

**Бранислава  
Поповић-Ћитић**

**ПРАКТИЧНИ МОДЕЛИ  
ПЛАНИРАЊА ПРЕВЕНЦИЈЕ  
ПОРЕМЕЋАЈА ПОНАШАЊА  
У ЗАЈЕДНИЦИ**

**УВОД**

Еволуција практичног превентивног деловања заснованог на концепту ризичних и протективних фактора и интензивни развој теоријских модела објашњења поремећаја понашања деце и омладине, као показатељи континуираног унапређивања теоријских и емпиријских идеја, остварили су значајне практичне импликације на плану унапређења праксе превенције поремећаја понашања. Данас се, када су у питању развијене земље Запада, може говорити о ефективној пракси превенције коју, поред принципа ефективне превенције, ефективних превентивних стратегија, интервенција и програма, чине ефективни модели планирања превенције у заједници.

Први модели планирања превенције у заједници, засновани на парадигми превенције усмерене на ризичне и протективне факторе, јављају се деведесетих година двадесетог века у Америци као резултат настојања истраживача и практичара да структуру, садржај и начин примене превентивних програма ускладе са карактеристикама заједнице у којој ће програми бити реализовани. Креирани су тако да представљају концептуалне оквире за дизајнирање и развијање кохерентних, оправданих и ефективних програма превенције који одговарају реалним потребама и расположивим капацитетима заједнице. Састоје се од низа сукцесивних фаза које описују процес целокупног превентивног деловања у заједници – од процене карактеристика заједнице до евалуације превентивних програма. Имају карактер флексибилних и отворених система који се могу мењати током времена у смислу даљег развоја и прилагођавања потребама решавања различитих проблема у различитим заједницама.

У тексту који следи биће описане поставке водећих модела планирања превенције у заједници и изведени закључци о основним фазама у планира-

њу превенције. Пре тога, биће дато појмовно одређење процеса планирања и укратко описан развој идеја о планирању у области превенције.

## ПОЈМОВНО ОДРЕЂЕЊЕ ПРОЦЕСА ПЛАНИРАЊА

Термин планирање одражава процес размишљања и доношења одлука о активностима које је нужно реализовати за потребе креирања жељеног будућег стања. Реч је о поступном, систематском и континуираном процесу предвиђања будућих догађаја и коришћењу тих прогноза за доношење актуелних одлука. Процес планирања омогућава разумевање актуелне ситуације, позиције коју треба остварити у будућности, као и могућих путева за достизање жељених одређишта.

У области превентивне науке термин планирање користи се у два контекста, и то: планирање превенције и планирање превентивних програма. Инсистирање на разликовању ових термина је новијег датума и везује се за ране деведесете године прошлог века.

**Планирање превентивних програма** је ужи појам под којим се подразумева *процес дизајнирања конкретне програме*, односно процес дефинисања кључних елемената програма (структура, садржај и начин примене програма). У домаћој литератури често се за означавање овог процеса користи термин *програмирање*. Реализује се преко неколико основних корака, а то су: дескрипција окружења програма, утврђивање области деловања, дефинисање циљне популације, избор стратегија и интервенција превентивног деловања, формулисање полазних претпоставки, утврђивање циљева и задатака програма, установљавање модела програма и прављење акционог плана (опширније о корацима планирања програма: Павловић и сар., 2007).

**Планирање превенције** је шири појам, који својим садржајем обухвата и превазилази појам планирања превентивних програма. Планирање превенције подразумева *процес пројектовања целокућне превентивне деловања на одређеном подручју у одређеном временском периоду*. Реализује се преко низа фаза које се сукцесивно надовезују једна на другу и директно одређују редослед активности од полазне до крајње тачке превентивног деловања. Дескрипција кључних фаза планирања превенције, кроз одређивање циљева, значаја и начина њихове реализације, чини систем фаза планирања превенције. У том систему, планирање програма појављује се само као једна од фаза која се последично надовезује на фазе које јој претходе. Међутим, због развијених база ефективних превентив-

них програма често се, приликом планирања превенције, фаза планирања превентивних програма, у развијеним земљама запада, своди на селекцију програма и његову евентуалну модификацију (адаптацију) карактеристикама заједнице.

Јасно разграничење обима и садржаја ових појмова предуслов је организовања превентивних активности у конкретној заједници. Међутим, у нашем говорном подручју разлике међу овим језичким синтагмама још увек се неретко превиђају, што резултира њиховим неадекватним, најчешће синонимним коришћењем. Планирање превенције као шири појам се неоправдано своди на појам планирања превентивних програма, што не само да доприноси неразумевању међу стручњацима него има одраза на практична превентивна настојања у смислу неувиђања значаја и потребе планирања превенције. Додатно се ситуација усложњава услед коришћења термина програмирање превенције, који у основи није ништа друго до планирање превентивних програма.

## РАЗВОЈ ИДЕЈА О ПЛАНИРАЊУ У ОБЛАСТИ ПРЕВЕНЦИЈЕ

Уважавање процеса планирања у области превенције се, историјски посматрано, везује за прва практична настојања у креирању превентивних програма. За потребе израде ефективних програма, истраживачи и практичари настојали су да идентификују кључне кораке у планирању чије поштовање обезбеђује већу вероватноћу дизајнирања програма који ће бити успешни у одређеном социјалном контексту, код одређене циљне популације и у одређеном временском периоду. Првобитно су се као полазна основа планирања програма узимали врста и карактер проблема на који се жели деловати, те су први превентивни програми, често недовољно теоријски и емпиријски засновани, били усмеравани на конкретне појединачне бихејвиоралне проблеме.

Под утицајем емпиријских сазнања о мултиплој детерминисаности бихејвиоралних проблема и широко прихваћене парадигме превенције усмерене на ризичне и протективне факторе, долази до промена ставова о полазним претпоставкама планирања програма (опширније о развоју превентивних идеја: Поповић-Ћитић, 2007). Лонгитудиналним студијама идентификовани ризични и протективни фактори постају полазиште у поступку планирања програма превенције. Програми почињу да се дизајнирају тако што се програмске интервенције доводе у везу са факторима на које програм делује, а не са самим проблемом. Саставни елемент пре-

вентивних програма постаје дескрипција ризичних и протективних фактора који стоје у вези са конкретним проблемом и на чије су редуковање или јачање усмерене програмске интервенције. Истовремено се утврђују претпоставке ефективног планирања програма у виду одређивања сукцесивних корака у дефинисању структуре, садржаја и начина примене програма. У овом периоду појам планирања доводи се у везу искључиво са процесом дизајнирања превентивних програма.

Током деведесетих година, креирање превентивних програма на поставкама концепта ризичних и протективних фактора (више о концепту: Поповић-Ћитић, 2005б), доживљава пуну експанзију. Континуирано се врше евалуације процеса и ефеката програма, издвајају успешни програми, дефинишу критеријуми за процену ефективности превентивних програма и креирају прве базе ефективних превентивних програма. Евалуирани и потврђено успешни превентивни програми (програми са јасно одређеном структуром, садржајем и начином примене, укључујући и дескрипцију ризичних и протективних фактора на које делују програмске интервенције), уз пратећу обуку, техничку подршку и материјал потребан за примену програма, постају доступни потенцијалним реализаторима (лидерима заједница или институција) (више о програмима: Поповић-Ћитић, Жунић-Павловић, 2005а:89–124). Све већи број заједница, подстакнут научним чињеницама да „превенција делује”, одлучује се да иницира и примени превентивне програме. Међутим, ту настају први проблеми.

