

RELIGIJNE STRATEGIE RADZENIA SOBIE Z DOŚWIADCZANIEM WŁASNEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

WPROWADZENIE

Osobie z niepełnosprawnością bardzo często trudno jest zaakceptować fakt niepełnosprawności i siebie jako osoby niepełnosprawnej. Określa ona siebie jako posiadającą więcej cech negatywnych i nierzadko koncentruje się na własnych ograniczeniach. Nie postrzega niepełnosprawności jako cechy, którą posiada i która w sposób pozytywny odróżnia ją od innych ludzi. Zaistniałą sytuację życiową interpretuje raczej jako trudną, niezrozumiałą i stresogenną, a nie jako zadanie, z którym należy się zmierzyć. Brak kontroli nad niepełnosprawnością i świadomość własnych ograniczeń wzbudza przekonanie, że indywidualne możliwości są niewystarczające, aby można było samodzielnie sprostać trudnościom wynikającym z sytuacji niepełnosprawności. Napięcie emocjonalne stwarza sytuację stresową. W celu polepszenia swojego funkcjonowania osoba stosuje strategie radzenia sobie ze stresem. Coraz częściej do ich grona zalicza się także strategie religijne, ponieważ to właśnie religia uznawana jest za istotny czynnik w nadawaniu sensu i celu życia w doświadczaniu niepełnosprawności (Janocha, 2011; Orkan-Lęcka, 1980; Talik, 2009).

Przeprowadzone badania mają na celu z jednej strony przybliżenie koncepcji religijnych strategii radzenia sobie i rozszerzenie świadomości psychologów w zakresie zróżnicowania możliwych do stosowania przez jednostkę strategii radzenia sobie, a z drugiej – pomoc w pracy z osobami niepełnosprawnymi, szczególnie nad: kształtowaniem u nich pozytywnego obrazu Boga, przystosowaniem do sytuacji niepełnosprawności oraz tworzeniem indywidualnych, a przede wszystkim

skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem, aby ostatecznie osoby te miały możliwość optymalnego funkcjonowania – rozpatrywanego w sensie całościowym.

Badania zostały przeprowadzone na terenie dwóch województw – podkarpackiego i lubelskiego. Uczestniczyły w nich osoby wierzące z niepełnosprawnością ruchową (kobiety i mężczyźni) w wieku 18-57 lat. Badani udzielali odpowiedzi na pytania znajdujące się w metryczce oraz ustosunkowywali się do twierdzeń Skali Religijności Personalnej, Skali Akceptacji Niepełnosprawności oraz Skali Religijnych Strategii Radzenia Sobie.

W niniejszym artykule najpierw przedstawimy kontekst teoretyczny omawianego tematu, następnie wyniki przeprowadzonych badań empirycznych i dalej analizy i interpretację uzyskanych wyników.

KONTEKST TEORETYCZNY BADAŃ WŁASNYCH

Bardzo często zdarza się, że osobom z niepełnosprawnością trudno zaakceptować fakt niepełnosprawności i siebie jako osoby niepełnosprawnej. Według Orkan-Lęckiej (1980) dzieje się tak w sytuacji, kiedy osoba uważa, że odchylenie fizyczne determinuje ją jako posiadającą indywidualny zestaw cech negatywnych. Jej ocena siebie może nie odnosić się do całości psychofizycznej osoby, ale koncentrować się tylko na tym zaburzonym elemencie. Ponadto jednostka ma trudności z akceptacją swojej sytuacji, kiedy uważa, że niepełnosprawność jest czynnikiem deprecjonującym wartość człowieka. Nie potrafi spostrzec niepełnosprawności jako przeszkody, z którą trzeba się zmierzyć. Łatwiej jest jej wszystko, co złego ją spotyka, interpretować jako efekt swojej niepełnosprawności.

Jeżeli rozpatrujemy przystosowanie osób niepełnosprawnych do sytuacji niepełnosprawności, to możemy mówić o dwóch wymiarach tego przystosowania. Osoba musi wykształcić i wypracować w sobie mechanizmy kompensacyjne, czyli nauczyć się wykonywać czynności życiowe mimo niepełnosprawności. Nie jest to jednak wystarczające. Ten aspekt nie pojawi się, jeżeli równoległe z nim nie nastąpi przystosowanie psychiczne, czyli akceptacja stanu niepełnosprawności, akceptacja siebie jako osoby niepełnosprawnej. Efektem opisywanej akceptacji jest traktowanie niepełnosprawności jako cechy, którą się posiada, ale która nie determinuje negatywnie całego mojego życia, mojego obrazu siebie oraz oceny siebie i rzeczywistości (Orkan-Lęcka, 1980).

Odminną postawą osób niepełnosprawnych wobec własnej niepełnosprawności, wyróżnioną przez Wiszejko-Wierzbicką (2008), jest brak akceptacji w sto-

sunku do własnej niepełnosprawności. Postawa ta uwidacznia się w początkowych etapach procesu przystosowania osoby do własnej niepełnosprawności. Zaistniała sytuacja postrzegana jest wówczas przez nią jako trudna, niezrozumiała, stresogenna. Doświadczenie braku kontroli nad niepełnosprawnością może zagrażać jej pozytywnej samoocenie, a towarzyszy temu ogromny stres, uświadomienie sobie własnych ograniczeń oraz narastające przekonanie, że indywidualne możliwości są niewystarczające, aby można było samodzielnie sprostać trudnościom wynikającym z sytuacji niepełnosprawności. W celu polepszenia swojego funkcjonowania osoba stosuje strategie radzenia sobie ze stresem. Coraz częściej do ich grona zalicza się strategie religijne (Talik, 2009).

Celem stosowania wszystkich strategii radzenia sobie ze stresem – również tych związanych z religią – jest „zrozumienie i sprostanie znaczącym wymaganiom, zarówno osobistym, jak i sytuacyjnym, które w danym momencie przekraczają możliwości osoby i zmuszają ją do podjęcia wysiłków przystosowawczych” (Talik, 2009, s. 96). Talik (2009) dzieli strategie religijne na pozytywne i negatywne. Pozytywne religijne strategie radzenia sobie ze stresem (np. ofiarowanie Bogu zaistniałego problemu po podjęciu próby samodzielnego zmierzenia się z nim) są ściśle związane z niższą skłonnością do depresji, wyższym poziomem samooceny oraz zadowoleniem z życia. Przeciwnieństwem są negatywne religijne strategie, czyli np. interpretowanie zaistniałej sytuacji jako kary za grzechy, co skutkuje ciągłym uczuciem lęku oraz pogorszeniem się stanu zdrowia fizycznego. Najważniejsze w omawianych strategiach jest to, że osoba stosująca je odwołuje się do sfery religijnej, a różnica polega na indywidualnym, niepowtarzalnym dla każdej jednostki postrzeganiu relacji z sacrum.

