

Hochschule Fresenius
Fachbereich Wirtschaft & Medien
Studiengang: Wirtschaftspsychologie
Studienort: Köln

**Die Eignung des Konzepts der Selbstkontrolle
als Differenzierungsmerkmal für die
Anwendung verschiedener Copingstrategien
unter dem Aspekt von gesundheits-
schädigendem Verhalten am Arbeitsplatz**

Genehmigte BACHELORARBEIT
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Bachelor of Arts (B.A.)

Teresa Hans
geboren in Gummersbach

1. Prüfer: Prof. Dr. Klaus Stulle
2. Prüfer: Prof. Dr. Svenja Thiel

Abgabedatum: 06.02.2013

Zusammenfassung

Die Erkenntnisse von Untersuchungen, die *Selbstkontrolle* als Konzept am Arbeitsplatz im Rahmen der Gesundheitspsychologie beinhalten, sind in letzter Zeit in den Fokus gerückt. Dennoch ist das Gebiet verhältnismäßig unerschlossen; Beobachtungen aus der täglichen Praxis stehen wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Teil konträr gegenüber. Demnach ist dieses Konzept als eines der Themengebiete zu bezeichnen, denen eine intensive Beschäftigung gebührt. Erste Ansätze hierzu sind bereits in der Literatur zu erkennen.

Ziel dieser Arbeit ist es, das Konzept der *Selbstkontrolle* bei der Anwendung verschiedener *Copingstrategien* hinsichtlich seiner Eignung in Bezug auf *gesundheitsschädigendes Verhalten* am Arbeitsplatz zu überprüfen. Die fachspezifische Literatur wird in diesem Zusammenhang aufgezeigt und diskutiert.

Die Untersuchungsfrage wurde anhand einer Stichprobe von $N = 165$ Personen überprüft, welche einen Onlinefragebogen ausfüllten. Die Arbeit basiert auf der Grundannahme, dass Personen mit hoher *Selbstkontrolle* vermehrt ihrer Gesundheit schaden, als Personen mit niedrigen Selbstkontrollwerten. Dies kann u.a. auch durch die Anwendung von negativen Stressbewältigungsstrategien erklärt werden.

Es stellte sich heraus, dass Personen mit niedriger *Selbstkontrolle* ihrer Gesundheit nicht mehr durch erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum schaden als Personen mit hoher *Selbstkontrolle*. Die Annahme, dass es grundsätzlich einen Unterschied zwischen der Ausprägung der *Selbstkontrolle* und der Anwendung der Stressbewältigungsstrategien gibt, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Demgegenüber wurde festgestellt, dass Unterschiede für Alter oder Geschlecht in der Anwendung verschiedener Stressbewältigungsstile nicht nachweisbar waren. Allerdings fanden sich erste Hinweise, die andeuten, dass Frauen mehr soziale Unterstützung für die Stressbewältigung nutzen als Männer. Grundsätzlich ist ein Rückschluss auf *Selbstkontrolle* als verantwortliche Variable für Stressbewältigungsstrategien zulässig. Dies lässt vermuten, dass *Selbstkontrolle* tatsächlich als Differenzierungsmerkmal dienen kann. Ferner lässt sich im Rahmen dieser Untersuchung feststellen, dass es immerhin grundsätzliche Unterschiede in Bezug auf die Anwendungshäufigkeit von Stressbewältigungsstilen gibt. Somit lassen sich in der untersuchten Stichprobe tendenziell unterschiedliche Verhaltensmuster zur Stressbewältigung nachweisen. Weitere Untersuchungen zur *Selbstkontrolle* scheinen daher für die Arbeitspsychologie lohnenswert und sollten zum verbesserten Verständnis der Problematik beitragen.

Abstract

The insights of examinations that contain *self-control* as a concept in the area of workplace, referring to health psychology, are by now in the spotlight. In any event, they are to be labeled as comparatively untapped. Observations of experience are faced with scientific insights. Therefore, this concept is to be termed as an area that is due to an intensive analysis. First approaches can already be spotted.

The aim of this thesis is to validate the applicability of the *self-control* concept as a feature of differentiation referring to the use of different stress management strategies. First hints can already be found in literature but refute readily identifiable logic or have already been intensively discussed.

The examination question was evaluated within a sample of $N = 165$ people who completed an online survey. The thesis is based on the assumption that people with high *self-control* harm their health more intensively, and consequently also show this at their work in comparison to people with low *self-control*. Among other things, this can be explained by the use of negative stress management strategies.

It was found out that people with low *self-control* harm their health more by increased consumption of alcohol and cigarettes than people with high *self-control*. The assumption that there is a principal difference between the level of *self-control* and the use of the stress management strategies could not be validated in this thesis. However, it could be assessed that there are no differences referring to age or sex concerning the use of stress management strategies, so that a conclusion on *self-control* can be a reasonable cause. That conclusion confirms the expectation that *self-control* could have the potential of being eligible for differentiating between stress management strategies. It was also discovered that there are basic differences referring to the frequency of the use of stress management strategies in general. Thus, people do indeed show tendencies and preferences in reference to the performance of certain behaviors to counteract stress. Further examination of *self-control* for an improved capture of the concept appears worthwhile and should contribute to an improved comprehension of this subject matter.

I Inhaltsverzeichnis

I Inhaltsverzeichnis	4
II Abbildungsverzeichnis	6
III Abkürzungsverzeichnis	7
IV Tabellenverzeichnis	8
1 Einleitung	9
2 Theoretischer Hintergrund	10
2.1 Definition des Konzepts Selbstkontrolle.....	10
2.1.1 Relevanz der differenzierten Auseinandersetzung mit Selbstkontrolle.....	11
2.1.1.1 Selbstkontrolle als positives Konzept	13
2.1.2.2 Selbstkontrolle als negatives Konzept.....	13
2.2 Definition Coping.....	13
2.3 Definition gesundheitsrelevanter Termini	14
2.3.1 Definition Gesundheit	14
2.3.2 Definition Krankheit.....	15
2.3.3 Biopsychosoziales Modell der Gesundheit.....	16
2.3.4 Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	17
2.3.5 Modell der Gesundheitsförderung nach Ehrlich	17
2.3.6 Indikatoren von Gesundheit im arbeitspsychologischen Kontext	18
2.4 Gesundheitsförderliches und -schädigendes Verhalten.....	18
2.4.1 Definition Arbeitsplatz.....	19
2.4.2 Arbeitsbelastungen und Krankheit.....	20
3 Das Konzept Selbstkontrolle im Hinblick auf Coping und gesundheitsförderliches Verhalten	20
3.1 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus und Folkman	22
3.2 Modell der Selbstkontrolle nach Schmidt und Neubach.....	25
3.3 Stress- und Copinginventar nach Satow.....	27
3.4 Modell der Salutogenese nach Antonowsky	28
4 Wissenschaftliches Forschungsprojekt	30
4.1 Forschungsfragen und Hypothesen.....	31
4.2 Untersuchungsdesign	35
4.2.1 Methodologie.....	35
4.2.2 Fragebogen	36
4.2.2.1 Begrüßung und Zielgruppenüberprüfung.....	36
4.2.2.2 Selbstkontrolle	36
4.2.2.3 Coping.....	37
4.2.2.4 Soziodemographische Fragen	38
4.3.1 Verlauf der Befragung.....	38
4.3.2 Stichprobe	41

4.3.2.1 Geschlechterverteilung	41
4.3.2.2 Altersverteilung.....	42
4.3.2.3 Berufliche Tätigkeit	43
5 Ergebnisse	44
5.1 Deskriptive Ergebnisse	44
5.1.1 Selbstkontrolle	44
5.1.2 Copingstile.....	45
5.1.2.1 Positives Denken	45
5.1.2.2 Aktive Stressbewältigung.....	45
5.1.2.3 Soziale Unterstützung	46
5.1.2.4 Halt im Glauben.....	47
5.1.2.5 Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum.....	47
5.2 Beantwortung der Untersuchungsfragen	48
5.2.1 Hypothese 1	49
5.2.2 Hypothesen 2.....	49
5.2.2.1 Hypothese 2a.....	49
5.2.2.2 Hypothese 2b.....	50
5.2.3 Hypothese 3	51
5.2.3.1 Hypothese 3a.....	51
5.2.3.2 Hypothese 3b.....	52
5.2.4 Hypothese 4	53
6 Diskussion	54
6.1 Kritische Reflexion.....	54
6.2 Implikation für Theorie und Praxis	56
7 Fazit und Ausblick	58
V Literaturverzeichnis	60
VI Anhang.....	64
Eidesstattliche Erklärung.....	69

II Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Grundstruktur elaborierter Modelle gesundheitlichen Handelns	19
Abb. 2: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus und Folkman I.	23
Abb. 3: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus und Folkman II	25
Abb. 4: Gesamtsample der Untersuchung	39
Abb. 5: Abbrüche innerhalb des Fragebogens.	41
Abb. 6: Altersverteilung.....	43
Abb. 7: Selbstkontrollausprägung	44
Abb. 8: Positives Denken.....	45
Abb. 9: Aktive Stressbewältigung.....	46
Abb. 10: Soziale Unterstützung.....	46
Abb. 11: Halt im Glauben.....	47
Abb. 12: Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum.....	48

III Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AV	Abhängige Variable
bspw.	beispielsweise
<i>M</i>	Mittelwert
<i>N</i>	Anzahl der Teilnehmer
<i>p</i>	Irrtumswahrscheinlichkeit
s.	siehe
SCI	Stress- und Copinginventar
<i>SD</i>	Standardabweichung
<i>SPSS</i>	Statistical Package of the Social Sciences
Tab.	Tabelle
u.a	unter anderem
UV	Unabhängige Variable
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

V Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Geschlechterverteilung	42
Tab. 2: Beschäftigungsgrad	43
Tab. 3: Mittelwert und Standardabweichungen Copingstrategien.....	48
Tab. 4: Korrelationen zwischen Alter und Anwendung der Copingstile.....	50
Tab. 5: Zusammengefasste Ergebnisse der <i>t</i> -Tests	52
Tab. 6: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen Copingstile	53

1 Einleitung

Fragt man den Laien nach einer Erklärung des Begriffs der *Selbstkontrolle*, so wird man mit großer Wahrscheinlichkeit eine Antwort erhalten, die den Begriff dieses Konzeptes mit wünschenswerten Eigenschaften in Verbindung bringt. Es ist zu erwarten, dass der Wert der *Selbstkontrolle* als sehr hoch eingeschätzt wird. Die Bedeutung der *Selbstkontrolle* wird wahrscheinlich weiter zunehmen, wenn spezifisch nach ihrer Bedeutung im Arbeitskontext gefragt wird. Vor allem auf Unternehmerseite wird sie oft als Eigenschaft angegeben, die ein (potenzieller) Mitarbeiter mitbringen sollte. Wer selbstkontrolliert ist, wirkt professionell und unterliegt der Annahme, effizient und effektiv zu arbeiten und seine Aufgaben zu erfüllen. Vor allem im Rahmen zunehmender Arbeitsverdichtung, Leistungsdruck, Konkurrenzdenken und Belastungsanstieg in Zusammenhang mit der Arbeitswelt scheint plausibel, den Fokus auf erhöhte *Selbstkontrolle* als Merkmal für erfolgreiches Arbeiten zu legen. Allerdings gibt es in der Forschung erste Ansätze, die darauf hinweisen, dass die Fähigkeit zu hoher *Selbstkontrolle* nicht automatisch positive Effekte haben muss. Wer Aufgaben mit hohem Selbstkontrollbedarf effektiv bearbeitet, ist bei nachfolgender Aufgabenlösung oft weniger erfolgreich. Ferner gibt es erste Hinweise auf eine erhöhte Gefährdung der Gesundheit bei hoher Performanz von selbstkontrolliertem Verhalten am Arbeitsplatz. Wer sich mit Themen der Erschöpfung am Arbeitsplatz beschäftigt, muss ebenfalls das Thema Stress mit berücksichtigen, da dieser oft schon vor Beginn der eigentlichen Arbeit auftritt und das Arbeitsende überdauert. Unter diesem Aspekt rückt der Umgang mit Stress, auch *Coping* genannt, in den Fokus. Die Vermutung liegt somit nahe, dass der Umgang mit Stressoren und aufkommendem Stress einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben könnte.

Im ersten, theoretischen Teil dieser Arbeit findet eine Erläuterung der wichtigsten Begriffe und Modelle in diesem Zusammenhang statt. Ferner werden die Untersuchungsinstrumente erläutert, die dann im zweiten, empirischen Teil zum Einsatz kommen. Inhalt hier sind Forschungsfragen, Hypothesen, Methodik sowie Verlauf der Befragung. Der dritte und letzte Teil beinhaltet die Präsentation der Untersuchungsergebnisse sowie die kritische Reflexion hierzu, inklusive einer Ableitung bezüglich Implikationen für Theorie und Praxis. Die Arbeit endet mit einem Fazit, welches den Stand der Forschung zusammenfasst und Vertiefungsmöglichkeiten aufzeigt.

Die Verwendung der maskulinen Form wird aufgrund der einfacheren Lesbarkeit des Textes präferiert. Selbstverständlich sind damit beide Geschlechter in gleichem Maße gemeint.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Frage, in wie weit das Konzept der *Selbstkontrolle* geeignet ist, zwischen verschiedenen *Copingstrategien* im Hinblick auf *gesundheitsschädigendes Verhalten* unterscheiden zu können. Zum optimalen Verständnis der nun folgenden Kapitel ist es daher unumgänglich, die Begriffe, die Thema dieser Arbeit sind, zu definieren und gegebenenfalls weiter zu erklären. Demnach werden die Begriffe *Selbstkontrolle*, *Copingstrategien*, *gesundheitsschädigendes Verhalten* sowie die dazugehörigen Kategorien, die hiermit verknüpft sind, erklärt.

2.1 Definition des Konzepts Selbstkontrolle

Selbstkontrolle - als ein willentlicher Prozess – gehört zu den sogenannten exekutiven Prozessen. Darunter versteht man diejenigen Prozesse, die es Personen ermöglichen, ihr (Arbeits-)Verhalten zielorientiert zu steuern und in flexibler Weise an wechselnde Aufgabenanforderungen anzupassen. Sie sind beispielsweise dann erforderlich, wenn sich eine Handlung nicht durch Rückgriff auf früher gelernte Verhaltensroutinen bewältigen lässt, wenn willentliche Entscheidungen getroffen werden oder wenn habituelle Verhaltenstendenzen zugunsten von zielführendem Verhalten unterdrückt werden müssen. Deutliche Hinweise darauf, dass der Einsatz von Selbstkontrolle – im Sinne eines exekutiven Kontrollprozesses – mit Kosten einhergeht, finden sich in der Grundlagenforschung. Diese Regulationskosten werden in verschiedenen Modellen der Kognitions- und Motivationspsychologie berücksichtigt (Neubach, 2004, S. 2).

Prochaska und Schuler liefern hierzu eine weitere Definition, die sich stärker auf die praktische Relevanz des Begriffes bezieht:

Selbstkontrolle bezieht sich auf die Art der Organisation und Durchführung von Aufgaben. Personen mit hohen Werten sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich im Allgemeinen langfristig gut organisieren, sie schieben die Erledigung ihrer Pflichten nicht auf. Es fällt ihnen leicht, sich auf ihre Aufgaben zu konzentrieren. Sie sind in der Lage, sich zu disziplinierter und konzentrierter Arbeit zu zwingen, sie nehmen auch Entbehrenungen in Kauf, um langfristige Ziele zu erreichen (...) (Schuler & Prochaska, 2001, S. 22).

Neben den bereits gut untersuchten physiologischen Folgen von Stressoren auf den menschlichen Körper und der sich daraus ergebenden Erkenntnis, dass in diesem Rahmen Zusammenhänge mit u.a. kardiovaskulären Schäden und Infektionserkrankungen bestehen, hat der Bereich der Zusammenhangsforschung von Performanz und Gesundheit eine intensive Beschäftigung erfahren. Faltermaier nennt Risikofaktoren wie Tabakkonsum und mangelnde körperliche Bewegung als wesentliche Merkmale für nicht-gesundheitsdienliches Verhalten und stellt im Folgenden die Frage, wieso und unter welcher Prämisse die genannten kontraproduktiven Verhaltensweisen

auftreten. Bei Beschäftigung mit dieser Thematik gelangt man nicht umhin, sich mit weiteren Fragen, deren Inhalte sich auf Art und Weise des Zusammenwirkens von Gesundheitszuständen und psychischen Erlebensmustern beziehen, zu beschäftigen. Da *Selbstkontrolle* ein Konzept im Rahmen der Persönlichkeitspsychologie ist und nach Faltermaiers Auffassung als zu untersuchendes Konstrukt in diesem Zusammenhang völlig geeignet, erscheint eine Betrachtung dessen im Rahmen dieser Arbeit sinnvoll. Eine tiefe Beschäftigung mit der Untersuchungsthematik *Selbstkontrolle* ist insofern bedeutsam, als dass in der Literatur Hinweise gefunden werden können, die auf einen Zusammenhang mit *gesundheitsschädigendem Verhalten* deuten (Faltermaier, 2005).

2.1.1 Relevanz der differenzierten Auseinandersetzung mit Selbstkontrolle

Diese Arbeit tangiert viele Themen hinsichtlich Gesundheit auf der psychischen Ebene; thematisch ist sie in weiten Teilen tief verwurzelt in der Gesundheitspsychologie. Deren Basis wiederum ist die Annahme, dass eine feste Verknüpfung zwischen Körper und Psyche besteht und sich diese wechselseitig bedingen (Faltermeier, 2005).

Inhalte wie die Entwicklung des Krankenstandes unter Arbeitnehmern und Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung drängen sich hier auf. Obwohl dem Thema in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wurde und der Fokus sich auf Themen der Gesundheit im Unternehmen ausgeweitet hat, finden wir dennoch eine steigende Anzahl an Krankheiten wie Burnout und Depression sowie Gebrechen, die in Zusammenhang stehen mit Erkrankungen der Wirbelsäule und kardiovaskulären Risikofaktoren. Wichtig ist anzumerken, dass trotz der oft geforderten intensiven Beschäftigung mit der Verbesserung dieser Zustände von Unternehmerseite, der Trend dennoch nicht aufzuhalten scheint. Lebensarbeitszeit und Arbeitsalter der Beschäftigten haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Den Fokus auf die Gewährleistung der Gesundheit für die Arbeitnehmer oder auch deren Prävention und Rehabilitation zu legen, sollte somit von großer Dringlichkeit sein. Haben bereits viele Arbeitgeber und Unternehmen dieses Vorhaben angestreut und sind Ansätze zu erkennen, muss man dennoch sagen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung ausbaufähig ist. Zusätzlich lässt sich in der Auffassung des Begriffes oft eine große Varianz an Inhalten finden, wenn überhaupt eine eindeutige Definition vorgenommen werden kann; auch der Missbrauch dieses Schlagwortes aus Werbezwecken ist nicht selten. Eine intensive Beschäftigung mit der Praxis der *Selbstkontrolle* im Hinblick auf die Gesundheit der

Arbeitnehmer ist demnach als sinnvoll zu bezeichnen – vom individuellen und vom wirtschaftlichen Standpunkt aus betrachtet.

Nach einem Bericht der Bundesverwaltung aus dem Jahre 2006 weist der durchschnittliche Arbeitnehmer 15,37 Fehltage während eines Arbeitsjahres auf. Dies entspricht einer Absentismusrate von 6,12%. Die sich daraus ergebende kumulierte Summe aller Arbeitnehmer der Bundesverwaltung in Deutschland pro Jahr beträgt demnach 4,6 Millionen Tage, an denen nicht gearbeitet wird. Jeden Tag fallen demnach 18.000 Arbeitnehmer in diesem Bereich krankheitsbedingt aus und verursachen damit hohe Kosten. Auch deswegen ist ein angemessener Umgang mit dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung wichtig; Fehltage können verringert und Kosten gesenkt werden. Eine stetige Zustandsanalyse ist unumgänglich. Voglrieder nennt Kernelemente, nach denen sich eine systematische betriebliche Gesundheitsförderung ausrichten hat. Demzufolge müssen die Krankenstanddaten regelmäßig erhoben und überprüft werden. Auch eine Ableitung der sich daraus ergebenden Interventionen ist dem zuzuordnen. Ferner muss ein Konzept vorliegen, in dem Vereinbarungen niedergeschrieben sind, wie diese Art der Förderung vonstatten zu gehen hat sowie ein Programm, das Steuerung und Umsetzung dessen vornehmen kann. Elementarer Bestandteil für ein erfolgreiches Agieren in diesem Bereich ist, dass die betriebliche Gesundheitsförderung in der Organisations- und Personalentwicklung fest integriert ist sowie die Möglichkeit der Beschäftigten, an regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen hierzu teilnehmen zu können (Voglrieder, 2008). Selbstverständlich ist die Beschäftigung mit solchen Themen für Unternehmen wichtig, um den Versuch anzustreben, daraus resultierende volkswirtschaftliche und betriebliche Kosten zu minimieren. Glücklicherweise geht die Sichtweise mittlerweile auch über dieses Ziel hinaus. Gesundheit als ein Gut zu betrachten, das erhalten sowie gepflegt werden muss und somit als wichtiges Potenzial für Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezeichnet werden kann – Ansätze dieser Erkenntnisse sind immerhin zu finden.