Заједнице руковођене својим потребама, процењеним искључиво кроз идентификацију проблема на који је потребно приоритетно деловати, сусрећу се са потешкоћом да од низа успешних превентивних програма изабери „прави” програм – програм чије интервенције делују на ризичне и протективне факторе који постоје баш у њиховој заједници. У одсуству података о најпревалентнијим ризичним и протективним факторима, заједнице су се у избору фактора водиле претпоставкама и принципом „најбољег погодка”, на основу којих је даље вршена селекција „омиљених” програма из базе доступних програма, и то оних за које су лидери заједнице претпостављали да ће бити најефективнији. То је за последицу имало неретко изостајање очекиваних позитивних ефеката програма. Заправо, креирање база ефективних превентивних програма јесте омогућило заједницама да избегну грешке и пропусте у планирању програма, али није нудило гаранцију да ће изабрани програми остварити очекиване ефекте.

Постаје јасно да насумичан избор програма са листе ефективних програма усмерених на одређене проблеме није гаранција да ће програм у конкретној заједници остварити евалуационим студијама потврђене пози-

тивне ефекте. Као кључни разлог недовољне ефективности почиње да се истиче неусклађеност програма са реалним потребама заједнице. Врста и ниво заступљености проблема, као једини индикатори потреба заједнице, показују се недовољним за избор програма. Уочава се да су потребе заједнице дводимензионални конструкт који обухвата како карактеристике проблема тако и карактеристике ризичних и протективних фактора који су присутни у заједници. Питање претходне процене врсте и нивоа заступљености ризичних и протективних фактора у конкретној заједници добија на свом значају. Креирају се први инструменти за процену ризичних и протективних фактора који омогућавају објективну процену потреба за превенцијом. Резултати процене потреба заједнице постају критеријум избора превентивних програма.

Унапређивањем инструмената за процену потреба знатно се умањују дилеме и грешке заједница у селекцији „правих” програма, али очекивани ефекти програма у појединим заједницама и даље изостају. Запажа се да исти превентивни програми често постижу потпуно различите ефекте у различитим заједницама, те да поједини превентивни програми успешни у једној заједници често не остварују чак ни најмање ефекте у другој. Почиње да се трага за разлозима неконзистентне ефективности истоветних превентивних програма. Отвара се проблем спремности заједнице да иницира и подржи превентивне програме. Неусклађеност програма са нивоом спремности заједнице почиње да се сматра разлогом неефективности програма. Развијају се теоријски концепти о спремности заједнице који омогућавају како конструисање инструмената за процену димензија спремности заједнице тако и дефинисање стратегија за унапређивање нивоа спремности заједнице кроз процесе мобилизације и организовања (више: Поповић-Ћитић, Жунић-Павловић, 20056).

Уочавање чињенице да ефективност превентивног програма не зависи искључиво од карактеристика самог програма, већ и од карактеристика заједнице у којој се примењује, одразило се на поимање процеса планирања у области превенције. Постаје јасно да процес планирања превенције у заједници превазилази само планирање превентивног програма, те да планирању програма нужно претходи како процена спремности и потреба заједнице, тако и мобилизација заједнице за ангажовање на плану превенције. Уводи се појам планирања превенције под којим се подразумева процес пројектовања целокупног превентивног деловања – од процене карактеристика заједнице и њене мобилизације, преко планирања и примене програма до евалуације процеса и ефеката превентивних програма, стратегија и интервенција. Отвара се простор за конципирање научно-за-

снованих модела планирања превенције, који кроз дескрипцију кључних фаза ефективног планирања превенције, пружају базичне основе иницирања и примене превентивних програма прилагођених реалним потребама и потенцијалима конкретне заједнице.

У савременој пракси превенције издвајају се три доминантна модела планирања превенције у заједници, а то су: систем *Заједнице које брину* (*Communities that Care System*), модел *Пет корака стратешког планирања превенције* (*Five Steps of Strategic Prevention Planning*) и модел *Седм корака до успешне превентивне програме* (*Seven Steps to the Successful Prevention Program*). Ови модели имају карактер система планирања превенције и усмеравају целокупан процес планирања превентивног деловања у заједници.

Под заједницом се, у контексту модела планирања превенције, подразумева „група појединаца који деле специфични географски, демографски, културни и социјални контекст у коме реализују бројне активности од заједничког и индивидуалног интереса” (Edwards и сар., 2000:292). Тако заједница може бити посматрана кроз ниво локалне заједнице, али и кроз мање заједнице које улазе у њен састав, као што су школе, здравствене установе, суседства, установе социјалне заштите, цркве.

## **СИСТЕМ ЗАЈЕДНИЦЕ КОЈЕ БРИНУ**

Систем *Заједнице које брину* представља водећи систем планирања превенције у заједници који обезбеђује стратешку консултацију, тренинг и истраживачки заснована средства пружања помоћи заједницама да унапреде позитиван развој деце и омладине и спрече бихејвиоралне проблеме адолесцената. Заснован је на поставкама модела *Заједнице које брину* које су иницијално конципиране 1992. године од стране истраживача Групе за изучавање социјалног развоја са Вашингтонског Универзитета из Сијетла (Hawkins, Catalano, Barnard, Gottfredson, Holmes, Miller). Модел је представљао први обухватан научно заснован практични модел планирања превенције у заједници који је истицао значај мобилизације заједнице за превенцију и нудио опис основних фаза планирања превенције које претходе примени превентивних програма. Осим тога, модел је садржао класификациони оквир ризичних фактора заснован на резултатима лонгитудиналних студија и дескрипцију начина деловања протективних фактора кроз поставке *Стратешке социјалног развоја*, те се креирање овог модела веома често означава прекретницом у области практичног превен-

тивног деловања, а његови аутори с правом сматрају пионирима превентивне науке. Модел је првобитно био усмерен искључиво на превенцију злоупотребе дрога, да би неколико година касније, након прве ревизије из 1996. године, подручје његове примене проширено на друге облике анти-социјалног понашања, а то су: употреба алкохола и дрога, делинквенција, малолетничка трудноћа, напуштање школовања и насилно понашање. У овој ревизији измене су учињене у погледу проширења класификационог оквира ризичних фактора и унапређења поставки стратегије социјалног развоја, али не и на плану основних фаза у планирању превентивног деловања.

