



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Auswirkungen von Achtsamkeit und selbstbezogenem Mitgefühl
auf die professionelle Lebensqualität von Gesundheits- und
Krankenpflegepersonal

verfasst von | submitted by
Ben Weißenberg BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Ich bedanke mich ganz herzlich bei Mag. Dr. Reinhold Jagsch für die gewissenhafte Betreuung meiner Masterarbeit. Seine hilfreichen Anmerkungen und seine große Geduld waren eine große Hilfe bei der Umsetzung meiner Masterarbeit.

Des Weiteren möchte ich mich bei allen Krankenhäusern und Zeitschriften bedanken, die meine Studie geteilt haben. Insbesondere möchte ich mich bei allen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bedanken, die an meiner Studie teilgenommen haben, ohne sie wäre diese Arbeit nie zustande gekommen.

Danke an alle meine FreundInnen, die mich durch die Studienzeit begleitet haben und diese zu einem einzigartigen Lebensabschnitt gemacht haben. Die vielen schönen Momente und Menschen werden mir für immer in Erinnerung bleiben.

Danke an Lydia Weber, die mich während des Arbeitsprozesses mit den richtigen Worten immer wieder aufgebaut und motiviert hat, mehr als sie vermutlich weiß. Danke für die liebevolle Unterstützung und die schönen Momente im und abseits des Arbeits- und Universitätsalltags. Und danke für den schönen Flyer, ohne den ich gar nicht an meine TeilnehmerInnen gekommen wäre ;)

Danke an meine Eltern, die mich immer auf meinem Weg bestärkt haben. Ihr habt mir das Studium ermöglicht und mich immer mit größtmöglichem Vertrauen unterstützt. Ihr habt immer an mich geglaubt, dafür bin ich Euch sehr dankbar.

Besonders danke ich meiner Mama, die mir durch ihren grenzenlosen Optimismus und ihr großes Herz gezeigt hat, wie schön und wichtig es ist, sich für andere Menschen einzusetzen. Danke Mama, und danke auch an meinen Bruder, Phil Weißenberg, die mich durch ihren Beruf als PflegerInnen zu dem Thema der Masterarbeit inspiriert haben. Danke für Eure aufopfernde Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch).....	5
Abstract (Englisch).....	6
1 Theoretischer Teil.....	7
Einleitung.....	8
1 Situation der stationären Pflege in Österreich und Deutschland.....	9
1.1 Belastungen für den Pflegeberuf.....	9
1.1.1 Demografischer Wandel.....	9
1.1.2 Arbeitsverdichtung.....	13
1.1.3 Emotionale und körperliche Belastung.....	13
1.1.4 Pflegesensitive Outcomes.....	15
1.1.5 Schichtarbeit.....	16
2 Professionelle Lebensqualität von PflegerInnen.....	16
2.1 Definition der professionellen Lebensqualität.....	16
2.2 Mitgefühlsmüdigkeit.....	17
2.2.1 Burnout.....	17
2.2.2 Sekundäre Traumatisierung.....	18
2.3 Mitgefühlzufriedenheit.....	19
2.4 Professionelle Lebensqualität bei stationären Pflegekräften.....	19
3 Achtsamkeit.....	23
4 Selbstbezogenes Mitgefühl.....	25
2 Empirischer Teil.....	27
5 Zielsetzung der Studie.....	28
6 Methodik.....	28
6.1 Studiendesign.....	28
6.2 Untersuchungsdurchführung.....	29
6.3 Stichprobe.....	29
6.4 Untersuchungsinstrumente.....	30
6.4.1 Demografischer Fragebogen.....	30
6.4.2 Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20).....	30
6.4.3 Professional Quality of Life Scale Version 5 (ProQOL).....	30
6.4.4 Self-Compassion Scale; German Version (SCS-D).....	32
6.4.5 Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA-14).....	32
6.5 Fragestellungen und Hypothesen.....	32
6.6 Statistische Auswertung.....	36
7 Ergebnisdarstellung.....	38
7.1 Stichprobenbeschreibung.....	38
7.1.1 Rücklaufstatistik.....	38
7.1.2 Geschlecht und Alter.....	38

7.1.3 Nationalität und Familienstand.....	39
7.1.4 Bildung und Sprache.....	39
7.1.5 Professionelle Lebensqualität.....	39
7.1.6 Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Stresswahrnehmung.....	40
7.1.7 Reliabilitätsanalyse der ProQoL-5.....	41
7.3 Hypothesenprüfungen.....	41
7.3.1 Unterschiedshypothese zur professionellen Lebensqualität und Stresswahrnehmung.....	41
7.3.2 Unterschiedshypothese zum Stress.....	43
7.3.3 Unterschiedshypothese zur Achtsamkeit.....	45
7.3.4 Unterschiedshypothese zum selbstbezogenen Mitgefühl.....	47
7.3.5 Hypothese zur Vorhersage der Mitgefühlsmüdigkeit und der Stresswahrnehmung.....	48
7.3.6 Moderationshypothesen.....	49
8 Fazit.....	51
8.1 Diskussion.....	52
8.2 Kritik und Ausblick.....	57
Literaturverzeichnis.....	60
Tabellenverzeichnis.....	71
Abbildungsverzeichnis.....	72
Abkürzungsverzeichnis.....	73
3 Anhang.....	74

Abstract (Deutsch)

Hintergrund. Der Beruf Gesundheits- und Krankenpflege wird durch den demografischen Wandel weiter an Relevanz gewinnen. Die Arbeit in der stationären Pflege ist geprägt durch Fachkräftemangel, zunehmende Arbeitsintensität, Stress sowie psychische und physische Belastungen, die sich auf die professionelle Lebensqualität auswirken. Demgegenüber stehen die hohe gesellschaftliche Stellung des Berufs und der Wunsch, die PatientInnen hochqualitativ zu versorgen. In der Literatur werden Selbstmitgefühl und Achtsamkeit als Schutzfaktoren für die professionelle Lebensqualität helfender Berufe vielfach diskutiert. *Methodik.* Um die professionelle Lebensqualität von Pflegekräften in Österreich und Deutschland mit verschiedenen Faktoren in Zusammenhang zu bringen, wurde der Stichprobe ($N=317$) eine Online-Fragebogenbatterie vorgelegt. Diese bestand aus einem soziodemografischen Fragebogen, dem *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ-20), der *Professional Quality of Life Scale* (PROQOL), der *Self-Compassion Scale* (SCS-D) und dem Freiburger *Fragebogen zur Achtsamkeit* (FFA-14). *Ergebnisse.* Die PflegerInnen berichteten im Durchschnitt hohe Werte in der Mitgefühlzufriedenheit, moderate Werte im Risiko für Burnout und niedrige Werte im Risiko für sekundäre Traumatisierung. Die soziodemografischen Faktoren Alter und Geschlecht zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die professionelle Lebensqualität. Pflegekräfte mit geringerer Stresswahrnehmung hatten eine bessere professionelle Lebensqualität als PflegerInnen mit mehr Stress. Für Achtsamkeit und Selbstmitgefühl gilt, dass eine stärkere Ausprägung eine bessere professionelle Lebensqualität bedeutete. Achtsamkeit und Selbstmitgefühl konnten die professionelle Lebensqualität und Stresswahrnehmung signifikant vorhersagen.

Schlussfolgerungen. Stress wirkt sich negativ auf die professionelle Lebensqualität aus. Achtsamkeit und Selbstmitgefühl dagegen können vor den negativen Folgen der Belastungen im Pflegeberuf schützen. Achtsamkeitsbasierte Verfahren wären ratsam, um die PflegerInnen im stressigen Berufsalltag zu unterstützen.

Schlüsselbegriffe: Gesundheits- und Krankenpflege, stationäre Pflege, professionelle Lebensqualität, Burnout, sekundäre Traumatisierung, Mitgefühlzufriedenheit, Achtsamkeit, Selbstmitgefühl.

Abstract (Englisch)

Background. The profession of healthcare and nursing will continue to gain in relevance due to demographic change. Work in inpatient care is characterized by a shortage of skilled workers, increasing work intensity, stress, as well as mental and physical burdens that affect professional quality of life. On the other hand, there is the high social status of the profession and the desire to provide patients with high-quality care. In the literature, self-compassion and mindfulness are widely discussed as protective factors for the professional quality of life of helping professions. *Methodology.* To correlate the professional quality of life of nursing staff in Austria and Germany with various factors, an online questionnaire battery was presented to the sample ($N=317$). This battery included a sociodemographic questionnaire, the Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20), the Professional Quality of Life Scale (ProQOL), the Self-Compassion Scale (SCS-D), and the Freiburg Mindfulness Inventory (FFM-14). *Results.* On average, nurses reported high levels of compassion satisfaction, moderate levels of burnout risk, and low levels of risk for secondary traumatic stress. Sociodemographic factors sex and age showed no significant influence on professional quality of life. Nurses with lower stress perception had better professional quality of life than those with higher stress. Regarding mindfulness and self-compassion, stronger traits were associated with better professional quality of life. Mindfulness and self-compassion significantly predicted professional quality of life and stress perception. *Conclusions.* Stress has a negative effect on professional quality of life. Mindfulness and self-compassion, on the other hand, can protect against the negative consequences of stress in the nursing profession. Mindfulness-based approaches would be advisable to support nurses in their stressful work environment.

Keywords: Nursing staff, inpatient care, professional quality of life, burnout, secondary traumatic stress, compassion satisfaction, mindfulness, self-compassion.

1 Theoretischer Teil

Einleitung

Die Arbeit als Gesundheits- und KrankenpflegerIn – also in einem helfenden Beruf – kann nicht nur erfüllende und schöne Momente aufweisen, sondern oft auch sehr belastend sein. Viele PflegerInnen starten mit hohen Ambitionen in den Beruf und haben das Ziel, anderen Menschen zu helfen und ihr Leid zu verringern. Vor allem in der Covid-19-Pandemie ist der Beruf der Pflegekräfte vermehrt in die Öffentlichkeit geraten, und es gab eine breite mediale Berichterstattung, die von Beschreibungen der krisenhaften Situationen auf den Stationen bis hin zum Umjubeln der PflegerInnen reichte. So wird der Berufsgruppe soziales Engagement zugeschrieben und Respekt entgegengebracht. Ein wesentliches Problem ist der Kontrast zwischen geringer Bezahlung auf der einen und der gesellschaftlichen Stellung des Berufs auf der anderen Seite (Theobald, 2022). Grundsätzlich wird der Beruf als sehr sinnstiftend empfunden, was viele davon überzeugt, in der Pflege zu arbeiten. Dem gegenüber stehen jedoch die belastenden Arbeitsbedingungen (Schmucker, 2020). Dies macht sich auch darin deutlich, dass zu wenig Nachwuchs für den Beruf da ist (Blum, Offermanns, & Steffen, 2019). Auch der demografische Wandel wurde in Bezug auf den Pflegeberuf immer wieder diskutiert, da er einen starken Einfluss ausübt und vor allem in Zukunft ausüben wird (siehe Abschnitt 1.1). Dies wurde auch medial und politisch vielfach diskutiert, und es kam teilweise zu politischen Veränderungen des Gesundheitssystems. Das zeigte sich im Trend, die pflegerische Infrastruktur aus öffentlicher Hand in privatwirtschaftliche Hände zu geben, mit dem Versuch, die Effizienz zu steigern (Schönherr, 2021; Theobald, 2018). Theobald (2018) bezeichnete dies als „marktorientierte Restrukturierung“ und kritisierte die verschlechterten Arbeitsbedingungen in der Pflege. Sie führten laut der Autorin zu einer zunehmenden Standardisierung und weniger gestalterischen Freiräumen für die MitarbeiterInnen. Nicht erst seit der Covid-19-Pandemie wurde von einer Schieflage gesprochen. Es muss klar sein, dass der Pflegenotstand nicht nur auf Kosten der Pflegekräfte geht, sondern auch mit einer schlechteren Versorgung der PatientInnen einhergeht (siehe Abschnitt 1.1.3). Die Fürsorge der PatientInnen steht im Vordergrund. Doch auch die Selbstfürsorge der PflegerInnen sollte nicht vergessen und institutionell gefördert werden. Allerspätestens seit der Covid-19-Pandemie sollte klar sein, dass wir auf die systemrelevanten PflegerInnen angewiesen sind. Es sollte folglich genau auf ihre berufliche Lebensqualität geschaut werden und deren Schutz als betriebliches Ziel gelten. Es kam in den letzten Jahren bereits zu verschiedenen gesundheitspolitischen Veränderungen und Reformen im Pflegebereich. Allerdings ist nicht abzusehen, wie schnell und erfolgreich sie die berufliche Realität der PflegerInnen verändern werden. Daher ist es nach wie vor entscheidend, die Ressourcen der Pflegekräfte zu stärken (Höhmann, Lautenschläger, & Schwarz, 2016).

1 Situation der stationären Pflege in Österreich und Deutschland

In diesem Kapitel wird das Arbeitsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich und in Deutschland beschrieben. Es wird auf Herausforderungen für die PflegerInnen durch den demografischen Wandel eingegangen, und es werden die Belastungsfaktoren im Tätigkeitsfeld der Pflege beleuchtet.

1.1 Belastungen für den Pflegeberuf

1.1.1 Demografischer Wandel

Der demografische Wandel beschreibt den Prozess der fortlaufenden Veränderung der demografischen Rahmenbedingungen. Österreich und Deutschland sind geprägt durch niedrige Geburtenraten und steigende Lebenserwartung. Dabei wird vor allem die Zahl der hochbetagten Menschen überproportional zunehmen (Hämel & Schaeffer, 2013). Der demografische Wandel wird zu viel mehr pflegebedürftigen Menschen führen und damit einen großen Einfluss auf den Pflegeberuf haben. Es kommt zu vermehrten Chronifizierungen und Multimorbiditäten bei den älteren PatientInnen und dadurch zu mehr pflegebedürftigen Menschen (Drupp & Meyer, 2020; Hämel & Schaeffer, 2013).

Der Krankenhaus-Report aus dem Jahr 2023 gab an, dass die Zahl der deutschen Pflegekräfte in den Jahren 2000 bis 2008 um etwa 10% von 330,000 auf 300,000 Vollzeitäquivalente (VZÄ) gesunken ist (Wasem & Blase, 2023). Ein Vollzeitäquivalent beschreibt die MitarbeiterInnenkapazität, wobei ein VZÄ von 1.0 der Arbeitszeit einer Vollzeitkraft entspricht. Danach gab es einen kontinuierlichen Anstieg auf das Ausgangsniveau bis zum Jahr 2018. Seitdem ist der Anstieg stärker, und die Zahl der Pflegekräfte lag 2021 bei 371,249 Vollbeschäftigten. In Österreich sind zurzeit etwa 127,000 Pflege- und Betreuungspersonen (100,600 VZÄ) beschäftigt, wovon rund 67,000 im Krankenhaus arbeiten (Rappold & Juraszovich, 2019). Statistik Austria (o.D.) gab für das Jahr 2022 60,896 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen im gehobenen Dienst an, von denen etwa 51,000 Frauen (83.6%) und knapp 10,000 (16.4%) Männer waren. Zwischen 2011 und 2021 gab es einen Personalzuwachs von etwa 10% bei den Pflegekräften, gegenüber dem Vorjahr gab es jedoch einen Rückgang um 1.6 %. Die Arbeit in der Pflege zeichnet sich durch eine hohe Teilzeitbeschäftigung aus. Die Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich (Rappold & Juraszovich, 2019) hat ergeben, dass 12 Personen notwendig sind, um 10 Vollzeitstellen im Krankenhaus abzudecken. In Deutschland lag die Teilzeitquote bei Pflegekräften im Jahr 2000 noch bei 36% und hat sich bis 2021 auf 51% erhöht (Wasem & Blase, 2023). Auch andere Untersuchungen berichteten, dass mehr als jede zweite

Pflegekraft in Teilzeit arbeitet (Drupp & Meyer, 2020; Schmucker, 2020). Die Gründe für die hohe Teilzeitquote sind multikausal. So kann sie zum einen als Reaktion auf die belastenden Arbeitsbedingungen gesehen werden. Zum anderen werden Gründe wie Kinderbetreuung, eine bessere Work-Life-Balance, gesundheitliche Probleme und die Pflege von Angehörigen genannt (Blum et al., 2019; Schmucker, 2020). Simon (2011) betonte, dass eine langfristige Vollzeitbeschäftigung oft mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht. Aus diesem Grund arbeiten viele PflegerInnen weniger, um sich vor den Belastungen zu schützen. Dies wird auch durch eine Umfrage belegt, in der knapp 50% der Pflegekräfte in Teilzeit arbeiten, weil die Belastung in Vollzeit zu hoch wäre (Stemmer, 2021). Dazu kommt, dass das Geschlechterverhältnis überwiegend weiblich ist und Frauen häufiger in Teilzeitbeschäftigungen arbeiten (Wasem & Blase, 2023). Der Frauenanteil in der Pflege überwiegt immer noch deutlich. Für das Jahr 2000 wurden 86% genannt, im Jahr 2021 immer noch 84% oder je nach Untersuchung zwischen 81% und 85.5% (Drupp & Meyer, 2020; Schmucker, 2020). Der Anstieg der Teilzeitbeschäftigung zeigte sich jedoch kontinuierlich bei beiden Geschlechtern, wobei insgesamt mehr Frauen (56%) als Männer (26%) im Jahr 2021 in Teilzeit gearbeitet haben (Wasem & Blase, 2023).

In den letzten Jahren ist die Zahl der Vollkräfte in der stationären Pflege gestiegen. Demgegenüber stehen jedoch Entwicklungen im Pflegebereich der nächsten Jahre, allen voran durch den demografischen Wandel. Ein Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI; Blum et al., 2019) beschäftigt sich mit der Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. Dort heißt es, dass die Personalprobleme in der Pflege zunehmen werden. Die Gründe sind multikausal: der demografische Wandel führt zu einem erhöhten Pflegebedarf, es herrscht eine hohe Personalfuktuation, die Personalvorgaben verändern sich, denn es wird drastisch ein neuer Personalschlüssel gefordert, und auch die Aussicht auf genügend Nachwuchs ist unsicher. Die demografische Entwicklung führt zu höheren Fallzahlen und damit einem erhöhten Pflegebedarf. Gleichzeitig ist mit einem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zu rechnen, und geburtenschwache Jahrgänge kommen auf den Arbeitsmarkt (Schönherr, 2021). Die Altersstruktur zeigte, dass 46% der deutschen Pflegekräfte in Krankenhäusern ab 100 Betten 45 Jahre und älter sind und nur 9.4% unter 25 Jahre alt sind. Laut Schönherr (2021) ist mehr als jede*r dritte Beschäftigte im Bereich der österreichischen Pflege- und Betreuungseinrichtungen über 45 Jahre alt. Rappolt und Juraszovich (2019) schreiben in der Pflegepersonal-Bedarfsprognose, dass rund 33% der Beschäftigten 50 Jahre alt oder älter und etwa 30% zwischen 40 und 49 Jahre waren. Nur 39% waren jünger als 40 Jahre. Viele dieser Pflegekräfte werden in den nächsten Jahren in Rente gehen. Dazu kommt, dass ein höheres Alter auch mit mehr Krankenständen verbunden ist (Drupp & Meyer, 2020).

Es gibt verschiedene Untersuchungen in Österreich und Deutschland, die versuchen, den erhöhten Bedarf an Pflegekräften für die nächsten Jahre zu errechnen. Blum et al. (2019) versuchten, aktuelle Entwicklungen und Trends im Pflegebereich zu berücksichtigen und somit eine realistische Zahl für 2030 zu nennen. Im Basisjahr der Studie 2015 gab es etwa 321,000 Vollkräfte im Krankenhaus. Der Bedarf 2030 könnte laut Berechnungen bei 384,000 Vollkräften in der Pflege liegen, das entspräche einem Zuwachs von rund 63,000 Vollzeitkräften (+19.5%). Schwinger, Klauber und Tsiasioti (2020) erwarten in ihrer Prognose für 2030 einen zusätzlichen Bedarf von 130,000 Pflegekräften. Dabei ist kein verbesserter Personalschlüssel berücksichtigt, wie vielfach gefordert. Laut dem Institut der deutschen Wirtschaft in Köln (Radtke, 2024) könnten in Deutschland in der stationären Versorgung bis zum Jahr 2035 rund 307,000 Pflegekräfte fehlen. Auch Augurzyk und Kolodziej (2018) rechnen damit, dass 2030 die Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland mit 4.9 Mio. Vollkräften um 1.3 Mio. Vollkräfte höher liegen könnte als das verfügbare Angebot. In den Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens fallen sowohl Krankenhäuser, Arztpraxen, Wohnheime, Pflegeheime, Sozialwesen und weitere Einrichtungen. Leider liegen in der Untersuchung keine konkreten Daten nur für den Bedarf an Pflegekräften vor, aber der erhöhte Personalbedarf wird sehr deutlich. In Österreich wird bis 2030 von einem zusätzlichen Bedarf von 76,000 Pflegekräften ausgegangen (Rappold & Juraszovich, 2019). Alle Zahlen basieren auf verschiedenen Berechnungen, die versuchen, den Personalbedarf zu schätzen. Sie versuchen so genau wie möglich, die demografische Entwicklung zu berücksichtigen und realistische Zahlen für 2030 zu liefern. Trotzdem bleiben es Schätzungen, und es wird sich zeigen, wie genau die Zahlen sein werden.

Wichtig ist jedoch, dass eine flächendeckende, hochqualitative Versorgung nur gewährleistet ist, wenn die Lücke zwischen steigender Nachfrage nach Pflegeleistungen und sinkendem Arbeitsangebot geschlossen werden kann. Es geht dabei nicht mehr nur darum, den Pflegeberuf attraktiver für Nachwuchs zu gestalten, sondern auch darum, den bestehenden Pool an Pflegekräften im Beruf zu halten. Dabei handelt es sich nicht nur um ein Problem der Zukunft, auch jetzt schon zeigen sich viele Folgen des Fachkräftemangels (Hämel & Schaeffer, 2013; Schmucker, 2020). Dazu zählt die hohe Personalfluktuation in der Pflege. Blum und KollegInnen (2022) haben 309 deutsche Krankenhäuser untersucht und gezeigt, dass die Fluktuationsquote auf Allgemeinstationen und Intensivstationen zwischen 2018 und 2021 kontinuierlich zugenommen hat. 2021 lag sie bei 10.4% pro untersuchtem Krankenhaus, was bedeutet, dass etwa jede zehnte Pflegekraft den Job gewechselt hat. Das führt dazu, dass viele Krankenhäuser ihre vollständige Kapazität nicht auslasten können. Auch Pilny und Rösel (2021) berichteten von einer stark steigenden Personalfluktuation in Krankenhäusern, die jedoch fast ausschließlich auf das Pflegepersonal zurückzuführen ist. Etwa

jede*r sechste Pfleger*in wechselte innerhalb eines Jahres den Job. Die Autoren sehen dies als Hinweis für eine steigende Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen. Die Produktivität im Krankenhauswesen hat zugenommen, und vor allem die Pflege bekommt das zu spüren (Pilny & Rösel, 2021). Seit den 2000er Jahren ist der Pflegebereich einer *Taylorisierung* der Arbeit ausgesetzt (Schönherr, 2021). Viele Krankenhäuser wurden aus staatlicher Hand in private, gewinnorientierte Anbieter ausgelagert, womit Produktivitätssteigerungen und Kostensenkungen verbunden sind. In einer Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index (Schönherr, 2021) wurden 1,145 KrankenpflegerInnen und medizinisches Betreuungspersonal befragt: 61% schätzen es als unwahrscheinlich ein, den Beruf bis zur Pension durchzuhalten, und 13% haben konkrete Absichten, den Beruf zu wechseln. Auch in Deutschland sieht es nicht anders aus. Nur 22% der befragten PflegerInnen können sich vorstellen, den Beruf bis zur Rente auszuüben. Andersherum gefragt können sich 71% nicht vorstellen, bis zum Renteneintritt in der Pflege zu arbeiten (Schmucker, 2020). Die Angaben gehen von den aktuellen Arbeitsbedingungen aus und berücksichtigen nicht eventuelle gesundheitspolitische Veränderungen. Auch die *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) kritisierte in ihrem Bericht die steigende Arbeitsbelastung in Pflegeberufen und die Zunahme administrativer Aufgaben (OECD, 2020). Den PflegerInnen fehlt dadurch die Zeit, sich umfassend um die PatientInnen zu kümmern, und das führt zu Unzufriedenheit und Frust. Das wurde auch im überdurchschnittlich hohen Krankenstand deutlich. Der Krankenstand war im Jahr 2021 mit 7.7% in Pflegeberufen besonders hoch und ist in den letzten Jahren weiter angestiegen (Krüger, 2022). Augurzky und Kolodziej (2018) berichteten von einem Krankenstand über alle Wirtschaftsbereiche von 5.3%, während er in den Pflegeberufen mit 7.2% besonders hoch war. Bei Drupp und Meyer (2020) finden sich mit 7.4% ähnliche Zahlen beim Krankenstand im Jahr 2017. Die häufigsten Gründe für Krankenstände waren Atemwegserkrankungen, Muskel-/Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen (Drupp & Meyer, 2020). Vor allem die psychischen Erkrankungen lagen stark gehäuft vor, wenn man den Pflegeberuf mit anderen Berufen vergleicht. Gründe dafür könnten die vielen sozialen Interaktionen im Krankenhaus, die hohe körperliche Belastung und die hohen emotionalen Anforderungen sein (siehe Abschnitt 1.2.2). Durch die ohnehin knappe Besetzung und die hohen Krankenstände mussten die PflegerInnen öfter einspringen und ungeplant Dienste übernehmen (Isfort, Hylla, Gehlen, & Tucman, 2017). Dies hat sich vor allem in der Covid-19 Pandemie gezeigt. Pflegekräfte waren die am stärksten belastete Gruppe im Gesundheitssystem (Schulze & Holmberg, 2021). Die hohen Krankenstände werden noch umfassender, wenn man berücksichtigt, dass 49% im letzten Jahr an zehn Tagen oder mehr gearbeitet haben, obwohl sie krank waren (Stemmer, 2021).

