

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	6
1. Wrocław miastem promocji zdrowia.....	14
1.1. Promocja zdrowia – definicje, podstawowe zasady i metody działań.....	15
1.1.1. Definicje i podstawowe zasady promocji zdrowia	16
1.1.2. Koncepcje i metody działań w promocji zdrowia.....	17
1.2. Profilaktyka – poziomy i sposoby interpretacji.....	18
1.3. Profilaktyka a promocja zdrowia.....	21
1.4. Polityka Urzędu Miejskiego Wrocławia na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia w środowisku wielkomiejskim.....	21
1.4.1. Wrocławski Program Szkół Promujących Zdrowie	23
1.4.2. Program „Moje osiedle – forum jakości życia” – integracja działań lokalnych społeczności na rzecz dzieci i młodzieży	25
2. Program „Trener Osiedlowy” – założenia i podstawy teoretyczne	27
2.1. Geneza programu	27
2.2. Cele, zadania i koszty programu	28
2.3. Trener osiedlowy – jego zadania i obowiązki.....	29
2.4. Teoretyczne podstawy programu „Trener Osiedlowy”	32
2.4.1. Strategie alternatyw	33
2.4.2. Strategia przemian w społeczności lokalnej (podejście „siedliskowe”).....	38
2.4.3. Strategia działań środowiskowych	40
2.4.4. Praca z mentorami.....	40
3. Metodologia badań ewaluacyjnych programu „Trener Osiedlowy”	41
3.1. Cele badań i podstawowe pytania ewaluacyjne.....	43
3.2. Główne kryteria i wskaźniki.....	44
3.3. Metody i narzędzia badawcze	48
3.4. Organizacja badań	50
3.5. Materiał.....	52
3.6. Metody opracowania materiału.....	52
4. Wyniki badań ewaluacyjnych programu „Trener Osiedlowy”	55
4.1. Analiza redukcji zachowań patologicznych w poszczególnych rejonach Wrocławia na podstawie danych za lata 2003–2011	55
4.1.1. Charakterystyka patologii nieletnich w poszczególnych osiedlach Wrocławia w latach 2003–2008.....	55
4.1.2. Charakterystyka patologii nieletnich w poszczególnych dzielnicach Wrocławia w latach 2009–2011	63
4.1.3. Odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze	64
4.2. Analiza realizacji programu na podstawie danych (2006–2014) rejestrowanych przez uczestników zajęć	65

4.2.1. Uczestnicy programu „Trener Osiedlowy”	66
4.2.2. Porównanie danych rejestrowanych przez uczestników programu w zależności od etapu badań oraz fazy sezonu prac trenera osiedlowego (początkowej i zaawansowanej).....	67
4.2.2.1. Wiek aktywnych uczestników programu	67
4.2.2.2. Systematyczność udziału w programie	69
4.2.2.3. Motywy uczestnictwa w programie	69
4.2.2.4. Źródło informacji o programie	70
4.2.2.5. Oczekiwania uczestników w odniesieniu do zajęć.....	71
4.2.2.6. Stopień zadowolenia z zajęć.....	72
4.2.3. Odpowiedzi na drugie pytanie badawcze w odniesieniu do uczestników programu	73
4.3. Analiza realizacji programu na podstawie danych (2006–2014) rejestrowanych przez trenerów i niezależnych obserwatorów	75
4.3.1. Porównanie danych rejestrowanych przez trenerów osiedlowych w zależności od etapu badań oraz fazy prac trenera osiedlowego (początkowej i zaawansowanej).....	75
4.3.1.1. Liczba aktywnych uczestników programu na początku zajęć	75
4.3.1.2. Liczba aktywnych uczestników programu na końcu zajęć.....	76
4.3.1.3. Liczba biernych uczestników programu	77
4.3.1.4. Wiek aktywnych uczestników programu.....	77
4.3.1.5. Efektywność zajęć pod względem poziomu aktywności ruchowej	78
4.3.1.6. Zachowanie warunków bezpieczeństwa w czasie zajęć	79
4.3.1.7. Warunki pogodowe podczas zajęć	80
4.3.1.8. Pomoc w organizacji zajęć ze strony lokalnej społeczności	81
4.3.1.9. Atmosfera zajęć.....	82
4.3.1.10. Ocena siebie jako organizatora zajęć	83
4.3.1.11. Rodzaj dominującej aktywności ruchowej.....	83
4.3.1.12. Liczba stałych uczestników programu	84
4.3.1.13. Stopień oczekiwania na zajęcia	84
4.3.2. Porównanie danych rejestrowanych przez niezależnych obserwatorów w zależności od etapu badań, części zajęć (początek, połowa, koniec) oraz fazy sezonu prac trenera osiedlowego (początkowej i zaawansowanej)	86
4.3.2.1. Liczba aktywnych uczestników programu	86
4.3.2.2. Liczba biernych uczestników programu	87
4.3.2.3. Wiek aktywnych uczestników programu.....	89
4.3.2.4. Ukierunkowanie aktywności ruchowej	91
4.3.2.5. Rodzaj dominującej aktywności ruchowej.....	92
4.3.2.6. Efektywność prowadzącego w kierunku integracji grupy	94