Religijne strategie radzenia sobie stosowane są głównie w sytuacjach niezrozumiałych, postrzeganych jako trudne do wyjaśnienia, nierozwiązywalnych oraz niesprawiedliwych. Można do nich zaliczyć: żalobę, niezawinione cierpienie, problemy zdrowotne, chorobę nowotworową lub przewlekłą, niepełnosprawność dziecka czy swoją własną (Irzyk, 2012; Talik, 2009).

Z religijnych strategii radzenia sobie korzystają najczęściej osoby, dla których religia odgrywa ważną rolę, jest przez nich oceniana jako coś znaczącego. Alternatywa ta staje się dla nich łatwo dostępna, a rozwiązanie problemu w kontekście religijnym pozwala mieć poczucie kontrolowania zaistniałej sytuacji i pomaga podwyższyć poziom własnej samooceny. Bardzo często są to ludzie głęboko wierzący, jak również zaangażowani w działalność grup religijnych. W procesie radzenia sobie z problemami wybierają pozytywne strategie religijne, gdyż przejawiają pozytywną postawę wobec Boga i Kościoła. Cechuje je aktywność, zaangażowanie religijne i otwartość, co Jaworski (1998) określa jako religijność personalną. Z kolei osoby wykorzystujące negatywne strategie religijne częściej mają odczucie, że podczas rozwiązywania problemów są zdani tylko na własne siły. W swojej opinii

nie doświadczają działania Boga w sytuacjach, które ich spotykają, co przejawia się częstym wyrażaniem niezadowolenia z Boga i Kościoła i religijnością apersonalną (Jaworski, 1998; Talik, 2009).

O wyborze religijnych strategii radzenia sobie ze stresem decyduje nie tylko zaangażowanie religijne jednostki, ale także poziom przekonania o własnej skuteczności, czyli osobista wiara w siebie i własne możliwości. Osoby charakteryzujące się wysokim poziomem własnej skuteczności częściej sięgają po pozytywne religijne strategie, o czym świadczy umiejętność proszenia Boga o pomoc i przekonanie, że następujące później wydarzenia to skutki Jego interwencji. Sytuację trudną osoby te określają jako korzystną, z której może wyniknąć dla nich jakieś dobro, a religia pomaga im w znalezieniu odpowiednich rozwiązań problemu. Drugim biegunem kontinuum jest słabe przekonanie o własnej skuteczności, z czym wiąże się postrzeganie sytuacji trudnej jako kary Bożej, wyrażanie niezadowolenia wobec Boga i Jego interwencji oraz obarczanie Go odpowiedzialnością za rozwiązanie sytuacji problemowej (Talik, 2009).

W świetle poczynionych rozważań teoretycznych w opisywanych badaniach za przedmiot zainteresowań przyjęto związek między deklarowanym zaangażowaniem religijnym i wykazywaną postawą w stosunku do własnej niepełnosprawności a stosowaniem przez osoby niepełnosprawne ruchowo w sytuacjach trudnych religijnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Problem badawczy to pytanie: Jaki jest związek między deklarowanym zaangażowaniem religijnym i wykazywaną postawą w stosunku do własnej niepełnosprawności a stosowaniem przez osoby niepełnosprawne ruchowo religijnych strategii radzenia sobie ze stresem?

Głębsza analiza powyższego problemu pozwala na sformułowanie następujących pytań szczegółowych: Jaki jest związek między niskim stopniem zaangażowania religijnego i postawą braku akceptacji wobec własnej niepełnosprawności a stosowaniem religijnych strategii radzenia sobie ze stresem? Jaki jest związek między niskim stopniem zaangażowania religijnego i postawą akceptacji wobec własnej niepełnosprawności a stosowaniem religijnych strategii radzenia sobie ze stresem? Jaki jest związek między wysokim stopniem zaangażowania religijnego i postawą braku akceptacji wobec własnej niepełnosprawności a stosowaniem religijnych strategii radzenia sobie ze stresem? Jaki jest związek między wysokim stopniem zaangażowania religijnego i postawą akceptacji wobec własnej niepełnosprawności a stosowaniem religijnych strategii radzenia sobie ze stresem? Czy związki te są istotne statystycznie?

GRUPA BADANA

Badania zostały przeprowadzone w okresie trzech miesięcy i objęły teren województwa podkarpackiego i lubelskiego. Uczestniczyły w nich dorosłe osoby niepełnosprawne ruchowo (kobiety i mężczyźni) – pacjenci ośrodków rehabilitacyjnych bądź kuracjusze sanatoriów, którzy deklarowali, że są osobami wierzącymi. Grupę badaną stanowiły 34 kobiety i 33 mężczyzn (tabela 1).

Tabela 1. Liczebność (f) i procent (P) dla rozkładu płci osób badanych

Płeć	Osoby badane	
	<i>f</i>	<i>P</i>
Kobieta	34	50,75
Mężczyzna	33	49,25
Ogółem	67	100

W celu zweryfikowania problemu badawczego i udzielenia odpowiedzi na pytania szczegółowe osoby badane podzielono na cztery grupy w zależności od rozkładu empirycznego wyników Skali Religijności Personalnej (SRP) i Skali Akceptacji Niepełnosprawności (SAI). Osoby z wynikami niskimi to badani, których wynik mieścił się poniżej wartości mediany, a osoby z wynikami wysokimi to badani, których wynik znajdował się powyżej wartości mediany. W związku z tym grupę I stanowiły osoby, które uzyskały niskie wyniki w SRP i niskie wyniki w SAI. Grupa II to osoby z niskimi wynikami w SRP i wysokimi wynikami w SAI. Grupa III uzyskała wysokie wyniki w SRP i niskie wyniki w SAI, a grupa IV – wysokie wyniki w SRP i wysokie wyniki w SAI. Najwięcej osób liczyła grupa IV, co stanowi 31,34% ogółu. Tylko 12 osób zostało zakwalifikowanych do grupy III (17,91% ogółu). Wiek osób badanych mieści się w granicach 18-57 lat. Średnia to $M = 36,18$ lat. Największą grupę stanowiły osoby w wieku 18-27 lat (34,33% ogółu), a najmniejszą – osoby w wieku 38-47 lat, czyli 16,42% ogółu (tabela 2 i 3).

