

Wenn Empathie zum Berufsrisiko wird

Compassion Fatigue in der Hebammenarbeit

Good Marina

Hungerbühler Anna

Departement Gesundheit
Institut für Hebammen

Studienjahr: 2017

Eingereicht am: 28.04.2020

Begleitende Lehrperson: Oberndörfer Petra

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Hintergrund

Die Hebammenarbeit fordert einen hohen Grad an Empathie. Diese und die Exposition gegenüber traumatischen Geburtserlebnissen werden in der Literatur als Risiken für Compassion Fatigue beschrieben.

Ziele

Geprüft wird, welche Ursachen in der Hebammenarbeit zu Compassion Fatigue führen können. Ziel ist es, aus den Ursachen Präventionsmassnahmen abzuleiten und die Hebammen für das Thema zu sensibilisieren.

Methode

In sechs verschiedenen Datenbanken wird nach passender Literatur gesucht. Anhand von zwei Mixed-Methods-Studien und drei quantitativen Studien wird eine Literaturliste verfasst.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass das Alter und die Arbeitserfahrung, die Exposition zu traumatisierenden Geburten oder Geburtserfahrungen, persönliche Faktoren, die Unterstützung der Stationsleitung, die Aus- und Weiterbildung und die Arbeitsbelastung einen Einfluss auf Compassion Fatigue haben.

Schlussfolgerung

Compassion Fatigue stellt ein Problem für Hebammen und weitere Gesundheitsprofessionen dar. Zur Prävention werden unter anderem formelle Mentoring-Programme, Inter- und Supervision, Aus- und Weiterbildung und Resilienz-Training vorgeschlagen.

Die Sensibilisierung der Hebammen für das Thema Compassion Fatigue findet optimalerweise bereits während der Ausbildung statt und ist massgebend für den Erfolg der Prävention.

Um weitere Ursachen evidenzbasiert eruieren zu können, ist eine genauere Definierung von Compassion Fatigue sowie hochwertige und umfangreiche Forschung notwendig.

Keywords

Hebammenarbeit, Compassion Fatigue, Ursachen, Compassion Satisfaction

Compassion Fatigue ist die natürliche, vorhersehbare, behandelbare und vermeidbare Konsequenz von der Arbeit mit leidenden Menschen (Stamm, 1999).

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich an Hebammen und andere Fachpersonen im Bereich Geburtshilfe.

Begriffe, welche einer näheren Erklärung bedürfen und nicht im theoretischen Hintergrund definiert werden, sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet und im Glossar (Anhang A) beschrieben.

Gewisse Fachbegriffe werden bei der Ersterwähnung mit entsprechender Abkürzung in Klammern ergänzt. In der Folge wird jeweils nur noch die Abkürzung verwendet. Eine Zusammenfassung der Abkürzungen ist bei den Verzeichnissen zu finden.

Die Berufsbezeichnung «Hebamme» bezieht sich sowohl auf die weiblichen als auch die männlichen Berufsangehörigen, weil der Begriff in der Deutschschweiz für beide Geschlechter gebräuchlich ist.

Englische Wörter werden in Anführungszeichen geschrieben. Weil der Begriff «compassion» und weitere Fachtermini, welche «compassion» beinhalten, mit der gewünschten Bedeutung nicht direkt ins Deutsche übersetzbar sind, werden die englischen Begriffe verwendet.

Das Literaturverzeichnis ist nach den Internationalen Richtlinien der APA 7th Edition gestaltet.

Mit dem Begriff «die Verfasserinnen» sind ausschliesslich die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit gemeint. Mit Forscher/-innen oder Forschenden sind die Schreibenden der verwendeten Literatur gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Forschungsfrage	2
1.2	Forschungsziele	2
2	Methode	3
2.1	Literaturrecherche	3
2.2	Ein- und Ausschlusskriterien	4
2.3	Studienwahl.....	4
2.4	Evaluation	6
3	Theoretischer Hintergrund	7
3.1	Begriffsdefinitionen.....	7
3.2	Erklärung und Verwendung der zentralen Begriffe.....	8
3.2.1	Compassion und Self-Compassion.....	8
3.2.2	Compassion Fatigue und Secondary Traumatic Stress	8
3.2.3	Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).....	9
3.2.4	Burnout.....	11
3.2.5	Compassion Satisfaction.....	12
3.3	CF in der Hebammenarbeit	12
3.4	Messinstrumente für CF	13
3.4.1	Professional-Quality-of-Life-Skala (ProQOL)	13
3.4.2	Secondary-Traumatic-Stress-Skala (STS-Skala)	14
3.5	Präventionskonzepte gegen CF.....	14
3.5.1	Resilienz.....	14
3.5.2	Mentoring	16
3.5.3	Aus- und Weiterbildung	16
3.5.4	Inter- und Supervision	17

3.5.5	Verhältnisprävention	17
4	Ergebnisse	18
4.1	Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study (O’Callaghan et al., 2019)	18
4.2	A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process (Beck et al., 2015)	22
4.3	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 (Beaumont et al., 2015).....	26
4.4	Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses Hunsaker et al. (2014).....	29
4.5	Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece (Katsantoni et al., 2019)	33
5	Diskussion	37
5.1	Einflussfaktoren für CF	37
5.2	Kritische Diskussion der Methodik der analysierten Studien	38
5.3	Verknüpfung von Prävalenz und Einflussfaktoren.....	40
5.4	Beantwortung der Fragestellung.....	43
5.5	Theorie-Praxis-Transfer.....	44
5.5.1	Alter und Arbeitserfahrung	44
5.5.2	Begleiten traumatischer Geburten.....	45
5.5.3	Unterstützung der Stationsleitung	45
5.5.4	Aus- und Weiterbildung	46
5.5.5	Persönliche Faktoren	47
5.5.6	Arbeitsbelastung	48

5.6	Sensibilisierung der Hebammen	48
5.6.1	Integration in die Ausbildung	48
5.6.2	Flyer für berufstätige Hebammen	50
6	Schlussfolgerungen	51
6.1	Limitationen der Bachelorarbeit	52
6.2	Ausblick.....	53
	Verzeichnisse	55
	Literaturverzeichnis	55
	Tabellenverzeichnis.....	63
	Abbildungsverzeichnis.....	63
	Abkürzungsverzeichnis.....	63
	Wortzahl	64
	Danksagung	64
	Eigenständigkeitserklärung	65
	Anhang	66
A.	Glossar	66
B.	Mailverkehr.....	68
C.	Dokumentation Arbeitsprozess Bachelorarbeit	69
D.	Rechercheprotokoll	72
E.	Studienbeurteilung nach AICA	77

1 Einleitung

Die Beziehung zur Frau steht im Zentrum der Hebammenarbeit. Die aktuellen Evidenzen zeigen, dass sich eine vertrauensvolle Geburtsbegleitung positiv auf das Outcome* von Mutter und Kind auswirkt und die Arbeitszufriedenheit der Hebammen steigert. Diese positive Erfahrung wird auch Compassion Satisfaction (CS) genannt und ist eine wichtige Quelle für die Arbeitsmotivation der Hebammen. (Leinweber & Rowe, 2008)

Für einen erfolgreichen Beziehungsaufbau zur Frau ist ein hoher Grad an Empathie* notwendig. Andererseits gilt Empathie laut Beck (2011) und Leinweber & J. Rowe (2008) als Risikofaktor für die Entwicklung von Compassion Fatigue (CF) oder «secondary traumatic stress» (zu Deutsch Sekundäre Traumatisierung, STS). Weitere Risikofaktoren für CF werden in persönliche Merkmale und arbeitsbezogene Stressoren* aufgeteilt (Beck et al., 2015).

Als riskante persönliche Eigenschaften gelten laut D'Souza et al. (2011) Pflichtbewusstsein, Perfektionismus und Selbsthingabe.

Die persönlichen Ressourcen* können gefördert werden und begünstigen die eigene Widerstandskraft. Wer über geeignete Ressourcen verfügt und in einer herausfordernden Situation darauf zurückgreifen kann, zeigt Resilienz. (Siegrist & Luitjens, 2018)

Zu den arbeitsbezogenen Stressoren zählen unter anderen das zunehmend höhere Alter der Gebärenden (The Royal College of Midwives, 2018), die steigende Geburtenrate, der Personalmangel im Gesundheitswesen sowie die zunehmend komplexeren Fälle (The Royal College of Midwives, 2015). Gleichzeitig wird eine individualisierte, hochqualitative und evidenzbasierte Betreuung gefordert.

Dies hat zur Folge, dass Hebammen gefährdet sind, an Berufsstress zu leiden und CF oder ein Burnout (BO) zu entwickeln. In einigen Fällen ist der Ausstieg aus dem Beruf die Konsequenz. (Curtis et al., 2013)

Gemäss Schweizerischem Gesundheitsobservatorium sind 41.9% der Hebammen in der Schweiz aus dem Beruf ausgetreten. Dabei wurden die Austritte aus der Erwerbstätigkeit und die Berufs- und Branchenwechsel der Jahre 2011-2013 berücksichtigt. (Lobsinger & Kägi, 2016)

Die hohe Berufsausstiegsrate kann mit mehr Zeitdruck und zunehmender Arbeitsbelastung im Zusammenhang stehen, was wiederum die psychische

Belastung im Arbeitsalltag erhöht (Arbeitsschutzgesetz, 2018). Diese Belastung führt zu weiteren Berufsausstiegen und es kommt zu einer Abwärtsspirale. Die hohe Arbeitsbelastung und die herausfordernden Situationen wurden von den Verfasserinnen im Praxisalltag miterlebt und somit das Interesse an der Thematik geweckt. Weil verschiedene Aspekte des Berufsalltags Hebammen zu einer Risikogruppe für CF oder STS machen (Beck, 2011; Leinweber & Rowe, 2008; Thomas & Wilson, 2004), wird der Fokus in dieser Arbeit darauf gelegt. Die Forschung in diesem Bereich ist wichtig, da der Forschungsstand im Hebammenberuf lückenhaft ist, CF noch kein anerkanntes Berufsrisiko darstellt (Beck et al., 2015) und noch nicht in den ICD-10* aufgenommen wurde (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2019).

Prävention gegen CF könnte der oben beschriebenen Abwärtsspirale entgegenwirken und die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden längerfristig schützen. Indem Präventionsmassnahmen Teil dieser Arbeit sind, erhoffen sich die Verfasserinnen, etwas zur psychischen Gesundheit ihrer Professionsangehörigen beitragen zu können.

Weil in der aktuellen Forschung vor allem die Ursachen von CF und noch kaum die Prävention dieser untersucht wird, liegt das Hauptaugenmerk auf den Ursachen. Das erste Forschungsziel untersucht Präventionsansätze, welche auf den Ursachen von CF basieren. Das zweite Forschungsziel ist, die Hebammen für die Problematik von CF zu sensibilisieren, denn erst durch die Sensibilisierung mittels Aufklärung kann eine erfolgreiche Prävention und Behandlung von CF gelingen (Siegenthaler & Tschuor, 2018).

1.1 Forschungsfrage

Welche Ursachen werden in der evidenzbasierten Literatur genannt, die bei Hebammen zu CF führen?

1.2 Forschungsziele

Ziele dieser Bachelorarbeit sind:

- Die erarbeiteten Ursachen für CF mit den Präventionskonzepten aus der Literatur zu verknüpfen und geeignete Präventionsmassnahmen abzuleiten
- Möglichkeiten aufzuzeigen, wie die Hebammen für das Thema CF sensibilisiert werden können

2 Methode

Dieses Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen. Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit wird in Form einer Literaturanalyse beantwortet mittels quantitativer und Mixed-Methods-Studien. Die Literaturrecherche, die verwendeten Datenbanken, Keywords, Ein- und Ausschlusskriterien sowie Beurteilungsinstrumente werden beschrieben.

2.1 Literaturrecherche

Die Literatur wird systematisch in den Datenbanken CINAHL Complete, MEDLINE, PubMed, PsycINFO und Midirs recherchiert. Aus zentralen Elementen der Fragestellung werden Schlüsselbegriffe erarbeitet und Keywords generiert, welche in Tabelle 1 ersichtlich sind. Dabei werden verschiedene Keyword-Kombinationen mit oder ohne Trunkierung genutzt. Die Booleschen Operatoren AND, OR und NOT sowie Multifield Search Funktionen verknüpfen die Keywords auf den Datenbanken. Das ausführliche Rechercheprotokoll ist im Anhang D zu finden.

Die Literaturrecherche wird von Juli 2019 bis Februar 2020 durchgeführt.

Tabelle 1: Keywords (eigene Darstellung, 2020)

Hauptaspekt	Hebammenarbeit	Compassion Fatigue	Ursache
Englische	Midwife	Secondary Traumatic	Cause
Synonyme	Midwives Midwifery	Stress	
Weitere Begriffe	Emergency- Nurses Healthcare- Professionals	Compassion Satisfaction	Factors Reasons

Die Suche nach Fachliteratur erfolgt über den Nebis-Katalog. Zudem wird in den Studien zitierte Literatur verwendet. Diese ausgewählte Fachliteratur dient dazu, CF mit den dazugehörigen Symptomen zu definieren, diese von ähnlichen psychischen Veränderungen abzugrenzen und bereits vorhandene Präventionskonzepte vorzustellen.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Auswahl der Hauptstudien erfolgt nach verschiedenen Kriterien. Es werden nur Studien aus Europa, Nordamerika und Australien-Ozeanien verwendet, da in diesen Ländern ein vergleichbares Gesundheitssystem wie in der Schweiz besteht. Ein weiteres Einschlusskriterium ist, dass die Studien nicht älter als zehn Jahre sind, um relevante und aktuelle Studien in die Beantwortung der Fragestellung miteinzubeziehen. Studien, welche das Hauptaugenmerk auf BO oder PTSD legen, werden ausgeschlossen. Berücksichtigt werden Studien, die den Fokus auf CF sowie STS legen. Da in der Literatur nur wenige Daten zu CF bei Hebammen vorliegen, werden auch vergleichbare Studien von Notfall-Pflegefachpersonen (NPP) verwendet. Laut Leinweber & Rowe (2008) sind Hebammen ähnlichen Risikofaktoren ausgesetzt, an STS zu leiden wie NPP.

2.3 Studienwahl

Die Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit erfolgt durch fünf ausgewählte Studien teilweise oder vollständig.

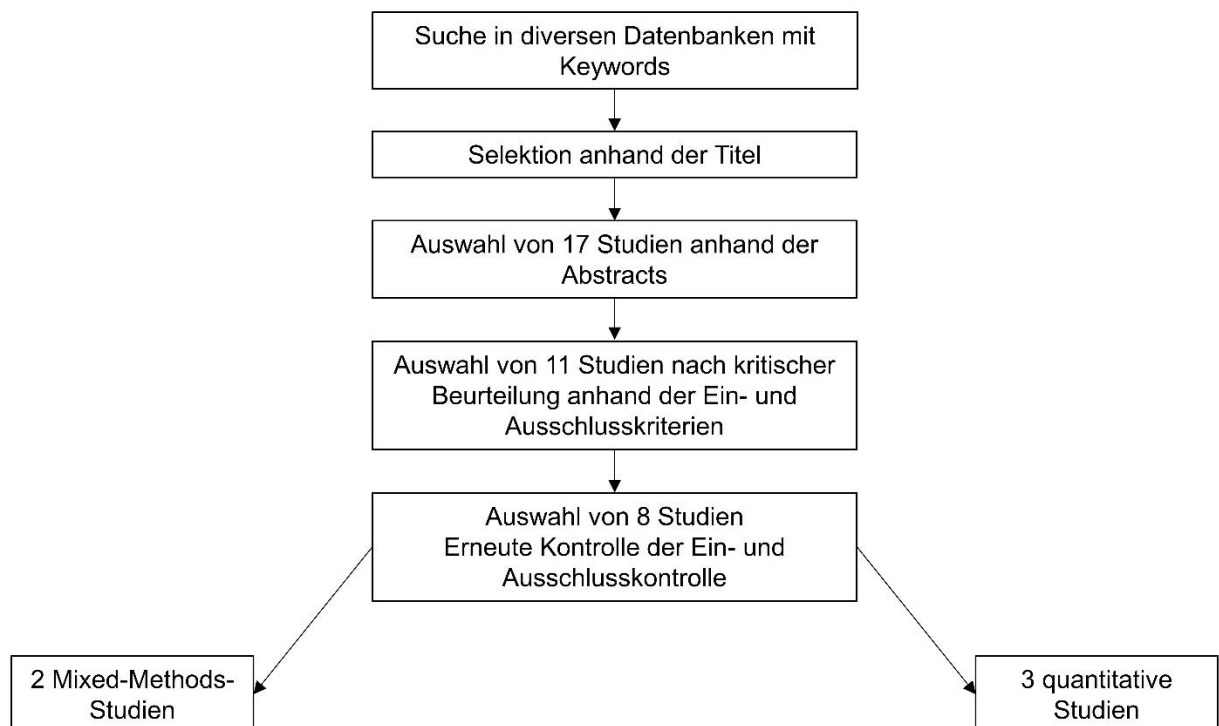


Abbildung 1: Vorgehen bei der Studienaushwahl (eigene Darstellung, 2020)

Die Selektion der Studien findet aufgrund der Titel und der Abstracts statt. Studien mit passendem Abstract werden auf Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. In den Referenzen der Studien wird nach demselben Verfahren nach passender Literatur gesucht. Schliesslich erfolgt eine Auswahl von fünf Studien für die Beantwortung der Fragestellung (siehe Tab. 2).

Tabelle 2: Ausgewählte Studien (eigene Darstellung, 2020)

1	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 qualitative survey von Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2015)
2	A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process von Beck, C., LoGiudice, J., & Gable, R. (2015)
3	Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties von Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010)
4	Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses von Hunsaker, S., Chen, H.-C., Dale, M., & Heaston, S. (2014)
5	Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece von Katsantoni, K., Zartaloudi, A., Papageorgiou, D., Darkopoulou, M. & Misouridou, E. (2019)

2.4 Evaluation

Die ausgewählten Studien werden in dieser Arbeit analysiert und die Ergebnisse untereinander verglichen. Die Studien werden mit dem Arbeitsinstrument für ein «critical appraisal»(AICA) von Ris & Preusse-Bleuler (2015) zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die Qualitätssicherung der quantitativen Daten erfolgt anhand der wissenschaftlichen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität (Bartholomeyczik et al., 2008). Die Qualitätssicherung der qualitativen Daten findet anhand der Vertrauenswürdigkeit nach Lincoln & Guba (1985) statt. Das Evidenzlevel wird anhand der von Sackett et al. (1996) festgelegten Evidenzklassen bestimmt.

3 Theoretischer Hintergrund

In dieser Arbeit wird der Schwerpunkt auf CF gelegt. Weil ähnliche Konzepte, wie STS oder BO in der Literatur zum Teil austauschbar verwendet werden und noch keine allgemeingültigen Definitionen bestehen (Sorenson et al., 2016), werden in diesem Kapitel alle relevanten Begriffe erklärt und voneinander abgegrenzt. Zudem findet ein Bezug zur Hebammenarbeit statt und es werden Messinstrumente und Präventionskonzepte für CF vorgestellt.

3.1 Begriffsdefinitionen

Die Begriffsdefinitionen stützen sich auf die wegweisende Forschungsarbeit «Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the Traumatized (1995)» von C. R. Figley.

C. R. Figley gilt als ein Pionier im Bereich der Traumaforschung und hat zahlreiche Werke zum Thema publiziert. Die Definitionen der Schlüsselbegriffe dieser Arbeit sind in Tabelle 3 ersichtlich.

Tabelle 3: Begriffsdefinitionen (eigene Darstellung, 2020, basierend auf Figley (1995))

Zentrale Begriffe	Beschreibung
CS	Ein positives Gefühl, welches entsteht indem anderen in einer traumatischen Situation geholfen wird.
CF	Eine Kombination aus physischer, emotionaler und spiritueller Erschöpfung in Bezug auf das Pflegen von Menschen mit emotionalem Schmerz und physischem Stress.
BO	Ein kumulativer Zustand von Frustration in Bezug auf die Arbeitsumgebung, welcher sich über lange Zeit entwickelt.
STS	Stress in Bezug auf negative Gefühle, welcher durch Angst und arbeitsbezogene Traumata entsteht.

3.2 Erklärung und Verwendung der zentralen Begriffe

3.2.1 Compassion und Self-Compassion

Webster (1989) definiert «compassion» als ein Gefühl von tiefster Sympathie und Sorge für jemanden, der von Leiden oder Unglück betroffen ist und begleitet wird von einem starken Bedürfnis, den Schmerz zu lindern oder dessen Ursache zu beseitigen.

«Self-compassion» wird definiert als eine freundliche, verbundene und achtsame Wahrnehmung, Motivation und Erfahrung von sich selbst. Dieser Begriff beinhaltet ein achtsames Selbstbewusstsein, welches den freundlichen Umgang mit sich selbst und Verständnis für Schwierigkeiten anderer umfasst, indem man realisiert, dass solche Erfahrungen zum Menschsein gehören. Empathie, Stresstoleranz und Freundlichkeit sind Schlüsselmerkmale von «compassion». (Neff, 2003)

In der Literatur werden die Herausforderungen für Health Care Professionals (HCPs) diskutiert, welche entstehen, welche beim Versuch «compassionate care» sicherzustellen entstehen. Der mangelnde Fokus auf die Verbesserung von «compassion» gegenüber den HCPs könnte damit im Zusammenhang stehen. Weitere Schwierigkeiten sind Unterbesetzung, steigende Patientenzahl und knappes finanzielles Budget. (Egan et al., 2018)

3.2.2 Compassion Fatigue und Secondary Traumatic Stress

Obwohl die Begriffe CF und STS unterschiedlich definiert werden, sind sie auf die gleiche psychische Störung zurückzuführen (Figley, 2002). Sie werden deshalb in dieser Arbeit austauschbar verwendet.

1993 wird CF erstmals definiert als die natürlichen und konsequenten Verhaltensweisen und Emotionen, welche durch das Wissen über ein von jemand anderem erlebtes Trauma entsteht. Der Stress kann beim Helfen einer traumatisierten Person entstehen. (Figley, 1995)

HCPs, welche sich um die Ängste, Schmerzen und das Leiden von Patientinnen und Patienten kümmern, können ähnliche Gefühle entwickeln, ohne selbst direkt verletzt oder bedroht zu werden (Figley, 2002).

Fischer & Riedesser (2009) definieren Trauma als «ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe

einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt» (S. 351).

Sekundäre Traumatisierung wird 1985 von C. R. Figley beschrieben als eine «Infektion» des gesamten Umfelds, welches ursprünglich nur von einer Person ausgeht. Dieses Phänomen ist auch bekannt unter dem Begriff “cost of caring” (Figley, 1995).

Ironischerweise gelten die effektivsten HCPs als am meisten gefährdet für diesen Spiegelungseffekt*. «Effektiv» bezeichnet in diesem Falle einen möglichst optimalen Versorgungsgrad der Patientinnen und Patienten. HCPs, welche sehr empathiefähig sind, haben ein grösseres Risiko an CF zu erkranken. (Figley, 2002)

3.2.3 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2019) definiert PTSD im ICD-10 als «eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde» (F 43.1).

Um die Begriffe PTSD und STS, respektive CF voneinander abgrenzen zu können, muss genauer auf die Art der verursachenden Stressoren eingegangen werden. Grundsätzlich wird PTSD von primären Stressoren verursacht, STS von sekundären (Figley, 2002) (siehe Tab. 4).

Tabelle 4: Stressoren und Symptome von PTSD und STS/CF (eigene Darstellung, 2020, basierend auf Figley, 2002; Leinweber & Rowe, 2008)

	PTSD	STS, CF
Stressoren	Primäre Stressoren: Erleben eines außergewöhnlichen Ereignisses, welches Stress auslöst (zum Beispiel Missbrauch oder Terroranschlag)	Sekundäre Stressoren: Indirektes Erleben der primären traumatischen Stressoren, indem man den traumatisierten Menschen hilft, zum Beispiel im Berufsalltag als HCPs
Folge A: «intrusions» Ständiges Wiedererleben des Ereignisses	Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen und Träume vom Ereignis	Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen, Träume von der traumatisierten Person oder dem Ereignis
Folge B: «avoidance» Vermeidungsverhalten von Stimuli, welche mit dem Trauma in Verbindung stehen	Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, Menschen, Orten und Erinnerungen, welche mit dem erlebten Trauma in Verbindung stehen	Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, Menschen, Orten und Erinnerungen, welche mit dem Trauma einer anderen Person in Verbindung stehen
Folge C: «arousal» Erhöhte Erregbarkeit	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, Reizbarkeit, Wutausbrüche oder Konzentrations-schwierigkeiten	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, Reizbarkeit, Wutausbrüche oder Konzentrations-schwierigkeiten

Die Symptome von STS ähneln den PTSD-Symptomen und umfassen drei Folgen: Ständiges Wiedererleben («intrusions»), Vermeidung («avoidance») und Erregbarkeit («arousal») (Figley, 2002; Leinweber & Rowe, 2008).