1.1.2 Arbeitsverdichtung

Ein wesentlicher Belastungsfaktor in der Pflege ist die engere Taktung der Arbeit (Özlü, 2020). Das zeigt sich in der zeitlichen Belastung, sei es durch Überstunden oder Zeitdruck im Dienst. Theobald (2018) berichtete, dass in der stationären Pflege sowohl bezahlte als auch unbezahlte Überstunden üblich sind. 36% der Befragten gaben in der deutschen Umfrage an, mindestens einmal pro Woche bezahlte und 21% unbezahlte Überstunden zu machen. Hier zeigten sich sowohl der Fachkräftemangel als auch die überdurchschnittlich hohen Krankenstände (Augurzky & Kolodziej, 2018). Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) hat in ihrer Veröffentlichung geschrieben, dass etwa jede*r dritte Pfleger*in stark unter Zeitdruck litt (Schönherr, 2021). Die gestiegene Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung wird deutlich. Das zeigt sich auch darin, dass 54% der Pflegekräfte angaben, in der gleichen Zeit mehr Arbeit schaffen zu müssen als noch ein Jahr zuvor (Schmucker, 2020). In Österreich gab etwa jede vierte Pflegekraft an, unter „ständigem Arbeitsdruck ohne Zeit zu verschnaufen“ (S. 15) zu stehen (Schönherr, 2021). Durch die hohe Arbeitsintensität und den starken Stress erhöhte sich das Risiko für Depressionen, emotionale Erschöpfung und weitere Erkrankungen (Stab, Jahn, & Schulz-Dadaczynski, 2016). So ist es nicht überraschend, dass die Arbeitsverdichtung die PflegerInnen belastet. Das zeigte sich auch in der Studie von Fischer, Dadaczynski und Rathmann (2020), bei der die quantitativen Anforderungen der stärkste Prädiktor von Burnout waren.

1.1.3 Emotionale und körperliche Belastung

In der Studie des BMSGPK (Schönherr, 2021) zeigten sich 70% der Alten- oder KrankenpflegerInnen zumindest etwas oder mittel belastet. Vor allem die psychische Belastung ist hoch: 46% der befragten KrankenpflegerInnen in Österreich fühlten sich emotional stark belastet, vor allem durch die direkten Patientenkontakte. Der Beruf zeichnet sich durch die Konfrontation mit Krankheiten, Trauer, Sterben und dem Leid der Menschen aus (Schmucker, 2020; Schönherr, 2021). Im Beruf begegnen sie vielen hilfsbedürftigen Menschen, die in schwierigen Situationen sind. Dazu kommt, dass mehr als die Hälfte der PflegerInnen (58%) berichteten, oft oder sehr oft ihre Emotionen unterdrücken zu müssen (Schmucker, 2020). Das führt zu einer starken emotionalen Belastung. Laut Theobald (2018) fühlten sich 40% der Pflegekräfte psychisch erschöpft. Auch Interaktionen mit schwierigen PatientInnen können belastend sein (Drupp & Meyer, 2020). Es kann zu Konflikten kommen, die PatientInnen können fordernd und aggressiv werden oder einfach nur unfreundlich sein (Höhmman et al., 2016). Auch sexuelle Übergriffe sind keine Ausnahme. In Österreich gaben PflegerInnen im stationären Bereich an, mindestens einmal pro Monat sexuellen Übergriffen ausgesetzt gewesen zu sein (Bauer, Rodrigues, Leichsenring, & Six, 2018). Aufgrund der vielen Belastungen wäre es empfehlenswert,

regelmäßige Supervisionen zu haben. Leider findet man das im Pflegebereich viel zu selten oder oft gar nicht. Die Pflegekräfte werden mit ihren Emotionen und der verbundenen Emotionsarbeit zu oft sich selbst überlassen.

Die zunehmende Arbeitsverdichtung und der zunehmende Zeitdruck führen zu weiteren psychischen Belastungen. Denn beides widerspricht dem Wertesystem und dem Berufskodex der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, sie werden damit den Ansprüchen ihrer Arbeit nicht mehr gerecht (Luderer & Meyer, 2018). Das kann entweder zum Rückzug führen, der sich im Berufswechsel oder belastungsbedingter Arbeitsunfähigkeit zeigt, oder die Ansprüche werden gesenkt. Auch die Entlohnung spielt hier eine Rolle. Nach dem Modell der Gratifikationskrisen von Siegrist (2017) entstehen psychische Belastungen durch das Ungleichgewicht zwischen Aufwand und (finanzieller) Entlohnung. Dies belegt auch die Studie von Gräske et al. (2023), die zeigte, dass PflegerInnen den Beruf eher verlassen, wenn sie das Ungleichgewicht stark wahrnehmen. Auf der anderen Seite bestätigen viele MitarbeiterInnen in der Pflege auch die hohe gesellschaftliche Anerkennung des Berufs (Stemmer, 2021).

Eine wichtige Rolle spielt auch die körperliche Belastung der Pflegekräfte. Schwere körperliche Arbeit gehört zum Alltag im Krankenhaus, das gaben 71% der Befragten an (Schmucker, 2020). Insbesondere das schwere Heben war eine körperliche Herausforderung. 60–70% der stationären Pflegekräfte gaben an, täglich schwere Dinge oder Personen zu heben, und 70% litten an körperlicher Erschöpfung (Theobald, 2018). Die PatientInnen müssen gewaschen, gelagert und umgebettet werden, und das kann zu Haltungsschäden und körperlichen Schäden seitens der MitarbeiterInnen führen (Drupp & Meyer, 2020). Die körperlichen Probleme können sich kurzfristig, aber auch langfristig zeigen (Höhmnn et al., 2016). In Österreich gaben 68% der PflegerInnen an, körperlich erschöpft zu sein, davon signifikant häufiger Frauen (Bauer et al., 2018). Allerdings wurden in der Studie PflegerInnen untersucht, die in der Langzeitpflege arbeiten, in der die körperliche Belastung noch höher eingeschätzt wird. Auch Stress spielt in der Pflege eine große Rolle und beeinflusst die Pflegekräfte negativ. Kashani, Eliasson, Chrosniak und Vernalis (2010) fanden, dass Pflegekräfte, die sich mehr gestresst fühlen, weniger schlafen und seltener gesundheitsförderliches Verhalten zeigen. Es wurde gezeigt, dass PflegerInnen häufiger rauchen und mehr Alkohol trinken als die Durchschnittsbevölkerung (Priano, Hong, & Chen, 2018).

Neben den physischen und psychischen Belastungen spielen auch die Handlungsmöglichkeiten eine entscheidende Rolle (Fischer et al., 2020). Es wurde gezeigt, dass hohe Anforderungen und wenig Handlungsspielräume zu besonders hohen Belastungen führten. Wenn mehr Kontrolle von Seiten der Pflegekräfte ausgeübt werden konnte, dann fielen auch die Belastungen geringer aus.

KrankenpflegerInnen berichteten über die Verringerung der Handlungsspielräume durch die erhöhte Arbeitsverdichtung (siehe 1.1.2).

1.1.4 Pflegesensitive Outcomes

Im Vergleich zu vielen europäischen Ländern und den USA wies Deutschland das schlechteste Verhältnis zwischen Pflegekraft und PatientIn auf. Im Durchschnitt war eine Pflegekraft für 13 PatientInnen verantwortlich (Aiken et al., 2012). Es ist offensichtlich, dass dadurch auch die Versorgung der PatientInnen litt. Bei einem guten Verhältnis zwischen Personal und PatientInnen passieren weniger vermeidbare Fehler (Weiner, 2014). Auch Twigg, Gelder und Myers (2015) konnten zeigen, dass eine unterbesetzte Schicht im Zusammenhang mit schlechterer Versorgung der PatientInnen stand. So zeigten sich mehr erworbene Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen oder Druckverletzungen im Vergleich zu Schichten, die gut besetzt waren. Es lässt sich gut belegen, dass eine gut besetzte Station auch mit einer guten Versorgung der PatientInnen einhergeht (Griffiths, Ball et al., 2014; Patrician et al., 2011). Patrician und KollegInnen (2011) zeigten beispielsweise, dass ein gut besetztes Team mit weniger Stürzen der PatientInnen zusammenhängt. Es lässt sich auch belegen, dass die Sterblichkeit sinkt, wenn ausreichend Pflegekräfte auf einer Station vorhanden sind (Griffiths et al., 2018). Dies könnte damit zusammenhängen, dass keine Zeit besteht, wichtige Signale und Warnzeichen der PatientInnen zu erkennen. Dabei besteht ein Zusammenhang zwischen der Qualifikation der Pflegekraft und den unterlassenen Pflegeleistungen (Griffiths et al., 2018). Wenig ausgebildete PflegerInnen wiesen mehr unterlassene Pflegeleistungen auf als gut ausgebildete Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Dabei wird zunehmend mit Aushilfen gearbeitet, und qualifiziertes Pflegepersonal soll die Leitung übernehmen, sie sind dazu jedoch nicht ausgebildet (Höhmman et al., 2016). Und es zeigte sich auch hier, dass schlechtere Personalausstattung mit unterlassener Pflege zusammenhängt. Auch die Zufriedenheit der PatientInnen hing positiv mit einer guten Ausstattung an Pflegekräften zusammen (Aiken et al., 2012).

Es kamen immer wieder Forderungen von Personalquoten, die dieses Problem adressieren. Isfort (2012) gibt an, dass es vor allem auf Intensivstationen an Fachkräften fehlt und darum nicht speziell geschultes Personal auf Intensivstationen eingesetzt wird, auf Kosten der Versorgungsqualität und Sicherheit der PatientInnen. Dazu kam die Pandemie, die die Pflegekräfte noch stärker forderte als ohnehin schon (Kaltwasser, Pelz, Nydahl, Dubb, & Borzikowsky, 2021; Zink, Wendsche, & Melzer, in press) und der demografische Wandel, der den Fachkräftemangel verstärken wird (Hämel & Schaeffer, 2013). Die Studien zeigten auch, dass lange Schichten (≥ 12 Stunden) mit negativen pflegesensitiven Outcomes zusammenhängen (Griffiths, Dall'Ora et al., 2014). Die Qualität der Pflege

sank genauso wie die Sicherheit der PatientInnen, und es blieb Arbeit liegen, die nicht erledigt werden konnte.

1.1.5 Schichtarbeit

Ein weiterer Belastungsfaktor in der Pflege ist die Schichtarbeit. Atypische Arbeitszeiten sind die Regel, so schreiben Strauß, Tisch, Vieten und Wehrmann (2021), dass 61% der PflegerInnen nachts arbeiten. Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass Schichtarbeit mit physischen und psychischen Belastungen verbunden ist (Beermann, 2008). Durch die Nachtarbeit kann der circadiane Rhythmus gestört werden, was mit einer Vielzahl an Problemen einhergeht. Es kommt zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit folgender Krankheiten: Schlafstörungen, Magen-Darm-Krankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechsel-Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Krebserkrankungen (Betz & Schirmacher, 2018). Es kann auch zu Problemen im sozialen Umfeld kommen, denn viele Freizeitaktivitäten finden am Abend und am Wochenende statt – Zeiten, an denen viele PflegerInnen arbeiten müssen. Hinzu kommt, dass das gesellschaftliche Leben nicht auf Schichtarbeit ausgelegt ist. Denkt man an die Kinderbetreuung (Kindergarten, Schulen etc.), dann lässt sich das schlechter mit Schichtarbeit vereinbaren (Schmucker, 2020). Das Thema der Schichtarbeit ist allerdings differenziert zu betrachten. Zum einen schreiben Betz und Schirmacher (2018), dass die Studienlage noch ausbaufähig ist. Hinzu kommen interindividuelle Unterschiede der ArbeitnehmerInnen, wie beispielsweise ihre Chronotypen. Um die Planbarkeit der MitarbeiterInnen zu erhöhen und ihnen ihr soziales Leben zu vereinfachen, ist ein guter Dienstplan jedoch ein wichtiges Instrument.

2 Professionelle Lebensqualität von PflegerInnen

Es folgt zunächst eine Definition der professionellen Lebensqualität und der genaueren Vorstellung des Konstrukts und der Subskalen. Nachfolgend wird auf die professionelle Lebensqualität bei stationären Pflegekräften eingegangen, indem der aktuelle Forschungsstand dargestellt wird.

2.1 Definition der professionellen Lebensqualität

Unter professioneller Lebensqualität (engl. *professional quality of life*) versteht man die Lebensqualität, die Menschen in helfenden Berufen in Bezug auf ihre Arbeit empfinden. Sowohl negative als auch positive Aspekte beeinflussen die professionelle Lebensqualität. Der Begriff HelferIn ist weit gefasst, darunter fallen beispielsweise Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, bei der Polizei, Feuerwehr oder auch SozialarbeiterInnen und LehrerInnen (Stamm, 2010).

Das Konstrukt der professionellen Lebensqualität lässt sich laut Stamm (2010) in zwei Oberbereiche einteilen: Mitgefühlzufriedenheit (engl. *compassion satisfaction*) und Mitgefühlsmüdigkeit (engl. *compassion fatigue*). Unter Mitgefühlzufriedenheit (MZ) versteht man die positiven Aspekte der Arbeit als HelferIn. Die Mitgefühlsmüdigkeit (MM) kann wiederum in zwei Unterpunkte, Burnout (engl. *burnout*) und sekundäre Traumatisierung (engl. *secondary traumatic stress*), gegliedert werden. Das Konstrukt der professionellen Lebensqualität wird auch durch das Arbeitsumfeld, die Persönlichkeit des Helfers oder der Helferin und das Umfeld der PatientInnen beeinflusst und ist damit sehr komplex (Stamm, 2010). Der angestrebte Idealzustand professioneller Lebensqualität in helfenden Berufen ist eine hohe Mitgefühlzufriedenheit in Kombination mit geringem Burnout und geringer sekundärer Traumatisierung, also geringer Mitgefühlsmüdigkeit (Stamm, 2010). Es ist aber wichtig zu betonen, dass sich die Bereiche gegenseitig nicht ausschließen. Es ist also möglich, als HelferIn beispielsweise eine hohe Mitgefühlzufriedenheit zu haben, aber gleichzeitig auch hohe Werte im Burnout zu zeigen.

2.2 Mitgefühlsmüdigkeit

Mitgefühlsmüdigkeit (MM) bildet die negativen Aspekte der Arbeit als HelferIn ab und bildet bei Stamm (2010) den Oberbegriff von Burnout (BO) und sekundärer Traumatisierung (=sekundärer traumatischer Stress; STS). Der Begriff wurde von Figley (1995) geprägt und spielt vor allem bei helfenden Berufen eine wichtige Rolle. Figley (2002) bezeichnete MM sehr treffend als „cost of caring“. So beeinflusst die Mitgefühlsmüdigkeit auch die Arbeit von Pflegekräften und die private Lebensqualität (Smart et al., 2014). Oft werden die Begriffe *compassion fatigue*, *secondary traumatic stress* und *vicarious trauma* synonym verwendet. Ich werde mich in dieser Arbeit auf die Konzeptionalisierung von Stamm (2010) beziehen.

2.2.1 Burnout

Burnout ist ein Teil der Mitgefühlsmüdigkeit und wird mit Hoffnungslosigkeit, Schwierigkeiten im Umgang mit der Arbeit und Schwierigkeiten bei der effektiven Ausübung der Arbeit in Verbindung gebracht. Die Wahrnehmung des Burnouts ist meistens graduell zunehmend (Stamm, 2005). Häufig geht dieser Zustand mit dem Gefühl einher, dass die Arbeit der HelferInnen keinen Unterschied mehr macht. Das Arbeitsumfeld wird dabei als negativ oder sogar feindlich wahrgenommen (Stamm, 2010). Burnout ist ein komplexes Konstrukt, dem viele Definitionen und Konzeptualisierungen zugrunde liegen. Der Psychoanalytiker Freudenberg (1974) war einer der Ersten, der den Begriff geprägt hat. Christina Maslach prägte viele Jahrzehnte die Forschung zum Burnout und hat an der Operationalisierung des Burnouts gearbeitet (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Sie hat das

Maslach-Burnout-Inventar (MBI) mitentwickelt, das in vielen Studien verwendet wurde. Zu Anfang bezog sich Burnout nur auf helfende Berufe, mit der Zeit verstand es sich jedoch als allgemeine arbeitsbezogene Stressreaktion (Maslach et al., 2001). Kernmerkmal des Burnouts ist die Erschöpfung, die den verschiedenen Modellen und Konzeptualisierungen gemein ist (Maslach et al., 2001). Allerdings handelt es sich beim Burnout nicht um eine eigenständige Diagnose in der ICD-10 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022a). Dort war Burnout unter der Z-Kategorie „Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z70–Z76)“ gelistet unter „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Z73) und konnte als Ergänzung zu Diagnosen dienen. In der ICD-11 wurde eine Definition des Burnout eingeführt, jedoch handelt es sich dabei nicht um eine Diagnose (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022b). Dies führte zu einer schwierigen Einschätzung der Prävalenz, da es keine eindeutigen Definitionskriterien gibt. Auch differenzialdiagnostisch ist das Konstrukt Burnout kritisch zu betrachten, da es kein standardisiertes und allgemein gültiges Diagnoseinstrument gibt (Korczak, Huber, & Kister 2010). Es stellt sich die Frage, wie viele ÄrztInnen die Z-Diagnose Z73 verwenden. Smart und KollegInnen (2014) führen an, dass sich Burnout grundsätzlich vor allem auf berufsbezogene Variablen bezieht, wie Arbeitszeit und PatientInnenaufkommen. Es sei darauf verwiesen, dass die Professional Quality of Life Scale ein Screeningverfahren ist und nicht geeignet ist, eine Diagnose zu stellen (siehe Abschnitt 6.4.3).

2.2.2 Sekundäre Traumatisierung

Sekundärer traumatischer Stress beschreibt die Folgen der berufsbezogenen Belastung, die aus der Arbeit mit traumatisierten, kranken und leidenden Personen entsteht. Er kann z.B. entstehen, wenn vielfach von einer traumatischen Situation berichtet wird (Stamm, 2005). Bei der Arbeit mit traumatisierten PatientInnen können Symptome entstehen, die einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ähneln, ohne selbst eine traumatische Situation erlebt zu haben (Robinson et al., 2022). Zu den negativen Effekten zählen Schlafprobleme, Ängste, wiederkehrende Bilder und Gedanken an die Situation oder Person und das Vermeiden von Situationen, die an das Ereignis oder die Person erinnern (Stamm, 2010). Figley (1995) zählt auch somatische Beschwerden, Übererregung, negative Emotionen und kognitive Veränderungen zu den Symptomen. Sekundäre Traumatisierung hat in der Regel, im Gegensatz zu Burnout, einen konkreten Auslöser (Smart et al., 2014). Dazu können medizinische Notfälle der PatientInnen gehören (Robinson et al., 2022). Smart und KollegInnen (2014) sehen im Gegensatz zum Burnout individuelle Strategien im Vordergrund, wie erfolgreiche Coping-Strategien oder die Fähigkeit, genügend Distanz zu PatientInnen zu wahren. Auch hier erweist sich die konzeptionelle Abgrenzung wieder schwierig. Während Figley (1995)

sekundären traumatischen Stress und Mitgefühlsmüdigkeit in seiner Definition gleichsetzt, sieht Stamm (2010) sekundären traumatischen Stress neben Burnout als einen der zwei Aspekte, die Mitgefühlsmüdigkeit bilden. Für eine genauere konzeptionelle Auseinandersetzung mit dem Thema sei auf Lemke (2006) verwiesen oder auf die Werke von Figley (1995, 2002).

2.3 Mitgefühlzufriedenheit

Mitgefühlzufriedenheit ist das Wohlbefinden und die Zufriedenheit, die HelferInnen bei erfolgreicher Arbeit erleben können, und kann als eine Form von Altruismus gesehen werden (Stamm, 2010). Die positiven Aspekte der professionellen Lebensqualität sind bisher weniger untersucht als die negativen (Smart et al., 2014). Mitgefühlzufriedenheit kann einen Schutzfaktor für die Gesundheit und die Lebensqualität darstellen (Upton, 2018). Es geht um die positive Zusammenarbeit mit den KollegInnen und um das Gefühl, einen positiven und sinnvollen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Eine hohe Mitgefühlzufriedenheit kann als Gegenspieler zur Mitgefühlsmüdigkeit gesehen werden und kann negative Seiten der Arbeit kompensieren (Durkin, Beaumont, Hollins Martin, & Carson, 2016). Höhere Werte der Mitgefühlzufriedenheit wurden in Verbindung gebracht mit höherem Selbstwirksamkeitserleben, weniger Stress und gesünderem Coping (Smart et al., 2014). Mitgefühlzufriedenheit steht auch in Verbindung mit einer hohen Zufriedenheit, guten Leistungen im Beruf (Stamm, 2005) und wird auch als Schutzfaktor für Mitgefühlsmüdigkeit diskutiert (Yeşil & Polat, 2023).

2.4 Professionelle Lebensqualität bei stationären Pflegekräften

Das Thema der professionellen Lebensqualität ist bei Krankenpflegepersonal besonders relevant, denn Studien haben gezeigt, dass die Berufsgruppe einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist, an Mitgefühlsermüdung zu leiden (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015; Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, & Reimels, 2010; Lia, Chenga, & Zhu, 2018; W. Xie et al., 2021). Maslach et al. (2001) beschreiben den Prozess wie folgt: Stressige Interaktionen mit Vorgesetzten führen zu erhöhtem Erschöpfungsgefühl, was wiederum die Wahrscheinlichkeit für Zynismus erhöht. Wenn der Zynismus anhält, nimmt wiederum das Gefühl für die Wirksamkeit der Arbeit ab. Es konnte auch gezeigt werden, dass die PatientInnen mit der Versorgung unzufriedener sind, wenn die Burnout-Werte bei Pflegekräften höher sind (McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane, & Aiken, 2011).

