

**PREDYKTORY OCENY DOTYCHCZASOWEGO ŻYCIA
ORAZ PERSPEKTYW NA PRZYSZŁOŚĆ PRZEZ OSOBY
NIEPEŁNOSPRAWNE W OKRESIE ADOLESCENCJI,
WYŁANIAJĄCEJ SIĘ DOROSŁOŚCI
I WCZESNEJ DOROSŁOŚCI**

Konrad Piotrowski
Wydział Psychologii SWPS
Warszawa

Anna Izabela Brzezińska
Instytut Psychologii UAM
Poznań

**PREDICTORS OF ASSESSMENT OF PRESENT LIFE AND FUTURE PROSPECTS
AMONG PEOPLE WITH DISABILITIES IN THEIR ADOLESCENCE AND
EMERGING ADULTHOOD**

Summary. The aim of the study was to identify the predictors of satisfaction with present life and prospects for the future among people with disabilities in their adolescence (16-17 years of age), emerging adulthood (18-25 years) and early adulthood (26-30 years). The results indicate that satisfaction with present as well as future life is linked to various predictors. In the case of the first variable, the general assessment of one's health is of major significance whereas in the case of the two subsequent age groups continuation of education is also important. Satisfaction with future prospects is determined, above all, by satisfactory financial situation of one's family and relations with people other than family members.

Key words: life satisfaction predictors, disability, adolescence, early adulthood

Wprowadzenie

Jednym z problemów częściej poruszanych w badaniach nad sytuacją osób z niepełnosprawnością jest zagadnienie jakości życia (*quality of life – QoL*), definiowane przez Światową Organizację Zdrowia jako „percepcja przez jednostki ich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w jakim żyją w odniesieniu do celów, oczekiwań, standardów i tego, co ich dotyczy”¹ (WHOQOL, 1997, s. 1).

¹ W oryginale: „individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns”.

Adres do korespondencji: Konrad Piotrowski, e-mail, konrad.piotrowski@swps.edu.pl; Anna Izabela Brzezińska, e-mail, aibrzez@amu.edu.pl

W definicji tej podkreśla się wagę indywidualnej oceny swojej sytuacji życiowej oraz odczuwanie mniejszej bądź większej satysfakcji z różnych obszarów życia.

Dokonując pomiaru jakości życia, badacze zwracają uwagę na dwie grupy czynników: obiektywne, które mogą być zaobserwowane przez zewnętrznego obserwatora, jak na przykład wysokość dochodów, warunki mieszkaniowe i standard życia, posiadanie pracy zawodowej czy posiadanie partnera życiowego oraz czynniki subiektywne, czyli związane z indywidualną oceną życia, jak na przykład zadowolenie z uzyskiwanych dochodów, satysfakcja z pracy, ocena jakości posiadanych relacji interpersonalnych. Oba te obszary (tj. obiektywne kryteria i subiektywna ocena różnych sfer życia) składają się na ogólną ocenę jakości życia jednostki (Miller, Chan, 2008).

Osoby z niepełnosprawnością często gorzej oceniają swoje życie i jego jakość niż osoby sprawne (Barker i in., 2009), choć jak wynika z niektórych badań (Cummins, 2005) niższe wyniki dotyczyć mogą przede wszystkim kryteriów obiektywnych (posiadania sieci znajomych czy doświadczania trudności zdrowotnych), podczas gdy w sferze subiektywnej różnice są znacznie mniejsze bądź nawet nieistotne. W badaniach (Wynia i in., 2008; także Verbunt, Pernot, Smeets, 2008), w których poszukiwano predyktorów jakości życia osób ze stwardnieniem rozsianym stwierdzono, że najsilniejszy wpływ miało ograniczenie zdolności umysłowych, ale istotne okazały się także ograniczenia związane z uczestnictwem w życiu społecznym, brak lub niskie wsparcie zewnętrzne, ograniczone możliwości wykonywania codziennych czynności i trudności w poruszaniu się. Także realizacja takich podstawowych zadań okresu dorosłości, jak aktywność zawodowa, kształcenie się czy posiadanie partnera prowadzi do wyższej oceny własnego życia (McCrone i in., 2008; Barker i in., 2009). Dobrze udokumentowany jest także związek pomiędzy jakością życia a uzyskiwanymi dochodami. Niskie dochody to istotny czynnik mający negatywny wpływ na relacje w rodzinie (Elder, Nguyen, Caspi, 1985), na nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz zagrożenie przemocą (Park, Turnbull, Turnbull, 2002). Niski status materialny wiązać się może z mniejszymi możliwościami radzenia sobie z trudnościami, takimi jak chociażby opieka nad niepełnosprawnym dzieckiem (Turnbull, Turnbull, 2001).

Dla jakości życia nie mniej ważny jest także stopień niepełnosprawności oraz trudności, z jakimi wszyscy członkowie rodziny osoby niepełnosprawnej muszą sobie radzić. Im poważniejsze jest zaburzenie możliwości codziennego funkcjonowania, tym niższa jakość życia rodziny. W badaniach Wang i in. (2004) wykazano, że zarówno niskie dochody, jak i znaczne ograniczenie sprawności wiązało się z niższą jakością życia rodziców dzieci z niepełnosprawnością. Również w badaniach, jakie zrealizowali Stuifbergen, Brown i Phillips (2009) wykazano, że jakość życia osób niepełnosprawnych wzrasta wraz z doświadczanym wsparciem, a zmniejsza się, gdy jednostka doświadcza znacznych ograniczeń w swoim funkcjonowaniu.

Tak więc wśród istotnych predyktorów jakości życia osób niepełnosprawnych znajdują się czynniki związane z (1) aktywnością społeczną, w tym z posiadaniem pracy czy partnera, (2) stanem zdrowia oraz (3) doświadczeniami w zakresie relacji

interpersonalnych, takich jak doświadczanie wsparcia społecznego i satysfakcjonujące relacje z innymi ludźmi.