Wenngleich der Begriff der *Selbstkontrolle* bereits hinreichend definiert worden ist, müssen ebenfalls ihre unterschiedlichen Auffassungen und Bewertungen behandelt werden, da die Beschäftigung mit diesem Thema als relativ neu zu bezeichnen ist (Neubach, 2004). Dies ist nötig, um dem Kerngedanken dieser Arbeit gerecht zu werden.

2.1.1.1 Selbstkontrolle als positives Konzept

Die Verwendung des Begriffs der *Selbstkontrolle* ist im Volksmund, genau wie ihre Konnotation, tendenziell positiv. *Selbstkontrolle* wird als eine förderliche Eigenschaft angesehen, im Gegensatz zu spontanem und sprunghaften Verhalten. Wer sich selber kontrolliert, scheint die Situation kontrollieren zu können und demnach kein Spielball der eigenen Triebe zu werden. Als Gegenpol zur *Selbstkontrolle* wird Impulsivität dargestellt (Nüsser, 2009). In Verbindung mit der Impulsivität stehen demnach einige pathologische Auffälligkeiten. Diese Begriffe wiederum sind unter anderem oft verknüpft mit Substanzmissbrauch und –abhängigkeit (Kirby & Petry, 2004) sowie aggressivem Verhalten (Van den Bergh, Spronk, Ferreira, Bloemarts, Groenink, Oliver & Oosting, 2006). Die Literatur hält viele Belege bereit, die diese Perspektive stützen. Es wird demnach daraus geschlossen, dass hohe *Selbstkontrolle* als Gegenpol zur Impulsivität dem Risiko für die oben genannten Pathologien entgegenwirken kann.

2.1.2.2 Selbstkontrolle als negatives Konzept

Wenngleich *Selbstkontrolle* als Eigenschaft im Kontext der Arbeitswelt geschätzt wird, da sie mit Attributen wie Fleiß und Disziplin in Verbindung gebracht wird, gibt es dennoch auch eine gegensätzliche Position zur ihrer oftmals positiven Bewertung.

Es ist belegt, dass *Selbstkontrolle* eine Ressource ist, die nach Beanspruchung meist erschöpft, mindestens aber minimiert ist. Konkreter heißt das, dass wenn *Selbstkontrolle* gefordert ist um eine Aufgabe adäquat zu lösen, diese bei einer nächsten, anderen Aufgabe spürbar nachlässt. In diesem Sinne können also durchaus negative Konsequenzen entstehen, wenn *Selbstkontrolle* sehr stark und über längere Zeit bei verschiedenen Aufgaben gefordert wird. Diese Konsequenzen stimmen nicht überein mit den häufig positiv angenommenen Erwartungen von *Selbstkontrolle* im Hinblick auf erfolgreiches Absolvieren diverser Aufgaben (Muraven, Tice & Baumeister, 1998).

2.2 Definition Coping

„Bewältigung“ (engl. *coping*) bezeichnet ganz allgemein alle Anstrengungen einer Person, mit externen und internen Anforderungen, die die eigenen Fähigkeiten beanspruchen oder übersteigen, umzugehen (Lazarus & Launier, 1981, zitiert nach Kaluza & Renneberg, 2009, S. 267). Grob sind in diesem Kontext zwei unterschiedliche Stile des *Coping* zu nennen. Im Hinblick auf die Bewältigung der Anforderungen kann zum einen *emotional* vorgegangen werden; aufkommende Gefühle können zum anderen angenommen und ausgelebt werden. Anders aus-

gedrückt gibt der Mensch spontanen Impulsen und Trieben nach; er agiert demnach lustaffin. Diesen Stil der Problembewältigung bezeichnet man als *emotionales Coping*.

Als eine weitere Möglichkeit zur Problembewältigung ist der Versuch der Kontrollgewinnung zu nennen. Hier liegt der Fokus auf dem tatsächlichen Ziel, das Problem in seiner ihm gebührenden Tiefe zu erkennen und nachhaltige Lösungen hierfür zu entwickeln. Diese Möglichkeit wird als *problemorientiertes Coping* bezeichnet. Demnach handelt der Mensch nicht nur einer kurzfristigen und spontanen Belastungsverringerung entsprechend, sondern mit der Intention einer wahrhaftigen und nachhaltigen Problembeseitigung (Lazarus & Launier, 1978, zitiert nach Muthny & Bengel, 2009).

2.3 Definition gesundheitsrelevanter Termini

Für ein gemeinsames Verständnis des Terminus *gesundheitsschädigendes Verhalten* (am Arbeitsplatz) ist Voraussetzung, die Begriffe hinreichend zu definieren. Wenngleich bereits festgestellt werden konnte, dass der Gesundheits- und der Krankheitsbegriff als relativ zu betrachten sind und stark variieren können (Ehrlich, 2006), muss man dennoch zwischen dem Expertenbegriff und der Laiendefinition von Gesundheit unterscheiden (Faltermaier, 2005). Im Folgenden wird sich lediglich auf die Expertenversion der Termini konzentriert.

2.3.1 Definition Gesundheit

Grundsätzlich besteht aus Expertensicht die Meinung, Gesundheit und Krankheit nicht als voneinander getrennte, einzelne Begriffe zu verstehen. Eine rein dichotome Betrachtungsweise entspricht in keinsten Weise der Komplexität und vielfältigen Interpretationsmöglichkeiten der Thematiken.

Faltermaier nimmt vorweg, dass es immernoch große Schwierigkeiten und Streuungen beim Versuch gibt, den Gesundheitsbegriff zu definieren, auch wenn man sich vom sogenannten Laienbegriff der Krankheit mittlerweile wegbewegt, da sich die Qualität der Definitionen in den letzten Jahren verbessert hat. Hinweise darauf, dass noch Optimierungspotenzial im Rahmen der Gesundheitsbegriffsdefinition gefunden werden kann, findet man bspw., wenn aus rein medizinischer Sicht keine Krankheit nach gewissen diagnostischen Standards gefunden werden kann. Damm spricht man auch im wissenschaftlichen Bereich schnell von vorhandener Gesundheit, obwohl diese Klassifizierung als grob zu bezeichnen ist (Faltermaier, 2005). Die WHO bietet folgenden Versuch einer Definition, der als einer der meist benutzten gilt:

Gesundheit ist der Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten und Gebrechen. (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.) (WHO, 1946, o.S.).

Leicht lässt sich die Verwendung der Begriffe von Gesundheit und Krankheit als Laienbegriffe angreifen: Exemplarisch kann ein Mensch sich bspw. gesund fühlen, allerdings unter einer schweren Krankheit leiden. Gleichzeitig kann er zu einem Zeitpunkt an einer Erkrankung wie einer Infektion leiden (und zu einem späteren Zeitpunkt diese überwunden haben).

Ebenfalls vorzufinden ist die Tatsache, dass Menschen aufgrund von Komorbiditäten oder einer erhöhten Vulnerabilität für Sekundärerkrankungen, bedingt durch die bereits eingetretene Schwächung des Gesundheitszustandes durch eine Primärerkrankung, oft weitere Krankheiten entwickeln. Um dies weiter zu verdeutlichen, bietet sich folgendes Beispiel an: Bei einer Routineoperation eines Bruches wird rein zufällig bei dem Patienten eine unheilbare Krebserkrankung festgestellt - ab welchem Zeitpunkt ist dieser dann als krank zu bezeichnen? Kann man sagen, dass er erst seit der Entdeckung krank ist oder war er dies schon vorher, was jedoch offensichtlich unbemerkt blieb? Diese Sachverhalte sind immer noch nicht geklärt und beschäftigen Personen, die sich mit Gesundheit und all ihren Facetten befassen, seit geraumer Zeit.

Wichtig ist im Folgenden, sich bewusst zu machen, dass der Großteil der definierten Termini in dieser Arbeit solche sind, bei denen genau diese Probleme regelmäßig auftreten. Demnach gibt es ein großes Angebot an Möglichkeiten im Bezug auf den Umgang und das Verständnis dieser Thematik (Meller, 2008). Die ausgesuchten Definitionen sind demnach zwar gängig und anerkannt, allerdings ebenfalls oft nur eine von mehreren Möglichkeiten, ein gemeinsames Verständnis zu ermöglichen. Diese Einflüsse auf den Gesundheits- und Krankheitszustand sowie der erste Einblick in ein solch mannigfaltiges Wirkungsgeflecht geben einen Eindruck, wie komplex die Thematik in der Realität tatsächlich ist.

2.3.2 Definition Krankheit

Die Antithese zur Gesundheit ist demnach die Krankheit.

Krankheit ist (...) im weiten Sinn Fehlen von Gesundheit, im engeren Sinn Vorhandensein von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen bzw. Störungen (Pschyrembel, Dornblüth & Zink, 1990, S. 900).

Ehrlich nimmt beim Begriff der Krankheit im Gegensatz dazu eine klare Kategorisierung vor. Menschen können feststellbar und offensichtlich krank sein. Diese Kategorie wird von Ehrlich als der „*normale*“ *Kranke* bezeichnet. Des Weiteren ist

es möglich, dass ein Mensch krank ist, dies aber nicht ausstrahlt und vor allem auch selber nicht weiß, aber bei diagnostischer Untersuchung klar als Symptomträger identifiziert werden würde. Die dritte Kategorie nach Ehrlich ist der Mensch, der klare Beschwerden hat, es allerdings nach diagnostischer Untersuchung kein medizinischer Befund hierfür festgestellt werden kann (Ehrlich, 2006).

2.3.3 Biopsychosoziales Modell der Gesundheit

Im Rahmen der Gesundheitspsychologie ist das *biopsychosoziale Modell der Gesundheit* bei intensiverer Beschäftigung als wesentlicher Bestandteil zu nennen. Es beinhaltet drei Komponenten, die in einer dynamischen Zusammenwirkung den Gesundheitszustand beeinflussen und bestimmen. Da die Definition des Begriffs der Gesundheit immer noch, wie bereits in den vorherigen Kapiteln erläutert, sehr facettenreich ist, sich jedoch entfernt hat vom ursprünglichen Nichtvorhandensein von Krankheit, ist der Trend zu erkennen, Gesundheit als ein Konstrukt aus mehreren Teilen zu betrachten. Im Sinne des in diesem Kapitel genannten Modells besteht Gesundheit aus einer *biologischen*, einer *psychologischen* und einer *sozialen* Komponente. Als Prämisse muss hierfür eine *biologisch* Krankheit bzw. Gesundheit in der Tat vorhanden oder auch festgestellt und somit diagnostizierbar sein. Die weiteren Komponenten des Modells sind, wie der Name sagt, *psychologischer* und *sozialer* Natur. Das Modell verbindet den körperlichen Zustand mit der seelischen Verfassung und der Umwelt, die das Individuum umgibt. Der geistige Zustand darf demnach ebenfalls nicht als gestört zu bezeichnen sein. Neben einem rein körperlich anstandslosen Zustand herrscht die Annahme vor, dass es sich hier klar um ein wechselseitiges Bedingungsverhältnis handelt. Selbst ein gesunder Körper in Verbindung mit einem gesunden Geist wird letztlich durch seine Einbettung in die soziale Umwelt beeinflusst. Auf Dauer wird eine kranke *soziale* Umwelt, exemplarisch ausgeführt bspw. ein unkollegiales Klima am Arbeitsplatz oder stressreiche Arbeitsaufgaben, einen negativen Einfluss auf die *körperliche* und die *psychologische* Achse dieses Modells haben. Gesundheit wird demnach als Erleben betrachtet, das sich auf mehreren Ebenen abspielt und einer dynamischen Interaktion aus der beschriebenen Triade unterliegt (Gerrig & Zimbardo, 2008).

Das *biopsychosoziale Modell der Gesundheit* lässt zumindest in Ansätzen die Bestandteile des Modells nach Schwarzer erkennen, was im Folgenden dargestellt wird. Im Gegensatz zum *sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns* ist es allerdings schneller zu durchdringen und zu vermitteln.

2.3.4 Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Ein weiteres etabliertes und oft verwendetes Modell im Rahmen der Gesundheitspsychologie ist das *sozial-kognitive Prozessmodell der Gesundheit* von Schwarzer. Es beinhaltet den Versuch, eine Zusammenfassung der verschiedenen Modelle von Gesundheit und Krankheit vorzunehmen. Demnach kann man es als eine Art Metamodell bezeichnen. Wie bereits festgestellt, gibt es immer noch große Diskrepanzen zwischen den Definitionen der für diese Arbeit relevanten Termini wie bspw. Gesundheit oder Krankheit. Des Weiteren sind ebenfalls viele Modelle zur Beobachtung, Erklärung und Voraussagung von Verhalten und seinem Zustandekommen zwar vorhanden, teilweise allerdings divergent. Die Einbindung des in diesem Kapitel beschriebenen *sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns* ist demnach nützlich für den Versuch, gesundheitliches Handeln aus einer erweiterten Perspektive zu betrachten, um sich einem reflektierten Umgang mit dem Thema zu nähern. Der Fokus in Bezug auf das *sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns* liegt auf der Ermittlung der Qualität von anderen untergeordneten Modellen, die sich mit der Gesundheit beschäftigen. Die Anforderungen nach Schwarzer, um die Tauglichkeit eines Modells zu prüfen, werden im Folgenden erläutert.

Jedes Modell muss demnach alle wichtigen Variablen des ihm zugrunde liegenden Themas enthalten. Für den speziellen Kontext dieser Arbeit bedeutet dies, dass sich die enthaltenen Variablen zum Konstrukt *gesundheitsförderliches Handeln bzw. nicht-gesundheitsförderliches Handeln* zusammenfassen lassen. Gleichzeitig sollte nach Schwarzer ebenfalls darauf geachtet werden, dass eine sinnvolle Reduktion auf die wirklich relevanten Variablen auch erfolgt. Dies wird als *theoretische Sparsamkeit* bezeichnet. Sinn und Zusammenhang der relevanten Variablen sollten klar erforscht sein. Bei einer differenzierten Auseinandersetzung mit dem Thema gesundheitliches Handeln sollte dieses Modell ebenfalls beachtet werden.

2.3.5 Modell der Gesundheitsförderung nach Ehrlich

Nachdem das Metamodell nach Schwarzer als Basis zur Ermittlung der Qualität von Modellen der Gesundheitspsychologie gilt, kann nun das Modell der Gesundheitsförderung nach Ehrlich in diesem Zusammenhang geprüft werden. Zentrale Bestandteile dieses Modells sind *Intentionsbildung* und deren *Umsetzung* in tatsächliches Handeln (Ehrlich, 2006). In der engeren Betrachtung der Inhalte des Modells nach Schwarzer und der Phasen, die Ehrlich in seinem Modell nennt, werden im Sinne Schwarzers differenzierende Variablen aufgezeigt. Diese sind der *Schweregrad* und die *Verwundbarkeit* im Bezug auf die *antizipier-*

ten Konsequenzen des Verhaltens, die *erwartete Bedrohung* sowie das erwartete Ergebnis und die Erwartung an ausreichende Kompetenz zur Erfüllung der Aufgabe. Dieses Schema gilt als Ablauf für gesundheitliches Handeln (Ehrlich, 2006).

Elaborierte Modelle gesundheitlichen Handelns sollen (...) daher folgende Struktur haben: motivationale Phase Intention Volition Handlung Handlungsergebnisbewertung [sic] (Ehrlich, 2006, S. 176).

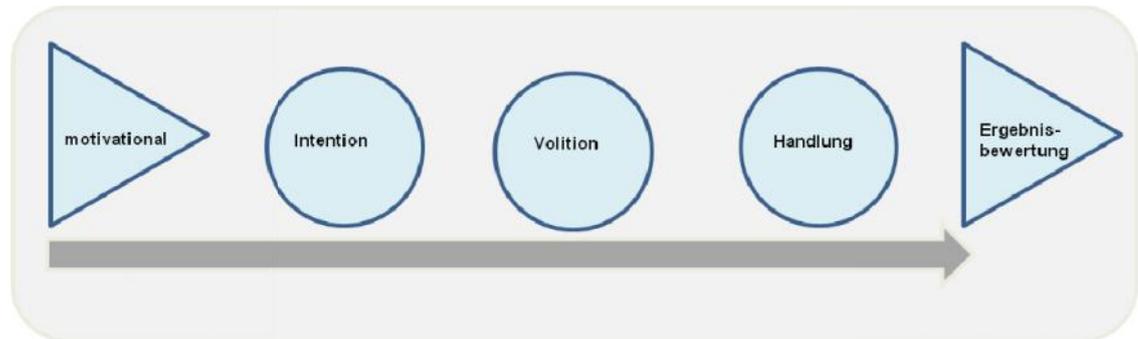


Abb. 1: Grundstruktur elaborierter Modelle gesundheitlichen Handelns (vereinfachte eigene Darstellung in Anlehnung an Ehrlich, 2006, S.176).

2.3.6 Indikatoren von Gesundheit im arbeitspsychologischen Kontext

Da diese Arbeit sich mit *gesundheitsschädigendem Verhalten* am Arbeitsplatz beschäftigt, müssen weitere dazugehörige Begriffe vorerst definiert werden. Psychische Beeinträchtigungen werden in Bezug auf Arbeitsmerkmale wesentlich besser aufgeklärt als Faktoren, die als Belastung empfunden werden und nicht im Zusammenhang mit dem Betrieb oder der Arbeit an sich stehen. Hierzu ist exemplarisch die Dauer bis zum Erreichen des Arbeitsplatzes oder die familiäre Situation zu nennen. Als Prädiktoren für die psychische Belastung im Kontext dieser Arbeit sind diese weitaus besser geeignet (Karasek & Theorell, 1990). Um konkreten Bezug auf Indikatoren für Gesundheit am Arbeitsplatz zu nehmen, zählt Schmidt unter anderem „Arbeitswelt (Unfallrisiken, Lärmbelästigung, toxische Substanzen, Schichtdienst)“, „Alkohol“, „Rauchen“, „Drogenkonsum“, „Medikamente (Schlaf- und Beruhigungsmittel, Schmerzmittel) und andere Substanzen“, „Bewegungsmangel“ und „starker Stress“ auf (Schmidt, 1997, S. 618). Die Konkretisierung der Umstände und die Einordnung in gesundheitsförderliche und –schädliche Verhaltensweisen werden im Folgenden erläutert.

2.4 Gesundheitsförderliches und -schädigendes Verhalten

Gesundheitspsychologische Themen betreffen jeden. Für alle Menschen sind der gesundheitliche Zustand und die Aufrechterhaltung eines gewissen Gesundheitspotenzials von immenser Relevanz. Eine wichtige Differenzierung muss allerdings vorweggenommen werden, bevor der Fokus konkreter auf die Termini

gesundheitsförderlicher und gesundheitsschädigender Verhaltensweisen im Detail gelegt wird. Zwischen der oft erfragten subjektiven Wichtigkeit eines intakten Gesundheitszustandes für ein Individuum und dem tatsächlichen „gesunden“ Leben herrscht oft ein gewaltiges Missverhältnis (Faltermaier, 2005). „(...) es besteht auch eine große Diskrepanz zwischen dem abstrakten Wert Gesundheit und seiner Handlungsrelevanz“ (Faltermaier, 2005, S. 9).

Es wird deutlich, dass Ehrlich vorerst eine Einordnung der Termini „gesundheitsförderliches und gesundheitsschädigendes Verhalten“ vornimmt. Demnach sind die Begriffe dem Oberthema „gesundheitsrelevante Verhaltensweisen“ zuzuordnen. Bei den in diesem Kapitel behandelten Termini handelt es sich um eine Residualkategorie. Sie bezeichnet zum einen Verhalten sowie zum anderen auch Handeln (Ehrlich, 2005).

Die Kategorie des gesundheitsschädigenden und gesundheitsförderlichen Verhaltens (...) ist damit die allgemeinste, für diesen Typ sind keine speziellen Modelle gesundheits- oder belastungsbezogener Verhaltensweisen notwendig, sondern eine allgemeine Handlungstheorie (Ehrlich, 2005, S. 285).

Die Begriffe gesundheitsförderliches Verhalten und Gesundheitsverhalten werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Innerhalb der Verwendung der Begriffe gibt es sehr starke Überschneidungen. Gleichzeitig gibt es auch keine wirklich trennscharfen Definitionen. Dieses Phänomen ist bereits durch die Schwierigkeit der adäquaten Definition des Terminus Gesundheit klar geworden. Gesundheitsförderliches Verhalten oder auch das Gesundheitsverhalten haben als Konsequenz, dass sie die Auftretenswahrscheinlichkeit verringern, dass eine Person erkrankt. Anders ausgedrückt bewirkt es, dass ein Zustand der Gesundheit erhalten bleibt (Faltermaier, 2005).

Der Begriff des *gesundheitsschädigenden Verhaltens* beinhaltet den des Risikoverhaltens. Verhalten hat demnach Potenzial, der Gesundheit zu schaden, wenn es risikoreich ist. Hingegen ist gesundheitsförderliches Verhalten nicht mehr lediglich die Umgehung von Risikoverhalten. Vielmehr ist Gesundheitsverhalten mittlerweile geprägt von körperlichem Wohlbefinden, einem positiven Lebenskonzept sowie der individuellen Weiterentwicklung (Ehrlich, 2005). Demnach wird durch risikoreiches Verhalten die Wahrscheinlichkeit für das Individuum erhöht, zu erkranken (Faltermaier, 2005).