4.3.2.7. Sprzęt sportowy i pomocniczy używany podczas zajęć	95
4.3.2.8. Sprawność organizacyjna prowadzącego	97
4.3.2.9. Warunki pogodowe podczas zajęć	99
4.3.2.10. Warunki ludzkie	101
4.3.2.11. Atmosfera zajęć	102
4.3.3. Porównanie danych rejestrowanych przez trenerów osiedlowych i niezależnych obserwatorów w zależności od etapu badań oraz fazy sezonu prac trenera osiedlowego	103
4.3.3.1. Liczba aktywnych uczestników programu na początku zajęć	103
4.3.3.2. Liczba aktywnych uczestników programu na końcu zajęć	104
4.3.3.3. Liczba biernych uczestników programu	105
4.3.3.4. Wiek aktywnych uczestników programu	106
4.3.3.5. Warunki pogodowe podczas zajęć	107
4.3.3.6. Atmosfera zajęć	108
4.3.3.7. Rodzaj dominującej aktywności ruchowej	109
4.3.3.8. Ocena siebie jako organizatora zajęć/sprawność organizacyjna prowadzącego	110
4.3.4. Odpowiedzi na drugie pytanie badawcze w odniesieniu do trenerów i obserwatorów programu	110
4.4. Działania uzupełniające	111
4.4.1. Warsztaty dla trenerów osiedlowych	112
4.4.2. Program „Trener Osiedlowy” a opinie przedstawicieli rad osiedlowych	112
5. Sport na rzecz profilaktyki zachowań patologicznych wśród dzieci i młodzieży aglomeracji miejskich – autorska propozycja „Wieloczynnikowego modelu środowiskowego – Sport 2014”	114
6. Dyskusja	121
7. Wnioski i rekomendacje	128
7.1. Wnioski	128
7.2. Rekomendacje	129
Aneks	130
1. Arkusze wykorzystane w badaniach	130
2. Tabele	136
Bibliografia	253
Wykaz rycin i tabel	272
Summary	283

WPROWADZENIE

Współczesne pokolenia dzieci i młodzieży są w znacznym stopniu narażone na kontakty z substancjami psychoaktywnymi, co zwiększa prawdopodobieństwo zachowań ryzykownych. Za zachowania ryzykowne – określane również jako zachowania dysfunkcyjne, dysfunkcjonalne, patologiczne lub problemowe – należy uznać wszelkie działania niosące ryzyko negatywnych konsekwencji dla zdrowia fizycznego i psychicznego zarówno jednostki, jak i jej otoczenia społecznego. Do najpoważniejszych zachowań ryzykownych zalicza się obecnie:

- palenie tytoniu;
- spożywanie alkoholu;
- używanie innych środków psychoaktywnych, np. narkotyków, środków wziewnych, dopalaczy czy leków;
- wczesną aktywność seksualną;
- zachowania agresywne i przestępcze, w tym wandalizm, przemoc rówieśniczą i cyberprzemoc oraz uzależnienie od Internetu (Kazdin 1996; Barnekow i wsp. 2000; Talarczyk-Rumińska 2002; Mazur i wsp. 2003; Krajewski i wsp. 2006; Puza 2006; Zatoński i wsp. 2012; Siudem 2013; Włodarczyk 2013; Przybysz-Zaremba i Katkoniene 2014; Dankiewicz 2015; Bąk 2016; Makaruk 2017; Wójcik 2017).

