

FernUniversität in Hagen
Lehrgebiet für Gesundheitspsychologie
Studiengang M.Sc. Psychologie

Masterarbeit

**Zusammenhänge zwischen adaptiven
Zielanpassungsstrategien und Gesundheit im
Arbeitskontext**

Betreuerin und Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Christel Salewski
Zweitgutachterin: Frau Dr. Julia Eggermann

Eingereicht von:	Andrea Felka
Matrikelnummer:	q7547803
Anschrift:	Ulmenallee 41 44803 Bochum
Telefon:	0234 938 03 17
Mail:	andrea.felka@fernuni-hagen.de

Bochum, 1. Oktober 2014

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Zusammenfassung	6
Abstract	7
1 Einleitung	8
2 Theoretischer Hintergrund und empirischer Forschungsstand	14
2.1 Ziele und Gesundheit	14
2.1.1 Begriffsbestimmungen	14
2.1.2 Beschreibungsmerkmale persönlicher Ziele	15
2.1.3 Berufliche Ziele	19
2.1.4 Zusammenhang zwischen Beschreibungsmerkmalen persönlicher Ziele und Gesundheit	20
2.2 Adaptive Ziellanpassungstendenzen	22
2.2.1 Theoretischer Hintergrund	22
2.2.2 Forschungsstand zu Ziellanpassungstendenzen und Gesundheit	24
2.3 Stress und Stressbewältigungsstrategien	26
2.3.1 Stress und Stresskonzeptionen	26
2.3.2 Stressbewältigungsstrategien	27
2.4 Forschungsfragen und Hypothesen	29
3 Methode	31
3.1 Stichprobe und Ablauf der Untersuchung	31
3.2 Erhebungsinstrumente	32
3.2.1 Adaptive Ziellanpassungstendenzen	32
3.2.2 Physischer Gesundheitsstatus	33
3.2.3 Subjektives Wohlbefinden	33
3.2.4 Berufliche Ziele	35
3.2.5 Copingstrategien.	37
3.2.6 Übersicht über die Reliabilitäten der verwendeten Skalen.	38
3.3 Datenanalyse	38
3.3.1 Testung der Hypothesen 1 und 2.	39
3.3.2 Testung von Hypothese 3.	39
3.3.3 Testung von Hypothese 4.	41
3.3.4 Testung von Hypothese 5.	42
3 Ergebnisse	43
4.1 Deskriptive Statistiken	43

4.2	Ergebnisse Hypothese 1	48
4.3	Ergebnisse Hypothese 2	49
4.4	Ergebnisse Hypothese 3	51
4.5	Ergebnisse Hypothese 4	54
4.6	Ergebnisse Hypothese 5	60
4	Diskussion und Ausblick	63
5.1	Interpretation und Diskussion der Stichprobe und der deskriptiven Daten	63
5.2	Interpretation und Diskussion der Hypothesen 1 und 2	65
5.3	Interpretation und Diskussion der Hypothesen 3 und 4	66
5.4	Interpretation und Diskussion von Hypothese 5	69
5.5	Weitere Diskussionspunkte	70
5.6	Fazit und Ausblick	70
	Literaturverzeichnis	74
	Anhang A: Fragebogen	83
	Anhang B: Tabellen zu deskriptiven Statistiken	91
	Anhang C: Abbildungen und Tabellen zu Hypothese 4	94
	Anhang D: Abbildungen und Tabellen zu Hypothese 5	99
	Erklärung	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Klassifikation von Zieltheorien nach Ebert (2005)	17
Tabelle 2	Kategorien beruflicher Ziele nach Zacher et al. (2009)	36
Tabelle 3	Reliabilitäten der Skalen	38
Tabelle 4	Mittelwerte, Standardabweichungen und Reliabilitäten der Hauptkonstrukte	44
Tabelle 5	Bivariate Korrelationen der Hauptkonstrukte nach Pearson	45
Tabelle 6	Signifikante Korrelationen der Hauptkonstrukte mit demografischen Variablen	46
Tabelle 7	Mittelwerte Standardabweichungen und Reliabilitäten beruflicher Ziele (Erfolg)	47
Tabelle 8	Bivariate Korrelationen beruflicher Ziele (Erfolg) mit den Hauptkonstrukten	47
Tabelle 9	Hierarchische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von körperlicher Gesundheit durch Zielentbindung und Zielneubindung	48
Tabelle 10	Hierarchische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von subjektivem Wohlbefinden durch Zielentbindung und Zielneubindung	51
Tabelle 11	Indirekte Effekte von Zielentbindung über den Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele auf die Kriterien von Gesundheit	52
Tabelle 12	Indirekte Effekte von Zielneubindung über den Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele auf die Kriterien von Gesundheit	53
Tabelle 13	Indirekte Effekte von Zielentbindung über Inhaltsbereiche beruflicher Ziele auf wahrgenommenen Stress	57
Tabelle 14	Indirekte Effekte von Zielneubindung über Inhaltsbereiche beruflicher Ziele auf physische Gesundheit	59
Tabelle 15	Indirekte Effekte von Zielneubindung über die Copingstrategien aktive Bewältigung, positives Denken und soziale Unterstützung auf physische Gesundheit	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Adaptive Selbstregulation bei Schwierigkeiten mit der Zielerreichung (nach Wrosch et al., 2013).	24
Abbildung 2.	Transaktionales Stressmodell (nach Vollmann & Weber, 2011).	29
Abbildung 3.	Voraussetzungen für das Vorliegen einer Mediation nach Baron und Kenny (1986).	40
Abbildung 4.	Zusammenhang zwischen Zielentbindung und Gesundheit mediiert über den Erfolg bei der Zielerreichung.	52
Abbildung 5.	Zusammenhang zwischen Zielneubindung und Gesundheit mediiert über den Erfolg bei der Zielerreichung.	53
Abbildung 6.	Zusammenhang zwischen Zielentbindung und Gesundheit mediiert über die Inhaltbereiche beruflicher Ziele.	56
Abbildung 7.	Zusammenhang zwischen Zielneubindung und physischer Gesundheit mediiert über die Inhaltbereiche beruflicher Ziele.	59
Abbildung 8.	Zusammenhang zwischen Zielneubindung und Gesundheit mediiert über die Copingstrategien.	62

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden Zusammenhänge zwischen adaptiven Ziellanpassungsstrategien (Zielentbindung und Zielneubindung) und Gesundheit im Arbeitskontext untersucht. Unter Gesundheit wird sowohl das körperliche Wohlbefinden als auch das subjektive Wohlbefinden verstanden. Selbstregulationsprozesse von adaptiven Ziellanpassungsstrategien gehen davon aus, dass diese Prozesse sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Zusätzlich zur Untersuchung der linearen Zusammenhänge zwischen Ziellanpassungsstrategien und Gesundheit wurden Mediatoren aufgenommen, welche diese Zusammenhänge eventuell vermitteln. Bei den Mediatoren handelte es sich zum einen um die Zieldimension Erfolg bei der Realisierung von beruflichen Zielen, um zehn Inhaltsbereiche von beruflichen Zielen sowie um fünf Copingstrategien.

Die Datenerhebung erfolgte anhand einer querschnittlichen Fragebogenstudie im Online-Format. Die Stichprobe bestand aus 229 berufstätigen Personen. 27 % der Teilnehmer waren männlich und 73 % weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 39.85 Jahren ($SD = 11.26$). Die Umfrage wurde in der Zeit vom 28. Mai 2014 bis 13. Juli 2014 durchgeführt.

Für die Untersuchung der linearen Zusammenhänge wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Die vermittelnden Einflüsse wurden mittels einfachen und multiplen Mediationsanalysen nach Preacher und Hayes (2004, 2008) untersucht.

Hypothese 1, dass sich Ziellanpassungstendenzen positiv auf die körperliche Gesundheit auswirken, konnte zum Teil für Zielentbindung bestätigt werden. Hypothese 2, dass sich Ziellanpassungstendenzen positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirken konnte für Zielneubindung bestätigt werden. Für die vermittelnde Rolle von Zieldimensionen und Zielinhalten (Hypothese 3 und 4) konnten sowohl für Zielentbindung als auch für Zielneubindung signifikante Zusammenhänge gefunden werden. Die Untersuchung, ob weitere Copingstrategien den Zusammenhang vermitteln (Hypothese 5), konnte für Zielneubindung bestätigt werden.

Die Befundlage ist uneinheitlich. Weitere Forschung könnte sich beispielsweise auf die Untersuchung der unterschiedlichen Effekte von Zielentbindungs- und Zielneubindungstendenzen auf positive und negative Indikatoren von subjektivem Wohlbefinden unter Berücksichtigung weiterer Mediatoren und Moderatoren beziehen.

Schlüsselwörter: Zielentbindung, Zielneubindung, Selbstregulation, subjektives Wohlbefinden, physische Gesundheit, berufliche Ziele, Copingstrategien

Abstract

The present study examined associations between goal adjustment strategies (goal disengagement and goal reengagement) and health in the work context. Health is understood both as physical well-being and as subjective well-being. Theories of self-regulation assume that goal adjustment tendencies are associated with indicators of physical health and subjective well-being. In addition to the examination of linear relationships between goal adjustment strategies and health, mediators were added. The following mediators were investigated: The goal dimension success with the realization of work goals, ten content areas of work goals and last five coping strategies.

The data was collected by using an online, cross-sectional questionnaire study. The sample consisted of 229 working professionals. 27 % of the participants were male and 73 % were female. The average age ($SD = 11.26$) was 39.85 years. The survey was conducted from 28 May 2014 to 13 July 2014.

For the investigation of the linear relationships between goal adjustment strategies and health multiple regression analyses were performed. The mediating effects were analyzed by simple and multiple mediation analyses by Preacher and Hayes (2004, 2008).

Hypothesis 1, that goal adjustment tendencies have a positive effect on physical health, could be partly confirmed for goal disengagement. Hypothesis 2, that goal adjustment tendencies have positive effects on subjective well-being could be confirmed for goal reengagement. For the mediating role of goal dimensions and goal contents (hypothesis 3 and 4) significant associations were found for goal disengagement as well as for goal reengagement. The examination whether coping strategies mediate the relationship between goal adjustment strategies and health (Hypothesis 5) could be confirmed for goal reengagement.

The results of the current research are partly inconsistent. Further research could, for example, relate to the examination of the different effects of goal disengagement and goal reengagement tendencies on positive and negative indicators of subjective well-being considering additional mediators and moderators.

Keywords: goal disengagement, goal reengagement, self-regulation, subjective well-being, physical health, work goals, coping strategies

1 Einleitung

„Allein die Tatsache, dass ein Ziel nicht erreichbar erscheint, soll nicht bedeuten, dass dieses Ziel als solches in Frage gestellt wird.“

Gerald Dunkl (*1959), österreichischer Psychologe

„Wer im Leben kein Ziel hat, verläuft sich.“

Abraham Lincoln (1806 – 1865), 16. Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika

„Jeder muss sich ein Ziel setzen, das er nicht erreichen kann, damit er stets zu ringen und zu streben habe.“

Johann Heinrich Pestalozzi (1746 – 1827), Schweizer Pädagoge und Reformator

Die Zitatenliste könnte viele Seiten füllen, da es eine Vielzahl von Zitaten zum Begriff Ziele gibt. Viele davon beinhalten allerdings die Botschaft, dass man die Erreichung gesetzter Ziele nicht aus den Augen verlieren sollte. Wenig thematisiert wird die Tatsache, dass es unter Umständen auch förderlich sein kann, ein unerreichbares Ziel aufzugeben oder sich neue, realistischere Ziele zu setzen. Man stelle sich das an einem einfachen Beispiel vor: Eine Frau möchte ihre Freundin im dritten Stock eines Mehrfamilienhauses besuchen. Als sie vor dem Haus ankommt sieht sie, dass aus dem dritten Stock Flammen schlagen. In diesem Fall wäre es wenig hilfreich, wenn nicht gar gesundheitsschädigend, wenn sie an ihrem Ziel die Freundin zu besuchen festhalten würde, ratsamer wäre es, die Feuerwehr zu rufen.

Was sind eigentlich Ziele? Eine einfache, allgemeine Definition aus der Wirtschaft lautet „Sollgröße mit der ein Istzustand verglichen wird, der so lange zu bearbeiten ist, bis er dem Sollzustand entspricht“ (Ramb, 2014). Im psychologischen Sinne ist das Streben nach Zielen eine wichtige Komponente persönlicher Entwicklung und subjektiven Wohlbefindens. „Ziele strukturieren unser Leben und geben ihm Sinn und Richtung. Die Realisierung von Zielen verschafft Selbstbewusstsein und Zufriedenheit“ (Wolf, 2011). Somit decken sich diese Definitionen mit den obigen Zitaten. Etwas negativ mutet das Zitat von Johann Heinrich Pestalozzi an, welches den Aspekt des Wohlbefindens bei erfolgreicher Zielerreichung außeracht lässt.

Es ist unstrittig, dass Zielvorhaben von unterschiedlichem Erfolg gekrönt sind. Dabei scheint es interindividuelle Unterschiede zu geben, wie erfolgreich Menschen bei der Realisierung ihrer Ziele sind. Manche Menschen erscheinen zielstrebig und

zufriedener hinsichtlich der Erreichung von gesetzten Zielen. Andere wiederum klagen über Misserfolge in der Zielverfolgung und damit über geringeres Wohlbefinden. Die psychologische Zieleforschung hat sich eingehend mit diesen interindividuellen Unterschieden von Personen und dem Zusammenhang zwischen Zielen und Gesundheit auseinandergesetzt (z.B. Maes & Karoly, 2005).

Die Bedeutung von Zielen für die Motivation, das Erleben und Verhalten von Menschen, wurde in der Motivations- und Persönlichkeitspsychologie vielfach untersucht und als persönliche Ziele konzipiert (Cantor, 1990; Emmons, 1996; Little 1983). Unter persönlichen Zielen werden Anliegen, Projekte und Bestrebungen bezeichnet, die eine Person in ihrem Alltag verfolgt und in Zukunft erreichen möchte.

Was aber geschieht, wenn Umstände oder Situationen eintreten, die das Erreichen der gesetzten Ziele verhindern und somit das Wohlbefinden gefährdet ist? Wie Menschen mit Schwierigkeiten bei der Zielerreichung umgehen, kann durch viele Faktoren wie zum Beispiel das Ausmaß der Zielbindung oder selbstregulatorische Prozesse beeinflusst sein.

Einen Ansatz zum Umgang mit nicht erreichbaren Zielen haben Wrosch und Kollegen (2003) entwickelt. Die Autoren argumentieren, dass persistente Zielverfolgung nur ein Teil adaptiver Selbstregulation ist und dass ein ebenso bedeutender Teil des Prozesses in der Aufgabe von persönlichen Zielen liegt, sofern die Zielerreichung gefährdet ist. Diesen Teil sehen die Autoren als wichtige Facette adaptiver Selbstregulation an. Weiterhin nehmen sie an, dass Personen in Situationen, in denen sie mit unerreichbaren Zielen konfrontiert werden, davon profitieren wenn sie sich von diesen Zielen lösen und sich alternative Ziele suchen. Eine wichtige Implikation dieser Annahme ist, dass die adaptive Selbstregulation bei nicht erreichbaren Zielen von der Verfügbarkeit alternativer Ziele abhängt. Wenn neue Ziele vorhanden sind und sich eine Person an diese neuen Ziele bindet, kann das den Distress reduzieren, der aus dem Wunsch, das unerreichbare Ziel zu erreichen, entsteht.

Anstrengung und hartnäckige Zielverfolgung sind demnach nicht immer die besten Antworten auf zielbezogene Schwierigkeiten. Stattdessen gibt es zwei unterschiedliche Kategorien individueller Antworten auf zielbezogene Herausforderungen. Eine Kategorie bezieht sich auf das fortgeführte Engagement einer Person hinsichtlich eines bedrohten Ziels. Diese Kategorie beinhaltet eine Erneuerung der Zielbindung und sollte dann adaptiv sein, wenn eine Person ausreichende Möglichkeiten hat, weitere Fortschritte bei der Zielerreichung zu machen. Sind diese Möglichkeiten nicht vorhanden, kommt die zweite Antwort zu tragen: die Person löst sich von dem bedrohten Ziel und engagiert sich in anderen neuen Zielen. Diese Prozesse von Zielentbindung und

Zielneubindung sollten sich positiv auf das subjektive Wohlbefinden und die körperliche Gesundheit auswirken. Subjektives Wohlbefinden wird in der vorliegenden Arbeit als das Vorhandensein von geringen depressiven Symptomen, geringem wahrgenommenem Stress sowie hoher Lebenszufriedenheit verstanden.

Ob das subjektive Wohlbefinden, zu dem auch geringer wahrgenommener Stress zählt, wirklich durch Zielanpassungstendenzen verbessert wird, hängt nicht zuletzt auch damit zusammen, wie eine Person mit Stress umgeht. Die individuellen Bewältigungsstrategien einer Person könnten den Zusammenhang zwischen Zielanpassungsstrategien und subjektivem Wohlbefinden verstärken.

Da sich die vorliegende Arbeit mit den Zusammenhängen von adaptiven Zielanpassungsstrategien (Zielentbindung und Zielneubindung) und Gesundheit im Sinne von subjektivem Wohlbefinden und körperlicher Gesundheit im Arbeitskontext beschäftigt, wird im Folgenden darauf eingegangen, inwieweit im beruflichen Kontext Zielanpassungsstrategien zum Tragen kommen können.

Der Wandel der Arbeitswelt kann dazu führen, dass Menschen gezwungen sind, ihre persönlichen beruflichen Ziele immer wieder zu revidieren oder sich von ihnen zu lösen, was sich wiederum auf die Gesundheit auswirken kann. „Job ist Stressfaktor Nummer eins“ titulierte unlängst eine deutsche Tageszeitung (Ruhr Nachrichten, 2014). Darin wurden Ergebnisse einer Studie berichtet, nach denen fast jeder sechste Krankschreibungstag in Deutschland psychisch bedingt ist (Techniker Krankenkasse, 2013).