2.4.1 Definition Arbeitsplatz

Vorwegzunehmen ist, dass die Literatur im Bereich der Arbeitswissenschaften eine große Anzahl Definitionen zum Thema Arbeitsplatz bietet. Allerdings sind die Inhalte meist ähnlich und bieten große Überschneidungen. Da Arbeit und

Arbeitsplatz an sich die vielfältigsten Formen annehmen kann, bedeutet dies auch für eine Definition, dass ein großes Ausmaß an Variabilität gegeben sein muss, um den Begriff zum einen hinreichend zu erfassen, zum anderen soll durch eine volatile Definition kein ungewollter Ausschluss an Tätigkeiten vorgenommen werden, die sich auch unter diesem Begriff zusammenfassen ließen (Luczak & Schlick, 2007). So lässt sich ableiten, dass dies die Kriterien der bereits erläuterten Anforderungen an die Arbeitsplatzdefinition erfüllt. Demnach ist zum einen Arbeit abgedeckt, die sich als standardmäßig bezeichnen lässt, zum anderen lässt sich auf Basis dessen auch argumentieren, dass Studenten und Schüler ebenfalls unter diese Definition fallen. Auf Basis der Definition sind sie Teil der in den folgenden Kapiteln beschriebenen Stichprobe der Untersuchung. Unter dem Arbeitsplatz versteht man u.a. Folgendes:

(...) Der Arbeitsplatz [wird] im Folgenden definiert als der räumliche Bereich im Arbeitssystem, in dem die Arbeitsaufgabe erfüllt wird (...). In der Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV § 2 Abs. 2) ist eine zusätzliche zeitliche Eingrenzung des Arbeitsplatzbegriffes zu finden, nach der sich „Beschäftigte (...) regelmäßig über einen längeren Zeitraum oder im Verlauf der täglichen Arbeitszeit nicht nur kurzfristig [am Arbeitsplatz] aufhalten müssen (Luczak et al., 2007, S. 175).

2.4.2 Arbeitsbelastungen und Krankheit

Arbeitsbelastung ist als einer der Hauptstressoren überhaupt anzusehen. Vor allem der chronische Charakter potenzieller Belastungen, die bei der Arbeit vermehrt auftreten (können), ist verantwortlich für die Ätiologie vieler Krankheiten. Der Mensch verbringt einen Großteil seines Lebens mit seiner Arbeit und wird dort oft in seinem freien Entscheidungsverhalten reglementiert. Das Verlassen des Arbeitsplatzes in unangenehmen Situationen oder eine ungefilterte Meinungsäußerung sind in den meisten Fällen nicht möglich. Diese potenziellen Merkmale, welche zu Stress führen können und demnach lang- oder kurzfristig oftmals auch in einer Gesundheitsgefährdung enden, sind losgelöst zu betrachten von den eigentlich objektiven Inhalten der Arbeit, die erwartete Leistung zu erfüllen. Hierbei ist selbsterklärend, dass schon dies allein großes Stresspotenzial mit sich bringt (Faltermaier, 2005).

3 Das Konzept Selbstkontrolle im Hinblick auf Coping und gesundheitsförderliches Verhalten

Belege dafür, dass *Selbstkontrolle* mit starker Beanspruchung am Arbeitsplatz oft einhergeht, sind bereits bekannt. Ein hohes Maß an *Selbstkontrolle* und persönli-

cher Organisation bei der Arbeit ist mittlerweile in fortschrittlichen Unternehmen selbstverständlich geworden. Der Trennungsgrad von Arbeit und Leben nimmt auch bei Angestellten ab. Zusammenarbeit wird in virtuelle Räume verlegt und der Grad des selbstständigen Arbeitens steigt. Das Credo „Schneller, höher, weiter“ herrscht in vielen Unternehmen vor. Allerdings ist dazu zu sagen, dass aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs und des zunehmenden Fachkräftemangels dieses Arbeitsklima oft nicht primär gewünscht, aber dennoch nötig ist. Ebenfalls ist hinzuzufügen, dass der Arbeitsmarkt nie flexibler und offener war und die sich daraus ergebende Situation für den Arbeitnehmer auch Chancen birgt. Bekannt ist allerdings auch die andere Seite der Medaille. Wenngleich die Standards in unserer modernen Welt sich stetig verbessern und wir die Erkenntnis über neues Wissen stark vorantreiben, gibt es gleichzeitig eine Zunahme an Krankheiten, die in Verbindung mit dem Arbeitsplatz stehen und sich mittlerweile als festes Phänomen unserer Zivilisation präsentieren. Auf der einen Seite hat das Individuum noch nie so viele Entwicklungsmöglichkeiten wie in der heutigen Zeit gehabt, zum anderen ist es nicht zu verneinen, dass dieses große Spektrum an Möglichkeiten mit einer erhöhten Belastung und einer Zunahme des Stress einhergehen kann. Demnach werden Eigenschaften wie *Selbstkontrolle* und *Selbstorganisation* in der Arbeitswelt vorausgesetzt. Da eine stetige Verlagerung der Wirtschaft in Richtung tertiärer Sektor stattfindet, berichten Befragte regelmäßig davon, eigentlich aufkommende Gefühle und Reaktionen unterdrücken zu müssen (Neubach, 2004).

Nach einer Untersuchung von Schmidt, Neubach & Heuer stellte sich bspw. heraus, dass positive Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der *Selbstkontrolle* und der Ausprägung der Arbeitsbelastung gefunden werden konnten; hierzu zählt exemplarisch das Burnout. Diese Zusammenhänge waren signifikant und wurden im Dienstleistungsbereich ermittelt (Schmidt, Neubach & Heuer, 2007). Ferner gibt es weitere Hinweise dafür, dass gesundheitsbezogene Orientierungen, soziale Ressourcen und gesundheitsrelevantes Verhalten in direktem Zusammenhang stehen. Dies wird *Strukturmodell gesundheitsrelevanter Lebensstile* genannt (Abel, 1997). In Bezug auf die hier bereits angeschnittenen Thematiken lässt sich feststellen, dass diese Begriffe mit *Selbstkontrolle*, *gesundheitsschädigendem Verhalten* (am Arbeitsplatz) und sozialen Ressourcen einhergehen und teilweise große Schnittmengen aufweisen. Zusätzlich aufschlussreich für diese Untersuchung ist die Feststellung von Abel, dass während der Entwicklung und empirischen Überprüfung des sogenannten *Strukturmodells gesundheitlicher Lebensstile* im Bezug auf bspw. Sport als Teil eines übergreifenden Gesundheitsverhaltens keine feststellbare Einheitlichkeit innerhalb der Stichprobe gefun-

den werden konnte; vielmehr lässt sich nach der von ihm vorgenommenen wissenschaftlichen Untersuchung lediglich von Gruppierungen sprechen, bei denen Sport beispielweise fest im Verhaltensrepertoire eingebunden ist. Innerhalb dieser Gruppierungen clustern sich demnach verschiedene Arten des Verhaltens; exemplarisch im Rahmen der Untersuchung nach Abel kann hier das Geschlecht als verantwortliche Variable für unterschiedliches Verhalten genannt werden (Abel, 1997).

Nach Betrachtung dieser genannten Beobachtungen und Feststellungen ist offensichtlich zu erkennen, dass innerhalb verschiedener Gruppierungen zum einen verschiedene Strategien zur Bewältigung von Stress angewendet werden, zum anderen aber auch, dass die möglichen Strategien nicht in gleichem Maße auf gleiche Art und Weise innerhalb dieser Cluster auftreten (Mansel & Hurrelmann, 1994). Die Frage stellt sich demnach, welche Variablen für diese Unterschiede verantwortlich sein könnten oder zumindest einen Beitrag dazu leisten könnten. Im Hinblick auf die in diesem Kapitel bereits beschriebenen Charakteristika des Konstrukts *Selbstkontrolle* und dessen Erkenntnisse, die sich bereits durch die Forschung ergeben haben, scheint die nun folgende Beschäftigung mit der *Selbstkontrolle* als mögliches Differenzierungsmerkmal durchaus Sinn zu machen (Wydler, 2011). Möglicherweise kann somit festgestellt werden, ob *Selbstkontrolle* als Parameter einen Beitrag zur Unterscheidung von Bewältigungsstrategien leisten kann und es als Differenzierungsmerkmal für verschiedene *Copingstile* dienen kann.

3.1 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus und Folkman

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln erläutert wurde, haben Belastung und Stress das Potenzial, sich negativ auf die Gesundheit auszuwirken.

Die Anwendung von Bewältigungsstrategien, die im Fokus dieser Arbeit liegen, ist immer in Bezug zu setzen zu erlebtem Stress. *Coping* setzt als Konsequenz hier an. Die Bewältigung von Anforderungen ist nur erforderlich, wenn das Individuum Stress empfindet. Aufgrund dessen muss sich auch mit der Definition und dem Stressmodell beschäftigt werden, auf denen das wissenschaftliche Forschungsprojekt im Rahmen dieser Arbeit aufgebaut ist. Zentraler Bestandteil ist das bereits genannte *Transaktionale Stressmodell* von Lazarus und Folkman, das als eines der am häufigsten verwendeten Modelle im Rahmen der Stressforschung anzusehen ist. Es wird im Folgenden erläutert, nachdem eine gemeinsame Basis der Begriffe Belastung, Stress und Stressor vorgenommen wird.

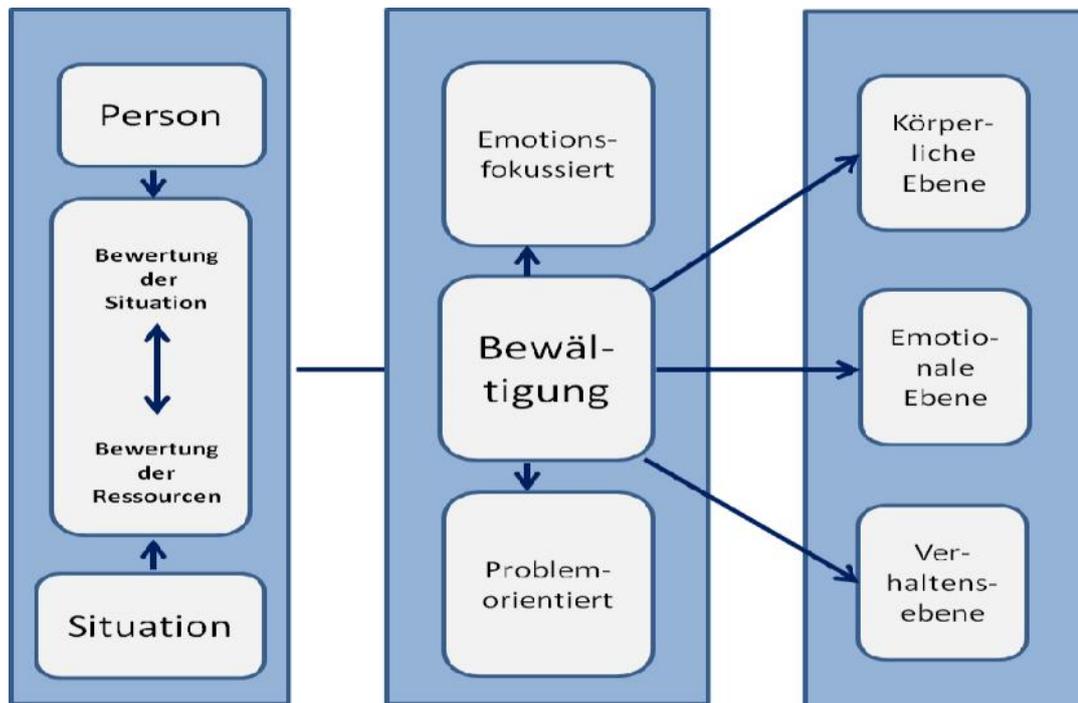


Abb. 2: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus und Folkman I (vereinfachte eigene Darstellung in Anlehnung an Renneberg Erken & Kaluza, 2009, S.140).

In der Alltagssprache wird der Begriff Stress zum einen als Ursache für Überforderung und Belastung gesehen, zum anderen soll es auch die Folgen auf psychischer und physischer Ebene erklären. Im Gegensatz zur ungenauen und inflationären Verwendung des Wortes Stress im Volksmund ist aus einer wesentlich differenzierteren Perspektive heraus zu sagen, dass die Ursache für ein Unwohlsein aufgrund eines Gefühls der Überforderung als Stressor zu bezeichnen ist und als Folge dessen die eigentliche Stressreaktion beschreibt (Renneberg et al., 2009).

Ebenfalls zu beachten ist, dass es von Individuum zu Individuum unterschiedlich ist, ob Stress wahrgenommen wird. In Übereinstimmung mit dem im Folgenden ausführlich erklärten Modell von Lazarus und Folkman sind Variablen, die die Entscheidung, die persönliche Wahrnehmung und deren Verarbeitungsart sowie –tiefe beeinflussen, die zur Verfügung stehenden *Copingstile* sowie wiederum die Beurteilung der Situationsbewältigung (Nater & Ehlert, 2006). Antonovsky, dessen Modell der Salutogenese im Folgenden im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls tiefer behandelt wird, definiert Stressoren folgendermaßen:

„(...) eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky, 1979, S. 72).

Aufbauend auf dieser Kurzdefinition lassen sich in der Betrachtung des *Transaktionalen Stressmodells* nach Lazarus und Folkman Parallelen erkennen. Dieses

Modell bezieht sich primär auf psychologischen Stress. Hierbei wird angenommen, dass möglicher Stress auf einer *Transaktion* oder auch *Interaktion* zwischen dem Individuum und der Umwelt beruht und Stress demnach keine statische Größe darstellt. Wesentliche Parameter, die für dieses Prozessmodell essentiell sind, sind zum einen *cognitive appraisal*, auch als die kognitive Bewertung zu bezeichnen) sowie *coping*, zu übersetzen mit Stressbewältigung (Krohne, 1997). Im Sinne des sogenannten *primary appraisal* wird das Individuum zuerst mit einem vorerst neutralen Reiz, der das Potenzial hat, sich zu einem Stressor zu entwickeln, konfrontiert. Die Konsequenz, die sich daraus ergibt, ist logischerweise eine primäre Bewertung, die durch es vorgenommen wird. Bewertet werden zum einen die Situation und zum anderen ebenfalls die persönlichen Ressourcen. Dies ist als *secondary appraisal* zu bezeichnen. Hier wird die Frage beantwortet, ob nach eigener Einschätzung genügend Ressourcen bereit liegen, um die Situation zu bewältigen. Demnach sind drei Variablen festzustellen, die hier eine Rolle spielen; die Situation, ihre Bewertung sowie die Person an sich, die involviert ist. Wenn das Individuum im nächsten Schritt entscheidet, dass die Situation nicht bedrohlich ist, findet auch keine *Transformation* zu einem Stressor statt – Stress kann nach dem *Transaktionalen Stressmodell* nicht entstehen (Renneberg et al., 2009).

Eine weitere Möglichkeit im Rahmen des Stressmodells und potenzieller Stressentwicklung ist, dass das Individuum zwar die auf es einwirkende Situation als bedrohlich empfindet und als mögliches Stressereignis klassifiziert, es aber annimmt, dass die Ressourcen, die zur Bewältigung der Situation hier nötig sind, gegeben sind. Auch hier wird es dem Modell zufolge nicht zu einer Entstehung von Stress kommen.

Falls die Person allerdings ihre vorhandenen Ressourcen zu einer möglichen Problembewältigung als nicht ausreichend oder gar nicht vorhanden einschätzt, führt dies in der Tat zu einem Stressempfinden. Stress ist im Sinne des Modells nach Lazarus und Folkman ist als ein unangenehmer, belastender Zustand anzusehen, den das Individuum vermeiden möchte. Im nächsten Schritt folgt aufgrund dessen eine Bewältigung des Problems. Übereinstimmend mit den zwei Hauptachsen des *Copings*, also der *emotionale* oder der *problemorientierte* Stil, kann die Bewältigung nach Lazarus auf drei Ebenen stattfinden: auf der *körperlichen*, auf der *emotionalen* oder auf der *Verhaltensebene*. Die *Copingstile* sind demnach eine Konsequenz zur Bewältigung von Stress: Da Stress als ein subjektiv unangenehmer Zustand bezeichnet werden kann, den es zu beseitigen gilt, können nun verschiedene Verhaltensweisen folgen, um eine Verbesserung des Gefühls zu erreichen (Renneberg et al., 2009).

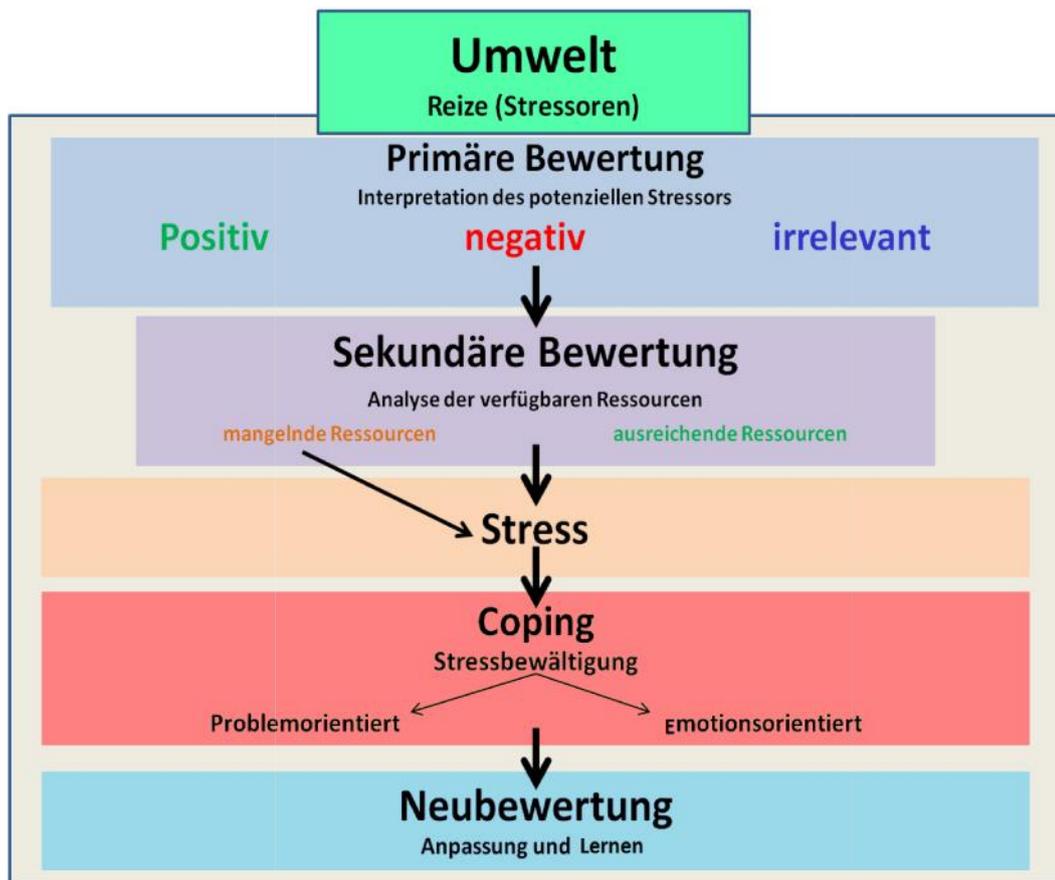


Abb. 3: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus und Folkman II (vereinfachte eigene Darstellung in Anlehnung an Kramis-Aebischer, 1996, S.41).

3.2 Modell der Selbstkontrolle nach Schmidt und Neubach

Wie bereits in Kapitel 2.1 ausführlicher erläutert und definiert, bezeichnet *Selbstkontrolle* die Anforderungen an eine Person, entgegen ihrer natürlichen primären Verhaltenstendenz zu (re-)agieren. Als Konsequenz dessen haben sich in der Forschung der letzten Jahre Belege dafür herauskristallisiert, dass Strategien zur *Selbstkontrolle* mit Kosten verbunden sind. Solche Kosten haben Manifestierungspotenzial auf den Ebenen des Erlebens, des Verhaltens sowie der menschlichen Physiologie. Nachfolgende Leistungen können demnach abnehmen, wenn Anforderungen an die *Selbstkontrolle* in vorherigen Aufgaben hoch waren (Schmidt & Neubach, 2010).

Selbstverständlich gibt es mehrere Modelle, die sich mit der Thematik der *Selbstkontrolle* beschäftigen. Im Folgenden wird allerdings nur das Modell der *Selbstkontrolle* nach Schmidt und Neubach vorgestellt; der Grund ist, dass das später folgende Untersuchungsinstrument hierauf basiert.

(...) Ergebnisse (...) belegen, dass das von der Arbeitsrolle geforderte Zeigen von bestimmten Emotionen insbesondere dann Zusammenhänge mit psychischen Beanspruchungsindikatoren aufweist, wenn eine Diskrepanz zwischen geforderten und tatsächlich erlebten Emotionen besteht. Das erfolgreiche Bewältigen dieser „emotionalen

Dissonanz“ dürfte Prozesse der Emotionskontrolle bzw. der Emotionsunterdrückung voraussetzen, die – ganz in Übereinstimmung mit den laborexperimentellen Befunden und theoretischen Vorstellungen der sozial- und kognitionspsychologischen Grundlagenforschung – psychische Kosten in Form von erhöhten Beanspruchungen verursachen (Schmidt et al., 2010, S. 134).