In der Metaanalyse von W. Xie et al. (2021) zeigten sich vor allem im asiatischen Raum hohe Werte im Burnout und der sekundären Traumatisierung. In Europa befand sich das Risiko der Pflegekräfte für Burnout im moderaten Bereich und für sekundäre Traumatisierung im niedrigen Bereich. Das

amerikanische Niveau war mit dem europäischen vergleichbar. Die positive Seite der professionellen Lebensqualität, die Mitgefühlzufriedenheit, war in Asien und Europa auf einem moderaten Niveau. In Amerika war sie etwas höher. Es konnte außerdem gezeigt werden, dass die Werte der Mitgefühlsmüdigkeit im Untersuchungszeitraum zwischen 2010 und 2019 angestiegen sind.

In der Studie von McVicar, Pettit, Knight-Davidson und Shaw-Flach (2020) wurden KrankenpflegerInnen in England untersucht und einem Training unterzogen, um die professionelle Lebensqualität zu steigern. Es gab drei Messzeitpunkte: Start, Mitte und Ende des Kurses. Anfänglich waren die Werte der Mitgefühlsmüdigkeit niedrig bis moderat und die Mitgefühlzufriedenheit hoch. Nach dem Training stieg die Mitgefühlzufriedenheit um 4.1%. Das Risiko, Burnout oder sekundäre Traumatisierung zu erleiden, nahm um 18.7% bzw. 16.5% ab. Die Zahlen bezogen sich auf den Vergleich von Start und Ende des Kurses. Eine andere Studie in England zeigte ganz ähnliche Ausprägungen der professionellen Lebensqualität mit niedrigen bis moderaten Werten der Mitgefühlsmüdigkeit (Durkin et al., 2016). Sukut, Sahin-Bayindir, Ayhan-Balik und Albal (2022) haben psychiatrische PflegerInnen in der Türkei untersucht und im Durchschnitt niedrige Werte in der Mitgefühlsmüdigkeit gefunden. Die Mitgefühlzufriedenheit war im Durchschnitt moderat ausgeprägt. In einer Studie von Hegney, Rees, Eley, Osseiran-Moisson und Francis (2015) wurde die professionelle Lebensqualität in öffentlichen und privaten Krankenhäusern in Australien untersucht. 24.7% ließen sich dabei der niedrigen Kategorie der Mitgefühlzufriedenheit zuordnen, 68.2% hatten ein moderates oder hohes Risiko für Burnout und 76.6% ein moderates oder hohes Risiko für STS.

In einer amerikanischen Studie hatten 35.9% der Pflegekräfte moderate bis hohe Werte im Burnout und 27.3% moderate bis hohe Werte in der sekundären Traumatisierung (Hinderer et al., 2014). 21.1% der befragten PflegerInnen berichteten eine schlechte Mitgefühlzufriedenheit.

Eine andere amerikanische Studie untersuchte 153 Pflegekräfte (Potter et al., 2010). Die Mitgefühlzufriedenheit war moderat, die Belastung durch Mitgefühlsmüdigkeit war gering ausgeprägt. Smart und KollegInnen (2014) untersuchten auch Pflegekräfte in den USA und berichteten ähnliche Werte. Das Burnout-Risiko war im Durchschnitt moderat, das Risiko für sekundäre Traumatisierung im Durchschnitt niedrig, und die Mitgefühlzufriedenheit lag ebenfalls im moderaten Bereich. Mason et al. (2014) untersuchten Intensivpflegekräfte in Amerika, und dort zeigten 57.5% moderate Werte im Burnout-Risiko und 42.3% niedrige Werte. Beim sekundären traumatischen Stress waren 38.5% der PflegerInnen im moderaten Bereich und 61.5% im niedrigen Bereich. Hohe Ausprägungen zeigte keine der befragten Personen. Die Mitgefühlzufriedenheit war bei 73.1% moderat und bei den restlichen Personen hoch. Eine Studie von Hooper und KollegInnen (2010) zeigte, dass beinahe 86% der PflegerInnen im Notfallbereich moderate bis hohe Werte an Mitgefühlsmüdigkeit aufwiesen. Eine andere Studie, die ebenfalls PflegerInnen im Notfallbereich

untersucht hat, zeigte jedoch gegenläufige Ergebnisse mit niedrigen bis moderaten Werten im Burnout und sekundären traumatischen Stress (Hunsaker, Chen, Maughan, & Heaston, 2015).

Grundsätzlich zeigte sich aber bei vielen PflegerInnen eine große Gefahr für Burnout und ein hohes Stresslevel, das mit negativen physischen und psychischen Folgen verbunden ist (Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez, & Monteiro, 2010). Die genaue Häufigkeit des Burnout-Syndroms ist sehr schwer darzustellen, aufgrund der uneinheitlichen konzeptionellen Gestaltung, der unterschiedlichen methodischen Vorgehensweise und auch der unterschiedlichen Fallzahlen (Korczak et al., 2010; Nienhaus, Westermann, & Kuhnert, 2012). Manche Studien gaben Werte von 15% an (Barr, 2017), die meisten jedoch deutlich darüber mit Werten von bis zu 34% (Nienhaus et al., 2012) oder 40% (Fischer et al., 2020). Ein systematisches Review von Adriaenssens et al. (2015) hat sich 17 Studien aus 25 Jahren in der Notfallmedizin angeschaut. Dort wurde gezeigt, dass im Durchschnitt 26% der PflegerInnen an Burnout leiden.

Mit Werten von 30% beim Burnout lagen Pflegekräfte in Deutschland damit im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und Amerika im Mittelfeld. In den Niederlanden wurden 10%, in Griechenland 78% und in den USA 34% angegeben (Aiken et al., 2012). Es konnte ein Zusammenhang zwischen dem Qualifikationsniveau der PflegerInnen und dem Burnout festgestellt werden. Die PflegerInnen mit höherem Qualifikationsniveau zeigten weniger Burnout und weniger Unzufriedenheit im Beruf im Vergleich zu denen mit niedrigerem Qualifikationsniveau (Aiken et al., 2017).

Auch Voltmer, Wingefeld, Spahn, Driessen und Schulz (2013) haben Pflegekräfte in Deutschland auf ihr Burnout-Risiko untersucht und fanden, dass 32.8% einem riskanten Muster entsprachen. Schulz et al. (2009) haben moderate Werte im Burnout in Deutschland gefunden. Fischer und KollegInnen (2020) gaben moderate bis hohe Werte im Burnout bei deutschen Pflegekräften an, wobei die Zahlen bei somatischen PflegerInnen höher waren als bei psychiatrischen PflegerInnen.

Aktuelle Zahlen zum Burnout von Pflegekräften in Österreich sind wenig vorhanden. Eine Studie aus dem Jahr 2006 zeigte, dass die Belastung durch Burnout von österreichischen KrankenpflegerInnen unter dem Niveau von deutschen Krankenpflegerinnen lag (ÖBIG, 2006). Damit war die Belastung durch Burnout im europäischen Vergleich in Österreich eher gering. In einer anderen Studie wurden Pflege- und Sozialberufe zusammen untersucht, und es zeigten 18% starke oder sehr starke Belastungen durch Burnout (Scheibenbogen, Andorfer, Kuderer, & Musalek, 2017).

Hausmann (2009) untersuchte in einer Studie die Burnout-Gefährdung von KrankenpflegeschülerInnen im dritten Ausbildungsjahr in Österreich. Studien aus dem angloamerikanischen Raum zeigten, dass die Belastung von PflegeschülerInnen vergleichbar ist mit der von examinierten KrankenpflegerInnen. Auch die österreichischen Ergebnisse sprechen für die

Vergleichbarkeit der Belastungen von PflegeschülerInnen und ausgebildeten Pflegekräften. Im internationalen Vergleich wird die Gefährdung durch Burnout in Österreich eher gering eingeschätzt. Es zeigte sich auch ein Stadt-Land-Gefälle, mit signifikant weniger Burnout-Gefährdung in ländlichen Regionen (Hausmann, 2009).

Auch bei der sekundären Traumatisierung gilt die Problematik der unterschiedlichen konzeptionellen Darstellung. Es werden verschiedene Erhebungsinstrumente verwendet, um sekundären traumatischen Stress zu messen, worunter die Vergleichbarkeit leidet. Beck (2011) untersuchte verschiedene Fachrichtungen der Pflege und gab in ihrem systematischen Review Werte zwischen 25% und 78% an. In Griechenland wurden 44.8% der Pflegekräfte als gefährdet für sekundäre Traumatisierung eingeschätzt (Mangoulia, Koukia, Alevizopoulos, Fildisis, & Katostaras, 2015). Eine Studie aus Polen ergab, dass 43.6% der Pflegekräfte und medizinischen Angestellten durch sekundäre Traumatisierung gefährdet waren (Ogińska-Bulik, Gurowiec, Michalska, & Kędra, 2021). Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum und Moss (2009) führten eine Studie mit 332 Pflegekräften aus unterschiedlichen Fachrichtungen in Amerika durch. Dort zeigten 22% der Pflegekräfte Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), und 18% erfüllten die Diagnosekriterien. Andere Pflegekräfte in Amerika hatten Werte von 29% mit Symptomen einer PTBS gefunden, wobei PflegerInnen in der Intensivpflege häufiger betroffen waren als PflegerInnen auf anderen Stationen (Mealer, Shelton, Berg, Rothbaum, & Moss, 2007). Auch in Kalifornien wurde untersucht, wie viele KrankenpflegerInnen von STS betroffen sind (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). Dort entsprachen 15% der Befragten keinen Kriterien von sekundärer Traumatisierung, doch 33% entsprachen allen Kriterien. In Schottland zeigten 39% alle Kriterien von STS (Morrison & Joy, 2016), und auch in Jordanien wurden hohe Belastungen gefunden (Ratrout & Hamdan-Mansour, 2020).

Im deutschsprachigen Raum gibt es wenige Studien zu sekundärem traumatischen Stress bei KrankenpflegerInnen. Daniels (2010) berichtete, dass 39.5% unter sekundärer Traumatisierung leiden, davon etwa ein Drittel stark und zwei Drittel moderat. In der Stichprobe wurden jedoch nicht nur Pflegekräfte, sondern auch MitarbeiterInnen aus der Sozialarbeit und Ergotherapie berücksichtigt. Eine zweite Studie untersuchte psychiatrische PflegerInnen in Deutschland (Rixe & Luderer, 2017). Dort zeigten 21.3% der Stichprobe eine sekundäre Traumatisierung. Davon waren wiederum 36.5% schwer belastet durch die einhergehenden Symptome. In Österreich konnte ich auch nach ausführlicher Recherche keine Daten zur sekundären Traumatisierung bei PflegerInnen finden.

Zusammenfassend zeigen sich PflegerInnen, die eine moderate bis hohe Mitgefühlszufriedenheit haben. Lediglich eine Studie (Hinderer et al., 2014) berichtete von einer schlechten

Mitgefühlzufriedenheit von Pflegekräften. Hier ist anzumerken, dass die Sinnhaftigkeit des Jobs eine Ressource sein kann (Schmucker, 2020). Die Werte der Mitgefühlsmüdigkeit variieren zwischen den Studien. Die Burnout-Gefährdung wird in den meisten Studien als moderat bis stark eingeschätzt, dabei sind die Angaben international starken Schwankungen unterworfen und reichen von 15% (Barr, 2017) bis zu 78% (Aiken et al., 2012). In Deutschland und Österreich kann von einer moderaten Ausprägung ausgegangen werden, von etwa 30% (Aiken et al., 2012; Schulz, 2009; Voltmer et al., 2013). In Österreich scheint die Burnout-Gefährdung dabei noch etwas unter dem deutschen Niveau zu liegen. Die Gefährdung der sekundären Traumatisierung scheint auf einem vergleichbaren Niveau zu liegen. Allerdings sind genauere Aussagen aufgrund der unzureichenden Studienlage hier schwierig. Insgesamt können in Österreich und Deutschland keine Aussagen zur professionellen Lebensqualität gemacht werden, da bisher meines Wissens keine Studien im Pflegebereich erschienen sind.

3 Achtsamkeit

Achtsamkeit ist ein beliebtes Thema und wird in vielen verschiedenen Kontexten diskutiert. Das Konzept der Achtsamkeit stammt aus dem Buddhismus, ist etwa 2500 Jahre alt und hat auf verschiedenen Wegen in den Westen gefunden (Schmidt, 2014).

Die westliche Konzeption wurde durch den Mediziner Jon Kabat-Zinn geprägt, der nach einem Weg suchte, Stress und chronische Schmerzen zu lindern (Kabat-Zinn, 2013). Achtsamkeit bedeutet für Kabat-Zinn (2003), auf eine bestimmte Weise aufmerksam zu sein: bewusst, im gegenwärtigen Augenblick und ohne zu urteilen. Achtsamkeit kann als Bewusstseinszustand verstanden werden, aber auch als relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft, die durch verschiedene Praktiken geübt werden kann (Sauer, Strobl, Walach, & Kohls, 2013). Tang, Hölzel und Posner (2015) berichteten, dass Achtsamkeit im Wesentlichen auf drei Systeme einwirkt, nämlich auf die Aufmerksamkeitssteuerung, die Emotionsregulation und die Selbstwahrnehmung. Es gibt eine breite Basis an Literatur, die belegt, dass dispositionelle Achtsamkeit mit vielen verschiedenen positiven Aspekten zusammenhängt (Pauksik et al., 2021; Sauer et al., 2013). Sie spielt eine wichtige Rolle im Umgang mit Stress, wird mit Wohlbefinden (Conversano et al., 2020), psychischer Gesundheit und geringerer Symptombelastung assoziiert (Keng, Smoski, & Robins, 2011). Achtsamkeitsbasierte Interventionen sind auch sehr hilfreich, um psychopathologische Symptome chronischen Stresses zu reduzieren (Conversano et al., 2020). Die am meisten verbreitete achtsamkeitsbasierte Intervention ist die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (engl. *Mindfulness-based Stress Reduction*; MBSR; Kabat-Zinn, 1990). Sie ist gut erforscht, und viele Verfahren gehen auf sie zurück. Achtsamkeitsbasierte Interventionen sind in klinischen und nicht-klinischen Stichproben gut untersucht (Sauer et al., 2013). Andere weit

verbreitete achtsamkeitsbasierte Verfahren sind die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (engl. *Mindfulness-based Cognitive Therapy*; MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002), die Dialektisch-behaviorale Therapie (engl. *Dialectical Behavior Therapy*; DBT; Linehan, 1993), die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (engl. *Acceptance and Commitment Therapy*; ACT; S. C. Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) und die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention (engl. *Mindfulness-based Relapse Prevention*; MBRP) im Suchtbereich (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2012).

Achtsamkeit kann sich auch positiv auf die Zufriedenheit im Arbeitskontext auswirken (Hülshager, Alberts, Feinholdt, & Lang, 2013) und vor arbeitsbezogenen Stressoren schützen (Pflügner, Maier, & Weitzel, 2021). Auch bei Gesundheits- und KrankenpflegerInnen wurden die Auswirkungen der Achtsamkeit vielfach untersucht (Conversano et al., 2020; Hevezi, 2016; Kriakous, Elliott, Lamers, & Owen, 2021). In den Studien zeigte sich, dass dispositionelle Achtsamkeit, also als überdauernde Persönlichkeitseigenschaft, mit gesundheitsförderlichen Outcomes zusammenhängt. Die Ergebnisse konnten ebenso für achtsamkeitsbasierte Interventionen gefunden werden. So zeigte sich auch in Bezug auf die professionelle Lebensqualität ein eindeutiges Bild. Pflegekräfte mit höherer dispositioneller Achtsamkeit haben eine bessere professionelle Lebensqualität. Die Wahrscheinlichkeit, unter Burnout (Scarlet, Altmeyer, Knier, & Harpin, 2017; Suleiman-Martos et al., 2020) oder sekundärer Traumatisierung (Conversano et al., 2020; Robinson et al., 2022) zu leiden, ist geringer. Das gilt auch für die Mitgefühlzufriedenheit, die mit achtsamkeitsbasierten Interventionen gesteigert werden kann und mit dispositioneller Achtsamkeit assoziiert ist (Abu-Horirrah, Rayan, Eshah, Albashtawy, & Masadeh, 2022; Hevezi, 2016). So zeigte eine Studie von Bazarko, Cate, Azocar und Kreitzer (2013) die vielfältigen positiven Effekte einer MBSR-Intervention bei PflegerInnen. Nach den acht Wochen des Kurses verbesserte sich die Gesundheit signifikant, die Belastung durch Stress nahm ab, und das Burnout verringerte sich. Auch nach vier Monaten konnten die Effekte noch gezeigt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass achtsame Menschen, also mit hoher dispositioneller Achtsamkeit, besser mit Stress umgehen können und daher der Einfluss von Stress auf die professionelle Lebensqualität durch Achtsamkeit moderiert wird. So zeigte eine Studie, dass Achtsamkeit als Moderator zwischen traumatischen Erfahrungen in der Klinik und der professionellen Lebensqualität von Klinikpersonal diente (Martin-Cuellar, Atencio, Kelly, & Lardier, 2018).

Die Relevanz einer hohen Achtsamkeit wird deutlich, wenn man sich die vielfachen Stressoren und Belastungen von Pflegekräften vergegenwärtigt (siehe Kapitel 1). Hier könnte Achtsamkeit als Präventions- und Interventions-Tool dienen, um die Gesundheit der PflegerInnen zu schützen und zu stärken. Dadurch kann stressresistentes und empathisches Arbeiten (eher) ermöglicht werden. Gleiches gilt für das selbstbezogene Mitgefühl, das nachfolgend vorgestellt wird.

4 Selbstbezogenes Mitgefühl

In der beruflichen Routine der PflegerInnen besteht die Gefahr, dass sie ihre Selbstfürsorge vernachlässigen. Doch diese spielt eine wichtige Rolle, um ein gesundheitsförderndes Verhalten zu zeigen (Durkin et al., 2016). Dazu gehört auch das selbstbezogene Mitgefühl (=Selbstmitgefühl; Neff, 2003). Es stammt aus der buddhistischen Philosophie, ebenso wie die Achtsamkeit, und bezeichnet eine fürsorgliche Einstellung gegenüber sich selbst. Das Konzept des selbstbezogenen Mitgefühls wurde von Kristin Neff im Jahre 2003 entwickelt und seither vielfach untersucht. Es besteht aus drei Komponenten: der selbstbezogenen Freundlichkeit, der verbindenden Humanität und der Achtsamkeit (Hupfeld & Ruffieux, 2011; Neff, 2003). Unter selbstbezogener Freundlichkeit (vs. Selbstverurteilung) versteht man, sich selbst gegenüber mit Fürsorge und Verständnis zu begegnen, eigene Schwächen zu akzeptieren und bei Fehlern mit Akzeptanz und Verständnis zu reagieren. Verbindende Humanität (vs. Isolation) meint, dass negative Erfahrungen als Teil der menschlichen Existenz wahrgenommen werden und einen nicht von anderen Menschen isoliert. Unter Achtsamkeit (vs. Überidentifizierung) ist zu verstehen, dass negativen Gedanken und Gefühlen mit Akzeptanz begegnet wird, man sich jedoch nicht zu viel mit diesen beschäftigt. Für eine genauere Betrachtung des Konzepts und auch der Abgrenzung von anderen Konstrukten sei auf Baer (2010) verwiesen. Die Literatur zeigt, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen das Selbstmitgefühl erhöhen (Baer, 2010; Bazarko et al., 2013; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016). Paul Gilbert (2010) hat die mitgefühl-fokussierte Therapie (engl. *Compassion-focused Therapy*; CFT) entwickelt, die vor allem im klinischen Bereich Anwendung findet. Neff und Germer (2013) haben aufbauend auf der CFT eine Intervention zur Steigerung des Selbstmitgefühls entwickelt. Das Programm zum achtsamen Selbstmitgefühl (engl. *Mindful Self-compassion Program*; MSC) wurde sowohl für den klinischen als auch nicht-klinischen Bereich gestaltet und basiert ebenfalls auf dem Aufbau der MBSR.

Die Literatur zeigt vielfältige positive Effekte auf die psychische Gesundheit, so geht selbstbezogenes Mitgefühl mit weniger Depressionen und weniger Ängsten einher (Conversano et al., 2020). Es zeigte sich insgesamt ein höheres Wohlbefinden, eine höhere Lebensqualität (Upton, 2018) und ein positiver Zusammenhang mit emotionaler Intelligenz (Olson, Kemper, & Mahan, 2015). Es konnte Stress und Burnout abdämpfen und auf der anderen Seite Resilienz steigern (Durkin et al., 2016; Olson et al., 2015). Auch Beaumont, Durkin, Hollins Martin und Carson (2015) konnten zeigen, dass ein höheres Level an selbstbezogenem Mitgefühl mit niedrigeren Burnout-Werten zusammenhängt. Interessant ist auch eine Studie von Gustin und Wagner (2013), die zeigen konnte, dass mit der Steigerung des selbstbezogenen Mitgefühls auch das Mitgefühl für andere gestärkt wurde, was als „butterfly effect of caring“ bezeichnet wurde. Dies zeigt die schützende Wirkung gegenüber der

Mitgeföhlsmüdigkeit. So konnte auch Raab (2014) in ihrem systematischen Review zeigen, dass Selbstmitgefühl mit weniger Depressionen, Ängsten und Stress assoziiert ist. Die Studien belegen auf der einen Seite die positiven Zusammenhänge mit Variablen wie Wohlbefinden, Zufriedenheit und emotionaler Intelligenz und auf der anderen Seite den negativen Zusammenhänge mit psychologischen Variablen wie Rumination, Vermeidung und Unterdrückung von Emotionen (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Durkin et al., 2016).

Weitere Studien zeigten, dass selbstbezogenes Mitgefühl als Moderator zwischen Stresswahrnehmung und Burnout bei PflegerInnen im Iran diente (Abdollahi, Taheri, & Allen, 2021) und bei PflegerInnen in Neuseeland (Dev, Fernando, & Consedine, 2020). In einer anderen Studie konnte gezeigt werden, dass selbstbezogenes Mitgefühl den Zusammenhang zwischen Empathie und Mitgeföhlsmüdigkeit bei portugiesischen PflegerInnen moderierte (Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz, 2016).

Die Entwicklung eines ausgeprägten Selbstmitgefühls ist wesentlich für PflegerInnen, da sie teilweise ihre Selbstfürsorge vernachlässigen und ihre eigene Gesundheit hinten anstellen (Bazarko et al., 2013; Hevezi, 2016). Dies zeigt die Relevanz des selbstbezogenen Mitgefühls auf. Denn Selbstfürsorge ist eine wichtige Voraussetzung, um PatientInnen mitfühlend versorgen zu können und gleichzeitig die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden nicht zu vernachlässigen.

Beide Konstrukte entstammen der buddhistischen Philosophie und haben viele Gemeinsamkeiten. Dennoch gibt es auch Unterschiede zwischen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl, auch wenn es weitere Forschung benötigt, um die Abgrenzung genauer zu verstehen. Achtsamkeit wirkt auf die Aufmerksamkeitskontrolle, die Emotionsregulation und das Selbstbewusstsein (Tang et al., 2015). Selbstbezogenes Mitgefühl dagegen ist emotional einnehmender und wirkt auf die positive Stimmung. Conversano et al. (2020) vermuten, dass Achtsamkeit negativen Gefühlen und Gedanken entgegenwirkt und selbstbezogenes Mitgefühl positive Emotionen verstärkt. Tobin und Dunkley (2021) schreiben, dass Selbstmitgefühl aktiver ist und eher andere Menschen einschließt. Leiden wird als Teil der menschlichen Erfahrung gesehen wie auch in der Achtsamkeit, jedoch wird Trost gespendet, und es findet eine aktive Beruhigung statt. Jedoch erweist sich die genaue Trennung der beiden Konstrukte als schwierig. So sieht Neff (2003) Achtsamkeit lediglich als eine Komponente des selbstbezogenen Mitgefühls. Es lässt sich aber sagen, dass Achtsamkeit als notwendige Voraussetzung für selbstbezogenes Mitgefühl dient. Eine ausführliche Auseinandersetzung ist bei Baer (2010) zu finden.