Dieser Wandel in der Arbeitswelt hat vielfältige Gründe wie beispielsweise Arbeitsverdichtung, demografischer Wandel, Globalisierung, Wertewandel, Beschleunigung, Technisierung, Arbeitsplatzunsicherheit, Standortverlagerung, Personalabbau oder atypische Beschäftigungsverhältnisse.

Exemplarisch wird nachfolgend auf einige diese Aspekte näher eingegangen. Die Zahl der Arbeitslosen hat sich seit 2006 bis auf saisonbedingte Schwankungen kontinuierlich verringert. Im Jahr 2005 lag die Arbeitslosenquote in Deutschland noch bei 13%, wohingegen sie im August 2014 bei 6,7% lag (Bundesagentur für Arbeit, 2014). Dennoch vergeht kaum ein Tag, an dem man nicht der Presse entnehmen kann, dass große und namhafte Unternehmen Stellen abbauen, Standorte schließen oder verlagern. Im ersten Quartal 2013 kündigte beispielsweise Thyssen-Krupp einen Stellenabbau von 2.000 Mitarbeitern an, die Commerzbank von 1.800 Mitarbeitern, die Deutsche Telekom von 1.200 Mitarbeitern und Daimler von 800 Mitarbeitern, um nur einige zu nennen (Statista.com, 2014). Berühmte Beispiele für Standortverlagerungen oder –schließungen sind für Bochum beispielsweise Nokia (Verlagerung), Opel

(Schließung) und jüngst auch BP (Gerüchte über Verlagerung). Personalabbau und Umstrukturierungen führen dazu, dass die gleiche Arbeit von immer weniger Personen in immer kürzerer Zeit gemacht werden muss. Die so entstehende Arbeitsverdichtung und der steigende Arbeitsdruck für die (verbliebenen) Beschäftigten können mittel- und langfristig zu gesundheitlichen Schäden führen (Arbeitsrecht.de, 2014).

Zu diesem Ergebnis kommt auch die oben genannte Studie der Techniker Krankenkasse (2013). Für diese Studie wurden zwischen dem 5. und 17. September 2013 1.000 deutschsprachige Personen ab 18 Jahren per strukturiertem Telefoninterview zu ihrem Stresslevel sowie zu Auslösern und Folgen von Stress befragt. Die Stichprobe repräsentierte den Querschnitt der volljährigen Bevölkerung in Deutschland. Wesentliche Ergebnisse in Bezug auf die vorliegende Arbeit waren, dass mit dem Bildungsabschluss auch der Stresslevel steigt. Wer einen niedrigen Bildungsabschluss hat, hat auch einen geringeren Stresslevel. Ganz oben auf der Liste der Stressfaktoren steht bei den Menschen in Deutschland die Arbeit, also Beruf oder Schule und Studium. Jeder zweite, der sich mindestens selten gestresst fühlt, nennt sie als hauptsächliche Stressursache. Dabei sind es nicht unregelmäßige Arbeitszeiten oder Nachtschichten, die am meisten stressen. Der gestresste Durchschnittsarbeitnehmer arbeitet Vollzeit, hat regelmäßige Arbeitszeiten von 41 Stunden oder mehr und arbeitet nicht im Schichtdienst. Als Gründe für die hohe Belastung stehen an erster Stelle zu viel Arbeit (65%), danach folgen Termindruck, Hetze (62%), Störungen (54%), Informationsflut (41%), Lärm, Hitze, Kälte usw. (40%) ungenaue Vorgaben (38%) und ungerechte Bezahlung (33%). Nur sieben Prozent derer, die häufig gestresst sind, bezeichnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut, gleiches gilt für das psychische Wohlbefinden.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Auftrag gegebene Stressreport (2012). Dafür wurden zwischen Oktober 2011 und März 2012 fast 18.000 Erwerbstätige telefonisch zu psychischen Anforderungen, Ressourcen und das psychische Befinden am Arbeitsplatz befragt. Es zeigt sich zwar ein leichter Rückgang der psychischen Anforderungen im Vergleich zu 2005/2006, jedoch befinden sich die psychischen Anforderungen auch 2011/2012 auf einem hohen Niveau. Spitzenreiter bei den Belastungen sind dabei Multitasking, starker Termin- und Leistungsdruck, ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge sowie Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit. Bei Beschäftigten mit Führungsverantwortung sind diese Belastungen höher. Besonders betroffen sind Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen. Auch

berufliche Unsicherheit, wie zum Beispiel befristete Arbeitsverträge oder Zeitarbeit zählt zu den Belastungsfaktoren.

Eine Publikation des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen zur Entwicklung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz (Ulich, 2008) berichtet zwar von einem Rückgang der Arbeitsunfälle, jedoch gibt es diesen Trend bei den arbeitsbedingten Erkrankungen nicht. Diese werden auf 30% aller Ausfalltage am Arbeitsplatz geschätzt. Traditionell sind Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems am häufigsten, wobei hier ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist (von 27,6 % im 2001 auf 23,3 % im Jahr 2005). Bei dem Anteil der psychischen Störungen und der Verhaltensstörungen hingegen ist ein drastischer Anstieg zu verzeichnen (von 6,6 % im Jahr 2001 auf 10,5 % im Jahr 2005). Der Autor zeigt Zusammenhänge zwischen arbeitsbedingtem Stress und Rücken- und Muskelschmerzen sowie depressiven Symptomen auf. Es wird geschätzt, dass bis 2020 die depressiven Verstimmungen nach den Herzerkrankungen an zweiter Stelle der weltweiten Krankheitsbelastung stehen werden.

Auch hinsichtlich des Beschäftigungsverhältnisses, kann vermutet werden, dass Personen, die in unsicheren oder atypischen Arbeitsverhältnissen stehen, häufiger damit konfrontiert werden, ihre beruflichen Ziele aufzugeben oder sich neue Ziele zu setzen. Unter atypischen Beschäftigungsverhältnissen versteht man befristet Beschäftigte, Beschäftigte mit einer Wochenarbeitszeit unter 20 Stunden, geringfügig Beschäftigte und Zeitarbeitnehmer/-innen¹. Auch wenn die Zahl der atypischen Beschäftigungsverhältnisse seit 2012 laut Statistischem Bundesamt (2013) leicht rückläufig ist, machen sie mit 21,8 % immer noch ein gutes Fünftel aller Beschäftigungsverhältnisse aus. Seit 1991 war der Anteil atypisch Beschäftigter (12,8 %) nahezu kontinuierlich gestiegen und hatte 2007 seinen bislang höchsten Wert von 22,6 % erreicht. Seitdem blieb er knapp unter diesem Niveau und war 2012 nun erstmals rückläufig. Das Konzept der Zeitarbeitnehmer gibt es in Deutschland erst seit 2006. Die Zahl der Beschäftigten in Normalarbeitsverhältnissen ist seit 2006 gestiegen. Unter einem Normalarbeitsverhältnis versteht man eine unbefristete, sozialversicherungspflichtige und abhängige Vollzeitbeschäftigung. Im weiteren Sinne zählen dazu auch unbefristete Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse (Dietz & Walwei, 2006). Im Jahr 2012 erhöhte sich die Anzahl der Beschäftigten in Normalarbeitsverhältnissen um 504.000 auf 24,2 Millionen. Von der Zunahme entfielen 116.000 auf Teilzeitbeschäftigte mit mehr als 20 Stunden (+ 4,4 %) und 388.000 auf Beschäftigte in Vollzeit (+ 1,8 %). Diese positive Entwicklung trug dazu bei, dass sich die Zahl der Kernerwerbstätigen, die sich

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird überwiegend die männliche Form verwendet.

maßgeblich aus Beschäftigten in Normalarbeitsverhältnissen und den atypisch Beschäftigten, aber auch Selbstständigen und unbezahlt mithelfenden Familienangehörigen zusammensetzen, um 341.000 Personen erhöht hat. Zu den Kernerwerbstätigen werden alle Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren gerechnet, die sich nicht in Bildung oder Ausbildung befanden. Die Selbstständigenquote, die den Anteil des Selbstständigen und mithelfenden Familienangehörigen an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen misst, betrug 2012 11 % und lag damit um einen Prozentpunkt höher als noch elf Jahre zuvor. Allerdings liegt diese erheblich unter dem Durchschnitt der Europäischen-Union, der bei 15,2 % liegt (Statistisches Bundesamt, 2013).

Dies waren ein paar Beispiele dafür, inwieweit der Wandel in der Arbeitswelt dazu beitragen kann, das körperliche und subjektive Wohlbefinden zu beeinträchtigen und inwiefern adaptive Zielanpassungsstrategien dies gegebenenfalls puffern können. Die Begriffe Zielanpassungsstrategien und Zielanpassungstendenzen werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet. Ziel der Arbeit ist es, die einzelnen empirisch belegten Zusammenhänge zwischen (beruflichen) Zielen und Gesundheit, Zielanpassungstendenzen und Gesundheit sowie Stressbewältigungsstrategien und Gesundheit in einen Gesamtzusammenhang zu bringen.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich zunächst mit dem theoretischen Hintergrund und dem empirischen Forschungsstand zu Zielen im Allgemeinen, beruflichen Zielen, Zusammenhängen zwischen Zielen und Gesundheit, adaptiven Zielanpassungstendenzen sowie deren Zusammenhängen zu Gesundheit und Stress- und Stressbewältigungsstrategien. Zielanpassungstendenzen werden in das Modell *adaptive Selbstregulation bei Schwierigkeiten mit der Zielerreichung* von Wrosch et al. (2003) eingebunden. Stressbewältigungsstrategien beruhen auf dem *Transaktionalen Stressmodell* nach Lazarus und Folkman (1984). Darauf aufbauend werden die Fragestellungen sowie die Hypothesen abgeleitet. In Kapitel 3 erfolgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens. Hier wird zunächst auf die Beschreibung der Stichprobe und des Ablaufs der Untersuchung eingegangen, danach folgt eine Darstellung der Erhebungsinstrumente und anschließend wird das methodische Vorgehen bei der Datenanalyse erläutert. Kapitel 4 enthält die Darstellung der Ergebnisse, getrennt nach den aufgestellten Hypothesen. Die Arbeit endet mit der Diskussion in Kapitel 5. Die Diskussion beinhaltet eine Interpretation der Ergebnisse sowie deren Einbindung in den Forschungsstand. Den Abschluss bildet eine kritische Würdigung der vorliegenden Arbeit.

2 Theoretischer Hintergrund und empirischer Forschungsstand

In den folgenden Abschnitten wird auf Ziele und Gesundheit eingegangen sowie der theoretische Hintergrund und der Forschungsstand zu Zielanpassungsstrategien und Stressbewältigungsstrategien dargelegt. Darauf aufbauend werden die Forschungsfragen und die Ableitung der Hypothesen entwickelt.

2.1 Ziele und Gesundheit

Nachfolgend werden die Begriffe *Ziele* und *Gesundheit* näher dargelegt. Danach wird auf die Beschreibungsmerkmale von Zielen und auf berufliche Ziele eingegangen. Es folgt eine Ausführung zum Zusammenhang zwischen Beschreibungsmerkmalen persönlicher Ziele und Gesundheit sowie zu verschiedenen Zielkonzeptionen und Zieltheorien.

2.1.1 Begriffsbestimmungen.

Der folgende Abschnitt beinhaltet eine einführende Begriffsbestimmung von Zielen und Gesundheit.

Ziele

„Ziele beinhalten das, was Menschen aufgrund eigener Vornahmen oder fremder Vorgaben zu erreichen suchen. Sie geben dem menschlichen Handeln die Richtung vor, steuern Auswahl und Einsatz der physischen und psychischen Leistungsvoraussetzungen (Leistung), die zur Zielerreichung notwendig sind, beeinflussen die Ausdauer bei der Zielverfolgung und sind dadurch auch verantwortlich für den Zeitpunkt eines Handlungswechsels“ (nach Hacker, 1983). Persönliche Ziele sind Indikatoren für die Motivation von Menschen (Kleinbeck, 2000). Ziele bilden also den Dreh- und Angelpunkt bei der Steuerung des menschlichen Handelns. Ohne Ziele sind Handlungen nicht denkbar (Kleinbeck, 2006).

Mit dem Begriff *persönliche Ziele* werden Anliegen, Projekte und Bestrebungen bezeichnet, die eine Person in ihrem Alltag verfolgt und in Zukunft realisieren möchte. Persönliche Ziele beruhen auf antizipierten Zuständen und Ereignissen, die für eine Person von zentraler Bedeutung sind. Sie bringen zum Ausdruck, wonach eine Person in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation strebt und was sie im Einzelnen erreichen oder vermeiden möchte. Es wird angenommen, dass persönliche Ziele das Handeln und

Erleben im Alltag strukturieren und ihm persönliche Bedeutung geben (Brunstein & Maier, 1996). Persönliche Ziele sind eher kurz- und mittelfristig ausgerichtet, wohingegen *Lebensziele* eher langfristig auf einer höheren abstrakteren Ebene angesiedelt sind und den Charakter von Oberzielen besitzen (Pöhlmann, Brunstein, Koch, Brähler, & Joraschky, 2010).

Gesundheit

„Eine Untersuchung der Alltagsvorstellung macht bereits deutlich, dass Gesundheit ein mehrdimensionales Konzept ist. Schmerzfreiheit sowie die anatomisch-strukturelle Unversehrtheit des Körpers und die Funktionsfähigkeit seiner Organe sind wichtige Indizien der körperlichen Gesundheit. Von einem psychisch gesunden Menschen erwartet man hingegen nicht nur Schmerzfreiheit und die Abwesenheit von Leidenszuständen, sondern darüber hinaus auch ein bestimmtes Ausmaß an Wohlbefinden, Anpassungs- und Kommunikationsfähigkeit, Stresstoleranz und geistiger Leistungsfähigkeit“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 2009).

Demnach ist Gesundheit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit. Positiv verstanden meint Gesundheit - entsprechend der Präambel der Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1946 - einen „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 2003).

Nach Bandura (1977) ist „Gesundheit eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives, seelisches und körperliches Befinden - insbesondere ein positives Selbstwertgefühl - und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird.“

2.1.2 Beschreibungsmerkmale persönlicher Ziele.

Wesentliche Beschreibungsmerkmale von Zielen sind ihre *Organisation*, die *Zieldimensionen* und die *Zielinhalte* (Austin & Vancouver, 1996; Salewski & Weber, 2009).

Zielorganisation

Ziele sind in eine hierarchische Struktur von Ober- und Unterzielen eingebunden und können auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus betrachtet werden (Austin & Vancouver, 1996). Langfristige Oberziele regen die Entwicklung von konkreten Zwischenzielen an, die für das Erreichen der Oberziele relevant sind und die ihrerseits zielgerichtetes Handeln auslösen (Pöhlmann et al., 2010). Menschen verfolgen viele

Ziele gleichzeitig, die sich in ihrer Bedeutsamkeit und ihrem Abstraktionsgrad unterscheiden (Salewski & Weber, 2009).

Zieldimensionen

Unter Zieldimensionen versteht man Merkmale wie Wichtigkeit, Realisierbarkeit, Schwierigkeit oder den Fortschritt, der bei der Zielverfolgung erreicht wurde (Salewski & Renner, 2009). Das Zielmerkmal *Wichtigkeit* drückt die subjektive Bedeutsamkeit des Ziels aus und das Ausmaß der Bindung der Person an ein Ziel. Das Zielmerkmal *Realisierbarkeit* beschreibt, wie sehr die Person davon überzeugt ist, ein bestimmtes Ziel erreichen zu können. Unter dem Zielmerkmal *Erfolg* wird abgebildet, wie erfolgreich die Person aktuell bei der Erreichung eines Ziels ist (Pöhlmann et al., 2010).

Zielinhalte

Zielinhalte beziehen sich auf die Themen der einzelnen Ziele. Es kann zum Beispiel zwischen den Kategorien *interpersonale Ziele* und *Person-Umwelt-Ziele* unterschieden werden. Interpersonale Ziele sind affektbezogene, kognitionsbezogene oder Ziele in Bezug auf subjektive Sinnggebung. Person-Umwelt-Ziele beziehen sich auf verschiedene Aspekte sozialer Beziehungen und aufgabenbezogene Ziele (Salewski & Weber, 2009). Eine weitere Unterscheidung kann erfolgen, ob es sich um *intrinsische* oder *extrinsische* Ziele handelt. Intrinsische Ziele werden um ihrer selbst willen verfolgt (z.B. Wohlbefinden), wohingegen extrinsische Ziele eher verfolgt werden, um anderen zu gefallen, zum Beispiel materieller Besitz oder Beliebtheit (Weber, 2012).

Zielkonzepte und -theorien

Es gibt eine Vielzahl von Konzepten und Theorien, nach denen sich Ziele einordnen lassen. Tabelle 1 zeigt eine Klassifizierung von Zieltheorien in Anlehnung an Gollwitzer (1995, zitiert nach Ebert, 2005).

Tabelle 1

Klassifikation von Zieltheorien nach Ebert (2005)

Einteilung	Zieltheorie	Autoren
Inhaltstheorien	Zielsetzungstheorie	Locke & Latham, 1990
	Selbstdeterminationstheorie	Deci & Ryan, 1991
	Theorie zu Lern- und Leistungszielen	Dweck, 1991
	Theorien zu Annäherungs- und Vermeidungszielen	Dweck, 1986
		Nicholls, 1984
Motivationale/volitionale Zieltheorien	Rubikonmodell	Heckhausen, 1989;
	Handlungskontrolltheorie	Gollwitzer, 1991
		Kuhl, 1984, 1992
Kognitive Zieltheorien	Selbstregulationstheorie	Bandura, 1986
	Kontrolltheorie	Carver & Sheier, 1981
Persönlichkeits-theoretische Zieltheorien	Current Concerns	Klinger, 1977
	Personal Projects	Little, 1983
	Personal Strivings	Emmons, 1986
	Life Tasks	Cantor, 1990, 1994
	Development Goals	Heckhausen, 1999

Die persönlichkeits-theoretischen Zieltheorien *current concerns* nach Klinger (1975), *personal projects* nach Little (1983), *personal strivings* nach Emmons (1986) und *life tasks* nach Cantor (1990, 1994) gelten als die häufigsten Zielkonzepte (Brunstein & Maier, 1996; Wiese, 2000) und werden im Folgenden näher erläutert. Auf die anderen Zielkonzepte und –theorien wird zunächst nicht näher eingegangen.