Demnach lässt sich dies auf Basis des Instruments der Selbstkontrollmessung weiter argumentativ untermauern, auch wenn *Selbstkontrolle* ebenfalls Kosten verursacht, die sich lang-, mittel- oder kurzfristig u.a. auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen auswirken.

Das *Modell der Selbstkontrolle* nach Schmidt und Neubach und der sich daraus ergebende Fragebogen als Erhebungsinstrument bestehen demnach in der aktuellen Version aus drei Subskalen, die sich zum Oberkonstrukt zusammensetzen: *Impulskontrolle*, *Ablenkungen widerstehen* sowie *Überwinden innerer Widerstände*. Diese werden im Folgenden kurz erklärt. Schmidt und Neubach entwickelten ihr Modell im Sinne eines iterativen Prozesses. Die Skalen wurden ergänzt und ausgedehnt. Diese Entwicklung fand in der Reihenfolge statt, in der die nachfolgenden Erklärungen der Modellinhalte aufgeschlüsselt werden.

Impulskontrolle beschreibt demnach (...) „die Kontrolle spontaner, impulsiver Reaktionstendenzen und der hiermit assoziierten Emotionen (...), die sich z.B. in Zuständen der Gereiztheit, der Ungeduld oder in affektgeleiteten sprachlichen Äußerungen manifestieren. Im Fokus (...) steht die durch die Arbeitsrolle geforderte Unterdrückung dieser impulsiven Reaktionstendenzen, mit der ein beherrschter und souveräner Verhaltenseindruck vermittelt werden soll“ (Schmidt et al., 2010, S. 134).

Bei Betrachtung der Thematik der *Impulskontrolle* dürfen die Fähigkeit zur Selbstüberwachung, das *Self-Monitoring* sowie Motivation und Erwartungshaltung in Bezug auf die spezielle Situation ebenfalls nicht völlig außer Acht gelassen werden (Beck & Freeman, 1999).

Als zweite Skala verwendeten Schmidt und Neubach *Ablenkungen widerstehen*, welche sich folgendermaßen beschreiben lässt:

Ablenkungen widerstehen (...) „bezieht sich (...) auf die situative Notwendigkeit, Ablenkungen durch aufgaberelevante Reize nicht nachzugeben bzw. zu ignorieren, die im Falle ihrer Beachtung mit der erfolgreichen Aufgabenbearbeitung interferieren. Diese Ablenkungen können in Arbeitskontexten z.B. durch das soziale Umfeld oder technische Kommunikationsmedien vermittelt werden“ (Schmidt et al., 2010, S. 135).

Zu dieser Kurzdefinition nach Schmidt und Neubach ist ferner hinzuzufügen, dass seit längerem bereits ein Diskurs herrscht, der sich mit der Frage beschäftigt, ob diese Fähigkeit, die in der Literatur auch oft unter *Stress- und Ablenkungen widerstehen*, zusammengefasst ist, im Rahmen der Intelligenzforschung zu

betrachten ist. Dies wiederum ist im Kontext von emotionaler Stabilität und Selbstvertrauen zu betrachten (Gage & Berliner, 1996).

Zuletzt lässt sich eine dritte Skala nach Schmidt und Neubach festhalten, die sich mit dem *Überwinden innerer Widerstände* beschäftigt. Sie definiert sich folgendermaßen:

„Orientiert an den Anforderungsbedingungen (...) spiegelt die zweite ergänzte Skala Überwinden innerer Widerstände das Ausmaß wider, in dem das Bearbeiten von Aufgaben es erfordert, Abneigungen oder innere Hemmungen zu überwinden, die aus mangelnder Motivation, geringer Attraktivität der Aufgaben sowie inneren Blockaden resultieren. Selbstkontrolle ist erforderlich, um diese antriebsregulatorischen Defizite zu kompensieren. Die drei Skalen erheben nicht den Anspruch, alle möglichen Formen von Selbstkontrollanforderungen bei der Arbeit abzubilden. Mit den Skalen sollen vielmehr einige praktisch relevante sowie im Grundlagenbereich theoretisch und empirisch fundierte Anforderungsfacetten einer Analyse in Arbeitskontexten zugänglich gemacht werden“ (Schmidt et al, S. 135).

Zusammenfassend muss in Bezug auf die drei konzeptionierten Skalen gesagt werden, dass es sich um relativ komplexe Konstrukte handelt, die zum Teil noch wissenschaftlich diskutiert werden und deren Zusammenhang oder Trennung mit bzw. von anderen Konstrukten noch nicht eindeutig geklärt sind. Wenngleich durch die Autoren bereits eine stetige Verbesserung der Skalen stattgefunden hat, handelt es sich in diesem Rahmen dennoch um ein recht neues Thema, dessen Mannigfaltigkeit nicht unterschätzt werden darf.

3.3 Stress- und Copinginventar nach Satow

Bei dem im Weiteren erläuterten Modell muss berücksichtigt werden, dass für diese Arbeit lediglich eine Teilskala von Satow verwendet wurde, nämlich die der *Copingstrategien*. Diese ist entnommen aus dem von Satow entwickelten *Stress- und Copinginventar (SCI)*. Aufgrund dessen bietet sich an, zuerst Inhalt und Ziel des gesamten Inventars zu erklären. Demnach ist die Copingskala als Teil des Instruments lediglich eine von mehreren Skalen. Das Inventar bezieht sich auf eine Skala zur Messung der aktuellen Stressbelastung und dem Umgang mit diesen Konsequenzen, auch als *Coping* zu bezeichnen. Ferner bestehen diese Hauptskalen aus jeweils mehreren Unterskalen, die sich auf die unterschiedlichen Ausprägungsformen der jeweiligen Stress-, Belastungs- und Copingskala beziehen. Als Besonderheit im Vergleich zu anderen Inventaren, die sich mit der Messung von Stress, Belastung und *Coping* befassen, unterscheidet sich das *SCI* darin, dass es die subjektive Bewertung möglicher Belastungen mit einbezieht (Satow, 2012).

Im Rahmen von Stress ist nicht zwingend anzunehmen, dass er immer in einer

Verminderung der Lebensqualität von Menschen endet. Von ausschlaggebender Bedeutung ist, auf welche Art und Weise damit umgegangen wird. Satow unterscheidet zwischen zwei Hauptstrategien des Umgangs mit Stress: adaptiv und maladaptiv, synonym als funktional und dysfunktional zu bezeichnen. Insgesamt beinhaltet sein Instrument fünf verschiedene *Copingstrategien*; vier sind hiernach als adaptiv zu bezeichnen, eine Strategie als maladaptiv.

Positives Denken, Aktive Stressbewältigung, Soziale Unterstützung sowie Halt im Glauben sind als adaptive *Copingstrategien* zu bezeichnen, *Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* als maladaptiv (Satow, 2012a, S. 13). In dieser Reihenfolge beantworten die Skalen folgende Fragen: „In wie weit wird Stress durch positives Denken reduziert und bewältigt?“, „In wie weit wird Stress durch aktive vorbeugende Beseitigung von Stressursachen reduziert und bewältigt?“, „In wie weit gelingt es einem Teilnehmer, Stress mit Unterstützung durch andere zu reduzieren und zu bewältigen?“, „In wie weit findet ein Testteilnehmer bei Stress und Problemen Halt im Glauben?“ sowie auf der maladaptiven Ebene „In wie weit greift ein Testteilnehmer bei Stress und Problemen vermehrt zu Alkohol und Zigaretten?“ (Satow, 2012b, S. 2).

3.4 Modell der Salutogenese nach Antonowsky

Die Fokussierung im Rahmen von Gesundheitspsychologie auf die Sichtweise von Krankheit und Gesundheit wird von Antonowsky in seinem Modell der Salutogenese indirekt aufgegriffen und kritisiert. Im Rahmen dieses Modells wird eine Verlagerung der Gewichtung proklamiert: die Frage nach Krankheitsentstehung als Nullpunkt für darauf folgende Maßnahmen zur Rekonvaleszenz des festgelegten Soll- oder auch Normalzustandes. Die Gewichtung soll demnach auf die Frage verlagert werden, wieso ein Mensch primär gesund bleibt bzw. wo der Beginn der Krankheitsentwicklung liegt. Allerdings erstreckt sich die Thematik der Salutogenese bis hin zur Frage, wie der Gesundheitszustand eines Menschen permanent verbessert werden kann und wie Neuerkrankungen verhindert werden können.

Zentraler Bestandteil für die Erklärung dafür, warum ein Mensch – sogar trotz erheblicher Belastung und eigentlich gesundheitsschädigenden Erlebnissen – gesund bleibt, ist das *Kohärenzgefühl (sense of coherence)*. Hierbei handelt es sich ebenfalls um eine Persönlichkeitseigenschaft. Personen, die demnach trotz einer Konfrontation mit Faktoren, die eigentlich mit einer Vulnerabilitätserhöhung und damit auch mit einer Wahrscheinlichkeitserhöhung für pathogene Verläufe verbunden sind, gesund bleiben, unterscheiden sich von anderen im Hinblick auf die Ausprägung ihres *Kohärenzgefühls*. In direktem Zusammenhang mit dem von

Antonovsky entwickelten Modell ist ebenfalls die Stärkung von Ressourcen für einen gesundheitsförderlichen Zustand zu nennen. (Antonovsky, 1997). Das *Kohärenzgefühl* bezieht sich demnach auf die Grundhaltung des Individuums in Bezug auf die es umgebende Welt. Aufgrund dessen kann erklärt werden, wieso Menschen, die Ähnliches erlebt haben und sich in vergleichbaren Situationen befinden, sich dennoch in ihrem Gesundheitszustand unterscheiden; nach Antonovsky drückt sich dies im *Kohärenzgefühl*, das gleichgesetzt werden kann mit einem Gefühl von Stimmigkeit und Zusammenhang, aus. Je stärker es ist, desto stärker muss demnach auch die Gesundheitsstabilität des Individuums ausgeprägt sein. Die Ursache für diese Resistenz bezüglich Vulnerabilitätsfaktoren liegt in der individuellen Stressresistenz, wobei das *Kohärenzgefühl* als Wahrnehmung dessen bezeichnet werden kann. Einflussgrößen in Bezug auf die Ausprägung des *Kohärenzgefühls* hier sind neben individuellen Variablen kognitive und affektiv-motivationale Faktoren. Eine Beschäftigung mit diesen Variablen als Interventionsgrößen für die Ausprägung des *Kohärenzgefühls* kann unter anderem Antworten auf folgende Fragen geben: In wie weit durchdringt eine Person kognitiv die auf sie einwirkenden Variablen der Umwelt? In wie weit ist sie intellektuell fähig, diese zum Vorteil ihres Gesundheitszustandes zu steuern und in wie weit ist sie ebenfalls motiviert, dies zu tun? Empfindet sie ein Gefühl von möglicher Kontrollausübung? Diese Variablen haben massives Einflusspotenzial auf die Stärke des *Kohärenzgefühls* und demnach auf den Gesundheitszustand eines Individuums. Das Konstrukt definiert er folgendermaßen:

(...) a global orientation that expresses the extent to which one has a persuasive, enduring though dynamic, feeling a confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected (Antonovsky, 1979, S. 10).

Es wird von drei Komponenten im Rahmen des *Salutogenesemodells* gesprochen, die sich zum *Kohärenzgefühl* zusammensetzen: *Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)*, *Gefühl von Handhabbarkeit oder auch Bewältigbarkeit (sense of manageability)* sowie dem *Gefühl von Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)*.

Das *Gefühl von Verstehbarkeit* bezieht sich auf ein Verarbeitungsmuster, das als kognitiv bezeichnet wird. Wenn das Individuum mit Reizen konfrontiert wird, empfindet es diese nicht als willkürlich, unkontrollierbar, bedrohlich und unangenehm, sondern es ist in der Lage, die gegebenen Informationen oder Stimuli sinnvoll und differenziert zu verarbeiten. Das *Gefühl von Handhabbarkeit oder auch Bewältigbarkeit* bezieht sich auf die Annahme, dass aufkommende Probleme als lösbar angesehen werden. Gleichgesetzt werden kann dieses Gefühl mit dem

durch Antonovsky entwickelten Begriff des *instrumentellen Vertrauens*. Dieses Gefühl steht primär nicht in direkter Verbindung mit tatsächlich vorhandenen Kompetenzen zur Problembewältigung, sondern mit der Annahme, dass Dinge aufgrund eines höheren Ziels geschehen. Dieses Gefühl wird auch als *kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster* bezeichnet. Die letzte Dimension, das *Gefühl von Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit*, bezieht sich auf das Ausmaß, in dem ein Mensch sein Leben als affektiv befriedigend empfindet. Dies entspricht inhaltlich einer positiven Einstellung gegenüber Energien, die es zu mobilisieren gilt, um sich mit Herausforderungen und Problemen, die das Leben bietet, zu beschäftigen. Der Versuch der Bewältigung ist es demnach wert, in Angriff genommen zu werden. Antonovsky lässt klar erkennen, dass er diese Dimension als das Wichtigste für die Entwicklung eines Kohärenzgefühls hält (Antonovsky, 1997). Der *sense of coherence* hat demnach das Potenzial, den Einsatz verschiedener *Copingstile* flexibel zu steuern. Demnach ist das *Kohärenzgefühl* auf der Metaebene in Bezug auf Anwendung der *Copingstile* nie ganz außer Acht zu lassen. Für Antonovsky steht im Vordergrund, die Gesundheit zu erhalten bzw. ihren guten Zustand wiederherzustellen. Hierauf einwirkende Kräfte sind Stressoren und der sich potenziell daraus ergebende Stress. Die Wiederherstellung der Gesundheit im Rahmen des *Salutogenesemodells* wird u.a. durch die Anwendung verschiedener *Copingstrategien* angestrebt, die den Fokus auf individuelle Stresskompensation legen, um einer möglichen Schädigung von psychischer und physischer Gesundheitsgefährdung entgegenzuwirken. Wenn die erfolgreiche Bewältigung ausbleibt, findet demnach auch keine Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes statt (Antonovsky, 1993).

4 Wissenschaftliches Forschungsprojekt

Da das Thema dieser Arbeit die Untersuchung des Konzepts der *Selbstkontrolle* als Differenzierungsmerkmal für die Anwendung verschiedener *Copingstrategien* unter dem Aspekt von gesundheitsschädigendem Verhalten am Arbeitsplatz ist, werden im Folgenden die hierauf basierenden Forschungsfragen und sich daraus ableitenden Hypothesen hergeleitet und erklärt. Darauf folgt ferner eine Vorstellung des Untersuchungsdesigns in Bezug auf den wissenschaftlichen Fragebogen, der als Instrument im Rahmen dieser empirischen Arbeit eingesetzt wurde. Vor allem der Methodologie und den verschiedenen Bereichen der Befragung, womit die einzelnen Skalen in dem verwendeten Fragebogen gemeint sind, wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet; auch diese werden im Folgenden explizit erläutert. Das Kapitel widmet sich ebenso einer Beschreibung der rekrutierten

Stichprobe und schließt letztlich mit der Behandlung des Ablaufs der Befragung ab.

4.1 Forschungsfragen und Hypothesen

Basierend auf den bereits erläuterten theoretischen Grundlagen zu den Themen *Selbstkontrolle*, *Coping*, *Gesundheit* und die hierfür relevanten Modelle können im Rahmen dieser empirischen Arbeit nun Untersuchungsfragen und Hypothesen abgeleitet werden:

Untersuchungsfrage 1: *„Konsumieren Personen mit hohen Selbstkontrollwerten mehr Alkohol und Zigaretten?“*

Von Interesse ist die Überprüfung des Standpunktes, der proklamiert, dass ein hoher Grad an *Selbstkontrolle* letztlich zu *gesundheitsschädigendem Verhalten* führt. Dies bedeutet für die Untersuchung, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen dem Grad der *Selbstkontrolle* und dem *Copingstil Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* geben müsste, wenngleich sich dies wenig plausibel anhört, da hohe *Selbstkontrolle* und der Konsum von Rauschmitteln als alltagspsychologisch diametral bewertet werden. Da sich diese Arbeit allerdings mit dem Konstrukt der Gesundheit und der Frage auseinandersetzt, ob es Hinweise auf *gesundheitsschädigendes Verhalten* am Arbeitsplatz in Zusammenhang mit hoher *Selbstkontrolle* gibt und die nach Satow im Rahmen des *SCI* als maladaptive *Copingstrategie* bezeichnete Skala *Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* sich genau hiermit beschäftigt, ergibt sich die unten ausgeführte Hypothese:

Hypothese 1: *„Je stärker die Selbstkontrolle, desto höher ist der Alkohol- und Zigarettenkonsum.“*

Ebenfalls von Interesse ist die Überprüfung der sich ergebenden Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden und der Anwendung der *Copingstile* gibt. Demnach ergibt sich folgende Untersuchungsfrage:

Untersuchungsfrage 2a: *„Hängen das Alter der Probanden und deren Anwendung der Copingstile zusammen?“*

Da es im Rahmen dieser Arbeit um die Untersuchung des Konzepts der *Selbstkontrolle* als Differenzierungsmerkmal für die Anwendung verschiedener Stressbewältigungsstile geht, dürfte es demnach keinen Zusammenhang oder eine Abhängigkeit zwischen dem Alter und den Bewältigungsstrategien geben, da so die Stärke des Merkmals der *Selbstkontrolle* als Trennungsinstrument geschmälert werden würde. Hieraus lässt sich folgende, nächste Hypothese ableiten:

Hypothese 2a: *„Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Alter und Anwendung der Copingstile“.*

Ähnlich der Fragestellung 2a sollte ebenfalls überprüft werden, ob es einen Unterschied zwischen dem Geschlecht der Teilnehmer und der Anwendung ihrer *Copingstile* festzustellen ist. Hier stellt sich folgende Untersuchungsfrage:

Untersuchungsfrage 2b: *„Gibt es einen Unterschied zwischen der Anwendung der Copingstile und dem Geschlecht?“*

Auch im Rahmen dieser Überprüfung der Hypothese dürfte kein Unterschied zwischen den Geschlechtern und der Anwendung der *Copingstile* festgestellt werden, da sonst die Differenzierungskraft des Merkmals der *Selbstkontrolle* vermindert wäre. Hieraus lässt sich folgende Hypothese ableiten:

Hypothese 2b: *„Männer unterscheiden sich im Gegensatz zu Frauen nicht signifikant in der Anwendung ihrer Copingstile.“*

Wenn diese Fragen geklärt sind und mögliche Zusammenhänge von anderen Variablen mit Anwendung von Stressbewältigungsstrategien und *Selbstkontrolle* ausgeschlossen werden können, kann sich dem Kern der Frage gewidmet werden, ob die *Selbstkontrolle* als Differenzierungsmerkmal für die Anwendung verschiedener *Copingstile* geeignet sein kann. Auf Basis dessen leitet sich folgende Frage ab:

Untersuchungsfrage 3a: *„Beeinflusst das Ausmaß der Selbstkontrolle die Anwendung verschiedener Copingstile?“*

Es wird angenommen, dass das Konstrukt der *Selbstkontrolle* grundsätzlich als Differenzierungsmerkmal zur Anwendung verschiedener *Copingstile* geeignet ist. Wenn nun eine Einteilung zwischen Personen mit hoher und Personen mit niedriger Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals *Selbstkontrolle* vorgenommen wird, so kann demnach, entsprechend bereits auffindbaren Ansätzen in der Literatur, angenommen werden, dass sich ihr Ausprägungsgrad auf den Umgang mit Stress im Sinne von Satows *SCI* auswirkt und diesen somit maßgeblich beeinflusst. Im Hinblick auf die bereits erarbeiteten Grundlagen in Bezug auf den Stand der Forschung von *Selbstkontrolle* am Arbeitsplatz und der damit in Verbindung stehenden Anwendung gesundheitsförderlicher, vor allem aber für diese Arbeit relevanter *gesundheitsschädigender Verhaltensweisen*, ergibt sich folgende Hypothese:

Hypothese 3a: „*Personen mit hoher Selbstkontrolle unterscheiden sich von Personen mit niedrigen Selbstkontrollwerten hinsichtlich der Anwendung ihrer Copingstile.*“

Diese Frage nach unterschiedlichen Anwendungen von *Copingstrategien* in Hypothese 3a, die abhängig sein müsste vom Grad der *Selbstkontrolle* der teilnehmenden Personen, ist plausibel und führt zu folgender weiterer Untersuchungsfrage:

Untersuchungsfrage 3b: „*Unterscheiden sich Personen mit hohen Selbstkontrollwerten in der Anwendung der Copingstile von Personen mit niedrigen Selbstkontrollwerten?*“