2 Empirischer Teil

5 Zielsetzung der Studie

Ziel dieser Untersuchung war, einen aktuellen Beitrag zu dem bereits vorhandenen Wissen über die professionelle Lebensqualität bei KrankenpflegerInnen zu leisten. Die Zusammenhänge von Burnout, sekundärer Traumatisierung und Mitgefühlsmüdigkeit sind gut untersucht, es bedarf jedoch Untersuchungen bezüglich Schutzfaktoren und insbesondere Untersuchungen im deutschsprachigen Raum. Zunächst sollte überprüft werden, ob es einen Zusammenhang zwischen den Konstrukten der professionellen Lebensqualität, der subjektiven Belastungen durch Stress, der Achtsamkeit und des selbstbezogenen Mitgefühls gibt. Weiters sollte untersucht werden, ob Achtsamkeit und Selbstmitgefühl Schutzfaktoren für die professionelle Lebensqualität der PflegerInnen sind und ob beide Konstrukte den Zusammenhang zwischen Stress und professioneller Lebensqualität moderieren.

Es herrscht ein deutliches Ungleichgewicht bezüglich Studien im englischsprachigen und deutschsprachigen Raum. Aus diesem Grund sollte der beschriebene protektive Effekt von Achtsamkeit und selbstbezogenem Mitgefühl aus der Literatur einer Überprüfung an Pflegekräften in Österreich und Deutschland unterzogen werden (Bazarko et al., 2013; Beaumont et al., 2015; Conversano et al., 2020; Durkin et al., 2016). Denn nicht nur für die PflegerInnen ist dies von großer Bedeutung. Auch die PatientInnen profitieren durch eine bessere Versorgung, wenn die Lebensqualität der Pflegenden hoch ist (Hersch et al., 2016). Es sollte zudem die Relevanz der Selbstfürsorge für die Berufsgruppe aufgezeigt werden und damit auch die Empfehlung, die schützenden Faktoren in die Ausbildung aufzunehmen. Ein zentrales Problem helfender Berufe ist die Ausgewogenheit zwischen mitfühlender Arbeit auf der einen Seite und Abgrenzung und Selbstschutz auf der anderen. Dieses Spannungsfeld sollte mit dieser Masterarbeit untersucht werden.

6 Methodik

In diesem Kapitel werden Studiendesign, Untersuchungsdurchführung, Stichprobe, Messinstrumente, Fragestellungen sowie die dazugehörigen Hypothesen und die verwendeten statistischen Verfahren näher beschrieben.

6.1 Studiendesign

Es handelt sich bei der Online-Studie um eine quantitative Querschnitterhebung, die mittels vier verschiedenen Untersuchungsinstrumenten durchgeführt wurde. Es wurde ein Ausschnitt der Bevölkerung zu einem einmaligen Zeitpunkt mit Hilfe einer Fragebogenbatterie befragt. Die Erhebung der Daten fand zwischen August 2023 und November 2023 statt. Die Beantwortung der

Fragebogenbatterie dauerte etwa 15 Minuten und erfolgte anonymisiert. Am Anfang wurde das Ziel der Studie vorgestellt und die Anonymität der Daten zugesichert. Danach wurden die soziodemografischen Daten, die deutsche Übersetzung des Perceived Stress Questionnaire zur Erfassung subjektiver Stresswahrnehmung in der Kurzversion (PSQ-20; Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001), die österreichische validierte Form der Professional Quality of Life Scale von Kipf (2019) zur Erfassung der professionellen Lebensqualität, die deutsche Version der Self-Compassion-Scale (SCS-D) zur Erhebung des selbstbezogenen Mitgefühls (Hupfeld & Ruffieux, 2011) und zuletzt der Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA; Walach et al., 2004) vorgelegt. Die Befragung wurde als Online-Fragebogen auf der Plattform SoSci-Survey (Leiner, 2019) erstellt. Die Untersuchungsinstrumente werden ausführlich in Abschnitt 6.4 beschrieben. Am Ende des Fragebogens erschien noch eine Seite mit verschiedenen psychosozialen Anlaufstellen, um bei psychischen Problemen oder Belastungen Hilfe suchen zu können.

6.2 Untersuchungsdurchführung

Die Rekrutierung lief über persönliche Kontakte, die in der Krankenpflege arbeiten, und über E-Mails an Krankenhäuser in Österreich und Deutschland mit der Bitte, die Studie an KollegInnen weiterzuleiten, um mittels Schneeballsystem möglichst viele PflegerInnen zu erreichen. Außerdem wurde die Studie über soziale Netzwerke in pflege-spezifischen Gruppen gepostet, und die Lazarus-Pflegezeitschrift hat die Studie in ihrem Newsletter ausgesendet. Zur Verbreitung der Studie wurde ein Flyer angefertigt und versendet sowie persönlich in Krankenhäusern verteilt (siehe Anhang).

6.3 Stichprobe

Die Befragung richtete sich an Personen, die seit mindestens sechs Monaten als Gesundheits- und KrankenpflegerIn arbeiteten und mindestens 18 Jahre alt waren. Das Stundenausmaß der PflegerInnen sollte 30 Wochenstunden nicht unterschreiten, damit sich die berufliche Belastung vergleichen lässt. Personen, die in der ambulanten Pflege arbeiten, wurden ausgeschlossen, um die Stichprobe möglichst homogen und vergleichbar zu halten. Das bedeutet, dass alle TeilnehmerInnen in der stationären Pflege in einem Krankenhaus oder einer vergleichbaren Einrichtung arbeiten sollten. Zur Bestimmung der benötigten Stichprobengröße wurde eine a-priori-Poweranalyse mit Hilfe von G*Power (Version 3.1.9.7) durchgeführt, und es ergab sich für die Moderationen bei einer Power von 80% eine Stichprobengröße von $N=264$ Personen bei einem kleinen Effekt. Insgesamt haben 317 Personen den Fragebogen vollständig ausgefüllt, somit wurde das Ziel übertroffen.

6.4 Untersuchungsinstrumente

Im Folgenden werden die Untersuchungsinstrumente des Fragebogens zur Erhebung der soziodemografischen Daten, der professionellen Lebensqualität, der Stresswahrnehmung, der Achtsamkeit und des selbstbezogenen Mitgefühls beschrieben. Die Reihenfolge der beschriebenen Erhebungsinstrumente entspricht der Reihenfolge im Fragebogen.

6.4.1 Demografischer Fragebogen

Zu Beginn der Studie wurden demografische Daten erhoben. Der demografische Fragebogen enthielt Fragen zum Geschlecht, Alter, dem höchsten Bildungsabschluss, zur Nationalität und zum Familienstand. Außerdem wurde das Sprachniveau mittels Screeningfrage erhoben und Personen mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen ausgeschlossen.

6.4.2 Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20)

Der PSQ-20 ist die Kurzversion des PSQ-30 und erfasst die aktuelle subjektive Belastung durch Stress anhand von 20 Items im Zeitraum der vergangenen vier Wochen. Die Items werden auf einer vierstufigen Likertskala beantwortet: von „fast nie“ über „manchmal“ und „häufig“ bis zu „meistens“. Er wurde von Fliege et al. (2001) ins Deutsche übersetzt und besteht in der Kurzversion aus vier Subskalen: Sorgen, Anspannung, Freude und Anforderungen. Beispiele für die Items sind „Sie fühlen sich angespannt.“ oder „Sie haben Spaß.“. Die Skala „Anforderung“ bezieht sich auf die Wahrnehmung der externen Stressoren (Fliege et al., 2001). Mit dem PSQ-20 soll in der Studie die Belastung der PflegerInnen erhoben werden. Die internen Konsistenzen der Skalen Sorgen ($\alpha=.86$), Anspannung ($\alpha=.84$), Freude ($\alpha=.85$), Anforderungen ($\alpha=.80$) und der Gesamtskala ($\alpha=.85$) sind gut (Fliege et al., 2001). Hohe Werte weisen auf eine hohe Skalenausprägung hin. Für die Skala „Freude“ bedeuten hohe Werte viel Freude. Für die Skala „Freude“ wurden die Werte für die Berechnung des Gesamtwertes invertiert. Somit steht ein hoher Gesamtscore für ein hohes Ausmaß an Stresserleben. Die Gesamtskala des PSQ-20 hatte in dieser Studie eine gute interne Konsistenz mit $\alpha=.824$.

6.4.3 Professional Quality of Life Scale Version 5 (ProQOL)

Zur Erfassung der beruflichen Lebensqualität wurde die Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2010) in der österreichischen validierten Form von Kipf (2019) verwendet. Der Selbstbeurteilungsfragebogen besteht aus 30 Items und wird auf einer fünfstufigen Antwortskala (1=nie bis 5=sehr oft/immer) beantwortet. Es werden sowohl positive als auch negative Erfahrungen als HelferIn erfragt. Der Fragebogen umfasst die drei Subskalen Mitgefühlszufriedenheit (MZ),

Burnout (BO) und sekundärer traumatischer Stress (STS) mit jeweils zehn Items. Die Subskala MZ erfasst die Freude, die sie erleben, wenn sie ihren Job gut machen und damit anderen Menschen helfen. Hohe Werte in der Skala MZ deuten auf eine hohe professionelle Zufriedenheit hin. Die Subskala BO geht einher mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Schwierigkeiten mit der effektiven Ausübung des Berufs. Hohe Werte deuten auf ein erhöhtes Burnout-Risiko hin. Die dritte Subskala STS erfasst die berufsbedingte sekundäre Exposition gegenüber extremen oder traumatisierenden stressvollen Ereignissen. Hohe Werte können ein Hinweis auf Probleme im Arbeitsbereich sein. BO und STS gehören zur übergeordneten Kategorie der Mitgefühlsmüdigkeit (MM; Kipf, 2019; Stamm, 2010). In Tabelle 1 sind Beispielitems der drei Skalen aufgelistet sowie in Tabelle 2 die Level der jeweiligen Skalen, also niedrige, durchschnittliche und hohe Werte. Die drei Subskalen weisen gute bis sehr gute Testgütekriterien auf. Cronbachs Alpha liegt für die Subskala MZ bei $\alpha=.87$, für die Subskala BO bei $\alpha=.75$ und für die Subskala STS bei $\alpha=.81$. Weiters weist die ProQOL eine gute Konstruktvalidität auf (Kipf, 2019; Stamm, 2010). Einige Items der Subskala Burnout mussten invertiert werden, um einen Skalenscore zu berechnen.

Tabelle 1. *Skalenbezeichnung und Beispielitems der ProQOL*

Skalenbezeichnung	Beispielitem
Mitgefühlzufriedenheit	Es macht mich zufrieden, anderen helfen zu können
Burnout	Ich fühle mich aufgrund meiner Arbeit als HelferIn erschöpft
Sekundäre Traumatisierung	Ich glaube, dass ich durch den traumatischen Stress derjenigen, denen ich helfe, beeinflusst worden sein könnte

Tabelle 2. *Einteilung der Level der ProQOL-Skalen*

Summenscore	Level der Skala
22 oder weniger	niedrig
23 bis 41	durchschnittlich
42 oder mehr	hoch

6.4.4 Self-Compassion Scale; German Version (SCS-D)

Selbstbezogenes Mitgefühl (SM) wurde mit der deutschen Version der Self-Compassion-Scale (SCS-D) erhoben, die 26 Items beinhaltet (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Die Self-Compassion-Scale (SCS) wurde im Jahre 2003 von Neff (2003) entwickelt. Der Selbstbeurteilungsfragebogen wird mittels einer fünfstufigen Antwortskala beantwortet (1=„fast nie“ bis 5=„fast immer“). Die SCS-D besteht aus den sechs Skalen: Selbstbezogene Freundlichkeit, Selbstverurteilung, Verbindende Humanität, Isolation, Achtsamkeit und Überidentifizierung. Zwei Beispielitems des Untersuchungsinstruments lauten: „Ich versuche mit mir selbst liebevoll umzugehen, wenn es mir emotional schlecht geht“ und „Wenn ich über meine Fehler und Mängel nachdenke, neige ich dazu mich vom Rest der Welt getrennt und abgeschnitten zu fühlen“. Die interne Konsistenz der Gesamtskala von $\alpha=.91$ ist sehr gut (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Auch in dieser Arbeit wurde eine sehr gute interne Konsistenz mit $\alpha=.915$ der deutscher Version der *Self-Compassion Scale* gefunden. Einige Items der SCS-D mussten invertiert werden, um einen Skalenscore zu berechnen.

6.4.5 Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA-14)

Das Konstrukt Achtsamkeit wurde mit dem Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit erhoben, der von Walach et al. (2004) entwickelt worden ist. Es wurde die Kurzform mit 14 Items verwendet, und die Antworten wurden auf einer vierstufigen Likert-Skala erfasst (1=fast nie, 2=eher selten, 3=relativ oft und 4=fast immer). Der Fragebogen soll sowohl ausgeprägte als auch geringe Formen von Achtsamkeit einschließen. Walach und KollegInnen (2006) weisen darauf hin, dass es in der Kurzform einen Gesamtfaktor der Achtsamkeit gibt, statt wie in der Langversion vier Faktoren. Ein Beispielitem des Fragebogens ist: „Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück“. Die Reliabilität der Kurzform mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha=.86$ ist gut (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006). Ein hoher Gesamtwert wird als eine hohe Ausprägung an Achtsamkeit interpretiert. Die Skala der Kurzversion des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA-14) hatte auch in dieser Studie eine gute interne Konsistenz mit $\alpha=.883$.

6.5 Fragestellungen und Hypothesen

Mit dieser Arbeit wurde die professionelle Lebensqualität von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in Österreich und Deutschland erhoben. Zudem sollte erforscht werden, ob Achtsamkeit und selbstbezogenes Mitgefühl als schützende Faktoren für Stress und Mitgefühlsmüdigkeit angesehen werden können. Daraus ergaben sich folgende Fragestellungen und Hypothesen für diese Studie:

1. Soziodemografische und kontextuelle Unterschiede:

Wie unterscheiden sich PflegerInnen in ihren Werten der professionellen Lebensqualität und Stresswahrnehmung nach Alter und Geschlecht?

Alter: H0 (1.1a): PflegerInnen unterschiedlicher Altersgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

H1 (1.1a): PflegerInnen unterschiedlicher Altersgruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Skala Burnout (PRoQOL-BO).

Analog zu H0 bzw. H1 (1.1a) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (1.1b) bis (1.1d) für die abhängigen Variablen Skala **sekundär traumatischer Stress** (PRoQOL-STs), Skala **Mitgefühlzufriedenheit** (PRoQOL-MZ) und **wahrgenommener Stress** (PSQ-20) formuliert.

Geschlecht: H0 (1.2a): Weibliche und männliche PflegerInnen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Skala Mitgefühlzufriedenheit (PRoQOL-MZ).

H1 (1.2a): Weibliche und männliche PflegerInnen unterscheiden sich hinsichtlich der Skala Mitgefühlzufriedenheit (PRoQOL-MZ).

Analog zu H0 bzw. H1 (1.2a) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (1.2b) bis (1.2d) für die abhängigen Variablen Skala **sekundär traumatischer Stress** (PRoQOL-STs), Skala **Burnout** (PRoQOL-BO) und **wahrgenommener Stress** (PSQ-20) formuliert.

2. Unterschiedshypothesen bei vermehrter Stresswahrnehmung bezüglich professioneller Lebensqualität

Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung an subjektiver Belastung durch Stress hinsichtlich ihrer professionellen Lebensqualität?

H0 (2.1a): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung an subjektiven Belastungen durch Stress (PSQ-20) haben niedrigere oder gleich hohe Mittelwerte in der Skala Burnout (ProQol-BO).

H1 (2.1a): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung an subjektiven Belastungen durch Stress (PSQ-20) haben höhere Mittelwerte in der Skala Burnout (ProQol-BO).

Analog zu H0 bzw. H1 (2.1a) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (2.1b) zur Skala **sekundär traumatischer Stress** (ProQol-STs) formuliert.

H0 (2.2): Die Gruppen mit unterschiedlicher Ausprägung von subjektiven Belastungen durch Stress (PSQ-20) unterscheiden sich nicht in der Skala Mitgefühlzufriedenheit (ProQol-MZ).

H1 (2.2): Die Gruppen mit unterschiedlicher Ausprägung von subjektiven Belastungen durch Stress (PSQ-20) unterscheiden sich in der Skala Mitgefühlzufriedenheit (ProQol-MZ).

3. Unterschiedshypothesen bei vermehrter Achtsamkeit bezüglich professioneller Lebensqualität und Stress

Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von dispositioneller Achtsamkeit hinsichtlich ihrer subjektiven Belastung durch Stress?

H0 (3.1): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung von Achtsamkeit (FFA) haben höhere oder gleich hohe Mittelwerte in der subjektiven Belastung durch Stress (PSQ-20).

H1 (3.1): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung von Achtsamkeit (FFA) haben niedrigere Mittelwerte in der subjektiven Belastung durch Stress (PSQ-20).

Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von dispositioneller Achtsamkeit hinsichtlich ihrer professionellen Lebensqualität?

H0 (3.2a): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung von Achtsamkeit (FFA) haben höhere oder gleich hohe Mittelwerte in der Skala Burnout (ProQol-BO).

H1 (3.2a): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung von Achtsamkeit (FFA) haben niedrigere Mittelwerte in der Skala Burnout (ProQol-BO).

Analog zu H0 bzw. H1 (3.2a) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (3.2b) zur Skala **sekundär traumatischer Stress** (ProQol-STs) formuliert.

H0 (3.3): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung von Achtsamkeit (FFA) haben niedrigere oder gleich niedrige Mittelwerte in der Skala Mitgefühlzufriedenheit (ProQol-MZ).

H1 (3.3): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung von Achtsamkeit (FFA) haben höhere Mittelwerte in der Skala Mitgefühlzufriedenheit (ProQol-MZ).

4. Unterschiedshypothesen bei vermehrtem selbstbezogenem Mitgefühl bezüglich professioneller Lebensqualität und Stress

Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von selbstbezogenem Mitgefühl hinsichtlich ihrer subjektiven Belastung durch Stress?

H0 (4.1): Die Gruppen mit unterschiedlicher Ausprägung von selbstbezogenem Mitgefühl (SCS-SF-D) unterscheiden sich nicht in der subjektiven Belastung durch Stress (PSQ-20).

H1 (4.1): Die Gruppen mit unterschiedlicher Ausprägung von selbstbezogenem Mitgefühl (SCS-SF-D) unterscheiden sich in der subjektiven Belastung durch Stress (PSQ-20).

Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von selbstbezogenem Mitgefühl hinsichtlich ihrer professionellen Lebensqualität?

H0 (4.2a): Die Gruppen mit unterschiedlicher Ausprägung von selbstbezogenem Mitgefühl (SCS-SF-D) unterscheiden sich nicht in der Skala Burnout (ProQol-BO).

H1 (4.2a): Die Gruppen mit unterschiedlicher Ausprägung von selbstbezogenem Mitgefühl (SCS-SF-D) unterscheiden sich in der Skala Burnout (ProQol-BO).

Analog zu H0 bzw. H1 (4.2a) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (4.2b) zur Skala **sekundär traumatischer Stress** (ProQol-STs) formuliert.

H0 (4.3): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung von selbstbezogenem Mitgefühl (SCS-SF-D) haben niedrigere oder gleich niedrige Mittelwerte in der Skala Mitgefühlszufriedenheit (ProQol-MZ).

H1 (4.3): Die Gruppen mit stärkerer Ausprägung von selbstbezogenem Mitgefühl (SCS-SF-D) haben höhere Mittelwerte in der Skala Mitgefühlszufriedenheit (ProQol-MZ).

5. Regressionsanalyse

Welche Schutzfaktoren gegen Mitgefühlsmüdigkeit und Stresswahrnehmung können für PflegerInnen identifiziert werden?

Prädiktoren: Alter, Geschlecht, Achtsamkeit, selbstbezogenes Mitgefühl

H0 (5.1a): Keine der angeführten Variablen fungiert als Prädiktor von Burnout (ProQol-BO).

H1 (5.1a): Mindestens eine der aufgeführten Variablen fungiert als Prädiktor von Burnout (ProQol-BO).

Analog zu H0 bzw. H1 (5.1a) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (5.1b) bis (5.1c) zu der abhängigen Variable **sekundäre Traumatisierung** (ProQol-STs) und **subjektive Belastungen durch Stress** (PSQ-20) formuliert.

6. Moderationshypothesen

Wird der Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung und professioneller Lebensqualität durch Achtsamkeit moderiert?

H0 (6.1a): Der Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung (PSQ-20) und Burnout (ProQol-BO) wird nicht durch Achtsamkeit (FFA-14) moderiert.

H1 (6.1a): Der Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung (PSQ-20) und Burnout (ProQol-BO) wird durch Achtsamkeit (FFA-14) moderiert.

Analog zu H0 bzw. H1 (6.1a) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (6.1b) und H0 bzw. H1 (6.1c) zu den Skalen **sekundär traumatischer Stress** (ProQol-STs) und **Mitgeföhlszufriedenheit** (ProQol-MZ) formuliert.

Wird der Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung und professioneller Lebensqualität durch selbstbezogenes Mitgeföhls moderiert?

H0 (6.2a): Der Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung (PSQ-20) und Burnout (ProQol-BO) wird nicht durch selbstbezogenes Mitgeföhls (SCS-SF-D) moderiert.

H1 (6.2a): Der Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung (PSQ-20) und Burnout (ProQol-BO) wird durch selbstbezogenes Mitgeföhls (SCS-SF-D) moderiert.

Analog zu H0 bzw. H1 (6.2a) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (6.2b) und H0 bzw. H1 (6.2c) zu den Skalen **sekundär traumatischer Stress** (ProQol-STs) und **Mitgeföhlszufriedenheit** (ProQol-MZ) formuliert.

6.6 Statistische Auswertung

Es folgen die statistischen Analysen, die bei der Studie zum Einsatz kamen. Die statistischen Auswertungen wurden mit Hilfe von IBM SPSS Version 29 durchgeführt mit dem zusätzlichen Plug-in PROCESS Macro Version 4.2 (A. F. Hayes, 2022). Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha=5\%$ festgelegt, dementsprechend gelten Ergebnisse von $p < .05$ als statistisch signifikant. Auf Basis des Zentralen Grenzwertsatzes, nach dem die Stichprobenverteilung der Mittelwerte ab einer Stichprobengröße von $n>30$ in eine Normalverteilung übergeht, konnte bei den vorliegenden Daten von Normalverteilung ausgegangen werden (Bortz & Schuster, 2010). Um einer eventuellen Alphafehler-Kumulierung entgegenzuwirken, wurde die Alphafehler-Korrektur nach der Bonferroni-Holm-Methode bei Fragestellungen 2, 3 und 4 durchgeführt.

Reliabilitätsanalysen wurden durchgeführt, um die Genauigkeit bzw. Zuverlässigkeit der Messung zu überprüfen. Dafür wurde für jede Skala die interne Konsistenz, angegeben in Cronbachs α , bestimmt, das die Messgenauigkeit des jeweiligen Instruments erfasst. Für die ProQOL wurden zusätzlich die Trennschärfekoeffizienten berechnet. Cronbachs α kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen, ab .70 gelten Werte als akzeptabel (Blañz, 2021).

Fragestellung 1 wurde mittels t-Tests für unabhängige Stichproben geprüft. Bei den Voraussetzungsprüfungen wurden zuerst die Unabhängigkeit der Messungen und die Skalenniveaus

der abhängigen und unabhängigen Variable geprüft. Ausreißer wurden mittels Boxplots und Varianzhomogenität (Homoskedastizität) mittels Levene-Test geprüft. Normalverteilung wurde grafisch überprüft. Bei Verletzung der Voraussetzungen wurde der Welch-Test interpretiert. Bei signifikanten Ergebnissen wurde zusätzlich die Stärke des Effekts gemäß Cohens d angegeben (Cohen, 1988). Eine Effektstärke von $|d| \geq 0.20$ entspricht einem kleinen, $|d| \geq 0.50$ entspricht einem mittleren und $|d| \geq 0.80$ entspricht einem großen Effekt.