Tabela 2. Liczebność (f) i procent (P) dla podziału grup osób badanych

Grupa	Osoby badane	
	<i>f</i>	<i>P</i>
I. Niskie SRP, niskie SAI	20	29,85
II. Niskie SRP, wysokie SAI	14	20,90
III. Wysokie SRP, niskie SAI	12	17,91
IV. Wysokie SRP, wysokie SAI	21	31,34
Ogółem	67	100

Tabela 3. Liczebność (f) i procent (P) dla rozkładu wieku osób badanych

Grupa	Wiek							
	18-27 lat		28-37 lat		38-47 lat		48-57 lat	
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
I	4	5,97	5	7,46	5	7,46	6	8,96
II	5	7,46	4	5,97	0	0	5	7,46
III	0	0	1	1,49	5	7,46	6	8,96
IV	14	20,90	4	5,97	1	1,49	2	2,99
Ogółem	23	34,33	14	20,90	11	16,42	19	28,36

Osoby badane pytano o typ ich niepełnosprawności. Największa grupa to badani z uszkodzeniem jednej kończyny dolnej (12 osób, 17,91%), kolejną grupę stanowią osoby z porażeniem jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej oraz z porażeniem czterokończynowym (11 osób, 16,42%). Podobnie liczna jest grupa osób z porażeniem obydwu kończyn dolnych – 10 osób, 14,93% (tabela 4a i 4b).

Tabela 4. Liczebność (f) i procent (P) dla rozkładu typu niepełnosprawności w badanej grupie (amputacja)

Grupa	Typ niepełnosprawności			
	amputacja 1d		amputacja 1g	
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
I	2	2,99	0	0
II	0	0	0	0
III	0	0	1	1,49
IV	0	0	0	0
Ogółem	2	2,99	1	1,49

Tabela 4a. Liczebność (f) i procent (P) dla rozkładu typu niepełnosprawności w badanej grupie (uszkodzenie)

Grupa	Typ niepełnosprawności									
	Uszkodzenie 1d		Uszkodzenie 2d		Uszkodzenie 1g		Uszkodzenie 1d i 1g		Uszkodzenie 4k	
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
I	1	1,49	1	1,49	2	2,99	0	0	0	0
II	6	8,96	1	1,49	2	2,99	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
III	3	4,48	0	0	0	0	1	1,49	0	0
IV	2	2,99	2	2,99	1	1,49	0	0	1	1,49
Ogółem	12	17,91	4	5,97	5	7,46	1	1,49	1	1,49

Tabela 4b. Liczebność (f) i procent (P) dla rozkładu typu niepełnosprawności w badanej grupie (porażenie)

Grupa	Typ niepełnosprawności											
	Porażenie 1d		Porażenie 2d		Porażenie 1g		Porażenie 1d i 1g		Porażenie 3k		Porażenie 4k	
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
I	0	0	4	5,97	0	0	6	8,96	1	1,49	3	4,48
II	2	2,99	2	2,99	0	0	1	1,49	0	0	0	0
III	1	1,49	2	2,99	1	1,49	1	1,49	0	0	2	2,99
IV	4	5,97	2	2,99	0	0	3	4,48	0	0	6	8,96
Ogółem	7	10,45	10	14,93	1	1,49	11	16,42	1	1,49	11	16,42

Przyglądając się religijności jednostki, należy zwrócić uwagę przede wszystkim na kryzysy wiary. Okazuje się, że 76,12% osób badanych nie przeżywało bądź nie przeżywa obecnie kryzysów wiary. Wnikliwsza analiza wyników pozwala stwierdzić, iż w całej grupie respondentów jest 6 osób (8,96% ogółu), które dotknął kryzys wiary, ale ze względu na to, że znajdują się w grupie z wysokim stopniem zaangażowania religijnego (grupa IV), można przypuszczać, że miało to miejsce w przeszłości (tabela 5).

Tabela 5. Liczebność (f) i procent (P) dla rozkładu kryzysów wiary osób badanych

Grupa	Kryzysy wiary			
	tak		nie	
	f	P	f	P
I	5	7,46	15	22,39
II	5	7,46	9	13,43
III	0	0	12	17,91
IV	6	8,96	15	22,39
Ogółem	16	23,88	51	76,12

Do zmiany postawy religijnej jednostki mogą przyczynić się kryzysy czy sytuacje stresowe, co ogólnie określić można mianem wydarzeń mających wpływ na

deklarowaną religijność. O omawianych wydarzeniach wspomina niewielka grupa badanych (15 osób, 22,39%). Najwięcej z tych osób (8,96%) znalazło się w grupie IV, czyli deklarującej wysoki stopień zaangażowania religijnego i wysoki poziom akceptacji własnej niepełnosprawności (tabela 6).

Tabela 6. Liczebność (f) i procent (P) dla rozkładu wydarzeń, które wpłynęły na religijność osób badanych

Grupa	Wydarzenie znaczące			
	tak		nie	
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
I	4	5,97	16	23,88
II	3	4,48	11	16,42
III	2	2,99	10	14,93
IV	6	8,96	15	22,39
Ogółem	15	22,39	52	77,61

Na koniec należy przyrzeć się ważności sfery religijnej w życiu osób badanych. Ogólnie mówiąc, religia ma duże znaczenie dla osób uczestniczących w badaniu (92,54%). Największą część tej grupy (31,34%) stanowią osoby znajdujące się w grupie o wysokim zaangażowaniu religijnym i wysokim stopniu akceptacji niepełnosprawności. Niewiele mniejszą liczbę osób, które uważają religię za ważną, stanowią badani z niskim zaangażowaniem i niską akceptacją niepełnosprawności (grupa I, 26,87%). Wyniki pokazują również, że tylko osoby z niskim zaangażowaniem religijnym (grupa I i II) uważają sferę religijną za całkowicie nieważną w ich życiu – 5 osób, 7,46% ogółu (tabela 7).