Diese Untersuchungsfrage baut auf der Frage und der Hypothese 3a auf. Wenn die Hypothese 3a bestätigt werden kann und das Ausmaß der gemessenen *Selbstkontrolle* die Anwendung von verschiedenen *Copingstilen* beeinflusst, so wird die Untersuchungsfrage 3b demnach konkreter und orientiert sich an ersten Vermutungen und Beobachtungen aus Forschung und Literatur. Hier sind erste Ansätze zu erkennen, die die Vermutung nahe legen, dass ein hoher Grad an *Selbstkontrolle* sich nicht immer positiv auf den Umgang mit Stress und damit auch positiv auf die Gesundheit auswirkt. Gefragt ist, ob Personen, die über einen hohen Grad an *Selbstkontrolle* verfügen, bei ihrer Arbeit eher Methoden anwenden, die aufkommenden Stress zwar kurzfristig abbauen, aber letztlich negative Auswirkungen haben können. Die Anwendung maladaptiver Stresskompensationsmethoden im Rahmen dieser Arbeit steht in direkter Verbindung zur Performanz von *gesundheitsschädigendem Verhalten* am Arbeitsplatz. Die zugehörige *Copingstrategie* nach Satow und der Skala im Rahmen des *SCI Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* müsste demnach bei Personen mit einem hohen Grad an *Selbstkontrolle* häufiger zu finden sein. Hoch selbstkontrollierte Personen, gemessen mit der Skala von Schmidt, müssten demnach stärker und öfter rauchen und, soweit dies im Rahmen der Arbeitsausübung möglich ist, sich auch durch stärkeren Alkoholkonsum auszeichnen. Andersherum sollte dies ebenso bedeuten, dass bei Personen, die eine niedrige Ausprägung des gemessenen Merkmals *Selbstkontrolle* aufweisen, häufiger sogenannte adaptive *Copingstrategien* anwenden müssten. Diese gehören zu den positiven und somit zu denen, die verantwortlich sind für gesundheitsförderliches Verhalten am Arbeitsplatz. Dies beinhaltet *Positives Denken*, *Aktive Stressbewältigung*, *Soziale Unterstützung* sowie *Halt im Glauben*. Auf Basis dessen ergibt sich folgende zu überprüfende Hypothese:

Hypothese 3b: „Im Vergleich zu Personen mit niedrigen Selbstkontrollwerten wenden Personen mit hohen Selbstkontrollwerten eher negative Copingstile an.“

Wenn sich die Annahme bestätigt, dass der Ausprägungsgrad der *Selbstkontrolle* zwischen den einzelnen Personen die Anwendung der verschiedenen *Copingstile* beeinflusst und somit Auswirkung auf *gesundheitsschädliches* und –förderliches *Verhalten am Arbeitsplatz* hat, so erscheint es sinnvoll, nochmals sicherzustellen, dass sich Personen in der Anwendung ihrer *Copingstile* grundsätzlich unterscheiden. Dies bedeutet, dass auf Basis der Erkenntnis von Hypothese 3b im Sinne der Überprüfung der diagnostischen Eignung des Konzepts der *Selbstkontrolle* es ebenfalls zweckmäßig erscheint, im Rahmen einer weiteren Fragestellung zu überprüfen, ob dies im Hinblick auf die Stressbewältigungsstrategien ebenfalls zutrifft. Anders ausgedrückt kann dies die Frage beantworten, ob es eine generelle Präferenz eines *Copingstils* gibt. Hieraus lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

Untersuchungsfrage 4: „Unterscheiden sich die unterschiedlichen Copingstile in der Häufigkeit ihrer Anwendung?“

Gemäß den Feststellungen Satows im Rahmen seines entwickelten Stress- und Coping-Inventars (*SCI*), verfügen alle Skalen über gute Werte in Bezug auf Trennschärfe und Reliabilitäten sowie über eine eindeutige Zuordnung der Items zu den zugrunde liegenden Skalen. Wenn man, wie in Teilen der Literatur durchaus erkennbar, die Annahme zugrunde legt, dass spätestens auf lange Sicht die klare Klassifizierung in adaptive und maladaptive *Copingstile* und die sich daraus ergebenden gesundheitsförderlichen oder *gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen* Einfluss auf die Veränderung der Gesundheit haben können, so führt dies zu der Vermutung, dass verschiedene *Copingstile* in ihrer Anwendung präferiert werden. Im Rahmen dieser Stichprobe muss demnach überprüft werden, ob die *Copingstile* in ihrer Anwendungshäufigkeit differieren. Es liegt nahe, dass bereits in einem Ausschnitt der Items im Fragebogen deutliche Hinweise zu erkennen sein müssten, welche *Copingstrategien* hauptsächlich gezeigt werden. Argumentativ lässt sich dies untermauern durch die von Satow ermittelten Qualitäts- und Verlässlichkeitsindikatoren im Rahmen der diagnostischen Überprüfung des Instruments *SCI*. Auf Basis dieser Annahme ergibt sich demnach folgende weitere Hypothese:

Hypothese 4: *„Die Anwendung der fünf Copingstile des SCI, „Positives Denken“, „Aktive Stressbewältigung“, „Soziale Unterstützung“, „Halt im Glauben“ und „Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum“ unterscheiden sich in der Häufigkeit ihrer Anwendung.“*

Im Rahmen der empirischen Erhebung gilt es nun, diese Hypothesen zu überprüfen und die Eignung des Konzepts der *Selbstkontrolle* als Hauptbestandteil dieser Arbeit genauer zu analysieren.

4.2 Untersuchungsdesign

In Bezug auf die folgenden Kapitel wird das Untersuchungsdesign dieser Arbeit vorgestellt. Im Folgenden werden die Grundlagen des wissenschaftlichen Forschungsprojekts und die dazugehörige Empirie erläutert. Hierzu gehören die gewählte Untersuchungsmethode, die Beschaffung der Teilnehmer, die darauf aufbauende Stichprobenbeschreibung und eine Beschreibung des Befragungsverlaufes. Das Instrument zur Datengewinnung wird ebenso beschrieben wie die dazugehörigen Skalen, die sich mit der Klassifizierung und Erläuterung von abhängiger und unabhängiger Variable beschäftigen.

4.2.1 Methodologie

Die Realisierung dieser empirischen Untersuchung geschah mit Hilfe eines Online-Fragebogens. Nach der Erarbeitung des Fragebogenkonzepts fand eine Positionierung dessen auf der Internetplattform *Unipark – the academic online research network* statt. Die Plattform erstellt nach Beendigung der Konzeptionierung des Fragebogens einen Internetlink, der den direkten Zugriff auf die Umfrage ermöglicht. So ist es möglich, diesen Link ohne Umwege an potenzielle Probanden weiterzuleiten. Bezüglich der vorliegenden Untersuchung wurde die Internetadresse in dem sozialen Netzwerk *Facebook* und im Hochschulnetzwerk *ILIAS* veröffentlicht und per E-Mail verschickt. Im Rahmen der Platzierung und der Einladung wurde in Bezug auf die den durch *Unipark* erstellten Link die explizite Bitte an die Teilnehmer ausgesprochen, die Umfrage an Freunde und Bekannte weiter zu versenden. In Hinsicht auf eine Positionierung im sozialen Netzwerk *Facebook* gibt es erfreulicherweise die Möglichkeit, hochgeladene Inhalte zu "teilen". "Teilen" bedeutet, dass das Netzwerk die Option bietet, Inhalte in der eigenen Kontaktliste weiter zu verbreiten. Digitale Inhalte hochzuladen und somit den Personen in der Kontaktliste zur Verfügung zu stellen, wird als "posten" bezeichnet. Eine Person, die einen solchen Kommunikationskanal nutzt und demnach den Zugriff auf die "gepostete" Umfrage von dem Autor des Fragebogens erhalten hat, kann folglich diesen Link weiter "teilen". Diese Kontakte kön-

nen diese Kette stetig weiterführen, so dass eine schnellere Verbreitung der Inhalte stattfindet. Die Idee dieses Vorhabens konnte erfolgreich realisiert werden. Es wurde sichergestellt, dass nicht nur persönlich bekannte Personen als Probanden gewonnen werden konnten, sondern auch fremde Personen. Eine möglichst heterogene Stichprobe wurde angestrebt.

Die Ermittlung der quantitativen Angaben, die im Rahmen der Fragebogenbearbeitung gewonnen wurden, zielt auf eine Analyse möglicher Rückschlüsse auf die Stichprobe ab. Die so gewonnenen Daten wurden daraufhin mittels der Statistik- und Analysesoftware *SPSS* aufbereitet, untersucht und ausgewertet.

4.2.2 Fragebogen

Es folgt eine Betrachtung des Untersuchungsinstruments, in dieser Arbeit durch einen Fragebogen verkörpert. Hierzu gehört eine Betrachtung und Erläuterung der einzelnen Segmente, in dessen Rahmen man von drei verschiedenen Themenbereichen sprechen kann.

4.2.2.1 Begrüßung und Zielgruppenüberprüfung

Nach einer für dieses Untersuchungsformat typischen Begrüßungsseite, die wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens lieferte, folgte eine Filterfrage, die eine Sicherstellung einer zielgruppengerechten Befragung erreichen sollte. Da der Inhalt dieser Arbeit die Untersuchung des Selbstkontrollkonzepts in Bezug auf das Verhalten am Arbeitsplatz beinhaltet, musste garantiert sein, dass die Probanden, die sich an der Datengewinnung beteiligen, auch den vorher definierten Kriterien bezüglich der Zielgruppe und der Definition der Arbeit entsprechen. Dieses Item, welches als bereits genannte Filterfrage programmiert wurde, diente demnach als erstes Ausschlusskriterium.

4.2.2.2 Selbstkontrolle

Für die Untersuchung des zentralen Themas der *Selbstkontrolle* wurde auf den von Schmidt und Neubach (2010) konzipierten Fragebogen zurückgegriffen. In der Summe beinhaltet dieses Instrument 16 Items, die sich auf drei Skalen verteilen. Alle Items wurden ohne Veränderung übernommen (Beispielitems: „Um mein Arbeitspensum zu schaffen, muss ich mich dazu zwingen, keine Zeit mit Nebensächlichkeiten zu vergeuden.“; „Bei einigen meiner Arbeitsaufgaben muss ich mich richtig darum bemühen, dass ich sie nicht zugunsten attraktiverer Aufgaben unerledigt lasse.“; „Bei meiner Arbeit muss ich jedes Wort auf die Goldwaage legen, bevor ich etwas sage.“). Das Instrument wurde auf Basis einer Studie von Schmidt und Neubach entwickelt und ein weiteres Mal adaptiert.

Auf Basis dieser Studie und der damit in direkter Verbindung stehenden Frage-

bogenkonzeption, die auch für die Untersuchung im Rahmen dieser Arbeit von größter Bedeutung ist, ermittelten die Autoren drei Skalen, aus denen sich das Konstrukt der *Selbstkontrolle* zusammensetzt und aus denen ebenfalls die bereits genannten Beispielitems wiederzufinden sind: die Skala *Impulskontrolle*, die Skala *Überwinden innerer Widerstände* sowie die Skala *Ablenkungen widerstehen*.

Cronbach's Alpha für die Skala *Impulskontrolle* liegt zwischen .88 und .89, das der Skala *Überwinden innerer Widerstände* zwischen .90 und .91 und bei der Skala *Ablenkungen widerstehen* stetig bei .88. Die interne Konsistenz wurde im Rahmen der Konzeptionierung dieses diagnostischen Instruments durch zwei Stichproben ermittelt. So können die vorhandenen, allerdings vertretbaren Schwankungen erklärt werden. Schmidt und Neubach verwendeten im Rahmen ihrer Fragebogenkonzeption und der darauf folgenden Testung der Items eine fünfstufige Intervallskala (1 = *trifft garnicht zu*; 2 = *trifft wenig zu*; 3 = *teils/teils*; 4 = *trifft überwiegend zu*; 5 = *trifft völlig zu*). Genau so wurde die Verbalisierung der Skala im Rahmen des konzipierten Fragebogens dieser Arbeit ebenfalls ausgeführt; eine Veränderung der verbalisierten Antwortmöglichkeiten fand nicht statt.

4.2.2.3 Coping

In Zusammenhang mit dem Ausmaß der *Selbstkontrolle* bei den teilnehmenden Personen wurde die Anwendung von *Copingstrategien* untersucht. Hierzu wurde ein Teil aus dem *Stress- und Copinginventar SCI* von Satow (2012) verwendet. Ursprünglich besteht das *SCI* aus vier Bereichen, die sich mit der Messung von Stress und seinen Auswirkungen beschäftigen. Diese sind im Detail *Aktuelle Stressbelastung*, *Körperliche und psychische Stresssymptome* sowie *Stressbewältigung (Coping)*.

Insgesamt beinhaltet das in seiner Messintention stark an die Theorie des Stressmodells nach Lazarus und Folkman angelehnte *SCI* 54 Items. Von Relevanz für diese Untersuchung ist allerdings lediglich die Skala der *Stressbewältigung (Coping)*, die demnach Verwendung im Rahmen der empirischen Untersuchung fand.

Diese Skala setzt sich aus den als adaptiv bezeichneten Subskalen *Positives Denken*, *Aktive Stressbewältigung*, *Soziale Unterstützung (Social Support)*, *Halt im Glauben* sowie aus der gemäß Satow maladaptiven Subskala *Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* zusammen. Jede der einzelnen Subskalen wird durch vier Items repräsentiert (Beispielitems: „Bei Stress und Druck konzentriere ich mich einfach auf das Positive.“, „Ich mache mir schon vorher Gedanken, wie ich Zeitdruck vermeiden kann.“, „Egal wie schlimm es wird, ich habe gute Freunde,

auf die ich mich immer verlassen kann.“, „Bei Stress und Druck erinnere ich mich daran, dass es höhere Werte im Leben gibt.“ sowie „Egal wie groß der Stress wird, ich würde niemals wegen Stress zu Alkohol oder Zigaretten greifen.“). Cronbach´s Alpha für die Skalen *Positives Denken* und *Aktive Stressbewältigung* liegt jeweils bei .74, der Wert für den Bereich *Soziale Unterstützung (Social Support)* bei .88, und die Skalen *Halt im Glauben* und *Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* ergeben eine interne Konsistenz von .78 und .75.

Von Satow wurde im Rahmen der Entwicklung des *SCI* eine vierstufige Intervallskala (1 = *trifft garnicht zu*; 2 = *trifft eher nicht zu*; 3 = *trifft eher zu*; 4 = *trifft genau zu*) verwendet. In Bezug auf die Konzeption des Befragungsinstruments für diese Arbeit wurde allerdings die Verbalisierung des *SCI*-Fragebogens nicht übernommen, sondern der Sinnhaftigkeit entsprechend konstant die von Schmid und Neubach formulierte, fünfstufige Intervallskala weitergeführt (1 = *trifft garnicht zu*; 2 = *trifft wenig zu*; 3 = *teils/teils*; 4 = *trifft überwiegend zu*; 5 = *trifft völlig zu*).

4.2.2.4 Soziodemographische Fragen

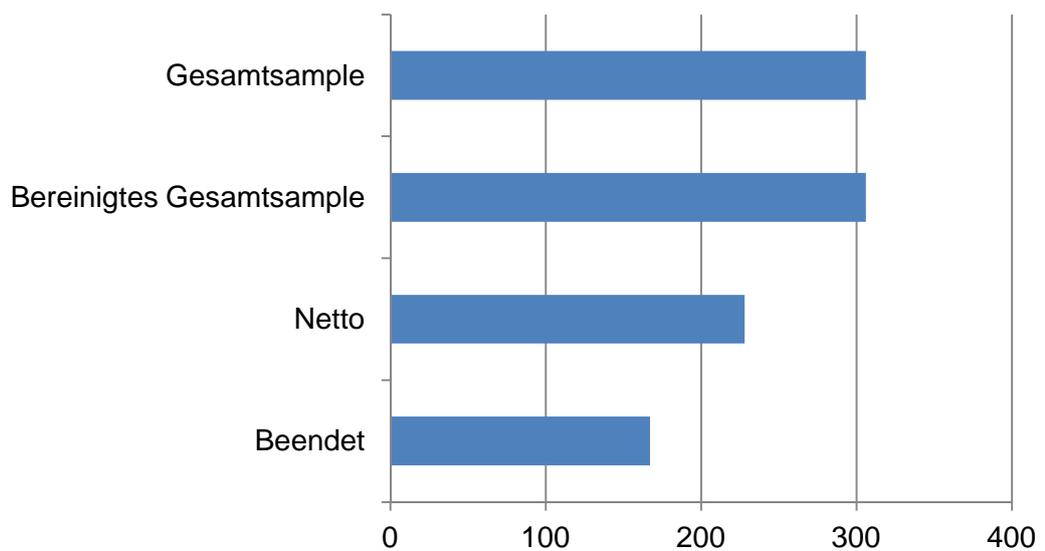
Am Ende des Fragebogens wurden letztlich noch einige soziodemographische Fragen platziert. Die Teilnehmer wurden demnach gebeten, Angaben zu ihrem Geschlecht, ihrem Alter und zu ihrer primären beruflichen Beschäftigung bzw. Tätigkeit zu machen.

4.3.1 Verlauf der Befragung

Nach der Konzeption des Befragungsinstruments mit Hilfe der *Unipark*-Software wurde der Fragebogen für die Zeitspanne vom 12.11.2012 bis zum 16.12.2012 online gestellt. Wenngleich eine gute Rücklaufquote schnell zustande kam und die Stichprobengröße ebenfalls zügig in den dreistelligen Bereich kletterte, wurde die Möglichkeit zur Teilnahme nicht früher beendet, als geplant. Wie bereits erläutert, wurde der Link zum Fragebogen über drei Medienkanäle verbreitet. Der erste Kanal verlief über ein Bereitstellen der Informationen im sozialen Netzwerk *Facebook* und den damit in Verbindung stehenden Potenzierungsmöglichkeiten "geposteter" und "geteilter" Inhalte und Informationen. Die beiden weiteren Vertriebskanäle *LIAS* sowie die individuelle Weiterleitung via Mail konnten ebenfalls erfolgreich genutzt werden.

In Bezug auf die Weiterleitung via Mail lag der Fokus auf einer unternehmensinternen Linkverbreitung des Unternehmens *Kienbaum Consultants International GmbH*. Diese Möglichkeit ergab sich aufgrund eines absolvierten Praktikums. Durch die Zusammenarbeit im Rahmen verschiedener Projekte und der Zuteilung zu einem mehrköpfigen Beraterteam konnte der Kontakt mit *Kienbaum* über das offizielle Ende des Praktikums hinaus erhalten werden. Dem entsprechend wurde

mit ausreichend Vorlaufzeit eine Anfrage gesendet, in wie weit es möglich wäre, den konzipierten Fragebogen mit einer Terminierung auf November unternehmensintern weiterzuleiten. So konnte Mitte November der Zugang zur Befragung mit einem kurzen Erklärungsschreiben an das Beraterteam verschickt werden, welches dann wiederum über den unternehmensinternen Mailverteiler weiterver­sendet wurde. Demnach konnte versichert werden, dass eine gewisse Mindestanzahl an ausgefüllten Fragebögen vorhanden sein wird, um die Aussagekraft der im Späteren analysierten Daten zu maximieren. Die vielseitige Verbreitung des Link sorgte dafür, dass nach der angegebenen Zeitspanne von einem Monat, in dem auf das Instrument zugegriffen werden konnte, das Gesamtsample bei der *Unipark*-Software im Rahmen der statistischen Auswertung 165 Teilnehmer angab, die die Befragung komplett beendeten. Dies entspricht 74%. Insgesamt fanden 306 Teilnehmer den Weg zur Umfrage (Gesamtsample = 100%). In Ab­bildung 4 sind diese Daten in einer graphischen Darstellung zu sehen.



Gesamtsample	Bereinigtes Ge- samtsample	Netto	Beendet
306	306	228	165

Abb. 4: Gesamtsample der Untersuchung (eigene Darstellung in Anlehnung an Daten des Feldberichts in *Unipark*).

Neben der Darstellung der Beteiligung der Teilnehmer in Bezug auf eine vollständig beantwortete Umfrage ist es ferner von Interesse, dass ebenfalls die Abbruchquote explizit dargestellt wird.

Die Anfangs- oder auch Begrüßungsseite stellt sich demnach als diejenige heraus, bei der die meisten Abbrüche verzeichnet werden konnten. 80 Personen (26%) beendeten nach Aufruf dieser Seite laut der statistischen Angaben des Feldberichts in *Unipark*, die in der folgenden Abbildung nochmal grafisch dargestellt sind, das Ausfüllen des Fragebogens. Die Filterfrage auf der zweiten Seite, die sich mit dem Kriterium der Berufstätigkeit beschäftigt, war Voraussetzung zur weiteren Bearbeitung des Instruments. Die Abbruchquote ab hier ist als gering zu bezeichnen. Letztlich stellt lediglich die Seite, die sich mit dem Ausfüllen und der Datenerfassung zur Skala der Impulskontrolle beschäftigt, erkennbares Optimierungspotenzial dar. 28 Personen (9%) brachen demnach hier die Befragung ab. Mit Ausnahme von der Beantwortung zum Bereich „Ablenkungen widerstehen“ mit 4 Personen (1%), die den Fragebogen abbrachen, finden sich für alle anderen Bereiche keinerlei Abbrüche mehr. Die ausführliche Darstellung der Abbruchquote im Rahmen der Fragebogenbeantwortung ist auf der folgenden Seite abgebildet.

SEITE:	ABBRÜCHE	FORTGESCHRITTEN BIS SEITE
Anfang	80 (26.14%)	306 (100.00%)
Definition Berufstätigkeit erfüllt?	12 (3.92%)	228 (73.86%)
Umfrage beendet	0 (0.00%)	214 (69.93%)
Impulskontrolle - Frage 1	28 (9.15%)	214 (69.93%)
Überwinden innerer Widerstände	11 (3.59%)	188 (60.78%)
Ablenkungen widerstehen	4 (1.31%)	176 (57.19%)
Coping - Positives Denken	1 (0.33%)	171 (55.88%)
Coping - aktive Stressbewältigung	2 (0.65%)	170 (55.56%)
Coping - Soziale Unterstützung	1 (0.33%)	168 (54.90%)
Coping - Halt im Glauben	0 (0.00%)	167 (54.58%)
Coping - erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum	0 (0.00%)	167 (54.58%)
Demographie I	0 (0.00%)	167 (54.58%)
Arbeitsplatz	0 (0.00%)	167 (54.58%)
Endseite	0 (0.00%)	167 (54.58%)
Gesamt	Abgebrochen	139 (45.42%)
Gesamt	Beendet	164 (53.59%)
Gesamt	Beendet nach Unterbrechung	3 (0.98%)

Abb. 5: Abbrüche innerhalb des Fragebogens (Feldbericht Unipark, 2012).

