

Mgr piel. Paulina Teodorczyk CSFN

**Wpływ życia we wspólnocie zakonnej na kształtowanie się postaw  
zdrowotnych**

The Impact of Life in a Religious Community in Forming Health-Related  
Attitudes

Rozprawa doktorska na stopień doktora  
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu  
w dyscyplinie nauki o zdrowiu  
przedkładana Radzie Dyscypliny Nauk o Zdrowiu  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Promotor: dr hab. n. med. i n. o zdr. Anna Różańska- Walędziak, prof. uczelni

Warszawa, 2025

**Słowa kluczowe:** zgromadzenia zakonne; postawy zdrowotne; styl życia; osoby konsekrowane;  
zdrowe starzenie się

**Key words:** religious communities; health-related attitudes; lifestyle; consecrated persons;  
healthy aging

Dedykacja

*Temu, Który mocą działającą w nas może uczynić nieskończenie więcej niż prosimy czy rozumiemy...*

## Spis treści

### Spis treści

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Spis treści.....                                           | 4  |
| Wykaz stosowanych skrótów .....                            | 5  |
| Streszczenie w j. polskim.....                             | 6  |
| Streszczenie w języku angielskim.....                      | 9  |
| 1. Wprowadzenie .....                                      | 12 |
| 1.1. <i>Religia a zdrowie</i> .....                        | 12 |
| 1.2. <i>Biomedyczne determinanty stylu życia</i> .....     | 13 |
| 1.3. <i>Życie konsekrowane</i> .....                       | 18 |
| 1.4. <i>Osiągnięcie na tle dotychczasowej wiedzy</i> ..... | 23 |
| 2. Założenia i cel pracy.....                              | 25 |
| 2.1. <i>Główny cel badawczy</i> .....                      | 25 |
| 2.2. <i>Dodatkowe cele badawcze</i> .....                  | 25 |
| 3. Materiał i metoda.....                                  | 26 |
| 4. Wyniki.....                                             | 30 |
| 5. Dyskusja.....                                           | 55 |
| 5.1. <i>Ograniczenia badania</i> .....                     | 67 |
| 6. Podsumowanie i wnioski.....                             | 69 |
| 7. Bibliografia.....                                       | 72 |
| 8. Spis tabel i rycin.....                                 | 91 |
| 9. Opinia Komisji Bioetycznej.....                         | 93 |
| 10. Narzędzie badawcze.....                                | 97 |

### **Wykaz stosowanych skrótów**

BDNF (ang. Brain-Derived Neurotrophic Factor) – neurotroficzny czynnik pochodzenia mózgowego

DASH (ang. Dietary Approaches to Stop Hypertension) – dieta DASH

IL-6 (ang. Interleukin 6) – interleukina 6

IQR (ang. Interquartile Range) - rozstęp międzykwartyłowy

NCD (ang. Non-communicable Diseases) – choroby niezakaźne

NF- $\kappa$ B (ang. Nuclear Factor Kappa-light-chain-enhancer of Activated B Cells) – jądrowy czynnik kappa-B komórek B

NHANES (ang. National Health and Nutrition Examination Survey) – Narodowe Badanie Stanu Zdrowia i Odżywiania

SD (ang. Standard Deviation) - odchylenie standardowe

SE (ang. Standard Error) – błąd standardowy

TPB (ang. Theory of Planned Behavior) – Teoria Planowanego Zachowania

WHO (ang. World Health Organization) – Światowa Organizacja Zdrowia

## Streszczenie w j. polskim

**Tytuł:** Wpływ życia we wspólnocie zakonnej na kształtowanie się postaw zdrowotnych

**Wstęp:** Wpływ religii i duchowości na zdrowie jest przedmiotem wielu badań. Pomimo wyraźnych korelacji nie ustalono jednoznacznie, jakie mechanizmy leżą u ich podstaw. Wydaje się, że zidentyfikowanie aspektów religijności sprzyjających pozytywnym zachowaniom zdrowotnym jest szczególnie ważne z perspektywy starzejących się populacji.

Badania dotyczące zależności pomiędzy zdrowiem a religią koncentrują się na dwóch terminach: duchowości, rozumianej jako dążenie jednostki do poznania sensu życia, celu i przynależności w odniesieniu do siły wyższej, oraz pojęciu religijności, które oznacza zintegrowany system wierzeń, symboli i praktyk. Grupę społeczną, w której te dwa pojęcia odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu stylu życia, stanowią wspólnoty zakonne w kościele katolickim.

Życie konsekrowane znajduje swoje umocowanie prawne w Kodeksie Prawa Kanonicznego, opiera się ono na praktykowaniu rad ewangelicznych: czystości, ubóstwa i posłuszeństwa we wspólnocie. Ostatnie dekady przyniosły wiele zmian w zakresie funkcjonowania zgromadzeń zakonnych. Jedną z najważniejszych zmian jest przyspieszony proces starzenia się populacji członków wspólnot zakonnych, spowodowany spadkiem liczby powołań, który został odnotowany w ostatnich latach niemal we wszystkich regionach świata poza Afryką i Azją. Istotne zmiany związane są również z ostatnim Soborem, którego postanowienia zachęcają do uproszczenia stroju zakonnego i rewizji form apostołatu, a także zaznaczają, że osoby życia konsekrowanego nie zajmują wyższej pozycji niż wierni świeccy oraz nie wchodzą w skład hierarchicznej struktury Kościoła.

W kontekście tych zmian pogłębiona analiza wpływu życia wspólnotowego na zdrowie wydaje się konieczna. Dotychczasowe badania wskazują, że styl życia osób zakonnych wpływa korzystnie na przystosowanie się do zmian związanych z procesem starzenia się, wzmacnianie rezyliencji oraz dobrostan fizyczny.

**Cel badania:** Głównym celem niniejszego badania było ustalenie wpływu życia we wspólnocie zakonnej na kształtowanie się postaw zdrowotnych. Drugim celem było przeanalizowanie

elementów życia wspólnotowego w celu określenia, które mają największy wpływ na samoocenę zdrowia. Wskazane zależności badano w kontekście wieku, kraju, w którym Siostry pełnią swoją posługę, ich narodowości oraz wieku, w którym rozpoczęły życie zakonne. Oprócz potencjalnie wymiernych korzyści dla wspólnoty zakonnej, badanie miało również na celu określenie konkretnych elementów życia zgromadzenia, które mogą znaleźć odzwierciedlenie w innych wspólnotach.

*Materiał i metoda:* Grupę badaną stanowiły 463 Siostry pochodzące z 22 narodowości, pracujące w 34 krajach. Wyróżniono trzy grupy uczestniczek badania: kraje misyjne, niemisyjne oraz Polskę, zgodnie z klasyfikacją Kongregacji ds. Ewangelizacji Narodów. Podział ten miał na celu lepsze zrozumienie wpływu czynników zewnętrznych na styl życia wspólnot religijnych. Dane zostały zebrane za pomocą anonimowej ankiety, rozpowszechnionej w formie elektronicznej (n=443) i papierowej (n=20) we współpracy z Konferencją Wyższych Przełożonych Zgromadzeń Zakonnych w Polsce. Zastosowano celową metodę doboru badanej próby. Kwestionariusz ankiety obejmował dwie części. Pierwsza dotyczyła stylu życia i zachowań zdrowotnych, druga — wpływu poszczególnych elementów życia wspólnotowego na zdrowie. Jednym z elementów walidacji narzędzia badawczego było badanie pilotażowe przeprowadzone na grupie 27 osób konsekrowanych, nie biorących udziału w badaniu głównym.

*Wyniki:* Uczestniczki powyżej 65. roku życia dwukrotnie częściej (40%) niż uczestniczki z grupy wiekowej 18–49 uprawiały regularną aktywność fizyczną ( $p < 0,05$ ). Większe spożycie słodczy i soli odnotowano u osób, które we wspólnocie przebywają mniej niż 10 lat ( $p < 0,05$ ). W krajach misyjnych spożycie przetworzonej żywności i słodzonych napojów było najniższe (13% i 11%), podczas gdy w Polsce i poza krajami misyjnymi wynosiło odpowiednio 30% i 31% oraz 24% i 32%. 57% wszystkich uczestniczek stwierdziło, że prowadzi zdrowy styl życia; najwyższy wskaźnik odnotowano w grupie powyżej 65 lat ( $p < 0,05$ ). Stwierdzono, że osoby, które postrzegały pozytywny wpływ życia we wspólnocie na zdrowie, znacznie częściej deklarowały zdrowy styl życia (69,1%) niż te, które takiego wpływu nie dostrzegały (26,3%) ( $t = 5,21$ ;  $p < 0,05$ ). Wśród mieszanek Polski najczęściej jako czynniki korzystne dla zdrowia wskazywano: rekolekcje (98%), święta (96%) oraz wspólne modlitwy (96%). Natomiast najmniej pozytywnych ocen uzyskały: spotkania formacyjne (83%), formy rekreacji realizowane we wspólnocie (77%) oraz noszenie stroju zakonnego (79%). Uczestniczki pochodzące z innych

krajów w podobny sposób wysoko oceniały znaczenie rekolekcji (96%), urlopu (96%) i wspólnej modlitwy (94%), jednak najniższe wskaźniki pozytywnego wpływu odnotowano w odniesieniu do stroju zakonnego (58%), spotkań formacyjnych (70%) oraz zachowania prywatności w klasztorze (71%).

*Wnioski:* Wyniki naszego badania pozwalają stwierdzić, że religijność może mieć pozytywny wpływ na ocenę stanu zdrowia, który wzrasta wraz z wiekiem. Zauważono tendencję, w której najbardziej pozytywne zachowania zdrowotne wykazywały osoby mieszkające poza Polską oraz w najstarszej grupie wiekowej. Najwyżej oceniane przez badanych były aspekty związane z duchowością i odpoczynkiem, m.in. rekolekcje, urlop. Z kolei mniej jednoznaczny wpływ na zdrowie miały formalne elementy życia zakonnego, takie jak strój zakonny, klauzura czy spotkania formacyjne. Są to czynniki potencjalnie modyfikowalne, których udoskonalenie może korzystnie wpłynąć na samoocenę zdrowia.

## Streszczenie w języku angielskim

Title: The Impact of Life in a Religious Community in Forming Health-Related Attitudes

*Introduction:* The influence of religion and spirituality on health is a topic that has been widely studied. Despite clear correlations being evident, the underlying mechanisms have not yet been definitively established. In the context of ageing populations, identifying aspects of religiosity that promote positive health behaviors seems particularly important.

Research on the relationship between health and religion focuses on two key terms: 'spirituality', which is defined as an individual's quest for meaning, purpose, and belonging in relation to a higher power; and 'religiosity', which refers to an integrated system of beliefs, symbols, and practices. Religious communities in the Catholic Church are a social group in which these two concepts play a key role in shaping lifestyle.

The legal basis of consecrated life, which is founded on the practice of the evangelical counsels — chastity, poverty, and obedience in the community — is enshrined in the Code of Canon Law. In recent decades, religious congregations have undergone numerous changes in their *modus operandi*. One of the most significant developments is the accelerating ageing process observed over the past year in nearly all regions of the world except two: Africa and Asia, which has been caused by a decline in vocations. Other substantial changes result from the most recent Council, Vatican II, which encouraged the simplification of religious dress, and the revision of apostolates, and emphasized that consecrated persons neither hold a higher status than the lay faithful nor form part of the hierarchical structure of the Church.

In light of these changes, it is imperative to undertake a comprehensive analysis of the impact of community life on health. Several earlier studies have indicated that the lifestyle of religious individuals positively affects adaptation to changes associated with the ageing process, thereby enhancing resilience and physical well-being.

*Purpose of the study:* The primary objective of this study was to evaluate the impact of residing within a religious community on the development of health-related attitudes. The secondary objective was to analyze the aspects of community life that have the greatest influence on self-rated health. These relationships were examined in the context of age, the country of service,

nationality, and the age at which participants of the study entered a religious community. Beyond the measurable benefits for the religious community, this study also aimed to identify specific elements of congregational life that could be applicable to other communities.

*Material and Methods:* The study group consisted of 463 sisters representing 22 different nationalities and serving in 34 countries. The data were categorized into three groups — missionary countries, non-missionary countries, and Poland — following the classification of the Congregation for the Evangelization of Peoples. The primary aim of this division was to improve understanding of the influence of external conditions on the lifestyle of religious communities.

Data were collected using an anonymous questionnaire, distributed in both electronic ( $n = 433$ ) and paper ( $n = 30$ ) formats. Distribution was carried out in cooperation with the Conference of Major Superiors of Religious Congregations in Poland. A purposive sampling method was used to ensure the inclusion of a wide range of perspective.

The questionnaire was divided into two sections. The first focused on lifestyle and health behaviors; the second examined the impact of various aspects of community life on health. As part of the research tool validation process, a pilot study was conducted within a group of 27 consecrated persons, who further on did not participate in the main study.

*Results:* Participants over the age of 65 were twice as likely (40%) to engage in regular physical activity compared to those aged 18–49 ( $p < 0.05$ ). Higher consumption of sweets and salt was observed among individuals who had lived in the community for less than 10 years ( $p < 0.05$ ). In missionary countries, the consumption of processed foods and sweetened beverages was the lowest (13% and 11%, respectively), whereas in Poland and non-missionary countries, the figures were higher: 30%/31% and 24%/32%, respectively. Overall, 57% of participants reported leading a healthy lifestyle, with the highest proportion in this category among those over the age of 65 ( $p < 0.05$ ). Furthermore, participants who perceived community life as having a positive impact on health were significantly more likely to adopt a healthy lifestyle (69.1%) compared to those who did not perceive such an impact (26.3%) ( $t = 5.21$ ;  $p < 0.05$ ). Among Polish respondents, the most frequently cited health-promoting factors were retreats (98%), holidays (96%), and communal prayer (96%). The least positively rated were formation meetings (83%), community-based recreational activities (77%), and wearing religious habits

(79%). Participants from other countries gave similarly high ratings to retreats (96%), holidays (96%), and communal prayer (94%). However, the lowest positive ratings were noted for religious dress (58%), formation meetings (70%), and privacy within the convent (71%).

*Conclusions:* The findings of this study suggest that religiosity may have a beneficial influence on individuals' health assessments, with this effect becoming more pronounced with age. A clear trend was observed: participants residing outside Poland and those in the oldest age group exhibited the most favorable health behaviors. The highest-rated aspects of community life were those related to spirituality and rest, particularly retreats and holidays. In contrast, the impact of formal elements of religious life, such as religious attire, cloistered living, and formation meetings, on health was less evident. As these are potentially modifiable factors, ameliorating them may potentially contribute to improved self-rated health.

## 1. Wprowadzenie

### 1.1. Religia a zdrowie

Wpływ religii na zdrowie jest przedmiotem wielu opracowań. Zauważalny jest rosnący trend badania tej zależności, szczególnie, że dotyczy ona 84% ludzi na świecie, deklarujących przynależność religijną, a praktyki z nią związane mają bezpośrednie przełożenie na styl życia i zachowania zdrowotne (1). Z tego powodu większość badań skupia się na dwóch pojęciach związanych z religią: religijności i duchowości (2). Religijność jest rozumiana najczęściej jako zintegrowany system wierzeń, symboli i praktyk, których celem jest przybliżenie tego, co transcendentne - Boga. Konsekwencją tej postawy jest akceptacja określonych norm moralnych i systemu wartości (3). Religia jako sformalizowany system wierzeń może mieć wpływ na duchowość (4). Duchowość to pojęcie szersze, związane z osobistym dążeniem do poznania sensu życia, celu i przynależności, która może, ale nie musi prowadzić do rozwoju rytów czy rytuałów religijnych. Do końca XX w. zjawisko to zwykle badano w odniesieniu do religii i praktyk religijnych. Współczesne podejście do pojęcia duchowości, szczególnie w odniesieniu do opieki zdrowotnej, podejmuje ten temat niezależnie od afiliacji religijnej. WHO (ang. *World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia) uznaje aspekty duchowe – obok fizycznych, psychicznych i społecznych - za istotny element dobrostanu człowieka (5–7). Wskazuje się, że ten ważny komponent może znacząco wpływać na jakość opieki i skuteczność udzielonego wsparcia (4,8,9). W analizach zauważono, że w procesie rekonwalescencji, lepsze wyniki uzyskiwały osoby deklarujące regularny udział w życiu religijnym niż te, które wskazywały na wyższy poziom duchowości (10) Wskazano, że religijność wyrażona jako uczestnictwo w nabożeństwach, przynależność wyznaniowa, oddziałuje poprzez behawioralną samoregulację nawyków zdrowotnych, takich jak rzadsze palenie papierosów, mniejsze spożycie alkoholu oraz większe prawdopodobieństwo poddawania się badaniom profilaktycznym. Stwierdzono również odwrotną korelację pomiędzy stężeniami biomarkerów stanu zapalnego a wyższym poziomem duchowości rozumianej jako doświadczenie transcendencji (11). W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera, opisanie przez Kennetha Pargamenta zjawisko „*religious coping*”, czyli radzenia sobie z sytuacją stresową w zależności od odniesienia się do siły wyższej – Boga (12). Pozytywne – może zwiększać poczucie bezpieczeństwa poprzez relację z troskliwym Bogiem i Jego wsparciem, a trudności

interpretowane są jako możliwość duchowego wzrostu. Negatywne odniesienie do tego zjawiska wiąże się z doświadczeniem duchowego opuszczenia, gniewu lub przekonania o boskiej karze (13,14). Takie odniesienia mogą w znaczący sposób wpłynąć na przebieg choroby i rokowanie. Dlatego konsekwencją rozszerzenia znaczenia religii i duchowości jest pełniejsze rozpoznanie potrzeb pacjentów i ich wspieranie. Zespoły terapeutyczne powinny uwzględniać w planie opieki potrzeby związane z religijnością i duchowością ze względu na ich przełożenie na jakość życia, a pośrednio na stosowanie się do zaleceń i długoterminowe wyniki leczenia (15). Jest to szczególnie istotne w kontekście starzenia się społeczeństw i wyzwań związanych z wielowymiarową opieką geriatryczną, ponieważ duchowość uznawana jest za pozamedyczne źródło dobrostanu (16).

Szczególną formą religijności, w której duchowość wyrażona jest we wszystkich aspektach życia jest życie konsekrowane. Osoby konsekrowane, poprzez swoje oddanie się Bogu i tworzenie wspólnot Jemu poświęconych, realizują głęboką duchowość, która ma zasadniczy wpływ na ich życie, a także kształtuje ich postawy wobec zdrowia.

W niniejszej pracy pojęcie postawa zdrowotna została osadzona w kontekście Teorii Planowanego Zachowania (ang. *Theory of Planned Behaviour*, TBP). W modelu tym pojęcie to ukierunkowane jest na konkretne zachowanie i jego pozytywną lub negatywną ocenę. W kontekście wspólnot zakonnych należy uznać kluczową rolę najbliższego otoczenia, obejmującego sieć powiązań społecznych i psychologicznych, w kształtowaniu postaw wobec zdrowia. W teorii planowanego zachowania, stwierdza się, że zachowanie jest kierowane przez trzy główne rodzaje czynników: behawioralne, normatywne oraz przekonania dotyczące kontroli. Pierwszy z tych czynników odnosi się do osobistych przekonań danej osoby i oceny rozpatrywanego zjawiska. Drugi jest związany z zachowaniami wynikającymi z norm społecznych, a trzeci dotyczy zdolności i satysfakcji wynikającej z działania. Model ten może wskazywać, czy identyfikacja z grupą, na przykład jako członek wspólnoty religijnej, ma bezpośredni wpływ na zachowania zdrowotne (17).

### *1.2. Biomedyczne determinanty stylu życia*

Styl życia jest jednocześnie najbardziej istotnym i najlepiej kontrolowanym czynnikiem wpływającym na jakość życia, ogólny stan zdrowia i podatność na rozwój niezakaźnych chorób

przewlekłych (ang. *non-communicable diseases*, NCD) (18–20), które według raportu WHO, są przyczyną 60% zgonów na świecie i 72 % w Polsce. Stanowią one dominującą część wydatków na ochronę zdrowia w krajach uprzemysłowionych (21,22).

Styl życia jest jednym z trzech głównych czynników leżących u podstaw zwiększającej się zapadalności na choroby przewlekłe w krajach zachodnich. Oprócz szerokiego rozpowszechnienia ryzykownych zachowań i niekorzystnych nawyków zdrowotnych, istotny wpływ na stan zdrowia populacji mają również czynniki społeczne i środowiskowe. Dodatkowo, wydłużająca się średnia długość życia przyczynia się do wzrostu liczby osób starszych, które zmagają się z jedną lub kilkoma chorobami przewlekłymi (23). Z tego względu utrzymanie zdrowego stylu życia na przestrzeni całego życia jest kluczowe, ponieważ nawyki ukształtowane w młodości w znacznym stopniu determinują zdrowie i samopoczucie w późniejszych latach. Na rozwój prozdrowotnych zachowań wśród osób starszych wpływają przede wszystkim wyższy poziom wykształcenia, mniejsza liczba chorób przewlekłych, brak upadków, odpowiednia długość snu oraz aktywność fizyczna społeczna, i poznawcza (24,25).

### *Aktywność fizyczna*

Aktywność fizyczna jest powszechnie uznawana za element zdrowego stylu życia, a także za skuteczną nefarmakologiczną strategię terapeutyczną w chorobach układu krążenia. Wyśiłek fizyczny wywiera korzystny wpływ nie tylko na poziomie ogólnoustrojowym, poprzez redukcję klasycznych czynników ryzyka, takich jak otyłość, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia czy insulinooporność, ale także na poziomie komórkowym i molekularnym, uruchamiając złożone mechanizmy adaptacyjne chroniące serce i naczynia przed uszkodzeniem (26–30). Aktywność fizyczna stanowi również silny czynnik wspierający neuroplastyczność, działając poprzez liczne mechanizmy molekularne i systemowe. Badania neuroobrazowe wykazały, że u osób aktywnych fizycznie objętość hipokampa jest większa, a funkcje poznawcze utrzymują się dłużej na wysokim poziomie. Aktywność fizyczna pobudza wydzielanie neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego (BDNF (ang. *Brain-Derived Neurotrophic Factor*, BDNF), który wspiera przetrwanie neuronów, ich plastyczność oraz tworzenie nowych połączeń synaptycznych. Ćwiczenia fizyczne wykazują również bezpośrednie działanie neuroprotektoryjne, ograniczając patologiczne procesy charakterystyczne dla chorób

neurodegeneracyjnych. Sprzyjają redukcji agregacji białek, zmniejszeniu nasilenia ekscytotoksyczności i stresu oksydacyjnego, a także poprawiają funkcjonowanie mitochondriów, co wspiera utrzymanie homeostazy neuronalnej (31–35). Wyniki te są szczególnie ważne z perspektywy starzejącej się populacji, wśród której brak aktywności fizycznej jest powszechny (36). Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, osoby dorosłe powinny podejmować tygodniowo od 150 do 300 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub od 75 do 150 minut wysiłku o dużej intensywności. Alternatywnie możliwe jest łączenie obu form w proporcjach odpowiadających rekomendowanemu obciążeniu aerobowemu (37).

### *Odżywianie i nawodnienie a metabolizm i odporność*

Prawidłowe odżywianie i odpowiedni poziom nawodnienia stanowią podstawowe determinanty homeostazy metabolicznej i sprawności układu odpornościowego. Skład diety oraz ilość spożywanych płynów wpływają bezpośrednio na procesy biochemiczne w komórkach, równowagę elektrolitową, gospodarkę hormonalną oraz odpowiedź immunologiczną organizmu. Zaburzenia w tych obszarach, zarówno niedobory, jak i nadmiar składników odżywczych, mogą prowadzić do dysfunkcji metabolicznych, zwiększonej podatności na infekcje oraz chorób przewlekłych, w tym zaburzeń poznawczych (38–41).

Metabolizm, rozumiany jako całokształt reakcji biochemicznych zachodzących w organizmie, w dużej mierze zależy od jakości dostarczanych składników odżywczych. Dieta bogata w pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa, owoce, tłuszcze nienasycone i źródła białka o wysokiej wartości biologicznej wspomaga funkcjonowanie układu hormonalnego, regulację glikemii i lipidów oraz procesy termogenezy. Z kolei nadmiar cukrów prostych, tłuszczów trans i żywności wysoko przetworzonej sprzyja insulinooporności, stanom zapalnym i dyslipidemii, które stanowią istotne czynniki ryzyka rozwoju zespołu metabolicznego i chorób układu sercowo-naczyniowego. Badania z ostatnich lat potwierdzają, że przestrzeganie wzorców diety śródziemnomorskiej lub DASH (ang. *Dietary Approaches to Stop Hypertension*) prowadzi do poprawy parametrów metabolicznych i zmniejszenia ryzyka chorób cywilizacyjnych (42–46).

Odpowiednie odżywianie odgrywa kluczową rolę nie tylko w utrzymaniu homeostazy metabolicznej, ale także w regulacji nastroju, zdolności poznawczych i odporności na stres.

Coraz więcej badań wskazuje, że istnieje dwukierunkowa zależność między sposobem odżywiania a emocjami. W sytuacjach stresu lub napięcia emocjonalnego dochodzi do aktywacji osi podwzgórze-przysadka-nadnercza i wzrostu stężenia kortyzolu. Podstawowym zadaniem ustrojowym kortyzolu jest podwyższanie stężenia glukozy, co jest osiągane poprzez działanie ośrodkowe na podwzgórze, co w dalszej kolejności prowadzi do zwiększenia apetytu oraz preferencji w kierunku spożywania produktów wysokokalorycznych, bogatych w cukry i tłuszcze. Podwyższenie stężenia glukozy we krwi prowadzi do krótkotrwałego zwiększenia uwolnienia dopaminy i serotoniny w ośrodkowym układzie nerwowym, co prowadzi do przejściowej poprawy nastroju, ale długofalowo wpływa na zaburzenia regulacji pracy ośrodków głodu i sytości (47,48). Świadome odżywianie sprzyja przywracaniu równowagi między potrzebami fizjologicznymi a emocjonalnymi. Zwiększenie intensywności analizy sygnałów płynących z ciała, takich jak głód, sytość oraz napięcie emocjonalne, może skutecznie ograniczać impulsywne jedzenie oraz wzmacniać samokontrolę (49,50)

#### *Sen i regeneracja a funkcjonowanie układu nerwowego i hormonalnego*

Sen odgrywa fundamentalną rolę w utrzymaniu równowagi homeostatycznej oraz ogólnego zdrowia psychofizycznego. Zgodnie z trzecią, zaktualizowaną edycją Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu, niewystarczający sen definiuje się jako utrzymujący się przez co najmniej trzy miesiące przewlekły wzorzec skróconego czasu snu, występujący przez większość dni tygodnia i prowadzący do uczucia senności w ciągu dnia, która ustępuje po wydłużeniu całkowitego czasu snu (51). Odpowiednia długość i jakość snu wiążą się z licznymi korzyściami dla funkcjonowania organizmu, między innymi układu nerwowego, odpornościowego, metabolicznego i sercowo-naczyniowego. Z kolei niewystarczający czas lub obniżona jakość snu wiążą się z niekorzystnymi skutkami zdrowotnymi i społecznymi np. gorsze wyniki w nauce, obniżona wydajność pracy czy zwiększone ryzyko wypadków w trakcie pracy. Przewlekłe skrócenie czasu snu stanowi czynnik ryzyka rozwoju NCD (ang. *non-communicable diseases*, choroby niezakaźne) (52–54).

### *Stres, emocje i duchowość w kontekście fizjologii stresu*

Stres rozumiany jest jako naturalna reakcja organizmu na czynniki wymagające adaptacji, które mogą pochodzić zarówno z otoczenia zewnętrznego, jak i wewnętrznego. W ujęciu fizjologicznym stanowi on mechanizm mobilizujący zasoby organizmu do zachowania homeostazy w sytuacji wystąpienia czynnika zaburzającego, natomiast przewlekły stres może prowadzić do wystąpienia długotrwałych zaburzeń somatycznych i psychicznych (55–57). Przewlekły stres jest uznawany za jeden z głównych czynników przyspieszających proces starzenia się i rozwój chorób przewlekłych, takich jak choroby układu krążenia, depresja, cukrzyca typu 2 czy nowotwory. Emocje są integralnym elementem w regulacji reakcji stresowej. Układ limbiczny, w tym ciało migdałowe i hipokamp, uczestniczy w przetwarzaniu bodźców emocjonalnych i regulacji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza. Emocje, związane z negatywnymi odczuciami takie jak lęk czy gniew, zwiększają wydzielanie kortyzolu i adrenaliny, sprzyjając zaburzeniom nastroju. Natomiast emocje kojarzone z pozytywnymi przeżyciami, jak spokój czy wdzięczność, obniżają poziom kortyzolu i poprawiają równowagę autonomiczną (55,58,59).