3.2.4 Burnout

Im Unterschied zu CF hat BO ausschließlich arbeitsbezogene Ursachen und steht nicht im Zusammenhang mit traumatisierten Personen oder Empathie (Beck, 2011). Burnout ist ein physischer und emotionaler Erschöpfungszustand, welcher bei Personen auftreten kann, die in einer stressigen Arbeitsumgebung tätig sind (Figley, 1995). Die Symptome werden von Maslach & Leiter (2008) in drei Dimensionen unterteilt: Erschöpfung, Zynismus und Ineffizienz.

Bei BO und CF können ähnliche Symptome auftreten, BO wird allerdings mehr mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Apathie* in Verbindung gebracht und hat zur Folge, dass der Job nicht mehr effektiv ausgeübt werden kann (Stamm, 2010).

Im Vergleich zu CF, welches plötzlich und mit schnellem Einsetzen der Symptome auftreten kann, entwickelt sich ein BO graduell und kann auch eine Folge von CF sein (Figley, 2002; Stamm, 2010).

BO und CF können zu gleichen Langzeitfolgen für den Arbeitsalltag führen, wie zum Beispiel schlechte Arbeitsmoral, Arbeitsversäumnis, Fluktuation* der Mitarbeitenden und Apathie (Jones & Gates, 2007). Diese Langzeitfolgen könnten einen negativen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung haben.

Die CF- und BO-Symptome können sehr ähnlich sein und auf verschiedenen Ebenen auftreten (Figley, 2002):

- **Kognitiv:** Konzentrationsschwierigkeiten, verringerte Selbstachtung, Apathie, Rigidität*, Desorientierung, Perfektionismus, Minimalismus, Beschäftigung mit dem Trauma, Gedanken der Selbst- oder Fremdverletzung
- **Emotional:** Schwächegefühl, Angst, Schuld, Wut, Überlebensschuld, «shutdown», Taubheit, Furcht, Hoffnungslosigkeit, Traurigkeit, Depression, emotionale Achterbahn, Erschöpfung, Hypersensitivität
- **Verhalten:** Ungeduld, Gereiztheit, Zurückgezogenheit, Launigkeit, Rückfall, Schlafstörungen, Albträume, Appetitlosigkeit, Hypervigilanz*, Schreckhaftigkeit, Unfalldisposition, Verlust von Sachgütern

- **Spirituell:** Infragestellung des Lebenssinns, Verlust der Sinnhaftigkeit, Mangel an Selbstzufriedenheit, allgegenwärtige Hoffnungslosigkeit, Gotteszorn, Infragestellung des eigenen Glaubens, Vertrauensverlust zu einer höheren Macht, Skeptizismus gegenüber der Religion
- **Sozial:** Isolierung, verringerte Libido*, Misstrauen, Überbehütung in der Elternrolle, Projektion von Wut und Schuld, Intoleranz, Einsamkeit, vermehrte zwischenmenschliche Konflikte
- **Somatisch:** Schock, Schwitzen, gesteigerter Puls, Atmungsschwierigkeiten, Schmerzen, Schwindel, gesteigerte Anzahl medizinischer Krankheiten, Beeinträchtigung des Immunsystems
- **Arbeitsleistung:** Schlechte Arbeitsmoral, Demotivation, Vermeidung von Aufgaben, Detailbesessenheit, Apathie, Pessimismus, mangelnde Wertschätzung, Distanzierung, Vermeidung von Verpflichtungen, Abwesenheit, Erschöpfung, Reizbarkeit, Zurückgezogenheit gegenüber Mitarbeitenden

Die beschriebenen Symptome ergeben sehr individuelle Krankheitsbilder und können sowohl bei BO als auch CF auftreten. Deshalb wird die Differenzierung dieser Konzepte eher anhand von verursachenden Faktoren gemacht.

3.2.5 Compassion Satisfaction

Die Motivation zu Hilfeleistungen rührt unter anderem vom Gefühl der Zufriedenheit her, das bei der helfenden Person entstehen kann. Dieses Gefühl wird CS genannt. Personen in helfenden Berufen beschreiben Gefühle wie «die Welt etwas besser machen zu können» oder «das Richtige zu tun». (Figley, 2002)

Die beiden Begriffe CF und CS stehen in engem Zusammenhang. Die Traumaforscherin B. H. Stamm beschreibt CS 1999 als einen positiven Aspekt der Betreuungsarbeit, welcher die negativen Aspekte bei der Arbeit mit kranken oder traumatisierten Menschen ausbalanciert. CS ist somit eine Art Schutzmechanismus gegen die Entwicklung von CF. (Stamm, 1999)

3.3 **CF in der Hebammenarbeit**

Das Erfahren von sehr empathischen Beziehungen zu den gebärenden Frauen kann ein Risiko für STS bei Hebammen darstellen (Leinweber & Rowe, 2008). Die Hebammenarbeit und vor allem das Geburtsergebnis bergen potenzielle Traumatisierungen. Empathie und Exposition werden in der Literatur als die zwei

Schlüsselfaktoren für das STS-Risiko beschrieben (Thomas & Wilson, 2004). Die Hebammenarbeit schliesst beide Faktoren in den Berufsalltag ein. Laut Leinweber & Rowe (2008) hat eine Hebamme bei einer Jahresgeburtenrate von 200 circa zwölf Mal direkten Kontakt zu Geburtstraumata.

Dabei ist zu beachten, dass die Entwicklung von PTSD-Symptomen von der subjektiven Wahrnehmung abhängig ist. Dies bedeutet, es gibt keinen direkten Zusammenhang vom Schweregrad eines Ereignisses und der individuellen Stressreaktion darauf. Auch physiologische Geburten können von den Gebärenden als traumatisch erlebt werden. (American Psychiatric Association, 2000)

Die Forschung zeigt, dass unter anderem Hebammen und NPP alarmierend hohe Durchschnittswerte von STS aufweisen (Missouridou, 2017). Weil pathologische Geburtsverläufe vergleichbar mit Ereignissen auf einer Notfallabteilung sind, kann angenommen werden, dass Hebammen ähnlichen Risiken wie NPP ausgesetzt sind (Leinweber & Rowe, 2008). Die Erforschung dieser Risiken findet zum Teil im Bereich von NPP statt, in der Hebammenarbeit noch kaum. Deshalb werden in dieser Arbeit Ergebnisse der Notfallpflege-Forschung miteinbezogen.

3.4 Messinstrumente für CF

3.4.1 Professional-Quality-of-Life-Skala (ProQOL)

Die «professional quality of life» ist das Mass der Lebensqualität, die bei der helfenden Arbeit empfunden wird. Sie wird von positiven und negativen Faktoren beeinflusst. Diese Faktoren zu kennen und zu verstehen, kann die Fähigkeit, anderen zu helfen, und die Fähigkeit, das innere Gleichgewicht zu halten, verbessern. Anhand dieses Konzeptes entwickelte B. H. Stamm im Jahr 1995 einen Fragebogen, um die subjektive Arbeitsqualität von HCPs erfassen zu können. Die ProQOL-Skala beinhaltet 30 Fragen zu positiven und negativen Aspekten der Arbeit mit traumatisierten Personen. Sie ist unterteilt in drei Unterkapitel: (1) CS, (2) CF/ STS, und (3) BO. Die 30 Fragen werden bewertet in Bezug auf das Erleben der vergangenen 30 Tage mit einer 5-Punkte-Likert-Skala (1=nie, 5=sehr häufig). Die Punktezahl kann dann durch vorgegebene Levels eingeschätzt werden (tief, durchschnittlich, hoch). (Stamm, 2010)

In vier der fünf inkludierten Studien dieser Bachelorarbeit wird die ProQOL eingesetzt, um die Prävalenz von CS, CF und BO zu bestimmen. Weil dieses Messinstrument von vielen Forschenden genutzt wird, besteht die Möglichkeit eines

direkten Vergleichs zwischen den Ergebnissen dieser Studien. Dieses Erfassungsinstrument hat sich in der Literatur bewährt und gilt als valide und reliabel mit einem Cronbach's-Alpha von $\alpha=0.88$ für CS, $\alpha=0.75$ für CF und $\alpha=0.81$ für STS. (Stamm, 2010)

3.4.2 Secondary-Traumatic-Stress-Skala (STS-Skala)

Die STS-Skala ist eine 17-Punkte-Likert-Skala, welche entwickelt wurde, um STS-Symptome zu messen in Bezug auf die Arbeit mit Traumatisierungen (Bride et al., 2004). Die STS-Skala unterscheidet sich vom ProQOL, indem sie vom Stressor «Exposition zu Traumatisierungen» ausgeht.

Jeder Punkt der Skala bezieht sich auf eines der 17 PTSD-Symptome, welche in der vierten Ausgabe des Buches «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» definiert sind (American Psychiatric Association, 2000). Die Teilnehmenden bewerten, wie häufig sie die Symptome erfahren haben in den letzten sieben Tagen. Die STS-Skala beinhaltet drei Unterskalen: «intrusion», «avoidance» und «arousal». (Bride et al., 2004)

Die STS-Skala erreicht ein hohes Level an Konsistenz und Reliabilität in veröffentlichten Studien (Stamm, 2002).

3.5 Präventionskonzepte gegen CF

3.5.1 Resilienz

Das Figley-Institute (2012) definiert Resilienz als die Fähigkeit, sich physisch und psychisch an eine Umgebungsveränderung anpassen zu können. Resilienz zeigt sich durch die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und Stressoren überwinden zu können. Seelische Widerstandskraft entsteht in einem Zusammenspiel zwischen der eigenen Umgebung, den Vorerfahrungen und der Art und Weise, wie Krisen verarbeitet werden. Das Resilienz-Konzept beinhaltet sowohl persönliche als auch soziale Ressourcen, die einen erfolgreichen Umgang mit kritischen Lebensereignissen und widrigen Bedingungen begünstigen. (Siegrist & Luitjens, 2018)

Die wesentlichen Ressourcen lassen sich in vier Gruppen aufteilen (Siegrist & Luitjens, 2018):

- Persönliche Kompetenzen (z.B. Selbstreflexion und Lernfähigkeit)
- proaktive Grundhaltung (z.B. Selbstfürsorge und Lösungsorientierung)
- soziale Ressourcen (z.B. Familie und Freundeskreis)
- arbeitsbezogene Ressourcen (z.B. sinnvolle Tätigkeit und passende Aufgabenstellung)

<https://www.dozenten-boerse.de/tools/download/?dfID=4574>

Abbildung 2: Resilienzmodell (Siegrist & Luitjens, 2013)

Folglich verfügen resiliente Menschen über soziale und berufliche Ressourcen, stabilisierende Persönlichkeitsmerkmale und die Fähigkeit, proaktiv zu handeln. Neue Ressourcen können aufgebaut und dadurch die Resilienz gestärkt werden. Wenn in belastenden oder herausfordernden Situationen auf die Ressourcen zurückgegriffen werden kann und die Krise kompetent verarbeitet wird, resultiert dies in einem positiven Ergebnis und Zufriedenheit (siehe Abb. 2). (Siegrist & Luitjens, 2018)

Laut Moss et al. (2016) gilt Resilienz-Training als eine mögliche Prävention für CF. Pausch & Matten (2017) empfehlen zur Prävention einer sekundären Traumatisierung unter anderem Selbstbeobachtung, Selbstfürsorge und eine Freizeitgestaltung, welche einen Ausgleich zum Arbeitsalltag bringt. Die WHO (2012) empfiehlt physische Aktivität für Menschen mit depressiven Störungen, welche einem inaktiven Lebensstil führen (WHO, 2012).

3.5.2 Mentoring

Mentoring beschreibt die Beziehung zwischen zwei Personen: Mentees, die Ziele erreichen möchten und Mentor-/innen, die Mentees auf diesem Weg unterstützen. Mentoring dient der beruflichen und persönlichen Entwicklung der jüngeren Person. Mentor-/innen wie auch Mentees sollten die Beziehung freiwillig und gerne eingehen, die Inhalte der Gespräche vertraulich behandeln und gleichermaßen davon profitieren. Die Unterstützung kann aus folgenden Elementen bestehen: regelmäßige Gespräche, konkrete Anleitungen, Vermittlung von Wissen und Kontakten. (Unternehmensberatung BAB GmbH, 2009)

Formelle oder auch institutionelle Mentoring-Programme werden von Unternehmen, Institutionen oder Netzwerken vermittelt. Bei diesen Programmen werden Rahmenbedingungen in Bezug auf die Dauer, Ziele, Aufgaben und Durchführung festgelegt. (Frühstück, 2014)

3.5.3 Aus- und Weiterbildung

Die aktuelle Literatur besagt, dass die Arbeit unter stressigen Bedingungen bei Hebammen-Studierenden dazu führen kann, dass sie ihre emotionalen und psychischen Bedürfnisse missachten (Beaumont et al., 2015). Eine optimale Vorbereitung für herausfordernde Situationen im Berufsalltag ist massgebend für den Schutz der psychischen Gesundheit von Hebammen. Mittels Aus- und Weiterbildung kann das Bewusstsein für CF gesteigert und über mögliche schützende Massnahmen aufgeklärt werden (Siegenthaler & Tschuor, 2018).

Die Auswirkungen eines Bildungsprogramms auf CF wird in verschiedenen Studien untersucht. Flarity et al. (2013) finden positive, signifikante Veränderungen bei CS, nachdem ein vierstündiges Programm für NPP durchgeführt wurde.

Eine aktuelle Meta-Analyse der Daten von 21 Studien zeigt auf, dass Ausbildung eine abschwächende Wirkung auf CF und BO haben kann (Zhang et al., 2018).

Am 15. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie wird als Präventionsmassnahme gegen STS in Bezug auf die Ausbildung die Vermittlung von Hintergrundwissen und von individuellen Präventionsstrategien vorgeschlagen (Rixe, 2018).

3.5.4 Inter- und Supervision

Inter- und Supervision sind spezielle Formen des Gruppencoachings, in der sich Gruppen mit (Supervision) oder ohne (Intervision) externe Fachperson treffen, um ihre berufliche Arbeit zu reflektieren. Die Methode fördert die Kommunikations- und Problemlösungsfertigkeit, beugt BO vor und fördert Lernprozesse und Informationsaustausch. (Lippmann, 2009)

Als Präventionsmassnahmen gegen CF am Arbeitsplatz werden Beratungsinstanzen durch Spezialisten (Supervision) und die regelmässige Intervision im Team empfohlen (Rixe, 2018).

Regelmässige und langfristig durchgeführte Supervisionen garantieren eine unterstützende Arbeitsumgebung, die den Mitarbeitenden hilft, ihre Kommunikation und Interaktion zu reflektieren (Missouridou, 2017).

3.5.5 Verhältnisprävention

In der Literatur wird vorgeschlagen, einen systematischen Ansatz mit verhältnispräventiven Massnahmen zu wählen, um arbeitsbezogene Stressoren zu minimieren (Leinweber & Rowe, 2008).

Die Verhältnisprävention beinhaltet settingorientierte Massnahmen, welche bestehende Strukturen und nicht die individuelle Verhaltensweise verändern (Fachkommission Gesundheitsförderung und Prävention, 2011).

Verhältnispräventive Massnahmen beeinflussen die Arbeitsbedingungen in Institutionen zu Gunsten der Gesundheit der Mitarbeitenden, indem die Arbeitsorganisation, die Schichtpläne oder die Arbeitszeiten und -intensität angepasst werden und die Arbeitssicherheit gewährleistet wird (Brauchli & Jenny, 2018).

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel ist eine tabellarische Übersicht der fünf ausgewählten Studien enthalten (Tabelle 5 bis 9). Eine kurze Beschreibung der Vorgehensweise und die wesentlichen Ergebnisse der Studien werden erläutert. Die Einschätzung der Güte sowie der Vertrauenswürdigkeit der Studien wird beschrieben, sowie die Relevanz der Ergebnisse aufgezeigt. Detaillierte Beurteilungsraster für jede Studie sind im Anhang E ersichtlich.

4.1 Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study (O'Callaghan et al., 2019)

Tabelle 5: Übersicht zur Studie von O'Callaghan et al. (2019) (eigene Darstellung, 2020)

Forscher/ -innen	O'Callaghan, E. L., Lam, L., Cant, R., & Moss, C.
Land, Sprache	Australien, Englisch
Journal, Jahr	International Emergency Nursing, 2019
Forschungsdesign, Evidenzlevel	Quantitativer Anteil: beschreibende Querschnittsstudie Qualitativer Anteil: offene Fragen Evidenzlevel III (Sackett et al., 1996)
Forschungsziel	Die aktuelle Arbeitssituation in Bezug auf den «compassion status» von zwei australischen Notfallstationen zu erfassen
Forschungsfragen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Was ist die Prävalenz von CS und CF bei NPP? 2. Welche demographischen Faktoren korrelieren mit CS und mit den Unterskalen von CF (BO und STS)? 3. Welche Thematiken zeichnen sich ab, wenn man NPP offene Fragen zu den zufriedenstellenden und ermüdenden Elementen der täglichen Arbeit stellt?
Population	Australische NPP
Stichprobe	86 NPP mit oder ohne Notfallpflegeausbildung, die in einem der zwei grössten Akutspitäler in Victoria (Australien) fest angestellt sind
Einschlusskriterien	Festanstellung in einem der genannten Spitäler
Ausschlusskriterien	Keine Angaben

Messverfahren/ Datenerhebung	<p>Online Umfrage mit drei Komponenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demographische Angaben zu Alter, Geschlecht, Qualifikationen, Arbeitserfahrung, Rasse, Ethnie, Anstellungsverhältnis und Rolle • ProQOL Version 5 • Zwei offene Fragen: <ul style="list-style-type: none"> - Was empfinden Sie als zufriedenstellend/ erfolgreich bei der Arbeit? - Was empfinden Sie als ermüdend/ erschöpfend bei der Arbeit?
Statistische Verfahren/ Datenanalyse	<p>Analyse des quantitativen Teils:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 23.0 • Pearson's Product-Moment-Korrelation • Bei Bedarf t-Tests und ANOVA • Hierarchische Multiple Regressionsanalyse (Suche nach CS-fördernden Variablen) <p>Analyse des qualitativen Teils:</p> <ul style="list-style-type: none"> • deskriptive Inhaltsanalyse • unabhängige Kodierung der Fragen und anschliessend gemeinsame Kombination und Anerkennung

Beschreibung der Methode

Die Studieninformationen und die Einladung zur Teilnahme werden von der Abteilungsleitung verschickt. Sie ist für sechs Wochen geöffnet und es werden zwei Erinnerungsnachrichten verschickt. Alle Daten werden zum gleichen Zeitpunkt einmalig erhoben.

Ergebnisse

Es ergibt sich eine Stichprobe von 86 NPP, was einer Rücklaufquote von 38% entspricht. Die meisten Teilnehmenden sind weiblich und zwischen 18 und 61 Jahre alt. Über die Hälfte sind unter 30 Jahre alt. Der Durchschnitt an Arbeitserfahrung ist

10.2 Jahre. 77% der Teilnehmenden haben eine Zusatzausbildung für Notfallpflege und 76% arbeiten Teilzeit. Es werden in der Studie keine Drop-Outs genannt. Die Prävalenz von CS und CF ist nach Stamm (2010) durchschnittlich. Es wird ein signifikanter Zusammenhang zwischen CS und Ausbildung zur NPP erkannt. Deskriptive berufsbezogene Komponenten können in Bezug auf den von NPP erlebten Stress erarbeitet werden. Als zufriedenstellende Komponenten werden arbeitsbezogene Gesundheitsversorgungs-Komponenten, HR-/ Management-/ Organisations-Komponenten, Notfall-spezifische-Komponenten, soziale Komponenten (PatientInnen und Familie), professionelle Abteilungskomponenten und persönliche Komponenten genannt. Als erschöpfende Komponenten werden Gesundheitsversorgungs-Komponenten, HR / Management, Komponenten der Notfallpatientinnen und -patienten, soziale Komponenten (PatientInnen und Familie), professionelle Komponenten und persönliche Komponenten angegeben. Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem CS- und CF-Level und den demographischen Daten gefunden werden. Jedoch zeigen sich folgende Tendenzen: Die Teilnehmenden geben in der kleineren Abteilung B eine höhere CS und eine tiefere STS an und das CS-Level steigt mit dem Alter. Indem die Forschenden ihre Ergebnisse mit anderen Studien vergleichen, zeigt sich, dass die Ausbildung der Pflegefachpersonen (PP) eine positive Auswirkung haben kann und das allgemeine Wohlbefinden beispielsweise durch Resilienz-Training gefördert werden kann. Eine Spezialausbildung für NPP wird vorgeschlagen, um emotional auf die Arbeit vorzubereiten. Den qualitativen Ergebnissen zufolge wird die Arbeitsbelastung als Hauptursache für Erschöpfung angegeben. Obwohl es immer mehr Forschung zu Mitgefühl als individuelles Konzept gibt, zeigen die Forschenden die Forschungslücke vor allem ausserhalb der USA und speziell bei NPP auf.

Würdigung des quantitativen Teils nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität ist gewährleistet, weil alle Teilnehmer die gleichen Bedingungen haben und ein hoher Detaillierungsgrad bei der Beschreibung von wichtigen Begriffen vorhanden ist. Der ProQOL Version 5 ist ein oft verwendetes, reliables und valides Messinstrument (Stamm, 2010). Das methodische Vorgehen wird in der Studie nachvollziehbar beschrieben und deckt die Forschungsfragen ab. Mögliche Bias* werden in der Studie diskutiert.

Die «self-selection» und der Self-Report werden unter anderen als mögliche Fehlerquellen beschrieben. Ausserdem wird festgestellt, dass der Einbezug der Faktoren «Häufigkeit der Krankheitsausfälle» und «Fluktuation der Mitarbeitenden» die Ergebnisse als objektiver gelten lässt. Weil diese Faktoren nicht berücksichtigt werden, ist die interne Validität nicht gewährleistet.

Daher ist die Voraussetzung für die externe Validität nicht erfüllt. Eine weitere Einschränkung der externen Validität ist, dass bei der Datenanalyse von Nominal- und Intervalldaten die Pearson's Product-Moment-Korrelation verwendet wurde. Die Stichprobe wird nicht randomisiert ausgewählt und es findet keine Sample-Size-Kalkulation statt. Dies hat zur Folge, dass die Stichprobe zu klein ist und nur ein signifikanter Zusammenhang erzielt werden konnte. Die Ergebnisse sind nicht auf die gesamte Population übertragbar, da die Daten aus zwei Krankenhäusern derselben Stadt stammen und somit nicht repräsentativ für die ganze Population sind.

Würdigung des qualitativen Teils nach Lincoln & Guba (1985)

Die Analyse der qualitativen Daten wird nachvollziehbar beschrieben und in Grafiken übersichtlich dargestellt. Die Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit ist somit gegeben. Drei unabhängige Forschende codieren die Fragen. Die Ergebnisse daraus werden kombiniert und generell akzeptiert, somit kann die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt werden. Es werden keine externen Personen einbezogen, die Bestätigbarkeit ist dadurch eingeschränkt.

Relevanz der Ergebnisse

Die Erhebung von quantitativen und qualitativen Daten ergibt ein umfängliches Bild über das Phänomen. Allerdings fand keine direkte Verknüpfung von quantitativen und qualitativen Daten statt. Bei der Umsetzung der Methode zeigen sich Schwachstellen. Die Studie weist das Evidenzlevel III (Sackett et al., 1996) auf, was einer methodisch hochwertigen nichtexperimentellen Studie entspricht. Es ist deshalb Vorsicht geboten bei der Einbeziehung der Ergebnisse. Die Ergebnisse sind insofern relevant, weil es weltweit nur wenig Forschung zu CS und CF im Bereich des NPP gibt.