Znacznie mniej wiadomo na temat predyktorów pozytywnych oczekiwań co do przyszłości, czyli zadowolenia z przewidywanych dla siebie perspektyw, który to obszar odgrywa ważną rolę w sferze motywacyjnej. Pozytywna wizja przyszłości wiąże się, między innymi, z mniejszym zaangażowaniem osób cierpiących na depresję w rozmyślaniu nad samobójstwem (Hirsch i in., 2007) czy mniejszym ryzykiem nadużywania substancji psychoaktywnych przez młodzież (Haegerich, Tolan, 2008). Orientacja przyszłościowa, czyli zakres, w jakim młodzi ludzie tworzą obraz własnej, pozytywnej lub negatywnej przyszłości (Seginer, 2008) okazuje się być związana także z jakością procesu rozwoju. Posiadanie spójnej i pozytywnej wizji przyszłości motywuje młodych ludzi do osiągnięcia założonych celów i sprzyja rozwojowi w takich obszarach, jak kariera zawodowa czy relacje interpersonalne (Adamson, Ferrer-Wreder, Kerpelman, 2007), podczas gdy negatywny obraz przyszłości wiąże się z takimi charakterystykami, jak: niska samoocena, poczucie osamotnienia czy nastrojów depresyjny (Nurmi, Salmela-Aro, 1997).

Wynika z tego, że nie tylko zaangażowanie w tworzenie wizji przyszłości, ale także jej pozytywny lub negatywny obraz mają istotne znaczenie w rozpatrywaniu przebiegu procesu wkraczania w dorosłość. W związku z trudnościami z podejmowaniem dorosłych ról społecznych przez osoby niepełnosprawne (Wells, Sandefur, Hogan, 2003; Piotrowski, 2010), w ich przypadku zagrożenie występowaniem negatywnej wizji przyszłości wydaje się większe. Jak wskazują Bartnikowska i Żyta (2007), osoby niepełnosprawne w wieku od 19 do 38 lat, mówiąc o przyszłości często zwracają uwagę na swoje obawy dotyczące tego, czy poradzą sobie z wymaganiami otoczenia, w tym z koniecznością znalezienia pracy w związku z realną czy wysoce prawdopodobną możliwością pogorszenia się stanu ich zdrowia.

Zbudowanie pozytywnej wizji przyszłości ma nie tylko walor motywujący do działania (wykazano na przykład, że przykładanie dużej wagi do celów związanych z pracą zawodową wiąże się z mniejszym prawdopodobieństwem doświadczania bezrobocia po zakończeniu edukacji – Nurmi, Salmela-Aro, Koivisto, 2002), ale stanowi także istotny składnik tożsamości jednostki. Identyfikowanie się z planami i postrzeganie ich jako spełniających standardy i oczekiwania jednostki to ważny czynnik przeciwdziałający doświadczaniu trudności z budowaniem własnej tożsamości (Luyckx i in., 2008).

Problem badawczy

Ze względu na znaczącą rolę w rozwoju osób niepełnosprawnych zarówno satysfakcji z obecnego życia, jak i z perspektyw na przyszłość postanowiono sprawdzić, jakie czynniki stanowią najważniejsze predyktory satysfakcji odczuwanej w tych dwóch obszarach. W dostępnych badaniach obie te sfery (dotychczasowe życie i perspektywy na przyszłość) są na ogół analizowane niezależnie i z udziałem różnych grup osób, co utrudnia porównywanie wyników. W prezentowanym tutaj opracowaniu ten sam zestaw predyktorów został użyty w celu oceny ich wpływu

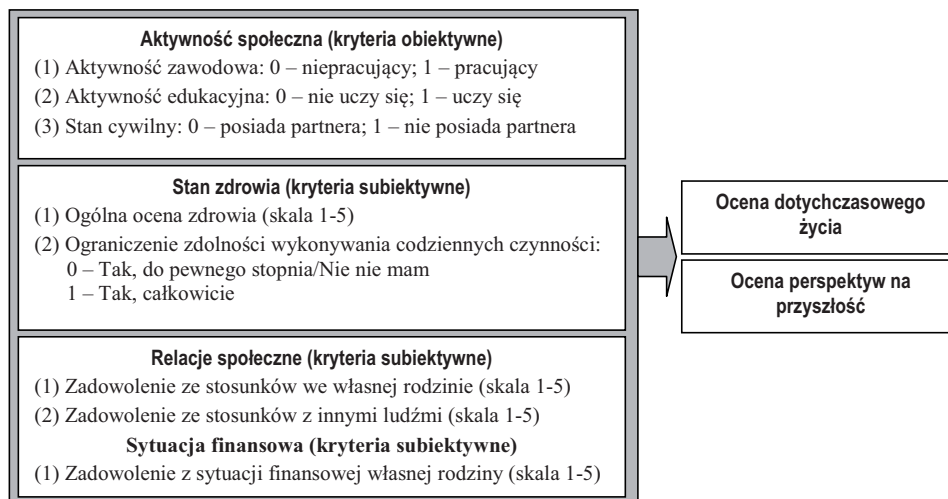
zarówno na zadowolenie z dotychczasowego życia jako całości, jak i zadowolenia z perspektyw na przyszłość. Podstawowy problem badawczy dotyczył tego, czy te same predyktory pozwalają – w grupie osób niepełnosprawnych – przewidzieć (1) ocenę dotychczasowego życia oraz (2) ocenę własnych perspektyw na przyszłość.

Kolejnym pytaniem, na jakie poszukiwano odpowiedzi było to, czy podobne predyktory pozwalają na przewidywanie satysfakcji z dotychczasowego życia oraz perspektyw na przyszłość w różnych okresach rozwojowych? Można bowiem zakładać, że wpływ pracy zawodowej na jakość życia będzie silniejszy wśród osób znajdujących się we wczesnej dorosłości, kiedy ta forma aktywności społecznej staje się powszechna, podczas gdy edukacja będzie ważniejsza dla osób młodszych (por. Piotrowski, 2010).

Metoda

Narzędzia badawcze

Uczestników badania pytano o ich doświadczenia i opinie dotyczące szeregu obszarów, które można podzielić na kilka grup. Są to: (1) aktywność społeczna (praca, edukacja, bliskie związki), (2) stan zdrowia, (3) relacje społeczne (interpersonalne) oraz (4) sytuacja finansowa (rycina 1). Kategorie te traktowano jako zmienne niezależne (predyktory), związane z oceną dotychczasowego życia oraz perspektyw na przyszłość, czyli zmiennych zależnych w prowadzonym badaniu.



