

Jakość snu i zaburzenia depresyjne u księży Archidiecezji Katowickiej

Sleep quality and depressive disorders among priests of the Archdiocese of Katowice

Agnieszka Oleszko¹, Jadwiga Joško-Ochojska¹ , Jerzy Smoleń² , Rafał Śpiewak³ 

¹Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Akademia Ignatianum w Krakowie

³Katedra Dziennikarstwa Ekonomicznego i Nowych Mediów, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

STRESZCZENIE

WSTĘP: Przewlekły stres wpływa na jakość snu oraz wywołuje symptomy depresji u osób aktywnych zawodowo. Posługa kapłańska, ze względu na swą specyfikę, może generować przewlekły stres, wpływać na jakość snu i wywoływać depresję. Celem pracy jest analiza obciążeń zawodowych księży katolickich, ocena jakości snu i rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych w tej grupie oraz wyodrębnienie czynników mających wpływ na ich występowanie u duchownych.

MATERIAŁ I METODY: Zbadano 223 księży diecezjalnych i zakonnych Archidiecezji Katowickiej. W badaniu zastosowano autorski, poddany walidacji kwestionariusz, skalę depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI-II) oraz Skalę Jakości Snu (SJS).

WYNIKI: Czynnikiem wywołującym najsilniejszy stres u badanych księży były relacje z przełożonymi (68,2%) oraz zmiana parafii (66,8%). Najczęstszym z subiektywnie odczuwanych przez respondentów negatywnych stanów podczas całej dotychczasowej służby kapłańskiej było przemęczenie (92,4%). W badanej grupie u 20,2% księży występowała pogorszona jakość snu, a zaburzenia depresyjne o różnym stopniu nasilenia wykazano u 27,4% badanych. Wykazano zależność jakości snu oraz depresji od nasilenia stresu związanego ze zmianą parafii, relacjami z przełożonymi, celibatem oraz życiem w pojedynkę.

WNIOSKI: Księża niechętnie poddają się badaniu kwestionariuszowemu dotyczącemu stanu zdrowia psychicznego, jednocześnie stanowią grupę wysokiego ryzyka występowania zaburzeń snu i zaburzeń depresyjnych. Im niższa była jakość snu, tym wyższe wskaźniki zaburzeń depresyjnych. Perfekcjonizm, nadmierne zaangażowanie, poczucie niezrozumienia, potrzeba uznania i wysoka wrażliwość interpersonalna sprzyjały nasileniu symptomów depresji w badanej grupie.

SŁOWA KLUCZOWE

zaburzenia snu, depresja, księża katoliccy, stres

Received: 19.10.2020

Revised: 30.04.2021

Accepted: 21.05.2021

Published online: 25.10.2021

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska, Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Jordana 19, 41-808 Zabrze, tel. +48 32 275 50 63 e-mail: jjosko@sum.edu.pl

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

www.annales.sum.edu.pl

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chronic stress affects sleep quality and causes symptoms of depression among professionally active people. Priesthood, due to its specificity, can generate chronic stress. The aim of the study was to analyse the occupational load among a group of Catholic priests, evaluate the sleep quality and the prevalence of depressive disorders as well as identify the factors affecting their occurrence among clergymen.

MATERIAL AND METHODS: 223 diocesan and monastic priests of the Archdiocese of Katowice were examined. A proprietary, validated questionnaire, as well as the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Sleep Quality Scale (SQS) were used in the study.

RESULTS: The factors generating the most stress among the studied priests were relations with their superiors (68.2%) and the change of parish (66.8%). The most prevalent of the negative states felt subjectively throughout their priesthood was fatigue (92.4%). A degraded quality of sleep occurred in 20.2% of the researched priests, while depressive disorders of various severity were found in 27.4%. The intensity of stress related to changing the parish, relations with superiors, celibacy and living alone were found to influence the quality of sleep and depression.

CONCLUSIONS: Priests are reluctant to submit to a questionnaire survey regarding the state of mental health, while being at high risk of sleep disorders and depressive disorders. The lower the sleep quality, the higher the indicators of depressive disorders. Perfectionism, overcommitment, a feeling of being misunderstood, a need for recognition and high interpersonal sensitivity were conducive to the intensification of symptoms of depression among the studied group.

KEY WORDS

sleep disorders, depression, Catholic priests, stress

WSTĘP

Przewlekły stres wpływa na jakość snu, może też wywoływać objawy depresji u osób aktywnych zawodowo. Prowadzone są badania grup zawodowych narażonych na stres wynikający z kontaktów interpersonalnych. Zawodom potocznie określanym „z powołania” przypisuje się wymóg szczególnego przestrzegania wartości i norm moralnych, związanych z wpływem na drugiego człowieka [1]. Posługę kapłańską można rozpatrywać jako powołanie, jest ona jednak swoistą formą wykonywanego zawodu.

Cechą charakterystyczną posługi księdza jest to, że praca duchownego nie jest limitowana w czasie, nie jest też finalizowana w postaci wymiernego efektu. Oczekiwanie adresatów posługi nie są jednorodne, poważne obciążenie może stanowić świadomość ich niespełnienia [2]. Istotnym zagadnieniem jest kwestia szeroko pojętej pomocy, której posługujący ma udzielać przez wejście w relację z wiernymi. Obciążenie poważnymi, często traumatycznymi przeżyciami ludzi to norma w posłudze księdza [3]. Dochodzą do tego problemy osobiste duchownego, jego emocjonalność i seksualność, samotność oraz wymóg dbałości o rozwój osobowy i duchowy [4].

W ujęciu psychologicznym trudnym zagadnieniem jest aspekt posługi kapłańskiej związany z koniecznością bycia wiernym Bogu i nauce Kościoła. Swoiste kryzysy mogą się pojawiać również na tle mylnego odczytania swojego powołania życiowego, szczególnie jeśli powodują wewnętrzne i zewnętrzne konflikty w dążeniu do kariery zawodowej w sensie świeckim [5,6,7].

INTRODUCTION

Chronic stress affects sleep quality and can cause symptoms of depression in professionally active individuals. There are studies conducted on occupational groups exposed to stress resulting from interpersonal relationships. Professions that are commonly referred to as „vocations” are ascribed the requirement of special adherence to values and moral standards related to their impact on others [1]. The priesthood service can be seen as a vocation; however, it is also a specific form of profession.

A characteristic feature of the priesthood service is that the work performed by the clergyman is not limited in time, nor is it finalised in the form of a measurable outcome. The expectations of recipients of the priesthood service are not homogeneous, and the awareness of not meeting them may be a serious burden [2]. The widely perceived support given by the priest by entering into a relationship with his congregation is a crucial issue. Being burdened with serious, frequently traumatic experiences of people is a sort of norm in the priesthood service [3]. Moreover, the priest also copes with his own personal problems, his emotionality and sexuality, loneliness and the requirement to care for personal and spiritual development [4].

In psychological terms, the aspect of the priesthood service related to the need to be faithful to God and teachings of the Church is a difficult issue. Specific crises may also arise from misreading one’s own vocation, especially if they cause internal and external conflicts in pursuing a secular career path [5,6,7].

Psychologowie badają problem wypalenia zawodowego poszczególnych grup zawodowych. Literatura na ten temat w odniesieniu do osób duchownych nie jest obszerna. Na podstawie nielicznych badań można wnioskować, że jest to grupa zawodowa narażona na problemy zdrowotne wynikające z dużego obciążenia emocjonalnego [8]. Niniejsza praca ma na celu analizę obciążeń zawodowych, ocenę jakości snu i rozpowszechnienia depresji oraz wyodrębnienie czynników mających wpływ na występowanie tych zaburzeń w grupie zawodowej, która pod tym względem dotychczas nie była w Polsce badana – księży.

Psychologists investigate the problem of burnout in specific occupational groups. The literature concerning the occupational burnout among clergy is not extensive. Based on few studies, it can be concluded that priests are an occupational group at risk of health problems due to high emotional burden [8]. This study aims to analyse the occupational load, sleep quality and prevalence of depression, as well as to identify the factors affecting the occurrence of these disorders in an occupational group that has not been studied in this respect in Poland to date – priests.

MATERIAŁ I METODY

Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – KNW/022/KB/181/13.

Podjęto działania w celu zbadania 1271 księży diecezjalnych i zakonnych Archidiecezji Katowickiej, wraz z pracownikami Kurii Metropolitalnej w Katowicach oraz duchownymi będącymi na emeryturze. Do wszystkich księży, imiennie – według bazy danych na stronie internetowej Archidiecezji Katowickiej – od grudnia 2012 r. do września 2013 r., w odstępach kwartalnych, losowo i proporcjonalnie rozesłano listy z kwestionariuszem badań wraz z zaadresowaną kopertą zwrotną. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Odesłano 231 ankiet. Odsetek zwrotów kwestionariusza wyniósł 18,25%. Z analizy wyłączono 8 ankiet, w których badani nie udzielili odpowiedzi na kluczowe pytania. Analizie poddano dane z 223 kwestionariuszy (94,2% badanych stanowili księża diecezjalni, a 5,4% księża zakonni). Strukturę badanej grupy pod względem stażu kapłańskiego, liczebności parafii, liczby księży w parafii i pełnionych przez nich funkcji przedstawiono w tabeli I.