Друга ревизија Модела, из 2004. године, донела је значајне измене у домену планирања превенције у смислу реструктурирања фаза планирања превенције, уважавања значаја процене нивоа спремности заједнице за превенцију кроз инкорпорирање поставки модела *Спремности заједнице*, модификације садржаја појединих фаза и комплетне термилошке измене у називима фаза. Такође, ова верзија модела први пут је понудила базу ефективних превентивних програма са јасном дескрипцијом основних, по јединственим критеријумима идентификованих, програмских елемената (ризични и протективни фактори на које програми делују, подручја и нивои превентивног деловања, карактеристике циљне популације, теоријске основе програма, начин примене и материјал неопходан за примену програма, ефективност програма и остварена признања програма). Почетком 2005. године модел постаје део званичне платформе за планирање превенције који препоручују Министарство здравља САД (*U.S. Department of Health and Human Services*), Сервисна управа за злоупотребу супстанци и ментално здравље (*Substance Abuse and Mental Health Service Administration – SAMHSA*) и Центар за превенцију злоупотребе супстанци (*Center for Substance Abuse Prevention – CSAP*). Од тада се за означавање ове верзије Модела користи термин *Систем Заједнице које брину* како би се остварила дистинкција између првобитне верзије која је остварила значајан допринос у области теорије и праксе превенције и актуелне верзије модела која се као концептуални оквир планирања превенције са успехом користи у више од 55 земаља света (нпр. САД, Велика Британија, Холандија, Аустралија) у домену мобилизације заједнице, процене потреба за превенцијом, селекције приоритетних фактора, дефинисања нивоа превентивног деловања и избора превентивних стратегија и интервенција.

## ИСТРАЖИВАЧКА ОСНОВА, ЕЛЕМЕНТИ И КАРАКТЕРИСТИКЕ СИСТЕМА

Систем *Заједнице које брину* одликују четири темељне **карактеристике**, а то су: инклузивност, проактивност, научна заснованост и прилагођеност заједници (Hawkins, Catalano, 2005a). *Инклузивности* система огледа се у подстицању и ангажовању свих сегмената заједнице у напорима усмереним ка унапређивању позитивног развоја деце и омладине. *Проактивности* се испољава кроз деловање на предикторе проблема, а не на већ испољене проблеме. Систем омогућава идентификовање и усмеравање интервенција ка приоритетним предикторима који су специфични за конкретну заједницу, како би се унапредио позитиван развој младих особа пре него што се испоље бихејвиорални проблеми. *Научна заснованост* система огледа се у његовом утемељивању на ригорозним истраживањима из различитих научних дисциплина, као што су: здравствена хигијена, психологија, педагогија, социологија, социјални рад, криминологија, медицина и организациони развој. *Прилагођеност* заједници састоји се у пружању помоћи заједницима да користе сопствени, на валидним подацима засновани профил заједнице, да развију фокусиране и дугорочне акционе планове за изграђивање постојећих ресурса и попуњавање празнина новим ресурсима, као и да изаберу тестиране ефективне програме који одговарају њиховом профилу и који могу да испуне идентификоване празнине.

Целокупан систем *Заједнице које брину* је утемељен на чврстој **истраживачкој основи** коју чине резултати из три примарна истраживачка подручја, а то су: 1) широки приступ превенцији развијен унутар здравствене хигијене; 2) научно-засновани предиктори бихејвиоралних проблема и позитивних развојних исхода (ризични и протективни фактори) утврђени лонгитудиналним студијама и 3) превентивни програми чија је ефективност потврђена високо квалитетним (ригорозним) евалуационим студијама.

Прво подручје односи се на достигнућа здравствене хигијене унутар које је развијен потврђено успешан обухватни модел предузимања акције у заједници. Реч је о моделу *Јавно здравље (Public Health Model)* који предвиђа широки приступ превенцији у заједници и који се три деценије успешно примењује за потребе унапређења јавног здравља у земљама запада. Истраживања сведоче да је ефективност модела резултат трију околности, а то су: 1) деловање на целокупно социјално окружење – које се остварује кроз ангажовање заједнице у два правца: усвајање вредности, ставова и понашања која промовишу сигурну и здраву заједницу, са једне,



и промена услова и стања која доприносе повећању ризика за здравствене и бихејвиоралне проблеме адолесцената, са друге стране; 2) развијање широке базе подршке и тимског рада – кроз развијање уверења да се ангажовањем свих сегмената заједнице (младе особе, родитељи, школа, локална управа, органи полиције и правосуђа, здравствене и социјалне службе, спортске и културне установе, добровољне организације) обезбеђује да свако има одређени допринос и да ниједна особа, организација или институција сама за себе не треба самостално да решава проблеме; 3) постизање дугорочних резултата – путем интеграције програма у услуге и активности постојећих организација и институција које установљавају позитиван развој деце и омладине као важан део мисије заједнице и кроз повећање способности заједнице да самостално покрене успешне иницијативе. Модел описује седам корака у процесу изградње здраве заједнице, а то су: информисање, едукација, мобилизација заједнице, процена потреба, развој плана превенције, имплементација програма и евалуација исхода (Hawkins, Catalano, 2005b). Систем *Заједнице које брину* дизајниран је са циљем вођења заједнице кроз пет најкритичнијих и најизазовнијих корака у овом процесу – од мобилизације заједнице до евалуације исхода.

Друго подручје се везује за резултате обимних лонгитудиналних истраживања на основу којих су идентификовани предиктори како бихејвиоралних проблема тако позитивних исхода развоја. Систем *Заједнице које брину* обезбеђује класификациони оквир ризичних фактора за које је научним истраживањима доказано да предиктују настанак, развој и одржавање бихејвиоралних проблема, као и дескрипцију протективних фактора организованих кроз *Стратегију социјалног развоја*. Ризични фактори су стања и услови који повећавају вероватноћу да ће деца испољавати бихејвиоралне проблеме у адолесценцији или раном одраслом добу. Истраживањима је идентификовано 20 ризичних фактора који релијабилно предиктују пет бихејвиоралних проблема у адолесценцији, а то су: употреба алкохола и дрога, делинквенција, напуштање школовања, малолетничка трудноћа и насиље. Ризични фактори су утврђени прегледом низа истраживања реализованих у протекле три деценије у различитим научним дисциплинама, а која задовољавају најстрожије истраживачке критеријуме. За све издвојене ризичне факторе утврђено је, у мултиплим лонгитудиналним студијама, да су поуздани предиктори једног или више од обухваћених пет облика проблематичног понашања. Фактори су класификовани у пет животних подручја у којима њихово деловање долази до изражаја, а то су: заједница, породица, школа, вршњачке групе и индивидуа (више: Поповић-Ћитић, 2005). Са друге стране, истраживања о протективним

