model posuzování kvalifikace. V článku je uvedený systém popsán prostřednictvím reflexe jeho 15letého vývoje až do současného stavu, kdy je po provedení pilotního ověřování ve 4 krajích ČR uvažováno o možnosti jeho plošné implementace.

4/ Project VYNSPI-2 "The Implementation and Evaluation of the Basic Preventive Programme and Structural Training Resources and the Development of a Pooling System for the Prevention of Risk Behaviour for Professionals in Schools and Educational Institutions at the National Level" (ESF OPEC Project No. CZ.1.07/1.1.00/53.0017).

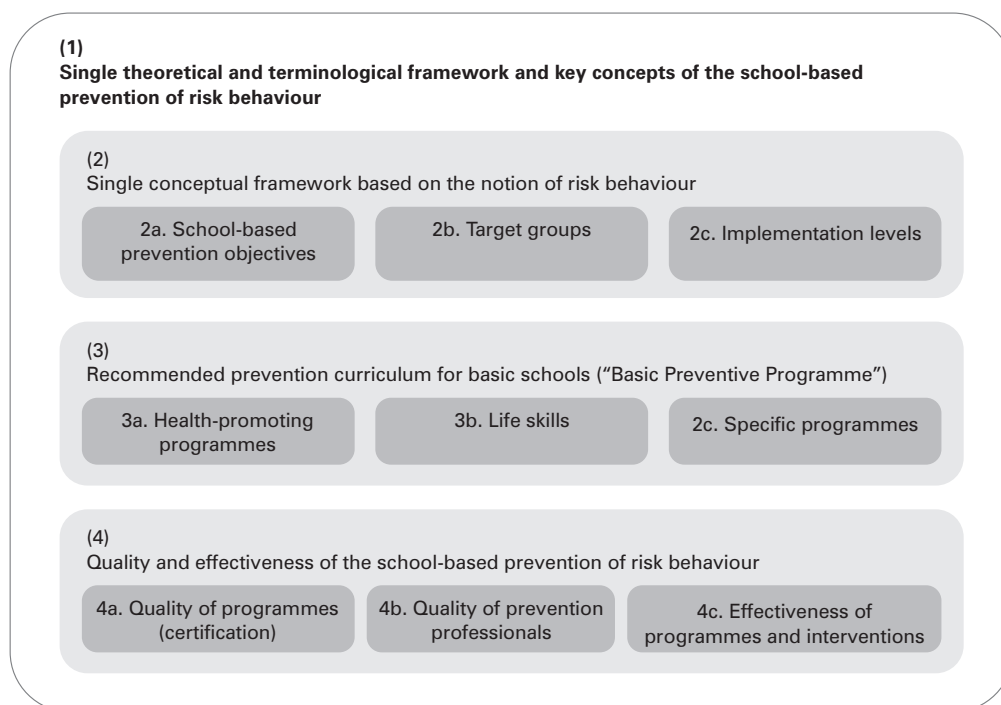


Figure 1 / Obrázek 1

Czech school-based prevention model: an outline of the main components
Schéma základních komponent celkového modelu školské prevence v ČR

sed of a recommended prevention curriculum for "basic schools" (generally attended by children aged 6–15, these schools comprise both primary and middle school levels in the Czech Republic) referred to as the Basic Preventive Programme (Miovský et al., 2015c). A definition of its basic structure is included. It combines (a) health-promoting programmes and recommended school rules, (b) programmes aimed at promoting social skills and self-management, and, finally (c) programmes aimed specifically at the main forms of risk behaviour (such as risky sexual behaviour, substance use, and bullying). Its recommended scope is defined as comprising 90 lessons during the entire course of basic school attendance and specific programmes to be fitted onto this structure are also recommended (by means of a good practice manual for preventive programmes). The system is concluded with a component (4) addressing quality and effectiveness (Miovský et al., 2015d), which is further broken down into (a) a part concerned with the development and implementation of quality standards for preventive programmes and their providers (using quality certification procedures), (b) a part focusing on the assessment of prevention professionals' qualifications and expertise (knowledge, skills, and competences), and, finally, (c) a part dealing with support for research into the effectiveness of preventive interventions. An original "four-level model" was designed to support the assessment of qualifications.

Pod pojmem *rizikové chování* přitom rozumíme chování,⁵ v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Miovský & Zapletalová, 2006), a tímto pojmem nahrazujeme dříve ve školské prevenci v ČR používaný termín sociálněpatologické jevy. **Vzorče rizikového chování** přitom považujeme za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi (Miovský et al., 2015a). Nejčastěji do konceptu rizikového chování řadíme: šikanu a násilí ve školách včetně dalších forem extrémně agresivního jednání, dále záškoláctví, užívání návykových látek, nelátkové závislosti (gambling, problémy spojené s nezvládnutým využíváním PC atd.), užívání anabolik a steroidů, obecně kriminální jednání, sexuální rizikové chování, vandalismus, xenofobii, rasismus, intoleranci a antisemitismus, komerční zneužívání dětí, týraní a zneužívání dětí atd. Za **prevencí rizikového chování** považujeme jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky (ibid.). Obecně v tomto duchu rozlišujeme mi-

5/ Rozvíjíme linii vytyčenou autorsky staršími pracemi, např. Holland, Deltels & Knox, 1991; Jessor & Jessor, 1977; Jessor, Donovan & Costa, 1991 atd., na které volně navazujeme.

Following its pilot testing in four regions of the Czech Republic, the system is now being considered for routine implementation. It has been developed over 15 years, and the present article reflects on these historical developments.

The term *risk behaviour* refers to behaviour⁵ which is evidently conducive to higher health, social, educational, and other risks for the individual and/or the community (Miovský & Zapletalová, 2006). This term was recently introduced to replace the terms “socio-pathological phenomena” and “social pathologies”, which were formerly used in connection with school-based prevention in the Czech Republic. **Patterns of risk behaviour** refer to a set of phenomena, the existence and consequences of which may be subjected to scientific investigation and controlled by a range of preventive and therapeutic interventions (Miovský et al., 2015a). The concept of risk behaviour regularly encompasses bullying and violence in schools, including other forms of extremely aggressive behaviour, truancy, substance use, non-substance addictions (such as gambling and problems associated with the uncontrolled use of computers), the use of anabolic steroids, criminal offending in general, high-risk sexual behaviour, vandalism, xenophobia, racism, intolerance, antisemitism, commercially motivated child abuse, and the ill-treatment and abuse of children. The **prevention of risk behaviour** refers to any types of educational, training, health, social, or other interventions aimed at preventing risk behaviour, curbing its further progression, mitigating any already-existing forms and signs of risk behaviour, and/or providing help in dealing with its consequences (ibid). In this respect, at least nine epidemiologically significant areas of risk behaviour which should be addressed as priority issues by the current school-based prevention are generally distinguished. However, the designation of these areas poses certain challenges, as the concept of risk behaviour is developing and makes it difficult for some of the areas to be unequivocally associated with it. There are also autonomous categories of various types of behaviour with negative educational, social, legal, and health implications. Historical developments gave rise to a set of certain behavioural patterns which have been demonstrated to cause harm in all the areas under consideration. At the same time, these patterns of behaviour may have a range of underlying motives, may have scores of different manifestations, and may be associated with other complex phenomena. **In the narrowest sense, the basic types of risk behaviour comprise:** (a) bullying, (b) bullying and extremely aggressive behaviour, (c) extreme sports and risk-taking behaviour in traffic, (d)

nimálně devět epidemiologicky významných oblastí rizikového chování, které v současné školní prevenci představují hlavní tematické priority. Členění těchto oblastí však není jednoduché, neboť koncept rizikového chování se vyvíjí a některé z oblastí nelze jednoznačně řadit přímo do tohoto konceptu, existují i samostatné kategorie různých typů chování způsobujících výchovné, sociální, trestněprávní či zdravotní následky. Historickým vývojem došlo k tomu, že vznikla skupina určitých vzorců chování, které prokazatelně mohou vést k negativním důsledkům ve všech uvažovaných oblastech, ale současně tyto vzorce chování mohou mít různé příčiny, mohou mít různé dílčí projevy a současně souviset s mnohem složitějšími fenomény. **V nejužším pojetí řadíme do základních typů rizikového chování:** (a) záškoláctví, (b) šikanu a extrémní projevy agrese, (c) extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, (d) rasismus a xenofobii, (e) negativní působení sekt, (f) sexuální rizikové chování, (g) závislostní chování (adiktologie). V širším pojetí pak k těmto sedmi oblastem zařazujeme následující dva okruhy, které se z hlediska výskytu v populaci začínají stávat velkými ohnisky pro preventivní práci, ale které nelze jednoznačně zahrnout do konceptu rizikového chování: (h) okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte, (i) spektrum poruch příjmu potravy.

Editori Mrazek & Haggerty s kolektivem (1994) definují tři základní úrovně členění preventivních programů, které využívá též EMCDDA a dle cílové skupiny a charakteru intervence rozlišuje (podrobněji viz také Miovský et al., 2015a, 2015b) (a) **programy všeobecné prevence**, zaměřující se na tzv. obecnou populaci či její část, která není identifikována podle individuálních rizikových faktorů. Dále (b) **programy selektivní prevence**, které jsou zaměřeny na specifické skupiny – např. školáky se zvýšeným rizikem problémů s chováním a užíváním návykových látek (např. děti z rodin se závislostí na alkoholu nebo děti se sociálně slabších rodin, etnických skupin atd.) a konečně (c) **programy indikované prevence**, jež jsou zaměřeny na jednotlivce, kteří podle diagnostických kritérií nemají problémy se závislostí, ale vykazují určité rysy a charakteristiky rizikového chování (např. intervence zacílené na mladé experimentátory s drogami atd.). Tento systém český model zcela přebírá a pracuje s rozlišením těchto úrovní.

5/ Here we are elaborating on the ideas proposed by, for example, Holland, Detels, & Knox, 1991, Jessor & Jessor, 1977, and Jessor, Donovan, & Costa, 1991.

racism and xenophobia, (e) the negative influence of religious sects, (f) high-risk sexual behaviour, and (g) addictive behaviour. In a more broader sense, these seven areas are extended to include the following two domains which are becoming topical issues for preventive work, given their prevalence in the population, although their clear-cut affiliation with the concept of risk behaviour is debatable: (h) the domain of disorders and problems associated with the Child Abuse and Neglect syndrome and (i) the range of eating disorders.

Mrazek & Haggerty (Eds.) (1994) define three basic levels of preventive programmes, a categorisation also used by the EMCDDA, taking into account the target group and the character of the intervention (for details see also Miovský et al., 2015a and 2015b): (a) **universal prevention programmes**, targeting the general population, or a segment thereof, which is not identified by any individual risk factors, (b) **selective prevention programmes**, focused on specific groups, such as schoolchildren at higher risk of behavioural problems and substance use (e.g. children from alcoholic or socially disadvantaged families, members of ethnic minorities, etc.), and (c) **indicated prevention programmes**, intended for individuals who do not show addiction problems as assessed against the diagnostic criteria, and yet display certain signs and characteristics of risk behaviour (e.g. interventions targeting young drug experimenters). The Czech model has fully adopted this three-level system.

● 3 OBJECTIVES AND TARGET GROUPS

In terms of its objectives and target groups, the model has been designed as a multi-level construct to accommodate the whole range of the main types/forms of risk behaviour (see Section 2 above) and the existing levels of school-based prevention.

● 3 / 1 Objectives of School-based Prevention of Risk Behaviour

The ultimate and central **objective of school-based prevention** is (for details see Miovský et al., 2015a) to exert the maximum effort in order to prevent risk to children's and adolescents' health while reducing the consequences/harm related to specific instances of risk behaviour. In the context of specific programmes aimed at preventing risk behaviour, this principal goal features several levels. First and foremost, there is the **central general objective** (a) of preventing as many individuals as possible from ever engaging in any adverse forms of risk behaviour. This ambition cannot be fulfilled with every individual, though. For various reasons, it is not realistic, either, as it is not actually possible to eliminate completely the economic and ethnic differences, various degrees of vulnerability to different types of mental disorders and illness, adverse family circumstances, poor parenting, etc. Therefore, in line with the quality standards, we have defined **three levels of objectives of the school-based prevention of risk**

● 3 CÍLE A CÍLOVÉ SKUPINY KONCEPCE

Navržený model je vícevrstevný z hlediska cílů a cílových skupin a odráží celé základní spektrum základních typů/forem rizikového chování (viz předchozí 2. část článku) a úrovně provádění školské prevence.