Tabela 7. Liczebność (f) i procent (P) dla rozkładu ważności sfery religijnej w życiu osób badanych

Grupa	Ważność sfery religijnej			
	tak		nie	
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
I	18	26,87	2	2,99
II	11	16,42	3	4,48
III	12	17,91	0	0
IV	21	31,34	0	0
Ogółem	62	92,54	5	7,46

METODY

Poziom zaangażowania religijnego osób badanych zmierzono za pomocą Skali Religijności Personalnej Jaworskiego (1998). Narzędzie to bada personalny wymiar religijności. Religijność ma wymiar personalny, gdy osoby są zaangażowane w relację z Bogiem, traktują Go jak Osobę, a relacja ta ma formę dialogu. Na drugim krańcu kontinuum jest wymiar apersonalny, który charakteryzuje się brakiem zaangażowania, obojętnością wobec Boga, traktowaniem Go jak wartość peryferyjną oraz relacją w formie monologu.

Z kolei do pomiaru poziomu akceptacji niepełnosprawności wykorzystano Skalę Akceptacji Niepełnosprawności. Powstała ona w Katedrze Psychologii Rehabilitacji KUL w wyniku modyfikacji Skali Akceptacji Inwalidztwa Orkan-Łęckiej (1980). Dzięki dokonanej zmianie sformułowań „osoba niewidoma”, „ślepotą” oraz „inwalidztwo wzroku” na „osoba niepełnosprawna” i „niepełnosprawność” narzędzie można wykorzystywać do badania osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności w wieku od 15 lat. Wynik niski sugeruje nieakceptację własnej niepełnosprawności, a wynik wysoki – akceptację niepełnosprawności (Orkan-Łęcka, 1980).

W badaniach zastosowano także skróconą wersję Skali Religijnych Strategii Radzenia Sobie Pargamenta i współpracowników (1998) w adaptacji polskiej Jarosza (2011). Liczba uzyskanych przez osoby badane punktów pozwala ocenić, jak często w sytuacjach trudnych wykorzystują pozytywne lub negatywne religijne strategie radzenia sobie. Podobne wyniki w obu skalach mogą z jednej strony świadczyć o ambiwalentnym stosunku do traktowania religii jako stylu radzenia sobie, a z drugiej – sygnalizować etap religijnego przewartościowania, czyli zmagania się z kryzysem, co prowadzi do wzmocnienia nasilenia jednego rodzaju religijnych strategii radzenia sobie, a osłabienia drugiego. Skalę można wykorzystywać w badaniach zarówno młodzieży, jak i dorosłych. Ważne jest, aby badani byli osobami wierzącymi, gdyż brak wiary skutkuje osiągnięciem minimalnych wyników w opisywanej Skali Religijnych Strategii Radzenia Sobie (Jarosz, 2011; Pargament, Feuille, Burdzy, 2011).

PROCEDURA BADANIA

Badania miały formę papier-ołówek i zostały przeprowadzone w kontakcie bezpośrednim. Osoby badane proszono o ustosunkowanie się do twierdzeń Skali Religijności Personalnej, Skali Akceptacji Niepełnosprawności oraz Skali Religijnych

Strategii Radzenia Sobie. W sytuacji, kiedy rodzaj niepełnosprawności w znacznym stopniu utrudniał bądź całkowicie uniemożliwiał osobie badanej samodzielne wypełnienie kwestionariuszy, badający czytał pozycje testowe i zapisywał na arkuszu udzielane przez badanego odpowiedzi. Całkowity czas przeznaczony na badanie jednej osoby wynosił ok. 30-45 min.

WYNIKI

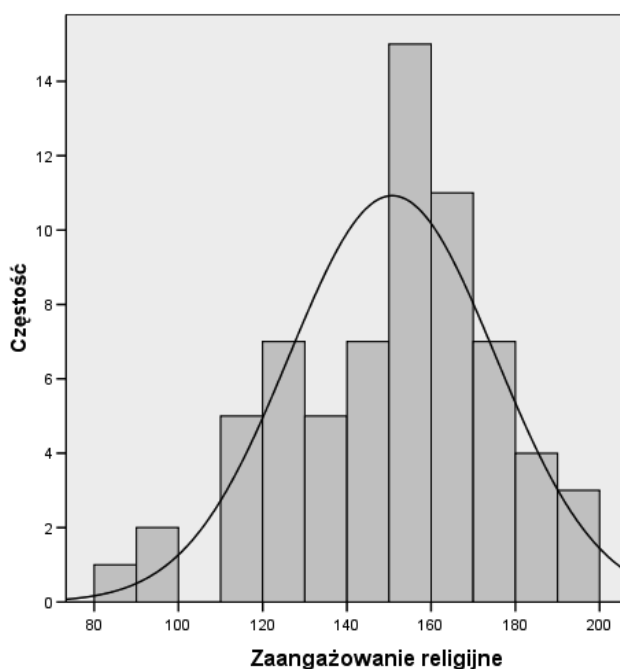
Zgromadzony materiał empiryczny został zanalizowany najpierw w odniesieniu do statystyk opisowych badanych zmiennych, a następnie pod kątem podziału osób badanych na opisane wcześniej cztery grupy: osoby z niskim zaangażowaniem religijnym i brakiem akceptacji własnej niepełnosprawności, osoby z niskim zaangażowaniem religijnym i akceptacją niepełnosprawności, osoby z wysokim zaangażowaniem religijnym i brakiem akceptacji własnej niepełnosprawności oraz osoby z wysokim zaangażowaniem religijnym i akceptacją niepełnosprawności.

Zaangażowanie religijne, akceptacja własnej niepełnosprawności i religijne strategie radzenia sobie ze stresem

Poziom zaangażowania religijnego w badanej grupie waha się od 88 do 195 punktów. Średnia wynosi $M = 150,78$, a odchylenie standardowe $SD = 24,47$. Dwadzieścia siedem osób (40,30% ogółu) uzyskało wyniki poniżej średniej, a 40 osób (59,70% ogółu) – wyniki powyżej średniej (tabela 8, wykres 1).