факторима као факторима који штите младе људе од ризика и унапређују позитиван развој организована су кроз *Стратегију социјалног развоја*. Стратегија полази са циљем развијања здравог и позитивног понашања за сву децу и омладину и обезбеђује истраживачки заснован концептуални оквир за развијање процеса који су неопходни за позитиван развој деце и омладине, чак и у присуству ризика. Да би се развило здраво позитивно понашање, младе особе морају одрастати у окружењу које конзистентно саопштава здрава уверења и јасне стандарде за понашање, подстиче и негује развој снажних веза са онима који се држе здравих уверења и јасних стандарда у породици, школи и заједници (кроз пружање могућности, развијање социјалних, когнитивних, емоционалних и бихејвиоралних вештина и признавање постигнућа) и препознаје и уважава индивидуалне карактеристике сваке младе особе (више: Поповић-Ћитић, 2004). Стратегија социјалног развоја мора бити уткана у сва подручја развоја младих особа у заједници, а то су: 1) интерперсонални односи – у којима одрасли служе као здрав модел понашања за младе и обезбеђују им могућности и признања за позитивно социјално ангажовање; 2) програми и организације које пружају услуге младима – које могу обезбедити деци и омладини могућности да ступе у интеракцију са одраслима и вршњацима који имају позитивне социјалне вредности, помоћи им да развију вештине неопходне за учествовање у пруженим могућностима и одати им признање за уложени труд и допринос; 3) сви сегменти заједнице – који могу установити здрава уверења и јасне стандарде кроз јасне и конзистентне законе, вредности, политику и праксу везану за понашање како одраслих тако младих особа. Систем *Заједнице које брину* обезбеђује заједницама практична средства која омогућавају мерење нивоа ризика и протекције у заједници, идентификовање (селекцију) приоритетних ризичних и протективних фактора на које треба усмерити превентивне програме и праћење прогреса ка жељеним променама у заступљености фактора током времена.

Треће истраживачко подручје представљају резултати евалуационих студија процеса и ефеката програма, политике и праксе превенције. На основу тих резултата формирана је база од 56 тестираних и, према резултатима доступних студија, потврђено ефективних превентивних програма (Hawkins, Catalano, 2005a). База обухвата програме који се примењују у различитим временским периодима развоја (од пренаталног периода до адолесценције – узраста од 21 године старости) и различитим животним подручјима, а то су: породица (пренатални програми и програми за период одојчета, рана едукација у детињству, тренинг родитеља, породична терапија), школа и вршњачке групе (организационе промене у школи, орга-

низација рада у учиниоци, инструкционе стратегије и руковођење радом у учионици, курикулуми за унапређење социјалне и емоционалне компетенције, стратегије организовања понашања у школи), заједница (рекреативни програми у слободном времену, тренинг вештина за запошљавање, енвайронменталне стратегије – мобилизација заједнице, правила понашања, стратегије спровођења правила) и индивидуа (програми здравог животног стила, индивидуално дизајниране интервенције, менторство). Сви програми усмерени су ка једном или више ризичних или протективних фактора и за све је високо квалитетним евалуацијама утврђено да ефективно редукују злоупотребу супстанци, делинквенцију, малолетничку трудноћу, напуштање школовања и насиље. Систем *Заједнице које брину* омогућава заједницама да идентификују ефективне програме који одговарају јединственим потребама за превенцијом у конкретној заједници, односно профилу заједнице установљеном на процени ризика, протекције и ресурса.

На основу резултата из наведених примарних истраживачких подручја креиран је систем *Заједнице које брину* који обухвата три структурна елемента, а то су: 1) фазе планирања превенције у заједници засноване на моделу *Јавној здравља*; 2) класификациони оквири ризичних и протективних фактора као истраживачки заснованих предиктора бихејвиоралних проблема и позитивних исхода развоја који су идентификовани лонгитудиналним студијама и 3) база ефективних превентивних програма утемељена на резултатима евалуационих истраживања. За потребе разумевања процеса планирања превенције у заједници биће описан само први елемент система који се односи на проблематику идентификовања фаза планирања превенције у заједници.

## ФАЗЕ ПЛАНИРАЊА ПРЕВЕНЦИЈЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

Централни део система *Заједнице које брину* односи се на дескрипцију фаза процеса планирања превенције у заједници. Има за циљ пружање помоћи заједницама да успешно реализују основне активности планирања превенције, а то су: 1) идентификовање и усмеравање на проблеме спремности и потенцијалне тешкоће у успешном превентивном деловању; 2) организовање и ангажовање свих чланова заједнице којима је у интересу здрава будућност младих особа, међу којима су изабрани представници власти, младе особе, родитељи, школа, органи полиције и правосуђа, здравствене установе, хуманитарне и добровољне организације које су у

служби деце и породица, локална предузећа и резидентно становништво; 3) усклађивање разноврсних интервенција које се примењују у заједници путем установљивања заједничке визије и колаборативног приступа планирању и имплементацији нужних измена; 4) успостављање приоритета за акцију на основу профила снага и потенцијала заједница утврђених на резултатима претходних процена; 5) усмеравање и јачање напора заједнице у потраживању финансијских средстава коришћењем профила заједнице као подсетника о специфичним потребама заједнице; 6) дефинисање јасних и мерљивих циљева који се могу пратити током времена у циљу утврђивања прогреса и обезбеђења одговорности свих учесника; 7) идентификовање празнина и недостатака (енгл. *gaps*) у ресурсима заједнице којима се актуелно делује на установљене приоритете; 8) селекција тестираних и ефективних програма којима се испуњавају идентификоване празнине и 9) евалуација прогреса ка жељеним променама.

Систем обезбеђује јединствени концептуални оквир који одређује начин на који заједнице треба да организују сопствене активности у правцу унапређења здравог развоја деце и омладине. Омогућава обједињавање и заједничко деловање широког круга субјеката, програма и иницијатива у обухватном деловању на проблеме младих особа. Уважава постојеће активности које заједница примењује и настоји да их усклади са реалним потребама утврђеним на бази резултата процене ризика, протекције и расположивих ресурса.

Систем предвиђа пет међусобно повезаних и сукцесивних фаза које воде заједнице кроз целокупан процес планирања превенције. То су: Фаза 1 – *зайочињање*, Фаза 2 – *орјанизовање, њредсѡављање, укључивање*, Фаза 3 – *развијање ѡрофила заједнице*, Фаза 4 – *креирање акционој ѡлана заједнице* и Фаза 5 – *ѡримена и евалуација акционој ѡлана заједнице* (Hawkins, Catalano, 2005a). Свака фаза описана је преко два основна елемента, а то су: специфични циљевии који се желе постићи кроз систем (енгл. *milestones*) и задаци или кораци које треба предузети како би се достигли циљевии (енгл. *benchmarks*). Утврђени циљевии и задаци имају тројаку функцију, будући да служе као: 1) средство планирања – одлучивање шта је потребно учинити у процесу планирања; 2) листа провере – осигурање да су предузети сви потребни кораци и 3) средство процене и евалуације – идентификовање промена или потреба за техничком помоћи. Циљевии и задаци могу бити прилагођавани специфичним потребама конкретне заједнице, при чему се заједницама обезбеђује тренинг, практична средства и техничка помоћ и подршка у постизању установљених циљева и задатака. За сваку фазу предвиђено је „типично” или „уобичајено” времен-

ско трајање, односно период унутар којег је могуће реализовати задатке и остварити циљеве. У зависности од конкретних потреба заједнице није искључено варирање и преклапање појединих фаза.