Duchowość, rozumiana jako poczucie sensu życia, więzi z innymi ludźmi i wymiar transcendentalny coraz częściej jest postrzegana jako istotny czynnik ochronny wobec skutków stresu. Badania wykazały, że praktyki duchowe np. modlitwa, medytacja, kontemplacja mogą modulować aktywność układu współczulnego i przywspółczulnego, prowadząc do obniżenia tętna, ciśnienia tętniczego oraz poziomu kortyzolu. Mechanizm ten tłumaczy się zwiększoną aktywnością nerwu błędnego oraz poprawą równowagi w obrębie autonomicznego układu nerwowego (ang. *vagal tone*). Wpływ duchowości i praktyk medytacyjnych potwierdzono również na poziomie molekularnym – u osób praktykujących regularną medytację obserwuje się niższą ekspresję genów prozapalnych, takich jak NF-κB (ang. *nuclear factor kappa-light-chain-enhancer of activated B cells*, jądrowy czynnik kappa-B komórek B) i IL-6 (ang. *interleukin 6*) oraz zwiększoną aktywność genów związanych z odpornością (60–64).

### *Znaczenie stylu życia w starzeniu się organizmu*

Proces starzenia się jest złożonym zjawiskiem biologicznym, obejmującym stopniowe obniżanie wydolności fizjologicznej organizmu, spowolnienie procesów regeneracyjnych oraz

wzrost podatności na choroby przewlekłe. Choć starzenie się jest nieuchronne, jego przebieg i tempo są w znacznym stopniu modyfikowalne poprzez czynniki środowiskowe i behawioralne, określane łącznie jako styl życia. W meta-analizie obejmującej 93 badania i ponad 2,8 miliona osób wykazano, że zdrowe zachowania – takie jak regularna aktywność fizyczna, prawidłowe odżywianie, odpowiednia ilość snu i utrzymanie właściwej masy ciała – były istotnie związane z wyższą przeżywalnością i dłuższym życiem (65). W badaniu kohortowym przeprowadzonym w USA (NHANES, 2007–2018) stwierdzono, że im więcej zdrowych nawyków posiadają osoby w średnim i starszym wieku, tym niższe ryzyko zgonu z jakiegokolwiek przyczyny (66). W badaniu z udziałem osób starszych w Chinach („Healthy Lifestyle in Late Life”) wykazano, że nawet w późnym wieku przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia wiązało się z niższym ryzykiem zgonu i dłuższą oczekiwaną długością życia – także wśród osób z wysokim ryzykiem genetycznym (67).

### *1.3. Życie konsekrowane*

#### Definicje

Poniżej przedstawiano definicje najważniejszych pojęć dotyczących życia konsekrowanego, stosowanych w rozprawie:

*Apostolstwo* – forma działalności podejmowana przez członków wspólnoty, włączająca ich w tajemnicę posłania Chrystusa i wynikająca z misyjnej natury życia konsekrowanego (68). Sobór Watykański II podkreśla, że apostołstwo wypływa ze wspólnotowego stylu życia, łącząc duchowość z działaniem (69). Może obejmować nauczanie, posługę ubogim czy chorym, jednak nie jest wynikiem indywidualnej inicjatywy osoby zakonnej, lecz wynika z duchowego dziedzictwa zgromadzenia (70,71)

*Charyzmat i misja* – Charyzmat jest darem Ducha Świętego udzielonym Założycielowi zgromadzenia, który odzwierciedla jeden z aspektów życia Chrystusa. Jest fundamentem duchowości, misji i codziennego życia wspólnoty. Misja polega na twórczym przeżywaniu charyzmatu w odpowiedzi na aktualne potrzeby świata (68,72,73).

*Formacja zakonna* - proces ciągłego i świadomego kształtowania osoby konsekrowanej, obejmujący rozwój duchowy, ludzki, wspólnotowy i apostołski, prowadzony w postawie otwartości, uczenia się i wewnętrznej wolności. Polega na stałym wsłuchiwaniu się w głos

Boga, odpowiedzialnym podejmowaniu drogi powołania i aktywnym uczestnictwie w życiu wspólnoty, tak aby wiernie realizować charyzmat instytutu i odpowiadać na wyzwania współczesności (74).

*Habit* - tradycyjny strój noszony przez członków wspólnot zakonnych, charakterystyczny dla danego zgromadzenia. Symbolizuje konsekrację i trzy rady ewangeliczne – czystość, ubóstwo i posłuszeństwo. Ułatwia identyfikację religijną i wspólnotową (75).

*Klauzura* - instytucjonalnie wyznaczona przestrzeń klasztoru, do której dostęp mają tylko członkowie wspólnoty. Zwykle jest bardziej rygorystycznie przestrzegana w zakonach klauzurowych, czyli wspólnotach, które prowadzą życie kontemplacyjne w odosobnieniu, zgodnie z wymogami klauzury papieskiej – czyli ścisłego, prawnie określonego oddzielenia od świata dla pełniejszego zjednoczenia z Bogiem. Jednocześnie, głębsze ujęcie tego pojęcia oznacza, dobrowolny wybór samotności jako niezbędnego czynnika do zaistnienia duchowej komunii z Bogiem. Klauzura nie jest przestrzenią fizycznej izolacji czy wyobcowania, ale umożliwia głębszą, bardziej intymną komunikację z transcendencją (76,77).

*Konferencja Wyższych Przełożonych Zakonów Żeńskich* – instytucja zrzeszająca wyższe przełożone zgromadzeń zakonnych i stowarzyszeń życia apostołskiego, posiadających prawne uznanie jako instytuty życia konsekrowanego. Jej celem jest koordynacja i wspieranie życia konsekrowanego poprzez formację członków, pogłębianie wiedzy teologicznej, promowanie współpracy między różnymi instytutami oraz umacnianie komunii z hierarchią Kościoła, szczególnie z Konferencjami Episkopatów i biskupami. Konferencja pełni funkcję animacyjną i reprezentacyjną, przyczyniając się do odnowy życia konsekrowanego oraz realizacji jego misji apostołskiej (78).

*Konsekracja zakonna* - jest radykalnym pogłębieniem sakramentu chrztu świętego, poprzez całkowite oddanie siebie Bogu jako świadectwa Jego miłości do świata (68,69,79).

*Konstytucje* – zbiór podstawowych zasad kształtujących wszystkie wymiary życia w zgromadzeniu zakonnym (80).

*Rekolekcje* – czas duchowego odnowienia, pogłębienia modlitwy oraz relacji z Bogiem, który może być przeżywany indywidualnie lub wspólnotowo (68).

*Sobór Watykański II* - dwudziesty pierwszy sobór kościoła katolickiego, ogłoszony przez papieża Jana XXIII, 25 stycznia 1959 roku. W kontekście życia zakonnego przyniósł liczne zmiany – uproszczeniu uległy habity, struktury władzy oraz zwyczaje dotyczące składania profesji oraz codziennego życia.

*Spotkania formacyjne* - cykliczne spotkania, mające na celu pogłębienie duchowości, wspólnotowości i zaangażowania apostolskiego osób konsekrowanych. Mogą obejmować refleksję nad Pismem Świętym, dokumentami Kościoła oraz charyzmatem zgromadzenia. Ich celem jest wspieranie dojrzałości duchowej i wierności powołaniu zakonnemu (81).

*Śluby zakonne/ profesja rad ewangelicznych* – publiczne zobowiązanie do życia w czystości, ubóstwie i posłuszeństwie jako wyraz całkowitego oddania się Bogu, składane są we wspólnocie Kościoła Katolickiego (68,72,82).

## Historia

Życie zakonne w tradycji Kościoła, było przedstawiane - w dużym uproszczeniu - jako powołanie do świętości poprzez praktykowanie rad ewangelicznych, określane mianem stanu doskonałości. Wspólnoty życia konsekrowanego wywodzą się z wczesnochrześcijańskich form pustelniczych, o których znaczeniu pisali jedni z pierwszych ojców kościoła św. Ambroży i św. Augustyn (5).

Na Soborze Laterańskim IV wprowadzono istotne regulacje co do powstawania nowych wspólnot i ich zatwierdzania przez Stolicę Apostolską (83). Przez wieki życie zakonne ulegało przemianom, zachowując jednak swoją istotę – radykalne naśladowanie Chrystusa, co podkreślono również podczas ostatniego soboru. Przemiany te znacząco wpłynęły na sposób funkcjonowania członków wspólnot. Obecnie istnienie i działalność zgromadzeń zakonnych w Kościele katolickim jest regulowana przez konstytucję soborową *Perfectae Caritatis* (80).

Terminy „Życie zakonne” i „życie konsekrowane” odnoszą się do tego samego zjawiska, obecnie uważane są za synonimy i w niniejszej pracy będą stosowane zamiennie, podobnie jak sformułowania „zakon”, „zgromadzenie” i „instytut”.

Zgodnie z Kodeksem Prawa Kanonicznego osoby konsekrowane wywodzą się spośród wiernych świeckich i duchowieństwa. Osoby konsekrowane w Kościele rzymskokatolickim stanowią odrębny stan życia, jednak nie należą do jego struktury hierarchicznej (84). Żyją w instytutach zatwierdzonych przez kompetentne władze Kościelne, których dziedzictwo opiera się na charyzmacie Założyciela. Poszczególne zgromadzenia posiadają autonomię w zakresie zarządzania, dyscypliny oraz dziedzictwa duchowego. Reguły życia zawarte są w dokumencie podstawowym – Konstytucjach - zatwierdzonych przez kompetentne władze kościelne. Styl życia konsekrowanego ze swej natury nie jest ani klerycki, ani laicki. Jeśli Instytut został zatwierdzony przez Stolicę Apostolską – funkcjonuje na prawie papieskim, jeśli przez biskupa diecezjalnego – na prawach diecezjalnych. Adhortacja apostolska *Vita consecrata* rozróżnia następujące formy życia konsekrowanego: dziewice poświęcone Bogu, pustelnicy, wdowy; instytuty oddane całkowicie kontemplacji; życie konsekrowane oddane dziełom apostolskim; instytuty świeckie; stowarzyszenia życia apostolskiego i nowe formy życia konsekrowanego (11,80).

## Demografia

Według danych statystycznych opublikowanych w styczniu 2025 roku liczba Sióstr zakonnych na świecie zmalała o 1,6% i obecnie wynosi 589 423, spośród których 32% mieszka w Europie, 30% w Azji, 23% w Ameryce (w równym stopniu w Ameryce Północnej i Południowej), 14 % w Afryce i 1% w Oceanii. Największy spadek liczby Sióstr zakonnych odnotowano w Europie (-3,8%), Ameryce Północnej (-3,6%) oraz Ameryce Południowej (-3,0%). Tendencja ta wiąże się głównie z szybkim starzeniem się wspólnot i niską liczbą nowych powołań.

Odmierna sytuacja występuje w Afryce i południowej Azji, gdzie zaobserwowano wzrost liczby Sióstr zakonnych odpowiednio o 2,2% i 0,1%. Przedstawione dane odzwierciedlają ogólne tendencje dotyczące liczby osób wyznania rzymskokatolickiego na świecie (85).

Na zmianę liczby Sióstr zakonnych wpływa szereg czynników, wśród których szczególne znaczenie mają przemiany społeczne i kulturowe - zwłaszcza sekularyzacja społeczeństw oraz pojawienie się alternatywnych form zaangażowania religijnego i duchowego dostępnych dla kobiet (86).

## Styl życia osób konsekrowanych jako zmienna zdrowotna

Kluczową rolę w kształtowaniu stylu życia Sióstr zakonnych odgrywa wspólnota. Rytm dnia jest wyznaczony przez modlitwę, pracę i odpoczynek (87). Modlitwa jest fundamentem duchowości, ma wymiar zarówno indywidualny – pogłębia osobistą relację z Bogiem, jak i wspólnotowy – umacnia więzi pomiędzy Siostrami. Osoby konsekrowane uczestniczą w Eucharystii, liturgii godzin, adoracji eucharystycznej, modlitwie różańcowej oraz praktykują medytację i kontemplację (88).

Liczba badań naukowych dotyczących życia Sióstr zakonnych jest bardzo ograniczona; unikatowe na skalę światową są badania z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Dostępne dane, analizujące związek pomiędzy duchowością a zdrowiem psychicznym wśród Sióstr zakonnych i kapłanów w Polsce sugerują, że zaangażowanie w modlitwę i transcendencję może pozytywnie wpłynąć na poprawę stanu psychicznego w porównaniu z populacją ogólną, szczególnie jako strategia w radzeniu sobie w sytuacjach stresowych. Duchowość jest wskazywana jako mediator pomiędzy religijnością a zdrowiem psychicznym (89).

Formacja zakonna wspiera rozwój dojrzałości osobistej, kształtuje poczucie celu i sensu życia oraz system wartości etycznych (90,91). Temat ten jest istotny zarówno z perspektywy społecznej, jak i medycznej. Wdrożenie interwencji obejmujących działania profilaktyczne, podnoszenie świadomości w zakresie postaw prozdrowotnych oraz wzmocnienie aspektów życia we wspólnocie, które uczestniczki badania identyfikują jako korzystne dla zdrowia, umożliwia skuteczne wspieranie procesu starzenia się. W rezultacie może to prowadzić do pośredniego zmniejszenia zapotrzebowania na opiekę oraz poprawy dobrostanu całej społeczności.

Analizując styl życia Sióstr zakonnych niektórzy badacze stwierdzają, że stanowi on kulturową alternatywę wobec dominującego w kulturze Zachodu wzorca starzenia się. Ich życie pokazuje, że dobrostan w starości można osiągać nie dzięki sile woli czy różnie definiowanemu „sukcesowi”, ale poprzez rezygnację z kontroli, przyjęcie zależności i duchową głębię (92,93).

Model „*embracing age*”, oparty na badaniach we wspólnotach zakonnych, wyróżnia siedem elementów, które mogą okazać się inspirujące dla populacji ogólnej. Pierwszym z nich jest przyjmowanie starości jako naturalnej i spodziewanej konsekwencji rozwoju człowieka. Drugi element stanowi życie wspólnotowe, które uczy, że zależność nie jest porażką. Trzecim

elementem jest podkreślenie istnienia jako wartości, co stanowi przeciwwagę dla oceny człowieka wyłącznie poprzez pryzmat produktywności. Kolejnym elementem jest traktowanie każdej osoby z godnością i głębokim szacunkiem, niezależnie od jej możliwości poznawczych. Model zwraca również uwagę na rolę języka – sposób, w jaki mówi się o starości, może mieć charakter twórczy lub dyskryminujący. Kolejny element opisany w tym modelu wskazuje, że zakorzenienie w duchowości ułatwia akceptację strat związaną ze starością, a dobrostan należy rozpatrywać nie tylko w kwestiach fizjologicznych, ale także w szerszym kontekście społeczno – kulturowym (94). Model ten nie powinien być bezkrytycznie kopiowany, ponieważ styl życia Sióstr zakonnych jest uwarunkowany wieloma czynnikami, których nie da się przenieść na populację ogólną, niemniej jednak wpisuje się on pozytywnie w poszukiwania alternatywnych teorii starzenia się (95–97). Wskazuje się, że klasyczne ujęcie pomyślnego starzenia się (ang. *successful aging*) może być wykluczające, sugerując dychotomię między „sukcesem” a „porażką” w procesie starzenia (98,99). Alternatywą są modele, które podkreślają rolę relacji społecznych, interakcji międzypokoleniowych, a jako predyktory pomyślnego starzenia się wskazywane są: brak chorób serca, stan zdrowia oceniany subiektywnie jako dobry oraz poczucie bycia potrzebnym (98,100). Niniejsze badanie stanowi próbę ilustracji powyższych założeń teoretycznych i przedstawienia zachowań i postaw zdrowotnych Sióstr zakonnych.

#### 1.4. Osiągnięcie na tle dotychczasowej wiedzy

Innowacyjność przeprowadzonego badania przejawia się w kilku kluczowych aspektach:

1. Badanie zostało przeprowadzone w mało poznanym i trudnodostępnym środowisku. Siostry zakonne stanowią wyjątkową grupę badawczą, łączącą elementy życia wspólnotowego, zobowiązań wynikających ze ślubów czystości, ubóstwa i posłuszeństwa oraz ściśle określoną, zrytualizowaną codzienną rutynę. Nasze badanie objęło 463 uczestniczki z 34 krajów i 22 narodowości, co pozwala na unikalne, transkulturowe spojrzenie na wpływ życia wspólnotowego na zdrowie.
2. Wprowadzenie podziału geograficzno – kulturowego na kraje misyjne, niemisyjne oraz Polskę, opartego na klasyfikacji Kongregacji ds. Ewangelizacji Narodów. Dotychczas taki podział nie był stosowany w badaniach naukowych, a jego

zastosowanie pozwoliło uchwycić wpływ uwarunkowań zewnętrznych i kulturowych na styl życia i postawy zdrowotne.

3. Wyodrębnienie poszczególnych elementów związanych z duchowością, religijnością i strukturą życia wspólnotowego oraz ich zestawienie z wybranymi wskaźnikami zdrowotnymi, wypełnia istniejącą lukę badawczą. Dotychczasowe analizy podkreślały konieczność skupienia się na szczegółowych wymiarach wiary, a nie tylko na ogólnym jej ujęciu. Takie podejście umożliwia sformułowanie praktycznych wniosków nie tylko dla osób konsekrowanych, ale również dla innych wspólnot religijnych.
4. Analiza wpływu wieku, w którym osoba wstępuje do zakonu oraz długości pobytu we wspólnocie na styl życia i samoocenę zdrowia to aspekt dotychczas niedostatecznie eksplorowany w opracowaniach naukowych.
5. Analiza aspektów związanych ze starzeniem się wspólnot zakonnych. Przeprowadzone badanie nie tylko dokumentuje ten proces, ale także wskazuje konkretne zasoby duchowe i społeczne, które wspierają adaptację do zmian zachodzących wraz z wiekiem.
6. Opracowanie autorskiego narzędzia badawczego, którego spójność i rzetelność została potwierdzona w procesie walidacji, jest istotnym wkładem w badania nad funkcjonowaniem wspólnot zakonnych oraz kształtowaniem postaw zdrowotnych. Dotychczasowy brak kwestionariuszy dostosowanych do specyfiki środowiska zakonnego ograniczał możliwość kompleksowej analizy stylu życia oraz wpływu elementów wspólnotowych na zdrowie.

## **2. Założenia i cel pracy**

### *2.1. Główny cel badawczy*

Celem badania była ocena stylu życia osób konsekrowanych w odniesieniu do zmiennych socjodemograficznych oraz analiza wpływu życia we wspólnotie zakonnej na kształtowanie się postaw i zachowań zdrowotnych.

### *2.2. Dodatkowe cele badawcze*

- 1) Zbadanie związku pomiędzy wybranymi cechami socjodemograficznymi: wiek, poziom wykształcenia, narodowość, kraj posługi, lata we wspólnotie, a świadomością postaw prozdrowotnych.
- 2) Zdefiniowanie postaw zdrowotnych osób konsekrowanych.
- 3) Ocenę wpływu zamieszkania we wspólnotie zakonnej na rozwój postaw i zachowań związanych ze zdrowiem.
- 4) Analiza wpływu różnych aspektów życia wspólnotowego na kształtowanie się pozytywnych i negatywnych postaw wobec zdrowia wśród Sióstr zakonnych.
- 5) Znalezienie czynników związanych z życiem wspólnotowym mogących mieć wpływ na poprawę dobrostanu osób konsekrowanych.

### 3. Materiał i metoda

#### *Dobór próby*

Badanie zostało przeprowadzone w porozumieniu z Konsultą Wyższych Przełożonych Zakonów Żeńskich w Polsce. Ankietę w formie elektronicznej przesłano do 81 międzynarodowych, habitowych Zgromadzeń zakonnych, które funkcjonują na prawach papieskich, z prośbą o ich udostępnienie Siostronom w Zgromadzeniu. Adresy poczty elektronicznej do poszczególnych sekretariatów zgromadzeń uzyskano z oficjalnej strony. Dobór celowy grupy badawczej został wsparty metodą „kuli śnieżnej”, ponieważ uczestniczki same przekazywały wiadomość o badaniu kolejnym Siostronom. Ta strategia rekrutacyjna pozwoliła na zebranie szerokiej i zróżnicowanej grupy badawczej, umożliwiła dotarcie do trudno dostępnej populacji zakonnej, a także pozyskanie liczby uczestniczek ( $n = 463$ ) przekraczającej minimalny próg wymagany dla reprezentatywności przy populacji globalnej zakonnice.

#### *Charakterystyka grupy badawczej*

W badaniu wzięły udział 463 Siostry zakonne, których średnia wieku wynosiła 51,9 lat, a rozstęp międzykwartyłowy 21. Mediana wynosiła 50 lat, a odchylenie standardowe 14,1. Średnio uczestniczki były w wspólnotce zakonnej 30,6 lat przed badaniem. Najczęściej podawanym wiekiem był 48 lat. Na potrzeby analizy statystycznej uczestniczki podzielono na trzy grupy wiekowe: 49% uczestniczek było w wieku 18–49 lat, 33% w wieku 50–64 lata, a 18% uczestniczek miało 65 lat lub więcej. Najmłodsze uczestniczki najczęściej służyły w Polsce (58%), natomiast najstarsze częściej w krajach nie misyjnych (70%). Ponieważ w badaniu wzięły udział zakonnice 22 narodowości pracujące w 34 krajach, uczestniczki podzielono na dwie grupy według narodowości (polskie i inne) oraz według kraju służby (Polska, kraje misyjne i nie misyjne). Kraje misyjne, w których służyły Siostry uczestniczące w badaniu, to: Białoruś ( $n=8$ ), Boliwia ( $n=3$ ), Brazylia ( $n=1$ ), Ghana ( $n=15$ ), Japonia ( $n=1$ ), Kamerun ( $n=1$ ), Kanada ( $n=2$ ), Kenia ( $n=1$ ), Nigeria ( $n=1$ ), Filipiny ( $n=14$ ), Rosja ( $n=5$ ), RPA ( $n=1$ ), Tanzania ( $n=2$ ), Uganda ( $n=1$ ), Ukraina ( $n=4$ ). Kraje niemisyjne to: Anglia ( $n=3$ ), Australia ( $n=6$ ), Austria ( $n=1$ ), Czechy ( $n=1$ ), Francja ( $n=4$ ), Niemcy ( $n=3$ ), Irlandia ( $n=1$ ), Izrael ( $n=3$ ), Włochy ( $n=12$ ), Łotwa ( $n=3$ ), Litwa ( $n=1$ ), Meksyk ( $n=1$ ), Mołdawia ( $n=3$ ), Portugalia ( $n=1$ ), Słowenia ( $n=1$ ), Hiszpania ( $n=2$ ),

Szwecja (n=1) i Stany Zjednoczone (n=101). Zdecydowana większość uczestników (82%) wstąpiła do zgromadzenia zakonnego przed ukończeniem 25 roku życia. Dane demograficzne zostały przedstawione w tabeli 1.

|                                               |                  |                     |
|-----------------------------------------------|------------------|---------------------|
| Mediana (SD)                                  |                  | 50 ( $\pm 14.1$ )   |
| Średnia (IRQ)                                 |                  | 51,9 (21)           |
| Wiek n (%)                                    | 18–49            | 228 (49%)           |
|                                               | 50–64            | 151 (33%)           |
|                                               | 65+              | 81 (18%)            |
| Średni wiek pobytu w Zgromadzeniu (SD)        |                  | 30,6 ( $\pm 15.8$ ) |
| Czas przynależności do wspólnoty - lata n (%) | 0–10             | 41 (8.8%)           |
|                                               | 11–24            | 133 (28.7%)         |
|                                               | 25+              | 268 (57.9%)         |
| Narodowość n (%)                              | Polska           | 323 (69.8%)         |
|                                               | Inna             | 140 (30.2%)         |
| Kraj posługi n (%)                            | Polska           | 250 (54%)           |
|                                               | Kraje misyjne    | 61 (13.2%)          |
|                                               | Kraje niemisyjne | 148 (32%)           |
|                                               | Brak odpowiedz   | 4 (0.8%)            |
| Wykształcenie n (%)                           | Medyczne         | 20 (4.3%)           |
|                                               | Mniej niż wyższe | 60 (13%)            |
|                                               | Wyższe           | 383 (82.7%)         |

*Tabela 1. Dane demograficzne. SD (ang. Standard Deviation) - odchylenie standardowe, IQR (ang. Interquartile Range) - rozstęp międzykwartylowy.*

### *Narzędzie badawcze*

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą autorskiego kwestionariusza. Jego pierwsza część obejmowała podstawowe dane dotyczące wieku, narodowości, wykształcenia, kraju pełnienia posługi i stażu pracy w zgromadzeniu. Kolejna część dotyczyła nawyków żywieniowych, odpoczynku i aktywności fizycznej, występowania chorób przewlekłych oraz przyjmowania leków, w tym leków nasennych. Ostatnia część kwestionariusza dotyczyła przekonań i postaw wobec zdrowia, a także wpływu określonych elementów życia w wspólnotie zakonnej na kształtowanie tych postaw i ogólny stan zdrowia.

### *Validacja narzędzia badawczego*

Narzędzie badawcze jest autorskim projektem badawczym przygotowanym na podstawie wiedzy i doświadczenia klinicznego zespołu badawczego. Trafność treści pytań była wielokrotnie konsultowana ze specjalistami w polskiej i angielskiej wersji językowej. Następnie zostało przeprowadzone badanie pilotażowe, które obejmowało 27 osób żyjących w różnych instytutach życia konsekrowanego. Uczestnicy badania wstępnego mieli możliwość wyrażenia swoich uwag i sugestii, które zostały należycie uwzględnione. Najczęściej pojawiały się prośby o rozszerzenie zakresu odpowiedzi w drugiej części poprzez dodanie opcji „kilka razy w roku”. Pojawiły się uwagi dotyczące konieczności drobnych poprawek stylistycznych. Sugestie te zostały wzięte pod uwagę w dalszych pracach nad przygotowaniem narzędzia badawczego. W celu analizy rzetelności obliczono wskaźnik Cronbacha  $\alpha$ , który wyniósł  $\alpha=0.733$ , co oznacza dobrą spójność testu [C]. Następnie przeprowadzono analizę porównawczą z wynikami badań dotyczących stylu życia. Należy podkreślić, że użyte w badaniu narzędzie badawcze, jest według wiedzy autorki pierwszym, które wyodrębnia poszczególne elementy życia zakonnego i ich wpływ na zdrowie w samocenie uczestników badania. Osoby biorące pierwotnie udział w badaniu pilotażowym nie uczestniczyły w badaniu głównym.

### *Analiza statystyczna*

Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą programów STATISTICA13 i IBM SPSS Statistics. Zależności między cechami niemierzalnymi zbadano za pomocą testu chi-kwadrat

niezależności w tabeli wielowymiarowej (kontingencyjnej) ( $\chi^2$ ). W celu uzyskania wyniku korelacji zastosowano również test statystyczny, w którym obliczono współczynnik korelacji Spearmana ( $\rho$ ) oraz Pearsona. W niniejszym badaniu przyjęto poziom istotności  $\alpha = 0,05$  i poziom ufności 95%. Zależność między wiekiem i długością pobytu w społeczności określono poprzez obliczenie średniej, mediany i odchylenia standardowego. Normalność rozkładu wieku potwierdzono za pomocą testów Lillieforsa i Shapiro-Wilka. Wielkość próby odpowiadająca wartości  $p$  mniejszej niż 0,05 i poziomowi ufności 95% dla liczby zakonnic na całym świecie (608 958 w 2023 r.) wyniosła 384.

W celu identyfikacji czynników wpływających na deklarowany poziom prowadzenia zdrowego stylu życia oraz pozytywnego wpływu życia we wspólnocie zakonnej na zdrowie zastosowano analizę regresji liniowej wielorakiej. Metoda ta pozwala jednocześnie określić kierunek i siłę wpływu wielu zmiennych niezależnych na jedną zmienną zależną oraz ocenić, w jakim stopniu model wyjaśnia zróżnicowanie badanego zjawiska. Zmienna zależna została zmierzona za pomocą pięciostopniowej skali Likerta (od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”). Przed analizą zweryfikowano spełnienie założeń regresji liniowej, obejmujących normalność rozkładu reszt, brak współliniowości oraz jednorodność wariancji. Względną siłę wpływu poszczególnych zmiennych określono na podstawie standaryzowanych współczynników regresji (Beta).