Tabela 8. Statystyki opisowe dla zaangażowania religijnego w badanej grupie

Grupa	Zaangażowanie religijne			
	M	SD	minimum	maksimum
I	134,00	16,30	93	155
II	128,79	19,99	88	155
III	162,58	5,38	156	173
IV	174,67	12,01	157	195
Ogółem	150,78	24,47	88	195

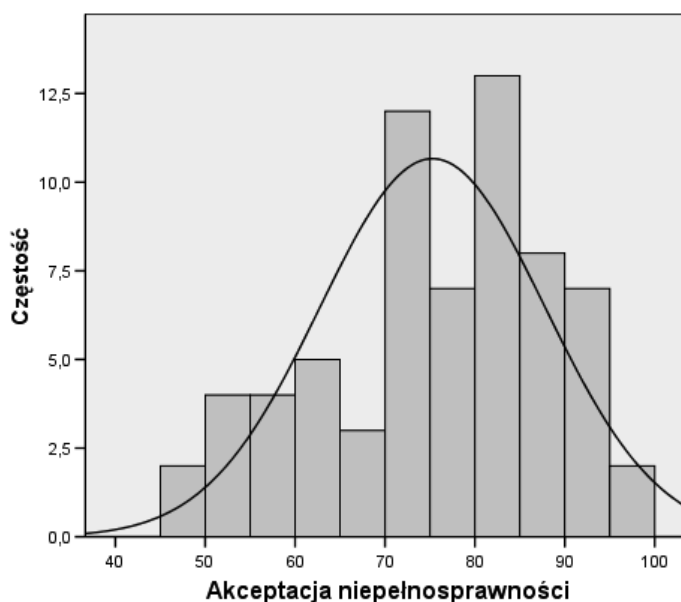


Wykres 1. Rozkład wyników dla zaangażowania religijnego w badanej grupie

Wyniki wszystkich osób badanych w Skali Akceptacji Niepełnosprawności wahają się w granicach 47-96 punktów, średnia wynosi $M = 75,28$ punktu, a odchylenie standardowe – $SD = 12,53$ (tabela 9). W badanej grupie 18 osób (26,87% ogółu) uzyskało wyniki poniżej średniej, a 49 osób (73,13%) – wyniki powyżej średniej (wykres 2).

Tabela 9. Statystyki opisowe dla akceptacji własnej niepełnosprawności w badanej grupie

Grupa	Akceptacja własnej niepełnosprawności			
	M	SD	minimum	maksimum
I	64,65	8,94	47	77
II	84,43	4,80	78	91
III	64,67	9,37	49	74
IV	85,38	5,72	78	96
Ogółem	75,28	12,53	47	96

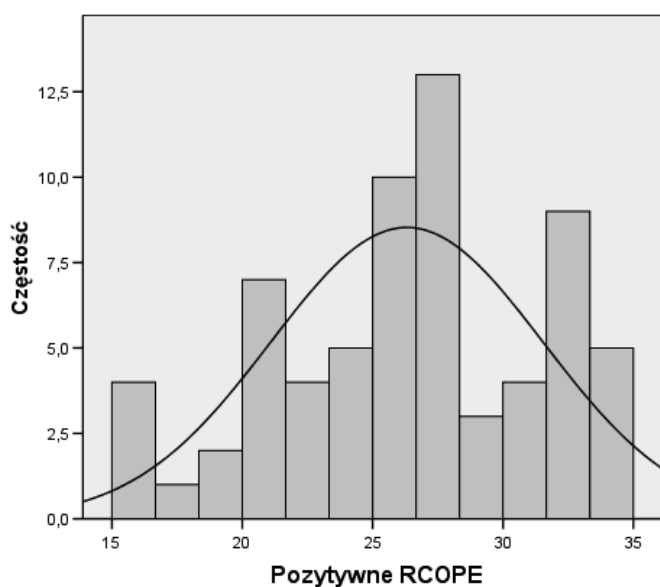


Wykres 2. Rozkład wyników dla akceptacji niepełnosprawności w badanej grupie

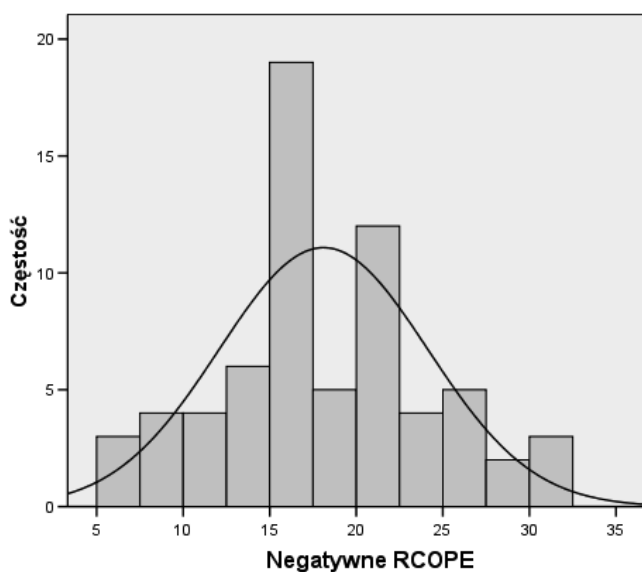
W całości badanej grupy wyniki wahają się w granicach 15-35 punktów dla pozytywnych religijnych strategii oraz w granicach 7-32 punkty dla negatywnych religijnych strategii radzenia sobie. Średnia dla pozytywnych religijnych strategii wynosi $M = 26,31$, a $SD = 5,22$. Natomiast dla negatywnych religijnych strategii $M = 18,10$, a $SD = 6,03$. W skali pozytywnych religijnych strategii radzenia sobie 33 osoby (49,25% ogółu) uzyskały wyniki poniżej średniej, a 34 osoby (50,75%) – powyżej średniej. Natomiast w skali negatywnych religijnych strategii radzenia sobie 38 osób (56,72%) uzyskało wyniki poniżej średniej, a 29 osób (43,28% ogółu) – powyżej średniej (tabela 10 i 11, wykres 3 i 4).