Blisko 41% księży chorowało przewlekłe. Spośród zdiagnozowanych i leczonych farmakologicznie chorób najczęściej wymieniane były nadciśnienie tętnicze (15,7%), cukrzyca (7,8%) i choroba niedokrwienna serca (4%). Sześciu księży miało zdiagnozowany nowotwór złośliwy, czterech wskazało na rozpoznane i leczone zaburzenia lękowe i depresję.

MATERIAL AND METHODS

The study was approved by the Bioethics Committee of the Medical University of Silesia, Katowice, Poland – KNW/022/KB/181/13.

Steps were taken to study 1,271 diocesan and monastic priests of the Archdiocese of Katowice, along with employees of the Metropolitan Curia of the Archdiocese of Katowice and retired clergy. From December 2012 to September 2013, at quarterly intervals, letters containing a survey questionnaire and an addressed return envelope were sent out randomly and proportionally to all priests by name according to the database on the website of the Archdiocese of Katowice. Participation in the study was voluntary and anonymous.

A total of 231 survey questionnaires were returned. The questionnaire return rate was 18.25%. Eight questionnaires were excluded from the analysis due to the lack of answers to key questions. Data from 223 questionnaires were analysed (94.2% of respondents were diocesan priests and 5.4% were monastic priests). The structure of the studied group in terms of priesthood service (in years), size of the parish, number of priests in the parish and their functions is shown in Table I.

Nearly 41% of the priests were chronically ill. Arterial hypertension (15.7%), diabetes mellitus (7.8%) and ischaemic heart disease (4%) were the most frequently mentioned diagnosed and pharmacologically treated diseases. Six priests were diagnosed with a malignant neoplasm, four priests were diagnosed and treated for anxiety disorders and depression.

Tabela I. Struktura badanej grupy pod względem stażu kapłańskiego, liczebności parafii, liczby księży w parafii i pełnionych funkcji
Table I. Structure of studied group in terms of priesthood service, size of parish, number of priests in parish and their functions

Struktura grupy/Group structure	Warianty odpowiedzi (%) / Response options (%)			
	< 6 lat/years	6–12 lat/years	> 12 lat/years	brak danych/no data
Staż kapłański/Priesthood service	16,14	16,14	66,82	0,90
Liczebność parafii/Size of the parish	< 2 tys. parafian/ < 2 k parishioners	2–7 tys. parafian/ 2–7 k parishioners	> 7 tys. parafian/ > 7 k parishioners	nie dotyczy/ not applicable
	14,35	30,04	49,78	5,83
Liczba księży/Number of priests	1	2	≥ 3	nie dotyczy/ not applicable
	15,25	25,11	49,77	9,87
Pełniona funkcja/Performed function	proboszcz/parish priest	wikariusz/vicar	inne kościelne/other ecclesiastical	inne zakonne/ other monastic
	41,70	33,63	14,80	5,38

W badaniu zastosowano autorski kwestionariusz, skalę depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI-II) [9,10] i zmodyfikowaną Skalę Jakości Snu (SJS) [11]. Zawarte w kwestionariuszu pytania dotyczą wynikających ze specyfiki pełnienia służby kapłańskiej czynników, mogących mieć wpływ na subiektywnie odczuwany poziom stresu. Kwestionariusz zawiera również pytania o choroby przewlekłe, przyjmowane leki, spożywanie alkoholu i innych używek. Przyjęto skalę odpowiedzi Likerta w rozpiętości: 0 – nigdy, 1 – nieznacznie, 2 – umiarkowanie, 3 – silnie. Kwestionariusz został poddany walidacji.

Rozpiętość możliwych do uzyskania wyników w BDI-II wynosi 0–63 pkt. Średnia wartość dla całej badanej grupy wyniosła 7 pkt (odchylenie standardowe 7 pkt), a obszar zmienności wyników 0–40 pkt.

Zaburzenia jakościowe snu zweryfikowano z zastosowaniem SJS. Rozpiętość możliwych do uzyskania wyników wynosi 14–56 pkt. Średnia wartość dla całej grupy wyniosła 26 pkt, a obszar zmienności wyników 14–45 pkt. O pogorszonej jakości snu świadczy wynik końcowy powyżej 30 pkt.

Uzyskane wyniki po sprawdzeniu kompletności zebrano w arkuszu kalkulacyjnym, a następnie analizowano za pomocą pakietu Statistica. Po sprawdzeniu założeń testów zastosowano analizę wariancji z testami post hoc, w przypadku porównań zmiennych ilościowych – współczynnik korelacji liniowej. We wszystkich analizach za poziom istotny przyjęto wartość $p < 0,005$.

WYNIKI

Czynnikami najczęściej wywołującymi u księży stres były relacje z przełożonymi (68,2%) oraz zmiana parafii (66,8%); 85,1% księży pracujących w szkole zaznaczyło, że było to zajęcie wywołujące stres. Procentowy udział udzielonych odpowiedzi ilustruje rycina 1.

Spośród subiektywnie odczuwanych podczas całej służby kapłańskiej negatywnych stanów najczęściej wskazywane było przemęczenie (92,4% księży). Smutek i przygnębienie, zniechęcenie, poczucie winy lub wstydu, samotność i niska samoocena również były stanami przeżywanymi przez większość ankietowanych (ryc. 2).

Najwięcej problemów związanych z pełnieniem powinności kapłańskich, a mających podłoże osobowościowe, dotyczyło stopnia zaangażowania i staranności wykonywanych prac (95,8% księży zaznaczyło odpowiedź „zanadto się wszystkim przejmuję”); 73,5% księży dręczą myśli o sprawach seksualnych, a 46,2% badanych zaznaczyło odpowiedzi wskazujące na odczuwanie samotności nawet wśród ludzi (ryc. 3 i 4).

W badanej grupie u 20,2% księży występowała obniżona jakość snu. Skumulowany wynik SJS miał małe odchylenie standardowe. Nie stwierdzono zależności pomiędzy wiekiem a jakością snu, więc całą grupę potraktowano łącznie.

Brak zaburzeń depresyjnych wykazano u 72,6% księży, zaburzenia depresyjne w stopniu łagodnym występowały u 22,9%, w stopniu umiarkowanym u 1,8% bada-

The study used a proprietary questionnaire, the Beck Depression Inventory (BDI-II) [9,10] and a modified Sleep Quality Scale (SQS) [11].

The questions contained in the questionnaire concern factors arising from the specificity of performing priesthood service, which may influence the subjectively perceived level of stress. The questionnaire also includes questions concerning chronic diseases, taken medications, the consumption of alcohol and other substances. A 4-point Likert scale was adopted: 0 – never, 1 – rarely, 2 – moderately, 3 – frequently. The questionnaire was validated.

The possible BDI-II scores ranged from 0 to 63 pts. The mean value for the entire studied group was 7 pts (standard deviation 7 pts), and the score variation ranged from 0 to 40 pts.

Sleep quality disorders were verified using the SQS. The range of possible scores was from 14 to 56 pts. The mean value for the entire group was 26 pts and the score variation ranged from 14 to 45 pts. Impaired sleep quality is indicated by a final score above 30 pts.

The obtained results, following a completeness check, were collected in a spreadsheet and then analysed using the Statistica package. After the assumptions of the tests were checked, analysis of variance (ANOVA) with post hoc tests was used, while a linear correlation coefficient was used for comparisons of quantitative variables. In all the analyses, the p -value < 0.005 was accepted as the significant level.

RESULTS

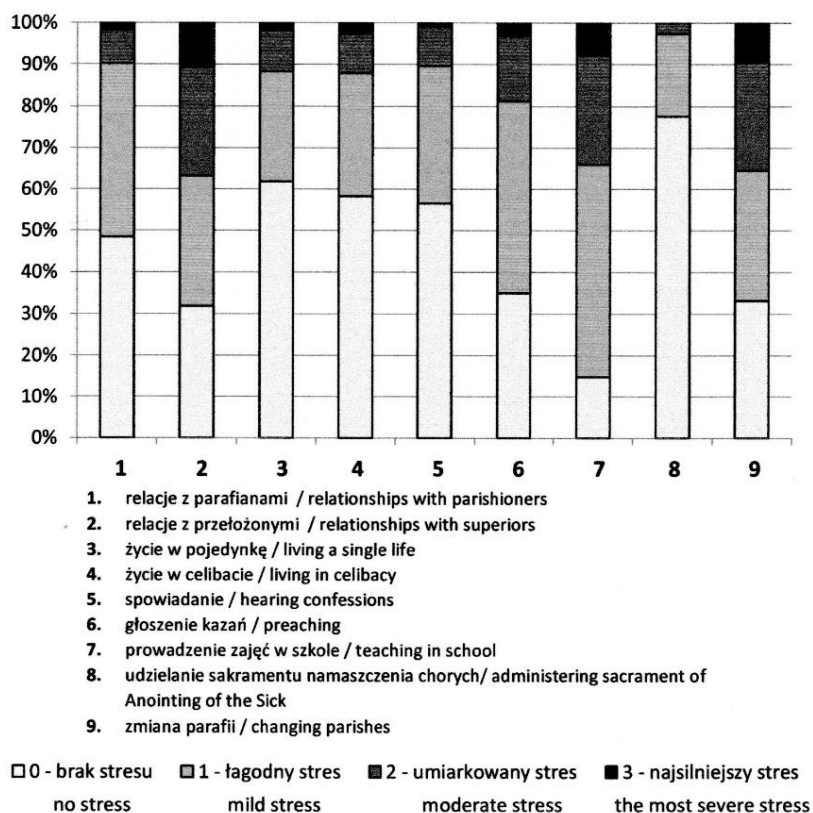
The most common factors causing stress among priests included relationships with superiors (68.2%) and changing parishes (66.8%); a total of 85.1% of the priest-teachers indicated that working in school was a stress-inducing activity. The percentage of provided responses is shown in Figure 1.

