



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Lebensqualität bei Helferinnen und Helfern“

verfasst von / submitted by

Anna-Maria Reichard, BSc

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

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 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

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken, die an der Befragung dieser Studie teilgenommen haben.

Ebenso bei den Kolleginnen und Kollegen sowie Institutionen, die den Aufruf zur Befragung weitergeleitet haben. Ohne diese Unterstützung wäre die Durchführung der Studie im Rahmen meiner Masterarbeit nicht möglich gewesen.

Weiters möchte ich meinem Betreuer Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch für seine Begleitung und Hilfestellung danken. Seine ruhige und ausgeglichene Art hat mir sehr bei der Erstellung dieser Arbeit geholfen.

Großer Dank gilt natürlich auch meiner Familie sowie meinen Freundinnen und Freunden, auf die ich immer zählen kann.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	3
Inhaltsverzeichnis	5
Kurzfassung	7
Abstract.....	9
1 Einleitung	11
2 Theoretischer Hintergrund	12
2.1. Lebensqualität	12
2.1.1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität	12
2.1.1.1. Phase 1 – Definition	12
2.1.1.2. Phase 2 – Erfassung	13
2.1.1.3. Phase 3 – Anwendung und Forschung	14
2.1.1.4. Phase 4 – Gesundheitsökonomie.....	14
2.1.2. Professionelle Lebensqualität.....	15
2.1.2.1. Compassion Satisfaction	15
2.1.2.2. Compassion Fatigue	16
2.1.2.2.1 Secondary Traumatic Stress.....	16
2.1.2.2.2. Burnout	17
2.1.2.3. Messung.....	21
2.1.2.4. Zusammenhänge	21
2.1.3. Lebensqualität bei HelferInnen	22
2.2. Was hilft uns HelferInnen?.....	24
2.2.1. Resilienz.....	24
2.2.2. Self-Compassion	30
2.2.3. Arbeitssetting.....	32
2.2.4. Supervision	33
3 Zielsetzung	40
4 Methodik	41
4.1. Untersuchungsdesign	41
4.2. Stichprobe	41
4.3. Untersuchungsdurchführung	41
4.4. Untersuchungsinstrumente.....	42
4.4.1. Demografischer Fragebogen	42
4.4.2. Supervision.....	42
4.4.3. Professionelle Lebensqualität.....	42
4.4.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität	43
4.4.5. Resilienz	45
4.4.6. Self-Compassion	46
4.4.7. Anmerkungen	47
5 Fragestellungen und Hypothesen	48
Fragestellung 1 – Zusammenhänge.....	48
Fragestellung 2 – Unterschiede Geschlecht.....	50
Fragestellung 3 – Unterschiede Arbeitssetting	51
Fragestellung 4 – Unterschiede Berufsgruppen	52
Fragestellung 5 – Unterschiede Personen in Ausbildung	53

Fragestellung 6 – Unterschiede Supervisionsarten	54
Fragestellung 7 – Unterschiede Ausmaß Supervision sowie Intervention	57
6 Ergebnisse.....	60
6.1. Rücklaufstatistik	60
6.2. Deskriptivstatistik.....	60
6.3. Statistische Auswertungsverfahren	66
6.4. Inferenzstatistik.....	68
6.4.1. Fragestellung 1	68
6.4.2. Fragestellung 2	71
6.4.3. Fragestellung 3	73
6.4.4. Fragestellung 4	77
6.4.5. Fragestellung 5	81
6.4.6. Fragestellung 6	83
6.4.7. Fragestellung 7	87
7 Diskussion	92
7.1. Diskussion der Ergebnisse	92
7.2. Limitationen und zukünftige Forschung	97
8 Schlussfolgerung	100
Literaturverzeichnis.....	101
Abbildungsverzeichnis	112
Tabellenverzeichnis	113
Abkürzungsverzeichnis	116
Anhang	117
Anhang 1: Aufruf zur Studienteilnahme per Mail	118
Anhang 2: Aufruf zur Studienteilnahme über soziale Netzwerke.....	119

Kurzfassung

Einleitung:

Ziel dieser Studie war es, Aspekte, die einen positiven Einfluss auf die oftmals auch belastende Arbeit als HelferIn haben können, näher zu betrachten.

Methode:

Die Querschnittstudie richtete sich an Personen und Auszubildende in helfenden Berufen, die mit psychisch erkrankten Personen arbeiten. Mittels Online-Fragebogen wurden die professionelle (ProQOL) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36), Resilienz (RS-11) sowie Self-Compassion (SCS-D) erhoben. Weiters wurden Fragen zum Beruf, dem Arbeitssetting sowie zum Thema Supervision gestellt. Die Stichprobe bestand aus 326 Personen.

Ergebnisse:

In dieser Studie konnten die Ergebnisse der bisherigen Forschung in Bezug auf die Zusammenhänge der unterschiedlichen Konstrukte repliziert werden. Es zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf das Arbeitssetting der HelferInnen bei Burnout, Vitalität und Emotionaler Rollenfunktion. Bei Personen im Praxissetting zeigten sich signifikant niedrigere Burnoutwerte sowie höhere Werte an Vitalität und Emotionaler Rollenfunktion. Überraschenderweise zeigten sich keinerlei signifikante Unterschiede verschiedene Supervisionsformen sowie das Ausmaß betreffend in Bezug auf die erhobenen Konstrukte. Unterschiede konnten jedoch in Bezug auf das Interventionsausmaß festgestellt werden. Personen, die im vergangenen halben Jahr nicht an Intervention teilnahmen, unterschieden sich in Bezug auf Burnout signifikant von jenen, die regelmäßig (sechs bis 12 Mal) teilgenommen hatten, sowie in Bezug auf Self-Compassion von Personen, die häufig (13+ Mal) teilnahmen. Personen ohne Intervention wiesen höhere Burnoutwerte sowie niedrigere Werte an Self-Compassion auf.

Schlussfolgerung:

Diese Studie deutet unter anderem darauf hin, dass dem Thema des Arbeitssettings sowie der Intervention zukünftig vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Jedenfalls sollten Maßnahmen gegen arbeitsbedingte Beeinträchtigungen

bei HelferInnen nicht nur individuelle Interventionen miteinbeziehen, sondern auch die Arbeitsumgebung.

Schlagwörter:

Lebensqualität, HelferInnen, Supervision, Self-Compassion, Resilienz

Abstract

Introduction:

The aim of this study was to investigate various aspects which may have a positive impact on the often stressful working of helping professions.

Methods:

The cross-sectional study aimed to helping professions, or trainees working with mentally ill people. Using an online questionnaire, professional (ProQOI) and health-related quality of life (SF-36), resilience (RS-11) and self-compassion (SCS-D) were asked. Further questions about profession, work setting and clinical supervision were asked. The sample consisted of 326 persons.

Results:

In this study, the results of recent research were confirmed on the correlations of the constructs investigated. There were significant differences in terms of work setting in helping professions concerning burnout, vitality and emotional role function. Persons in practice setting showed significantly lower burnout levels and higher levels of vitality and emotional role function. Surprisingly, no significant differences concerning various forms of clinical supervision and the extent in relation to the constructs could be found. However, differences were observed with respect to the extent of intervision. Persons who did not participate in intervision within the last six months, were significantly different with respect to burnout from those, who participated regularly. As well as concerning self-compassion, when participating very often. Persons, who did not participate in intervision, had higher burnout levels and lower levels of self-compassion.

Conclusion:

More attention should be paid to work setting and intervision in future. Anyway, activities against work-related impairments concerning helping professions should not only include individual interventions, but also inventions concerning work environment.

Keywords:

quality of life, helping professions, supervision, self-compassion, resilience

1 Einleitung

Die Arbeit im Gesundheits- und Sozialbereich – also in einem helfenden Beruf – kann nicht nur erfüllende und schöne Momente aufweisen, sondern oft auch sehr belastend für die HelferInnen selbst sein. Es kann dadurch zu Beeinträchtigungen in der Lebensqualität kommen. Reimer, Jurkat, Vetter und Raskin (2005a) befragten in Deutschland niedergelassene psychologische sowie ärztliche PsychotherapeutInnen. Es zeigten sich deutliche Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, vor allem im Bereich der psychischen Summenskala. Reimer, Trinkaus und Jurkat (2005b) geben in ihrer Arbeit an, dass ÄrztInnen häufig unter ungünstigen Arbeitsbedingungen – wie Überstunden und Zeitdruck – arbeiten, wodurch es zu einer Überanstrengung, einem erhöhten Stresslevel und oftmals auch zu einem Burnout kommen kann. Es zeigte sich weiters, dass die Suizidrate bei ÄrztInnen im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung signifikant erhöht ist. Huggard und Dixon (2011) erfassten die professionelle Lebensqualität bei niedergelassenen ÄrztInnen in Neuseeland. Die Studie zeigte, dass etwa 17 Prozent der befragten ÄrztInnen ein Risiko für *Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress* aufwiesen, etwa 20 Prozent für Burnout. Auf diese Begriffe wird im Zuge der Arbeit genauer eingegangen werden. Belastungen können dazu führen, dass bei Stress verschiedenste Symptome, wie z.B. Kopfschmerzen, Erschöpfung oder Schlafschwierigkeiten, entstehen (Killian, 2008).

Ziel dieser Arbeit ist es daher, verschiedene Aspekte, die einen positiven Einfluss auf die oftmals belastende Arbeit von Personen in helfenden Berufen haben können, näher zu beleuchten. Zunächst möchte ich im Zuge dieser Arbeit genauer auf den Begriff der Lebensqualität – im Sinne der professionellen sowie gesundheitsbezogenen – eingehen und diesen in Bezug zur Arbeit als HelferIn im Sozial- und Gesundheitsbereich betrachten. Anschließend möchte ich auf die Frage eingehen, was denn eigentlich uns HelferInnen helfen kann. Hierbei werden zunächst verschiedene Aspekte – die Resilienz, *Self-Compassion*, das Arbeitssetting sowie das Thema der Supervision – näher beleuchtet. Im Folgenden wird dann auf die empirische Untersuchung meiner Arbeit zu diesem Thema eingegangen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1. Lebensqualität

Der Begriff der Lebensqualität findet sich in den unterschiedlichsten Disziplinen, wie etwa der Psychologie, der Medizin, der Soziologie oder der Ökonomie (Daig & Lehmann, 2007). Lebensqualität wird von der World Health Organization (WHO) als „individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns“ definiert (World Health Organization (WHO), 1997, S. 1). Weiters definiert diese, dass es sich um ein weites Konzept handelt, das beeinflusst wird “by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment” (World Health Organization (WHO), 1997, S. 1).

Im Zuge dieser Arbeit wird näher auf die gesundheitsbezogene sowie auf die professionelle Lebensqualität eingegangen.

2.1.1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann nach Bullinger (2000) anhand mehrerer Phasen dargestellt werden.

2.1.1.1. Phase 1 – Definition

In der ersten Phase – in den 1970er Jahren – stand die Definition des Begriffs im Vordergrund (Bullinger, 2000). Für das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität war vor allem die Definition von Gesundheit bedeutsam. Ein wichtiger Meilenstein in dem Verständnis von Gesundheit und eine Erweiterung des Gesundheitsbegriffs wurden mit der Definition der WHO gesetzt, die folgendermaßen lautet: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (World Health Organization (WHO), 1948, S. 1). Durch die Erweiterung des Gesundheitsbegriffs, jedoch auch durch die Tatsache, dass sich die Struktur unserer Bevölkerung verändert – etwa der steigende Prozentsatz an älteren Personen und die damit verbundenen steigenden

chronischen Erkrankungen –, rückte der Begriff der Lebensqualität immer mehr ins Interesse (Bullinger, 2014; Bullinger & Kirchberger, 1998).

Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität schließlich handelt es sich um den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand von Personen (Bullinger, 2000; Daig & Lehmann, 2007). Es ist ein latentes sowie änderungssensitives Konstrukt (Bullinger, Siegrist & Ravens-Sieberger, 2000). Weiters handelt es sich um ein mehrdimensionales Konstrukt, das aus folgenden Komponenten besteht: einer körperlichen, sozialen, mentalen, emotionalen sowie alltagsfunktionalen Komponente (Bullinger, 2014). Bullinger (2014) gibt außerdem an, dass Faktoren wie Personencharakteristika oder strukturelle Faktoren einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können.

2.1.1.2. Phase 2 – Erfassung

Die zweite Phase – in den 1980er Jahren – war vor allem von der Frage geprägt, wie sich das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen und messen lässt (Bullinger, 2000). Mittlerweile gibt es zahlreiche Verfahren, die das Ziel haben, gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erfassen. Meistens handelt es sich um Selbstbeurteilungsfragebögen und nur selten werden Fremdbeurteilungsverfahren angewendet (Kohlmann, 2014).

Bei der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist es wichtig, zwischen generischen (krankheitsübergreifenden) und krankheitsspezifischen Verfahren zu unterscheiden (Bullinger, 2000; Kohlmann, 2014). Generische Verfahren erheben die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei an ganz unterschiedlichen Erkrankungen leidenden Personen und können auch bei gesunden Personen eingesetzt werden. Generische Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind somit sehr vielseitig anwendbar. Weiters gibt es mittlerweile eine Fülle an Daten unterschiedlichster Populationen, die zum Vergleich herangezogen werden können. Generische Verfahren sind außerdem meist gut validiert (Kohlmann, 2014). An dieser Stelle seien z.B. der Nottingham-Health-Profil-Fragebogen (Kohlmann, Bullinger & Kirchberger-Blumstein, 1997) oder der SF-36-Fragebogen (Bullinger & Kirchberger, 1998) erwähnt. Auf eines dieser generischen

Verfahren zur Messung der Lebensqualität – den SF-36-Fragebogen – werde ich später noch genauer eingehen, da dieser im Zuge meiner Studie zum Einsatz kam. Krankheitsspezifische Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität gehen oftmals mit einer höheren Akzeptanz einher und weisen eine höhere Änderungssensitivität auf, wobei dies auch abhängig von dem jeweiligen konkreten Fall ist (Kohlmann, 2014). Es gibt ganz unterschiedliche krankheitsspezifische Verfahren. Beispielsweise zahlreiche Verfahren, die die Lebensqualität bei an Krebs erkrankten Personen erfassen, wie etwa den Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (Herschbach, Marten-Mittag & Henrich, 2003).

2.1.1.3. Phase 3 – Anwendung und Forschung

In der dritten Phase – in den 1990er Jahren – stand die Anwendung und Lebensqualitätsforschung selbst im Fokus (Bullinger, 2000). Es wurden zahlreiche Studien durchgeführt, um die Lebensqualität bei unterschiedlichen PatientInnengruppen zu erheben sowie diese auch in klinischen Studien mitzuerheben (Bullinger et al., 2000).

2.1.1.4. Phase 4 – Gesundheitsökonomie

Mittlerweile lässt sich auch noch eine weitere – aktuelle – vierte Phase erkennen, in der das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der epidemiologischen Forschung sowie bei der Planung, Qualitätssicherung und Evaluation von Gesundheitssystemen und der Gesundheitsversorgung berücksichtigt wird (Bullinger et al., 2000; Bullinger, 2014). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität rückt damit in letzter Zeit immer mehr in den Fokus gesundheitsökonomischer Evaluationen (Greiner & Klose, 2014).

In den vergangenen Jahren ist außerdem ein spezieller Aspekt in Bezug auf die Lebensqualität genauer behandelt worden – das Problem des *Response-Shift*, das nun kurz näher erläutert sei (Güthlin, 2004). Darunter versteht man, dass sich der eigene Bewertungsmaßstab verändern kann. Dadurch kann es z.B. bei Veränderungsmessungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Verzerrungen kommen. So könnte es z.B. sein, dass sich bei Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eine Verbesserung zeigt, die jedoch nicht unbedingt direkt auf

eine Intervention zurückzuführen ist, sondern die Person ihre Lebensqualität mittlerweile anhand anderer Maßstäbe bewertet. In den vergangenen Jahren haben sich einige Ansätze entwickelt, die das Ziel verfolgen, Response-Shifts zu erfassen (Güthlin, 2004).

2.1.2. Professionelle Lebensqualität

Unter professioneller Lebensqualität versteht man die Lebensqualität, die HelferInnen in Bezug auf ihre Arbeit empfinden. Der Begriff HelferIn ist weit gefasst. Darunter versteht man z.B. Personen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen oder auch PolizistInnen (Stamm, 2010). Es können sowohl positive Aspekte als auch negative Aspekte die professionelle Lebensqualität beeinflussen. Auf diese wird nun genauer eingegangen. Eine Übersicht der professionellen Lebensqualität nach Stamm (2010) findet sich in Abbildung 1.

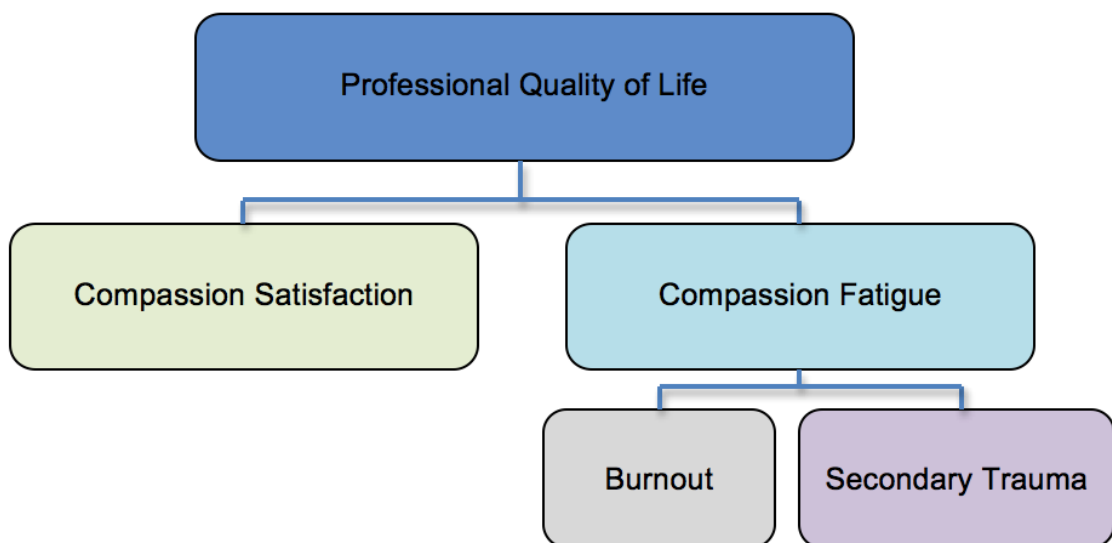


Abbildung 1. Professionelle Lebensqualität (nach Stamm, 2010, S. 8)

2.1.2.1. Compassion Satisfaction

Unter *Compassion Satisfaction*, die die positiven Aspekte der Arbeit als HelferIn darstellt, versteht man die Freude darüber, seine Arbeit gut zu machen, sowie darüber, KlientInnen durch seine Arbeit helfen zu können (Stamm, 2005, 2010).

2.1.2.2. Compassion Fatigue

Compassion Fatigue hingegen spiegelt die negativen Aspekte der Arbeit als HelferIn wider (Stamm, 2005, 2010). Nach Figley (2002) vermindert Compassion Fatigue unser Interesse bzw. unsere Möglichkeit, das Leid von anderen auszuhalten.

Im Folgenden sei das Entstehungsmodell von Compassion Fatigue nach Figley (2002) genauer beschrieben. Dieser führt an, dass Empathie der Schlüssel dazu ist, anderen zu helfen, jedoch auch das Risiko von Compassion Fatigue in sich birgt. Um empathisch reagieren zu können, ist es zunächst erforderlich, mit dem Leid von KlientInnen konfrontiert zu werden und dann die Motivation zu haben, diesen zu helfen, sowie Empathiefähigkeit zu besitzen. Die empathische Reaktion kann allerdings zu Stress führen, der sich letztendlich auch zu Compassion Fatigue entwickeln kann. Wie hoch der empfundene Stress ist, hängt jedoch von zwei Faktoren ab. Einerseits von der Zufriedenheit, die in Bezug auf die Behandlung der KlientInnen empfunden wird, andererseits von der Fähigkeit, sich vom Leid der KlientInnen abgrenzen zu können. Compassion Fatigue kann vor allem dann entstehen und besonders hoch sein, wenn es eine langanhaltende Exposition gibt, sonstige allgemeine Lebensveränderungen bestehen – die bereits ein gewisses Level an Stress erzeugen – sowie es zum Auftauchen früher erlebter traumatischer Erfahrungen kommt.

Figley verwendet den Begriff Compassion Fatigue gleichbedeutend mit dem Begriff Secondary Traumatic Stress (Lemke, 2006). Diese Studie lehnt sich jedoch an das Konzept von Stamm (2010) an. Compassion Fatigue wird nach diesem in zwei Teile geteilt – Secondary Traumatic Stress sowie Burnout. Auf beide Konstrukte wird in Folge näher eingegangen.

2.1.2.2.1 Secondary Traumatic Stress

Unter Secondary Traumatic Stress versteht man das negative Gefühl, das durch ein arbeitsbezogenes Trauma entstanden sein kann. Man unterscheidet hierbei zwischen der primären und sekundären Traumatisierung, wobei diese auch gleichzeitig auftreten können (Stamm, 2010). Sekundäre Traumatisierung kann dadurch

entstehen, dass man als HelferIn mit Personen arbeitet, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben. Es können dadurch bei den HelferInnen negative Symptome entstehen, wie z.B. Schlafschwierigkeiten, Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma, Angst oder auch Intrusionen. Diese haben meist einen schnelleren Beginn, als dies bei Burnout der Fall ist (Stamm, 2005, 2010).

Stamm (2010) führt weiters an, dass Secondary Traumatic Stress Ähnlichkeiten mit den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufweist. Wobei dieser auch anmerkt, dass es wichtig ist zu beachten, dass Compassion Fatigue nicht unbedingt psychopathologisch sein muss, sondern eine natürliche Folge der Arbeit im Feld der Psychotraumatologie ist.

2.1.2.2.2. Burnout

Definition und Symptome

Aspekte, die charakteristisch für ein Burnout sind, sind etwa Erschöpfung, Depression, Frustration, Ärger und Hoffnungslosigkeit. Burnout weist außerdem typischerweise einen schleichenden Beginn auf (Stamm, 2005, 2010). Burisch (2010) führt an, dass Burnout inzwischen bei zahlreichen unterschiedlichen Berufsgruppen – rund 60 – beschrieben worden ist.

Maslach und Susan (1981) beschrieben Burnout als „a syndrome of emotional exhaustion and cynicism that occurs frequently among individuals who do ‘people work’ “ (S. 1). Als eines der Schlüsselsymptome bei Burnout führen sie eine erhöhte emotionale Erschöpfung an. Weiters führen sie den Aspekt der Depersonalisation an, die zu einer zynischen und negativen Einstellung gegenüber den KlientInnen führen kann. Als dritten Aspekt nennen sie die Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung (Maslach & Susan, 1981).

An dieser Stelle seien außerdem fünf relevante Aspekte des Burnouts nach Maslach und Schaufeli (1993) (zitiert nach Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) angeführt:

1. Vor allem treten bei Burnout dysphorische Symptome – wie emotionale oder mentale Erschöpfung, Depression und Fatigue – auf.

2. Es bestehen hauptsächlich mentale Symptome sowie Symptome des Verhaltens anstatt körperlicher.
3. Die Symptome von Burnout sind arbeitsbezogen.
4. Burnout tritt bei Personen auf, die psychisch gesund sind und bei denen vorab keine Psychopathologie bestanden hat.
5. Aufgrund des Verhaltens und der negativen Einstellung kommt es zu einer reduzierten Leistungsfähigkeit in der Arbeit.

Freudenberger (1974) unterscheidet zwischen körperlichen Symptomen sowie bestimmten Verhaltensweisen, die bei Burnout auftreten. Als körperliche Symptome führt er unter anderem Fatigue, das Gefühl der emotionalen Erschöpfung, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Kurzatmigkeit und Verdauungsstörungen an. Weiters nennt er folgende Verhaltensweisen: Ärger, Frustration, negative und zynische Einstellung, selbst der geringste Druck führt zu Gefühlen der Überlastung, trotz vermehrter Arbeitsstunden kommt es zu geringerer Leistung, Risikoverhalten, Medikamentenmissbrauch.