### *Kwestie etyczne*

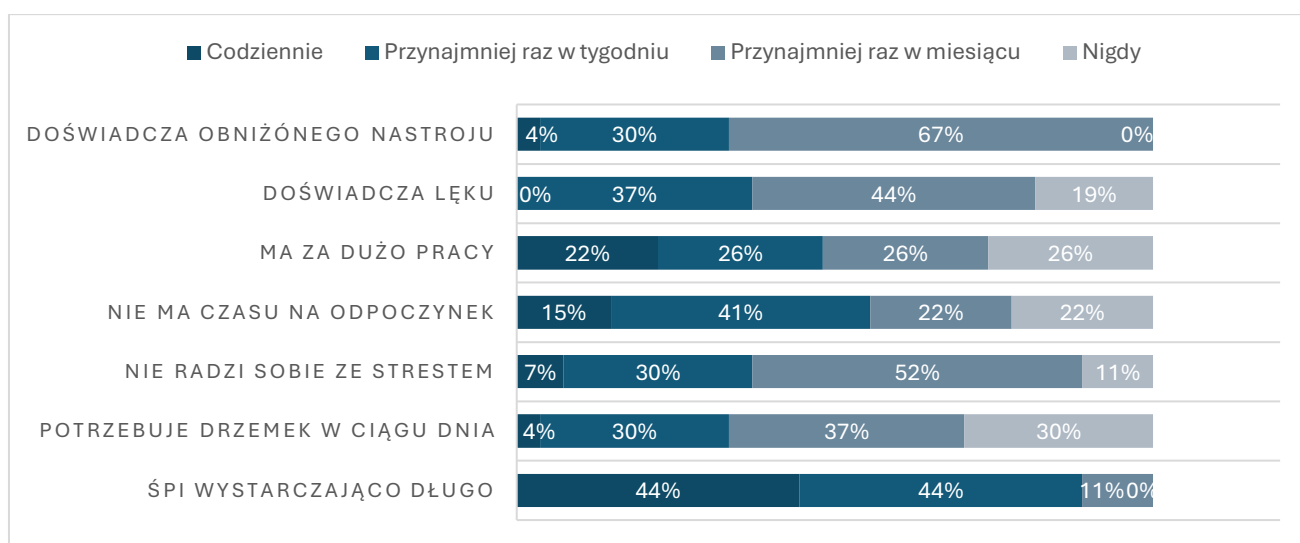
Badanie miało charakter anonimowy i zostało przeprowadzone zgodnie z normami etycznymi określonymi w Deklaracji Helsińskiej z 1964 r. i jej późniejszych zmianach (Fortaleza). Uczestnicy zostali poinformowani o celu badania i uzyskano ich świadomą zgodę. Zgodę Komisji Bioetycznej Narodowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, Polska, o numerze 25/2024, uzyskano w dniu 19 kwietnia 2024.

## 4. Wyniki

### 4.1. Badanie pilotażowe

Badanie pilotażowe stanowiło kluczowy element walidacji autorskiego narzędzia badawczego. Ponadto miało na celu wprowadzenie do tematyki stylu życia osób konsekrowanych oraz ukazanie jego związku ze zdrowiem. Badaniem objęto 27 uczestniczek ze stowarzyszeń życia apostołskiego oraz bezhabitowych zgromadzeń zakonnych. Większość uczestniczek pochodziła z Polski i tam pracowała. Jedna osoba narodowości ukraińskiej mieszkała i pracowała w Ukrainie.

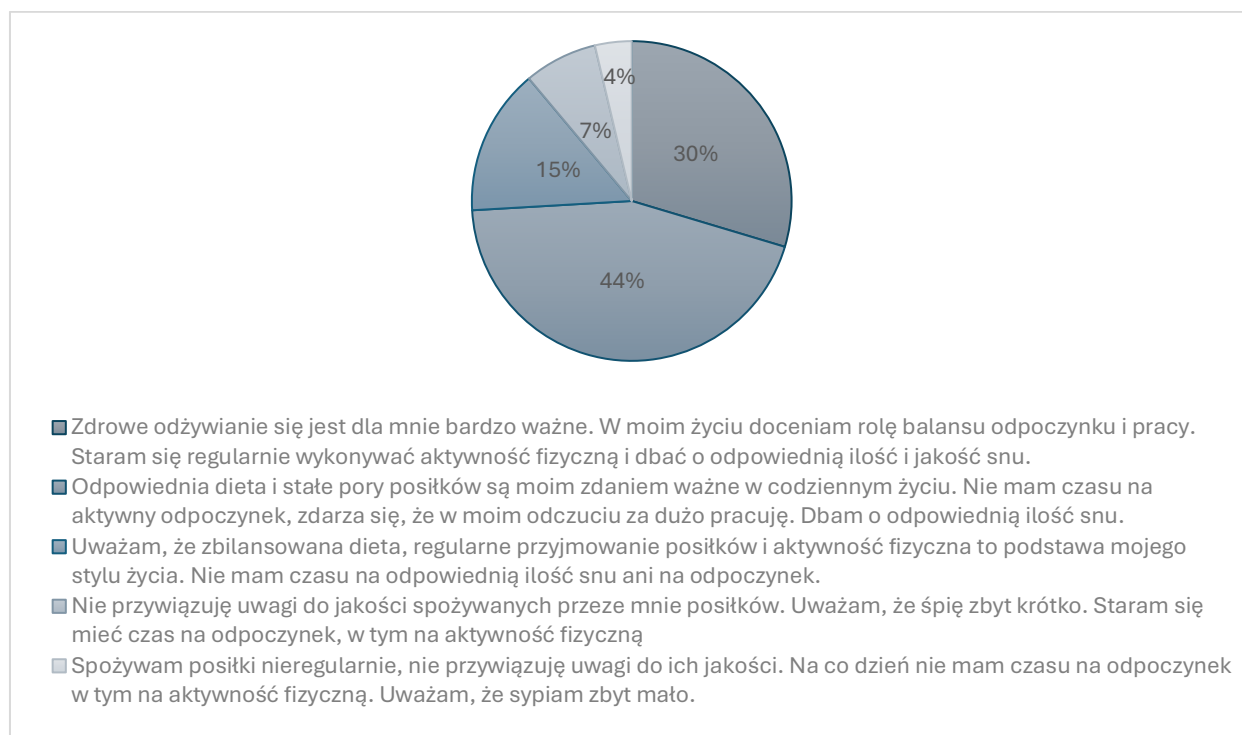
Stwierdzono, że codzienną aktywność fizyczną deklarowała prawie połowa uczestników (48%). Najczęściej miała ona związek z wykonywaną pracą zawodową lub obowiązkami domowymi, tylko 11% uczestników wskazało codzienną aktywność fizyczną jako formę spędzania wolnego czasu. Prawie wszyscy respondenci deklarowali regularne spożywanie posiłków i odpowiednie nawodnienie. Odpowiednią ilość snu każdego dnia wskazało zaledwie 44% badanych. Wszyscy uczestnicy potwierdzili, że doświadczali obniżonego nastroju, choć najczęściej wybieraną odpowiedzią (66%) było „przynajmniej raz w roku”. Szczegółowe dane zostały przedstawione na rycinie 1.



Rycina 1. Badanie pilotażowe- odpoczynek i wskaźniki zdrowia psychicznego.

W badaniu wykazano, że 41% badanych cierpi na chorobę przewlekłą, a 30% stosuje na stałe leki przepisane na receptę. Wszyscy badani mieli świadomość, że odżywianie, odpoczynek i aktywność fizyczna mają istotny wpływ na zdrowie.

Wszyscy uczestnicy badania byli świadomi, że odżywianie, odpoczynek i aktywność fizyczna mają istotny wpływ na zdrowie. 89% uczestników uznało swój styl życia za zdrowy i uważało, że życie we wspólnocie religijnej ma pozytywny wpływ na ich zdrowie, podczas gdy 11% sądziło, że nie ma ono żadnego wpływu. 44% uczestników wskazało, że ich podejście do zdrowia opiera się na zdrowej diecie i odpowiedniej jakości snu, jednak odczuwali potrzebę poprawy równowagi między pracą a odpoczynkiem. 30% uznało zdrowe odżywianie, odpowiednią równowagę między odpoczynkiem a pracą, regularną aktywność fizyczną oraz dobrą jakość snu za istotne dla swojego zdrowia. 15% było świadomych, że zbilansowana dieta, regularne posiłki i aktywność fizyczna powinny stanowić podstawę ich stylu życia, jednak wskazali na brak wystarczającej ilości snu lub odpoczynku. 7% uczestników nie oceniało swojej długości snu jako wystarczającej, ale dbało o właściwy odpoczynek, w tym o aktywność fizyczną. 4% respondentów przyznało, że nie spożywa regularnych posiłków, nie zawsze dobrej jakości, nie ma czasu na odpoczynek, w tym na codzienną aktywność fizyczną, oraz ich czas sennego odpoczynku jest zbyt krótki.



Rycina 2. Zestawienie procentowe prezentowanych postaw zdrowotnych.

Prawie wszyscy uczestnicy wskazali, że wszystkie elementy życia wspólnotowego wpływają pozytywnie lub raczej pozytywnie na zdrowie. Najmniej pozytywnych opinii miał „strój zakonny” – 91% i wykonywane obowiązki 91%. Najwięcej rekolekcje, urlop i poczucie więzi – 100%. Nie odnotowano istotnych różnic w zależności od wieku respondentów.

Badanie wstępne miało na celu walidację autorskiego narzędzia badawczego z porównaniu z innymi dostępnymi metodami na podstawie przeglądu literatury oraz odniesienie wyników do wcześniejszych istniejących doniesień. Pomimo niskiej liczby uczestników, wyniki badania pilotażowego stanowią wartościowy materiał poznawczy. Respondentki wskazały, że życie zakonne może wspierać zachowania prozdrowotne w zakresie odżywiania, nawodnienia organizmu, potrzeby odpoczynku oraz odpowiedniej ilości snu. Za elementy sprzyjające kształtowaniu zdrowego stylu życia uznano praktyki duchowe oraz związane z nimi poczucie więzi.

#### *4.2. Zachowania zdrowotne*

##### *4.2.1. Aktywność fizyczna*

Prawie 40% uczestniczek badania narodowości innej niż polska deklarowało regularną, codzienną aktywność fizyczną w ramach odpoczynku. Odsetek ten był mniej więcej dwukrotnie wyższy niż wśród polskich sióstr zakonnych (17%). Podobną zależność zaobserwowano w zestawieniach danych z różnych krajów posługi – około 30% osób mieszkających poza Polską deklarowało codzienną aktywność fizyczną, w tym 36% pracujących w krajach misyjnych ( $p < 0,05$ ).

Wykazano również istotną statystycznie zależność pomiędzy aktywnością fizyczną w czasie wolnym a wiekiem – w najstarszej grupie wiekowej odsetek osób aktywnych był dwukrotnie wyższy (40%) niż w grupie najmłodszej (20%). Wynik ten potwierdził test rang Spearmana, który wykazał dodatnią korelację pomiędzy wiekiem a poziomem aktywności fizycznej ( $p < 0,05$ ). Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli 2.

### Codzienna – 30 minutowa aktywność fizyczna w ramach odpoczynku

|                             | Narodowość* |      | Kraj posługi* |               |                   | Wiek (lata*) |       |     |
|-----------------------------|-------------|------|---------------|---------------|-------------------|--------------|-------|-----|
|                             | polska      | inna | Polska        | Kraje misyjne | Kraje nie misyjne | 18-49        | 50-64 | 65+ |
| Codziennie                  | 17%         | 39%  | 16%           | 36%           | 30%               | 20%          | 20%   | 40% |
| Przynajmniej raz w tygodniu | 41%         | 35%  | 39%           | 38%           | 39%               | 41%          | 46%   | 22% |
| Przynajmniej raz w miesiącu | 20%         | 9%   | 22%           | 10%           | 11%               | 17%          | 18%   | 13% |
| Kilka razy w roku           | 16%         | 9%   | 16%           | 11%           | 12%               | 15%          | 13%   | 12% |
| Nigdy                       | 6%          | 8%   | 7%            | 5%            | 7%                | 7%           | 4%    | 12% |

\*-  $p < 0,05$

*Tabela 2. Korelacja pomiędzy codzienną aktywnością fizyczną w odniesieniu do narodowości, wieku i kraju posługi.*

Aktywność fizyczna w ramach odpoczynku jest pozytywnie skorelowana ze spożywaniem przynajmniej 1.5l wody ( $r = 0,137$ ,  $p = 0,003$ ) – osoby dbające o aktywny odpoczynek częściej przyjmują odpowiednią ilość płynów, oraz z satysfakcjonującym snem ( $r = 0,278$ ,  $p < 0,001$ ) – im więcej aktywnego odpoczynku, tym lepszy i dłuższy sen. Aktywny odpoczynek wiąże się z rzadszym spożywaniem słodczy ( $r = -0,102$ ,  $p = 0,028$ ).

Aktywność fizyczną w trakcie wykonywanej pracy najczęściej zgłaszały osoby pracujące w krajach misyjnych (57%) i w wieku poniżej 49 lat, wyniki zostały zilustrowane w tabeli 3. Najczęściej siedzący tryb życia w trakcie pracy zawodowej zgłaszały osoby w grupie wiekowej 50-64 – 59 % w porównaniu do najmłodszej 40% i najstarszej 55%, wynik był istotny statystycznie,  $p < 0,05$ ,  $V\text{-Cramera} = 0.13$ . Osoby deklarujące siedzący tryb życia, częściej sięgały po jedzenie dla poprawy nastroju ( $r = 0,152$ ,  $p = 0,001$ ), oraz prezentowały wyższy poziom stresu ( $r = 0,119$ ,  $p = 0,010$ ). Szczegółowe dane zostały zamieszczone w tabeli 3.

| Zmienna             | Wykonuje aktywność fizyczna w trakcie pracy zawodowej przynajmniej 30 min w ciągu dnia |                             |                             |                   |         |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|---------|
|                     | Codziennie                                                                             | Przynajmniej raz w tygodniu | Przynajmniej raz w miesiącu | Kilka razy w roku | w Nigdy |
| <b>Narodowość</b>   |                                                                                        |                             |                             |                   |         |
| Polska              | 50                                                                                     | 22                          | 9                           | 7                 | 13      |
| Inna                | 40                                                                                     | 22                          | 6                           | 9                 | 23      |
| p-value             | = 0,05                                                                                 |                             |                             |                   |         |
| <b>Kraj posługi</b> |                                                                                        |                             |                             |                   |         |
| Polska              | 48                                                                                     | 21                          | 10                          | 8                 | 13      |
| Kraje misyjne       | 57                                                                                     | 28                          | 5                           | 3                 | 7       |
| Kraje nie misyjne   | 40                                                                                     | 21                          | 5                           | 9                 | 25      |
| p-value             | < 0,05                                                                                 |                             |                             |                   |         |
| <b>Wiek</b>         |                                                                                        |                             |                             |                   |         |
| 18-49               | 49                                                                                     | 22                          | 8                           | 9                 | 11      |
| 50-64               | 46                                                                                     | 24                          | 9                           | 5                 | 17      |
| 65+                 | 41                                                                                     | 18                          | 5                           | 7                 | 28      |
| p- value            | < 0,05                                                                                 |                             |                             |                   |         |

*Tabela 3. Aktywność fizyczna w trakcie pracy zawodowej w odniesieniu do wieku, kraju posługi i narodowości.*

#### 4.2.2. Nawyki żywieniowe

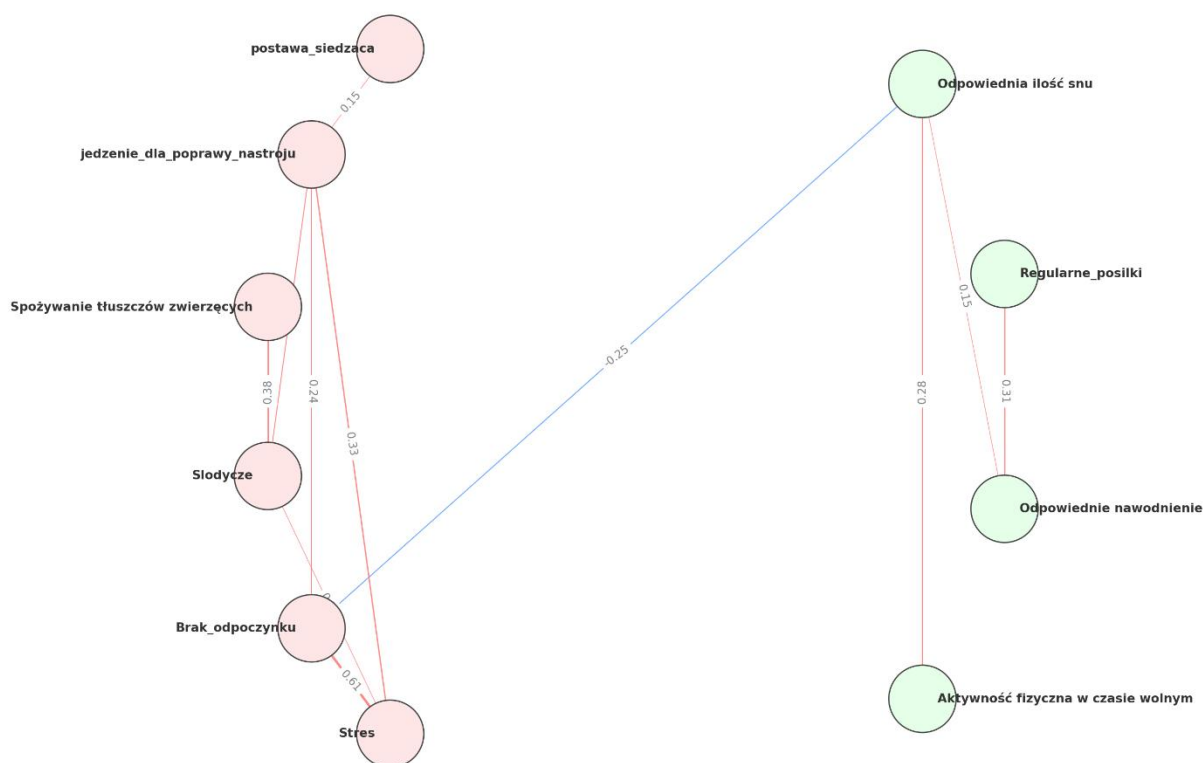
Większość uczestniczek badania (ponad 80%) deklarowała codzienne spożywanie regularnych posiłków oraz utrzymywanie odpowiedniego poziomu nawodnienia (ponad 70%). Na uzyskane wyniki nie miały istotnego wpływu zmienne takie, jak narodowość, wiek, kraj posługi ani długość pobytu we wspólnocie zakonnej. Regularne spożywanie posiłków było dodatnio skorelowane z odpowiednim poziomem nawodnienia ( $r=0,307$ ,  $p<0,05$ ) oraz satysfakcjonującym snem ( $r=0,307$ ,  $p<0,05$ ).

Spośród wszystkich badanych 119 osób (25%) przyznało, że codziennie spożywa tłuszcze zwierzęce oraz produkty wysoko przetworzone. Ponadto 132 uczestniczki (28%) deklarowały codzienne spożywanie słodczy i/lub napojów słodzonych cukrem. Choć uzyskane różnice nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej, obserwowany trend wskazuje, że Siostry zakonne posługujące w krajach misyjnych spożywają najmniejsze ilości żywności wysoko przetworzonej (13%) oraz napojów słodzonych (11%), w porównaniu do sióstr z Polski (30% i 31%) oraz z krajów niemisyjnych (24% i 32%). Zaobserwowano również istotną statystycznie zależność pomiędzy częstotliwością codziennego spożywania słodczy oraz nawykiem dosalania potraw a długością pobytu we wspólnotie zakonnej. Osoby częściej deklaruujące spożywanie słodczy i napojów dosładzanych spożywały też więcej tłuszczów ( $r = 0,382$ ,  $p < 0,05$ ), częściej deklarowały spożywanie pokarmów dla poprawy nastroju ( $r = 0,233$ ,  $p < 0,05$ ), zgłaszały wyższy poziom stresu ( $r = 0,158$ ,  $p < 0,05$ ) oraz brak odpoczynku ( $r = 0,102$ ,  $p = 0,028$ ) oraz niższy poziom aktywności fizycznej w czasie wolnym ( $r = -0,102$ ,  $p = 0,028$ ).

Najwyższy odsetek uczestniczek regularnie dosalających posiłki (39%;  $n = 16$ ;  $p < 0,05$ ) oraz codziennie spożywających słodczy (46%;  $n = 19$ ;  $p < 0,05$ ) odnotowano w grupie sióstr przynależących do wspólnoty krócej niż 10 lat. Z kolei najniższy odsetek spożycia słodczy stwierdzono wśród osób będących w zakonie ponad 25 lat — 25% ( $n = 68$ ). Największe spożycie owoców i warzyw stwierdzono wśród sióstr mieszkających w krajach niemisyjnych — 57% ( $n = 87$ ;  $p < 0,05$ ), podczas gdy w Polsce odsetek ten wynosił 33%, a w krajach misyjnych 54%.

Graficzne przedstawienie istotnych korelacji ( $r \geq 0.15$ ) dotyczących nawyków zdrowotnych zamieszczona na rycinie 3.

Sieć korelacji: zdrowe i ryzykowne nawyki ( $r \geq 0.15$ )



Rycina 3. Sieć korelacji pomiędzy deklarowanymi nawykami zdrowotnymi.

Największy odsetek osób praktykujących post przynajmniej raz w tygodniu odnotowano wśród Sióstr w wieku 49- 64 (39%) oraz wśród uczestniczek posługujących w krajach misyjnych (44%). Osoby częściej praktykujące post, były bardziej aktywne fizycznie ( $r = 0,133$ ,  $p = 0,004$ ) i prezentowały lepszą higienę snu ( $r = 0,129$ ,  $p = 0,006$ ). Zaobserwowaliśmy również, że osoby częściej poszczące mogą mieć też skłonność do kompensacyjnego jedzenia ( $r = 0,116$ ,  $p = 0,012$ ). Warto również zauważyć, że co trzecia uczestniczka powyżej 65. roku życia zadeklarowała, iż nigdy nie sięga po jedzenie w celu poprawy nastroju, podczas gdy w najmłodszej grupie wiekowej takie zachowanie deklarowała jedynie co szósta osoba. Szczegółowe zestawienie danych, dotyczących nawyków żywieniowych przedstawiono w tabeli 4.

|                                                           | Wiek (lata) |           |          | p      | Kraj postugi |               |                  | p      |
|-----------------------------------------------------------|-------------|-----------|----------|--------|--------------|---------------|------------------|--------|
|                                                           | 18-49       | 50-64     | 65+      |        | Polska       | Kraje misyjne | Kraje niemisyjne |        |
| Spożywa warzywa i owoce przynajmniej 3 razy dziennie n(%) | 90 (39%)    | 67 (44%)  | 43 (52%) | p=0,12 | 83 (33%)     | 33 (54%)      | 85 (57%)         | p<0,05 |
| Praktykuje post przynajmniej raz w tygodniu n(%)          | 70 (31%)    | 59 (39%)  | 20 (24%) | p<0,05 | 69 (28%)     | 27 (44%)      | 52 (35%)         | p<0,05 |
| Nigdy nie spożywa pokarmów w celu poprawy nastroju n(%)   | 32 (14%)    | 26 (17%)  | 26 (32%) | p<0,05 | 44 (18%)     | 9 (15%)       | 31 (21%)         | p<0,05 |
| Spożywa regularne posiłku n (%)                           | 189 (83%)   | 136 (90%) | 69 (84%) | p=0,78 | 220 (88%)    | 50 (82%)      | 122 (82%)        | p=0,55 |
| Przyjmuje przynajmniej 1,5l płynów dziennie n (%)         | 155 (68%)   | 108 (72%) | 55 (67%) | p=0,06 | 175 (70%)    | 46 (75%)      | 96 (65%)         | p=0,54 |

*Tabela 4. Wpływ wieku i kraju postugi na wybrane nawyki żywieniowe.*

Najwyższy odsetek codziennego spożywania kawy zaobserwowano wśród polskich sióstr zakonnych (82%; n = 260). Wykazano ponadto istotną statystycznie zależność pomiędzy spożywaniem kawy a zarówno długością pobytu we wspólnotcie. Najwyższe wskaźniki spożycia kawy odnotowano wśród uczestniczek żyjących w zgromadzeniu ponad 25 lat (81%; n = 218) oraz w grupie sióstr, które wstąpiły do wspólnoty przed ukończeniem 25. roku życia (78%; n = 296).

W analizie nawyków żywieniowych warto uwzględnić praktykę postu motywowaną względami religijnymi, gdyż stanowi ona ważny czynnik wpływający na postawy wobec zdrowia. (101–103). W naszym badaniu wykazano istotną zależność pomiędzy krajem posługi a częstotliwością praktyk postnych. Wśród sióstr pracujących w Polsce post najczęściej praktykowano kilka razy w roku (38%), natomiast w krajach misyjnych – co najmniej raz w tygodniu (45%). Podobny wynik odnotowano w krajach niemisyjnych, gdzie post raz w tygodniu deklarowało 35% uczestniczek.

#### 4.2.3. Zdrowie psychiczne i choroby przewlekłe

Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wskaźnikami zdrowia psychicznego a wiekiem uczestniczek badania. Najniższe wskaźniki obniżonego nastroju oraz odczuwanego stresu odnotowano w najstarszej grupie sióstr zakonnych. Spośród nich 21% (n = 17) zadeklarowało, że nigdy nie doświadczało obniżonego nastroju, natomiast 39% (n = 32) przyznało, iż nigdy nie odczuwało stresu. W tej samej grupie stwierdzono również najniższy odsetek osób deklarujących codzienne przeciążenie obowiązkami (9%; n = 7) oraz najwyższy odsetek uczestniczek mających poczucie posiadania wystarczającej ilości czasu na odpoczynek (34%; n = 28). Szczegółowe dane dotyczące wpływu miejsca zamieszkania i wieku na odpoczynek i zdrowie psychiczne przedstawiono w tabeli 5.

|                                          | Wiek (lata) |          |          | p      | Kraj posługi |               |                  | p      |
|------------------------------------------|-------------|----------|----------|--------|--------------|---------------|------------------|--------|
|                                          | 18-49       | 50-64    | 65+      |        | Polska       | Kraje misyjne | Kraje niemisyjne |        |
| Satysfakcjonujący sen każdego dnia n (%) | 59 (26%)    | 53 (35%) | 40 (49%) | p<0,05 | 70 (30%)     | 20 (33%)      | 57 (39%)         | p=0,64 |
| Potrzeba drzemek w ciągu dnia n(%)       | 48 (21%)    | 33 (22%) | 23 (28%) | p<0,05 | 58 (23%)     | 18 (30%)      | 27 (18%)         | p<0,05 |

|                                                 |          |          |          |        |          |          |          |        |
|-------------------------------------------------|----------|----------|----------|--------|----------|----------|----------|--------|
| Odpowiedni czas na odpoczynek każdego dnia n(%) | 17 (7%)  | 16 (11%) | 28 (34%) | p<0,05 | 47 (19%) | 7 (11%)  | 14 (9%)  | p<0,05 |
| Poczucie przepracowania każdego dnia n (%)      | 40 (18%) | 28 (19%) | 7 (9%)   | p<0,05 | 46 (18%) | 11 (18%) | 17 (11%) | p=0,10 |
| Nigdy nie doświadczam obniżonego nastroju n (%) | 14 (6%)  | 11 (7%)  | 17 (21%) | p<0,05 | 6%       | 11%      | 13%      | p<0,05 |
| Nigdy nie doświadczam stresu n (%)              | 25 (11%) | 22 (15%) | 32 (39%) | p<0,05 | 38 (15%) | 8 (13%)  | 33 (22%) | p=0,07 |

Tabela 5. Związek pomiędzy wiekiem, krajem posługi a odpoczynkiem i zdrowiem psychicznym.

Poczucie przepracowanie to zmienna silnie obciążająca psychicznie i zdrowotnie, związana była z wysokim stresem ( $r = 0,517$ ,  $p < 0,05$ ), brakiem odpoczynku ( $r = 0,738$ ,  $p < 0,05$ ), mniejszą ilością snu ( $r = -0,221$ ,  $p < 0,05$ ), kompensacyjnym spożywaniem pokarmów ( $r = 0,235$ ,  $p < 0,05$ ) i słodczy ( $r = 0,134$ ,  $p = 0,004$ ).