Tabela 10. Statystyki opisowe dla pozytywnych religijnych strategii radzenia sobie w badanej grupie

Grupa	Pozytywne religijne strategie radzenia sobie			
	M	SD	minimum	maksimum
I	24,10	3,84	15	32
II	22,43	4,62	15	29
III	28,92	3,94	20	35
IV	29,52	4,82	19	35
Ogółem	26,31	5,22	15	35



Wykres 3. Rozkład wyników dla pozytywnych religijnych strategii radzenia sobie w badanej grupie



Wykres 4. Rozkład wyników dla negatywnych religijnych strategii radzenia sobie w badanej grupie

Tabela 11. Statystyki opisowe dla negatywnych religijnych strategii radzenia sobie w badanej grupie

Grupa	Negatywne religijne strategie radzenia sobie			
	M	SD	minimum	maksimum
I	20,20	5,62	9	31
II	17,57	7,08	7	32
III	18,83	5,69	12	30
IV	16,05	5,51	7	25
Ogółem	18,10	6,03	7	32

W badanej grupie najwięcej osób, znajdując się w sytuacji trudnej, korzysta z pozytywnych religijnych strategii radzenia sobie (47 osób, 70,15% ogółu). Tylko 9 badanych (13,43% ogółu) wykorzystuje negatywne religijne strategie radzenia sobie, a 11 osób (16,42%) ma ambiwalentny stosunek do traktowania religii jako stylu radzenia sobie. Osoby te mogą również przeżywać etap religijnego przewartościowania, czyli zmagać się z kryzysem wiary, który ostatecznie prowadzi do wzmocnienia nasilenia jednego rodzaju religijnych strategii radzenia sobie, a osłabienia drugiego (tabela 12).

Tabela 12. Liczebność (f) i procent (P) dla rodzajów religijnych strategii radzenia sobie w badanej grupie

Grupa	Pozytywne RCOPE		Ambiwalencja		Negatywne RCOPE	
	f	P	f	P	f	P
I	8	11,94	8	11,94	4	5,97
II	9	13,43	1	1,49	4	5,97
III	10	14,93	2	2,99	0	0
IV	20	29,85	0	0	1	1,49
Ogółem	47	70,15	11	16,42	9	13,43

Zaangażowanie religijne a religijne strategie radzenia sobie

Zaangażowanie religijne istotnie koreluje z pozytywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie w grupie osób z niskim poziomem zaangażowania religijnego i niskim poziomem akceptacji własnej niepełnosprawności (grupa I). Korelacja jest umiarkowana i wprost proporcjonalna, co sugeruje, że osoby słabo zaangażowane religijnie w obliczu sytuacji trudnej nie wykorzystują pozytywnych religijnych stra-

tegi radzenia sobie. Podobną korelację zaangażowania religijnego z pozytywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie obserwuje się również w grupie osób z wysokim poziomem zaangażowania religijnego i wysokim poziomem akceptacji własnej niepełnosprawności (grupa IV). Można więc stwierdzić, że osoby zaangażowane religijnie stosują pozytywne religijne strategie radzenia sobie, aby poradzić sobie z zaistniałą sytuacją stresową. Analiza wyników w aspekcie związku zaangażowania religijnego z negatywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem pozwala zwrócić uwagę na istotną statystycznie korelację między wymienionymi zmiennymi w grupie osób słabo zaangażowanych religijnie i akceptujących własną niepełnosprawność (grupa II). Jest ona umiarkowana i odwrotnie proporcjonalna, co pozwala wnioskować, że osoby o niskim poziomie zaangażowania religijnego częściej w sytuacjach trudnych stosują negatywne religijne strategie radzenia sobie (tabela 13).

Tabela 13. Korelacje zaangażowania religijnego z religijnymi strategiami radzenia sobie w badanej grupie

Grupa	Zaangażowanie religijne	Pozytywne RCOPE	Negatywne RCOPE
I	Korelacja r-Pearsona	0,47	-0,12
	Istotność (dwustronna)	0,038	0,621
II	Korelacja r-Pearsona	0,48	-0,66
	Istotność (dwustronna)	0,081	0,011
III	Korelacja r-Pearsona	0,18	0,01
	Istotność (dwustronna)	0,570	0,984
IV	Korelacja r-Pearsona	0,66	-0,22
	Istotność (dwustronna)	0,001	0,332

Akceptacja własnej niepełnosprawności a religijne strategie radzenia sobie

Istnieje korelacja akceptacji własnej niepełnosprawności z pozytywnymi i negatywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem w grupie osób z wysokim poziomem zaangażowania religijnego i brakiem akceptacji własnej niepełnosprawności (grupa III). Związek ten jest odwrotnie proporcjonalny – osoby nieakceptujące swojej niepełnosprawności mają ambiwalentny stosunek do traktowania religii jako stylu radzenia sobie lub przeżywają etap religijnego przewartościowania (tabela 14).

Tabela 14. Korelacje akceptacji własnej niepełnosprawności z religijnymi strategiami radzenia sobie w badanej grupie

Grupa	Akceptacja własnej niepełnosprawności	Pozytywne RCOPE	Negatywne RCOPE
I	Korelacja r-Pearsona	-0,29	-0,21
	Istotność (dwustronna)	0,214	0,378
II	Korelacja r-Pearsona	0,04	0,43
	Istotność (dwustronna)	0,902	0,126
III	Korelacja r-Pearsona	-0,64	-0,85
	Istotność (dwustronna)	0,026	0,001
IV	Korelacja r-Pearsona	0,08	-0,06
	Istotność (dwustronna)	0,726	0,814