Klinger (1975) bezeichnet *current concerns* (persönliche Anliegen) als Zustände der Zielorientierung, die aus der Bindung (commitment) einer Person an für sie bedeutsame Anreize resultieren. Eine Zielbindung wird in der Regel erst wieder aufgelöst, wenn das betreffende Ziel erreicht ist. Die vorzeitige Aufgabe eines *current concerns* wird dadurch erschwert, dass Zielbindungen affektiv besetzt sind. Nach Klinger können sie nur um den Preis depressiver Stimmungen aufgelöst werden (Brunstein & Maier, 1996).

Little (1983) definiert *personal projects* (persönliche Projekte) als ausgedehnte Handlungsprogramme, die implementiert werden, um individuell relevante Zielzustände zu erreichen.

Bei den *personal strivings* nach Emmons (1986) liegt der Schwerpunkt auf Zielen, welche die Qualität von überdauernden Persönlichkeitsmerkmalen besitzen. *Personal strivings* bringen zum Ausdruck, was eine Person in ihrem Leben typischerweise erreichen will.

Nach Cantor (1990, 1994) kreisen persönliche Projekte und Anliegen häufig um Anforderungen, die eine Person in einer bestimmten Lebensphase meistern muss, um ihre Ziele zu erreichen. Cantor bezeichnet die individuelle Interpretation und Bearbeitung der jeweiligen Anforderung als *life task*.

Es gibt sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten in diesen Konzepten. Ein Unterschied liegt im Abstraktionsniveau, auf dem persönliche Ziele analysiert werden. *Current concerns* und *personal projects* beziehen sich auf konkrete Vorhaben und Pläne. Bei *personal strivings* und *life tasks* handelt es sich eher um übergeordnete Ziele.

Der zweite Unterschied liegt in der Bedeutung des sozialen Kontexts, in den Ziele eingebettet sind. Bei *life tasks* und *personal projects* stellen Ziele sozial-kognitive Konstrukte dar. Die Interaktion zwischen Bedürfnissen, Motiven und Werten der Person und Anforderungen, Anregungsgehalten und Gelegenheitsstrukturen ihrer sozialen, kulturellen und altersspezifischen Lebenssituation steht im Vordergrund. Bei *current concerns* und *personal strivings* bleibt der soziale Kontext im Hintergrund.

Gemeinsam ist den Konzepten, dass Individuen generell als zukunftsorientiert und selbst motivierend beschrieben werden und damit Konstrukteure ihrer eigenen Entwicklung sind (Wiese, 2004).

Eine weitere Gemeinsamkeit ist die Art der Erhebung der Ziele. Persönliche Ziele werden entweder in offenen oder geschlossenen Verfahren erfasst. Bei geschlossenen Verfahren erfolgt dieses durch Einsatz standardisierter Fragebögen (Pöhlmann et al., 2010). Beliebte ist auch eine gemischt idiographisch-nomothetische Vorgehensweise (Klinger, 1987). Bei offenen Verfahren werden Ziele frei aufgelistet (z.B. über ein Satzergänzungsverfahren) oder im Selbstbericht erfasst und anschließend über eine Einschätzungsskala oder Kategorienbildung (z.B. Lebensthemen, Motivationsthemen wie z.B. Intimität, Macht, Leistung) eingeordnet (Brunstein, Lautenschlager, Nawroth, Pöhlmann & Schultheiß, 1995).

Offene und geschlossene Erhebungsverfahren erfassen Ziele auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen. Emmons (1989) unterscheidet zum Beispiel vier Ebenen mit zunehmender Konkretheit: motivationale Dispositionen, persönliche Themen, persönliche Projekte und Handlungseinheiten. Legt man diese Einteilung zugrunde, erfassen offene Verfahren Ziele relativ konkret als persönliche Projekte und geschlos-

sene Verfahren Ziele als überdauernde persönliche Themen, die über Situationen und die Zeit hinweg stabiler sind (Abele, Stief, & Krüsken, 2002).

2.1.3 Berufliche Ziele.

Berufliche Ziele sind Anliegen, Projekte und Bestrebungen, die Erwerbstätige im Zusammenhang mit ihrer Arbeit, ihrem Beruf oder ihrer Karriere verfolgen und in der Zukunft realisieren möchten (Maier & Brunstein, 2001; Roberson, 1989). Wie bei allgemeinen Zielen können die Merkmale beruflicher Ziele unterschiedlich sein (Gollwitzer & Brandstätter, 1997). Beispielsweise können sie verschiedene inhaltliche Bereiche betreffen, mehr oder weniger spezifisch sein und nur wenig oder viel Handlungsspielraum benötigen. Ebenso können sie mehr oder weniger mit positiven und negativen Emotionen verbunden sein. (Zacher, Degner, Seevaldt, Frese, & Lüdde, 2009).

Wie im vorherigen Abschnitt erwähnt, werden Ziele entweder über geschlossene oder offene Verfahren erfasst. Berufliche Ziele werden in der Literatur in der Regel mit offenen Verfahren gemessen und anschließend kategorisiert. Roberson (1989) gibt beispielsweise in dem von ihr entwickelten *Work-Concerns Inventory* (WCI) zehn Zielkategorien vor, die aus der Literatur zur Arbeitszufriedenheit stammen (z.B. Arbeitsaufgabe, Kollegen, Erfolgswahrscheinlichkeit, Bezahlung, Herausforderung). Zacher et al. (2009) klassifizieren in ihrer Studie zu altersbedingten Unterschieden in den Inhalten und Merkmalen beruflicher Ziele acht Inhaltsbereiche (Zusammenarbeit, Beschäftigungssicherheit, Weiterbildung, Bezahlung und Karriere, Arbeitszeit, Wohlbefinden und neue Herausforderungen). Die Ergebnisse einer hierarchischen Clusteranalyse sprachen für acht deutlich voneinander abgrenzbaren Zielkategorien.

Eine weitere Kategorisierung ausgehend von offenen Zielnennungen gibt es von Wiese (2000) mit 14 Kategorien (z.B. Weiterbildung, Karriere/Erfolg, Autonomie, Herausforderung, Arbeitszeit, Zusammenarbeit). Abele et al. (2002) kategorisieren berufliche Ziele in die fünf Bereiche prozessorientierte Lern-/Entwicklungsziele, ergebnisorientierte Aufgaben-/Karriereziele, Ziele zum Erwerb formaler Qualifikationen, Ziele zum Berufseinstieg und Ziele zum emotionalen Befinden bei der Arbeit.

Weitere Studien zur Kategorisierung beruflicher Ziele gibt es zum Beispiel von Bateman, O'Neill und Kenworthy-U'Ren (2002). Die Autoren klassifizieren in einer Untersuchung zu den Zielen von Top Managern zehn Zielinhaltsbereiche und fünf hierarchische Zielstufen. Fukushima und Spicer (2011) nennen in ihrer Studie zur Untersuchung von Zielen von Führungskräften und Mitarbeitern in Japan und Großbritannien acht Inhaltsbereiche (z.B. Arbeitsbedingungen, Beschäftigungs-

sicherheit, hohes Einkommen, Zusammenarbeit). Shenkar (1987) benennt in seiner Studie zu beruflichen Zielen von Managern in China 14 Inhaltsbereiche (z.B. Einkommen, Sicherheit, Benefits, Autonomie, Herausforderung, Zusammenarbeit). Hyvönen, Feldt, Kinnunen und Tolvanen (2011) berichten von sieben Zielinhaltsbereiche (z.B. Kompetenz, Erfolg, Wohlbefinden, Arbeitsplatzsicherheit). Eine weitere Studie (Huhtala, Feldt, Hyvönen, & Mauno, 2013) basierend auf selbstberichteten Zielen von Managern kategorisiert acht Inhaltsbereiche (z.B. organisationale Ziele, Kompetenz, Wohlbefinden, Prestige und Einfluss).

Die vorgestellten Studien nehmen Kategorisierungen zu 5 bis 14 Zielinhaltsbereichen vor. Diese überlappen sich zum Teil, sind aber zum Teil auch unterschiedlich. In fast allen Studien gibt es die Kategorien Karriere/Erfolg, Weiterbildung, Beschäftigungssicherheit, Wohlbefinden.

2.1.4 Zusammenhang zwischen Beschreibungsmerkmalen persönlicher Ziele und Gesundheit.

Gesundheit wird in Anlehnung an die oben genannten Definitionen in der vorliegenden Arbeit als körperliche Gesundheit und subjektives Wohlbefinden verstanden. Dabei meint subjektives Wohlbefinden die Abwesenheit von depressiven Symptomen, geringem wahrgenommenem Stress und Lebenszufriedenheit. Erfolge bei der Zielerreichung sollten sich demnach positiv auf die Gesundheit auswirken. Nachfolgend werden diese Zusammenhänge zwischen den Beschreibungsmerkmalen von Zielen (Organisation, Dimensionen und Inhalte) und Gesundheit kurz dargelegt. Ein Review zu den Zusammenhängen von Zielen und Gesundheit findet sich bei Maes und Karoly (2005).

Zielorganisation und Gesundheit

Konflikte und Widersprüche innerhalb eines Zielsystems stellen potenzielle Gefährdungen für das Wohlbefinden dar (Salewski & Weber, 2009). Beispielsweise fanden Emmons und King (1988), dass Konflikte in der Zielorganisation mit mehr negativen Affekten, höheren depressiven Verstimmungen und mehr psychosomatischen Beschwerden verbunden waren.

Zieldimensionen und Gesundheit

Studien belegen, dass das erfolgreiche Streben nach bedeutungsvollen Zielen positiv mit Indikatoren des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit korreliert. Beispielsweise kam Brunstein (1993) in einer Längsschnittstudie mit Studenten zu dem Ergebnis, dass der Fortschritt bei der Zielerreichung mit höherem subjektivem Wohlbefinden

verbunden war. Hindernisse und Schwierigkeiten, die Fortschritte bei der Erreichung von bedeutsamen Zielen blockieren, wirken sich dagegen negativ auf das Wohlbefinden aus (Pöhlmann & Brunstein, 1997). Emmons (1986) untersuchte den Zusammenhang zwischen den Zieldimensionen Wichtigkeit, vergangener und zukünftiger Erfolg bei der Zielverfolgung mit Komponenten von subjektivem Wohlbefinden wie positiver und negativer Affekt sowie Lebenszufriedenheit. Dabei hing positiver Affekt am meisten mit der Erreichbarkeit von Zielen in der Vergangenheit zusammen, wohingegen negativer Affekt eher mit zukunftsbezogenen Zieldimensionen verbunden war.

Zielinhalte und Gesundheit

Auch hinsichtlich der Zielinhalte konnten Zusammenhänge zu Gesundheit gefunden werden. Emmons (1992) fand beispielsweise in einer Studie zum Abstraktionsgrad von Zielen heraus, dass Personen, die eher konkrete Ziele verfolgen, über mehr subjektives Wohlbefinden, aber über eine geringere physische Gesundheit berichteten. Sheldon, Ryan, Deci und Kasser (2004) untersuchten den Zusammenhang zwischen intrinsischen (z.B. bedeutungsvolle Beziehungen, persönliches Wachstum) und extrinsischen (z.B. finanzieller Erfolg, Ruhm und Beliebtheit) Zielinhalten und subjektivem Wohlbefinden. Demnach führten intrinsische Zielinhalte zu mehr Wohlbefinden. In einer Längsschnittstudie mit jungen Erwachsenen fanden Salmela-Aro und Nurmi (1997), dass Ziele, die eher altersbezogenen Entwicklungsaufgaben (z.B. Familiengründung) entsprachen, zu mehr Wohlbefinden führten.

Berufliche Ziele und Gesundheit

Auch hinsichtlich der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen beruflichen Zielen und Gesundheit gibt es eine lange Forschungstradition. Maier und Brunstein (2001) fanden in einer Längsschnittstudie mit Berufseinsteigern zum Beispiel, dass Personen zufriedener waren und ein und höheres organisationales Commitment aufwiesen, wenn sie sich an ihre beruflichen Ziele gebunden fühlten. Darüber hinaus gibt es Studien, die thematisierten, in welchem Ausmaß persönliche berufliche Ziele das Wohlbefinden (positiver oder negativer Affekt) beeinflussen (Harris, Daniels, & Briner, 2003). Die Autoren untersuchten, inwieweit die tägliche Erreichung beruflicher Ziele mit höherem affektivem Wohlbefinden verbunden ist und kamen zu dem Ergebnis, dass die tägliche Erreichung beruflicher Ziele mit mehr positivem Affekt am Ende des Arbeitstages verbunden war.

Hyvönen, Feldt, Tolvanen und Kinnunen (2009) untersuchten an einer Stichprobe von jüngeren Berufstätigen unter anderem die mediierende Rolle von Zielverfol-

gung zwischen der psychosozialen Arbeitsumgebung und beruflichem Wohlbefinden. Für die Messung der Zielverfolgung wurden Zielkategorien (z.B. Kompetenz, Fortschritt, Jobsicherheit, Wohlbefinden) vorgegeben. Die Erhebung der psychosozialen Arbeitsumgebung erfolgte über ein bestehendes Modell (*Effort-Reward Imbalance Model*). Berufliches Wohlbefinden war operationalisiert über Burnout-Symptome und Arbeitsengagement. Die Autoren fanden Bestätigung dafür, dass die Zielkategorien den Zusammenhang zwischen der psychosozialen Arbeitsumgebung und beruflichem Wohlbefinden medieren.

In einer Längsschnittstudie untersuchten Pomaki, ter Doest und Maest (2006) den Zusammenhang zwischen dem Erfolg bei der Erreichung beruflicher Ziele und depressiven Symptomen. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass Selbstwirksamkeitserwartungen hinsichtlich der Zielerreichung depressive Symptome zwei Jahre später vorhersagten. Sie fanden aber keine Bestätigung dafür, dass depressive Symptome Zielkognitionen vorhersagten. Depressive Symptome hingen jedoch mit zielbezogenen Emotionen zwei Jahre später zusammen. Sie kamen zu der Schlussfolgerung, dass depressive Symptome über die Zeit zu mehr negativem Arousal führen.

2.2 Adaptive Zielanpassungstendenzen

Im folgenden Abschnitt wird zunächst der theoretische Hintergrund und im Anschluss daran der Forschungsstand zu Zusammenhängen zwischen Zielanpassungstendenzen und körperlicher Gesundheit sowie subjektivem Wohlbefinden beschrieben.

2.2.1 Theoretischer Hintergrund.

Persönliche berufliche Ziele sind während der gesamten Berufslaufbahn von Bedeutung, von der Berufswahl über die Planung von Karriere und Aufstiegschancen, bis hin zur Planung der Beendigung des Erwerbslebens. Nicht immer können diese Ziele erreicht werden, so dass ein Handlungswechsel in Gang gesetzt werden muss. Dieser Handlungswechsel wird unterstützt durch Theorien der Selbstregulation, welche davon ausgehen, dass Prozesse rund um das Management von persönlichen Zielen sich positiv auf das subjektive Wohlbefinden und die physische Gesundheit einer Person auswirken. Dies begründet sich unter anderem darin, dass Ziele eine Struktur liefern, um ein erfolgreiches Leben aufzubauen zu können, und dass sich Personen für die Erreichung wichtiger Ziele einsetzen. Verschiedene Theorien der Selbstregulation teilen die Annahme, dass persönliche Ziele wichtige Determinanten für die Lebensqualität darstellen, individuelles Verhalten steuern und eine positive Entwicklung liefern

(Carver & Scheier, 1981; Emmons, 1986; Bandura, 1986; Wrosch, Miller, Scheier, & Brun de Pontet, 2007).

Beispielsweise wird nach der Kontrolltheorie von Carver und Scheier (1981) der Selbstregulationsmechanismus gestört, wenn Menschen ein wichtiges Ziel nicht erreichen können. Ähnlich wie Bandura (1986) gehen die Autoren davon aus, dass die Wahrnehmung einer Diskrepanz zwischen Ist- und Sollzustand eine Voraussetzung für die Planung und Initiierung von Zielhandlungen darstellt. Sie gehen von Vergleichen zwischen Ist- und Sollzuständen aus, die in hierarchisch geordneten Regelkreisen ablaufen und auf Feedbacksystemen beruhen. Besondere Betonung liegt auf der Funktion der Feedbacksysteme für die Reduzierung von Soll-Ist-Diskrepanzen. Die Wahrnehmung von Abweichungen des Ist-Zustandes vom Zielzustand erfolgt durch einen Vergleichsprozess. Führt das gezeigte Verhalten nicht zur gewünschten Diskrepanz-Reduktion, reagiert die Person bei hoher Selbstwirksamkeit mit erhöhter Anstrengung. Bei nicht ausreichender Selbstwirksamkeit wird kein weiteres Diskrepanz-reduzierendes Verhalten gezeigt. Vielmehr werden Versuche unternommen, sich psychisch (z.B. ablenkende Gedanken) oder physisch von der Situation zu distanzieren. Informationen, welche die weiter bestehende Diskrepanz verdeutlichen, werden zu vermeiden versucht. Die Kontrolltheorie von Carver und Scheier (1981) und die Selbstregulationstheorie von Bandura (1986) zählen zu den kognitiven Zieltheorien.

Die Forschungsgruppe um Wrosch, Scheier, Miller, Schulz und Carver (2003) begann vor ungefähr zehn Jahren damit, zu untersuchen, wie Individuen die negativen Konsequenzen, die mit der Unerreichbarkeit von Zielen zusammenhängen, vermeiden können. Die Autoren postulierten in ihrem theoretischen Modell, dass sich Personen bei unerreichbaren Zielen von diesen entbinden und sich neue, erreichbare Ziele setzen sollten. Diese Selbstregulationsprozesse sollten sich positiv auf die physische Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden auswirken. Das Modell nimmt auch an, dass sich Individuen in ihren Zielanpassungstendenzen (Zielentbindung und Zielneubindung) unterscheiden. Aus diesem Grund wurden in dem Modell auch motivationale Prozesse konzeptualisiert (siehe Abbildung 1).

