

Eksternalizacja i internalizacja zaburzeń a poczucie satysfakcji życiowej dzieci i młodzieży

Iwona Grzegorzewska*

Katedra Seksuologii, Poradnictwa i Resocjalizacji, Uniwersytet Zielonogórski

ASSOCIATIONS BETWEEN EXTERNALIZING PROBLEMS, INTERNALIZING PROBLEMS AND LIFE SATISFACTION AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

Over the years, various psychologists have furthered interest in studies of the nature and determinants of a good life. Such scientific undertakings are expected to improve the quality of life for all individuals, not just individuals who are at risk or who already demonstrate psychopathological conditions. To contrast with a previous emphasis on psychopathology, the development of a positive psychology requires constructs and measures that reflect the full range of human functioning, incorporating indicators of high levels of wellness as well as psychopathological functioning. This article discusses one such construct; life satisfaction, which has been studied extensively in adulthood, but which has only recently gained attention in children and adolescents. This article presents life satisfaction assessment research with children and adolescents, specifically with regard to relationships with externalizing and internalizing problems and developmental tasks. Potential future directions in life satisfaction research among youth are also briefly discussed.

Key words: well-being, mental health, disorder, children

WPROWADZENIE

Istotnym czynnikiem prawidłowego rozwoju każdego człowieka jest jego zdrowie zarówno fizyczne jak i psychiczne. Determinuje ono funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie, wpływa na jakość tworzonej relacji, pozwala rozumieć swoje miejsce w świecie. Współczesna rzeczywistość oraz zachodzące zmiany społeczno-kulturowe wpływają na zachowanie dzieci i młodzieży, a w konsekwencji na ich samopoczucie i poziom funkcjonowania. Stale zmieniające się warunki życia, nowe oczekiwania społeczne i inny styl życia stawia zarówno przed dziećmi jak i dorosłymi coraz to nowe wyzwania. W związku z tym istotne pytanie, jakie coraz częściej pojawia się, zarówno w kontekście praktyki jak i poszukiwań empirycznych, dotyczy problematyki zdrowia psychicznego wśród młodych ludzi.

ZDROWIE PSYCHICZNE JAKO KATEGORIA DIAGNOSTYCZNA

Zainteresowanie psychologii zagadnieniami zdrowia wynika z holistycznego traktowania człowieka jako jednostki biopsychospołecznej. W tym kontekście człowieka traktuje się jako istotę stanowiącą jedność psychofizyczną umiejscowioną w konkretnym środowisku fizycznym i społecznym. Zdrowie jest (obok życia) jedną z najważniejszych wartości

jednostki, która decyduje o aktywności w życiu codziennym i warunkuje jego jakość. Zdrowie stanowi podstawowy warunek rozwoju psychofizycznego, intelektualnego i społecznego, aktywnego działania, osiągania sukcesów oraz szczęścia w życiu osobistym i rodzinnym. Pojęcie zdrowia jest jednak wieloznaczne i trudne do zdefiniowania. W literaturze popularnej pojęcie zdrowia odnosi się najczęściej do stanu związanego z brakiem choroby. W rozważaniach i badaniach naukowych od wielu lat podejmowane są próby dookreślenia definicji zdrowia w sposób satysfakcjonujący wszystkich przedstawicieli nauk medycznych i humanistycznych. Część autorów uważa, że ze względu na subiektywny charakter pojęcia „zdrowie” stworzenie pełnej i wyczerpującej definicji nie jest możliwe (Melosik, 1999). Tym niemniej najczęściej używaną jest definicja WHO, która określa zdrowie nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności, ale pełniej jako stan dobrego samopoczucia we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka. Tak rozumiane zdrowie jest kategorią pozytywną i ma cztery wymiary: fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy (Woynarowska, 2007). Najtrudniejszy do zdefiniowania jest drugi z wymienionych wymiarów zdrowia, często nazywany zdrowiem psychicznym.

Podobnie jak w przypadku definicji zdrowia zdrowie psychiczne można określać w węższym lub szerszym znaczeniu. Początkowo psychologię zdominował zastany medyczny sposób rozumienia zdrowia psychicznego, co w dużej mierze było związane z klinicznym zainteresowaniem nieprawidłowym funkcjonowaniem człowieka w kontekście zaburzeń i patologii. W medycznym modelu myślenia o zdrowiu centrum uwagi skupione jest na

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Iwona Grzegorzewska, Wydział Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski, ul. Energetyków 2, 65-729 Zielona Góra. e-mail: i.ag@interia.pl

chorobie. W związku z tym zdrowie psychiczne wyrażone jest najlepiej przez klasyfikacje zaburzeń psychicznych (Trzebińska 2008). W odniesieniu do dzieci coraz częściej psychologowie posługują się klasyfikacją opartą na nieadaptacyjnych wzorach zachowania, polegających na eksternalizacji (uzewnętrznieniu) i/lub internalizacji (uwewnętrznieniu) problemów psychicznych (Achenbach, 1982). Wyniki badań wskazują, że eksternalizacja problemów współwystępuje z zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi, niekontrolowaniem zachowań, wagarowaniem, zaburzeniami socjalizacji i z uzależnieniem pojawiającym się już w okresie adolescencji, natomiast zjawisko internalizacji problemów wiąże się z zaburzeniami lękowymi, zespołem depresyjnym, poczuciem alienacji oraz z uzależnieniem ujawniającym się u jednostki w późniejszym okresie życia (por. Goodman i Scott, 2003). Medyczny model zdrowia psychicznego jest mocno krytykowany w środowisku naukowym psychologów, głównie z powodu swojego zbyt wąskiego i jednostronnego charakteru. Podkreśla się, że koncentruje się wyłącznie na tym co niepożądane, z pominięciem szerszego kontekstu funkcjonowania jednostki i jej transakcji ze światem zewnętrznym (Maddux, 2002; Sęk 2008).