In the case of negative emotional states, fatigue was the most frequently subjectively experienced one (92.4% of priests) throughout the priesthood service. Sadness and despondency, discouragement, guilt or shame, loneliness and low self-esteem were also experienced by majority of the respondents (Fig. 2).

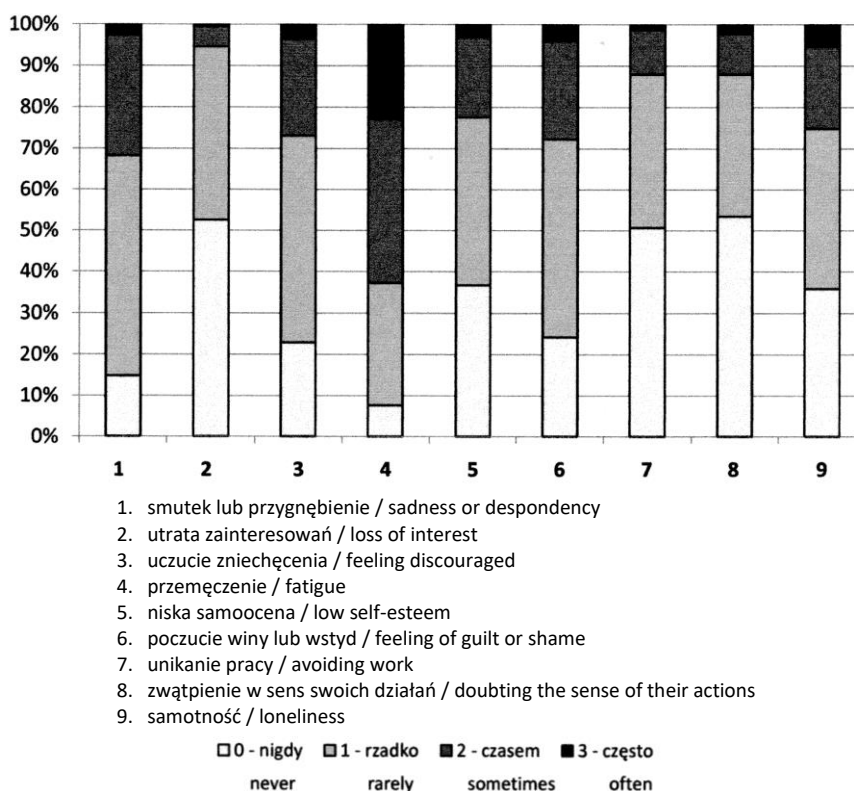
The greatest number of problems related to the performance of priestly duties, stemming from personality, concerned the degree of involvement and diligence in the work performed (95.8% of priests marked the answer “I worry too much about everything”); a total of 73.5% of priests are tormented by thoughts about sexual matters and 46.2% felt lonely even among people (Fig. 3 and 4).

In the studied group, 20.2% of priests experienced a reduced quality of sleep. The cumulative SQS score had a small standard deviation. As there was no relationship between age and sleep quality, the entire group was treated jointly.

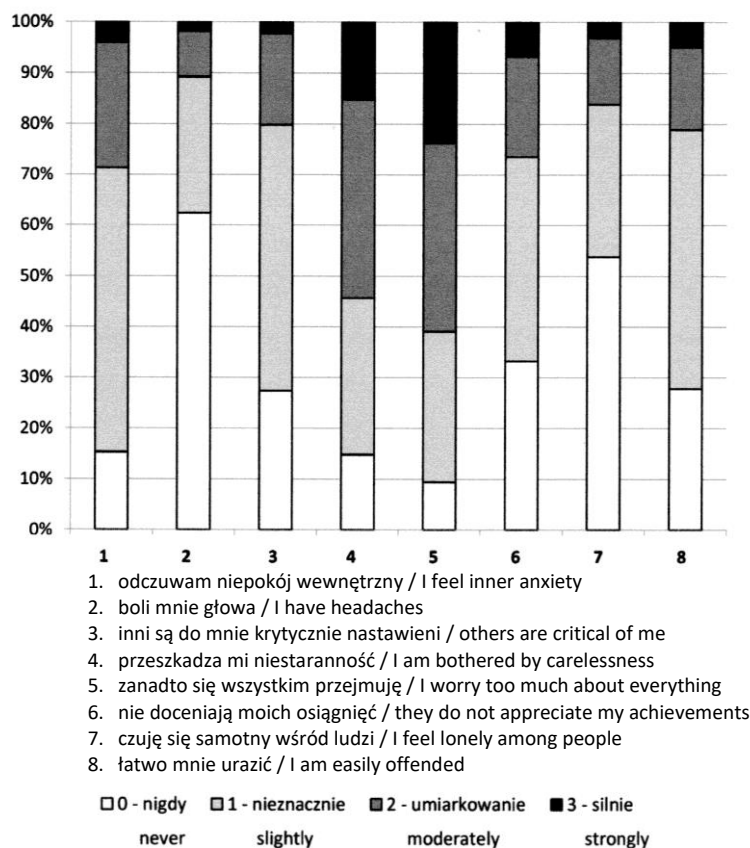
The absence of depressive disorders was found in 72.6% of priests, mild depressive disorders were present in 22.9% of priests, while moderate depressive disorders



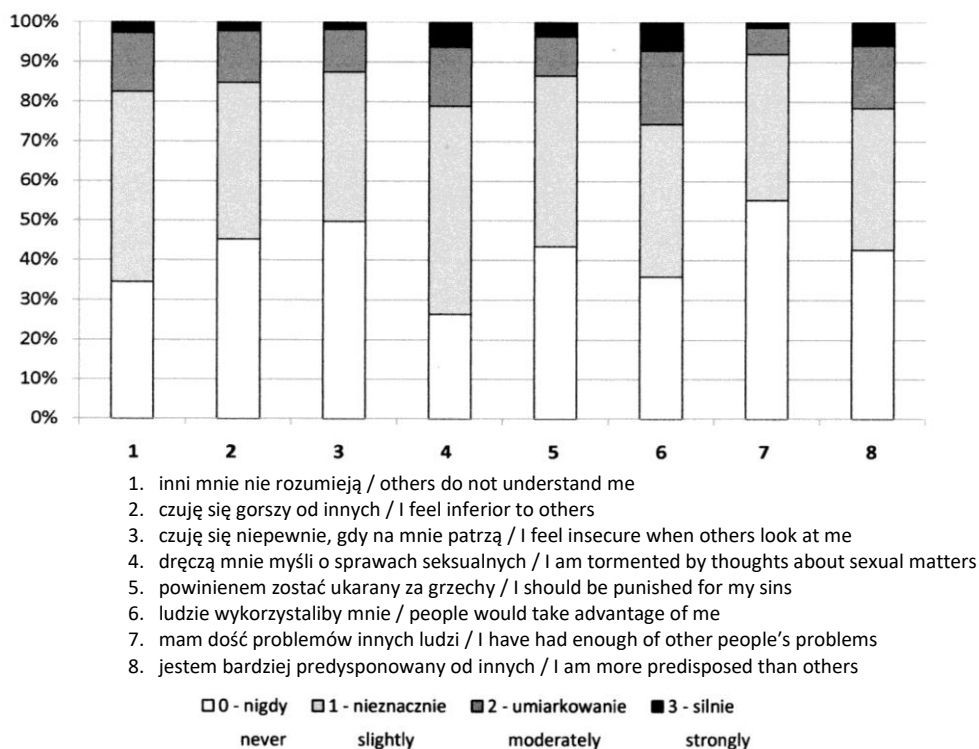
Ryc. 1. Subiektywne odczuwanie stresu związanego z niektórymi czynnikami specyficznymi dla pełnienia służby kapłańskiej.
 Fig. 1. Subjective stress related to some factors specific to performing priesthood service.



Ryc. 2. Ocena częstości subiektywnie odczuwanych przez badanych negatywnych stanów emocjonalnych podczas całej służby kapłańskiej.
 Fig. 2. Assessment of frequency of subjective negative emotional states experienced by respondents during entire priesthood service.



Ryc. 3. Subiektywna ocena stopnia nasilenia niektórych problemów w związku z pełnieniem powinności kapłańskich – część I.
 Fig. 3. Subjective assessment of severity of some problems related to fulfilment of priestly duties – part I.