Konkreter wird vermutet, dass Zielentbindungstendenzen damit verbunden sind, sowohl die verhaltensmäßige Anstrengung als auch das psychologische Commitment zu dem nicht erreichbaren Ziel zurückzunehmen. Zielneubindungstendenzen hingegen umfassen die Tendenz, neue Ziele zu identifizieren und zu verfolgen (Wrosch et al., 2003).

Zielentbindungstendenzen sollten mit der Vermeidung von emotionalem Distress verbunden sein, wohingegen Zielneubindungstendenzen eher mit positiven

Aspekten von subjektivem Wohlbefinden verbunden sein sollten (Wrosch et al., 2003, 2007).

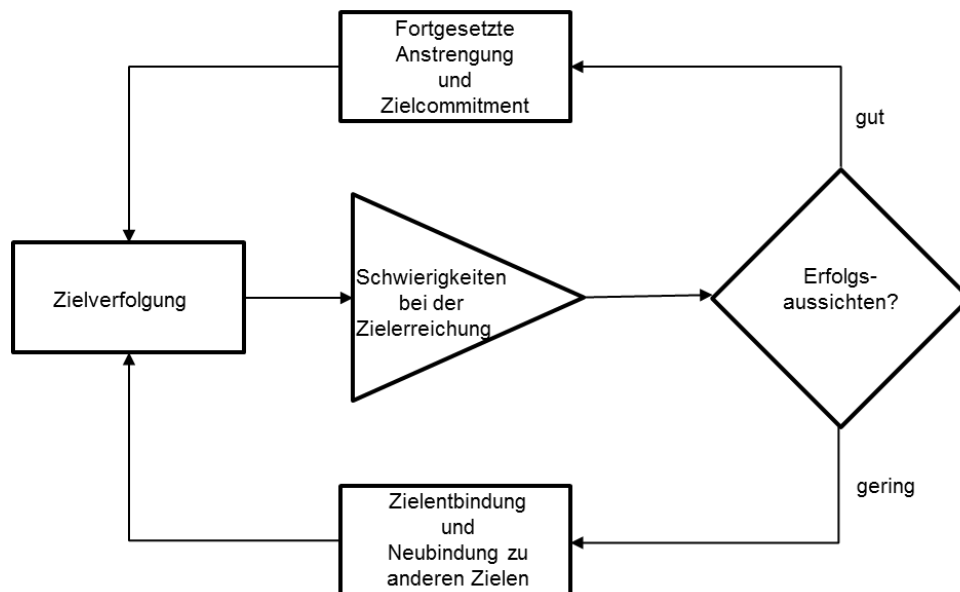


Abbildung 1. Adaptive Selbstregulation bei Schwierigkeiten mit der Zielerreichung (nach Wrosch et al., 2013).

2.2.2 Forschungsstand zu Zielanpassungstendenzen und Gesundheit.

Durch verschiedene Querschnittstudien konnte belegt werden, dass sich Zielanpassungstendenzen positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirken. Beispielsweise zeigten Studien, dass Zielentbindungstendenzen mit geringerem wahrgenommenen Stress und weniger depressiven Symptomen verbunden waren (Wrosch et al., 2003, 2007; Dunne, Wrosch, & Miller, 2011). Weitere Studien legen die Vermutung nahe, dass Zielentbindungstendenzen dann vorteilhaft sind, wenn ein Individuum mit kritischen Lebenssituationen konfrontiert wird (Wrosch et al., 2003).

Langzeitstudien lassen vermuten, dass Zielentbindungstendenzen in Bevölkerungen, die mit Zielbeschränkungen konfrontiert sind, zur Reduzierung von psychologischem Distress führen. Beispielsweise zeigte sich in einer Studie mit pflegenden Angehörigen, dass die Belastung aufgrund der pflegenden Situation zu einem Anstieg depressiver Symptome führte. Dieser Effekt wurde nur bei pflegenden Angehörigen beobachtet, die über geringe Zielentbindungstendenzen verfügten (Wrosch, Amir, & Miller, 2011).

Die genannten Quer- und Längsschnittstudien belegten, dass Zielentbindungstendenzen psychologischen Distress puffern können. Sie zeigen auch, dass sich Ziel-

neubindungstendenzen von Zielentbindungstendenzen unterscheiden. Die Ergebnisse der Studien ergaben, dass der Zusammenhang zwischen Zielneubindungstendenzen und negativen Aspekten von subjektivem Wohlbefinden schwach oder gar nicht vorhanden war. Diese Ergebnisse bedeuten nicht, dass Zielneubindungstendenzen nicht mit Indikatoren von subjektivem Wohlbefinden zusammenhängen. Es wird jedoch vermutet, dass Zielneubindungstendenzen Effekte auf positive Aspekte von subjektivem Wohlbefinden haben. Zum Beispiel wurde in einer Studie gezeigt, dass Zielneubindungstendenzen zu mehr positivem Affekt bei Brustkrebspatientinnen führten (Wrosch & Sabiston, 2013). In einer weiteren Längsschnittstudie konnte ein Zusammenhang zwischen sozialen Vergleichsprozessen, positivem Affekt und Zielneubindungstendenzen über die Lebensspanne gezeigt werden (Bauer & Wrosch, 2011).

Tomasik und Silbereisen (2012) kamen in einer Längsschnittstudie mit 806 Erwachsenen in Deutschland zu dem Ergebnis, dass Zielentbindung bei unsicherer Karriereplanung ein adaptiver Weg ist und dass sich dies positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirkt.

Zusammenfassend lassen diese Ergebnisse vermuten, dass Zielneubindungstendenzen sich auf positive Aspekte und Zielentbindungstendenzen sich auf negative Aspekte des subjektiven Wohlbefindens beziehen. Die Befundlage ist hierzu allerdings uneinheitlich (Wrosch et al., 2007; Tomasik & Silbereisen, 2012).

Auch der Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und körperlicher Gesundheit konnte in verschiedenen Studien belegt werden (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007; Segerstrom & Miller, 2004). Zusammenhänge zwischen Zielentbindungstendenzen und physischer Gesundheit wurden beispielsweise in einer Studie von Wrosch et al. (2007) berichtet. Für Zielneubindungstendenzen konnten diese Zusammenhänge nicht gefunden werden. Das bedeutet allerdings nicht, dass es keine Umstände gibt, unter denen Zielneubindungstendenzen zu besserer körperlicher Gesundheit führen können. Die bisherige Forschung fokussierte auf emotions-bezogene Mechanismen, die Zielanpassungstendenzen mit physischer Gesundheit verbinden. Es könnte aber auch verhaltensmäßige Muster geben, welche direkt durch Zielneubindungstendenzen beeinflusst werden, und die zu besserer körperlicher Gesundheit führen könnten (Wrosch et al., 2013). Ein Beleg für diese Möglichkeit findet sich in einer Studie von Wrosch und Sabiston (2013) mit Brustkrebspatientinnen. In dieser Studie waren Zielneubindungstendenzen mit geringeren täglichen physischen Symptomen verbunden. Dieser Effekt wurde mediert durch höhere physische Aktivität.

Ein umfassender Überblick zu theoretischem Hintergrund und Forschungsstand von adaptiven Zielanpassungstendenzen findet sich bei Wrosch et al. (2013) und bei Rasmussen, Wrosch, Scheier und Carver (2006).

Allerdings gibt es bislang wenig empirische Forschung zu Zielanpassungstendenzen im beruflichen Kontext. König, van Eerde und Burch (2010) führten mit Schweizer Bankangestellten eine Tagebuchstudie durch. Hintergrund war ihre Vermutung, dass Zielentbindung nicht nur interindividuell unterschiedlich begründet ist, sondern dass Zielentbindung auch intraindividuelle Effekte hat. Nach den Autoren werden bei den Arbeiten von Wrosch und Kollegen die positiven Effekte von Zielentbindung auf bestimmte Ziele nicht berücksichtigt. Sie fanden ihre Hypothese bestätigt, dass tägliche Zielanpassung zu besserem täglichen Wohlbefinden führt.

2.3 Stress und Stressbewältigungsstrategien

Im folgenden Abschnitt wird der Stressgegenstand kurz beschrieben und die wichtigsten Stresstheorien werden dargestellt, um im Anschluss auf Stressbewältigungsstrategien einzugehen.

2.3.1 Stress und Stresskonzeptionen.

Selye (1956) führte den Stressbegriff in die Medizin ein. Er definierte Stress als eine unspezifische Reaktion des Organismus auf jegliche Anforderung, die an ihn gestellt wird. Diese Anforderungen oder Stressoren verlangen eine Anpassungsreaktion des Organismus (*Allgemeines Adaptionssyndrom*). Die Anpassungsreaktion teilte er in die drei Phasen Alarmphase, Widerstandsphase und Erschöpfungsphase ein. Wenn eine Person dem Stressor längere Zeit ausgesetzt ist, tritt eine Erschöpfung ein, die ungünstige gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen kann (Kaluza, 2012).

Neuere Konzeptionen unterscheiden die Begriffe Stress, Belastung und Beanspruchung. Unter *Belastung* versteht man objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren wie zum Beispiel Lärm oder Zeitdruck. Unter *Beanspruchung* versteht man die subjektiven Folgen dieser Belastungen, die sich in physische (z.B. Beanspruchung des Herz-Kreislaufsystems, der Muskulatur etc.) und psychische Beanspruchung (z.B. Beanspruchung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses etc.) unterteilen lassen. Durch eine Diskrepanz zwischen der Beanspruchung einer Person und ihrer jeweiligen Bewältigungsmöglichkeit (z.B. Fähigkeiten) können sich sowohl positive (z.B. höhere Aktivierung) als auch negative Beanspruchungsfolgen (z.B. Stress) ergeben (Maier, 2013).

Eine häufige Unterteilung der Stresstheorien erfolgt in reizorientierte, reaktionsbezogene und relationale (transaktionale) Stresskonzeptionen. In der Gesundheitspsychologie dominiert seit Ende der 1970er Jahre die transaktionale Sichtweise, die von einer Wechselwirkung von Person und Situation bei der Stressentstehung ausgeht (Salewski & Vollmann, 2012).

Im transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) wird postuliert, dass das Individuum nicht passiv in das Stressgeschehen eingebunden ist, sondern aktiv an der Entstehung und Entwicklung von Stress beteiligt ist. Nach Lazarus und Folkman (1984) ist die subjektive Bewertung durch das Individuum für die Stressreaktion von Bedeutung (siehe Abbildung 2).

In der primären Bewertung (*primary appraisal*) wird ein Ereignis oder eine Situation in Bezug auf das eigene Wohlbefinden eingeschätzt. Eine Situation kann entweder als irrelevant, angenehm-positiv oder stressbezogen angesehen werden. Die stressbezogene Einschätzung wird unterteilt in Schaden/Verlust (*harm-loss*), Bedrohung (*threat*) und Herausforderung (*challenge*). Die Einschätzung als Schaden/Verlust und als Bedrohung geht in der Regel mit negativen Emotionen einher, wobei die Einschätzung als Herausforderung auch mit positiven Emotionen verbunden sein kann (Salewski & Vollmann, 2012).

Die sekundäre Bewertung (*secondary appraisal*) bezieht sich auf die Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen und die Verfügbarkeit von Bewältigungsressourcen. Wenn eine Situation nicht mit den verfügbaren Ressourcen bewältigt werden kann, wird eine Stressreaktion ausgelöst. Primäre und sekundäre Bewertung sind sich gegenseitig beeinflussende Prozesse.

Nachgeordnet zur primären und sekundären Bewertung kann eine Neubewertung (*reappraisal*) des Ereignisses beziehungsweise der Situation stattfinden. Dieser Rückkoppelungsprozess verarbeitet Veränderungen in der Umwelt sowie im Bewältigungsverhalten der Person. Neubewertungen führen wieder zur primären und sekundären Bewertung.

2.3.2 Stressbewältigungsstrategien.

Ob sich Stress wirklich negativ auswirkt, hängt auch vom Umgang mit Stress ab. Personen unterscheiden sich darin, wie sie mit Stress umgehen. Während einige Menschen in Panik und Aktionismus verfallen, greifen andere zu Alkohol oder Zigaretten, suchen soziale Unterstützung oder finden Halt im Glauben (Satow, 2012).

Unter Bewältigung (*coping*) versteht man die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam empfundenen Ereignis oder einer Situation. Alle Maßnahmen, die eine

Person unternimmt, sich mit der jeweiligen Belastung auseinanderzusetzen, werden unter dem Begriff Coping zusammengefasst (Kaluza, 2012). Die Begriffe Bewältigung und Coping werden im Folgenden synonym verwendet.

Im Rahmen der Transaktionalen Stresstheorie nach Lazarus (1966) kommt es im Anschluss an die primäre und sekundäre Bewertung einer Situation als Herausforderung, Schädigung oder Bedrohung zu einem Prozess der Bewältigung der internen und externen Anforderungen. Anforderungen müssen nicht zwangsläufig negativ erlebt werden. Der Bewältigungsprozess bezieht sich auf aktionale (verhaltensbezogene) und intrapsychische (kognitive) Reaktionen, um die Person-Umwelt-Transaktion wieder ins Gleichgewicht zu bringen, welche Auswirkungen auf das Wohlbefinden haben können (Schneider, 2009). Die kognitiven Bewältigungsstrategien beinhalten Wahrnehmungs-, Denk-, Vorstellungs- und Interpretationsprozesse. Dabei wird nach defensiven (z.B. Verdrängung), evasiven (z.B. Ablenkung), positiv konnotierten (z.B. Sinngebung) und selbstzentrierten (z.B. Selbstmitleid) Formen kognitiver Bewältigung unterschieden. Aktionale Bewältigungsstrategien beinhalten offene, direkt beobachtbare Verhaltensweisen wie problemlösendes Handeln, Suche nach sozialer Unterstützung, Konsum von Genussmitteln (Salewski & Vollmann, 2012).

Zur Kategorisierung der verschiedenen Bewältigungsstrategien werden in neueren Forschungsarbeiten in der Regel zwei Klassifikationsdimensionen erwähnt (Solberg Nes & Segerstrom, 2006). Eine Unterteilung erfolgt aufgrund der Funktion in problemorientierte und emotionsorientierte Strategien. *Problemorientierte* Bewältigung bezieht sich auf die Veränderung der stresshaften Situation. *Emotionsorientierte* Bewältigung bezieht sich auf die Regulation der mit einer Stresssituation verbundenen Gefühle, Erregungszustände oder physischen Reaktionen.

Eine weitere Unterteilung erfolgt hinsichtlich des Ausmaßes einer Auseinandersetzung mit dem stresshaften Geschehen. Dabei umfasst *annähernde* Bewältigung Strategien, die eine Hinwendung zu dem stresshaften Geschehen beinhalten. *Vermeidende* Bewältigung hingegen beinhaltet Strategien, die sich von dem stresshaften Geschehen abwenden.

Theoretischen Annahmen zufolge sind die beiden Dimensionen *problem-* vs. *emotionsorientiert* und *annähernd* vs. *vermeidend* unabhängig voneinander. Empirisch konnten die vier Bewältigungsstrategien jedoch nur teilweise bestätigt werden (Salewski & Vollmann, 2012).

Empirische Studien belegen insbesondere den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und subjektivem Wohlbefinden. McDonough, Sabiston und Wrosch (2013) zeigten diesen Zusammenhang beispielsweise in einer Längsschnitt-

studie mit Brustkrebspatientinnen auf. Danach wirkte sich soziale Unterstützung positiv auf das subjektive Wohlbefinden aus. Subjektives Wohlbefinden wurde in dieser Studie mit vier Items einer Skala zu psychologischem Wohlbefinden gemessen. Soziale Unterstützung wurde über einen Fragebogen mit fünf generellen Typen (z.B. zuhören, emotionale Unterstützung) sozialer Unterstützung erhoben.

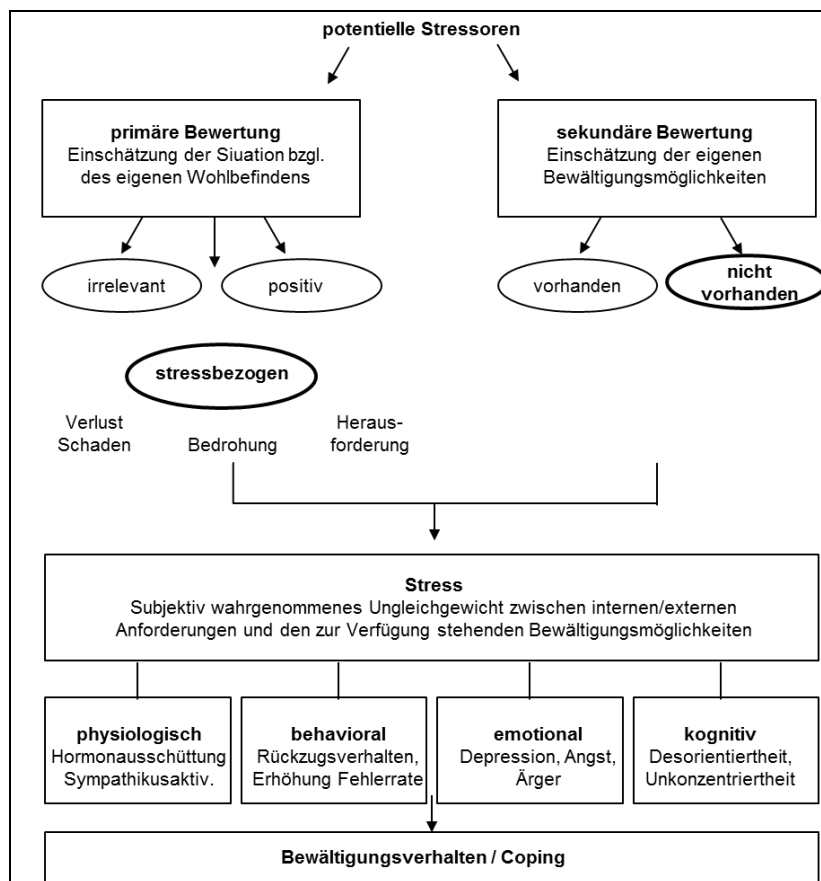


Abbildung 2. Transaktionales Stressmodell (nach Vollmann & Weber, 2011).