Okazuje się również, że wymienione zachowania stają się udziałem nie tylko nastoletnich chłopców, których jeszcze w latach 90. XX w. uważano za grupę podwyższonego ryzyka, ale także dziewcząt z tego samego przedziału wiekowego. Różnice między obiema grupami znacznie się zmniejszyły lub uległy zatarciu (Ostaszewski i wsp. 2013; Sierosławski 2015).

Środkiem psychoaktywnym używanym przez młodzież najczęściej jest alkohol. Intensywne i częste spożywanie go, zwłaszcza w wieku dorastania, uważane jest za szczególnie szkodliwe i zwiększające ryzyko negatywnych konsekwencji dla zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego, a w szczególności dla rozwoju i funkcjonowania mózgu (Song i wsp. 2012; Sadowska-Mazuryk i wsp. 2013; Squeglia i wsp. 2014).

Wyniki najnowszych badań HBSC (ang. Health Behaviour in School-aged Children) przeprowadzonych w 2014 r. pokazują, że nastolatki sięgają po alkohol po raz pierwszy w 11.–13. roku życia i wraz z wiekiem ich liczba drastycznie rośnie. Wśród 11-latków było 25% chłopców i 14% dziewcząt, a w grupie 13-latków odsetek ten zwiększył się do 40% (Mazur 2015). Z badań wynika też, że między 17. a 18. rokiem życia już niemal wszyscy młodzi ludzie podejmują próby picia alkoholu. Wyjątek stanowi 5–8% badanych, którzy nigdy nie próbowali tego trunku (Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017). Najpopularniejszym napojem alkoholowym niezmiennie jest piwo (Resler i Cichosz 2015). Częste picie

alkoholu (zwłaszcza piwa) deklarowało około 50% 15–16-latków i ponad 80% 17–18-latków, a częste upijanie się około 12% 15–16-latków i około 20% 17–18-latków (Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017). Picie alkoholu w takim samym stopniu dotyczy młodzieży miejskiej (Śmigielska 2015; Kozłowska i wsp. 2016) i wiejskiej (Sygit 2015; Bobrowski 2006).

W Polsce od około 2007 r. obserwuje się zmniejszanie różnych wskaźników dotyczących picia alkoholu przez młodzież w wieku 15–16 lat, co być może związane jest z wielokierunkowymi działaniami profilaktycznymi prowadzonymi przez różne instytucje, placówki czy organizacje pozarządowe. Tendencja ta nie obejmuje jednak grupy młodzieży w wieku 17–18 lat (Mazur i wsp. 2007; Mazur i Małkowska-Szkućnik 2011).

Środkiem psychoaktywnym drugim pod względem powszechności spożywania przez dzieci i młodzież jest tytoń. Około 52% młodych ludzi w wieku 15–16 lat deklaruje, że wypaliło papierosa przynajmniej raz w życiu (Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017). Do pierwszych eksperymentów z paleniem tytoniu, podobnie jak z piciem napoi zawierających alkohol, najczęściej dochodzi przed 13. rokiem życia (Kowalewska 2015), a odsetek 15-latków, którzy palą papierosy codziennie, sięga około 10%. Do regularnego palenia tytoniu (co najmniej raz w tygodniu i częściej) przyznaje się około 15% badanej populacji w wieku 15 lat (Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017). Z badań HBSC i ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs) wynika, że w latach 2002–2003 rozpoczął się spadek odsetka młodzieży, zwłaszcza 15–16-letniej, która próbuje palić papierosy. W latach 2003–2007 był on największy (ok. 20%) (Mazur i wsp. 2000; Oblacińska i Woynarowska 2006), co można przypisać większej świadomości zagrożeń związanych z paleniem papierosów oraz konsekwentnej polityce państwa w ciągu ostatnich dwóch dekad (przepisy utrudniające dostęp do papierosów, ograniczające przestrzeń publiczną, w której można palić, oraz promocję i reklamę papierosów do minimum). Palenie tytoniu, podobnie jak picie alkoholu, dotyczy młodzieży z różnych środowisk – nie tylko wielkomiejskich (Opielak i wsp. 2014).