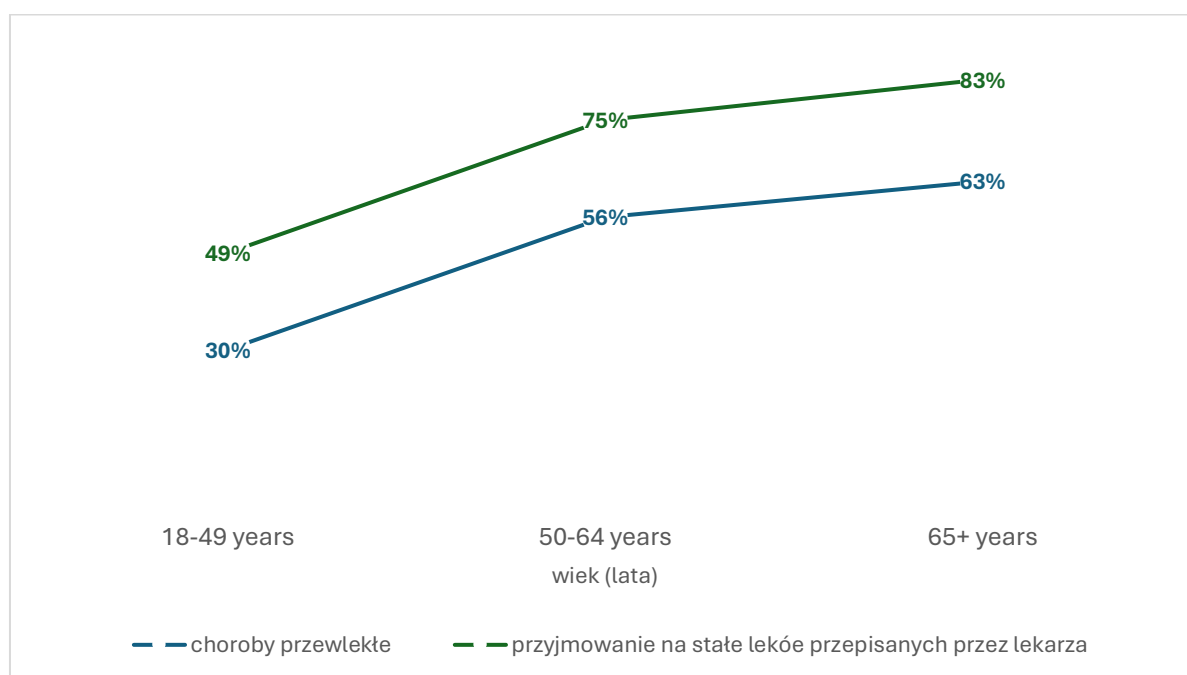
Test rang Spearmana potwierdził istotną statystycznie ujemną korelację pomiędzy wiekiem a częstością doświadczania obniżonego nastroju ( $p < 0,05$ ;  $\rho = -0,164$ ), problemów ze stresem ( $p < 0,05$ ;  $\rho = -0,284$ ) oraz wykorzystywaniem jedzenia w celu poprawy samopoczucia ( $p < 0,05$ ;  $\rho = -0,201$ ). Warto dodać, że niemal połowa uczestniczek w wieku 65 lat i więcej deklarowała, iż ich sen jest satysfakcjonujący

W celu określenia, które czynniki istotnie wpływają na poziom stresu, przeprowadzono analizę regresji liniowej z wykorzystaniem modelu ANOVA. Zmienną zależną był poziom stresu, natomiast zmiennymi niezależnymi: brak odpoczynku, przeciążenie pracą, obniżony nastrój, choroby przewlekłe, leki nasenne. Otrzymany model okazał się istotny statystycznie,  $F(7, 438) = 74,151$ ,  $p < 0,05$ , i wyjaśniał 54,2% wariancji zmiennej zależnej ( $R^2 = 0.542$ ). Wśród analizowanych predyktorów istotny wpływ na poziom stresu wykazały następujące zmienne:

obniżony nastrój:  $B = 0,527$ ,  $SE = 0,044$ ,  $\beta = 0,458$ ,  $t = 12,110$ ,  $p < 0,05$ ; brak odpoczynku:  $B = 0,302$ ,  $SE = 0,047$ ,  $\beta = 0,324$ ,  $t = 6,431$ ,  $p < 0,05$ ; leki nasenne:  $B = 0,253$ ,  $SE = 0,119$ ,  $\beta = 0,070$ ,  $t = 2,132$ ,  $p = 0,05$ .

Doświadczenie lęku jest silnie powiązane ze stresem ( $r = 0,636$ ,  $p < 0,05$ ), brakiem odpoczynku ( $r = 0,493$ ,  $p < 0,05$ ) i poczuciem „przepracowania” ( $r = 0,473$ ,  $p < 0,05$ ). Towarzyszy też emocjonalnemu jedzeniu ( $r = 0,307$ ,  $p < 0,05$ ), co sugeruje mechanizm radzenia sobie z napięciem poprzez zachowania żywieniowe.

Spośród 463 osób uczestniczących w badaniu, u 207 stwierdzono obecność co najmniej jednej choroby przewlekłej. Częstość ich występowania wzrastała istotnie wraz z wiekiem ( $p < 0,05$ ) — w najstarszej grupie wiekowej była ona dwukrotnie wyższa niż w grupie najmłodszej (63% vs. 30%). Odsetek uczestniczek zgłaszających choroby przewlekłe był trzykrotnie wyższy wśród sióstr mieszkających w Polsce (54%) niż w krajach misyjnych (16%). Podobną zależność zaobserwowano w odniesieniu do przyjmowania leków przepisanych przez lekarzy, przy czym wskaźniki te były średnio o 20% wyższe w każdej grupie wiekowej. Choroby przewlekłe częściej występują u osób z niższą aktywnością fizyczną ( $r = -0,105$ ,  $p = 0,024$ ) i krótszym snem ( $r = -0,111$ ,  $p = 0,017$ ). Dane te zostały zobrazowane na rycinie 4.



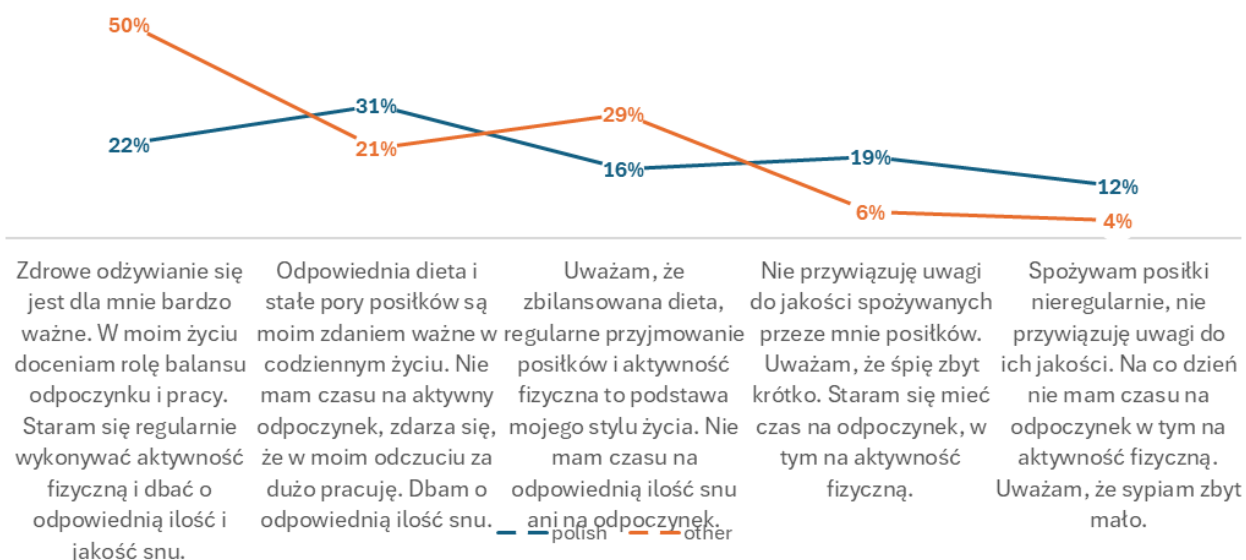
Rycina 4. Choroby przewlekłe i stałe przyjmowanie leków w odniesieniu do wieku.

Średnia częstość stosowania leków nasennych wyniosła 12,3% (n = 57), nie odnotowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy ich stosowaniem a wiekiem, narodowością ani krajem posługi.

#### *4.3. Postawy zdrowotne*

Uczestnicy badania uczestnicy badania zostali poproszeni o wskazanie jednej spośród opisanych postaw zdrowotnych, które odzwierciedlały ich indywidualne podejście do kwestii odżywiania, aktywności fizycznej oraz równowagi między pracą a odpoczynkiem. Postawy zostały uporządkowane od najbardziej prozdrowotnej, charakteryzującej się wysoką świadomością znaczenia zdrowej diety i regularnej aktywności fizycznej, po najmniej zdrową, obejmującą nieregularne posiłki i brak dbałości o jakość spożywanego jedzenia. Większość sióstr narodowości innej niż polska (ponad 50%) wskazała, że priorytetem dla nich jest zdrowa dieta, utrzymanie równowagi między odpoczynkiem a pracą, regularna aktywność fizyczna oraz odpowiednia ilość snu. Z kolei 29% polskich uczestniczek zadeklarowało, że dużą wagę przywiązują do zbilansowanej diety, regularnego spożywania posiłków oraz aktywności fizycznej, jednak nie uznają wystarczającego odpoczynku i snu za równie istotne elementy stylu życia. Zaobserwowano wyraźny trend wskazujący, że wraz ze spadkiem jakości postaw prozdrowotnych wzrasta odsetek sióstr narodowości polskiej, natomiast udział sióstr pochodzących spoza Polski ulega zmniejszeniu. Graficzne przedstawienie danych znajduje się na rycinie 5.

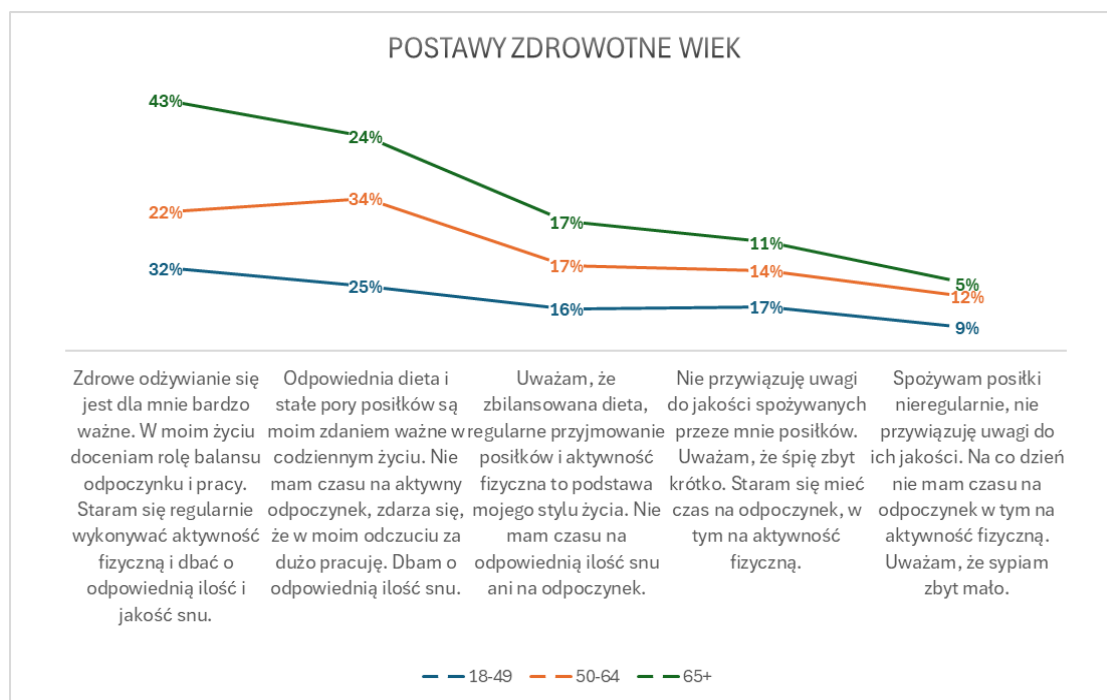
## POSTAWY ZDROWOTNE - NARODOWOŚĆ



Rycina 5. Postawy zdrowotne w odniesieniu do narodowości.

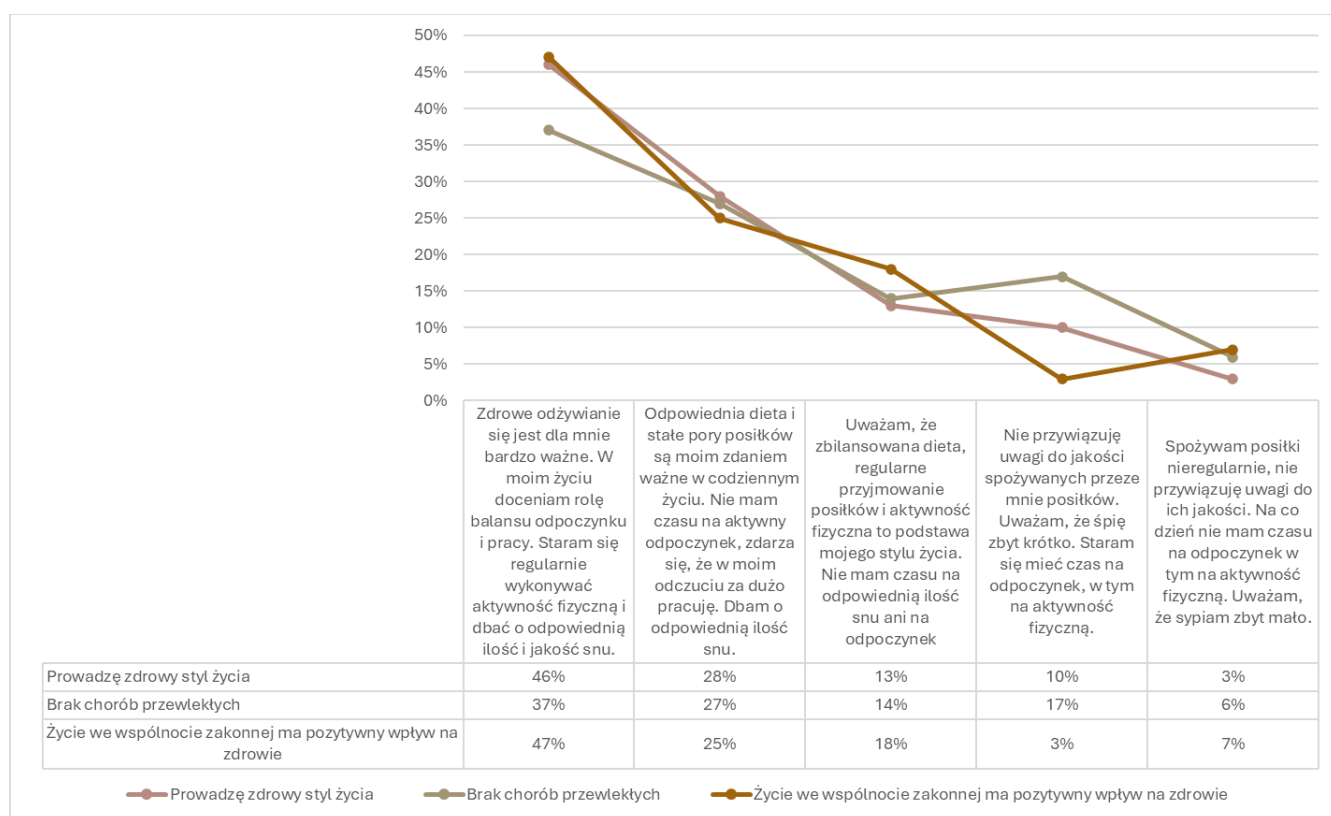
Stwierdzono również istotną zależność ( $p < 0,05$ ) pomiędzy opisem postaw zdrowotnych a wiekiem respondentów. Osoby w wieku 65 lat i więcej częściej prezentowały najbardziej pozytywne postawy wobec zdrowia, natomiast uczestnicy w wieku od 50 do 64 lat wykazywali tendencję do najmniej korzystnych postaw. Szczegółowe dane przedstawiono na rycinie 6

## POSTAWY ZDROWOTNE WIEK



Rycina 6. Postawy zdrowotne w odniesieniu do wieku.

W odniesieniu do postaw zdrowotnych przeanalizowano samoocenę stylu życia, deklarację o pozytywnym wpływie wspólnoty na zdrowie oraz brak obecności chorób przewlekłych. Zaobserwowano, że osoby prezentujące najwyższy poziom zachowań prozdrowotnych najczęściej deklarują prowadzenie zdrowego stylu życia (46%), częściej dostrzegają pozytywny wpływ wspólnoty na zdrowie (47%) oraz rzadziej chorują przewlekłe (37%). Krzywe na wykresie mają spójny kierunek malejący — niezależnie od mierzonego wskaźnika. Sugeruje to, że wszystkie trzy zmienne równolegle pogarszają się wraz ze spadkiem poziomu zdrowych nawyków i postaw, wyniki te zostały zobrazowane na rycinie 7.

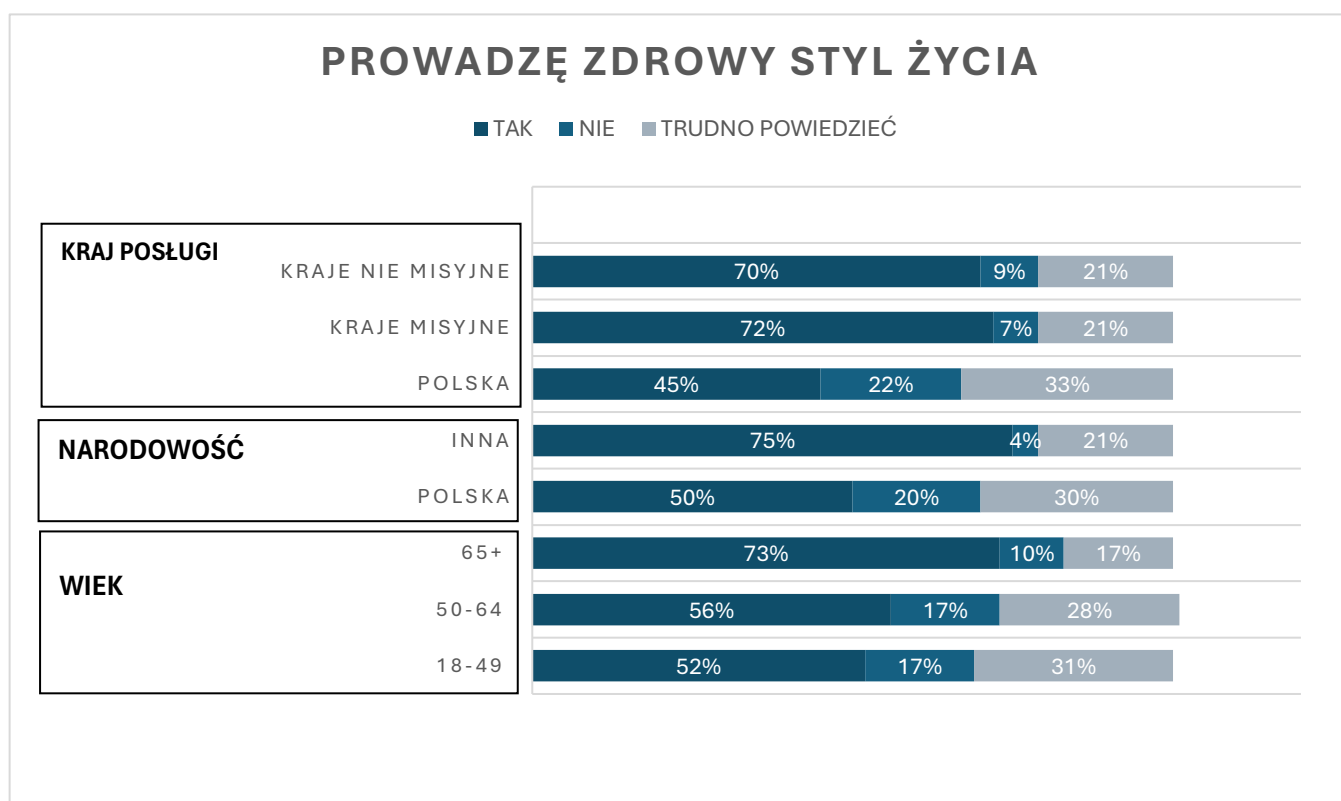


*Rycina 7. Postawy zdrowotne w zależności od deklarowanego stylu życia, oceny wpływu wspólnoty oraz występowania chorób przewlekłych.*

#### 4.4. Samoocena stylu życia

Prawie wszystkie uczestniczki badania zadeklarowały, że sposób odżywiania ( $n = 454$ ), aktywność fizyczna ( $n = 461$ ) oraz odpoczynek ( $n = 463$ ) mają istotny wpływ na utrzymanie dobrego stanu zdrowia.

Łącznie 57% badanych sióstr zakonnych ( $n = 264$ ) wskazało, że prowadzi zdrowy styl życia. Największy odsetek osób deklaruujących taki sposób funkcjonowania odnotowano w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia – 73% – co pozostaje zgodne z wcześniej opisanymi wynikami dotyczącymi codziennych nawyków ( $p < 0,05$ ). Respondentki narodowości innej niż polska oraz mieszkające poza Polską istotnie częściej oceniały swój styl życia jako zdrowy w porównaniu z osobami narodowości polskiej lub zamieszkującymi na terenie Polski ( $p < 0,001$ ). Wyniki te zostały przedstawione na rycinie 8.



Rycina 8. Samoocena stylu życia w odniesieniu do wieku, narodowości i kraju posługi.

Przeprowadzony model regresji wielorakiej dla zmiennej zależnej „Prowadzę zdrowy styl życia” okazał się istotny statystycznie,  $F(22, 440) = 10,715$ ,  $p < 0,05$ , wyjaśniając 34,9% wariancji ( $R^2 = 0,349$ ). Istotnymi predyktorami zdrowego stylu życia okazały się: odpoczynek ( $\beta = 0,169$ ,  $p <$

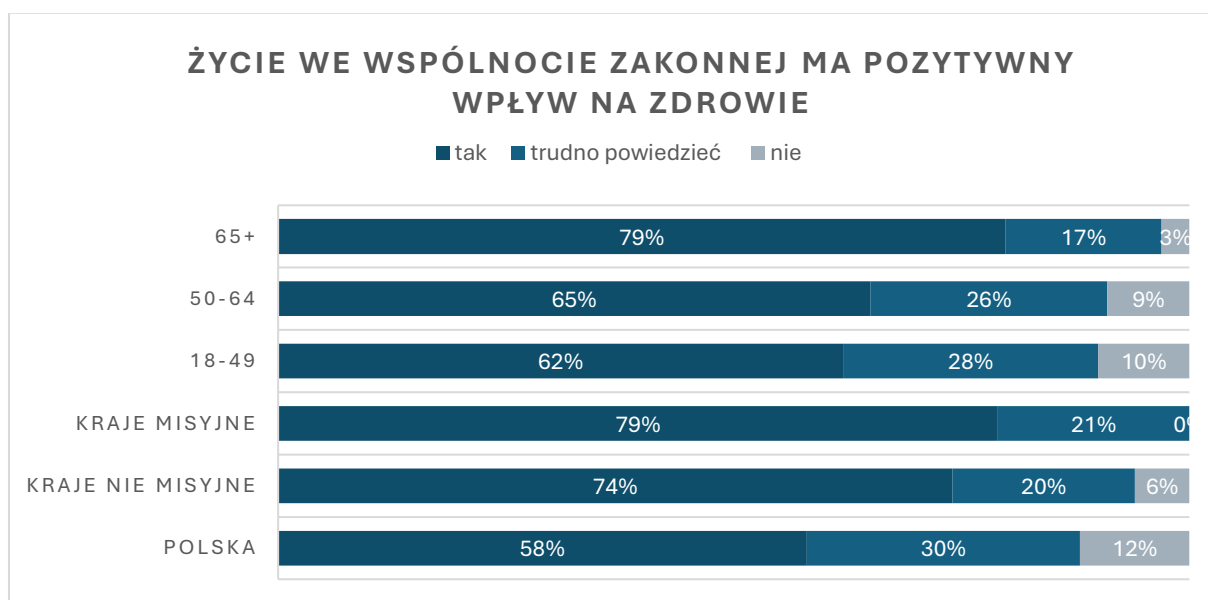
0,05), praca ( $\beta = 0,106$ ,  $p = 0,024$ ), spożycie warzyw i owoców ( $\beta = 0,110$ ,  $p = 0,009$ ), post ( $\beta = 0,125$ ,  $p = 0,003$ ), satysfakcjonujący sen ( $\beta = 0,211$ ,  $p < 0,05$ ), a także – w kierunku negatywnym – spożywanie słodczy ( $\beta = -0,169$ ,  $p < 0,05$ ), obniżony nastrój ( $\beta = -0,157$ ,  $p = 0,004$ ) i choroby przewlekłe ( $\beta = -0,127$ ,  $p = 0,002$ ). Pozostałe czynniki nie osiągnęły istotności statystycznej. Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli 6.

|                            | Współczynniki<br>niestandardyzowane |       | Współczynniki<br>standaryzowane |  | t      | Istotność |
|----------------------------|-------------------------------------|-------|---------------------------------|--|--------|-----------|
|                            | B                                   | SE    | $\beta$                         |  |        |           |
| (Stała)                    | 1,743                               | 0,482 |                                 |  | 3,616  | <0,001    |
| Odpowiedni odpoczynek      | 0,150                               | 0,038 | 0,169                           |  | 3,924  | <0,001    |
| Intensywne prace domowe    | -0,065                              | 0,047 | -0,067                          |  | -1,396 | 0,163     |
| Regularne posiłki          | 0,112                               | 0,069 | 0,068                           |  | 1,624  | 0,105     |
| Odpowiednie nawodnienie    | 0,078                               | 0,051 | 0,067                           |  | 1,532  | 0,126     |
| Spożywanie warzyw i owoców | 0,118                               | 0,045 | 0,110                           |  | 2,605  | 0,009     |
| Spożywanie słodczy         | -0,172                              | 0,045 | -0,169                          |  | -3,837 | <0,001    |
| Praktykowanie postu        | 0,126                               | 0,042 | 0,125                           |  | 2,979  | 0,003     |
| Satysfakcjonujący sen      | 0,233                               | 0,048 | 0,211                           |  | 4,894  | <0,001    |
| Drzemki                    | -0,018                              | 0,032 | -0,023                          |  | -0,568 | 0,570     |
| Stres                      | -0,026                              | 0,052 | -0,029                          |  | -0,494 | 0,621     |
| Pracuje dużo               | 0,016                               | 0,046 | 0,020                           |  | 0,338  | 0,736     |
| Choroby przewlekłe         | -0,267                              | 0,087 | -0,127                          |  | -3,080 | 0,002     |
| Obniżony nastrój           | -0,159                              | 0,055 | -0,157                          |  | -2,914 | 0,004     |
| Leki nasenne               | 0,129                               | 0,129 | 0,041                           |  | 1,000  | 0,318     |

Tabela 6. Predykatory zdrowego stylu życia w modelu regresji liniowej. SE – błąd standardowy.

#### 4.5. Życie wspólnotowe a zdrowie

307 (66%) sióstr biorących udział w badaniu wskazało, że życie we wspólnocie zakonnej ma korzystny wpływ na ich zdrowie, 118 (25%) uznało, że trudno to jednoznacznie określić, natomiast 38 (9%) oceniło, iż wspólnotowy tryb życia oddziałuje negatywnie na ich zdrowie. W analizie wykazano istotną statystycznie zależność ( $p < 0,05$ ) pomiędzy wiekiem oraz krajem posługi a oceną wpływu życia we wspólnocie zakonnej na zdrowie. Najczęściej pozytywny wpływ deklarowały Siostry pracujące w krajach misyjnych (79%) oraz uczestniczki powyżej 65. roku życia (również 79%). Największy odsetek osób oceniających życie wspólnotowe jako czynnik negatywnie wpływający na zdrowie odnotowano wśród sióstr mieszkających w Polsce (12%) oraz w grupie wiekowej 18–50 lat (10%). Warto zaznaczyć, że co trzecia uczestniczka z tych grup zadeklarowała trudność w jednoznacznym określeniu, jaki wpływ na ich zdrowie ma życie wspólnotowe. Szczegółowe dane przedstawiono na rycinie 9.