2.4 Forschungsfragen und Hypothesen

Ableitend aus den Ausführungen in den Abschnitten 2.1 (Ziele und Gesundheit) und 2.2 (Zielanpassungsstrategien), in denen die Zusammenhänge zwischen Zielanpassungsstrategien und Gesundheit aufgeführt sind, wird zunächst die Frage gestellt, ob sich diese Zusammenhänge auch in der vorliegenden Arbeit finden. Daraus leiten sich die folgenden Hypothesen ab:

Hypothese 1: Zielanpassungstendenzen (Zielentbindung und Zielneubindung) sind positiv mit physischer Gesundheit assoziiert.

Hypothese 2: Zielanpassungstendenzen (Zielentbindung und Zielneubindung) sind positiv mit subjektivem Wohlbefinden assoziiert.

Hinsichtlich des Arbeitskontextes (Abschnitte 2.1.3, Berufliche Ziele und 2.1.4, Zusammenhang zwischen Beschreibungsmerkmalen persönlicher Ziele und Gesundheit) wird die Frage gestellt, inwieweit die Zieldimension momentaner Erfolg bei der Erreichung beruflicher Ziele und die Zielinhalte den Zusammenhang zwischen Zielanpassungsstrategien und Gesundheit vermitteln. Diese Ableitung erfolgt auch aus dem theoretischen Hintergrund von König et al. (2010), wonach die Forschungsgruppe um Wrosch et al., (z.B. 2003) die positiven Effekte von Zielentbindung auf bestimmte Ziele bislang nicht berücksichtigt hat. Folgende Hypothesen werden aufgestellt:

Hypothese 3: Der Erfolg bei der Erreichung beruflicher Ziele vermittelt den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen (Zielentbindung und Zielneubindung) und Gesundheit.

Hypothese 4: Die Inhaltsbereiche beruflicher Ziele vermitteln den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen (Zielentbindung und Zielneubindung) und Gesundheit.

Die Ableitung der letzten Hypothese erfolgt auf der Grundlage der Ausführungen in Abschnitt 2.4 (Stress und Stressbewältigungsstrategien), wonach sich Stressbewältigung positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Gleichmaßen beruht sie auf empirischen Befunden, welche die positiven Auswirkungen von Zielneubindungskapazitäten durch spezielle Verhaltensstrategien (Bewältigungsstrategien) belegen und nach denen die Copingstrategie einen adaptiven Mechanismus repräsentieren kann, der Zielanpassungstendenzen mit physischer Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden verbindet (Wrosch et al., 2013). Von den genannten Autoren wird der Hinweis auf weitere notwendige Forschung aufgegriffen, um spezifische Muster von Copingstrategien zu identifizieren, welche es ermöglichen, die Gesundheit durch adaptive Zielanpassungsstrategien zu schützen.

Hypothese 5: Copingstrategien mediierten den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen (Zielentbindung und Zielneubindung) und Gesundheit.

3 Methode

Die folgenden Abschnitte enthalten eine Beschreibung der Vorgehensweise zur Überprüfung der Hypothesen. Im Einzelnen wird auf die Stichprobe und den Ablauf der Untersuchung, die Erhebungsinstrumente und das methodische Vorgehen bei der Datenanalyse eingegangen.

3.1 *Stichprobe und Ablauf der Untersuchung*

Um Zusammenhänge zwischen Zielanpassungsstrategien und Gesundheit im Arbeitskontext untersuchen zu können, sollte die Stichprobe ausschließlich aus berufstätigen Teilnehmern bestehen. Die Teilnehmer wurden über Freunde, Bekannte, soziale Netzwerke, das virtuelle Labor der FernUniversität in Hagen sowie über gezielte Ansprache von Outplacement-Firmen und Zeitarbeitsunternehmen rekrutiert, indem der Link zum Online-Fragebogen per E-Mail versendet wurde bzw. im virtuellen Labor der FernUniversität in Hagen zur Verfügung stand. Studierende der FernUniversität in Hagen im Fach B.Sc. Psychologie erhielten auf Wunsch 0,5 Versuchspersonenstunden für die Beantwortung des Fragebogens.

An der Umfrage haben insgesamt 311 Erwachsene im Alter zwischen 20 und 64 Jahren teilgenommen ($M = 39.85$, $SD = 11.60$). 236 Teilnehmer haben die Bearbeitung des Fragebogens beendet, vier Teilnehmer wurden wegen auffälligem Antwortmuster von der Analyse ausgeschlossen. Beispielsweise gab es Teilnehmer, die in allen Skalen am äußeren Rand der Skala geantwortet haben. Nachträglich wurden noch drei Personen mit kritischen Datenpunkten als Ausreißer mit einer Standardabweichung von $SD > 3$ identifiziert (Goerke, 2014). Die Stichprobe bestand somit aus 229 berufstätigen Personen. Die Umfrage wurde in der Zeit vom 28. Mai 2014 bis 13. Juli 2014 online durchgeführt.

45 % der Gesamtstichprobe waren Fernstudierende im Studiengang B.Sc. Psychologie an der FernUniversität in Hagen und 55 % bearbeiteten den Fragebogen über die oben genannte Rekrutierung. Von den Teilnehmern waren 62 Personen (27 %) männlich und 167 (73 %) weiblich. 55 % waren verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft, 45 % waren ledig, getrennt lebend, geschieden oder verwitwet. 89 % hatten als höchsten Bildungsabschluss die Fachhochschulreife beziehungsweise Abitur, einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss oder waren promoviert. 137 Personen (60 %) hatten kein im Haushalt lebendes Kind. 40 % hatten ein bis fünf im Haushalt lebender Kinder.

Hinsichtlich der berufsbezogenen demografischen Daten waren 136 Personen unbefristet angestellt beziehungsweise verbeamtet (59 %), 40 Personen waren selbstständig tätig (18 %) und 36 Personen (16 %) befristet angestellt. Die restlichen 17 Personen verteilten sich auf geringfügige Beschäftigungsverhältnisse und Zeitarbeit. 73 Personen (32 %) arbeiteten in Unternehmen mit weniger als 29 Beschäftigten, 76 in Unternehmen in kleinen und mittleren Unternehmen (KMUs) mit 20 bis 499 Beschäftigten (33 %) und 80 in Großunternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten (35 %). In Bezug auf die Branche lag mit 60 Personen (26 %) ein Schwerpunkt im Gesundheits- und Sozialwesen, gefolgt von 10 % bei Erziehung und Unterricht, 9 % in der öffentlichen Verwaltung und 8 % in der Informationstechnologie und Kommunikation. Der Rest verteilte sich auf Branchen wie zum Beispiel Automobil-, Mineralölindustrie, Energieversorgung, Einzel- und Großhandel, Banken und Versicherungen sowie Dienstleistungen. Die Arbeitszeit lag bei den Beteiligten zwischen 4 und 60 Stunden pro Woche ($M = 34.85$, $SD = 13.11$). 88 Personen (38 %) waren Inhaber eines Unternehmens oder hatten Führungsverantwortung im Betrieb, 141 Personen (62 %) hatten keine Führungsverantwortung.

3.2 Erhebungsinstrumente

Die Daten der vorliegenden Untersuchung wurden mit einer querschnittlichen Fragebogenstudie im Online-Format erhoben. Das für die Erhebung zusammengestellte Instrument enthält einige soziodemografische Fragen, eine selbstkonstruierte Skala zur Erfassung von beruflichen Zielen, eine validierte Skala zur Erfassung von Zielanpassungsstrategien, Fragen zum physischen Gesundheitsstatus, jeweils validierte Skalen zur Messung von depressiven Symptomen, zu wahrgenommenem Stress und zur Lebenszufriedenheit sowie Teile aus einem Instrument zur Erfassung von Copingstrategien. Der Fragebogen wurde mit der Online-Anwendung EFSSurvey über den Unipark-Zugang der FernUniversität in Hagen erstellt. Die Bearbeitung des Fragebogens dauerte ca. 15 Minuten. Die einzelnen Bestandteile des Fragebogens werden abgesehen von den demografischen Daten im Folgenden näher erläutert. Der vollständige Fragebogen befindet sich in Anhang A.

3.2.1 Adaptive Zielanpassungstendenzen.

Zielentbindungs- und Zielneubindungstendenzen wurden mit der deutschen Übersetzung der *Goal Adjustment Scale* (GAS) von Wrosch et al. (2003) erfasst. Die Teilnehmer beantworteten anhand von zehn Items wie sie üblicherweise reagieren, wenn sie

ein berufliches Ziel nicht erreichen können. Die Messung erfolgte über eine fünf-stufige Likert-Skala mit der Verankerung von 1 = *trifft gar nicht zu* bis 5 = *trifft sehr zu*. Vier Items maßen die Tendenz einer Person, sich von einem unerreichbaren Ziel zu entbinden (z.B. „...fällt es mir leicht, meine Anstrengung für das Ziel zu verringern“) Sechs Items maßen die Tendenz einer Person, sich neuen Zielen zuzuwenden (z.B. „...sage ich mir, dass es eine Reihe anderer, neuer Ziele gibt, auf die ich mich stürzen kann“). Es werden Mittelwerte für die Zielentbindungs-Items und für die Zielneubindungs-Items errechnet (die Reliabilitäten der Skalen befinden sich in Tabelle 3).

Die Goal Adjustment Scale wurde in verschiedenen Studien validiert, welche die unabhängigen Faktoren von Zielentbindung und Zielneubindung dokumentieren. Gleichmaßen weist die Skala eine zufriedenstellende interne Konsistenz aus. Für die Zielentbindungs-Items liegt die interne Konsistenz zwischen $\alpha = .69$ und $\alpha = .80$ und für die Zielneubindungs-Items zwischen $\alpha = .79$ und $\alpha = .89$. Ebenso werden Zusammenhänge zwischen physischer Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden aufgezeigt (z.B. Miller & Wrosch, 2007; Wrosch et al., 2007).

3.2.2 Physischer Gesundheitsstatus.

Der physische Gesundheitsstatus wurde mit der deutschen Übersetzung einer Symptomcheckliste (Wrosch, Bauer, & Scheier, 2005) erfasst. Die Teilnehmer berichteten, ob sie in den vergangenen zwölf Monaten unter Gesundheitsproblemen wie beispielsweise anhaltenden Hautproblemen oder chronischen Schlafstörungen gelitten haben. Der vollständige Fragebogen befindet sich in Anhang A. Es wird die Anzahl der körperlichen Gesundheitsprobleme pro Teilnehmer berechnet (eine Übersicht zu den Häufigkeiten physischer Gesundheitsprobleme befindet sich in Anhang B, Tabelle B.1).

3.2.3 Subjektives Wohlbefinden.

Als Indikatoren für subjektives Wohlbefinden wurden in Anlehnung an Wrosch et al. (2007) depressive Symptome, wahrgenommener Stress und Lebenszufriedenheit (z.B. Emmons, 1992) erhoben.

Depressive Symptome (ADS)

Für die Messung depressiver Symptome wurde die deutsche Übersetzung (Hautzinger, 1988) der *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977) mit 20 Items verwendet. Die Skala wurde 1993 als *Allgemeine Depressionsskala* (ADS) veröffentlicht (Hautzinger & Bailer, 1993). Die Allgemeine Depressionsskala ist ein

Selbstbeurteilungsverfahren, das subjektive Beeinträchtigungen durch depressive Symptome erfasst. Die Aussagen beziehen sich auf die fünf depressiven Modalitäten emotional, motivational, kognitiv, somatisch sowie sensorisch/interaktional. Die Teilnehmer wurden über eine vier-stufige Likert-Skala gefragt, wie häufig sie sich in der vergangenen Woche entsprechend gefühlt haben. Die Verankerung war von 1 = *selten/oder nie unter einem Tag* bis 4 = *meistens/ständig 5-7 Tage*. Ein Item lautet zum Beispiel „haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen“. Aus den 20 Items wird ein Summenwert gebildet.

Die schriftliche Instruktion auf dem Fragebogen gewährleistet Durchführungsobjektivität. Auch die Auswertungsschablonen, die einfache Score-Bildung über die Summation der Rohwerte und die einfache Interpretation mit Hilfe von Normen und Cut-off-Werten (> 22) ermöglichen eine hohe Auswertungs- und Interpretationsobjektivität.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt bei Erwachsenen in mehreren Bevölkerungsstichproben zwischen $\alpha = .89$ und $\alpha = .92$. Die Testhalbierungsreliabilität liegt bei $\alpha = .89$. Raschanalysen erzielten Reliabilitäten von $\alpha = .83$ bis $\alpha = .97$. Werte der Retestreliabilität der lagen zwischen $\alpha = .63$ (1 Woche), $\alpha = .48$ (2 Wochen) und $\alpha = .58$ (3 Monate).

Es liegt eine Vielzahl von Validierungsstudien vor, welche erwartungskonforme Zusammenhänge mit konstruktorientierten Verfahren zeigen (u.a. Beck-Depressionsinventar, Inventar Depressiver Symptome, Befindlichkeitsskala, Geriatriische Depressionsskala). Für die Kriteriumsvalidität wurden sozio-demografische Daten und die Veränderung durch den Behandlungsverlauf erhoben, welche die Validität bestätigen konnten. Die Prüfung diskriminanter Validität mit Hilfe von ROC-Kurven zeigte zudem gute Werte für Sensitivität und Spezifität (AUC zwischen $\alpha = .93$ und $\alpha = .95$; Hautzinger, Bailer, Hofmeister, & Keller, 2012).

Wahrgenommener Stress (PSS)

Wahrgenommener Stress wurde über die deutsche Übersetzung der *Perceived Stress Scale* (PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) mit zehn Items erfasst. Hier wurden die Teilnehmer auf einer fünf-stufigen Likert-Skala gefragt, wie häufig sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet gefühlt haben. Die Verankerung war von 0 = *nie* bis 4 = *sehr oft*. Ein Beispielitem lautet „Wie oft haben Sie sich im vergangenen Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?“. Aus den zehn Items wird ein Summenwert gebildet.

Die Gütekriterien für die Perceived Stress Scale wurden in einem Review von Lee (2012), in das 19 Artikel einfließen, dargestellt. Dabei ergaben sich für die interne Konsistenz Werte zwischen $\alpha = .74$ und $\alpha = .89$. Die faktorielle Validität ist ebenfalls gut berichtet. Allerdings wurden die Retestreliabilität und die Kriteriumsvalidität selten evaluiert. Dennoch wird die Perceived Stress Scale als einfach zu handhabendes Instrument mit akzeptablen psychometrischen Eigenschaften bewertet. Eine deutsche Validierungsstudie liegt nicht vor.

Lebenszufriedenheit (SWLS)

Als dritter Indikator für subjektives Wohlbefinden wurde die Lebenszufriedenheit über die deutsche Version der *Satisfaction with Life Scale* (SWLS; Glaesmer, Grande, Braehler, & Roth, 2011) gemessen. Die Teilnehmer beantworteten fünf Aussagen auf einer sieben-stufigen Likert-Skala von 1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 7 = *stimme völlig zu*. Ein Beispielitem lautet „In den meisten Fällen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen“. Aus den fünf Items wird ein Summenwert gebildet.

Die interne Konsistenz liegt bei $\alpha = .92$. Konfirmatorische Faktorenanalysen bestätigen die faktorielle Validität. Als Indikatoren für die konvergente Validität zählen positive Korrelationen mit sozialer Unterstützung und negative Korrelationen mit depressiven Symptomen. Es liegen bevölkerungsspezifische Normen vor.

3.2.4 Berufliche Ziele.

Für die Erfassung der Inhaltsbereiche beruflicher Ziele stand kein standardisiertes Instrument zur Verfügung. Berufliche Ziele wurden in den meisten Studien (siehe Abschnitt 2.1.3) über offene Verfahren erhoben und anschließend zu Kategorien zusammengefasst. Dieses Vorgehen schien für die vorliegende Arbeit zu aufwändig. Daher wurden die Zielinhalte in Anlehnung an Zacher et al. (2009) sowie Roberson (1989) mit zehn Items auf einer fünf-stufigen Likert-Skala erhoben. Mit entscheidend für die Verwendung dieser Kategorien war die Tatsache, dass beide Autoren von voneinander abgrenzbaren Zielkategorien berichteten. Die Skalierung erfolgte in Anlehnung an den Lebenszielfragebogen (GOALS) von Pöhlmann und Brunstein (1997). Ebenso wurde von den letztgenannten Autoren die Einteilung in die Zieldimensionen Wichtigkeit, Realisierbarkeit und Erfolg übernommen. Diese Unterteilung war insofern wichtig, da Zielanpassungsstrategien erst dann wirksam werden, wenn ein Ziel nicht erreicht werden kann (z.B. Wrosch et al., 2007). Die Zieldimension Wichtigkeit drückt die subjektive Bedeutsamkeit eines Ziels aus sowie das Ausmaß, zu dem eine Person sich an das Ziel gebunden fühlt. Die Zieldimension Realisierbarkeit

beschreibt, wie sehr eine Person davon überzeugt ist, ein bestimmtes Ziel auch erreichen zu können. Die Zieldimension Erfolg gibt an, wie erfolgreich sich eine Person momentan bei der Erreichung eines bestimmten Ziels sieht (Pöhlmann et al., 2010). Die folgende Tabelle enthält einen Überblick über die Zielkategorien von Zacher et al. (2009).