Pojęcie zdrowia psychicznego może być rozumiane obiektywnie i subiektywnie. Obiektywnie pojmowane zdrowie psychiczne podlega w głównej mierze diagnozie medycznej i biologicznej. Jednak w ocenie stanu zdrowia (oprócz wskaźników biometrycznych) uwzględnia się również subiektywne poczucie zdrowia opierające się na przeżyciach osobistych i refleksji nad tym, co odczuwamy i jakimi jesteśmy ludźmi. Subiektywne ustosunkowanie się do własnego życia w postaci jego oceny jest konsekwencją zaistniałych sytuacji i jednocześnie stanowi psychologiczny aspekt jakości życia. Bardzo często efekty tej oceny mierzy się poczuciem satysfakcji życiowej. Niekiedy tak pojętą jakość życia utożsamia się z dobrostanem. W literaturze stosunkowo wiele badań poświęca się zagadnieniom związanym z poczuciem satysfakcji życiowej, zadowolenia życia lub szeroko rozumianym pojęciem szczęścia wśród osób dorosłych (Hong i Giannakopoulos, 1994; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Natomiast niewiele miejsca zajmują badania dotyczące analizy związków pomiędzy zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży a poziomem ich satysfakcji życiowej.

POCZUCIE SATYSFAKЦИИ ŻYCIOWEJ JAKO WSKAŹNIK ZDROWIA PSYCHICZNEGO

W odróżnieniu od medycznego rozumienia zdrowia psychicznego, w psychologii pozytywnej i psychologii rozwojowej kładzie się nacisk na potencjały i zasoby oraz poczucie dobrostanu jednostki. Subiektywne poczucie dobrostanu jest najczęściej określane przez trzy wzajemnie powiązane, ale niezależne czynniki: obecność pozytywnego afektu, brak negatywnego afektu oraz ocena poznawcza rozumiana jako spostrzegana jakość życia lub satysfakcja z życia. Czynniki te, chociaż wzajemnie po-

wiązane, mogą być przedmiotem oddzielnych, niezależnych badań (Huebner i wsp., 2004; Diener i Lucas, 1999).

Termin satysfakcja życiowa, jako pojęcie złożone (często nazywane również postrzeganą jakością życia lub poznawczym aspektem poczucia dobrostanu) obejmujące szeroki zakres funkcjonowania człowieka, otrzymał w literaturze psychologicznej znaczącą uwagę, jako istotny wskaźnik optymalnego funkcjonowania jednostki (Suldo i Huebner, 2006). Poczucie satysfakcji życiowej zostało zdefiniowane jako subiektywna, poznawcza ocena jakości własnego życia w ogóle lub w poszczególnych obszarach funkcjonowania człowieka (Diener i in., 1999; Huebner i in., 2005). Analiza zadowolenia z życia u dzieci i młodzieży ma istotne znaczenie zarówno z punktu widzenia badań naukowych (obszar psychopatologii rozwojowej i psychologii pozytywnej) jak i wiedzy praktycznej. Pomiar satysfakcji życiowej wśród dzieci i młodzieży jest ważny przynajmniej z kilku powodów: (1) pozwala na lepsze rozumienie dobrostanu młodych ludzi i jego uwarunkowań; (2) ułatwia kontrolę i monitorowanie ich dobrego samopoczucia oraz (3) dostarcza nam wielu informacji na temat sposobów i strategii wzmacniania ich zdrowia psychicznego. W odróżnieniu od medycznego podejścia do tego zagadnienia skupienie się na dobrym samopoczuciu i subiektywnej poznawczej ocenie własnego życia pozwala na ocenę mocnych stron, zasobów oraz osobistych potencjałów dzieci i młodzieży. Orientacja na pozytywnych efektach procesów rozwojowych (takich jako poczucie dobrostanu lub satysfakcji życiowej) stanowi ważne uzupełnienie naszej wiedzy z zakresu psychopatologii rozwojowej i jest komplementarne do strategii związanych z oceną występowania eksternalizacji i internalizacji problemów rozwojowych u młodych ludzi. Jest też zgodne z podstawowymi założeniami psychologii pozytywnej, która kładzie nacisk na wzmacnianie jakości życia człowieka oraz poszukiwanie czynników, które czynią życie bardziej wartościowe (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000; Damon, 2004; Mannes, Roehlkepartain i Benson, 2005). Co najbardziej istotne zamiast koncentracji na problemach i zaburzeniach występujących u dzieci i młodzieży, pozwala na analizę ich optymalnego funkcjonowania w kontekście ich potencjałów rozwojowych, historii życia i warunków socjalno-bytowych.

W przeciwieństwie do badań nad dorosłymi, temat związany z subiektywnym poczuciem dobrostanu i satysfakcji życiowej otrzymał znacząco mniej uwagi w odniesieniu do dzieci i młodzieży (Gullone i Cummins, 1999; Huebner, 1991). Sugeruje się, że taka sytuacja jest, przynajmniej w części, związana z faktem, że instrumenty do oceny subiektywnego dobrego samopoczucia i zadowolenia z życia wśród dzieci zostały opracowane stosunkowo niedawno (patrz Huebner i Diener, 2008; Seligson, Huebner i Valois, 2005). Tym niemniej, w ostatnim czasie można zaobserwować wyraźne przesunięcie z obszaru psychopatologii i koncentracji na różnorodnych zaburzeniach występujących wśród dzieci i młodzieży na zagadnienia związane z pozytywnym rozwojem młodych ludzi,

z ich siłą i potencjałem osobistym, mimo niekorzystnych, czasami traumatycznych doświadczeń życiowych (Damon, 2004). Nie oznacza to oczywiście, że zagadnienia związane z psychopatologią i diagnozą ewentualnych zaburzeń stają się przez to mniej ważne.