● 3 / 1 Cíle školské prevence rizikového chování

Konečným a hlavním **cílem školské prevence** je (podrobněji viz Miovský et al., 2015a), abychom v maximální možné míře předcházeli vzniku rizika pro zdraví u dětí a dospívajících a současně redukovali důsledky/dopady spojené s konkrétními projevy rizikového chování. Tento hlavní cíl má v kontextu specifických programů primární prevence rizikového chování několik rovin. V centru pozornosti stojí **hlavní obecný cíl** (a) zamezit u co nejvyššího počtu osob tomu, aby se u nich výraznější projevy rizikového chování pochopitelně vůbec objevily. Ne u všech jedinců se však tento úkol podaří splnit a není to ani z různých důvodů reálné, tak jako není reálné zcela odstranit ekonomické rozdíly, etnické rozdíly, různou míru dispozice k různým typům duševních poruch a onemocnění, špatné rodinné zázemí a výchovu atd. Proto v souladu se standardy kvality definujeme další **tři úrovně cílů školské prevence rizikového chování** (MŠMT, 2005): (b) pokud se u některých jedinců nedaří zabránit nástupu výraznějších projevů rizikového chování, je třeba usilovat o to, aby iniciace a rozvoj těchto forem byly oddáleny alespoň do co nejvyššího věku, a pokusit se minimalizovat rizika spojená s tímto jednáním jak z hlediska jedince, tak společnosti, (c) pokud se u některých jedinců nedařilo zabránit nástupu výrazně rizikového chování, je třeba na ně i nadále působit a motivovat je k upuštění od této činnosti a podporovat je k návratu k životnímu stylu, který není spojen s takovým jednáním, a současně u nich minimalizovat rizika spojená s již existujícími projevy, (d) v případě rozvoje výrazně rizikového chování se snažíme zajistit adekvátními prostředky ochranu před dopady tohoto jednání a motivovat jedince k využití specializované pomoci v poradenské nebo léčebné oblasti.

Pouze program, který má jasně stanovené cíle a cílové skupiny, je možné hodnotit. Pokud preventivní program některé z těchto požadavků nesplňuje, je u něho obvykle vyloučena jakákoli odborná forma hodnocení jeho kvality a efektivity.

● 3 / 2 Základní pohled na cílové skupiny školské prevence

V každém školním preventivním programu je užitečné jasně vymezit a odlišovat přístupy, které se používají v jednotlivých ročnících. Pro každou skupinu dětí je třeba zvolit strategii, jež bude odpovídat jejich věku, a jako efektivní se jeví také odlišovat prevenci pro běžné studenty od prevence pro ohrožené skupiny (Gallà et al., 2005). Standardy kvality

behaviour (MŠMT, 2005): (b) in the event that the onset of major manifestations of risk behaviour cannot be prevented in some individuals, efforts must be made to at least delay the initiation and development of such behaviour to as old an age as possible while seeking to minimise both the individual and social harm associated with the individuals concerned engaging in risk behaviour; (c) in the event that some individuals cannot be stopped from engaging in high-risk behaviour, constant efforts must be made to encourage and motivate them to refrain from such activities and support them in resuming lifestyles that are not associated with risk behaviour, while minimising the risks related to already-existing patterns of risk behaviour; (d) in the event of the development of high-risk behaviour, efforts should be made to ensure the provision of the resources needed to provide protection against the consequences of such behaviour, as well as motivating the individual to seek specialised counselling or treatment services.

Only a programme for which objectives and target groups have been clearly set can be evaluated. The failure to meet any of these prerequisites makes it impossible for a preventive programme to be subjected to any rigorous evaluation of its quality and effectiveness.

● 3 / 2 General Description of Target Groups of School-based Prevention

It is useful for the approaches to be used in different grades to be determined and differentiated for each school-based preventive programme. Each group of children should be exposed to a strategy that corresponds to their age. It also appears effective to distinguish between prevention for regular students and prevention for vulnerable groups (Gallà et al., 2005). The quality standards issued by the Ministry of Education (2005) make it possible to classify and provide a general description of several approaches that can be helpful in categorising the target groups. Bearing in mind the need for an interdisciplinary approach and that the definitions of the target groups must be applicable across all the government portfolios concerned with prevention, a summary outline and description of the individual criteria are provided below (for details see also Miovský et al., 2015a).

The **age criterion** breaks the population down into five target groups. The boundaries between the groups reflect periods that are significant in terms of developmental psychology and the system used to divide the target population into age categories in schools and other educational institutions. This classification system also matches the statutory age categories: (a) preschool children (3–6 years), younger children (6–12 years), older children (12–15 years), adolescents (15–18 years), and young adults (18–26 years).

The **complexity criterion** differentiates the target groups according to a measurable and risk behaviour-relevant degree of social and health concerns. The cri-

MŠMT (2005) umožňují klasifikaci a obecný popis několika možných přístupů ke třídění cílových skupin. Vzhledem k nutnosti mezioborového přístupu a důležitosti aplikovat definici cílových skupin na všechny rezorty zabývající se primární prevencí uvádíme níže souhrnný přehled a popis jednotlivých kritérií (podrobněji viz též Miovský et al., 2015a).

Věkové kritérium definuje populaci do pěti cílových skupin. Hranice mezi skupinami reflektují významné vývojově-psychologické periody a systém členění cílové populace dle věku ve školách a školských zařízeních. Systém dělení odpovídá mj. také věkové hranici stanovené zákonem: (a) předškolní věk (3–6 let), mladší školní věk (6–12 let), starší školní věk (12–15 let), mládež (15–18 let), mladí dospělí (18–26 let)

Kritérium náročnosti diferencuje cílovou skupinu dle ověřitelné a ve vztahu k rizikovému chování relevantní míry sociální a zdravotní zátěže. Podstatou kritéria je specifikovat možnou zdravotní a sociální zátěž, která se promítá jak do vulnerability (tj. zranitelnosti, pravděpodobnosti kontaktu s následnými komplikacemi) vůči jednotlivým formám rizikového chování, tak do samotného faktu, že míra zátěže u cílové skupiny odráží celkovou náročnost preventivní práce. Není proto možné, aby například byly tyto programy plošně dotovány stejnou částkou, neboť jejich finanční náročnost by měla odrážet reálné náklady, které jsou různé podle typu cílové skupiny. Termín nezasažená populace označuje skupinu, v níž se zatím konkrétní projev určitého typu rizikového chování neprojevil (Miovský et al., 2015a). Uvádíme dělení cílových skupin dle zdravotní a sociální náročnosti (a) nezasažená populace bez výrazné zdravotně-sociální zátěže, (b) nezasažená populace s výraznou zdravotně-sociální zátěží, (c) zasažená populace bez výrazné zdravotně-sociální zátěže, (d) zasažená populace s výraznou zdravotně-sociální zátěží, (e) zasažená populace s výraznou zdravotně-sociální zátěží s výrazným podílem aktuálních komplikujících faktorů nesouvisejících s návykovými látkami, (f) zasažená populace s výraznou zdravotně-sociální zátěží s výrazným podílem aktuálních komplikujících faktorů souvisejících s návykovými látkami.

Sociálně-společenské kritérium představuje třetí systém dělení cílových skupin, který je úzce propojen s předchozími dvěma členěními. Všechny tři systémy spolu tvoří jednotný rámec a vzájemně se doplňují. Toto kritérium (podrobněji viz Miovský et al., 2015a) má zásadní význam pro institucionální diferenciaci cílových skupin, která je podrobně uvedena níže v textu (viz dále též členění dle EMCDDA, 2010, 2012). (a) Znevýhodněná komunita: patří sem děti a dospívající ze sociálně znevýhodněných komunit (Romové, přistěhovalci, uprchlíci), jež jsou ohroženi sociální deprivací a vyšší mírou marginalizace. Preventivní programy se zaměřují na prevenci kriminality, rozvoj osobního potenciálu dětí a jejich následné uplatnění ve společnosti.

terion involves the specification of the potential health and social harm which is projected into individuals' vulnerability (i.e. the likelihood of their facing the consequences of their behaviour) to different forms of risk behaviour and into the overall complexity of preventive work with different target groups. Therefore, funding schemes should be developed to take account of the real costs incurred in relation to working with specific types of target groups instead of applying a one-size-fits-all funding policy. The term "unaffected population" refers to a group within which no specific signs of a certain type of risk behaviour have been identified (Miovský et al., 2015a). In terms of the health and social challenges they pose, the following target groups have been determined: (a) unaffected population at no significant risk of health and social harm; (b) unaffected population at significant risk of health and social harm; (c) affected population at no significant risk of health and social harm; (d) affected population at significant risk of health and social harm; (e) affected population at significant risk of health and social harm compounded by major current complicating factors not related to addictive substances; (f) affected population at significant risk of health and social harm compounded by major current complicating factors related to addictive substances.

Closely linked to the previous two methods of categorisation, the **social and community criterion** represents the third system used to draw distinctions between the target groups. Complementing each other, all three systems together constitute an integrated framework. This particular criterion (for details see Miovský et al., 2015a) is of key significance for the institutional differentiation between the target groups, which is described in more detail below (cf. the categorisation according to the EMCDDA [2010 and 2012]). (a) Disadvantaged communities: pertains to children and adolescents from socially disadvantaged communities (such as Roma, immigrants, and refugees) who are at risk of social deprivation and an elevated level of marginalisation. Preventive programmes focus on crime prevention, the development of children's personal potential, and their successful functioning within society. Ethnic groups constitute a significant subgroup in this respect. (b) Families with risk factors: the development of children from families with the presence of the use of alcohol and other drugs and/or other risk factors is more likely to be affected by substance use or other forms of risk behaviour. (c) Children at risk of the early termination of school attendance: this particularly concerns the population of children aged 10 to 14 who are prone to dropping out of school. The relevant school-based preventive programmes should focus on the timely identification of truancy and targeted interventions. (d) Juvenile delinquents: early interventions intended for juvenile offenders involve structured procedures and methods, the purpose of which is to prevent their

Podskupinu zde tvoří etnické skupiny. (b) Rodina s rizikovými faktory: děti pocházející z rodin, kde se vyskytuje užívání alkoholu a návykových látek, příp. další rizikové faktory, jsou ve svém vývoji více ohroženy vznikem závislosti nebo jiného rizikového chování. (c) Děti ohrožené nedokončením školní docházky: jedná se především o populaci ve věku od 10 do 14 let, která je ohrožena předčasným ukončením školní docházky. Programy školské prevence se zaměřují na včasnou detekci záškoláctví a cílenou intervenci. (d) Mladí pachatelé trestných činů: včasná intervence pro mladistvé pachatele trestných činů představuje strukturované postupy a metody, jejichž cílem je zabránit další recidivě a marginalizaci této populace. (e) Mládež ohrožená sociálně-ekonomickým vyloučením: do této cílové skupiny patří především mládež ve věku 13–26 let, která vykazuje problémy se školní a pracovní integrací. Preventivní programy nabízí profesní a kariérové poradenství a také rekreační aktivity.

Institucionální kritérium má největší význam v oblasti školní prevence. Definice a kritéria cílových skupin jsou propojeny s diferenciací v rámci profesního kritéria, s nímž tvoří vzájemně kompatibilní celek. V případě školní prevence můžeme vymezit několik cílových skupin, u nichž má tato diferenciacie smysl zejména kvůli možnosti efektivní intervence jednotlivých preventivních programů (podrobněji viz Miovský et al., 2015a).

Kromě již definovaného obsahu tzv. sociálně-společenského kritéria pak EMCDDA (2011) dále diferencuje cílové skupiny v selektivní prevenci podle příslušnosti jedince na další skupiny, např. dle **pohlaví** (genderové rozdíly hrají významnou roli v aplikaci intervenčních metod). Programy, které používají odlišný přístup k dívkám a chlapcům, dosahují vyšší míru efektivity (Backer, 2001; NIDA, 2003) atd.

reoffending and marginalisation. (e) Young people at risk of socioeconomic exclusion: this target group comprises especially young people aged 13–26 who show problems integrating into the standard school and work environment. Preventive programmes can help by offering job and career counselling, as well as recreational activities.

The **institutional criterion** is of the greatest relevance in relation to school-based prevention. The definitions of and criteria for the target groups are connected with the differentiation within the professional criterion, with which it constitutes a compatible entity. With respect to school-based prevention, we can delineate several target groups, in relation to which such differentiation is sensible, particularly because of effective interventions that can be delivered as part of the individual preventive programmes (for details see Miovský et al., 2015a).

In addition to the above-defined “social and community criterion”, the EMCDDA (2011) also distinguishes target groups for selective prevention according to people’s affiliation with other groups, such as those determined by **gender** (gender differences play a major role in terms of the application of interventional methods). For example, programmes that employ gender-specific approaches have been shown to achieve a higher degree of effectiveness (Backer, 2001; NIDA, 2003).