Na trzecim miejscu znajdują się przetwory konopi, czyli marihuana i haszysz. Wyniki pokazują, że około 25% młodzieży 15–16-letniej oraz około 43% młodzieży starszej, tj. w wieku 17–18 lat, próbowało przynajmniej raz w życiu tych substancji, a 10–15% używa ich nadal (Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017). W przeciwieństwie do picia alkoholu i palenia papierosów, używanie marihuany/haszyszu wykazuje tendencję wzrostową (Antkiewicz 2014; Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017). Wskaźniki używania przetworów konopi silnie wzrosły już w 2011 r., w porównaniu z latami 2003–2007, kiedy to obserwowano ich względną stabilizację lub spadek (Sierosławski 2011). W ciągu ostatnich 20 lat wskaźniki te wzrosły o 15% w odniesieniu do młodzieży młodszej (15–16-latków) i o około 16% w odniesieniu do młodzieży starszej (17–18-latków) (Sierosławski

2015; Ostaszewski 2017). Wzrost popularności narkotyków, zwłaszcza marihuany, wśród młodzieży w wieku szkolnym należy przypisać m.in. zmniejszeniu się przekonania nastolatków o ryzyku wiążącym się z paleniem marihuany. Takiego zdania było w 1995 r. aż 53% 15–16-latków, podczas gdy obecnie uważa tak jedynie 31% nastolatków. W tym czasie w ocenie młodzieży znacznie wzrosła również dostępność tego narkotyku (Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017).

Czwarte miejsce zajmują leki psychoaktywne (np. środki nasenne czy uspokajające), po które młodzież sięga relatywnie często, i to bez konsultacji z lekarzem. Dotyczy to około 20% młodzieży w wieku 15–18 lat, częściej dziewcząt niż chłopców (Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017). Rozpowszechnienie przyjmowania tego rodzaju leków nie zmieniło się istotnie w ciągu ostatnich 20 lat, a więc obserwowana tendencja ma charakter stały. Rosnącym problemem jest natomiast używanie przez młodzież w celu odurzania się leków przeciwbólowych. W 2015 r. przyznało się do tego około 7% 15–16-latków (Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017). Oprócz wszechobecnej reklamy dostępność tego rodzaju środków jest najprawdopodobniej jedną z przyczyn sięgania po nie.

Na piątym miejscu należy umieścić nowe substancje psychoaktywne, tj. dopalacze i substancje wziewne, których rozpowszechnienie jest podobne i oscyluje wokół około 10% wśród 15–17-latków. W latach 2011–2015 wskaźnik ten nie zmienił się istotnie, a nawet zmalał w grupie młodzieży starszej (17–18-latków) (Sierosławski 2015; Ostaszewski 2017).

Poważnym problemem jest także wczesna inicjacja seksualna, która u młodzieży stwarza większe niż u dorosłych ryzyko niechcianej ciąży i chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenia HIV, czego głównym powodem jest brak dostatecznej dojrzałości fizycznej i psychicznej. Ryzyko to jest tym większe, im wcześniejsza jest inicjacja seksualna, dlatego ta wczesna aktywność w tym zakresie jest negatywnym wskaźnikiem zdrowia seksualnego, a ryzykowne zachowania seksualne nastolatków są problemem zdrowia publicznego (Wojnarowska 2015b). Badania HBSC z 2014 r. wykazały, że średnia wieku inicjacji seksualnej młodzieży w Polsce to 14 lat i jest on istotnie późniejszy u dziewcząt (14,4 roku) niż u chłopców (13,6 roku) (Wojnarowska 2015b).