4.2 A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process (Beck et al., 2015)

Tabelle 6: Übersicht zur Studie von Beck et al. (2015) (eigene Darstellung, 2020)

Forscher/ -innen	Beck, C. T., LoGiudice, J. & Gable, R. K.
Land, Sprache	USA, Englisch
Journal, Jahr	Journal of Midwifery & Women's Health, 2015
Forschungsdesign, Evidenzlevel	Konvergente, parallele Mixed-Methods-Studie Evidenzlevel III (Sackett et al., 1996)
Forschungsziele	Bestimmung der Prävalenz und Schweregrad von STS bei Certified Nurse-Midwives (CNMs) und die Erfassung der Erfahrungen in Bezug auf traumatische Geburten
Forschungsfragen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Was ist die Prävalenz und der Schweregrad von STS bei CNMs aufgrund des Ausgesetzt Seins von traumatischen Geburten? 2. Wie sind die Zusammenhänge der demographischen Daten von CNMs in Bezug auf das Ausgesetzt Seins von traumatischen Geburten? 3. Was sind die Erfahrungen von CNMs, die traumatische Geburten begleitet haben? 4. Wie wirken sich der qualitative und der quantitative Teil auf die Ergebnisse aus, wird das Bild von STS dadurch komplettiert?
Population	US-amerikanische CNMs
Stichprobe	CNMs, die mindestens eine traumatische Geburt begleitet haben
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • CNMs, Mitglied des "American Midwifery Certification Board" (AMCB) • Begleitung mindestens einer traumatischen Geburt
Ausschlusskriterien	Certified Midwives
Messverfahren/ Datenerhebung	Quantitativer Teil: <ul style="list-style-type: none"> • STS-Skala • demographische Daten (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Arbeitserfahrung, klinischer Fokus, Hauptarbeitgeber, Hauptklientel)

	<p>Qualitativer Teil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erlebnisbericht von traumatisierenden Geburten, wird eingeleitet mit einem offenen Statement: „Bitte beschreiben Sie so detailliert wie möglich Ihre Erfahrungen von einer oder mehreren erlebten traumatisierenden Geburten.“
<p>Statistische Verfahren/ Datenanalyse</p>	<p>Analyse des quantitativen Teils:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SPSS Version 21.0 <p>Analyse des qualitativen Teils:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhaltsanalysen mit Krippendorff-Analyse mittels eines Dendrogrammes • Quantifizierung ausgewählter qualitativer Daten <p>Prüfung der Zusammenhänge: t-Test und beschreibende spezifische Korrelationstests</p>

Beschreibung der Methode

Der Link für die Online-Umfrage Daten wird einmalig an alle CNMs (n=9214) per E-Mail versendet. Die qualitativen und quantitativen Daten werden zum gleichen Zeitpunkt erhoben. Die quantitativen und qualitativen Daten werden miteinander verrechnet und in den Ergebnissen gleich gewichtet.

Ergebnisse

473 CNMs beantworteten den quantitativen Teil der Umfrage, was einer Rücklaufquote von 5% entspricht. Im qualitativen Teil entstehen 48% Drop-Outs. Die Mehrheit der Stichprobe ist weiblich (99%), hellhäutig (94%), hat mindestens einen Master-Abschluss (94%) und hat durchschnittlich 16.6 Jahre Praxiserfahrung. Traumatisierende Geburten haben bei 55% der Teilnehmenden einen Einfluss auf die praktische Arbeit. Diese 55% erreichen auf der STS-Skala signifikant höhere Punktzahlen. Im qualitativen Teil konnten sechs Faktoren in Bezug auf traumatisierende Geburten erarbeitet werden: ein quälendes Gefühl der Energie- und Hilflosigkeit, das Trio der Posttraumatischen Stress Symptomen (Rückzug, Erregung und Vermeidung), das Team als Stärkung, «durch Rechtsstreitigkeiten das Trauma nicht abschliessen können» und «das Vertrauen in den

Geburtsprozess verlieren». Als Ausweg wird ein Berufswechsel in Erwägung gezogen.

Die höchsten Durchschnittsraten der STS-Skala werden bei den Punkten «ich dachte an meine Arbeit mit Patientinnen und Patienten, auch wenn ich nicht wollte», «ich hatte Probleme mit Schlafen» und «ich war entmutigt für meine Zukunft» erzielt. Der durchschnittliche Totalwert der STS-Skala ist laut Bride et al. (2004) im milden Bereich. 36% der Befragten erfüllen alle nötigen diagnostischen Kriterien für ein positives Screening einer PTSD. Der «Verlust des Vertrauens in den Geburtsprozess» ist bei den qualitativen Ergebnissen eine neue Erkenntnis in Bezug auf bestehende Forschung in diesem Bereich.

Würdigung des quantitativen Teils nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität ist gewährleistet. Alle Teilnehmenden haben die gleichen Bedingungen, durch die Anonymisierung der Teilnehmenden ist die Auswertungsobjektivität gegeben.

Die Studie ist reliabel, weil die Methodik nachvollziehbar beschrieben ist und die Konsistenz des Messinstrumentes mit den Cronbach's Alpha geprüft wird.

Die interne Validität ist nicht gegeben. Bias werden nicht geprüft. Ein Bias könnte dadurch entstehen, dass Hebammen, die noch keine traumatische Geburt erlebt haben, für eine Teilnahme ausgeschlossen werden. Zudem könnte es sein, dass Hebammen nicht antworten, weil sie zu traumatisiert für eine Teilnahme sind. Es wird erwähnt, dass die Homogenität der Stichprobe einen Einfluss auf die Signifikanz der Ergebnisse haben könnte. Die Methodik und die Datenanalyse sind passend gewählt. Die Repräsentativität der Stichprobe ist eingeschränkt durch die tiefe Rücklaufquote. Der Ausschluss der «Certified Midwives» könnte zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen.

Die eingeschränkte interne Validität hat eine Verminderung der externen Validität zur Folge. Die Würdigung der Studie zeigt und die Forschenden erwähnen, dass die externe Validität eingeschränkt ist, weil die Ergebnisse nicht auf die gesamte Population verallgemeinert werden können.

Würdigung des qualitativen Teils nach Lincoln & Guba (1985)

Die Glaubwürdigkeit ist gemindert, da interne Forschende die Daten analysieren. Die angewendeten Methoden sprechen für die Glaubwürdigkeit der Studie. Die

Übertragbarkeit auf die gesamte Population ist gemindert aufgrund der vielen Drop-Outs im qualitativen Teil. Die Nachvollziehbarkeit ist durch die klare Beschreibung des Forschungsprozesses gegeben. Die Bestätigbarkeit ist eingeschränkt, da die Forschenden die Ergebnisse zwar unabhängig analysieren, jedoch keine externen Personen miteinbezogen werden.

Relevanz der Ergebnisse

Durch die tiefe Rücklaufquote und die Drop-Outs beim qualitativen Teil können die Ergebnisse laut den Forschenden nicht verallgemeinert werden. Im Vergleich zu den anderen Studien dieser Thematik ist die Stichprobe gross, dadurch haben die Ergebnisse eine höhere Aussagekraft. Die Studie erhebt und verknüpft quantitative und qualitative Daten miteinander, was das Bild des untersuchten Phänomens vervollständigt.

Bei der Übertragung der Ergebnisse zum Faktor «durch Rechtsstreitigkeiten das Trauma nicht abschliessen können» ist Vorsicht geboten, da sich die Gesundheitssysteme der Schweiz und der USA in diesem Zusammenhang unterscheiden und es in den USA zu deutlich mehr Prozessen kommt.

4.3 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 (Beaumont et al., 2015)

Tabelle 7: Übersicht zur Studie von Beaumont et al. (2015) (eigene Darstellung, 2020)

Forscher/ -innen	Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J. & Carson, J.
Land, Sprache	Grossbritannien, Englisch
Journal, Jahr	Midwifery, 2015
Forschungsdesign, Evidenzlevel	Quantitative Umfrage Evidenzlevel III (Sackett et al., 1996)
Forschungsziele	«Self-compassion», Selbstgüte und Selbstverurteilung zu erforschen und dessen Einfluss auf «compassion for others», Wohlbefinden, CF und BO von Hebammen-Studierenden zu untersuchen
Forschungsfragen	Nicht explizit erwähnt
Population	Hebammen-Studierende
Stichprobe	Hebammen-Studierende einer Universität im Nordwesten Englands
Einschlusskriterien	Hebammen-Studierende dieser Universität
Ausschlusskriterien	Abwesenheit am Tag der Datenerhebung
Messverfahren/ Datenerhebung	Vier Fragebögen: <ul style="list-style-type: none"> • Compassion-for-Others-Skala • Self-Compassion-Skala-Long-Version • ProQOL Version 5 • Short-Warwick-and-Edinburgh-Mental-Well-Being-Skala
Statistische Verfahren/ Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Pearson's Product-Moment-Korrelation • t-Test

Beschreibung der Methode

Mittels Literaturreview werden Forschungslücken ergründet und dementsprechend das Forschungsziel definiert. Die Rekrutierung der Studierenden fand «face-to-face» an einer Universität statt. Die quantitative Umfrage wird einmalig erhoben.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst 103 Studierende, welche alle weiblich und zwischen 19 und 56 Jahren alt sind. Die Rücklaufquote ist nicht erschliessbar. Drop-Outs werden erwähnt und begründet.

Die Resultate der Compassion-for-Others-Skala können laut Hunsaker et al. (2014) und Pommier (2011) hoch gewertet werden.

Selbstverurteilung wird signifikant negativ in Zusammenhang mit «compassion for others» und Wohlbefinden gebracht. Selbstverurteilung und CF werden in einen signifikant positiven Zusammenhang gebracht.

Selbstgüte steht in einem negativen Zusammenhang mit BO und in einem positiven Zusammenhang mit Wohlbefinden. «Self-compassion» wird mit einem tiefen BO-Level und einem erhöhten Wohlbefinden in Verbindung gebracht. Ergebnisse zu CS sind in einem positiven Zusammenhang mit Wohlbefinden, höherer «self-compassion» und in einem negativen Zusammenhang mit BO und CF.

Wenn der Score der Selbstverurteilung hoch ist, zeigen Hebammen-Studierende weniger «compassion for others», höhere BO-Levels und geringes Wohlbefinden.

Die Self-Compassion-Skala war laut Neff (2003) in der moderaten Sparte. Die Prozentzahlen der ProQOL-Skala zeigen auf, dass das Wohlbefinden der Studierenden dem Durchschnitt der britischen Population entspricht. Mit der Pearson's Korrelation wird berechnet, dass die BO- und CF-Levels durchschnittlich oder erhöht waren.

Zwischen den CF- und CS-Levels wird kein signifikanter Unterschied gefunden.

Mitfühlendes Mentaltraining, Aufmerksamkeitstraining und Stressreduktionstraining in den Lehrplan einzubauen, könnte Hebammen-Studierenden helfen, «self-compassion» gegenüber ihren eigenen Leiden zu entwickeln und Resilienz aufzubauen.

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität ist gewährleistet. Alle Teilnehmenden haben die gleichen Bedingungen, durch die Anonymisierung der Teilnehmenden ist die Auswertungsobjektivität gegeben. Die Durchführungsobjektivität ist gegeben, der Detaillierungsgrad ist durch die genaue Beschreibung der Begriffe gewährleistet. Die Reliabilität ist nicht vollständig gegeben. Die Konsistenz der Messinstrumente wird mit den Cronbach's Alpha geprüft. Die Vorgehensweise der Datenerhebung ist

nicht transparent. Es ist nicht klar, weshalb keine Daten vom ersten Ausbildungsjahr vorhanden sind. Die Rücklaufquote ist nicht bekannt. Die in der Umfrage erhobenen Variablen werden nie explizit genannt.

Die interne Validität ist nicht vollständig gegeben. In den Limitationen wird der Bias der sozialen Erwünschtheit erwähnt. Zudem wird beschrieben, dass Stress und BO auch durch das Engagement bei anderen Aktivitäten auftreten könnte. In der Studie wird dies jedoch nicht berücksichtigt. Als möglicher Confounder wird erwähnt, dass die Teilnehmenden die Umfrage in guter Verfassung ausfüllen, um ehrlich zu antworten.

Die externe Validität ist eingeschränkt durch die Schwächen bei der Reliabilität und der internen Validität. Ausserdem werden bei der Datenanalyse mit der Pearson's Product-Moment-Korrelation nominale und ordinale Daten analysiert.

Relevanz der Ergebnisse

Die aktuelle Forschung hat gezeigt, dass das Arbeiten in einer stressvollen Umgebung dazu führen kann, dass Hebammen-Studierende ihre emotionalen und psychologischen Bedürfnisse nicht wahrnehmen können. In dieser Studie wird diese Risikogruppe direkt untersucht. Das Forschungsziel stimmt mit der Forschungsfrage der Bachelorarbeit überein. Die Daten werden nur an einer Universität erhoben und sind daher nicht verallgemeinerbar. Deshalb ist bei der Übertragung der Resultate Vorsicht geboten. Die Studie ist relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit, weil die Datenlage für Hebammen beschränkt ist und weil Tendenzen für weitere Forschung aufgezeigt werden.

4.4 Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses Hunsaker et al. (2014)

Tabelle 8: Übersicht zur Studie von Hunsaker et al. (2014) (eigene Darstellung, 2020)

Forscher/ -innen	Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D. & Heaston, S.
Land, Sprache	USA, Englisch
Journal, Jahr	Journal of Nursing Scholarship, 2014
Forschungsdesign, Evidenzlevel	Deskriptive, prädiktive Querschnittstudie Evidenzlevel IIa (Sackett et al., 1996)
Forschungsziele	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Prävalenz von CS, CF und BO bei NPP in den Vereinigten Staaten zu ergründen 2. Zu untersuchen, welche demographischen und arbeitsbezogenen Faktoren zur Entwicklung von CS, CF und BO bei NPP beitragen
Forschungsfragen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Was ist die Prävalenz von CS, CF und BO bei NPP? 2. Welche demographischen Faktoren, wie Alter oder Geschlecht beeinflussen die Prävalenz von CS, CF und BO bei NPP? 3. Welche arbeitsbezogenen Faktoren, wie Ausbildungsstand, Arbeitserfahrung als HCPs, Schichtlänge, Arbeitserfahrung als NPP, Arbeitsstunden pro Woche oder angemessene Unterstützung der Stationsleitung beeinflussen die Prävalenz von CS, CF und BO signifikant? 4. In welchem Mass beeinflussen die genannten Faktoren die Prävalenz der Entstehung von CS, CF und BO bei NPP?
Population	US-amerikanische registrierte HCPs welche als NPP arbeiten
Stichprobe	«Emergency Nurses Association» (ENA) Mitglieder, welche eine Adresse angegeben haben
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens acht Stunden pro Woche als NPP tätig • Direkter Kontakt zu Notfallpatientinnen und -patienten mindestens acht Stunden pro Woche

	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens ein Jahr Berufserfahrung als NPP
Ausschlusskriterien	nicht ENA-Mitglieder
Messverfahren/ Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Demographischer Fragebogen (Alter, Geschlecht, Ausbildungsstand, Arbeitserfahrung als HCPs, Schichtlänge, Arbeitserfahrung als NPP, Arbeitsstunden pro Woche, angemessene Unterstützung der Stationsleitung) • ProQOL Version 5
Statistische Verfahren/ Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • SPSS Version 21.0 • Beschreibende Statistik für die Berechnung der Kennwerte • Zusammenhänge von demographischen und arbeitsbezogenen Faktoren und CS-, CF- und BO-Level: Pearson-R-Korrelation, t-Test, ANOVA • Untersuchung der Veränderung von CS, CF und BO in Bezug auf die verschiedenen Faktoren: Multiple Regression, «stepwise solution»

Beschreibung der Methode

Die Umfrage wird an alle NPP geschickt, welche auf der Mitgliederliste der ENA sind (rund 1000 NPP). Zwei Erinnerungsnachrichten werden an alle nach zwei und nach sechs Wochen versendet. Die Erhebung der quantitativen Daten findet zu einem Zeitpunkt statt.

Ergebnisse

284 NPP haben geantwortet, was einer Rücklaufquote von 28% entspricht. Das in der Sample-Size-Kalkulation berechnete Minimum an Teilnehmenden von 153 konnte somit erreicht werden. Es gibt sechs begründete Drop-Outs. Die Teilnehmenden sind überwiegend weiblich, hellhäutig und verheiratet. Das Durchschnittsalter ist 44 Jahre und die durchschnittliche Arbeitserfahrung auf Notfallstationen liegt bei 13.1 Jahre. Die meisten Teilnehmenden arbeiten in 12-Stunden-Schichten und haben einen Bachelorabschluss.

Die Prävalenz von CS ist nach Stamm (2010) bei 56.8% der NPP im durchschnittlichen Level, die Prävalenz von CF liegt bei 65.9% der NPP im tiefen Level, die Prävalenz von BO liegt bei 54.1% im durchschnittlichen Level.

Ältere NPP haben höhere CS-Levels, jüngere NPP haben hingegen höhere BO- und CF-Levels.

Ein höheres CS- und tieferes BO-Level wird bei höherem Ausbildungsstand, bei mehr Praxiserfahrung (als HCPs und als NPP) und bei kürzeren Schichten (8-10 Stunden) festgestellt. Das Alter und die Unterstützung der Stationsleitung kündigen ein hohes CS-Level und ein tiefes BO-Level an. Die Unterstützung der Stationsleitung kündigt ein tiefes CF-Level an.

Bei der Berechnung der Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogenen Faktoren und CS, CF und BO kann bei CF im Zusammenhang mit der Unterstützung der Stationsleitung Signifikanzniveau erreicht werden. Insgesamt wird die Unterstützung der Stationsleitung als relevantester Faktor beschrieben. Die Forschenden schlagen vor, dass erfahrene NPP den Jüngeren NPP helfen könnten, geeignete Strategien zu entwickeln. Diese Strategien könnten den Arbeitsalltag verbessern und vielleicht präventiv gegen BO und CF wirken.

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität der Studie ist gewährleistet. Alle Teilnehmenden haben die gleichen Bedingungen, durch die Anonymisierung der Teilnehmenden ist die Auswertungsobjektivität gegeben. Die Durchführungsobjektivität ist gewährleistet. Der Detaillierungsgrad ist durch die genaue Beschreibung der Begriffe gegeben.

Die Studie ist reliabel. Die Messinstrumente sind konsistent, dies wird durch die Cronbach's Alpha getestet. Die Vorgehensweise zur Erhebung der Daten ist transparent. Die Methodik ist passend zur Beantwortung der Forschungsziele gewählt.

Die interne Validität ist bedingt vorhanden. Mögliche Bias werden in der Studie diskutiert, aber nicht berücksichtigt.

Die externe Validität ist nur teilweise gegeben, unter anderem wegen der eingeschränkten internen Validität. Einerseits eignet sich eine Querschnittsstudie, um die Prävalenz zu erfassen und die Datenanalyse ist nachvollziehbar und passend zu den Variablen. Andererseits wären für die Untersuchung von CS, CF und BO Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten geeigneter, weil sich die

Einschätzungen durch die Veränderung der arbeitsbezogenen Bedingungen mit der Zeit ändern können.

Die Ergebnisse sind laut den Forschenden nicht auf die gesamte Population übertragbar, da nur eine bestimmte Gruppe, die ENA-Mitglieder, untersucht werden. Die tiefe Rücklaufquote sind weitere Gründe für die eingeschränkte Verallgemeinerbarkeit.

Relevanz der Ergebnisse

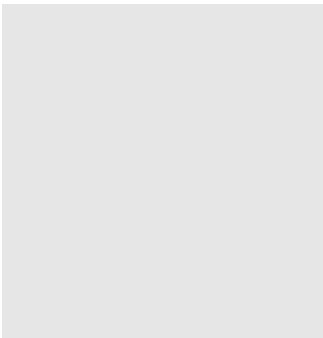
Eine Übertragung der Resultate ist nur begrenzt möglich. Durch die tiefe Rücklaufquote und die Voraussetzung einer ENA-Mitgliedschaft kann angenommen werden, dass ein Selektionsbias entstanden ist.

Durch die hochwertige Methodik liefert die Studie einen wichtigen Beitrag zu dieser Bachelorarbeit. Es werden viele signifikante Resultate erzielt, welche von vorangehenden Studien bestätigt werden. Die Studie unterstreicht die Bedeutung der Unterstützung der Stationsleitung und liefert Ansätze für Präventionsmassnahmen.

4.5 Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece (Katsantoni et al., 2019)

Tabelle 9: Übersicht zur Studie von Katsantoni et al. (2019) (eigene Darstellung, 2020)

Forscher-/innen	Katsantoni, K., Zartaloudi, A., Papageorgiou, D., Drakopoulou, M., Misouridou, E.
Land, Sprache	Griechenland, Englisch
Journal, Jahr	Mater Sociomed, 2019
Forschungsdesign, Evidenzlevel	Deskriptive Querschnittsstudie Evidenzlevel III (Sackett et al., 1996)
Forschungsziele	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Prävalenz von CF/ STS und BO bei geburtshilflichem und gynäkologischem Personal aufzuzeigen. 2. Das Level von CS bei geburtshilflichem und gynäkologischem Personal zu untersuchen 3. Mögliche Auswirkungen von persönlichen und arbeitsbezogenen Faktoren auf das Level von CF/STS, BO und CS zu erforschen
Forschungsfragen	Nicht explizit erwähnt.
Population	Geburtshilfliches und gynäkologisches Personal
Stichprobe	Geburtshilfliches und gynäkologisches Personal aus 3 öffentlichen Krankenhäuser in der Region Athens.
Einschlusskriterien	Arbeitspensum 100% Angestellt in einem 3-Schichtsystem Auszubildendes und ausgebildetes geburtshilfliches und gynäkologisches Personal.
Ausschlusskriterien	keine Angaben
Messverfahren/ Datenerhebung	Fragebogen: <ul style="list-style-type: none"> • ProQOL R 4 • Demographischer Fragebogen
Statistische Verfahren/ Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • SPSS Version 22.0 • Untersuchung der Unterschiede der Durchschnitte: ANOVA, t-Test

- 
- Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Variablen: Pearson Koeffizient, Spearman Koeffizient
 - Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den persönlichen und arbeitsbezogenen Variablen und den abhängigen Variablen (CS, BO, CF/ STS): Regressionsanalyse

Beschreibung der Methode

Es wird eine quantitative Umfrage durchgeführt. Die Fragebögen werden durch die Forschenden an die Stationsleitung verteilt. Die Stationsleitung verteilt die Umfragen mit Informationen zum Forschungsziel an das Personal. Die Daten werden einmalig erhoben zwischen Mai und Oktober 2017.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst 121 registrierte und auszubildende PP und Hebammen. Die Rücklaufquote ist nicht nachvollziehbar und Drop-Outs werden nicht angegeben. 96.7% der Teilnehmenden sind weiblich und 52.9% sind verheiratet. Das Durchschnittsalter beträgt 37.5 Jahre. 52.9% der Teilnehmenden haben einen Masterabschluss.

Die Durchschnittswerte werden nach (Stamm, 2010) für CS als tief, die BO Werte als moderat und die CF Werte als hoch eingestuft.

PP und Hebammen, die Gebärende mit traumatischen Geburtserfahrungen begleiteten, haben ein signifikant höheres CF-Level.

Die Zusammenarbeit und die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten werden von der Mehrheit als gut bewertet. Obwohl nur 20 Teilnehmende die geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung ausgewählt haben, stufen über die Hälfte die Arbeitsumgebung als sehr gut bis exzellent ein. 57% der Befragten würden den Beruf wiederwählen. 65.3% der Teilnehmenden würden den Beruf ihren Kindern weiterempfehlen. Beinahe $\frac{3}{4}$ der Befragten haben nicht vor, die geburtshilfliche, gynäkologische Abteilung zu verlassen.

31 Teilnehmende (25.6%) haben kürzlich durch den Tod eine nahestehende Person verloren. 100 Teilnehmende (82.6%) beschreiben ihre physikalische Gesundheit als sehr gut oder exzellent.

Die BO- und CF-Levels stehen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang und korrelieren negativ mit dem CS-Level. Die BO- und CF-Levels korrelieren positiv.

Als Implikation für die Zukunft wird vorgeschlagen, geburtshilfliches Personal adäquat auf die Herausforderungen im Berufsalltag vorzubereiten, um mit den Auswirkungen einer Traumatisierung umgehen zu können und um ein Gesundheitssystem zu unterstützen, in welchem die Geburt als gesunder Prozess angesehen wird.