Analizując dotychczasowy stan badań w tym obszarze poczucie satysfakcji życiowej wśród młodych ludzi można postrzegać jako istotny element siły osobistej ułatwiającej proces pozytywnej adaptacji (Antaramian, Huebner i Valois, 2008). Wykazano na przykład, że uczniowie z niskim poziomem satysfakcji życiowej charakteryzują się słabszymi kompetencjami społecznymi, słabszym zdrowiem fizycznym oraz niższymi osiągnięciami szkolnymi, w porównaniu z uczniami o wysokim poziomie zadowolenia z życia i niskim poziomie objawów psychopatologicznych (Greenspoon i Saklofske, 2001). W innych podłużnych badaniach dotyczących adolescentów wykazano, że niski poziom satysfakcji życiowej jest ważnym predyktorem eksternalizacji i internalizacji zaburzeń oraz doświadczeń związanych z przemocą rówieśniczą (Haranin, Huebner i Suldo, 2007; Martin, Huebner i Valois, 2008). Ponadto Suldo i Huebner (2004) stwierdzili, że młodzież z wysokim poziomem satysfakcji życiowej, po doświadczeniu poważnej traumy, jest mniej narażona na występowanie w przyszłości zachowań o charakterze eksternalizacyjnym. W innych badaniach wykazano związek pomiędzy ogólnym poziomem satysfakcji życiowej ażywaniem przez młodzież substancji psychoaktywnych, takich jak nikotyna, alkohol i kokaina oraz wiekiem tej inicjacji (Zullig i in., 2001), a także zachowaniami suicydalnymi oraz ogólnym obniżeniem poziomu zdrowia psychicznego (Valois i in., 2004). Badania prowadzone przez Antaramiana i wsp. (2008) rzuciły również nowe światło na pomiar satysfakcji życiowej wśród dzieci i młodzieży. Wykazano, że istnieją wyraźne różnice między ogólnym poziomem satysfakcji życiowej a poczuciem zadowolenia z życia w poszczególnych obszarach życiowych. Pomiar tylko ogólnego wskaźnika zadowolenia z życia w pewnych sytuacjach nie jest diagnostyczny i może maskować inne ważne efekty rozwojowe.

Uzyskane wyniki badań sugerują wyraźną konieczność tworzenia kompleksowych modeli zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, które będą zawierały zarówno negatywne jak i pozytywne wskaźniki jego występowania. W świetle posiadanej wiedzy empirycznej poczucie zadowolenia z życia można uznać za jeden z ważniejszych czynników w przebiegu rozwoju młodych ludzi, przyczyniający się do pozytywnego rozwoju i skutecznej adaptacji. Tym bardziej dziwi stosunkowo niewielka liczba badań (zwłaszcza na gruncie polskim) w tym zakresie w odniesieniu do okresu dorastania i w zasadzie całkowicie ich brak w stosunku do dzieci w okresie szkolnym.

W związku z powyższym powstał problem prezentowanych badań empirycznych. Ich celem jest ustalenie: (1) Jaki jest poziom satysfakcji życiowej w badanej grupie dzieci i młodzieży? (2) Czy istnieje związek pomiędzy poczuciem satysfakcji życiowej a poziomem eksternalizacji i internalizacji zaburzeń? oraz (3) Czy poziom reali-

zacji zadań rozwojowych wpływa na poczucie satysfakcji życiowej? Zgodnie z teorią zaprezentowaną powyżej przyjęto hipotezę, że poziom satysfakcji życiowej koreluje ujemnie z występowaniem objawów psychopatologicznych oraz, że związek ten jest modyfikowany przez poziom realizacji zadań rozwojowych.

METODA BADAWCZA

Osoby badane. W badaniach uczestniczyło 181 osób w dwóch grupach wiekowych: (1) dzieci w wieku szkolnym 90 osób w wieku 9–13 lat. Badana grupa była zróżnicowana ze względu na płeć (39 chłopców i 51 dziewcząt), poziom wykształcenia i status zawodowy rodziców; (2) adolescenty – 91 osób w wieku 14–19 lat. Badana grupa była zróżnicowana ze względu na płeć (35 chłopców i 56 dziewcząt), typ szkoły (35 osób z liceum, 29 z technikum i 27 ze szkoły zawodowej), poziom wykształcenia i status zawodowy rodziców.

Metody badawcze. W badaniach posłużono się zestawem kwestionariuszy mierzących poziom zmiennych niezależnych (eksternalizacja i internalizacja zaburzeń oraz poziom realizacji zadań rozwojowych) oraz zmiennej zależnej (poczucie satysfakcji życiowej).

Tendencja do eksternalizacji i internalizacji problemów. Pomiaru tej zmiennej w grupie szkolnej dokonano posługując się kwestionariuszem wypełnianym przez rodziców (*Child Behavioral Checklist* – CBCL, a w grupie młodzieżowej kwestionariuszem samoopisowym *Child Behavior Checklist YRS* (wersja dla młodzieży), opracowanym przez T.M. Achenbacha i C. Edelbrocka – w polskiej adaptacji T. Wolańczyka (2002). Wykorzystano dwie skale: 1) *Skalę Zaburzeń Internalizacyjnych* (wycofanie, lęki, depresje i objawy somatyczne) oraz 2) *Skalę Zaburzeń Eksternalizacyjnych* (zachowania przestępcze, zachowania agresywne).

Poziom realizacji zadań rozwojowych. Został on określony przy pomocy Kwestionariusza Realizacji Zadań Rozwojowych własnej konstrukcji, w wersji dla dzieci i młodzieży. Kwestionariusz zawiera 12 itemów, punktowanych 0–1. Kwestionariusz ten wydaje się cechować dobrymi parametrami psychometrycznymi. Współczynniki rzetelności, określone na grupie 120 osób, przybierają wartości z przedziału .77 – .92. Trafność testu wykazano metodą sprawdzania różnic międzygrupowych. Uzyskano zadawalające rezultaty (Grzegorzewska, 2006).