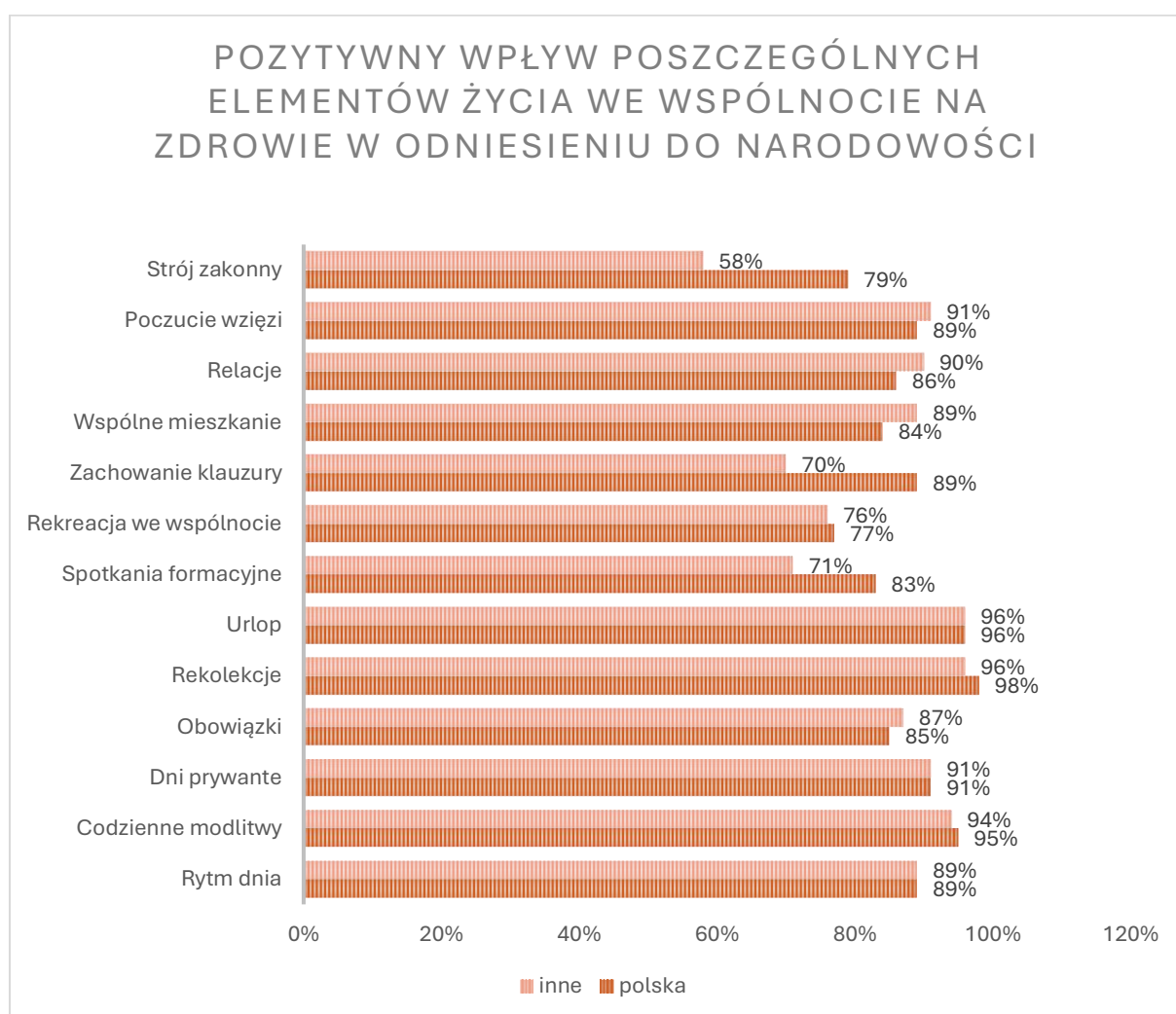


*Rycina 9. Ocena wpływu życia we wspólnocie zakonnej na zdrowie w odniesieniu do wieku i kraju posługi.*

#### 4.6. Ocena poszczególnych elementów życia konsekrowanego w kontekście zdrowia

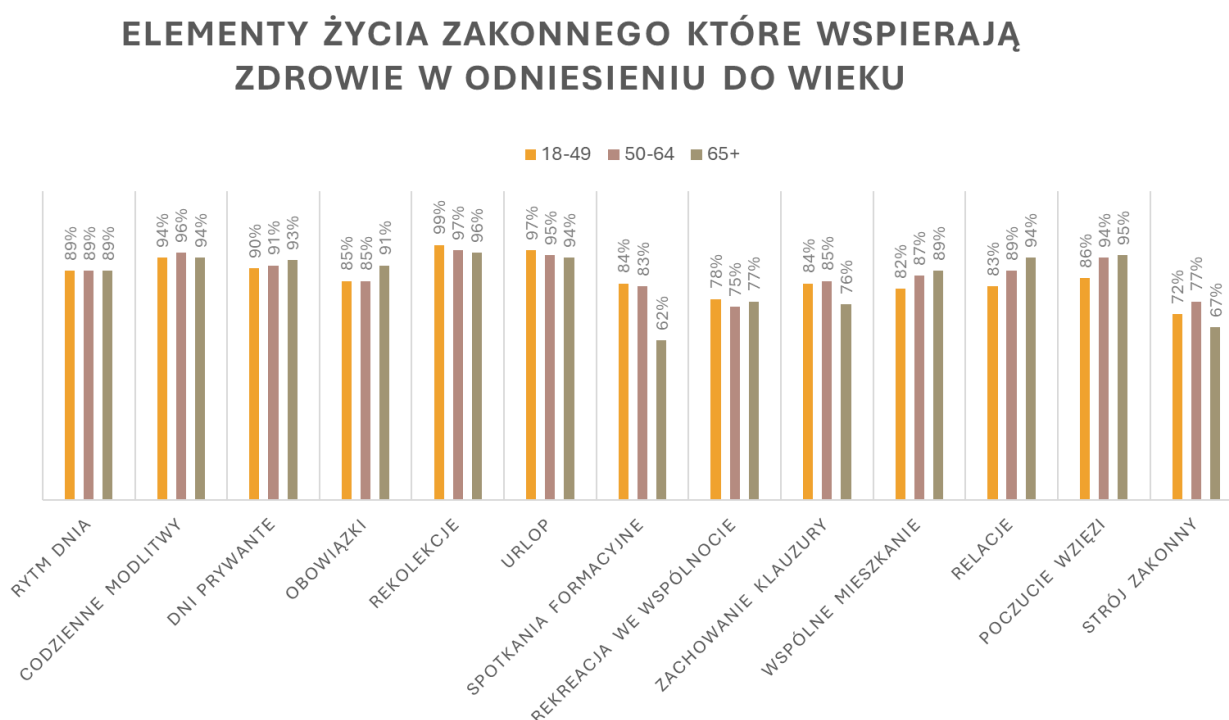
W celu zbadania wpływu życia we wspólnocie zakonnej na zdrowie uczestniczek, respondentkom przedstawiono listę trzynastu elementów życia wspólnotowego i poproszono o ocenę ich wpływu na zdrowie z wykorzystaniem pięciostopniowej skali Likerta, w której

wartość 1 oznaczała „zdecydowanie negatywnie”, a wartość 5 – „zdecydowanie pozytywnie”. Siostry narodowości polskiej najczęściej wskazywały, że rekolekcje (98%), urlop (96%) oraz modlitwa wspólnotowa (96%) mają pozytywny wpływ na ich zdrowie. Najrzadziej natomiast pozytywnie oceniano spotkania formacyjne (83%), formy rekreacji i odpoczynku organizowane we wspólnocie (77%) oraz habit zakonny (79%). Podobnie, w grupie sióstr innych narodowości najczęściej jako pozytywnie wpływające na zdrowie wymieniano rekolekcje (96%), urlop (96%) oraz modlitwę wspólnotową (94%). Najmniej korzystnie oceniano natomiast habit zakonny (58%), spotkania formacyjne (70%) oraz zachowanie prywatności klauzury (71%). Szczegółowe dane przedstawiono na rycinie 10.



*Rycina 10. Ocena poszczególnych elementów życia we wspólnocie w kontekście zdrowia.*

Wyniki naszego badania wykazały, że niezależnie od wieku uczestniczek, rekolekcje były elementem życia wspólnotowego najczęściej ocenianym jako mający pozytywny wpływ na zdrowie – średni odsetek odpowiedzi przekraczał 97%. Najniższy odsetek pozytywnych wskazań w najstarszej grupie wiekowej (powyżej 65 lat) dotyczył spotkań formacyjnych (62%). W grupie sióstr w wieku 50–64 lat najmniej pozytywnych ocen uzyskały formy rekreacji i odpoczynku planowane we wspólnocie (76%), natomiast w grupie najmłodszej (18–49 lat) – habit zakonny (72%). Szczegółowe dane przedstawiono na rycinie 11.



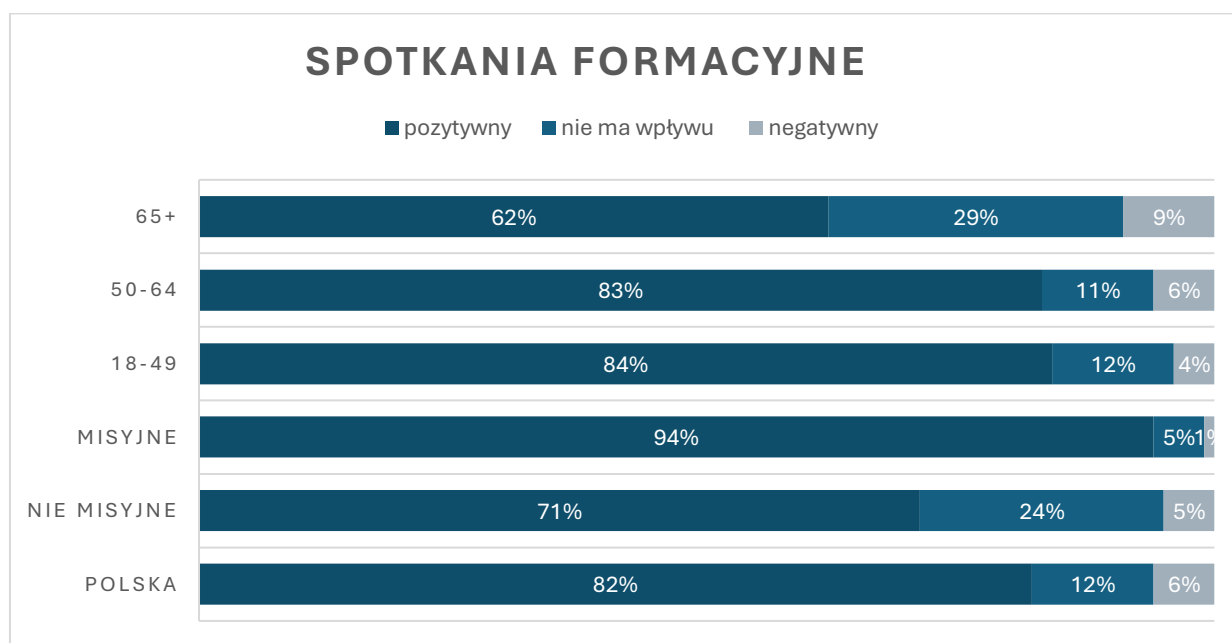
Rycina 11. Elementy życia zakonnego wspierające zdrowie w odniesieniu do wieku.

Wyniki badania ujawniły ponadto istotną statystycznie zależność pomiędzy poczuciem więzi we wspólnocie zakonnej a wiekiem uczestniczek. Zdecydowana większość sióstr w wieku 50–64 lata oraz powyżej 65 lat postrzegała to poczucie jako czynnik korzystnie wpływający na zdrowie. Również w grupie najmłodszej (18–49 lat) aż 86% uczestniczek ( $n = 196$ ) uznało poczucie przynależności do wspólnoty za istotny element warunkujący dobrostan i zdrowie.

Zaobserwowano również istotną statystycznie zależność ( $p < 0,05$ ) pomiędzy wiekiem, krajem posługi a wpływem obowiązków zakonnych na zdrowie. Najbardziej korzystny wpływ pełnienia

obowiązków na zdrowie wskazały Siostry pracujące w krajach misyjnych (97%) oraz uczestniczki w wieku powyżej 65 lat (91%). Natomiast 12% sióstr mieszkających w Polsce oraz 10% uczestniczek w wieku 50–64 lat uznało obowiązki zakonne za czynnik negatywnie wpływający na zdrowie.

Kolejnym elementem życia wspólnotowego, który wykazał istotny statystycznie wpływ na zdrowie ( $p < 0,05$ ), było uczestnictwo w spotkaniach formacyjnych. Zależność ta była skorelowana z wiekiem uczestniczek oraz krajem ich posługi. Największy odsetek pozytywnych ocen odnotowano wśród sióstr zakonnych pracujących w krajach misyjnych (97%), w porównaniu z 71% uczestniczek z krajów niemisyjnych. Warto podkreślić, że co czwarta Siostra z krajów niemisyjnych uznała, że spotkania formacyjne nie mają istotnego wpływu na zdrowie, a wśród sióstr w wieku 65 lat i starszych taki pogląd wyrażała co trzecia uczestniczka, wskazując, że spotkania te nie wpływają znacząco na ich ocenę zdrowia. Szczegółowe dane zostały przedstawione na rycinie 12.



*Rycina 12. Korelacja spotkania formacyjne- zdrowy styl życia w odniesieniu do wieku i kraju posługi.*

Kolejnym elementem, wskazywanym jako istotny z perspektywy zdrowia w odniesieniu do wieku był strój zakonne – habit. Najwyższy wskaźnik pozytywnych opinii odnotowano wśród Sióstr z krajów misyjnych (85%), najczęściej jako negatywny czynnik podawany był w krajach

niemisyjnych (12 %). Wykazano istotną statystycznie różnicę w postrzeganiu wpływu noszenia habitu w zależności od wieku wstąpienia do zgromadzenia. Siostry, które wstąpiły do wspólnoty przed 26. rokiem życia, częściej oceniały ten wpływ pozytywnie (75%) niż te, które wstąpiły po 26. roku życia (50%). Co czwarta uczestniczka w wieku 18–49 lat zadeklarowała, że forma ubioru zakonnego nie ma istotnego wpływu na ich zdrowie. Szczegółowe dane zostały zaprezentowane na rycinie 13.



Rycina 13. Postrzeganie stroju zakonnego w kontekście zdrowia w odniesieniu do zmiennych socjodemograficznych.

Przeprowadzono analizę regresji liniowej w celu określenia, które z 13 czynników życia wspólnotowego wpływają na deklarowany poziom prowadzenia zdrowego stylu życia. Model był istotny statystycznie,  $F(13, 432) = 4,984$ ,  $p < 0,05$ , wyjaśniając 13% wariacji zmiennej zależnej ( $R^2 = 0,13$ ). Spośród analizowanych predyktorów istotny wpływ wykazały: wykonywane obowiązki ( $\beta = 0,139$ ,  $p = 0,006$ ), dni odpowiedzialności za modlitwę ( $\beta = 0,116$ ,  $p = 0,016$ ) oraz zachowanie klauzury ( $\beta = -0,122$ ,  $p = 0,031$ ). Tendencję do istotności statystycznej odnotowano dla zmiennych urlop ( $p = 0,059$ ) i rekolekcje ( $p = 0,074$ ).

W celu określenia jak zmienne predykcyjne dotyczące poszczególnych elementów życia wspólnotowego mogą wyjaśnić zmienność deklaracji o pozytywnym wpływie wspólnoty na zdrowie przeprowadzono analizę wariancji (ANOVA), która potwierdziła istotność modelu

regresji. Wielokrotna analiza regresji wykazała, że model istotnie przewidywał stopień pozytywnego wpływu życia we wspólnocie na zdrowie,  $F(13,432) = 21,369$ ;  $p < 0,001$ , wyjaśniając około 39% zmienności wyniku ( $R^2 = 0,391$ ). Spośród analizowanych predyktorów kilka wykazało istotny pozytywny wpływ na postrzegane zdrowie, w tym: wspólne mieszkanie z Siostrami ( $\beta = 0,279$ ;  $t = 5,225$ ;  $p < 0,001$ ), relacje międzyludzkie we wspólnocie ( $\beta = 0,204$ ;  $t = 3,285$ ;  $p = 0,001$ ), wspólnotowy rytm dnia ( $\beta = 0,143$ ;  $t = 2,917$ ;  $p = 0,004$ ) oraz wykonywane obowiązki ( $\beta = 0,098$ ;  $t = 2,322$ ;  $p = 0,021$ ). Na granicy istotności znalazły się również formy rekreacji i odpoczynku we wspólnocie ( $\beta = 0,101$ ;  $t = 1,947$ ;  $p = 0,052$ ). Dwa czynniki wykazały istotny negatywny wpływ na postrzeganie wspólnoty w kontekście zdrowia: ścisłe przestrzeganie klauzury ( $B = -0,176$ ;  $\beta = -0,150$ ;  $t = -3,169$ ;  $p = 0,002$ ); urlop ( $B = -0,153$ ;  $\beta = -0,091$ ;  $t = -2,135$ ;  $p = 0,033$ ). Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli 7.

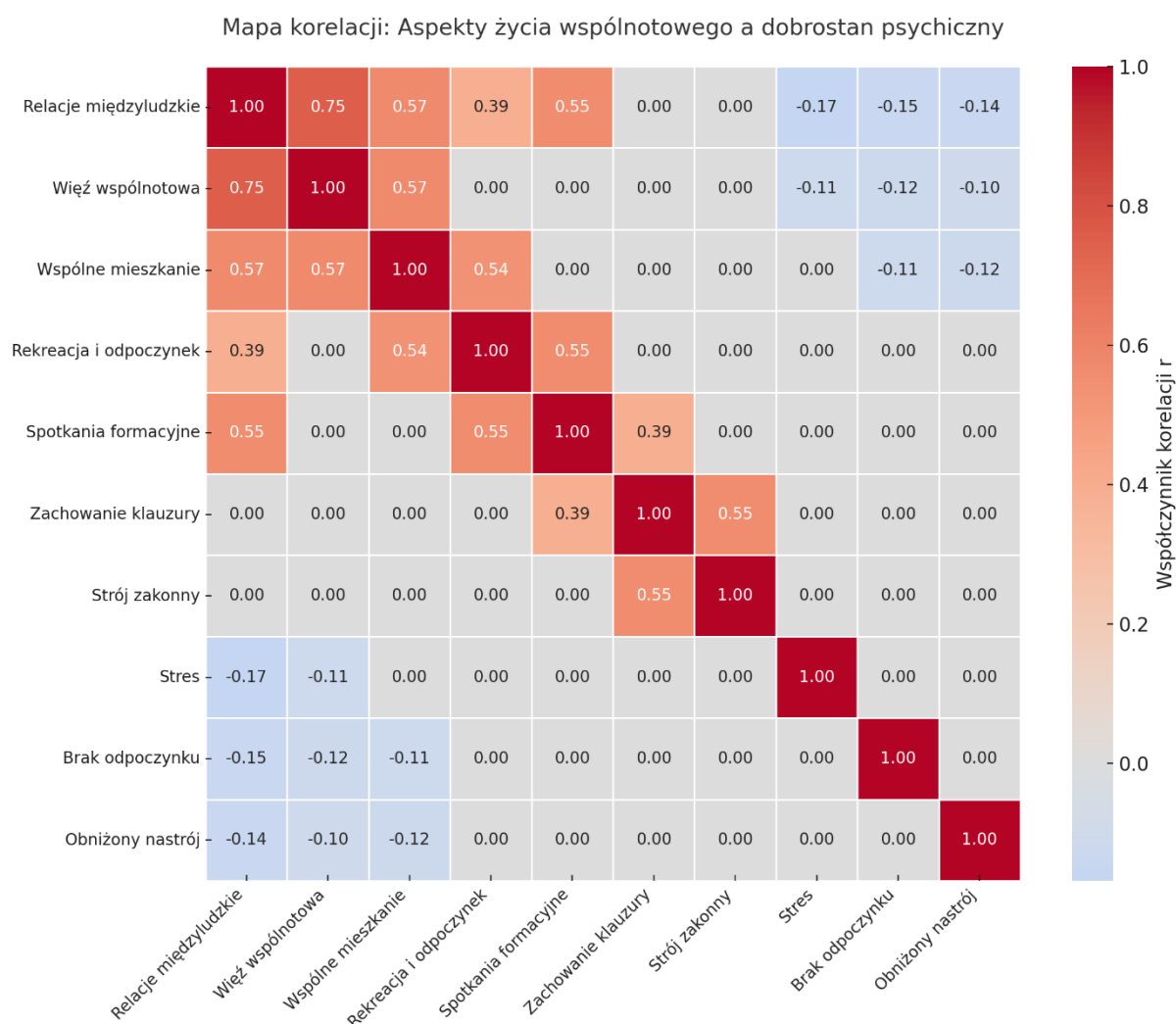
| Model                                         | Współczynniki<br>niestandardyzowane |                     | Współczynniki<br>stand. | t      | Istotność |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-------------------------|--------|-----------|
|                                               | B                                   | Błąd<br>standardowy | $\beta$                 |        |           |
| (Stała)                                       | 0,904                               | 0,467               |                         | 1,938  | 0,053     |
| Urlop                                         | -0,153                              | 0,072               | -0,091                  | -2,135 | 0,033     |
| Spotkania formacyjne                          | 0,059                               | 0,051               | 0,058                   | 1,155  | 0,249     |
| Formy rekreacji i<br>odpoczynku we wspólnocie | 0,106                               | 0,055               | 0,101                   | 1,947  | 0,052     |
| Zachowanie klauzury                           | -0,176                              | 0,056               | -0,150                  | -3,169 | 0,002     |
| Wspólne mieszkanie z<br>Siostrami             | 0,322                               | 0,062               | 0,279                   | 5,225  | <0,001    |
| Relacje międzyludzkie we<br>wspólnocie        | 0,222                               | 0,068               | 0,204                   | 3,285  | 0,001     |

|                                      |        |       |        |        |       |
|--------------------------------------|--------|-------|--------|--------|-------|
| Poczucie więzi we<br>wspólnocie      | -0,031 | 0,069 | -0,027 | -0,454 | 0,650 |
| Strój zakonny                        | 0,068  | 0,046 | 0,073  | 1,478  | 0,140 |
| Wspólnotowy rytm dnia                | 0,163  | 0,056 | 0,143  | 2,917  | 0,004 |
| Modlitwy                             | 0,009  | 0,074 | 0,005  | 0,116  | 0,908 |
| Rekolekcje                           | -0,060 | 0,089 | -0,031 | -0,667 | 0,505 |
| Dni odpowiedzialności za<br>modlitwę | 0,091  | 0,054 | 0,067  | 1,679  | 0,094 |
| Wykonywane obowiązki                 | 0,110  | 0,047 | 0,098  | 2,322  | 0,021 |

*Tabela 7. Wyniki analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej „Wspólnota wpływa pozytywnie na zdrowie”.*

W celu zbadania współzależności pomiędzy poszczególnymi aspektami życia wspólnotowego oraz wskaźnikami dobrostanu psychicznego przeprowadzono analizę korelacji liniowej Pearsona. Relacje międzyludzkie we wspólnocie silnie korelują z poczuciem więzi we wspólnocie ( $r = 0,751$ ;  $p < 0,001$ ) oraz ze wspólnym mieszkaniem z Siostrami ( $r = 0,573$ ;  $p < 0,001$ ). Formy rekreacji i odpoczynku we wspólnocie istotnie dodatnio korelują ze spotkaniami formacyjnymi ( $r = 0,553$ ;  $p < 0,001$ ), relacjami międzyludzkimi ( $r = 0,390$ ;  $p < 0,001$ ) oraz wspólnym mieszkaniem z Siostrami ( $r = 0,538$ ;  $p < 0,001$ ). Zachowanie klauzury jest umiarkowanie dodatnio powiązane ze strojem zakonnym ( $r = 0,553$ ;  $p < 0,001$ ) oraz spotkaniami formacyjnymi ( $r = 0,391$ ;  $p < 0,001$ ), co sugeruje spójność praktyk zakonnych. Analiza ujawniła, że wskaźniki dobrostanu psychicznego są ujemnie powiązane z wieloma elementami życia wspólnotowego: Relacje międzyludzkie we wspólnocie ujemnie korelują ze stresem ( $r = -0,169$ ;  $p < 0,001$ ), brakiem odpoczynku ( $r = -0,146$ ;  $p = 0,002$ ) oraz obniżonym nastrojem ( $r = -0,138$ ;  $p = 0,003$ ). Wskazuje to, że dobre relacje międzyludzkie wiążą się z niższym poziomem stresu i lepszym samopoczuciem psychicznym. Poczucie więzi we wspólnocie również wiąże się z niższym stresem ( $r = -0,112$ ;  $p = 0,016$ ), mniejszym brakiem odpoczynku ( $r = -0,117$ ;  $p = 0,012$ ) oraz niższym poziomem obniżonego nastroju ( $r = -0,102$ ;  $p$

= 0,028). Im silniejsze poczucie więzi, tym lepsze wskaźniki dobrostanu. Wspólne mieszkanie z Siostrami negatywnie koreluje z brakiem odpoczynku ( $r = -0,109$ ;  $p = 0,019$ ) i obniżonym nastrojem ( $r = -0,123$ ;  $p = 0,008$ ), co może świadczyć o ochronnym wpływie wspólnotowego życia na zdrowie psychiczne. Graficzne przedstawienie tych korelacji znajduje się na rycinie 14.



Rycina 14. Korelacje pomiędzy aspektami życia wspólnotowego.

## 5. Dyskusja

### *Religia i zdrowie*

Mimo rosnącego zainteresowania związkiem między religią a zdrowiem, nadal brakuje pogłębionych analiz dotyczących wybranych społeczności, dla których wiara i duchowość stanowią kluczowe aspektów kształtujących styl życia – w szczególności w żeńskich zgromadzeniach zakonnych. Dotychczasowe badania skupiały się najczęściej na grupach zróżnicowanych pod względem religijnym, pomijając unikalny kontekst, jaki stanowi wspólnota zakonna - środowisko życia o wysokim stopniu ustrukturyzowania, stabilności oraz duchowego zaangażowania. Taka organizacja stylu życia, oparta na przewidywalnym rytmie dnia, jednolitym systemie wartości oraz ujednoliconych warunkach bytowych, ogranicza wpływ wielu zmiennych zakłócających, które w badaniach populacji ogólnej są trudne do kontrolowania. Wyniki naszego badania sugerują, że osoby postrzegające życie wspólnotowe jako sprzyjające zdrowiu są znacznie bardziej skłonne twierdzić, iż prowadzą zdrowy styl życia. Odkrycie to sugeruje, że wspólnota może stanowić istotny czynnik motywujący lub wspierający w utrzymywaniu zdrowych nawyków. Zagadnienie to wpisuje się w Teorię Planowanego Zachowania, opartą na założeniu, że przekonania normatywne wywierają istotny wpływ na kształtowanie zachowań (17).

Wyniki licznych badań przeprowadzonych w ciągu ostatniego stulecia wskazują na znaczącą korelację między praktykami duchowymi a zdrowiem fizycznym. Niektóre badania dodatkowo sugerują, że związek ten staje się bardziej wyraźny wraz z wiekiem jednostki (104–106). W naszej pracy również zaobserwowaliśmy tendencję, która pokazuje, że najstarsza grupa wiekowa wykazywała najwyższy odsetek pozytywnej oceny własnego zdrowia — aż 73% badanych stanowiły kobiety powyżej 65. roku życia. Wynik ten jest istotnie wyższy niż w innych grupach wiekowych i można go opisać dzięki kilku czynnikom. Po pierwsze, wykazano, że najbardziej pozytywny opis zachowań zdrowotnych był najczęściej wybierany właśnie w tej grupie wiekowej. Ponadto, ocena poszczególnych elementów stylu życia — takich jak aktywność fizyczna, techniki radzenia sobie ze stresem czy rzadkie występowanie złego nastroju — ma udowodniony pozytywny wpływ na samoocenę stylu życia. Zjawisko to utrzymuje się mimo powszechnego występowania chorób przewlekłych i wynikających z nich ograniczeń. Może to wynikać z nagromadzonego doświadczenia życiowego, które często idzie w parze ze zwiększoną odpornością psychiczną (107). Jest to

szczególnie istotne w świetle ustaleń wskazujących, że zdrowy styl życia wywiera porównywalny wpływ na łagodzenie objawów związanych z procesem starzenia się, co czynniki genetyczne (108). Porównanie naszych wyników z badaniami przeprowadzonymi wśród wyznawców innych religii wykazuje na podobne trend. Tan M. i wsp. wskazali w swojej pracy, że w społeczności muzułmańskiej starsi mężczyźni (tj. powyżej 55. roku życia) wykazują wyższy poziom dobrostanu, który jest dodatnio skorelowany z poziomem religijności (109). Badania przeprowadzone przez Eilat-Adar i wsp. wykazały, że wyższy poziom dobrostanu oraz lepsze wyniki zdrowotne są powiązane z religijnością, a zjawisko to jest szczególnie widoczne wśród ultraortodoksyjnych mężczyzn wyznania judaistycznego (110).

### *Zachowania zdrowotne*

Analiza porównawcza nawyków żywieniowych chrześcijańskich kobiet zakonnych oraz ultraortodoksyjnych kobiet wyznających judaizm w Izraelu wykazała istotne różnice w zakresie częstotliwości spożywania poszczególnych grup produktów.

Chrześcijańskie kobiety zakonne znacznie częściej sięgały po owoce i warzywa — codzienne ich spożycie deklarowało aż 48% badanych, podczas gdy wśród kobiet wyznania judaistycznego odsetek ten wynosił jedynie 12,7%. Jednocześnie odnotowano, że niemal jedna trzecia kobiet zakonnych spożywała codziennie słodkie i/lub napoje słodzone, natomiast w drugiej grupie 18,9% badanych przyznawało się do konsumpcji ponad pięciu filiżanek słodzonych napojów tygodniowo. W kontekście zachowań związanych z odpoczynkiem i snem stwierdzono, iż blisko dwie trzecie uczestniczek badań spało krócej niż siedem godzin na dobę, co może wskazywać na deficyt snu w obu grupach. Dla porównania, wyniki badań przeprowadzonych w krajach o charakterze niemisyjnym, takich jak Izrael, ujawniły, że około 39% badanych kobiet deklarowało odpowiednią długość snu, co najmniej siedem godzin dziennie (111).