Rycina 1. Predyktory zadowolenia z dotychczasowego życia oraz z perspektyw na przyszłość analizowane w niniejszej pracy

W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Badań Społecznych – KBS (Brzezińska, i in., 2009). Narzędzie to pozwala na pomiar wielu szczegółowych zmiennych, zarówno społeczno-demograficznych, związanych z niepełnosprawnością, jak i charakterystyk psychologicznych. Na potrzeby tej pracy wykorzystano pozycje mierzące następujące zmienne:

- (1) Zadowolenie z dotychczasowego życia: „Jak Pan/Pani ocenia całe swoje dotychczasowe życie, czy mógł(a)by Pan/i powiedzieć, że było ono...?” Badani dokonywali oceny na skali od 1 – zdecydowanie nieszczęśliwe do 7 – bardzo szczęśliwe.
- (2) Zadowolenie z perspektyw na przyszłość: „Czy jest Pan/Pani obecnie zadowolony/a czy też nie z perspektyw na przyszłość?” Badani dokonywali oceny na skali od 1 – bardzo niezadowolony do 5 – bardzo zadowolony.
- (3) Ogólna ocena zdrowia: „Jak ogólnie ocenia Pan/Pani stan swojego zdrowia? Czy jest on...? Badani dokonywali oceny na skali od 1 – bardzo zły do 5 – bardzo dobry.
- (4) Ograniczenie wykonywania codziennych czynności: „Czy z powodu problemów zdrowotnych ma Pan/Pani trudności w wykonywaniu codziennych czynności lub zadań, typowych dla ludzi w Pana/Pani wieku? Chodzi o trudności trwające 6 miesięcy lub dłużej”. Badani mogli wybrać jedną z trzech odpowiedzi: „Tak, do pewnego stopnia/Nie, nie mam”, „Tak, poważnie”, „Tak, całkowicie”.
- (5) Zadowolenie ze stosunków we własnej rodzinie²: „Czy jest Pan/Pani obecnie zadowolony/a czy też nie ze stosunków we własnej rodzinie?” Badani dokonywali oceny na skali od 1 – bardzo niezadowolony do 5 – bardzo zadowolony.
- (6) Zadowolenie ze stosunków z innymi ludźmi: „Czy jest Pan/Pani obecnie zadowolony/a czy też nie ze stosunków z innymi ludźmi?” Badani dokonywali oceny na skali od 1 – bardzo niezadowolony do 5 – bardzo zadowolony; pytanie to zamieszczone było w kwestionariuszu obok poprzedniego (5), tak aby badani mieli świadomość, że w tym przypadku „inni ludzie” oznaczają „osoby spoza rodziny”.
- (7) Zadowolenie z sytuacji finansowej własnej rodziny: „Czy jest Pan/Pani obecnie zadowolony/a czy też nie z obecnej sytuacji finansowej własnej rodziny?” Badani dokonywali oceny na skali od 1 – bardzo niezadowolony do 5 – bardzo zadowolony.

² Nie kontrolowano tego, co badani uznawali za „własną rodzinę”. Prawdopodobnie zależało to od pełnionych ról. Dla adolescentów mogło to oznaczać ocenę ich relacji z rodzicami, dla młodych dorosłych ich relację z małżonkiem/partnerem, jeśli takiego posiadali lub z rodzicami, jeśli nadal z nimi mieszkali.

Osoby badane

Prezentowane wyniki stanowią część projektu badawczego³, w którym wzięło udział ponad 100 tys. osób niepełnosprawnych i ich rodzin z całej Polski (wiek uczestników projektu zawierał się w przedziale od 16 do 64 lat). Z tej grupy, na potrzeby niniejszego artykułu, wyodrębniono łącznie 3353 osoby w wieku od 16 do 30 lat, z których każda posiadała w momencie badania orzeczenie o niepełnosprawności oraz mogła samodzielnie udzielać odpowiedzi na pytania kwestionariusza. Ze względu na eksploracyjny charakter badania, zdecydowano się nie porównywać osób z odmiennymi rodzajami niepełnosprawności, ale włączyć do analiz badanych z różnymi trudnościami zdrowotnymi.

Badani zostali podzieleni na trzy grupy wiekowe: (1) 16-17 lat ($M = 16,53$, $SD = 0,49$); (2) 18-25 lat ($M = 21,49$, $SD = 2,36$); (3) 26-30 lat ($M = 28,02$, $SD = 1,46$). Ten sposób podziału na grupy wiekowe został podyktowany chęcią porównania osób w okresie adolescencji (grupa 1), wyłaniającej się dorosłości (grupa 2; por. Arnett, 2000; Piotrowski, 2010) oraz wczesnej dorosłości (grupa 3). Liczebności osób w poszczególnych grupach przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczebności w poszczególnych grupach wiekowych

Grupa wiekowa	n	%
16-17 lat (adolescencja)	297	8,9
18-25 lat (wyłaniająca się dorosłość)	1745	52,0
26-30 lat (wczesna dorosłość)	1311	39,1
Razem	3353	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników z projektu nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 pt. *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych*

W każdej z grup wiekowych znalazła się podobna liczba kobiet i mężczyzn (tabela 2). Zmienne „edukacja”, „praca” i „stan cywilny”, jako silnie związane z wiekiem, występują z różną częstością w poszczególnych grupach wiekowych. Im starsi byli uczestnicy badania, tym, co oczywiste, mniej osób uczących się, a więcej pracujących i posiadających partnera.

³ Systemowy projekt badawczy finansowany ze środków Unii Europejskiej – nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 pt.: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* na lata 2008-2010. Lider projektu to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a partner naukowy – SWPS w Warszawie. Kierownik Zespołu Badawczego SWPS – prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska. Informacje o projekcie: www.aktywizacja2.swps.pl

Pod względem posiadania znacznych ograniczeń w zakresie wykonywania codziennych czynności (sprzątanie, robienie zakupów itd.) nieco ponad 80% badanych w każdej grupie wiekowej twierdziło, że takich ograniczeń nie posiada, z czego wynika, że subiektywna ocena własnej sprawności jest dość wysoka.