Burisch (2010) führt jedoch an, dass Burnout noch nicht so eindeutig und scharf definiert ist, wie dies wünschenswert wäre. Etwa die Fragen, ob alle Symptome für ein Burnout vorhanden sein müssen sowie wie lange und in welchem Ausmaß ist in vielen der Definitionen von Burnout nicht eindeutig geklärt.

Phasen

Freudenberger und North (1992) beschrieben zwölf in sich übergehende Phasen, anhand derer sich Burnout entwickelt (siehe Abbildung 2). Auf diese sei nun näher eingegangen:

1. Zwang, sich zu beweisen: Der Wunsch an sich, sich selbst zu beweisen, kann jedenfalls positiv sein. Sobald sich dieser jedoch zu einem Zwang, sich zu beweisen, verändert, befinden wir uns im ersten Burnoutstadium. Dieses ist geprägt durch überhöhte Erwartungen an sich und eine starke Entschlossenheit zu Leistung und auch durch Gefühle der Einsamkeit.
2. Verstärkter Einsatz: Der Arbeit wird höchste Priorität zugeschrieben, und es kommt zu einem erhöhten Einsatz. Aufgaben werden nicht an andere abgegeben, da man die Kontrolle darüber nicht verlieren möchte.

3. Subtile Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse: Den persönlichen Bedürfnissen wird nur noch geringe Aufmerksamkeit geschenkt. Aufgrund einer Überlastung kommt es dazu, dass Sachen vergessen und verschoben werden.
4. Verdrängung von Bedürfnissen und Konflikten: Es kommt zu einer chronischen Müdigkeit und der Gefahr eines Zusammenbruchs des Körpers. Die Personen bemerken dies zwar, es folgt jedoch eine Unterdrückung der Bedürfnisse.
5. Umdeutung von Werten: Aufgrund des Drucks kommt es dazu, dass die Zeit anders wahrgenommen wird. Vergangenheit und Zukunft werden vollkommen ausgeblendet, und nur die Gegenwart ist relevant. Das bisherige Wertesystem beginnt zu bröckeln, und es kommt zu einer Trübung der Wahrnehmungsfähigkeit. Oftmals werden nicht nachvollziehbare Prioritäten gesetzt und Beziehungen anders wahrgenommen.
6. Verstärkte Verleugnung von Problemen: Persönliche Bedürfnisse werden vollkommen verleugnet und immer mehr als unwichtig eingestuft. Es kommt zu einer Abschottung der Außenwelt gegenüber.
7. Rückzug: Es kommt nicht nur zu einer Distanzierung von der Außenwelt, sondern auch zu einer Selbstdistanzierung. Symptome der Hoffnungs- und Orientierungslosigkeit sowie Zynismus treten auf, und es kann zu Substanzmissbrauch kommen, um der Entfremdung zu entfliehen.
8. Beobachtbare Verhaltensänderungen: Besorgnis von anderen Personen wird als Angriff erlebt und anderen Personen aus dem Weg gegangen. Es kommt zu Verhaltensänderungen, die auch von anderen wahrgenommen werden.
9. Depersonalisation: Es gibt kein Erkennen mehr für die eigenen Bedürfnisse und Persönlichkeit. Es kommt zur Selbstverneinung und zu einem vollkommenen Verlust der Prioritäten.
10. Innere Leere: Diese kann sich in verschiedenster Weise äußern, wie z.B. in Substanzmissbrauch, Phobien und Panikattacken.
11. Depression: Erschöpfung, Verzweiflung, Hoffnungs-, Sinn- und Freudlosigkeit sind in diesem Stadium die vorherrschenden Gefühle. Es kann zu Risikoverhalten und sogar auch Suizidgedanken kommen.
12. Völlige Burnout-Erschöpfung: Mit diesem Stadium ist der Gipfel der Burnout-entwicklung erreicht. Die psychische und körperliche Erschöpfung kann le-

bensgefährlich sein, und es ist dringend ratsam, sich professionelle Unterstützung zu suchen.

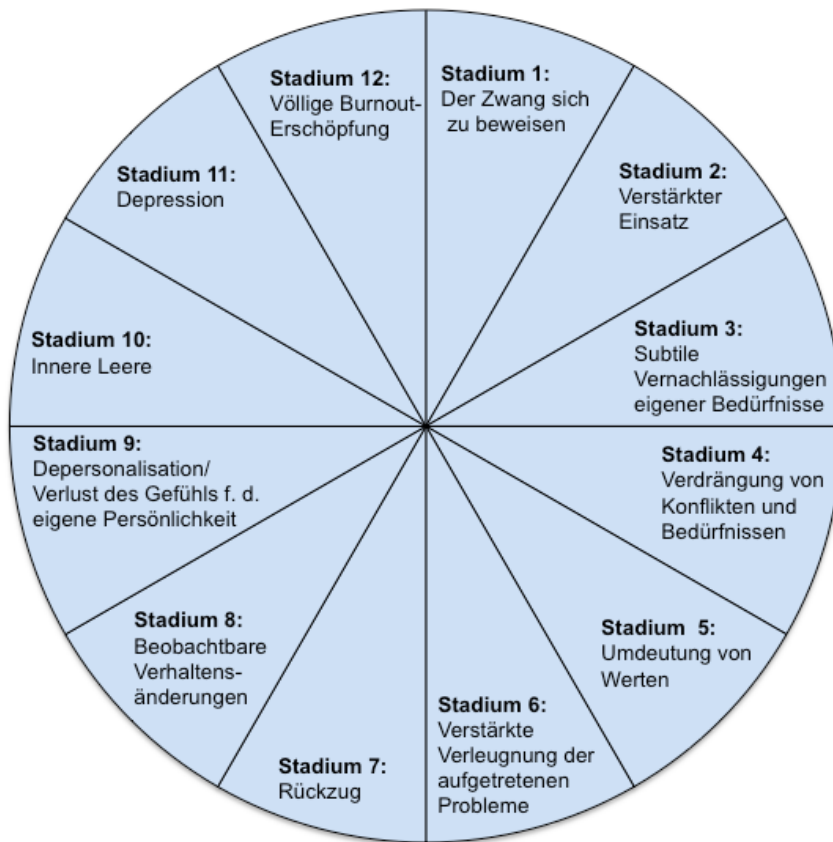


Abbildung 2. Der Burnout-Zyklus (nach Freudenberger & North, 1992, S. 123)

Auch Fengler (1997) führt an, dass es verschiedene Phasen der Entwicklung von Burnout gibt, wobei diese nicht unbedingt direkt aufeinander folgen müssen. An dieser Stelle seien die unterschiedlichen Phasen nach Fengler (1997) nun genauer beschrieben:

1. Engagement, Enthusiasmus sowie Idealismus sind bei den HelferInnen in Bezug auf ihre Arbeit besonders ausgeprägt.
2. Mit der Zeit macht sich jedoch eine gewisse Überforderung bemerkbar.
3. Dies führt dazu, dass die Anstrengung höher wird, man jedoch nicht mehr so freundlich den KlientInnen gegenüber ist, wie man sich wünschen würde.
4. Dadurch entstehen bei den HelferInnen Schuldgefühle.
5. Diese führen dazu, dass die HelferInnen sich nochmals zusätzlich mehr bemühen, ihre Arbeit gut zu erledigen und im Umgang mit den KlientInnen freundlich zu sein.
6. Dies gelingt jedoch leider nicht erfolgreich. Eine fließende Arbeit ist durch die hohe Anstrengung nicht mehr möglich.

7. Die HelferInnen bekommen nun ihre Hilflosigkeit der Situation gegenüber zu spüren.
8. Dies führt zu Hoffnungslosigkeit.
9. Die HelferInnen spüren ihre Erschöpfung, entwickeln Apathie oder Abneigung den KlientInnen gegenüber und empfinden ihre Arbeit als nicht mehr bewältigbar.
10. Zuletzt kommt es nun zum Burnout, das mit zahlreichen Symptomen einhergeht, wie z.B. Zynismus, Sarkasmus, Selbstbeschuldigungen und psychosomatischen Reaktionen.

Diagnostik

Weder im Diagnosesystem ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2011) noch im amerikanischen Diagnosesystem DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) findet sich eine eigenständige Diagnose zu Burnout. Im ICD-10 ist lediglich unter Sonstiges unter der Ziffer Z73.0 Ausgebranntsein als Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung angeführt (Dilling & Freyberger, 2011).

2.1.2.3. Messung

Ein oft verwendetes Verfahren zur Messung von Burnout ist das Maslach Burnout Inventory (MBI), das aus den drei Subskalen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit besteht (Maslach & Susan, 1981).

Die professionelle Lebensqualität – mit den Unterpunkten Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress und Burnout – kann mittels Professional-Quality-of-Life-Scale (ProQOL) erhoben werden. Auf dieses Verfahren wird nachstehend genauer eingegangen.

2.1.2.4. Zusammenhänge

Mehrere Studien bei Personen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, deuten darauf hin, dass ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Compassion Satisfaction mit Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress und Burnout besteht (Burnett & Wahl, 2015; Hegney, Rees, Eley, Osseiran-Moisson & Francis, 2015; Rossi et al., 2012). Weiters deuten die Ergebnisse auf einen signifikant posi-

tiven Zusammenhang zwischen den Konstrukten Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress und Burnout hin (Burnett & Wahl, 2015; Hegney et al., 2015; Rossi et al., 2012).

2.1.3. Lebensqualität bei HelferInnen

Die Arbeit als HelferIn kann, wie schon kurz angerissen, nicht nur sehr schöne und freudvolle Momente mit sich bringen, sondern oftmals auch sehr belastend für die HelferInnen selbst sein. Im Folgenden werden einige Ergebnisse dargestellt, die auf dieses Problem genauer verweisen.

Reimer et al. (2005a) befragten – wie bereits eingangs erwähnt – in Deutschland niedergelassene psychologische sowie ärztliche PsychotherapeutInnen, um nähere Informationen zur Lebensqualität dieser aufzeigen zu können. Die Studie zeigt, dass rund 81 Prozent der psychologischen und rund 62 Prozent der ärztlichen befragten PsychotherapeutInnen im Großen und Ganzen zufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind. Als besonders positive Aspekte, die an der Arbeit geschätzt werden, wurden der KlientInnenkontakt, die Vielfältigkeit sowie Selbstbestimmung genannt. Rund 65 Prozent der psychologischen und 71 Prozent der ärztlichen befragten PsychotherapeutInnen gaben an, dass sie aus heutiger Sicht ihre Arbeit wieder wählen würden. Die Studie zeigt jedoch weiters auf, dass rund die Hälfte der befragten PsychotherapeutInnen überhaupt nicht oder wenig zufrieden mit ihrer Einkommenssituation sind. Außerdem zeigten sich deutliche Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die mittels SF-36 erfasst wurde. Diese Beeinträchtigungen zeigten sich vor allem im Bereich der psychischen Summenskala. Reimer et al. (2005a) führen in ihrer Studie kritisch an, dass dieses Ergebnis darauf hindeutet, dass bei den PsychotherapeutInnen Ermüdungserscheinungen durch die hohe Beanspruchung vorliegen, jedoch beachtet werden muss, dass PsychotherapeutInnen sich eventuell mit ihrem psychischen Wohlbefinden kritischer auseinandersetzen und dies die Ergebnisse beeinflussen könnte.

Killian (2008) führte eine qualitative Studie bei klinischen MitarbeiterInnen durch, die mit Personen arbeiten, die traumatische Erfahrungen erlebt haben. Die MitarbeiterInnen gaben an, bei Stress verschiedenste Symptome aufzuweisen und zu entwickeln, wie z.B. Kopfschmerzen, Erschöpfung, Schlafschwierigkeiten, einen

Tunnelblick oder auch Intrusionen. Als Strategien zur Selbstfürsorge fielen etwa Supervision, Gespräche mit KollegInnen, Sport, Spiritualität und Zeit mit Familie sowie FreundInnen. Killian (2008) führte weiters eine quantitative Studie zu diesem Thema bei TraumatherapeutInnen durch. Es zeigte sich unter anderem, dass hohe soziale Unterstützung sowie hohe interne Kontrollüberzeugung in Bezug auf die Arbeit mit einem höheren Wert an Compassion Satisfaction einhergeht.

Rossi et al. (2012) untersuchten in Italien die professionelle Lebensqualität bei MitarbeiterInnen, die im Gesundheitsbereich in der Arbeit mit Personen mit psychischen Erkrankungen tätig waren. Die Ergebnisse zeigen, dass hohe Werte von Burnout und Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress vor allem bei PsychiaterInnen und SozialarbeiterInnen auftraten, auch wenn dieses Ergebnis nicht signifikant war. Ergebnisse einer weiteren Studie deuten ähnlich darauf hin, dass PsychiaterInnen ein höheres Level an Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress aufwiesen als MitarbeiterInnen anderer Gesundheitsberufe (Sprang, Clark & Whitt-Woosley, 2007). Weiters wiesen Frauen im Vergleich zu Männern ein höheres Level an Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress und Burnout auf (Sprang et al., 2007). Auch in der Studie von Rossi et al. (2012) zeigte sich, dass Frauen ein höheres Level an Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress aufwiesen.

Eine weitere interessante Studie befasste sich mit der Thematik in Bezug auf Personen, die noch in Ausbildung zu einem Helferberuf stehen. Harr und Moore (2011) untersuchten die professionelle Lebensqualität bei StudentInnen der Sozialarbeit. Die Untersuchung zeigte, dass die StudentInnen der Sozialarbeit während ihres Praktikums höhere Werte in der Skala Compassion Satisfaction aufwiesen, verglichen mit den Durchschnittswerten. Jedoch zeigte sich auch, dass diese StudentInnen ein höheres Risiko für Burnout zeigten und ein ebenso hohes Risiko für Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress aufwiesen wie bereits fertig in Sozialberufen Arbeitende.

Interessanterweise zeigte sich in der Studie von Rossi et al. (2012), dass mit jedem weiteren Jahr als MitarbeiterIn in der Arbeit mit psychisch erkrankten Personen das Level an Compassion Fatigue und Burnout steigt. Eine andere Studie berichtet gegensätzlich, dass eine geringe Erfahrung in der klinischen Arbeit mit hö-

heren Werten an Compassion Fatigue und Burnout einhergeht (Sprang et al., 2007).

Die Ergebnisse sind nicht nur für die betroffenen HelferInnen, sondern auch für deren KlientInnen von Bedeutung. Verschiedene Studien untersuchten die Auswirkungen von Burnout bei MitarbeiterInnen in Sozialberufen auf deren KlientInnen. Hierbei zeigte sich z.B. ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Burnout-levels von MitarbeiterInnenteams in psychosozialen Rehabilitationsprogrammen und der Zufriedenheit der KlientInnen. Vor allem zwischen der emotionalen Erschöpfung – ein charakteristisches Symptom bei Burnout – der MitarbeiterInnenteams und der KlientInnenzufriedenheit zeigte sich ein deutlich negativer Zusammenhang (Garman, Corrigan & Morris, 2002).

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es jedoch auch Studien gibt, die keine erhöhten Werte in Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress und Burnout bei HelferInnen finden konnten. Eine Studie von Lups, Kliem und Kröger (2012) erhob die professionelle Lebensqualität bei PsychotherapeutInnen, die speziell an dem Thema Psychotraumatologie interessiert und/oder ausgebildet waren. Es zeigte sich, dass diese eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Arbeit aufwiesen und die Werte der Subskalen Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress und Burnout eine geringe Ausprägung zeigten.

Es stellt sich dennoch aufgrund der zahlreichen Studien, die eine Beeinträchtigung der Lebensqualität aufzeigen, die Frage, welche Möglichkeiten es gibt, den Belastungen im Rahmen der Arbeit als HelferIn entgegenzuwirken.

2.2. Was hilft uns HelferInnen?

2.2.1. Resilienz

Definition

Der Begriff Resilienz kommt aus dem Englischen und bedeutet Widerstandsfähigkeit, Spannkraft und Elastizität (Wustmann Seiler, 2004). „Mit Resilienz werden Prozesse oder Phänomene beschrieben, die eine positive Anpassung des Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren widerspiegeln“ (Renneberg &

Hammelstein, 2006, S. 18). Wustmann Seiler (2004) charakterisiert Resilienz anhand des bisherigen Forschungsstands als dynamischen Entwicklungs- und Anpassungsprozess, als ein variables sowie multidimensionales und situationsspezifisches Konstrukt.

Eine bedeutsame – und eine der ersten – Längsschnittstudie zu dem Thema Resilienz stammt von Werner und Smith (2001). Untersucht wurden Kinder, die im Jahr 1955 auf Kauai, einer Insel in Hawaii, geboren wurden – und zwar hinsichtlich Stresserlebnissen sowie psychosozialer und biologischer Risiko- und Schutzfaktoren. Erhoben wurden diese Faktoren nach der Geburt sowie folgend im Alter von einem, zwei, zehn, 17/18, 31/32 und 40 Jahren.

Etwa 30 Prozent dieser Kinder waren mehreren Risikofaktoren ausgesetzt, z.B. chronischer Armut, Geburtskomplikationen oder hatten Eltern, die an einer psychischen Erkrankung litten. Etwa zwei Drittel von diesen Kindern hatten im Laufe der Jahre Verhaltes- oder Lernprobleme sowie psychische Probleme. Einem Drittel allerdings gelang eine positive Anpassung. Es zeigte sich, dass diese in der Kindheit auf Unterstützung in der Familie, der erweiterten Familie oder von außerhalb zurückgreifen konnten. Oft waren es die Großeltern, ein Lehrer oder der Leiter einer Jugendgruppe, die eine positive Identifikationsrolle übernahmen.

Eine der wichtigsten Erkenntnisse war, dass sich eine große Mehrheit der Teenager mit Schwierigkeiten im Alter von 30 und 40 Jahren angepasst hatten. Wendepunkt für diese Erwachsenen waren z.B. Fort- und Ausbildung, Heirat, Militärdienst, Beitritt zu einer Kirche oder Erholung nach einem Unfall/einer Krankheit. Werner und Smith (2001) erkannten die Wichtigkeit von mütterlicher Kompetenz, aber auch von Hilfe von außerhalb der Familie. Sie zeigten, dass einerseits die Wurzeln für Resilienz in der Kindheit liegen, andererseits, dass die Möglichkeit zur Anpassung im Erwachsenenalter gegeben ist, wenn man die Unterstützungen nutzt, die einem die Gemeinschaft bietet.

Risiko- und Schutzfaktoren

Ravens-Sieberer, Wille, Bettge und Erhart (2007) untersuchten in der sogenannten BELLA-Studie die psychische Gesundheit sowie – im Zuge dessen – verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen, die in Deutschland leben. Als ein sehr relevanter Risikofaktor erwies sich ein niedriger sozioökonomischer Status, der häufig mit psychischen Schwierigkeiten einherging. Weiters er-

wiesen sich Schwierigkeiten und Konflikte in der Familie als Risikofaktor. Vor allem das Auftreten von mehreren Risikofaktoren führte zu einer psychischen Auffälligkeit bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen.

Bengel, Meinders-Lücking und Rottmann (2009) beschreiben im Auftrag der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den bisherigen Forschungsstand in Bezug auf Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. In Anlehnung an die aktuelle Forschung teilen sie diese in personale, familiäre sowie soziale Schutzfaktoren. Unter personale Schutzfaktoren fallen unter anderem körperliche und biologische Faktoren, kognitive Fähigkeiten, Selbstwirksamkeitserwartung, aktive Bewältigungsstrategien oder soziale Kompetenz. Familiäre Schutzfaktoren können z.B. eine gute Beziehung zu den Eltern sowie Geschwistern und ein positives Familienklima sein. Unter die sozialen Schutzfaktoren fallen unter anderem soziale Unterstützung, die Qualität der Bildungsinstitutionen oder auch der Kontakt zu Peers. Die AutorInnen weisen hier jedoch darauf hin, dass die bisherige Forschung zu dem Ergebnis kommt, dass es oft von bestimmten Faktoren abhängt, ob und in welchem Ausmaß ein Faktor als Schutzfaktor wirkt. Je nach Geschlecht, Alter oder auch Kontext kann es hier zu Unterschieden kommen.

Resilienzmodelle

Wustmann Seiler (2004) gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Resilienzmodelle, die sich in der bisherigen Forschung finden. Diese versuchen die Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren zu beschreiben:

1. Modell der Kompensation

Unter diesem Modell versteht man, dass das Ausmaß eines risikoerhöhenden Faktors durch einen Faktor, der das Risiko mildert, kompensiert werden kann. Die Bewältigung von Risikosituationen funktioniert umso besser, wenn viele risikomildernde Faktoren bestehen und umgekehrt.

Bei diesem Modell können zwei Unterformen unterschieden werden. Das Haupteffekt-Modell geht davon aus, dass die Faktoren, die Risiken erhöhen und verringern können, direkten Einfluss auf das Entwicklungsergebnis eines Kindes haben. Das Mediatoren-Modell hingegen geht davon aus, dass diese Faktoren indirekt über einen Mediator – wie beispielsweise das Verhalten der Eltern – wirken.

2. Modell der Herausforderung

Bei einem moderaten Stresslevel können Risikosituationen als Herausforderung wahrgenommen werden. Im Laufe einer erfolgreichen Bewältigung gewinnt das Kind an Kompetenz und Bewältigungsstrategien, auf die dann auch in späteren Risikosituationen zurückgegriffen werden kann.

3. Modell der Interaktion

Dieses Modell geht davon aus, dass ein risikomildernder Faktor indirekt als Moderator auf die Beziehung zwischen einem risikoerhöhenden Faktor und dem Entwicklungsergebnis wirkt. Ein risikomildernder Faktor hat demnach nur in Anwesenheit einer Risikobelastung einen Effekt.

4. Modell der Kumulation

Dieses stellt eine Erweiterung des Modells der Interaktion dar und geht davon aus, dass sich Effekte von mehreren risikomildernden bzw. risikoerhöhenden Faktoren zusammenaddieren können. Zwei risikomildernde Faktoren führen zu einer besseren Anpassung, als wenn nur einer vorhanden ist.

Rahmenmodelle der Resilienz

An dieser Stelle möchte ich gerne ein Rahmenmodell der Resilienz nach Kumpfer (1999, zitiert nach Wustmann Seiler, 2004) vorstellen, das das Konstrukt in seiner Komplexität darstellt (siehe Abbildung 3).