● 4 BASIC PREVENTIVE PROGRAMME: PROPOSED STRUCTURE AND CONTENT OF A RECOMMENDED PREVENTION CURRICULUM FOR PRIMARY AND MIDDLE SCHOOLS

Children (the general population) at basic schools were chosen as the priority institutional group for the purposes of the pilot testing of the scheme and its implementation (for details see Miovský & Gabrhelík, 2015). Other target groups, such as preschool children and secondary school and college/university students, are expected to be gradually integrated into the system in the coming years as it develops. Thus, the system is currently designed for the basic schools and it is there that it is being tested and implemented at the moment.

The core of the system (see the second part of this article) consists of a recommended universal prevention curriculum for primary and middle schools, which is referred to in the Czech Republic as the Basic Preventive Programme (the BPP). The BPP is defined in the Methodological Guidelines of the Ministry of Education of the Czech Republic, Ref. No. 20006/2007-51.⁶ Nevertheless, neither that docu-

6/ For more information see Miovský et al. (2010), pp. 101–114, and a paper created as part of the VYNSPI-1 project, Miovský et al. (2012a and 2012b), which provides a detailed description of the recommended format of the BPP for Czech basic schools (for comprehensive coverage of the topic see also Miovský et al., 2015c).

● 4 MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM: NÁVRH STRUKTURY A OBSAHU DOPORUČENÉHO KURIKULA PREVENCE ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Z hlediska pilotního ověření celého konceptu a jeho implementace (podrobněji viz Miovský & Gabrhelík, 2015) jsme jako prioritní institucionální skupinu zvolili děti (všeobecná populace) ze základních škol. Tedy celý návrh dnes staví na této cílové skupině (věk 6–15 let) a další cílové skupiny, ať již předškolní děti, nebo studenti středních a vysokých škol, budou do systému integrováni postupně v dalších letech krok za krokem. Systém je dnes tedy designován pouze pro základní školy a právě na nich je ověřován a nyní implementován.

Jádro celého systému (viz část druhá tohoto článku) je tvořeno doporučeným kurikulem všeobecné prevence pro základní školy, které v ČR nazýváme Minimálním preventivním programem (dále též MPP). Ten definuje Metodický pokyn MŠMT ČR č.j.: 20006/2007-51.⁶ Současně ale ani tento materiál, ani pracovní verze jeho alternativ a diskuse o nich, nepřináší příliš mnoho konkrétních parametrů, jak přesně (struktura, obsah, rozsah) by měl vypadat. MPP musí jasně definovat dlouhodobé a krátkodobé cíle preventivního programu a aktivit školy a být naplánován tak, aby mohl být řádně proveden a zkontrolován. Přitom musí být přizpůsoben kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy či specifické populaci jak v jejím rámci, tak v jejím okolí. Program musí důsledně respektovat rozdíly ve školním prostředí, oddalovat, bránit nebo snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí. Na tvorbě a realizaci MPP se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy.

Při tvorbě MPP na konkrétní škole se ukazuje jako efektivní používat terminologii deskriptorů, které jsou používány v oblasti vzdělávání (Kolář, 2011). **Deskriptory** představují konceptuální rámec, který propojuje každou oblast prevence se systémem národního kvalifikačního rámce. Vyjadřují obsah a rozsah příslušných znalostí, dovedností a kompetencí dětí dle ročníku školy a počtu hodin vymezených na prevenci v konkrétní oblasti. Jsou formulovány pomocí výstupů z příslušné oblasti prevence a vymezují identitu dané oblasti vůči ostatním oblastem MPP. MPP tak jak byl navržen pro cílovou skupinu dětí ZŠ (6–15 let) na úrovni komplexního dlouhodobého programu všeobecné prevence se skládá ze tří hlavních komponent:

- Soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole a na školních akcích (podrobněji dále v textu).
- Programy zaměřené na rozvoj dovedností pro život (tzv. life-skills) skládajících se z programů zaměřených na

6/ Podrobněji viz Miovský et al. (2010), str. 101–114, a materiál vzniklý v rámci projektu VYNSPI-1 (Miovský, et al., 2012a, 2012b), který obsahuje podrobně zpracovanou doporučenou podobu MPP pro základní školy ČR (viz také ucelené podobě Miovský et al., 2015c).

ment nor the preliminary drafts of its alternative versions and discussions about them have generated much specific information (in terms of its structure, content, and scope) about what the programme should look like. The BPP must clearly define the long-term and short-term objectives of the school's preventive programme and activities and be planned in such a way as to ensure that these can be properly implemented and checked. The programme must be adapted to cultural, social, and political circumstances, the school's structure, and any specific populations both within the school and in its surroundings. The programme must carefully reflect any differences within the school setting and delay, prevent, or reduce the students' engagement in any risk behaviours, as well as empowering pupils and students to make informed and responsible decisions. All the school's educational staff should work together to develop and implement the BPP.

The terminology of the descriptors used in education has proven effective in the development of the BPP at a specific school (Kolář, 2011). **Descriptors** work as a conceptual framework within which each domain of prevention is linked to the national qualification system. They indicate the content and scope of the relevant knowledge, skills, and competencies the children should have acquired in each year of their school attendance, given the number of lessons dedicated to prevention focused on a specific area. They are articulated using the outcomes of preventive interventions related to the respective areas of prevention and determine the identity of the given area in relation to the other domains covered by the BPP. The BPP, as a comprehensive long-term universal prevention programme proposed for the target group of children attending basic schools (the 6–15 age category), comprises three main components:

- a set of rules to enhance the children's safety at school and at school events (see below for further details);

rozvoj sociálních dovedností (social-skills) a dovedností sebeovlivnění (self-management) (podrobněji viz část 3 tohoto článku).

- Programy specificky zacílené na jednotlivé formy rizikového chování (podrobněji viz část 4 tohoto článku).

Na *obrázku 2* je schematicky znázorněna doporučená struktura MPP vycházející z naznačené logiky od všeobecných pravidel a nejnižších věkových skupin dětí základní školy až po specifické programy a nejstarší děti.

Celkově tak předpokládáme rozsah MPP přibližně v součtu **86 hodin napříč celou základní školou** od první do deváté třídy (tedy přibližně od 6 do 15 let). V těchto 86 hodinách jsou obsaženy všechny hlavní komponenty tak, aby výsledná podoba tvořila **komplexní a dlouhodobý preventivní program**, do kterého jsou promítnuty všechny základní požadavky a prověřené intervence, seřazené do na sebe navazujících bloků. Celková idea návrhu přitom stojí na principu, že **formulujeme pouze doporučený rozsah, strukturu a výstupní znalosti, dovednosti a kompetence**. Nejde tedy o dogma a jediný možný model, ale o obecné schéma, které je možné vyplnit různými typy programů a intervencí a propojit je do jednoho celku. **Předložený návrh tak má mít orientační funkci a být vodítkem, jakým způsobem sestavit odpovídající MPP na míru potřebám a možnostem konkrétní školy.**

● 4 / 1 Základní úroveň (A): Pravidla bezpečné školy a podpory zdraví⁷

První částí MPP jsou pravidla „bezpečné a zdravé podporující školy“, která de facto tvoří obecný/základní rámec, do něhož je MPP umístěn. Velký vliv na úspěšnost preventivního působení má míra součinnosti a participace jednotlivých

7/ Podrobněji viz v plné verzi textu: Miovský et al. (2012a, 2015c), kde lze nalézt též doporučení pro tvorbu pravidel bezpečné školy v rámci MPP a jejich implementace.

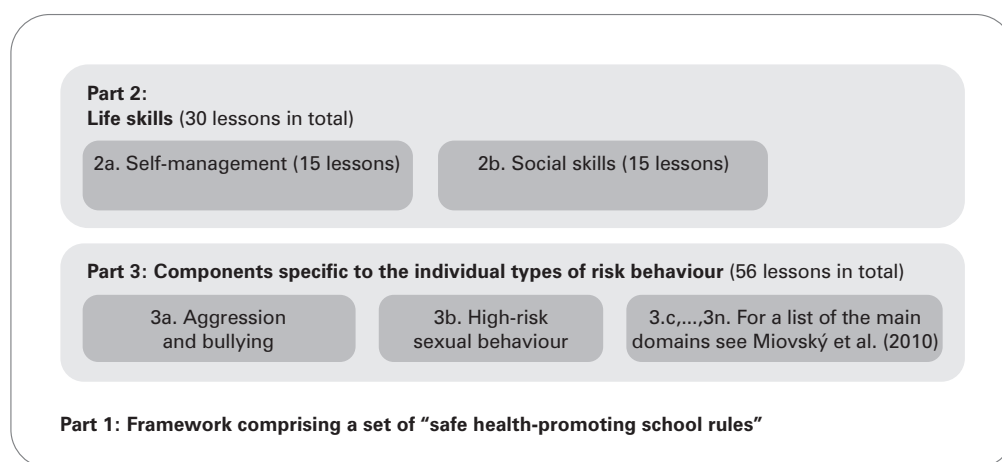


Figure 2 / Obrázek 2

An outline of the structure and scope of the main parts of the proposed model of the BPP (Miovský et al., 2012b)
Schematická struktura a rozsah hlavních částí navrženého modelu MPP (Miovský et al., 2012b)

- programmes intended to promote the development of life skills, broken down into programmes focused on the development of social skills and self-management (for further details see Section 3 below), and
- programmes specifically aimed at addressing the individual forms of risk behaviour (for further details see Section 4 below).

Figure 2 provides an outline of the recommended structure of the BPP, following a logical line from the general rules and the youngest age groups of basic school children to specific programmes and older children.

The BPP is expected to comprise a total of **86 lessons during the years of basic school attendance** from the first to the ninth grades (i.e. approximately from the age of 6 to 15). These 86 lessons encompass all the major components, so that their final configuration constitutes a **long-term comprehensive prevention programme** which reflects all the basic requirements and evidence-based interventions arranged into blocks that build upon each other. It should be noted that the underlying idea behind this proposal was to **devise only a recommended scope and structure and the resulting knowledge, skills, and competences**. It is not intended to become a dogma, the only possible model, but rather a general framework which may incorporate a range of programmes and interventions and integrate them into a single entity. **Thus, the present draft should be viewed as indicative guidance as to how to develop a BPP that accurately reflects the needs and resources of a specific school.**

● 4 / 1 Basic Level (A): Safety School and Health Promotion Rules⁷

The first part of the Basic Prevention Programme is the “Safe and Health-Promoting School Rules”, which really constitute a general/basic framework into which the BPP is embedded. The success of preventive measures largely relies on the degree of cooperation and participation of the school staff, parents, and students. In other words, the success rate tends to display a positive correlation with the degree of involvement and collaboration exhibited by all the stakeholders. The safe school rules apply to both physical and social safety. Therefore, success should be measured by quantitative data such as that on the number of injuries, assaults, and physical conflicts, and the promptness and success of the school’s response to physical danger, as well as by the sense of safety expressed in a qualitative manner. The rules governing the operation of schools take the form

7/ For more details see the full version of the text: Miovský et al. (2012a and 2015c). It also provides recommendations for the development of the safe school rules as part of the BPP and the implementation of such rules.

pracovníků školy, rodičů i žáků. Jinými slovy, míra úspěšnosti bývá přímo úměrná míře zapojení a spolupráce všech zúčastněných. Pravidla bezpečné školy se vztahují jak na bezpečí fyzické, tak na bezpečí sociální. Pro měření úspěšnosti je proto třeba používat jak kvantitativní údaje, např. o počtu úrazů, napadení, fyzických konfliktů, rychlost a úspěšnost školní reakce na fyzické ohrožení a podobně, ale i míru pocitu bezpečí vyjádřenou v kvalitativní rovině. Pravidla, kterými se školy řídí, se člení na dokumenty *legislativní, a tedy závazné* (zákony, vyhlášky) a dokumenty *nelegislativní* povahy, které mají charakter metodických doporučení (metodické pokyny, informace).