Tabelle 2

Kategorien beruflicher Ziele nach Zacher et al. (2009)

Zielkategorie	Beispiel
Zusammenarbeit	Gute Zusammenarbeit mit Kollegen, Vorgesetzten
Beschäftigungssicherheit	Sicherung des Arbeitsplatzes, Festanstellung
Weiterbildung	Mehr Kompetenz erlangen
Bezahlung und Karriere	Höherer Verdienst
Betriebliches Engagement	Arbeitsabläufe verbessern
Arbeitszeit	Erhöhung/Verringerung der Arbeitszeit
Wohlbefinden	Beruf und Familie in Einklang bringen
Neue Herausforderungen	Beruf wechseln, neue Anforderungen

Zusätzlich zu diesen acht Zielkategorien wurden die beiden Kategorien *Zufriedenheit mit der Tätigkeit an sich* und *Arbeitsbedingungen* von Roberson (1989) aufgenommen. Diese beiden Kategorien werden auch in anderen Studien genannt (z.B. Fukushima, 2010; Wiese, 2000).

Die zehn Kategorien wurden dreimal mit einer entsprechenden Instruktion (siehe Anhang A: Fragebogen) dargeboten. Zunächst beantworteten die Teilnehmer auf einer fünf-stufigen Likert-Skala mit der Verankerung von 1 = *nicht wichtig* bis 5 = *wichtig* die Wichtigkeit der beruflichen Ziele. Als nächstes schätzten die Teilnehmer ebenfalls auf einer fünf-stufigen Likert-Skala mit der Verankerung von 1 = *nicht realistisch* bis 5 = *realistisch* die Realisierbarkeit des jeweiligen Ziels ein. Danach gaben die Teilnehmer auf der fünf-stufigen Likert-Skala von 1 = *nicht erfolgreich* bis 5 = *erfolgreich* an, wie erfolgreich sie derzeit bei der Realisierung ihrer Ziele sind.

Eine Validierung der zusammengestellten zehn Zielkategorien liegt nicht vor. Die Berechnung der Trennschärpen für die Skala lieferte jedoch befriedigende bis gute Reliabilitäten für die drei Dimensionen Wichtigkeit ($\alpha = .74$ bis $\alpha = .77$), Realisierbarkeit ($\alpha = .80$ bis $\alpha = .84$) und Erfolg ($\alpha = .82$ bis $\alpha = .85$; siehe Anhang B. Tabelle B.2).

3.2.5 Copingstrategien.

Der bekannteste Fragebogen zur Messung der Stressbewältigung ist der *Brief COPE* (Coping Operations Preference Enquiry) von Carver (1997). Der Fragebogen unterscheidet 14 unterschiedliche Arten mit Stress umzugehen. Faktorenanalysen konnten diese Struktur jedoch nicht bestätigen. Daher wurde Stressbewältigung durch fünf Skalen aus dem *Stress- und Coping-Inventar* (SCI) von Satow (2012) erfasst. Das SCI beinhaltet insgesamt zehn Skalen mit 54 Items. Vier Skalen messen die aktuelle Stressbelastung, eine die körperlichen und physischen Stresssymptome und fünf Skalen die Stressbewältigung (Coping). Aus Gründen der Ökonomie, der Redundanz mit der Erfassung depressiver Symptome mittels der Allgemeinen Depressionsskala und der Erfassung von wahrgenommenem Stress mittels der Perceived Stress Scale sowie der Nichtpassung zu dem Schwerpunkt auf berufliche Ziele, wurden aus dem SCI nur die fünf Coping-Skalen eingesetzt.

Stressbewältigung wurde von den Teilnehmern über fünf Skalen anhand von jeweils vier Items erhoben. Die Items wurden gemischt dargeboten und sind auf einer vier-stufigen Likert-Skala von 1 = *trifft gar nicht zu* bis 4 = *trifft genau zu* verankert.

Die erste Skala umfasst positives Denken, welches unter das emotionsfokussierte Coping fällt. Hier geht es darum, inwieweit Stress durch positives Denken reduziert und bewältigt wird. Ein Item lautet zum Beispiel „Ich sage mir, dass Stress und Druck auch ihre guten Seiten haben“.

Die zweite Skala erhebt die aktive Stressbewältigung, welche zum problemorientierten Coping gezählt wird. Es geht darum, inwieweit Stress durch aktive, vorbeugende Beseitigung von Stressursachen vermieden wird. Ein Beispielitem lautet „Ich mache mir schon vorher Gedanken, wie ich Zeitdruck vermeiden kann“.

Die dritte Skala untersucht die Bewältigung von Stress durch soziale Unterstützung. Hier wird erfasst, inwieweit es einer Person gelingt, Stress mit Hilfe von Unterstützung anderer Personen zu reduzieren und zu bewältigen. Ein Beispielitem lautet „Wenn ich mich überfordert fühle, gibt es Menschen, die mich wieder aufbauen“.

Die vierte Skala misst, inwieweit eine Person bei Stress Halt im Glauben findet. Ein Beispielitem lautet „Bei Stress und Druck finde ich Halt im Glauben“.

Die fünfte Skala erhebt die Bewältigung von Stress mit Hilfe von erhöhtem Alkohol- und Zigarettenkonsum. Diese Strategie zählt zu dem vermeidenden Copingverhalten. Ein Beispielitem lautet „Bei Stress und Druck entspanne ich mich abends bei einem Glas Wein oder Bier“.

Die Reliabilitäten liegen für die fünf Coping-Skalen zwischen $\alpha = .74$ und $\alpha = .88$ (siehe Tabelle 3). Die faktorielle Validität wurde über eine Parallel-Analyse und eine

Varimax-Rotation bestätigt. Durchführungsobjektivität ist aufgrund der Standardisierung des Fragebogens gegeben. Auswertungsobjektivität liegt ebenfalls vor, da jeder Antwort jeder Skala ein Wert zugeordnet wird, der pro Skala aufsummiert wird (Satow, 2012).

3.2.6 Übersicht über die Reliabilitäten der verwendeten Skalen.

Die nachfolgende Tabelle enthält eine Übersicht über die Reliabilitäten der verwendeten validierten Skalen.

Tabelle 3

Reliabilitäten der Skalen

Skala	Items	α
1. Depressive Symptome	20	.89 - .92
2. Wahrgenommener Stress	10	.74 - .89
3. Lebenszufriedenheit	5	.92
4. Zielentbindung	4	.69 - .80
5. Zielneubindung	6	.79 - .89
6. Coping (Positives Denken)	4	.74
7. Coping (Aktive Bewältigung)	4	.74
8. Coping (Soziale Unterstützung)	4	.88
9. Coping (Religion)	4	.78
10. Coping (Alkohol)	4	.75

3.3 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 22. Im ersten Schritt wurde der Datensatz bereinigt (siehe Abschnitt 3.1) und deskriptive Statistiken, Häufigkeiten und Korrelationen ermittelt (siehe Kapitel 4 Ergebnisse, Tabelle 4 und Tabelle 5). Die Daten wurden entsprechend den zentralen theoretischen Voraussetzungen mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung geprüft. Die Ergebnisse der Überprüfung auf Normalverteilung zeigten, dass mehrere Variablen dieses Kriterium nicht erfüllten. Da aber nach dem zentralen Grenzwertsatz die Stichprobenkennwerteverteilung ab einem Stichprobenumfang von $n > 30$ sehr gut durch eine Normalverteilung approximiert wird, wären parametrische Tests zwar nicht exakt, aber robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilung (Eid, Gollwitzer, & Schmitt, 2010).

Mittels verschiedener *t*-Tests für unabhängige Stichproben beziehungsweise Kreuztabellen mit χ^2 -Tests wurde für die demografischen Variablen, welche signifikante Korrelationen zu den Hauptkonstrukten aufwiesen (Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsabschluss, Position im Unternehmen) überprüft, ob dieser Zusammenhang statistisch bedeutsam ist.

3.3.1 Testung der Hypothesen 1 und 2.

Zur Überprüfung der Hypothesen 1 und 2 wurde eine multiple hierarchische Regressionsanalyse durchgeführt. Alle Variablen wurden z-standardisiert, um unterschiedlich verteilte Variablen vergleichbar zu machen.

Für die Testung von Hypothese 1 - Zielanpassungstendenzen (Zielentbindung und Zielneubindung) sind positiv mit physischer Gesundheit verbunden - wurde im ersten Schritt der Regressionsanalyse mit physischer Gesundheit als Kriteriumsvariable die Kontrollvariable *Position im Unternehmen* eingefügt. Bei der Position im Unternehmen wird auf der einen Seite unterschieden zwischen Personen, die Inhaber einer Firma sind oder die Führungsverantwortung haben und andererseits zwischen Personen, die keine Führungsverantwortung haben. Diese Kontrollvariable wurde eingefügt, da sie mit der abhängigen Variablen korreliert und somit vermutet werden konnte, dass sie einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und körperlicher Gesundheit ausübt, auch wenn dies nicht Gegenstand der Forschungsfrage war. Im zweiten Schritt wurden die Haupteffekte von Zielneubindung und Zielentbindung auf Signifikanz geprüft. Im dritten Schritt wurde der Interaktionsterm von Zielneubindung und Zielentbindung in die Analyse einbezogen.

Für die Überprüfung von Hypothese 2 (Zielentbindung und Zielneubindung) wurde analog vorgegangen. Kriteriumsvariablen waren hier depressive Symptome, wahrgenommener Stress und Lebenszufriedenheit.

3.3.2 Testung von Hypothese 3.

Um zu untersuchen, ob der momentane Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit mediiert, wurden zunächst die Voraussetzungen für das Vorliegen einer Mediation nach Baron und Kenny (1986) geprüft. Die Voraussetzungen der Autoren für das Vorliegen einer Mediation lauten:

- (1) Der Prädiktor ist mit dem angenommenen Mediator korreliert (Pfad a in Abbildung 3).

- (2) Der potenzielle Mediator ist mit dem Kriterium korreliert (Pfad b).
- (3) Wenn die Pfade (a) und (b) kontrolliert werden, verringert sich die Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium und wird bei vollständiger bzw. totaler Mediation null.

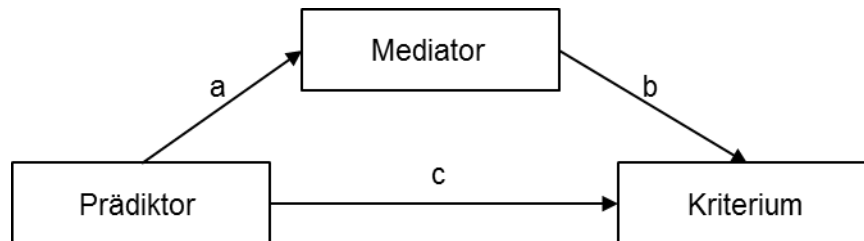


Abbildung 3. Voraussetzungen für das Vorliegen einer Mediation nach Baron und Kenny (1986).

Für die Messung des momentanen Erfolgs bei der Realisierung beruflicher Ziele wurde aus den zehn Inhaltsbereichen beruflicher Ziele ein Summenwert gebildet.

Zur Überprüfung des Vorliegens einer einfachen Mediation wurde ein Sobel-Z-Test mit Bootstrap nach Preacher und Hayes (2004) mit dem SPSS-Makro *sobel.sps* durchgeführt. Das Makro schätzt die Größe eines indirekten Effekts eines Prädiktors (z.B. Zielentbindung) auf ein Kriterium (z.B. physische Gesundheit) durch einen Mediator (Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele). Nach den Autoren ist ein indirekter Effekt eine notwendige Komponente für das Vorliegen einer Mediation und sie werfen die Frage auf, warum ein Signifikanztest des indirekten Effekts notwendig ist, wenn die Kriterien nach Baron und Kenny (1986) erfüllt sind. Preacher und Hayes (2004) begründen die Notwendigkeit damit, dass es zum einen vorkommen kann, dass aus einem signifikanten Effekt des Prädiktors auf ein Kriterium durch die Hinzunahme des Mediators ein nicht signifikanter Effekt werden kann, auch wenn die Veränderung in der absoluten Größe der Koeffizienten gering ist. Das würde irrtümlich zu der Schlussfolgerung führen, dass eine Mediation vorliegt. Weiterhin argumentieren sie, dass die Prüfung der Differenz zwischen Pfad c und Pfad c' (c' = direkter Effekt unter Einbezug des Mediators) ein direkterer Weg sei, die Mediationshypothese zu überprüfen als mehrere Regressionsanalysen durchzuführen, wie von Baron und Kenny (1986) empfohlen. Zudem konstatieren die Autoren, dass die Methode von Baron und Kenny (1986) in den meisten Situationen eine geringe statistische Power hat.

Wenn der Effekt des Prädiktors auf das Kriterium unter Einschluss des Mediators auf null sinkt, wird von einer totalen oder vollständigen Mediation gespro-

chen. Sinkt der Effekt unter Einschluss des Mediators, aber nicht auf null, wird von einer partiellen Mediation gesprochen.

Ob der indirekte Effekt signifikant von null abweicht kann mit dem Sobel-Z-Test überprüft werden. Der Sobel-Z-Test basiert auf der Annahme, dass eine Normalverteilung vorliegt. Da diese jedoch speziell in kleinen Stichproben häufig nicht vorliegt, kann die Signifikanz eines indirekten Effekts per Bootstrap überprüft werden. Die Bootstrapping-Methode ist ein nicht-parametrischer Ansatz zur Schätzung der Effektgröße. Im Wesentlichen werden beim Bootstrappen immer wieder abhängige Stichproben aus den vorliegenden Daten gezogen und ein Parameter wird immer wieder geschätzt. Diese vielen Schätzungen ergeben eine Kennwertverteilung des Parameters. Nach der Festlegung eines Konfidenzintervalls (z.B. 95%) wird überprüft, ob die Null in diesem Konfidenzintervall liegt. Liegt die Null außerhalb des Konfidenzintervalls, handelt es sich um einen signifikanten indirekten Effekt.

Da das Sobel-Makro von Preacher und Hayes (2004) den Einbezug von Kontrollvariablen nicht vorsieht, wurden alle folgenden Analysen ohne die Kontrollvariable Position im Unternehmen durchgeführt.

3.3.3 *Testung von Hypothese 4.*

Um zu untersuchen, ob die Inhaltsbereiche beruflicher Ziele hinsichtlich des momentaner Erfolgs bei der Realisierung den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit mediierten, wurde eine multiple Mediationsanalyse nach Preacher und Hayes (2008), getrennt für Zielentbindung und Zielneubindung durchgeführt. Das Makro für die multiple Mediation arbeitet analog zu dem oben beschriebenen Makro für die einfache Mediation mit dem Unterschied, dass mehrere Mediatoren in die Syntax eingefügt werden. Es wurde jeweils eine Bootstrapping-Analyse mit $m = 5000$ Ziehungen durchgeführt.

In die multiple Mediationsanalyse wurden für Zielentbindung nur die Ziele Zufriedenheit mit der Tätigkeit, Weiterbildung, Bezahlung und Karriere, betriebliches Engagement, Wohlbefinden und neue Herausforderungen einbezogen. Der Grund für den Ausschluss der anderen Zielinhalte (Arbeitsbedingungen, Zusammenarbeit, Beschäftigungssicherheit und Arbeitszeit) war, dass sie die erste Voraussetzung für das Vorliegen einer Mediation nach Baron und Kenny (1986) nicht erfüllten.

Für Zielneubindung wurden alle zehn Inhaltsbereiche (Zufriedenheit mit der Tätigkeit, Arbeitsbedingungen, Zusammenarbeit, Beschäftigungssicherheit, Weiterbildung, Bezahlung und Karriere, Engagement, Arbeitszeit, Wohlbefinden und neue Herausforderungen) in die Analyse einbezogen, da hier die Voraussetzungen für

das Vorliegen einer Mediation erfüllt waren. Es wurde jeweils eine Bootstrapping-Analyse mit $m = 5000$ Ziehungen durchgeführt.

3.3.4 *Testung von Hypothese 5.*

Für die Überprüfung von Hypothese 5 - Copingstrategien medieren den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit - wurden zunächst die Voraussetzungen für das Vorliegen einer Mediation nach Baron und Kenny (1986) überprüft.

Für Zielentbindung war die erste Voraussetzung für das Vorliegen einer Mediation (Prädiktor korreliert mit dem Mediator) nur für die Copingstrategie aktive Bewältigung erfüllt. Daher wurde für Zielentbindung eine einfache Mediationsanalyse nach Preacher und Hayes (2004) durchgeführt.

Für Zielentbindung waren die Voraussetzungen für das Vorliegen einer Mediation für die Copingstrategien positives Denken, aktive Bewältigung und soziale Unterstützung erfüllt. Es wurde eine multiple Mediationsanalyse nach Preacher und Hayes (2008) mit einer Bootstrapping-Analyse mit $m = 5000$ Ziehungen durchgeführt.

Die Copingstrategien Religion und Alkohol erfüllten weder für Zielentbindung noch für Zielneubindung die Voraussetzungen und wurden daher aus der Analyse ausgeschlossen.

3 Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Datenanalyse für die Hypothesen berichtet. Zunächst erfolgt eine Darstellung der deskriptiven Statistiken und der Korrelationen, bevor anschließend auf die Ergebnisse der einzelnen Hypothesen eingegangen wird.

4.1 Deskriptive Statistiken

Neben den für die Prüfung der Hypothesen relevanten Berechnungen wurden für die verschiedenen Variablen Mittelwerte, Standardabweichungen und Reliabilitäten berechnet. Diese sind in Tabelle 4 aufgeführt. Für die Hauptkonstrukte wurden bivariate Korrelationen nach Pearson berechnet, die sich in Tabelle 5 befinden, signifikante Korrelationen der Hauptkonstrukte mit demografischen Variablen enthält Tabelle 6.

Für die demografischen Variablen Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsabschluss und Position im Unternehmen, wurde mittels *t*-Tests für unabhängige Stichproben beziehungsweise Kreuztabellen mit χ^2 -Test untersucht, ob es statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen diesen und den Hauptkonstrukten gibt. Nur für die Position im Unternehmen ergaben sich signifikante Unterschiede. Bei der Position im Unternehmen wurde unterschieden zwischen Personen mit Führungsverantwortung beziehungsweise Inhabern eines Unternehmens und Personen ohne Führungsverantwortung (siehe Abschnitt 4.2, Ergebnisse Hypothese 1 und Abschnitt 4.3, Ergebnisse Hypothese 2). Bei den anderen Variablen gab es keine signifikanten Unterschiede. Für die Variablen Branche oder Unternehmensgröße lagen keine signifikanten Korrelationen zu den Hauptkonstrukten vor.