Ryc. 4. Subiektywna ocena stopnia nasilenia niektórych problemów w związku z pełnieniem powinności kapłańskich – część II.
 Fig. 4. Subjective assessment of severity of some problems related to fulfilment of priestly duties – part II.

nych. U 6 księży (2,7%) wyniki świadczą o poważnych zaburzeniach depresyjnych. W sumie zaburzenia depresyjne o różnym stopniu nasilenia wykazano na podstawie BDI-II u 27,4% badanych.

Wykazano znamiennej statystycznie zależność pomiędzy jakością snu a zaburzeniami depresyjnymi. W grupie księży z poważnymi wg BDI-II zaburzeniami depresyjnymi średnia wartość SJS była o 10 pkt wyższa od średniej w grupie bez zaburzeń depresyjnych (współczynnik korelacji liniowej SJS i BDI-II $r = 0,5226$, $p < 0,0001$). Rozrzut wyników ilustruje rycina 5 (założono przedział ufności 95%).

Wykres zależności średnich wyników SJS dla poszczególnych klas BDI-II ilustruje rycina 6 (forma ryciny obrazuje zmiany, jakie zachodziły w jakości snu wraz z nasileniem się depresji). Różnice statystycznie znamienne pomiędzy poszczególnymi grupami zamieszczono w tabeli II.

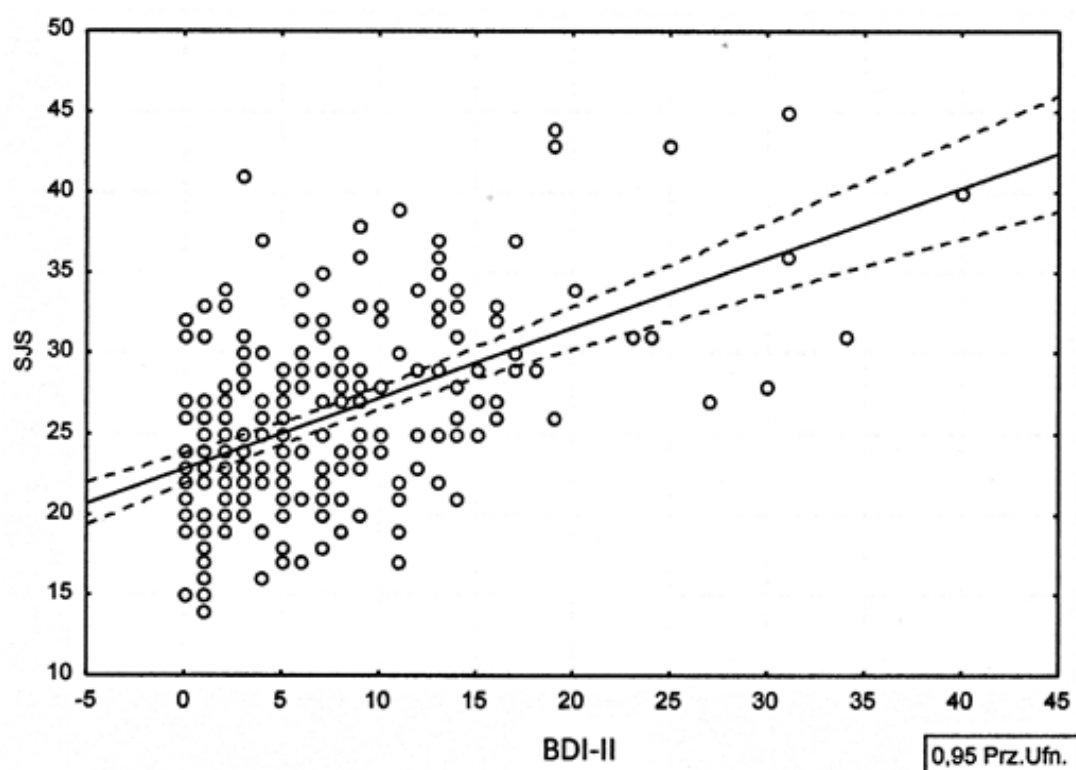
Dokonano porównania wskaźnika SJS z czynnikami wywołującymi subiektywnie odczuwany przez badanych stres. Wykazano znamiennej statystycznie zależność jakości snu od poziomu nasilenia stresu związanego ze zmianą parafii, relacjami z przełożonymi, życiem w pojedynkę, celibatem, prowadzeniem spowiedzi oraz niemożnością samorealizacji. Im częściej księża subiektywnie odczuwali: smutek lub przygnębienie, utratę zainteresowań, poczucie zniechęcenia, przemęczenie, niską samoocenę, poczucie winy lub wstyd, samotność,

in 1.8%. Six priests (2.7%) obtained scores indicative of severe depressive disorders. Overall, depressive disorders of varying severity were found in 27.4% of the studied priests based on BDI-II.

A statistically significant relationship between sleep quality and depressive disorders was found. In the group of priests with major depressive disorders according to BDI-II, the mean SQS value was higher by 10 points than that in the group of priests not showing any depressive disorders (the linear correlation coefficient of SQS and BDI-II: $r = 0.5226$, $p < 0.0001$). The dispersion of the results is shown in Figure 5 (95% CI assumed).

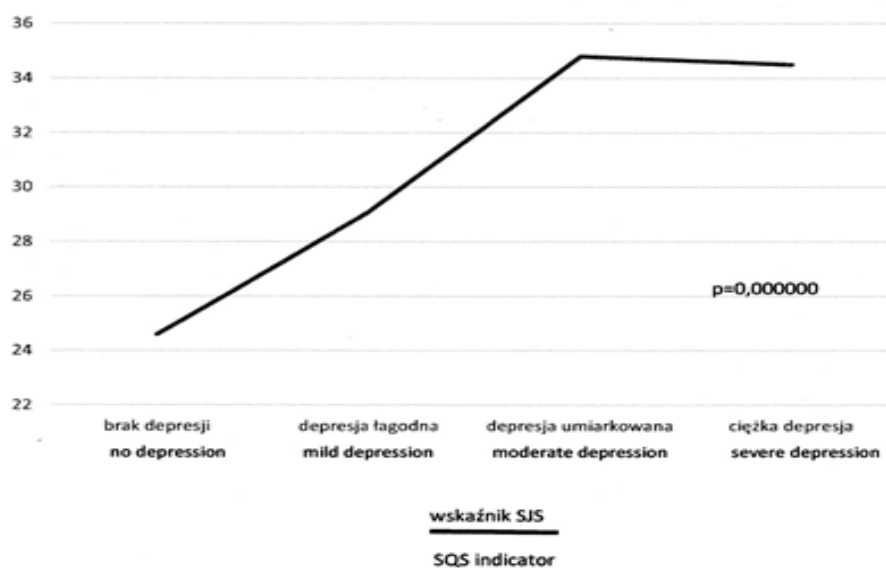
The graph of the relationship between mean SQS scores for each BDI-II class is shown in Figure 6 (the figure illustrates the changes that occurred in sleep quality with the severity of depression). Statistically significant differences between individual groups are shown in Table II.

A comparison was made between the SQS index and the factors causing subjectively perceived stress. There was a statistically significant relationship between sleep quality and the level of stress associated with changing parishes, relationships with superiors, living a single life, celibacy, hearing confessions and the impossibility of self-realisation. The more frequently priests subjectively felt sadness or despondency, loss of interests, discouragement, fatigue, low self-esteem, guilt or shame, loneliness, loss of life satisfaction,



Ryc. 5. Korelacja między zaburzeniami depresyjnymi a jakością snu (rozrzut wyników); na osi poziomej suma punktów uzyskanych w skali BDI-II, na osi pionowej wartość wskaźnika SJS.

Fig. 5. Correlation between depressive disorders and sleep quality (scatter of results); on horizontal axis sum of points obtained in BDI-II, on vertical axis value of SQS index.



Ryc. 6. Jakość snu u badanych księży w korelacji z zaburzeniami depresyjnymi.

Fig. 6. Correlation between sleep quality and occurrence of depressive disorders in studied priests.

Tabela II. Zależność wskaźnika SJS od wyników BDI-II

Table II. Dependence of SQS index on BDI-II results

Grupy BDI-II /BDI-II groups	M = 24,6	M = 29,1	M = 34,8	M = 34,5
Brak depresji/No depression		p < 0,001	p = 0,002	p < 0,001
Depresja łagodna/Mild depression	p < 0,001			
Depresja umiarkowana/Moderate depression	p = 0,002			
Ciężka depresja/Severe depression	p < 0,001			

utrata zadowolenia z życia oraz zwątpienie w sens swoich działań, tym większa była średnia wyników uzyskanych w SJS, zatem jakość snu niższa. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic jakości snu pomiędzy grupami księży o różnym stażu, różnych pełnionych funkcjach i pracujących w parafiach o różnej liczebności.