W przeprowadzonym przez nas badaniu odsetek uczestników deklarujących prowadzenie zdrowego stylu życia był szczególnie wysoki w grupie osób w wieku 65 lat i starszych (73%). Dodatkowo ta grupa wiekowa charakteryzowała się najwyższym odsetkiem codziennej aktywności fizycznej — 40% uczestników. W połączeniu z odpowiednim nawodnieniem, odżywianiem, duchowością i wsparciem społecznym, stanowi to istotny czynnik zdrowego

starzenia się. W wielu badaniach aktywność fizyczna wskazywana jest jako czynnik protekcyjnych chorób typowych dla wieku starszego, szczególnie poprawia i zachowuje sprawność poznawczą i fizyczną (112–115). W badaniu James i wsp. dotyczącym wpływu codziennej aktywności fizycznej na rozwój chorób neurodegeneracyjnych wykazano, że osoby podejmujące regularne ćwiczenia fizyczne miały wyższy poziom funkcji poznawczych oraz brak zmian neurodegeneracyjnych w obrębie hipokampa. Zjawisko to odnotowano również u osób z wczesną postacią choroby Alzheimera. Kobiety wykazywały większą wrażliwość na brak aktywności fizycznej. Badanie James i wsp. dotyczyło znaczenia regularnej aktywności fizycznej w czasie wolnym w kontekście rozwoju chorób neurodegeneracyjnych. Wyniki tego badania sugerują, że osoby regularnie podejmujące aktywność fizyczną wykazują lepsze funkcje poznawcze oraz powiększony hipokamp, nawet wśród osób z wczesnym stadium choroby Alzheimera. Kobiety cechowały się wyższą wrażliwością na niedostateczny poziom aktywności fizycznej, co w konsekwencji wiązało się z bardziej dynamicznym pogorszeniem funkcji poznawczych (116).

W raporcie dotyczącym korzystania z opieki koordynowanej w Polsce opublikowano wyniki, które wykazały, że 69% uczestników przyjmowało wystarczającą ilość płynów, a 2 na 3 osoby spożywały regularne posiłki. W naszych badaniach odsetek uczestniczek przyjmujących odpowiednią ilość wody był porównywalny z wynikami ogólnopolskimi, jednak większy odsetek sióstr spożywał posiłki regularnie – ponad 80%, w porównaniu z populacją ogólną. Częstość podejmowania regularnej aktywności fizycznej w populacji ogólnej wynosiła 41%, co stanowi wartość wyższą niż w naszym badaniu, w którym jedynie 17% sióstr zakonnych mieszkających w Polsce deklarowało codzienną aktywność fizyczną, a 41% – podejmowanie jej przynajmniej raz w tygodniu. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 67% Polaków ma prawidłową długość snu, a 63% uważa, że radzi sobie ze stresem, przy czym najwyższe wartości odnotowano w najstarszej grupie wiekowej (powyżej 60 roku życia) – odpowiednio 80% i 73%. Podobny trend zaobserwowano w naszych badaniach, jednak wyniki były mniej satysfakcjonujące – jedynie 38% wszystkich uczestniczek zadeklarowało, że śpi wystarczająco długo, a w grupie powyżej 65. roku życia odsetek ten wyniósł 49% (117).

Wyniki naszego badania wskazują, że spożywanie pokarmów w celu poprawy nastroju jest silnie powiązane ze stresem, siedzącym trybem życia, brakiem odpoczynku i częstszym spożywaniem słodczy. Podobne wyniki uzyskali Konttineni i wsp., opisując dwukierunkową

zależność pomiędzy depresją a emocjonalnym jedzeniem oraz wzrost częstości spożywania słodczy. Wyniki te wskazują, że jedzenie emocjonalne może być jednym z czynników wyjaśniających związek między objawami depresji a spożyciem słodkich pokarmów (118). Sugeruje się, że w interwencjach mających na celu ograniczenie spożywania pokarmów w celu poprawy nastroju, należy położyć nacisk na strategie regulacji emocji. Różne interwencje psychologiczne, w tym interwencje oparte na uważności i akceptacji, zostały zbadane pod kątem ich skuteczności w leczeniu dysregulacji emocji (119).

### *Zdrowie psychiczne*

W kontekście dobrostanu psychicznego przeprowadzone w naszym badaniu analizy wskazują, że poziom stresu i obniżonego nastroju w badanej grupie siostr zakonnych jest zróżnicowany w zależności od wieku. Wyniki naszego badania pokazują, że około 39% osób z najstarszej grupy konsekrowanych nigdy nie doświadczało stresu, a 22% nigdy nie doświadczało obniżonego nastroju. Podobną zależność odnotowano w badaniu przeprowadzonym przez Stearnsa i wsp. w którym osoby w wieku 50 lat i starsze wykazywały wyższy poziom religijności, podczas gdy młodsze częściej zgłaszały objawy depresji (120). Analiza przeprowadzona w niemiecko-austriackich klasztorach wykazała, że 33,1% ankietowanych siostr zakonnych i mnichów podejmowało praktyki relaksacyjne co najmniej raz w tygodniu, natomiast dodatkowe 36,8% włączało ćwiczenia relaksacyjne i medytacyjne do swojej codziennej rutyny. Ponadto 54,7% uczestników oceniło swoje zdrowie jako doskonałe, podczas gdy 20,8% zgłaszało częste uczucie nerwowości lub stresu (121). Badania przeprowadzone przez Vangaikara i wsp. wskazują, że osoby wyznające różnorodne religie wykazują wyższy poziom pozytywnego zdrowia psychicznego w porównaniu z osobami niereligijnymi (122).

Lęk rozumiany jako złożony stan emocjonalny charakteryzujący się uczuciem napięcia, niepokoju i obawy wobec rzeczywistego lub przewidywanego zagrożenia, przy jednoczesnym braku wyraźnego bodźca zewnętrznego (123), w naszym badaniu był silnie skorelowany z przeciążeniem pracą oraz brakiem odpoczynku. Pracownicy ochrony zdrowia we Włoszech podobnie wskazują, że główną przyczyną ich lęku i bezsenności było przeciążenie pracą, przy jednoczesnym zakłóceniu równowagi między życiem zawodowym a prywatnym.

Uzyskane przez nas wyniki pokazują, że relacje międzyludzkie we wspólnocie i poczucie więzi, które są ujemnie skorelowane ze stresem, brakiem odpoczynku i obniżonym nastrojem, są przykładem wsparcia społecznego i mogą być postrzegane jako ochronne w kontekście zdrowia psychicznego. Wyniki te sugerują, że przynależność do wspólnoty i poczucie bliskości z jej członkami odgrywają istotną rolę w regulacji emocjonalnej i redukcji napięcia psychicznego. Za najsilniejsze predyktory stresu w przeprowadzonym przez nas badaniu, uważano obniżony nastrój i brak odpoczynku, a stosowanie leków nasennych wiązało się z umiarkowanym wzrostem poziomu stresu. Badanie przeprowadzone wśród księży katolickich w Ameryce Łacińskiej wykazało, że trzech na pięciu doświadczyło wypalenia zawodowego. W tych badaniach stres psychiczny został zidentyfikowany jako istotny czynnik ryzyka rozwoju wypalenia zawodowego, szczególnie w grupach osób obciążonych dużą ilością obowiązków i skupionych na niesieniu pomocy innym (124,125). Zbliżone wyniki uzyskano w badaniu Wellsa i wsp. przeprowadzonym w grupie 50 sióstr zakonnych Kościoła rzymskokatolickiego powyżej 55. roku życia. Celem badania było porównanie ich zdolności adaptacji do zmieniających się warunków w kontekście sprawności fizycznej, samooceny zdrowia fizycznego i psychicznego oraz objawów depresji. Niższy poziom depresji, wyższa samoocena zdrowia psychicznego oraz lepsza kondycja fizyczna charakteryzowały Siostry o większej zdolności adaptacyjnej (126). Współczesne koncepcje psychologiczne starzenia się podkreślają rolę aspektów subiektywnych, a także znaczenie czynników takich jak aktywność fizyczna i interakcje społeczne. Zdrowy styl życia, obejmujący odpowiednią dietę, właściwe nawodnienie, regularne ćwiczenia oraz wyznaczanie celów, został uznany za czynnik łagodzący ograniczenia związane z procesem starzenia się. Coraz liczniejsze badania wskazują na pozytywny wpływ duchowości na życie osób starszych, szczególnie w kontekście zwiększania rezyliencji i nadawania sensu w trudnych okresach życia (127–129).

#### *Choroby przewlekłe i stosowanie leków*

W naszym badaniu 12% respondentów zadeklarowało regularne przyjmowanie leków nasennych. Nie stwierdzono istotnej korelacji pomiędzy wiekiem, narodowością ani krajem, w którym uczestniczki pełniły posługę. W opracowaniu dotyczącym zależności między zamożnością a stosowaniem leków nasennych wykazało korelację między wyższym poziomem ich stosowania a wyższym statusem ekonomicznym, przy czym odsetek ten wśród

starszych uczestników badania National Health and Aging Trends Study wahał się między 15% a 20% (130). Należy również zwrócić uwagę na nadmierną medykalizację problemów ze snem, bez uzyskania odpowiedniego poziomu higieny snu. Jest to szczególnie ważne zagadnienie w kontekście osób starszych, u których leki nasenne mogą powodować ograniczenie w codziennej aktywności i zwiększają ryzyko pogorszenia stanu zdrowia (131).

Ponadto nasze badanie ujawniło wyjątkową tendencję, zgodnie z którą częstość stosowania leków na receptę jest średnio o 20% wyższa niż częstość występowania chorób przewlekłych w każdej grupie wiekowej. Etiologia tego zjawiska może być wielokierunkowa. Po pierwsze może wynikać z obecności stanów subklinicznych lub z potrzeby suplementacji preparatów witaminowych na receptę, takich jak witamina D, w wyższych dawkach. Innymi przyczynami mogą być: brak świadomości choroby, skłonność do leczenia objawów zamiast przyczyn schorzeń, niski poziom opieki medycznej. To spostrzeżenie można uznać za zaskakujące i zasługujące na dalsze badania w przyszłości. Badania przeprowadzone w Korei wykazały, że optymalne stosowanie leków na receptę jest istotne dla osób starszych z chorobami przewlekłymi, aby osiągnąć dobre wyniki zdrowotne i wysoką jakość życia. Autorzy stwierdzają, że dostępność programów lekowych i ich refundacji powinien być priorytetem, w kontekście optymalizowania chorób przewlekłych w szczególnie wrażliwych grupach- np. u osób starszych(132).

### *Postawy zdrowotne*

W przeprowadzonych przez nas badaniach zaobserwowano, że osoby wykazujące najwyższe natężenie zachowań prozdrowotnych najczęściej deklarują prowadzenie zdrowego stylu życia (46%), częściej dostrzegają pozytywny wpływ wspólnoty na zdrowie (47%) oraz rzadziej chorują przewlekłe (37%). Liczne badania potwierdzają, że osoby należące do wspólnot religijnych cechują się wyższym poziomem dobrostanu psychicznego i fizycznego – wśród kobiet obserwuje się m.in. niższe ryzyko zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów, sześciokrotnie niższe ryzyko samobójstw oraz mniejsze ryzyko depresji (133,134). Uczestnictwo w praktykach religijnych sprzyja także zdrowym zachowaniom, takim jak rezygnacja z palenia tytoniu czy późniejszy wiek inicjacji nikotynowej, a także wiąże się z mniejszym spożyciem substancji psychoaktywnych(9,135). Wykazano również, że

uczestnictwo we wspólnocie religijnej sprzyja dobrostanowi społecznemu, psychicznemu i fizycznemu, a także zadowoleniu z życia (136,137).

#### *Wpływ życia we wspólnocie zakonnej na zdrowie jednostki*

Życie we wspólnocie stanowi istotę życia konsekrowanego. Konstytucja soborowa *Perfectae caritatis* porównuje jego funkcję do roli rodziny, zjednoczonej więzami wspólnego charyzmatu, kluczowej w kształtowaniu dobrostanu psychicznego, duchowego i fizycznego (138–140). Zewnętrznym wyrazem tej formy życia jest wspólne mieszkanie w tym samym domu, posłuszeństwo zasadom określonym w konstytucjach zakonnych, dzielenie dóbr materialnych oraz prowadzenie życia który odzwierciedla istotę powołania i ducha danej wspólnoty. Wymienione elementy, pełnią funkcję społecznych determinantów zdrowia (141,142). Jak podkreśla Nohrona, wspólnota powinna pełnić podwójną rolę – stanowić źródło wsparcia emocjonalnego i społecznego, a jednocześnie motywować do osobistego i duchowego rozwoju (143). Wyniki naszego badania potwierdzają tę zależność, ich analiza wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy postrzeganiem wspólnoty jako czynnika wspierającego kształtowanie prawidłowych postaw wobec zdrowia a deklarowaniem zdrowego stylu życia. Wśród uczestniczek, które uznały wpływ wspólnoty za pozytywny, niemal 70% oceniło swój tryb życia jako zdrowy.

Wyniki niniejszego badania potwierdzają, że siostry zakonne, które deklarują lepsze relacje interpersonalne we wspólnocie, częściej doświadczają także silniejszego poczucia wspólnoty oraz większej spójności w relacjach z innymi członkiniami zgromadzenia. W grupie o najwyższych wskaźnikach zdrowia – gdzie 73% uczestniczek w wieku 65 lat i więcej deklarowało prowadzenie zdrowego stylu życia – aż 95% badanych wskazało, że poczucie więzi we wspólnocie wywiera pozytywny wpływ na ich zdrowie. Wynik ten potwierdza, że społeczny wymiar życia zakonnego, oparty na wzajemnych relacjach, wsparciu i wspólnych wartościach, stanowi istotny czynnik sprzyjający zarówno dobrostanowi psychicznemu, jak i zdrowiu fizycznemu. Zależność ta znajduje potwierdzenie w ustaleniach Bowen, który podkreśla, że na zdrowie osób konsekrowanych wpływa zróżnicowanie pomiędzy wspólnotami, wynikające z uwarunkowań zewnętrznych – takich jak kontekst kulturowy kraju posługi – oraz czynników wewnętrznych, obejmujących charakter relacji interpersonalnych i

poczucie przynależności do wspólnoty (144,145). Z kolei Poleszak zwraca uwagę, że członkowie zgromadzeń zakonnych funkcjonują w podobnych warunkach społeczno-ekonomicznych, które mają znaczący wpływ na kształtowanie postaw wobec zdrowia (138). Badanie etnograficzne Amiotte-Suchet i Anchisi wykazało, że życie we wspólnocie religijnej znacząco wpływa na codzienność jednostki, tworząc ramy oparte na modlitwie i praktykach duchowych. Styl życia członków wspólnoty kształtowany jest przez konieczność podporządkowania się wspólnym wartościom, co wiąże się z ograniczeniem indywidualnej autonomii, a jednocześnie umożliwia rozwój duchowy i emocjonalny poprzez praktykę posłuszeństwa, pokory i samodoskonalenia (146).

#### *Samoocena zdrowia w odniesieniu do wieku*

W naszym badaniu najbardziej pozytywną ocenę własnego zdrowia i wpływu wspólnoty na zdrowie prezentowały osoby starsze. Może to wynikać z faktu, że na przestrzeni lat wspólnota zakonna sprzyja kształtowaniu pozytywnych postaw, wspomagających proces zdrowego starzenia się. Wnioski te są zgodne z ustaleniami McManus - zauważono, że codzienne praktyki religijne i duchowe, takie jak modlitwa, medytacja, akceptacja życia, wiara i pozytywne nastawienie wobec starości oraz życia po śmierci, sprzyjają utrzymaniu dobrostanu w późniejszym wieku (147). Dwa klasyczne badania z zakresu gerontologii – Nun Study i Religious Order Study – potwierdzają ochronny wpływ przynależności do wspólnoty zakonnej oraz regularnego uczestnictwa w praktykach religijnych i aktywnościach poznawczych wobec ryzyka rozwoju choroby Alzheimera (148).

#### *Wpływ poszczególnych elementów życia wspólnotowego na zdrowie*

Analiza wpływu poszczególnych elementów życia wspólnoty zakonnej na zdrowie jej członkiń stanowi istotny obszar badań naukowych. Tym bardziej znaczące jest to, że dotychczas nie przeprowadzono żadnych badań, które analizowałyby konkretne elementy życia wspólnotowego w zgromadzeniach żeńskich Kościoła rzymskokatolickiego w odniesieniu do ich wpływu na zdrowie. Niektóre badania sugerują, że przynależność do wspólnoty religijnej może mieć silniejszy wpływ na zdrowie jednostki niż indywidualny poziom religijności. Niemniej jednak to właśnie aktywne uczestnictwo w życiu wspólnotowym, w połączeniu z

osobistą wiarą, wywiera najbardziej korzystny wpływ na zdrowie w porównaniu z osobami niewierzącymi (149,150).

### *Modlitwa*

Prawie wszystkie uczestniczki naszego badania wskazały, że modlitwa (96%) i rekolekcje (97%) wpływają pozytywnie na ich zdrowie. Badania neurofizjologiczne potwierdzają biologiczne podstawy tego zjawiska. W eksperymencie przeprowadzonym wśród 33 katolickich sióstr zakonnych z wykorzystaniem EEG wykazano, że modlitwa zwiększa aktywność fal alfa w płacie potylicznym mózgu, a aktywność w płacie czołowo-centralnym wzrasta wraz z wiekiem (151). Podobne wyniki uzyskano w badaniu z udziałem społeczności muzułmańskiej – modlitwa *salat* zmniejszała aktywność współczulną i zwiększała aktywność przywspółczulną układu nerwowego, co potwierdza, że regularna modlitwa sprzyja relaksacji, redukcji lęku i obniżeniu ryzyka sercowo-naczyniowego (152).

### *Zachowanie klauzury*

Zachowywanie klauzury wykazuje umiarkowanie dodatni związek zarówno ze strojem zakonnym, jak i z uczestnictwem w spotkaniach formacyjnych. Wyniki te wskazują, że przestrzeganie zasad życia wspólnotowego oraz dyscypliny zakonnej stanowi spójny element tożsamości wspólnotowej badanych osób. Wysoka zgodność między tymi praktykami może świadczyć o ich wzajemnym wzmacnianiu się. Koresponduje z tym wykładnia prawa kanonicznego – w kanonie 667 czytamy, że zachowanie klauzury polega na wydzieleniu części domu przeznaczonej wyłącznie dla sióstr, co ma na celu ochronę charakteru instytutu zakonnego oraz jego misji (153). Jednocześnie Sobór Watykański II wskazuje, że życie zakonne powinno być skierowane ku światu, a nie oznaczać całkowitego odcięcia się w klauzurze (154). W kontekście zdrowia wyniki naszego badania ujawniły interesującą rozbieżność. Stosunkowo duża liczba respondentek uznała, że zachowanie zasad klauzury nie ma wpływu na zdrowie (27% w krajach niemisyjnych). Z kolei aż 93% sióstr pracujących w krajach misyjnych oceniło przestrzeganie klauzury jako czynnik pozytywnie wpływający na zdrowie. Wartość ta może być interpretowana jako przejaw troski o dobrostan – w przypadku osób zobowiązanych do codziennego wykonywania obowiązków zawodowych poza wspólnotą

klauzura może stanowić przestrzeń regeneracji sił fizycznych i duchowych. Odmienne sytuacja może wyglądać w przypadku sióstr wykonujących swoje obowiązki w obrębie klauzury, gdzie ograniczona przestrzeń fizyczna może prowadzić do poczucia przytłoczenia i zmniejszenia komfortu psychicznego. W tradycji prawosławnej akcent kładziony jest natomiast na wymiar duchowy — celem ograniczenia kontaktu ze światem jest odtworzenie w człowieku prawdziwego obrazu Boga (155). Nie można jednak przyjąć założenia, że klauzura stanowi uniwersalną cechę wszystkich tradycji monastycznych. Przykładem mogą być wspólnoty mniszek buddyjskich, których życie opiera się na regularnych kontaktach i współpracy z osobami świeckimi (156). Analiza doświadczenia samotności jako wyrazu odosobnienia od świata, wśród zakonników i zakonnic prowadzących życie kontemplacyjne, ukazuje, że klauzura w tym kontekście ma charakter dobrowolny, duchowo motywowany i pozytywnie wartościowany stanowi drogę do pogłębienia relacji z Bogiem oraz źródło wewnętrznego spokoju i samopoznania. Mimo potencjalnych trudności emocjonalnych, badani postrzegają samotność nie jako izolację, lecz jako przestrzeń duchowego wzrostu i refleksji. Strategie radzenia sobie obejmują modlitwę, rytuały klasztorne oraz wspólnotowe wsparcie, które nadają samotności sens i strukturę. Autorzy podkreślają, że znaczenie samotności zależy od kontekstu i intencji, gdy jest wybierana i osadzona w ramach duchowych, może stać się zasobem zdrowia psychicznego i duchowego, a nie źródłem cierpienia(157).

### *Wykonywane obowiązki*

W niniejszym badaniu stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wpływem codziennych obowiązków na zdrowie a krajem posługi. Aż 97% sióstr pracujących w krajach misyjnych zadeklarowało, że wykonywane obowiązki pozytywnie wpływają na ich zdrowie. W Polsce natomiast mniejszy odsetek zakonnic (82%) wyraził podobną opinię. Jednocześnie to właśnie wśród sióstr pracujących w Polsce odnotowano najwyższy odsetek ocen negatywnych (12%) w porównaniu z uczestniczkami posługującymi poza granicami kraju.

Zjawisko to można tłumaczyć tym, że Siostry zakonne pracujące w krajach misyjnych często mają większy wpływ na charakter oraz miejsce swojej posługi, co sprzyja poczuciu sensu i autonomii w pracy. Z kolei Siostry posługujące w Polsce nierzadko były zmuszone do

przekwalifikowania się lub zmiany zakresu obowiązków w związku z reformami państwowymi bądź organizacyjnymi, co mogło prowadzić do zwiększonego obciążenia i obniżenia satysfakcji z wykonywanej pracy.

### *Strój zakonny*

Dla katolickich sióstr zakonnych noszenie habitu stanowi zewnętrzny wyraz wiary, znak przynależności do wspólnoty oraz symbol Królestwa Bożego (68). Wyniki naszego badania wykazały istotną statystycznie zależność pomiędzy wpływem noszenia habitu na zdrowie a krajem posługi. Wśród sióstr zakonnych pracujących w krajach misyjnych aż 85% zadeklarowało, że noszenie habitu pozytywnie wpływa na ich zdrowie. Był to najwyższy odsetek spośród wszystkich badanych grup, w tym sióstr posługujących w Polsce i w krajach niemisyjnych. Zjawisko to można tłumaczyć większym docenieniem praktycznego znaczenia habitu w trudnych warunkach zewnętrznych, typowych dla krajów misyjnych. Natomiast w krajach niemisyjnych jedna czwarta respondentek uznała, że habit nie ma wpływu na zdrowie. Może to być związane z daleko idącymi reformami wspólnot zakonnych w krajach zachodnich oraz z osłabieniem symbolicznego znaczenia habitu w tamtejszych społecznościach religijnych. Wyniki badań dotyczących wpływu odzieży noszonej z przyczyn religijnych lub społecznych na zdrowie pozostają jednak niejednoznaczne (75,158). W przypadku mniszek buddyjskich wymogi dotyczące stroju różnią się w zależności od kraju i tradycji – od ascetycznych form ubioru, przypominających szaty mnichów w krajach Dalekiego Wschodu, po brak ściśle określonych zasad, ograniczający się jedynie do ogólnego wymogu skromności w krajach Europy Zachodniej (159,160). Badania wykazały, że zakrywanie ciała z powodów religijnych lub społecznych może wiązać się z pięciokrotnie wyższym ryzykiem niedoboru witaminy D (161). W tradycji islamskiej jednym z głównych sposobów wyrażania religijności przez kobiety jest noszenie hidżabu. W badaniu fenomenologicznym Syahrivar opisuje sytuację kobiet wychowanych w środowiskach konserwatywnych, które zrezygnowały z tego elementu ubioru. Autorka wskazuje, że decyzja o porzuceniu tradycyjnego stroju wynikała z chęci zmniejszenia poczucia odmienności, odbudowania poczucia własnej wartości, odzyskania kontroli nad życiem, zredukowania poczucia wyobcowania oraz radzenia sobie z traumą psychiczną. Dla tej grupy kobiet rezygnacja z konserwatywnego stroju stała się mechanizmem kompensacyjnym (162). Z kolei badania prowadzone wśród społeczności żydowskiej wykazały, że skromniejszy

ubiór, również mający znaczenie religijne, był typowy dla ultraortodoksyjnych kobiet wyznania judaistycznego, które cechowały się bardziej pozytywnym obrazem własnego ciała w porównaniu z kobietami ortodoksyjnymi i świeckimi (163).

### *Post jako praktyka religijna*

Wpływ religii na sposób odżywiania jest szeroko dyskutowany w literaturze, a dostępne dowody wskazują, że wiele zasad dietetycznych wynikających z tradycji religijnych wywiera realny wpływ na zdrowie. Post obok odpoczynku, regularnego spożywania warzyw i owoców oraz satysfakcjonującego snu był jednym z najistotniejszych predyktorów pozytywnej samooceny stylu życia Sióstr biorących udział w badaniu. Jest to praktyka mająca na celu osiągnięcie doskonałości fizycznej i psychicznej, a także rozwój duchowy jednostki (101,164,165). Zaobserwowaliśmy, że osoby częściej praktykujące post były bardziej aktywne fizycznie oraz prezentowały lepszą higienę snu. Niektóre formy postu mogą jednak prowadzić do niedoborów żywieniowych, głównie z powodu ograniczonego spożycia mięsa oraz niskiego spożycia produktów mlecznych. Zjawisko to obserwuje się szczególnie wśród ortodoksyjnych wyznawców judaizmu, chrześcijan obrządku wschodniego oraz społeczności muzułmańskich ściśle przestrzegających zasad religijnych. Częściej występuje ono również w społecznościach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym (110,163,166). Jednocześnie badania wskazują, że post obejmujący ograniczenie spożycia prostych węglowodanów i wysoko przetworzonych tłuszczów może wywierać korzystny wpływ na zdrowie, szczególnie w zakresie kontroli poziomu glukozy we krwi. Efekt ten zaobserwowano między innymi u mnichów prawosławnych (167). Porównanie postu prawosławnego w Grecji, który łączy elementy diety śródziemnomorskiej, z postem przerywanym wykazało, że praktyka ta może sprzyjać obniżeniu stężenia cholesterolu całkowitego oraz frakcji lipoprotein we krwi. Z kolei w badaniu dotyczącym wpływu postu religijnego na markery stresu oksydacyjnego u prawosławnych sióstr zakonnych w Grecji z rozpoznaną hipowitaminozą D stwierdzono podwyższone stężenie parathormonu we krwi, przy jednocześnie zbliżonych wynikach markerów stresu oksydacyjnego w porównaniu z grupą kontrolną (168). Wyniki te potwierdzają, że praktyka postu religijnego może przynosić zarówno pozytywne, jak i potencjalnie niekorzystne skutki zdrowotne, zależne od rodzaju postu, jego intensywności oraz kontekstu kulturowo-religijnego.

Przegląd Trabelsi i wsp. ukazuje post religijny jako praktykę o potencjale wykraczającym poza wymiar duchowy. Wskazuje, że okresowe ograniczenia żywieniowe, takie jak Ramadan czy post chrześcijański-ortodoksyjny, mogą sprzyjać poprawie parametrów metabolicznych, w tym masy ciała, profilu lipidowego i glikemii, choć efekty te są umiarkowane i zależne od jakości diety w okresach nie-postnych. Autorzy podkreślają również społeczny wymiar postu: wzmacnianie wspólnoty, samokontroli i świadomości zdrowotnej co może stanowić narzędzie wspierające zdrowie publiczne. Z perspektywy środowiskowej post religijny wpisuje się w idee zrównoważonego żywienia, poprzez czasowe ograniczenie spożycia produktów odzwierzęcych i zmniejszenie śladu ekologicznego diety. Choć wnioski mają charakter głównie koncepcyjny, przegląd wskazuje, że praktyki religijne mogą stanowić kulturowo zakorzeniony zasób sprzyjający zdrowiu jednostki, społeczeństwa i planety, zasługujący na dalsze interdyscyplinarne badania(169).

### *5.1. Ograniczenia badania*

Przeprowadzone badanie, którego wyniki przedstawiono w rozprawie, ma kilka ograniczeń, które należy wziąć pod uwagę przy jego interpretacji. Pierwszym z nich jest elektroniczna forma przesyłania narzędzia badawczego i dostępność wersji papierowej tylko dla populacji polskiej. Taki sposób dystrybucji, szczególnie w kontekście osób starszych oraz z terenów o niskiej dostępności do technologii cyfrowych jest niewystarczający. W rezultacie grupy te mogą być niedoreprezentowane, co należy uwzględnić przy generalizacji wyników do populacji ogólnoswiatowej Sióstr zakonnych. Drugim czynnikiem było rozpowszechnianie kwestionariusza ankiety za pośrednictwem osób odpowiedzialnych we wspólnotach, co mogło spowodować, zarówno przypadkowym, jak i celowym ograniczeniem liczby respondentek, w zależności od decyzji osób odpowiedzialnych za przekazanie ankiety Siostrom w danym zgromadzeniu. Kolejnym ograniczeniem badania było pominięcie kwestii związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, decyzja ta była podyktowana obawą o potencjalny spadek liczby uczestniczek badania z uwagi na wrażliwy charakter tematu w kontekście życia zakonnego. Ponadto oparcie badania na danych zgłaszanych przez samych respondentów wprowadza kilka potencjalnych błędów systematycznych, w tym błąd pamięci (ang. *recall bias*), tendencja do udzielania odpowiedzi społecznie aprobowanych (ang. *social desirability bias*). Na oceny respondentów mogły wpłynąć też stany emocjonalne lub kryzys powołania. Ostatnim

ograniczeniem badania była nadreprezentacja obywateli Polski, nawet jeśli mieszkali i pracowali w krajach poza Polską. Ta przewaga demograficzna mogła wpłynąć na postrzeganie i zgłaszanie doświadczeń związanych ze zdrowiem. W związku z tym wyniki należy interpretować z zachowaniem szczególnej ostrożności szczególnie w kontekście krajów misyjnych, gdzie liczba Sióstr, które pochodzą z tych krajów jest ograniczona, a profil zdrowotny Sióstr misjonarek może się znacznie różnić.