Fragestellungen 2, 3 und 4 wurden mittels einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA) statistisch geprüft. Mit der ANOVA können drei oder mehr Gruppen miteinander verglichen werden in Bezug zu einer abhängigen Variable (Bortz & Schuster, 2010). Es gibt sechs Voraussetzungen, die überprüft werden müssen: Normalverteilung wurde grafisch überprüft, das Skalenniveau der abhängigen Variable muss mindestens intervallskaliert sein, und die unabhängige Variable ist nominalskaliert und die Gruppen unabhängig voneinander. Außerdem sollte die abhängige Variable ungefähr normalverteilt sein. Die Überprüfung der Varianzhomogenität erfolgte mit dem Levene-Test, und es wurde auf Ausreißer kontrolliert. Bei nicht erfüllten Voraussetzungen wurde auf die Welch-ANOVA ausgewichen. Bei signifikanten Ergebnissen wurde als Effektstärke der Varianzanalyse das partielle Eta-Quadrat (η^2) angegeben. Effekte können nach Cohen (1988) in kleine ($\eta^2 \geq .01$), mittlere ($\eta^2 \geq .06$) oder große ($\eta^2 \geq .14$) Effekte unterteilt werden. Die ANOVA zeigt jedoch nur an, ob ein Unterschied besteht und nicht zwischen welchen Gruppen. Daher wurden bei signifikanten Ergebnissen explorative post-hoc-Tests durchgeführt, um zu untersuchen, welche Gruppen sich voneinander unterscheiden. Wenn Varianzhomogenität gegeben war und die Gruppengrößen etwa gleich waren, wurde der Tukey-Test gewählt. Bei ungleicher Gruppengröße, aber gegebener Varianzhomogenität, wurde der konservativere Bonferroni-Test angewendet. Wenn die Varianzhomogenität nicht gegeben war, dann wurde der Games-Howell-Test interpretiert.

Die Prädiktoren der professionellen Lebensqualität in Fragestellung 5 wurde mit multipler linearer Regression (MLR) gerechnet. Es sollte untersucht werden, wie viel Varianz einer Variable durch die Prädiktoren erklärt wird. Auch bei der multiplen linearen Regression müssen Voraussetzungen geprüft werden. Der lineare Zusammenhang und die Varianzhomogenität wurden anhand von Streudiagrammen untersucht. Ausreißer wurden anhand der Cook-Distanzen überprüft. Die Normalverteilung der Residuen wurde mit dem Durbin-Watson-Test getestet. Zusätzlich kann durch Begutachtung der P-P-Plots bzw. aufgrund des Zentralen Grenzwerttheorems (bei $n > 30$; Bortz & Schuster, 2010) die Normalverteilung der Residuen angenommen werden. Multikollinearität der Prädiktoren wurde ausgeschlossen, wenn der Variance-Inflation-Factor (VIF) kleiner als 10 war (Field, 2018). Geschlecht wurde dummycodiert. Die standardisierten Regressionskoeffizienten (β) geben Auskunft über Richtung und Stärke des Zusammenhangs eines Prädiktors am Outcome. Sie werden

auch als Effektgrößen herangezogen, mit $|\beta| \geq .10$ als schwacher, $|\beta| \geq .30$ als mittlerer und $|\beta| \geq .50$ als starker Effekt (Cohen, 1988). R^2 und das korrigierte R^2 geben Aufschluss über die erklärte Varianz des Modells, wobei das korrigierte R^2 versucht, den positiven Bias des R^2 zu beseitigen.

Die Moderationsanalysen bei Fragestellung 6 wurden mittels SPSS PROCESS Macro Version 4.2 (A. F. Hayes, 2022) durchgeführt. Die Moderatorvariablen und unabhängigen Variablen wurden an ihrem Mittelwert zentriert. Die Voraussetzungen der Moderationsanalyse entsprechen denen der multiplen linearen Regression und sind Linearität, Normalverteilung der Residuen, Varianzhomogenität und Unabhängigkeit der Beobachtungen. Nach A. F. Hayes (2022) kann der Interaktionsterm aus dem Modell entfernt werden, falls er nicht signifikant wird, um die Haupteffekte in einem neuen Modell zu interpretieren.

7 Ergebnisdarstellung

In diesem Abschnitt erfolgt zunächst eine Beschreibung der Stichprobe, anschließend werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung berichtet.

7.1 Stichprobenbeschreibung

Es werden Geschlechts- und Altersverteilung, Herkunftsland, Bildungsstand, Familienstand und die deskriptiven Statistiken der Untersuchungsinstrumente beschrieben.

7.1.1 Rücklaufstatistik

Der Fragebogen wurde 1611 mal geklickt, wovon 500 Personen angefangen haben, den Fragebogen auszufüllen. Von den 500 Personen haben 325 (65.0%) ihn vollständig ausgefüllt, von denen acht Personen aufgrund auffälliger Antwortmuster händisch entfernt wurden. Damit blieben 317 Personen übrig. Die relativ hohe Bearbeitungszeit könnte ein Grund für die hohe Dropout-Rate von 35.0% sein. Viele Personen haben den Fragebogen wahrscheinlich während der Arbeit ausgefüllt, was aufgrund von Zeitknappheit zur Dropout-Rate beigetragen hat.

7.1.2 Geschlecht und Alter

Die Stichprobe bestand aus 317 KrankenpflegerInnen, von denen 252 weiblich (79.5%) und 65 männlich (20.5%) waren. Das durchschnittliche Alter lag bei 39.93 Jahren ($SD=11.48$). Die jüngste Person war 19 Jahre und die älteste Person 68 Jahre alt.

7.1.3 Nationalität und Familienstand

253 Personen stammten aus Österreich (79.8%), 55 Personen aus Deutschland (17.4%), 6 Personen aus Italien (1.9%) und 3 aus der Schweiz (0.9%). Von den 317 Personen gaben 127 (40.1%) an, verheiratet zu sein, 105 (33.1%) waren in einer Partnerschaft und 59 (18.4%) waren in keiner Partnerschaft. 19 Personen (5.9%) waren geschieden, 2 Personen (0.5%) verwitwet und 7 Personen (2%) gaben einen anderen Familienstand an (alleinerziehend, polyamorös etc.).

7.1.4 Bildung und Sprache

Hinsichtlich Bildungsstand hatten 122 Personen (39.5%) einen Diplomlehrgang abgeschlossen, 61 Personen (19.3%) einen Bachelor-Abschluss einer Universität oder Fachhochschule, 41 Personen (13%) ein Diplom/Master/Magister, 32 Personen (10.3%) die Matura, 24 Personen (7.7%) mittlere Reife, 22 Personen (7%) eine Lehre, 5 Personen (1.7%) einen Pflichtschulabschluss und 3 Personen (0.9%) eine Promotion oder höher. Jeweils eine Person (0.3%) hat die Schule ohne Abschluss beendet oder eine Lehre mit Meisterprüfung gemacht. Zum Sprachniveau lässt sich sagen, dass 294 Personen (92.7%) Deutsch als Muttersprache angaben. Die anderen 23 Personen (7.3%) hatten mindestens Sprachniveau B2.

7.1.5 Professionelle Lebensqualität

Im Folgenden werden die Ergebnisse der professionellen Lebensqualität in der Stichprobe vorgestellt. Die durchschnittlichen Werte betrugen 24.42 ($SD=5.73$, $Min=12$, $Max=42$) beim Burnout, 20.95 ($SD=6.12$, $Min=10$, $Max=42$) für sekundären traumatischen Stress und für Mitgefühlzufriedenheit 37.15 ($SD=7.18$, $Min=14$, $Max=50$). In Tabelle 3 sind die Ausprägungen der professionellen Lebensqualität der Stichprobe dargestellt. An dieser Stelle möchte ich auch kurz auf die relevanten Korrelationen der verwendeten Variablen eingehen, die in Tabelle 4 dargestellt sind. Bei signifikanten Ergebnissen wurde die Stärke des Effekts in kleine ($r > .10$), mittlere ($r > .30$) und große Effekte ($r > .50$) eingeteilt (Cohen, 1988). Selbstmitgefühl und Achtsamkeit korrelierten hoch miteinander, was einem großen Effekt entsprach. Es zeigte sich ein hoher negativer Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung und Burnout mit einem großen Effekt. Auch der hohe negative Zusammenhang zwischen Burnout und Mitgefühlzufriedenheit entsprach einem großen Effekt. Etwas niedriger, aber auch eine hohe Effektstärke zeigte die negative Korrelation zwischen Stresswahrnehmung und Mitgefühlzufriedenheit. Auch die beiden Skalen Burnout und sekundäre Traumatisierung zeigten einen hohen Zusammenhang mit Stresswahrnehmung. Die Korrelation zwischen Burnout und sekundärer Traumatisierung zeigte auch einen großen Effekt, genauso wie der Zusammenhang zwischen Burnout und Achtsamkeit.

Tabelle 3. Ausprägung der professionellen Lebensqualität in der Gesamtstichprobe in Häufigkeiten und Prozente

Skalenbezeichnung	Level der Skala			Gesamt
	niedrig	durchschnittlich	hoch	
<i>Mitgefühlszufriedenheit</i>				
Anzahl	7	210	100	317
Prozent	2.3%	66.3%	31.4%	100%
<i>Burnout</i>				
Anzahl	124	192	1	317
Prozent	39.1%	60.6%	0.3%	100%
<i>Sekundäre Traumatisierung</i>				
Anzahl	200	115	2	317
Prozent	63.1%	36.3%	0.6%	100%

Tabelle 4. Korrelationsmatrix der Variablen

	Geschlecht	Alter	AC ¹	BO	MZ	STS	PSQ	SM
Geschlecht	–	.039	.016	.020	-.105	-.036	.000	.031
Alter	–	–	.105	-.037	-.010	.008	-.009	.201***
AC ¹	–	–	–	-.510***	.371***	-.395***	-.458***	.781***
BO	–	–	–	–	-.742***	.594***	.773***	-.499***
MZ	–	–	–	–	–	-.333***	-.609***	.287***
STS	–	–	–	–	–	–	.525***	-.437***
PSQ	–	–	–	–	–	–	–	-.491***

Anmerkung. AC=Achtsamkeit, BO=Burnout, MZ=Mitgefühlszufriedenheit, STS=sekundäre Traumatisierung, PSQ=Stresswahrnehmung, SM=Selbstmitgefühl. N=317. N¹=307. Es wurden Pearson-Korrelationen berechnet. *** $p < .001$.

7.1.6 Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Stresswahrnehmung

Nachfolgend wird die Stichprobe hinsichtlich ihrer Achtsamkeit, ihrem Selbstmitgefühl und ihrer Stresswahrnehmung charakterisiert. Bei der Belastung durch Stress wurden im Durchschnitt 2.33 Punkte angegeben ($SD=0.42$, $Md=2.30$), das Maximum betrug 3.40 Punkte, und das Minimum 1.45

Punkte. Es wurde ein Durchschnittswert bei Achtsamkeit von 38.40 gefunden ($SD=7.03$, $Md=38$), das Maximum waren 56 Punkte und das Minimum 19 Punkte. Das Selbstmitgefühl wurde mit durchschnittlich 3.20 Punkten angegeben ($SD=0.65$, $Md=3.23$), bei einem Maximum und Minimum von 4.73 bzw. 1.50.

7.1.7 Reliabilitätsanalyse der ProQoL-5

Im Folgenden wird die Reliabilität des Untersuchungsinstruments zur professionellen Lebensqualität beschrieben. Reliabilitätsanalysen werden durchgeführt, um die Genauigkeit bzw. Zuverlässigkeit der Messung zu überprüfen. Cronbachs α kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen, ab .70 gelten Werte als akzeptabel (Blaž, 2021). Für die Berechnung der Reliabilität wurde ein N von 317 verwendet.

Für die professionelle Lebensqualität wird die Reliabilitätsanalyse ausführlicher beschrieben, da in der Validierung von Kipf (2019) in den Skalen Burnout und sekundärer traumatischer Stress teilweise unzureichende Werte gefunden wurden von unter $\alpha=.70$. Alle drei Subskalen des ProQoL-5-Fragebogens hatten akzeptable bis gute Werte in der internen Konsistenz, wie in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der korrigierten Trennschärfen für die Skalen der ProQOL*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
MZ	10	.897	.505	.757
BO	10	.766	.080	.637
STS	10	.802	.280	.664

Anmerkung. MZ=Mitgefühlszufriedenheit, BO=Burnout, STS=sekundäre Traumatisierung. $N=317$.

7.3 Hypothesenprüfungen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den jeweiligen Hypothesen aus Kapitel 6.5 dargestellt.

7.3.1 Unterschiedshypothese zur professionellen Lebensqualität und Stresswahrnehmung

Um die erste Fragestellung *Wie unterscheiden sich PflegerInnen in ihren Werten der professionellen Lebensqualität und Stresswahrnehmung nach Alter und Geschlecht?* zu beantworten, wurde mittels

t-Tests für unabhängige Stichproben untersucht, ob signifikante Mittelwertsunterschiede in der professionellen Lebensqualität und der Stresswahrnehmung bestehen zwischen den zwei Altersgruppen (H1.1) und dem weiblichen und männlichen Geschlecht (H1.2). Dafür wurde das Alter anhand des Medians in die zwei Gruppen Jüngere und Ältere eingeteilt ($Md=39$ Jahre). Das Geschlecht wurde dummycodiert. Auf Basis des Zentralen Grenzwertsatzes, nach dem die Stichprobenverteilung der Mittelwerte ab einer Stichprobengröße von $n>30$ in eine Normalverteilung übergeht (Bortz & Schuster, 2010), konnte davon ausgegangen werden, dass die jeweils vorliegende abhängige Variable normalverteilt war. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität war für die Variablen gegeben, nur bei der Skala Burnout war der Levene-Test signifikant, daher wurde der Welch-Test interpretiert. Ausreißer lagen keine vor, die abhängige Variable war mindestens intervallskaliert. Die Ergebnisse der Hypothesen zu Geschlechtsunterschieden finden sich in Tabelle 6 und zu Altersunterschieden in Tabelle 7.

Frauen und Männer unterschieden sich in dieser Stichprobe nicht signifikant hinsichtlich der negativen Skalen der professionellen Lebensqualität und der Stresswahrnehmung. Auch in der positiven Skala der professionellen Lebensqualität unterschieden sie sich nicht signifikant auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=5\%$. Somit wurden die Nullhypothesen H_0 (1.1a) bis H_0 (1.1d) beibehalten. Auch bei den Hypothesen zu Altersunterschieden wurden die Nullhypothesen H_0 (1.2b) bis H_0 (1.2d) beibehalten. Es wurden damit bei Fragestellung 1 alle Alternativhypothesen verworfen.

Tabelle 6. *Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben der Skalen der ProQOL und des wahrgenommener Stresses (PSQ-20). Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden*

Skalen	Gruppe	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t(df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
ProQOL-MZ	weiblich	37.53	7.04	1.875 (315)	.062	
	männlich	35.66	7.59			
ProQOL-BO ¹	weiblich	24.36	5.54	-0.327 (89.994)	.744	
	männlich	24.65	6.43			
ProQOL-STs	weiblich	21.06	6.05	0.634 (315)	.526	
	männlich	20.52	6.40			
Stress	weiblich	2.33	0.42	-0.002 (315)	.999	
	männlich	2.33	0.43			

Anmerkung: ¹=Welch-Test. $N=317$.

Tabelle 7. *Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben der Skalen der ProQOL und des wahrgenommener Stress (PSQ-20). Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden*

Skalen	Gruppe	M	SD	t(df)	p	d
ProQOL-MZ	Jüngere	37.06	7.21	-0.224 (315)	.823	
	Ältere	37.24	7.17			
ProQOL-BO	Jüngere	24.67	5.52	0.793 (315)	.428	
	Ältere	24.16	5.93			
ProQOL-STS	Jüngere	20.76	6.18	-0.557 (315)	.578	
	Ältere	21.15	6.07			
Stress	Jüngere	2.34	0.41	0.132 (315)	.895	
	Ältere	2.33	0.43			

Anmerkung. N=317.

7.3.2 Unterschiedshypothese zum Stress

Die Fragestellung *Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung an subjektiver Belastung durch Stress hinsichtlich ihrer professionellen Lebensqualität?* wurde mittels einfaktorieller ANOVA statistisch geprüft. Die subjektive Wahrnehmung von Stress (PSQ-20) diente als unabhängige Variable. Die Stresswahrnehmung wurde anhand der Quartile in die Gruppen geringster Stress ($n=85$), etwas Stress ($n=74$), moderater Stress ($n=85$) und höchster Stress ($n=73$) eingeteilt. Als abhängige Variablen wurden die Skalen der professionellen Lebensqualität (MZ, BO, STS) untersucht. Die Normalverteilung der Daten konnte angenommen werden und es gab keine Ausreißer. Die abhängige Variable war metrisch und in jeder Gruppe etwa normalverteilt. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität konnte bei keiner Variable angenommen werden, daher wurde der Welch-Test interpretiert. Da die Hypothesen 2.1a und 2.1b einseitig formuliert wurden, wurde der Signifikanzwert bei diesen Testungen halbiert. Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der Welch-ANOVA bezüglich der Stresswahrnehmung (PSQ-20). Personen mit verschiedenen Stressleveln unterschieden sich signifikant in den Skalen Burnout, sekundäre Traumatisierung und Mitgefühlzufriedenheit. Es wurden post-hoc-Tests nach Games-Howell durchgeführt. Es konnte dabei gezeigt werden, dass sich in der Skala Burnout alle Stressgruppen signifikant voneinander unterscheiden haben. Zur Veranschaulichung der Gruppenunterschiede wurden Boxplots für die professionelle Lebensqualität (BO, STS, MZ) in Abbildung 1 erstellt. Die Gruppe mit dem wenigsten Stress gab die niedrigsten Werte für Burnout an und die Gruppe mit dem meisten Stress die höchsten Werte. Bei den Skalen sekundäre Traumatisierung und Mitgefühlzufriedenheit zeigten sich auch signifikante Unterschiede

zwischen allen Gruppen. Somit wurden die Alternativhypothesen H1 (2.1a), H1 (2.1b) und H1 (2.2) angenommen.

Tabelle 8. *Ergebnisse der Welch-ANOVA der Skalen der ProQOL bezüglich subjektiv wahrgenommenem Stress (PSQ-20). F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem Alpha und Konfidenzintervalle der Effektstärken*

Skala	F(DF)	α^*	p	ηp^2	95% KI	
					Unterer	Oberer
ProQOL-BO	136.325 (3, 171.286)	.017	<.001*** ¹	.586	0.518	0.637
ProQOL-STs	41.026 (3, 168.138)	.050	<.001*** ¹	.274	0.190	0.345
ProQOL-MZ	65.542 (3, 168.472)	.025	<.001***	.364	0.278	0.432

Anmerkung. α^* =korrigiertes Alpha. N=317.

***p < .001, ***¹p < .001, einseitig.

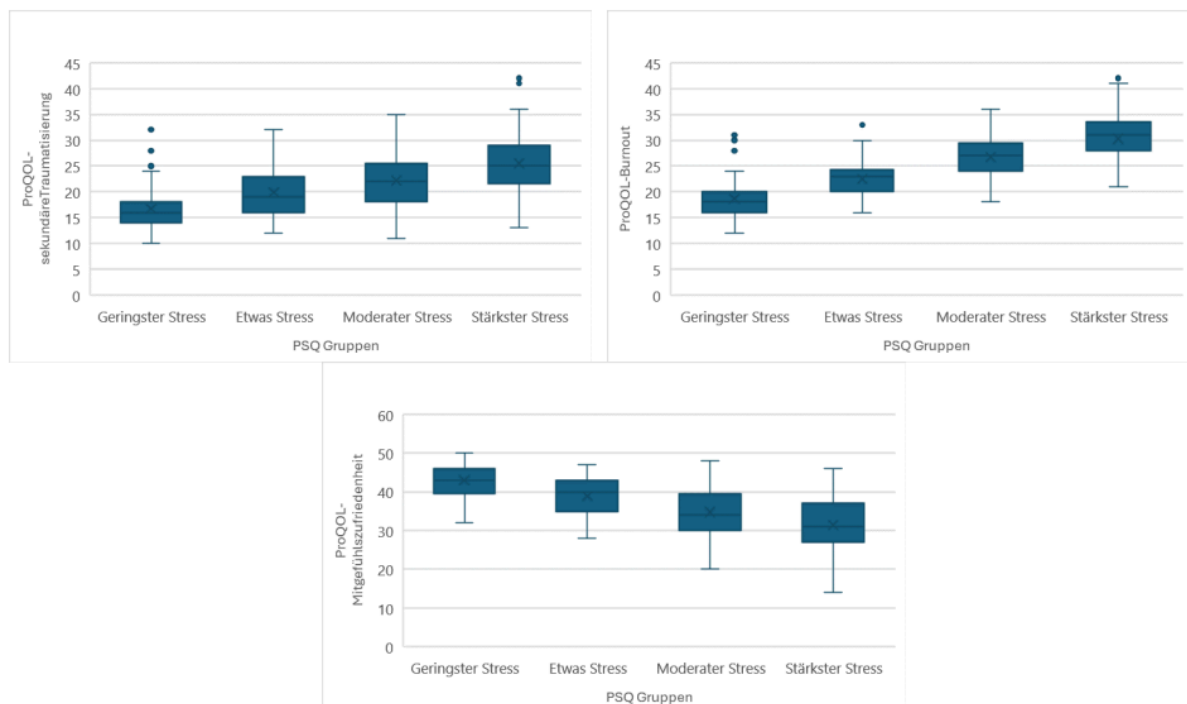


Abbildung 1. Boxplot: Vergleich der Stress-Gruppen in der Mitgefühlsmüdigkeit (ProQOL-BO und ProQOL-STs; Wertebereich 0–45) und der Mitgefühlzufriedenheit (ProQOL-MZ; Wertebereich 0–60)

7.3.3 Unterschiedshypothese zur Achtsamkeit

Die Fragestellung *Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von dispositioneller Achtsamkeit hinsichtlich ihrer subjektiven Belastung durch Stress und ihrer professionellen Lebensqualität?* wurde mittels einer einfaktoriellen ANOVA untersucht. Achtsamkeit (FFA-14) diente dabei als unabhängige Variable, sie wurde anhand der Quartile in vier Gruppen eingeteilt: geringste Achtsamkeit ($n=79$), etwas Achtsamkeit ($n=82$), moderate Achtsamkeit ($n=75$) und höchste Achtsamkeit ($n=71$). Als abhängige Variablen wurden die Skalen der professionellen Lebensqualität (MZ, BO, STS) und wahrgenommener Stress (PSQ-20) analysiert. Die Normalverteilung der Daten konnte angenommen werden. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität konnte bei allen Skalen angenommen werden, außer bei der Skala sekundäre Traumatisierung, dort wurde der Welch-Test interpretiert. Da alle Hypothesen der dritten Fragestellung einseitig formuliert waren, wurde der Signifikanzwert bei jeder Testung halbiert. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der ANOVA bezüglich Achtsamkeit (FFA-14).

Es konnten signifikante Unterschiede zwischen den Achtsamkeits-Gruppen in Bezug auf die Skalen BO, STS, MZ und Stress gefunden werden. Somit konnten die Alternativhypothesen H1 (3.1), H1 (3.2a), H1 (3.2b) und H1 (3.3) angenommen werden. Um zu untersuchen, welche Gruppen sich genau voneinander unterscheiden, wurden post-hoc-Tests nach Tukey bzw. Games-Howell angewendet. Zur Veranschaulichung der Gruppenunterschiede wurden in Abbildung 2 Boxplots für die Subskalen der professionellen Lebensqualität (BO, STS, MZ) und der Stresswahrnehmung erstellt. Beim Burnout haben sich alle PflegerInnen in den Achtsamkeitsgruppen signifikant unterschieden. Das bedeutet, die PflegerInnen, die wenig achtsam waren, gaben mehr Burnout an als die PflegerInnen mit etwas Achtsamkeit, die mit etwas Achtsamkeit zeigten mehr Burnout als die mit moderater Achtsamkeit und die mit moderater Achtsamkeit mehr als die mit hoher Achtsamkeit. Bei der sekundären Traumatisierung unterschieden sich dagegen nur die PflegerInnen mit wenig Achtsamkeit von denen mit moderater und hoher Achtsamkeit beziehungsweise die mit etwas und moderater Achtsamkeit von denen mit hoher Achtsamkeit. Bei der Mitgefühlzufriedenheit unterschieden sich die mit wenig Achtsamkeit von denen mit moderater und hoher Achtsamkeit, außerdem die mit etwas Achtsamkeit von denen mit hoher Achtsamkeit. Beim Stress unterschieden sich auch alle Gruppen voneinander, außer die mit etwas Achtsamkeit und die mit moderater Achtsamkeit bzw. die mit moderater und mit hoher. Bei den Skalen sekundäre Traumatisierung und Mitgefühlzufriedenheit gab es einen mittleren Effekt, bei Burnout und Stress einen großen Effekt.