DYSKUSJA

Zebrany materiał empiryczny pozwolił na wyodrębnienie z całej grupy osób badanych przede wszystkim te osoby niepełnosprawne ruchowo, które nie były zaangażowane religijnie i nie akceptowały swojej niepełnosprawności. Analizy statystyczne wykazały, że nie wykorzystują one w sytuacjach trudnych pozytywnych religijnych strategii radzenia sobie. Ponadto nie odnotowano związku poziomu zaangażowania religijnego z negatywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Właściwe wydaje się przypuszczenie, że osoby zakwalifikowane do tej grupy w sytuacji trudnej wykorzystują inne, niezwiązane z religią, strategie radzenia sobie, mimo iż uważają, że sfera religijna jest ważna w ich życiu. Może to wiązać się też z cechami osobowości, skorelowanymi z religijnością apersonalną, takimi jak: słaba wola, pragnienie dominacji, pobudliwość, niecierpliwość, tendencja do niezależności oraz liczenie tylko na siebie (Jaworski, 1998). Cechy te zdecydowanie stoją na przeszkodzie do pełnego zaufania Bogu i powierzenia Mu rozwiązania zaistniałej sytuacji trudnej. Zauważono także, że osoby o niskim zaangażowaniu religijnym mają niski poziom akceptacji siebie, mniejsze zaufanie do siebie, poczucie niższości oraz niską samoocenę, co może wiązać się z brakiem akceptacji siebie jako osoby niepełnosprawnej. Należy zwrócić uwagę również na fakt, że pozytywną relację z Bogiem jednostka pielęgnuje nie tylko poprzez indywidualne praktyki religijne, ale także spotkania we wspólnocie, które nie są łatwe dla osób nieakceptujących swojej niepełnosprawności (Jaworski, 1998; Wiszejko-Wierzbička, 2008). Osoby niepokodzone z faktem doświadczanych ograniczeń koncentrują się tylko

i wyłącznie na swojej niepełnosprawności, co z biegiem czasu staje się rodzajem filtra, przez który spostrzegają otaczający je świat. Wszystko wokół jawi się jako negatywne, złe i dlatego osoby te izolują się, wycofują z kontaktów interpersonalnych i obawiają nawiązania nowych znajomości. Każde spotkanie z ludźmi to dla nich źródło strachu, niechęci i niepewności, co dodatkowo utrudnia nawiązanie pełnej miłości i opartej na szacunku oraz całkowitym oddaniu relacji z Bogiem (Wiszejko-Wierzbicka, 2008).

Kolejna grupa badanych to osoby o niskim poziomie zaangażowania religijnego i postawie akceptacji własnej niepełnosprawności. Przeprowadzone badania wskazały, że stosują one negatywne religijne strategie radzenia sobie, co nie do końca zgadza się z literaturą przedmiotu. Talik (2009) uważa bowiem, że negatywne religijne strategie radzenia sobie w obliczu sytuacji trudnych stosują raczej osoby, które postrzegają ją jako karę za grzechy i mają odczucie, że podczas rozwiązywania problemów są zdane tylko na własne siły. W ten sposób scharakteryzować można raczej osoby o postawie nieakceptacji własnej niepełnosprawności, a nie osoby pogodzone z faktem swoich ograniczeń. W tym miejscu należy także zwrócić uwagę na poziom zaangażowania religijnego osób uczestniczących w niniejszych badaniach, a zakwalifikowanych do opisywanej grupy. Według Jaworskiego (1998) osoby z niskim poziomem zaangażowania religijnego charakteryzuje niski poziom akceptacji siebie, mniejsze zaufanie do siebie, poczucie niższości, niezadowolenie i niska samoocena. Może to sugerować, że osoby badane nie akceptują własnej niepełnosprawności, co nie jest zgodne z przedstawionymi wynikami. Zaistniałe rozbieżności można wyjaśnić następująco: być może osoby niezaangażowane religijnie i akceptujące własną niepełnosprawność potraktowały fakt ograniczeń sprawności jako stojące przed nimi zadanie, które muszą rozwiązać i to pomogło im w osiągnięciu końcowego przystosowania. Wniosek ten jest zgodny z koncepcją Kerr (1977), do której odwołuje się Janocha (2011). Również Kowalik (2005) podkreśla, że dysfunkcja organizmu staje się czynnikiem wyzwalamym i przyspieszającym proces psychologicznej akceptacji własnej niepełnosprawności. Na korzyść przedstawionych stwierdzeń przemawia charakteryzująca osoby uczestniczące w opisywanych badaniach tendencja do bycia samodzielnymi i niezależnymi (Jaworski, 1998; Wiszejko-Wierzbicka, 2008). Liczą tylko na siebie i być może dlatego nie oczekują pomocy od Boga. Częściej stosują negatywne religijne strategie radzenia sobie, ale w tym przypadku nie możemy mówić o niezadowoleniu z Boga i buncie wobec Niego, ponieważ osoby z tej grupy nie przeżywają kryzysów wiary i sferę religijną określają jako ważną w swoim życiu. Bardziej odpowiednim wyjaśnieniem jest odwołanie się do badań Pargamenta (1997, za: Bartczuk, Jarosz, 2006, s. 46), z których wynika, że styl ukierunkowany na siebie koreluje negatywnie z religijnością. Oznacza to, że osoby z niskim poziomem zaangażowania religijnego, które liczą tylko na własne siły, same podejmują działania zmierzające do rozwiązania

problemu, bez zwracania się do Boga, ponieważ są zdania, że zostały przez Niego obdarzone wystarczającymi zdolnościami do poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją trudną.

Trzecia grupa osób badanych to osoby zaangażowane religijnie, ale nieakceptujące własnej niepełnosprawności. Badania dowiodły, że charakteryzuje je ambiwalentny stosunek do religii jako strategii radzenia sobie ze stresem. Niepogodzenie się z faktem ograniczeń sprawności może w tym przypadku wiązać się z kryzysem akceptacji siebie jako osoby niepełnosprawnej i dlatego równocześnie pojawia się etap religijnego przewartościowania. Bartczuk i Jarosz (2006) podkreślają, że postawy religijne jednostki mogą zmieniać się pod wpływem kryzysu lub działania czynnika stresowego, dlatego też obecny ambiwalentny stosunek do religii jako strategii radzenia sobie może ulec przewartościowaniu. Na korzyść pozytywnego rozwiązania zaistniałego kryzysu przemawia przede wszystkim fakt, że jedną z funkcji religii jest motywowanie ludzi do przemiany życia, a osoby z tej grupy są zaangażowane religijnie. Ponadto wysokie zaangażowanie religijne może sugerować dużą potrzebę wyjaśnienia sensu niepełnosprawności, a pozytywne zakończenie procesu nadawania znaczenia zaistniałym wydarzeniom wiąże się z akceptacją własnej niepełnosprawności (Janocha, 2011). W tym miejscu należałoby jeszcze zwrócić uwagę na korelację akceptacji własnej niepełnosprawności z religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Korelacja akceptacji własnej niepełnosprawności z pozytywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem jest co prawda niższa od korelacji akceptacji własnej niepełnosprawności z negatywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie, ale bardziej istotna statystycznie, co może sugerować, że ów kryzys wiary zakończy się wzmocnieniem nasilenia pozytywnych religijnych strategii radzenia sobie. Praca z osobami nieakceptującymi swojej niepełnosprawności mogłaby koncentrować się na dostrzeżeniu wydarzeń, które mają pozytywny wpływ na ich zaangażowanie religijne, gdyż badania wykazały, że nie potrafią wskazać takich w swoim życiu. Zwrócenie uwagi jednostki na moment np. odzyskania sprawności ręki mogłoby doprowadzić do pozytywnego zakończenia przystosowania do zaistniałej sytuacji, a co za tym idzie – akceptacji własnej niepełnosprawności.