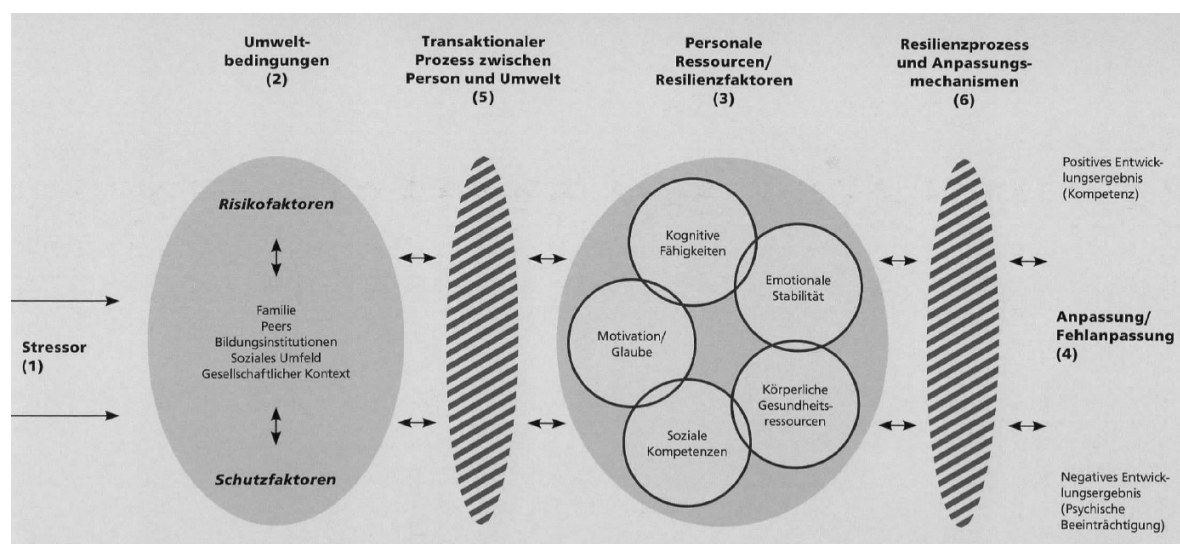


Abbildung 3. Rahmenmodell von Resilienz (nach Wustmann Seiler, 2004, S. 65; modifiziert nach Kumpfer, 1999, S. 185)

Dem Modell liegen vier Prädiktoren sowie zwei Transaktionsprozesse zugrunde. Folgende vier Prädiktoren sind bedeutsam (Kumpfer, 1999, zitiert nach Wustmann Seiler, 2004):

1. Zunächst benötigt es einen akuten Stressor, um einen Resilienzprozess in Gang zu setzen. Die subjektive Bewertung, die das Kind hat, beeinflusst das erlebte Stressniveau.
2. Wichtig sind die Umweltbedingungen, die sich auf die Interaktion bzw. das Vorhandensein von risikomildernden und -erhöhenden Bedingungen beziehen. Darauf wirkende Variablen sind z.B. Geschlecht, Alter oder der soziokulturelle Kontext. Auch eine mögliche Kumulation kann entscheidend sein.
3. Personale Merkmale sind als Resilienzfaktoren wichtig. Dazu gehören emotionale Stabilität, kognitive Fähigkeiten, soziale Kompetenzen, Glaube bzw. Motivation sowie körperliche Gesundheitsressourcen.
4. Ein positives Entwicklungsergebnis ist gekennzeichnet durch den Erwerb und Erhalt von altersmäßigen Kompetenzen und Fähigkeiten sowie durch ein Fehlen von psychischen Störungen. Dies ist wichtig, damit künftige Stresssituationen erfolgreich bewältigt werden können.

Kumpfer (1999, zitiert nach Wustmann Seiler, 2004) nennt als die beiden Transaktionsprozesse das Zusammenspiel von Umwelt und Person sowie jenes von Entwicklungsergebnis und Person. Es besteht laut Kumpfer (1999, zitiert nach Wustmann Seiler, 2004) noch großer Forschungsbedarf in Bezug auf diese beiden Transaktionsprozesse.

Siegrist (2010) nahm eine Anpassung dieses Rahmenmodells vor (siehe Abbildung 4).

Bei diesem steht der kognitive Verarbeitungs- und Bewältigungsprozess im Mittelpunkt. Nachdem die Verarbeitung jedoch nach Siegrist (2010) nicht linear verläuft, ist der Prozess in Form eines Kreises dargestellt. Der kognitive Verarbeitungs- und Bewältigungsprozess ist beeinflusst von den arbeitsbezogenen Ressourcen, Umweltressourcen, personellen Ressourcen sowie der Proaktivität einer Person. Es kommt zu einer wechselseitigen Einflussnahme zwischen der Person und diesen Faktoren.

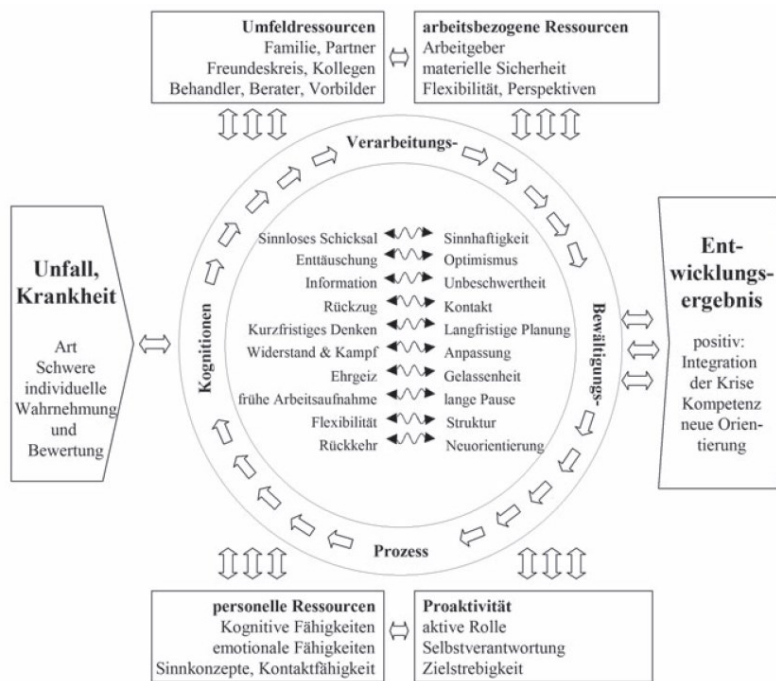


Abbildung 4. Angepasstes Rahmenmodell der Resilienz (nach Siegrist, 2010, S. 121)

Messung

Zur Messung von Resilienz wurden unterschiedliche Verfahren entwickelt. Auf eines dieser – die deutschsprachige Resilienzskala von Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß und Brähler (2005) – wird in dieser Arbeit später noch genauer eingegangen werden.

Prävention und Intervention

Bengel et al. (2009) führen verschiedene Interventionsprogramme an, die in den vergangenen Jahren entstanden sind, um Schutzfaktoren und die psychische Gesundheit zu fördern. Diese Interventionsprogramme beziehen meist die Eltern oder ErzieherInnen von Kindern und Jugendlichen mit ein.

Aktueller Forschungsstand

In mehreren Studien konnte ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und Compassion Satisfaction bei unterschiedlichen Gesundheitsberufen gefunden werden (Burnett & Wahl, 2015; Cooke, Doust & Steele, 2013; Hegney et al., 2015). Es zeigte sich außerdem ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Resilienz mit Burnout und Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress (Burnett & Wahl, 2015; Cooke et al., 2013; Hegney et al., 2015). Zechner (2015) konnte in ihrer Studie aufzeigen, dass BetreuerInnen psychisch erkrankter Perso-

nen eine umso höhere gesundheitsbezogene und professionelle Lebensqualität aufweisen, je resilienter diese sind.

2.2.2. Self-Compassion

Definition

Unter Self-Compassion, dem selbstbezogenen Mitgefühl, versteht man eine fürsorgliche und mitfühlende Einstellung gegenüber sich selbst, auch bei möglichen Fehlschlägen (Hupfeld & Ruffieux, 2011b). Das Konstrukt kommt ursprünglich aus der buddhistischen Philosophie (Neff, 2003a).

Self-Compassion besteht nach Neff (2003a) aus drei Komponenten: der selbstbezogenen Freundlichkeit, verbindenden Humanität und der Achtsamkeit. Unter selbstbezogener Freundlichkeit (vs. Selbstverurteilung) versteht man, sich selbst gegenüber mit Fürsorge und Verständnis zu begegnen sowie eigene Schwächen zu akzeptieren und sich deshalb nicht selbst zu kritisieren (Hupfeld & Ruffieux, 2011b; Neff, 2003a). Unter verbindender Humanität (vs. Isolation) ist zu verstehen, dass negative Erfahrungen als Teil der menschlichen Existenz wahrgenommen werden (Hupfeld & Ruffieux, 2011b; Neff, 2003a). Unter Achtsamkeit (vs. Überidentifizierung) versteht man, dass negativen Gedanken und Gefühlen mit einer akzeptierenden Haltung begegnet wird, man sich jedoch nicht zu viel mit diesen beschäftigt (Hupfeld & Ruffieux, 2011b; Neff, 2003a).

Abgrenzung

Self-Compassion ist deutlich von dem Konstrukt *Self-esteem* – der Selbstachtung – abzugrenzen. Bei dieser kommt es zu einer Selbstbeurteilung – meist durch den Vergleich mit anderen Personen –, die bei Self-Compassion keine Rolle spielt (Neff, 2003a; Neff, 2012). Weiters ist es von dem Konstrukt *Self-pity* – dem Selbstmitleid – abzugrenzen, bei dem das eigene Leid im Vordergrund steht und nicht mehr gesehen wird, dass dies Teil der menschlichen Natur ist und es vielen andere Menschen ebenso ergeht (Neff, 2012). Außerdem ist es wichtig, zwischen *Self-indulgence* – der Nachsicht mit sich selbst – und Self-Compassion zu differenzieren. Mitgefühl sich selbst gegenüber zu haben bedeutet in keiner Weise, sich gehen zu lassen, sondern ist im Gegensatz zur Selbstkritik ein positiver Motivator (Neff, 2012).

Messung

Zur Erhebung wurde die Self-Compassion-Scale (SCS) von Neff (2003b) entwickelt, auf die im Punkt Untersuchungsinstrumente noch genauer eingegangen wird. Diese besteht aus sechs Subskalen: der selbstbezogenen Freundlichkeit, Selbstverurteilung, verbindende Humanität, Isolation, Achtsamkeit und Überidentifizierung (Hupfeld & Ruffieux, 2011b).

Förderung

In den letzten Jahren kam es zur Entwicklung von Trainings zur achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Neff, 2012). Eine Studie von Raab, Sogge, Parker und Flament (2015) untersuchte die Wirkung eines achtwöchigen Programms zur achtsamkeitsbasierten Stressreduktion bei Frauen in Gesundheitsberufen. Es zeigte sich, dass sich Self-Compassion dadurch signifikant erhöhte. Nach dem achtwöchigen Programm zeigten sich signifikant niedrigere Werte in den Skalen Selbstverurteilung, Überidentifizierung und Isolation, während sich in der Skala zur verbindenden Humanität signifikant höhere Werte zeigten.

Aktueller Forschungsstand

MacBeth und Gumley (2012) zeigten im Zuge einer Metaanalyse auf, dass ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Self-Compassion und psychopathologischen Symptomen – wie Depression, Angst und Stress – besteht. Kemper, Mo und Khayat (2015) führten eine Studie bei berufstätigen sowie sich in Ausbildung befindlichen Personen im Gesundheitsbereich durch, die unter anderem aufzeigte, dass Resilienz mit höheren Werten an Self-Compassion, einem besseren Gesundheitszustand und weniger Stress einhergeht. Es zeigte sich weiters, dass Self-Compassion einen Prädiktor für höhere Resilienz darstellt.

Beaumont, Durkin, Hollins Martin und Carson (2016a, 2016b) zeigten, dass StudentInnen, die erhöhte Werte in der Skala Selbstverurteilung aufwiesen, weniger Self-Compassion, weniger Compassion gegenüber anderen sowie ein reduziertes Wohlbefinden zeigten. Weiters zeigten diese höhere Werte an Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress und Burnout. StudentInnen hingegen, die hohe Werte in Self-Compassion aufwiesen, zeigten ein niedrigeres Level an Burnout und Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress sowie mehr Wohlbefinden und Compassion Satisfaction.

Eine Metaanalyse (Yarnell et al., 2015) untersuchte geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Self-Compassion. In dieser wurden zahlreiche bisher erfolgte Studien mit unterschiedlichsten Stichproben in die Untersuchung mit einbezogen. Die Metaanalyse zeigte geringe, jedoch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Männer zeigen im Vergleich zu Frauen gering höhere Werte an Self-Compassion.

2.2.3. Arbeitssetting

Das Arbeitssetting in Sozial- und Gesundheitsberufen kann sehr unterschiedlich sein. Sowohl die Arbeit in freier Praxis – in eigener und/oder Gruppenpraxis – als auch die Arbeit in Institutionen – wie z.B. Krankenhäusern – ist möglich. Häufig sind HelferInnen auch nicht nur in einem Setting tätig, sondern in mehreren. Studien deuten darauf hin, dass das Arbeitsumfeld einen Einfluss auf unser Wohlbefinden hat.

Es zeigte sich, dass PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, die in freier Praxis arbeiten, niedrigere Burnoutwerte aufweisen als diejenigen, die in Institutionen arbeiten (Raquepaw & Miller, 1989; Vredenburg, Carlozzi & Stein, 1999). Zwei weitere Studien (Rupert & Kent, 2007; Rupert & Morgan, 2005) konnten diese Ergebnisse replizieren. PsychologInnen, die in freier Gruppen- oder Einzelpraxis arbeiten, wiesen im Vergleich zu Personen, die in Institutionen arbeiten, eine höhere Leistungszufriedenheit auf. Weiters gaben Psychologinnen in freier Gruppen- oder Einzelpraxis eine niedrigere emotionale Erschöpfung an als jene, die in Institutionen arbeiten. Bei den männlichen Kollegen konnte dieses Ergebnis allerdings interessanterweise nicht aufgezeigt werden. Im Gegensatz dazu wiesen diese in der Studie von Rupert und Morgan (2005) in freier Gruppenpraxis die höchsten Werte an emotionaler Erschöpfung auf. Die Studien (Rupert & Kent, 2007; Rupert & Morgan, 2005) stellten weiters fest, dass Personen in freier Einzelpraxis signifikant weniger Stunden pro Woche arbeiten, als dies bei Personen in freier Gruppenpraxis oder in Institutionen der Fall ist. Außerdem zeigte sich, dass Personen, die in einer Praxis arbeiten, signifikant mehr Zeit direkt mit KlientInnen verbringen, als dies bei MitarbeiterInnen in Institutionen der Fall ist, die viel Zeit mit administrativen Tätigkeiten verbringen. Personen in einer Praxis zeigten weiters eine höher erlebte

Kontrolle in Bezug auf ihre Arbeit, die mit einer geringeren emotionalen Erschöpfung und Depersonalisation sowie höherer Leistungszufriedenheit einherging.

Es zeigt sich jedenfalls, dass noch weiterer Forschungsbedarf besteht, um den Zusammenhang zwischen dem Arbeitssetting in freier Praxis, freier Gruppenpraxis sowie Institutionen genauer zu beleuchten. Im Zuge meiner Recherche konnte ich hierzu nur recht spärlich Studien entdecken. Eine Überlegung an dieser Stelle ist außerdem, ob es eventuell Unterschiede zwischen HelferInnen gibt, die in einem Setting tätig sind, und solchen, die in mehreren Settings tätig sind.

2.2.4. Supervision

Supervision ist gerade für die Arbeit von HelferInnen im Sozial- und Gesundheitsbereich sehr wichtig. Ohne Supervision ist kompetente psychosoziale Arbeit nur schwer vorstellbar (Belardi, 2015).

Helfende Berufe haben meist bestimmte Strukturen sowie Strukturprobleme. Die KlientInnen haben oftmals multikausale Probleme, also solche mit unterschiedlichsten Ursachen (sozial, ökonomisch, psychisch). HelferInnen arbeiten meist in interdisziplinären Teams, was oft auch statusmäßige Unterschiede bedeutet. Im Mittelpunkt von helfenden Tätigkeiten stehen auch soziale und emotionale Kompetenzen. Die berufliche Tätigkeit kann daher oft nicht losgelöst vom jeweiligen persönlichen Hintergrund gesehen werden. Dies alles bedeutet einen hohen Reflexionsbedarf, für den Supervision Klarheit schaffen kann (Belardi, 2015).

Fengler (1997) führt unter anderem Supervision als eine Maßnahme der Psychohygiene an, die im Umgang mit Belastungen und gegen Burnout hilfreich sein kann. Daher soll im Folgenden näher auf die Definition und die Geschichte der Supervision sowie ihre Funktionen und Aufgaben eingegangen werden.

Definition

Supervision wird definiert als „Beratungsmethoden zur Reflexion von Arbeitsprozessen auf der interpersonellen und organisatorischen Ebene zur Verbesserung der persönlichen und beruflichen Kompetenz“ (Belardi, 2005, S. 738).

Der Begriff Supervision wurde erstmals im 16. Jahrhundert in kirchlichen und juristischen Texten im Sinne von Kontrolle und Leitung verwendet. Der Begriff stammt aus dem Lateinischen und bedeutet soviel wie Übersicht, Überblick oder Kontrolle: *super* bedeutet über, *visio* bedeutet sehen (Belardi, 2013).

Während im deutschen Sprachraum der pädagogische und psychosoziale Begriff im Vordergrund steht, existiert im englischen Sprachraum – der vor allem durch die Wirtschaftswelt geprägt ist – ein anderes Verständnis des Begriffes Supervision. Hier versteht man unter Supervisor auch den Anleiter, unmittelbaren Vorgesetzten oder den Aufsichtsführenden (Belardi, 2013). Dass im deutschsprachigen Raum der Supervisor meist kein Vorgesetzter, sondern oftmals ein unabhängiger Berater ist, ist im englischen Sprachraum teils schwer vorstellbar (Belardi, 2015).

Unter Supervision als Überbegriff versteht man also „Weiterbildungs-, Beratungs- und Reflexionsverfahren für berufliche Zusammenhänge“ (Belardi, 2013, S. 15). Es geht demnach bei der Supervision nicht um Beratung oder Psychotherapie. Weiters spielen – zumindest im deutschen Sprachraum – fachliche und berufliche Fragen eine untergeordnete Rolle (Belardi, 2013). Ziel ist es stattdessen, die Arbeitsergebnisse und Arbeitsbeziehungen der SupervisandInnen – also der Ratsuchenden – sowie die Beziehungsgestaltung und Kommunikation zu verbessern. Reflexionsebenen können dabei sowohl die KlientInnenebene als auch die MitarbeiterInnenebene und die Organisationsebene sein (Belardi, 2013).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang außerdem, den Supervisionsbegriff des österreichischen Supervisions-Dachvereines zu erwähnen. Die *Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching* (ÖVS) (Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching (ÖVS), 2016b) definiert Supervision als:

die professionelle Beratungsmethode für alle beruflichen Herausforderungen von Einzelpersonen, Teams bzw. Gruppen und Organisationen. Die Supervisorin/der Supervisor unterstützt Sie dabei, berufliche Handlungen zielgerichtet, effizient und erfolgreich zu gestalten. Ziel von Supervision ist es, im Einzelgespräch, im Team oder in der Gruppe berufliche Situationen zu reflektieren und die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu befähigen, die

damit verbundenen Probleme und Herausforderungen konstruktiv zu bewältigen, Konflikte zu lösen und Veränderungsprozesse aktiv zu steuern. (o.S.)

Geschichte und Entwicklung

Die Vorgeschichte der Supervision liegt im Sokratischen Dialog im antiken Griechenland. Sokrates antwortete mit Gegenfragen auf die Fragen von seinen Schülern. Damit wollte er die Selbstreflexion seiner Schüler fördern (Belardi, 2013).

Die Qualitätskontrolle der Gilden und Zünfte im europäischen Mittelalter gelten als erste bekannte Reflexionen im Bereich von beruflichen Tätigkeiten. Zahlreiche Bestimmungen und Regeln sorgten für die notwendigen Kontrollen von Preisen und Maßen oder auch die der Ausbildung. Daraus entwickelten sich ab dem 17. Jahrhundert die verschiedenen Kammern, etwa für Handel oder Industrie sowie für selbstständige Berufe wie z.B. ÄrztInnen, JuristInnen, PsychotherapeutInnen (Belardi, 2013).

Supervision entstand schließlich Ende des 19. Jahrhunderts aus der Sozialarbeit in den USA und Großbritannien (Belardi, 2015). Mit den SozialarbeiterInnen und PsychotherapeutInnen entstanden zum ersten Mal personenbezogene kommunikative Dienstleistungsberufe. Im Vordergrund von diesen beiden helfenden Berufen stand die Beziehungsarbeit. Im Zuge dessen entstanden etwa Gespräche zur Entlastung und Klärung, Ausbildungsgespräche sowie die Lehranalyse bei der Ausbildung zum Psychoanalytiker (Belardi, 2013).

1950 wurde das Buch „Casework in USA“ von Hertha Kraus herausgegeben, in dem der deutsche Begriff der Supervision erstmals auftauchte (Belardi, 2015).

Die erste deutsche nähere Beschreibung von Supervision stammt aus dem Jahr 1952 von Eduard Hapke, der Psychologieprofessor in Lüneburg war und der in den USA die Supervision kennenlernte. Er beschrieb den Supervisionsprozess folgendermaßen: Ein/e BeraterIn (SupervisorIn) hilft einer/einem HelferIn (SupervisandIn) die Arbeitsprozesse mit seinen/ihren KlientInnen zu verstehen und die Arbeit besser zu gestalten. Bei der/dem BeraterIn handelt es sich meist um eine/n erfahrene/n SozialarbeiterIn (Hapke, 1952, zitiert nach Belardi, 2015, S. 18–19).

„Supervision ist nicht Seelsorge und nicht Psychotherapie, so dicht oft die Nachbarschaft werden mag. Das bezogen Bleiben auf den Fall ist Schutz gegen eine Ausweitung, die die Supervision sprengen müsste. Den Abschluss des Gesprächs bildet die Frage nach dem ´nächsten Schritt“ (Hapke, 1952, zitiert nach Belardi, 2015, S. 19). Ein/e SupervisorIn hört zu, „nicht richterlich, nicht freundschaftlich, sondern sachlich, ärztlich“ (Hapke, 1952, zitiert nach Belardi, 2015, S. 19).

Zunächst wurde Supervision zwischen den 1950er und 1970er Jahren in den Ausbildungseinrichtungen der Sozialarbeiter als Fächer gelehrt. Doch mit der Zeit kam es dazu, dass Supervision die Ausbildungseinrichtungen verlies und Platz am freien Weiterbildungsmarkt fand. Erst seit 2001 ist in Deutschland Supervision wieder in der regulären Ausbildung in Sozialarbeit und Sozialpädagogik zu finden (Belardi, 2015).

Bereits in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts gab es in Österreich Supervision als psychoanalytisch orientierte Seminare zur Einzelhilfe. Supervision wurde bereits früh in der Bewährungshilfe, dann in pastoralen Arbeitsfeldern eingeführt. Im Jahr 1981 startete die Universität Salzburg erstmals einen Hochschullehrgang für Supervision. Vor allem nach der Tötung von PatientInnen durch Pflegerinnen im Jahr 1989 im Krankenhaus Lainz in Wien folgte in Österreich ein Schub an Supervision (Belardi, 2015). In diesem Zusammenhang kann erwähnt werden, dass es seit den 1970er Jahren auch zu einer Verwissenschaftlichung und Akademisierung der Supervision gekommen ist. Zahlreiche Universitäten und Fachhochschulen bieten Studien- und Lehrgänge dazu an (Belardi, 2013).

Um die Qualität der Supervision zu sichern wurden Dachverbände gegründet. Im Jahr 1976 wurde in der Schweiz der *Berufsverband für Supervision und Praxisberatung (BSP)* – heute *Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung (BSO)* – gegründet. 1989 entstand in Köln die *Deutsche Gesellschaft für Supervision (DGSv)*. 1994 entstand die *Österreichische Vereinigung für Supervision*, jetzt *Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching (ÖVS)* (Belardi, 2015). 1995 vereinbarten diese drei deutschsprachigen Supervisionsverbände gemeinsame Standards und gegenseitige Ausbildungsanerkennungen. Sie bilden auch den Kern der *Association of National Organizations for Supervision in Europe (ANSE)* als europäischen Supervisionsverband (Belardi, 2015).

Die ÖVS umfasst nach heutigem Stand mehr als 1.300 Mitglieder (Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching (ÖVS), 2016a), die DGSV über 4.000 (Deutsche Gesellschaft für Supervision (DGSV), 2016), der BSO zirka 1.400 (Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung (BSO), 2016). Die ANSE zählt über 8.000 Mitglieder in 22 Ländern Europas und über 80 Institutionen (Association of National Organizations for Supervision in Europe (ANSE), 2016).

Supervisionsformen

Grundsätzlich kann zwischen externer und interner Supervision unterschieden werden. Bei der internen Supervision stammt der/die SupervisorIn aus derselben Einrichtung, in der die SupervisandInnen arbeiten. Durch ihre Nähe zum jeweiligen Arbeitsbereich besitzen sie höhere Feldkompetenz – also Kenntnis des Arbeitsfeldes – als externe BeraterInnen. Der Nachteil dabei ist allerdings, dass Offenheit und Vertrauen bei der internen Supervision schwieriger herzustellen sind. Interne Supervision kommt vor allem in englischsprachigen Ländern vor (Belardi, 2013). Bei der externen Supervision kommt der/die SupervisorIn von außen und wird dadurch als neutraler wahrgenommen. Durch mangelnde Feldkompetenz kann es allerdings zu falschen Deutungen und Schlüssen kommen (Belardi, 2013).