Die Anzahl der berichteten körperlichen Gesundheitsprobleme ist mit einem Mittelwert von 1.19 ($SD = 1.23$, Range = 0 - 5) als niedrig anzusehen. Beispielsweise berichteten 36 % der Teilnehmer unter keinen gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden (Anhang B, Tabelle B.1). Die Mittelwerte für depressive Symptome (maximal 80 Punkte) und wahrgenommenen Stress (maximal 50 Punkte) liegen in der unteren Hälfte der möglichen Werte. Dementgegen liegt der Mittelwert für Lebenszufriedenheit in der oberen Hälfte der möglichen Werte (maximal 35 Punkte). Zielneubindungsstrategien werden im Schnitt häufiger angewandt als Zielentbindungsstrategien, beide liegen jedoch in der oberen Hälfte der möglichen Werte. Für die Copingstrategien positives Denken, aktive Bewältigung und soziale Unterstützung gilt das Gleiche (jeweils maximal 16 Punkte). Die Copingstrategien Religion und Alkohol spielen im

Durchschnitt keine so große Rolle. Bei den beruflichen Zielen liegt der Mittelwert für die Wichtigkeit weit im oberen Bereich der möglichen Werte (50 Punkte). Für die Dimensionen Realisierbarkeit und momentaner Erfolg bei der Realisierung gilt das zwar auch, ist aber nicht so deutlich ausgeprägt.

Bei den Korrelationen der demografischen Variablen mit den Hauptkonstrukten (Tabelle 6) weist die Position im Unternehmen die höchsten Korrelationen auf.

Tabelle 4

Mittelwerte, Standardabweichungen und Reliabilitäten der Hauptkonstrukte

<i>Variablen</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>α</i>
1. Physische Gesundheit	1.19	1.23	
2. Depressive Symptome	33.55	.53	.91
3. Wahrgenommener Stress	16.18	7.43	.87
4. Lebenszufriedenheit	22.82	6.25	.92
5. Zielentbindung	3.01	.69	.75
6. Zielneubindung	3.78	.63	.88
7. Berufliche Ziele (Wichtigkeit)	41.82	4.57	.77
8. Berufliche Ziele (Realisierbarkeit)	36.31	6.17	.83
9. Berufliche Ziele (Erfolg)	35.48	6.79	.84
10. Coping (Positives Denken)	11.07	2.28	.72
11. Coping (Aktive Bewältigung)	11.20	2.12	.74
12. Coping (Soziale Unterstützung)	12.57	2.76	.89
13. Coping (Religion)	8.06	2.30	.81
14. Coping (Alkohol)	6.80	2.67	.74

Tabelle 5

Bivariate Korrelationen der Hauptkonstrukte nach Pearson

Variablen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Physische Gesundheit													
2. Depressive Symptome	-.50**												
3. Wahrgenommener Stress	.41**	.75**											
4. Lebenszufriedenheit	-.32**	-.52**	-.56**										
5. Zielentbindung	-.19**	-.17**	-.17**	.20**									
6. Zielneubindung	-.16*	-.23**	-.26**	.30**	.48**								
7. Berufliche Ziele (Wichtigkeit)	-.00	-.14	-.10*	.01	-.07	.07							
8. Berufliche Ziele (Realisierbarkeit)	-.24**	-.36**	-.35**	.38**	.05	.30**	.24**						
9. Berufliche Ziele (Erfolg)	-.27**	-.42**	-.46**	.46**	.18**	.38**	.21**	.24**					
10. Coping (Positives Denken)	-.19**	-.35**	-.44**	.33**	.06	.26**	.07	.25**	.22**				
11. Coping (Aktive Bewältigung)	-.18**	-.25**	-.26**	.35**	.15*	.32**	.10	.25**	.27**	.18**			
12. Coping (Soziale Unterstützung)	-.16*	-.39**	-.34**	.45**	-.01	.19**	.17*	.17**	.20**	.29**	.29**		
13. Coping (Religion)	-.03	-.05	.05	.07	.08	.08	.03	-.06	.02	.09	.17**	.10	
14. Coping (Alkohol)	-.05	-.08	.02	.07	.10	-.02	-.08	-.03	-.03	-.05	-.04	-.08	.00

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle 6

Signifikante Korrelationen der Hauptkonstrukte mit demografischen Variablen

<i>Variable</i>	<i>Ges.</i>	<i>Alter</i>	<i>Fam.</i>	<i>Bild.</i>	<i>Kind.</i>	<i>Pos.</i>
Physische Gesundheit	.15*	-.20**		-.23**	-.14*	.23*
Depressive Symptome		-.20**		-.14*		.25**
Wahrgenommener Stress		-.17*				.24**
Lebenszufriedenheit			-.27**			-.27**
Zielentbindung		.15*		.13*		
Zielneubindung						
Ziele (Wichtigkeit)		.15*				
Ziele (Realisierbarkeit)						-.16*
Ziele (Erfolg)						-.25**
Coping (Soz. Unterstützung)						-.14*
Coping (Alkohol)	-.17*					

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$; Ges. = Geschlecht, Alter = Alter, Fam. = Familienstand, Bild. = Bildungsabschluss, Kind. = Anzahl Kinder im Haushalt, Pos. = Position im Unternehmen

Für die Überprüfung von Hypothese 4, inwieweit Zusammenhänge zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit durch den Erfolg bei der Realisierung eines beruflichen Ziels vermittelt werden, wurden ebenfalls Mittelwerte, Standardabweichungen und Reliabilitäten sowie bivariate Korrelationen nach Pearson berechnet (Tabellen 7 und 8). Alle Mittelwerte liegen in der oberen Hälfte der möglichen Werte (maximal 5 Punkte). Am höchsten ausgeprägt ist das arithmetische Mittel bei dem Ziel Zusammenarbeit, am geringsten bei dem Ziel betriebliches Engagement.

Tabelle 7

Mittelwerte Standardabweichungen und Reliabilitäten beruflicher Ziele (Erfolg)

<i>Variablen</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>α</i>
1. Zufriedenheit mit der Tätigkeit	3.78	1.06	.83
2. Arbeitsbedingungen	3.57	.96	.82
3. Zusammenarbeit	3.87	.96	.83
4. Beschäftigungssicherheit	3.83	1.15	.84
5. Weiterbildung	3.42	1.14	.83
6. Bezahlung und Karriere	3.19	1.12	.83
7. Betriebliches Engagement	3.18	1.01	.83
8. Arbeitszeit	3.59	.99	.85
9. Wohlbefinden	3.62	.99	.82
10. Neue Herausforderungen	3.44	1.12	.83

Tabelle 8

Bivariate Korrelationen beruflicher Ziele (Erfolg) mit den Hauptkonstrukten

<i>Variable</i>	<i>Phy</i>	<i>CES-D</i>	<i>PSS</i>	<i>SWLS</i>	<i>DIS</i>	<i>REG</i>
1. Zufriedenheit mit der Tätigkeit	-.23**	-.33**	-.32**	.38**	.14*	.21**
2. Arbeitsbedingungen	-.25**	-.36**	-.43**	.36**	.10	.23*
3. Zusammenarbeit	-.16**	-.27**	-.29**	.28**	.11	.19**
4. Beschäftigungssicherheit	-.10	-.24**	-.26**	.25**	.11	.22**
5. Weiterbildung	-.18**	-.25**	-.25**	.21**	.15*	.18**
6. Bezahlung und Karriere	-.15*	-.29**	-.33**	.35**	.18**	.29**
7. Betriebliches Engagement	-.15*	-.21**	-.25**	.23**	.11*	.22**
8. Arbeitszeit	-.10	-.09	-.12*	.14*	.01	.22**
9. Wohlbefinden	-.33**	-.41**	-.44**	.43**	.12*	.27**
10. Neue Herausforderungen	-.22**	-.30**	-.26**	.33**	.13*	.23**

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$; Phy = Physische Gesundheit, CES-D = depressive Symptome, PSS = wahrgenommener Stress, SWLS = Lebenszufriedenheit, DIS = Zielentbindung, REG = Zielneubindung.

4.2 Ergebnisse Hypothese 1

Die Regressionsanalyse zur Überprüfung von Hypothese 1 (Zielanpassungstendenzen sind positiv mit physischer Gesundheit assoziiert) zeigte im ersten Schritt, dass für die Kontrollvariable Position im Unternehmen ein signifikanter Effekt vorhanden war, $F(1, 229) = 12.28$, $R^2 = .05$, $\beta = .23$, $p < .01$. In einem t -Test für unabhängige Stichproben ergab sich, dass Personen ohne Führungsverantwortung mehr physische Gesundheitsprobleme berichteten ($M = 1.41$, $SD = 1.32$) als Firmeninhaber und Personen mit Führungsverantwortung ($M = .84$, $SD = .98$), $t(88) = -3.74$, $p < .01$.

Der Einschluss der Haupteffekte in die Regressionsgleichung zeigte, dass hohe Zielentbindung marginal signifikant mit geringeren physischen Problemen ($p = .05$) assoziiert war (siehe Tabelle 9). Die inkrementelle Varianz von Schritt 1 auf Schritt 2 der Regressionsanalyse ergab eine Effektstärke von Cohen's $f^2 = .04$. Damit handelt es sich nach Cohen (1992) um einen sehr geringen Effekt. Ein kleiner Effekt liegt nach Aussage des Autors bei $f^2 = .10$, ein mittlerer bei $f^2 = .25$ und ein hoher bei $f^2 = .40$ vor.

Der Haupteffekt von Zielneubindung auf die physische Gesundheit war hingegen nicht signifikant. Die Interaktion von Zielentbindung und Zielneubindung brachte keine inkrementelle Varianzaufklärung.

Hypothese 1, dass sich Zielanpassungstendenzen positiv auf die körperliche Gesundheit auswirken, kann somit nur zum Teil für Zielentbindung, nicht aber für Zielneubindung bestätigt werden.

Tabelle 9

Hierarchische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von körperlicher Gesundheit durch Zielentbindung und Zielneubindung

Prädiktor	Körperliche Gesundheit	
	ΔR^2	β
Schritt 1 Kontrollvariable	.05**	
Position im Unternehmen		.23**
Schritt 2	.04**	
Zielentbindung		-.14*
Zielneubindung		-.09
Schritt 3	.00	
Zielentbindung x Zielneubindung		.00
Gesamt R^2	.09	
N	229	

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$.

4.3 Ergebnisse Hypothese 2

Die Ergebnisse von Hypothese 2 - Zielentbindung und Zielneubindung sind positiv mit subjektivem Wohlbefinden verbunden – werden getrennt nach den Kriteriumsvariablen depressive Symptome, wahrgenommener Stress und Lebenszufriedenheit berichtet.

Depressive Symptome

Die Analyse zeigte im ersten Schritt, dass für die Kontrollvariable Position im Unternehmen ein signifikanter Effekt vorhanden war, $F(1, 229) = 15.45$, $R^2 = .06$, $\beta = .25$, $p < .01$. In einem t -Test für unabhängige Stichproben ergab sich, dass Personen ohne Führungsverantwortung mehr depressive Symptome berichteten ($M = 35.54$, $SD = 20.62$) als Firmeninhaber und Personen mit Führungsverantwortung ($M = 30.35$, $SD = 8.07$), $t(88) = -4.18$, $p < .01$.

Der Einschluss der Haupteffekte in die Regressionsgleichung zeigte, dass hohe Zielneubindung signifikant ($p < .05$) mit geringeren depressiven Symptomen assoziiert war (siehe Tabelle 10). Die inkrementelle Varianz von Schritt 1 auf Schritt 2 der Regressionsanalyse ergab eine Effektstärke von Cohen's $f^2 = .05$. Damit handelt es sich nach Cohen (1992) um einen sehr geringen Effekt.

Der Haupteffekt von Zielentbindung auf depressive Symptome war hingegen nicht signifikant. Die Interaktion von Zielentbindung und Zielneubindung brachte keine inkrementelle Varianzaufklärung.

Wahrgenommener Stress

Im ersten Schritt der Analyse zeigte sich ein signifikanter Effekt für die Kontrollvariable Position im Unternehmen, $F(1, 229) = 13.58$, $R^2 = .06$, $\beta = .23$, $p < .01$. Der t -Test für unabhängige Stichproben ergab, dass Personen ohne Führungsverantwortung über mehr wahrgenommenen Stress berichteten ($M = 17.57$, $SD = 7.47$) als Firmeninhaber und Personen mit Führungsverantwortung ($M = 13.95$, $SD = 6.83$), $t(88) = -3.66$, $p < .01$.

Der Einschluss der Haupteffekte in die Regressionsgleichung zeigte, dass hohe Zielneubindung signifikant ($p < .01$) mit weniger wahrgenommenem Stress verbunden war (siehe Tabelle 10). Die inkrementelle Varianz von Schritt 1 auf Schritt 2 der Regressionsanalyse ergab eine Effektstärke von Cohen's $f^2 = .08$. Damit handelt es sich nach Cohen (1992) um einen geringen Effekt.

Der Haupteffekt von Zielentbindung auf wahrgenommenen Stress war hingegen nicht signifikant. Die Interaktion von Zielentbindung und Zielneubindung brachte keine inkrementelle Varianzaufklärung.

Lebenszufriedenheit

Die Analyse zeigte im ersten Schritt, dass für die Kontrollvariable Position im Unternehmen ein signifikanter Effekt vorhanden war, $F(1, 229) = 18.12$, $R^2 = .07$, $\beta = -.27$, $p < .01$. Der t -Test für unabhängige Stichproben ergab den statistisch bedeutsamen Unterschied, dass Personen ohne Führungsverantwortung über weniger Lebenszufriedenheit berichteten ($M = 23.50$, $SD = 6.30$) als Firmeninhaber und Personen mit Führungsverantwortung ($M = 26.99$, $SD = 5.56$), $t(88) = 4.26$, $p < .01$.

Der Einschluss der Haupteffekte in die Regressionsgleichung zeigte, dass hohe Zielneubindung signifikant ($p < .01$) mit mehr Lebenszufriedenheit verbunden war (siehe Tabelle 10). Die inkrementelle Varianz von Schritt 1 auf Schritt 2 der Regressionsanalyse ergab eine Effektstärke von Cohen's $f^2 = .10$. Damit handelt es sich nach Cohen (1992) um einen kleinen Effekt.

Der Haupteffekt von Zielentbindung auf Lebenszufriedenheit war hingegen nicht signifikant. Die Interaktion von Zielentbindung und Zielneubindung brachte keine inkrementelle Varianzaufklärung.

Hypothese 2, dass sich Zielanpassungstendenzen positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirken, kann somit nur für Zielneubindung, nicht aber für Zielentbindung bestätigt werden. Zielentbindung hing weder signifikant mit geringeren depressiven Symptomen, weniger wahrgenommenem Stress noch mit mehr Lebenszufriedenheit zusammen. Zielneubindung hingegen wirkte sich signifikant auf alle Kriterien von subjektivem Wohlbefinden aus.

Tabelle 10

Hierarchische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von subjektivem Wohlbefinden durch Zielentbindung und Zielneubindung

Prädiktor	Subjektives Wohlbefinden					
	Depressive S.		Stress		Zufriedenheit	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Schritt 1 Kontrollvariable	.06**		.06**		.07**	
Position im Unternehmen		.25**		.24**		-.27**
Schritt 2	.05**		.07**		.09**	
Zielentbindung		-.08		-.05		.06
Zielneubindung		-.19*		-.23**		.27**
Schritt 3	.00		.00		.00	
Zielentbindung x Zielneubindung		.02		.01		-.04
Gesamt R^2	.12		.13		.17	
N	229					

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$; depressive S. = depressive Symptome.

4.4 Ergebnisse Hypothese 3

Die Ergebnisse für Hypothese 3 - der Erfolg bei der Erreichung beruflicher Ziele vermittelt den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit - werden für Zielentbindung und für Zielneubindung getrennt berichtet. Am Ende des Abschnittes erfolgt eine kurze Zusammenfassung.

Zielentbindung

Die einfache Mediation mit dem Sobel-Z-Test ergab signifikante indirekte Effekte von Zielentbindung über den Erfolg bei der Realisierung eines beruflichen Ziels auf alle Kriterien von Gesundheit. Die Bootstrapping-Analyse ergab ebenfalls signifikante indirekte Effekte. Die Regressionskoeffizienten sind in Abbildung 4 dargestellt, Tabelle 11 enthält die Ergebnisse.

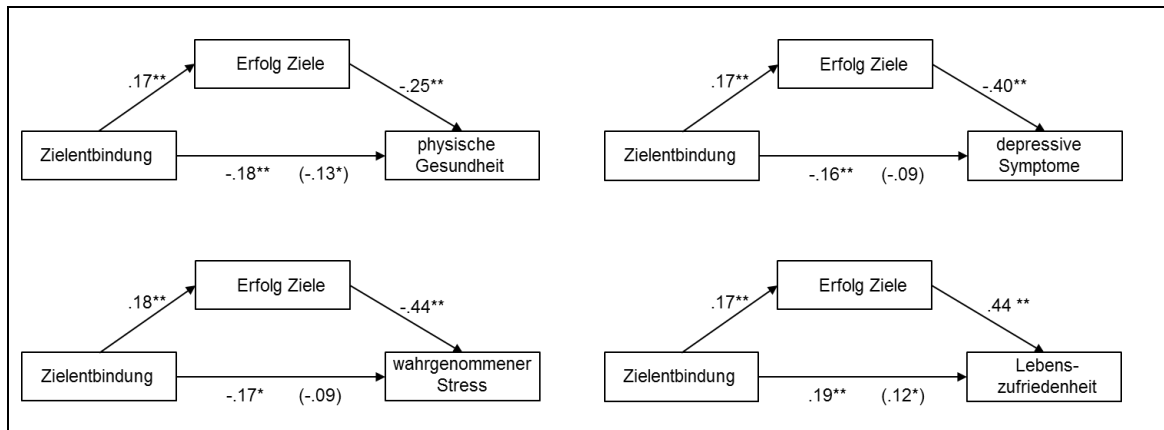


Abbildung 4. Zusammenhang zwischen Zielentbindung und Gesundheit mediiert über den Erfolg bei der Zielerreichung; * $p < .05$, ** $p < .01$; in Klammern dargestellt ist der direkte Effekt von Zielentbindung auf Gesundheit unter Kontrolle des Mediators.