4.3.2 Stichprobe

Bevor die detaillierte Datenauswertung mit Überprüfung der zugrunde liegenden Hypothesen erfolgt, wird nun eine Stichprobenbeschreibung vorgenommen. Im Fokus stehen hier die Geschlechter- und die Altersverteilung der Teilnehmer sowie ihre berufliche Tätigkeit.

4.3.2.1 Geschlechterverteilung

Wie in der Tabelle ersichtlich, beantworteten insgesamt 165 Personen alle Fragen innerhalb des Fragebogens. Davon waren 98 weiblich und 67 männlich. Die Darstellung in Prozent zeigt, dass, in gerundeten Angaben, 43% Frauen und 29% Männer den Fragebogen beantworteten. Ebenfalls gibt die Datenauswertung an, dass 28% und damit 63 Personen keine Angaben zum Geschlecht machten. So kann auch der Unterschied zwischen den eigentlich 228 Personen, die insgesamt teilgenommen haben, erklärt werden. Der Vollständigkeit halber werden deswegen ebenfalls die sogenannten gültigen Prozente und Häufigkeiten angegeben, bei denen die ungültigen und fehlenden Angaben in diesem Fall ausgeschlossen wurden und neu berechnet worden sind. So soll das Verständnis für die Nach-

vollziehbarkeit der Ergebnisse erleichtert werden. Die korrigierten Ergebnisse mit Ausschluss der ungültigen Angaben (automatische Kodierung durch SPSS mit -77) geben an, dass 60% der Teilnehmer weiblich waren und 40% männlich, so dass in der Kumulation der Prozentangaben wiederum 100% erreicht werden. Allerdings sind die nicht korrigierten Angaben von primärer Relevanz im Gegensatz zur Erläuterung der korrigierten Werte. Aufgrund dessen werden auch die nicht korrigierten Werte nochmals in tabellarischer Form aufgeführt:

Tab. 1: Geschlechterverteilung (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS)

Geschlecht	N	%
Männlich	67	43,0
Weiblich	98	29,4
Gesamt	165	27,6
Fehlend	63	100

4.3.2.2 Altersverteilung

In Bezug auf die Altersverteilung wird ersichtlich, dass bei den 165 Versuchspersonen mit gültigen Angaben eine Spannweite von 16 bis 53 Jahren festzustellen ist ($M = 23.82$, $SD = 4.89$). Die Verteilung lässt deutlich erkennen, dass die Befragten, die ein Alter von 19 bis 25 Jahren aufweisen, am häufigsten vertreten waren, wie auf der folgenden Seite in Abbildung 6 erkenntlich.

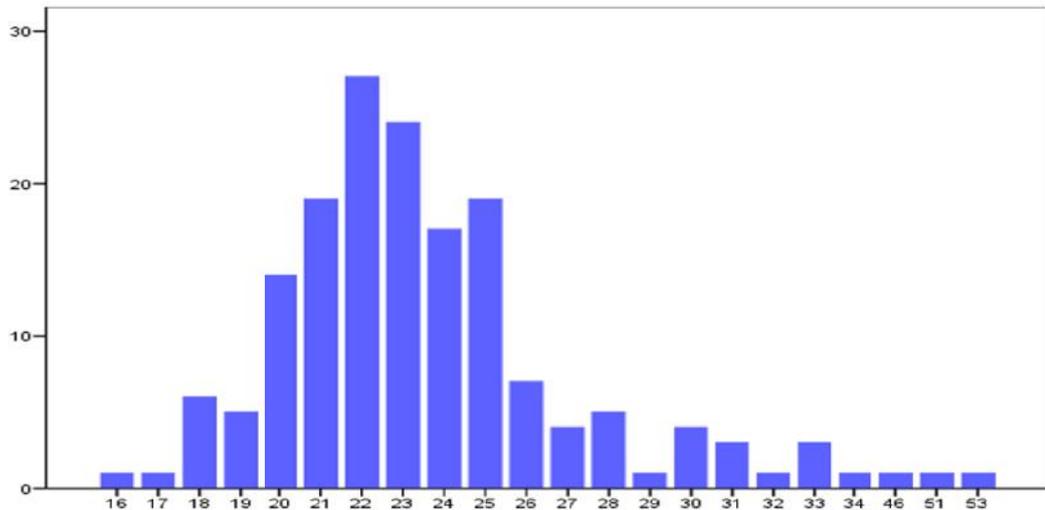


Abb. 6: Altersverteilung (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS).

4.3.2.3 Berufliche Tätigkeit

Von den insgesamt 165 gültigen Probanden aus denen die Stichprobe besteht, sind die meisten Studenten. Demnach lassen sich hinsichtlich dieser beruflichen Tätigkeit 122 Personen dem Studentenstatus zuordnen. Allerdings fand im Rahmen der Antwortmöglichkeiten eine Trennung zwischen den Antwortmöglichkeiten *Studenten an einer Universität* (39 Personen) und *Student an einer Fachhochschule* (83 Personen) statt. In einem *Angestelltenverhältnis* befanden sich 36 Personen. Hinsichtlich der anderen Rubriken *Selbstständigkeit* (4 Personen) und *Schüler an einer weiterführenden Schule* (3 Personen) lässt sich feststellen, dass diese Gruppen lediglich schwach vertreten sind. Auch in Bezug auf die Beantwortung des Items der *Beruflichen Tätigkeit* lassen sich 63 Personen finden, die hierzu keine Angaben machten; so kann die Differenz aus den eigentlich 228 Stichprobenteilnehmern erklärt werden.

Tab. 2: Beschäftigungsgrad (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS)

Beschäftigung	N	%
Schüler an einer weiterführenden Schule	3	1,3
Student an einer Fachhochschule	83	36,4
Student an einer Universität	39	17,1
Studenten gesamt	122	47,5
Angestellter	36	15,8
Selbstständiger	4	1,8
Fehlende Angaben	63	27,6
Gesamt	165	100

5 Ergebnisse

Da das genaue Vorgehen in Bezug auf die Untersuchung der Fragestellung und die wissenschaftliche Erhebung im Detail in den vorherigen Kapiteln erläutert worden sind, folgt nun im fünften Kapitel die Darstellung der eigentlichen Ergebnisse der Befragung.

5.1 Deskriptive Ergebnisse

Zunächst wird eine deskriptive Darstellung der wesentlichen Parameter vorgenommen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Berechnungen, die sich dem Bereich der induktiven Statistik zuordnen lassen, dargestellt und erläutert.

5.1.1 Selbstkontrolle

In Bezug auf die Verteilung der Ergebnisse hinsichtlich der Ausprägung der Eigenschaft *Selbstkontrolle* kann festgestellt werden, dass, wie angenommen, die meisten Personen einen mittleren Grad an *Selbstkontrolle* aufweisen. Am häufigsten findet sich in der Untersuchung der Wert 4,8 in Bezug auf die Ausprägung von *Selbstkontrolle*. Im Rahmen der $N = 169$ gültigen Angaben zur Selbstkontrolle findet sich ein Mittelwert von $M = 4.77$ und eine Standardabweichung von $SD = .51$ auf.

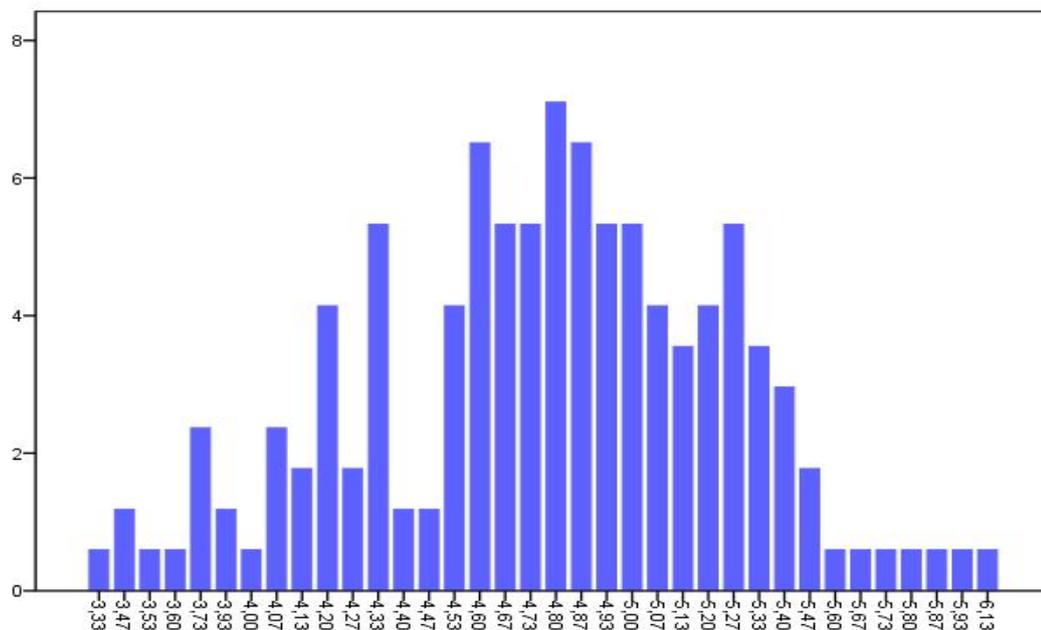


Abb. 7: Selbstkontrollausprägung (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS).

5.1.2 Copingstile

Im Folgenden werden die deskriptiven Analysen der *Copingstile* betrachtet. Genau wie bei der deskriptiven Betrachtung der *Selbstkontrolle* ist ebenfalls für die jeweilige Skala eine Abbildung vorhanden.

5.1.2.1 Positives Denken

168 Personen können in Bezug auf die Skala *Positives Denken* gültige Angaben zugeordnet werden. Allerdings denkt ein Großteil der Befragten mehr als mittelmäßig positiv; der häufigste Wert in Bezug auf die Skala liegt bei 4 („trifft überwiegend zu“). Die Probanden denken überraschend positiv ($M = 3.52$, $SD = .77$).

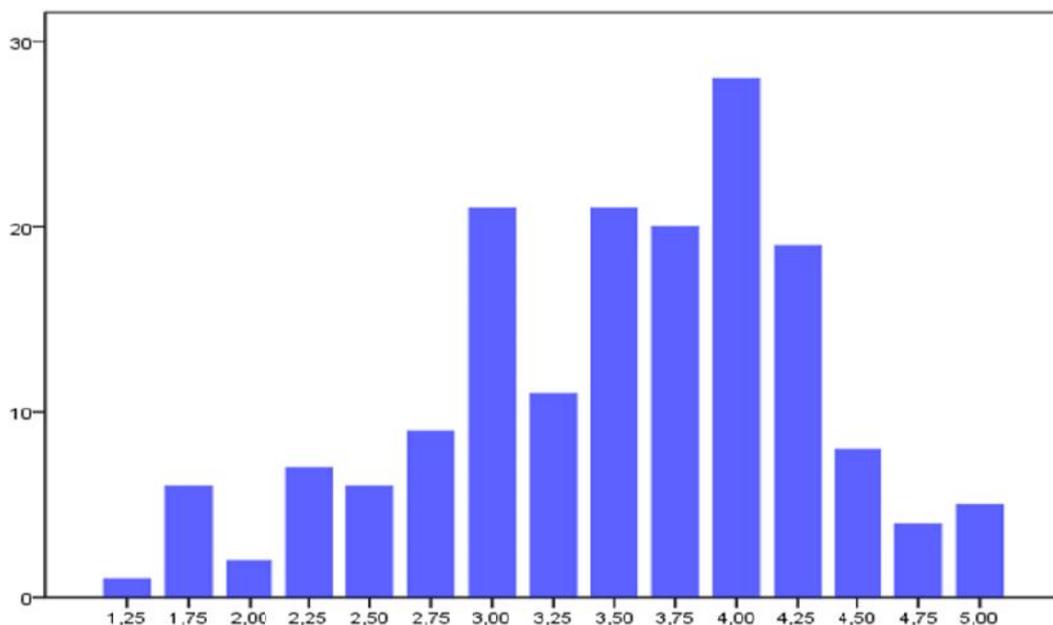


Abb. 8: Positives Denken (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS).

5.1.2.2 Aktive Stressbewältigung

Hinsichtlich der Beantwortung der Skalen zum Thema *Aktive Stressbewältigung* lassen sich 166 gültige Angaben finden. Auch hier wird ersichtlich, dass diese *Copingstrategie* durchaus stark angewendet wird ($M = 3.05$, $SD = .86$). Auf der nachfolgenden Seite in Abbildung 9 ist dies ebenfalls graphisch dargestellt.

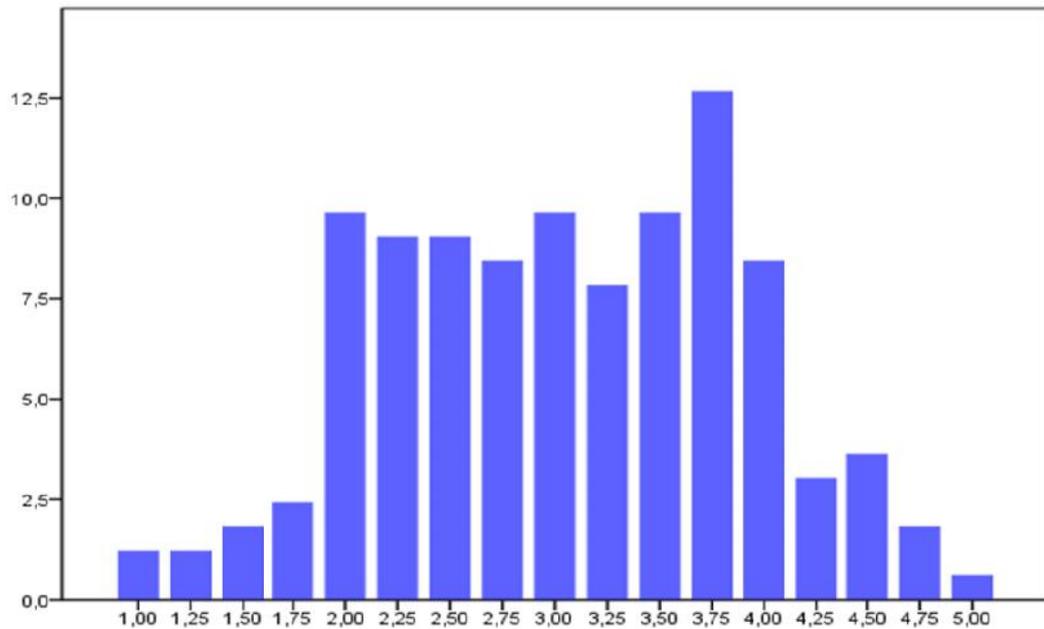


Abb. 9: Aktive Stressbewältigung (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS).

5.1.2.3 Soziale Unterstützung

Bei 165 Probanden, die die Items zur Skala *Soziale Unterstützung* beantwortet haben, ist mit großer Sicherheit festzustellen, dass es sich hier um eine Strategie handelt, die eindeutig am häufigsten von den Teilnehmern verwendet wird, um Stress zu bewältigen ($M = 4.25$, $SD = .73$). In Abbildung 10 ist die graphische Darstellung der Ergebnisse der Skala zu finden.

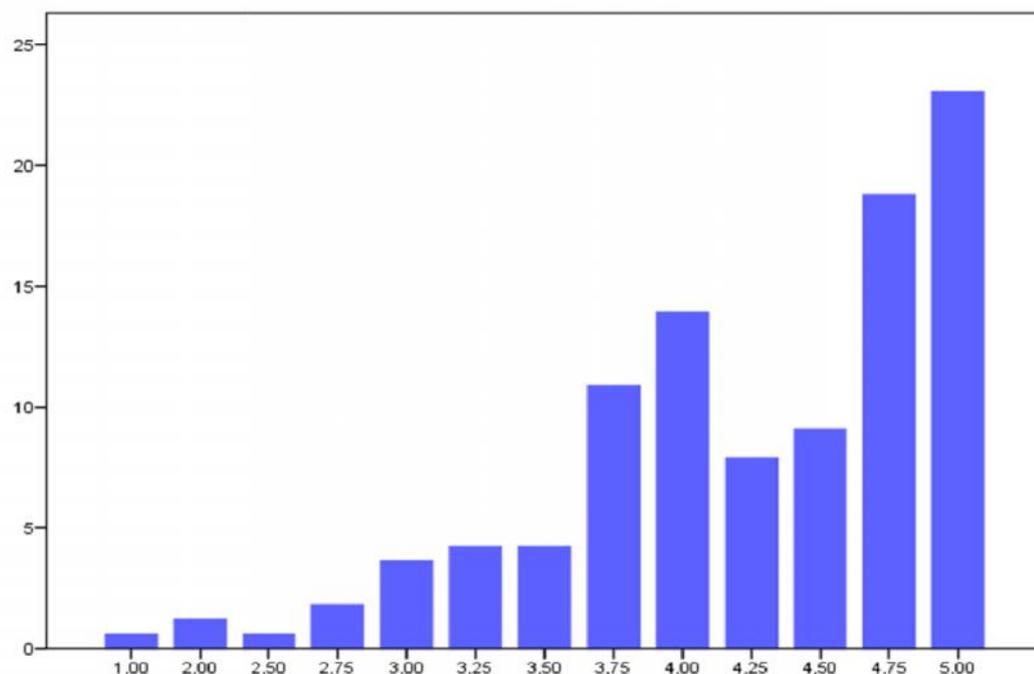


Abb. 10: Soziale Unterstützung (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS).

5.1.2.4 Halt im Glauben

Die Ergebnisse der 165 Teilnehmer zu den Angaben der Skala *Halt im Glauben* sind stark divergierend im Vergleich zu den der vier weiteren *Copingstrategien*. Die Anwendung dieses Stils zur Bewältigung von Stress ist nur in geringem Maße festzustellen ($M = 1.95$, $SD = .91$).

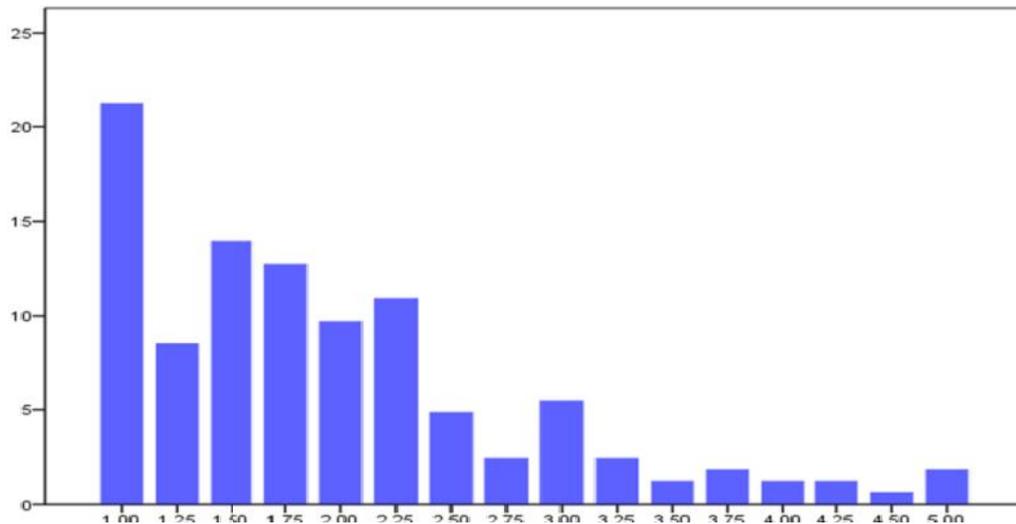


Abb. 11: Halt im Glauben (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS).

5.1.2.5 Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum

Die gültigen Angaben sind wie in der vorherigen Skala *Halt im Glauben* auch in der Skala *Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* für 165 Personen anzugeben. In der deskriptiven Auswertung wird deutlich, dass die Anwendung hier zwar nicht so hoch ist ($M = 2.2$, $SD = .56$) wie bei den ersten drei erhobenen Strategien, die sich zu als adaptiv bezeichnen lassen, sie jedoch ebenfalls deutlich höher liegen, als die Angaben innerhalb der Skala *Halt im Glauben* ($M = 1.95$, $SD = .91$).