Tabela 2. Społeczno-demograficzna charakterystyka osób badanych

Zmienne	16-17 lat	18-25 lat	26-30 lat	
Płeć	kobieta	149 (50,2%)	899 (51,5%)	669 (51,0%)
	mężczyzna	148 (49,8%)	846 (48,5%)	642 (48,0%)
Edukacja	nie uczy się	34 (16,4%)	891 (66,2%)	982 (94,8%)
	uczy się	173 (83,6%)	455 (33,8%)	54 (5,2%)
Praca	nie pracuje	289 (97,3%)	1432 (82,1%)	875 (66,7%)
	pracuje	8 (2,7%)	313 (17,9%)	436 (33,3%)
Stan cywilny	nie posiada partnera	205 (99,5%)	1164 (86,9%)	693 (67,5%)
	posiada partnera	1 (0,5%)	176 (13,1%)	333 (32,5%)
Ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności	nie/poważnie	257 (86,5%)	1432 (82,2%)	1085 (82,9%)
	całkowicie	40 (13,5%)	310 (17,8%)	222 (17,0%)

Uwaga: liczebności w poszczególnych kategoriach nie muszą odpowiadać ogólnej liczbie osób badanych ze względu na występujące braki danych

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników z projektu nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 pt. *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych*

Analiza wyników

Pierwszym krokiem była ocena istotności różnic między trzema porównywanymi grupami wiekowymi pod względem 6 zmiennych ilościowych analizowanych w badaniu (zmiennych zależnych: ocena dotychczasowego życia, zadowolenie z perspektyw na przyszłość oraz zmiennych niezależnych: ogólna ocena zdro-

wia, zadowolenie ze stosunków w rodzinie, zadowolenie ze stosunków z innymi ludźmi, zadowolenie z sytuacji finansowej). Następnie w każdej grupie wiekowej oddzielnie przeprowadzono analizę predyktorów oceny dotychczasowego życia i perspektyw na przyszłość. Stworzono kilka hierarchicznych modeli regresji, dla każdej grupy wiekowej oddzielnie, w których jako zmienne zależne traktowano: (1) ocenę dotychczasowego życia lub (2) ocenę perspektyw na przyszłość. Predyktory wprowadzano do modeli w kolejności przedstawionej na rycinie 1, tj. najpierw włączano tylko zmienne dotyczące aktywności społecznej, czyli obszaru najczęściej analizowanego przy okazji omawiania tematyki wykluczenia, w kolejnym modelu uwzględniano także zmienne dotyczące stanu zdrowia⁴, a w modelu trzecim dodawano zmienne dotyczące oceny relacji społecznych oraz satysfakcji z sytuacji finansowej własnej rodziny.

W przypadku dwóch starszych grup wiekowych, tj. 18-25 lat (wyłączająca się dorosłość) oraz 26-30 lat (wczesna dorosłość) powstały po trzy modele: 1. Aktywność społeczna; 2. Aktywność społeczna i stan zdrowia; 3. Aktywność społeczna, stan zdrowia oraz ocena relacji społecznych i sytuacji finansowej, wyjaśniające ocenę dotychczasowego życia i perspektyw na przyszłość. W grupie osób najmłodszych (16-17 lat; adolescencja), ze względu na to, że po pierwsze osób pracujących, nieuczących się oraz posiadających partnera było bardzo mało, a po drugie brak było istotnych korelacji pomiędzy tymi predyktorami a zmiennymi zależnymi, zrezygnowano z predyktorów związanych z aktywnością społeczną i stworzono po dwa modele wyjaśniające wariancję obu zmiennych zależnych: 1. Stan zdrowia oraz 2. Stan zdrowia, ocena relacji społecznych i sytuacji finansowej.

Różnice między porównywanymi grupami wiekowymi

Na początku przyjrzyjmy się różnicom pomiędzy grupami wiekowymi pod względem wszystkich analizowanych w tej pracy zmiennych ilościowych (tabela 3). Tylko zadowolenie ze stosunków z innymi ludźmi (spoza rodziny) było podobne we wszystkich trzech grupach wiekowych. W przypadku pozostałych zmiennych najczęściej ujawniała się istotna różnica pomiędzy osobami w okresie adolescencji (grupa 1) a dwiema pozostałymi, starszymi grupami. Osoby najmłodsze w każdym przypadku dokonywały ocen wyższych niż osoby z obu starszych grup, które w żadnym przypadku nie różniły się od siebie istotnie.

⁴ Analizy wykazały, że osoby, które na pytanie „Czy z powodu problemów zdrowotnych ma Pan/Pani trudności w wykonywaniu codziennych czynności lub zadań, typowych dla ludzi w Pana/Pani wieku? Chodzi o trudności trwające 6 miesięcy lub dłużej” wybierają odpowiedź „Tak do pewnego stopnia/nie, nie mam” są pod względem większości zmiennych podobne do badanych wybierających odpowiedź: „Tak, poważnie”. Z tego też względu w tym opracowaniu postanowiono połączyć obie te grupy („Tak do pewnego stopnia/nie, nie mam” oraz „Tak, poważnie”) dzięki czemu możliwe było zbudowanie zmiennej dwukategorialnej.

Tabela 3. Różnice między grupami wiekowymi

Zmienne	Grupa 1 16-17 lat adolescencja	Grupa 2 18-25 lat wyłaniająca się dorosłość	Grupa 3 26-35 lat wczesna do- rosłość	F
Ocena dotychczasowego życia	M = 5,06 (a) SD = 1,11	M = 4,77 (b) SD = 1,36	M = 4,71 (b) SD = 1,32	8,46 $p < 0,001$
Zadowolenie z perspektyw na przyszłość	M = 3,36 (a) SD = 0,87	M = 2,98 (b) SD = 1,03	M = 2,92 (b) SD = 1,00	23,30 $p < 0,001$
Ogólna ocena zdrowia	M = 2,90 (a) SD = 0,99	M = 2,83 (a,b) SD = 0,97	M = 2,81 (b) SD = 0,92	3,16 $p < 0,05$
Zadowolenie ze stosunków w rodzinie	M = 3,92 (a) SD = 0,74	M = 3,74 (b) SD = 0,95	M = 3,76 (b) SD = 0,88	4,90 $p < 0,01$
Zadowolenie ze stosunków z innymi ludźmi	M = 3,81 SD = 0,77	M = 3,69 SD = 0,94	M = 3,70 SD = 0,85	2,31 $p > 0,05$
Zadowolenie z sytuacji finansowej	M = 3,12 (a) SD = 0,95	M = 2,86 (b) SD = 1,09	M = 2,90 (b) SD = 1,04	7,23 $p < 0,01$

Uwaga: odmienne indeksy (a, b), umieszczone obok wartości średnich, oznaczają istotne różnice pomiędzy poszczególnymi grupami 1 – 2 – 3 (test *post-hoc*: Tukey HSD)

Wyniki wskazują na to, że w okresie adolescencji jakość życia osób niepełnosprawnych jest istotnie wyższa niż w fazie wyłaniającej się i wczesnej dorosłości. Największe różnice wystąpiły w odniesieniu do zmiennych zależnych, tj. oceny dotychczasowego życia, a przede wszystkim zadowolenia z perspektyw na przyszłość. To właśnie w tym ostatnim przypadku zaobserwowany efekt jest najsilniejszy.