Tabelle 9. Ergebnisse der ANOVA der Skalen der ProQOL und wahrgenommener Stress (PSQ-20) bezüglich Achtsamkeit (FFA-14). F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem Alpha, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken

Skala	F(DF)	α^*	p	ηp^2	95% KI	
					Unterer	Oberer
ProQOL-BO	28.134 (3, 303)	.017	< .001***	.218	0.136	0.289
ProQOL-ST ¹	16.481 (3, 167.769)	.025	< .001***	.135	0.066	0.200
ProQOL-MZ	12.169 (3, 303)	.050	< .001***	.108	0.045	0.169
Stress	20.494 (3, 303)		< .001***	.169	0.093	0.238

Anmerkung. ¹=Welch-ANOVA, α^* =korrigiertes Alpha. N=307.

***p < .001, einseitig.

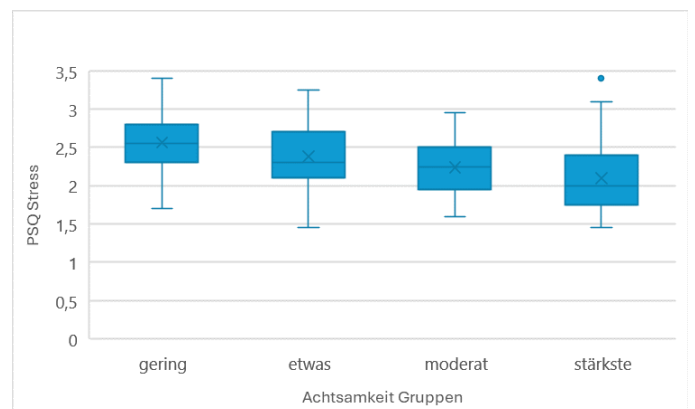
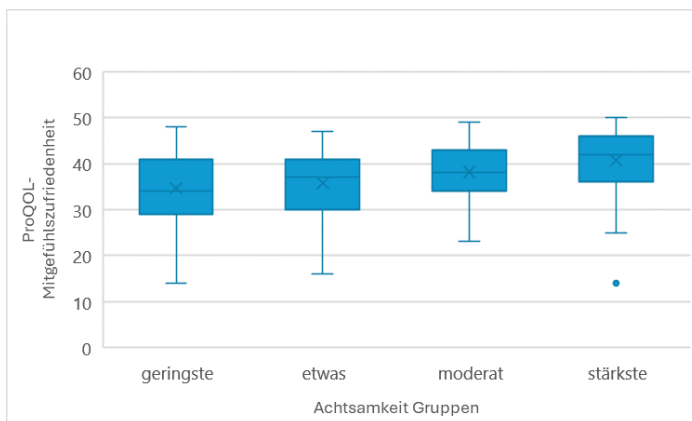
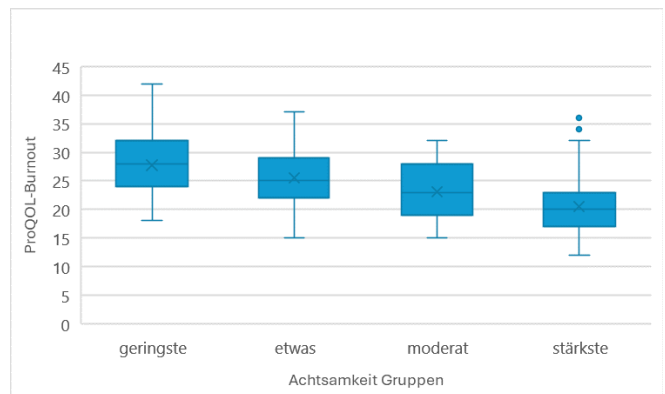
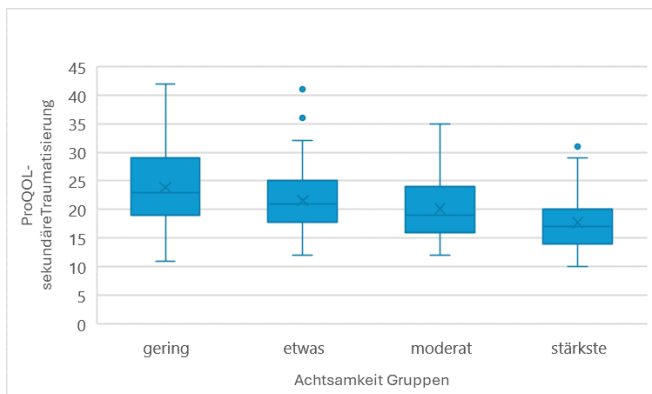


Abbildung 2. Boxplot: Vergleich der Achtsamkeit-Gruppen in der Mitgeföhlsmüdigkeit (BO, STS; Wertebereich 0–45), Mitgeföhlszufriedenheit (MZ; Wertebereich 0–60) und der Stresswahrnehmung (Wertebereich 0–3.5)

7.3.4 Unterschiedshypothese zum selbstbezogenen Mitgefühl

Die Frage *Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von selbstbezogenem Mitgefühl hinsichtlich ihrer subjektiven Belastung durch Stress?* wurde mit einer einfaktoriellen ANOVA analysiert. Das selbstbezogene Mitgefühl (SCS) diente als unabhängige Variable und wurde anhand der vorgegebenen Cutoff-Werte von Neff (2003) in drei Gruppen eingeteilt: niedrig (1.0–2.5) mit einem $n=45$, moderat (2.5–3.5) mit einem $n=167$ und hoch (3.5–5.0) mit einem $n=105$. Als abhängige Variablen wurden wie in Fragestellung 3 die Skalen der professionellen Lebensqualität (MZ, BO, STS) und wahrgenommener Stress (PSQ-20) analysiert.

Die Normalverteilung der Daten kann angenommen werden. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität konnte bei den Skalen angenommen werden. Nur bei der sekundären Traumatisierung konnte keine Varianzhomogenität angenommen werden, daher wurde der Welch-Test interpretiert. Da die Hypothese H4.3 einseitig formuliert wurde, wurde der Signifikanzwert bei der Testung halbiert. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der ANOVA bezüglich Selbstmitgefühl (SCS). Es konnten signifikante Unterschiede bezüglich der drei Gruppen des selbstbezogenen Mitgefühls hinsichtlich der Skalen ProQOL-BO, ProQOL-STS, ProQOL-MZ und Stress gezeigt werden. Es können damit die Alternativhypothesen H1 (4.1), H1 (4.2a), H1 (4.2b) und H1 (4.3) angenommen werden. Um herauszufinden, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden, wurden post-hoc-Tests nach Bonferroni und Games-Howell angewendet. Zur Veranschaulichung der Gruppenunterschiede wurden in Abbildung 3 Boxplots für die Subskalen der professionellen Lebensqualität (BO, STS, MZ) und der Stresswahrnehmung erstellt.

Tabelle 10. *Ergebnisse der ANOVA der Skalen der ProQOL und wahrgenommener Stress (PSQ-20) bezüglich selbstbezogenem Mitgefühl (SCS-D). F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem Alpha, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken*

Skala	F(DF)	α^*	p	ηp^2	95% KI	
					Unterer	Oberer
ProQOL-BO	45.558 (2, 314)	.017	< .001***	.225	0.147	0.298
ProQOL-STS	30.579 (2, 112.980)	.025	< .001***	.162	0.091	0.231
ProQOL-MZ	14.158 (2, 314)	.050	< .001*** ¹	.083	0.031	0.142
Stress	47.239 (2, 314)		< .001***	.231	0.152	0.304

Anmerkung. α^* =korrigiertes Alpha. $N=317$.

*** $p < .001$. ***¹ $p < .001$, einseitig.

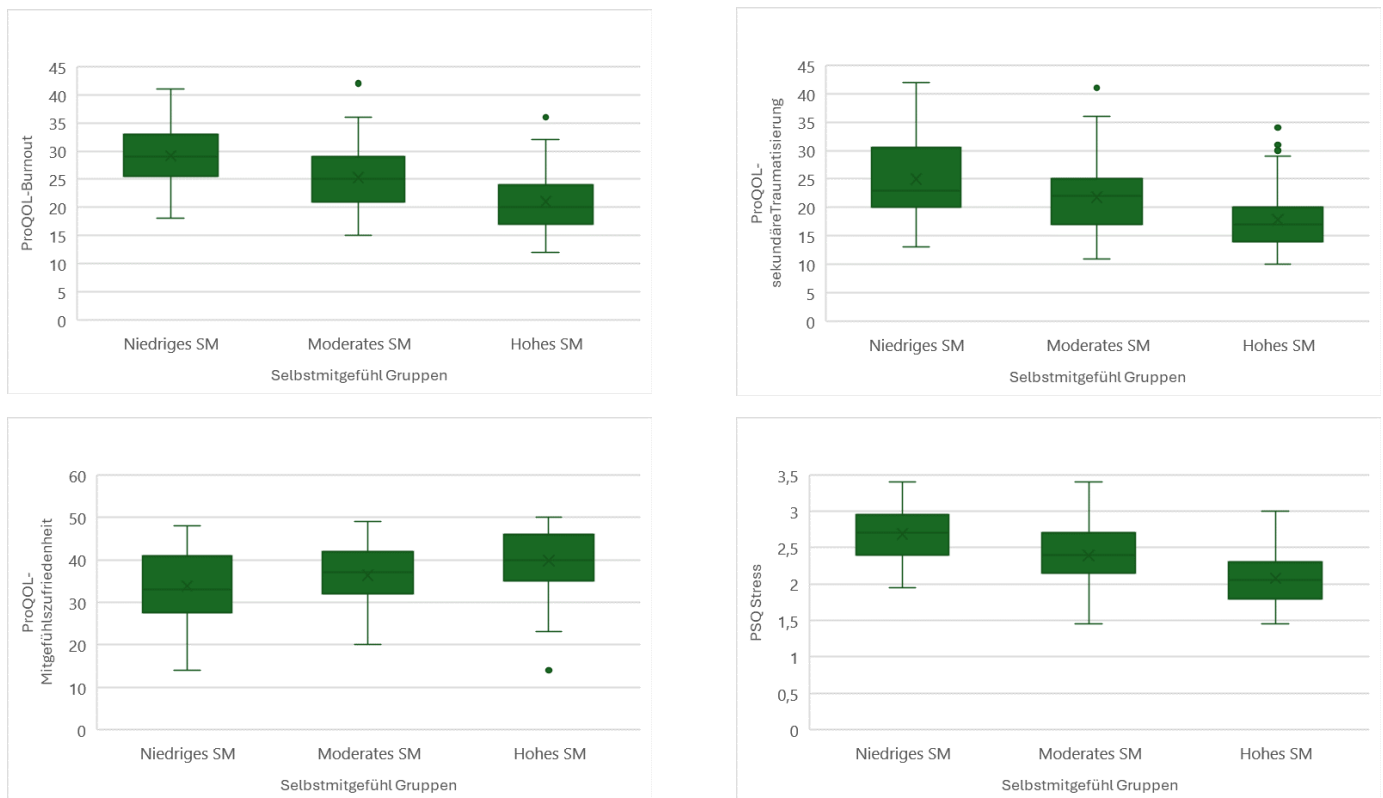


Abbildung 3. Boxplot: Vergleich der Selbstmitgefühl-Gruppen in der Mitgefühlsmüdigkeit (BO, STS; Wertebereich 0–45), Mitgefühlzufriedenheit (MZ; Wertebereich 0–60) und der Stresswahrnehmung (Wertebereich 0–3.5)

7.3.5 Hypothese zur Vorhersage der Mitgefühlsmüdigkeit und der Stresswahrnehmung

Die Fragestellung *Welche Schutzfaktoren gegen Mitgefühlsmüdigkeit und Stresswahrnehmung können für PflegerInnen identifiziert werden?* wurde anhand einer multiplen linearen Regression geprüft. Die untersuchten Prädiktoren waren: Alter, Geschlecht, Achtsamkeit und Selbstmitgefühl. Die multiple lineare Regression (MLR) gibt an, wie viel Varianz die angegebenen Variablen von einem Outcome erklären können. Als abhängige Variablen dienten die zwei Skalen der Professional Quality of Life (BO, STS) und das Stresserleben. Die MLR wurde mittels Einschlussmethode berechnet. Die Voraussetzungsprüfung wurde, wie in Kapitel 6.6 beschrieben, ausgeführt. In Tabelle 11 sind die Ergebnisse der Regressionsanalyse aufgeführt. Enthalten sind die unstandardisierten Regressionskoeffizienten (B), die standardisierten Regressionskoeffizienten (β), R^2 - und die korrigierten R^2 -Werte, Durbin-Watson-Statistik und der Variance Inflation Factor (VIF) des Prädiktors mit der höchsten Kollinearität sowie die Signifikanzen. Als Effektstärke wurden die standardisierten Regressionskoeffizienten ($|\beta|$) verwendet. Die Alternativhypothesen H1 (6.1a), H1 (6.1b) und H1 (6.1c) konnten alle angenommen werden, da es bei allen Variablen der ProQOL und der Stresswahrnehmung (PSQ) mindestens einen signifikanten Prädiktor gab. Die Skala Burnout konnte

durch die zwei Prädiktoren Achtsamkeit und Selbstmitgefühl signifikant negativ vorhergesagt werden. Achtsamkeit hatte mit einem standardisierten Regressionskoeffizienten $|\beta|$ von -.319 den größten Wert der Vorhersage. Das selbstbezogene Mitgefühl war mit einem $|\beta|$ von -.251 etwas niedriger. Das Modell hatte ein $R^2=.284$, somit wurden 28.4% der Varianz vom Burnout durch die Prädiktoren erklärt. Die sekundäre Traumatisierung konnte nur durch den Prädiktor Selbstmitgefühl mit einem $|\beta|$ von -.370 negativ vorhergesagt werden. R^2 lag hier bei 21.2%. Das Kriterium Achtsamkeit sagte das Modell nicht signifikant voraus. Die Skala Stress wurde signifikant negativ durch die zwei Prädiktoren Achtsamkeit und Selbstmitgefühl vorhergesagt. Selbstmitgefühl hatte mit einem $|\beta|$ von -.349 die größte Vorhersageleistung. Das Modell erreichte ein R^2 von 25.7%. Geschlecht und Alter waren bei allen drei Modellen keine signifikanten Prädiktoren und leisteten keinen signifikanten Beitrag für die Vorhersage von Burnout, von sekundärer Traumatisierung und von Stresserleben.

7.3.6 Moderationshypothesen

Die Fragestellungen *Wird der Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung und professioneller Lebensqualität durch Achtsamkeit moderiert?* und *Wird der Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung und professioneller Lebensqualität durch Selbstmitgefühl moderiert?* wurden mittels Moderationsanalysen geprüft. Als unabhängige Variable dienten die subjektive Stresswahrnehmung (PSQ) und als abhängige Variablen die Skalen der professionellen Lebensqualität (BO, STS, MZ). Bei den unabhängigen Variablen und den Moderatorvariablen wurden die Mittelwerte zentriert. Als Moderatorvariable dienten die Skala Achtsamkeit (FFA-14) und die Skala Selbstmitgefühl (SCS-D). Bei der Analyse mit Achtsamkeit als Moderator wurden 307 Personen untersucht und beim Selbstmitgefühl 317 Personen. Die Voraussetzungen der Moderation Linearität, Normalverteilung der Residuen, Homoskedastizität und Unabhängigkeit der Beobachtungen wurden, wie in Abschnitt 6.6 beschrieben, geprüft und waren ausreichend gegeben. Bei der ersten Moderationsanalyse wurde untersucht, ob die Interaktion zwischen Stress und Achtsamkeit die professionelle Lebensqualität (BO, STS, MZ) signifikant beeinflusst. Das Gesamtmodell der Skala Burnout war signifikant ($F(3, 303)=168.093, p < .001$) mit einer Varianzaufklärung von 63.0%. Die Haupteffekte zeigten, dass Stress ($B=9.220, p < .001$) und Achtsamkeit ($B=-0.163, p < .001$) signifikant in Beziehung mit dem Burnout standen. Die Interaktion zwischen Stress und Achtsamkeit erwies sich jedoch als nicht signifikant (95%-KI [-0.045; 0.197], $p=.216$). Das Gesamtmodell der Skala sekundäre Traumatisierung ($F(3, 303)=50.130, p < .001$) war signifikant mit einer erklärten Varianz von 31.6%. Jedoch konnte auch hier keine Interaktion gefunden werden (95%-KI [-0.151; 0.238], $p=.658$). Der Haupteffekt zwischen Stress und sekundärer Traumatisierung war signifikant ($B=6.436, p < .001$) sowie bei Achtsamkeit ($B=-0.165, p < .001$).

Tabelle 11. Ergebnisse der Regressionsanalysen für die Prädiktoren der Mitgefühlsmüdigkeit der professionellen Lebensqualität (ProQOL) und des Stresses (PSQ-20) mit standardisierten und unstandardisierten Regressionskoeffizienten und Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung, R^2 , korrigierten R^2 Werten und Variance Inflation Factor (VIF)

Prädiktor	Summenskala							
	ProQOL-BO				ProQOL-ST5			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>
Geschlecht	0.077	0.694	.005	.911	-0.664	0.772	-.044	.391
Alter	0.023	0.025	.046	.355	0.046	0.027	.088	.096
Achtsamkeit	-0.259	0.064	-.319	< .001***	-0.099	0.071	-.115	.162
Selbstmitgefühl	-2.214	0.702	-.251	.002**	-3.454	0.781	-.370	< .001***
R^2 (R^2 korr)	.284 (.274)				.212 (.202)			
<i>F</i> (df1, df2)	29.938 (4, 302)				20.358 (4, 302)			
Durbin-Watson-Statistik	1.918				1.966			
VIF	≤ 2.678				≤ 2.678			
	Stress							
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>				
Geschlecht	0.001	0.052	.001	.985				
Alter	0.003	0.002	.083	.105				
Achtsamkeit	-0.012	0.005	-.194	.015*				
Selbstmitgefühl	-0.227	0.053	-.349	< .001***				
R^2 (R^2 korr)	.257 (.248)							
<i>F</i> (df1, df2)	26.178 (4, 302)							
Durbin-Watson-Statistik	1.889							
VIF	≤ 2.678							

Anmerkung. *B*=unstandardisierter Regressionskoeffizient, *SE B*=Standardfehler von *B*, β =standardisierter Regressionskoeffizient

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Auch das Gesamtmodell der Mitgefühlsmüdigkeit wurde signifikant ($F(3, 303)=66.991$, $p < .001$) mit einer Varianzaufklärung von 38.4%. Die Interaktion erwies sich jedoch wieder nicht als signifikant

(95%-KI [-0.315; 0.130], $p=.414$). Es konnte der Einfluss von Stress ($B=-9.333$, $p < .001$) und Achtsamkeit ($B=0.121$, $p = .044$) auf die Mitgeföhlszufriedenheit signifikant belegt werden.

In der zweiten Moderationsanalyse wurde die Interaktion zwischen Stress und Selbstmitgeföhl und deren Einfluss auf die professionelle Lebensqualität untersucht. Die erste Hypothese untersuchte den Einfluss auf die Skala Burnout, und das Gesamtmodell wurde signifikant ($F(3, 313)=176.902$, $p < .001$), wobei die Interaktion zwischen den Skalen Stress und selbstbezogenem Mitgeföhl nicht signifikant ausfiel (95%-KI [-0.358; 2.383], $p=.147$). Die Varianzaufklärung betrug 61.9%. Es bestand ein signifikanter Einfluss von Stress auf Burnout ($B=9.521$, $p < .001$) sowie von Selbstmitgeföhl auf Burnout ($B=-1.413$, $p < .001$).

Bei der sekundären Traumatisierung wurde auch das Gesamtmodell signifikant ($F(3, 313)=61.567$, $p < .001$) mit einer erklärten Varianz von 32.3%. Die Interaktion zwischen Prädiktor Stress und dem Moderator Selbstmitgeföhl wurde jedoch nicht signifikant (95%-KI [-0.757; 3.650], $p=.198$). Der Haupteffekt von Stress auf sekundäre Traumatisierung wurde signifikant ($B=5.972$, $p < .001$) genauso wie der Einfluss von Selbstmitgeföhl signifikant wurde ($B=-2.280$, $p < .001$).

Bei der letzten Moderationshypothese, mit Prädiktor Stress und Kriterium Mitgeföhlszufriedenheit, wurde das Gesamtmodell ebenfalls signifikant ($F(3, 313)=60.270$, $p < .001$) mit einer Varianzaufklärung von 37.2%. Die Interaktion zwischen Prädiktor und Moderator wurde nicht signifikant (95%-KI [-3.783; 1.719], $p=.461$). Es bestand ein signifikanter Einfluss von Stress auf die Mitgeföhlszufriedenheit ($B=-10.575$, $p < .001$), jedoch keine signifikante Beziehung zwischen Selbstmitgeföhl und Mitgeföhlszufriedenheit ($B=-0.140$, $p=.832$).

8 Fazit

Nachfolgend werden die Ergebnisse des vorherigen Abschnitts zusammenfassend dargestellt und in den Kontext der aktuellen Forschung gesetzt. Begonnen wurde mit den Ergebnissen der soziodemografischen Daten und des Stresses. Anschließend werden die Unterschiedshypothesen der Skalen Achtsamkeit und Selbstmitgeföhl beleuchtet. Es folgt die Zusammenfassung der Regression und abschließend die beiden Moderationshypothesen. Am Ende der Arbeit folgt eine kritische Betrachtung der Studie, und es werden Ideen für zukünftige Forschungsvorhaben vorgestellt.

Ziel der Studie war es, die professionelle Lebensqualität von stationären Pflegekräften in Österreich und Deutschland zu untersuchen und Schutzfaktoren für die PflegerInnen herauszuarbeiten.

8.1 Diskussion

Die untersuchten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen der Stichprobe zeigten eine durchschnittliche bis hohe Mitgefühlszufriedenheit. Die Ergebnisse passen zur gesichteten Literatur in der stationären Pflege (Mason et al., 2014; Potter et al., 2010; Yeşil & Polat, 2023). Das Burnout-Risiko war in der Stichprobe moderat ausgeprägt, nur wenige konnten dem hohen Burnout zugeordnet werden, und etwas mehr als ein Drittel zeigte niedrige Werte. Bezüglich der sekundären Traumatisierung zeigte sich ein etwas anderes Bild. Hier zeigten die meisten niedrige Werte, und nur etwa ein Drittel gab moderate bis hohe sekundäre Traumatisierung an. Dies steht teilweise im Gegensatz zur gesichteten Literatur, denn dort wurden hohe Werte in der sekundären Traumatisierung und im Burnout berichtet (Fischer et al., 2020; Hooper et al., 2010; Mangoulia et al., 2015; Ogińska-Bulik et al., 2021). Allerdings unterscheiden sich die Ergebnisse der Studien teilweise stark (Aiken et al., 2012; Beck, 2011). Wenn man deutschsprachige Studien berücksichtigt, dann passen die Ergebnisse dieser Studie besser dazu. Auch dort fanden sich moderate Werte für Burnout (Scheibenbogen et al., 2017; Schulz et al., 2009; Voltmer et al., 2013). Im Vergleich zur sekundären Traumatisierung in deutschsprachigen Studien waren die PflegerInnen in dieser Stichprobe geringer belastet (Daniels, 2010; Rixe & Luderer, 2017). Es zeigten sich auch hohe Korrelationen in den Subskalen der professionellen Lebensqualität: Burnout und sekundäre Traumatisierung korrelierten stark positiv, genauso wie Burnout und Mitgefühlszufriedenheit stark negativ miteinander korrelierten (Duarte et al., 2016). Nur eine mittlere negative Korrelation zeigte sich bei der sekundären Traumatisierung und Mitgefühlszufriedenheit. Zudem zeigten sich hohe Korrelationen zwischen den Skalen Stress und Mitgefühlsmüdigkeit, da Stress Mitgefühlsmüdigkeit bedingt (Duarte et al., 2016).