## 6. Podsumowanie i wnioski

Wyniki badania będącego podstawą rozprawy doktorskiej zostały przeanalizowane w kontekście Teorii Planowanych Zachowań (*Theory of Planned Behavior*), która zakłada, że normatywne przekonania – czyli postrzeganie oczekiwań społecznych przez jednostki – odgrywają fundamentalną rolę w kształtowaniu postaw i rzeczywistych zachowań (17). Uzyskane w badaniu wyniki wskazały na postrzeganie wspólnoty przez większość uczestniczek badania jako czynnika pozytywnie wpływającego na zdrowie. Podkreśla to znaczenie kontekstu społecznego jako kluczowego elementu motywującego i wspierającego utrzymanie zachowań prozdrowotnych (170). Ponadto zaangażowanie wspólnotowe i spójność społeczna uznawane są za istotne czynniki dla sprzyjające trwałości zmiany zachowań, ponieważ zwiększają motywację oraz ułatwiają rozpowszechnianie zdrowych norm (171,172)

Zbadanie tych zależności we wspólnotach zakonnych stanowiło główny cel naszej pracy. Dzięki ściśle określonemu, rytualizowanemu porządkowi dnia udało się ograniczyć wpływ wielu zmiennych zakłócających. Umożliwiło to zaobserwowanie istotnych różnic w postawach zdrowotnych - ponad połowa Sióstr spoza Polski deklarowała, że zdrowa dieta, aktywność fizyczna i sen są dla nich priorytetem, podczas gdy wśród Sióstr z Polski podobne deklaracje złożyło 29 % respondentek. Najbardziej aktywne zawodowo były Siostry w grupie wiekowej 18- 49 lat oraz te pracujące w krajach misyjnych. Siedzący tryb życia najczęściej deklarowały osoby w wieku 50 -64 ( $p < 0,05$ ; V-Cramera = 0,13). Regularne spożywanie posiłków zgłosiło 80% uczestniczek, a prawidłowe nawodnienie – 70%. Zaobserwowano istotną korelację pomiędzy jedzeniem dla poprawy nastroju a wiekiem. W najmłodszej grupie 14% uczestniczek nigdy nie spożywało pokarmu kompensacyjnie, podczas gdy w grupie 65 lat i starszych odsetek ten wynosił aż 34% ( $p < 0,05$ ). Siostry z krótszym stażem zakonnym (<10 lat w zgromadzeniu) częściej deklarowały dodawanie cukru i soli do potraw. Najwyższe spożycie kawy odnotowano wśród Sióstr z Polski (82%) oraz tych, które wstąpiły przed 25. rokiem życia (78%).

Zaobserwowaliśmy silne i istotne statystycznie korelacje pomiędzy występowaniem stresu a lękiem ( $r = 0,72$ ), obniżonym nastrojem ( $r = 0,65$ ), brakiem odpoczynku ( $r = 0,64$ ), przepracowaniem ( $r = 0,52$ ) oraz obniżonym nastrojem a brakiem odpoczynku ( $r = 0,48$ ) i

przepracowaniem ( $r = 0,43$ ). Wyniki te wskazują na tendencję, zgodnie z którą brak równowagi między odpoczynkiem i pracą może prowadzić do obniżenia jakości zdrowia psychicznego.

Choroby przewlekłe zgłosiło 43 % badanych, a częstość ich występowania wzrastała wraz z wiekiem. W Polsce choroby przewlekłe zgłaszane były trzykrotnie częściej niż w krajach misyjnych. Średnio 12,3% uczestniczek stosowało leki nasenne – bez istotnych różnic między grupami. Regularne przyjmowanie leków przepisywanych na receptę był o 20% wyższe niż występowanie chorób przewlekłych, ta istotna statystycznie zależność ( $p < 0,05$ ) występowała we wszystkich grupach wiekowych.

Ponad połowa (57%) wszystkich uczestniczek badania deklarowała, że prowadzi zdrowy styl życia. Odnotowano istotną statystycznie zależność pomiędzy tym stwierdzeniem a krajem posługi. Siostry z Polski rzadziej deklarowały prowadzenie zdrowego stylu życia (45%) w porównaniu z osobami pracującymi w krajach misyjnych (72%) i niemisyjnych (70%). Warto zauważyć, że co trzecia respondentka z Polski nie potrafiła jednoznacznie ocenić swojego stylu życia.

Zaobserwowano również silną zależność między pozytywną oceną życia we wspólnocie a deklaracją prowadzenia zdrowego życia ( $t=5,21$ ;  $p < 0,05$ ). 69,1% osób, które uważały życie wspólnotowe za korzystne dla zdrowia, również deklarowało zdrowy styl życia – w porównaniu z 26,3% wśród tych, którzy oceniali wpływ wspólnoty negatywnie. Najczęściej pozytywny wpływ deklarowały Siostry pracujące w krajach misyjnych (79%) oraz osoby powyżej 65. roku życia (również 79%). Najwięcej negatywnych ocen pochodziło od Sióstr z Polski (12%) oraz w grupie wiekowej 18–50 lat (10%). Wśród osób, które negatywnie oceniały wpływ wspólnoty, co czwarta prezentowała niekorzystne postawy zdrowotne takie jak: nieregularne jedzenie, brak aktywności fizycznej, niewystarczającą ilość snu. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że pozytywna ocena wspólnoty w kontekście zdrowia, wiązała się z częstszym deklarowaniem pozytywnych postaw zdrowotnych.

Spośród trzynastu badanych elementów życia wspólnotowego najczęściej jako wspierające zdrowie wskazywano wspólne modlitwy, urlop oraz rekolekcje. Najrzadziej pozytywnie oceniano strój zakonny, spotkania formacyjne oraz formy rekreacji zaproponowane we wspólnocie – szczególnie wśród młodszych uczestniczek i Sióstr posługujących w krajach niemisyjnych.

## Wnioski:

1. Wiek jest istotnym czynnikiem, który różnicuje postawy zdrowotne i styl życia. Osoby starsze częściej prezentują pozytywne nawyki zdrowotne, rzadziej doświadczają stresu oraz wyżej oceniają wpływ życia we wspólnotie na zdrowie. Wskazuje to tendencję, zgodnie z którą życie zakonne może wspierać pozytywne aspekty procesu starzenia się.
2. Istnieje kulturowo-społeczna zależność pomiędzy samooceną zdrowia Sióstr zakonnych w Polsce, krajach misyjnych i niemisyjnych. Najwyższe oceny wspólnoty jako czynnika wspierającego zdrowie odnotowano wśród Sióstr żyjących w krajach misyjnych.
3. Długość pobytu we wspólnotie oraz wiek wstąpienia do wspólnoty mają wpływ na kształtowanie się nawyków zdrowotnych.
4. Uzyskane wyniki sugerują, że życie we wspólnotie zakonnej wywiera pozytywny wpływ na subiektywne poczucie zdrowia.
5. Elementy duchowe, takie jak modlitwa, rekolekcje oraz te związane z odpoczynkiem są najczęściej wskazywane jako korzystne dla zdrowia.
6. Brak równowagi pomiędzy pracą i odpoczynkiem skutkuje częstszym zgłaszaniem objawów takich jak obniżony nastrój, poczucie lęku i stres. Zjawisko to wiąże się z niższą samooceną zdrowia i wspólnoty jako środowiska promującego prozdrowotne postawy - szczególnie w populacji Sióstr zakonnych posługujących w Polsce.
7. Dobre relacje międzyludzkie, poczucie więzi oraz wspólne mieszkanie we wspólnotie stanowią istotne czynniki sprzyjające lepszemu samopoczuciu psychicznemu i niższemu poziomowi stresu.

## 7. Bibliografia

1. The Lancet Global Health. Bridging the divide between religion and health care. Lancet Glob Health. 2023 Aug;11(8):e1137.
2. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486–1497). Soc Sci Med. 2006 Aug;63(4):843–5.
3. Żołnierz Joanna, Sak Jarosław. Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(4).
4. Best MC, Vivat B, Gijsberts MJ. Spiritual Care in Palliative Care. Religions (Basel). 2023 Feb 28;14(3):320.
5. Malinakova K, Tavel P, Meier Z, van Dijk JP, Reijneveld SA. Religiosity and Mental Health: A Contribution to Understanding the Heterogeneity of Research Findings. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jan 13;17(2):494.
6. Peng-Keller S, Winiger F, Rauch R. The Spirit of Global Health. Oxford University PressOxford; 2022.
7. Wüthrich-Grossenbacher U. The Need to Widen the Concept of Health and to Include the Spiritual Dimension. Int J Public Health. 2024 Apr 4;69.
8. Kruk J, Aboul-Enein BH. Religion- and Spirituality-Based Effects on Health-Related Components with Special Reference to Physical Activity: A Systematic Review. Religions (Basel). 2024 Jul 10;15(7):835.
9. Koenig HG, VanderWeele T, Peteet JR. Handbook of Religion and Health. Oxford University PressNew York; 2024.
10. Martin KR, Levy BR. Opposing Trends of Religious Attendance and Religiosity in Predicting Elders' Functional Recovery after an Acute Myocardial Infarction. J Relig Health. 2006 Sep 11;45(3):440–51.

11. Corwin Anna. Being Is Harder Than Doing: In: Embracing Age. Rutgers University Press; 2021. p. 34–56.
12. Xu J. Pargament's Theory of Religious Coping: Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice. *Br J Soc Work*. 2016 Jul;46(5):1394–410.
13. Long KNG, Symons X, VanderWeele TJ, Balboni TA, Rosmarin DH, Puchalski C, et al. Spirituality As A Determinant Of Health: Emerging Policies, Practices, And Systems. *Health Aff*. 2024 Jun 1;43(6):783–90.
14. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. *J Health Psychol*. 2004 Nov 1;9(6):713–30.
15. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*. 2018 Nov 11;27(11):2777–97.
16. O'brien ME. Spirituality in nursing: Standing on holy ground. 6th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2021.
17. Ajzen I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Hum Behav Emerg Technol*. 2020 Oct 10;2(4):314–24.
18. Khan TA, Field D, Chen V, Ahmad S, Mejia SB, Kahleová H, et al. Combination of Multiple Low-Risk Lifestyle Behaviors and Incident Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. *Diabetes Care*. 2023 Mar 1;46(3):643–56.
19. Younossi ZM, Zelber-Sagi S, Henry L, Gerber LH. Lifestyle interventions in nonalcoholic fatty liver disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2023 Nov 4;20(11):708–22.

20. Swaby A, Atallah A, Varol O, Cristea A, Quail DF. Lifestyle and host determinants of antitumor immunity and cancer health disparities. *Trends Cancer*. 2023 Dec;9(12):1019–40.
21. Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*. 2014 Jul;384(9937):45–52.
22. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor 2025. Geneva; 2025.
23. Oster H, Chaves I. Effects of Healthy Lifestyles on Chronic Diseases: Diet, Sleep and Exercise. *Nutrients*. 2023 Oct 31;15(21):4627.
24. Zheng X, Xue Y, Dong F, Shi L, Xiao S, Zhang J, et al. The association between health-promoting-lifestyles, and socioeconomic, family relationships, social support, health-related quality of life among older adults in china: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2022 Dec 20;20(1):64.
25. Xu C, Yu J, Yang L, Li Y, Ma D. Intrinsic capacity and health-promoting lifestyle in older adults: a latent class analysis. *Front Public Health*. 2025 Jul 16;13.
26. Chen H, Chen C, Spanos M, Li G, Lu R, Bei Y, et al. Exercise training maintains cardiovascular health: signaling pathways involved and potential therapeutics. *Signal Transduct Target Ther*. 2022 Sep 1;7(1):306.
27. O'Connor EA, Evans C V., Rushkin MC, Redmond N, Lin JS. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors. *JAMA*. 2020 Nov 24;324(20):2076.
28. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015 Dec 25;25(S3):1–72.
29. Wu G, Zhang X, Gao F. The epigenetic landscape of exercise in cardiac health and disease. *J Sport Health Sci*. 2021 Dec;10(6):648–59.

30. Cha J, Kim J, Hong K. Association Between Types of Physical Activity and Risk of Ischemic Heart Disease Based on US Guidelines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sage Open*. 2024 Oct 30;14(4).
31. Ferrer-Uris B, Ramos MA, Busquets A, Angulo-Barroso R. Can exercise shape your brain? A review of aerobic exercise effects on cognitive function and neuro-physiological underpinning mechanisms. *AIMS Neurosci*. 2022;9(2):150–74.
32. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2011 Feb 15;108(7):3017–22.
33. Mansoor M, Ibrahim A, Hamide A, Tran T, Candrea E, Baltaji J. Exercise-Induced Neuroplasticity: Adaptive Mechanisms and Preventive Potential in Neurodegenerative Disorders. *Physiologia*. 2025 Apr 2;5(2):13.
34. Ben Ezzdine L, Dhahbi W, Dergaa I, Ceylan Hİ, Guelmami N, Ben Saad H, et al. Physical activity and neuroplasticity in neurodegenerative disorders: a comprehensive review of exercise interventions, cognitive training, and AI applications. *Front Neurosci*. 2025 Feb 28;19.
35. Miranda M, Morici JF, Zanoni MB, Bekinschtein P. Brain-Derived Neurotrophic Factor: A Key Molecule for Memory in the Healthy and the Pathological Brain. *Front Cell Neurosci*. 2019 Aug 7;13.
36. Yan R, Hu Y, Yang J, Chang J, Wang H, Wang Y, et al. Physical inactivity and depressive symptoms in older adults: A cross-national analysis of cohort studies in high- and low-income countries. *J Affect Disord*. 2026 Jan;393:120388.
37. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020 Dec;54(24):1451–62.
38. Bracone F, Gialluisi A, Bonaccio M, Costanzo S, Persichillo M, De Curtis A, et al. Exploring the correlation between pro-inflammatory dietary and lifestyle

- patterns and cognitive function: Cross-sectional results from the Moli-sani study. *J Affect Disord.* 2026 Jan;393:120216.
39. Calder PC. Nutrition, immunity and COVID-19. *BMJ Nutr Prev Health.* 2020 Jun;3(1):74–92.
  40. Rashidmayvan M, Sharifan P, Darroudi S, Saffar Soflaei S, Salaribaghoonabad R, Safari N, et al. Association between dietary patterns and body composition in normal-weight subjects with metabolic syndrome. *J Diabetes Metab Disord.* 2022 Jun 28;21(1):735–41.
  41. Wang Y, Chen B, Ma D. The Role of Nutrition and Body Composition on Metabolism. *Nutrients.* 2024 May 12;16(10):1457.
  42. Escudero-Martínez I, Mancha F, Vega Á, Zapata M, Ocete RF, Álvarez L, et al. Mediterranean Diet and its Effects on Silent Brain Infarcts in a Cohort of Patients With Atrial Fibrillation. *Nutr Metab Insights.* 2022 Jan 11;15.
  43. Munteanu C, Schwartz B. Interactions between Dietary Antioxidants, Dietary Fiber and the Gut Microbiome: Their Putative Role in Inflammation and Cancer. *Int J Mol Sci.* 2024 Jul 28;25(15):8250.
  44. Ocvirk S, Wilson AS, Appolonia CN, Thomas TK, O’Keefe SJD. Fiber, Fat, and Colorectal Cancer: New Insight into Modifiable Dietary Risk Factors. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019 Nov 2;21(11):62.
  45. Cherian L, Agarwal P, Agrawal S, James BD, Yang D, Wagner M, et al. Dietary Patterns Associated With Risk of Intracranial Atherosclerosis in Older Adults With Hypertension or Myocardial Infarction. *Neurology.* 2025 Nov 11;105(9).
  46. Hao X, Song H, Su X, Li J, Ye Y, Wang C, et al. Prophylactic effects of nutrition, dietary strategies, exercise, lifestyle and environment on nonalcoholic fatty liver disease. *Ann Med.* 2025 Dec 31;57(1).
  47. Godet A, Fortier A, Bannier E, Coquery N, Val-Laillet D. Interactions between emotions and eating behaviors: Main issues, neuroimaging contributions, and

- innovative preventive or corrective strategies. *Rev Endocr Metab Disord*. 2022 Aug 4;23(4):807–31.
48. Lopez-Cepero A, Frisard CF, Lemon SC, Rosal MC. Association between emotional eating, energy-dense foods and overeating in Latinos. *Eat Behav*. 2019 Apr;33:40–3.
  49. Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Papandreou D, Spanoudaki M, Vasios GK, et al. The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients*. 2023 Feb 26;15(5):1173.
  50. Torske A, Bremer B, Hölzel BK, Maczka A, Koch K. Mindfulness meditation modulates stress-eating and its neural correlates. *Sci Rep*. 2024 Mar 27;14(1):7294.
  51. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Chest*. 2014 Nov;146(5):1387–94.
  52. Jaspan VN, Greenberg GS, Parihar S, Park CM, Somers VK, Shapiro MD, et al. The Role of Sleep in Cardiovascular Disease. *Curr Atheroscler Rep*. 2024 Jul 25;26(7):249–62.
  53. Castro-Santos L, Lima M de O, Pedrosa AKP, Serenini R, de Menezes RCE, Longo-Silva G. Sleep and circadian hygiene practices association with sleep quality among Brazilian adults. *Sleep Med X*. 2023 Dec;6:100088.
  54. Baranwal N, Yu PK, Siegel NS. Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Prog Cardiovasc Dis*. 2023 Mar;77:59–69.
  55. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, Awosika AO, Ayers D. Physiology, Stress Reaction. 2025.
  56. Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino-Pereira P, Garcia-Cairasco N, de Lima Umeoka EH. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Front Behav Neurosci*. 2018 Jul 3;12.

57. Mifsud KR, Reul JM. Mineralocorticoid and glucocorticoid receptor-mediated control of genomic responses to stress in the brain. *Stress*. 2018 Sep 3;21(5):389–402.
58. Mikkelsen MB, Tramm G, Zachariae R, Gravholt CH, O'Toole MS. A systematic review and meta-analysis of the effect of emotion regulation on cortisol. *Compr Psychoneuroendocrinol*. 2021 Feb;5:100020.
59. Zuccarella-Hackl C, Princip M, Sivakumar S, von Känel R. Positive psychological well-being and cardiovascular health. *Front Psychiatry*. 2024 Oct 25;15.
60. Gerritsen RJS, Band GPH. Breath of Life: The Respiratory Vagal Stimulation Model of Contemplative Activity. *Front Hum Neurosci*. 2018 Oct 9;12.
61. Hirshberg MJ, Goldberg SB, Schaefer SM, Flook L, Findley D, Davidson RJ. Divergent effects of brief contemplative practices in response to an acute stressor: A randomized controlled trial of brief breath awareness, loving-kindness, gratitude or an attention control practice. *PLoS One*. 2018 Dec 12;13(12):e0207765.
62. Kamboj SK, Peniket M, Simeonov L. A bioelectronic route to compassion: Rationale and study protocol for combining transcutaneous vagus nerve stimulation (tVNS) with compassionate mental imagery. *PLoS One*. 2023 Mar 13;18(3):e0282861.
63. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*. 2012 Dec 16;2012:1–33.
64. Wu C, Feng Y. Exploring the potential of mindfulness-based therapy in the prevention and treatment of neurodegenerative diseases based on molecular mechanism studies. *Front Neurosci*. 2023 Jun 13;17.
65. Fernández-Ballesteros R, Valeriano-Lorenzo E, Sánchez-Izquierdo M, Botella J. Behavioral Lifestyles and Survival: A Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2022 Feb 4;12.

66. Qiao L, Wang Y, Deng Y, Peng J, Li Y, Li M, et al. Combined healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality risk in middle-aged and older US adults: A longitudinal cohort study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2025 Mar;130:105702.
67. Wang J, Chen C, Zhou J, Ye L, Li Y, Xu L, et al. Healthy lifestyle in late-life, longevity genes, and life expectancy among older adults: a 20-year, population-based, prospective cohort study. *Lancet Healthy Longev.* 2023 Oct;4(10):e535–43.
68. Jan Paweł II. *Vita consecrata: Adhortacja apostolska o życiu konsekrowanym i jego misji w Kościele i świecie.* Watykan: Libreria Editrice Vaticana.; 1996.
69. Sobór Watykański II. *Lumen gentium: Konstytucja dogmatyczna o Kościele.* . Watykan: Libreria Editrice Vaticana; 1964.
70. Jan Paweł II. *Redemptionis donum: List apostolski o darze życia zakonnego.* Watykan: Libreria Editrice Vaticana; 1985.
71. Paweł VI. *Evangelii nuntiandi: Adhortacja apostolska o ewangelizacji w świecie współczesnym.* Watykan: Libreria Editrice Vaticana; 1975.
72. Franciszek. *Evangelii gaudium: Adhortacja apostolska o głoszeniu Ewangelii w dzisiejszym świecie.* Watykan: Libreria Editrice Vaticana; 2013.
73. Benedykt XVI. *List Ojca Świętego Benedykta XVI na Rok Życia Konsekrowanego.* Watykan: Libreria Editrice Vaticana; 2014.
74. Cencini A. *Formazione permanente o frustrazione permanente? Teoria e pratica.* Passio Christi; 2018.
75. Trzebiatowska M. Habit Does Not a Nun Make? Religious Dress in the Everyday Lives of Polish Catholic Nuns. *Journal of Contemporary Religion.* 2010 Jan 9;25(1):51–65.
76. Congregation for Institutes of Consecrated Life and Societies of Apostolic Life. *Cor orans: Implementing instruction of the Apostolic Constitution Vultum Dei Quaerere on women's contemplative life.* . Vatican: Libreria Editrice Vaticana; 2018.

77. Durà-Vilà G, Leavey G. Solitude among contemplative cloistered nuns and monks: conceptualisation, coping and benefits of spiritually motivated solitude. *Ment Health Relig Cult*. 2017 Jan 2;20(1):45–60.
78. Kongregacja ds. Instytutów Życia Konsekrowanego i Stowarzyszeń Życia Apostolskiego. Instrukcja dotycząca krajowych konferencji wyższych przełożonych . Rzym: Libreria Editrice Vaticana; 2018.
79. Franciszek. List apostolski do osób konsekrowanych na Rok Życia Konsekrowanego. Watykan: Watykan: Libreria Editrice Vaticana; 2014.
80. Second Vatican Council. *Perfectae caritatis: Decree on the adaptation and renewal of religious life*. Rome: Libreria Editrice Vaticana ; 1965.
81. Kiciński Jacek. Formacja początkowa i stała, wspólnotowa i apostolska w dynamice wierności. Lublin: Sympozjum IV Konferencji Życia Konsekrowanego; 2015.
82. Bayer O. Cist. J. Living toto corde: Monastic Vows and the Knowledge of God. *Religions (Basel)*. 2019 Jul 11;10(7):424.
83. Paulus VI. *Evangelical Testimony: Apostolic exhortation to the members of each religious family throughout the Catholic world on the renewal of religious life according to the prescriptions of the Second Vatican Council* . Vol. 63. Vatican: Acta Apostolicae Sedis; 1971. p. 497–526.
84. Szewczul B. Definicja prawno-teologiczna życia konsekrowanego przez profesję rad ewangelicznych. *Prawo Kanoniczne*. 2016;59(1), 19–42.
85. Holy See. *Annuario pontificio 2025*. . Vatican; 2025.
86. Kreis SMC. The Development of a New Instrument for the Assessment of Life Satisfaction in Apostolic Women Religious. *J Spiritual Ment Health*. 2012 Apr;14(2):129–64.
87. Kongregacja ds. Instytutów Życia Konsekrowanego i Stowarzyszeń Życia Apostolskiego. *Starting afresh from Christ: A renewed commitment to*

consecrated life in the third millennium. Vatican: Libreria Editrice Vaticana.; 2002.

88. García Paredes. *Modlitwa w życiu zakonnym*. 1st ed. Warszawa: Wydawnictwo Misjonarzy Klaretynów Palabra.; 2006.
89. Rogowska AM, Dolega D. Investigating the relationship between spiritual transcendence, personal religiosity, and mental health in Roman Catholic clergy and nuns. *Psycholog Relig Spiritual*. 2022 May;14(2):237–50.
90. Ndunge A. The Nexus Between the Health and Well-Being of Catholic Sisters: Evidence From Three African Countries. *Pastoral Psychol*. 2024 Aug 20;
91. Vavreková E, Wodawski M. Maturity of Personality, Purpose of Life and Value System in Nuns During a Midlife Crisis. *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II*. 2024;67(4):57–78.
92. Sullivan GM. A Primer on the Validity of Assessment Instruments. *J Grad Med Educ*. 2011 Jun 1;3(2):119–20.
93. Snowden David. *Aging with grace: The Nun Study and the science of old age—How we can all live longer, healthier and more vital lives*. London: HarperCollins; 2011.
94. Corwin Anna. Conclusion. In: *Embracing Age*. Rutgers University Press; 2021. p. 155–60.
95. Kostelic AF, Yelland E, Smith A, Shuman C, Cless A. Keys to embracing aging: A healthy aging intervention. *J Prev Interv Community*. 2023 Jul 3;51(3):254–67.
96. Waddell C, Van Doorn G, Power G, Statham D. From Successful Ageing to Ageing Well: A Narrative Review. *Gerontologist*. 2024 Dec 13;65(1).
97. Liu Y, Zhang X, Fu X, Li W, Wang Y, Lu W. Successful Aging Rates of Global Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2025 Jun;26(6):105334.

98. Viljanen A, Salminen M, Irjala K, Löppönen M, Tuori H, Vahlberg T, et al. Predicting successful ageing among older adults seems possible even as far as two decades ahead. *BMC Geriatr.* 2024 Jun 1;24(1):481.
99. Whitley E, Popham F, Benzeval M. Comparison of the Rowe–Kahn Model of Successful Aging With Self-rated Health and Life Satisfaction: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *Gerontologist.* 2016 Dec;56(6):1082–92.
100. Nguyen HT, Baldassar L, Wilding R, Jones B. Social Relational Notions of Successful Aging: Contesting Dominant Individualized Conceptions of Successful Aging By Examining Migrant Intergenerational Lived Experiences. *Gerontologist.* 2024 Dec 13;65(1).
101. Trabelsi K, Ammar A, Boujelbane MA, Puce L, Garbarino S, Scoditti E, et al. Religious fasting and its impacts on individual, public, and planetary health: Fasting as a “religious health asset” for a healthier, more equitable, and sustainable society. *Front Nutr.* 2022 Nov 24;9.
102. Trepanowski JF, Bloomer RJ. The impact of religious fasting on human health. *Nutr J.* 2010 Dec 22;9(1):57.
103. Persynaki A, Karras S, Pichard C. Unraveling the metabolic health benefits of fasting related to religious beliefs: A narrative review. *Nutrition.* 2017 Mar;35:14–20.
104. Pignolo RJ. Exceptional Human Longevity. *Mayo Clin Proc.* 2019 Jan;94(1):110–24.
105. Rea IM. Towards ageing well: Use it or lose it: Exercise, epigenetics and cognition. *Biogerontology.* 2017 Aug 17;18(4):679–91.
106. Dearmer Percy. *Body and soul: An enquiry into the effect of religion upon health, with a description of Christian works of healing from the New Testament to the present day.* DP Dutton. 1909;

107. McManus DT. The Intersection of Spirituality, Religiosity, and Lifestyle Practices in Religious Communities to Successful Aging: A Review Article. *Religions* (Basel). 2024 Apr 12;15(4):478.
108. Navarro C, Salazar J, Díaz MP, Chacin M, Santeliz R, Vera I, et al. Intrinsic and environmental basis of aging: A narrative review. *Heliyon*. 2023 Aug;9(8):e18239.
109. Tan MM, Reidpath DD, Ting RSK, Allotey P, Su TT. Religiousness and Quality of Life Among Older Adults of Different Ethnic Groups in Malaysia: A Five-Year Follow-up Study. *J Relig Health*. 2022 Apr 29;61(2):1548–63.
110. Eilat-Adar S, Hellerstein D, Goldbourt U. Religiosity Is Associated with Reduced Risk of All-Cause and Coronary Heart Disease Mortality among Jewish Men. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 2;19(19):12607.
111. Leiter E, Greenberg KL, Donchin M, Keidar O, Siemiatycki S, Zwas DR. Cardiovascular disease risk factors and health behaviors of ultra-Orthodox Jewish women in Israel: a comparison study. *Ethn Health*. 2022 Jul 4;27(5):1031–46.
112. Rookes TA, Frost R, Marston L, Armstrong M, Barrado-Martin Y, Walters K. Evidence for health promotion interventions to improve cognitive and physical functioning outcomes in older adults with MCI: A state-of-the-art review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2026 Jan;140:106049.
113. Hemmeter UM, Ngamsri T. Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit: Fokus Alter. *Praxis*. 2022 Mar;111(4):193–8.
114. Lin YH, Chen YC, Tseng YC, Tsai S tzu, Tseng YH. Physical activity and successful aging among middle-aged and older adults: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Aging*. 2020 Apr 29;12(9):7704–16.
115. Reas ET, Laughlin GA, Bergstrom J, Kritz-Silverstein D, Richard EL, Barrett-Connor E, et al. Lifetime physical activity and late-life cognitive function: the Rancho Bernardo study. *Age Ageing*. 2019 Mar 1;48(2):241–6.