Poczucie satysfakcji życiowej. Pomiaru zmiennej dokonano za pomocą Wielowymiarowej Skali Satysfakcji Życiowej dla Młodzieży Huebner'a (1994) (*Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale* –MSLSS). Jest to samoopisowa, 40-itemowa skala dla dzieci i młodzieży w wieku 8–18 lat. Odpowiedzi punktowane są w 6-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie zgadzam się, a 6 – zdecydowanie zgadzam się (w wersji

dla młodzieży) i 4 stopniowej skali, gdzie 1 oznacza nie, 1 – raczej nie, 3 – raczej tak, a 4 – tak w wersji dla dzieci. Skala ocenia poczucie satysfakcji życiowej w pięciu obszarach: rodzina [min.7 – max.28*(42**)] 111], rówieśnicy [min. 9 – max. 36*(54**)], szkoła [min. 8 – max. 32*(48**)], środowisko życia [min. 9 – max. 36*(54**)] i Ja [min. 7 – max. 28*(42**)]. Wynik ogólny oblicza się poprzez zsumowanie wyników w poszczególnych podskalach. Skala cechuje się dobrymi parametrami psychometrycznymi (Huebner, 1994; Huebner i in., 1998).

WYNIKI BADAŃ

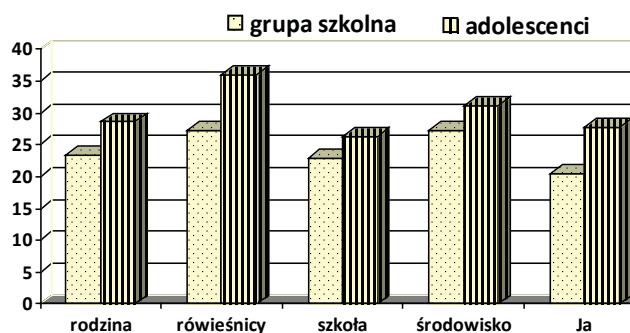
W celu rozwiązania postawionych problemów dokonano analizy statystycznej wyników badań uzyskanych w dwóch grupach wiekowych. W celu ustalenia związku między poczuciem satysfakcji życiowej a zmiennymi niezależnymi wykorzystano współczynnik korelacji *r*-Pearsona i analizę regresji.

Poczucie satysfakcji życiowej badanej populacji.

Analiza uzyskanych wyników badań wskazuje, że poziom satysfakcji życiowej w obu badanych grupach jest zróżnicowany. W grupie I (dzieci w wieku szkolnym) średni poziom satysfakcji wynosi 120,5 punktu z błędem standardowym +/- 2,45. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 121, a druga połowa większy. Ogólny poziom satysfakcji różnił się przeciętnie od średniej o 23.31 co stanowi 19.34% i świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. Minimalny odnotowany poziom satysfakcji to 71 punktów, a maksymalny 160. Ujemna niska skośność (-.15) świadczy o słabej lewostronnej asymetrii rozkładu satysfakcji życiowej w badanej grupie, zaś ujemna niewysoka kurtoza (-.91) o spłaszczeniu w stosunku do rozkładu normalnego. Najlichniesze przedziały stanowią dzieci z poziomem satysfakcji życiowej od 102–111 oraz 142–161, najmniej liczny przedział to grupa dzieci z poziomem satysfakcji życiowej od 71 do 91. W odniesieniu do poszczególnych obszarów życia w grupie dzieci szkolnych poczucie satysfakcji życiowej przedstawia się następująco: rodzina ($M=23.36$; $SD=3.91$), rówieśnicy ($M=27.24$; $SD=7.27$), szkoła ($M=22.9$; $SD=7.25$), środowisko ($M=27.23$; $SD=7.28$) i Ja ($M=20.4$; $SD=5.64$).

W grupie II (osoby w okresie dorastania) średni poziom satysfakcji wynosi 149.55 z błędem standardowym +/- 4.46. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 156 punktów, a druga połowa większy. Poziom satysfakcji różnił się przeciętnie od średniej o 42.57 punktów, co stanowi 28.48% i świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. Minimalna odnotowana satysfakcja to 44 punkty, a maksymalna 225 punktów. Ujemna niska skośność (-.41) świadczy o słabej lewostronnej asymetrii rozkładu satysfakcji, zaś ujemna niewysoka kurtoza (-.58) o spłaszczeniu w stosunku do rozkładu normalnego. Najlichniesze przedziały sta-

nowią dzieci z poziomem satysfakcji życiowej od 102–111 oraz 142–161, najmniej liczny przedział to grupa dzieci z poziomem satysfakcji życiowej od 44 do 83. W odniesieniu do poszczególnych obszarów życia w grupie dzieci szkolnych poczucie satysfakcji życiowej przedstawia się następująco: rodzina ($M=28.59$; $SD=9.86$), rówieśnicy ($M=36.07$; $SD=12.19$), szkoła ($M=26.30$; $SD=10.93$), środowisko ($M=31.19$; $SD=11.2$) i Ja ($M=27.69$; $SD=9.29$). Rozkład poczucia satysfakcji życiowej w badanych gru-



Ryc. 1. Poczucie satysfakcji życiowej w badanych grupach

pach przedstawia Rycina 1.

Porównanie obu grup w zakresie poziomu badanych zmiennych niezależnych wskazuje, że obie grupy różnią się między sobą poziomem eksternalizacji zaburzeń ($M1^2=17.93$; $SD1=19.91$; $M2^2=25.66$; $SD2=19.62$; $r=.00627^*$). Nie ma natomiast istotnych różnic między grupami w zakresie poziomu realizacji zadań rozwojowych ($M1=8.48$; $SD1=2.78$; $M2=8.06$; $SD2=2.38$; $p>.05$) oraz tendencji do internalizacji zaburzeń ($M1=18.17$; $SD1=19.16$; $M2=18.74$; $SD2=19.21$; $p>.05$).

Poczucie satysfakcji życiowej – porównania wewnątrzgrupowe.