Predyktory oceny dotychczasowego życia i perspektyw na przyszłość w okresie adolescencji (16 -17 lat)

Ocena dotychczasowego życia osób niepełnosprawnych w okresie adolescencji najsilniej związana jest z ogólną oceną zdrowia ($\beta = 0,41$). Jest to jedyny predyktor, który okazał się istotnie przewidywać poziom tej zmiennej zależnej, odpowiadając za 17% jej zmienności. Im wyżej uczestnicy badania oceniali swój stan zdrowia, tym wyższa była ocena ich dotychczasowego życia. Siła związku pomiędzy ogólną oceną zdrowia a oceną dotychczasowego życia nie zmienia się wyraźnie nawet przy uwzględnieniu w modelu satysfakcji z relacji społecznych oraz z sytuacji finansowej. Predyktory te okazały się nieistotne, a ich wpływ na zmienną zależną był podobny ($\beta = 0,10-0,13$). Także ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności nie wiązało się z oceną dotychczasowego życia.

Tabela 4. Predyktory oceny dotychczasowego życia oraz perspektyw na przyszłość w okresie adolescencji (16-17 lat)

Predyktory	Ocena dotychczasowego życia		Ocena perspektyw na przyszłość	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
	β	β	β	β
Ogólna ocena zdrowia	0,41***	0,38***	0,31**	0,22**
Ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności	-0,04	-0,03	-0,12	-0,06
Zadowolenie ze stosunków we własnej rodzinie		0,10		0,03
Zadowolenie ze stosunków z innymi ludźmi		0,13		0,19*
Zadowolenie z sytuacji finansowej		0,11		0,46***
R ²	0,17	0,20	0,13	0,37
F	14,13***	7,47***	10,23***	15,40***
ΔR^2		0,05		0,25
ΔF		2,65		16,30***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ogólna ocena stanu zdrowia jest istotna także dla oceny perspektyw na przyszłość, jednak wpływ ten jest nieco mniejszy niż w poprzednim przypadku ($\beta = 0,31$; 13% wyjaśnionej wariancji oceny perspektyw na przyszłość). Im niżej osoby badane oceniały swoje zdrowie, tym mniej były zadowolone z perspektyw na przyszłość.

W przeciwieństwie do oceny dotychczasowego życia, istotne znaczenie dla wizji przyszłości okazały się mieć predyktory wprowadzone w kroku drugim, odpowiedzialne za 25% wariancji. Zadowolenie z perspektyw na przyszłość było wyższe wśród osób wysoko oceniających relacje łączące je z osobami spoza rodziny ($\beta = 0,19$). Jednak najsilniejszym predyktorem zmiennej zależnej okazało się zadowolenie z sytuacji finansowej własnej rodziny ($\beta = 0,46$), które w znacznie mniejszym stopniu wpływa na ocenę dotychczasowego życia. Siła związku tego predyktora ze zmienną zależną była ponaddwukrotnie wyższa niż w przypadku pozostałych istotnych związków, co prowadzi do wniosku o szczególnie ważnej roli, jaką w budowaniu wizji przyszłości przez adolescentów odgrywa postrzegana sytuacja materialna rodziny.

Predyktory oceny dotychczasowego życia i perspektyw na przyszłość w okresie wyłaniającej się dorosłości (18-25 lat)

Spośród zmiennych należących do grupy nazwanej „aktywność społeczna” (model 1; tabela 5) najważniejszym predyktorem zadowolenia z dotychczasowego życia był fakt kontynuowania edukacji ($\beta = 0,28$). Istotna okazała się także aktywność zawodowa ($\beta = 0,20$). Nie zaobserwowano istotnego wpływu stanu cywilnego na zadowolenie z życia. Wszystkie zmienne będące przejawem aktywności społecznej wyjaśniały 12% wariancji zmiennej zależnej.

Tak jak wśród osób w okresie adolescencji znaczący wpływ na ocenę dotychczasowego życia miał także stan zdrowia, zwłaszcza ogólna jego ocena ($\beta = 0,49$), tak również miał wpływ na ograniczenie możliwości wykonywania codziennych czynności. Wprowadzenie do modelu zmiennych związanych z sytuacją zdrowotną istotnie poprawiło jego właściwości predykcyjne. Dwie zmienne wprowadzone w drugim kroku odpowiadały za 26% wariancji zmiennej zależnej. Także wszystkie zmienne wprowadzone w trzecim kroku istotnie wiązały się z zadowoleniem z dotychczasowego życia, choć ich wpływ nie był silny. Najsilniejszym predyktorem dotychczasowego życia była jakość kontaktów z innymi ludźmi ($\beta = 0,28$), a wszystkie zmienne wprowadzone w kroku trzecim zwiększyły zakres wyjaśnionej wariancji o kolejne 17%. Łącznie wszystkie predyktory pozwoliły wyjaśnić 56% wariancji zmiennej zależnej – zadowolenie z dotychczasowego życia.

W przypadku oceny perspektyw na przyszłość sytuacja wyglądała odmiennie. Wykonywanie pracy zawodowej wiązało się z tą zmienną zależną silniej niż edukacja ($\beta = 0,26$) i pozostało istotne nawet przy uwzględnieniu pozostałych predyktorów. Także w tym przypadku relatywnie silny był efekt sytuacji zdrowotnej, zwłaszcza jego ogólnej oceny ($\beta = 0,44$), co wyjaśniało 22% wariancji zmiennej „zadowolenie z perspektyw na przyszłość”.

Przy uwzględnieniu wszystkich predyktorów najważniejszymi wyznacznikami satysfakcji z perspektyw na przyszłość okazały się zadowolenie: (1) z kontaktów z innymi ludźmi oraz (2) z sytuacji finansowej rodziny. Posiadanie lub nieposiadanie partnera w żadnym przypadku nie okazało się istotnie wpływać na zmienne zależne.