Základem úspěšné prevence rizikového chování jsou pak především kvalitně nastavená **vnitřní pravidla školy**, která specifikují pravidla pro **vnitřní i vnější** komunikaci. Základním dokumentem je **školní řád**, který přesně vymezuje povinnosti žáků i pedagogů školy ve vztahu k organizaci života školy, vymezuje pravidla pro soužití ve třídách, stanovuje podmínky nástupu na vyučování, jeho průběhu i ukončení výuky, pravidla pro omlouvání z vyučování; vymezuje také, jak se ve škole pracuje s neomluvenými hodinami, jak se postupuje při hodnocení žáků, jak se řeší krizové situace, jaká je role třídních učitelů i učitelů specialistů. Školní řád specifikuje také činnost školního poradenského pracoviště a zvláště pak postavení školních psychologů nebo školních speciálních pedagogů, pokud ve škole pracují. Obsah školního řádu je vždy ovlivněn typem školy, skladbou žáků, velikostí školy, zkušenostmi školy, očekáváním pedagogů a vedení školy. S touto vnitřní normou jsou seznamováni rodiče i žáci školy, aby byla zajištěna maximální součinnost mezi školou a rodinou. Na některých školách je tento dokument doplněn ještě řadou dalších vnitřních norem, jako je například kodex chování žáka, smlouva s rodiči atd. MPP se tak mj. stává základním rámcem pro strategii zajištění „bezpečné a zdraví podporující školy“. Stanovuje základní pravidla pro zajištění prevence různých forem rizikového chování, určuje roli pedagogů i dalších odborných pracovníků školy, kteří se podílejí na naplňování úkolů vytyčených programem.

Na MPP obvykle navazují také **bezpečnostní a krizové plány** školy, které se podrobněji zabývají některým konkrétním rizikovým jevem a především jeho prevencí. Jedná se například o **školní program proti šikanování**.⁸ V plánu popisujeme konkrétní preventivní mechanismy, které škola používá k tomu, aby jev minimalizovala a měla jej pod kontrolou. Přílohou bezpečnostního plánu bývá také **plán krizový**, který popisuje, krok za krokem, **co a kdo** ve škole koná v případě, že bezpečnostní plán z nejrůznějších důvodů selhal a rizika v něm zmíněná se naplnila. **Účelem**

8/ Například: <http://aplikace.msmt.cz/HTM/KTSkolniprogramprotisikanovani.htm>.

of *statutory*, i.e. *binding* documents (such as laws and decrees), and *non-statutory* ones that comprise methodological recommendations (such as guidelines and reference materials).

The successful prevention of risk behaviour is not possible without well-defined **internal rules of the school** which lay down the details of what constitutes appropriate **internal and external** communication. The essential document is the **school regulations**, which specifically define the responsibilities of students and teachers in relation to the organisation of school life, set rules for students' interaction within their classes, and determine the requirements for the commencement, course, and completion of instruction and the rules for excusing absences from lessons. They also explain how unauthorised absences from school should be handled, how the evaluation of students should be carried out, how to deal with emergencies, and what the roles of class teachers and specialist teachers are. The school regulations also specify the operation of the school counselling centre and, in particular, the status of school psychologists and/or special education professionals, if they work in the school. The content of the school regulations is always influenced by the type and size of the school, the structure of the student body, the school's experience, and the expectations of the teaching staff and management. Both parents and students are briefed about this internal standard so that optimal liaison between the school and the family is ensured. At some schools, this document is further complemented by a number of other internal norms, such as a code of student conduct and a contract with parents. Thus, the BPP also works as a general framework for the "safe and health-promoting school" strategy. It sets the basic rules for measures intended to prevent various forms of risk behaviour and determines the role of the teachers and other professional staff of the school who are engaged in the fulfilment of the tasks defined in the programme.

There is usually also a link between the BPP and the school's **safety and emergency plans**, which are particularly concerned with specific high-risk phenomena and, especially, with preventing them. An example of such a scheme is a **school-based programme against bullying**.⁸ The plans describe the specific preventive mechanisms employed by the school to minimise and control the phenomena at issue. The safety plan is often complemented by an **emergency plan**, which describes, step by step, **what** measures are taken in the school, and by **whom**, in the event that the safety plan fails for whatever reason and the risks it envisaged came true. **The purpose of the safety plan is to prevent risk by adopting efficient and specific measures. The purpose of the emer-**

bezpečnostního plánu je riziku účinně a konkrétně předcházet. Účelem krizového plánu je minimalizovat škody, které z naplnění rizika vznikly. Bezpečnostní plán je svým charakterem metodický text, který dává vodítko pedagogům školy, jak mají v určitých typech krizí postupovat. Uvádí se obvykle odpovědnost pedagogů, kontakty na krizová centra, zdravotníky, Policii ČR, způsoby kontaktování zákonných zástupců atd. Do těchto plánů se promítá věk žáků, velikost školy, typ školy. Jinak bude vypadat bezpečnostní plán na základní škole a jinak například na střední škole chemicko-technologické, protože možná rizika budou odlišná. Komplexní povaha a širší záběr této úrovně prevence s sebou samozřejmě přináší praktické problémy, jak tolik požadavků splnit. Současně se ukazuje, že množství programů, které dnes v praxi jsou realizovány v ČR, postihuje jen vybrané oblasti a nemá potřebný tematický záběr ve všech požadovaných oblastech. Jako příklad programu, který splňuje všechny základní požadavky této základní úrovně nespécifické prevence, jsme mezi příklady dobré praxe identifikovali např. program *Škola podporující zdraví* (podrobněji viz Miovský et al., 2015c)

8/ See, for example, <http://aplikace.msmt.cz/HTM/KTSkolniprogramprotisikanovani.htm>.

gency plan is to minimise the harm ensuing from the risks that materialise. By its nature, the safety plan is a methodological document that provides the school's teaching staff with guidance on how to deal with certain types of critical situations. It usually indicates teachers' responsibilities, the contact details of crisis centres, health services, and the Police of the Czech Republic, and the ways in which statutory representatives should be contacted. These plans should take into consideration the age of the students and the size and type of the school. A safety plan for a basic school will differ from that drawn up for a secondary school that specialises in chemical engineering, for example, as the possible risks will be different. The multi-faceted nature and wide scope of this level of prevention inevitably involve practical problems in fulfilling the many commitments it entails. Moreover, it becomes apparent that many of the programmes which are currently used in practice in the Czech Republic only focus on some specifically selected issues and thus fail to provide the much-needed wide-ranging coverage of all the areas that should be addressed. The *Health-promoting School* programme (for details see Miovský et al., 2015c) was identified as an example of good practice in terms of meeting all the general requirements for this basic level of non-specific prevention.

● 4 / 2 Specific Programme Level (B): Life Skills

Life skills refer to the abilities that facilitate an individual's adaptive behaviour and help them in coping with everyday problems. They are the abilities that make it possible for children and adolescents to adopt healthy behaviour that reflects their wishes and needs and assist them in fully pursuing such wishes and needs. The WHO (2003) defines life skills as an integrative category for psychosocial abilities and interpersonal skills that help people in making informed decisions and coping with the challenges of everyday life. Such skills enable the individual to assume their social responsibilities and deal effectively with their demands, expectations, and potential problems, especially those concerning interpersonal relationships (Taromian, 1999). The effective learning and application of life skills may have an impact on the way both the individual and the people around them feel and may also affect the way they are perceived by others. This results in the merging of intrapersonal and interpersonal skills. Nešpor (in Höschl, 2002) suggests dividing life skills into self-management skills and social skills.

Life skills may contribute to **self-efficacy** and promote self-confidence, self-esteem, and **well-being**. In the process of education and training in life skills, children learn "what to do and how". Life skills are closely related to the individual's level of knowledge, personal attitudes, and values. In turn, the adoption of life skills is reflected in be-

● 4 / 2 Úroveň specifických programů (B): Dovednosti pro život

Dovednosti pro život jsou schopnosti, které usnadňují adaptivní chování jedince a pomáhají ve zvládnání každodenních problémů. Jsou to schopnosti, které umožňují dětem a dospívajícím chovat se zdravým způsobem, vzhledem k jejich přáním a potřebám – s cílem realizovat je v co nejširším rozsahu. WHO (2003) definuje životní dovednosti jako nadřazenou kategorii pro psychosociální schopnosti a interpersonální dovednosti, které pomáhají lidem činit informovaná rozhodnutí a vypořádat se s výzvami každodenního života. Tyto dovednosti umožňují jedinci přijmout svoji sociální odpovědnost a úspěšně zvládnout požadavky, očekávání a potencionální problémy, zejména v mezilidských vztazích (Taromian, 1999). Efektivní získávání a uplatňování životních dovedností může ovlivnit způsob, jakým se cítí jedinec sám i jeho okolí, a může mít vliv také na způsob, jakým je vnímán druhými lidmi. Dochází tak k prolínání mezi intrapersonálními a interpersonálními dovednostmi. Dle Nešpora (in Höschl, 2002) můžeme životní dovednosti členit na dovednosti sebeovlivnění a sociální dovednosti.

Dovednosti pro život mohou přispět ke **vnímání vlastní účinnosti**, podpoře sebedůvěry a sebeúcty a podílet se na vnímání duševní pohody (**well-being**). V procesu výuky a nácviku životních dovedností se děti tzv. učí „co dělat a jak to udělat“. Životní dovednosti významně souvisí s úrovní znalostí, osobními postoji a hodnotami jedince. Jejich osvojení se následně promítne v chování – zejména ve vztahu k vlastnímu zdraví a k prevenci **rizikového chování** či dalších fyzických i psychických zdravotních problémů (Hawkins et al., 1999; Manee, Khouiee&Zaree, 2011; Pharaoh, Frantz& Smith, 2011; WHO, 2003). Osvojení si základních životních dovedností přispívá ke schopnosti adaptace obecných znalostí, postojů a hodnot do reálných dovedností a kompetencí. Životní dovednosti v praxi zlepšují mezilidskou **komunikaci**, schopnost kreativně řešit problémy, rozvíjí **kritické myšlení** a schopnost **zvládnání stresu a náročných životních situací**. Tímto způsobem zvyšují celkovou **kvalitu života** jedince (Trauer et al., 1997).

Definice životních dovedností se budou pravděpodobně lišit napříč kulturami, přesto však dosavadní výzkumy naznačují, že existuje určité spektrum dovedností, které jsou v centru dovedností založených na iniciativách na podporu zdraví dětí a dospívajících (Botvin & Griffin, 2004; Bühler, Schröder & Silbereisen, 2008). Nešpor (2003, 2009) uvádí příklady dovedností potřebných pro život a jejich členění na **dovednosti sebeovlivnění a sociální dovednosti** (*tabulka 1*), které jsme využili pro jeho jednoduchost a přehlednost.

Mezi klíčová témata programů životních dovedností u dětí a dospívajících patří prevence užívání alkoholu a návykových látek, plánování těhotenství, podpora duševní pohody a schopnost **kooperativního učení**. Programy pro

Table 1 / Tabulka 1

Life skills categorised into self-management and social skills (in Miovský et al., 2012a, 2012b)

Dovednosti pro život (Life-skills) rozdělené do kategorií dovednosti sebeovlivnění a sociálních dovedností (in Miovský et al., 2012a, 2012b)

Life skills	
↙	↘
A. Self-management skills	B. Social skills
Ability to motivate oneself to a healthy lifestyle and to engage in appropriate self-motivation in other domains	Ability to resist social pressure
Ability to delay gratification or pleasure	Assertiveness skills – healthy efforts to affirm one's position
Ability to maintain and enhance one's healthy self-confidence	Abilities to express empathy and understand life situations
Ability to manage time and engage in a reasonable and balanced lifestyle	Ability to communicate, negotiate, and reach compromise
Abilities to deal with high-risk mental states (such as anxiety, anger, depression, joy, and boredom)	Decision-making skills and the ability to foresee the consequences of certain actions
5214386 Ability to relax, use suitable relaxation techniques, and rest	Ability to establish relationships and build a reasonable social network
Other abilities involving care for one's health (nutrition, exercise, engagement with health services, hygiene, etc.)	"Media literacy" – ability to resist advertising and other negative external influences
	Ability to manage money rationally
	Abilities involving choosing and seeking suitable employment and good functioning at work
	Good adaptation to a new environment or situation
	Parenting skills in later years

Based on Nešpor (2003, 2009)

Volně dle Nešpora (2003, 2009)

haviour, particularly in terms of the person's own health and the prevention of **risk behaviour** and other physical and psychological problems (Hawkins et al., 1999; Manee, Khouiee, & Zaree, 2011; Pharaoh, Frantz, & Smith, 2011; WHO, 2003). The acquisition of basic life skills facilitates the transformation of general knowledge, attitudes, and values into real skills and competences. In practical terms, life skills enhance interpersonal **communication** and the ability to solve problems creatively and promote **critical thinking** and **coping**, all of which improve the individual's overall **quality of life** (Trauer et al., 1997).