Die PflegerInnen zeigten zudem relativ hohe Werte bezüglich Achtsamkeit. Hier zeigten sich moderate negative Korrelationen mit den Skalen Stress und hohe mit Burnout. Beim Selbstmitgefühl passten die gefundenen Werte zu anderen Studien mit Pflegekräften (Duarte et al., 2016) und anderen Vergleichsgruppen (Neff & Pommier, 2013). Im Vergleich mit einer Stichprobe von Studierenden zeigten die Pflegekräfte höhere Werte (Wörfel, Gusy, & Lohmann, 2015). Durch den häufigen Kontakt mit schwierigen Situationen könnte es sein, dass die PflegerInnen geübt sind im Umgang mit schmerzlichen Emotionen. Die Verwandtschaft der beiden Konstrukte Achtsamkeit und Selbstmitgefühl konnte sowohl durch eine hohe Korrelation gezeigt werden ($r=.78$) als auch durch den Aspekt, dass Achtsamkeit eine Subskala des Selbstmitgefühls ist. Beide Konstrukte haben viele inhaltliche Überschneidungen und entstammen der buddhistischen Philosophie (Baer, 2010; Neff, 2003). Auch die negative Korrelation zwischen selbstbezogenem Mitgefühl und Stress ist aus der Literatur bekannt (Durkin et al., 2016).

In der ersten Fragestellung wurde untersucht, ob sich ältere und jüngere Pflegekräfte und männliche und weibliche Pflegekräfte voneinander unterscheiden. Die Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Alters und des Geschlechts. In der Literatur zeigten sich keine einheitlichen Ergebnisse. Studien weisen darauf hin, dass Männer seltener von sekundärer Traumatisierung betroffen sind (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Robinson et al., 2022). In einer anderen Studie zeigte sich jedoch ein gegenteiliges Ergebnis (Alharbi, Jackson, & Usher, 2020) und auch Ratrout und Hamdan-Mansour (2020) sahen sekundäre Traumatisierung wohl nicht im Zusammenhang mit soziodemografischen Faktoren. Bei Pflegekräften in der Türkei war die Gefährdung für sekundäre Traumatisierung höher für Frauen (Sukut et al., 2022). Allerdings zeigten dort Frauen auch mehr Mitgefühlzufriedenheit, was auch in anderen Studien berichtet wurde (Conversano et al., 2020). Beim Burnout gab es widersprüchliche Ergebnisse. Einige Studien fanden geschlechtsspezifische Unterschiede, teilweise zugunsten von Männern und andere zugunsten von Frauen (Adriaenssens et al., 2015; Nienhaus et al., 2012). Andere Studien fanden hingegen keine Unterschiede (Fischer et al., 2020; Hausmann, 2009; Hunsaker et al., 2015). Auch in Hinsicht auf das Alter lässt die Literatur keine klaren Aussagen zu. Manche Studien fanden eine höhere Mitgefühlzufriedenheit bei älteren Pflegekräften (Hegney et al., 2015; Hunsaker et al., 2015), andere fanden keinen Unterschied (Alharbi et al., 2020; Fischer et al., 2020). Hunsaker et al. (2015) berichteten, dass Jüngere ein höheres Risiko haben, an Mitgefühlsmüdigkeit zu leiden. Auch eine andere Studie zeigte höhere Werte in der Skala Burnout bei jüngeren Personen (Adriaenssens et al., 2015). Andere Studien fanden jedoch auch hier keinen Zusammenhang (Alharbi et al., 2020; Sukut et al., 2022).

Die zweite Fragestellung ging der Frage nach, ob sich Pflegekräfte mit unterschiedlichen Stress-Ausprägungen in ihrer professionellen Lebensqualität unterscheiden. Die Ergebnisse zeigten, dass PflegerInnen mit weniger Stress ein geringeres Risiko hatten, an Burnout oder sekundärer Traumatisierung zu leiden. Je höher die Belastung durch Stress war, desto höher war die Gefährdung durch die negativen Seiten der professionellen Lebensqualität. Die Mitgefühlzufriedenheit, also die positive Seite der beruflichen Lebensqualität, war am höchsten bei den Pflegekräften mit der geringsten Belastung durch Stress und umgekehrt. Es zeigte sich hier bei allen drei Hypothesen ein großer Effekt. Die Ergebnisse stehen in Einklang mit der Literatur, dass Stress einer der Hauptfaktoren für die Entstehung von Mitgefühlsmüdigkeit ist (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Figley, 1995; Hunsaker et al., 2015; Maslach et al., 2001; Robinson et al., 2022; Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005). Auch das Ergebnis, dass weniger Stress eine höhere Mitgefühlzufriedenheit bedeutet, stimmt mit der Literatur überein (Smart et al., 2014).

In der dritten Fragestellung wurde untersucht, ob sich PflegerInnen mit unterschiedlichen

Ausprägungen an Achtsamkeit in ihrer professionellen Lebensqualität und der Belastung durch Stress unterscheiden. Die Ergebnisse zeigten, dass die Pflegekräfte mit der höchsten Achtsamkeit die niedrigsten Werte im Burnout hatten. Umgekehrt hatten die am wenigsten achtsamen Pflegekräfte die höchste Burnout-Gefährdung. Es zeigte sich ein großer Effekt. Die Gruppen haben sich in der sekundären Traumatisierung nicht so stark unterschieden wie bei Burnout. Dennoch zeigte sich, dass achtsamere PflegerInnen eine geringere Ausprägung der sekundären Traumatisierung zeigten. Die Ergebnisse, dass achtsame Menschen ein geringeres Burnout-Risiko haben, sind aus der Literatur bekannt. Es gibt zahlreiche Studien, in denen die Wirksamkeit einer achtsamkeitsbasierten Intervention bei Pflegekräften belegt werden konnte (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Mackenzie, Poulin, & Seidman-Carlson, 2006; Shapiro et al., 2005; Suleiman-Martos et al., 2020). Andere Studien haben den Zusammenhang von dispositioneller Achtsamkeit und geringerem Burnout herausgearbeitet (Abu-Horirrah et al., 2022; Scarlet et al., 2017; W. Xie et al., 2021). Ebenso wurde gezeigt, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen sekundäre Traumatisierung reduzieren können (Berceli & Napoli, 2006; Conversano et al., 2020; Robinson et al., 2022). Ein systematisches Review von Conversano und KollegInnen (2020) zeigte sowohl beim Zusammenhang von dispositioneller Achtsamkeit und Mitgefühlsmüdigkeit als auch bei der Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Interventionen auf Mitgefühlsmüdigkeit signifikante Ergebnisse.

In Hinsicht auf die Mitgefühlzufriedenheit zeigte sich auch ein signifikanter Unterschied zwischen den Pflegekräften je nach Ausprägung ihrer Achtsamkeit. Die Mitgefühlzufriedenheit war höher, wenn auch die Achtsamkeit höher war und umgekehrt. Die Ergebnisse stimmen mit der Literatur überein, auch dort wurde Achtsamkeit in Zusammenhang mit höherer Mitgefühlzufriedenheit gebracht (Abu-Horirrah et al., 2022; Conversano et al., 2020).

In der nächsten Fragestellung ging es um das selbstbezogene Mitgefühl, und es konnten eindeutige Ergebnisse gefunden werden. Es sollte untersucht werden, ob sich PflegerInnen mit verschiedenen Ausprägung an Selbstmitgefühl in ihrer professionellen Lebensqualität oder Stresswahrnehmung unterscheiden. Es zeigte sich deutlich, dass PflegerInnen, die ein hohes Selbstmitgefühl hatten, weniger dazu neigten, Burnout, sekundäre Traumatisierung oder Stress zu zeigen. Auch die Literatur verweist auf den Zusammenhang zwischen hohem Selbstmitgefühl und niedrigem Burnout (Duarte et al., 2016; Durkin et al., 2016; Olson et al., 2015) und sekundärer Traumatisierung (Duarte et al., 2016). Bei Durkin et al. (2016) zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit sekundärer Traumatisierung, und bei Scarlet et al. (2017) kein signifikanter Unterschied bei Burnout nach einer Intervention, die auf dem Konzept des selbstbezogenen Mitgefühls aufgebaut war. In anderen Studien zeigten sich jedoch nach Anwendung der Selbstmitgefühls-Interventionen deutlich geringere Risiken des Burnouts (-18.7%) und der

sekundären Traumatisierung (-16.5%) (Hevezi, 2016; McVicar et al., 2021). Es zeigte sich in der aktuellen Untersuchung auch, dass sich PflegerInnen mit hohem Selbstmitgefühl signifikant von denen mit niedrigeren Werten unterscheiden. Auch das steht in Einklang mit der gefundenen Literatur. Nach einer Selbstmitgefühls-Intervention stieg die Mitgefühlzufriedenheit an (Hevezi, 2016; Scarlet et al., 2017). In einer anderen Studie wurde ebenfalls eine Intervention an PflegerInnen untersucht, hier zeigte sich jedoch nur eine leichte Zunahme (+4.5%) der Mitgefühlzufriedenheit (McVicar et al., 2021). Zudem konnten in der Studie Korrelationen zwischen Selbstmitgefühl und Mitgefühlzufriedenheit gefunden werden (Duarte et al., 2016; Hevezi, 2016). Sacco und Copel (2018) haben eine konzeptionelle Analyse der Mitgefühlzufriedenheit durchgeführt, dort zeigte sich Selbstfürsorge als ein wichtiger Vorläufer der Mitgefühlzufriedenheit. Bei Duarte et al. (2016) erklärte Selbstmitgefühl für die Skala Mitgefühlzufriedenheit etwas weniger Varianz als für Burnout und etwas mehr als für sekundäre Traumatisierung. Manche Studien fanden keinen Zusammenhang (Conversano et al., 2020; Durkin et al., 2016). Dies spiegelte sich auch in den Effekten dieser Studie wider, bei den Skalen der Mitgefühlsmüdigkeit zeigten sich große Effekte, bei der Mitgefühlzufriedenheit ein mittlerer Effekt.

Die fünfte Fragestellung ging der Vorhersage der Mitgefühlsmüdigkeit und Stresswahrnehmung nach, um Schutzfaktoren zu identifizieren. Das selbstbezogene Mitgefühl war für Burnout, sekundäre Traumatisierung und Stress ein negativer Prädiktor. Am stärksten war die negative Vorhersagekraft für die sekundäre Traumatisierung, gefolgt von Stress. Bei Burnout zeigte sich Achtsamkeit als stärkster negativer Prädiktor. Auch bei Stress diente Achtsamkeit als signifikanter negativer Prädiktor. Nur beim sekundären traumatischen Stress zeigte sich keine signifikante Vorhersagekraft. Sowohl Geschlecht als auch Alter zeigten keine signifikanten Ergebnisse. Die Ergebnisse sind im Hinblick auf die zahlreichen Forschungsergebnisse zu Achtsamkeit und zu Selbstmitgefühl keine Überraschung (siehe Fragestellung 3 & 4). Das systematische Review von Conversano und KollegInnen (2020) belegte sowohl die Effekte der Achtsamkeit als auch des Selbstmitgefühls auf verschiedene gesundheitsbezogene Outcomes. Mit höheren Werten gingen weniger Stress, Ängste, Burnout und Depressionen einher.

In der letzten Fragestellung wurden zwei Moderationshypothesen geprüft. Es wurde überprüft, ob der Zusammenhang zwischen Stress und professioneller Lebensqualität durch Achtsamkeit beziehungsweise Selbstmitgefühl moderiert wird. Keine der untersuchten Interaktionen wurde signifikant. Dass Achtsamkeit nicht als Moderator zwischen Stress und Burnout diente, steht im Gegensatz zur gefundenen Literatur (Lu et al., 2019). Dort wurde vielfach über die Wirksamkeit von dispositioneller Achtsamkeit als Stresspuffer berichtet (Bränström, Duncan, & Moskowitz, 2011) und Achtsamkeit als Schutzfaktor (Kriakous et al., 2021; Mackenzie et al., 2006). Es gab auch andere

Studien, die die moderierende Wirkung von Achtsamkeit nicht finden konnten (Pflügner et al., 2021). Dass Achtsamkeit den Zusammenhang von Stress und Mitgefühlzufriedenheit nicht moderierte, widerspricht ebenfalls der Literatur, auch wenn es hierzu erst wenige Untersuchungen gibt (Kriakous et al., 2021; Martin-Cuellar et al., 2018). Hevezi (2016) zeigte jedoch, dass sich die Mitgefühlzufriedenheit nach einer achtsamkeitsbasierten Intervention erhöhte. Die Ausprägung der Achtsamkeit wirkte sich nicht auf den Zusammenhang von Stress und Burnout aus. Es wurde vermutet, dass Achtsamkeit Stress nicht genügend abpuffern konnte. Auch wenn sich Achtsamkeit als gutes Tool gegen Burnout gezeigt hat (Bazarko et al., 2013), scheint es bei hoher Belastung durch Stress seine puffernde Wirkung zu verlieren.

Auch die Ergebnisse zum Selbstmitgefühl widersprechen teilweise der Literatur. Bei Duarte et al. (2016) zeigte sich Selbstmitgefühl als Moderator zwischen Distress und Mitgefühlsmüdigkeit und zwischen „empathischen Sorgen“ und Mitgefühlsmüdigkeit. In einer anderen Studie moderierte Selbstmitgefühl den Zusammenhang zwischen Stress und Burnout bei Pflegekräften im Iran (Abdollahi et al., 2021). Im Gegensatz dazu standen jedoch Ergebnisse von Pflegekräften aus Neuseeland (Dev et al., 2020). Dort moderierte Selbstmitgefühl signifikant den Zusammenhang von Stress auf Burnout, allerdings verstärkte es den Zusammenhang bei höherem Selbstmitgefühl und schwächte ihn nicht ab, wie ursprünglich angenommen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Zusammenhang von Stress auf Burnout eher durch andere Aspekte beeinflusst wurde. Selbstmitgefühl stand zwar zu Stress und Burnout in Beziehung, wirkte sich jedoch nicht auf die Interaktion aus. Es konnte bereits gezeigt werden, dass selbstbezogenes Mitgefühl die Stresswahrnehmung vorhersagen konnte, aber nicht die Zufriedenheit im Leben (Shapiro et al., 2005). Raab (2014) nahm an, dass Selbstmitgefühl mit Lebenszufriedenheit und Optimismus zusammenhängt. Und auch der Zusammenhang von Selbstmitgefühl und Mitgefühlzufriedenheit ist bekannt (Duarte et al., 2016).

Die Ergebnisse der Studie zeigen die Relevanz von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl für die professionelle Lebensqualität von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen auf. Es zeigte sich eindeutig, dass Menschen mit ausgeprägter Achtsamkeit oder ausgeprägtem Selbstmitgefühl weniger Gefährdung durch Burnout, sekundäre Traumatisierung und auch Stress hatten. Insgesamt zeigte sich, dass Achtsamkeit und Selbstmitgefühl eine wichtige Rolle im Beruf der PflegerInnen spielen können. Es ist wichtig anzumerken, dass die Probleme und Belastungen und der entsprechende Umgang damit nicht aufs Individuum abgeschoben werden sollen, sondern auch an die Führung appelliert wird, achtsamkeitsbasierte Interventionen in die Krankenhäuser zu integrieren (Mai, Todisco, Schilder, Franke, & Ristau, 2021). Zudem nahmen soziodemografische Eigenschaften keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse. Daher kann davon ausgegangen werden, dass alle

Personen unabhängig ihres Geschlechts oder Alters von achtsamkeitsbasierten Interventionen profitieren könnten.

8.2 Kritik und Ausblick

In der Studie wurde die professionelle Lebensqualität von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in Österreich und Deutschland erhoben. Die Studie wurde mittels einer Online-Erhebung durchgeführt, die ökonomische Vorteile hat, jedoch den Nachteil der selektiven Stichprobe birgt. Es wurde versucht, darauf Rücksicht zu nehmen und sowohl in ländlichen, städtischen, größeren und kleineren Krankenhäusern zu rekrutieren, jedoch konnte dies nicht genauer überprüft werden. Dadurch entsteht ein Problem bezüglich Vergleichbarkeit, denn es stellt sich die Frage, ob PflegerInnen aus einer großen Uniklinik mit PflegerInnen eines kleinen Krankenhauses vergleichbar sind. Hausmann (2009) zeigte beispielsweise, dass PflegerInnen in ländlichen Regionen weniger belastet sind als in städtischen Regionen. Es wurde in dieser Studie aber versucht, eine möglichst homogene Stichprobe zu erhalten, indem nur stationäre Pflegekräfte untersucht wurden. Bezüglich des Geschlechts war die Stichprobe sehr ungleich verteilt, entspricht jedoch mit deutlich mehr Frauen der demografischen Verteilung im Pflegeberuf (Statista, 2022). Auch in Hinsicht auf das Alter könnte ein Bias entstanden sein, denn möglicherweise haben vor allem jüngere Menschen an der Online-Umfrage teilgenommen. Ebenso kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob die Teilnehmenden den Fragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt haben und wirklich in der stationären Pflege arbeiten oder ob die Fragebogenbatterie mehr als einmal von derselben Person bearbeitet wurde. Es könnte auch zu Verzerrungen gekommen sein, da die Studie durch Selbstberichtsfragebögen erhoben wurde und nicht standardisiert stattfand. Hier wäre es interessant, in Zukunft auch Fremdb Berichte mit einzuschließen und auch physiologische Daten zu verwenden. Ein weiteres Problem war, dass der Fragebogen 10–15 Minuten Zeit in Anspruch genommen hat und dies dazu geführt haben könnte, dass vor allem gestresste und belastete PflegerInnen nicht zum Ausfüllen kamen oder frühzeitig abgebrochen haben. Die vorliegende Untersuchung war eine Querschnittstudie, es sind daher keine kausalen Schlüsse zulässig sowie keine intraindividuellen Veränderungen beobachtbar. In Zukunft wäre es ratsam, eine längsschnittliche Untersuchung anzustreben, um beispielsweise die Auswirkungen einer achtsamkeitsbasierten Intervention zu untersuchen. Es ist auch kritisch anzumerken, dass es sich beim ProQOL nicht um ein Diagnoseinstrument handelt, sondern um ein Screeninginstrument. Es wurde im Manual (Stamm, 2010) betont, dass die Wahrscheinlichkeit, einen Fehler 1. Art zu begehen, erhöht ist. Es werden also eher Personen eingeschlossen, die nicht von Burnout betroffen sind. Es könnte beispielsweise sein, dass eine Person hoch auf der Skala Burnout punktet, weil sie einen besonders schlechten Tag hatte. Dazu kommt, dass Hagan (2019) die

Reliabilität und Validität der ProQOL für PflegerInnen in Frage gestellt hat. Es wäre sehr interessant, in einer zukünftigen Studie auf berufsbezogene Variablen einzugehen. Von Anfang an nicht geplant, aber auch interessant wäre die Berücksichtigung und der Vergleich von verschiedenen Fachrichtungen. Die Fachrichtungen im Pflegebereich sind sehr divers und unterscheiden sich teilweise stark in den Aufgaben und Anforderungen. Die Arbeit auf einer psychiatrischen Station unterscheidet sich beispielsweise stark von der Arbeit auf einer pädiatrischen Station oder in der Intensivpflege (Albrecht et al. 2017). Eine Studie aus Deutschland mit Daten von vier Krankenhäusern zeigte, dass in somatischen Fachrichtungen mehr Stress aufkam als auf psychiatrischen Stationen (Vollmer et al., 2013). Dies spiegelt sich auch in den spezifischen (Zusatz-)Ausbildungen der Pflegekräfte wider und wirkt sich natürlich auch in der professionellen Lebensqualität aus. Darüber hinaus lässt sich auch hier das Pflegepersonal weiter aufschlüsseln. In Deutschland unterscheiden sich beispielsweise Gesundheits- und KrankenpflegerInnen von KrankenpflegehelferInnen und PflegeassistentInnen. Auch in Österreich führen verschiedene Wege in den Beruf. Es kann die Ausbildung zur Pflege(fach)assistenz oder ein Bachelorstudium abgeschlossen werden, wohingegen die Diplomausbildung in Österreich auslaufend ist. Dabei wurde noch nicht auf die verschiedenen Fachrichtungen und speziellen Ausbildungen eingegangen, wie beispielsweise die Kinderkrankenpflege. Eine Studie von Aiken und KollegInnen (2017) zeigte zum Beispiel, dass die Qualifikation des Pflegepersonals im Zusammenhang mit der Sterberate der PatientInnen stand. Bei besser ausgebildeten Pflegekräften zeigte sich eine niedrigere Sterberate.

Es wurde auch nur kurz auf die systemischen Unterschiede im Gesundheitsbereich zwischen Österreich und Deutschland eingegangen. Diese genau herauszuarbeiten, hätte jedoch den Rahmen dieser Arbeit überschritten. Leider lagen nur wenige Daten zu Österreich vor. Die meisten Studien stammen aus dem angloamerikanischen Raum. Viele Studien bezogen sich auch auf Europa und/oder Deutschland. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist aber schwierig aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme. Auch wenn die Rahmenbedingungen der Arbeit in Österreich und Deutschland nicht gleich sind, erleichtern Regulierungen und Standards zum Beispiel zur Arbeitszeit, zum Mindestlohn oder zur Arbeitssicherheit die Vergleichbarkeit. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Bedingungen und Herausforderungen für Österreich und Deutschland gelten. Auch von Interesse könnten die verschiedenen präventiven Angebote sein, die sich von Spital zu Spital stark unterscheiden. Dazu gehören beispielsweise Supervisionen oder Teambesprechungen, deren Einfluss man auf die berufliche Lebensqualität der Pflegekräfte untersuchen könnte. Es wäre wünschenswert, in Zukunft weitere Forschung zu dem Thema im deutschsprachigen Raum zu schaffen als auch präventive und kurative Angebote für die MitarbeiterInnen zu schaffen, um sie so neben politischen Maßnahmen zu entlasten und die professionelle Lebensqualität zu verbessern.

Darüber hinaus wäre es auch interessant, auf digitale Neuerungen im Pflegebereich einzugehen. Sie könnten in bestimmten Bereichen eine Chance sein. Vor- und Nachteile werden bei Theobald (2022) diskutiert.

Literaturverzeichnis

Abdollahi, A., Taheri, A., & Allen, K. (2021). Perceived stress, self-compassion and job burnout in nurses: the moderating role of self-compassion. *Journal of Research in Nursing*, 26(3), 182-191. doi:10.1177/1744987120970612

Abu-Horirrah, H. A., Rayan, A. H., Eshah, N. F., Albashtawy, M. S., & Masadeh, R. (2022). The association of mindfulness with professional quality of life and negative emotional states among critical care nurses during COVID-19 pandemic. *Nursing Forum*, 57(6), 1381–1389. <https://doi.org/10.1111/nuf.12828>

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 649–661. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004> 0020-7489

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... RN4CAST Consortium (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ quality & safety*, 26(7), 559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344: e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

Albrecht, M., Loos, S., Möllenkamp, M., Sander, M., Schiffhorst, G., Braeseke, G., & Stengel, V. (2017). *Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus: Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. (Studie)* Abgerufen von https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Pflegepersonal_final.pdf

Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). Personal characteristics, coping strategies, and resilience impact on compassion fatigue in critical care nurses: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22(1), 20–27. doi:10.1111/nhs.12650

Augurzky, B., & Kolodziej, I. (2018). *Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen 2030: Expertise für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.* (Arbeitspapier) Abgerufen unter https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201819/arbeitspapiere/Arbeitspapier_06-2018.pdf

Baer R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness- and acceptance-based treatments. In: R. A. Baer (Hrsg.), *Assessing Mindfulness and Acceptance Processes in Clients: Illuminating the Theory and Practice of Change*. (S. 135–153). Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.