Dodatkowo w każdej grupie badanych wyróżniono podgrupy o wysokim poziomie eksternalizacji i internalizacji problemów oraz podgrupę o niskim poziomie zarówno eksternalizacji jak i internalizacji problemów, a następnie ustalono poziom ich poczucia satysfakcji życiowej. Analiza uzyskanych wyników pozwoliła na wyodrębnienie jeszcze jednej podgrupy w badanych populacjach, osób o wysokim poziomie zarówno eksternalizacji, jak i internalizacji problemów. Poziom poczucia satysfakcji życiowej w wyróżnionych podgrupach przedstawia Tabela 1. Wśród dzieci w okresie szkolnym o wysokiej tendencji do eksternalizacji problemów średni poziom satysfakcji wynosi 106.6 z błędem standardowym +/- 3.11. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 107punktów, a druga połowa większy. Poziom satysfakcji różnił się przeciętnie od średniej o 16.77

² grupa szkolna

³ grupa adolescentów

¹ *wersja dla dzieci, **wersja dla młodzieży

Eksternalizacja i internalizacja zaburzeń a poczucie satysfakcji życiowej dzieci i młodzieży

Tabela 1

Poziom satysfakcji życiowej w podgrupach wyróżnionych ze względu na nasilenie eksternalizacji i internalizacji problemów

Podgrupy wyróżnione ze względu na poziom eksternalizacji/ internalizacji problemów	Poczucie satysfakcji życiowej											
	Ilość osób N	Dzieci w okresie szkolnym					Dzieci w okresie dorastania					
		Średnia	SD	SE	min	max	Ilość osób N	Średnia	SD	SE	min	max
Wysoki poziom eksternalizacji	29	106.586	16.774	3.115	71	148	47	140.936	34.456	5.025	61	207
Wysoki poziom internalizacji	31	107.387	17.042	3.060	77	146	30	122.066	41.910	7.651	61	197
Wysoki poziom eksternalizacji i internalizacji	8	107.750	13.424	4.746	86	122	12	112.166	37.189	10.735	61	169
Niski poziom eksternalizacji i internalizacji	38	139.180	16.541	2.680	79	160	26	179.230	40.235	7.890	61	225

co stanowi 15.74% i świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. W podgrupie o wysokim poziomie internalizacji średni poziom satysfakcji wynosi 107.38 z błędem standardowym +/- 3.06. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 107 punktów, a druga połowa większy. Satysfakcja różniła się przeciętnie od średniej o 17.04, co stanowi 15.87% i świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. Średni poziom satysfakcji wśród dzieci z grupy szkolnej o wysokiej tendencji do eksternalizacji i internalizacji jednocześnie wynosi 107.75 z błędem standardowym +/- 4.75. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 106,5 punktów a druga połowa większy. Satysfakcja różniła się przeciętnie od średniej o 13.4 co stanowi 12.46% i świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. W grupie dzieci o niskim poziomie zarówno eksternalizacji jak i internalizacji problemów średni poziom satysfakcji wynosi 139.18 z błędem standardowym +/- 2.68. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 142.5 a druga połowa większy. Satysfakcja różniła się przeciętnie od średniej o 13.4 co stanowi 11.88% średniej i świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. Analiza różnic w między podgrupą o niskim poziomie tendencji do eksternalizacji i internalizacji problemów pozostałymi podgrupami świadczy o statystycznie istotnych różnicach w zakresie poziomu satysfakcji życiowej: podgrupa o wysokim poziomie eksternalizacji ($r=.001$), podgrupa o wysokim poziomie internalizacji ($r=.001$) oraz podgrupa o wysokim poziomie eksternalizacji i internalizacji problemów ($r=.001$).

W grupie dzieci będących w okresie dorastania o wysokiej tendencji do eksternalizacji problemów średni poziom satysfakcji życiowej wynosi 140.9 z błędem standardo-

wym +/- 5.03. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 148 punktów, a druga połowa większy. Satysfakcja różniła się przeciętnie od średniej o 34.45 co stanowi 24.45% i świadczy o znaczącym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. W grupie młodzieży o wysokiej tendencji do internalizacji problemów średni poziom poczucia satysfakcji życiowej wynosi 122.07 z błędem standardowym +/- 7.65. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 125,5 punktów, a druga połowa większy. Satysfakcja różniła się przeciętnie od średniej o 41.9 co stanowi 34.33% i świadczy o znaczącym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. Średni poziom satysfakcji wśród młodzieży o tendencji wysokiej eksternalizacji i internalizacji jednocześnie wynosi 111.16 z błędem standardowym +/- 10.74. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 117 punktów, a druga połowa większy. Satysfakcja różniła się przeciętnie od średniej o 37.19 co stanowi 33.16% i świadczy o znaczącym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. W grupie dzieci o niskim poziomie zarówno eksternalizacji jak i internalizacji problemów średni poziom satysfakcji wynosi 179.23 z błędem standardowym +/- 7.89. Połowa badanych dzieci miała poziom satysfakcji mniejszy od 184, a druga połowa większy. Satysfakcja różniła się przeciętnie od średniej o 40.23 co stanowi 22.45% średniej i świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu satysfakcji w badanej grupie dzieci. Analiza różnic w między podgrupą o niskim poziomie tendencji do eksternalizacji i internalizacji problemów pozostałymi podgrupami świadczy o statystycznie istotnych różnicach w zakresie poziomu satysfakcji życiowej: podgrupa o wysokim poziomie eksternalizacji ($r=.001$), podgrupa o wysokim poziomie internalizacji ($r=.001$) oraz podgrupa o wysokim poziomie eksternalizacji i internalizacji problemów ($r=.001$).