**Фаза 1 – Започињање.** Прва фаза обухвата два корака, а то су: 1) процена спремности заједнице за започињање процеса планирања превенције и 2) идентификовање кључних појединаца и организација које ће руководити процесом планирања. Основни циљеви ове фазе су: организовање заједнице за иницирање процеса *Заједнице које брину*, дефинисање циљева и области превентивног деловања, идентификовање нивоа спремности заједнице и анализа и усмеравање на питања спремности заједнице или развијање плана за деловање на ова питања. Постављени циљеви остварују се преко неколико специфичних задатака, а то су: дефинисање заједнице у којој се планира превенција, регрутовање лидера и других учесника који ће водити целокупан процес планирања, процена активности и иницијатива заједнице које могу бити од утицаја на спремност, идентификовање камена темељаца и камена спотицања и идентификовање заинтересованих субјеката – *стејкхолдера* (енгл. *stakeholders*) који треба да буду ангажовани као носиоци активности. Идентификовање стејкхолдера обухвата одређивање чланова *Огбора кључних лидера* (*Key Leader Board*) као утицајних лидера заједнице који би подржавали и надгледали процес планирања, затим чланова *Огбора заједнице* (*Community Board*) или *Огбора за превенцију у заједници* (*Community Prevention Board*) и *Рађних група заједнице* који би спроводили процес и извештавали одбор кључних лидера и, коначно, оних *чланова заједнице* који би узимали учешће у реализацији појединих активности (нпр. процена спремности или потреба заједнице). За реализацију ове фазе заједницама су, поред стратешке консултације, на располагању два приручника која детаљно описују кораке у спровођењу фазе започињања, а то су: *Investing in Your Community's Youth: An Introduction to the Communities That Care System* (Hawkins, Catalano, 2005b) и *Tools for Community Leaders: A Guidebook for Getting Started* (Hawkins, Catalano, 2002). Уобичајено трајање фазе је два месеца.

**Фаза 2 – Организовање, представљање, укључивање.** Друга фаза обухвата следећа два корака: 1) изграђивање коалиција појединаца и организација који учествују и 2) утврђивање постојећих иницијатива заједнице које су усмерене на питања здравља и безбедности. Циљеви фазе су: активирање и ангажовање кључних лидера (формалних и неформалних); развијање *Огбора заједнице* како би се олакшало спровођење процене, приоритизације, селекције, имплементације и евалуације тестираних и ефективних програма превенције; едукација и ангажовање заједнице у

примени процеса планирања. Специфични задаци у другој фази су: ангажовање и едукација идентификованих стејкхолдера; развијање визије заједнице и организационо структурирање за потребе остваривања визије. У овој фази заједницама су на располагању тренинзи оријентације кључних лидера и одбора заједнице, као и техничка помоћ и подршка (опис тренинга видети у: Hawkins, Catalano, 2003b; 2003f). Циљеви и задаци друге фазе уобичајено се реализују у трајању од два месеца.

**Фаза 3 – Развијање профила заједнице.** Трећа фаза се састоји из два корака, а то су: 1) прикупљање података специфичних за заједницу и 2) конструисање профила заједнице на основу прикупљених података – што омогућава заједници да анализира сопствене јединствене снаге и изазове. У овој фази *Одбор заједнице* поседује капацитет неопходан за спровођење процене заједнице и приоритизације. Циљеви треће фазе су: прикупљање информација неопходних за процену заједнице и приоритизацију; приоритизација популације или географског подручја за превентивну акцију – заснована на подацима о ризичним и протективним факторима; идентификовање приоритетних ризичних и протективних фактора; спровођење процене ресурса и анализа гепова (празнина, пропуста). Специфични задаци треће фазе су: прикупљање података о ризичним факторима, протективним факторима и проблематичном понашању; анализа података у циљу одређивања приоритетних ризичних и протективних фактора на које треба усмерити напоре и ресурсе заједнице; идентификовање и процена ресурса заједнице који се у актуелној ситуацији усмеравају на утврђене приоритетне ризичне и протективне факторе; идентификовање празнина у постојећим ресурсима које је потребно поунити било проширивањем ресурса било применом нових ефективних приступа. Заједницама се, поред техничке помоћи и подршке, обезбеђују тренинзи за процену потреба и ресурса заједнице (опис тренинга видети у: Hawkins, Catalano, 2003a; 2003e). Такође, за процену потреба заједнице обезбеђен је *Уџивник за младе – Заједнице које брину (Communities That Care Youth Survey)* који омогућава заједницама да ефикасно и једноставно утврде профил нивоа ризика, протекције и понашања деце и омладине у конкретној заједници. Предвиђено временско трајање ове фазе је четири месеца.

**Фаза 4 – Креирање акционог плана заједнице.** Четврта фаза обухвата четири корака, а то су: 1) дефинисање јасних и мерљивих жељених циљева на основу профила заједнице о ризичним и протективним факторима; 2) преглед и анализа тестираних ефективних програма који редукују приоритетне ризичне факторе и јачају приоритетне протективне факторе; 3) креирање акционог плана који омогућава спровођење но-

вих програма у пракси и 4) развијање плана евалуације за прикупљање и анализу података помоћу којих ће бити мерен прогрес ка жељеним циљевима. У овој фази *Одбор заједнице* поседује капацитет да креира фокусирани акциони план заједнице. Циљеви треће фазе су: спецификавање жељених циљева акционог плана који су засновани на резултатима процене заједнице; селекција ефективних програма који делују на приоритетне ризичне и протективне факторе и попуњавају постојеће празнине; израда плана имплементације за сваки изабрани програм; израда евалуационог плана; и израда писане форме акционог плана заједнице. Поред техничке помоћи и подршке, заједницама су на располагању тренинг о планирању у заједници (опис тренинга видети у: Hawkins, Catalano, 2003d) и приручник *Communities That Care Prevention Strategies Guide* (Hawkins, Catalano, 2005a). Време предвиђено за реализацију циљева ове фазе у просеку износи три месеца.

**Фаза 5 – Примена и евалуација акционог плана заједнице.** Пета фаза обухвата девет корака, и то: 1) формирање група задужених за спровођење програмских активности (руководиоци и координатори); 2) идентификовање појединаца и служби непосредно задужених за имплементацију изабраних приступа и активности (имплементатори или реализатори); 3) тренинг непосредних реализатора изабраних приступа и активности; 4) јачање и одржавање односа сарадње и подршке између организација и других група стејхолдера који примењују изабране приступе; 5) развијање система комуникације и информисања за потребе подстицања међусобне сарадње; 6) едукација и укључивање целокупне заједнице; 7) евалуација процеса и исхода за све учеснике; 8) евалуација исхода за циљну популацију и заједницу, и 9) подешавање (прилагођавање) програма планираним циљевима. Циљеви пете фазе су: спецификација улоге *Одбора кључних лидера*, *Одбора заједнице* и група стејхолдера у имплементацији и евалуацији плана; оспособљеност имплементатора да реализују нове програмске активности у складу са планом – поседовање неопходних вештина, искустава и потенцијала; имплементација нових програмских активности у складу са планом – поштовање интегритета програма; спровођење евалуације на нивоу програма најмање једном годишње, и спровођење процена на нивоу заједнице најмање једном у току две године. У реализацији ове фазе заједницама су, поред техничке подршке и помоћи, на располагању тренинзи о имплементацији плана заједнице (опис тренинга видети у: Hawkins, Catalano, 2003c). Минимално време које претходи започињању ове фазе је девет месеци (због могућег прекла-

пања претходних фаза), а њено трајање зависи од изабраних програмских активности и садржаја акционог плана.