Założono, że na nasilenie depresji u księży wpływa poziom subiektywnie odczuwanego przez nich stresu. Ze względu na małe liczebnie grupy badanych, którzy wykazali zaburzenia depresyjne w stopniu umiarkowanym i ciężkim, dokonano liniowego porównania wyników. Wykazano znamiennej statystycznie zależność nasilenia depresji od poziomu stresu związanego ze zmianą parafii, relacjami z przełożonymi, życiem w pojedynkę, celibatem, głoszeniem kazań, prowadzeniem spowiedzi, udzielaniem sakramentu namaszczenia chorych oraz niemożnością wykorzystania wszystkich swoich talentów i umiejętności (samorealizacji).

Zaburzenia depresyjne, szczególnie łagodne, mogą manifestować się dolegliwościami somatycznymi bez subiektywnie odczuwanego obniżenia nastroju (depresja maskowana). Zbadano i wykazano wzajemne zależności między wartościami skumulowanego wyniku BDI-II a zgłaszanymi przez badanych symptomami za-

doubts about the sense of their actions, the higher the mean value of scores on the SQS and thus the lower the quality of sleep. There were no statistically significant differences in terms of sleep quality between groups of priests with different seniority of priesthood service, different performed functions and those working in parishes of different sizes.

It was assumed that the severity of depression in priests was affected by their level of subjectively perceived stress. Due to the small number of respondents who exhibited moderate to severe depressive disorders, a linear comparison of the results was made. There was a statistically significant relationship between the severity of depression and the level of stress associated with changing parishes, relationships with superiors, living a single life, celibacy, preaching, hearing confessions, administering the sacrament of Anointing the Sick and the inability to use all one's own talents and skills (self-realization).

Depressive disorders, especially mild ones, can manifest themselves as somatic complaints without subjectively perceived low mood (masked depression). The interrelationships between the BDI-II cumulative score values and subject-reported symptoms of gastrointestinal disorders, accelerated heart rate,

burzeń ze strony przewodu pokarmowego, przyspieszeniem akcji serca, nadmierną sennością, ogólnym zmęczeniem, rozdrażnieniem i impulsywnością.

Badanie wykazało ponadto, że im lepsze było samopoczucie psychiczne i fizyczne księży oraz im wyższą deklarowali satysfakcję z pracy, tym skumulowany wynik BDI-II był niższy. Analogicznie wykazano, że im bardziej środowisko pracy było postrzegane przez badanych jako stresujące, praca zawodowa traktowana jak przykry obowiązek i im mniej w subiektywnej ocenie mogli liczyć na wsparcie współpracowników, tym skumulowany wynik BDI-II był wyższy.

W badaniu potwierdzono związek zaburzeń depresyjnych z chorobą przewlekłą ($p = 0,00009$). Na występowanie zaburzeń depresyjnych w badanej grupie istotny statystycznie wpływ miało również spożywanie przez księży alkoholu, substancji pobudzających oraz leków uspokajających i nasennych.

DYSKUSJA

Od niemal pół wieku coraz więcej badań empirycznych oraz opracowań poglądowych koncentruje się na szeroko rozumianym zdrowiu psychicznym księży różnych wyznań, uznając, że posługa kapłańska jest z założenia szlachetnym, ale wymagającym zadaniem [12,13,14,15,16]. Większość badań sugeruje, że poziom wypalenia zawodowego u księży jest wysoki [17,18,19,20]. Równocześnie jednak inne prace świadczą o tym, że wielu kapłanów stara się osiągać satysfakcję i rozwijać w swym powołaniu [21,22]. Amerykański psycholog i ekspert w sprawach zdrowia psychicznego księży katolickich, ks. Stephen Rossetti, stwierdza, że jako grupa są szczęśliwymi mężczyznanami, lubią kapłaństwo i 92% jest zadowolonych ze swojej służby [16,22]. W badaniu na grupie blisko 2,5 tysiąca księży porównano kapłanów z ogólną męską populacją pod względem ludzkiej intymności, trudności seksualnych, wypalenia zawodowego, problemów psychologicznych oraz zdrowia fizycznego [16]. Zmiennymi związanymi z dobrym funkcjonowaniem osobistym i zawodowym są: satysfakcja z pracy, spokój wewnętrzny, rozwiązane problemy psychologiczne z dzieciństwa, związek z Bogiem i dobrzy znajomi. Biorąc pod uwagę powyższe wskazania w analizie wyników badania własnego, subiektywna ocena poziomu satysfakcji z pracy oraz samopoczucia psychicznego księży Archidiecezji Katowickiej jako grupy była na wysokim poziomie.

Znacznie rzadziej niż wypalenie zawodowe badane było rozpowszechnienie depresji wśród księży. W jednym z nielicznych opracowań dotyczących rozpowszechnienia depresji wśród amerykańskiego duchowieństwa podano, że jego wskaźniki są siedmiokrotnie większe niż w populacji ogólnej, wskazując jako najważniejsze predyktory: niski poziom satysfakcji zawodowej, niskie zaangażowanie w działalność sakramentalną oraz postępującą izolację społeczną, będącą w dużej mierze wynikiem medialnych doniesień o przestępstwach seksualnych w Kościele rzymskokatolickim [23].

excessive sleepiness, general fatigue, irritability and impulsivity were analysed and demonstrated.

Furthermore, it was found that the better the mental and physical well-being of the priests and the higher their job satisfaction, the lower their BDI-II cumulative score. Similarly, it was found that the more stressful the work environment was perceived by the respondents, the more the professional work was treated as an unpleasant obligation, as well as the less support from colleagues, the higher the BDI-II cumulative score.

The study confirmed the relationship between depressive disorders and existing chronic disease ($p = 0.00009$). The prevalence of depressive disorders in the studied group was also statistically significantly affected by the consumption of alcohol, stimulants, sedatives and sleeping pills by priests.

DISCUSSION

For almost half a century, an increasing number of empirical studies and review articles have focused on the broadly understood mental health of priests of various faiths, recognising that the priesthood service is by definition a noble but demanding task [12,13,14,15,16]. Most studies suggest that the level of occupational burnout among priests is high [17,18,19,20]; however, at the same time many studies report that many priests seek to achieve satisfaction and growth in their vocation [21,22]. The American psychologist and mental health expert on Catholic priests, Fr. Stephen Rossetti, states that priests as a group are happy men, enjoy the priesthood service and 92% of them are satisfied with their ministry [16,22]. The study of nearly 2,500 priests compares them to the general male population in terms of human intimacy, sexual difficulties, occupational burnout, psychological problems and physical health [16]. Variables associated with good personal and professional functioning include job satisfaction, inner peace, resolved childhood psychological problems, relationship with God, and good friends. Taking into account the above indications in the analysis of the results of the present study, the subjective assessment of the level of job satisfaction and psychological well-being of priests of the Archdiocese of Katowice was at a high level.

The prevalence of depression among priests has been investigated much less frequently than occupational burnout. According to one of the few studies concerning the prevalence of depression among U.S. clergy, its indicators are seven times higher than in the general population. The most significant predictors included low job satisfaction, low commitment to sacramental activity and progressive social isolation, mainly due to the media coverage of sexual misconduct in the Roman Catholic church [23].

In Polish settings, priests have not been analysed in terms of sleep quality and the prevalence of depression.

W warunkach polskich księża nie byli badani pod względem jakości snu i rozpowszechnienia depresji. Coraz liczniejsze są doniesienia dotyczące stopnia ich wypalenia zawodowego, które z samego założenia dotyczy wyłącznie problemów związanych ze sferą zawodową, a wspólnym mianownikiem jest emocjonalne wyczerpanie. W przypadku posługi kapłańskiej zawód jest misją i całkowicie determinuje prywatne życie duchownych. Badania wśród duchowieństwa najczęściej przeprowadzane były przez nich samych i jako takie nie dawały odpowiedzi na pytanie o medyczny wymiar problemu. W dostępnych czytelnikowi świeckiemu opracowaniach częstość występowania wypalenia zawodowego waha się w szerokim zakresie od kilku do kilkudziesięciu procent. Jedno z pierwszych światowych doniesień z początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku – raport ks. socjologa Josepha Fichtera – optymistycznie podaje, że zaledwie 6,2% z przebadanych 4660 księży katolickich może być uznanych za „wypalonych” i wskazuje na stwierdzone u nich wysokie napięcie nerwowe oraz problemy natury emocjonalnej i osobistej [24]. Często cytowanym badaniem dotyczącym zarówno wypalenia zawodowego, jak i depresji u katolickich księży jest badanie Stephena Virginia z 1998 roku [25], w którym odsetek duchownych spełniających kryteria depresji wyniósł: 72% księży diecezjalnych, 40,8% zakonników (franciszkanie, benedyktyni i dominikanie) oraz 39,5% trapistów (zakon cysterski o jednej z najbardziej surowych reguł). Badania przeprowadzone cztery lata później przez tego samego badacza (tym razem praca zespołowa) wykazują depresję u 20% katolickich księży [26]. Autorzy wskazują, że kluczową zmienną w odniesieniu do depresji i zaburzeń lękowych jest szeroko rozumiana satysfakcja zawodowa, która opiera się na wsparciu i dobrych relacjach zarówno z przełożonymi, jak i równorzędnym duchowieństwem. W badaniu własnym subiektywnie odczuwany poziom satysfakcji zawodowej był wysoki, jednak czynnikiem wskazywanym jako wywołujący najsilniejszy stres były relacje z przełożonymi.