Supervision kann man auch hinsichtlich des Settings in Einzel- und Gruppensupervision unterscheiden (Belardi, 2005). Bei der Einzelsupervision wird eine Person von einer/einem SupervisorIn in Bezug auf ihre berufliche Tätigkeit beraten. Bei dieser Form geht es vor allem um die Reflexion der beruflichen Arbeit (Belardi, 2015). Von einem Mehr-Personen-Setting spricht man, wenn an einer Supervision mehrere Personen teilnehmen (Belardi, 2015).

Die häufigste Supervisionsform stellt derzeit die Teamsupervision dar (Belardi, 2005). Als Team wird dabei „eine kooperierende Arbeitsgruppe innerhalb eines organisatorischen Zusammenhangs“ definiert (Belardi, 2015, S. 119). Vor allem bei interdisziplinären Arbeitsgruppen ist Teamarbeit notwendig. Im Mittelpunkt der Teamsupervision stehen die Fallarbeit bezüglich der KlientInnen, die Beziehungen im Team, aber auch Organisationsfragen (Belardi, 2015). Zu der Gruppensupervision zählt auch die sogenannte Balint-Gruppe, benannt nach dem ungarischen Psychoanalytiker Michael Balint, der Ende der 1940er Jahre in England eine Me-

thode zur Weiterbildung von SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen entwickelt hat (Belardi, 2013).

Zu den Formen der Gruppensupervision gehört außerdem die kollegiale Supervision, auch Intervision genannt. Dabei „handelt es sich um eine wechselseitige Supervision ohne formelle Leitungsperson“ (Belardi, 2005, S. 742). Unter folgenden Bedingungen scheint nach Belardi (2013) die Intervision erfolgreich zu sein: Gruppenerfahrung und gute Selbstreflexion der TeilnehmerInnen, geringe Konkurrenz und hohe Professionalität, realistische Ansprüche und weitgehende Angstfreiheit sowie positive Erfahrungen mit vorheriger Supervision.

Schmelzer (1997) hat sich mit diversen Studien zu dem Thema der kollegialen Supervision beschäftigt und folgert daraus eine Reihe an Vorteilen sowie Nachteilen und Risiken. Als Vorteile der Intervision werden folgende Punkte erwähnt: Stärkung des Selbsthilfedankens, hohe Eigeninitiative und intrinsische Motivation der Teilnehmenden, kein Honorar, wechselseitige Ermutigung und Unterstützung, Möglichkeit zum Ideen-Austausch und Kennenlernen neuer Perspektiven, emotionaler Beistand bei Konflikten und Atmosphäre der Offenheit, Freiheit bei der Gruppenzusammensetzung, Förderung von Selbstreflexion, Nutzung der persönlichen Stärken, stellvertretende Lernerfahrungen, Vorbeugung vor Stress und Burnout am Arbeitsplatz sowie – als Nebenprodukt – intensivere Kooperation und größerer Zusammenhalt zwischen KollegInnen. Demgegenüber stehen auch Risiken und Nachteile der kollegialen Supervision: Gefahr von Überforderung, überhöhte Ansprüche, fehlende Außenperspektive, aber auch fehlende Kompetenz für bestimmte Prozesse und Themen, mangelhafte Zielorientierung, inadäquate Schwerpunktsetzungen, zu heterogene Zusammensetzung der Gruppe sowie die Verwendung von Intervision als Notlösung oder Ersatz für externe Supervision (Schmelzer, 1997).

Intervision wird immer wieder in der Literatur positiv erwähnt. Reimer (2005) führt die Intervision als psychohygienische Maßnahme an. Diese weist die Vorteile auf, dass sie nicht mit hohen finanziellen Kosten verbunden ist und außerdem keine hierarchischen Strukturen aufweist. Lups et al. (2012) zeigten, dass in ihrer Studie Intervision als dritthäufigste Strategie gegen Burnout von den befragten PsychotherapeutInnen angegeben wurde.

Aktueller Forschungsstand

Petzold, Schigl, Fischer und Höfner (2003) haben in einem Forschungsprojekt die Wirksamkeit der Supervision und die Supervisionsforschung generell in den Mittelpunkt gestellt. Im Rahmen einer Analyse der bisherigen Forschung wurden insgesamt 201 Beiträge zum Thema bearbeitet. Dabei zeigten sich große Unterschiede in der fachlichen Qualität. Das Ziel der Erhebung der Wirksamkeit von Supervision erwies sich aufgrund von fehlenden empirischen Forschungsarbeiten „als noch nicht sehr fruchtbar“ (Petzold et al., 2003, S. 197). Die seltenen Untersuchungen, die sich mit der Wirkung von Supervision auf der Ebene SupervisandInnen und KlientInnen auseinandersetzen, zeigen bisher noch keine Effekte, was auch dadurch bedingt ist, dass der Wissensstand zur Wirkung von Supervision derzeit noch zu gering ist, um gültige Aussagen machen zu können (Petzold et al., 2003).

Gottfried, Petitjean und Petzold (2003) führten eine Studie über Supervision in der Psychiatrie durch, bei der MitarbeiterInnen aus sechs Schweizer psychiatrischen Kliniken zu diesem Thema befragt wurden. Der Supervisionsnutzen wurde von den Befragten als beruflich, persönlich, patienten- und teambezogen gesehen. 29 Prozent der Befragten schätzten den Gesamtnutzen als hoch ein, als mittel 47 Prozent. In Summe gaben 74 Prozent der Befragten an, im letzten halben Jahr positive Erfahrungen in der Supervision gemacht zu haben. Negative Erfahrungen gemacht zu haben gaben 18 Prozent an. Als positive Erfahrungen wurden von den Befragten am häufigsten die Verbesserung der Kommunikation und der Zusammenarbeit im Team genannt, aber auch die Anerkennung der Arbeit und die Themen Entlastung und Unterstützung. Die negativen Erfahrungen betrafen vor allem mangelnde Feldkompetenz der SupervisorInnen, das Nichteingehen auf Anliegen des Teams und zu wenig PatientInnenbezogenheit.

Edwards et al. (2006) zeigten in ihrer Studie, dass effektive klinische Supervision zu niedrigeren Werten in den Burnout-Skalen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation bei Krankenschwestern und -pflegern in Großbritannien führte.

Albrecht (2013) zeigte, dass HelferInnen im Suchtbereich höhere Werte an Compassion Satisfaction aufwiesen, wenn diese an externer Supervision teilnahmen, im Vergleich zu jenen, die an keiner externen Supervision teilnahmen.

3 Zielsetzung

Ziel dieser Studie ist es, verschiedene Aspekte, die einen positiven Einfluss auf die oftmals belastende Arbeit als HelferIn haben können, näher zu betrachten. Zunächst soll überprüft werden, ob es einen Zusammenhang zwischen den Konstrukten der professionellen Lebensqualität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion gibt. Weiters soll aufgezeigt werden, ob geschlechtsspezifische Unterschiede sowie Unterschiede je nach Arbeitssetting, in dem man tätig ist, in Bezug auf diese unterschiedlichen Konstrukte bestehen.

Im Zuge der Studie wurde außerdem versucht, eine möglichst große Bandbreite an helfenden Berufen zu erreichen, um anschließend überprüfen zu können, ob eventuelle Unterschiede zwischen verschiedenen Berufsgruppen sowie auch zwischen berufstätigen und sich in Ausbildung befindlichen Personen bestehen. Hintergrund dazu war auch die Überlegung, aufzeigen zu können, in welchen Bereichen es eventuell besonders wichtig wäre, die gesundheitsbezogene sowie professionelle Lebensqualität der HelferInnen zu unterstützen.

Ein Anliegen dieser Studie ist weiters das Thema der Supervision. Es soll überprüft werden, ob Unterschiede in den Konstrukten der professionellen Lebensqualität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion je nach Supervisionsform sowie dem Supervisions- und Interventionsausmaß bestehen.

4 Methodik

4.1. Untersuchungsdesign

Das Forschungsdesign dieser Studie ist eine Querschnitterhebung, wobei auf die Durchführung dieser untenstehend genauer eingegangen wird.

4.2. Stichprobe

Die Befragung richtete sich an Personen, die im Sozial- und Gesundheitsbereich tätig bzw. gerade in Ausbildung zu einem Sozialberuf sind und derzeit mit psychisch erkrankten Personen arbeiten. Der Begriff psychische Erkrankung ist breit gefächert zu verstehen und lehnt sich hierbei an die im Diagnosesystem ICD-10 bezeichneten psychischen Störungen an. Die Beschreibung der erhobenen Stichprobe ist untenstehend bei der Deskriptivstatistik der Ergebnisse zu finden.

4.3. Untersuchungsdurchführung

Die Datenerhebung erfolgte mittels eines Online-Fragebogens. Dieser wurde mit Hilfe von SoSci Survey (Leiner, 2014) erstellt und war anschließend für die TeilnehmerInnen unter der Internetadresse <https://www.soscisurvey.de/lebensqualitaet-helferinnen/> verfügbar.

Der Hinweis zum Fragebogen wurde per Mail einerseits an persönliche Kontakte im Sozial- und Gesundheitsbereich, andererseits an verschiedenste Sozial- und Gesundheitseinrichtungen in ganz Österreich versendet (siehe Anhang 1). Weiters wurde der Fragebogenlink über soziale Netzwerke verbreitet (siehe Anhang 2). Im Zuge der Verbreitung wurde auch um Weiterleitung der Studie an MitarbeiterInnen und/oder KollegInnen gebeten, um mittels Schneeballsystem (Atkinson & Flint, 2001) möglichst viele Personen – auch unterschiedlicher sozialer Berufsgruppen – erreichen zu können. Die Erhebung mittels Online-Fragebogen startete am 14.06.2016 und dauerte bis zum 13.07.2016 an.

4.4. Untersuchungsinstrumente

4.4.1. Demografischer Fragebogen

Zu Beginn der Studie wurden einige demografische Fragen vorgegeben. Diese erfassten das Geschlecht, Alter, den Familienstand, das monatliche Nettoeinkommen, das Land, in dem man tätig ist, die Berufsbezeichnung bzw. ob man sich noch in Ausbildung und in welcher befindet, die wöchentlichen Arbeits- bzw. Ausbildungsstunden, die Berufserfahrung in Jahren sowie das Arbeitssetting, in dem man tätig ist.

4.4.2. Supervision

Anschließend folgten einige Fragen zum Thema Supervision. Zunächst wurde erhoben, ob in den vergangenen sechs Monaten an Supervision und Intervention teilgenommen wurde und, falls ja, in welchem Stundenausmaß.

Wurde angegeben, dass man in den vergangenen sechs Monaten an Supervision teilgenommen hat, folgten zusätzliche speziellere Fragen zu dieser. Hierdurch wurde erhoben, an welcher Supervisionsform – Einzel-, Gruppen- oder Einzel- und Gruppensupervision – teilgenommen wurde. Weiters wurde danach gefragt, ob Personen, die in einer Institution arbeiten, an interner, externer oder interner sowie externen Supervision teilgenommen haben.

4.4.3. Professionelle Lebensqualität

Zur Erfassung der professionellen Lebensqualität wurde die ProQOL verwendet. Es wurde beschlossen, nicht die derzeit aktuellste fünfte Version (Stamm, 2009) zu verwenden, da die deutsche Übersetzung noch Ungereimtheiten aufweist. Stattdessen wurde die Version ProQOL-R-III (Stamm, 2003) verwendet.

Es handelt sich bei der ProQOL um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, der insgesamt aus 30 Items mit einem fünfstufigen Antwortformat besteht. Jeweils zehn Items erfassen die Konstrukte Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress und Burnout (Stamm, 2005, 2010). Hohe Werte in der Skala Compassion Satisfaction deuten auf eine hohe professionelle Zufriedenheit hin. Hohe Werte in den Skalen Secondary Traumatic Stress und Burnout weisen jedoch darauf hin,

dass negative Aspekte vorherrschen und ein Risiko besteht (Stamm, 2005). Wichtig ist zu erwähnen, dass es sich hierbei jedoch um kein diagnostisches Verfahren handelt (Stamm, 2005, 2010).

Zur Auswertung der ProQOL müssen zunächst einige der Items umgepolt werden. Anschließend werden mittels Summierung der jeweiligen Items die drei Subskalen berechnet (Stamm, 2005, 2010). Die ProQOL weist zufriedenstellende Gütekriterien auf. Cronbach's Alpha liegt bei der Skala Compassion Satisfaction bei $\alpha=.87$, bei der Skala Secondary Traumatic Stress bei $\alpha=.80$ und bei der Skala Burnout bei $\alpha=.72$. Außerdem zeigt sich eine gute Konstruktvalidität (Stamm, 2005).

4.4.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mittels SF-36-Fragebogen erfasst (Bullinger & Kirchberger, 1998). Dieser entstand ursprünglich aus einer groß angelegten Studie – der Medical Outcomes Study –, die die Leistung der Versicherungssysteme in den USA prüfen sollte (Tarlov et al., 1989).

Der SF-36-Fragebogen ist ein generisches (krankheitsübergreifendes) Verfahren und somit sowohl für gesunde Personen als auch Personen mit unterschiedlichen Erkrankungen geeignet. Das Mindestalter liegt bei 14 Jahren. Der Fragebogen liegt sowohl als Selbstbeurteilungsfragebogen als auch als Fremdbeurteilungsfragebogen und als Interviewform vor. Weiters steht auch eine Kurzversion des Fragebogens zur Verfügung – die SF-12. Die Standardversion bezieht sich auf die letzten vier Wochen. Weiters gibt es eine Akutversion, die sich auf die letzte vergangene Woche bezieht (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 36 Items, die sich auf verschiedene Dimensionen der subjektiven Gesundheit beziehen. Das Antwortformat enthält sowohl mehrstufige Antwortskalen als auch die dichotomen Antwortmöglichkeiten Ja und Nein. Die Bearbeitungsdauer der SF-36 liegt bei durchschnittlich zehn Minuten (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Insgesamt werden acht Dimensionen erfasst, die zwei übergeordneten Skalen – der körperlichen sowie psychischen Summenskala – zugeordnet werden können (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Die körperliche Summenskala besteht aus folgenden vier Subskalen:

1. Körperliche Funktionsfähigkeit: Diese Subskala besteht aus insgesamt zehn Items, die – durch den aktuellen Gesundheitszustand bestehende – Beeinträchtigungen in der körperlichen Aktivität oder bei mittelschweren und anstrengenden Tätigkeiten erfassen.
2. Körperliche Rollenfunktion: Diese Subskala besteht aus vier Items. Sie erfasst, das Ausmaß, mit dem der körperliche Gesundheitszustand tägliche Aktivitäten oder auch die Arbeit beeinflusst und beeinträchtigt, z.B. dass man dadurch nicht so viel wie ansonsten üblich schafft.
3. Körperliche Schmerzen: Mit Hilfe von zwei Items wird das Ausmaß von vorhandenen Schmerzen erhoben sowie deren Einfluss auf die zu tätige Arbeit.
4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung: Diese wird mittels fünf Items erhoben. Diese erfragen den aktuellen subjektiven Gesundheitszustand, jedoch z.B. auch die Widerstandsfähigkeit gegenüber unterschiedlichen Erkrankungen und welche Erwartungen in Bezug auf den zukünftigen Gesundheitszustand bestehen.

Die psychische Summenskala setzt sich aus folgenden angeführten Subskalen zusammen:

1. Vitalität: Insgesamt vier Items erfassen, ob sich eine Person erschöpft und müde fühlt oder jedoch, ganz im Gegenteil, voller Energie ist.
2. Soziale Funktionsfähigkeit: Zwei Items erfassen, ob soziale Aktivitäten durch psychische und körperliche Probleme eingeschränkt sind.
3. Emotionale Rollenfunktion: Diese Subskala besteht aus insgesamt drei Items. Sie erfasst das Ausmaß, mit dem emotionale Schwierigkeiten tägliche Aktivitäten oder auch die Arbeit einschränken.
4. Psychisches Wohlbefinden: Das allgemeine psychische Wohlbefinden wird mittels fünf Items erfasst, die sich auf Themen wie z.B. Angst oder depressive Stimmungen beziehen.

Zusätzlich zu den acht Subskalen wird mit Hilfe eines Items nach Veränderungen der Gesundheit im Vergleich zum letzten Jahr gefragt.

Zur Auswertung der SF-36 kann ein elektronisches Auswertungsprogramm verwendet werden, mit dem die Items teilweise umgepolt, zu den unterschiedlichen Skalen zusammengefasst, gewichtet sowie in Werte von 0 bis 100 transformiert werden. Hierbei deuten höhere Werte auf einen besseren Gesundheitszustand hin (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Die interne Konsistenz liegt je nach Skala bei einem Cronbach's Alpha zwischen $\alpha=.57$ und $\alpha=.89$. Für die SF-36 liegen Normdaten aus zwölf Ländern vor sowie Referenzwerte klinischer PatientInnengruppen (Daig & Lehmann, 2007). Die Autorinnen (Bullinger, 2000; Bullinger & Kirchberger, 1998) geben an, dass das Verfahren zwar psychometrisch durchaus zufriedenstellend ist, jedoch trotzdem einige Limitationen aufweist. Diskutiert wird etwa, ob die soziale Funktionsfähigkeit, die nur mittels zwei Items erfasst wird, unterrepräsentiert ist. Weiters wird zwar erhoben, ob es Einschränkungen in der gesundheitsbezogene Lebensqualität gibt, jedoch nicht, mit welcher Relevanz und Wichtigkeit diese subjektiv von PatientInnen wahrgenommen werden.

4.4.5. Resilienz

Die Resilienz wurde mittels deutschsprachiger Kurzversion der Resilienzskala (RS-11) erfasst (Schumacher et al., 2005). Die englische Originalversion der Resilienzskala wurde von Wagnild und Young (1993) entwickelt.

Eine deutschsprachige Version liegt sowohl in Originallänge mit 25 Items (RS-25) als auch in einer Kurzfassung mit elf Items (RS-11) vor, wobei das Antwortformat jeweils siebenstufig ist (Schumacher et al., 2005). Die AutorInnen führen an, dass es sich bei der RS-11 um eine eindimensionale Skala handelt, wodurch ein Generalfaktor der Resilienz erfasst werden kann. Dieser berechnet sich aus der Summe der Itemrohwerte, wobei hier ein hoher Summenwert für eine hohe Ausprägung an Resilienz steht und umgekehrt (Schumacher et al., 2005).

Die RS-11 weist gute Itemtrennschärfekoeffizienten auf, die zwischen .50 und .75 liegen. Die RS-11 zeigt weiters eine gute interne Konsistenz mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha=.91$. Die interne Konsistenz der Kurzskala kommt somit fast an die der Langskala heran – bei dieser liegt die interne Konsistenz des Gesamtwertes bei

einem Cronbach's Alpha von $\alpha=.95$. Für eine gute konvergente Validität spricht, dass eine signifikant positive Korrelation ($r=.70$) zwischen der RS-11 und der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) gefunden werden konnte. Es zeigt sich, dass die RS-11 somit eine valide, reliable und ökonomische Skala ist, um einen Generalfaktor der Resilienz zu erfassen (Schumacher et al., 2005).

4.4.6. Self-Compassion

Self-Compassion wurde in dieser Studie mit der deutschen Kurzversion der Self-Compassion-Skala (SCS-D) erhoben (Hupfeld & Ruffieux, 2011a, 2011b). Die Self-Compassion-Skala (SCS) wurde im Jahre 2003 von Neff (2003b) entwickelt. Es handelt sich hierbei um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, der aus insgesamt 26 Items besteht. Angaben hierzu sollen auf einer fünfstufigen Antwortskala gemacht werden. Die Kurzversion des Fragebogens besteht aus insgesamt zwölf Items (Hupfeld & Ruffieux, 2011a, 2011b).

Die SCS setzt sich aus folgenden sechs Subskalen zusammen (Hupfeld & Ruffieux, 2011a, 2011b):

1. Selbstbezogene Freundlichkeit: Diese Subskala beschreibt einen verständnisvollen Umgang mit einem selbst, auch in schwierigen Zeiten und Situationen.
2. Selbstverurteilung: Diese Subskala beschreibt, inwieweit man sich selbst bei entstandenen Fehlern verurteilt.
3. Verbindende Humanität: Beschreibt das Wissen darüber, dass negative Erfahrungen und Leid Teil der menschlichen Existenz sind.
4. Isolation: Diese Subskala hingegen beschreibt, dass man sich durch das Erleben negativer Erfahrungen und Leid isoliert und von anderen getrennt erlebt.
5. Achtsamkeit: Die Subskala beschreibt, dass negativen Erfahrungen mit einer akzeptierenden Haltung gegenübergetreten wird.
6. Überidentifizierung: Diese Skala hingegen beschreibt, inwieweit man von negativen Erfahrungen und Leid überwältigt und auch mitgerissen wird.

Die Auswertung erfolgt, indem durch die Berechnung der Mittelwerte der jeweiligen Items die einzelnen Subskalen berechnet werden. Weiters kann ein Gesamtwert

berechnet werden. Hierfür ist es zunächst notwendig, einige der Items umzupolen und anschließend den Mittelwert über alle Items zu berechnen (Hupfeld & Ruffieux, 2011a).

Die innere Konsistenz des Gesamtwerts der deutschen Kurzform SCS-D liegt bei einem Cronbach's Alpha von $\alpha=.84$, die Retestreliabilität bei $r_{tt}=.83$. Zwischen Lang- und Kurzform besteht eine Korrelation von $r=.91$ (Hupfeld & Ruffieux, 2011a). Hupfeld und Ruffieux (2011a) führen jedoch an, dass die faktorielle Validität der Kurzversion bisher nicht wirklich zufriedenstellend ist. Bei der Kurzform muss sehr vorsichtig, falls überhaupt, damit umgegangen werden, wenn die einzelnen Subskalen interpretiert werden sollen. Aufgrund dessen wird im Zuge dieser Studie ausschließlich der Gesamtwert der SCS-D zur Überprüfung der Hypothesen herangezogen. Trotzdem ist die SCS-D ein ökonomisches Verfahren, um die generelle Self-Compassion zu erheben.

4.4.7. Anmerkungen

Am Schluss des Fragebogens bestand die Möglichkeit, in einem eigenen Feld Anmerkungen zur Umfrage zu hinterlassen.

5 Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellung 1 – Zusammenhänge

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten der professionellen Lebensqualität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion?

1.1 Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Konstrukt der professionellen Lebensqualität und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

H.0. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen den drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III) und den acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III) und den acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

1.2 Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Konstrukt der Resilienz und der professionellen Lebensqualität?

H.0. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und den drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und den drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

1.3 Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Konstrukt Self-Compassion und der professionellen Lebensqualität?

H.0. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D) und den drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D) und den drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

1.4 Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Konstrukt der Resilienz und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

H.0. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und den acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und den acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

1.5 Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Konstrukt Self-Compassion und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

H.0. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D) und den acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D) und den acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

1.6 Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Konstrukt der Resilienz und Self-Compassion?

H.0. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

H.1. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

Fragestellung 2 – Unterschiede Geschlecht

Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der professionellen Lebensqualität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion?

2.1. Unterscheiden sich Frauen und Männer in Bezug auf die professionelle Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

2.2. Unterscheiden sich Frauen und Männer in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

2.3. Unterscheiden sich Frauen und Männer in Bezug auf die Resilienz?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

2.4. Unterscheiden sich Frauen und Männer in Bezug auf Self-Compassion?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

Fragestellung 3 – Unterschiede Arbeitssetting

Bestehen Unterschiede je nach Arbeitssetting der Personen in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self-Compassion?