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität ist nicht vollständig gegeben. Durch das direkte Abgeben der Fragebögen und die Informationsvermittlung durch die Stationsleitung könnten die Teilnehmenden unterschiedlich über die Studie aufgeklärt sein. Die Anonymisierung der Fragebögen führt zu einer Auswertungsobjektivität. Die Durchführungsobjektivität ist gewährleistet. Der Detaillierungsgrad ist tief, da die wichtigsten Begriffe (CF/STS, BO und CS) nicht eindeutig definiert und voneinander abgegrenzt sind.

Die Reliabilität ist nicht vollständig gegeben. Die Konsistenz der Messinstrumente wird mit den Cronbach's Alpha geprüft. Die Rekrutierung der Teilnehmenden ist nicht transparent und die Rücklaufquote kann nicht nachvollzogen werden.

Die interne Validität ist eingeschränkt. Aufgrund der uneinheitlichen Informationsvermittlung könnte ein Selektionsbias entstehen. Ein weiterer Bias könnte entstehen, indem die Probleme des Privatlebens nicht berücksichtigt werden. Mit der Frage nach dem Verlust einer geliebten Person in den letzten Jahren wird ein möglicher Einflussfaktor auf den psychischen Zustand erfasst und dieser Bias somit verkleinert.

Die externe Validität ist eingeschränkt durch die unvollständige interne Validität. Die Niveaus der erhobenen Daten sind passend zu den gewählten Datenanalysen.

Durch die kleine Stichprobe, welche nur in drei Krankenhäuser der gleichen Region erhoben wurde, sind die Ergebnisse nicht repräsentativ für die gesamte Population des geburtshilflichen und gynäkologischen Personals.

Relevanz der Ergebnisse

Laut Katsantoni et al. (2019) hat es in öffentlichen Krankenhäuser keinen optimalen Personalspiegel und zu wenig Ressourcen. Deshalb ist eine adäquate und nahe Überwachung von Gebärenden in einer Eins-zu-eins-Betreuung unmöglich und dadurch greifen viele Ärzte auf eine Sectio* zurück.

Das Forschungsziel stimmt mit der Forschungsfrage der Bachelorarbeit überein. Die Rekrutierung der Teilnehmenden ist nicht transparent und kann daher nicht interpretiert werden.

Das CF-Level ist im Vergleich zu ähnlichen Studien hoch. Dies wird von den Forschenden nicht diskutiert und es wird nicht nach Erklärungen dafür gesucht. In der Diskussion wird kein Bezug auf die Forschungsziele genommen. Es werden nicht alle Resultate in die Diskussion mit einbezogen.

Die Studie leistet einen Beitrag zu dieser Bachelorarbeit, weil sie die Auswirkung traumatischer Geburten auf das Personal nachvollziehbar und signifikant aufzeigt.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Studien miteinander verglichen und diskutiert. Es wird ein Bezug zur Fragestellung hergestellt und durch den Theorie-Praxis-Transfer werden die Forschungsziele einbezogen.

5.1 Einflussfaktoren für CF

Die Forschungsfrage umfasst die CF-Ursachen in der Hebammenarbeit. Im Prozess dieser Bachelorarbeit zeigt sich, dass sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren CF beeinflussen können. Zudem misst der oft verwendete ProQOL sowohl CF als auch CS und somit positive und negative Faktoren (Stamm, 2010). Deshalb wird in der Diskussion nicht mehr der Begriff Ursache, sondern Einflussfaktor verwendet. Eine Zusammenfassung der eruierten Risiko- und Schutzfaktoren für CF ist in der Abbildung 3 ersichtlich.

Beaumont et al. (2015) kommen in den Untersuchungen zum Schluss, dass Selbstverurteilung einen signifikant positiven Zusammenhang mit CF hat. Laut O'Callaghan et al. (2019) können persönliche Komponenten Einflussfaktoren sein, die sich auf das Auftreten von CF auswirken.

Ein höheres CF-Level weisen Hebammen (CNMs) nach traumatisierenden Geburtserlebnissen (Beck et al., 2015) oder der Betreuung einer Gebärenden mit traumatischen Geburtserfahrungen (Katsantoni et al., 2019) auf.

Jüngere NPP weisen höhere CF-Levels auf (Hunsaker et al., 2014). Tiefere CF-Levels können bei der Unterstützung der Stationsleitung festgestellt werden (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019).

O'Callaghan et al. (2019) eruieren aus den qualitativen Daten die Arbeitsbelastung als Hauptkomponente für Erschöpfung und erkennen die Tendenz, dass Teilnehmende in kleineren Abteilungen tiefere CF Werte aufweisen.

Die nachfolgenden Ergebnisse stehen im Zusammenhang mit CS und können deshalb nicht direkt als Einflussfaktoren für CF gewertet werden. Diese werden aber trotzdem in die Diskussion miteinbezogen aufgrund der im theoretischen Hintergrund erklärten Wechselwirkung zwischen CS und CF als Einflussfaktoren. Zudem konnten Beaumont et al. (2015), Hunsaker et al. (2014) und Katsantoni et al. (2019) eine negative Korrelation zwischen CF und CS erkennen.

O'Callaghan et al. (2019) zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Ausbildung zur NPP und CS auf. Aus der Diskussion dieser Studie geht hervor,

dass sich eine adäquate Ausbildung aus einem hohen Ausbildungsgrad und spezialisierenden Weiterbildungen zusammensetzt (O'Callaghan et al., 2019). Laut Hunsaker et al. (2014) und O'Callaghan et al. (2019) besteht ein positiver Zusammenhang zwischen CS und dem Alter der Hebamme oder der NPP. Die Praxiserfahrung wirkt sich positiv auf das CS-Level aus (Hunsaker et al., 2014). Beaumont et al. (2015) erfassen, dass die Ergebnisse zu CS in einem positiven Zusammenhang mit Wohlbefinden und höherer «self-compassion» stehen. Somit können sich persönliche Faktoren sowohl schützend als auch riskant auf CF auswirken.

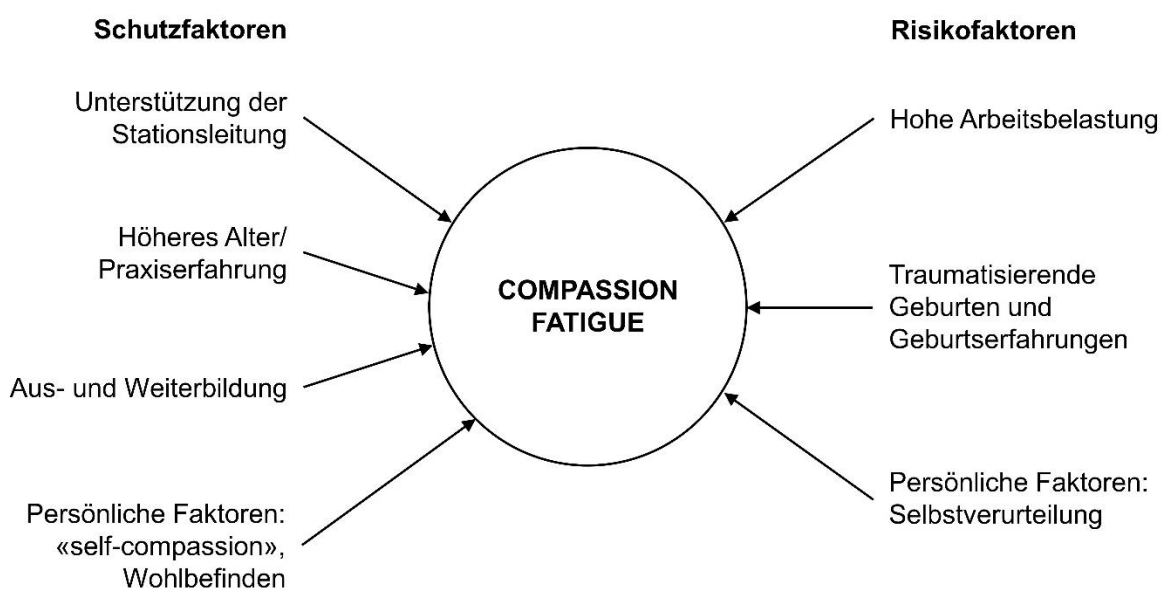


Abbildung 3: Einflussfaktoren für CF (eigene Darstellung, 2020)

5.2 Kritische Diskussion der Methodik der analysierten Studien

Zur Erhebung der Daten wird in den Studien von Beaumont et al. (2015), Hunsaker et al. (2014) und O'Callaghan et al. (2019) das Messinstrument ProQOL 5 verwendet. Katsantoni et al. (2019) setzen mit dem ProQOL 4R eine andere Version dieses Messinstrumentes ein. Beck et al. (2015) verwenden mit der STS-Skala ein ähnlich aufgebautes Messinstrument. Beaumont et al. (2015) benutzen ausserdem die Compassion-for-Others-Skala, die Self-Compassion-Skala-Long-Version und die Short-Warwick-and-Edinburgh-Mental-Well-Being-Skala. Beck et al. (2015), Hunsaker et al. (2014), Katsantoni et al. (2019) und O'Callaghan et al. (2019) verwenden zudem demographische Fragebögen. Beck et al. (2015) und O'Callaghan et al. (2019) wenden ein Mixed-Methods-Design an, dafür stellen sie

zusätzlich offene Fragen. Weil die analysierten Studien verschiedene Methoden und Messinstrumente verwenden und in unterschiedlichen Gesundheitssystemen durchgeführt wurden, können die Ergebnisse nur bedingt miteinander verglichen werden.

Die analysierten Studien weisen Studiendesigns auf, welche eher tiefere Evidenzlevels zur Folge haben (Evidenzlevel III bis maximal IIa nach Sackett et al. (1996)). Die Limitationen der Studien sind zum grössten Teil auf gleiche Ursachen zurückzuführen.

Bei allen Studien wird die Stichprobenziehung nicht randomisiert. Durch die fehlende Randomisierung entsteht ein Selektionsbias und eine gewisse Homogenität der Stichproben (Beck et al., 2015), was eine Verzerrung der Ergebnisse verursacht. Weitere Gründe dafür sind die lokal begrenzten Erhebungen der Stichproben (Beaumont et al., 2015; Katsantoni et al., 2019; O’Callaghan et al., 2019) und die tiefen Rücklaufquoten (Beck et al., 2015; Hunsaker et al., 2014; O’Callaghan et al., 2019). Es ist vorstellbar, dass sich eher Personen mit einem tiefen Stresslevel zur Teilnahme entschieden haben und dass dadurch die “grosse Mitte” der HCPs nicht erfasst wurde (O’Callaghan et al., 2019). Die Rücklaufquoten von Beaumont et al. (2015) und Katsantoni et al. (2019) sind nicht erschliessbar.

Hunsaker et al. (2014) berechnen mit einer Sample-Size-Kalkulation ein Minimum von 153 Teilnehmenden für signifikante Ergebnisse und erreichen mit 284 Teilnehmenden eine angemessene Stichprobengrösse. Bei Beaumont et al. (2015), Beck et al. (2015), Katsantoni et al. (2019) und O’Callaghan et al. (2019) werden keine Sample-Size-Kalkulationen gemacht. Deshalb ist nicht erschliessbar, ob die Stichprobengrössen angemessen sind. O’Callaghan et al. (2019) erreichen kaum signifikante Ergebnisse, was laut den Forschenden auf eine zu kleine Stichprobe (86 NPP) zurückzuführen ist.

Die Verallgemeinerbarkeit der Studien ist eingeschränkt, weil zum Teil nur bestimmte Hebammengruppen einbezogen werden. Beck et al. (2015) und Hunsaker et al. (2014) haben alle registrierten CNMs respektive alle Mitglieder der ENA und somit nur eine Teilgruppe der Hebammen mit einer E-Mail kontaktiert. In den Studien von Hunsaker et al. (2014), Katsantoni et al. (2019) und O’Callaghan et al. (2019) ist eine Anstellung in einer Institution ein Einschlusskriterium, bei Beck et al. (2015) ist eine Angehörigkeit der AMCB

Voraussetzung. Beaumont et al. (2015) untersuchen die anwesenden Studierenden. Beaumont et al. (2015), Hunsaker et al. (2014), Katsantoni et al. (2019) und O'Callaghan et al. (2019) berücksichtigen die Berufsaussteigenden nicht, dies könnte zu einem falsch negativen CF-Level führen.

Die Daten des ProQOL und der STS-Skala basieren auf einem Self-Report, sind deshalb weniger objektiv und anfällig für Bias (O'Callaghan et al., 2019). Die genannten zwei Messinstrumente sind nur bedingt vergleichbar. Beck et al. (2015) gehen durch die Verwendung der STS-Skala davon aus, dass eine traumatische Geburt die Ursache von CF ist.

Bei allen Studien werden die Daten einmalig erhoben. Dadurch sind weitere Ungenauigkeiten zu erwarten. Die Selbstwahrnehmung der Teilnehmenden könnte sich im Laufe der Zeit verändern aufgrund von wechselnden Arbeitsbedingungen (Stamm, 2010) oder durch das Ausfüllen des Fragebogens, weil dadurch mehr Bewusstsein für die Problematik entstehen könnte.

Bei der Erhebung des psychischen Zustands in Bezug auf arbeitsbedingte Faktoren stellt sich die Frage, welche anderen Faktoren den Stress zusätzlich verursachen könnten (Beaumont et al., 2015). Dies wird nur in der Studie von Katsantoni et al. (2019) ansatzweise berücksichtigt, indem der Verlust einer nahestehenden Person durch einen Todesfall in den letzten Jahren erfragt wird.

Bei den demographischen Daten der Stichproben fällt auf, dass das Durchschnittsalter der verschiedenen Studien unterschiedlich ist. Beck et al. (2015), Hunsaker et al. (2014) und Katsantoni et al. (2019) berechnen eher hohe Durchschnittsalter (37.50-50.35 Jahre). Bei O'Callaghan et al. (2019) sind mehr als 50% der Teilnehmenden jünger als 30 Jahre. In den Daten von Beaumont et al. (2015) kann von einem tieferen Durchschnittsalter ausgegangen werden, weil die Stichprobe nur aus Hebammen-Studierenden besteht. Die grosse Spannweite der Altersdurchschnitte bei den Stichproben könnte durch den Einfluss des Alters auf CF und CS zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019).

5.3 Verknüpfung von Prävalenz und Einflussfaktoren

Bei den Untersuchungen der Prävalenz von CF zeigen sich grosse Unterschiede. In diesem Abschnitt wird versucht, die Prävalenz mit möglichen Einflussfaktoren zu erklären. Dabei stellt sich heraus, dass die Aufschlüsselung der Entstehung von CF

aufgrund zahlreicher Zusammenhänge der Einflussfaktoren äusserst komplex ist. Weil die analysierten Studien die Zusammenhänge der Einflussfaktoren nur begrenzt erfassen, sind die Prävalenzen nur teilweise erklärbar.

Bei den Ergebnissen von Hunsaker et al. (2014) ist die Prävalenz von CF bei NPP tief, bei O'Callaghan et al. (2019) zeigt sich eine durchschnittliche Prävalenz der NPP. Ebenfalls als durchschnittlich wird die CF-Prävalenz der Hebammen-Studierenden bei Beaumont et al. (2015) und der CNMs bei Beck et al. (2015) eingestuft. Katsantoni et al. (2019) stellen bei geburtshilflichem Personal hohe Werte von CF fest.

Ein Versuch, die hohen Durchschnittswerte von CF bei Katsantoni et al. (2019) zu erklären, könnte die Betreuung von Gebärenden nach traumatischen Geburtserfahrungen sein, die sich laut den Forschenden unter anderem durch die aktuelle Situation im griechischen Gesundheitswesen herleiten lässt. Dies könnte die Arbeitsbelastung erhöhen, was wiederum von O'Callaghan et al. (2019) als Hauptkomponente für CF angesehen wird. Das hohe Durchschnittsalter der Teilnehmenden spricht laut den Ergebnissen anderer Studien (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019) eher gegen die hohen CF-Levels genauso wie der adäquate Ausbildungsgrad (O'Callaghan et al., 2019).

Die Prävalenz der CF-Levels in den Ergebnissen von O'Callaghan et al. (2019) sind durchschnittlich. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt unter 30 Jahre alt, was als jung gewertet werden kann und laut Hunsaker et al. (2014) und O'Callaghan et al. (2019) ein Risikofaktor für die Entwicklung von CF ist. Die Praxiserfahrung (Hunsaker et al., 2014) von etwa 10 Jahren und der hohe Anteil von Teilnehmenden mit Zusatzausbildungen (O'Callaghan et al., 2019) könnten einer Entwicklung von CF entgegenwirken. Die hohe Anzahl an Teilnehmenden, welche Teilzeit angestellt sind, könnte die Arbeitsbelastung senken und sich somit laut O'Callaghan et al. (2019) schützend gegenüber CF auswirken.

Beaumont et al. (2015) erfasst bei den Hebammen-Studierenden ebenfalls durchschnittliche CF-Levels. Im Zusammenhang mit den Ergebnissen der anderen analysierten Studien können folgende Schlüsse gezogen werden: Die Studierenden sind durch ihr junges Alter (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019) und die

fehlende Praxiserfahrung (Hunsaker et al., 2014) zwei Risikofaktoren für CF ausgesetzt. Laut den Forschenden ist der hohe Grad an Selbstverurteilung der Hebammen-Studierenden ein zusätzlicher Risikofaktor für CF. Die Hebammen-Studierenden gelten somit als Risikogruppe für CF und werden deshalb von Beaumont et al. (2015) als Zielpopulation ausgewählt. Aufgrund der vielen Risikofaktoren ist es erstaunlich, dass die CF-Levels bei den Studierenden nicht höher sind.

Die Prävalenz von CF ist auch bei Beck et al. (2015) durchschnittlich. Diese Prävalenz kann nur bedingt durch andere Einflussfaktoren begründet werden, weil das verwendete Messinstrument die traumatische Geburt als Ursache von CF voraussetzt. Das hohe Alter (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019), die lange Praxiserfahrung (Hunsaker et al., 2014) und der adäquate Ausbildung (O'Callaghan et al., 2019) der Mehrheit der Teilnehmenden kann zur Senkung der CF-Levels beitragen. Beck et al. (2015) gehen davon aus, dass die Betreuung von traumatischen Geburten die praktische Arbeit beeinflusst und die Prävalenz von CF erhöht. Dies wird auch von Katsantoni et al. (2019) bestätigt.

Hunsaker et al. (2014) sind von den ausgewerteten Studien die einzigen mit einer tiefen Prävalenz von CF. Eine mögliche Erklärung dafür ist das hohe Alter (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019) der Teilnehmenden, die langjährige Praxiserfahrung (Hunsaker et al., 2014) auf der Notfallstation sowie der hohe Ausbildungsgrad der meisten Teilnehmenden (O'Callaghan et al., 2019). Ein Ergebnis dieser Studie ist, dass kürzere Arbeitsschichten (8-10 Stunden) einer Entwicklung von CF entgegenwirken (Hunsaker et al., 2014). Weil die meisten Teilnehmenden in 12-Stunden-Schichten arbeiten, wären folglich höhere CF-Levels zu erwarten.

5.4 Beantwortung der Fragestellung

Durch die Ergebnisse der analysierten Studien konnten folgende Einflussfaktoren für CF eruiert werden:

- Alter (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019) und Arbeitserfahrung (Hunsaker et al., 2014)
- Begleiten von traumatischen Geburten (Beck et al., 2015; Katsantoni et al., 2019)
- Unterstützung der Stationsleitung (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019)
- Aus- und Weiterbildung (O'Callaghan et al., 2019)
- Persönliche Faktoren (O'Callaghan et al., 2019): Selbstverurteilung, «self-compassion» und Wohlbefinden (Beaumont et al., 2015)
- Arbeitsbelastung (O'Callaghan et al., 2019)

Ein Vergleich dieser Einflussfaktoren bezüglich ihrer Aussagekraft ist nur begrenzt möglich, weil allgemein nur wenig signifikante Ergebnisse erzielt werden konnten und quantitative und qualitative Daten bezüglich CF, STS oder CS einbezogen wurden. Die Einflussfaktoren «Alter», «Begleiten von traumatischen Geburten», «Unterstützung der Stationsleitung» und «Persönliche Faktoren» sind jeweils in zwei Studien ein signifikantes Ergebnis. Die Aus- und Weiterbildung erweist sich nur bei O'Callaghan et al. (2019) als signifikant, wird jedoch ebenfalls von Beaumont et al. (2015) und Katsantoni et al. (2019) als wichtig für die Vorbereitung auf den Berufsalltag erachtet.

Aufgrund der knappen Datenlage werden von den Verfasserinnen alle Einflussfaktoren gleichermassen gewichtet und in die Diskussion miteinbezogen. Alle Faktoren sind aufgrund der zahlreichen Limitationen der Studien nur beschränkt verallgemeinerbar. Weil auch Ergebnisse von NPP, CS und STS eingeschlossen werden, ist die Aussagekraft in Bezug auf CF bei Hebammen beschränkt. Die Forschungsfrage nach CF-Ursachen in der Hebammenarbeit kann somit nur ansatzweise beantwortet werden. Die mässige Güte der einbezogenen Studien schränken die Übertragbarkeit der Ergebnisse zusätzlich ein.

Ein psychologisches Phänomen statistisch zu erfassen und dessen Einflussfaktoren zu erforschen, birgt viele Herausforderungen, nicht zuletzt die immer noch vorhandene Tabuisierung psychischer Erkrankungen.

Die Verfasserinnen sind der Meinung, dass den Ergebnissen trotz vielen Limitationen Aufmerksamkeit geschenkt werden soll, weil bei der Literaturrecherche keine hochwertigeren Studien passend zur Forschungsfrage gefunden werden. Die Studien zeigen nachvollziehbar auf, dass CF ein Problem für Hebammen und weitere Gesundheitsprofessionen darstellt und dass hochwertige und umfangreiche Forschung in diesem Bereich notwendig ist.

5.5 Theorie-Praxis-Transfer

Im folgenden Abschnitt werden aus den erarbeiteten Einflussfaktoren Präventionsmassnahmen abgeleitet. Dafür sind die im theoretischen Hintergrund vorgestellten Präventionskonzepte die Grundlage. Zudem werden Beispiele von bereits umgesetzten Angeboten genannt.

5.5.1 Alter und Arbeitserfahrung

Ein formelles Mentoring-Programm könnte laut Hunsaker et al. (2014) hilfreich sein, weniger erfahrenes Personal mit Erfahrenem zusammenzubringen. Eine solche Zusammenarbeit könnte für junge Hebammen der Schlüssel sein, Strategien zu entwickeln, um die Qualität des Arbeitsalltags zu verbessern. Die individuellen Präventionsstrategien wirken bestenfalls präventiv gegen CF und BO. (Hunsaker et al., 2014)

Bereits umgesetzt wird Mentoring im Studiengang Hebamme Bachelor of Science an der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). Durch das Mentoring werden prozesshafte, studierendenorientierte Lernbegleitung und Unterstützung im Persönlichkeitsbildungsprozess angeboten und handlungsorientiertes Lernen und selbstreflektierte Lernprozesse stimuliert. (Schwager et al., 2012)

Dieses Mentoring-Programm während der Ausbildung zur Hebamme könnte sich präventiv gegen CF auswirken, weil dabei Selbstreflexion gefördert und unterstützt wird. Selbstreflexion ist laut Siegrist & Luitjens (2013) eine wichtige persönliche Kompetenz und kann als Ressource im Bewältigungsprozess von herausfordernden Situationen genutzt werden.

Formelle Mentoring-Programme werden in der Berufspraxis noch kaum genutzt. Am Universitätsspital Zürich wird zwar eine Form von Mentoring im Bereich der

medizinischen Fakultät umgesetzt, dabei findet jedoch kein expliziter Bezug zum Schutz der psychischen Gesundheit statt. (Buddeberg-Fischer & Stamm, 2012) Es ist gut vorstellbar, dass solche formellen Mentoring-Programme während oder nach der Ausbildung eine präventive Wirkung gegen CF haben, einerseits durch die Entwicklung von persönlichen Kompetenzen (Siegrist & Luitjens, 2018) und andererseits durch die Sensibilisierung des erfahrenen Personals. Letzteres könnte die Früherkennung der CF-Symptome fördern.