The definitions of life skills are likely to vary across cultures. Nevertheless, previous research suggests the existence of a range of skills that are at the centre of skills-based initiatives aimed at health promotion among children and adolescents (Botvin & Griffin, 2004; Bühler, Schröder & Silbereisen, 2008). We adopted a general outline of life skills and their categorisation into **self-management** and **social skills** as proposed by Nešpor (2003 and 2009) (*Table 1*).

Key topics addressed by life skills programmes for children and adolescents include the prevention of the use of alcohol and other addictive substances, pregnancy planning, the promotion of well-being, and **cooperative learning** abilities. Programmes for adults focus on training in **communication**, **empathy** (especially in medical students), problem solving and **critical thinking** (in business man-

dospělé se zaměřují na nácvik **komunikace**, dovednosti **empatie**, zejména u studentů lékařských fakult, schopnosti řešení problémů a **kritického myšlení** pro obchodní manažery či **zvládání emocí a stresu** u pracovníků v pomáhajících profesích. Osvojení životních dovedností podporuje schopnosti, které přispívají ke zdraví, vytváření kladných mezilidských vztahů a duševní pohodě (WHO, 1994a). Podrobněji se je možné s oběma skupinami dovedností (dovednosti sebeovlivnění a sociální dovednosti) seznámit např. prostřednictvím výkladového slovníku (Miovský et al., 2015b). Příklady konkrétních programů této druhé úrovně realizace prevence na základní škole pak obsahuje popis dobré praxe s popisem konkrétních intervencí a jejich realizátorů rozvíjejících daný program a nabízejících v něm např. též zaškolení a dokumenty atd. (Miovský et al., 2015c).

● 4 / 3 Úroveň specifických programů (C): Komponenty specificky zacílené na jednotlivé formy rizikového chování

Při tvorbě MPP a formulaci jeho specifických komponent zacílených na výše uvedené konkrétní různé formy rizikového chování jsme vycházeli ze dvou vývojových hledisek. První bylo zaměřeno na strukturu školy a obsah konkrétních předmětů, dle vymezení **Rámcového vzdělávacího programu** pro základní vzdělávání (2007). Současně bylo zohledněno druhé **vývojové hledisko** – věk dětí v příslušných ročnících základní školy (WHO, 1994b). Vzhledem ke

agers), and coping with **emotions and stress** (in helping professionals). Good life skills promote abilities that contribute to health, positive interpersonal relationships, and well-being (WHO, 1994a). A more thorough account of both groups of skills (self-management and social skills) can be found in a dedicated explanatory dictionary (Miovský et al., 2015b). Miovský et al. (2015c) describe specific programmes which represent examples of good practice in relation to this second level of the implementation of prevention in basic schools, as well as describing particular interventions and their deliverers who, in addition to developing the programmes, may also provide relevant training and documents.

● 4 / 3 Specific Programme Level (C): Components Addressing Specific Forms of Risk Behaviour

When designing the BPP and formulating its specific components focused on the above-specified various forms of risk behaviour, we considered two developmental perspectives. The first concerned the structure of the school and the content of the subjects as set out in the **Framework Educational Programme** for basic education (2007), while the second pertained to the age of children in the individual grades of basic schools (WHO, 1994b). Given the fact that no such extensive, specifically targeted and defined document was available in the Czech setting, our content analysis was based on foreign primary prevention programmes integrated into the school curriculum (Ballard, 2002; Botvin & Griffin, 2003; Cuijpers, 2002; Tobler et al., 2000). The basic logic behind the structure is outlined in *Table 2*. We used the existing categorisation of risk behaviour into nine basic domains (Miovský et al., 2010; Miovský et al., 2015a) as a framework, within which the target group (basic school students) was divided into four main developmental stages. This procedure gave rise to 36 sub-units (see *Table 2*) of this last (third) component of the BPP, involving a total of 56 lessons provided during the entire period of basic school attendance.

The specific components were determined by applying the **terminology of the descriptors used to describe the learning outcomes** (for details see Miovský et al., 2012a and 2015c) and defined concretely by means of knowledge, skills, and competences (Kolář, 2011; Q-RAM Project Working Group, 2011). Knowledge refers to a structured aggregation of relevant findings and experience related to a certain area. It includes the information a child possesses at a certain level of their development and in a certain school grade. Children acquire it by learning and then apply it in practice in the form of competences. These are articulated using verbs such as “know”, “show”, “identify”, “understand”, “comprehend”, “have a good command of”, “master”, and “distinguish”. Skills refer to the ability to apply

skutečnosti, že v našem prostředí takto rozsáhlý, specificky zacílený a konkrétně definovaný dokument zatím nevznikl, vycházeli jsme při obsahové analýze ze zahraničních primárněpreventivních programů integrovaných do školního kurikula (Ballard, 2002; Botvin & Griffin, 2003; Cuijpers, 2002; Tobler et al., 2000). *Tabulka 2* schematicky vyjadřuje základní logiku členění. Využili jsme již provedenou kategorizaci oblastí rizikového chování (Miovský et al., 2010; Miovský et al., 2015a) do 9 základních oblastí a v jejich rámci jsme cílovou skupinu (žáky ZŠ) rozdělili do 4 hlavních vývojových úseků. Tím vzniklo 36 dílčích jednotek (viz *tabulka 2*) do kterých je tato poslední (třetí) část MPP rozdělena pro celkový rozsah 56 hodin napříč ZŠ.

Vymezení specifických komponent jsme provedli pomocí **terminologie deskriptorů užívaných pro popis výstupů z učení**, tzv. learning outcomes (podrobněji viz Miovský et al., 2012a, 2015c), jejichž prostřednictvím konkrétně definujeme pomocí jednotlivých znalostí, dovedností a kompetencí (Kolář, 2011; Pracovní skupina projektu Q-RAM, 2011). Znalosti představují strukturovaný souhrn souvisejících poznatků a zkušeností z určité oblasti. Jsou to informace a vědomosti, kterými dítě disponuje na určitém stupni vývoje a ročníku školy. Děti je získávají studiem a následně uplatňují v praxi formou kompetencí. Jsou formulovány pomocí sloves – zná, prokazuje, identifikuje, rozumí, chápe, ví, ovládá a rozlišuje. Dovednosti znamenají schopnost aplikace odborných znalostí. Lze je chápat jako souhrn postupů, metod, způsobů chování a jednání, se kterými je schopno dítě podle své úrovně v přiměřeném rozsahu pracovat. Formulují se pomocí vhodných sloves – umí, uplatňuje, organizuje, realizuje, používá. Kompetence následně vyjadřují schopnost uplatňovat nabyté vědomosti, znalosti a dovednosti v konkrétních podmínkách. Smyslem je vybavit žáky souborem klíčových kompetencí na úrovni, která je pro ně dosažitelná, a připravit je tak na další vzdělávání a uplatnění ve společnosti. Kompetence jsou formulovány pomocí sloves – je způsobilý, je schopen, dokáže, zvládne, uplatňuje, spolupracuje, posuzuje.

Třetím principem uplatňovaným při formulaci specifických komponent v oblasti školské primární prevence rizikového chování byl **model spirály (resp. princip spirály)**. Aplikace modelu v praxi znamená, že jednotlivé znalosti, dovednosti a kompetence v příslušných oblastech a ročnících školy na sebe vzájemně navazují a **každá vyšší úroveň vychází a staví na předchozích stupních a tvoří ucelený systém v celkovém spektru výše zmíněných forem rizikového chování**. Příklady dobré praxe (podrobněji viz Miovský et al., 2015c) nabízejí množství ukázek programů a intervencí z této úrovně. Ukazují současně též zásadní aspekt a tím je nejen samotná specifická dílčích příkladů ve vztahu k dané formě/typu rizikového chování, ale také to, že jeden program/intervence může

Table 2 / Tabulka 2

Proportional distribution of topics pertaining to nine risk behaviour domains according to four age categories during the entire period of basic school attendance (Miovský et al., 2012a and 2012b)

Proporční rozvržení témat jednotlivých devíti oblastí rizikového chování dle zvolených 4 věkových kategorií napříč základní školou (Miovský et al., 2012a, 2012b)

Year	I	III	V	VII,	Number of lessons/total
Prevention	II	IV	VI	VIII, IX	
Truancy	1	0	1	0	2
Bullying/aggression	1	3	3	4	11
Risky sports/road use	1	2	3	2	8
Racism/xenophobia	0	1	1	1	3
Religious sects	0	1	1	1	3
High-risk sexual behaviour	0	1	2	4	7
Addiction	2	2	4	2	10
Abuse	1	1	1	1	4
Eating disorders	0	2	4	2	8
Total number of lessons	6	13	20	17	56 lessons

technical knowledge. They may be viewed as a body of procedures, methods, behaviours, and actions which a child may put to use according to their level of development. They are articulated using suitable verbs such as “can”, “apply”, “organise”, “carry out”, and “use”. Finally, competences refer to the ability to apply the knowledge and skills to specific conditions. The purpose is to provide students with a set of key competences at a level which they can reach and thus prepare them for further education and their meaningful engagement in society. The competences are articulated using verbs such as “are able”, “can”, “are adept at” “manage”, “apply”, “collaborate”, and “consider”.

The third principle used in formulating specific components of the school-based primary prevention of risk behaviour was the **spiral model (or spiral principle)**. In practical terms, the application of this model means that the knowledge, skills, and competences in relation to the individual areas of interest and grades build upon each other and constitute an integrated system within the overall range of the above-specified forms of risk behaviour. There are a number of programmes and interventions pertaining to this level that rank among the examples of good practice (for details see Miovský et al., 2015c). In addition to their specific nature in terms of the individual forms/types of risk behaviour, these examples highlight the essential aspect of a single programme/intervention being able to respond (target) multiple forms/types of such behaviour.

● 5 QUALITY AND EFFECTIVENESS OF THE PREVENTION OF RISK BEHAVIOUR

Referring to some of the influential documents issued by the WHO, Kalina (2000 and 2001), who has played a major role in shaping the ways in which the quality and effective-

reagovat (být zaměřen) na více než jednu nebo dvě formy/typy rizikového chování.

● 5 KVALITA A EFEKTIVITA PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Kamil Kalina, který zásadně ovlivnil formování přístupu ke kvalitě a efektivitě a vývoj celého systému hodnocení kvality v adiktologii si velmi trefně s odkazem na některé klíčové práce vydané WHO všímá (Kalina, 2000, 2001), že kvalitu lze odvozovat různě. Tedy, že hovoříme o různých pojetích kvality a zasahujeme tím velmi široké spektrum konceptů. Ani v prevenci rizikového chování nemůžeme kvalitu redukovat např. pouze na samotné (a) programy/metody/intervence. Je nutné si uvědomit, že do uvažované množiny konceptů spadají také samotní (b) poskytovatelé (organizace/právní subjekty) (včetně provozních předpisů, bezpečnosti, informování atd.) a jejich (c) pracovníci, tedy kvalita odvozená od kvalifikace a odborné způsobilosti člověka, který danou intervenci doručuje cílové skupině. Nad to pak do kvality vstupují také (d) procedury/způsob, jakým je daná metoda/program/intervence aplikována, tj. prakticky realizována a tento procedurální aspekt je tak dalším zásadním kritériem. V neposlední řadě pak máme též (e) etické standardy/pravidla/normy. Současný systém prevence rizikového chování tak, jak byl po dobu posledních 15 let v České republice vyvíjen, není zatím schopen do hloubky postihnout všechny uvedené aspekty. Snahou bylo postupně vytvářet předpoklady a řešit dílčí oblasti v pořadí významnosti/naléhavosti za daných podmínek limitujících ekonomicky, technicky, personálně a kapacitně naši práci. Následující přehled obsažený v této 5. části článku je tak reflexí toho, co se za těchto 15 let podařilo otevřít a do nějaké míry v české republice konkrétně řešit.

ness of addiction services is approached and in developing the entire system of the evaluation of the quality of such services, makes a good point with his proposition that quality can be conceived of in various manners: i.e. there are different notions of quality which reach into a wide range of concepts. In the prevention of risk behaviour, too, quality cannot be reduced to (a) the programmes/methods/interventions in themselves. It needs to be recognised that the relevant set of concepts encompasses (b) providers (organisations/legal entities) (including operating regulations, safety, and information) and their (c) staff, i.e. quality derived from the qualifications and expertise of a person who delivers the intervention to a target group. In addition, quality is also determined by (d) the procedures/ways in which the method/programme/intervention is applied, i.e. put into practice, and this procedural aspect is thus another crucial criterion. Last but not least, there are also (e) ethical standards/rules/norms. At the moment, the current Czech system of the prevention of risk behaviour, which has developed over the past 15 years, cannot address all the above aspects thoroughly. The initial efforts were aimed at establishing foundations and dealing with particular areas prioritised according to the level of their importance/urgency under the given conditions, which often limited our work in terms of funding, technical resources, human resources, and capacity. The subsections below provide an overview of what has been achieved in this field within the past 15 years: what issues have been raised and to what extent they have been specifically dealt with in the Czech Republic.