3.1. Bestehen Unterschiede je nach Arbeitssetting der Personen in Bezug auf die professionelle Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen, die in verschiedenen Arbeitssettings arbeiten, in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Personen, die in verschiedenen Arbeitssettings arbeiten, in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

3.2. Bestehen Unterschiede je nach Arbeitssetting der Personen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen, die in verschiedenen Arbeitssettings arbeiten, in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Personen, die in verschiedenen Arbeitssettings arbeiten, in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

3.3. Bestehen Unterschiede je nach Arbeitssetting der Personen in Bezug auf die Resilienz?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen, die in verschiedenen Arbeitssettings arbeiten, in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Personen, die in verschiedenen Arbeitssettings arbeiten, in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

3.4. Bestehen Unterschiede je nach Arbeitssetting der Personen in Bezug auf Self-Compassion?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen, die in verschiedenen Arbeitssettings arbeiten, in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Personen, die in verschiedenen Arbeitssettings arbeiten, in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

Fragestellung 4 – Unterschiede Berufsgruppen

Unterscheiden sich die verschiedenen sozialen Berufsgruppen in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self Compassion?

4.1. Unterscheiden sich die verschiedenen sozialen Berufsgruppen in Bezug auf die professionelle Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

4.2. Unterscheiden sich die verschiedenen sozialen Berufsgruppen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

4.3. Unterscheiden sich die verschiedenen sozialen Berufsgruppen in Bezug auf die Resilienz?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

4.4. Unterscheiden sich die verschiedenen sozialen Berufsgruppen in Bezug auf die Self Compassion?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

Fragestellung 5 – Unterschiede Personen in Ausbildung

Unterscheiden sich Personen in Ausbildung von jenen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self Compassion?

5.1. Unterscheiden sich Personen in Ausbildung von jenen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die professionelle Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen in Ausbildung und Personen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Personen in Ausbildung und Personen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

5.2. Unterscheiden sich Personen in Ausbildung von jenen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen in Ausbildung und Personen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Personen in Ausbildung und Personen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

5.3. Unterscheiden sich Personen in Ausbildung von jenen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die Resilienz?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen in Ausbildung und Personen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Personen in Ausbildung und Personen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

5.4. Unterscheiden sich Personen in Ausbildung von jenen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die Self Compassion?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen in Ausbildung und Personen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Personen in Ausbildung und Personen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

Fragestellung 6 – Unterschiede Supervisionsarten

6.1. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self Compassion?

6.1.1. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) in Bezug auf die professionelle Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

6.1.2. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

6.1.3. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) in Bezug auf die Resilienz?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

6.1.4. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) in Bezug auf die Self Compassion?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

6.2. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self Compassion?

6.2.1. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) in Bezug auf die professionelle Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

6.2.2. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

6.2.3. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) in Bezug auf die Resilienz?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

6.2.4. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) in Bezug auf die Self Compassion?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

Fragestellung 7 – Unterschiede Ausmaß Supervision sowie Intervention

7.1. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self Compassion?

7.1.1. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die professionelle Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

7.1.2. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

7.1.3. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die Resilienz?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

7.1.4. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die Self Compassion?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

7.2. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Interventionseinheiten in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self Compassion?

7.2.1. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Interventionseinheiten in Bezug auf die professionelle Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität (ProQOL-R III).

7.2.2. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf die acht Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

7.2.3. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf die Resilienz?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf den Gesamtwert der Resilienz (RS-11).

7.2.4. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf die Self Compassion?

H.0. Es gibt keine signifikanten Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

H.1. Es gibt signifikante Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Intervisionseinheiten in Bezug auf den Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D).

6 Ergebnisse

6.1. Rücklaufstatistik

Der Link zum Fragebogen wurde insgesamt 1.338 mal angeklickt, wobei sich diese hohe Zahl unter anderem dadurch erklären könnte, dass etwa LeiterInnen von Institutionen – die den Fragebogen nicht selbst bearbeitet, allerdings an MitarbeiterInnen und KollegInnen weitergeleitet haben – die Informationen der ersten Fragebogenseite zur näheren Auskunft aufgerufen haben.

Es haben schließlich 419 Personen den Fragebogen begonnen, wobei es zu einigen Abbrüchen kam und letztendlich insgesamt 335 Personen den Fragebogen komplett abgeschlossen haben. Die meisten Abbrüche zeigten sich auf den zwei Seiten, auf denen Fragen zum Thema Supervision gestellt wurden. Es kam hier zu 50 Abbrüchen. Die 335 ausgefüllten Fragebögen wurden auf Vollständigkeit überprüft, wobei neun aufgrund zu vieler fehlender Daten ausgeschlossen werden mussten. Insgesamt bestand die Stichprobe letztendlich aus 326 Personen. Auf die Beschreibung dieser wird nun näher eingegangen.

6.2. Deskriptivstatistik

Geschlecht

Die Stichprobe bestand aus 245 Frauen (75.2 Prozent) sowie 79 Männern (24.2 Prozent). Zwei Personen (0.6 Prozent) machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht.

Alter

Die Altersspanne der Stichprobe reichte von 20 bis 73 Jahren. Das durchschnittliche Alter lag bei 40.53 Jahren ($SD=10.59$). Eine Person machte keine Angabe zu ihrem Alter.

Familienstand

257 Personen (78.8 Prozent) gaben an, in einer Partnerschaft beziehungsweise verheiratet zu sein. 67 Personen (20.6 Prozent) gaben an, derzeit in keiner zu sein. Zwei Personen (0.6 Prozent) machten hierzu keine Angabe.

Einkommen

Das monatliche Nettoeinkommen liegt bei durchschnittlich 1,985.89 Euro (SD=864.67), wobei es hier eine weite Spanne je nach Person gibt. Diese reicht von 400 Euro bis zu 6,400 Euro. 29 Personen (8.9 Prozent) machten keine Angabe zu Ihrem Monatsnettoeinkommen.

Land

Ein Großteil der befragten Personen – 319 Personen (97.9 Prozent) – arbeitet in Österreich. Nur vier Personen (1.2 Prozent) gaben an, in Deutschland zu arbeiten. Zwei Personen (0.6 Prozent) gaben an, in sonstigen Ländern zu arbeiten, und eine Person (0.3 Prozent) machte hierzu keine Angaben.

Beruf

Bei der Frage nach dem Beruf konnten Mehrfachangaben gemacht werden. Nachdem anschließend verschiedene Berufsgruppen miteinander verglichen werden, wurden anhand der Daten folgende Berufsgruppen erstellt:

1. Berufsgruppe: ÄrztInnen

Zu dieser Berufsgruppe zählen ÄrztInnen jeglicher Fachrichtung. Aufgrund der kleinen Substichprobe wurden auch Personen mit eingeschlossen, die neben ihrer ärztlichen Tätigkeit eine weitere Berufsausbildung, wie z.B. zur/zum PsychotherapeutIn, aufweisen, sowie Personen, die sich gerade in Ausbildung zum Arztberuf befinden. Diese Berufsgruppe besteht aus insgesamt 15 Personen (4.6 Prozent).

2. Berufsgruppe: Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen

Hierzu zählen bereits berufstätige Diplomierte (psychiatrische) Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Auch hier wurden weiters Personen, die sich noch in Ausbildung zu diesem Beruf befinden, und Personen, die zusätzlich noch eine weitere Berufsausbildung aufwiesen, miteingeschlossen. Die Berufsgruppe besteht aus insgesamt 23 Personen (7.1 Prozent).

3. Berufsgruppe: PsychologInnen

Zu dieser Gruppe zählen insgesamt 66 (20.2 Prozent) (Klinische und Gesundheits-)PsychologInnen, die diese ausschließliche Angabe auswählten.

4. Berufsgruppe: SozialarbeiterInnen

Insgesamt 53 Personen (16.3 Prozent) gaben an, als SozialarbeiterInnen tätig zu sein (ausschließliche Angabe).

5. Berufsgruppe: PsychotherapeutInnen

Diese Berufsgruppe besteht aus 19 PsychotherapeutInnen (5.8 Prozent) (ausschließliche Angabe).

6. Berufsgruppe: PsychologInnen (Mehrfachangaben)

Nachdem es einige Personen gab, die den Beruf als PsychologIn und gleichzeitig einen oder mehrere weitere Berufe – wie PsychotherapeutIn, SozialarbeiterIn oder einen sonstigen Beruf – angaben, wurde hierzu eine eigene Berufsgruppe erstellt. Diese besteht aus insgesamt 29 Personen (8.9 Prozent).

7. Berufsgruppe: Sonstige Berufe

54 Personen (16.6 Prozent) gaben an, einen Sozialberuf auszuüben, der nicht dezidiert angegeben war (ausschließliche Angabe). Es wurden hier häufig pädagogische Berufe sowie der Beruf der/des diplomierten Lebens- und SozialarbeiterIn genannt. Weitere Nennungen waren unter anderem: ErgotherapeutIn, Fachkraft für Sozialpsychiatrie, FachsozialarbeiterIn Behindertenarbeit.

Insgesamt 59 Personen (18.1 Prozent) fallen in keine der genannten Berufsgruppen, wobei 41 Personen hiervon angaben, nebenbei oder Vollzeit eine Ausbildung zu absolvieren. Die restlichen Personen gaben andere als oben genannte Berufskombinationen an. Nachdem jedoch eine gewisse Stichprobengröße zum Vergleich notwendig ist, wurden keine weiteren Berufsgruppen in den Vergleich mitaufgenommen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass bei ein paar wenigen Fragebögen Ungereimtheiten in Bezug auf die Angabe des Berufs bzw. einer Ausbildung und den angegebenen Stunden in diesen festgestellt werden konnten. Es wurde z.B. von Personen angegeben, in einem bestimmten Beruf tätig zu sein und in keiner Ausbildung, anschließend jedoch wurden keine wöchentlichen Arbeitsstunden angegeben, allerdings Ausbildungsstunden. Nachdem in solchen Fällen nicht mit Si-

cherheit beurteilt werden konnte, welche Angaben die Personen machen wollten, wurden diese Fälle ausgeschlossen. Insgesamt acht Personen (2.5 Prozent) wurden aufgrund dessen bei der Berechnung der Berufsgruppe ausgeschlossen. Auf die Gründe dieser Ungereimtheiten wird in der Diskussion näher eingegangen.

Ausbildung

270 Personen (82.8 Prozent) gaben an, berufstätig zu sein, im Vergleich zu 46 Personen (14.1 Prozent), die angaben, (zusätzlich) in Ausbildung zu sein. Aufgrund der geringen Substichprobengröße konnte hier nur zwischen berufstätigen Personen und sich (zusätzlich) in Ausbildung befindlichen Personen verglichen werden.

Auch hier wurden – insgesamt zehn Personen (3.1 Prozent) – aufgrund aufgetauchter Ungereimtheiten ausgeschlossen.

Arbeits- und Ausbildungsstunden

Es wurden durchschnittlich 33.56 Stunden ($SD=10.18$) wöchentliche Arbeitszeit angegeben, wobei die Spanne sehr groß war. Sie reichte von zwei bis zu 60 Stunden die Woche.

Die angegebenen Ausbildungsstunden reichten von einer bis zu 40 Stunden pro Woche, wobei der Durchschnitt bei 15.97 Stunden ($SD=12.61$) die Woche lag. Es sei hier allerdings darauf hingewiesen, dass die meisten Personen, die sich in Ausbildung befanden, nebenbei auch noch berufstätig waren.

Berufserfahrung

Die Berufserfahrung der befragten Personen reichte von 0 bis 38 Jahre, der Durchschnitt lag bei 11.63 Jahren ($SD=9.24$). Fünf Personen machten dazu keine Angabe.

Arbeitssetting

Das Arbeitssetting wurde in drei Gruppen geteilt und diese miteinander verglichen: Arbeit in einer Institution, in einer Praxis oder sowohl als auch. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden unter dem Begriff Praxis die Einzel- und Gruppenpraxis zusammengefasst. 244 Personen (74.9 Prozent) gaben an, in einer Instituti-

on zu arbeiten, 20 (6.1 Prozent) in einer Praxis, und 62 (19.0 Prozent) gaben an, sowohl in einer Institution als auch in einer Praxis zu arbeiten.

Supervision

38 Personen (11.7 Prozent) gaben an, in den letzten sechs Monaten an einer Einzelsupervision teilgenommen zu haben, 143 Personen (43.8 Prozent) an einer Gruppensupervision, und 84 Personen (25.8 Prozent) gaben an, sowohl an einer Einzel- als auch an einer Gruppensupervision teilgenommen zu haben. Fünf Personen (1.5 Prozent) machten keine Angabe. 56 Personen (17.2 Prozent) nahmen an keiner Supervision teil.

Personen, die in einer Institution arbeiteten und in den vergangenen sechs Monaten an Supervision teilgenommen hatten, wurden weiters hierzu um nähere Informationen gebeten. Es zeigte sich, dass 33 Personen (10.1 Prozent) in den vergangenen sechs Monaten an interner Supervision teilnahmen, 159 Personen (48.8 Prozent) an externer sowie 58 Personen (17.8 Prozent) sowohl an externer als auch interner. Fünf Personen (1.5 Prozent) gaben keine Angabe, und 71 Personen (21.8 Prozent) konnten hierzu keine Auskunft geben, da diese in keiner Institution arbeiten oder an keiner Supervision teilgenommen hatten.

Das angegebene Supervisions- sowie Interventionsausmaß des vergangenen letzten halben Jahres wurde mittels Quartilsberechnung in mehrere Gruppen geteilt, um diese anschließend miteinander vergleichen zu können. Was das Supervisionsausmaß in den letzten sechs Monaten betraf, machten die befragten Personen folgende Angaben: 86 Personen (26.4 Prozent) hatten keine bis drei Supervisionseinheiten, 90 Personen (27.6 Prozent) vier bis sechs Einheiten, 87 Personen (26.7 Prozent) gaben sieben bis zwölf Supervisionseinheiten an und 63 Personen (19.3 Prozent) 13 oder mehr Einheiten.

Bei der Frage nach dem Ausmaß von Intervention gaben 103 Personen (31.6 Prozent) an, in den letzten sechs Monaten keine Intervention gehabt zu haben. 73 Personen (22.4 Prozent) gaben ein bis fünf Einheiten an, 71 Personen (21.8 Prozent) sechs bis zwölf Einheiten und 76 Personen (23.3 Prozent) 13 oder mehr Einheiten. Drei Personen (0.9 Prozent) machten keine Angabe.

Anmerkungen

Insgesamt 42 Personen (12.9 Prozent) nutzten die Möglichkeit, eine Anmerkung zum Fragebogen zu hinterlassen. Diese reichten von Glückwünschen, über Kritik betreffend den Begriff HelferIn bis hin zu konkreten Vorschlägen für künftige Forschungen. Angemerkt wurde etwa, dass Fragen zur Freizeitgestaltung und zu Erholungsphasen in zukünftigen Studien miterhoben werden sollten. Auch wurde angemerkt, dass unter anderem Selbsterfahrungsstunden als Entlastung erlebt werden. Weiters könnte die Miterhebung von sonstigen Belastungen – außerhalb des Berufsumfeldes – erfolgen. Darüber hinaus wurde bemerkt, dass Verbesserungen im bestehenden Gesundheitssystem wünschenswert wären. Diese Punkte werden im Zuge der Diskussion nochmals aufgegriffen werden.

Innere Konsistenzen

Es wurden die inneren Konsistenzen der unterschiedlichen Skalen mittels Cronbach's Alpha berechnet (siehe Tabelle 1). Mindestwerte zwischen .70 und .80 sind hierbei wünschenswert (Field 2009).

Es zeigte sich eine durchwegs zufriedenstellende innere Konsistenz. Allein die Skalen Burnout sowie Secondary Traumatic Stress der professionellen Lebensqualität sowie die Subskala emotionale Rollenfunktion der SF-36 könnten wünschenswerterweise höhere Werte aufweisen.

Tabelle 1

Innere Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen der ProQOL, SF-36 sowie der Gesamtskalen der RS-11 und SCS-D

Skala	Itemanzahl	Cronbach's Alpha
ProQOL: Compassion Satisfaction	10	.86
ProQOL: Burnout	10	.61
ProQOL: Secondary Traumatic Stress	10	.65
SF-36: Körperliche Funktionsfähigkeit	10	.88
SF-36: Körperliche Rollenfunktion	4	.72
SF-36: Körperliche Schmerzen	2	.92
SF-36: Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	5	.73
SF-36: Vitalität	4	.82
SF-36: Soziale Funktionsfähigkeit	2	.81
SF-36: Emotionale Rollenfunktion	3	.68
SF-36: Psychisches Wohlbefinden	5	.79
RS-11: Gesamtwert Resilienz	11	.92
SCS-D: Gesamtwert Self-Compassion	12	.84

6.3. Statistische Auswertungsverfahren

Die Auswertung erfolgte mittels der 23. Version des statistischen Auswertungsprogramms IBM SPSS Statistics. Das Signifikanzniveau wurde mit $p \leq .05$ festgelegt.

Um die Stärke eines Effekts zu beurteilen, wurden bei signifikanten Ergebnissen stets Effektstärken berechnet. Der Korrelationskoeffizient r wird verwendet, um die Stärke eines Zusammenhangs zu beschreiben. Cohen's d hingegen wird bei dem Vergleich zweier Mittelwerte verwendet, das partielle η^2 zur Angabe der Effektstärke bei einer Varianzanalyse. Bei dem nonparametrischen Mann-Whitney-Test kann anhand des z -Wertes die Effektstärke r berechnet werden. Die Berechnung erfolgte über IBM SPSS Statistics sowie händisch und über die Webseite *Psychometrica* (Lenhard & Lenhard, 2016). Zur Interpretation der unterschiedlichen Effektstärken siehe Tabelle 2.

Tabelle 2

Interpretation der Effektstärken r , Cohen's d und η^2 (Cohen, 1988, zitiert nach Janczyk & Pfister, 2013)

r	Cohen's d	η^2	Effekt
.10	.20	.01	Kleiner Effekt
.30	.50	.06	Mittlerer Effekt
.50	.80	.14	Großer Effekt

An dieser Stelle sei angeführt, welche Tests nachstehend zur Überprüfung der Fragestellungen verwendet wurden.

Zur Überprüfung der Voraussetzungen wurden folgende Tests verwendet: Zur Prüfung der Normalverteilungsvoraussetzung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test herangezogen. Bei einer Stichprobe von mindestens 30 Personen pro Gruppe wurde davon ausgegangen, dass eine Normalverteilung besteht, da ab dieser Zahl der zentrale Grenzwertsatz greift (Bortz & Schuster, 2010). Die Homogenität der Varianzen wurde mittels Levene-Test ermittelt. Zur Überprüfung der Voraussetzungen für die Berechnung von Zusammenhängen wurde weiters mittels Streudiagramm ermittelt, ob Ausreißer vorliegen.

Zur korrekten Berechnung der Zusammenhangshypothesen wurden zunächst die Voraussetzungen der Normalverteilung und Abwesenheit von Ausreißern überprüft. Waren diese erfüllt, konnte für die Berechnung von Zusammenhängen zwischen metrischen Variablen die Pearson-Korrelation verwendet werden. Wurden die Voraussetzungen nicht erfüllt, wurde mit der Spearman-Rangkorrelation gerechnet.

Bei den Fragestellungen, ob sich zwei Mittelwerte aus zwei unabhängigen Stichproben signifikant voneinander unterscheiden, wurde der t-Test für unabhängige Stichproben herangezogen. Allerdings wurden vorab einige Voraussetzungen – Intervallskalenniveau, Normalverteilung, Stochastische Unabhängigkeit und Varianzhomogenität – überprüft. Waren diese nicht erfüllt, wurde stattdessen der Mann-Whitney-Test als nonparametrisches Verfahren verwendet. Bei ungleichen Varianzen wurde der t-Test korrigiert nach Welch herangezogen.

Zum Vergleich von mehr als zwei Mittelwerten wurde die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) verwendet. Auch hierfür mussten die vorhin angeführten Voraussetzungen erfüllt sein. War dies nicht der Fall, wurde stattdessen der Kruskal-Wallis-Test als nonparametrisches Verfahren verwendet. Bei ungleichen Varianzen wurde die robuste Varianzanalyse nach Welch herangezogen.

Bei signifikantem Ergebnis wurde anschließend eine post-hoc-Testung durchgeführt, um zu ermitteln, zwischen welchen Gruppen genau ein signifikanter Unterschied besteht. Bei Homogenität der Varianzen wurde der post-hoc-Test nach Tukey berechnet, bei nicht homogenen Varianzen der Test nach Games-Howell. Die post-hoc-Testung bei dem nonparametrischen Verfahren des Kruskal-Wallis-Tests wurde mittels mehreren Mann-Whitney-Tests durchgeführt. Um hierbei eine Alphafehler-Kumulierung zu vermeiden, wurde händisch die Bonferroni-Holm-Korrektur berechnet.

6.4. Inferenzstatistik

6.4.1. Fragestellung 1

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten der professionellen Lebensqualität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion?

Nachdem mittels Streudiagrammen Ausreißer in den Daten festgestellt wurden, wurde zur Berechnung der in Folge angeführten Zusammenhänge stets die Spearman-Rangkorrelation verwendet.

Professionelle und Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es zeigten sich signifikant positive Zusammenhänge mit kleinen bis mittleren Effekten zwischen Compassion Satisfaction und den Subskalen Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden der SF-36 (siehe Tabelle 3). Weiters zeigten sich signifikant negative Zusammenhänge mit kleinen und mittleren Effekten zwischen Burnout sowie Secondary Traumatic Stress mit sämtlichen Subskalen der SF-36.

Tabelle 3

Korrelationen zwischen den Subskalen der professionellen (ProQOL) und gesundheitsbezogenen (SF-36) Lebensqualität

	Compassion Satisfaction		Burnout		Secondary Traumatic Stress	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	.058	.296	-.223*	<.001	-.262*	<.001
Körperliche Rollenfunktion	.080	.153	-.175*	.002	-.235*	<.001
Schmerzen	.031	.576	-.150*	.007	-.198*	<.001
Allg. Gesundheitswahrnehmung	.149*	.007	-.228*	<.001	-.309*	<.001
Vitalität	.262*	<.001	-.430*	<.001	-.361*	<.001
Soziale Funktionsfähigkeit	.168*	.003	-.381*	<.001	-.376*	<.001
Emotionale Rollenfunktion	.161*	.004	-.312*	<.001	-.302*	<.001
Psychisches Wohlbefinden	.325*	<.001	-.467*	<.001	-.461*	<.001

Anmerkungen. * $p \leq .05$

Die Nullhypothese H_0 wird demnach verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen.

Professionelle Lebensqualität und Resilienz

Es zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Subskala Compassion Satisfaction der ProQOL und dem gesamten Wert der Resilienz (siehe Tabelle 4). Dieser weist einen mittleren Effekt auf. Zwischen den Subskalen Burnout sowie Secondary Traumatic Stress der ProQOL und dem Gesamtwert der Resilienz zeigten sich signifikant negative Zusammenhänge mit mittleren und kleinen Effekten.

Die Nullhypothese H_0 wird aufgrund dessen verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen.

Tabelle 4

Korrelationen mit dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und den Subskalen der ProQOL

	<i>r</i>	<i>p</i>
Compassion Satisfaction	.328*	<.001
Burnout	-.382*	<.001
Secondary Traumatic Stress	-.277*	<.001

Anmerkungen. * $p \leq .05$

Professionelle Lebensqualität und Self-Compassion

Tabelle 5 zeigt, dass ein signifikant positiver Zusammenhang mittleren Effekts zwischen der Subskala Compassion Satisfaction der ProQOL und dem Gesamtwert der Self-Compassion besteht. Weiters zeigt sich zwischen den Subskalen Burnout sowie Secondary Traumatic Stress mit dem Gesamtwert der Self-Compassion ein signifikant negativer Zusammenhang mittleren Effekts.

Die Nullhypothese H_0 wird aufgrund dessen verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen.

Tabelle 5

Korrelationen mit dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D) und den Subskalen der ProQOL

	<i>r</i>	<i>p</i>
Compassion Satisfaction	.349*	<.001
Burnout	-.407*	<.001
Secondary Traumatic Stress	-.383*	<.001

Anmerkungen. * $p \leq .05$

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Resilienz

Tabelle 6 zeigt, dass ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der Resilienz und sämtlichen Subskalen der SF-36 besteht, wobei es hier zu kleinen bis mittleren Effekten kommt.

Die Nullhypothese H_0 wird demnach verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen.