Ostatni rodzaj zachowań ryzykownych młodzieży tworzą przejawy agresji fizycznej, do których należy zaliczyć przede wszystkim bójki. Przeważnie dochodzi do nich z kolegą/koleżanką, inną dobrze znaną osobą, rodzeństwem, a dopiero w dalszej kolejności z osobami nieznanymi. Z wiekiem zmniejsza się odsetek tych, którzy biją się z rodzeństwem i kolegami, a zwiększa odsetek bijących się z nieznanymi. Z najnowszych danych HBSC (z 2014 r.) wynika, że co trzeci nastolatek w ostatnich 12 miesiącach uczestniczył w bójce, a co dziesiąty robił to często (więcej niż dwa razy). Ponadto chłopcy podejmują takie zachowania 3–4 razy częściej niż dziewczęta. W latach 2010–2014 odsetek biorących udział w bójkach zmniejszył się, ale dotyczyło to tylko chłopców w wieku

11 lat. U dziewcząt wskaźnik uczestnictwa w bójkach nieznacznie się zwiększył i wzrost ten dotyczył bójek mnogich (Woynarowska 2015b).

W grupie 11-latków należy wymienić oprócz bójek także przemoc, która jest kategorią wiktyimizacji doświadczaną przez dzieci i młodzież najczęściej (Włodarczyk i Makaruk 2013). Do przemocy rówieśniczej może dochodzić wszędzie: na terenie szkoły, w drodze do lub ze szkoły, poza szkołą, a także za pośrednictwem Internetu (cyberprzemoc) lub telefonu komórkowego (Komendant-Brodowska 2014). Wiele badań pokazuje, że wśród ofiar przemocy rówieśniczej dominują chłopcy, którzy jednocześnie są znacznie częściej sprawcami przemocy fizycznej (Pyżalski 2015) i dopuszczają się bardziej brutalnych czynów niż dziewczęta (Chmura-Rutkowska 2012). Z kolei dziewczęta częściej angażują się w przemoc relacyjną (Pyżalski 2014). Różne są też czynniki ryzyka, a wśród nich należy wymienić m.in.: niski status ekonomiczno-materialny rodziny, brak zainteresowania ze strony rodziców życiem szkolnym, klimat szkoły (Ostaszewski 2012; Przewłocka 2015a, b; Mazur i wsp. 2016; Makaruk 2017).

Jedną z form przemocy w szkole jest uczestnictwo w dręczeniu i bycie w tej sytuacji w roli ofiary lub sprawcy. Z tą formą przemocy rówieśniczej stykają się uczniowie na wszystkich szczeblach edukacji, bez względu na płeć (Włodarczyk 2013). Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce w 2002 r. na reprezentatywnej próbie uczniów klas V szkoły podstawowej oraz klas I i III gimnazjum wykazały, że ofiarami dręczenia co najmniej raz w ostatnich kilku miesiącach było około 30% uczniów (33% chłopców i 27% dziewcząt). Co dziesiąty badany był dręczony co najmniej 2–3 razy w miesiącu, a normą staje się to, że o wiele częściej ofiarami przemocy są uczniowie młodsi niż starsi (Mazur i wsp. 2005a, b). Odsetek uczniów będących ofiarami przemocy w Polsce należy określić jako średni, w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej, a za najbardziej rozpowszechnioną formę przemocy w szkole uznać trzeba agresję słowną, tj. np. rozpowszechnianie kłamstw o kimś, obrażanie czy wymyślanie innym, jako że nie doświadczyło jej jedynie 37% uczniów (Danielewska 2002; Woynarowska i wsp. 2005; *Przemoc...* 2006; Czapiński 2007–2010; Komendant-Brodowska i wsp. 2011). Rozpowszechnienie wśród uczniów przemocy oraz stwarzanie poczucia, że szkoła nie jest dla nich bezpiecznym miejscem potwierdzają również wyniki innych badań. Na przykład wśród gimnazjalistów z zastraszaniem i pogróżkami zetknęło się ponad 50% uczniów, ponad 60% czuło się sprowokowanych do bójki, a prawie 30% spotkało się z atakami rozboju (pobicia) w szkole (Sasz 2003). Ważne z punktu widzenia rozmiarów przemocy oraz działań profilaktycznych jest również to, że w przeciętnej, 30-osobowej klasie, jest średnio 4–5 sprawców agresji i 2–3 uczniów, którzy padają jej ofiarami (Danielewska 2004). Potwierdzają to również najnowsze wyniki badań HBSC (Małkowska-Szcutnik 2015), wskazujące jednocześnie, iż jest to istotny problem w okresie dorastania, głównie ze względu na związek uczestnictwa

w dręczeniu z częstszym odczuwaniem dolegliwości somatycznych (Due i wsp. 2005), gorszym funkcjonowaniem w szkole (Harel-Fisch i wsp. 2011) oraz używaniem substancji psychoaktywnych (Mazur i Małkowska 2003).