5.5.2 Begleiten traumatischer Geburten

Empathie und Exposition wurden als Schlüsselfaktoren für CF in der Hebammenarbeit erkannt (Thomas & Wilson, 2004). Diese zwei Faktoren sind im Berufsalltag unumgänglich. Die Präventionsmassnahmen finden folglich vor oder nach der Exposition zu Traumata statt. Inter- und Supervisionen werden zur Bearbeitung der Traumainhalte angewendet und haben zum Ziel, Entlastung und Raum für die eigene Person zu bringen.

In der Berufspraxis werden Fall-Interventionen nach einer besonderen Situation mit dem ganzen Team durchgeführt. Die Beratungsform Supervision ist zwar bekannt, wird jedoch nach den Erfahrungen der Verfasserinnen nur vereinzelt umgesetzt. Diese Erfahrungen werden durch die Studie von Wilson & Taylor (2019) unterstützt. Die Ergebnisse zeigen, dass Supervisionen von HCPs als wichtig erachtet werden, aber aufgrund von diversen Hindernissen (u.a. Zeitmangel und unterschiedliches Verständnis) wenig genutzt werden. Daraus wird gefolgert, dass ein vielschichtiger, organisatorischer Ansatz, der diese Hindernisse angeht, die Teilnahme an Supervisionen in Gesundheitsinstitutionen erhöhen kann. (Wilson & Taylor, 2019) Regelmässige und langfristig durchgeführte Supervisionen könnten den HCPs ein besseres Verständnis für die Interaktionen während einer Traumatisierung geben und dadurch ein erhöhtes Bewusstsein für die eigene Rolle und Grenzen schaffen (Missouridou, 2017).

5.5.3 Unterstützung der Stationsleitung

Die Stationsleitung hat eine tragende Rolle bei der Umsetzung von Präventionsmassnahmen. Es ist anzunehmen, dass durch das Informieren der Mitarbeitenden über die Risiken und Symptome von CF, wertschätzende Mitarbeitendengespräche und das Einführen von Inter- und Supervisionen potentielle, sekundäre Trauma-

tisierungen der Mitarbeitenden verhindert werden könnten. Diese Massnahmen würden voraussetzen, dass die Stationsleitung über CF informiert ist. Dies könnte in Form einer obligatorischen Weiterbildung für die Stationsleitung sichergestellt werden. Wenn die Stationsleitung für das Thema CF sensibilisiert ist und dies an die Mitarbeitenden weitergibt, könnte die Arbeitszufriedenheit und somit auch die Qualität der Patientenversorgung gesteigert werden (Hunsaker et al., 2014). Durch einen wertschätzenden und unterstützenden Umgang der Stationsleitung mit den Mitarbeitenden ist ein höheres CS-Level zu erwarten (Hunsaker et al., 2014). CS wirkt sich ausgleichend gegen CF aus (Stamm, 1999) und könnte in einer geringeren Fluktuation der Mitarbeitenden resultieren.

5.5.4 Aus- und Weiterbildung

Die Vermittlung von Hintergrundwissen zu CF und zu Präventionsmöglichkeiten während der Ausbildung ist eine mögliche Präventionsmassnahme (Rixe, 2018) und bietet sich an, weil die Hebammen-Studierenden somit optimal für herausfordernde Situationen im Berufsalltag vorbereitet werden. Eine adäquate Vorbereitung kann laut Katsantoni et al. (2019) Hebammen helfen, mit den Auswirkungen einer Traumatisierung umzugehen. Indem man beispielsweise Stressreduktionstraining in den Lehrplan einbaut, könnten die Hebammen-Studierenden dabei unterstützt werden, Resilienz aufzubauen (Beaumont et al., 2015).

Im Bachelor-Studiengang Hebamme der ZHAW orientieren sich Unterstützungs- und Begleitprogramme an den Abschlusskompetenzen des CanMED-Rollenmodells* (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2009). In den sieben Rollen ist der Schutz der eigenen psychischen Gesundheit nicht erwähnt.

Aufgrund der hohen Berufsausstiegsrate (Lobsinger & Kägi, 2016) wäre eine Aufnahme des Eigenschutzes in die Abschlusskompetenzen essentiell, insbesondere weil die CanMED-Rollen in die Selbstreflexionen der Studierenden einbezogen werden. Vor allem längerfristig betrachtet ist es vorstellbar, dass die Kompetenzen und deren professionelle Ausführung im Berufsalltag vom eigenen psychischen Zustand abhängen.

Diverse Weiterbildungsangebote vom Schweizerischen Hebammenverband (SHV) beinhalten Präventionskonzepte gegen CF. Im August 2019 fand der Kurs «Wenn

die Geburt zum Trauma wird» statt, in welchem unter anderem Möglichkeiten traumasensiblen Arbeitens und die eigene Selbstfürsorge besprochen wurde. Im Oktober 2019 wurde im Kurs «Emotionale Erste Hilfe (EEH) unter der Geburt» auf Strategien zum Aufbau von Selbstschutz und Stressmanagement für Hebammen eingegangen. (Schweizerischer Hebammenverband SHV, 2019)

Die Nutzung von Aus- und Weiterbildung zur Sensibilisierung für CF und zur Entwicklung von individuellen Präventionsstrategien ist ein grundlegender Baustein einer erfolgreichen Prävention. Konkrete Vorschläge dazu, sind im Kapitel 5.6 zu finden.

5.5.5 Persönliche Faktoren

Der Dalai-Lama schreibt 1995, dass die Entwicklung von Selbstfürsorge die Voraussetzung ist, um die vollkommene Fähigkeit zu erlangen, «compassionate» gegenüber anderen zu sein (Dalai-Lama, 1995). Die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen könnte somit eine Grundvoraussetzung für HCPs darstellen, um «compassionate care» im Arbeitsalltag umzusetzen. Eine qualitative Studie 2018 untersuchte, warum «compassionate care» im Arbeitsalltag schwer umsetzbar ist. Ähnlich wie bei der Umsetzung von Supervisionen spielen auch hier arbeitsbezogene Stressoren wie Zeitmangel, hohe Arbeitsbelastung und Personal-mangel eine wichtige Rolle (Egan et al., 2018).

«Self-compassion», Achtsamkeit* und Resilienz beschreiben ähnlich wie Selbstfürsorge eine wertschätzende Einstellung sich selbst gegenüber. Resilienz-Training gilt als eine mögliche Prävention für CF (Moss et al., 2016; O'Callaghan et al., 2019) und kann ein erster Schritt sein, um eigenen Ressourcen zu entwickeln und zu stärken.

Workshops, Seminare und Coachings zum Thema Resilienz werden in der Schweiz unter anderem vom Resilienz Zentrum Schweiz angeboten. Die aktuelle Forschung weist nach, dass Resilienz trainiert und verankert werden kann. Spezifisches Resilienz-Training bringt Stabilisierung in herausfordernden Situationen. (Resilienz Zentrum Schweiz, 2020)

Resilienz ist keine angeborene Fähigkeit und kann als Prozess verstanden werden, welcher dazu führt, dass eine Belastung verarbeitet, Positives erlebt und Zufriedenheit erzielt wird (Siegrist & Luitjens, 2013, 2018). Diese Zufriedenheit wirkt sich ausgleichend auf CF aus (Stamm, 2010).

5.5.6 Arbeitsbelastung

Die Arbeitsbelastung wird von arbeitsbezogenen Stressoren beeinflusst und hängt stark von der Organisation und Struktur der jeweiligen Institution ab. Um die Arbeitsbelastung zu senken, muss ein systematischer Ansatz gewählt werden (Leinweber & Rowe, 2008; Wilson & Taylor, 2019) mit verhältnispräventiven Massnahmen, wie zum Beispiel gut strukturierte Arbeitspläne (Brauchli & Jenny, 2018) oder kurze Arbeitsschichten (8-10 Stunden) (Hunsaker et al., 2014). Durch solche Massnahmen könnte die Arbeitszufriedenheit gesteigert und eine geringere Fluktuation der Mitarbeitenden erzielt werden.

Diese Massnahmen fordern meistens finanzielle Mittel, welche wiederum vom gesundheitspolitischen Interesse abhängig sind. Indem man der Öffentlichkeit aufzeigt, dass CF bei HCPs einen Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsversorgung haben kann, könnte das politische Interesse am Thema gesteigert werden. Weil die Arbeitsbelastung in einer höheren Berufsausstiegsrate resultieren kann, sind damit höhere Kosten verbunden, welche durch die Ausbildung der Berufsaussteigenden und die psychologische Betreuung der Betroffenen entstehen.

5.6 Sensibilisierung der Hebammen

Die Sensibilisierung der Risikogruppe ist ein wichtiger Schritt zur erfolgreichen Prävention (Siegenthaler & Tschuor, 2018). Indem man HCPs auf das Thema CF sensibilisiert, könnte die Arbeitszufriedenheit und somit auch die Qualität der Gesundheitsversorgung gesteigert werden (Hunsaker et al., 2014).

Aus den Ergebnissen und deren Diskussion dieser Bachelorarbeit geht hervor, dass die Aus- und Weiterbildung sich anbietet, um Hebammen auf das Thema CF zu sensibilisieren und dadurch optimal auf den Berufsalltag vorzubereiten. Die Verfasserinnen schlagen zwei Ansätze für die Praxis vor, welche einen Beitrag zur Sensibilisierung der Hebammen leisten könnten: eine vermehrte Integration in die Ausbildung der Hebamme und einen informativen Flyer für berufstätige Hebammen.

5.6.1 Integration in die Ausbildung

Die Sensibilisierung für psychologische Thematiken in Bezug auf andere und auf sich selbst findet an der ZHAW bereits statt. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Berufsrisiko der sekundären Traumatisierung wäre jedoch vorzuschlagen, um einen präventiven Effekt für das spätere Berufsleben zu

erhalten. In verschiedenen Unterrichtsformen könnten Hintergrundwissen vermittelt und mögliche Präventionsstrategien zu CF vorgeschlagen werden (Rixe, 2018). Die Integration von CF in die Ausbildung könnte sichergestellt werden, indem der Schutz der eigenen psychischen Gesundheit in die Abschlusskompetenzen einbezogen werden würde. Die Verfasserinnen schlagen daher folgende Ergänzung im Bereich «Health Advocate» des CanMED-Rollenmodells vor (Abb. 4).

Als Health Advocates stützen sich Hebammen verantwortungsvoll auf ihre Expertise ab und nutzen ihre Einflussmöglichkeiten um die Gesundheit und die Lebensqualität der Patienten / Klienten sowie der Gesellschaft als Ganzes zu fördern.

Kompetenzen

- Sie engagieren sich für eine frauen-, kinder- und familiengerechte Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung von soziokulturellen Aspekten.
- Sie befähigen und stärken die Frau und die Familie, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit sowie die ihrer Kinder zu übernehmen.
- Sie reflektieren regelmässig Ihre eigene physische und psychische Gesundheit und pflegen einen achtsamen Umgang mit sich selbst.
- Sie beteiligen sich an gesundheitsfördernden und präventiven Programmen.

Abbildung 4: Anpassung des CanMED-Rollenmodells (eigene Darstellung, 2020, basierend auf Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (2009))

Durch diese Ergänzung wird die Verantwortung für die eigene physische und psychische Gesundheit der Hebammen vorausgesetzt.

Bei dieser möglichen Anpassung wird die physische Gesundheit miteinbezogen, obwohl sie nicht Teil dieser Bachelorarbeit ist. Die Forschung hat gezeigt, dass die psychische und körperliche Ebene eng miteinander zusammenhängen (Hauschild & Wüstenhagen, 2013). Durch Einbezug beider Ebenen wird die Abschlusskompetenz weiter vervollständigt.

5.6.2 Flyer für berufstätige Hebammen

Eine Möglichkeit, berufstätige Hebammen auf das Thema CF aufmerksam zu machen, ist die Verteilung von Flyern. Dieser könnte zum Beispiel Symptome von CF aufzeigen und Weiterbildungen oder Hilfsangebote vorschlagen. Der Flyer könnte folgendermassen gestaltet sein (Abb. 5):

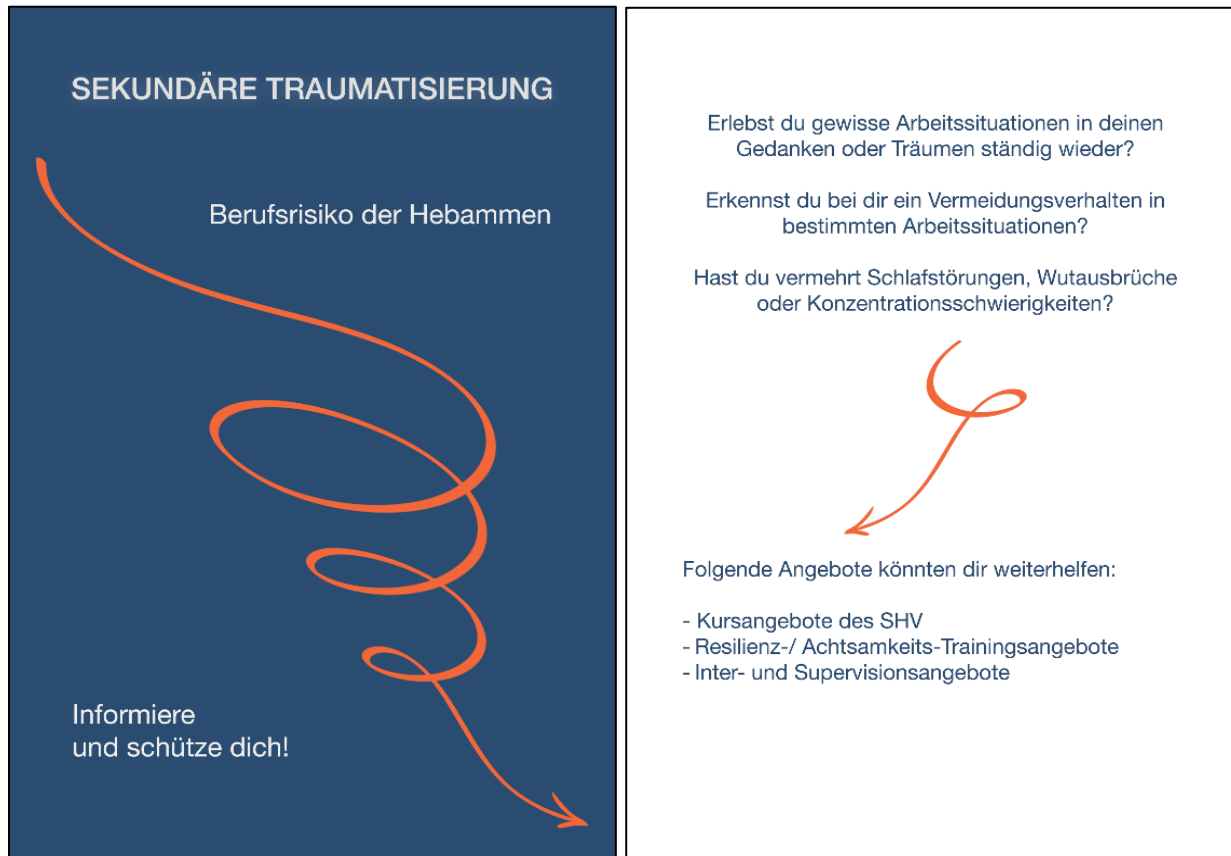


Abbildung 5: Informationsflyer (eigene Darstellung, 2020)

Vor der Verteilung des Flyers müssen zuerst die aktuellen Kursangebote passend zur Region ergänzt werden. Dieser Flyer kann somit als eine Art Vorlage verstanden werden. Aus finanziellen und zeitlichen Gründen konnte dieser Flyer im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht verteilt werden.

6 Schlussfolgerungen

Nach dargestelltem theoretischem Hintergrund, den Studienergebnissen und der Diskussion folgt in diesem Kapitel der Bachelorarbeit das Fazit der Verfasserinnen. Des Weiteren werden Limitationen und der Forschungsbedarf aufgezeigt und ein Ausblick gegeben.

Die aktuelle Literatur zum Thema CF gibt eine einheitliche Richtung vor: CF stellt ein Problem für HCPs dar und es ist umfangreiche und hochwertige Forschung notwendig, um die Einflussfaktoren genauer zu ergründen.

Hebammen sind gefährdet, weil ein hoher Grad an Empathie (Beck, 2011; Leinweber & Rowe, 2008) und die Exposition zu traumatischen Geburtserlebnissen (Beck et al., 2015; Katsantoni et al., 2019) im Arbeitsalltag unumgänglich sind (Thomas & Wilson, 2004). Weitere Einflussfaktoren sind Alter (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019) und Arbeitserfahrung (Hunsaker et al., 2014), die Unterstützung der Stationsleitung (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019), die Aus- und Weiterbildung (O'Callaghan et al., 2019), persönliche Faktoren (Beaumont et al., 2015; O'Callaghan et al., 2019) und die Arbeitsbelastung (O'Callaghan et al., 2019).

Das erste Forschungsziel dieser Arbeit wurde im Kapitel Theorie-Praxis-Transfer diskutiert. Die eruierten Einflussfaktoren bieten eine Grundlage für mögliche Präventionsansätze. Anhand von bereits bestehenden Präventionskonzepten konnten folgende Vorschläge zu den einzelnen Einflussfaktoren entwickelt werden:

- Alter (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019) und Arbeitserfahrung (Hunsaker et al., 2014)
→ Formelles Mentoring-Programm (Hunsaker et al., 2014)
- Begleiten von traumatischen Geburten (Beck et al., 2015; Katsantoni et al., 2019)
→ Inter- und Supervision (Missouridou, 2017)
- Unterstützung der Stationsleitung (Hunsaker et al., 2014; O'Callaghan et al., 2019)
→ Wertschätzender und unterstützender Umgang der Stationsleitung mit den Mitarbeitenden (Hunsaker et al., 2014)
- Aus- und Weiterbildung (O'Callaghan et al., 2019)
→ Sensibilisierung für CF (Siegenthaler & Tschuor, 2018) und Entwicklung von individuellen Präventionsstrategien (Rixe, 2018)

- Persönliche Faktoren (Beaumont et al., 2015; O'Callaghan et al., 2019)
→ Resilienz-Training zur Förderung der Entwicklung und Stärkung von eigenen Ressourcen (Moss et al., 2016; O'Callaghan et al., 2019)
- Arbeitsbelastung (O'Callaghan et al., 2019)
→ Systematischer Ansatz (Leinweber & Rowe, 2008; Wilson & Taylor, 2019)
mit entsprechenden verhältnispräventiven Massnahmen

Wie erfolgreich diese Präventionsmassnahmen in der Berufspraxis umgesetzt werden und wie breit die entsprechenden Angebote von Hebammen genutzt werden, hängt unter anderem von arbeitsbezogenen Stressoren, wie Zeitmangel und Arbeitsbelastung ab (Egan et al., 2018; Wilson & Taylor, 2019). Ein systematischer Ansatz (Leinweber & Rowe, 2008; Wilson & Taylor, 2019), welcher entsprechende verhältnispräventive Massnahmen beinhaltet, könnte die Arbeitsbedingungen verbessern.

Das zweite Forschungsziel wurde im Kapitel Sensibilisierung der Hebammen bearbeitet. Zur Sensibilisierung für das Thema CF werden von den Verfasserinnen die vermehrte Integration in die Ausbildung durch eine Ergänzung des CanMED-Rollenmodells und die Informierung der berufstätigen Hebammen durch einen Flyer vorgeschlagen. Die Sensibilisierung der Hebammen könnte die Arbeitszufriedenheit und somit die Qualität der Betreuung der Frauen verbessern (Hunsaker et al., 2014).

Eine frühzeitige Sensibilisierung der Hebammen für das Thema CF ist massgebend für den Erfolg der Prävention. Die Sensibilisierung findet im Optimalfall bereits während der Ausbildung statt. Wenn individuelle Präventionsstrategien während der Ausbildung entwickelt werden, könnten sich vor allem junge, weniger erfahrene Hebammen besser schützen. Indem die Hebammen dabei unterstützt werden, ihre psychische Gesundheit zu bewahren, können sie eine empathische und professionelle Betreuung der Frauen gewährleisten (Leinweber & Rowe, 2008).

6.1 Limitationen der Bachelorarbeit

Aufgrund der begrenzten Datenlage in der Hebammenarbeit wurden in dieser Bachelorarbeit auch Daten der NPP und Studien mit mässiger Güte einbezogen. Dies limitiert die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Hebammenberuf.

Wie im Kapitel 5.2 erwähnt, sind die analysierten Studien nur bedingt vergleichbar. Dennoch werden die Studien verwendet, da die Fragestellung behandelt wird und die Aktualität der Daten besteht.

Wegen der fehlenden allgemeingültigen Differenzierung von CF zu weiteren Konzepten (Sorenson et al., 2016), wurden auch Ergebnisse zu STS und CS miteinbezogen. Eine Übertragung auf CF ist somit nur begrenzt möglich.

Da alle Studien und ein Teil der verwendeten Fachliteratur auf Englisch verfasst sind, kann ein allfälliger Übersetzungsfehler durch die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit nicht ausgeschlossen werden.

Zudem ist der Detaillierungsgrad dieser Arbeit durch den vorgegebenen Zeitrahmen und Umfang relativ stark eingeschränkt.

6.2 Ausblick

Zum Thema CF ist nur eine begrenzte Anzahl evidenzbasierter Literatur vorhanden und die Einflussfaktoren und Präventionsmassnahmen sind nur ansatzweise erforscht. Das Fehlen einer allgemeingültigen Definition erschwert die systematische Recherche und die Untersuchungs- und Vergleichsmöglichkeiten von CF.

Von weiterem Interesse könnte die Erforschung von CF im Bereich der Hebammen, der Intensiv-PP, der NPP, der Onkologie-PP, der Kinder-PP und der Psychiatrie-PP sein, weil bei diesen Gruppen hohe STS-Levels gefunden wurden (Missouridou, 2017). Die künftige Forschung sollte Studiendesigns mit hohen Evidenzlevels aufweisen, sodass die Ergebnisse verallgemeinerbar sind. Um ein umfassendes Bild von CF zu erreichen oder um eine Präventionsstrategie zu evaluieren, wird eine mehrmalige Erhebung der Daten vorgeschlagen (Stamm, 2010). Damit die Prävalenz von CF aus der Stichprobe repräsentativ für alle Berufsmitglieder ist, sollten Berufsaussteiger einbezogen werden und die Stichproben grösser und grossflächiger gezogen werden. Eine gut strukturierte Konzeptanalyse für CF würde helfen, die Effekte und die Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten von CF genauer zu erfassen (Sorenson et al., 2016). Die Allgemeingültigkeit der Definition könnte durch die Aufnahme in den ICD-10 sichergestellt werden. Wünschenswert wäre die vermehrte Integration von realisierbaren Präventionsangeboten, wie zum Beispiel Supervisionen oder formelle Mentoring-Programme, in

der Praxis und die Sensibilisierung der Hebammen während und nach der Ausbildung.

Abschliessend halten es die Verfasserinnen für erstrebenswert, das Thema CF mehr in die Hebammen-Studiengänge der Fachhochschulen der Schweiz zu integrieren.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. Aufl.). American Psychiatric Association.

Arbeitsschutzgesetz. (2018). *Wie sich psychische Belastung am Arbeitsplatz bemerkbar macht*. Psychische Belastung am Arbeitsplatz.

<https://www.arbeitsschutzgesetz.org/psychische-belastung-am-arbeitsplatz/#verdichtung>

Bartholomeyczik, S., Linhart, M., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer.

Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2015). 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 qualitative survey. *Midwifery*, 34, 239–244.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>

Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>

Beck, C. T., LoGiudice, J., & Gable, R. (2015). A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), 16–23.

<https://doi.org/10.1111/jmwh.12221>

Brauchli, R., & Jenny, G. (2018). *Allgemeine Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit. Grundlagen, Modelle und Wirkmechanismen*.

Gesundheitsförderung Schweiz.