Tabelle 6

Korrelationen mit dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und den Subskalen der SF-36

	<i>r</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	.154*	.005
Körperliche Rollenfunktion	.210*	<.001
Schmerzen	.129*	.020
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	.235*	<.001
Vitalität	.330*	<.001
Soziale Funktionsfähigkeit	.318*	<.001
Emotionale Rollenfunktion	.218*	<.001
Psychisches Wohlbefinden	.334*	<.001

Anmerkungen. * $p \leq .05$

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Self-Compassion

Es zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Self-Compassion mit den Subskalen Körperliche Funktionsfähigkeit, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion sowie

Psychisches Wohlbefinden der SF-36 (siehe Tabelle 7). Die Effekte können als klein bis mittel eingestuft werden.

Die Nullhypothese H_0 wird für die Subskalen Körperliche Rollenfunktion und Schmerzen der SF-36 beibehalten, für die restlichen Subskalen der SF-36 wird diese verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen.

Tabelle 7

Korrelationen mit dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D) und den Subskalen der SF-36

	<i>r</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	.137*	.013
Körperliche Rollenfunktion	.052	.352
Schmerzen	-.021	.712
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	.181*	.001
Vitalität	.302*	<.001
Soziale Funktionsfähigkeit	.357*	<.001
Emotionale Rollenfunktion	.206*	<.001
Psychisches Wohlbefinden	.461*	<.001

Anmerkungen. * $p \leq .05$

Resilienz und Self-Compassion

Zwischen Resilienz und Self-Compassion zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang ($p < .001$) mit mittlerer Effektstärke ($r = .364$). Aufgrund dessen wird die Nullhypothese H_0 verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen.

6.4.2. Fragestellung 2

Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der professionellen Lebensqualität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion?

Professionelle Lebensqualität

Es zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf die Subskalen der professionellen Lebensqualität (siehe Tabelle 8). Die Nullhypothese H_0 wird demnach beibehalten.

Tabelle 8

Mittelwertvergleich Geschlecht bezüglich der Subskalen der ProQOL

	<i>Geschlecht</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Compassion	Frauen	244	45.00	6.80	-0.583	321	.560 ^a
Satisfaction	Männer	79	45.50	6.35			
Burnout	Frauen	245	24.81	4.91	1.791	322	.074 ^a
	Männer	79	23.68	4.74			
Secondary	Frauen	245	20.50	4.33	1.156	322	.249 ^a
Traumatic	Männer	79	19.84	4.47			
Stress							

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a t-Test

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In den drei Subskalen Körperliche Funktionsfähigkeit ($d=0.272$), Vitalität ($d=0.349$) und Psychisches Wohlbefinden ($d=0.31$) der SF-36 konnten geschlechtsspezifische Unterschiede mit kleinen Effekten aufgezeigt werden (siehe Tabelle 9). Männer zeigten in diesen Subskalen signifikant höhere Werte als Frauen. Die Nullhypothese H_0 wurde für diese drei Subskalen verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen. Für die restlichen Subskalen der SF-36 wird die Nullhypothese H_0 beibehalten.

Resilienz

Es konnten mittels t-Test keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf Resilienz festgestellt werden ($t(322) = -0.243$; $p=.808$). Die Nullhypothese H_0 wird demnach beibehalten.

Self-Compassion

Es konnten mittels t-Test keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf Self-Compassion festgestellt werden ($t(322) = -1.172$; $p=.242$). Die Nullhypothese H_0 wird beibehalten.

Tabelle 9

Mittelwertvergleich Geschlecht bezüglich der Subskalen der SF-36

	<i>Geschlecht</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	Frauen	245	94.06	12.73	-2.963	280.188	.003 ^{b*}
	Männer	78	97.18	5.90			
Körperliche Rollenfunktion	Frauen	240	92.19	19.78	-1.343	190.571	.181 ^b
	Männer	78	94.87	13.58			
Schmerzen	Frauen	244	84.18	21.05	-1.653	170.816	.100 ^b
	Männer	79	87.92	16.15			
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Frauen	245	73.45	17.75	-0.946	161.347	.345 ^b
	Männer	79	75.32	14.35			
Vitalität	Frauen	242	57.11	16.55	-2.690	319	.008 ^{a*}
	Männer	79	62.78	15.44			
Soziale Funktionsfähigkeit	Frauen	241	82.83	19.47	-1.110	317	.268 ^a
	Männer	78	85.58	17.34			
Emotionale Rollenfunktion	Frauen	241	85.20	27.34	-0.685	317	.494 ^a
	Männer	78	87.61	25.82			
Psychisches Wohlbefinden	Frauen	244	75.44	13.69	-2.396	321	.017 ^{a*}
	Männer	79	79.59	12.40			

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a t-Test, ^b t-Test korrigiert nach Welch

6.4.3. Fragestellung 3

Bestehen Unterschiede je nach Arbeitssetting der Personen in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self-Compassion?

Aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsvoraussetzung wurde im Folgenden mit Hilfe des Kruskal-Wallis-Tests gerechnet. Allein die Subskala Compassion Satisfaction der ProQOL konnte mittels einfaktorieller Varianzanalyse berechnet werden.

Professionelle Lebensqualität

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Subskala Burnout der ProQOL in Bezug auf die verschiedenen Arbeitssettings (siehe Tabelle 10). Um herauszufinden, welche Gruppen genau sich unterscheiden, wurde eine post-hoc-Testung mittels mehrerer Mann-Whitney-Tests berechnet, bei der anschließend mittels Bonferroni-Holm-Korrektur das Alphafehler-Niveau adjustiert wurde. Es zeigte sich, dass sich die Gruppen Institution und Praxis mit kleinem Effekt ($r=-.15$) sowie Praxis und Institution plus Praxis mit kleinem Effekt ($r=-.26$) signifikant voneinander unterscheiden (siehe Tabelle 11). Bei Personen im Praxissetting zeigten sich signifikant niedrigere Burnoutwerte. Es konnte demnach die Alternativhypothese H_1 in Bezug auf die Subskala Burnout angenommen werden. Für die Subskalen Compassion Satisfaction und Secondary Traumatic Stress zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, weshalb die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Subskalen Vitalität und Emotionale Rollenfunktion der SF-36 in Bezug auf die verschiedenen Arbeitssettings (siehe Tabelle 12). Um herauszufinden, welche Gruppen sich unterscheiden, wurde wieder eine post-hoc-Testung mittels mehrerer Mann-Whitney-Tests mit anschließender Bonferroni-Holm-Korrektur berechnet.

Es zeigte sich, dass sich in Bezug auf die Subskala Vitalität die Gruppen Institution und Praxis mit kleiner Effektstärke ($r=-.23$) sowie Praxis und Institution plus Praxis mit mittlerer Effektstärke ($r=-.32$) signifikant voneinander unterscheiden (siehe Tabelle 13). Es zeigten sich bei Personen im Praxissetting signifikant höhere Werte an Vitalität.

In Bezug auf die Subskala Emotionale Rollenfunktion zeigte sich, dass sich die Gruppen Institution und Praxis mit kleiner Effektstärke ($r=-.18$) signifikant vonei-

inander unterscheiden (siehe Tabelle 14). Es zeigten sich bei Personen im Praxis-setting signifikant höhere Werte in der Subskala Emotionale Rollenfunktion.

Es konnte demnach die Alternativhypothese H_1 in Bezug auf die Subskalen Vitalität und Emotionale Rollenfunktion angenommen werden. Für die restlichen sechs Subskalen der SF-36 wurde die Nullhypothese H_0 beibehalten.

Tabelle 10

Mittelwertvergleich Setting bezüglich der Subskalen der ProQOL

	<i>F</i>	<i>Chi- Quadrat</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Compassion Satisfaction	2.400		2	322	.092 ^a
Burnout		6.575	2		.037 ^{b*}
Secondary Traumatic Stress		0.600	2		.741 ^b

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse, ^b Kruskal-Wallis-Test

Tabelle 11

Post-hoc-Testung Subskala Burnout

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>Korrigiertes α-Niveau</i>
Institution	24.71	5.03	.012*	.017
- Praxis	21.70	4.71		
Institution	24.71	5.03	.840	.050
- Institution + Praxis	24.54	4.25		
Praxis	21.70	4.71	.017*	.025
- Institution + Praxis	24.54	4.25		

Anmerkungen. * $p \leq \text{korr. } \alpha$

Tabelle 12

Mittelwertvergleich Setting bezüglich der Subskalen der SF-36

	<i>Chi-Quadrat</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	0.912	2	.634 ^b
Körperliche Rollenfunktion	0.961	2	.618 ^b
Schmerzen	0.212	2	.899 ^b
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	2.930	2	.231 ^b
Vitalität	15.459	2	<.001 ^{b*}
Soziale Funktionsfähigkeit	0.941	2	.625 ^b
Emotionale Rollenfunktion	9.277	2	.010 ^{b*}
Psychisches Wohlbefinden	2.165	2	.339 ^b

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^b Kruskal-Wallis-Test

Tabelle 13

Post-hoc-Testung Subskala Vitalität

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>Korrigiertes α-Niveau</i>
Institution	56.80	16.99	<.001*	.017
- Praxis	70.25	11.97		
Institution	56.80	16.99	.137	.050
- Institution + Praxis	60.18	14.77		
Praxis	70.25	11.97	.004*	.025
- Institution + Praxis	60.18	14.77		

Anmerkungen. * $p \leq$ korr. α

Tabelle 14

Post-hoc-Testung Subskala Emotionale Rollenfunktion

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>Korrigiertes α-Niveau</i>
Institution	83.48	28.93	.004*	.017
- Praxis	100.00 ^c	0.00		
Institution	83.48	28.93	.205	.050
- Institution + Praxis	88.10	24.97		
Praxis	100.00 ^c	0.00	.026	.025
- Institution + Praxis	88.10	24.97		

Anmerkungen. * $p \leq$ korr. α , ^c einheitlicher Wert bei dieser Gruppe, weshalb kein Mittelwert berechnet wurde

Resilienz

Es konnten keine signifikanten Mittelwertunterschiede der verschiedenen Arbeitssettings in Bezug auf die Resilienz aufgezeigt werden, weshalb die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde (Chi-Quadrat (2) = 5.311; $p=.070$).

Self-Compassion

Weiters konnten keine signifikanten Mittelwertunterschiede der verschiedenen Arbeitssettings in Bezug auf Self-Compassion aufgezeigt werden, aufgrund dessen die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde (Chi-Quadrat (2) = 0.980; $p=.613$).

6.4.4. Fragestellung 4

Unterscheiden sich die verschiedenen sozialen Berufsgruppen in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self-Compassion?

Aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsvoraussetzung wurde im Folgenden mit Hilfe des Kruskal-Wallis-Tests gerechnet. Allein die Subskala Burnout der ProQOL sowie Self-Compassion konnten mittels einfaktorieller Varianzanalyse berechnet werden.

Professionelle Lebensqualität

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Subskala Compassion Satisfaction der ProQOL in Bezug auf die verschiedenen Berufssettings (siehe Tabelle 15). Um herauszufinden, welche Gruppen genau sich unterscheiden, wurde wieder eine post-hoc-Testung mittels mehrerer Mann-Whitney-Tests berechnet, bei der anschließend mittels Bonferroni-Holm-Korrektur das Alphafehler-Niveau adjustiert wurde. Hierbei ergaben sich signifikante Unterschiede mit mittleren Effektstärken zwischen den Berufsgruppen der SozialarbeiterInnen und sonstigen Berufen ($r=-.32$) sowie zwischen PsychologInnen und SozialarbeiterInnen ($r=-.30$) (siehe Tabelle 16). SozialarbeiterInnen wiesen signifikant niedrigere Werte in der Subskala Compassion Satisfaction auf.

Es konnte die Alternativhypothese H_1 in Bezug auf die Subskala Compassion Satisfaction angenommen werden. Für die zwei Subskalen Burnout und Secondary Traumatic Stress wurde die Nullhypothese H_0 beibehalten.

Tabelle 15

Mittelwertvergleich Berufsgruppen bezüglich der Subskalen der ProQOL

	<i>F</i>	<i>Chi- Quadrat</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Compassion Satisfaction		15.873	6		.014 ^{b*}
Burnout	0.712		6	252	.640 ^a
Secondary Traumatic Stress		0.859	6		.990 ^b

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse, ^b Kruskal-Wallis-Test

Tabelle 16

Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Subskala Compassion Satisfaction

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>Korrigiertes α-Niveau</i>
SozialarbeiterInnen	41.70	6.66	<.001*	.00238
- Sonstige Berufe	46.06	5.96		
PsychologInnen	45.85	6.79	<.001*	.00250
- SozialarbeiterInnen	41.70	6.66		
SozialarbeiterInnen	41.70	6.66	.019	.00263
- TherapeutInnen	45.89	5.01		
SozialarbeiterInnen	41.70	6.66	.034	.00278
- PsychologInnen_Mehrfach	45.31	6.66		

Anmerkungen. In der Tabelle sind diejenigen Werte der post-hoc-Testung angegeben, die das originale Alphaniveau $p \leq .05$ unterschreiten, * $p \leq$ korr. α

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Subskalen Körperliche Funktionsfähigkeit sowie Emotionale Rollenfunktion der SF-36 in Bezug auf die verschiedenen Berufsgruppen (siehe Tabelle 17). Um herauszufinden, welche Gruppen genau sich unterscheiden, wurden wieder post-hoc-Testungen mittels

mehrerer Mann-Whitney-Tests berechnet, bei denen anschließend mittels Bonferroni-Holm-Korrektur das Alphafehler-Niveau adjustiert wurde.

Hierbei ergaben sich in Bezug auf die Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit signifikante Unterschiede mit mittlerer Effektstärke zwischen den Berufsgruppen der Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und PsychologInnen ($r=-.36$) (siehe Tabelle 18). PsychologInnen wiesen im Vergleich mit Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen signifikant höhere Werte in der Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit auf.

In Bezug auf die Subskala Emotionale Rollenfunktion zeigt sich ein durch die Alphafehler-Adjustierung nur sehr knapp nicht signifikanter Unterschied zwischen ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen. Die Effektstärke würde jedoch auf einen mittleren Effekt ($r=-.37$) hindeuten. SozialarbeiterInnen gaben in dieser Subskala im Vergleich niedrigere Werte an (siehe Tabelle 19).

Es wird für die Subskalen Körperliche Funktionsfähigkeit und Emotionale Rollenfunktion die Alternativhypothese H_1 angenommen. Für die restlichen sechs Subskalen der SF-36 wurde die Nullhypothese H_0 beibehalten.

Tabelle 17

Mittelwertvergleich Berufsgruppen bezüglich der Subskalen der SF-36

	<i>Chi-Quadrat</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	15.612	6	.016 ^{b*}
Körperliche Rollenfunktion	4.103	6	.663 ^b
Schmerzen	5.410	6	.492 ^b
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	4.377	6	.626 ^b
Vitalität	7.335	6	.291 ^b
Soziale Funktionsfähigkeit	5.530	6	.478 ^b
Emotionale Rollenfunktion	14.551	6	.024 ^{b*}
Psychisches Wohlbefinden	11.299	6	.080 ^b

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^b Kruskal-Wallis-Test

Tabelle 18

Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>Korrigiertes α-Niveau</i>
DGKP	92.61	8.64	<.001*	.00238
- PsychologInnen	94.60	13.78		
DGKP	92.61	8.64	.003	.00250
- PsychologInnen_Mehrfach	97.59	3.21		
ÄrztInnen	97.67	4.17	.007	.00263
- DGKP	92.61	8.64		
DGKP	92.61	8.64	.008	.00278
- SozialarbeiterInnen	94.90	13.27		
PsychologInnen	94.60	13.78	.050	.00294
- Sonstige Berufe	93.80	8.49		

Anmerkungen. In der Tabelle sind diejenigen Werte der post-hoc-Testung angegeben, die das originale Alphaniveau $p \leq .05$ unterschreiten, * $p \leq$ korr. α

Tabelle 19

Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Subskala Emotionale Rollenfunktion

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>Korrigiertes α-Niveau</i>
ÄrztInnen	100.00 ^c	0.00	.002	.00238
- SozialarbeiterInnen	79.17	28.04		
SozialarbeiterInnen	79.17	28.04	.008	.00250
- PsychologInnen_Mehrfach	92.59	21.35		
ÄrztInnen	100.00 ^c	0.00	.018	.00263
- PsychologInnen	82.01	32.14		
ÄrztInnen	100.00 ^c	0.00	.019	.00278
-TherapeutInnen	80.39	33.46		
ÄrztInnen	100.00 ^c	0.00	.034	.00294
- DGKP	85.51	29.86		
ÄrztInnen	100.00 ^c	0.00	.037	.00313
- Sonstige Berufe	85.33	28.70		

Anmerkungen. In der Tabelle sind diejenigen Werte der post-hoc-Testung angegeben, die das originale Alphaniveau $p \leq .05$ unterschreiten, * $p \leq$ korr. α , ^c einheitlicher Wert bei dieser Gruppe, weshalb kein Mittelwert berechnet wurde

Resilienz

Es konnten keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen in Bezug auf die Resilienz aufgezeigt werden, weshalb die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde (Chi-Quadrat (6) = 6.676; $p=.352$).

Self-Compassion

Weiters konnten keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf Self-Compassion aufgezeigt werden, aufgrund dessen die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde ($F(6, 252) = 0.784$; $p=.583$).

6.4.5. Fragestellung 5

Unterscheiden sich Personen in Ausbildung von jenen, die bereits im sozialen Feld tätig sind, in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self-Compassion?

Professionelle Lebensqualität

Es zeigten sich signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke ($d=.37$) zwischen berufstätigen Personen und Personen, die (zusätzlich) in Ausbildung sind, in Bezug auf die Subskala Compassion Satisfaction der ProQOL (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20

Mittelwertvergleich Berufstätig vs. Ausbildung bezüglich der Subskalen der ProQOL

	Gruppe	n	M	SD	t	df	p
Compassion Satisfaction	Berufstätig	269	44.96	6.60	-2.317	313	.021*
	Ausbildung	46	47.34	5.49			
Burnout	Berufstätig	270	24.62	4.60	1.729	314	.085
	Ausbildung	46	23.30	5.62			
Secondary Traumatic Stress	Berufstätig	270	20.39	4.31	0.989	314	.324
	Ausbildung	46	19.71	4.43			

Anmerkungen. * $p \leq .05$

Personen die (zusätzlich) in Ausbildung sind, gaben hier im Vergleich höhere Werte in dieser Subskala an. Die Nullhypothese H_0 hierfür wurde demnach verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen. Für die restlichen Subskalen der ProQOL wird die Nullhypothese H_0 beibehalten.

Tabelle 21

Mittelwertvergleich Berufstätig vs. Ausbildung bezüglich der Subskalen der SF-36

	Gruppe	n	M	SD	t	df	p
Körperliche Funktionsfähigkeit	Berufstätig	269	94.81	11.12	-0.682	313	.496
	Ausbildung	46	95.98	7.72			
Körperliche Rollenfunktion	Berufstätig	265	93.02	18.29	-0.489	308	.625
	Ausbildung	45	94.44	16.76			
Schmerzen	Berufstätig	269	85.30	19.45	-0.321	313	.748
	Ausbildung	46	86.30	20.82			
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Berufstätig	270	73.48	16.78	-1.684	314	.093
	Ausbildung	46	77.93	15.26			
Vitalität	Berufstätig	269	58.72	15.97	0.615	312	.539
	Ausbildung	45	57.11	17.73			
Soziale Funktionsfähigkeit	Berufstätig	266	83.69	18.66	0.027	309	.978
	Ausbildung	45	83.61	19.73			
Emotionale Rollenfunktion	Berufstätig	265	85.28	27.32	-0.722	309	.471
	Ausbildung	46	88.41	25.55			
Psychisches Wohlbefinden	Berufstätig	269	76.91	12.68	0.644	313	.520
	Ausbildung	46	75.57	15.09			

Anmerkungen. * $p \leq .05$

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es zeigten sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen Berufstätig und (zusätzlich) in Ausbildung in Bezug auf die Subskalen der SF-36 (siehe Tabelle 21). Die Nullhypothese H_0 wurde demnach beibehalten.

Resilienz

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen berufstätigen Personen und Personen, die (zusätzlich) in Ausbildung sind, in Bezug auf Resilienz festgestellt werden ($t(314) = -0.885$; $p = .377$). Die Nullhypothese H_0 wird demnach beibehalten.

Self-Compassion

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen berufstätigen Personen und Personen, die (zusätzlich) in Ausbildung sind, in Bezug auf Self-Compassion festgestellt werden ($t(314) = -0.641$; $p = .522$). Die Nullhypothese H_0 wird demnach beibehalten.

6.4.6. Fragestellung 6

Aufgrund dessen, dass alle Substichproben eine Größe von mehr als 30 Personen aufwiesen, wurden die nachfolgenden Hypothesen mittels einfaktorieller Varianzanalyse berechnet. Bei heterogenen Varianzen wurde das robuste Testverfahren nach Welch verwendet.

6.1. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self-Compassion?

Professionelle Lebensqualität

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Supervision (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) in Bezug auf die Subskalen der ProQOL (siehe Tabelle 22). Die Nullhypothese H_0 wurde demnach beibehalten.

Tabelle 22

Mittelwertvergleich Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) bezüglich der Subskalen der ProQOL

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Compassion Satisfaction	0.666	2	110.202	.516 ^b
Burnout	1.300	2	262	.274 ^a
Secondary Traumatic Stress	0.253	2	262	.777 ^a

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse, ^b robustes Testverfahren nach Welch

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Subskala Körperliche Rollenfunktion der SF-36. Aufgrund dessen wurde ein post-hoc-Test zur Überprüfung berechnet, um feststellen zu können, welche der Gruppen sich signifikant unterscheiden. Die post-hoc-Testung zeigte jedoch unerwarteter Weise keinerlei signifikanten Unterschiede auf. Auf Grund dessen wurde beschlossen, für diese Subskala sicherheitshalber die Normalverteilung zu überprüfen. Tatsächlich zeigte sich, dass diese für die Subskala – trotz der Gruppengröße von über 30 Personen, bei welcher von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann – nicht gegeben war. Deshalb wurde ein Kruskal-Wallis-Test zur Berechnung dieser Subskala herangezogen, wobei sich schließlich keine signifikanten Unterschiede zeigten (siehe Tabelle 24).

Auch bei den restlichen Subskalen der SF-36 konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (siehe Tabelle 23). Die Nullhypothese H_0 wurde demnach beibehalten.

Resilienz

Es konnten im Zuge einer einfaktoriellen Varianzanalyse keine signifikanten Mittelwertunterschiede der verschiedenen Supervisionsformen (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) in Bezug auf die Resilienz aufgezeigt werden, weshalb die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde ($F(2, 262) = 1.323$; $p = .268$).

Self-Compassion

Weiters konnten im Zuge einer einfaktoriellen Varianzanalyse keine signifikanten Mittelwertunterschiede in Bezug auf Self-Compassion aufgezeigt werden, aufgrund dessen die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde ($F(2, 262) = 0.854$; $p = .427$).

Tabelle 23

Mittelwertvergleich Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) bezüglich der Subskalen der SF-36

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	0.420	2	261	.658 ^a
Schmerzen	1.578	2	92.879	.212 ^b
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1.246	2	262	.289 ^a
Vitalität	0.460	2	259	.632 ^a
Soziale Funktionsfähigkeit	0.309	2	258	.735 ^a
Emotionale Rollenfunktion	0.350	2	260	.705 ^a
Psychisches Wohlbefinden	0.016	2	261	.985 ^a

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse, ^b robustes Testverfahren nach Welch

Tabelle 24

Mittelwertvergleich (Kruskal-Wallis-Test) Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) bezüglich der Subskala Körperliche Rollenfunktion der SF-36

	<i>Chi-Quadrat</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Körperliche Rollenfunktion	4.757	2	.093

Anmerkungen. * $p \leq .05$

6.2. Bestehen Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self-Compassion?

Professionelle Lebensqualität

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Supervision (interne, externe sowie interne und externe Supervision)

in Bezug auf die Subskalen der ProQOL (siehe Tabelle 25). Die Nullhypothese H_0 wurde beibehalten.