116. James SN, Sudre CH, Barnes J, Cash DM, Chiou YJ, Coath W, et al. The relationship between leisure time physical activity patterns, Alzheimer's disease markers and cognition. *Brain Commun.* 2024 Dec 24;7(1).
117. Narodowy Fundusz Zdrowia. Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Narodowego Funduszu Zdrowia przez firmę DANA E w ramach realizacji projektu pn. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS”. . 162AD.
118. Konttinen H, Männistö S, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite.* 2010 Jun;54(3):473–9.
119. Guerrini-Usubini A, Cattivelli R, Scarpa A, Musetti A, Varallo G, Franceschini C, et al. The interplay between emotion dysregulation, psychological distress, emotional eating, and weight status: A path model. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2023 Jan;23(1):100338.
120. Stearns M, Nadorff DK, Lantz ED, McKay IT. Religiosity and depressive symptoms in older adults compared to younger adults: Moderation by age. *J Affect Disord.* 2018 Oct;238:522–5.
121. Wiedemann A, Marcher A, Wegner-Siegmundt C, Di Giulio P, Luy M. Der Gesundheits-Survey der Klosterstudie : Daten- und Methodenbericht zu Welle 1. Institut für Demographie, Österreichische Akademie der Wissenschaften ; Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, distributor; 2014. 328 p.
122. Vaingankar JA, Choudhary N, Chong SA, Kumar FDS, Abdin E, Shafie S, et al. Religious Affiliation in Relation to Positive Mental Health and Mental Disorders in a Multi-Ethnic Asian Population. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 24;18(7):3368.
123. Gong W. Research progress on the neural circuits mechanisms of anxiety. *Front Neural Circuits.* 2025 Jun 25;19.

124. Ruiz-Prada M, Fernández-Salinero S, García-Ael C, Topa G. Occupational Stress and Catholic Priests: A Scoping Review of the Literature. *J Relig Health*. 2021 Dec 15;60(6):3807–70.
125. López Herrera H, Pedrosa I, Vicente Galindo M, Suárez-Álvarez J, Galindo Villardón M, García-Cueto E. Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests. *Psicothema*. 2014 May 1;2(26):227–34.
126. Wells M, Avers D, Brooks G. Resilience, Physical Performance Measures, and Self-Perceived Physical and Mental Health in Older Catholic Nuns. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2012 Jul;35(3):126–31.
127. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. 2020 Aug;396(10248):413–46.
128. Sutin AR, Luchetti M, Terracciano A. Sense of purpose in life and healthier cognitive aging. *Trends Cogn Sci*. 2021 Nov;25(11):917–9.
129. Malone J, Dadswell A. The Role of Religion, Spirituality and/or Belief in Positive Ageing for Older Adults. *Geriatrics*. 2018 Jun 8;3(2):28.
130. Musty A, Lund JL, Yang YC, Niznik J, Shmuel S, Duchesneau ED. The association between wealth and sleep medication use in a nationally-representative sample of older Medicare beneficiaries. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2024 Jan 24;33(1).
131. van de Straat V, Buffel V, Bracke P. Medicalization of Sleep Problems in an Aging Population: A Longitudinal Cross-National Study of Medication Use for Sleep Problems in Older European Adults. *J Aging Health*. 2018 Jun 15;30(5):816–38.
132. Park EJ, Sohn HS, Lee EK, Kwon JW. Living arrangements, chronic diseases, and prescription drug expenditures among Korean elderly: vulnerability to potential medication underuse. *BMC Public Health*. 2014 Dec 16;14(1):1284.

133. Li S, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women. *JAMA Intern Med.* 2016 Jun 1;176(6):777.
134. VanderWeele TJ, Li S, Tsai AC, Kawachi I. Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. *JAMA Psychiatry.* 2016 Aug 1;73(8):845.
135. Idler EL. Religion as a social determinant of public health. New York: Oxford University Press; 2014.
136. VanderWeele TJ. Religious Communities and Human Flourishing. *Curr Dir Psychol Sci.* 2017 Oct 11;26(5):476–81.
137. VanderWeele TJ. Religious Communities, Health, and Well-Being – Address to the US Air Force Chaplain. *Mil Med.* 2018 May 1;183(5–6):105–9.
138. Poleszak L. Community dimension of religious life. *Symposium.* 2022 Jun;26(1 (42)):7–8.
139. Congregation for Institutes of Consecrated Life and Societies of Apostolic Life. New wine in new wineskins: The consecrated life and its ongoing challenges since . Vatican: Libreria Editrice Vaticana; 2017.
140. LUY M, FLANDORFER P, DI GIULIO P. Ageing in an aged society: experiences and attitudes of Catholic order members towards population ageing and older people. *Ageing Soc.* 2015 Jan 24;35(1):1–36.
141. D'Alessandro D, Appolloni L. Housing and health: an overview. *Ann Ig.* 2020;32(5 Supple 1):17–26.
142. Majoka MA, Schimming C. Effect of Social Determinants of Health on Cognition and Risk of Alzheimer Disease and Related Dementias. *Clin Ther.* 2021 Jun;43(6):922–9.
143. Noronha K. Integrated Growth for Consecrated Living. *Asian Journal of Vocation and Formation,* . 2019 Jul;XXXIV(2).

144. Bowen CE, Luy M. Community Social Characteristics and Health at Older Ages: Evidence From 156 Religious Communities. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016 Aug 29;gbw114.
145. Hämmerli M. Spiritual Direction in Orthodox Monasticism: The Elder Beyond Weber's Theory of Charisma. In: *Annual Review of the Sociology of Religion* Volume 5 (2014). BRILL; 2014. p. 150–68.
146. Amiotte-Suchet L, Anchisi A. Ageing in religious orders: A different perspective on changes in contemporary monasticism. *Studies in Religion/Sciences Religieuses*. 2024 Dec 9;53(4):525–40.
147. McManus D. A Phenomenological Study of the Lived Experience of Roman Catholic Sisters and Successful Aging. *Journal of Holistic Nursing*. 2020 Dec 20;38(4):350–61.
148. Lopez de Coca T, Moreno L, Pardo J, Pérez-Tur J, Ramos H, Villagrana V. Influence of daily life and health profile in subtle cognitive decline of women residing in Spanish religious communities: DeCo religious orders study. *Front Public Health*. 2024 Jul 17;12.
149. Milstein G, Palitsky R, Cuevas A. The religion variable in community health promotion and illness prevention. *J Prev Interv Community*. 2020 Jan 2;48(1):1–6.
150. Stroope S, Baker JO. Whose Moral Community? Religiosity, Secularity, and Self-rated Health across Communal Religious Contexts. *J Health Soc Behav*. 2018 Jun 31;59(2):185–99.
151. Barcelona J, Fahlman M, Churakova Y, Canjels R, Mallare J, van den Heuvel MI. Frontal alpha asymmetry during prayerful and resting states: An EEG study in Catholic sisters. *International Journal of Psychophysiology*. 2020 Sep;155:9–15.
152. Doufesh H, Ibrahim F, Ismail NA, Wan Ahmad WA. Effect of Muslim Prayer ( *Salat* ) on  $\alpha$  Electroencephalography and Its Relationship with Autonomic Nervous System Activity. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2014 Jul;20(7):558–62.

153. Codex Iuris Canonici. Kodeks Prawa Kanonicznego. 1983. kan. 573 §1. 1983.
154. Jewdokimow M. Klasztor w perspektywie socjologicznej: w poszukiwaniu nowego ujęcia. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego; 2019.
155. Arslan S, Aydın A. Religious Dietary Practices: Health Outcomes and Psychological Insights From Various Countries. *J Relig Health*. 2024 Oct 17;63(5):3256–73.
156. Kawanami H. Buddhist monasticism and contemporary trends : from the viewpoint of Buddhist women and Buddhist nuns. *Historia Religionum An International Journal*. 2015;7:75–86.
157. Durà-Vilà G, Leavey G. Solitude among contemplative cloistered nuns and monks: conceptualisation, coping and benefits of spiritually motivated solitude. *Ment Health Relig Cult*. 2017 Jan 2;20(1):45–60.
158. Jasperse M, Ward C, Jose PE. Identity, Perceived Religious Discrimination, and Psychological Well-Being in Muslim Immigrant Women. *Applied Psychology*. 2012 Apr 26;61(2):250–71.
159. Salgado NS. Invisible Nuns. In: *Buddhist Nuns and Gendered Practice*. Oxford University Press; 2013. p. 103–22.
160. Salgado NS. Religious identities of Buddhist nuns: Training precepts, renunciant attire, and nomenclature in Theravāda Buddhism. *Journal of the American Academy of Religion*. 2004;72(4):935–53.
161. Lips P, de Jongh RT. Vitamin D deficiency in immigrants. *Bone Rep*. 2018 Dec;9:37–41.
162. Syahrivar J. Hijab No More: A Phenomenological Study. *J Relig Health*. 2021 Jun 23;60(3):1969–91.
163. Geller S, Handelzalts J, Gelfat R, Arbel S, Sidi Y, Levy S. Exploring body image, strength of faith, and media exposure among three denominations of Jewish women. *Current Psychology*. 2020 Oct 1;39(5):1774–84.

164. Ali Khan MM, M.Nor N, Mamat NM, Mohd-Shukri NA, Abu Bakar WAM. Fasting in Islam: A Combination of Spiritual Elevation and Prevention of Diseases. *IIUM Medical Journal Malaysia*. 2018 Dec 14;17(2).
165. Gholampoor N, Sharif AH, Mellor D. The effect of observing religious or faith-based fasting on cardiovascular disease risk factors: A systematic review and meta-analysis. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2024 May;34(5):1097–109.
166. Giaginis C, Mantzorou M, Papadopoulou SK, Gialeli M, Troumbis AY, Vasios GK. Christian Orthodox Fasting as a Traditional Diet with Low Content of Refined Carbohydrates That Promotes Human Health: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients*. 2023 Feb 28;15(5):1225.
167. Karras SN, Koufakis T, Adamidou L, Antonopoulou V, Karalazou P, Thisiadou K, et al. Effects of orthodox religious fasting versus combined energy and time restricted eating on body weight, lipid concentrations and glycaemic profile. *Int J Food Sci Nutr*. 2021 Jan 2;72(1):82–92.
168. Karras SN, Michalakis K, Tekos F, Skaperda Z, Vardakas P, Ziakas PD, et al. Effects of Religious Fasting on Markers of Oxidative Status in Vitamin D-Deficient and Overweight Orthodox Nuns versus Implementation of Time-Restricted Eating in Lay Women from Central and Northern Greece. *Nutrients*. 2024 Sep 29;16(19):3300.
169. Trabelsi K, Ammar A, Boujelbane MA, Puce L, Garbarino S, Scoditti E, et al. Religious fasting and its impacts on individual, public, and planetary health: Fasting as a “religious health asset” for a healthier, more equitable, and sustainable society. *Front Nutr*. 2022 Nov 24;9.
170. Schunk DH, DiBenedetto MK. Motivation and social cognitive theory. *Contemp Educ Psychol*. 2020 Jan;60:101832.
171. Miller HN, Thornton CP, Rodney T, Thorpe RJ, Allen J. Social Cohesion in Health. *Advances in Nursing Science*. 2020 Oct;43(4):375–90.

172. McMullen JM, George M, Ingman BC, Pulling Kuhn A, Graham DJ, Carson RL. A Systematic Review of Community Engagement Outcomes Research in School-Based Health Interventions. *Journal of School Health*. 2020 Dec 12;90(12):985–94.

## 8. Spis tabel i rycin

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 Dane demograficzne.....                                                                                       | 27 |
| Tabela 2 Korelacja pomiędzy codzienną aktywnością fizyczną w odniesieniu<br>do narodowości, wieku i kraju posługi..... | 33 |
| Tabela 3 Aktywność fizyczna w trakcie pracy zawodowej w odniesieniu<br>do wieku, kraju posługi i narodowości.....      | 34 |
| Tabela 4 Wpływ wieku i kraju posługi na wybrane nawyki żywieniowe.....                                                 | 37 |
| Tabela 5 Związek pomiędzy wiekiem, krajem posługi a odpoczynkiem i zdrowiem<br>psychicznym .....                       | 39 |
| Tabela 6 Istotne predykatory zdrowego stylu życia w modelu regresji liniowej.....                                      | 46 |
| Tabela 7 Wyniki analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej<br>„Wspólnota wpływa pozytywnie na zdrowie.....    | 52 |

|                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Rycina 1 Badanie pilotażowe- odpoczynek i wskaźniki zdrowia psychicznego.....                                                              | 30 |
| Rycina 2 Zestawienie procentowe prezentowanych postaw zdrowotnych.....                                                                     | 31 |
| Rycina 3 Sieć korelacji pomiędzy deklarowanymi nawykami zdrowotnymi.....                                                                   | 36 |
| Rycina 4 Choroby przewlekłe i stałe przyjmowanie leków w odniesieniu do wieku.....                                                         | 41 |
| Rycina 5 Postawy zdrowotne w odniesieniu do narodowości.....                                                                               | 41 |
| Rycina 6 Postawy zdrowotne w odniesieniu do wieku.....                                                                                     | 42 |
| Rycina 7 Postawy zdrowotne w zależności od deklarowanego stylu życia,<br>oceny wpływu wspólnoty oraz występowania chorób przewlekłych..... | 43 |
| Rycina 8 Samoocena stylu życia w odniesieniu do wieku, narodowości<br>i kraju posługi.....                                                 | 45 |
| Rycina 9 Ocena wpływu życia we wspólnocie zakonnej na zdrowie w odniesieniu<br>do wieku i kraju posługi.....                               | 47 |
| Rycina 10 Ocena poszczególnych elementów życia we wspólnocie w kontekście zdrowia.....                                                     | 48 |
| Rycina 11 Elementy życia zakonnego wpierające zdrowie w odniesieniu do wieku.....                                                          | 49 |
| Rycina 12 Korelacja spotkania formacyjne- zdrowy styl życia w odniesieniu do wieku<br>i kraju posługi.....                                 | 50 |
| Rycina 13 Postrzeganie stroju zakonnego w kontekście zdrowia w odniesieniu<br>do zmiennych socjodemograficznych.....                       | 51 |
| Rycina 14 Korelacje pomiędzy aspektami życia wspólnotowego.....                                                                            | 54 |

## 9. Opinia Komisji Bioetycznej



**Państwowy Instytut  
Medyczny MSWiA**  
Komisja Bioetyczna  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA  
02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137  
(1)

**Komisja Bioetyczna  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA**

ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa  
email: komisja.etyki@cskmswia.gov.pl tel. +48-47-7221681  
Przewodniczący Komisji: prof. dr hab.n.med. Robert J. Gil

### **DECYZJA NR 25/ 2024**

z dn. 19.04. 2024 r.

Komisja Bioetyczna Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA na posiedzeniu dnia **19 kwietnia 2024r.**

- zapoznała się z projektem nowego badania:

**Tytuł: „Tytuł badania: Życie we wspólnocie zakonnej a świadomość postaw prozdrowotnych”.**

Główny badacz: mgr Paulina Teodorczyk

Kierownik projektu dr hab. n. med. i n. o zdr. Anna Różańska – Walędziak

Po zapoznaniu się z całością dokumentacji\* zgodnie z zasadami ICH-GCP Komisja Etyki

- wyraziła zgodę na przeprowadzenie badania.

Warszawa, 22.04. 2024 r.

**Przewodniczący Komisji Bioetycznej  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA**

**PRZEWODNICZĄCY**  
**Komisji Bioetycznej**  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA  
**Prof. dr hab. n. med. Robert Gil**  
prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil



**Państwowy Instytut  
Medyczny MSWiA**

**Komisja Bioetyczna  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA**

ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa  
email: komisja.etyki@cskmswia.gov.pl tel. +48-47-7221681  
Przewodniczący Komisji: prof. dr hab.n.med. Robert J. Gil

---

**\*Do Komisji Etycznej wpłynęły następujące dokumenty:**

1. Wniosek do Komisji Bioetycznej o wydanie opinii o badaniu z dnia 20 marca 2024 r. wraz ze zgodami
2. Projekt badawczy.
3. Narzędzie badawcze.
4. Polityka Ochrony Danych Osobowych w Zgromadzeniu Sióstr Najświętszej Rodziny z Nazaretu Prowincja Najświętszego Imienia Jezus, ul. Czerniakowska 137, Warszawa

**Komisja Bioetyczna**  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA  
02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137  
(1)



**Państwowy Instytut  
Medyczny MSWiA**

**Komisja Bioetyczna**  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA/  
02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137  
(1)

**Komisja Bioetyczna**  
**Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA**

ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa  
email: komisja.etyki@cskmswia.gov.pl tel. +48-47-7221681  
Przewodniczący Komisji: prof. dr hab.n.med. Robert J. Gil

---

**Skład Komisji Bioetycznej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA**

**Przewodniczący:**

prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

**Z-ca przewodniczącego:**

ks. Dariusz Cempura

**Członkowie:**

Prof. dr hab. n. med. Edward Franek,

prof. dr hab. n. med. Michał Powolny,

prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak,

dr hab. n. med. Małgorzata Dorobek,

prof. dr hab. n. med. Andrzej Rydzewski,

prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska- Wyszowska,

dr n. med. Jolanta Kołakowska,

dr hab. n. o zdr. Adam Fronczak,

prof. nadzw. dr hab. n. med. Adam Sybilski,

mgr farm. Irena Szoszkiewicz,

mec. Jarosław Kocznur,

Przewodniczący Komisji Bioetycznej  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA  
PRZEWODNICZĄCY  
Komisji Bioetycznej  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA  
Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil  
prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil



**Państwowy Instytut  
Medyczny MSWiA**

Uprzejmie informuję, że dnia 19.04.2024 r. następujące osoby wzięły udział  
w posiedzeniu Komisji Bioetycznej  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA

1. Prof. dr hab. n. med. Robert J. GIL
2. Ks Dariusz Cempura
3. Prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak
4. Prof. dr hab. n. med. Edward FRANEK
5. Prof. dr hab. n. med. Michał POWOLNY
6. Prof. dr hab. n. med. Grażyna RYDZEWSKA-WYSZKOWSKA
7. Prof. dr hab. n. med. Andrzej RYDZEWSKI
8. Dr. n. med. Małgorzata DOROBK
9. Dr. n. med. Jolanta KOŁAKOWSKA
10. Prof. dr. hab. n. o zdr. Adam FRONCZAK
11. Prof. dr. hab. n. med. Adam SYBILSKI
12. Mec. Jarosław KOCZNUR
13. Mgr. Farmacji Irena SZOSZKIEWICZ
14. Piel. Bożenna MAJEWSKA

*[Handwritten signatures and initials for each person listed on the left]*

*[Handwritten signature: 19.04.24]*

PRZEWODNICZĄCY  
Komisji Bioetycznej  
Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA  
prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

## 10. Narzędzie badawcze

### I DANE DEMOGRAFICZNE

Narodowość

Kraj wstąpienia

Kraj posługi

Wiek

Zgromadzenie

Liczba lat w Zgromadzeniu

### II NAWYKI

#### AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

1. Jak często Siostra :

|                                                                                                                                                                                                                             | Codziennie | Przynajmniej<br>1x tygodniu | Przynajmniej<br>1 x miesiącu | Kilka<br>razy w<br>roku | Nigdy |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|-------|
| 1.1 Wykonuje aktywność fizyczną przynajmniej 30 min dziennie:<br><ul style="list-style-type: none"><li>○ W ramach odpoczynku</li><li>○ W ramach pracy zawodowej</li><li>○ Podczas wykonywania obowiązków domowych</li></ul> |            |                             |                              |                         |       |
| 1.2 Przez większość czasu pracy przyjmuje postawę siedzącą                                                                                                                                                                  |            |                             |                              |                         |       |

|                                                                   |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1.3 Wykonuje intensywne prace domowe trwające przynajmniej 30 min |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

## ODŻYWIANIE

2. Jak często Siostra :

|                                                               | Codziennie | Przynajmniej<br>1x tygodniu | Przynajmniej<br>1 x miesiącu | Kilka razy<br>w roku | Nigdy |
|---------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------|-------|
| 2.1 Spożywa regularne posiłki (3-5 dziennie)                  |            |                             |                              |                      |       |
| 2.2 Spożywa przynajmniej 1,5 l płynów dziennie                |            |                             |                              |                      |       |
| 2.3 Spożywa warzywa i owoce przynajmniej 3x dziennie          |            |                             |                              |                      |       |
| 2.4 Spożywa tłuszcze zwierzęce i produkty wysoko przetworzone |            |                             |                              |                      |       |
| 2.5 Spożywa słodczy lub/i pije napoje dosładzane              |            |                             |                              |                      |       |
| 2.6 Dosala posiłki                                            |            |                             |                              |                      |       |
| 2.7 Pije kawę                                                 |            |                             |                              |                      |       |
| 2.8 Praktykuje posty                                          |            |                             |                              |                      |       |
| 2.9 Spożywa jedzenie dla poprawy nastroju                     |            |                             |                              |                      |       |

## ODPOCZYNEK

3. Jak często Siostra :

|                                                           | Codziennie | Przynajmniej<br>1x tygodniu | Przynajmniej<br>1 x miesiącu | Kilka razy<br>w roku | Nigdy |
|-----------------------------------------------------------|------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------|-------|
| 3.1 Śpi wystarczająco długo                               |            |                             |                              |                      |       |
| 3.2 Ma potrzebę drzemki w ciągu dnia                      |            |                             |                              |                      |       |
| 3.3 Ma poczucie, że nie potrafi poradzić sobie ze stresem |            |                             |                              |                      |       |
| 3.4 Ma poczucie, że nie ma czasu na odpoczynek            |            |                             |                              |                      |       |
| 3.5 Ma poczucie, że pracuje zbyt dużo                     |            |                             |                              |                      |       |
| 3.6 Doświadcza lęku                                       |            |                             |                              |                      |       |
| 3.7 Doświadcza obniżonego nastroju                        |            |                             |                              |                      |       |

## ZDROWIE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE

### 4. Czy Siostra:

4.1 Choruje przewlekłe      TAK NIE

4.2 Czy przyjmuje Siostra na stałe suplementy diety

Jeżeli na poprzednie pytanie odpowiedziała Siostra "tak", proszę wskazać liczbę przyjmowanych suplementów ( ≥5 czy <5)

4.3 Czy przyjmuje Siostra na stałe leki bez recepty

Jeżeli na poprzednie pytanie odpowiedziała Siostra "tak", proszę wskazać liczbę przyjmowanych leków bez recepty (≥5 czy <5)

4.4 Czy przyjmuje Siostra na stałe leki przepisane przez lekarza

Jeżeli na poprzednie pytanie odpowiedziała Siostra "tak", proszę wskazać liczbę przyjmowanych leków przepisanych przez lekarza ( ≥5 czy <5)

4.5 Czy wie Siostra jaka jest różnica pomiędzy suplementem diety a lekiem bez recepty

4.6 Czy przyjmuje Siostra leki nasenne?

### III PRZEKONANIA I POSTAWY

5. Czy zgadza się Siostra ze stwierdzeniem

|                                                                           | Zdecydowanie<br>tak | Raczej<br>tak | Trudno<br>powiedzieć | Raczej<br>nie | Zdecydowanie<br>nie |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------|---------------|---------------------|
| 5.1 Żywnienie ma ważny wpływ na utrzymanie dobrego stanu zdrowia          |                     |               |                      |               |                     |
| 5.2 Aktywność fizyczna ma ważny wpływ na utrzymanie dobrego stanu zdrowia |                     |               |                      |               |                     |
| 5.3 Odpoczynek ma ważny wpływ na kształtowanie się zdrowia                |                     |               |                      |               |                     |
| 5.4 Prowadzę zdrowy styl życia                                            |                     |               |                      |               |                     |
| 5.5 Życie we wspólnocie pozytywnie wpływa na zdrowie                      |                     |               |                      |               |                     |

6. Które ze stwierdzeń najlepiej opisuje Siostry postawę:

|                                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6.1 Zdrowe odżywianie się jest dla mnie bardzo ważne. W moim życiu doceniam rolę balansu odpoczynku i pracy. Staram się regularnie wykonywać aktywność fizyczną i dbać o odpowiednią ilość i jakość snu. |  |
| 6.2 Odpowiednia dieta i stałe pory posiłków są moim zdaniem ważne w codziennym życiu. Nie mam czasu na aktywny odpoczynek, zdarza się, że w moim odczuciu za dużo pracuję. Dbam o odpowiednią ilość snu. |  |
| 6.3 Uważam, że zbilansowana dieta, regularne przyjmowanie posiłków i aktywność fizyczna to podstawa mojego stylu życia. Nie mam czasu na odpowiednią ilość snu ani na odpoczynek.                        |  |

|                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6.4 Nie przywiązuję uwagi do jakości spożywanych przeze mnie posiłków. Uważam, że śpię zbyt krótko. Staram się mieć czas na odpoczynek, w tym na aktywność fizyczną.       |  |
| 6.5 Spożywam posiłki nieregularnie, nie przywiązuję uwagi do ich jakości. Na co dzień nie mam czasu na odpoczynek w tym na aktywność fizyczną. Uważam, że śpiam zbyt mało. |  |

7. Proszę o ocenę, jak poszczególne elementy życia wspólnotowego wpływają na Siostry  
dobrostan psycho- fizyczny

|                                                            | Pozytywnie | Raczej<br>pozytywnie | Nie ma<br>wpływu | Raczej<br>negatywnie | Negatywnie |
|------------------------------------------------------------|------------|----------------------|------------------|----------------------|------------|
| 7.1 Wspólnotowy rytm dnia                                  |            |                      |                  |                      |            |
| 7.2 Wspólne modlitwy                                       |            |                      |                  |                      |            |
| 7.3 Dni prywatnej odpowiedzialności za modlitwę            |            |                      |                  |                      |            |
| 7.4 Wykonywane obowiązki                                   |            |                      |                  |                      |            |
| 7.5 Rekolekcje                                             |            |                      |                  |                      |            |
| 7.6 Urlop                                                  |            |                      |                  |                      |            |
| 7.7 Spotkania formacyjne                                   |            |                      |                  |                      |            |
| 7.8 Formy rekreacji i odpoczynku zaplanowane we wspólnocie |            |                      |                  |                      |            |
| 7.9 Zachowanie klauzury                                    |            |                      |                  |                      |            |

|                                                                 |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 7. 10Wspólne<br>mieszkanie z Siostrami w<br>jednej wspólnotocie |  |  |  |  |  |
| 7. 11Relacje<br>międzyludzkie we<br>wspólnotocie                |  |  |  |  |  |
| 7.12 Poczucie więzi we<br>wspólnotocie                          |  |  |  |  |  |
| 7.13 Strój zakonny                                              |  |  |  |  |  |

8. Które z wymienionych wyżej elementów życia wspólnotowego najbardziej wpływają na moje zdrowie w sposób:

8.1 Pozytywny (proszę o zaznaczenie najważniejszych -maksymalnie 3, jeżeli istnieją)

- ☐ Wspólnotowy rytm dnia
- ☐ Wspólne modlitwy
- ☐ Dni prywatnej odpowiedzialności za modlitwę
- ☐ Wykonywane obowiązki
- ☐ Rekolekcje
- ☐ Urlop
- ☐ Spotkania formacyjne
- ☐ Formy rekreacji i odpoczynku zaplanowane we wspólnotocie
- ☐ Zachowanie klauzury
- ☐ Wspólne mieszkanie z Siostrami w jednej wspólnotocie
- ☐ Relacje międzyludzkie we wspólnotocie
- ☐ Poczucie więzi we wspólnotocie
- ☐ Strój zakonny

8.2 Negatywny (proszę o zaznaczenie najważniejszych -maksymalnie 3, jeżeli istnieją)

- ☐ Wspólnotowy rytm dnia
- ☐ Wspólne modlitwy

- ☐ Dni prywatnej odpowiedzialności za modlitwę
- ☐ Wykonywane obowiązki
- ☐ Rekolekcje
- ☐ Urlop
- ☐ Spotkania formacyjne
- ☐ Formy rekreacji i odpoczynku zaplanowane we wspólnotcie
- ☐ Zachowanie klauzury
- ☐ Wspólne mieszkanie z Siostrami w jednej wspólnotcie
- ☐ Relacje międzyludzkie we wspólnotcie
- ☐ Poczucie więzi we wspólnotcie
- ☐ Strój zakonny