Warto zauważyć, że ta stosunkowo niewielka liczba predyktorów wyjaśniała w obu przypadkach ponad 50% wariancji zmiennych zależnych. Choć trzeba podkreślić, że większość współczynników β wskazywała na dość słaby związek pomiędzy predyktorami i zmiennymi zależnymi.

Ocena dotychczasowego oraz przyszłego życia osób niepełnosprawnych w okresie wyłaniającej się dorosłości, stojących u progu dorosłości, pozostawała pod znaczącym wpływem ogólnej oceny własnego zdrowia. Osoby, które postrzegały swój stan jako lepszy wyżej oceniały dotychczasowe życie, ale także ich oczekiwania względem przyszłego życia były wyższe.

Tabela 5. Predyktory oceny dotychczasowego życia oraz perspektyw na przyszłość w okresie wyłaniającej się dorosłości (18-25 lat)

Predyktory	Ocena dotychczasowego życia			Ocena perspektyw na przyszłość		
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 1	Model 2	Model 3
	β	β	β	β	β	β
Edukacja	0,28***	0,12**	0,09*	0,23***	0,08*	0,05
Praca	0,20***	0,04	0,04	0,26***	0,12**	0,10**
Stan cywilny	-0,08	-0,06	-0,04	0,03	0,02	-0,02
Ogólna ocena zdrowia		0,49***	0,25***		0,44***	0,16***
Ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności		-0,12**	-0,10**		-0,12**	-0,04
Zadowolenie ze stosunków we własnej rodzinie			0,16***			-0,06
Zadowolenie ze stosunków z innymi ludźmi			0,28***			0,27***
Zadowolenie z sytuacji finansowej			0,16***			0,45***
R ²	0,12	0,38	0,56	0,11	0,33	0,56
F	25,38***	68,76***	86,51***	23,82***	54,24***	86,50***
ΔR^2		0,26	0,17		0,22	0,23
ΔF		117,55***	71,47***		88,25***	93,42***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Wyraźna różnica ujawniła się w odniesieniu do sytuacji finansowej rodziny, podobnie zresztą jak w grupie adolescentów. Wyłaniający się dorośli w niewielkim stopniu zwracają uwagę na sytuację materialną, jeśli oceniają dotychczasowe życie, jednak ich wizja przyszłości jest wyraźnie pod wpływem tej zmiennej, przy czym osoby, które lepiej oceniają sytuację materialną rodziny są także bardziej zadowolone z perspektyw na przyszłość.

Predyktory oceny dotychczasowego życia i perspektyw na przyszłość w okresie wczesnej dorosłości (26-30 lat)

W okresie wczesnej dorosłości zaobserwowano bardzo słaby związek pomiędzy oceną dotychczasowego życia a aktywnością społeczną (model 1). Nieco wyższe wyniki wystąpiły wśród osób uczących się ($\beta = 0,10$) oraz pracujących ($\beta = 0,10$), ale łącznie czynniki te wyjaśniały zaledwie 2% wariancji zmiennej zależnej. Stan cywilny, podobnie jak w poprzedniej grupie, okazał się nieistotny. Znacznie ważniejsza okazała się ocena stanu zdrowia (24% wariancji), w tym przede wszystkim jego ogólna ocena ($\beta = 0,45$) oraz relacje społeczne i sytuacja finansowa (20% wariancji), przy czym wpływ tej ostatniej zmiennej był najmniejszy spośród predyktorów wprowadzonych w kroku trzecim. Aktywność społeczna, w tym przede wszystkim fakt wykonywania pracy zawodowej ($\beta = 0,37$), a w mniejszym stopniu także kontynuowanie edukacji ($\beta = 0,13$), zdecydowanie silniej niż na ocenę dotychczasowego życia oddziałują na ocenę własnych perspektyw na przyszłość (łącznie 16% wariancji).

W okresie wczesnej dorosłości wizja przyszłości znajduje się pod znacznie mniejszym, niż wśród osób młodszych, wpływem sytuacji zdrowotnej, choć predyktory wprowadzone w kroku drugim również przyczyniły się do zwiększenia, o 8%, wariancji wyjaśnionej przez model. Największy zakres zmienności zadowolenia z perspektyw na przyszłość wyjaśniają predyktory wprowadzone w modelu 3, w tym przede wszystkim ocena sytuacji finansowej ($\beta = 0,52$), która jest najważniejszym predyktorem tej zmiennej zależnej w okresie wczesnej dorosłości.

Tabela 6. Predyktory oceny dotychczasowego życia oraz perspektyw na przyszłość w okresie wczesnej dorosłości (26-30 lat)

Predyktory	Ocena dotychczasowego życia			Ocena perspektyw na przyszłość		
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 1	Model 2	Model 3
	β	β	β	β	β	β
Edukacja	0,10*	0,05	0,02	0,13**	0,11*	0,11*
Praca	0,10*	0,08*	0,09*	0,37***	0,27***	0,16***
Stan cywilny	-0,04	0,07	0,07	0,01	-0,02	-0,04
Ogólna ocena zdrowia		0,45***	0,30***		0,28***	0,10*
Ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności		-0,16**	-0,15**		-0,05	-0,06

cd. tabeli 6

Zadowolenie ze stosunków we własnej rodzinie			0,15**			0,03
Zadowolenie ze stosunków z innymi ludźmi			0,33**			0,16**
Zadowolenie z sytuacji finansowej			0,09*			0,52***
R ²	0,02	0,26	0,46	0,16	0,23	0,54
F	3,37*	29,00***	42,68***	24,94***	24,77***	58,76***
Δ R ²		0,24	0,20		0,08	0,31
Δ F		65,80***	48,16***		20,71***	87,62***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Dyskusja

Ocena własnego (dotychczasowego) życia oraz zadowolenie z przewidywanych dla siebie perspektyw na przyszłość wiążą się zarówno z działaniami podejmowanymi przez osoby niepełnosprawne w sferze społecznej, jak i ze stanem ich zdrowia oraz oceną różnych obszarów swoich codziennych doświadczeń.