Tabelle 25

Mittelwertvergleich Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) bezüglich der Subskalen der ProQOL

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Compassion Satisfaction	1.189	2	247	.306 ^a
Burnout	0.473	2	87.474	.625 ^b
Secondary Traumatic Stress	0.619	2	247	.540 ^a

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse, ^b robustes Testverfahren nach Welch

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Supervision (interne, externe sowie interne und externe Supervision) in Bezug auf die Subskalen der SF-36 (siehe Tabelle 26). Aufgrund dessen wurde die Nullhypothese H_0 beibehalten.

Tabelle 26

Mittelwertvergleich Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) bezüglich der Subskalen der SF-36

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	0.874	2	246	.419 ^a
Körperliche Rollenfunktion	1.372	2	79.300	.260 ^b
Schmerzen	2.203	2	75.365	.117 ^b
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1.927	2	247	.148 ^a
Vitalität	1.850	2	244	.159 ^a
Soziale Funktionsfähigkeit	1.258	2	243	.286 ^a
Emotionale Rollenfunktion	0.069	2	245	.933 ^a
Psychisches Wohlbefinden	0.659	2	246	.518 ^a

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse, ^b robustes Testverfahren nach Welch

Resilienz

Es konnten im Zuge des robusten Testverfahrens nach Welch keine signifikanten Mittelwertunterschiede der verschiedenen Supervisionsformen (interne, externe sowie interne und externe Supervision) in Bezug auf die Resilienz aufgezeigt werden, weshalb die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde ($F(2, 65.553) = 0.448$; $p = .641$).

Self-Compassion

Weiters konnten im Zuge einer einfaktoriellen Varianzanalyse keine signifikanten Mittelwertunterschiede in Bezug auf Self-Compassion aufgezeigt werden, aufgrund dessen die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde ($F(2, 247) = 0.393$; $p = .675$).

6.4.7. Fragestellung 7

Aufgrund dessen, dass alle Substichproben eine Größe von mehr als 30 Personen aufwiesen, wurden die nachfolgenden Hypothesen mittels einfaktorieller Varianzanalyse berechnet. Bei heterogenen Varianzen wurde das robuste Testverfahren nach Welch verwendet.

7.1. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Supervisionseinheiten in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self-Compassion?

Für diese Fragestellung wurden anhand von einer Quartilsberechnung folgende Gruppen – das Supervisionsausmaß in den vergangenen sechs Monaten betreffend – erstellt:

0 = null bis drei Einheiten

1 = vier bis sechs Einheiten

2 = sieben bis zwölf Einheiten

3 = 13 oder mehr Einheiten

Professionelle Lebensqualität

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen je nach Supervisionsausmaß in Bezug auf die Subskalen der ProQOL (siehe Tabelle 27). Aufgrund dessen wurde die Nullhypothese H_0 beibehalten.

Tabelle 27

Mittelwertvergleich Supervisionsausmaß bezüglich der Subskalen der ProQOL

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Compassion Satisfaction	0.403	3	321	.751 ^a
Burnout	0.631	3	322	.595 ^a
Secondary Traumatic Stress	0.553	3	322	.647 ^a

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen je nach Supervisionsausmaß in Bezug auf die Subskalen der SF-36 (siehe Tabelle 28). Die Nullhypothese H_0 wurde beibehalten.

Tabelle 28

Mittelwertvergleich Supervisionsausmaß bezüglich der Subskalen der SF-36

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	1.062	3	173.295	.367 ^b
Körperliche Rollenfunktion	2.558	3	174.400	.057 ^b
Schmerzen	0.922	3	321	.431 ^a
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	0.051	3	172.459	.985 ^b
Vitalität	0.570	3	319	.635 ^a
Soziale Funktionsfähigkeit	0.337	3	317	.798 ^a
Emotionale Rollenfunktion	1.382	3	172.137	.250 ^b
Psychisches Wohlbefinden	0.567	3	171.698	.638 ^b

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse, ^b robustes Testverfahren nach Welch**Resilienz**

Es konnten im Zuge einer einfaktoriellen Varianzanalyse keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen unterschiedlichen Supervisionsausmaßes in Bezug auf die Resilienz aufgezeigt werden, weshalb die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde ($F(3, 322) = 0.767$; $p = .513$).

Self-Compassion

Außerdem konnten im Zuge einer einfaktoriellen Varianzanalyse keine signifikanten Mittelwertunterschiede in Bezug auf Self-Compassion aufgezeigt werden ($F(3, 322) = 0.376$; $p = .770$). Aufgrund dessen wurde die Nullhypothese H_0 beibehalten.

7.2. Bestehen Unterschiede je nach dem Ausmaß an teilgenommenen Interventionseinheiten in Bezug auf die professionelle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Resilienz sowie Self-Compassion?

Auch für diese Fragestellung wurden anhand von einer Quartilsberechnung verschiedene Gruppen – das Interventionsausmaß in den vergangenen sechs Monaten betreffend – erstellt:

0 = null Einheiten

1 = ein bis fünf Einheiten

2 = sechs bis zwölf Einheiten

3 = 13 oder mehr Einheiten

Professionelle Lebensqualität

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Subskala Burnout der ProQOL (siehe Tabelle 29). Um zu untersuchen, welche der Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden, wurde der post-hoc-Test nach Games-Howell herangezogen. Dieser zeigte, dass sich Personen, die an null Interventionseinheiten in dem vergangenen halben Jahr teilgenommen haben, signifikant von Personen unterscheiden, die an sechs bis zwölf Einheiten teilnahmen. Personen, die an null Interventionseinheiten teilnahmen, wiesen höhere Burnoutwerte auf (siehe Tabelle 30). Es zeigt sich ein kleiner Effekt ($\eta^2 = .027$).

Aufgrund der Ergebnisse wurde in Bezug auf die Skala Burnout die Nullhypothese H_0 verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen. Für die anderen zwei Subskalen bleiben die Nullhypothesen H_0 bestehen.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen je nach Interventionsausmaß in Bezug auf die Subskalen der SF-36 (siehe Tabelle 31). Die Nullhypothese H_0 wurde demnach beibehalten.

Tabelle 29

Mittelwertvergleich Interventionsausmaß bezüglich der Subskalen der ProQOL

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Compassion Satisfaction	2.292	3	318	.078 ^a
Burnout	2.831	3	171.902	.040 ^{b*}
Secondary Traumatic Stress	0.587	3	319	.624 ^a

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse, ^b robustes Testverfahren nach Welch

Tabelle 30

Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Subskala Burnout

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
0 Einheiten	25.48	5.39	.021*
- 6–12 Einheiten	23.29	4.49	

Anmerkungen. * $p \leq .05$

Tabelle 31

Mittelwertvergleich Interventionsausmaß bezüglich der Subskalen der SF-36

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	1.205	3	318	.308 ^a
Körperliche Rollenfunktion	1.087	3	165.494	.356 ^b
Schmerzen	0.105	3	318	.957 ^a
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	0.825	3	319	.481 ^a
Vitalität	0.506	3	316	.678 ^a
Soziale Funktionsfähigkeit	1.296	3	314	.276 ^a
Emotionale Rollenfunktion	0.972	3	314	.406 ^a
Psychisches Wohlbefinden	0.904	3	318	.439 ^a

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ^a einfaktorielle Varianzanalyse, ^b robustes Testverfahren nach Welch

Resilienz

Es konnten im Zuge einer einfaktoriellen Varianzanalyse keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen unterschiedlichen Interventionsausmaßes in Bezug auf die Resilienz aufgezeigt werden, weshalb die Nullhypothese H_0 beibehalten wurde ($F(3, 319) = 0.235$; $p = .872$).

Self-Compassion

Es konnten im Zuge des robusten Testverfahrens nach Welch signifikante Mittelwertunterschiede in Bezug auf Self-Compassion aufgezeigt werden ($F(3, 172.397) = 3.540$; $p = .016$).

Aufgrund dessen wurde der post-hoc-Test nach Games-Howell herangezogen. Dieser zeigte, dass sich Personen, die an null Intervisionseinheiten in dem vergangenen halben Jahr teilgenommen haben, signifikant von Personen unterscheiden, die an dreizehn und mehr Einheiten teilnahmen. Personen, die an null Intervisionseinheiten teilnahmen, wiesen niedrigere Werte an Self-Compassion auf (siehe Tabelle 32). Es zeigte sich ein kleiner Effekt ($\eta^2 = .032$).

Es wird somit die Nullhypothese H_0 verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen.

Tabelle 32

Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Skala Self-Compassion

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
0 Einheiten	3.52	0.63	.009*
- 13+ Einheiten	3.79	0.47	

Anmerkungen. * $p \leq .05$

7 Diskussion

7.1. Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Studie war es, verschiedene Aspekte, die einen positiven Einfluss auf die oftmals belastende Arbeit als HelferIn haben können, näher zu beleuchten. Die Studie richtete sich an Personen sowie Auszubildende in helfenden Berufen, die mit psychisch erkrankten Personen arbeiten. Es ist zu erwähnen, dass es sich demnach bei dieser Stichprobe um eine recht heterogene handelt. Vor allem ist dies im Vergleich zu vielen anderen Forschungen zu diesem Thema der Fall, da sich jene oftmals an eine bestimmte helfende Berufsgruppe oder ein bestimmtes Feld richten. Hintergrund, weshalb diese Studie eine große Bandbreite umfassen sollte, war die Überlegung, zu untersuchen, ob Unterschiede in der professionellen Lebensqualität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion zwischen verschiedenen helfenden Berufsgruppen, zwischen berufstätigen Personen und Auszubildenden sowie unterschiedlichen Arbeitssettings bestehen. Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie angeführt, in Bezug zur bisherigen Forschung gesetzt und kritisch beleuchtet werden.

In Bezug auf das Arbeitssetting zeigte sich, dass sich die Gruppen Praxis und Institution sowie Praxis und Institution plus Praxis mit kleinem Effekt signifikant voneinander in Hinblick auf das Burnoutlevel unterscheiden. Bei Personen im Praxissetting zeigten sich signifikant niedrigere Burnoutwerte. Dieses Ergebnis deckt sich mit bisherigen Forschungsergebnissen bei PsychologInnen und PsychotherapeutInnen von Raquepaw und Miller (1989) sowie von Vredenburgh et al. (1999). Im Zuge der vorliegenden Untersuchung konnte das Ergebnis für unterschiedliche helfende Berufsgruppen repliziert werden. Wie bereits dargestellt, zeigten sich außerdem bei Personen im Praxissetting signifikant höhere Werte kleiner bzw. mittlerer Effektstärke bei zwei der Subskalen der SF-36 – und zwar bei Vitalität und Emotionaler Rollenfunktion – im Vergleich zu Personen in Institutionen sowie in Institutionen und Praxis. Dies könnte darauf hindeuten, dass das Arbeitssetting auch einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat, was künftig näher zu erforschen wäre. Rupert und Kent (2007) sowie Rupert und Morgan (2005) stellten in ihrer bisherigen Forschung fest, dass Personen, die in einer Pra-

xis arbeiten, mehr Zeit direkt mit KlientInnen verbringen, weniger Zeit mit administrativen Tätigkeiten und eine höhere Kontrolle in Bezug auf ihre Arbeit erleben als Personen, die in Institutionen arbeiten. Dies könnten Gründe für die oben angeführten Studienergebnisse sein, wobei jedenfalls weiterer Forschungsbedarf besteht.

Ein großer Teil dieser Arbeit beschäftigte sich mit dem Thema der Supervision in helfenden Berufen. Überraschenderweise zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Konstrukte der professionellen Lebensqualität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion bei Vergleich von Gruppen unterschiedlichen Supervisionsausmaßes. Dies widerspricht den Ergebnissen einer Studie von Edwards et al. (2006), die zeigte, dass effektive klinische Supervision zu niedrigeren Werten in den Burnoutskalen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation bei Krankenpflegepersonen in Großbritannien führte. Außerdem zeigte eine – in psychiatrischen Kliniken der Schweiz durchgeführte – Studie von Gottfried et al. (2003), dass 76 Prozent der befragten MitarbeiterInnen den Gesamtnutzen von Supervision als hoch oder mittel einschätzten. Die angeführten Studien von Edwards et al. (2006) und Gottfried et al. (2003) fanden allerdings, wie angeführt, in Großbritannien und der Schweiz statt, wo sich das Gesundheitssystem von unserem unterscheidet. Weiters muss darauf hingewiesen werden, dass in der vorliegenden Studie lediglich das Ausmaß an Supervisionseinheiten der vergangenen sechs Monate erfragt wurde. Qualitätskriterien bezüglich der absolvierten Supervision wurden nicht erhoben. Weiters stellt sich die Frage, ob eventuell ein Unterschied bestehen könnte, je nachdem ob Supervision als verpflichtendes Angebot absolviert wird oder unabhängig davon in Anspruch genommen wird. All diese Überlegungen könnten die Ergebnisse der vorliegenden Studie erklären. Jedenfalls besteht – wie bereits von Petzold et al. (2003) angeführt – noch großer Forschungsbedarf hinsichtlich effektiver Supervision. Nähere Überlegungen hierzu sind untenstehend in Kapitel 7.2 angeführt.

Intervision – als eine Form der Supervision – ist ein Thema, das bisher kaum beforscht wurde, in der Literatur allerdings als psychohygienische Maßnahme positiv erwähnt wird (Reimer, 2005). Ein interessantes Ergebnis zeigte sich in Hinblick auf das Ausmaß an Intervisionseinheiten. Personen, die an keinen Intervisionseinheiten in dem vergangenen halben Jahr teilgenommen hatten, unterschieden sich

signifikant mit kleiner Effektstärke von Personen, die an sechs bis zwölf Einheiten teilnahmen. Personen, die an keiner Intervention teilnahmen, wiesen höhere Burnoutwerte auf. Diesen Unterschied gab es jedoch nicht im Vergleich mit Personen, die an 13 oder mehr Interventionseinheiten teilnahmen. Eine Überlegung hierzu könnte sein, dass Personen mit Inanspruchnahme dieses hohen Interventionsausmaßes derzeit mehr Belastungen im Beruf – und damit einem höheren Burnout-Risiko – ausgesetzt sind, weshalb sie auch auf mehr Interventionsstunden zurückgreifen. Schon Lups et al. (2012) führten an, dass Intervention von befragten PsychotherapeutInnen als dritthäufigste Strategie gegen Burnout angegeben wurde. Außerdem zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass sich Personen ohne Interventionseinheiten im vergangenen halben Jahr signifikant mit kleiner Effektstärke in Bezug auf Self-Compassion von Personen unterschieden, die an dreizehn und mehr Einheiten teilnahmen. Personen, die an keiner Intervention teilnahmen, wiesen niedrigere Werte an Self-Compassion auf. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Personen, die im vergangenen halben Jahr verstärkt auf Intervention zurückgriffen, achtsamer und fürsorglicher mit sich umgingen als jene, die in dieser Zeit an keiner Intervention teilnahmen.

Beim Vergleich der unterschiedlichen Supervisionsformen – dieses Thema wurde im Zuge der vorliegenden Arbeit ebenfalls behandelt – zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Hinblick auf die Konstrukte der professionellen Lebensqualität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion. Besonders ist der Vergleich zwischen interner, externer sowie interner und externer Supervision interessant, da auch Albrecht (2013) in ihrer Studie auf das Thema der externen Supervision näher einging. Jedoch zeigte sich bei ihrer Studie, dass Personen, die an externer Supervision teilnahmen, höhere Werte an Compassion Satisfaction aufwiesen, als jene ohne externe Supervision. Hierbei ist allerdings anzumerken, dass Albrecht (2013) das Thema bei HelferInnen aus dem Suchtbereich untersuchte, während sich die vorliegende Studie an helfende Berufe in verschiedenen Arbeitsfeldern mit psychisch erkrankten Personen richtete.

Weiters wurden unterschiedliche Berufsgruppen verglichen. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede mittlerer Effektstärke zwischen SozialarbeiterInnen und sonstigen Berufen sowie zwischen PsychologInnen und SozialarbeiterInnen in der Subskala Compassion Satisfaction der ProQOL. SozialarbeiterInnen wiesen signi-

fikant niedrigere Werte in der Subskala Compassion Satisfaction auf. Weiters zeigten sich in Bezug auf die Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit signifikante Unterschiede mit mittlerer Effektstärke zwischen den Berufsgruppen der Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und PsychologInnen. PsychologInnen wiesen im Vergleich mit Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen signifikant höhere Werte in der Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit auf. Die in der bisherigen Forschung beschriebenen Ergebnisse, dass hohe Werte an Secondary Traumatic Stress und Burnout vor allem bei PsychiaterInnen und SozialarbeiterInnen bestehen (Rossi et al., 2012; Sprang et al., 2007), konnten anhand dieser Studie nicht belegt werden. Dabei soll jedoch auch hier auf die nationalen Unterschiede der Gesundheitssysteme hingewiesen werden, da die beiden oben angeführten Studien in Italien bzw. den USA durchgeführt wurden. Weiters bestehen aufgrund der geringen Substichproben – insbesondere jener der ÄrztInnen, Diplomierten (psychiatrischen) Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie PsychotherapeutInnen – Einschränkungen in der Aussagekraft der Ergebnisse der vorliegenden Studie. Generell ist anzumerken, dass Unterschiede hinsichtlich verschiedener Berufsgruppen unter anderem auf folgende wichtige Faktoren zurückzuführen sein könnten: Ausbildung, Gehalt, Arbeitszeiten, Berufsbild, Wertschätzung. Detaillierte Untersuchungen dazu wurden nicht durchgeführt, da dies über den Rahmen dieser Studie hinausgegangen wäre.

Beim Vergleich zwischen berufstätigen und sich (zusätzlich) in Ausbildung befindlichen Personen zeigten sich signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke in Bezug auf die Subskala Compassion Satisfaction der ProQOL. Personen, die (zusätzlich) in Ausbildung sind, gaben hier im Vergleich höhere Werte in dieser Subskala an. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem der Studie von Harr und Moore (2011), die die professionelle Lebensqualität bei StudentInnen der Sozialarbeit untersuchten. In der vorliegenden Studie konnte dieses Ergebnis nun bei Auszubildenden unterschiedlicher helfender Berufe festgestellt werden. Ein höheres Risiko für Burnout – wie bei Harr und Moore (2011) angeführt – konnte allerdings nicht gezeigt werden. Hier ist allerdings anzumerken, dass aufgrund der geringen Teilstichprobe in die Gruppe der Auszubildenden auch solche fielen, die nebenbei berufstätig sind, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnte (siehe Kapitel 7.2).

Auch wurden geschlechtsspezifische Unterschiede erhoben. Dabei wurde bei drei Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – der Körperlichen Funktionsfähigkeit, Vitalität und dem Psychischen Wohlbefinden – festgestellt, dass Männer signifikant höhere Werte mit kleiner Effektstärke aufwiesen. Generell gibt es zahlreiche Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, jedoch kaum speziell zu helfenden Berufen. Albrecht (2013), die ebenso die gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels SF-36-Fragebogen erhob, konnte – im Gegensatz zur vorliegenden Studie – keine Geschlechtsunterschiede feststellen. Wie bereits angeführt, wurden allerdings ausschließlich MitarbeiterInnen im Suchtbereich befragt, was der Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse sein könnte.

In Bezug auf die professionelle Lebensqualität, Resilienz und Self-Compassion konnten keinerlei signifikante Mittelwertunterschiede festgestellt werden. Die bisherige Forschung von Geschlechtsunterschieden in Bezug auf die Konstrukte zeigt sehr unterschiedliche Ergebnisse. So z.B. beim Thema Burnout, wo Albrecht (2013) in einer Studie von etwas höheren Burnoutwerten bei Männern im Vergleich zu Frauen berichtete, während eine Studie von Sprang et al. (2007) ein höheres Burnoutlevel bei Frauen aufzeigte. Maslach et al. (2001) führten an, dass auf Grund der unterschiedlichen Ergebnisse Burnout nicht aussagekräftig durch den Prädiktor Geschlecht erklärbar ist. Generell ist anzumerken, dass bei der Untersuchung geschlechtsspezifischer Unterschiede stets bedacht werden soll, dass hier mehrere Faktoren – zum Beispiel das Land der Untersuchung, das Rollenbild oder das Alter der untersuchten Personen – einfließen könnten.

Darüber hinaus zeigten sich – wie bereits in Kapitel 6.4.1 beschrieben – im Zuge dieser Studie signifikante Zusammenhänge zwischen den erhobenen Konstrukten. Insbesondere sind hierbei folgende Zusammenhänge anzuführen: Es konnte ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und Compassion Satisfaction mittlerer Effektstärke sowie ein signifikant negativer Zusammenhang mittleren und kleinen Effekts zwischen Resilienz mit Burnout sowie Secondary Traumatic Stress festgestellt werden, was in Einklang mit der bisherigen Forschung steht (Burnett & Wahl, 2015; Cooke et al., 2013; Hegney et al., 2015).

Weiters zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang mittleren Effekts zwischen Compassion Satisfaction und Self-Compassion sowie ein signifikant negati-

ver Zusammenhang ebenso mittleren Effekts zwischen Burnout und Secondary Traumatic Stress mit Self-Compassion, was Beaumont et al. (2016a, 2016b) in ihren Untersuchungen ebenfalls aufzeigten.

Abschließend ist zu erwähnen, dass bei allen Ergebnissen dieser Studie Limitationen zu beachten sind, auf die im Folgenden eingegangen wird.

7.2. Limitationen und zukünftige Forschung

Trotz reichlicher Überlegungen zu Beginn des Forschungsprozesses können verschiedene Limitationen dieser Studie festgestellt werden, auf die nun genauer eingegangen wird.

Durch die Befragung mittels Online-Fragebogen konnte eine breitere Stichprobe – unterschiedlichster Sozial- und Gesundheitsberufe sowie Settings – erreicht werden. Es sei allerdings angemerkt, dass dabei stets die Gefahr besteht, dass an der Befragung eventuell auch Personen teilnehmen, auf die die Einschlusskriterien nicht zutreffen. Diese Befragung richtete sich ausschließlich an Personen, die im Sozial- und Gesundheitsbereich tätig bzw. gerade in Ausbildung zu einem Sozialberuf sind und derzeit mit – definiert nach ICD-10 – psychisch erkrankten Personen arbeiten. Eine Überprüfung, ob dies auf alle Teilnehmenden zutraf, ist bei Verwendung eines anonymen Online-Fragebogens allerdings nicht möglich.

Die Literatur zeigt außerdem, dass je mehr mit KlientInnen gearbeitet wird, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, desto höher das Level an Secondary Traumatic Stress und Burnout bei MitarbeiterInnen des Gesundheitsbereichs ist (Sprang et al., 2007). Weiters zeigt diese Studie, dass die befragten MitarbeiterInnen in Gesundheitsberufen höhere Werte an Compassion Satisfaction und niedrigere Werte an Secondary Traumatic Stress aufwiesen, wenn diese ein spezielles Training in Bezug auf die Arbeit mit traumatisierten Personen absolvierten, im Vergleich zu MitarbeiterInnen, die keines absolvierten (Sprang et al., 2007). An der Stelle muss deshalb angemerkt werden, dass im Zuge dieser Arbeit nicht erhoben wurde, mit welchen KlientInnen die HelferInnen arbeiten, sowie auch nicht, inwieweit bereits Erfahrung und Wissen in Bezug auf die Arbeit in der Psychotraumatologie besteht.

Wie bereits erwähnt kamen bei der Durchsicht der erhobenen Daten einige Ungeheimtheiten bei der Angabe des Berufs bzw. der Ausbildung zu Tage. So kam es etwa dazu, dass Personen angaben, einen bestimmten Beruf auszuüben, jedoch keine wöchentlichen Arbeitsstunden angaben, sondern stattdessen Stunden, die sie in einer Ausbildung tätig sind. Auch wurden teilweise Arbeitsstunden sowie Stunden in Ausbildung angegeben, obwohl bei vorheriger Frage nur einer dieser Punkte angegeben wurde. Insgesamt wurden aufgrund dessen acht Personen bei der Berechnung in Bezug auf die Berufsgruppen sowie zehn Personen bei der Berechnung in Bezug auf die Ausbildung ausgeschlossen. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Gestaltung dieser beiden Fragen im Online-Fragebogen offenbar nicht optimal und eindeutig formuliert war. Überlegungen hierzu sind, dass das Feld zur Angabe einer Ausbildung eventuell leicht zu übersehen war sowie dass die Begriffe Beruf und Ausbildung einer klareren Abgrenzung bedürft hätten.