Cyberprzemoc i uzależnienie od Internetu to nowe problemy współczesnego świata związane z rozwojem cywilizacyjnym i postępem technicznym (Pyżalski 2012; Makaruk i Wójcik 2013; Wójcik 2017). Badania sondażowe wśród dzieci i młodzieży szkolnej wskazują, że cyberprzemoc występuje rzadziej niż przemoc tradycyjna i częściej doświadczają jej dziewczęta oraz starsze nastolatki (Kowalski i Limber 2007; Smith i wsp. 2008). Chłopcy natomiast częściej są sprawcami mobbingu elektronicznego, a ich ofiarami stają się najczęściej dziewczęta (Pyżalski 2012). Co szósty polski nastolatek (16,1%) ankietowany w 2014 r. doświadczył w swoim życiu cyberprzemocy, a częstego, czyli przynajmniej 2–3 razy w ciągu miesiąca, cyberbullyingu doświadczyło 4,3%. Ten rodzaj przemocy częściej staje się udziałem dziewcząt i jest on powszechniejszy w grupie 13- i 15-latków, w porównaniu z 11-latkami (Malinowska-Cieślak 2015).

W świetle powyższych danych za istotne należy uznać poszukiwanie skutecznych sposobów i strategii przeciwdziałania używaniu substancji psychoaktywnych oraz innych zachowań ryzykownych lub ograniczania ich rozmiarów wśród młodego pokolenia. Problematyka ta staje się coraz częściej tematem innowacyjnych projektów i programów profilaktycznych, które pozwalają na osiąganie coraz lepszych rezultatów w opisywanym zakresie (Gaś 1993, 1994, 1999, 2000, 2006; Stępień 1996; Kosek-Nita 2000; Ostaszewski i wsp. 2000; Dziewiecki 2001; Leszto 2001; Kosińska 2002; Knez i Słonina 2003; *Młodzież...* 2003; Ostaszewski 2003; Piotrowski i Zajączkowski 2003; Bocian i Matysiuk 2004; Kołodziejczyk 2004, 2007; Borucka i wsp. 2005a,b; Pisarska 2005; Poćwiardowska 2005; Karasowska 2005; Nerwińska 2016). Aby strategia lub program mogły być skuteczne, potrzebne są modele teoretyczne, łączące ze sobą czynniki ryzyka, procesy pośredniczące i czynniki ochronne. Ważne z punktu widzenia profilaktyki są także badania ewaluacyjne.

W ostatnich 30 latach przeprowadzono wiele badań ukierunkowanych na poznanie czynników zwiększających lub ograniczających ryzyko używania i nadużywania substancji psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży. Do najważniejszych opracowań koncentrujących się na tych zagadnieniach należą prace Hawkina i wsp. (1992), a także publikacje innych autorów, podsumowujące wiedzę o czynnikach zwiększających ryzyko spożywania coraz większej ilości alkoholu, prowadzącego w wielu przypadkach do alkoholizmu (Zucker i wsp. 1994, 1997; Kumfer i wsp. 1998). Do tych czynników zaliczane są:

- funkcjonowanie rodziny;
- funkcjonowanie w roli ucznia;
- wczesne występowanie zachowań problemowych;
- niekorzystne warunki ekonomiczne;

- wpływy rówieśnicze;
- indywidualne predyspozycje (Ostaszewski 2013).