<https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5->

grundlagen/publikationen/bgm/berichte/Bericht_007_GFCH_2018-11_-
BGM-_Grundlagen_und_Trends.pdf#page=34

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>

Buddeberg-Fischer, B., & Stamm, M. (2012). *Mentoring in der Medizin Formen, Konzepte und Erfahrungen*. Staatssekretariat für Bildung und Forschung SBF. https://www.sbfi.admin.ch/dam/sbfi/de/dokumente/webshop/2012/mentoring_in_dermedizin.pdf.download.pdf/mentoring_in_dermedizin.pdf

Curtis, P., Ball, L., & Kirkham, M. (2013). Why do midwives leave? (Not) being the kind of midwife you want to be. *British Journal of Midwifery*. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjom.2006.14.1.20257>

Dalai-Lama. (1995). *The Power of Compassion*. Harpercollins.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2019). *ICD-10-GM Version 2019 Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f40-f48.htm>

D'Souza, F., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2011). The Relationship Between Perfectionism, Stress and Burnout in Clinical Psychologists. *Behaviour Change, 28*(1), 17–28. <https://doi.org/10.1375/bech.28.1.17>

Egan, H., Keyte, R., McGowan, K., Peters, L., Lemon, N., Parsons, S., Meadows, S., Fardy, T., Singh, P., & Mantzios, M. (2018). „You Before Me“: A Qualitative Study of Health Care Professionals' and Students' Understanding and Experiences of Compassion in the Workplace, Self-compassion, Self-care and Health Behaviours. *Health Professions Education, 5*(3), 225–236. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.07.002>

- Fachkommission Gesundheitsförderung und Prävention. (2011). *Rahmenkonzept Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Uri*.
https://www.ur.ch/_docn/49629/40_rahmenkonzept-pgf-2011.pdf
- Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (S. 1–20). Taylor and Francis Group.
- Figley, C. R. (2002). Introduction. In C. R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (S. 1–14). Routledge.
- Figley-Institute. (2012). *Basics of Compassion Fatigue*.
http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Aufl.). Ernst-Reinhardt.
- Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The Effectiveness of an Educational Program on Preventing and Treating Compassion Fatigue in Emergency Nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(3), 247–258.
<https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31829b726f>
- Frühstück, D. (2014). *Mentoring in der praktischen Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege*.
https://devline.medunigraz.at/mug_dev/wbAbs.getDocument?pThesisNr=43415&pAutorNr=&pOrgNr=1
- Hauschild, J., & Wüstenhagen, C. (2013). *Körper und Seele – nur gemeinsam stark*. Zeit online. <https://www.zeit.de/zeit-wissen/2013/03/koerper-psyche-gefuehle-gesundheit/komplettansicht>

- Hunsaker, S., Chen, H.-C., Dale, M., & Heaston, S. (2014). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 47*(2), 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Jones, C. B., & Gates, M. (2007). The Costs and Benefits of Nurse Turnover: A Business Case for Nurse Retention. *Online Journal of Issues in Nursing, 12*(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No03Man04>
- Katsantoni, K., Zartaloudi, A., Papageorgiou, D., Drakopoulou, M., & Misouridou, E. (2019). Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece. *Mater Sociomed, 31*(3), 172–176. <https://doi.org/10.5455/msm.2019.31.172-176>
- Leinweber, J., & Rowe, H. J. (2008). The costs of 'being with the woman': Secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery, 26*, 76–87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications.
- Lippmann, E. (2009). *Intervision Kollegiales Coaching professionell gestalten* (2. Aufl.). Springer.
- Lobsinger, M., & Kägi, W. (2016). *Analyse der Strukturhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal* (Obsan Dossier 53). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_53.pdf
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology, 93*(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>

- Missouridou, E. (2017a). Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110–115. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000274>
- Missouridou, E. (2017b). Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110–115. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000274>
- Moss, M., Good, V., Gozal, D., Kleinpell, R., & Curtis, S. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals A Call for Action*. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414–1421. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001885>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- O'Callaghan, E. L., Lam, L., Cant, R., & Moss, C. (2019). Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *International Emergency Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.008>
- Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2017). *Krankheitsprävention und primäre/sekundäre Traumatisierung* (1. Aufl.). Springer.
- Pommier, E. A. (2011). *The compassion scale: Dissertation abstracts international (Section A)*. Humanities and Social Sciences.
- Resilienz Zentrum Schweiz. (2020). *Resilienz Zentrum Schweiz*. Resilienz Zentrum Schweiz. <https://www.resilienz-zentrum-schweiz.ch/>
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. <https://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=971921>

Rixe, J. (2018). *Berufsrisiko sekundäre Traumatisierung? Konkrete Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention.*

https://www.researchgate.net/publication/328028916_BERUFSRISIKO_SEKUNDARE_TRAUMATISIERUNG_KONKRETE_MASSNAHMEN_DER_GESUNDEITSFORDERUNG_UND_DER_PRAVENTION

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996).

Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996, 312(71).

<https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Schwager, M., Meili, C., Bothe, C., & Geiger, K. (2012). *Grundlagen*

Lernprozessbegleitung und Mentoring im BSc Studiengang Hebamme.

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

https://www.studiportal.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/04_Hebammen/06_Beratungsangebote/2012-08-30_Grundlagen_Lernprozessbegleitung_Mentoring.pdf

Schweizerischer Hebammenverband SHV. (2019). *Fort- und Weiterbildungen*

Schweizerischer Hebammenverband 2019/2020.

https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2019/04/SHV_Weiterbildungsbroschuere_27022019_DE_Web.pdf

Siegenthaler, M., & Tschuor, A. (2018). *Wenn Mitgefühl krank macht Compassion*

Fatigue in der onkologischen Pflege. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/11306/1/Siegenthaler_Meret_Tschuor_Anja_PF15_BA.pdf

Siegrist, U., & Luitjens, M. (2013). *Resilienzmodell.* <https://www.dozentenboerse.de/tools/download/?dfID=4574>

- Siegrist, U., & Luitjens, M. (2018). *30 Minuten Resilienz* (9. Aufl.). GABAL Verlag GmbH.
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, *48*(5), 456–465.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12229>
- Stamm, B. H. (1999). *Secondary Traumatic Stress: Self-care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators* (2. Aufl.). Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (S. 107–119). Brunner-Rutledge.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*.
<https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>
- The Royal College of Midwives. (2015). *State of Maternity Services Report 2015*. RCM. <https://www.yumpu.com/en/document/read/54519809/state-of-maternity-services-report-2015>
- The Royal College of Midwives. (2018). *State of Maternity Services Report 2018—England*. RCM. <https://www.rcm.org.uk/media/2373/state-of-maternity-services-report-2018-england.pdf>
- Thomas, R., & Wilson, J. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatisation and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*, *6*(2), 81–92.
- Unternehmensberatung BAB GmbH. (2009). *Handbuch Mentoring Grundlagen des Mentorings*. https://www.vetsuisse.ch/wp-content/uploads/2011/11/09_05_06_Handbuch_Mentoring_MUG.pdf

- Webster, M. (1989). *Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language* (Abridged edition). Gramercy.
- WHO. (2012). *Recommendations Physical Activity*. World Health Organization Mental health. https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q6/en/
- Wilson, E., & Taylor, N. F. (2019). Clinical Supervision for Allied Health Professionals Working in Community Health Care Settings: Barriers to Participation. *Journal of Allied Health*, 48(4), 270–276.
- Zhang, Y.-Y., Han, W.-L., Qin, W., Yin, H.-X., Zhang, C.-F., Kong, C., & Wang, Y.-L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Wiley*, 26, 810–819.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12589>
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (2009).
Abschlusskompetenzen Bachelorstudiengang Hebamme.
<https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/bachelor/hebammen/broschue-re-abschlusskompetenzen-bsc-hebammen-zhaw.pdf>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords (eigene Darstellung, 2020)	3
Tabelle 2: Ausgewählte Studien (eigene Darstellung, 2020)	5
Tabelle 3: Begriffsdefinitionen (eigene Darstellung, 2020, basierend auf Figley (1995)).....	7
Tabelle 4: Stressoren und Symptome von PTSD und STS/CF (eigene Darstellung, 2020, basierend auf Figley, 2002; Leinweber & Rowe, 2008)	10
Tabelle 5: Übersicht zur Studie von O`Callaghan et al. (2019) (eigene Darstellung, 2020)	18
Tabelle 6: Übersicht zur Studie von Beck et al. (2015) (eigene Darstellung, 2020)..	22
Tabelle 7: Übersicht zur Studie von Beaumont et al. (2015) (eigene Darstellung, 2020)	26
Tabelle 8: Übersicht zur Studie von Hunsaker et al. (2014) (eigene Darstellung, 2020)	29
Tabelle 9: Übersicht zur Studie von Katsantoni et al. (2019) (eigene Darstellung, 2020)	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vorgehen bei der Studiauswahl (eigene Darstellung, 2020)	4
Abbildung 2: Resilienzmodell (Siegrist & Luitiens, 2013).....	15
Abbildung 3: Einflussfaktoren für CF (eigene Darstellung, 2020)	38
Abbildung 4: Anpassung des CanMED-Rollenmodells (eigene Darstellung, 2020, basierend auf Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (2009))	49
Abbildung 5: Informationsflyer (eigene Darstellung, 2020)	50

Abkürzungsverzeichnis

CF	Compassion Fatigue
CS	Compassion Satisfaction
STS	Secondary traumatic stress
BO	Burnout
PTSD	Posttraumatic stress disorder
NPP	Notfallpflegefachpersonen
HCPs	Health care professionals
ProQOL	Professional-Quality-of-Life-Skala

AICA	Arbeitsinstrument für ein “critical appraisal”
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
CNMs	Certified Nurse-Midwives
ENA	Emergency Nurses Association
AMCB	American Midwifery Certification Board
STS-Skala	Secondary-Traumatic-Stress-Skala
PP	Pflegefachpersonen
ZHAW	Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften
SHV	Schweizerischer Hebammenverband

Wortzahl

Abstract: 193 Wörter

Arbeit: 10706 Wörter

Danksagung

Ohne die Hilfe gewisser Personen wäre die Verwirklichung dieser Arbeit nicht möglich gewesen. Hiermit möchten wir allen, die uns in irgendeiner Weise unterstützt haben, von Herzen danken:

- Katrin Oberndörfer für die Betreuung während dem Schreiben unserer Bachelorarbeit
- Unseren lieben Familien und engen Freunden für die moralische Unterstützung während des gesamten Schreibprozesses, für das kritische Gegenlesen und die Korrekturen.
- Als Co-Autorinnen dieser Arbeit bedanken wir uns auch beieinander für die immer angenehme und konstruktive Zusammenarbeit, in deren Rahmen sich beide stets auf ihre Stärken konzentrieren konnten.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Hilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Ort / Datum Unterschriften

Winterthur, 28.04.2020

Marina Good

Anna Hungerbühler

Anhang

A. Glossar

Achtsamkeit	Zustand von Geistesgegenwart, in dem ein Mensch die gegenwärtige Verfasstheit seiner Umwelt, seines Körpers und seines Gemüts erfährt
Apathie	Synonym: Teilnahmslosigkeit
Bias	Durch falsche Untersuchungsmethoden verursachte Verzerrung des Ergebnisses einer Repräsentativerhebung
CanMED-Rollenmodell	Modell, welches die berufsspezifische Abschlusskompetenzen der Hebamme in Form von sieben Rollen darstellt
Empathie	Bereitschaft und Fähigkeit sich in die Lage oder den Zustand anderer Menschen einzufühlen
Fluktuation	Die Fluktuation bezeichnet in diesem Zusammenhang die Schwankungen innerhalb der Belegschaft einer Institution
Hypervigilanz	Erhöhte Wachsamkeit oder Wachheit
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
Libido	Psychische Energie, die mit den Trieben der Sexualität verknüpft ist
Outcome	Abschliessendes Ergebnis einer Therapie- oder Präventionsmassnahme
Ressourcen	Schützende und fördernde Kompetenzen, welche einem Menschen zur Verfügung stehen, um unangenehme Einflüsse zu reduzieren
Rigidität	Starres Festhalten an früheren Einstellungen oder Gewohnheiten
Sectio	Sectio caesarea (Synonym: Kaiserschnitt) ist die operative Beendigung der Schwangerschaft mittels Laparotomie (Öffnung der Bauchhöhle) und Hysterotomie (Öffnung der Gebärmutter)

Spiegelungseffekt	Versuch, auf Verhaltensweisen des Gegenübers so zu reagieren, dass Inhalte, Gefühle und Bedürfnisse an diese zurückgegeben werden
Stressoren	Stressfaktoren, welche alle inneren und äusseren Reize umfassen, die Stress bei einem Individuum verursachen

B. Mailverkehr

Ausbildungsinhalt Hebammen Bsc



Good Marina (goodma01) <goodma01@students.zhaw.ch>

12.03.2020 16:28



An: Schwager Monika (shwa); Hasenberg Gabriele (hase) Cc: Hungerbühler Anna (hungeoan1)

Sehr geehrte Frau Hasenberg und Frau Schwager

Im Rahmen der Bachelorarbeit befassen ich und meine Kollegin uns mit dem Thema Compassion Fatigue bei Hebammen. Aus den Resultaten unserer Arbeit kann man schliessen, dass die Aus- und Weiterbildung sich positiv auf Compassion Fatigue auswirken. Unsere Frage war daher, bieten sie in der Ausbildung an der ZHAW einen Unterricht zum Schutz der Psyche von Hebammen an?

Freundliche Grüsse

Marina Good und Anna Hungerbühler

C. Dokumentation Arbeitsprozess Bachelorarbeit

Zeitpunkt	Arbeitsschritte
11.06.2019 09:00-11:00	Brainstorming, Überblick verschaffen, Zotero installieren
15.06.2019 10:00-12:00	Themenauswahl, Zotero- und Studienrecherche, erste Keywords- und Datenbanken-Suche
KW 26/27	Grundlagen Bachelorarbeit/ Vorgehensweise repetiert Thema eingegrenzt, in Online-Dok. eingetragen Beratung Fr. Hammer und Huber: Zielformulierung Arbeitsplan für Zeit bis Expose gemacht
KW 28	Themenvorschlag abschicken Expose aufteilen: - 11.07.: Zotero Gruppe eingerichtet, erste Grundlage-Literatur abgespeichert/ erste Keyword gesammelt und Recherche in Cinahl und Google Scholar/ Themenvorschlag bearbeitet - 12.07. Überarbeitung Themenvorschlag - 18.07. Abgabe Themenvorschlag - 28.07 Rückmeldung zum Themenvorschlag
09.08.2019	Lagebesprechung, Versuch von Berner Arbeit abzugrenzen, um eine spezifische Literaturrecherche durchführen zu können
12.08.2019	Besprechung mit Lina: Themeneingrenzung (Abgrenzung von Burnout) - Spezialisierung auf Compassion fatigue Literaturrecherche dazu
13.08.2019	Treffen mit Marina: Themeneingrenzung definiert à compassion fatigue bei Hebammen und Prävention. à 3-4 passende Studie vorhanden à Entscheid Literaturreview
Woche 34	Einlesen ins Thema, Suche nach Modell für Diskussion (Idee: Resilienz)
Woche 36	Planung und Aufteilung Expose, Anschaffung passender Fachliteratur (Figley), weiteres Einlesen ins Thema
Woche 37	Expose schreiben, erneute Literaturrecherche (Keyword-Ergänzung) à Suche nach aktuellerer Literatur
16.09.2019	Expose besprechen: To Do's bis 27.09. aufstellen - Quellen korrekt angeben und einfügen - Anhangsdokumente erstellen - Zeitplan und Kosten aufstellen - Studien lesen und Hauptstudien auswählen
23.-26.09.2019	Expose fertig, gegenlesen, korrigieren
27.09.2019	Abgabe Expose
Oktober	Feedback und Genehmigung Expose
Anfang Dezember	Provisorische Auswahl der Hauptstudien

	Kritische Würdigung einer Hauptstudie
10. Dezember	1. Treffen BA-Betreuerin - Grundlagen der Zusammenarbeit - Weiterarbeit besprochen: Zielsetzung definitiv, theoretischer Hintergrund ergänzen und schicken, Studien würdigen (Beratung Frau Huber nutzen) à Zwischendurch aktueller Stand mitteilen
Weihnachtsferien	Selbstständige Weiterarbeit an Studien
KW 4	Schreibwoche in Saanen - Studien gewürdigt - Ergebnisteil geschrieben - evtl. Theoretischer Hintergrund und Methode - Zotero organisieren - Fragen formulieren für weitere Arbeit
27.01.2020	- Mail an BA-Betreuerin mit Ergebnissen - PeerFeedback: vorbereitete Fragen
KW 5 & 6	- Studien gegenlesen und korrigieren auf Google Docs - Selbstständige Weiterarbeit an theoretischem Hintergrund und Methodenteil
10.02.2020	Standortbestimmung, Evaluation à Entscheid Reviews aus Ergebnisteil nehmen
KW 7	<ul style="list-style-type: none"> • Erneute Recherche nach Neupublikationen • Ergebnisteil fertigstellen und zum Gegenlesen verschicken • Selbstständige Weiterarbeit an theoretischem Hintergrund und Methodenteil (evtl. auch zum Gegenlesen verschicken) • Evtl. Diskussionsteil strukturieren
17. Februar 2020	Start 6. Semester: Ziel möglichst viel geschrieben
02.03.2020	Standortbestimmung, Evaluation, weitere Planung, Treffen BA-Betreuerin
03.03.2020	2. Treffen Betreuerin
05.03.2020	Kolloquium
KW 10, 11	Einleitung, Methode und Ergebnisse fertig und gegenlesen Diskussion starten
KW 11-15	Alles fertig geschrieben, Anhang und Verzeichnisse in Bearbeitung Entwicklung des Flyers und der eigenen Graphiken Gegengelesen und zusammengefügt Weiteres Treffen mit Betreuerin vereinbart
31.03.2020	3. Treffen mit Betreuerin, online Fragen geklärt
02.04.2020	2. Peer-Feedback
KW 16	Feedback Betreuerin Diskussion → Anpassungen und nochmals gegengelesen Anhang vorbereiten

	Formatierung Literaturverzeichnis kontrollieren
KW 17	Drucken und Abgabe
KW 18, 01.05.2020	Abgabetermin BA

D. Rechercheprotokoll

Rechercheprotokoll (eigene Darstellung, 2019)

Datenbank	Suchbegriffe	Anzahl Treffer	Ausgewählte Studien nach Abstract
CINAHL Complete			
16.05.2019	Compassion fatigue AND midwife OR midwives OR midwifery	20	<p>What do you Know About Compassion Fatigue in Midwifery? Edwards, Meryn; Anderson, Judith</p> <p>Midwifery in the 21st century: Are students prepared for the challenge? Power, Alison</p>
10.09.2019	Midwife OR emergency nurse AND 13 compassion fatigue NOT burnout	13	<p>Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth Hannah Rice, Jane Warland</p> <p>Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency Madeline Schmidt, Kristin Haglind</p>
	Midwife OR emergency nurse OR palliative nurse AND compassion fatigue NOT trauma NOT secondary stress	20	Compassion satisfaction, Burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialities
24.09.2019	health care professionals OR midwife AND compassion fatigue OR secondary traumatic stress AND causes OR reasons OR factors	95	<p>Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma Missouridou, Evdokia</p>

17.02.2020	midwife OR midwives OR midwifery AND secondary traumatic stress OR compassion fatigue AND causes OR reasons OR factors	19	Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. Sorenson, Claire; Bolick, Beth; Wright, Karen; Hamilton, Rebekah
17.02.2020	midwife OR midwives OR midwifery AND secondary traumatic stress OR compassion fatigue AND causes OR reasons OR factors	21	
<hr/>			
Medline			
10.09.2019	Midwife OR emergency nurse AND compassion fatigue NOT burnout	2	
17.02.2020	Midwife OR emergency nurse AND compassion fatigue NOT burnout	2	
<hr/>			
Midirs			
10.09.2019	Midwife OR emergency nurse AND compassion fatigue NOT burnout	0	
<hr/>			
Pubmed			
10.09.2019	Midwife OR emergency nurse AND compassion fatigue NOT burnout	19	Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review Egan, Helen
17.09.2019	Midwife AND compassion fatigue	33	

Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study.

O'Callaghan EL, Lam L, Cant R, Moss C.

- Referenz dieser Studie ausgewählt:
Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses.
Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S.

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.

Beaumont E, Durkin M, Hollins Martin CJ, Carson J.

A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process.

Beck CT, LoGiudice J, Gable RK.

The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery.

Leinweber J, Rowe HJ.

24.09.2019 midwife AND compassion fatigue AND factor 4

Development and Psychometric Assessment of Risk Factors of Compassion Fatigue Inventory in Nurses.
Sabery M, Tafreshi MZ, Hosseini M, Mohtashami J, Ebadi A

midwife AND compassion fatigue 31

à Studie kostenpflichtig

17.02.2020 midwife AND compassion fatigue 35 Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants.
Dasan S, Gohil P, Cornelius V, Taylor C

Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece
Katsantoni, K., Zartaloudi, A., Papageorgiou, D., Drakopouloi, M., Misourdou, E.