● 5 / 1 Quality Determined by Programmes and Providers

The certification of the professional competency (for details see Pavlas Martanová, 2012; Pavlas Martanová et al., 2012; Miovský et al., 2015a, 2015b, and 2015d) of the providers of school-based prevention programmes involves the assessment and formal recognition of a programme as complying with the defined quality criteria. It refers to a process used to assess a programme/service against the criteria set out in **standards** that have been approved **for this purpose** (Pavlas Martanová et al., 2012) and grant or refuse to grant a quality certificate (Pavlas Martanová, 2012) depending on the degree to which such criteria have been met. It is one of the examples of normative evaluation in practice. This certification is respected by certain Czech authorities (mainly the Ministry of Education) as proof of the quality of the programme and has an influence on the channelling of public subsidies. The certification process is also relevant to schools in their role of programme contractors. Certification helps schools to recognise the professional credibility of a programme and make informed decisions about what **programme, or provider**, to procure for their students.

● 5 / 1 Kvalita odvozená od programů a poskytovatelů

Certifikace odborné způsobilosti (podrobněji viz Pavlas Martanová, 2012; Pavlas Martanová et al., 2012; Miovský et al., 2015a, 2015b, 2015d) poskytovatelů programů školské prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá definovaným kritériím kvality. Jde o proces posouzení programu/služby podle kritérií stanovených schválenými **Standardy** (Pavlas Martanová et al., 2012) a udělení či neudělení certifikátu kvality (Pavlas Martanová, 2012) o míře jejich naplnění. Je to jeden z příkladů praktické realizace normativní evaluace. Udělená certifikace je respektována některými úřady v ČR (především MŠMT) jako garance kvality programu a ovlivňuje směřování státních finančních dotací. Pro samotné školy je proces certifikace důležitý z hlediska jejich role jako zadavatelů/objednavatelů programů. Díky udělené certifikaci má škola možnost poznat odborný kredit daného programu a lépe se rozhodnout, jaký **program, resp. kterého poskytovatele** pro své žáky objednat.

Proces **udělování certifikací** (Pavlas Martanová, 2012) má předepsaný procedurální postup (definovaný podrobněji tzv. Certifikačním řádem a Metodikou místního šetření⁹), kdy se žadatel obrací na certifikační agenturu (servisní organizace, která je v současnosti jmenována MŠMT) se svou žádostí o provedení místního šetření. Certifikační tým, který je z certifikační agentury vyslán do zařízení na místní šetření, je tříčlenný a je složen z odborníků v oblasti rizikového chování, kteří úspěšně absolvovali kurz vzdělávání certifikátorů a jsou průběžně dále vzděláváni a supervidováni. Certifikátoři mají mnohaleté zkušenosti v primární prevenci a dobře znají školské prostředí. Členové certifikačního týmu jsou vybíráni agenturou z rejstříku certifikátorů s ohledem na nepředpojatost a zabránění možného střetu zájmů. Jejich práce spočívá v tom, že na základě studia dokumentace a návštěvy programu posoudí, zda program odpovídá nárokům Standardů. Následně své závěry v podobě Protokolu z místního šetření a Závěrečné zprávy předají Výboru pro udělování certifikací, zřízeném při MŠMT. Výsledek rozhodnutí o certifikaci udělí Národní ústav vzdělávání (dále též NÚV) nejpozději do 15 dnů po obdržení návrhu od Výboru a vydá oznámení o výsledku certifikace. Oznámení o výsledku certifikace má v případě úspěšného výsledku certifikace podobu certifikátu. Oznámení o výsledku certifikace je signováno MŠMT nejdéle do 15 dnů po obdržení oznámení o výsledku certifikace z NÚV.¹⁰ Obecnou platnost certifikátu stanovuje MŠMT

9/ Oba tyto dokumenty byly aktualizovány a doplněny: jak Certifikační řád, tak Metodika místního šetření byly schváleny poradou vedení MŠMT, č. j.: MSMT-8691/2013-2/NÚV; dostupné dokumenty na <http://www.nuv.cz/cinnosti/ppp/pracoviste-pro-certifikace/certifikace-co-k-ni-potrebuji>

10/ Certifikační řád (2013). Čl. 5, odst. 3 a 4, str. 15. Praha: Národní ústav vzdělávání.

The **certification** process (Pavlas Martanová, 2012) must follow the prescribed procedures (defined in detail in the Certification Rules and the On-site Inspection Guidelines). At first, an applicant contacts a certification agency (a service organisation which is currently appointed by the Ministry of Education) and files an application for an on-site inspection to be conducted. A certification team, commissioned by the certification agency to perform an on-site inspection in a facility, consists of three experts in risk behaviour who have passed a training course for certifiers and receive further ongoing training and are supervised. The certifiers possess many years of experience in prevention and are well acquainted with the school environment. The members of the certification team are recruited by the agency from a pool of certifiers in such a way as to prevent any partiality or conflict of interest. Their task is to study the relevant records, visit the programme, and decide whether the programme meets the requirements specified in the Standards. Their conclusions are then summarised in an on-site inspection report and a final report, which are passed on to the Certification Committee affiliated with the Ministry of Education. The final Certificate of Professional Competency is issued by the Minister of Education on the basis of an opinion of the Certification Committee. Equally, the Minister of Education has the power to revoke such certification in the event that material violations of the requirements for the quality of services of the programme as stipulated in the Standards are ascertained. The general validity of the certificate is determined by the Ministry of Education (formerly three years, now four years, and a prolongation to five years is being considered). Where reasonable, certification may be granted for one year (to allow the organisation to remedy some minor shortcomings – “conditional certification”). The main purposes of certification are to ensure the economical use of public resources, assure and enhance the quality of prevention programmes, improve the effectiveness of the network of their providers, and incorporate the school-based prevention programmes into the broader system of preventive efforts (for details see Pavlas Martanová, 2012; Miovský, 2015d).

● 5 / 2 Quality Determined by Staff

In terms of staffing, the school-based prevention of risk behaviour is specific in that its delivery involves practitioners from various fields and from varied professional backgrounds, ranging from education, special education, psychology, and social work to general practitioners, psychiatrists, and mental health and public health professionals. The diversity of these professions and aspects such as the length of work experience and its variability, personal dispositions, and motivation inspired the idea of creating a system to assess professional qualifications/expertise, particularly in relation to the domain of risk behaviour. The

(v minulosti byla tři a poté čtyři roky) a úpravou Certifikačního řádu v roce 2013 (viz poznámka č. 10) došlo k ukotvení platnosti na 5 let. V odůvodněných případech je certifikace udělována na jeden rok (při odstraňování drobných nedostatků, tzv. podmíněčná certifikace). Základními cíli certifikací je hospodárné financování služeb z veřejných prostředků, zajištění a zvyšování kvality programů primární prevence, zefektivnění sítě poskytovatelů programů a začlenění programů školské primární prevence do širšího systému preventivního působení (podrobněji viz Pavlas Martanová, 2012; Miovský, 2015d).

● 5 / 2 Kvalita odvozená od pracovníků

Školská prevence rizikového chování je z personálního hlediska specifická tím, že se na její realizaci podílejí profesionálové z velmi různorodých oborů s různým původním vzděláním od pedagogiky, speciální pedagogiky přes psychologii, sociální práci až po praktické lékaře, psychiatry a pracovníky v oblasti duševního a veřejného zdraví. Pestrost těchto profesí a aspekty, jako je délka praxe a její variabilita, osobnostní dispozice, motivace atd. postupně vedly ke zformování záměru vytvořit systém posuzování kvalifikační připravenosti/profesionální erudice specificky ve vztahu k oblasti rizikového chování. V tuzemském legislativním rámci jsme nedokázali najít způsob, jak tento úkol řešit, a nenašli jsme ani precedentní model užitý v jiné, srovnatelné oblasti. Proto jsme nakonec formulovali vlastní původní návrh modelu (Charvát et al., 2012a, 2012b), jehož prostřednictvím je možné posuzovat kvalifikaci. Tento model v současnosti prochází pilotním ověřením na přibližně 100 profesionálech ve 4 krajích ČR (komponenta projektu VYNOSPI-2 citovaného v úvodu tohoto textu).

Návrh původního modelu kvalifikací v prevenci rizikového chování reaguje na potřebu většího počtu proškolených preventivních pracovníků a možnosti jejich profesionálního růstu (podrobněji viz Charvát et al., 2012a, 2012b; Miovský et al., 2015d). Kromě důrazu na koordinační činnosti jde i o posílení dovedností potřebných pro přímou práci s cílovými skupinami a překonání rezortního pohledu na tyto kvalifikace. Cílem práce bylo předložit se současnou praxí slučitelný model kvalifikačních stupňů a návazného systému vzdělávání pro pracovníky v prevenci rizikového chování ve školství, který respektuje současný stav i názory odborníků a inovuje současné schéma dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků (viz také Miovský et al., 2015a, 2015b, 2015d). Sekundárním cílem pak je prostřednictvím návrhu facilitovat další diskusi o budoucím vývoji a směřování systému vzdělávání preventivních pracovníků v ČR. Model vznikl na základě obsahové analýzy dokumentů věnujících se vzdělávání v primární prevenci (zákonů, vyhlášek, sylabů vzdělávacích programů a metodik jejich tvorby atp.) a dále na základě čtyř ohniskových a pracovních skupin s předními odborníky v oblasti prevence rizikového cho-

national legislative framework could not provide a suitable platform for such a project. Neither did we find a comparable model from a different area that could be used as a precedent. Therefore, we finally proposed a model of our own (Charvát et al., 2012a, 2012b) that could be used to assess qualifications. This model is currently being pilot-tested on approximately 100 professionals in four regions of the Czech Republic (a component of the VYNSPI-2 project mentioned above).

A proposal for an original model of qualifications in the prevention of risk behaviour responds to the need for a higher number of trained prevention practitioners and the opportunities for their professional growth (for details see Charvát et al., 2012a and 2012b; Miovský et al., 2015d). In addition to highlighting the coordination activities, attention is also paid to reinforcing the skills necessary for frontline work with the target groups and overcoming the stereotypical department-specific perceptions of these qualifications. The objective of these efforts was to present a model of qualifications and the related system of training for practitioners of the school-based prevention of risk behaviour which is compatible with the current practice and respects the current situation and expert opinions while also innovating the existing scheme for the further training of education professionals (see also Miovský et al., 2015a, 2015b, and 2015d). The secondary objective is to use the proposal to facilitate further discussion about the future development and direction of the system of training for prevention practitioners in the Czech Republic. The model was created on the basis of analysing the content of the documents dedicated to prevention training (laws, decrees, and training programme syllabi and guidelines for their development) and on the basis of four focus and working groups consisting of the foremost experts on the prevention of risk behaviour in the Czech Republic. The proposal concerns four qualification levels, arranged hierarchically according to their degree of complexity, which correspond with the typical positions of a prevention practitioner in the school system. They are the first – “prevention basics”, the second – “intermediate”, the third – “advanced”, and the fourth – “expert” levels. Each higher level automatically includes the requirements and application opportunities of the lower levels. Each level is defined by the requirements for the target knowledge, skills, and competences the applicant must meet. The draft system outlines the conditions for obtaining a certain level of qualification and how it will be tested. There is the option of recognising the qualification for a provisional period if the applicant has received qualification in other prior courses or through prior experience.

vání v ČR. Navrženy jsou čtyři kvalifikační stupně hierarchicky uspořádané dle náročnosti, které odpovídají v praxi typickým pozicím preventivního pracovníka ve školském systému. Jedná se o první základní úroveň tzv. „preventivní minimum“, druhou „středně pokročilou“, třetí „pokročilou“ a čtvrtou tzv. „expertní“ úroveň. Každá vyšší úroveň automaticky zahrnuje požadavky i možnosti uplatnění úrovní nižších. Každá z úrovní je definována požadavky na cílové znalosti, dovednosti a způsobilosti, které musí uchazeč splňovat. Návrh vymezuje, za jakých podmínek lze získat kvalifikaci určité úrovně, a jak bude ověřována. Ponechána je možnost uznání kvalifikace v přechodném období v případech, že ji uchazeč získal v předchozích letech v jiných kurzech či praxích.