Należy zauważyć, że duże znaczenie dla rozwoju wiedzy dotyczącej czynników ochronnych miały badania nad indywidualnymi różnicami w odporności na chroniczny stres wśród dzieci wychowujących się w bardzo niekorzystnych warunkach bytowych. Studia te zapoczątkowały nurt badań nad uogólnionym, chroniącym mechanizmem adaptacyjnym (ang. *resilience*), gdyż dowiodły istnienia dzieci, które stosunkowo dobrze radzą sobie ze złymi warunkami, mają znacznie mniej problemów psychicznych i wykazują dość dobre przystosowanie. Obecnie wyróżnia się cztery poziomy czynniki chroniących (zasobów odpornościowych), które sprzyjają procesom pozytywnej adaptacji u dzieci i młodzieży:

- zasoby indywidualne;
- zasoby wynikające z relacji z rodzicami;
- zasoby wynikające z relacji z innymi znaczącymi osobami dorosłymi;
- zasoby środowiska lokalnego (Ostaszewski 2013).

Zastosowanie sprawdzonych, opartych na naukowej wiedzy, strategii profilaktycznych może zwiększyć skuteczność działań, ale nie gwarantuje jeszcze sukcesu. O efektywności podejmowanych kroków zapobiegawczych w istotnym stopniu decydują także:

- interaktywne metody;
- różne kanały oddziaływań;
- odpowiednia intensywność zajęć;
- przygotowanie i motywacja realizatorów;
- uwzględnienie potrzeb dzieci i młodzieży z grup zwiększonego ryzyka;
- ewaluacja i monitorowanie (Ostaszewski 2013).

Przykładem programu ukierunkowanego na wzmacnianie czynników chroniących przy jednoczesnym ograniczaniu czynników ryzyka jest Wrocławski Program Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień „Trener Osiedlowy”, realizowany na podwórkach i osiedlach Wrocławia od 2003 r. i stanowiący jeden z elementów wieloletnich działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w mieście. Najważniejszym założeniem programu było i jest stworzenie otwartych, dostępnych dla wszystkich chętnych, a szczególnie dla dzieci i młodzieży, osiedlowych, sportowo aktywnych miejsc do spędzania czasu wolnego. Trenerzy osiedlowi pośrednio, poprzez oferowanie konstruktywnych form spędzania czasu wolnego z wykorzystaniem aktywności sportowo-rekreacyjnej, mają również współuczestniczyć w przeciwdziałaniu patologicznym zachowaniom dzieci i młodzieży. I jest to tzw. pozytywna profilaktyka, która nie polega na usuwaniu samych zagrożeń, ponieważ wyeliminowanie ich jest praktycznie niemożliwe, lecz na wzmacnianiu tego, co czyni młodych ludzi bardziej odpornymi na zagrożenia. Dowiedziono również, że programy profilaktyczne koncentrujące się tylko na czynnikach ryzyka są mało skuteczne (Schaps i wsp. 1981).

A jaka jest rzeczywistość? Czy przedstawiona propozycja jest atrakcyjna i cieszy się zainteresowaniem młodych mieszkańców Wrocławia? Czy oprócz zainteresowania przynosi również wymierne efekty w postaci malejących wskaźników negatywnych zachowań wśród młodego pokolenia? Czy po kilkunastu latach realizowania programu poziom patologicznych zachowań młodych ludzi na terenie Wrocławia obniżył się? Jak sami trenerzy oceniają program i prowadzone przez siebie zajęcia? Czy i w jakim stopniu ich obecność przyczyniła się do obniżenia poziomu zachowań patologicznych wśród dzieci i młodzieży Wrocławia? Jak przebiegała realizacja programu z punktu widzenia uczestnika, trenera, niezależnego obserwatora oraz przedstawicieli rad osiedlowych? Pytania można mnożyć. Aby jednak móc na nie odpowiedzieć, w 2006 r. podjęto badania ewaluacyjne, które kontynuowano przez dziewięć lat.

W niniejszej pracy przedstawiono założenia programu, przybliżono rolę trenera osiedlowego oraz zadania, jakie ma do spełnienia, jak również przedstawiono wyniki dotychczasowych badań ewaluacyjnych za okres 2006–2014.