На крају се може констатовати да се значај система *Заједнице које брину*, као обухватног модела планирања превентивне акције у заједници базираног на истраживањима и континуираном унапређивању, огледа у неколико аспеката. Прво, кроз систематски приступ изградње заједнице (путем ангажовања свих њених делова и идентификовања недостатака и празнина у њеним ресурсима и активностима) пружа се помоћ заједницама да ефикасно и ефективно користе и усмере финансијске, техничке и људске ресурсе ка сопственим потребама за превенцијом. Друго, идентификовањем потреба заједнице кроз процену предиктора како бихејвиоралних проблема тако позитивних развојних исхода (ризичних и протективних фактора за које је лонгитудиналним истраживањима у бројним подручјима утврђено да предиктују исходе развоја) омогућава се да ангажовање заједнице буде усмерено не само на спречавање бихејвиоралних проблема, него и на унапређивање позитивног развоја деце и омладине. Треће, фокусирањем на обе групе предиктора (ризични и протективни фактори) пружа се помоћ заједницама да прикупе валидне податке који су неопходни за креирање профила заједнице на темељу идентификованих предиктора. Четврто, на основу профила заједнице израженог кроз ниво ризика и протекције олакшава се заједницама да изврше приоритизацију предиктора. Пето, повезивањем ефеката превентивних програма са предикторима јединственог класификационог оквира омогућава се селекција програма за које је потврђено да делују на приоритетне предикторе. И шесто, обезбеђивањем техничке подршке заједницама у примени и евалуацији изабраних превентивних програма повећава се ниво одговорности заједнице у процесу превентивног деловања.

## **МОДЕЛ ПЕТ КОРАКА СТРАТЕШКОГ ПЛАНИРАЊА ПРЕВЕНЦИЈЕ**

Модел *Пет корака стратешког планирања превенције* је конципиран 2004. године од стране Министарства здравља САД, Сервисне управе за злоупотребу супстанци и ментално здравље и Центра за превенцију злоупотребе супстанци. Представља логички концептуални оквир практичног процеса планирања превенције који указује на поступак изградње инфраструктуре неопходне за ефективну и одрживу превенцију. Разликује пет корака у процесу планирања који су међусобно повезани, надовезују се



један на други и указују на фазе у поступку планирања превенције. Инсистира на методолошком континуираном процесу планирања – од процене потреба и ресурса до изградње капацитета, од селекције једног програма или обухватног приступа који укључује мултипле секторе заједнице у различитим доменима до имплементације; од финалне евалуације до поновне процене потреба и ресурса. Залаже се за коалициони приступ превенцији који подразумева формално или неформално обједињено ангажовање свих субјеката заједнице (социјалне, политичке, здравствене, образовне, верске, правосудне и друге релевантне организације, укључујући и стејхолдере заједнице – представници омладине, родитеља, школа, медија, полиције и органа правосуђа, различитих струковних удружења, грађанских и волонтерских група, организација намењених младима и експерата владиних агенција) у постизању заједнички постављених и прихваћених циљева везаних за превенцију антисоцијалног понашања у конкретној заједници или на одређеном географском подручју.

Првобитна верзија модела, на којој се почело радити 1999. године, дијајнирана је 2002. године и описана први пут у приручнику *Остваривање резултата: Водич о ефикасној превенцији за практичаре (Achieving Outcomes: A Practitioner's Guide to Effective Prevention)* (CSAP, 2002). Годину дана касније незнатно допуњена верзија изложена је у публикацији под називом *Пути ефикасних програма и позитивних исхода (Pathways to Effective Programs and Positive Outcome)* (CSAP, 2003). Измене модела из 2004. године састоје се искључиво у преименовању предвиђених корака планирања превенције, док се активности које се примењују суштински не разликују. Од тада модел носи назив *Пет корака стипајешкој планирања превенције*. Исте године је на бази овог модела изграђена национална превентивна платформа САД у којој централно место заузима раније описани модел *Заједнице које брину*.

Практични процес планирања превенције према моделу *Пет корака стипајешкој планирања превенције* састоји из пет корака, а то су: Корак 1 – процена, Корак 2 – квалитет, Корак 3 – планирање, Корак 4 – имплементација и Корак 5 – евалуација. Раније су ове фазе имале следеће називе: 1) одређивање потреба и ресурса; 2) изграђивање капацитета; 3) селекција – адаптација – иновација програма; 4) имплементација и процена програма; и 5) комплетирање евалуације. Свака фаза (корак) обухвата кључне циљеве и очекиване резултате (продукте) који су од суштинског значаја за валидацију процеса планирања (опширније: CSAP, 2003; 2002).

**Корак 1 – Процена.** Процена је прва фаза која се састоји у организовању заједнице сходно профилима потреба, нивоу спремности и расположивим ресурсима. Обухвата спровођење процене заједнице кроз три вида процене, и то: процена потреба, процена спремности и процена ресурса. Поступак процене се спроводи назначеним редоследом, почев од идентификовања потреба заједнице, преко утврђивање нивоа спремности заједнице да одговори на установљене потребе и анализе ресурса који су доступни или неопходни за превенцију. Циљеви ове фазе су: окупљање тима за прикупљање података и дефинисање проблема; идентификовање и дефинисање циљне популације; идентификовање ризичних и протективних фактора који стоје у основи проблема; развијање могуће теорије промене; идентификовање постојећих превентивних ресурса који су циљно усмерени како на проблем тако на ризичне и протективне факторе и извођење анализе недостатака (гепова) у ресурсима сходно установљеним потребама. Ови циљеви се остварују кроз неколико задатака, а то су: формирање радне групе за реализацију епидемиолошког истраживања; успостављање сарадње са кључним стејхолдерима који могу олакшати процес прикупљања неопходних података; прикупљање епидемиолошких података; анализа епидемиолошких података; сачињавање извештаја о проблему; идентификовање потенцијалне циљне популације или географског подручја; процена спремности, екстерних фактора и потенцијалних баријера за успех; процена организационих, техничких и материјалних капацитета; процена културне компетенције и, коначно, анализа недостатака у ресурсима. Окончањем процене свака заједница располаже са четири групе података, а то су: извештај радне групе о резултатима епидемиолошког истраживања; јасан, концизан и на подацима заснован извештај о проблему; база података за континуирану процену и попис расположивих ресурса заједнице уз анализу недостатака.