Konsekwencje tendencji do eksternalizacji i internalizacji zaburzeń dla satysfakcji życiowej dzieci i młodzieży. Kolejnym etapem analiz było ustalenie związku pomiędzy zmienną zależną (poczucie satysfakcji życiowej – ogólnie oraz w obszarach: rodzina, rówieśnicy, szkoła, środowisko życia oraz Ja) a zmiennymi niezależnymi (tendencja do eksternalizacji i internalizacji problemów). Wartość krytyczna współczynnika korelacji przy $\alpha=.05$, $t_{0,05}=1.987$ wyniosła $r^*=-.207$. W grupie dzieci w okresie szkolnym we wszystkich przypadkach wartość bezwzględna współczynnika korelacji przekroczyła wartość krytyczną ($.222>.207 - .506>.207$). Oznacza to iż w każdym przypadku współczynniki korelacji są statystycznie istotne, czyli zmiany zmiennej niezależnej wpływają na zmiany zmiennej zależnej. Siła związku jest na średnim poziomie. Przy czym związek pomiędzy tendencją do eksternalizacji i internalizacji zadań a poczuciem satysfakcji życiowej ma charakter ujemny, tzn. jeśli poziom satysfakcji z kontaktów rówieśniczych rośnie to maleje skłonność do eksternalizacji i internalizacji problemów. Szczegółowe wyniki korelacji przedstawia Tabela 2.

dzy tendencją do eksternalizacji i internalizacji problemów a poczuciem satysfakcji życiowej to współczynnik korelacji ma znak ujemny, co oznacza, że wzrost zmiennej niezależnej wywołuje spadek zmiennej zależnej, np. jeżeli zmienna internalizacja maleje, to rośnie zmienna poczucie satysfakcji życiowej. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 3.

Wpływ realizacji zadań rozwojowych na poziom satysfakcji życiowej dzieci i młodzieży. Współczynnik korelacji pomiędzy poziomem realizacji zadań rozwojowych a poczuciem satysfakcji życiowej w grupie I – dzieci w wieku szkolnym przekroczył wartość krytyczną ($r=.662$). Można uznać, że istnieje silna (wyraźna) korelacja między poziomem realizacji zadań rozwojowych a poczuciem satysfakcji życiowej w badanej grupie. Związek między poziomem satysfakcji życiowej a poziomem realizacji zadań rozwojowych ma charakter dodatni, tzn. jeśli poziom realizacji zadań rośnie to rośnie również poczucie satysfakcji życiowej; W celu zbadania, jak przekłada się poziom realizacji zadań na poczucie satysfakcji życiowej wyko-

Tabela 2

Współczynniki korelacji między zmiennymi zależnymi i niezależnymi w grupie dzieci szkolnych

	Poziom poczucia satysfakcji życiowej					
	ogólnie	rodzina	rówieśnicy	szkoła	środowisko	Ja
Internalizacja	-.506*	-.222*	-.309*	-.341*	-.440*	-.490*
Eksternalizacja	-.448*	-.230*	-.283*	-.468*	-.324*	-.247*

* korelacja jest istotna na poziomie .05

Tabela 3

Korelacja między zmiennymi zależnymi i niezależnymi w grupie adolescentów

	Poziom poczucia satysfakcji życiowej					
	ogólnie	rodzina	rówieśnicy	szkoła	środowisko	Ja
Internalizacja	-.541*	-.337*	-.551*	-.551*	-.359*	-.581*
Eksternalizacja	-.273*	-.409*	-.051*	-.195	-.301*	-.076*

* korelacja jest istotna na poziomie .05

W grupie młodzieżowej w trzech przypadkach wartość współczynnika korelacji nie przekracza wartości krytycznej ($.051<.207 - .195<.207$). Dotyczy to związku pomiędzy eksternalizacją problemów a poczuciem satysfakcji życiowej w obszarze rówieśnicy, szkoła i Ja. We wszystkich pozostałych przypadkach współczynniki korelacji są statystycznie istotne ($.301>.207 - .581>.207$), czyli zmiany zmiennej niezależnej wpływają na zmiany zmiennej zależnej. W przypadku tendencji do eksternalizacji problemów siła związku między tą zmienną a zmienną zależną kształtuje się na słabym poziomie. W odniesieniu do tendencji do internalizacji problemów siła związku tej zmiennej ze zmienną niezależną jest wysoka. Podobnie jak w grupie poprzedniej w odniesieniu do związku między

nano także analizę regresji (R^2 Skoryg.=.438, $F=17.565$, $p=.001$). Okazało się, że 43.8% wariancji jest wyjaśniane przez zmienną: poziom realizacji zadań rozwojowych. W grupie II – populacja dzieci będących w okresie dorastania również istnieje silna (wyraźna) korelacja między poziomem realizacji zadań rozwojowych a poczuciem satysfakcji życiowej ($r=.675$). Oznacza to, że wzrost poziomu realizacji zadań jest związany ze wzrostem poczucia satysfakcji życiowej. Wyniki analiz regresji w tej grupie badanych przedstawiają się następująco: R^2 Skoryg.=.456; $F=31.582$. Oznacza to, że 45% wariancji zmiennej zależnej jest wyjaśniane przez poziom realizacji zadań rozwojowych. Wyniki przedstawia Tabela 4.

Tabela 4

Korelacja pomiędzy zadaniami rozwojowymi a poczuciem satysfakcji życiowej w badanych grupach

Zadania rozwojowe	Poziom poczucia satysfakcji życiowej					
	ogólnie	rodzina	rówieśnicy	szkoła	środowisko	Ja
Okres szkolny	.662*	.298*	.460*	.651*	.514*	.439*
Okres dorastania	.675*	.512*	.549*	.535	.536*	.597*

* korelacja jest istotna na poziomie .05

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przyjęty model badań zweryfikowano merytorycznie i statystycznie. Generalnie dzieci w okresie szkolnym są bardzo zadowolone z życia, uzyskując średni wynik 120 punktów na 160 możliwych. Młodzież również prezentuje dość wysoki (ale niższy niż dzieci) poziom satysfakcji życiowej, przy średniej 149.55 na skali 40–240. Zarówno dzieci z grupy młodszej, jak i starszej są najbardziej zadowolone ze swojej rodziny i kontaktów rówieśniczych, natomiast najmniej ze swojego pobytu w szkole. W odniesieniu do adolescentów takie wyniki uzyskano również w badaniach amerykańskich (Proctor, Linley i Maltby, 2009; Gilman, Huebner i Laughlin, 2002; Antaramian, Huebner i Valois, 2008), z tą różnicą, że tam dorastający wysoko oceniali również satysfakcję dotyczącą oceny samego siebie. Analiza uzyskanych wyników pokazuje, że bardziej usatysfakcjonowane z życia są osoby młode z niską tendencją do eksternalizacji i internalizacji zaburzeń. Jest to zgodne z prezentowaną wcześniej tendencją w psychologii traktującą poczucie satysfakcji życiowej jako wyraźny wskaźnik szeroko pojętego zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, co potwierdza dotychczasowe wyniki badań uzyskane w innych krajach.