Ostatnia wyodrębniona w niniejszych badaniach grupa to osoby niepełnosprawne ruchowo, które deklarują, że są zaangażowane religijnie i wykazują postawę akceptacji własnej niepełnosprawności. Analizy uzyskanych wyników pozwalają stwierdzić, że w celu przezwyciężenia trudności wynikających z zaistniałej sytuacji stresowej osoby te są skłonne nawiązać współpracę z Bogiem, czyli zastosować pozytywne religijne strategie radzenia sobie. Jest to zgodne także z badaniami Pargamenta i współpracowników (1988; 1999, za: Bartczuk, Jarosz, 2006, s. 46), którzy udowadniają, że najbardziej rozpowszechniony i uznawany za najbardziej efektywny jest właśnie styl charakteryzujący się współpracą. Wiąże się on z najwyższym zaangażowaniem religijnym i wewnętrzną orientacją religijną. Osoby

uczestniczące w przedstawionych w niniejszym artykule badaniach, które deklarują, że są zaangażowane religijnie i wykazują postawę akceptacji własnej niepełnosprawności, można więc uznać za osoby aktywne i otwarte, określające swoją relację z Bogiem jako osobowy, wzajemny i bezpośredni dialog wewnętrzny. Z wysokim zaangażowaniem religijnym wiąże się również wysoki poziom akceptacji siebie oraz optymistyczne i pozytywne nastawienie do życia, dlatego można przypuszczać, że osoby zaangażowane religijnie są pewne siebie, a także ufają sobie i w związku z tym przejawiają postawę akceptacji własnej niepełnosprawności (Jaworski, 1998). Traktują własne ograniczenia prawdopodobnie tak, jak przeważająca większość respondentów w badaniach Janocha (2011) – w kategoriach wymiaru religijnego. W tym znaczeniu niepełnosprawność pomaga w osiągnięciu przebaczenia grzechów i przyczynia się do życia wiecznego, co sprzyja tworzeniu bliskiej relacji jednostki z Bogiem i wskazuje na ostateczny cel ludzkiego życia.

Przeprowadzone badania dowodzą, że występuje związek między deklarowanym zaangażowaniem religijnym i wykazywaną postawą w stosunku do własnej niepełnosprawności a stosowaniem przez osoby niepełnosprawne ruchowo w sytuacjach trudnych religijnych strategii radzenia sobie ze stresem. Przedstawione badania należałoby jednak rozszerzyć o pomiar pozareligijnych strategii radzenia sobie, co może pomóc w określeniu, jakie strategie radzenia sobie stosują osoby, które nie są zaangażowane religijnie i nie akceptują swojej niepełnosprawności.

BIBLIOGRAFIA

- Bartczuk R., Jarosz M. (2006), *Funkcja religijności w procesie radzenia sobie ze stresem*, Koncepcja Kennetha I. Pargamenta, „Roczniki Psychologiczne” 9(1), s. 37-52.
- Irzyk M. (2012), *Zaangażowanie religijne i poziom akceptacji własnej niepełnosprawności a religijne strategie radzenia sobie ze stresem u osób niepełnosprawnych ruchowo*, Lublin [niepublikowana praca magisterska].
- Janocha W. (2011), *Religijność osób niepełnosprawnych i ich rodzin*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Jarosz M. (2011), *Skala Religijnego Radzenia Sobie – wersja skrócona* (Brief RCOPE), w: *Psychologiczny pomiar religijności*, red. M. Jarosz, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL & Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, s. 293-316.
- Jaworski R. (1998), *Psychologiczne badania religijności personalnej*, „Zeszyty Naukowe KUL” 41(3-4), s. 77-88.
- Kowalik S. (2005), *Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, t. 3, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 797-820.

- Orkan-Łęcka M. (1980), *Przystosowanie do inwalidztwa u młodzieży niewidomej w zależności od środowiska, w jakim uczy się i przebywa*, „Przegląd Tyflogiczny” 2, s. 62-69.
- Pargament K., Feuille M., Burdzy D. (2011), *The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping*, „Religions” 2, s. 51-76.
- Pargament K.I., Smith B.W., Koenig H.G., Perez L. (1998), *Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors*, „Journal for the Scientific Study of Religion” 37(4), s. 710-724.
- Talik E. (2009), *Jak trwoga, to do Boga! O religijnym radzeniu sobie ze stresem przez młodzież dorastającą*, „Katecheta” 53(7-8), s. 95-99.
- Wiszejko-Wierzbicka D. (2008), *Od samoakceptacji do aktywności? Postawy wobec własnej niepełnosprawności a aktywność zawodowa*, Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Academica.

Religious Strategies of Coping With the Experience of Disability

Summary

Abstract. Being disabled is often a difficult situation for a person suffering from a disability. The main problem is the acceptance of the limitations involved and, frequently, treating them as a trait of one's own personality. Overcoming the difficulties consists in applying appropriate strategies of coping with stress. The research carried out was an attempt to answer the question of what relationship exists, in the case of people with motor disability, between declared religious commitment and attitude towards their own disability and the use of religious strategies of coping with stress in difficult situations. The following measures were used in the study: the Personal Religiosity Scale, the Disability Acceptance Scale, and the Religious Coping Scale. The study group comprised believers with motor disability. The analysis of results allows to conclude that positive religious coping strategies are used by religiously committed individuals and those who show an attitude of acceptance of their disability, whereas negative religious coping strategies are used by individuals who are not religiously committed and at the same time accept their disability.