**Корак 2 – Капацитет.** Капацитет, као друга фаза планирања превенције, обухвата мобилизацију и изграђивање капацитета заједнице како би се одговорило на идентификоване потребе. Подразумева мобилизацију људских, организационих и финансијских ресурса за потребе унапређења спремности заједнице и надомешћивања постојећих недостатака у ресурсима. Кључни циљеви ове фазе су: разматрање организационих ресурса – унутрашњи (интерни) капацитет; изграђивање колаборације кроз тимски рад и умрежавање; и разматрање ресурса и спремности заједнице – спољашњи (екстерни) капацитет. Циљеви се остварују кроз неколико задатака, а то су: успостављање и одржавање партнерства у заједници за потребе обједињавања ресурса; упознавање са тренингом и едукација усмерена на

унапређење спремности, културне компетенције, руковођења и капацитета за евалуацију; као и одржавање састанака и радних дискусионих група са кључним стејкхолдерима, коалицијама и службама. Након реализације ове фазе заједнице располажу извештајем о интерним и екстерним капацитетима, поседују попис (каталог) кључних стејкхолдера и лидера, као и формално успостављене партнерске односе.

**Корак 3 – Планирање.** Планирање је трећа фаза која се састоји у дизајнирању обухватног стратешког плана са јасно дефинисаним циљевима, задацима и изабраним стратегијама, интервенцијама и активностима које могу одговорити на потребе заједнице. Основни циљеви које треба остварити током планирања су: детерминисање домена у коме постоји концентрација приоритетних ризичних и протективних фактора; испитивање различитих опција интервенција и програма; уважавање културне релевантности; истраживање баланса између фиделитета (исправности) и адаптације програма; селекција „најпогоднијих” програма или интервенција; иновација програма. У овој фази реализују се следећи задаци: планирање састанака и сесија посвећених развијању стратешког плана; постављање циљева и задатака; развијање прелиминарног логичког модела програма; израда скице стратешког плана; селекција програма, стратегија и интервенција; развијање прелиминарне верзије акционог плана и креирање плана евалуације. По завршетку фазе планирања заједнице располажу обухватним стратешким планом, логичким моделом, прелиминарним акционим планом и планом евалуације.

**Корак 4 – Имплементација.** Имплементација, као четврта фаза, подразумева реализацију превентивних програма, стратегија и интервенција. Има четири основна циља, и то: развијање логичког модела за целокупан програм и његове компоненте; развијање акционог плана; документовање, анализа и унапређивање квалитета; и поновна анализа проблема фиделитета и адаптације уколико је то неопходно. Постављени циљеви остварују се путем неколико задатака, а то су: примена стратешког плана; израда коначног акционог плана; обезбеђивање материјала релевантног за примену програма, стратегија и интервенција; обављање консултација и успостављање сарадње са евалуационим тимом; израда коначног евалуационог плана; примена евалуационог плана и прикупљање података о процесу (току) примене програма. Продукти ове фазе су: акциони план, идентификоване ефективне програмске стратегије и интервенције и план евалуације.

**Корак 5 – Евалуација.** Евалуација као завршна фаза обухвата мониторинг, процену ефеката, одржавање и модификацију програма. Пред-

ставља основу за будуће планирање програма, будући да указује како на достигнућа програма тако и на елементе које је потребно модификовати у смислу унапређења или замене. Фаза евалуације, којом се испитује дејство програма и утврђује његова ефективност, има следеће циљеве: извештавање о посредним и непосредним ефектима (исходима) програма; дескрипција тока примене програма и утврђивање интегритета програма (усклађености са акционим планом); процењивање дугорочних ефеката и општег дејства програма; утврђивање ефикасности програма (однос трошкова и добити); саопштавање резултата кључним стејхолдерима зарад обезбеђења подршке за одржавање програма; и поновно мерење ефеката програма, уколико за то постоје могућности (након годину или годину и по дана од окончања програма). Задаци који се реализују у фази евалуације су: консултације и сарадња са тимом за евалуацију; евалуација процеса; прикупљање података неопходних за евалуацију; анализа ефективности програмских стратегија и интервенција; и креирање препорука за унапређивање квалитета програма. По окончању евалуације заједнице поседују извештај о евалуацији и препоруке за унапређење.

Зарад успешне реализације свих фаза процеса планирања превенције заједницама су на располагању техничка помоћ и подршка, одговарајући тренинзи и едукације, као и штампани материјали (приручници, упутства, брошуре).

## **МОДЕЛ СЕДАМ КОРАКА ДО УСПЕШНОГ ПРЕВЕНТИВНОГ ПРОГРАМА**

Модел *Седам корака до успешне превентивне програме* развијен је 2001. године од стране Центра за примену превентивних технологија (*Center for the Application of Prevention Technologies*) као практичан модел планирања превенције. Разликује седам кључних корака у планирању превенције који се сукцесивно надовезују један на други. То су: Корак 1 – *спремност заједнице и мобилизација*, Корак 2 – *процена заједнице (процена потреба)*, Корак 3 – *приоритизација*, Корак 4 – *процена ресурса*, Корак 5 – *усмеравање (фокусирање)*, Корак 6 – *најбоља пракса* и Корак 7 – *евалуација*. За разлику од претходног модела овде нису дати циљеви и задаци сваког корака, већ само кратка дескрипција активности које се реализују.

**Корак 1 – Спремност заједнице и мобилизација.** Прва фаза планирања превенције обухвата процену спремности заједнице и мобилизацију

заједнице. Има за циљ обезбеђење подршке и посвећености свих чланова заједнице како би се прибавили ресурси неопходни за примену превентивних програма. Спремност заједнице је обим у коме је заједница адекватно припремљена за превенцију, док мобилизација обухвата процес ангажовања свих сектора заједнице у обухватним превентивним настојањима. Спремност се објективно процењује на основу деветостепене скале димензија спремности заједнице и систематски ојачава кроз стратегије унапређења спремности, док се мобилизација заједнице остварује путем формирања коалиција.

**Корак 2 – Процена заједнице (процена потреба).** Процена заједнице или процена потреба, као друга фаза, представља систематски процес испитивања актуелних карактеристика проблема и идентификовање нивоа ризика и протекције у заједници. Значај процене заједнице огледа се у неколико околности, а то су: креирање објективног профила заједнице, одређивање географских или демографских подручја која су у највећем ризику, осигуравање да време и новац буду уложени тамо где ће бити од највећег значаја, указивање лидерима заједнице на потребу финансирања превентивних програма и омогућавање идентификовања стратегија које треба применити у заједници.

**Корак 3 – Приоритизација.** Приоритизација је трећа фаза која се односи на превођење прикупљених података у приоритете. Подразумева селекцију приоритетних ризичних и протективних фактора на које треба деловати у конкретној заједници. Приоритизацијом се добијају одговори на следећа питања: који ризични фактори су најприсутнији, који протективни фактори недостају, у ком развојном периоду су деца највише изложена ризицима и да ли постоји тенденција груписања и удруженог деловања ризичних фактора.

**Корак 4 – Процена ресурса.** Процена ресурса представља систематски процес испитивања постојећих ресурса заједнице који могу допринети редуковању ризичних и јачању протективних фактора. Реализација ове фазе омогућава: идентификовање недостатака у ресурсима, избегавање дуплирања активности, развијање сарадње у циљу проширивања ресурса, модификовање постојећих и креирање нових програма који одговарају потребама средине, односно приоритетним ризичним и протективним факторима.

**Корак 5 – Усмеравање (фокусирање).** Усмеравање или фокусирање је пети корак који подразумева избор нивоа превентивног деловања – универзални, селективни или индиковани ниво. Селекција нивоа се врши сходно актуелним потребама и расположивим ресурсима заједнице.