PsycINFO

17.09.2019 Midwife AND compassion fatigue 10

24.09.2019 Compassion fatigue AND midwife 3
AND cause OR reason OR factor

17.02.2020 Compassion fatigue AND midwife 3
AND cause OR reason OR factor

ZHAW IP14

24.06.2019 Studie im Unterricht erhalten "You Before Me": A Qualitative Study of Health Care Professionals' and Students' Understanding and Experiences of Compassion in the Workplace, Self-compassion, Self-care and Health Behaviours
Egan, H., Keyte, R., McGowan, K., Peters, L., Lemon, N., Parsons, S., ... Mantzios

Abgeschlossen am 17.02.2020

E. Studienbeurteilung nach AICA

O'Callaghan, E. L., Lam, L., Cant, R., & Moss, C. (2019). Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Um welche Konzepte/ Problem handelt es sich? Diese Studie erforscht das Mitgefühl von australischem Notfall-Pflegefachpersonal (NPP). Dabei stehen sich die positiven Elemente von Compassion Satisfaction (CS) und die negativen Elemente von Compassion Fatigue (CF) gegenüber. Bei einem Gleichgewicht dieser Aspekte wird eine gute Lebensqualität erwartet.</p> <p>Was ist das Ziel der Studie? Die aktuelle Arbeitssituation in Bezug auf den "compassion status" von zwei australischen Notfallstationen zu erfassen.</p> <p>Was sind die Forschungsfragen der Studie?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Was ist die Prävalenz von CS und CF bei NPP? 2. Welche demographischen Faktoren korrelieren mit CS und mit den Unterskalen von CF (BO und STS)? 3. Welche Thematiken zeichnen sich ab, wenn man NPP offene Fragen zu den zufriedenstellenden und ermüdenden Elementen der täglichen Arbeit stellt? <p>Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet?</p>	<p>Um welches Design handelt es sich ? Beschreibende Querschnittstudie mit offenen Fragen</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Australische NPP</p> <p>Welches ist die Stichprobe? 86 NPP mit oder ohne Notfallpflegeausbildung, die in einem der zwei grössten Akutspitälern in Victoria (Australien) fest angestellt sind</p> <p>Die Online Umfrage beinhaltet drei Komponenten: eine demographische Umfrage, die Professional Quality of Life (ProQOL 5) und zwei offene Fragen. Die offenen Fragen stellen den deskriptiven und somit qualitativen Teil der Umfrage dar.</p> <p>Die Daten der Umfrage wurden analysiert mit der IBM-SPSS Software der Version 23.0.</p> <p>Rücklaufquote 38%, es wurden in der Studie keine Drop-Outs genannt.</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden begründet und beschrieben? Die Studieninformationen und die Einladung zur Teilnahme wurden von der Abteilungsleitung verschickt. Sie war für sechs Wochen geöffnet und es wurden zwei Erinnerungsnachrichten verschickt. Alle Daten wurden zum gleichen Zeitpunkt einmalig erhoben.</p> <p>Welches Datenniveau weisen die erhobenen Daten auf? Die erhobenen Daten weisen Nominal und Ordinalniveau auf.</p> <p>Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet? Die Daten der Umfrage wurden analysiert mit der IBM-SPSS Software der Version 23.0.</p>	<p>Welche Ergebnisse werden präsentiert? Prävalenz von CS und CF ist durchschnittlich. Signifikanter Zusammenhang zwischen CS und Ausbildung zur NPP</p> <p>Deskriptive berufsbezogene Komponenten: Zufriedenstellende Komponenten: Arbeitsbezogene Gesundheitsversorgungs-Komponenten, HR-/ Management-/ Organisations-Komponenten, Notfall-spezifische-Komponenten, soziale Komponenten (Patienten und Familie), professionelle Abteilungskomponenten, persönliche Komponenten Erschöpfende Komponenten: Gesundheitsversorgungs-Komponenten, HR / Management, Komponenten der Notfallpatienten, soziale Komponenten (Patienten und Familie), professionelle Komponenten, persönliche Komponenten</p> <p>Der Durchschnitt an Arbeitserfahrung war 10.2 Jahre. 77% der Teilnehmenden haben eine Zusatzausbildung für Notfallpflege und 76% arbeiten Teilzeit. Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen CS- und CF-Level und den demographischen Daten gefunden werden. Jedoch zeigen sich folgende Tendenzen: Die Teilnehmenden geben im kleineren Departement B eine höhere CS und eine tiefere STS an und</p>	<p>Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Ergebnisse werden erklärt und interpretiert. Sie vergleichen die Resultate mit mehreren Studien.</p> <p>Die Messwerte der CF waren tief, bis durchschnittlich, die Forschenden konnten durch die Interviews sehen was die Unterschiede zwischen der CF und der CS Gruppe ist.</p> <p>Alle Resultate werden diskutiert</p> <p>Werden Limitationen diskutiert? Wegen der kleinen Stichprobe und deren nicht zufälligen Auswahl sind die Ergebnisse nicht verallgemeinerbar. Für die kleine Stichprobe ist das Design nicht geeignet, um Unterschiede aufzuzeigen. Die Resultate basieren ausschliesslich auf Selbsteinschätzungen und sind daher nicht objektiv.</p> <p>Welche Implikationen für Praxis, Theorie und zukünftige Forschung sind beschrieben? Diese und weitere Studien zeigen, dass die Ausbildung der Pflegefachpersonen einen positiven Einfluss haben kann und das allgemeine Wohlbefinden beispielsweise durch Resilienz-Training gefördert werden kann. Eine Spezialausbildung für NPP wird vorgeschlagen, um diese emotional auf die Arbeit vorzubereiten.</p>

<p>Die bisherige Forschung zeigt auf, dass das Level von Mitgefühl in der Pflege einen Einfluss auf die Qualität der Patientenbetreuung, die organisatorische Kapazität, das Wohlbefinden des Pflegepersonals und die Beibehaltung der Mitarbeiter/-innen haben kann. Obwohl weltweit viele Studien das Level von CF und CS untersuchen, gibt es nur wenige Informationen im Bereich der Notfall-Pflege.</p>	<p>Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt? P= 0.05</p> <p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?</p> <p>Es wurde den Teilnehmenden der Online-Umfrage frei gestellt, ob sie sich für die Interviews zur Verfügung stellen. Die Interviewer waren über den ProQOL Score der Befragten aufgeklärt.</p>	<p>das CS-Level steigt mit dem Alter. Diese und weitere Studien zeigen, dass die Ausbildung der Pflegefachpersonen eine positive Auswirkung haben kann und das allgemeine Wohlbefinden beispielsweise durch Resilienz-Training gefördert werden kann. Eine Spezialausbildung für NPP wird vorgeschlagen, um emotional auf die Arbeit vorzubereiten. Den qualitativen Ergebnissen zufolge wurde die Arbeitsbelastung als Hauptursache für Erschöpfung angegeben.</p> <p>Wie werden die Ergebnisse präsentiert? Die Ergebnisse werden übersichtlich in einem Text, Tabellen und Figuren präsentiert.</p>	
--	---	---	--

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der BA-Fragestellung? Ja.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt? Das Forschungsziel und die Forschungsfrage wird explizit dargestellt. Die Beschreibung des Phänomens ist klar und wird gut begründet mit vorhandener Literatur aus dem unmittelbaren Setting eingeführt.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Das Design wird in der Studie nachvollziehbar beschrieben und deckt alle Forschungsfragen ab.</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Die Stichprobe ist für das Design nicht geeignet signifikante Unterschiede aufzuzeigen, da sie selbstgewählt und mit 235 zu klein ist. Die Resultate sind nicht auf die Population übertragbar, da die Daten nur aus zwei Krankenhäusern derselben Stadt stammen. Es werden keine Drop-Outs Erwähnt.</p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar. Die Methoden der Datenerhebung sind für alle Teilnehmenden gleich.</p> <p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (Reliabilität), Valide? In der Umfrage wird der ProQOL 5 genutzt. Die Auswahl dieses Messinstruments wird begründet durch dessen Fähigkeit CF und CS mit den dazugehörigen Subscales in Form einer Selbsteinschätzung zu messen. Es ist ein oft geprüftes Instrument und gibt eine genaue Instruktion zur Bewertung der Daten vor. Durch die Cronbach`s Alpha wird die Reliabilität des Messinstruments gewährleistet und zeigt die internationale Anwendbarkeit auf. Durch die ergänzenden demographischen und offenen Fragen wird die Validität gewährleistet.</p> <p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Die Daten aus dem ProQOL 5 entsprechen dem Ordinalniveau, die Daten aus der demographischen Umfrage sind nominal- oder intervallskaliert. Der Zusammenhang zwischen den erreichten Scores des ProQOL 5 und den demographischen Charakteristika wurde bewertet mit der Pearson`s Produkt-Moment-Korrelation. Obwohl diese Analyse mindestens Intervallniveau der Daten voraussetzt, wurden auch nominale Daten damit analysiert.</p>	<p>Sind die Ergebnisse präzise? Die Darstellung der Ergebnisse ist klar und übersichtlich. Alle erhobenen Daten werden erwähnt und in Tabellen anschaulich dargestellt. Die Aussagen im Text stimmen mit den Tabellen überein. Die Tabellen enthalten genannte wie auch ergänzende Informationen.</p> <p>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Die Hauptkenntnisse der qualitativen Datenanalyse werden im Text ersichtlich. Weitere untersuchte Komponenten sind in zwei Grafiken dargestellt. Wobei die eine Grafik zufriedenstellende und die andere Grafik ermüdende Faktoren auflistet.</p>	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Die Resultate werden Diskutiert und in Bezug mit anderen Ergebnissen gestellt.</p> <p>Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Es wäre möglich die Studie in einem andern klinischen Setting zu wiederholen.</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Der Forschungsbedarf konnte aufgezeigt werden. Aus den Tendenzen und der Diskussion mit anderen Studien konnten konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis formuliert werden.</p>

	<p>Die Analyse der quantitativen Daten wird nur teilweise nachvollziehbar beschrieben. Bei Bedarf wurde der t-Test und ANOVA verwendet, es wird aber in der Studie nicht nachvollziehbar für welche Daten.</p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?</p> <p>Das Projekt wurde vom Human Research Ethics Committee überprüft. Es wird auf die relevanten ethischen Fragen hingewiesen. Zu der Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden werden keine Angaben gemacht.</p>		
--	--	--	--

Beck, C. T., LoGiudice, J. & Gable, R. K. (2015). A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Um welche Konzepte/ Problem handelt es sich? Secondary Traumatic Stress bei Certified Nurse Midwife CNM.</p> <p>Was ist das Ziel der Studie? Bestimmung der Prävalenz und Ernsthaftigkeit von STS bei CNM und die Erfahrungen in Bezug auf traumatische Geburten erfassen.</p> <p>Was sind die Forschungsfragen der Studie?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Was ist die Prävalenz und der Schweregrad von STS bei CNMs aufgrund des Ausgesetzt Seins von traumatischen Geburten? 2. Wie sind die Zusammenhänge der demographischen Daten von CNM's in Bezug auf das Ausgesetztsein von traumatischen Geburten? 3. Was sind die Erfahrungen von CNM's, die traumatische Geburten begleitet haben? 4. Wie wirken sich der qualitative und der quantitative Teil auf das Resultat aus, wird das Bild von STS dadurch komplettiert? <p>Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf? In quantitativen Studien wurde die Prävalenz von STS in verschiedenen Gebieten der Pflege aufgezeigt.</p>	<p>Um welches Design handelt es sich ? Eine konvergent, parallele Mixed-Methods-Studie.</p> <p>Wie wird das Design begründet? Eine qualitative Forschungsfrage dient dem Begründen des Designs.</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Certified Nurse Midwife in den USA.</p> <p>Welches ist die Stichprobe? Alle CNM wurde per E-Mail ein Link für die Umfrage geschickt. N 9214. Die Voraussetzung war, mindestens eine traumatisierende Geburt erlebt zu haben. Es war ein non probability sampling. Es schliessen 473 CNM den quantitativen Teil der Umfrage ab, 246 CNM den qualitativen Teil.</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden begründet und beschrieben? Der Ausschluss der Diplomierten Hebammen CM wird damit begründet, die verschiedenen Abschlüsse nicht mit einander vermischen zu wollen.</p> <p>Welche Art von Daten werden erhoben? Es wurden qualitative und quantitative Daten in einer Online Umfrage erhoben. Es wurden einmalig Daten erhoben. In einem nicht festgelegten Zeitraum.</p> <p>Welches Instrument wurde verwendet? Die STS Skala wurde für den quantitativen Teil der Umfrage verwendet. Ein Erlebnis Bericht von traumatisierenden Geburten stellt den quantitativen Teil der Umfrage dar.</p> <p>Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? Die Teilnehmenden wurden zu ihrem Erleben einer traumatischen Geburt befragt. (Phänomenologie).</p>	<p>Welche Ergebnisse werden präsentiert? Traumatisierende Geburten haben bei 55% einen Einfluss auf die praktische Arbeit. Diese 55% erreichten auf der STS-Skala signifikant höhere Punktzahlen. Qualitativer Teil: 6 Faktoren in Bezug auf traumatisierende Geburten: Ein quälendes Gefühl der Energie und Hilflosigkeit Das Trio der Posttraumatischen Stress Symptomen (Rückzug, Erregung und Vermeidung) Das Team als Stärkung Durch Rechtsstreitigkeiten das Trauma nicht abschliessen können Das Vertrauen in den Geburtsprozess verlieren Berufswechsel als Ausweg</p> <p>Wie werden die Ergebnisse präsentiert? Die Ergebnisse werden in Textform präsentiert. In Tabellen sind Ergebnisse zusätzlich dargestellt.</p>	<p>Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Es werden die höchsten Durchschnittsraten der STS Skala erwähnt. «Ich dachte an meine Arbeit mit Patienten, auch wenn ich nicht wollte», «Ich hatte Probleme mit Schlafen» und «Ich war entmutigt für meine Zukunft.» Der Durchschnittliche Totalwert war linden Bereich. 36% Erfüllten alle nötigen Diagnostischen Kriterien für ein positives Screening von einer PTSD. Die Forschenden verweise hier auf die tiefe Response Rate und der nicht Verallgemeinerbarkeit dieses Resultates.</p> <p>Die Ergebnisse werden in Bezug mit der bestehenden Literatur gestellt. Sie werden mit den Ergebnissen dreier anderer Studien verglichen, welche ebenfalls die STS-Skala verwendet haben.</p> <p>Die Forschenden erklären sich die nicht signifikanten Ergebnisse der STS-Skala mit der Homogenität der Stichprobe.</p> <p>Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden? Die Resultate der Studie zeigen, das Hebammen im Vergleich zu amerikanischen Frauen eine höhere Prävalenz für STS haben. Die Studie bringt mit dem Punkt «Vertrauen in den Geburtsprozess» einen neuen Punkt auf.</p> <p>Werden Limitationen diskutiert? Die tiefe Response Rate wird diskutiert, es wird vermutet das ein Teil der CNM keine traumatisierenden Geburten erlebt haben oder sie zu traumatisiert sind um teilnehmen zu können.</p> <p>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p>

<p>Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet? Hebammen arbeiten in einer Umgebung die viele Risikofaktoren für STS aufweist. Forscher warnen das Hebammen durch wiederholtes erleben von traumatisierenden Geburten eine geminderte Jobzufriedenheit bis hin zum Jobwechsel.</p>	<p>Die Validität des Designs ist eine der Forschungsfragen. In den Resultaten wird nicht darauf eingegangen oder diskutiert.</p> <p>Welches Datenniveau weisen die erhobenen Daten auf? Das Datenniveau ist Nominal bei den Demographischen Variablen Die übrigen Daten können im Ordinalniveau eingeordnet werden.</p> <p>Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet? Analyse des quantitativen Teils: SPSS Version 21.0 Analyse des qualitativen Teils: Inhaltsanalysen mit Krippendorff-Analyse mittels eines Dendrogrammes Quantifizierung ausgewählter qualitativer Daten Prüfung der Zusammenhänge: t-Test und beschreibende spezifische Korrelationstests</p> <p>Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt? Es wurde kein Signifikanzniveau festgelegt.</p> <p>Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Die Vorgehensweise der Datenanalyse wird genau beschrieben und begründet was mit den einzelnen Daten gemacht wird.</p> <p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Es wurden keine Erinnerungsmail versendet, da CNM mit psychischen Problemen nicht durch das Teilnehmen der Studie gestresst werden sollen. Es wurden keine ethischen Kommissionen einbezogen.</p>	<p>Ja, es wird mit 3 anderen Studien welche auch die STS Skala brauchen verglichen. Übereinstimmende Resultate werden verglichen. Die Stärkung durch das Team. Das Gefühl der Energie und Hoffnungslosigkeit. Und der Ausweg durch den Berufswechsel.</p> <p>Welche Implikationen für Praxis, Theorie und zukünftige Forschung sind beschrieben? Die Forschenden empfehlen die STS als berufliches Risiko ins Curriculum zu integrieren und den Hebammenstudierenden die Symptome der STS aufzuzeigen, damit sie diese besser erkennen können.</p> <p>Für Zukünftige Forschung wird eine Repräsentativere Stichprobe benötigt. Zudem sollten die CM's ebenfalls einbezogen werden.</p> <p>In der Praxis sollten Settings geschaffen werden, in denen Hebammen nach traumatischen Geburten Unterstützt werden sollen. Sowie Mediatorentaining mit anderen Professionen, beispielsweise den Juristen.</p> <p>Die Resultate werden mit Literatur verknüpft, der Leser kann die herausgearbeitete Theorie verstehen und man begründet diese.</p>
--	--	---

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Ja, die Fragestellung der Bachelorarbeit wird beantwortet.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt? Klare Problemdarstellung, nachvollziehbare Hypothese, Forschungsfragen sind klar definiert.</p> <p>Um den Forschungsbedarf zu begründen wird Bezug auf verschiedene Studien genommen.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Die Forschenden müssten zuerst testen, ob das Forschungsdesign sich für die Zielsetzung eignet. Die Wahl des Forschungsdesign ist nachvollziehbar, da subjektive Wahrnehmungen zentral sind um weitere Faktoren zu erfassen.</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Es wurde keine Sample-Size-Kalkulation durchgeführt, die Stichprobe wurde zu gross gewählt. Es kann vermutet werden, dass sich die CNM's nicht verpflichtet fühlten an der Umfrage Teil zu nehmen. Es ist keine Randomisierte Stichprobe. Non propability sampling ist bei einer Umfrage angebracht.</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Die Stichprobengrösse ist gross wodurch sich die tiefe Response Rate erklären könnte. Es gab 48% Drop-Outs vor dem qualitativen Teil, diese beeinflussen die Ergebnisse.</p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Die Datenerhebung ist nachvollziehbar.</p> <p>Ist die Vorgehensweise bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschreiben? Die Vorgehensweise der Datenerhebung wird dargestellt. Alle Teilnehmenden haben die gleichen Bedingungen.</p> <p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (Reliabilität)? Die STS-Skala wurde mit der Crohnbach's Alpha auf ihre Reliabilität geprüft. Die Konsistenz des Messinstrumentes wird geprüft.</p> <p>Sind die Messinstrumente Valide? Die Messinstrumente sind Valide. Es wurde schon von verschiedenen Studien für die Erfassung von STS verwendet.</p> <p>Interne Validität?</p>	<p>Sind die Ergebnisse präzise? Quantitativ: Die Ergebnisse werden präzise dargestellt. Die Grösse der Stichprobe ist nicht übersichtlich und variiert ohne Erklärungen.</p> <p>Die Grafiken dienen als übersichtliche Ergänzung zum Text. Die gewählte Tabelle ist nicht aussagekräftig im Bezug auf das Forschungsziel der Prävalenz.</p> <p>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Ja, die Ergebnisse sind verankert, der Weg zur herausgearbeiteten Theorie ist klar aufgezeigt.</p>	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Alle Resultate werden diskutiert. Die Interpretation trägt zum besseren Verstehen der Resultate bei. Die Resultate stimmen mit der Interpretation überein.</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Die Ergebnisse werden mit empirischer Literatur verglichen und diskutiert.</p> <p>Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Es wäre möglich und wird auch von den Autoren empfohlen, um eine höhere Rücklaufquote zu haben und die Resultate besser generalisieren könnte.</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Ja. Die Befunde werden in konkreten Praxistransfers geschildert. Die Interpretationen führen zu einer besseren Verstehbarkeit des Phänomens.</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Die Resultate können nicht verallgemeinert werden, es konnten jedoch einfach umzusetzende Verknüpfungen für Praxis und Ausbildung gemacht werden.</p>

Da die STS Skala ein Selfreportetest ist, ist dieser anfällig auf Bias, diese wurden nicht erwähnt.

Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?
Die Messinstrumente werden nicht begründet, der Aufbau dieser aber detailliert beschrieben.

Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt?
Der philosophische Hintergrund und der Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt.
Es zeigen sich keine Interessenkonflikte bei den Forschenden.

Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung?
Die Methode ist für die Zielsetzung logisch gewählt. Die Anonymisierung kann gut eingehalten werden.

Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sicher gestellt?
Die Glaubwürdigkeit ist gemindert, da interne Forschende die Daten analysieren. Die angewendeten Methoden sprechen für die Glaubwürdigkeit der Studie. Die Übertragbarkeit auf die gesamte Population ist gemindert aufgrund der vielen Drop-Outs im qualitativen Teil. Die Nachvollziehbarkeit ist durch die klare Beschreibung des Forschungsprozesses gegeben. Die Bestätigbarkeit ist eingeschränkt. Die Forschenden analysieren die Ergebnissen unabhängig, es wurden keine externen Personen miteinbezogen.

Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben?
Die Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben. Die statistischen Verfahren sind sinnvoll angewendet und entsprechend den Datenniveaus.
Die Wahl der Instrumente ist nicht begründet.

Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet?
Ein Ergebnis wird mit 0.002 als signifikant angegeben, deshalb kann von den gängigen Niveaus ausgegangen werden, es wird jedoch nicht explizit erwähnt.

Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?

Die Massnahme ist keine Erinnerungsmails zu versenden. Dadurch konnte die Anonymisierung einfacher gewährleistet werden und die CNM's die unter Stress leiden wurden nicht noch zusätzlich belastet.		
---	--	--

Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J. & Carson, J. (2015). 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

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Um welche Konzepte/ Probleme handelt es sich? Compassion fatigue (CF) und Burnout (BO) können einen Einfluss auf die Hebammenleistung haben.</p> <p>Was ist die Forschungsziel der Studie? "Self compassion", Selbstgüte und Selbstverurteilung zu erforschen und dessen Einfluss auf "compassion for others", Wohlbefinden CF und BO von Hebammen-Studierenden zu untersuchen.</p> <p>Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet? Der Weg zum Hebammenwerden enthält anspruchsvolle Arbeit, herausfordernde Einteilungen und das erleben traumatischer Ereignisse, mit andauerndem Stress, dies kann zu CF und BO führen. Im Wissen um solche Stressfaktoren, hat die British Medical Association und das Nursing and Midwifery Council empfohlen zu einer Gesundheitsförderung die Compassionate Care zu forcieren.</p>	<p>Um welches Design handelt es sich? Um eine quantitative Umfrage.</p> <p>Wie wird das Design begründet? Es ist eine effektive und systematische Methode, die eine passende Population einbeziehen kann. Eine Umfrage kann eine Momentaufnahme der Betroffenen Population darstellen. So kann eine Basis geschaffen werden um mit ähnlichen Studien vergleichen zu können.</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Hebammenstudentinnen.</p> <p>Welches ist die Stichprobe? Hebammenstudentinnen, aus einer Universität in Nord-West England. Aus dem zweiten und dritten Jahr des Studiums.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? Jede Studentin erhielt ein Informationsblatt an einem bestimmten Tag. Es war ein non probability sampling.</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Es wurde Begründet weshalb Hebammenstudentinnen untersucht werden. Es gibt keine Begründung zur Stichprobe.</p> <p>Welche Art von Daten wurde erhoben? Es wurde eine einmalige schriftliche Umfrage durchgeführt.</p> <p>Welche Messinstrumente wurden verwendet (Begründung)? In der Umfrage wurden vier valide Skalen verwendet. die Compassion-for-Others-Scale die Self-Compassion-Scale-Long-Version die Professional-Quality-of-Life scale</p>	<p>Welche Ergebnisse werden präsentiert? Die Resultate der Compassion-for-Others-Skala können laut Pommier (2011) als hoch gewertet werden. Die Self-Compassion-Skala war laut Neff 2003 (zotero!!) in der moderaten Sparte. Die Prozentzahlen der ProQOL-Skala zeigt auf, dass das Wohlbefinden der Studierenden im Durchschnitt der britischen Population liegt. Mit der Pearson's Correlation wurde berechnet, dass die BO- und CF-Ergebnisse durchschnittlich oder erhöht waren. Zwischen den CF- und CS-Levels wurde kein signifikanter Unterschied gefunden.</p> <p>Zentrale Ergebnisse: Selbstverurteilung wird signifikant negativ in Zusammenhang mit "compassion for others" und Wohlbefinden gebracht. Selbstverurteilung und CF wurden in einen signifikant positiven Zusammenhang gebracht. Selbstgüte steht in einem negativen Zusammenhang mit BO und einem Positiven mit Wohlbefinden. "Self-compassion" wurde mit einem tiefen BO-Level und einem erhöhten Wohlbefinden in Verbindung gebracht. Ergebnisse zu CS sind in einem positiven Zusammenhang mit Wohlbefinden, höherer "self-compassion" und einem negativen Zusammenhang mit BO und CF.</p>	<p>Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Das strenge Selbsteinschätzung der Hebammenstudierenden verwundert die Forschenden, die Interpretation wird durch eine Studie gestützt. Da die Spitäler den Fokus mehr auf die Empathie im Krankenhaus legen und weniger den individuellen Bedürfnissen der Frau und des Neugeborenen. Auch werden die Ergebnisse in Bezug auf den hohen Druck in der Arbeitsumgebung diskutiert.</p> <p>Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden? Die Forschungsfrage kann inhaltlich Beantwortet werden.</p> <p>Werden Limitationen diskutiert? Die Stichprobe wird kritisiert, da nur an einer Institution Daten erhoben wurden. Der Ausbildungsstand wurde nicht erfragt. Durch qualitative Komponenten wären die Resultate reichhaltiger gewesen. Die Befragten könnten die Fragen mit aufgrund der sozialen Erwünschtheit beantwortet haben. Eine weitere potentielle Schwäche ist, dass die Teilnehmenden die Umfrage konzentriert, motiviert und in der richtigen Verfassung ausfüllen um ehrlich zu antworten. Durch das Engagieren in andern Aktivitäten könnten Stress und Burnout auch aus diesen Aktivitäten kommen.</p> <p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorie und zukünftige Forschung sind beschrieben? Mitfühlendes Mentaltraining, Aufmerksamkeitstraining und/ oder Stress Reduktionstraining in den Lehrplan einzubauen</p>

	<p>und die Short-Warwick-and-Edinburgh-Mental-Well-Being-Scale</p> <p>Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Die Daten haben Ordinalniveau.</p> <p>Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet? Pearson`s correlation T-Test</p> <p>Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt? Ja, $p < 0.01$ wird als Signifikant und $p < 0.05$ als hoch Signifikant festgelegt.</p> <p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Das Ethik Komitee der Universität wurde hinzugezogen. Die Umfrage wurde anonym, mit nummerierten Teilnehmern durchgeführt.</p>	<p>Wenn der Score der Selbstverurteilung hoch ist, zeigen Hebammen-Studierende weniger "compassion for others", höhere BO-Levels und geringes Wohlbefinden.</p> <p>Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert? Die Ergebnisse werden übersichtlich in Tabellen in korrekter weise präsentiert.</p>	<p>könnte Hebammenstudierenden potentiell helfen Selbstfürsorge Empathie gegenüber ihren eigenen Leiden und Resilienz aufzubauen.</p> <p>In künftiger Forschung sollte auf diese Faktoren eingegangen werden.</p> <p>Ausserdem erhoffen sich die Forschenden eine grössere Studie die Daten in ganz GB erfasst. Studierende würden so mit Möglichkeiten und Strategien ausgerüstet werden können.</p> <p>Ist diese Studie sinnvoll? Die Studie zeigt auf wie wichtig eine grössere Studie zu diesem Thema wäre.</p> <p>Werden Stärken und Schwächen aufgenommen? Stärken und Schwächen der Studie werden aufgenommen.</p> <p>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Praxis umsetzbar? Durch Anpassung im Lehrplan und Sensibilisierung in den Betrieben auf das Thema.</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Es wäre möglich die Studie in einem anderen Setting zu wiederholen.</p>
--	---	---	--

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA Arbeit? Ja.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. Mit Hypothesen ergänzt? Klare Problemdarstellung mit verschiedenen Quellen, mit Hypothese, das Ziel der Forschung ist klar definiert. Die Forschungsfrage wird nicht erwähnt. Die Relevanz der Studie wird klar aufgezeigt. Das Thema wird im Kontext der vorhandenen konzeptionellen und empirischer Literatur nachvollziehbar dargestellt.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Das Design ist passend gewählt und wird nachvollziehbar begründet.</p> <p>Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Die interne Validität ist nicht vollständig gegeben. In den Limitationen wird das Bias der sozialen Erwünschtheit erwähnt, sowie das Stress und BO auch durch das Engagement bei anderen Aktivitäten auftreten könnte. In der Studie wird dies jedoch nicht berücksichtigt. Als möglicher Confounder wird erwähnt, dass die Teilnehmenden die Umfrage in guter Verfassung ausfüllen, um ehrlich zu antworten. Die externe Validität ist eingeschränkt, durch die Reliabilität und die interne Validität. Ausserdem wurde bei der Datenanalyse mit der Pearson's Produkt-Moment-Korrelation nominale Daten analysiert.</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Für eine Umfrage ist ein Non probability sampling angepasst.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? Nein, die Informationsblätter wurden nur an einer Universität verteilt an einem Tag verteilt</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Die Stichprobengrösse ist nicht angemessen, dies wird nicht begründet, aber in den Limitationen aufgenommen. Es gibt ein Drop-Out, dieses wird begründet mit zu viel Stress im Studium. Die Ergebnisse werden dadurch nicht beeinflusst.</p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar.</p> <p>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Die Methode der Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich.</p>	<p>Sind die Ergebnisse präzise? Die Ergebnisse werden präzise erläutert und dargestellt.</p> <p>Sind die Tabellen ergänzend zum Text? Durch die Tabellen wird eine Übersicht der Resultate dargestellt. Es ist jedoch nicht ersichtlich von welchem Messinstrument die aufgelisteten Ergebnisse stammen.</p>	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Es werden alle Resultate diskutiert.</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein.</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Die Resultate wurden Diskutiert und mit andern Studien verglichen, es wurden Konzepte mit einbezogen.</p> <p>Wird eine alternative Erklärung gesucht? Es werden alternative Erklärungen angesprochen und kurz beschrieben.</p>

Sind die Messinstrumente zuverlässig?