Wünschenswert wären größere Substichproben gewesen. Vor allem in Bezug auf den Vergleich unterschiedlicher Berufsgruppen waren einige der Subgruppengrößen niedriger als geplant.

Im Zuge dieser Studie sollten Personen, die bereits im Beruf stehen, mit Personen in Ausbildung verglichen werden. Aufgrund der geringen Teilstichprobe wurden schließlich berufstätige Personen mit Personen in Ausbildung verglichen, wobei diese teilweise zusätzlich berufstätig sind. In zukünftiger Forschung wäre es interessant zu vergleichen, ob Unterschiede zwischen Personen nur in Ausbildung und Personen in Ausbildung und zusätzlicher Berufstätigkeit bestehen, da dies eine Doppelbelastung darstellen könnte, die Auswirkungen auf die Lebensqualität haben könnte.

An dieser Stelle sei außerdem darauf hingewiesen, dass es – neben den in dieser Studie angeführten – noch weitere Strategien gibt, um Burnout entgegenzuwirken. Lups et al. (2012) konnten in ihrer Studie zeigen, dass z.B. Sport, das Lesen von Fachartikeln oder auch Entspannungstrainings Strategien sind, die von den befragten PsychotherapeutInnen häufig gegen Burnout eingesetzt werden. Diese Strategien sowie auch die Frage, ob Selbsterfahrung ebenfalls zu Entlastungen führen kann – und wenn in welchem Setting oder mit wie vielen Einheiten –, könnte eben-

falls Thema künftiger Forschungsarbeiten sein. Ebenso, wie es interessant wäre, Belastungen, die außerhalb des Berufsfelds bestehen können, mitzuerheben.

Weiters könnte man sich, wie bereits erwähnt, die unterschiedlichen Arbeitssettings genauer ansehen, um herauszufinden, woran es liegen kann, dass Personen, die in einer Praxis arbeiten, niedrigere Burnoutwerte sowie höhere Werte in der Vitalität und Emotionalen Rollenfunktion aufweisen. Hieraus könnten sich eventuelle Aspekte ableiten lassen, um Belastungen in der Arbeit in einer Institution entgegenzuwirken.

Wie in der obigen Diskussion der Ergebnisse zum Thema Supervision erwähnt, wäre es außerdem interessant, in zukünftigen Studien Qualitätskriterien mitzuerheben und zu betrachten, ob das Ausmaß an Supervision, die Qualität oder eine Kombination für die Wirksamkeit dieser entscheidend ist. Weiters wäre es informativ zu untersuchen, ob Unterschiede bestehen, je nachdem ob an verpflichtender Supervision oder Supervision unabhängig von Verpflichtungen teilgenommen wird. Auch die Unterscheidung in Team- und Fallsupervision könnte bei Vergleichen neue Erkenntnisse bringen. Weiters gibt es bisher nur einige wenige Studien, die sich mit der Wirkung von Supervision auf der Ebene von SupervisandInnen und KlientInnen beschäftigten (Petzold et al., 2003), aufgrund dessen hier noch weitere Untersuchungen wünschenswert wären.

8 Schlussfolgerung

Die Arbeit in einem helfenden Beruf kann oftmals sehr belastend sein, weshalb es zu Beeinträchtigungen in Bezug auf die Lebensqualität kommen kann. Diese Untersuchung hatte daher das Ziel, verschiedene Aspekte, die einen positiven Einfluss auf die Arbeit haben können, näher zu beleuchten. Die Frage, was denn eigentlich uns HelferInnen helfen kann, stand dabei im Mittelpunkt.

Bei der vorliegenden Studie zeigten sich besonders folgende zwei Punkte als wichtig, da diese einen Einfluss auf die lebensqualitätsbezogenen Faktoren haben können: das Arbeitssetting sowie die Intervision – als Spezialfall der Supervision.

Maßnahmen zur Förderung der Lebensqualität bei HelferInnen sollten jedenfalls auch die Arbeitsumgebung miteinbeziehen, denn organisations- und situationsbezogene Faktoren spielen bei der Entstehung von Belastungen und Burnout durch die Arbeit als HelferIn eine große Rolle. Bereits Maslach et al. (2001) führten an, dass nicht nur individuelle Präventions- und Interventionsmaßnahmen betrachtet werden sollten, sondern auf jeden Fall auch die Arbeitsumgebung.

Darüber hinaus zeigte sich, dass noch großer Forschungsbedarf in Bezug auf die Lebensqualität bei HelferInnen besteht – vor allem hinsichtlich des Themas Supervision. Insbesondere die Intervision – die in der Literatur als psychohygienische Maßnahme positiv erwähnt wird (Reimer, 2005) – wurde bisher kaum untersucht. Die vorliegende Studie deutet allerdings darauf hin, dass diese eine Strategie sein könnte, um Belastungen und Burnout entgegenzuwirken. Weitere und detaillierte Forschung ist demnach in jedem Fall wünschenswert und notwendig.

Literaturverzeichnis

Albrecht, C. (2013). *Der Einfluss von Supervision auf gesundheitsbezogene Variablen von Betreuungspersonal im Suchtbereich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. DSM-5*. Washington: American Psychiatric Association.

Association of National Organizations for Supervision in Europe (ANSE). (2016). *Welcome to the ANSE Homepage*. Zugriff am 24.07.2016. Verfügbar unter <http://www.anse.eu/>

Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, 33(1), 1-4.

Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016a). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34(3), 239-244. doi:10.1016/j.midw.2015.11.002

Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016b). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: A quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(1), 15–23. doi: 10.1002/capr.12054

Belardi, N. (2005). Supervision. Clinical supervision. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 738-745). Göttingen: Hogrefe.

Belardi, N. (2013). *Supervision. Grundlagen, Techniken, Perspektiven*. 4., aktualisierte Auflage. München: C.H.Beck.

Belardi, N. (2015). *Supervision für helfende Berufe*. 3., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Bengel, J., Meinders-Lücking, F., & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Band 35)*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zugriff am 26.07.2016. Verfügbar unter https://www.gutdrauf.net/fileadmin/user_upload/Startseite/Materialien/Ki-undJugendgesundheit/Schutzfaktoren_bei_Kindern_und_Jugendlichen_2009.pdf

Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung (BSO). (2016). *Kurzbeschrieb BSO*. Zugriff am 24.07.2016. Verfügbar unter <http://www.bso.ch/verband/ueber-uns/kurzbeschrieb.html>

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

Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43(3), 190-197.

Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108 (2-3), 97–103. doi:10.1016/j.zefq.2014.02.006

Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, M., Siegrist, J., & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2000). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Jahrbuch der medizinischen Psychologie (Bd. 18)*. Göttingen: Hogrefe.

Burisch, M. (2010). *Das Burnout Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Zahlreiche Fallbeispiele. Hilfen zur Selbsthilfe*. Heidelberg: Springer.

Burnett Jr, H. J. & Wahl, K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: a survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*. 17(1), 318-326, Zugriff am 06.07.2016. Verfügbar unter <http://www.omicsonline.com/open-access/the-compassion-fatigue-and-resilience-connection-a-survey-of-resilience-compassion-fatigue-burnout-and-compassion-satisfaction-among-trauma-responders-1522-4821-17-165.php?aid=37926>

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

Cooke, G. P., Doust, J. A., & Steele, M. C. (2013). A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education*, 13:2. doi: 10.1186/1472-6920-13-2

Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16(1,2), 5-23. Zugriff am 06.07.2016. Verfügbar unter <http://content.iospress.com/download/zeitschrift-fur-medizinische-psychologie/zmp16-1-2-02?id=zeitschrift-fur-medizinische-psychologie%2Fzmp16-1-2-02>

Deutsche Gesellschaft für Supervision (DGsv). (2016). *Der Verband*. Zugriff am 24.07.2016. Verfügbar unter <http://www.dgsv.de/dgsv/>

Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2011). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 5. überarbeitete Auflage. Bern: Huber.

Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T. et al. (2006). Clinical supervision and burnout: The influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1007-1015. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01370.x

Fengler, J. (1997). Burnout und Psychohygiene. In P. L. Janssen, M. Cierpka, & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 83-95). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Third Edition. London: Sage.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists chronic lack of self care. *Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433–1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Freudenberger, H., & North, G. (1992). *Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins*. Frankfurt am Main: Krüger.
- Garman, A. N., Corrigan, P. W., & Morris, S. (2002). Staff burnout and patient satisfaction: Evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3), 235-241. doi: 10.1037//1076-8998.7.3.235
- Gottfried, K., Petitjean, S., & Petzold, H. G. (2003). Supervision in der Psychiatrie – eine Multicenterstudie (Schweiz). In H. G. Petzold, B. Schigl, M. Fischer, & C. Höfner (Hrsg.), *Supervision auf dem Prüfstand* (S. 299-334). Opladen: Leske + Budrich.
- Greiner, W., & Klose, K. (2014). Lebensqualitätsbewertung und Utilities in der Gesundheitsökonomie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108 (2-3), 120-125. doi:10.1016/j.zefq.2014.02.004
- Güthlin, C. (2004). Response Shift: alte Probleme der Veränderungsmessung, neu angewendet auf gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13(4), 165-174.
- Hapke, E. (1952). Über Supervision. *Rundbrief Gilde Soziale Arbeit* (4).
- Harr, C., & Moore, B. (2011). Compassion fatigue among social work students in field placements. *Journal of Teaching in Social Work*, 31, 350–363. doi: 10.1080/08841233.2011.580262

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

Herschbach, P., Marten-Mittag, B., & Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12 (2), 69 – 76.

Huggard, P., & Dixon, R. (2011). „Tired of Caring”: the impact of caring on resident doctors. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3, 105-112. Zugriff am 21.07.2016. Verfügbar unter http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2011-3/AJDTs_2011-3_04_Huggard.pdf

Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011a). *Informationen zur SCS-D-Kurzform*. Zugriff am 15.07.2016. Verfügbar unter http://www.soz.psy.unibe.ch/about_us/personen/hupfeld_heinemann_joerg/e76768/files76784/SelfCompassionScaleKurzformDEUTSCH.pdf

Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011b). 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

Janczyk, M., & Pfister, R. (2013). *Inferenzstatistik verstehen. Von A wie Signifikanztest bis Z wie Konfidenzintervall*. Berlin: Springer.

Kemper, K. J., Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(8), 1-8. doi: 10.1089/acm.2014.0281. Zugriff am 26.07.2016. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Kathi_Kemper2/publication/278675535_Are_Mindfulness_and_Self-Compassion_Associated_with_Sleep_and_Resilience_in_Health_Professionals/links/5582c99e08ae12bde6e621d1.pdf

Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14 (2), 32-44. doi: 10.1177/1534765608319083

Kohlmann, T. (2014). Messung von Lebensqualität: So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108 (2-3), 104–110. doi:10.1016/j.zefq.2014.03.015

Kohlmann, T., Bullinger, M., & Kirchberger-Blumstein, I. (1997). Die deutsche Version des Nottingham Health Profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 42 (3), 175-185. doi: 10.1007/BF01300568

Kumpfer, K. L. (1999). Factors and process contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz, & J. L. Johnson (Hrsg.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (S. 179-224). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.

Leiner, D. J. (2014). *SoSci Survey (Version 2.5.00-i) [Computer software]*. Zugriff am 03.05.2016. Verfügbar unter <https://www.soscisurvey.de>

Lemke, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung*. Kröning: Asanger.

Lenhard, W., & Lenhard, A. (2016). *Berechnung von Effektstärken*. Zugriff am 27.07.2016. Verfügbar unter: <http://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>.

Lups, F., Kliem, S., & Kröger, C. (2012). Sekundäre Traumatisierung. Eine Umfrage unter Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 94-99. Zugriff am 21.07.2016. Verfügbar unter [http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/3F9718DDDEC0A9B941257A2A003D4A01/\\$file/ptj_2012-2.pdf](http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/3F9718DDDEC0A9B941257A2A003D4A01/$file/ptj_2012-2.pdf)

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.

doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003. Zugriff am 26.07.2016. Verfügbar unter <http://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/metaanalysis.pdf>

Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Hrsg.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (S. 1-16). Washington: Taylor & Francis.

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

Maslach, C., & Susan E. J. (1981). *MBI. Maslach Burnout Inventory. Research edition. Manual*. Berkeley: University of California.

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.

doi: 10.1080/15298860390129863, Zugriff am 06.07.2016. Verfügbar unter <http://compassionatemind.org.au/resources/ewExternalFiles/Self-Compassion-An-Alternative-Conceptualization-of-a-Healthy-Attitude-Toward-Oneself.pdf>

Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. doi: 10.1080/15298860390209035

Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. Germer, & R. Siegel (Hrsg.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford Press. Zugriff am 26.07.2016. Verfügbar unter <http://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/SC-Germer-Chapter.pdf>

Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching (ÖVS). (2016a). *Die ÖVS*. Zugriff am 24.07.2016. Verfügbar unter <http://www.oevs.or.at/die-oevs/>

Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching (ÖVS). (2016b). *Supervision*. Zugriff am 17.05.2016. Verfügbar unter <http://www.oevs.or.at/beratungsformate/supervision/>

Petzold, H. G., Schigl, B., Fischer, M., & Höfner, C. (2003). *Supervision auf dem Prüfstand*. Opladen: Leske + Budrich.

Raab, K., Sogge, K., Parker, N., & Flament, F. (2015). Mindfulness-based stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionals: a pilot study. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(6), 503-512. doi: 10.1080/13674676.2015.1081588

Raquepaw, J. M., & Miller, R. S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 32–36. doi: 10.1037/0735-7028.20.1.32

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878. doi: 10.1007/s00103-007-0250-6

Reimer, C. (2005). Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten. In O. F. Kernberg, B. Dutz, & J. Eckert (Hrsg.), *Wir Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 92-101). Stuttgart: Schattauer.

Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A., & Raskin, K. (2005a). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut*, 50, 107-114. doi: 10.1007/s00278-005-0411-8

Reimer C., Trinkaus, S., & Jurkat, H. B. (2005b). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiatrische Praxis*, 32, 381-385. doi: 10.1055/s-2005-866903

Renneberg, B., & Hammelstein, P. (2006). Resilienz. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 18-23). Heidelberg: Springer.

Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L. et al. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in commu-

nity-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200, 933-938. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.029

Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88–96. doi: 10.1037/0735-7028.38.1.88

Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544-550. doi: 10.1037/0735-7028.36.5.544

Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision*. Göttingen: Hogrefe.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16-39. Zugriff am 22.07.2016. Verfügbar unter <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/resilienzskala2.pdf>

Siegrist, U. (2010). *Der Resilienzprozess. Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben*. Wiesbaden: VS Verlag.

Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259-280. doi: 10.1080/15325020701238093

Stamm, B. H. (2003). *ProQOL-R III. Professional quality of life. Compassion satisfaction and fatigue subscales – Revision III*. Zugriff am 06.07.2016. Verfügbar unter <http://www.proqol.org/uploads/ProQOLGerman.pdf>

Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL manual. The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Zugriff am 06.07.2016. Verfügbar unter <http://compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>

Stamm, B. H. (2009). *Professional Quality of Life: Compassion satisfaction and fatigue version 5 (ProQOL)*. Zugriff am 23.07.2016. Verfügbar unter http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_German_7-2011.pdf

Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual, 2nd ed.* Zugriff am 06.07.2016. Verfügbar unter http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf

Tarlov, A. R., Ware, J. E., Greenfield, S., Nelson, E. C., Perrin, E., & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 262 (7), 925-930.

Vredenburgh, L. D., Carlozzi, A. F., & Stein, L. B. (1999). Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and patient demographics. *Counseling Psychology Quarterly*, 12(3), 293–302. doi: 10.1080/09515079908254099

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience, and recovery*. Ithaca: Cornell University Press.

World Health Organization (WHO). (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Zugriff am 06.07.2016. Verfügbar unter <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization (WHO). (1997). *WHOQOL. Measuring quality of life*. Zugriff am 06.07.2016. Verfügbar unter http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Wustmann Seiler, C. (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität*. Herausgegeben von W. E. Fthenakis. Berlin: Cornelson.

Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion, *Self and Identity*, 14(5), 1-22. doi: 10.1080/15298868.2015.1029966, Zugriff am 28.06.2016. Verfügbar unter <http://self-compassion.org/wp-content/uploads/2015/05/Yarnell.Gender.Self-compassion.pdf>

Zechner, S. (2015). *Resilienz und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Betreuungspersonal psychisch Erkrankter*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Professionelle Lebensqualität (nach Stamm, 2010, S. 8)	15
<i>Abbildung 2.</i> Der Burnout-Zyklus (nach Freudenberger & North, 1992, S. 123)	20
<i>Abbildung 3.</i> Rahmenmodell von Resilienz (nach Wustmann Seiler, 2004, S. 65; modifiziert nach Kumpfer, 1999, S. 185).....	27
<i>Abbildung 4.</i> Angepasstes Rahmenmodell der Resilienz (nach Siegrist, 2010, S. 121)	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	
<i>Innere Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen der ProQOL, SF-36 sowie der Gesamtskalen der RS-11 und SCS-D</i>	65
Tabelle 2	
<i>Interpretation der Effektstärken r, Cohen's d und η^2 (Cohen, 1988, zitiert nach Janczyk & Pfister, 2013)</i>	66
Tabelle 3	
<i>Korrelationen zwischen den Subskalen der professionellen (ProQOL) und gesundheitsbezogenen (SF-36) Lebensqualität</i>	68
Tabelle 4	
<i>Korrelationen mit dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und den Subskalen der ProQOL</i>	69
Tabelle 5	
<i>Korrelationen mit dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D) und den Subskalen der ProQOL</i>	70
Tabelle 6	
<i>Korrelationen mit dem Gesamtwert der Resilienz (RS-11) und den Subskalen der SF-36</i>	70
Tabelle 7	
<i>Korrelationen mit dem Gesamtwert der Self-Compassion (SCS-D) und den Subskalen der SF-36</i>	71
Tabelle 8	
<i>Mittelwertvergleich Geschlecht bezüglich der Subskalen der ProQOL</i>	72
Tabelle 9	
<i>Mittelwertvergleich Geschlecht bezüglich der Subskalen der SF-36</i>	73
Tabelle 10	
<i>Mittelwertvergleich Setting bezüglich der Subskalen der ProQOL</i>	75
Tabelle 11	
<i>Post-hoc-Testung Subskala Burnout</i>	75
Tabelle 12	
<i>Mittelwertvergleich Setting bezüglich der Subskalen der SF-36</i>	76
Tabelle 13	
<i>Post-hoc-Testung Subskala Vitalität</i>	76
Tabelle 14	
<i>Post-hoc-Testung Subskala Emotionale Rollenfunktion</i>	76

Tabelle 15	
<i>Mittelwertvergleich Berufsgruppen bezüglich der Subskalen der ProQOL</i>	78
Tabelle 16	
<i>Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Subskala Compassion Satisfaction</i>	78
Tabelle 17	
<i>Mittelwertvergleich Berufsgruppen bezüglich der Subskalen der SF-36</i>	79
Tabelle 18	
<i>Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	80
Tabelle 19	
<i>Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Subskala Emotionale Rollenfunktion</i>	80
Tabelle 20	
<i>Mittelwertvergleich Berufstätig vs. Ausbildung bezüglich der Subskalen der ProQOL</i>	81
Tabelle 21	
<i>Mittelwertvergleich Berufstätig vs. Ausbildung bezüglich der Subskalen der SF-36</i>	82
Tabelle 22	
<i>Mittelwertvergleich Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) bezüglich der Subskalen der ProQOL</i>	84
Tabelle 23	
<i>Mittelwertvergleich Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) bezüglich der Subskalen der SF-36</i>	85
Tabelle 24	
<i>Mittelwertvergleich (Kruskal-Wallis-Test) Supervisionsarten (Einzel-, Gruppen- sowie Einzel- und Gruppensupervision) bezüglich der Subskala Körperliche Rollenfunktion der SF-36</i>	85
Tabelle 25	
<i>Mittelwertvergleich Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) bezüglich der Subskalen der ProQOL</i>	86
Tabelle 26	
<i>Mittelwertvergleich Supervisionsarten (interne, externe sowie interne und externe Supervision) bezüglich der Subskalen der SF-36</i>	86
Tabelle 27	
<i>Mittelwertvergleich Supervisionsausmaß bezüglich der Subskalen der ProQOL</i>	88

Tabelle 28	
<i>Mittelwertvergleich Supervisionsausmaß bezüglich der Subskalen der SF-36</i>	88
Tabelle 29	
<i>Mittelwertvergleich Intervisionsausmaß bezüglich der Subskalen der ProQOL</i>	90
Tabelle 30	
<i>Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Subskala Burnout</i>	90
Tabelle 31	
<i>Mittelwertvergleich Intervisionsausmaß bezüglich der Subskalen der SF-36</i>	90
Tabelle 32	
<i>Ausschnitt der Werte der post-hoc-Testung zur Skala Self-Compassion</i>	91

Abkürzungsverzeichnis

ANSE:	Association of National Organizations for Supervision in Europe
BSO:	Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung
BSP:	Berufsverband für Supervision und Praxisberatung
DGSv:	Deutsche Gesellschaft für Supervision
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MBI:	Maslach Burnout Inventory
ÖVS:	Österreichische Vereinigung für Supervision, Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching
ProQOL:	Professional-Quality-of-Life-Scale
RS-11:	Kurzversion Resilienzskala
RS-25:	Originalversion Resilienzskala
SCS:	Self-Compassion-Scale
SCS-D:	deutsche Kurzversion Self-Compassion-Skala
SF-36:	Short-Form-Gesundheitsfragebogen
SWE:	Selbstwirksamkeitserwartung
WHO:	World Health Organization

Anhang

Anhang 1: Aufruf zur Studienteilnahme per Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zuge meines Psychologiestudiums an der Universität Wien verfasse ich gerade meine Masterarbeit zu dem Thema **Lebensqualität bei Helferinnen und Helfern**. Ziel meiner Arbeit ist es, verschiedene Aspekte, die einen positiven Einfluss auf die – oftmals auch belastende – Arbeit als Helferin und Helfer haben können, näher zu beleuchten.

Gerne würde ich Sie dazu einladen, an meiner Masterbefragung teilzunehmen bzw. diese an Kolleginnen und Kollegen weiterzuleiten und *würde mich über jede einzelne wertvolle Unterstützung sehr freuen*.

Die Befragung richtet sich an Personen, die

- 1. im Sozial- und Gesundheitsbereich tätig bzw. gerade in Ausbildung zu einem Sozialberuf sind (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, PsychologInnen etc.) und*
- 2. derzeit mit psychisch erkrankten Personen (dieser Begriff ist sehr breit gefächert und lehnt sich an die im ICD10 bezeichneten psychischen Erkrankungen an) arbeiten.*

Die Online-Befragung nimmt maximal 15 Minuten Zeit in Anspruch und die Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Anbei der Link zur Online-Befragung: <https://www.soscisurvey.de/lebensqualitaet-helferinnen/>

Hinweis zum Link: Bei manchen Webbrowsern ist es erforderlich, den Link zu kopieren und in ein neues Browserfenster einzufügen.

Für Fragen und nähere Informationen stehe ich selbstverständlich sehr gerne jederzeit zur Verfügung.

Anhang 2: Aufruf zur Studienteilnahme über soziale Netzwerke

Bitte um eure wertvolle Unterstützung!!

Für meine Masterarbeit zum Thema Lebensqualität bei Helferinnen und Helfern suche ich Personen, die

1. im Sozial- und Gesundheitsbereich tätig bzw. gerade in Ausbildung zu einem Sozialberuf sind (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, KrankenpflegerInnen, PsychologInnen etc.) und
2. derzeit mit psychisch erkrankten Personen arbeiten (dieser Begriff ist sehr breit gefächert und lehnt sich an die im ICD10 bezeichneten psychischen Erkrankungen an).

Es handelt sich um eine Online-Befragung, die maximal 15 Minuten Zeit in Anspruch nimmt. Die Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Ich freue mich über jede einzelne Teilnahme!

Anbei der Link zur Online-Befragung: <https://www.soscisurvey.de/lebensqualitaet-helferinnen/>