**Корак 6 – Најбоља пракса.** Најбоља пракса, као шести корак, обухвата избор и примену програма, стратегија и интервенција који су се, на основу одрживих резултата евалуационих истраживања, показали потврђено ефективним. Заједницама су на располагању различите базе програма (нпр. база програма система *Заједнице које брину* или база ефективних програма *Канцеларије за малолетничко правосуђе и превенцију делинквенције*).

**Корак 7 – Евалуација.** Евалуација је последњи корак који обухвата евалуацију процеса и ефеката примењених програма, стратегија и интервенција.

На основу дескрипције фаза модела *Седм корака до усјешној превентивној пројекта* запажа се да овај модел у суштини предвиђа мање-више идентичне активности кроз које се одвија процес планирања као и модел *Пет корака степенској планирања превенције*, али се редослед којим се предузимају ове активности разликује. Процена као први корак у моделу *Пет корака степенској планирања превенције* обједињује прва четири корака модела *Седм корака до усјешној превентивној пројекта*, при чему се ови кораци другачијим редоследом примењују – процена потреба и приоритизација (корак 2 и корак 3), процена спремности (корак 1) и процена ресурса (корак 4). Капацитет, као други корак модела *Пет корака степенској планирања превенције*, одговара мобилизацији заједнице (корак 1) и процени ресурса (корак 4) модела *Седм корака до усјешној превентивној пројекта*. Планирање, као трећи корак обједињује усмеравање (корак 5) и најбољу праксу – избор програма (корак 6), док имплементација покрива како најбољу праксу – примену програма (корак 6) тако евалуацију процеса (корак 7). Евалуација, као пети корак модела *Пет корака степенској планирања превенције* одговара седмом кораку модела *Седм корака до усјешној превентивној пројекта*.

## ЗАКЉУЧАК

На основу приказаних поставки водећих практичних модела планирања превенције могуће је закључити да процес планирања превенције у заједници у основи подразумева реализацију **четири кључне фазе**, а то су: Фаза 1 – *процена заједнице*, Фаза 2 – *мобилизација и организовање заједнице*, Фаза 3 – *планирање пројекта* и Фаза 4 – *примена и евалуација пројекта*.

Процена заједнице обухватала би испитивање спремности и потреба заједнице као кључних карактеристика од којих зависи структура, садржај

и начин примене превентивних програма. Мобилизација и организовање заједнице би се састојали у процени постојећих ресурса и изграђивању коалиција како би се обезбедили финансијски, технички и организациони ресурси неопходни за иницирање и примену превентивних програма. Планирање програма односило би се на дизајнирање превентивног програма који одговара нивоу спремности, актуелним потребама и расположивим ресурсима заједнице. Четврта, и последња, фаза била би примена превентивног програма и евалуација његовог тока и ефеката. Читав процес планирања превенције има циклични карактер, што значи да се након примене и евалуације програма поново започиње са проценом заједнице као првом фазом и тиме омогућава унапређивање целокупног система ефективног превентивног деловања.

## ЛИТЕРАТУРА

- Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2002). *Achieving Outcomes: A Practitioner's Guide to Effective Prevention*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA).
- Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2003). *Pathways to effective programs and positive outcomes*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA).
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 291–307.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2002). *Tools for community leaders: A guidebook for getting started*. South Deerfield, MA: Channing Bette Company, Inc.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2003a). *Community assessment training: Trainer's guide*. Rockville, MD: DHHS, SAMHSA, CSAP.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2003b). *Community board orientation: Trainer's guide*. Rockville, MD: DHHS, SAMHSA, CSAP.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2003c). *Community plan implementation training: Trainer's guide*. Rockville, MD: DHHS, SAMHSA, CSAP.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2003d). *Community planning training: Trainer's guide*. Rockville, MD: DHHS, SAMHSA, CSAP.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2003e). *Community resources assessment training: Trainer's guide*. Rockville, MD: DHHS, SAMHSA, CSAP.

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2003f). *Key leader orientation: Trainer's guide*. Rockville, MD: DHHS, SAMHSA, CSAP.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2005a). *Communities that Care prevention strategies guide*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services (DHHS), Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), Center for Substance Abuse Prevention (CSAP).
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2005b). *Investing in your community's youth: An introduction to the Communities that Care System*. Rockville, MD: DHHS, SAMHSA, CSAP.
- Павловић, М., Жунић-Павловић, В., Поповић-Ћитић, Б. (2007). *Програми превенције ђреспуиунишиџа: Приручник за школске џимове*. Београд: Завод за унапређивање образовања и васпитања Републике Србије (у штампи).
- Поповић-Ћитић, Б. (2004). Стратегија социјалног развоја у превенцији девијантног понашања. *Испираживања у дефектолоџији*, 4, 103–116. Београд: Дефектолошки факултет, Центар за издавачку делатност.
- Поповић-Ћитић, Б. (2005а). Преступништво деце и облици превенције. *Маицијарска теза*. Београд: Дефектолошки факултет Универзитета у Београду.
- Поповић-Ћитић, Б. (2005б). Превенција фокусирана на ризичне и протективне факторе као савремени приступ превенцији преступништва младих. *Социјална мисао*, 45 (1), 27–55. Београд: ИП Социјална мисао.
- Поповић-Ћитић, Б. (2007). Процес научног заснивања превенције: од практичног модела до превентивне науке. У: Д. Радовановић (ур.), *Поремећаји џонашања и џреспуиунишиџо младих: специјално-педагошки дискурс* (стр. 233–253). Београд: Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.
- Поповић-Ћитић, Б., Жунић-Павловић, В. (2005а). *Превенција џреспуиунишиџа деце и омладине*. Београд: Министарство просвете и спорта Републике Србије, Педагошко друштво Србије.
- Поповић-Ћитић, Б., Жунић-Павловић, В. (2005б). Процена спремности заједнице за примену превентивних програма. *Наука, безбедности, џолиција*, 10 (1), 51–69. Београд: Полицијска академија.



**PRACTICAL MODELS OF PLANNING PREVENTION OF DISTURBANCE OF BEHAVIOUR WITHIN COMMUNITY**

By Branislava Popović-Ćitić

**ABSTRACT**

Scientifically based planning of the process of prevention is a basic prerequisite for the development and advancement of an effective system of prevention of disturbance of behavior in children and juveniles. To plan prevention in a community means a systematical, organized and continual process of designing of overall prevention activities in a certain field within a certain period of time. It is realized through a number of stages which successively follow each other and designate directly the order of activities from the initial to the final point of prevention activity.

Beside the conceptual designation of the process of planning and description of development of ideas on planning within the prevention field the article also mentions the basic postulates of the three leading models of planning of prevention within community, namely: Communities that Care System, Five Steps of Strategic Prevention Planning and Seven Steps to the Successful Prevention Program. Each model supplies a description of goals and tasks of each potential step of effective planning on the basis of which the conclusions on the basic stages of protection planning within community are stipulated in the finishing part of the article.

*Key words:* prevention planning, prevention within a community, disturbance of behavior.