● 5 / 3 Efektivita programů prevence a její ověřování

Ačkoliv Česká republika nemá ve výzkumu školské prevence a preventivních intervencí příliš dlouhou a hlubokou tradici a institucionální rámec je v tomto směru relativně omezený (podrobněji viz Miovský, 2014), podařilo se v posledních 15 letech dosáhnout významného pozitivního posunu a snažili jsme se v této oblasti též o alespoň základní metodickou podporu (viz např. Miovský et al., 2004; případně také Miovský et al., 2010, 2015a, 2015d). Přestože celý tento segment procházel postupnou restrukturalizací, citlivými změnami, potýkal se s dlouhodobým podfinancováním i politickými problémy, bylo realizováno několik zajímavých výzkumných projektů s hodnotnými výsledky. Setkat se je možné jak s testováním různých adaptací zahraničních programů, tak s vývojem a testováním původních intervencí. Bohužel je limitujícím faktorem někdy ne zcela dostatečná dokumentace k testovaným preventivním intervencím, zneumožňující hlubší evaluaci přípravy a procesu. Současně panuje relativně nízká publikační kultura a dostupnost dokumentace obecně, tj. včetně adekvátní publikace výsledů testování efektivity. V dříve publikovaném přehledu realizovaných tuzemských studií (Miovský et al., 2011) se autoři zaměřili na průzkum domácí literatury (časopisy, sborníky, výzkumné reporty atd.) a provedli šetření, jaké studie byly za posledních 20 let v České republice publikovány a které splňují alespoň základní kritéria¹¹ provádění evaluačních studií preventivních intervencí z hlediska evaluace dopadů/efektivity. Původní výše citované review z roku 2011 identifikovalo celkem 5 studií. K nim se přidala nová RCT studie (Unplugged-2) splňující požadavky CONSORT, zahájená v roce 2014, nicméně prozatím bez publikačních výstupů (v době uzávěrky textu byla studie ve fázi implemen-

11/ Kritéria posuzování těchto studií jsme upravili obecně v duchu doporučení metodickou publikací EMCDDA (2012) a neuplatňovali jsme přísnější normy, např. v duchu systému CONSORT statementguidelines (Schulz, Altman & Moher, 2010), neboť tato kritéria by byla naplněna pouze v případě 2 z identifikovaných publikovaných studií.

● 5 / 3 Effectiveness of Prevention Programmes and Its Evaluation

While the Czech Republic lacks a long-term and strong tradition of research into school-based prevention and related interventions and its institutional framework is rather limited in this respect (for details see Miovský, 2014), the last 15 years have seen major positive developments facilitated by at least elementary methodological support from prevention experts (see, for example, Miovský et al., 2004, and also Miovský et al., 2010, 2015a, and 2015d). In spite of the gradual restructuring and noticeable changes, but also the long-term underfunding and policy problems this segment experienced, several noteworthy research projects with valuable results were carried out. Various adaptations of foreign programmes are being tested, while new and original interventions are also being developed and tested. Unfortunately, a common limiting factor that precludes the thorough evaluation of the preparation and process of the preventive interventions is their improper documentation. In addition, the publication standards and the availability of documents in general are rather poor, i.e. including the lack of the appropriate publication of the outcomes of the testing of effectiveness. The authors of a review of national studies (Miovský et al., 2011) searched the Czech literature (journals, anthologies, research reports, etc.) in order to ascertain what studies have been published in the Czech Republic within the past 20 years and which of them meet at least the basic criteria⁹ for the implementation of studies to evaluate preventive interventions in terms of their impact/effectiveness. A total of five studies were identified as part of this 2011 review. A new RCT (Unplugged-2), complying with the requirements of the CONSORT guidelines, was commenced in 2014 and has produced no publications yet (at the time of writing, the trial was at the stage of the implementation of the experimental intervention, with the first results not due to be available before the end of 2015). As of today, thus, a total of five studies pertaining to five different preventive interventions have been published. The first project was "Smoking and Me" (Hrubá & Kachlík, 2000). Another project was the outcome evaluation of the "Community-based Programme in the Prague 6 District" (Miovský et al., 2006, 2007). The third intervention under evaluation was implemented as part of the "Skills for Adolescence" project (Jacobson et al., 2004), followed by the "Drugs-Reason-Impact" study (Kachlík & Matějová, 2004, 2006). The last of the studies, Unplugged-1, already carried out according to the CONSORT statement, tested the Unplugged intervention as adapted to the Czech population. It

tace experimentální intervence a první výsledky budou k dispozici až na konci roku 2015). Řádně publikováno tedy k dnešnímu dni bylo celkem 5 studií 5 různých preventivních intervencí. Prvním projektem je Kouření a já (Hrubá & Kachlík, 2000). Dalším projektem je evaluace výsledků Komunitního programu na Praze 6 (Miovský et al., 2006, 2007). Třetí testovaná intervence byla provedena v rámci projektu Přípravení na život (Jacobsonová et al., 2004) následovaná studií Drogy-Důvod-Dopad (Kachlík & Matějová, 2004, 2006). Poslední studie (Unplugged-1) provedená již dle standardu CONSORT testovala intervenci Unplugged adaptovanou na českou populaci a dosáhla prozatím zřejmě nejvýraznějších výsledků z hlediska inovace a vědeckého přínosu (Gabrhelík et al., 2012; Miovský et al., 2015e). V publikovaném review (Miovský et al., 2011) jsou všechny uvedené studie podrobněji představeny včetně metodiky, jakou byly provedeny a k jakým výsledkům dospěly. Soubor těchto studií tvoří jakýsi pomyslný základ dobré praxe v této oblasti výzkumu v ČR a může být nejen inspirací pro další podobné studie, ale především pomoci více systematizovat budoucí aktivity na tomto poli a posloužit jako základní teoretická i praktická báze. Přesto v každodenní praxi převládá nadále podpora programů, které žádným testováním neprošly a na politické úrovni jsou jak v ČR, tak v zahraničí často prosazovány programy odporující výsledkům vědeckého výzkumu a dobré praxe a je nadále žádoucí tomuto tématu věnovat velkou pozornost jak směrem k širší odborné veřejnosti, tak směrem k politikům a veřejnosti obecně (Miovský, 2013).

● 5 ZÁVĚR

Zkušenost České republiky s 15letým vývojem systému školské prevence rizikového chování je samozřejmě velmi limitovanou zkušeností týmu, který začínal ve velmi skromných podmínkách a za ne příliš velké politické ani ekonomické podpory. Je zkušeností generující zřejmě více otázek, než odpovědí. Je v některých momentech též zkušeností s omyly a ne vždy dobrým odhadem kontextu a implementačních komplikací a konsekvencí (viz též Miovský & Gabrhelík, 2015). Je však zároveň pokladnicí pro další rozvoj tuzemské praxe školské prevence i vědy a výzkumu. Může být též zajímavou inspirací a paralelou procesu vývoje školské prevence v mnoha dalších zemích. Samotný jádrový koncept minimálního kurikula prevence pro děti základních škol (Minimální preventivní program) není ničím objevným ani překvapivým. Cílem naší práce bylo **nabídnout podněty k diskusi o možnostech a podobách školské prevence, nikoli vytvořit její uniformní model.**

9/ In general, the criteria for the evaluation of these studies were adapted to conform with the relevant EMCDDA guidelines (2012). We did not apply rigorous norms, such as those prescribed by the CONSORT statement guidelines (Schulz, Altman, & Moher, 2010), as such criteria would have been met by only two of the studies that were identified.

has thus far yielded the most significant results in terms of innovation and its contribution to research (Gabrhelík et al., 2012; Miovský et al., 2015e). The review (Miovský et al., 2011) provided a detailed description of all the studies, including the methodology used and the conclusions drawn. The set of these studies constitutes a presumable “good practice” base for this sphere of research in the Czech Republic which may, first and foremost, help in the better systematisation of future activities in this field and serve as both a theoretical and practical foundation, as well as inspiring other similar studies. Nevertheless, as indicated by everyday practice, support continues to be provided to programmes which have not been subjected to any testing. Both in the Czech Republic and abroad, there is often political pressure to promote programmes which are inconsistent with scientific evidence and good practices. Therefore, sustained efforts must be made to bring this topic to the attention of the professional community, as well as politicians and the general public (Miovský, 2013).

● 6 CONCLUSION

As a result of the very modest conditions and scant political and financial support under which the first team of prevention devotees began to pursue their activities, the Czech experience of the 15 years of the development of the system of school-based prevention of risk behaviour inevitably has its limitations. It is experience that may have generated more questions than answers, and, in certain respects, experience of trials and errors and instances of misjudgement of the context and the difficulties and consequences involved in its implementation (see also Miovský & Gabrhelík, 2015). On the other hand, such experience is a valuable source that can be utilised in the further development of local school-based prevention practice and research. It may also serve as a great inspiration for, and a parallel to, the processes of the development of school-based prevention in many other countries. The core concept of the basic prevention curriculum for children of primary and middle school age (Basic Preventive Programme) is no groundbreaking or surprising innovation. Our ambition was to **provoke discussion about school-based prevention options rather than impose a uniform model.**

Special acknowledgements

I would like to use this opportunity to express my gratitude to my closest colleagues, Roman Gabrhelík, Lenka Šťastná, and Lenka Skácelová, and other team members from our department who have dedicated a significant part of their professional careers to the topic of school-based prevention and put much effort and patience into this project. My thanks also go to dozens of our colleagues from our partner organisations across the Czech Republic who became involved in various projects within the past 15 years. They made valu-

Zoláštní poděkování: *Rád bych zde poděkoval svým nejbližším spolupracovníkům Romanu Gabrhelíkovi, Lence Šťastné, Lence Skácelové a dalším kolegům z týmu naší kliniky, kteří spojili významnou část své profesní kariéry s tématem školské prevence a trpělivě se podíleli na celé této práci. Stejně tak patří můj dík kolegům z Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR a všem těm desítkám kolegů z našich partnerských pracovišť po celé České republice, zapojených do různých projektů v průběhu posledních 15 let. Díky jim se nám podařilo vytvořit v článku popsané společné dílo, kterého si osobně velmi cením a je pro mě zdrojem inspirace i motivace k pokračování. Poděkování patří několika zahraničním kolegům, majícím trpělivost k našim opakovaným debatám a úvahám o školské prevenci, kteří svými radami a názory opakovaně přispěli k současné podobě celého systému a při opakovaných návštěvách naší země poskytovali také kolegiální a morální podporu naší práci. Jmenovitě jde o kolegy Gregora Burkhearta, Peera VanDer Kreefta a Jeffa Lee. Současně můj dík patří i vedení vývojové a výzkumné skupiny EUDAP Fabriziu Faggianovi a Rosarii Galanti, kteří nás přizvali ke spolupráci znamenající pro náš tým příležitost se mnoho věcí naučit a zapojit se do velmi zajímavé a vitální skupiny kolegů z různých evropských zemí.*

Abbreviations used:

Zkratky užití v textu:

NUV	Národní ústav vzdělávání
MPP	Minimální preventivní program
PP	Preventivní program
RCT	Randomised Control Trial
RVP	Rámcový vzdělávací program
ZŠ	Základní škola

able contributions to our joint achievement described in this paper, which I personally regard highly and find a source of inspiration and motivation for further work. I would also like to acknowledge the input of our foreign colleagues, Gregor Burkhart, Peer van der Kreeft, and Jeff Lee, who kindly and patiently engaged in our debates and reflections on school-based prevention and provided their advice and opinions, which continued to contribute to the final format of the entire system. In addition, their visits to our country and their companionship meant much-appreciated moral support for us. My gratitude also goes to the lead members of the EUDAP research and development group, Fabrizio Faggiano and Rosaria Galanti, who invited us to join the collaboration, which provided our team with the opportunity to learn much and become involved with a very inspiring and dynamic group of colleagues from various European countries.