Nasze badania potwierdzają także opisane wcześniej zależności sugerujące obniżanie się jakości życia osób niepełnosprawnych wraz z wiekiem, szczególnie w okresie *post*-adolescencyjnym, kiedy to w życiu osób niepełnosprawnych pojawia się szereg nowych wyzwań, takich jak poszukiwanie i podejmowanie pracy, uzyskiwanie niezależności osobistej i finansowej, budowanie bliskich związków, w przypadku których osoby niepełnosprawne doświadczają znacznych trudności z ich realizacją (Wells, Sandefur, Hogan, 2003; Brzezińska, Piotrowski, 2010; Piotrowski, 2010).

Przedstawione wyniki wskazują jednak, że ogólne oceny swojego życia dokonywane przez osoby niepełnosprawne nie wiążą się ze wszystkimi z analizowanych w tej pracy obszarów w tym samym stopniu, co wskazywać może na pewne różnice pod względem istotnych predyktorów w zależności od wieku czy okresu rozwojowego. Na różne uwarunkowania satysfakcji z obecnego i przyszłego życia wskazują także niskie oraz umiarkowane korelacje pomiędzy obiema tymi zmiennymi ($r = 0,38$ w okresie adolescencji (16-17 lat); $r = 0,50$ w okresie wyłaniającej się dorosłości (18-25 lat); $r = 0,43$ w okresie wczesnej dorosłości (26-30 lat)).

W okresie adolescencji młodzi ludzie, oceniając swoje dotychczasowe życie w największym stopniu uwzględniają stan swojego zdrowia. Im jest on lepszy, tym wyższe zadowolenie z dotychczasowego życia. Wyraźnie mniej istotne są satysfakcjonujące relacje interpersonalne oraz sytuacja finansowa rodziny. Okres adolescen-

cji to czas, w którym własne ciało nabiera znacznie większego niż wcześniej (a także później) znaczenia dla człowieka (Brzezińska, 2007). Młodzi ludzie przywiązują do niego duże znaczenie, a jakiegokolwiek ułomności mogą stanowić poważne źródło stresu. Być może to właśnie jest przyczyną tak znaczącej roli stanu zdrowia w ocenie całego dotychczasowego życia w tym okresie, tuż przed startem w dorosłość.

Kiedy jednak osoby dorastające koncentrują się na swojej przyszłości oraz oceniają rysujące się przed nimi perspektywy, zaczynają wyraźniej brać pod uwagę czynniki tkwiące w otoczeniu. Największe znaczenie ma w tym przypadku sytuacja finansowa rodziny oraz relacje z osobami spoza rodziny. Oba te czynniki mogą wiązać się z przewidywaną szansą usamodzielnienia się, co jest jednym z częściej wspominanych przez osoby niepełnosprawne oczekiwań na przyszłość (Hogansen i in., 2008). Także w kolejnych latach ocena stanu zdrowia wyznacza raczej ocenę dotychczasowego niż przyszłego życia. W okresie wyłaniającej się i wczesnej dorosłości osoby niepełnosprawne silniej natomiast niż w okresie adolescencji wiążą ocenę swojego życia z satysfakcjonującymi relacjami z członkami rodziny oraz z innymi ludźmi.

Co ciekawe, relacje rodzinne we wszystkich grupach są stosunkowo niezależne od zadowolenia z własnej przeszłości. Badani, oceniając tę sferę nie zwracają uwagi na to, czy kontakty w rodzinie są dobre czy złe, ale raczej na to, na ile rodzina jest w stanie wesprzeć ich finansowo w realizacji zamierzeń. Przemawia za tym także fakt, że aktywność zawodowa (a być może przede wszystkim uzyskiwane dzięki niej środki finansowe) jest traktowana przez osoby niepełnosprawne przede wszystkim jako czynnik wyznaczający satysfakcjonującą wizję przyszłości.

Znajdowanie się na różnym etapie procesu wkraczania w dorosłość (Hogan, Astone, 1986; Mortimer, Oesterle, Krüger, 2005; Piotrowski, 2010) związane jest z różnicami pod względem głównych obszarów angażujących młodych ludzi, do których przywiązują oni szczególną wagę. Jak wykazali w swoich 10-letnich, podłużnych badaniach Salmela-Aro, Aunola i Nurmi (2007), w okresie od 18 do 28 roku życia następuje wyraźny spadek ważności celów związanych z edukacją oraz wzrost wagi aktywności zawodowej. Do pewnego stopnia efekt ten wystąpił również w naszych badaniach. W okresie wczesnej dorosłości (grupa w wieku 26-30 lat) praca zawodowa silniej wiązała się z oceną perspektyw na przyszłość niż w okresie wyłaniającej się dorosłości, podczas gdy odwrotny efekt wystąpił w odniesieniu do edukacji. To może wskazywać na zmiany, jakie dokonują się w trzeciej dekadzie życia.

Badania nasze sugerują także, że osoby niepełnosprawne w okresie wyłaniającej się i wczesnej dorosłości, oceniając swoje dotychczasowe życie oraz perspektywy na przyszłość niewielką wagę przykładają do bliskich relacji w związkach intymnych. Fakt posiadania lub nieposiadania partnera w żadnym przypadku nie wiązał się istotnie z analizowanymi tu obszarami jakości życia. Nie oznacza to jednak niewielkiej wagi przykładanej do relacji interpersonalnych. Począwszy od okresu dorastania osoby niepełnosprawne przywiązują wagę do jakości relacji z bliskimi osobami, przede wszystkim spoza rodziny. Prawdopodobnie jest to wynikiem tego, że począwszy od okresu dorastania rodzina staje się mniej ważna

jako środowisko socjalizacyjne, a młodzi ludzie na większą skalę wkraczają w świat relacji z rówieśnikami, które odgrywają główną rolę w rozwoju tożsamości (Kroger, 2007). Jako że wizja własnego życia, zarówno przeszłego, jak i przyszłego stanowi ważny składnik tożsamości osobistej (Brzezińska, 2007), wynik ten nie dość, że nie jest zaskakujący to może nawet wskazywać na prawidłowy przebieg procesu usamodzielniania.

Mniej oczekiwany był zaobserwowany przez nas znaczący wpływ, jaki na ocenę perspektyw na przyszłość wywiera sytuacja finansowa rodziny osoby niepełnosprawnej i to niezależnie od okresu rozwoju. Wygląda na to, że albo budując jakiś obraz swojej, przewidywanej przyszłości młodzi ludzie w dużej mierze biorą pod uwagę możliwości, jakie daje im stan posiadania, a im lepsza sytuacja materialna, tym więcej przewidywanych szans na realizację celów lub też, że w rodzinach lepiej sytuowanych osoby niepełnosprawne miały możliwość zdobycia większej ilości zasobów, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych i dlatego teraz spoglądają w przyszłość z większą ufnością. Trudno jest jednoznacznie to rozstrzygnąć, dlatego uważamy, że kwestia ta wymaga dalszych, pogłębionych badań.