W interpretacji wyników badań własnych należy uwzględnić kilka zagadnień związanych ze specyfiką badanej grupy. Była ona jednorodna pod względem płci, a szacuje się, że rozpowszechnienie depresji w populacji ogólnej jest średnio dwukrotnie większe u kobiet niż u mężczyzn [27]. W jednorodnej grupie mężczyzn uzyskany wynik rozpowszechnienia depresji o różnym stopniu nasilenia na poziomie 27,4% można uznać za wysoki.

Skala depresji Becka jest narzędziem powszechnie używanym do rozpoznania depresji, pomagającym ukierunkować na profesjonalną diagnostykę oraz ewentualne leczenie. Jest przeznaczona dla osób powyżej 13. roku życia bez względu na płeć i zawód. Analiza komentarzy wzbudza jednak potrzebę interpretacji wyników z punktu widzenia wiary i nauki Kościoła (pytania o poczucie winy i kary, myśli samobójcze oraz zainteresowanie sprawami seksualnymi). Przejawy poczucia winy i deprecjacji własnej osoby są uznawane za jeden z symptomów depresji, jednak udzielone przez

There is a growing number of reports concerning the extent of occupational burnout among priests, which by its very definition is concerned only with problems related to the occupational sphere, with emotional exhaustion as a common denominator. In the case of priesthood service, this profession is by definition a mission and it completely determines the private life of the clergy. Studies among the clergy were most frequently conducted by priests themselves and as such did not answer the question concerning the medical dimension of the problem. According to the studies available to a layperson, the prevalence of occupational burnout ranges widely from a few percent to several dozen percent. A report by sociologist Fr. Joseph Fichter, which was one of the earliest worldwide reports in the early 1980s, optimistically stated that only 6.2% out of the 4,660 surveyed Catholic priests could be considered “burned out” and indicated that they had high nervous tension as well as emotional and personal problems [24]. The 1998 study by Stephen Virginia [25] is a frequently cited study concerning both occupational burnout and depression among Catholic priests. According to that study, the percentage of clergymen meeting the criteria for depression included 72% of diocesan priests, 40.8% of monastic priests (Franciscans, Benedictines and Dominicans) and 39.5% of Trappists (a Cistercian order with one of the strictest rules). A study conducted 4 years later by the same researcher (this time he collaborated with other authors) showed the prevalence of depression in 20% of Catholic priests [26]. The authors indicated that broadly defined job satisfaction based on support and good relationships with both supervisors and peer priests was a key variable in relation to depression and anxiety disorders. The currently presented study showed a high level of subjectively perceived job satisfaction, while relationships with supervisors were a factor causing the greatest stress.

When interpreting the results of this study, several issues related to the specificity of the studied group should be taken into consideration. The surveyed group was homogeneous in terms of sex, while it is estimated that the prevalence of depression in the general population is averagely twice as high in women as in men [27]. In a homogeneous group of men, the resulting prevalence rate of depression of varying severity, at the level of 27.4%, can be considered high.

BDI-II is a tool commonly used for diagnosing depression. It is a help guide for professional diagnosis and possible treatment. BDI-II is designed for individuals over the age of 13, regardless of sex and profession. Nonetheless, the analysis of comments raises the need to interpret the results from the perspective of faith and Church teaching (questions concerning guilt and punishment, suicidal thoughts and interest in sexual matters). Manifestations of guilt and self-deprecation are considered symptoms of depression; however, the priests' responses may be due to a faith-rooted need to acknowledge guilt for committed sins. The responses given to the question concerning suicidal thoughts

księży odpowiedzi mogą wynikać z zakorzenionej w wierze potrzeby uznania winy za popełnione grzechy. Związek z nauką Kościoła mogą mieć również odpowiedzi udzielone na pytanie o myśli samobójcze (3,6% odpowiedzi „myślę o samobójstwie, ale nie mógłbym tego dokonać”). Podobnie utrata zainteresowania seksualną sferą życia – w przypadku ogólnej populacji uznawana za jeden z symptomów depresji – u zobowiązanych do celibatu księży nie może być tak jednoznacznie interpretowana.

Medycyna snu jest względnie nową dziedziną medycyny. W niektórych opracowaniach wykazano wzajemne zależności pomiędzy wypaleniem zawodowym a częstotliwością występowania bezsenności, zaburzeń lękowych oraz depresji [28]. Ze względu na fakt, że zaburzenia snu, szczególnie bezsenność, do niedawna często interpretowane były jako współistniejący objaw zaburzeń psychicznych oraz chorób somatycznych, nie stanowiły wyodrębnionego przedmiotu zainteresowania badaczy. Dopiero w ostatniej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) usunięto konieczność ustalania współwystępowania zaburzeń snu z innymi zaburzeniami psychicznymi i chorobami somatycznymi i zaprzestano traktowania ich jako jednostki chorobowe wtórne [29]. Porównując wyniki badania własnego ze statystykami oceniającymi współwystępowanie tych zaburzeń w populacji ogólnej, uwagę zwraca fakt, że pogorszona jakość snu w badanej grupie jest zjawiskiem rzadszym niż zaburzenia depresyjne (odwrotnie niż w populacji ogólnej). Może mieć to związek z jednorodnością badanej grupy pod względem płci.

Wiele badań dotyczących zdrowia psychicznego duchowieństwa dowodzi, że księża doświadczają – poza wspólnymi dla wielu zawodów (np. presja czasu, zmęczenie) – również unikalnych, specyficznych dla posługi kapłańskiej stresorów; wśród nich najczęściej wskazywane są niezwykle wysokie oczekiwania dotyczące ich postawy moralnej oraz chroniczna samotność [30]. Wyniki badania własnego potwierdzają te doniesienia w części wskazującej na doświadczane w grupie księży Archidiecezji Katowickiej przewlekłe zmęczenie.

Biorąc pod uwagę rolę specyficznych dla natury kapłaństwa praktyk religijnych i duchowych, sensowne wydaje się wskazanie, jak aspekty religijności przekładają się na zachowanie zdrowia psychicznego księży. Coraz częściej identyfikowane są one, również wśród świeckiej społeczności, jako droga do zdrowia i dobrego samopoczucia, jako mechanizm radzenia sobie ze stresem i źródło wsparcia [31]. Próby zrozumienia, jak kapłani opisują swoje wierzenia religijne i relację z Bogiem oraz w jakim stopniu praktyki religijne, przestrzeganie obietnic posłuszeństwa i celibatu wpływają na ich kondycję psychiczną, wydają się mieć kluczowe znaczenie w poszukiwaniu sposobów na zachowanie dobrej kondycji psychofizycznej duchownych. W badaniu własnym modlitwa oraz zawierzenie Bogu wskazywane były jako sposób na przedłużające się stany

(3.6% of the priests marked the answer “I think about suicide, but I couldn’t do it”) may also be related to Church teachings. Similarly, the loss of interest in the sexual sphere of life – which is considered to be one of the symptoms of depression in the case of the general population – among priests committed to celibacy cannot be so unequivocally interpreted.

Sleep medicine is a relatively new field of medicine. Some studies show the interrelationships between occupational burnout and the incidence of insomnia, anxiety disorders and depression [28]. Due to the fact that sleep disorders, especially insomnia, had until recently been interpreted as a coexisting symptom of mental disorders and somatic diseases, they were not a categorically separate subject of interest for researchers. It was not until the latest edition of the American Psychiatric Association’s classification of mental disorders, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), that the need to establish the co-occurrence of sleep disorders with other mental disorders and somatic diseases was removed and they were no longer treated as secondary disease entities [29]. When comparing the results of this study to the statistics evaluating comorbidities in the general population, it should be noted that impaired sleep quality in the study group is a phenomenon that occurs less frequently than depressive disorders (in contrary to the general population). This may be related to the homogeneity of the study group in terms of sex.

According to many studies concerning the mental health of the clergy, priests experience unique stressors specific to the priesthood ministry in addition to those common to many professions (e.g. time pressure, fatigue). The most frequently mentioned unique stressors include extremely high expectations regarding their moral stance and chronic loneliness [30]. The results of the present study confirm these reports in the part indicating chronic fatigue experienced in the group of priests of the Archdiocese of Katowice.

Taking into account the role of religious and spiritual practices specific to the nature of the priesthood, it seems reasonable to indicate how aspects of religiosity translate into the preserving of priests’ mental health. They are increasingly identified, including among the secular community, as a pathway to health and well-being, as a coping mechanism for stress and as a source of support [31]. Attempts to understand how priests describe their religious beliefs and relationship with God, and the extent to which religious practices, adherence to promises of obedience and celibacy affect their mental health, appear to be of key importance in the search for ways to maintain the psychophysical well-being of the clergy. In the current study, prayer and trust in God were indicated as remedies for prolonged states of depressed mood by 98.2% and 96.9% of respondents, respectively.

Although the relationship with God seems to be a construct difficult to conceptualise and measure, researchers of the problem point to elements of meeting

obniżonego nastroju przez odpowiednio 98,2% i 96,9% badanych.