Celem pracy jest ocena skuteczności programu „Trener Osiedlowy” w odniesieniu do redukcji zachowań patologicznych wśród dzieci i młodzieży Wrocławia oraz ukazanie roli programu w budowaniu więzi i poczucia tożsamości mieszkańców lokalnych społeczności aglomeracji miejskich. Praca składa się z ośmiu rozdziałów oraz aneksu:

- Rozdział pierwszy umożliwia zapoznanie się z problematyką pracy dotyczącą zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży oraz poszukiwań skutecznych sposobów i strategii przeciwdziałania lub ograniczania rozmiarów używania substancji psychoaktywnych i stosowania przemocy w tych grupach.
- Rozdział drugi zawiera przegląd definicji dotyczących koncepcji profilaktyki i promocji zdrowia oraz opis polityki Urzędu Miejskiego Wrocławia na ich rzecz w środowisku wielkomiejskim. Obejmuje on również krótką charakterystykę dwóch programów: „Wrocławskiego Programu Szkół Promujących Zdrowie” oraz „Moje Osiedle – Forum Jakości Życia”, które stanowią podwaliny programu „Trener Osiedlowy”.
- Rozdział trzeci jest omówieniem założeń i podstaw teoretycznych. Przedstawiono w nim genezę programu, jego cele, zadania i koszty oraz podjęto próbę merytorycznego uzasadnienia jego realizacji w środowisku wielkomiejskim. Odwołano się przy tym do piśmiennictwa i teorii naukowych wyjaśniających zachowania ludzi, które wykorzystano przy planowaniu programu.
- Rozdział czwarty zawiera opis koncepcji badań, zastosowanych w nich metod i narzędzi badawczych oraz charakterystykę materiału. Przedstawiono w nim także cele badań i podstawowe pytania ewaluacyjne.
- Rozdział piąty stanowi najobszerniejszą część pracy. Przedstawione w nim dane z ewaluacji efektów obejmują ocenę skuteczności programu „Trener

Osiedlowy” w odniesieniu do redukcji zachowań patologicznych wśród dzieci i młodzieży Wrocławia. W analizie dotyczącej ewaluacji procesu przytoczono opinie uczestników programu, trenerów i niezależnych obserwatorów, jak również zebrano dane uzupełniające na temat warsztatów dla trenerów osiedlowych oraz opinii członków rad osiedlowych, które potwierdzają rangę programu i jego silne zintegrowanie ze społecznością lokalną.

- Rozdział szósty jest autorską propozycją modelu środowiskowego Sport 2014, powiązaną z programem „Trener Osiedlowy”.
- Rozdziały siódmy i ósmy zawierają dyskusję i wnioski końcowe wraz z rekomendacjami dotyczącymi kontynuacji programu, metod ewaluacji wyników oraz ich upowszechniania.
- Aneks zawiera arkusze (kwestionariusze) wykorzystane w badaniach oraz tabele ze szczegółowymi wynikami badań.

Praca jest adresowana do pedagogów, trenerów, psychologów, jak również liderów promocji zdrowia oraz polityków, ponieważ ze względu na pełnioną rolę społeczną powinni oni mieć świadomość konieczności ograniczania rozmiarów używania substancji psychoaktywnych i przemocy wśród dzieci i młodzieży. Opracowanie należałoby również polecić pedagogicznemu środowisku uczelni wychowania fizycznego, dla którego program „Trener Osiedlowy” może być inspiracją do przeprowadzania istotnych zmian w podejściu do kształcenia przyszłych nauczycieli, trenerów i liderów rekreacji pracujących z młodzieżą.

Pragnę podziękować tym wszystkim, bez których książka ta najprawdopodobniej by nie powstała. Dziękuję Pani Profesor Barbarze Woynarowskiej za cenne uwagi, które zainspirowały mnie do ponownej analizy tekstu oraz wprowadzenia istotnych uzupełnień i poprawek. Również ogromne podziękowania należą się Panu Profesorowi Lesławowi Kulmatyckiemu oraz moim najbliższym i znajomym, zwłaszcza świętej pamięci Andrzejowi Bobilakowi, których życzliwość, wsparcie i wiara we mnie dały mi wielką siłę. Dzięki niej monografia ta mogła zaistnieć. Dziękuję także tym wszystkim, którzy nawet w najmniejszym stopniu przyczynili się to tego sukcesu.