REFERENCES / LITERATURA

- Backer T. E. (2001). Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention: a state of the art review. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Ballard, R. (2002). School-based drug abuse prevention. A literature review. Vienna: UNCDP.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. In Z. Sloboda & W. J. Bukoski (Eds.), Handbook of Drug Abuse Prevention (45-74). New York: Kluwer/Plenum Press.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. The Journal of Primary Prevention, 25(2), 211-232.
- Bühler, A., Schröder, E., & Silbereisen, R. K. (2008). The role of life skills promotion in substance abuse prevention: A mediation analysis. Health Education Research, 23(4), 621-632.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programmes. A systematic review. Addictive Behaviors, 27, 1009-1023.
- EMCDDA (2004). EU Drugs Strategy. Brussels: Council of the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2008). EU Drugs action plan for 2009-2012. Official Journal of the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2010). Manuals: Prevention and evaluation resources kit (PERK). Step 2a: Models and theories. Retrieved on 11 May 2010 from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>.
- EMCDDA (2012). Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators. (Second edition). Lisbon: EMCDDA. doi: 10.2810/51268.
- European Commission. (1996). Teaching and learning: Towards the learning society. White Paper on Education and Training. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Holland, W. W., Detels, R., & Knox, G. (eds.) (1991). Oxford Textbook of Public Health, 2nd edition, Volumes 1, 2, 3. UK: Oxford University Press.
- Hrubá, D. & Kachlík, P. (2000). Program „Kouření a já, ovlivňuje žáky základních škol již po tři roky [The “Smoking and Me” Programme Has Influenced Basic School Pupils for Three Years]. Hygiena 1, 3-9.
- Gallí, M., Aertsen, P., Daatland, C., DeSwert, J., Fenk, R., & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci [Making Schools a Healthier Place]. Praha: Úřad vlády ČR.
- Gabrhelík, R., Duncan, A., Miovský, M., Furr-Holden, C. D. M., Šťastná, L., & Jurystová, L. (2012). ‘Unplugged’: A School-Based Randomized Control Trial to Prevent and Reduce Adolescent Substance Use in the Czech Republic. Drug and Alcohol Dependence, in press.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 153, 226-234.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). Psychiatrie [Psychiatry]. Praha: Tigris.
- Charvát, M., Jurystová, L., & Miovský, M. (2012a). Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství [Four-level Model of Qualifications for Practitioners in the School-based Primary Prevention of Risk Behaviour]. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Charvát, M., Jurystová, L., & Miovský, M. (2012b). Four-level model of qualifications for practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system [Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství]. Adiktologie, 12(3), 190-211.
- Jacobsová, P., Kraus, B., Vacek, P., Stará, J., Čápková, E., & Eisen, M. (2004). Evaluace pilotní fáze školního preventivního programu Přípravení pro život [Evaluation of the Pilot Phase of the “Skills for Adolescence” School-based Prevention Programme]. Adiktologie 3, 256-267.
- Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. M. (1991). Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development. New York: Academic Press.
- Kachlík, P. & Matějová, H. (2004). Pilotní projekt DDD (Drogy-Důvod-Dopad) zaměřený na primární prevenci závislostí na druhé stupni ZŠ [“Drug-Reason-Impact” Pilot Project Focused on the Primary Pre-

vention of Dependencies at the Senior Level of Basic Schools]. *Adiktologie* 2, 137-145.

● Kachlík, P. & Matějová, H. (2006). Pilotní školní intervenční projekt DDD (Drogy-Důvod-Dopad): analýza výsledků a zhodnocení efektivity [“Drugs-Reason-Impact” Intervention Pilot Project: Outcome Analysis and Evaluation of Effectiveness]. *Alkoholismus a drogové závislosti* 3, 129-144.

● Kalina, K. (2000). Kvalita a efektivita v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory [Quality and Effectiveness in the Prevention and Treatment of Drug Addiction. A Handbook for Providers, Managers, and Administrators]. Praha: Inverze/Sananim.

● Kalina, K. (2001). Jaká péče je kvalitní? Udržování a hodnocení kvality ve službách a programech pro drogově závislé [What care is of high quality? Quality assurance and evaluation in services and programmes for drug addicts]. *Adiktologie*, 1 (1), 53-67.

● Kolář, P. (2011). Národní kvalifikační rámec vzdělávání (Q-RAM) [National Qualification Training Framework]. Unpublished presentation. Downloaded on 4 June 2012 from <http://www.radavs.cz/prilohy/15p8Q-RAM-Kolar.ppt>

● Manee, F. M., Khouiee, S. A., & Zaree, H. (2011). The effect of three life skills instruction on the general health of college freshmen. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(85), 127-137.

● Miovský, M. (2013). An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system. *Adicciones* 25(3), 203-207.

● Miovský, M. (2014). Konceptce vědy a výzkumu v oboru adiktologie pro období 2014-2020 [The 2014-2020 Addiction Science and Research Strategy]. Working version of Document No. 5 discussed by the committees of the Society for Addictive Diseases of the J.E. Purkyně Czech Medical Association and the Czech Association of Addictologists. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. (document available from www.adiktologie.cz, section Addictology Field).

● Miovský, M. & Kreeft, P. (2002). Souhrnná zpráva Analýzy potřeb v oblasti primární prevence užívání návykových látek. [Drug Use Prevention Needs Analysis: summary report]. Primary Prevention Task Force, Component 3: “Drug Policy” Phare Twinning Project. Final Report No. III/1, Appendix No. III/1/1. Praha: Úřad vlády ČR.

● Miovský, M., Kubů, P., & Miovská, L. (2004). Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek ČR: základní východiska a aplikační možnosti [Evaluation of Addictive Substance Use Primary Prevention Programmes in the Czech Republic: General Background and Application Possibilities]. *Adiktologie*, No. 3, 288-305.

● Miovský, M., Miovská, L., Trapková, B., & Řehan, V. (2006). Užívání alkoholu u dětí 5. a 7. tříd základních škol: výsledky kvaziexperimentální evaluační studie [Substance Use in Fifth- and Seventh-grade Basic School Pupils: Results of Quasi-experimental Evaluation Study]. *Adiktologie* 6 (2), 162-173.

● Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V., & Trapková, B. (2007). Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study. *Československá psychologie* 51 Supplementum 51, 109-118.

● Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (Eds.) (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství [Primary Prevention of Risk Behaviour within the School System]. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK, Sdružení SCAN a Togga.

● Miovský, M., Štastná, L., Gabrhelík, R., & Jurystová, L. (2011). Evaluace primárně preventivních intervencí v ČR: Realizované výzkumné studie [Evaluation of the Drug Prevention Interventions in the Czech Republic]. *Adiktologie* (11) 4, 236-247.

● Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., & Zapletalová, J. (2012a). Doporučená struktura a rozsah Minimálního preventivního programu školské prevence rizikového chování [Recommended Structure and Scope of the Basic Preventive Programme of the School-based Prevention of Risk Behaviour]. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

● Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., & Zapletalová, J. (2012b). School-based prevention of risk behaviour: proposed structure, scope, and content of the Basic Preventive Programme [Návrh struktury, rozsahu a obsahu Minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy]. *Adiktologie*, (12)3, 212-231.

● Miovský, M. & Gabrhelík, R. (2015). Základní struktura a rámec implementačního plánu systému školské prevence rizikového chování v České republice [Structure of an Implementation Plan for the National System of School-based Prevention of Risk Behaviour in the Czech Republic for 2015-2025: Harmonisation of the Approaches Adopted by the Ministries of Health and Education]. *Adiktologie* (15)1, 88-105.

● Miovský, M. & Zapletalová, J. (2006). Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace [Primary Prevention of Risk Behaviour at the Crossroads: specialisation versus integration]. The anthology of abstracts and the agenda of the 3rd National Conference “Primary Prevention of Risk Behaviour – Specialisation versus Integration”, Prague, 27-28 November 2006. Tišnov: Sdružení SCAN.

● Miovský, M. et al. (2015a). Prevence rizikového chování ve školství [School-based Prevention of Risk Behaviour]. Praha: Nakladatelství lidové noviny/Univerzita Karlova v Praze. In press.

● Miovský, M. et al. (2015b). Výkladový slovník základních pojmů prevence rizikového chování [Prevention of Risk Behaviour: an explanatory dictionary of basic terms]. Praha: Nakladatelství lidové noviny/Univerzita Karlova v Praze. In press.

● Miovský, M. et al. (2015c). Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi [Programmes and Interventions of the School-based Prevention of Risk Behaviour in Practice]. Praha: Nakladatelství lidové noviny/Univerzita Karlova v Praze. In press.

● Miovský, M. et al. (2015d). Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících [Quality and Effectiveness of the Prevention of Children's and Adolescents' Risk Behaviour]. Praha: Nakladatelství lidové noviny/Univerzita Karlova v Praze. In press.

● Miovský, M., Voňková, H., Gabrhelík, R., & Štastná, L. (2015e). Universality Properties of School-Based Preventive Intervention Targeted at Cannabis Use. *Prevention Science* 16: 189-199.

● Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (Eds.) (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington, DC: National Academy Press.

● MŠMT (1998). Konceptce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998-2000 [Prevention of Substance Abuse and Other Social Pathologies 1998-2000: a policy document]. Praha: MŠMT.

● MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek [Standards of Professional Qualifications of the Providers of Programmes of Primary Prevention in the Use of Addictive Substances]. Praha: MŠMT.

● MŠMT (2009). Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009-2012 [Strategy for the Prevention of Risk Behaviour among Children and Young People in the Jurisdiction of the Ministry of Education in the Period 2009-2012].

● MV ČR (2007). Strategie prevence kriminality na léta 2008 až 2011 [Crime Prevention Strategy 2008-2011]. Praha: MV ČR.

● MZ ČR (1999). Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel [Health 21 – A Long-Term Programme for Improving the Health of the Population].

● Nešpor, K. (2003). Metodika prevence ve školním prostředí [School-based Prevention Methodology]. Praha: Fontis pro MŠMT.

● Nešpor, K. & Scheansová, A. (2009). Dovednosti pro život v prevenci a léčbě návykových nemocí [Life Skills in the Prevention and Treatment of Addictive Diseases]. Downloaded on 22 February 2012 from <http://www.cepros.cz/odborna-verejnost/zahranicni-a-domaci-praxe/dovednosti-pro-zivot-v-prevenci-a-lecbe-navykovych-nemoci.html>

- NIDA. (2003). Preventing drug use among children: A research-based guide for parents, educators, and community leaders. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.
- Pharaoh, H., Frantz, J., & Smith, M. (2011). Life skills as predictors of engagement in health risk behaviours: A survey of secondary school learners. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, 17(3 Suppl.), S70-S81.
- Pavlas Martanová, V. (2012). Development of the Standards and the Certification Process in Primary Prevention – an evaluation study [Vývoj Standardů a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie]. *Adiktologie*, (12)3, 174-188.
- Pavlas Martanová, V. (ed.) (2012). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování [Standards of Professional Competency of Providers of the Programmes of the School-based Primary Prevention of Risk Behaviour]. *Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze*. Project CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF ECOP.
- Pokyny pro zpracování deskriptorů oblastí vzdělávání [Guidelines for the Definition of Education-specific Descriptors]. (2011). Q-RAM project working group. Unpublished handbook.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [Framework Educational Programme for Basic Education]. (2007). Praha: VÚP. Downloaded on 15 August 2011 from http://old.vuppraha.cz/soubory/RVPZV_2007-07.pdf
- Radimecký, J. (2003). Rhetoric versus Practice in the European Union and the Czech Drug Policies. Dissertation. London: Imperial College.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D., for the CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Br Med J* 340: c332. doi:10.1136/bmj.c332.
- Taromian, F. (1999). Life skills; definitions and theoretical basics. *Journal Zharfaye Tarbiat*, 4, 32-35.
- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P. et al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- Trauer, T., Duckmanton, R. A., & Chiu, E. (1997). The assessment of clinically significant change using Life skills profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 257-263.
- WHO (1994a). Life skills education in schools. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (1994b). Podpora zdraví dětí a mládeže v Evropě. Příručka pro učitele a další pracovníky s dětmi a mládeží [Promoting the Health of Children and Adolescents in Europe. A Handbook for Education Professionals and Other Youth Workers]. Praha: Národní centrum podpory zdraví.
- WHO, Regional Office for the Western Pacific (2003). Value adolescents, invest in future: Educational package. Facilitator's manual. Manila, Philippines.

SUICIDIALITA U PSYCHICKÝCH PORUCH

KNIHY



Látalová Klára, Kamarádová Dana, Praško Ján

Publikace je určena lékařům-psychiatrům, psychologům, studentům lékařských fakult i pracovníkům v pomáhajících profesích. Vyčerpávajícím způsobem analyzuje suicidalitu u různých typů psychických poruch, například u schizofrenie, bipolární afektivní poruchy, deprese, poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, spánku či poruch způsobených užíváním návykových látek. Nabízí vodítka, jak zabránit sebevražednému chování pomocí krizové intervence, farmakologie nebo psychoterapie.
Grada Publishing, a.s., 17×24 cm, 216 stran. Katalogové číslo: 2360. ISBN: 978-80-247-4305-9. Cena: 349 Kč.

Publikaci si můžete objednat na stránkách www.adiktologie.cz (časopis Adiktologie, online objednávka).

**Redakce časopisu Adiktologie, Klinika adiktologie, 1. LF UK v Praze,
 Apolinářská 4, 128 00 Praha 2 / e-mail: journal@adiktologie.cz / www.adiktologie.cz**