Jakkolwiek związek z Bogiem wydaje się konstruktem trudnym do konceptualizacji i pomiaru, badacze problemu wskazują na elementy realizacji potrzeby bliskości, bezpieczeństwa oraz przywiązania, pozwalające na uwolnienie księży od codziennego stresu i zapewnienie poczucia stabilności [30]. W analizie wpływu religijności na zdrowie psychiczne księży również obietnice posłuszeństwa i celibatu pomagały duchownym pogłębiać związek z Bogiem i Kościołem poprzez godzenie się z ich wolą w trudnych sytuacjach. Często jednak uznawane były przez księży za wyzwanie, ponieważ nie zawsze mogły ich uwolnić od biologicznych popędów oraz potrzeby intymnych związków z ludźmi. Jako takie mogły także zakłócać ważne relacje interpersonalne i być powodem wewnętrznych konfliktów, prowadząc do samotności i depresji [30]. Wyniki przekrojowego badania z udziałem 2549 niemieckich księży pokazują, że większość z nich żyje w celibacie, postrzega to jednak jako ciężar i nie wybrałaby ponownie życia w celibacie [32]. W badaniu własnym stres związany z celibatem (wyrażany przez 41,7% badanych) był dodatnio skorelowany z większym nasileniem depresji oraz gorszą jakością snu. Wiele pisano na temat roli celibatu w kapłaństwie katolickim. Badano również związek celibatu z przestępstwami seksualnymi księży, jednak badacze wydają się zgodni, że celibat *per se* nie jest przyczyną wykorzystywania seksualnego nieletnich, sama zaś skala tego globalnego problemu dotyczy 2–4% duchowieństwa [30,33,34].

Religijność oraz duchowość były przedmiotem wielu badań empirycznych. Proponowano różne operacjonalizacje tych pojęć, biorąc pod uwagę różne ich konteksty oraz związek ze zdrowiem [35]. Choć wyniki nie zawsze są spójne i zależą od konkretnych populacji oraz od przyjętych metod badawczych, najczęściej wskazują na pozytywny wpływ religijności na dobrostan psychiczny i umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Systematyczny przegląd badań nad potencjalnymi korzystnymi lub szkodliwymi efektami religijnego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi wskazywał, że ten specyficzny konstrukt ma znaczenie dla zapewnienia sensu i celu, poczucia emocjonalnego komfortu oraz nadziei [36].

Analizując wzajemne powiązania pomiędzy religijnością a kwestiami zdrowia psychicznego, bardzo istotne jest wyznaczenie właściwych granic między tymi zagadnieniami. W wielu częściach świata, gdzie system opieki zdrowotnej jest słabo rozwinięty, duchowieństwo przejmuje rolę „lekarzy dusz”. Prawie 40% Afroamerykanów głównego źródła pomocy w depresji szuka u duchownych, jednak mniej niż połowa duchownych jest przeszkolona w zakresie takiego poradnictwa. Wiele badań koncentruje się na kompetencjach duchownych do podejmowania takich interwencji oraz deklarowanej przez nich chęci do współpracy z wykwalifikowanymi służbami medycznymi [37,38,39,40]. Istotne w tych kwestiach są umiejętność i chęć różnicowania przyczyn i objawów, w których niezbędną jest

the needs for closeness, security and attachment, which enable priests to relieve daily stress and ensure a sense of stability [30]. In analysing the impact of religiosity on the mental health of priests, promises of obedience and celibacy also help clergy deepen their relationship with God and the Church by relying on their will in difficult situations. Nonetheless, these promises are frequently considered a challenge by priests because they cannot always free themselves from biological drives and the need for intimate relationships with people. These promises, as such, may thus also disrupt significant interpersonal relationships and cause internal conflicts, leading to loneliness and depression [30]. The results of a cross-sectional study of 2,549 German priests show that the majority of them respect their celibacy vows; however, they perceive celibacy as a burden and they would not choose it again [32]. In the present study, celibacy-related stress (expressed by 41.7% of respondents) was positively correlated with a greater severity of depression and poorer sleep quality. Much has been written about the role of celibacy in the Catholic priesthood. The relationship between celibacy and sexual misconduct by priests has also been studied; nevertheless, researchers seem to agree that celibacy itself is not the cause of sexual abuse of minors and it is estimated that the sheer scale of this global problem applies to 2–4% of the clergy [30,33,34].

Religiosity and spirituality have been the subject of many empirical studies. Various operationalisations of these concepts have been proposed, taking into account their different contexts and relationship with health [35]. Although the results are not always consistent and they depend on both specific populations and adopted research methods, they most frequently indicate a positive effect of religiosity on psychological well-being and the ability to cope with difficult situations. A systematic review of research on the potential beneficial or harmful effects of religious coping with health problems has indicated that this specific construct is of great importance for providing meaning and purpose, a sense of emotional comfort and hope [36].

When analysing the interconnectedness between religiosity and mental health issues, it is very important to draw appropriate boundaries between these issues. In many parts of the world where the health care system is underdeveloped, the clergy take on the role of „physicians of souls”. Nearly 40% of African Americans look to clergy as their main source of help for depression, but less than half of the clergy are specialised in providing psychological support. Much research has focused on the competences of the clergy to undertake such interventions and their declared willingness to collaborate with qualified medical services [37,38,39,40]. The ability and willingness to differentiate the causes and symptoms in which medical intervention is necessary, from interpreting these disorders as life problems or religious and spiritual problems and help based on theological knowledge, are important in these issues [41].

interwencja lekarska, od interpretacji tych zaburzeń jako problemów życiowych lub natury religijno-duchowej i pomocy opartej na wiedzy teologicznej [41].

Problem późnej rozpoznawalności depresji jest globalny. Spotkanie ze specjalistą psychiatrii nadal związane jest ze stygmatyzacją i odkładane w czasie. Problem ten może mieć mniejsze rozmiary w gęsto zaludnionej aglomeracji śląskiej, jednak niepokój budzą preferencje księży Archidiecezji Katowickiej zawarte w odpowiedziach na pytania o wybierane przez nich formy wsparcia w stanach obniżonego nastroju. Badani księża częściej sięgali po zioła, suplementy diety oraz używki niż do literatury psychologicznej, a ze specjalistycznej pomocy w czasie trwania całej posługi kapłańskiej korzystało zaledwie 8,5% grupy. Ewolucja świadomości i bardziej otwarta postawa polskich księży katolickich na pomoc psychologiczną mogłyby mieć wpływ na ich lepsze psychofizyczne funkcjonowanie. Bariery w poszukiwaniu pomocy psychologicznej – obawy dotyczące kompetencji i zrozumienia specyfiki problemów księży przez świeckich specjalistów, wewnętrzne i zewnętrzne oczekiwania wzorcowej pod względem równowagi emocjonalnej postawy kapłana – mogą znacząco utrudniać jej uzyskanie [42].

The late diagnosis of depression is a global issue. Seeing a psychiatrist is still associated with social stigma and thus it is postponed. This problem may be less severe in the densely populated Silesian metropolitan area; however, the preferences of the priests of the Archdiocese of Katowice, found in their responses to questions concerning their chosen forms of support for low mood, are a cause for concern. The studied priests were more likely to turn to herbs, dietary supplements and stimulants than to psychological literature, and only 8.5% of them used specialised psychological help throughout their priesthood service. The evolving awareness and more open attitude of Polish Catholic priests to psychological help could have an impact on their better psychophysical functioning. Barriers to seeking psychological help – concerns about the competence and understanding of the specifics of priests' problems by secular specialists, internal and external expectations of maintaining an ideal emotional equilibrium – may significantly impede its access [42].

WNIOSKI

Księża stanowią grupę zawodową, która wyjątkowo niechętnie poddaje się badaniu kwestionariuszowemu dotyczącemu stanu zdrowia psychicznego. Jednocześnie są grupą wysokiego ryzyka zaburzeń snu i depresji. Wyodrębniono charakterystyczne dla tej grupy zawodowej czynniki ryzyka badanych zaburzeń:

- percepcja stresu związanego ze zmianą parafii, relacjami z przełożonymi, życiem w pojedynkę, celibatem, niemożnością samorealizacji, głoszeniem kazań i udzielaniem spowiedzi;
- negatywne stany emocjonalne: smutek, utrata zainteresowań, zniechęcenie, przemęczenie, niska samoocena, poczucie winy, samotność, utrata radości życia, zwątpienie w sens powołania;
- czynniki związane z osobowością: perfekcjonizm, nadmierne zaangażowanie, poczucie niezrozumienia, potrzeba uznania, wysoka wrażliwość interpersonalna.

CONCLUSIONS

Priests constitute an occupational group that is extremely reluctant to undergo a questionnaire survey concerning mental health. At the same time, they are a high-risk group for sleep disorders and depression. The following risk factors for the analysed disorders were distinguished for this occupational group:

- the perception of stress related to changing parishes, relationships with superiors, living a single life, celibacy, the impossibility of self-realisation, conducting sermons and hearing confessions;
- negative emotional states: sadness, loss of interests, discouragement, fatigue, low self-esteem, guilt, loneliness, loss of joy in life, doubt concerning the sense of the vocation;
- personality-related factors: perfectionism, overcommitment, the feeling of being misunderstood, need for recognition, and high interpersonal sensitivity.