Die verschiedenen Skalen wurden mit der Cronbach's Alpha's Skala auf ihre Reliabilität geprüft. Das Niveau der erhobenen Daten passt jedoch nicht auf die Cronbach's Apha's.

Sind die Messinstrumente valide?

Die gewählten Messinstrumente sind valide in Bezug auf die Fragestellung.

Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?

Zur Begründung der Wahl wird ausschliesslich die Validität der Messinstrumente genannt. Es sind erprobte Messinstrumente im Themenbereich der CF.

Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben?

Die Verfahren der Datenanalyse werden nicht klar beschreiben.

Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet?

Nein. Die Test sind nicht passend zum Datenniveau gewählt.

Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung?

Nein. Die Auswertung der Daten wird mangelhaft beschrieben, die angewendeten Test stimmen nicht mit den Datenniveaus der Variablen überein, es ist nicht klar ersichtlich welche Fragen die Forschenden in der Umfrage stellen.

Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar begründet?

Die Höhe des Signifikanzniveaus ist nicht begründet.

Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?

Die Gewährleistung der Anonymität wird beschrieben. Da die Umfrage an einer Universität stattfand besteht die Angst der Identifikation der Teilnehmenden.

Hunsaker, S., Chen, H.-C., Dale, M., & Heaston, S. (2014). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses.

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Um welche Konzepte / Problem handelt es sich? CS, CF und BO bei NPP</p> <p>Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie? Forschungsziele: 1. Die Prävalenz von CS, CF und BO bei NPP in den Vereinigten Staaten zu ergründen 2. Zu untersuchen, welche demographischen und arbeitsbezogenen Faktoren zur Entwicklung von CS, CF und BO bei NPP beitragen Forschungsfragen (FF): 1. Was ist die Prävalenz von CS, CF und BO bei NPP? 2. Welche demographischen Faktoren, wie Alter oder Geschlecht beeinflussen die Prävalenz von CS, CF und BO bei NPP? 3. Welche arbeitsbezogene Faktoren, wie Ausbildungsstand, Arbeitserfahrung als HCP's, Schichtlänge, Arbeitserfahrung als NPP, Arbeitsstunden pro Woche und angemessene Unterstützung der Stationsleitung beeinflusst</p>	<p>Um welches Design handelt es sich? deskriptive, prädiktive Querschnittstudie</p> <p>Um welche Population handelt es sich? US-amerikanische registrierte PP welche als NPP arbeiten</p> <p>Welches ist die Stichprobe? Einschlusskriterien: Mindestens 8 Stunden pro Woche als NPP tätig Direkter Kontakt zu Notfallpatienten mindestens 8 Stunden pro Woche Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung als NPP</p> <ul style="list-style-type: none"> Begründung: Erfahrungen und regelmässiger Kontakt mit traumatischen Ereignissen <p>Auswahl: E-Mail an rund 1000 ausgewählte NPPs (auf der Mitgliederliste einer beruflichen Organisation (Emergency Nurses Association (ENA)), wessen Beitritt freiwillig ist und email-adresse angegeben). Zwei Erinnerungsnachrichten wurden an alle versendet (nach 2 und nach 6 Wochen). Inhaltliche Informations- und Erklärungsbriefe wurden mitgeschickt. Anonymität und Privatsphäre wurde von den Forschern geschützt. 284 NPP haben geantwortet, Rücklaufquote von 28%</p> <p>Drop-Outs: 6 NPP, weil sie weniger als 8h pro Woche als NPP arbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> 278 NPP, vor allem weiblich, hellhäutig und verheiratet. Durchschnittsalter 44 Jahre, meistens in 12h-Schichten tätig. <p>Welche Art von Daten wurde erhoben? Wie häufig? Quantitative Daten (Demographische Daten und mit 5-Punkte-Likert-Skala), zu einem Zeitpunkt</p> <p>Welche Messinstrumente wurden verwendet?</p> <ul style="list-style-type: none"> Demographischer Fragebogen ProQOL Version 5 (30-Punkte «self-report»), 5-Punkte-Likert-Skala, Unterskalen zu CS, CF und BO mit vorgegeben Levels <p>Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet? Statistical Package for the Social Science (SPSS), Version 21.0</p> <ul style="list-style-type: none"> Durchschnittswerte, Standardabweichungen, Meridiane und Prozentsätze wurden für das Level von CS, CF und BO berechnet (FF1). Zusammenhänge von demographischen Faktoren und Level von CS, CF und BO: Pearson r correlation, t-test (FF2) 	<p>Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> Demographische Faktoren Prävalenz CS, CF, BO (FF1, ProQOL) 56.8% normal CS 65.9% low CF 54.1% normal BO Zusammenhang zw. Demogr. Daten und CS, CF, BO (FF2): ältere NPP haben höhere CS, jüngere NPP haben höherer BO- und CF-Score Zusammenhang zw. Arbeitsbezogenen Faktoren und CS, CF, BO (FF3): höhere CS- und tieferes BO-Level bei höherem Ausbildungsstand, höheres CS- und tieferes BO-Level bei mehr Praxiserfahrung (als PP und als NPP), höheres CS- und tieferes BO-Level bei kürzeren Schichten (8-10h) → keine signifikanten Unterschiede zu CF bei den genannten Ergebnissen Höheres CS- und tieferes CF- und BO-Level bei mehr Unterstützung vom Manager 	<p>Werden die Ergebnisse erklärt und interpretiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> FF1: CF- und BO-Level waren tiefer als in vorangehenden Studien. Es wird vermutet, dass die ENA-Mitglieder mehr in ihre Karriere investieren als andere → BIAS, ebenfalls wird das hohe Durchschnittsalter genannt als Grund für das hohe CS-Level FF2: Ältere und erfahrenen sind resistenter gegen CF und BO, ein Mentoring-Programm wird vorgeschlagen, wird durch zahlreiche Studien bestätigt FF3: Gesunde und glückliche Arbeitsumgebung mit Manager-Unterstützung, gemeinsame Entscheidungsfindung, Anerkennung der erbrachten Leistungen hat eine längere Beibehaltung der Arbeitskräfte und höhere Jobzufriedenheit zur Folge FF4: Es soll allgemein anerkannt werden, dass jüngere NPP einem höheren Risiko für CF und BO ausgesetzt sind. Die Prävalenz für CF und BO wird sehr wahrscheinlich weiter ansteigen, ausser man entwickelt effektive Präventionsstrategien. Die Führungs- / Manager-Positionen sind ausschlaggebend bei der Entwicklung von einer erfolgreichen Arbeitsumgebung <p>Werden Limitationen diskutiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kleine Stichprobe und tiefe Rücklaufquote Nur ENA-Mitglieder (BIAS) Messungen zu einem Zeitpunkt

<p>n die Prävalenz von CS, CF und BO signifikant? 4. In welchem Mass beeinflussen die genannten Faktoren die Prävalenz der Entstehung von CS, CF und BO bei NPP?</p> <p>Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf? NPP sind physisch und emotional stark gefordert in ihrem Beruf und können Stress entwickeln durch komplexe Fälle, lange Schichten, anspruchsvolle Ärzte, eine schnelllebige Arbeitsumgebung usw.</p> <p>Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet? CF und BO sind mögliche Konsequenzen der hohen Arbeitsbelastungen. NPP können dabei ineffizient, depressive, apathisch oder distanziert werden. Dies wiederum kann einen negativen Einfluss auf die Patientenversorgung haben. Um die Situation zu verbessern wäre das Wissen über die Einflussfaktoren wichtig. Bis jetzt gab es nur wenige Studien die das untersucht haben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhänge von arbeitsbezogenen Faktoren und Level von CS, CF und BO: Pearson r correlation (Scheffe posthoc comparisons, Pearson's bivariate correlations), t-test, ANOVA (FF3) • Untersuchung der Veränderung / Variation der Level von CS, CF und BO in Bezug auf die verschiedenen Faktoren / Faktoren, um CS, CF oder BO ankündigen zu können: Multiple Regression, stepwise solution (Table 1) (FF4) • Sample Size Calculation: mindestens 153 Teilnehmende, um Signifikanzlevel erreichen zu können Signifikanzlevel: 0.05 <p>Ethik Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert, keine Ethikkommission wurde einbezogen</p>		<p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Weitere Forschung soll den Fokus auf die Erforschung von Coping-Strategien legen, um die Entwicklung von CF und BO zu verhindern. Zudem soll genauer erforscht werden, warum ältere NPP resistenter sind, um dies als Präventionsmassnahme zu nutzen (z.B. in Form eines Mentoring-Programms)</p>
--	--	--	--

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Ja</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ja</p> <p>Wird das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Sehr ausführlich im Kapitel Literatur Review</p>	<p>Ist das Design passend zu den Forschungsfragen gewählt worden? Ja, um die Prävalenz zu erfassen ist eine Querschnittsstudie passend. Nein, um CS, CF und BO festzustellen wären Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten geeigneter, weil sich die Meinungen durch die Veränderung der arbeitsbezogenen Bedingungen mit der Zeit ändern können.</p> <p>Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Intern: Es werden keine Bias diskutiert oder beachtet in der Studie Die externe Validität ist nur teilweise gegeben, auch durch die eingeschränkte interne Validität. Einerseits eignet sich eine Querschnittsstudie, um die Prävalenz zu erfassen. Andererseits wären für die Untersuchung von CS, CF und BO Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten geeigneter, weil sich die Einschätzungen durch die Veränderung der arbeitsbezogenen Bedingungen mit der Zeit ändern können.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? wird in Limitationen diskutiert: Verallgemeinerbarkeit ist eingeschränkt, aufgrund der kleinen Stichprobe und der Voraussetzung einer Mitgliedschaft bei der ENA Die Stichprobe wurde zudem nicht zufällig ausgewählt und durch die eher tiefe Rücklaufquote ist anzunehmen, dass eine gewisse Selektion stattgefunden hat. Es wird angenommen dass das Thema für viele NPPs nicht relevant ist. Die Stichprobengrösse ist entsprechend der Sample-size-Kalkulation genug gross, um signifikante Zusammenhänge zu ergründen. Drop-Outs sind angegeben und begründet, sie beeinflussen die Ergebnisse nicht.</p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Um die Faktoren zu erfassen sind die gewählten quantitativen Messinstrumente geeignet, sie können in der Analyse mit einander verglichen werden. Das Vorgehen ist bei allen Teilnehmenden gleich und die Daten werden von allen komplett abgegeben.</p> <p>Sind die Messinstrumente reliabel / valide?</p>	<p>Sind die Ergebnisse präzise und verständlich? Ja, die Ergebnisse wurde in Abschnitten zu den jeweiligen Forschungsfragen zugeordnet und es wurde klar benannt, welche Ergebnisse signifikant waren und welche nicht. Um die Datenanalyse der FF 4 darzustellen wurde eine Tabelle benutzt. Die ist verständlich und beinhaltet alle nötigen Informationen.</p>	<p>Werden alle Ergebnisse diskutiert? Ja, die Diskussion ist ebenfalls nach den Forschungsfragen geordnet und bei der Diskussion der Ergebnisse findet immer wieder ein Vergleich mit bereits bestehenden Studien statt. Somit wird klar, inwiefern die Forschungsfragen beantwortet werden konnten. Die Forschenden sind selbstkritisch und suchen bei Abweichungen von bestehenden Forschung Erklärungen zu finden. In den Limitationen werden mögliche Bias diskutiert.</p> <p>Ist die Studie sinnvoll, relevant für die Praxis? Die Methodik der Studie ist transparent und passt exakt auf die Fragestellungen (externe Validität). Durch das Sample-Size-Kalkulation wird sichergestellt, dass signifikante Ergebnisse erzielt werden können. Die Ergebnisse bestätigen die bisherige Forschung, welchen neuen Beitrag die Studie leistet wird nicht explizit genannt. Die Studie unterstreicht ganz klar die Manager-Unterstützung als Schlüsselfaktor.</p>

	<p>ProQOL ist ein bewährtes Messinstrument</p> <p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben, sinnvoll angewendet? Die Datenanalyse wird klar beschrieben. Die demographischen Daten sind nominal- (Geschlecht) und intervallskaliert (Alter), die Daten des ProQOL sind ordinalskaliert. Die Verfahren sind zu den Datenniveaus passend gewählt.</p> <p>Ethik Es werden keine Angaben gemacht, ebenfalls auch nicht zu den Beziehungen der Forschenden zu den Teilnehmenden.</p>		
--	---	--	--

Katsantoni, K., Zartaloudi, A., Papageorgiou, D., Drakopoulou, M., Misouridou, E. (2019). Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Um welches Problem handelt es sich? CF, BO, CS bei geburtshilflichem und gynäkologischem Personal.</p> <p>Was ist die Forschungsfrage?</p> <p>Was ist das Forschungsziel? a. Die Prävalenz von CF/STS und BO bei geburtshilflichem und gynäkologischem Personal aufzuzeigen. b. Zu untersuchen wie das Level von CS bei geburtshilflichem und gynäkologischem Personal. c. Eventuelle Effekte über persönliche und arbeitsbezogene Faktoren auf das Level von CF/STS, BO und CS.</p> <p>Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet? Geburtshilfliches und gynäkologisches Personal sind stressvollen Ereignissen ausgesetzt, dies könnte CF triggern.</p>	<p>Um welches Design handelt es sich? Eine Deskriptive Querschnittsstudie. Das Design wird nicht begründet.</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Geburtshilfliches und gynäkologisches Personal.</p> <p>Welches ist die Stichprobe? 121 registrierte und auszubildende Pflegefachpersonen und Hebammen, die 100% arbeiten in 3 öffentlichen Krankenhäuser in der Region Athens. Diese arbeiten im drei Schichtsystem.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? Es war ein non-propability sampling. Die anonymen Fragebögen wurden an das geburtshilfliche und gynäkologische Personal verteilt. Der Primärforscher sammelte die Fragebögen persönlich ein. Die Auswahl der Teilnehmenden wurde nicht begründet.</p> <p>Welche Art von Daten wurden erhoben? Es wurde eine quantitative Umfrage durchgeführt. Die Fragebögen wurden durch die Forschenden an die Stationsleitung verteilt. Die Stationsleitungen verteilen die Umfragen mit Informationen an das Personal. Die Daten wurden einmalig erhoben zwischen Mai 2017 bis Oktober 2017.</p> <p>Welche Messinstrumente wurden verwendet? ProQOL R - 4 mit 30 Items Selfreport und einer 6 Punkte Skala. Der demographische Fragebogen wurde für diese Studie entworfen.</p> <p>Welches Datenniveau weisen die erhobenen Daten auf? Die erhobenen Daten weisen Ordinal und Nominalniveau auf.</p> <p>Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet?</p>	<p>Welche Ergebnisse werden präsentiert? Demographische Ergebnisse. 96.7% waren Weiblich, 52.9% waren verheiratet. Das Durchschnittsalter betrug 37.5 Jahre. 41 Pflegende und Hebammen haben eine zwei Jährige Ausbildung, 11 einen Master, 64 einen Abschluss in einem technologischen Collage und 5 einen Bachelorabschluss.</p> <p>Die Arbeitsbezogenen Charakteristika. 107 (88%) haben eine gute Zusammenarbeit und 94 (78%) eine gute Beziehung zu den Patienten. 20 (16.5%) haben sich entschieden auf der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung zu arbeiten, 62.8% empfinden die Arbeitsumgebung (Beziehung zu den Arbeitskollegen) als sehr gut bis exzellent. 69 Pflegefachpersonen (57.0%) würden den Beruf wieder wählen, 65.3% wurden es ihren Kindern weiter empfehlen. 89 (73.6%) haben nicht vor, die geburtshilfliche-, gynäkologische Abteilung zu verlassen. 45 (37.2%) haben schon eine Frau mit traumatischen Geburtserfahrungen betreut. 19 haben Frauen nach einer stillen Geburt betreut, 21 haben Frauen mit intensiven Depressionen oder Stress betreut und 5 haben Frauen mit schmerzhaften Entbindungserfahrungen betreut. 31(25.6%) haben kürzlich durch den Tod eine geliebte Person verloren. 100 (82.6%) beschreiben ihre physikalische Gesundheit als sehr gut oder exzellent.</p>	<p>Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Die Forschenden diskutieren als Folgerung das Ergebnis der traumatischen Geburten, über ein Zurückziehen des Personals von den Patienten, um sich selber zu schützen. Dadurch vermutetet man eine tiefe CS. Der Einfluss von traumatischen Geburtserlebnissen wird mit anderen Studien bestätigt.</p> <p>Kann die Forschungsziele aufgrund der Daten beantwortet werden? Die Forschungsziele können erreicht werden.</p> <p>Limitationen werden diskutiert. Die Forschenden kritisieren die örtliche Begrenzung der Erhebung (3 Spitäler derselben Stadt).</p> <p>Welche Implikationen für Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Geburtshilfliches Personal sollte adäquat Vorbereitet werden, um mit den Auswirkungen eines Traumas umgehen zu können. Und so ein Gesundheitssystem unterstützen zu können, in der die Geburt als gesunder Prozess angesehen wird.</p>

	<p>Eine deskriptive Datenanalyse würde zur Identifikation der Charakteristika der Daten angewendet. Mit ANOVA und T-Test wurde die Signifikanz der Durchschnitte berechnet. Zur Berechnung der linearen Relationen zwischen den Variablen wurden Pearson und Spearmen Koeffizienten berechnet. Um die Beziehung zwischen den Persönlichen- und Arbeitsbezogenen Variablen mit den abhängigen Variablen zu testen wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt.</p> <p>Das Signifikanzniveau ist ≤ 5.</p> <p>Welche Ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert? Die Teilnehmenden konnten auf eine Teilnahme verzichten und ihre Teilnahme beenden. Das ethische Komitee von der Universität West Attica prüfte das Protokoll.</p>	<p>ProQOL. Die Durchschnittswerte waren tief für CS, moderat für BO und hoch für CF. Die Mehrheit der Teilnehmenden gaben ein tiefes Potential für CS.</p> <p>Korrelationen zwischen ProQOL und demographische und arbeitsbezogenen Charakteristika. Krankenschwestern und Hebammen mit traumatischen Geburtserfahrungen hatten ein signifikant höheres Level bei CF/STS. BO und CF/STS haben eine statistisch Signifikante Beziehung. BO und CF/STS korrelieren negativ mit CS. BO und CF/STS korrelieren positiv.</p>	
--	---	---	--

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der BA-Fragestellung? Ja.</p> <p>Wird das Thema im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt. Die Wichtigen Begriffe CF/STS, BO und CS werden nicht definiert. Mit empirischer Literatur wird das Thema gut dargestellt.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Ja.</p> <p>Werden die Gefahren der internen und der externen Validität geprüft? Der Confounder der Krise in Griechenland wird genannt.</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für die Datenerhebung angebracht? Nein. Die Stichprobe wurde nicht zufällig ausgewählt. Auch die Forschenden bemängeln, dass die Teilnehmenden von drei spezifischen Orten und sie Faktoren wie Alter, Geschlecht und Anzahl Dienstjahre bei ihrer Stichprobe nicht ausgeglichen haben. Daher ist die Stichprobe nicht repräsentativ für die Zielpopulation. Es wird kein Probability sampling gemacht, die Rücklaufquote und die Drop-Outs werden nicht angegeben.</p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Die Datenerhebung ist nachvollziehbar. Die Datenerhebung ist nicht objektiv, da die Informationen und Fragebögen über die Stationsleitung an die Mitarbeitenden verteilt wurde. Die interne Validität und die Verteilungsbias kann dadurch verzerrt werden.</p> <p>Ist das Messinstrument zuverlässig (reliabel)? Das Messinstrument wurde durch die Cronbach`s alpha als reliabel eingestuft.</p> <p>Ist das Messinstrument valide? Der ProQOL ist ein oft verwendetes Valides Messinstrument.</p> <p>Verzerrungen durch die Krise in Griechenland werden erwähnt.</p> <p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja, es wurde aufgezeigt welche Variablen mit welchen Tests überprüft wurden.</p>	<p>Sind die Ergebnisse präzise? Bei den Ergebnissen zu der ProQOL werden nur die Durchschnittswerte angegeben. Die restlichen Daten werden Detailliert angegeben. Die Präsentierten Ergebnisse werden zusätzlich übersichtlich in einer Tabelle präsentiert.</p> <p>Der Bias von ausserbetrieblichen, schwerwiegenden Ereignissen wurde mit einer Frage einbezogen.</p>	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Das hohe CF Level wird von den Forschenden nicht diskutiert oder Erklärungen gesucht. In der Diskussion wurde kein Bezug auf die Forschungsziele genommen.</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Die Begriffe CF und STS werden in der Studie immer austauschbar verwendet, in der Diskussion wird es auf zwei Ergebnisse aufgeteilt.</p> <p>Ist dies Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Die Forschenden gehen begrenzt auf Limitationen ein. Es wird in den Limitationen auf die Auswahl des Samples eingegangen. Weil die Forschenden keine Rücklaufquote nennen, bleibt offen, ob die Stichprobenziehung erfolgreich war. Es ist fraglich wie gut die Anonymität der Teilnehmenden mit diesem Verfahren gewahrt werden kann.</p>

	<p>Die Spearman Koeffizient passt zum Daten Niveau. Alle anderen verwendeten Datenanalysen setzten Intervallniveau voraus.</p> <p>Sind die Ethisch relevanten Fragen diskutiert worden und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?</p> <p>Mit der Anonymität wurde eine angebrachte Massnahme getroffen.</p>		
--	---	--	--