Poziom satysfakcji z życia okazał się istotnie powiązany z tendencją do eksternalizacji i internalizacji zaburzeń u dzieci i młodzieży. Wartości parametrów i ich ujemny kierunek odpowiadają w większości przyjętym założeniom. W grupie dzieci będących w okresie szkolnym wykazano, że, zgodnie z oczekiwaniami, poczucie satysfakcji życiowej jest ujemnie skorelowane z tendencją do eksternalizacji i internalizacji zaburzeń. Dotyczy to zadowolenia z życia we wszystkich mierzonych obszarach funkcjonowania badanych. Oznacza to, że im mniejszy poziom zaburzeń tym większy wzrost poczucia satysfakcji życiowej. Stanowi to potwierdzenie przyjętego założenia, że poczucie satysfakcji życiowej można uznać za istotny wskaźnik zdrowia psychicznego dzieci. Podobne wyniki uzyskano w grupie adolescentów w odniesieniu do nasilenia internalizacji problemów. Natomiast związek między tendencją do eksternalizacji problemów a poczuciem satysfakcji życiowej w obszarze: rówieśnicy, środowisko i Ja nie uzyskał wartości predykcyjnej. Co może wskazywać na pewną specyfikę tego typu trudności, które w mniejszym stopniu wpływają na zadowolenie adolescentów z relacji rówieśniczych i oceny samego siebie. Analizując korelacje między wyróżnionymi zmien-

nymi można uznać, że zadowolenie z życia jest istotnym predykatorem eksternalizacji i internalizacji zaburzeń zarówno u dzieci jak i młodzieży.

Wpływ realizacji zadań rozwojowych, zarówno w okresie szkolnym jak i w okresie dorastania, na poczucie satysfakcji życiowej w badanej populacji okazał się istotny. Młode osoby, które lepiej radzą sobie z wymaganiami społecznymi wyznaczonymi dla ich wieku mają większe poczucie satysfakcji życiowej, a w sytuacjach trudnych doświadczają mniej psychologicznych problemów. Rezultaty dostarczają podstaw do wnioskowania o ważności tej zmiennej jako istotnego czynnika modyfikującego ujemny związek między psychopatologią dzieci i młodzieży a poczuciem satysfakcji życiowej, a pośrednio o znaczącej roli w ochronie dzieci przed zaburzeniami. Wsparcie dziecka w realizacji wymagań i oczekiwań społecznych ma zatem istotne znaczenie jako element profilaktyki w zakresie osiągania przez dzieci i młodzież zdrowia psychicznego. Wpisuje się w szereg analiz i badań empirycznych z zakresu psychologii pozytywnej i psychopatologii rozwojowej promującej poszukiwanie czynników odpowiedzialnych za optymalizację rozwoju uczniów, ze szczególnym uwzględnieniem ich potencjałów. Koncentracja na wzmacnianiu czynników odpowiedzialnych za dobre życie młodych ludzi może zatem oznaczać pracę nad poprawą ich doświadczeń edukacyjnych, umiejętności szkolnych, kompetencji społecznych i interpersonalnych. Wiele przemawia za tym, że ten kierunek pracy z dziećmi i młodzieżą stwarza większe szanse na prawidłowy rozwój i zwiększa prawdopodobieństwo większej efektywności działań podejmowanych w tym zakresie.

Podsumowując warto zaznaczyć, że wyraźną konkluzję z prezentowanych badań stanowi teza o konieczności skierowania działań wychowawczych, profilaktycznych i terapeutycznych w kierunku podnoszenia u młodych ludzi poczucia dobrostanu, a zwłaszcza ważnego jego elementu, jakim jest poczucie satysfakcji życiowej. Zarówno prezentowane powyżej, jak i pozostałe badania (por. Proctor, Linley i Maltby, 2009) wskazują, że młodzi ludzie generalnie pozytywnie oceniają swoje życie. Należy jednak pamiętać, że nikt nie jest w stanie przejść przez życie bez zmian, stresu i mniej lub bardziej traumatycznych dla niego wydarzeń. Szczególną uwagę należy zatem zwrócić na jednostki, których poczucie satysfakcji życiowej kształtuje się poniżej przeciętnej. Osoby te mogą bowiem potrzebować szczególnej pomocy w kształtowaniu umiejętności i strategii podnoszenia jakości życia poprzez wzmacnia-

nie zadowolenia z własnych działań w wielu obszarach funkcjonowania. Poczucie satysfakcji życiowej, jako jeden ze składników tzw. dobrego życia może stanowić czynnik ochronny przed negatywnymi skutkami stresu oraz przed rozwojem psychopatologicznych objawów w zachowaniu. W dalszej perspektywie należy rozważyć włączenie dotychczasowej wiedzy na ten temat w szeroko rozumianą działalność edukacyjną, psychologiczną i społeczną. W tym celu niezbędne jest poszerzenie obszaru badań o rozpoznanie czynników odpowiedzialnych za to, w jaki sposób młodzi spostrzegają i oceniają swoje życie. Wnioski wypływające z coraz lepszego rozumienia różnorodnych mechanizmów warunkujących kształtowanie się poczucie zadowolenia z życia u dzieci i młodzieży mogą pomóc w budowaniu, ocenie i poprawie programów promujących wśród uczniów pozytywny rozwój, potencjały i zasoby osobiste, silny charakter czy dobre życie.