Analizy, które tu przedstawiono dotyczą obszaru nieczęsto poruszanego w pracach naukowych – określenia predyktorów dotychczasowego i przyszłego życia. W przyszłych badaniach nad tą problematyką należałoby zwrócić uwagę na kilka elementów, których w tej pracy zabrakło. Po pierwsze warto sprawdzić, czy uzyskane zależności występują wśród osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Należałoby także bardziej precyzyjnie określić termin „perspektywy na przyszłość”, które w naszych badaniach były traktowane bardzo ogólnie, podczas gdy na przykład Oettingen i Meyer (2002) zwracają uwagę, że w badaniach nad sposobami myślenia o własnej przyszłości trzeba zwrócić uwagę na dwa jego rodzaje: oczekiwania (*expectations*) oraz fantazje (*fantasies*). W naszych badaniach tego zabrakło. Oczywiście, jak w większości badań porównujących osoby w różnym wieku, wyniki należałoby także zweryfikować w badaniach podłużnych.

Literatura cytowana

- Adamson, L., Ferrer-Wreder, L., Kerpelman, J. (2007). Self-concept consistency and future orientation during the transition to adulthood. *Young. Nordic Journal of Youth Research*, 15 (1), 91-112.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469-480.
- Barker, R.N., Kendall, M.D., Amsters, D.I., Pershouse, K.J., Haines, T.P., Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47, 149-155.
- Bartnikowska, U., Żyta, A. (2007). *Żyjąc z niepełnosprawnością. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Brzezińska, A. (2007). *Spoleczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzezińska, A.I., Piotrowski, K. (2010). Formowanie się tożsamości a poczucie doro-

- śłości i gotowość do tworzenia bliskich związków. *Czasopismo Psychologiczne*, 16 (2), 265-274.
- Brzezińska, A.I., Piotrowski, K., Pluta, J., Sijko, K. (2009). Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych. *Sprawy Nauki*, 5 (145), 31-40.
- Cummins, R.A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 699-706.
- Elder, G., Nguyen, T., Caspi, A. (1985). Linking family hardship to children's lives. *Child Development*, 56, 361-375.
- Haegerich, T.M., Tolan, P.H. (2008). Core competencies and the prevention of adolescent substance use. W: N. G. Guerra, C.P. Bradshaw (red.), *Core competencies to prevent problem behaviors and promote positive youth development. New Directions for Child and Adolescent Development*, 122, 47-60.
- Hirsch, J.K., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Heisel, M.J., Beckman, A., Franus, N., Conwell, Y. (2007). Future orientation moderates the relationship between functional status and suicide ideation in depressed adults. *Depression and Anxiety*, 24, 196-201.
- Hogan, D.P., Astone, N.M. (1986). The transition to adulthood. *Annual Review of Sociology*, 12, 109-130.
- Hogansen, J.M., Powers, K., Geenen, S., Gil-Kashiwabara, E., Powers, L. (2008). Transition goals and experiences of females with disabilities: youth, parents and professionals. *Exceptional Children*, 74 (2), 215-234.
- Kroger, J. (2007). *Identity development. Adolescence through adulthood*. Newbury Park, CA: Sage.
- Luyckx, K., Schwartz, S.J., Berzonsky, M.D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I., Goossens, L. (2008). Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality*, 42, 58-82.
- McCrone, P., Heslin, M., Knapp, M., Bull, P., Thompson, A. (2008). Multiple sclerosis in the UK. *Pharmacoeconomics*, 26 (10), 847-860.
- Miller, S.M., Chan, F. (2008). Predictors of life satisfaction in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (12), 1039-1047.
- Mortimer, J.T., Oesterle, S., Krüger, H. (2005). Age norms, institutional structures, and the timing of markers of transition to adulthood. *Advances in Life Course Research*, 9, 175-203.
- Nurmi, J-E., Salmela-Aro, K. (1997). Social strategies and loneliness: a prospective study. *Personality and Individual Differences* 23 (2), 205-215.
- Nurmi, J-E., Salmela-Aro, K., Koivisto, P. (2002). Goal importance, and related agency-beliefs and emotions during the transition from vocational school to work: antecedents and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 241-261.
- Oettingen, G., Mayer, D. (2002). The motivating function of thinking about the future: expectations versus fantasies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (5), 1198-1212.
- Park, J., Turnbull, A., Turnbull, H.R. (2002). Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities. *Exceptional Children* 68 (2), 151-170.

- Piotrowski, K. (2010). *Wkraczanie w dorosłość. Tożsamość i poczucie dorosłości młodych osób z ograniczeniami sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Salmela-Aro, K., Aunola, K., Nurmi, J-E. (2007). Personal goals during emerging adulthood. A 10-year follow up. *Journal of Adolescent Research*, 22 (6), 690-715.
- Seginer, R. (2008). Future orientation in times of threat and challenge. How resilient adolescents construct their future. *International Journal of Behavioral Development*, 32, 272-282.
- Stuifbergen, A., Brown, A., Phillips, L. (2009). Predictors and moderators of the disablement process in persons with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*, 24, 119-129.
- Turnbull, A.P., Turnbull, H.R. (2001). Self-determination for individuals with significant cognitive disabilities and their families. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 26 (1), 56-62.
- Verbunt, J.A., Pernot, D., Smeets, R. (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6.
- Wang, M., Turnbull, A.P., Summers, J.A., Little, T.D., Poston, D.J., Mannan, H., Turnbull, R. (2004). Severity of disability and income as predictors of parents' satisfaction with their family quality of life during early childhood years. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 29 (2), 82-94.
- Wells, T., Sandefur, G.D., Hogan, D.P. (2003). What happens after the high school years among young persons with disabilities? *Social Forces*, 82 (2), 803-832.
- WHOQOL (1997). *Measuring quality of life*. The World Health Organization Quality of Life Instruments.
- Wynia, K., Middel, B., Dijk van, J.P., Keyser de, J.H.A., Reijneveld, S.A. (2008). The impact of disabilities on quality of life in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 14, 972-980.