Author's contribution

Study design – J. Joško-Ochojska (60%), A. Oleszko (30%), R. Śpiewak (10%)

Data collection – A. Oleszko (90%), R. Śpiewak (10%)

Manuscript preparation – A. Oleszko (70%), J. Joško-Ochojska (20%), J. Smoleń (10%)

Literature research – A. Oleszko (70%), J. Joško-Ochojska (20%), J. Smoleń (10%)

Final approval of the version to be published – J. Joško-Ochojska (100%)

REFERENCES

1. Ciekiera C. Psychospołeczne kryteria dojrzałości do celibatu i stanu duchownego. [W:] B.J. Soiński [red.]. Psychologiczne i pastoralne aspekty kapłaństwa. Wydział Teologiczny Uniwersytetu im. A. Mickiewicza. Poznań 2008, s. 108–119.
2. Sanford J.A. Ministry Burnout. Paulist Press. New York 1982, s. 5–16.
3. Radacki A. MIC. Psychologiczna analiza syndromu wypalenia u księży. Rozprawa doktorska. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II. Lublin 2006.
4. Baniak J. Obowiązkowy celibat i czystość seksualna księży rzymskokatolickich w wyobrażeniach i ocenach licealistów i studentów w Polsce. Konteksty Społeczne 2017; 5(2): 52–78.
5. Golan Z. Kryzysy rozwojowe w życiu kapłana. [W:] B.J. Soiński [red.]. Psychologiczne i pastoralne aspekty kapłaństwa. Wydział Teologiczny Uniwersytetu im. A. Mickiewicza. Poznań 2008, s. 275–286.
6. Cencini A. FdCC. Kryzys – godzina Boga. Zeszyty Formacji Duchowej nr 76. Wyd. Salwator. Kraków 2017.
7. Wons K. SDS. Rozwój i zamieranie instytutów zakonnych: kryteria rozeznawania. Wyd. Salwator. Kraków 2008.
8. Gretkowski A. Syndrom wypalenia wśród duchowieństwa na przykładzie wybranej grupy księży diecezji płockiej. [W:] T. Zbyrad. [red.]. Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II. Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli. Instytut Socjologii. Stalowa Wola 2008, s. 170–187.
9. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571, doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
10. Smarr K.L., Keefer A.L. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Arthritis Care Res. 2011; 63 Suppl. 11: S454–S466, doi: 10.1002/acr.20556.
11. Kasperczyk J., Joško J. The estimation of sleep quality by means of SEN questionnaire. [W:] A. Kaczor, A. Borzęcki, M. Iskra [red.]. Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych. Wyd. Polihymnia. Lublin 2007, s. 225–227.
12. Fichter J.H. Priest and people. Sheed & Ward. New York 1965.
13. Dittes J.E. Minister on the spot. Pilgrim Press. Philadelphia, PA 1970.
14. Sanford J.A. Ministry burnout. Louisville, KY: Westminster/John Knox Press; 1982.
15. Brouwer R. Pastor tussen macht en onmacht [Pastor between power and powerlessness]. Boekencentrum. Zoetermeer 1995.
16. Rossetti S.J., Rhoades C.J. Burnout in Catholic clergy: A predictive model using psychological and spiritual variables. Psychol. Relig. Spiritual. 2013; 5(4): 335–341, doi: 10.1037/a0033639.
17. Louden S.H., Francis L.J. The naked parish priest: What priests really think they're doing. Bloomsbury Publishing. London 2003.
18. Evers W., Tomic W. Burnout among Dutch reformed pastors. J. Psychol. Theol. 2003; 31(4): 329–338, doi: 10.1177/009164710303100403.
19. Miner M.H. Burnout in the first year of ministry: Personality and belief style as important predictors. Ment. Health Relig. Cult. 2007; 10(1): 17–29, doi: 10.1080/13694670500378017.
20. Randall K.J. Examining the relationship between burnout and age among Anglican clergy in England and Wales. Ment. Health Relig. Cult. 2007; 10(1): 39–46, doi: 10.1080/13674670601012303.
21. Joseph E.N., Luyten P., Corvelyn J., De Witte H. The relationship between personality, burnout, and engagement among the Indian clergy. Int. J. Psychol. Relig. 2011; 21(4): 276–288, doi: 10.1080/10508619.2011.607412.
22. Rossetti S.J. Why Priests are Happy. A Study of the Psychological and Spiritual Health of Priests. Ave Maria Press. Notre Dame 2011.
23. Knox S., Virginia S.G., Thull J., Lombardo J.P. Depression and Contributors to Vocational Satisfaction in Roman Catholic Secular Clergy. Pastoral Psychol. 2005; 54(2): 139–155, doi: 10.1007/s11089-005-6199-1.
24. Fichter J.H. The Myth of Clergy Burnout. Sociol. Anal. 1984; 45(4): 373–382.
25. Virginia S.G. Burnout and Depression Among Roman Catholic Secular, Religious, and Monastic Clergy. Pastoral Psychol. 1998; 47(1): 49–67, doi: 10.1023/A:10229448300045.
26. Knox S., Virginia S.G., Lombardo J.P. Depression and Anxiety in Roman Catholic Secular Clergy. Pastoral Psychol. 2002; 50(5): 345–358.
27. Rybakowski J. Zaburzenia afektywne. [W:] M. Jarema [red.]. Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2016, s. 171–195.
28. López Herrera H., Pedrosa I., Vicente Galindo M.P., Suárez-Álvarez J., Galindo Villardón M.P., García-Cueto E. Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests. Psicothema 2014; 26(2): 227–234, doi: 10.7334/psicothema2013.178.
29. Zaburzenia snu i czuwania. DSM-5. Selections. M. Skalski [red.]. Edra Urban & Partner. Wrocław 2017.
30. Isacco A., Sahker E., Krinock E., Sim W., Hamilton D. How Religious Beliefs and Practices Influence the Psychological Health of Catholic Priests. Am. J. Mens Health 2016; 10(4): 325–337, doi: 10.1177/1557988314567325.
31. Abu-Raiya H., Pargament K.I. Religious coping among diverse religions: Commonalities and divergences. Psychol. Relig. Spiritual. 2015; 7(1): 24–33, doi: 10.1037/a0037652.
32. Baumann K., Jacobs C., Frick S.J., Büssing A. Commitment to Celibacy in German Catholic Priests: Its Relation to Religious Practices, Psychosomatic Health and Psychosocial Resources. J. Relig. Health 2017; 56(2): 649–668, doi: 10.1007/s10943-016-0313-9.
33. Terry K.J., Leland Smith M., Schuth K., OSF, Kelly J.R., Vollman B., Massey C. The causes and context of sexual abuse of minors by Catholic priests in the United States, 1950-2010. USCCB. Washington, DC 2011, <https://www.usccb.org/sites/default/files/issues-and-action/child-and-youth-protection/upload/The-Causes-and-Context-of-Sexual-Abuse-of-Minors-by-Catholic-Priests-in-the-United-States-1950-2010.pdf>
34. Terry K.J. Child sexual abuse within Catholic Church: a review of global perspectives. Int. J. Comp. Appl. Crim. Justice 2015; 39(2): 139–154.
35. Zwingmann C., Klein C., Büssing A. Measuring religiosity/spirituality: theoretical differentiations and categorization of instruments. Religions 2011; 2(3): 345–357, doi: 10.3390/rel2030345.
36. Koenig H.G. Religion, spirituality, and health: a review and update. Adv. Mind Body Med. 2015; 29(3): 19–26.
37. Anthony J.S., Johnson A., Schafer J. African American Clergy and Depression: What they know; What they want to know. J. Cult. Divers. 2015; 22(4): 118–126.
38. Brown J.Y., McCreary M.L. Pastors' counseling practices and perceptions of mental health services: implications for African American mental health. J. Pastoral Care Counsel. 2014; 68(1–2): 2.
39. James B.O., Igbinomwanhia N.G., Omoaregba J.O. Clergy as collaborators in the delivery of mental health care: an exploratory survey from Benin City, Nigeria. Transcult. Psychiatry 2014; 51(4): 569–580, doi: 10.1177/1363461514525219.
40. Iheanacho T., Stefanovics E., Ezeanolue E.E. Clergy's Beliefs About Mental Illness and Their Perception of Its Treatability: Experience from a Church-Based Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission (PMTCT) Trial in Nigeria. J. Relig. Health 2018; 57(4): 1483–1496, doi: 10.1007/s10943-017-0545-3.
41. Payne J.S. The influence of secular and theological education on pastors' depression intervention decisions. J. Relig. Health 2014; 53(5): 1398–1413, doi: 10.1007/s10943-013-9756-4.
42. Isacco A., Sahker E., Hamilton D., Mannarino M.B., Sim W., St Jean M. A qualitative study of mental health help-seeking among Catholic priests. Ment. Health Relig. Cult. 2014; 17(7): 741–757, doi: 10.1080/13674676.2014.910759.