Barr, P. (2017). Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatal intensive care unit nurses: Relationships with work stress and perceived social support. *Traumatology*, 23(2), 214–222. <https://doi.org/10.1037/trm0000115>

Bauer, G., Rodrigues, R., Leichsenring, K., & Six, M. (2018). *Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich.* Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung/AK Wien.

Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28(2), 107-133. doi:10.1080/15555240.2013.779518

Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C.J., & Carson, J., (2015). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in trainee counsellors and trainee cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(1), 15–23. <http://dx.doi.org/10.1002/capr.12054>

Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>

Beermann, B. (2008). *Nacht – und Schichtarbeit - ein Problem der Vergangenheit?* Abgerufen unter <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fokus/artikel10.html>

Berceli, D., Napoli, M. (2006). A Proposal for a Mindfulness-Based Trauma Prevention Program for Social Work Professionals. *Complementary health practice review*, 11(3), 153–165. doi:10.1177/1533210106297989

Betz, M., & Schirmacher, L. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung bei Schichtarbeitern. In M. A. Pfannstiel, & H. Mehlich (Hrsg.), *BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*. (S. 531-544). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Blanz, M. (2021). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Blum, K., Heber, R., Levens, A., Offermanns, M., Parloh, A. K., Schumacher, L., & Siewert, S. (2022). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2022 (Ergebnisbericht)*. Abgerufen unter <https://www.kgnw.de/service/krankenhausstatistiken>

Blum, K., Offermanns, M., & Steffen, P. (2019). *Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030* (Gutachten). Abgerufen unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2019/2019-10-22_PM_Anlage_DKG_zum_DKI-Gutachten_Pflege.pdf

Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm*. Weinheim: Beltz.

Bränström, R., Duncan, L. G., & Moskowitz, J. T. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample. *British Journal of Health Psychology*, 16(Pt 2), 300–316. <https://doi.org/10.1348/135910710X501683>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2022a). *ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)*. Köln: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Abgerufen unter <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/index.htm>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2022b). *ICD-11 Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (11. Revision)*. Köln: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Abgerufen unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's new? A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 11: 1683. doi:10.3389/fpsyg.2020.01683

Daniels, J. (2010). Sekundäre Traumatisierung von Pflegerinnen und Pflegern. *Psych Pflege Heute*, 16, 202-205. doi:10.1055/s-0030-1262501.

Dev, V., Fernando, A. T., & Consedine, N. S. (2020). Self-compassion as a stress moderator: A cross-sectional study of 1700 doctors, nurses, and medical students. *Mindfulness*, 11(5), 1170–1181. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01325-6>

Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199–274. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>

Drupp, M., & Meyer, M. (2020). Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: K., Jacobs, A., Kuhlmei, S., Greß, J., Klauber, A., Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2019*. Berlin: Springer. 10.1007/978-3-662-58935-9_2.

Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98–107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002

Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>

Durkin, M., Beaumont, E., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030>

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5. Auflage). London: Sage Publications Ltd.

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge.

Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge

Fischer, L., Dadaczynski, K., & Rathmann, K. (2020). Psychosoziale Arbeitsbedingungen und Burnout-Symptome in der stationären somatischen und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. *Pflege*, 33(2), 93–104. doi: 10.1024/1012-5302/a000720

Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S., & Klapp, B. F. (2001). Validierung des „Perceived Stress Questionnaire“ (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 142-152. doi:10.1026//0012-1924.47.3.142

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014>

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.

Gräске, J., Forbrig, T. A., Koppe, L., Urban, S., Neumann, F., & Boguth, F. (2023). Gratifikationskrisen, Arbeitsfähigkeit und Wunsch nach beruflichen Veränderungen – eine Querschnittsstudie bei Pflegepersonen. *Gesundheitswesen*, 85(05), 419-426. doi:10.1055/a-1706-0629

Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., James, L., Jones, J., Recio, A., & Simon, M. (2014). *The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements* (Projektbericht). Abgerufen unter <https://healthservice.hse.ie/filelibrary/onmsd/association-between-patient-safety-outcomes-and-nurse-healthcare-assistant-skill-mix-and-staffing-levels.pdf>

Griffiths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A. M., ... RN4CAST Consortium (2014). Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Medical care*, 52(11), 975-981. doi:10.1097/MLR.0000000000000233

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., ... Missed Care Study Group (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474-1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>

Gustin, L., & Wagner, L. (2013). The butterfly effect of caring – clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 175-183. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x>

Hagan, J. (2019). Psychometric evaluation of the ProQOL version 5 for assessing compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress in nurses. *International Journal of Studies in Nursing*, 4(3), 60-70. doi:10.20849/ijns.v4i3.620

Hämel, K., & Schaeffer, D. (2013). Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform*, 59(4), 413-432. doi: 10.1515/zsr-2013-0401

Hausmann, C. (2009). Burnout-Symptome bei österreichischen PflegeschülerInnen im dritten Ausbildungsjahr. *Pflege*, 22, 297-307. doi:10.1024/1012-5302.22.4.297

Hayes, A. F. (2022). *The PROCESS macro for SPSS, SAS, and R (Version 4.3)* [Software tool]. Abgerufen von <http://processmacro.org/download.html>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hegney, D. G., Rees, C. S., Eley, R., Osseiran-Moisson, R., & Francis, K. (2015). The contribution of individual psychological resilience in determining the professional quality of life of Australian nurses. *Frontiers in Psychology*, 6: 1613. doi:10.3389/fpsyg.2015.01613

Hersch, R. K., Cook, R. F., Deitz, D. K., Kaplan, S., Hughes, D., Friesen, M. A., & Vezina, M. (2016). Reducing nurses' stress: A randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses. *Applied Nursing Research*, 32, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.04.003>

Hevezi, J. A. (2016). Evaluation of a meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 34(4), 343–350. <https://doi.org/10.1177/0898010115615981>

Hinderer, K. A., VonRueden, K. T., Friedmann, E., McQuillan, K. A., Gilmore, R., Kramer, B., & Murray, M. (2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 21(4), 160–169. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000055>

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427. doi:10.1016/j.jen.2009.11.027

Höhm, U., Lautenschläger, M., & Schwarz, L. (2016). Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: K., Jacobs, A., Kuhlmeier, S., Greß, J., Klauber, A., Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus* (S. 73–89). Heidelberg: Springer.

Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>

Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 115–123. doi:10.1026/1616-3443/a000088

Hülshager, U. R., Alberts, H. J. E. M., Feinholdt, A., & Lang, J. W. B. (2013). Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310–325. <https://doi.org/10.1037/a0031313>

Isfort M. (2012). Brauchen wir eine Personalquote auf Intensivstationen? *Die Schwester – Der Pfleger*, 51(08), 748.

Isfort, M., Hylla, J., Gehlen, D., & Tucman, D. (2017). Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit auf deutschen Intensivstationen. *Pflegezeitschrift*, 70(5), 46–49. <https://doi.org/10.1007/s41906-017-0064-6>

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York, NY: Bantam Dell.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

Kabat-Zinn, J. (2013). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR*. München: Droemer Knaur.

- Kaltwasser, A., Pelz, S., Nydahl, P., Dubb, R., & Borzikowsky, C. (2021). Querschnittsstudie zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in der Versorgung von COVID-19-Patienten. *Anaesthesist*, 70(9), 753–760. doi:10.1007/s00101-021-00919-6
- Kashani, M., Eliasson, A., Chrosniak, L., & Vernalis, M. (2010). Taking aim at nurse stress: a call to action. *Military medicine*, 175(2), 96–100. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-09-00092>
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kipf, S. (2019). *Die Validierung der österreichischen Übersetzung der Professional Quality of Life Scale (ProQOL)* (unveröffentlichte Masterarbeit). Universität Wien. Abgerufen unter E-Thesis Universität Wien. (ID No. 59391)
- Korczak, D., Huber, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment*, 6: Doc09. <https://doi.org/10.3205/hta000087>
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness*, 12(1), 1–28. doi: 10.1007/s12671-020-01500-9
- Krüger, N. T. (2022). *Branchenbericht Pflege 2022: Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten* (Gesundheitsbericht). Abgerufen unter <https://www.bgf-institut.de/wir-ueber-uns/service/gesundheitsberichte/>
- Leiner, D. J. (2019). *SoSci-Survey (Version 3.1.06)* [Computer software]. Available at <https://www.sosicisurvey.de>
- Lemke, J. (2008). *Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung* (2. Auflage). Kröning: Asanger Verlag.
- Lia, H., Chenga, B., & Zhu, X. (2018). Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Emergency Nursing*, 39, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.005>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lu, F., Xu, Y., Yu, Y., Peng, L., Wu, T., Wang, T., ... Li, M. (2019). Moderating effect of mindfulness on the relationships between perceived stress and mental health outcomes among Chinese intensive care nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 260. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00260>
- Luderer, C., & Meyer, G. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege aus ethischer Perspektive. In: K., Jacobs, A., Kuhlmeier, S., Greß, J., Klauber, A., Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (S. 15-22). Heidelberg: Springer.
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.08.002>
- Mai, T., Todisco, L., Schilder, M., Franke, V., & Ristau, J. (2021). Die Situation der Pflegenden in Akutkrankenhäusern während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie: Eine Onlinebefragung. *Pflege*, 35(2), 104–113. doi:10.1024/1012-5302/a000846.

Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 333–338. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001>

Martin-Cuellar, A., Atencio, D. J., Kelly, R. J., & Lardier, D. T. (2018). Mindfulness as a moderator of clinician history of trauma on compassion satisfaction. *Family Journal*, 26(3), 358–368. <https://doi.org/10.1177/1066480718795123>

Mason, V. M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215–225. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000056>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397

McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202–210. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>

McVicar A., Pettit A., Knight-Davidson P., & Shaw-Flach A. (2021). Promotion of professional quality of life through reducing fears of compassion and compassion fatigue: Application of the compassionate mind model to specialist community public health nurses (health visiting) training. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 101–112. doi:10.1111/jocn.15517

Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1118–1126. <https://doi.org/10.1002/da.20631>

Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B., & Moss, M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 693–697. <https://doi.org/10.1164/rccm.200606-735OC>

Morrison, L. E., & Joy, J. P. (2016). Secondary traumatic stress in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2894–2906. <https://doi.org/10.1111/jan.13030>

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

Neff, K., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12, 1–17. doi:10.1080/15298868.2011.649546.

Nienhaus, A., Westermann, C., & Kuhnert, S. (2012). Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. Ein Review zur Prävalenz. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(2), 211–222. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1407-x>

ÖBIG (2006). *Österreichischer Pflegebericht*. Wien: Österreichisches Institut für Gesundheitswesen.

OECD (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.

Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kędra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *PloS ONE*, 16(2): e0247596. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>

Olson, K., Kemper, K. J., & Mahan, J. D. (2015). What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *Journal of Evidence-based Complementary & Alternative Medicine*, 20(3), 192–198. <https://doi.org/10.1177/2156587214568894>

Özlü, L. (2020). Pandemie trifft Pflegenotstand. *intensiv*, 28(03), 122-125. doi:10.1055/a-1151-1089

Patrician, P. A., Loan, L., McCarthy, M., Fridman, M., Donaldson, N., Bingham, M., & Brosch, L. R. (2011). The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. *Journal of Nursing Administration*, 41, 64–70. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31820594bf>

Paucsik, M., Urbanowicz, A., Leys, C., Kotsou, I., Baeyens, C., & Shankland, R. (2021). Self-compassion and rumination type mediate the relation between mindfulness and parental burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16): 8811. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168811>

Pflügner, K., Maier, C., & Weitzel, T. (2021). The direct and indirect influence of mindfulness on techno-stressors and job burnout: A quantitative study of white-collar workers. *Computers in Human Behavior*, 115: 106566. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106566>

Pilny, A., & Rösel, F. (2021). Personalfuktuation in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter wechselt den Job. In: J., Klauber, J., Wasem., A. Beivers, C., Mostert (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – der Patient im Mittelpunkt*. Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_15

Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56–E62. doi: 10.1188/10.CJON.E56-E62

Priano, S. M., Hong, O. S., & Chen, J. L. (2018). Lifestyles and health-related outcomes of U.S. hospital nurses: A systematic review. *Nursing Outlook*, 66(1), 66–76. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.08.013>

Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95-108. doi:10.1080/08854726.2014.913876

Radtke, R. (3. Januar 2024). Fachkräftemangel – Bedarf an Pflegekräften in Deutschland bis 2035 [Blog] Abgerufen unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/>

Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonal Bedarfsprognose für Österreich*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Ratrout, H. F., & Hamdan-Mansour, A. M. (2020). Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1): e12767. <https://doi.org/10.1111/ijn.12767>

Rixe, J. & Luderer, C. (2017). Das Trauma aus zweiter Hand: Sekundäre Traumatisierungen von psychiatrisch Pflegenden. *Pflege & Gesellschaft*, 22, 213–230. doi: 10.3262/P&G1703213

- Robinson, L. K., Sterling, L., Jackson, J., Gentry, E., Araujo, F., LaFond, C., ... Lee, R. (2022). A secondary traumatic stress reduction program in emergency room nurses. *SAGE Open Nursing*, 8. <https://doi.org/10.1177/23779608221094530>
- Sacco, T. L., & Copel, L. C. (2018). Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nursing Forum*, 53(1), 76–83. <https://doi.org/10.1111/nuf.12213>
- Sauer, S., Strobl, C., Walach, H., & Kohls, N. (2013). Rasch-Analyse des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit. *Diagnostica*, 59(2), 86–99. doi:10.1026/0012-1924/a000084
- Scarlet, J., Altmeyer, N., Knier, S., & Harpin, R. E. (2017). The effects of Compassion Cultivation Training (CCT) on health-care workers. *Clinical Psychologist*, 21(2), 116–124. <https://doi.org/10.1111/cp.12130>
- Scheibenbogen, O., Andorfer, U., Kuderer, M., & Musalek, M. (2017). *Prävalenz des Burnout-Syndroms in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK).
- Schmidt, S. (2014). Was ist Achtsamkeit? Herkunft, Praxis und Konzeption. *Journal of Addiction Research and Practice*, 60, 13-19. doi:10.1024/0939-5911.a000287.
- Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: K., Jacobs, A. Kuhlmei, S., Greß, J., Klauber, A., Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_3
- Schönherr, D. (2021). *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Schulz, M., Damkröger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Löhr, M., Driessen, M., ... Wingenfeld, K. (2009). Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01355.x>
- Schulze, S., & Holmberg, C. (2021). Bedeutung und Belastung von Pflegekräften während der Corona-Krise. *Public Health Forum*, 29(1), 32-35. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0114>
- Schwinger, A., Klauber, J., & Tsiasioti, C. (2020). Pflegepersonal heute und morgen. In: K., Jacobs, A. Kuhlmei, S., Greß, J., Klauber, A., Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_1
- Segal, Z. V., Williams, J.M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>
- Siegrist, J. (2017). The effort-reward imbalance model. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Hrsg.). *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice* (S. 24–35). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Simon, M. (2011). Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999 bis 2009. *Pflege & Gesellschaft*, 2011 (4), 339-371. doi:10.3262/P&G1104339

Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & Health Sciences*, 16(1), 3–10. <https://doi.org/10.1111/nhs.12068>

Stab, N., Jahn, S., & Schulz-Dadaczynski, A. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Arbeitsintensität*. Dortmund: BAuA.

Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Baltimore, MD: Sidran Press. doi: 10.1037/tra0000263

Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2. Auflage). Abgerufen unter http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf

Statistik Austria. (o.D.). Einrichtungen und Personal im Gesundheitswesen [Blog]. Abgerufen unter <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/einrichtungen-und-personal-im-gesundheitswesen>

Statista (2022). Geschlechterverteilung unter sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege und insgesamt in Deutschland im Jahr 2022. Abgerufen unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029877/umfrage/verteilung-von-pflegekraefte-in-deutschland-nach-pflegeart-und-geschlecht/#:~:text=Geschlechterverteilung%20unter%20Pfleger%20A4ften%20in%20Deutschland%202022&text=Im%20Juni%202022%20waren%20rund,Jahr%20auf%20rund%2046%20Prozent.>

Stemmer, R. (2021). Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen?. In: K., Jacobs, A., Kuhlmei, S., Greß, J., Klauber, A., Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_12

Strauß, R., Tisch, A., Vieten, L., & Wehrmann, J. (2021). *Hohe Anforderungen, wenig Ressourcen: Arbeitszeiten in der Alten- und Krankenpflege*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. doi:10.21934/baua:fakten20210119

Sukut, O., Sahin-Bayindir, G., Ayhan-Balik, C. H., & Albal, E. (2022). Professional quality of life and psychological resilience among psychiatric nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 330–338. <https://doi.org/10.1111/ppc.12791>

Suleiman-Martos, N., Gomez-Urquiza, J. L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., De La Fuente-Solana, E. I., & Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1124–1140. <https://doi.org/10.1111/jan.14318>

Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>

Theobald, H. (2018). *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden*. Study der Hans-Böckler-Stiftung, 383. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Theobald, H. (2022). Zur Situation der Pflegekräfte in Deutschland – Herausforderungen und Lösungsansätze. In F. Waldenberger, G. Naegle, H. Kudo, & T. Matsuda (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe. Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung* (S. 163–178). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_11

Tobin, R., & Dunkley, D. M. (2021). Self-critical perfectionism and lower mindfulness and self-compassion predict anxious and depressive symptoms over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 136: 103780. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103780>

Twigg, D. E., Gelder, L., & Myers, H. (2015). The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1564–1572. <https://doi.org/10.1111/jan.12616>

Upton, K. V. (2018). An investigation into compassion fatigue and self-compassion in acute medical care hospital nurses: a mixed methods study. *Journal of Compassionate Health Care*, 5:7. <https://doi.org/10.1186/s40639-018-0050-x>

Voltmer, E., Wingenfeld, K., Spahn, C., Driessen, M., & Schulz, M. (2013). Work-related behaviour and experience patterns of nurses in different professional stages and settings compared to physicians in Germany. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), 180–189. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00855.x

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., Grossmann, P., & Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit: Die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 727–765). Tübingen: dgvt.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness - the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and individual differences*, 8, 1543–1555. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>

Wasem, J., & Blase, N. (2023). Die Personalentwicklung im Krankenhaus seit 2000. In: J., Klauber, J., Wasem, A., Beivers, C., Mostert (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal*. Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-66881-8_1

Weiner, E. (2014): *The Effects of Mandated Nurse-to-Patient Ratios on Reducing Preventable Medical Error and Hospital Costs*. Law School Student Scholarship: Paper 604. Seton Hall University

Wörfel, F., Gusy, B., & Lohmann, K. (2015). Schützt Selbstmitgefühl Studierende vor Burnout? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10, 49–54. doi:10.1007/s11553-014-0471-0.

Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T. C., Tang, P., Zeng, L., ... Wang J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 120: 103973. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103973

Yeşil, A., & Polat, Ş. (2023). Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. *BMC Nursing*, 22: 12. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01174-3>

Zink, M., Wendsche, J., & Melzer, M. (in press). Individuelle und arbeitsbezogene Herausforderungen der Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie in Deutschland. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*. <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00524-x>

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1. *Skalenbezeichnung und Beispielitems der ProQOL*
- Tabelle 2. *Einteilung der Level der ProQOL-Skalen*
- Tabelle 3. *Ausprägung der professionellen Lebensqualität in der Gesamtstichprobe in Häufigkeiten und Prozente*
- Tabelle 4. *Korrelationsmatrix für alle Skalen*
- Tabelle 5. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Maximum und Minimum der korrigierten Trennschärfen für die Skalen der ProQOL*
- Tabelle 6. *Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben der Skalen der ProQOL und des wahrgenommener Stresses (PSQ-20). Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden*
- Tabelle 7. *Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben der Skalen der ProQOL und des wahrgenommener Stresses (PSQ-20). Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden*
- Tabelle 8. *Ergebnisse der Welch-ANOVA der Skalen der ProQOL bezüglich subjektiv wahrgenommenem Stress (PSQ-20). F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem Alpha und Konfidenzintervalle der Effektstärken*
- Tabelle 9. *Ergebnisse der ANOVA der Skalen der ProQOL und wahrgenommener Stress (PSQ-20) bezüglich Achtsamkeit (FFA-14). F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem Alpha, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken*
- Tabelle 10. *Deskriptivstatistische Kennwerte und Ergebnisse der ANOVA der Skalen der ProQOL und wahrgenommener Stress (PSQ-20) bezüglich selbstbezogenem Mitgefühl (SCS-D). F-Wert mit Signifikanzwert und Freiheitsgraden, korrigiertem Alpha, Effektstärken und Konfidenzintervalle der Effektstärken*
- Tabelle 11. *Ergebnisse der Regressionsanalysen für die Prädiktoren der Mitgefühlsmüdigkeit der professionellen Lebensqualität (ProQOL) und des Stresses (PSQ-20) mit standardisierten und unstandardisierten Regressionskoeffizienten und Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung, R^2 , korrigierten R^2 Werten und Variance Inflation Factor (VIF)*

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Boxplot: Vergleich der Stress-Gruppen in der Mitgefühlsmüdigkeit (ProQOL-BO und ProQOL-ST5; Wertebereich 0–45) und der Mitgefühlszufriedenheit (ProQOL-MZ; Wertebereich 0–60)

Abbildung 2. Boxplot: Vergleich der Achtsamkeit-Gruppen in der Mitgefühlsmüdigkeit (BO, ST5; Wertebereich 0–45), Mitgefühlszufriedenheit (MZ; Wertebereich 0–60) und der Stresswahrnehmung (Wertebereich 0–3.5)

Abbildung 3. Boxplot: Vergleich der Selbstmitgefühl-Gruppen in der Mitgefühlsmüdigkeit (BO, ST5; Wertebereich 0–45), Mitgefühlszufriedenheit (MZ; Wertebereich 0–60) und der Stresswahrnehmung (Wertebereich 0–3.5)

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Acceptance and commitment therapy
ANOVA	Varianzanalyse
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BO	Burnout
CFT	Compassion-focused therapy
DBT	Dialectical behavior therapy
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
FFA-14	Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA-14) – Kurzversion
MBCT	Mindfulness-based cognitive therapy
MBRP	Mindfulness-based relapse prevention
MBSR	Mindfulness-based stress reduction
MLR	Multiple lineare Regression
MM/CF	Mitgeföhlsmüdigkeit / Compassion Fatigue
MSC	Mindful self-compassion program
MZ/CS	Mitgeföhlszufriedenheit / Compassion satisfaction
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ProQol	Professional Quality of Life Scale: Skala zur Erfassung der beruflichen Lebensqualität
PSQ-20	Perceived Stress Questionnaire - Kurzversion
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SCS-D	Self-Compassion-Scale - Deutsche Version
STS	Sekundäre Traumatisierung
VZÄ	Vollzeitäquivalent

3 Anhang

Gesundheits- & Krankenpfleger*innen für Online-Studie gesucht!



„Professionelle Lebensqualität von Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in der stationären Pflege“ :

Eine Studie zu Belastungen und Schutzfaktoren in der Pflege.

Die Studie hat das Ziel, den Umgang der Pfleger*innen mit Stressoren und Belastungen im Zusammenhang mit Schutzfaktoren wie Achtsamkeit und Selbstmitgefühl zu untersuchen.

Teilnahmevoraussetzungen:

- Mind. 18 Jahre alt
- Sie arbeiten seit mind. 6 Monaten in einem Krankenhaus/ vergleichbaren Einrichtung
- Sie arbeiten mind. 30 Stunden pro Woche
- Arbeitsplatz im deutschsprachigen Raum
- Gute Deutschkenntnisse



Hier geht's zur Studie:
sosci.univie.ac.at/berufllchelebensqualitaet/

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an mich:
Ben Weißenberg, BSc
Kontakt: pflegestudieproqol@gmail.com