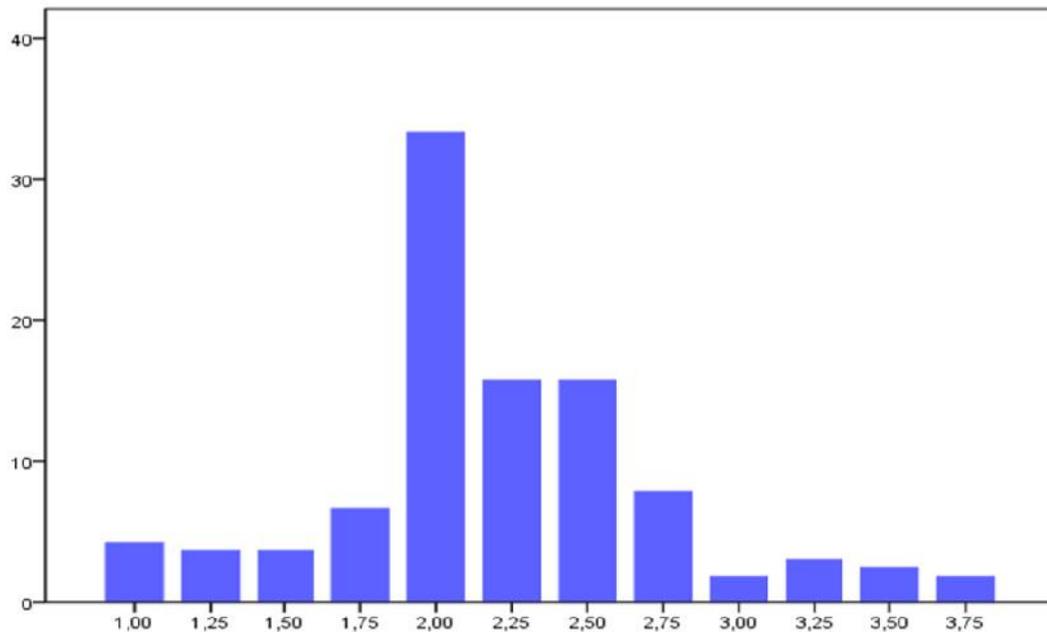


Abb. 12: Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS).

Sinnvollerweise werden in der nachfolgenden Tabelle ebenfalls in zusammengefasster Form die Mittelwerte mit dazugehörigen Standardabweichungen angegeben, um einen ganzheitlichen Überblick über die erzielten Werte innerhalb der befragten Gruppe angeben zu können.

Tab. 3: Mittelwert und Standardabweichungen Copingstrategien (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS)

		Positives Denken	Aktive Stressbewältigung	Soziale Unterstützung	Halt im Glauben	Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum
N	Gültig	168	166	165	165	165
	Fehlend	60	62	63	63	63
Mittelwert		3,5193	3,0497	4,2455	1,9485	2,1970
Standardabweichung		,77479	,85600	,72755	,90792	,55545

5.2 Beantwortung der Untersuchungsfragen

Im Rahmen der induktiven statistischen Auswertung folgt nun die erneute Darstellung der Ergebnisse der aufgestellten Hypothesen, um die Lesefreundlichkeit zu erhöhen. Aus dem gleichen Grund werden die Hypothesen nochmals dargestellt. Im Rahmen dieser Auswertung wurden mehrere *t*-Tests, Korrelationen und eine Varianzanalyse gerechnet.

5.2.1 Hypothese 1

Die Frage, ob das Ausmaß der *Selbstkontrolle* mit einem erhöhten Konsum von Alkohol und Zigaretten zusammenhängt, wurde mit Hilfe einer Korrelation berechnet, um diesen möglichen positiven Zusammenhang zu überprüfen. Die Hypothese 1 lautete wie folgt:

„Je stärker die Selbstkontrolle, desto höher ist der Alkohol- und Zigarettenkonsum.“

Im Rahmen der statistischen Analyse und Auswertung ist festzustellen, dass diese beiden Variablen *Selbstkontrolle* sowie *Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* zum einen nicht stark miteinander korrelieren. Zum anderen ist der Zusammenhang nicht signifikant, $r(163) = .05, p < .n.s.$

Demnach kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht bestätigt werden, dass, in eine Richtung konkretisiert, der Alkohol- und Zigarettenkonsum mit steigender Ausprägung von Selbstkontrolle zunimmt. Es kann kein positiver Zusammenhang gefunden werden, so dass Hypothese 1 abgelehnt werden muss.

5.2.2 Hypothesen 2

Im Rahmen der Auswertung von Hypothese 2 fand eine Einteilung in 2a und 2b statt.

5.2.2.1 Hypothese 2a

In Bezug auf die die nächste Untersuchungsfrage 2a, die sich mit dem Thema der Korrelation von Alter und Copingstilanwendung beschäftigt, ist ebenfalls an die exakt formulierte Hypothese zu erinnern, die in diesem Kontext entwickelt wurde:

„Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Alter und Anwendung der Copingstile.“

Um diese Hypothese 2a zu überprüfen, wurden fünf bivariate Korrelationen gerechnet, in dessen Rahmen sich herausstellte, dass keiner der fünf *Copingstile* signifikant mit dem Alter zusammenhing. Im Folgenden werden die einzelnen Ergebnisse für den nicht vermuteten Zusammenhang dargestellt. Die Überprüfung der einzelnen Korrelationen ergab, tabellarisch aufgeführt, auf der nächsten Seite, folgende Ergebnisse:

Tab. 4: Korrelationen zwischen Alter und Anwendung der *Copingstile* (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS)

$r_{\text{Positives Denken}}(163) = .06, \text{ n.s}$
$r_{\text{Aktive Stressbewältigung}}(163) = .01, \text{ n.s}$
$r_{\text{Soziale Unterstützung}}(163) = -.09, \text{ n.s.}$
$r_{\text{Halt im Glauben}}(163) = .03, \text{ n.s.}$
$r_{\text{Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum}}(163) = -.01, \text{ n.s.}$

Die Irrtumswahrscheinlichkeit für diese Hypothese ist zu hoch, als dass man das Ergebnis als verlässlich bezeichnen könnte. Zusammenfassend lässt sich demnach sagen, dass diese Hypothese 2a bestätigt werden kann, da kein signifikanter Zusammenhang vermutet wurde.

5.2.2.2 Hypothese 2b

Hypothese 2b lautet wie folgt:

„Männer unterscheiden sich im Gegensatz zu Frauen nicht signifikant in der Anwendung ihrer Copingstile.“

Hierfür wurde ein *t*-Test für unabhängige Stichproben gerechnet, um die Vermutung zu überprüfen, ob ebenfalls das Geschlecht keinen Unterschied zwischen der Anwendung der verschiedenen *Copingstile* macht. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied für die Variable Geschlecht im Hinblick auf die *Copingstrategie Soziale Unterstützung*. Demnach nehmen Frauen mehr *Soziale Unterstützung* in Anspruch ($M = 4.38, SD = .7$) als Männer ($M = 4.05, SD = .73$); dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($t(163) = 2.88, p < .01$).

Somit kann diese Hypothese 2b nicht bestätigt werden, da ein signifikanter Unterschied zwischen Geschlecht und Anwendung des *Copingstils Soziale Unterstützung* gefunden werden konnte.

5.2.3 Hypothese 3

Im Rahmen der Auswertung von Hypothese 3 fand eine Einteilung in 3a und 3b statt.

5.2.3.1 Hypothese 3a

Hypothese 3a lautet folgendermaßen:

„Personen mit hoher Selbstkontrolle unterscheiden sich von Personen mit niedrigen Selbstkontrollwerten hinsichtlich der Anwendung ihrer Copingstile.“

Um zu untersuchen, ob Personen mit unterschiedlichen Ausprägungen von *Selbstkontrolle* auch unterschiedliche *Copingstrategien* anwenden, wurden für die jeweilige Überprüfung der möglichen Unterscheidungen hinsichtlich der Differenzen in der Anwendung der Stressbewältigungsstile einzelne *t*-Tests gerechnet.

Die unabhängige Variable (UV) stellte im Rahmen der Untersuchung demnach die Ausprägung der *Selbstkontrolle* dar. Im Rahmen der Hypothesenprüfung wurde ein Mediansplit vorgenommen, um die Trennung zwischen Personen mit gemessener hoher *Selbstkontrolle* und Personen mit gemessener niedriger *Selbstkontrolle* vorzunehmen. Demnach wurden künstliche Gruppen erstellt. In den einzelnen *t*-Tests wurden die vermuteten Unterschiede zwischen den abhängigen Variablen (AV), die die fünf *Copingstile* darstellen, überprüft. Nun werden die einzelnen Ergebnisse dieser *t*-Tests nacheinander dargestellt:

Die niedrig selbstkontrollierten Personen unterscheiden sich nicht in der Anwendung des *Copingstils Positives Denken* zu den hoch selbstkontrollierten ($M = 3.61$, $SD = .79$). Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen diesen Probanden ($t(166) = 1.56$, n.s.).

Die niedrig selbstkontrollierten Personen unterschieden sich nicht in der Anwendung des *Copingstils Aktive Stressbewältigung* zu den hoch selbstkontrollierten ($M = 3.0$, $SD = .84$). Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen diesen Probanden ($t(164) = -0.8$, n.s.).

Die niedrig selbstkontrollierten Personen unterschieden sich nicht in der Anwendung des *Copingstils Soziale Unterstützung* zu den hoch selbstkontrollierten ($M = 4.3$, $SD = .62$). Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen diesen Probanden ($t(138) = 1.1$, n.s.).

Die niedrig selbstkontrollierten Personen unterschieden sich nicht in der Anwendung des *Copingstils Halt im Glauben* zu den hoch selbstkontrollierten ($M = 1.96$,

$SD = .96$). Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen diesen Probanden ($t(163) = 0.2, n.s.$).

Die niedrig selbstkontrollierten Personen unterschieden sich nicht in der Anwendung des *Copingstils Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* zu den hoch selbstkontrollierten ($M = 2.14, SD = .51$). Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen diesen Probanden ($t(163) = -1.5, n.s.$).

Demnach ist festzuhalten, dass es im Rahmen dieser Untersuchung keinen statistisch festgestellten Unterschied zwischen der Anwendung verschiedener Copingstile in Bezug auf eine hohe oder eine niedrige Ausprägung der Selbstkontrolle gibt. Die Hypothese kann demnach verworfen werden.

Der Übersichtlichkeit halber werden in der folgenden Grafik alle Werte, die sich auf Überprüfung der Hypothese 3a beziehen, in tabellarischer Form dargestellt. Mit einbezogen sind alle Ergebnisse der bereits verbalisierten Hypothesen.

Tab. 5: Zusammengefasste Ergebnisse der t -Tests (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS)

Copingstrategie	t -Statistik	M	SD
Positives Denken	$t(166) = 1.56, n.s.$	3.61	.79
Aktive Stressbewältigung	$t(164) = -0.8, n.s.$	3.0	.84
Soziale Unterstützung	$t(138) = 1.1, n.s.$	4.3	.62
Halt im Glauben	$t(163) = 0.2, n.s.$	1.96	.96
Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum	$t(163) = -1.5, n.s.$	2.14	.51

5.2.3.2 Hypothese 3b

Hierauf folgt die Überprüfung der Hypothese 3b:

„Im Vergleich zu Personen mit niedrigen Selbstkontrollwerten wenden Personen mit hohen Selbstkontrollwerten eher negative Copingstile an.“

Hier ist zu sagen, dass eine ausführliche Rechnung, Analyse, Interpretation und Darstellung der Ergebnisse sich hier als redundant erweisen. Da sich Personen mit hohen Selbstkontrollwerten in keiner Anwendung der *Copingstile* von Personen mit niedrigen Selbstkontrollwerten unterscheiden, ist auch eine Zuordnung der tendenziellen Anwendung von adaptiven und maladaptiven Strategien über-

flüssig. Diese Hypothese kann demnach ebenfalls verworfen werden und verlangt keinerlei statistische Auswertung.

5.2.4 Hypothese 4

Die letzte Hypothese 4 beschäftigt sich mit der Frage, ob es überhaupt einen Unterschied in der Häufigkeit der Anwendung der verschiedenen *Copingstile* im Rahmen der Stichprobe gibt. Konkret lautet sie:

„Die Anwendung der fünf Copingstile des SCI, „Positives Denken“, „Aktive Stressbewältigung“, „Soziale Unterstützung“, „Halt im Glauben“ und „Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum“ unterscheiden sich in der Häufigkeit ihrer Anwendung.“

Für die Überprüfung dieser Hypothese wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die *Copingstile* in der Häufigkeit ihrer Anwendung unterscheiden. Anders formuliert lässt sich feststellen, dass eine Unterscheidung in der mittleren Häufigkeit der *Copingstile* vorzufinden ist ($F(4, 161) = 259.22, p < .001$). Die dazugehörigen Mittelwerte und Standardabweichungen werden in der folgenden Tabelle nochmals einzeln aufgeführt:

Tab. 6: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen *Copingstile* (eigene Darstellung in Anlehnung an die Datenausgabe von SPSS)

$M_{\text{Positives Denken}} = 3.53, SD = .77$
$M_{\text{Aktive Stressbewältigung}} = 3.1, SD = .86$
$M_{\text{Soziale Unterstützung}} = 4.25, SD = .73$
$M_{\text{Halt im Glauben}} = 1.95, SD = .91$
$M_{\text{Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum}} = 2.2, SD = .56$

Diese Hypothese kann demnach bestätigt werden. Alle Signifikanzwerte liegen unter .001; anders ausgedrückt ist die Irrtumswahrscheinlichkeit für dieses Ergebnis als sehr klein zu bezeichnen. Im Rahmen der statistischen Auswertung ist zu erkennen, dass sich die Anwendungshäufigkeit der fünf *Copingstile* signifikant voneinander unterscheiden. Demnach kann diese Hypothese angenommen werden.

6 Diskussion

Im folgenden Kapitel findet eine kritische Würdigung der vorliegenden Arbeit statt. Ergebnisse, Methodik, Vorgehensweisen und dazugehörigen Möglichkeiten einer Optimierung werden überprüft und erläutert. Darauf aufbauend findet eine Überprüfung der Ziele und Ergebnisse dieser Arbeit statt. Die sich daraus ergebenden Implikationen für Theorie und Praxis werden abgeleitet und im zweiten Teil des Kapitels erläutert.

6.1 Kritische Reflexion

Ziel dieser Arbeit war es, die Eignung des Konzepts der *Selbstkontrolle* hinsichtlich ihrer Eigenschaften als Differenzierungsmerkmal zur Anwendung verschiedener *Copingstrategien* zu überprüfen. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wurde der Fokus auf die Eignungsüberprüfung im Bereich des Arbeitsplatzes gelegt. So konnte eine direkte Verbindung zum Gebiet der Arbeits- und Gesundheitspsychologie geschaffen werden. Grundannahme hierbei war, dass eine erhöhte *Selbstkontrolle* zu stärkerem *gesundheitsschädigenden Verhalten* (auf der Arbeit bzw. am Arbeitsplatz) führt. Erste Hinweise hierfür gibt es bereits in der Literatur. *Selbstkontrolle* ist nach dieser Auffassung als eine begrenzte Ressource zu betrachten, deren Intensität fällt, nachdem bspw. kognitiv anspruchsvolle Aufgaben, wie sie durchaus auf der Arbeit auftreten, bearbeitet worden sind (Muraven et al., 1998). Dies kann möglicherweise als eine Art Schutzmechanismus gedeutet werden. Denn wer hoch selbstkontrolliert ist, würde folglich keinen Einhalt in der Aufgabenbearbeitung und -erledigung finden, gegen sich angehen und damit seiner Gesundheit schaden. Möglicherweise neigen Personen mit hoher *Selbstkontrolle* aufgrund der erhöhten Belastung, die sie sich zumuten, ebenfalls zu stärkerer Erschöpfung. Dadurch könnten gehäufte Fälle von Erschöpfungssyndromen wie Burnout erklärt werden.

Im Rahmen einer Untersuchung von *Selbstkontrolle* muss demnach die Frage gestellt werden, in wie weit ein Zusammenhang mit *gesundheitsschädigendem Verhalten* entsteht. Da heutzutage Arbeit als ein wachsender Belastungsfaktor angesehen wird und dort hohe Selbstkontrollwerte gewünscht, sogar gefordert werden, liegt der Gedanke nahe, dass ein Zusammenhang besteht, wie mit dem Stress umgegangen wird. Demnach wurde die *Selbstkontrolle* als unabhängige Variable und die verschiedenen *Copingstrategien* als abhängige Variablen betrachtet. Hoch selbstkontrollierte Personen müssten demnach, wenn man der Argumentationskette folgt, vermehrt negative Stressbewältigungsstrategien anwenden und so zumindest auf lange Sicht vermehrt *gesundheitsschädigendes Verhalten*, auch am Arbeitsplatz, zeigen. Personen mit niedriger Selbstkontrolle

müssten folglich positive Strategien anwenden, um Stress entgegenzuwirken, die ihrer Gesundheit nicht schaden. Allerdings ist hierbei anzumerken, dass valide Daten zur *Selbstkontrolle* bei Verminderung des so genannten *gesundheitsförderlichen Verhaltens* kaum vorliegen.

Ferner entzieht sich der geforderte Zusammenhang zwischen hoher *Selbstkontrolle* und *gesundheitsschädigendem Verhalten* einer erkennbaren Logik. Eine Erläuterung seitens der Autoren hinsichtlich der vermuteten Annahmen ist unbedingt erforderlich. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind stark konträr und lassen keine Tendenz in eine bestimmte Richtung erkennen. Zum einen ergeben sich Hinweise, dass *Selbstkontrolle* theoretisch geeignet sein könnte, um zwischen der Anwendung verschiedener *Copingstrategien* zu unterscheiden, zum anderen konnte die Hypothese 4 diese Annahme nicht belegen.

Die die Grundannahme untermauernden Erkenntnisse zeigen wiederum, dass es in der Gesamtbetrachtung keinen Zusammenhang von Geschlecht und Alter hinsichtlich Stressbewältigungsstilen gab, was die Vermutung erlaubt, dass *Selbstkontrolle* hier als verantwortliche Variable in Frage kommen könnte. Die Rechnung einer weiteren Regressionsanalyse allerdings, die sich hierfür als Verfahren grundsätzlich geeignet hätte, konnte nach Sichtung der Ergebnisse allerdings bereits ausgeschlossen werden. Den Faktor der *Selbstkontrolle* hinsichtlich Varianzaufklärung zu überprüfen war nach der Betrachtung der Korrelationsmatrix, in der der Fokus auf der Variablen *Selbstkontrolle* sowie den *Copingstrategien* lag und die lediglich schwache, nicht signifikante Zusammenhänge zeigte, überflüssig.

Es konnte ferner nicht gezeigt werden, dass Personen mit hoher *Selbstkontrolle* ihrer Gesundheit durch erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum mehr schaden als Personen mit niedrigen Werten. Dies ist in so weit logisch, als dass zum einen diese Skala zusammengefasst ist, also keine Trennung zwischen Alkohol- und Zigarettenkonsum stattfindet, zum anderen der Arbeitsplatz an sich zu kritisieren ist, um diese Skala zu verwenden, da die ungezügeltere Performanz eines solches Konsumverhaltens aus Angst vor negativen Konsequenzen durch bspw. Vorgesetzte sehr unwahrscheinlich ist.

Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass es allerdings Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung verschiedener Copingstrategien gibt. Die Personen im Rahmen der Stichprobe müssen demnach eine grundsätzliche Tendenz aufweisen, wie sie auf Stress reagieren und diesen bewältigen.

Die Werte bei den Angaben zur *Selbstkontrolle* sind sehr hoch, die Verteilung ist hier rechtsorientiert. Dies weist drauf hin, dass die Probanden hier sozial erwünschte Angaben gemacht haben könnten. Die konträren, nicht eindeutigen

Ergebnisse könnten demnach auch an der Zusammensetzung der Stichprobe liegen; das Durchschnittsalter der Teilnehmer ist als gering zu bezeichnen. Grund hierfür ist, dass der Fragebogen hauptsächlich durch das soziale Netzwerk *Facebook* und durch *ILIAS* verbreitet wurde. Die Vorteile dieser Möglichkeit der schnellen Informationsverbreitung wurden bereits erläutert, allerdings bedeutet dies auch eine Verzerrung der Stichprobe. Ein Großteil der Teilnehmer sind Studenten und andere junge Menschen. Die systematische Weiterleitung des Fragebogens wirkte dem zwar entgegen, allerdings hält sich der Einfluss dessen in Grenzen; die Altersverteilung ist u.a. in Folge dessen als stark linkslastig zu bezeichnen.

In Bezug auf die deskriptiven Ergebnisse der Skala *Soziale Unterstützung*, welche rechtslastig ist, wird deutlich, dass sich die Altersverteilung aus jungen Probanden zusammensetzt. Die Anzahl der Probanden mit $N = 165$ ist zwar nicht als zu klein zu bezeichnen, allerdings füllten nicht alle den Fragebogen komplett aus, so dass auch hier ein Teil der Daten nicht erhoben und ausgewertet werden konnte. Auch deswegen ist die Annahme, dass Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zweifelsfrei korrekt sind, aufgrund der Stichprobenzusammensetzung als kritisch zu bezeichnen. Die Altersverteilung erklärt die sehr geringen Werte in Bezug auf die Anwendung der *Copingstrategie Halt im Glauben*, die sogar noch unter denen von *Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* liegt. Plausibel ist hier die Annahme, dass bei einem erhöhten Durchschnittsalter auch die Werte von *Halt im Glauben* gestiegen wären. Demnach könnten sich die Ergebnisse der einzelnen Hypothesen bei Veränderung der Stichprobe durchaus als different erweisen.

Zu kritisieren ist ebenfalls die hohe Abbruchquote am Anfang des Fragebogens. Hier ging ein relativ großer Teil an Probanden mit den entsprechenden Daten verloren, so dass durch die daraus entstehende Verminderung der Teilnehmeranzahl auch die Aussagekraft wahrscheinlich geschmälert wurde.