Zaprezentowane badania mają niewątpliwie swoje ograniczenia, wynikające przede wszystkim ze zbyt małej liczby badanych, co z pewnością wpłynęło na reprezentatywność próby. Z kolei przekrojowy charakter badań nie uwzględnia zmian, które dokonują się w subiektywnej ocenie życia dokonywanej pod wpływem stresu i różnych mniej lub bardziej traumatycznych zdarzeń życiowych. Podłużne badania są konieczne w celu wyjaśnienia natury poczucia satysfakcji życiowej i mechanizmów go warunkujących. Zadowolenie z życia młodzieży, która dobrze adoptuje się do warunków szkolnych i prezentujących wysoki poziom realizacji zadań rozwojowych powinno być bardziej stabilne i mniej podatne na zmiany w porównaniu z osobami doświadczającymi różnych trudności. I ostatecznie, konieczne jest rozszerzenie badań o analizę psychologicznych, rodzinnych i społecznych uwarunkowań jego powstawania. Warto przyjrzeć się, w jaki sposób na poczucie satysfakcji dzieci i młodzieży wpływają takie czynniki, jak osobowość, struktura rodziny czy wsparcie społeczne. Mimo tych ograniczeń, wydaje się, że poczynione obserwacje są ważne i powinny znaleźć odzwierciedlenie w obszarach promocji pozytywnego rozwoju, a także w profilaktyce i terapii, której celem byłoby zwiększenie szans rozwojowych dzieci i młodzieży z grup ryzyka poprzez poprawę ich subiektywnego poczucia zadowolenia z życia.

LITERATURA

- Achenbach, T.M. (1982). Assessment and taxonomy of children's behavior disorders. W: B. Lahey, A.E. Kazdin (red.), *Advances in clinical psychology* (t. 5, s. 2-38). New York: Plenum Press.
- Antaramian, S.P., Huebner, E.S., Valois, R.F. (2008). Adolescent life satisfaction. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 112-126
- Damon, W. (2004). What is positive youth development? *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 13-24
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Lucas, R.E. (1999). Personality and subjective well-being. W: D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz (red.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (s. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Gilman, R., Huebner, E.S., Laughlin, J.E. (2000). A first study of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with adolescents. *Social Indicators Research*, 52, 135-160.
- Goodman, R., Scott, S. (2003). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Greenspoon, P.J., Saklofske, D. (2001). Toward an integration of subjective wellbeing and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81-108.
- Grzegorzewska, I. (2006). *Realizacja zadań rozwojowych przez dzieci leczących się alkoholików*. Nie opublikowana praca doktorska. Poznań: UAM
- Gullone, E., Cummins, R.A. (1999). The Comprehensive Quality of Life Scale: A psychometric evaluation with an adolescent sample. *Behaviour Change*, 16, 2, 127-139.
- Harandin, E., Huebner, E.S., Suldo, S.M. (2007). Predictive and incremental validity of global and domain-based adolescent life satisfaction reports. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25, 127-138.
- Hong, S.M., Giannakopoulos, E. (1994). The relationship of satisfaction with life to personality characteristic. *Journal of Psychology*, 128, 5, 547-558.
- Huebner, E.S. (1991). The Students' Life Satisfaction Scale: An assessment of psychometric properties with black and white elementary school students. *Social Indicators Research*, 34, 3, 315-323.
- Huebner, E.S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment*, 6, 149-158.
- Huebner, E.S., Laughlin, J.E., Ash, C., Gilman, R. (1998). Further validation of the multidimensional life self-satisfaction scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16, 118-134.
- Huebner, E.S., Suldo, S.M., Smith, L.C., McKnight, C.G. (2004). Life satisfaction in children and youth: Empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 41, 1, 81-93.
- Huebner, E.S., Valois, R.F., Paxton, R.J., Drane, J.W. (2005). Middle school student's perceptions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 1, 15-24.
- Huebner, E.S., Diener, C. (2008). Research of life satisfaction of children and youth: Implications for the delivery of school-related services. W: M. Eid, R. Larson (red.), *The science of subjective well-being* (s. 376-392). New York: The Guilford Press.
- Maddux, J.E. (2002). Stopping the „Madness”: Positive psychology and de construction of the illness ideology on the DSM. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 13-25). New York: Oxford University Press.
- Mannes, M., Roehlkepartain, E.C., Benson, P.L. (2005). Unleashing the power of community to strengthen the well-being of children, youth, and families: An asset-building approach. *Child Welfare*, 84, 233-250.
- Martin, K., Huebner, E.S., St. Valois, R.F. (2008). Does life satisfaction predict victimization experiences in adolescence? *Psychology in the Schools*, 45, 705-714.
- Melosik, Z. (1999). *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Toruń-Poznań: Wydawnictwo Edytor.

- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Osobowościowe wyznaczniki satysfakcji z życia. W: I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (s. 85-102). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Proctor, C.L., Linley, P.A., Maltby, L.P. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10, 5, 583-630.
- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligson, J.L., Huebner, E.S., Valois, R.F. (2005). An investigation of a brief life satisfaction scale with elementary school children. *Social Indicators Research*, 73, 355-374.
- Sęk, H. (2008). Udział pozytywnych emocji w osiąganiu zdrowia. W: I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (s. 73-84). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Suldo, S.M., Huebner, E.S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *School Psychology Quarterly*, 19, 93-105.
- Suldo, S.M., Huebner, E.S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78, 179-203.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Valois, R.F., Zullig, K.J., Huebner, E.S., Drane, J.W. (2004). Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 81-105.
- Wolańczyk, T. (2002). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna.
- Woynarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PZWL.
- Zullig, K.J., Valois, R.F., Huebner, E.S., Oeltmann, J.E., Drane, W. (2001). The relationship between life satisfaction and selected substance abuse behaviors among public high school adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279-288.