Im Rahmen der Gestaltung des Fragebogens hätten die Items vermischt präsentiert werden können.

In Bezug auf die Formulierung der Hypothesen ist zu sagen, dass teilweise ganze Hypothesen verworfen werden mussten, bloß weil ein Teilergebnis ihnen widersprach. Diese hätten, anders zu Begriff gebracht und entwickelt, differenziertere Ergebnisse bringen können.

6.2 Implikation für Theorie und Praxis

Selbstkontrolle im Kontext der Arbeitspsychologie und der damit in Verbindung stehenden Gesundheit von Arbeitnehmern sowie Arbeitgebern ist ein bislang nur

mäßig erforschtes Gebiet. Nur wenige Instrumente sind generell entwickelt worden, um sich mit dieser Thematik zu beschäftigen. Noch kleiner wird die Anzahl der zur Verfügung stehenden diagnostischen Untersuchungsinstrumente, wenn der Fokus auf den Bereich der reinen Betrachtung der Auswirkungen auf *gesundheitsförderliches* oder eben *gesundheitsschädigendes* Verhalten gelegt wird. Der von Schmidt und Neubach entwickelte Fragebogen ist ein erster Schritt, um eine Vertiefung des Themas anzustreben. Im Rahmen seiner Entwicklung stellte sich heraus, dass das Konstrukt der *Selbstkontrolle* und die damit in Verbindung stehende Fragebogenentwicklung komplex und nicht direkt abgrenzbar zu anderen Konstrukten ist. Auf der Basis dessen kann auch erklärt werden, wie so der Fragebogen im Sinne eines iterativen Prozesses mehrfach adaptiert werden musste, um die Qualität der Gütekriterien zu erhöhen (Schmidt et al., 2010). Eine intensive Beschäftigung mit der Untersuchung von *Selbstkontrolle* und der weiteren Entwicklung diagnostischer Instrumente ist, vor allem bezüglich des steigenden Bedarfs an neuen Erkenntnissen im Rahmen der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, demnach unumgänglich. Dies konnte auch im Rahmen dieser Arbeit gezeigt werden: Ein Teil der Ergebnisse der Hypothesen stützen zum einen erste Vorstellungen von der Bedeutung der *Selbstkontrolle* für die Gesundheit (am Arbeitsplatz), allerdings in indirekter Form; zum anderen sind Teile der Ergebnisse völlig konträr im Hinblick auf die dieser Arbeit zugrunde liegenden Vermutungen. Eine intensive Beschäftigung mit der Thematik, u.a. auch mit einer anders zusammengesetzten Stichprobe, deren Eigenschaften tatsächlich eher der Grundgesamtheit an arbeitenden Personen entsprechen, ist folglich zielführend. Hierbei ist auch zu erwähnen, dass eine feinere Differenzierung der Zielgruppen vorgenommen werden sollte. Der Fokus sollte demnach, wenn es um die Erforschung von Gesundheit von arbeitenden Personen geht, verstärkt auf Arbeitnehmer im tertiären Sektor gelegt werden.

Ferner ist zu empfehlen, dass eine klare Definition der *Selbstkontrolle* im Rahmen des Arbeitsplatzes vorgenommen werden sollte, da gesicherte Erkenntnisse bereits aufzeigen, dass hohe *Selbstkontrolle* negative Auswirkungen haben kann (Muraven et al, 1998).

Ebenfalls muss erkannt werden, dass die theoretische Fundierung des Konstrukts als nicht ausreichend zu bezeichnen ist. Die Gesundheitspsychologie bietet zwar eine Flut an Definitionen und Modellen, es wird allerdings deutlich, dass aufgrund der geringen wissenschaftlichen Unterfütterung des Konzepts verhältnismäßig stark eklektisch vorgegangen werden muss. Eine Möglichkeit, methodisch die Messung der *Selbstkontrolle* zu verbessern, wäre, faktorenanalytisch vorzugehen, um die Entwicklung weiterer Instrumente voranzutreiben.

7 Fazit und Ausblick

Im Rahmen der Untersuchung zur Eignung des Konzepts der *Selbstkontrolle* als Differenzierungsmerkmal für die Anwendung verschiedener *Copingstrategien* unter dem Aspekt von *gesundheitsschädigendem Verhalten* am Arbeitsplatz lässt sich feststellen, dass eine klare Beantwortung dieser Untersuchungsfrage nicht gefunden werden konnte.

Es ist anzumerken, dass die bisher festgestellten Erkenntnisse in Bezug auf die *Selbstkontrolle* in diesem Kontext der Stressbewältigungsstrategien als durchaus erweiterungsfähig zu bezeichnen sind (Schuler et al., 2001), wenngleich dies der Grund zu dieser wissenschaftlichen Arbeit war. Die Vertiefung der *Selbstkontrolle* als ein Konzept im Rahmen der Gesundheitspsychologie ist ein Ansatz, dessen intensive Beschäftigung sich durchaus als lohnenswert herausstellen könnte. Die Gründe, basierend auf den Erkenntnissen dieser wissenschaftlichen Arbeit, werden im folgenden Abschnitt erläutert.

Wenngleich die Literaturrecherche sich in der Ausformulierung des theoretischen Teils wiederfindet und den Versuch abbildet, aus all der Flut von Theorien und Modellen eine Essenz zu bilden, die für die Untersuchung von *Selbstkontrolle* relevant ist, so konnte dennoch im Rahmen der Arbeit festgestellt werden, dass die Entwicklung einer theoretischen Fundierung im engeren Sinne für das Konstrukt im Rahmen der Gesundheits- und Arbeitspsychologie noch entwickelt werden muss. Untersuchungsinstrumente wie ein derartiger Fragebogen sind anfällig für Effekte der sozialen Erwünschtheit, was auch im Rahmen dieser Arbeit festgestellt werden konnte. Zu empfehlen ist die Entwicklung eines stabileren und umfassenden Gerüsts, das Theorie und Empirie einschließt, um Lehre und Wissenschaft bezüglich der Thematik weiterzubringen. Erkenntnisse auf diesem Gebiet haben Potenzial, die Lage der arbeitenden Personen auf dem Arbeitsmarkt bezüglich der eigenen Gesundheit zu verbessern. Auf lange Sicht gesehen kann ebenfalls hieraus abgeleitet werden, dass hiervon mehrere Stakeholder, nicht nur die Arbeitnehmer, profitieren könnten. Die prekäre Lage auf dem deutschen Arbeitsmarkt bezüglich Fehlzeiten, Krankheitsausfällen, chronischer Überlastung und Arbeitsunzufriedenheit, könnte verbessert werden, sodass auf lange Sicht eine solche Entwicklung zum Vorteil der Beteiligten anzunehmen ist (Faltermeier, 2005). Auffallend ist ferner, dass bezüglich des momentan anhaltenden Trends der Beschäftigung mit Prokrastination, deren Terminus ihren Weg mittlerweile zum Teil bis in die Alltagssprache finden konnte, einige Items zur Messung der *Selbstkontrolle* ähnlich der Thematik des Aufschiebens sind (z.B. „Das Erledigen unattraktiver Aufgaben verlangt von mir häufig ein beträchtliches Ausmaß an Überwindung.“). Sich mit der Untersuchung von *Selbstkontrolle* als eventuellen

Gegenpool zur Prokrastination zu beschäftigen wäre ebenfalls als Forschungsinhalt von Interesse.

Im Rahmen der empirischen Untersuchung der Thematik wurden die entwickelten Hypothesen überprüft. Dabei stellte sich heraus, dass in Bezug auf die vorliegende Stichprobe, hoch selbstkontrollierte Personen, im Gegensatz zu vereinzelt auftauchenden Hinweisen in der Literatur, nicht mehr Alkohol und Zigaretten konsumieren als weniger kontrollierte Personen. Ein Zusammenhang zwischen Alter und Geschlecht mit der Anwendung verschiedener *Copingstrategien* konnte nicht gefunden werden. Dies lässt die Vermutung zu, dass *Selbstkontrolle* als Variable durchaus einen Einfluss haben könnte. Der direkte Beleg für die Unterschiede in der Anwendung von *gesundheitsförderlichen* und *gesundheitsschädigenden* Verhaltensweisen, die durch den Grad der *Selbstkontrolle* verursacht werden, blieb allerdings aus, wenngleich grundsätzliche Tendenzen in Bezug auf Reaktion zum Abbau von Stress in der Stichprobe erkannt werden konnten. Demnach lässt sich eine Neigung erkennen, aufkommende Probleme durch ähnliche *Copingstrategien* zu lösen und weniger situationsabhängig vorzugehen. Die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung sind, wie bereits erläutert, nicht eindeutig und teilweise widersprüchlich. Dies spiegelt auch den Stand der Forschung wieder; eine klare Richtung ist noch nicht zu erkennen. Auch deswegen wäre die vertiefte Beschäftigung mit der Thematik zu begrüßen.

Es drängt sich die Frage auf, was Unternehmen konkret veranstalten und anbieten können, um Raum für die Befreiung von Stress zu machen, der direkt durch Arbeit entsteht.

Als Antwort kann gegeben werden, dass eine Bewusstseinsentwicklung angestrebt werden sollte, *Selbstkontrolle* zwar zu begrüßen, Möglichkeiten zur Entspannung allerdings ebenfalls aktiv wahrzunehmen. Denn *Selbstkontrolle* hat nicht nur eine positive Seite (Muraven et al., 1998).

Anzumerken ist, dass eine feinere Differenzierung verschiedener Arbeitnehmergruppen, die sich anhand von unterschiedlichen Eigenschaften aufteilen lassen, vorgenommen werden sollte, um zielgruppenspezifische Ergebnisse zu erhalten und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der unterschiedlichen Gruppen herausarbeiten zu können. Denn auch der Grad erforderlicher Mindestausprägung von *Selbstkontrolle*, um Aufgaben erfolgreich zu erledigen, schwankt stark zwischen verschiedenen Branchen. Es kann angenommen werden, dass zur Durchleuchtung dieses komplexen Themengebiets mit all seinen Variablen und weiteren Unbekannten, großer Aufwand erforderlich sein wird.

V Literaturverzeichnis

- Abel, T. (1997). Gesundheitsverhaltensforschung und Public Health: Paradigmatische Anforderungen und ihre Umsetzung am Beispiel gesundheitsrelevanter Lebensstile. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.). *Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik* (S. 56-61). Bern: Hans Huber.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37, 969-981.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit* (Dt. erw. Aufl. von A. Franke (Hrsg.)). Tübingen: dgvt.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1999). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen* (4. dt. erw. Aufl. von M. Hautzinger (Hrsg.)). Weinheim: Beltz.
- Ehrlich, S. (2006). *Was bestimmt unsere gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen? Eine Untersuchung der Möglichkeiten und Grenzen der Integration der Modelle biopsychosozialer Einflussfaktoren auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen*. Berlin: Pro Business.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Gage, N. L. & Berliner, D. C. (1996). *Pädagogische Psychologie*. Dt. 5. überarb. Aufl. von G. Bach (Hrsg.). Weinheim: Beltz.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie* (18., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Kaluza, G. & Renneberg, B. (2009). Stressbewältigung. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 265-272). Göttingen: Hogrefe.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kirby, K.N. & Petry, N. M. (2004). Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drug-using controls. *Addiction*, 99(4), 461-471.
- Kramis-Aebischer, K. (1996). *Belastung und Belastungsverarbeitung im Lehrberuf* (2. Aufl.). Bern: Paul Haupt.
- Krohne, H. W. (1997). Stress und Stressbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 267-283). Göttingen: Hogrefe.
- Luczak, H. & Schlick, C. (2007). Gestaltung des Arbeitsplatzes. In H. Schuler & K. Sonntag (Hrsg.). *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 175-183). Göttingen: Hogrefe.
- Mansel, J. & Hurrelmann, K. (1994). Außen- und innengerichtete Formen der Problemverarbeitung Jugendlicher. Aggressivität und psychosomatische Beschwerden. *Soziale Welt*, 45, 147-79.

- Meller, S. (2008). *Selbstverwirklichung als triadisches Konzept in der Gesundheitspsychologie. Eine integrative Sicht auf Persönlichkeit und Salutogenese*. Marburg: Tectum Verlag.
- Muraven, M., Tice, D. & Baumeister, R. F. (1998). Self-control as a limited resource: Regulatory depletion patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 774-789.
- Muthny, F. A. & Bengel, J. (2009). Krankheitsverarbeitung. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 357-367). Göttingen: Hogrefe.
- Nater, U.M. & Ehler, U. (2006). Stressabhängige körperliche Beschwerden. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 871- 881). Heidelberg: Springer.
- Neubach, B. (2004). *Psychische Kosten von Formen der Selbstkontrolle bei der Arbeit. Entwicklung, Rekonzeptionalisierung und Validierung eines Messinstruments*. Dortmund: Universitätsbibliothek Technische Universität Dortmund.
- Nüsser, C.: *Neuronale Korrelate von Delay Discounting. Zusammenhänge von Persönlichkeit, Geschlecht, Nikotinabhängigkeit und genetischen Faktoren*. Verfügbar unter: www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/2342/-Dissertation_Nuesser.pdf (10.11.2012).
- Pschyrembel, W., Dornblüth, O. & Zink, C. (1990). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (264. neu bearb. Aufl.). Berlin: De Gruyter.
- Renneberg, B., Erken, J. & Kaluza, G. (2009). Stress. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 139-146). Göttingen: Hogrefe.
- Satow, L. (2012a). *Stress- und Copinginventar (SCI): Test- und Skaldokumentation. Online im Internet*. Verfügbar unter: <http://www.drSATOW.de/> (29.11.2012).
- Satow, L. (2012b). PSYNDEX Tests-Dokument: 6508 (Manuskriptfassung). Verfügbar unter: http://www.zpid.de/pub/tests/6508_SCI_2012.pdf (29.11.2012).
- Schmidt, K.-H., Neubach, B. & Heuer, H. (2007). Self-control demands, cognitive control deficits, and burn out. *Work & Stress*, 21, 142-154.
- Schmidt, K.-H. & Neubach, B. (2010). Selbstkontrollanforderungen bei der Arbeit. Fragebogen zur Erfassung eines bislang wenig beachteten Belastungsfaktors. *Diagnostica*, 56 (3), 133-143.
- Schmidt, L. (1997). Gesundheitssystemforschung aus systemischer Perspektive. In R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 613-630, 2., aktualisierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schuler, H. & Prochaska, M. (2001). *LMI - Leistungsmotivationsinventar*. Verfügbar unter: <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/infetest/WEB-Informationssystem/de/4dee01/4095f55f5e804c8d83720bb042bf07c1.pdf> (06.02.2013).

- Van den Bergh, F., Spronk, M., Ferreira, L., Bloemarts, E., Groenink, L., Oliver, B. & Ossting, R. (2006). Relationship of delay aversion and response inhibition to extinction learning, aggression, and sexual behavior. *Behavioral Brain Research*, 175(1), 75-81.
- Voglrieder, S. (2008). Krankenstand und Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.). *Fehlzeitenreport 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 467-483). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- WHO (Hrsg.) (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* as Adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946 by the Representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Wydler, H. (2011). *Sport, Freizeit, Körper und Gesundheit: Gesundheitliche Lebensstile 20-jähriger*. Glarus: Rüegger Verlag.

VI Anhang

Anhang 1: Fragebogen in Word-Version

1 Begrüßung

Lieber Teilnehmerinnen und Teilnehmer,
schön, dass Sie den Weg zu diesem Link gefunden haben!

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit untersuche ich die Eignung des psychologischen Konzepts "Selbstkontrolle", um dadurch zwischen verschiedenen Stressbewältigungsstrategien unterscheiden zu können.

Hierbei freue ich mich über Ihre Unterstützung! Das Ausfüllen dieses Fragebogens wird in etwa zehn Minuten dauern.

Bitte antworten Sie möglichst **spontan** und **ehrlich**. Es gibt **keine richtigen oder falschen Antworten!**

Selbstverständlich sind Ihre Aussagen **völlig anonym** und werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Falls Sie Fragen haben oder an den Ergebnissen interessiert sind, können Sie mich jederzeit unter **teresa_hans@gmx.de** kontaktieren!

Bitte beachten Sie, dass Sie für die Teilnahme an dieser Umfrage entweder **Schüler**, **Berufstätiger** oder **Student** sein müssen und mindestens **16 Jahre alt**.

Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen!

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß!

Teresa Hans

2 Definition Berufstätigkeit erfüllt?

Was ist Ihre primäre Beschäftigung im Moment?

Ich bin zur Zeit

- Berufstätig
- Schüler
- Student
- Nichts davon

Filterfrage Berufstätigkeit

Sehr geehrter Teilnehmer,

hiermit ist die Umfrage bereits beendet.

Vielen herzlichen Dank!

3 Impulskontrolle

*In wie weit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?
Bitte beantworten Sie möglichste alle Fragen.*

1 = trifft garnicht zu

2 = trifft wenig zu

3 = teils teils

4 = trifft überwiegend zu

5 = trifft garnicht zu

Bei meiner Arbeit darf ich mich unter keinen Umständen zu spontanen Reaktionen hinreißen lassen.

Meine Arbeit verlangt von mir, niemals die Beherrschung zu verlieren.

Auch wenn ich manchmal sehr gereizt bin, darf ich mir das auf keinen Fall anmerken lassen.

Bei meiner Arbeit darf ich nie ungeduldig werden.

Bei meiner Arbeit muss ich jedes Wort auf die Goldwaage legen, bevor ich etwas sage.

Bei meiner Arbeit darf ich mich niemals gehen lassen.

4 Überwinden innerer Widerstände

Das Erledigen unattraktiver Aufgaben verlangt von mir häufig ein beträchtliches Ausmaß an Überwindung.

Bei einigen meiner Arbeitsaufgaben muss ich mich richtig darum bemühen, dass ich sie nicht zugunsten attraktiverer Aufgaben unerledigt lasse.

Bestimmte Aufgaben in Angriff zu nehmen, kostet mich manchmal einiges an Überwindung.

Einige meiner Arbeitsaufgaben sind so, dass ich mich richtig zwingen muss, sie zu erledigen.

Einige meiner Arbeitsaufgaben kann ich nur gegen innere Widerstände bearbeiten.

5. Ablenkungen widerstehen

Um meine Arbeitsziele zu erreichen, darf ich mich nicht ablenken lassen.

Meine Arbeit verlangt von mir, Ablenkungen möglichst zu ignorieren.

Um mein Arbeitspensum zu schaffen, muss ich mich dazu zwingen, keine Zeit mit Nebensächlichkeiten zu vergeuden.

Wenn ich meine Arbeit erfolgreich bewältigen will, darf ich irgendwelchen Ablenkungen nicht nachgeben.

6 Positives Denken

Ich sage mir, dass Stress und Druck auch ihre guten Seiten haben.

Ich sehe Stress und Druck als positive Herausforderung an.

Bei Stress und Druck konzentriere ich mich einfach auf das Positive.

Auch wenn ich sehr unter Druck stehe, verliere ich meinen Humor nicht.

7. Aktive Stressbewältigung

Ich tue alles, damit Stress gar nicht erst entsteht.

Ich mache mir schon vorher Gedanken, wie ich Zeitdruck vermeiden kann.

Ich versuche Stress schon im Vorfeld zu vermeiden.

Bei Stress und Druck beseitige ich gezielt die Ursachen.

8. Soziale Unterstützung

Wenn ich unter Druck gerate, habe ich Menschen, die mir helfen.

Egal wie schlimm es wird, ich habe gute Freunde, auf die ich mich immer verlassen kann.

Wenn ich mich überfordert fühle, gibt es Menschen, die mich immer wieder aufbauen.

Bei Stress und Druck finde ich Rückhalt bei meinem Partner oder einem guten Freund.

9. Halt im Glauben

Bei Stress und Druck finde ich Halt im Glauben.

Gebete helfen mir dabei, mit Stress und Bedrohungen umzugehen.

Egal wie schlimm es wird, ich vertraue auf höhere Mächte.

Bei Stress und Druck erinnere ich mich daran, dass es höhere Werte im Leben gibt.

10. Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum

Wenn mir alles zu viel wird, greife ich manchmal zur Flasche.

Bei Stress und Druck entspanne ich mich abends mit einem Glas Wein oder Bier.

Egal wie groß der Stress wird, ich würde niemals wegen Stress zu Alkohol oder Zigaretten greifen.

Wenn ich zuviel Stress habe, rauche ich eine Zigarette.

11. Geschlecht

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an
Ich bin...

weiblich

männlich

12. Alter

Bitte geben Sie Ihr Alter in vollen Jahren an:

13. Primäre Beschäftigung

Bitte geben Sie als letztes an, wo sie primär arbeiten?

- Angestelltenverhältnis
- Selbstständigkeit
- Student an einer Universität
- Student an einer Fachhochschule
- Schüler an einer weiterführenden Schule

14. Ende

Hiermit ist der Fragebogen beendet.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Die Eignung des Konzepts der Selbstkontrolle als Differenzierungsmerkmal für die Anwendung verschiedener Copingstrategien unter dem Aspekt von gesundheitsschädigendem Verhalten am Arbeitsplatz“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Die Stellen der Arbeit, einschließlich der Tabellen und Abbildungen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall kenntlich gemacht und die Herkunft nachgewiesen.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen und wurde auch noch nicht veröffentlicht.

Köln, 06.02.2013