Tabelle 11

Indirekte Effekte von Zielentbindung über den Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele auf die Kriterien von Gesundheit

Kriterium	Sobel-Z-Test		Indirekter Effekt	Bootstrapping	
	Z	p		CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
Physische Gesundheit	-2.22	.03	-.04	-.09	-.01
Depressive Symptome	-2.50	.01	-.07	-.12	-.02
Wahrgenommener Stress	-2.54	.01	-.08	-.13	-.02
Lebenszufriedenheit	2.53	.01	.08	.02	.14

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Bei den Kriterien depressive Symptome und wahrgenommener Stress ist der Beta-Koeffizient (direkter Effekt) unter Einbeziehung des Mediators nicht mehr signifikant, bei den Kriterien physische Gesundheit und Lebenszufriedenheit bleibt der direkte Effekt signifikant. Da jedoch bei den beiden erstgenannten Kriterien der absolute Wert der Koeffizienten unter Einschluss des Mediators nicht auf null gesunken ist, liegt für alle Kriterien eine partielle Mediation vor.

Zielneubindung

Die einfache Mediation mit dem Sobel-Z-Test ergab signifikante indirekte Effekte von Zielneubindung über den Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele auf alle Kriterien von Gesundheit. Die Bootstrapping-Analyse ergab ebenfalls signifikante indirekte

Effekte. Die Ergebnisse sind in Tabelle 12 aufgeführt und die Regressionskoeffizienten in Abbildung 5 dargestellt. Die Regressionskoeffizienten sind in Abbildung 5 dargestellt, Tabelle 12 enthält die Ergebnisse.

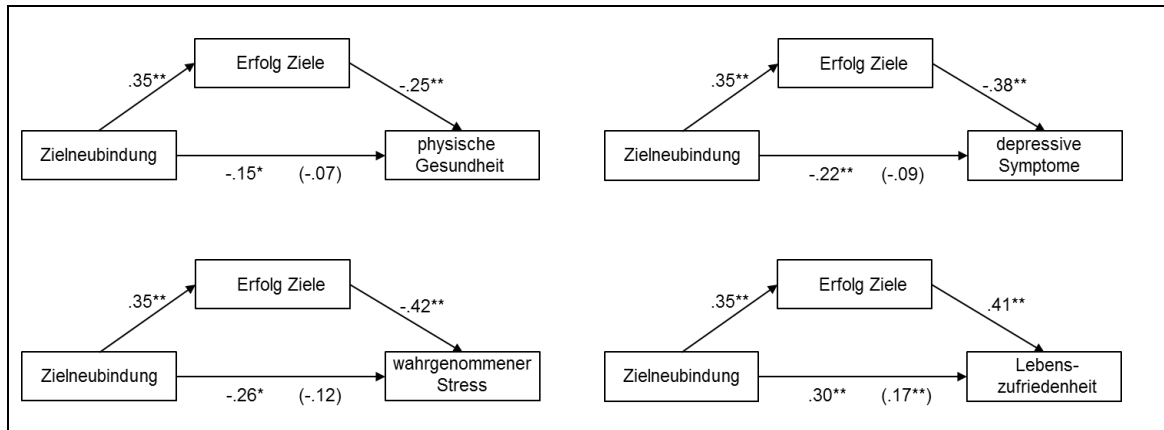


Abbildung 5. Zusammenhang zwischen Zielneubindung und Gesundheit mediiert über den Erfolg bei der Zielerreichung; * $p < .05$, ** $p < .01$; in Klammern dargestellt ist der direkte Effekt von Zielneubindung auf Gesundheit unter Kontrolle des Mediators.

Tabelle 12

Indirekte Effekte von Zielneubindung über den Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele auf die Kriterien von Gesundheit

Kriterium	Sobel-Z-Test		Bootstrapping		
	Z	p	Indirekter Effekt	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
Physische Gesundheit	-3.14	.00	-.09	-.15	-.04
Depressive Symptome	-4.10	.00	-.13	-.20	-.08
Wahrgenommener Stress	-4.26	.00	-.14	-.21	-.08
Lebenszufriedenheit	4.18	.00	.14	.08	.21

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Bei den Kriterien physische Gesundheit, depressive Symptome und wahrgenommener Stress ist der Beta-Koeffizient (direkter Effekt) unter Einbeziehung des Mediators nicht mehr signifikant. Bei dem Kriterium Lebenszufriedenheit bleibt der direkte Effekt unter Einbezug des Mediators signifikant. Da jedoch bei den drei erstgenannten Kriterien der absolute Wert der Koeffizienten unter Einschluss des Mediators nicht auf null gesunken ist, liegt für alle Kriterien eine partielle Mediation vor.

Zusammenfassung

Sowohl Zielentbindungs- als auch Zielneubindungstendenzen wirken vermittelt über den Erfolg bei der Erreichung beruflicher Ziele auf die Gesundheit. Das bedeutet, je höher der momentane Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele eingeschätzt wird, desto mehr wirken sich Zielanpassungsstrategien positiv auf die Gesundheit aus. Das Ergebnis stellt sich für Zielneubindung etwas deutlicher dar als für Zielentbindung. Hypothese 3 kann somit bestätigt werden.

4.5 Ergebnisse Hypothese 4

Die Ergebnisse für Hypothese 4 - die Inhaltsbereiche beruflicher Ziele vermitteln den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit - werden für Zielentbindung und für Zielneubindung getrennt berichtet. In Anhang B, Tabelle B.2 befindet sich die Item-Skala-Statistik für die Skalen Wichtigkeit, Realisierbarkeit und Erfolg beruflicher Ziele. Die bivariaten Korrelationen der Zielinhalte untereinander liegen für die Zieldimension Erfolg zwischen $r = .10$ und $r = .66$ (siehe Anhang B, Tabelle B.3). Am Ende des Abschnittes erfolgt eine kurze Zusammenfassung.

Zielentbindung

Es lagen für die Kriterien physische Gesundheit, depressive Symptome, wahrgenommenen Stress und Lebenszufriedenheit teilweise signifikante totale indirekte sowie signifikante spezifische indirekte Effekte vor. Die Regressionskoeffizienten, die auch die totalen und direkten Effekte zeigen, sind in Abbildung 6 dargestellt.

Für physische Gesundheit und die Mediatorvariablen (Zufriedenheit mit der Tätigkeit, Weiterbildung, Bezahlung und Karriere, Betriebliches Engagement, Wohlbefinden und neue Herausforderungen) betrug die aufgeklärte Varianz des Modells $R^2 = .13$, $p < .01$, für depressive Symptome $R^2 = .20$, $p < .01$, für wahrgenommenen Stress $R^2 = .24$, $p < .01$ und für Lebenszufriedenheit $R^2 = .26$, $p < .01$.

Eine Bias-korrigierte Bootstrap-Analyse (95% Konfidenzintervall) ergab für physische Gesundheit weder einen signifikanten totalen indirekten noch für einen individuellen Mediator einen signifikanten spezifischen indirekten Effekt. Die Inhaltsbereiche beruflicher Ziele vermitteln den Zusammenhang zwischen Zielentbindung und physischer Gesundheit nicht (siehe Anhang C, Tabelle C.1).

Für depressive Symptome lag ein totaler indirekter Effekt vor, 95% CI: $[-.13, -.01]$. Der geschätzte Effekt betrug $-.07$, was innerhalb dieses Bereiches liegt. Nachdem null nicht in diesem Bereich liegt, kann die Schlussfolgerung getroffen werden, dass dieser Effekt signifikant ist. Hohe Zielentbindung führt über die Inhaltsbereiche beruflicher Ziele zu weniger depressiven Symptomen. Es lag für keinen individuellen

Mediator ein signifikanter spezifischer indirekter Effekt vor. Bezahlung und Karriere sowie Wohlbefinden übten den größten, wenn auch nicht signifikanten Einfluss aus (siehe Anhang C, Tabelle C.2).

Für wahrgenommenen Stress lag ein totaler indirekter Effekt vor, 95% CI: [-.14, -.01]. Der geschätzte Effekt betrug -.07, liegt also innerhalb dieses Bereiches. Für den Mediator Bezahlung und Karriere lag ebenfalls ein, wenn auch knapper signifikanter indirekter Effekt vor, 95% CI: [-.08, -.01] mit einem geschätzten Wert von -.03. Die anderen Ziele zeigten keine signifikanten spezifischen indirekten Effekte (siehe Tabelle 13).

Für Lebenszufriedenheit lag ein totaler indirekter Effekt vor, 95% CI: [.01, .15] mit einem geschätzten Wert von .08. Wiederum lag für den Mediator Bezahlung und Karriere ein signifikanter spezifischer indirekter Effekt vor, 95% CI: [.01, .09] mit einem geschätzten Wert von .04. Die anderen Mediatoren hatten keine signifikanten spezifischen indirekten Effekte (siehe Anhang C, Tabelle C.3).

Die Inhaltsbereiche beruflicher Ziele mediieren in Summe den Zusammenhang zwischen Zielentbindung und subjektivem Wohlbefinden, nicht aber zwischen Zielentbindung und physischer Gesundheit. Hohe Zielentbindung führt insbesondere bei hoch eingeschätztem Erfolg bei der Realisierung des Ziels Bezahlung und Karriere zu weniger wahrgenommenem Stress und mehr Lebenszufriedenheit.

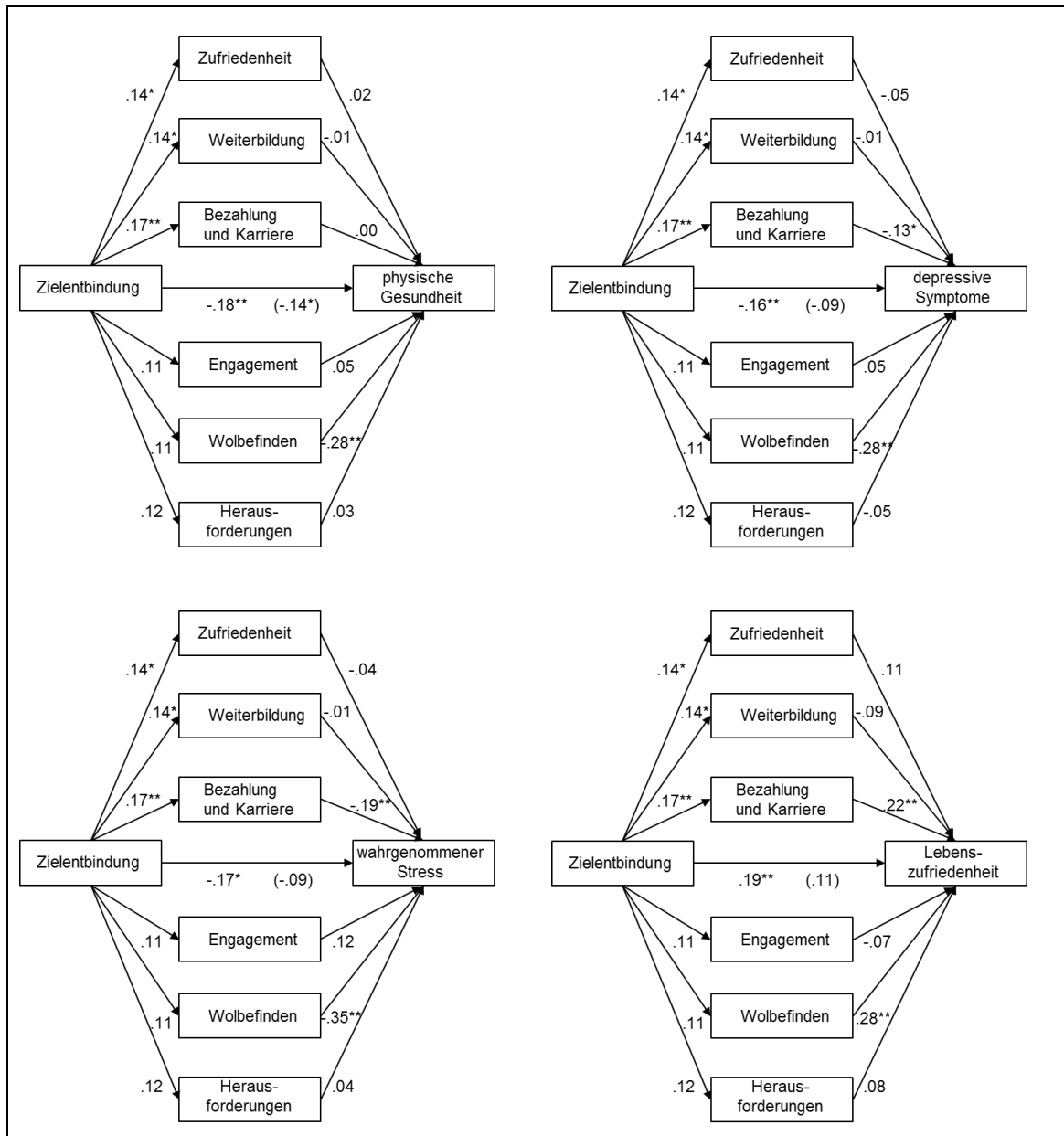


Abbildung 6. Zusammenhang zwischen Zielentbindung und Gesundheit mediert über die Inhaltbereiche beruflicher Ziele; * $p < .05$, ** $p < .01$; in Klammern dargestellt ist der direkte Effekt von Zielentbindung auf Gesundheit unter Kontrolle der Mediatoren.

Tabelle 13

Indirekte Effekte von Zielentbindung über Inhaltsbereiche beruflicher Ziele auf wahrgenommenen Stress

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrapping	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	-.07	-2.35	.03	-.14	-.01
Zufriedenheit	-.01	-.53	.01	-.04	.01
Weiterbildung	-.00	-.15	.01	-.03	.02
Bezahlung und Karriere	-.03	-1.96	.02	-.08	-.01
Betriebl. Engagement	-.01	.26	.01	-.01	.04
Wohlbefinden	-.04	-1.63	.02	-.10	.00
Neue Herausforderungen	-.01	-.49	.01	-.01	.04

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Zielneubindung

Es lagen für die Kriterien physische Gesundheit, depressive Symptome, wahrgenommenen Stress und Lebenszufriedenheit teilweise signifikante totale indirekte sowie signifikante spezifische indirekte Effekte vor. Die Regressionskoeffizienten, die auch die totalen und direkten Effekte zeigen, sind exemplarisch für physische Gesundheit in Abbildung 7 dargestellt. Die Regressionskoeffizienten für die Kriterien depressive Symptome, wahrgenommener Stress und Lebenszufriedenheit befinden sich in Anhang C, Abbildungen C.1, C.2 und C.3.

Für physische Gesundheit und die Mediatorvariablen (Zufriedenheit mit der Tätigkeit, Arbeitsbedingungen, Zusammenarbeit, Beschäftigungssicherheit, Weiterbildung, Bezahlung und Karriere, betriebliches Engagement, Arbeitszeit, Wohlbefinden und neue Herausforderungen) betrug die aufgeklärte Varianz des Modells $R^2 = .12$, $p < .01$, für depressive Symptome $R^2 = .23$, $p < .01$, für wahrgenommenen Stress $R^2 = .28$, $p < .01$ und für Lebenszufriedenheit $R^2 = .29$, $p < .01$.

Für physische Gesundheit lag ein totaler indirekter Effekt vor, 95% CI: [-.15, -.02] mit einem geschätzten Effekt von -.08. Für den Mediator Wohlbefinden lag ebenfalls ein signifikanter spezifischer indirekter Effekt vor, 95% CI: [-.14, -.02] mit einem geschätzten Wert von -.07. Zielneubindung führt bei hoch eingeschätztem Erfolg bei dem Ziel Wohlbefinden zu besserer körperlicher Gesundheit (siehe Tabelle 14).

Für depressive Symptome lag ein totaler indirekter Effekt vor, 95% CI: [-.21, -.06]. Der geschätzte Effekt betrug -.13. Wiederum lag für den Mediator Wohlbefinden ein signifikanter spezifischer indirekter Effekt vor, 95% CI: [-.14, -.01] mit einem geschätzten Effekt von -.06 vor. Zielneubindung führt insbesondere bei hoch eingeschätztem Erfolg bei dem Ziel Wohlbefinden zu weniger depressiven Symptomen (siehe Anhang C, Tabelle C.4).

Für wahrgenommenen Stress lag ein totaler indirekter Effekt vor 95% CI: [-.23, -.08]. Der geschätzte Effekt betrug -.15, liegt also innerhalb dieses Bereiches. Für die Mediatoren Arbeitsbedingungen (95% CI: [-.10, -.01], geschätzter Effekt -.05) und Wohlbefinden (95% CI: [-.15, -.02], geschätzter Effekt -.07) lag ebenfalls ein signifikanter spezifischer indirekter Effekt vor. Zielneubindung führt insbesondere bei hoch eingeschätztem Erfolg bei den Zielen Arbeitsbedingungen und Wohlbefinden zu weniger wahrgenommenem Stress (siehe Anhang C, Tabelle C.5).

Für Lebenszufriedenheit lag ein totaler indirekter Effekt vor, 95% CI: [.08, .23] mit einem geschätzten Wert von .16. Für das Ziel Bezahlung und Karriere lag ein signifikanter spezifischer indirekter Effekt vor, 95% CI: [.01, .12] mit einem geschätzten Wert von .05. Gleiches gilt für das Ziel Wohlbefinden, 95% CI: [.01, .14] mit einem geschätzten Effekt von .06. Zielneubindung führt insbesondere bei hoch eingeschätztem Erfolg bei den Zielen Bezahlung und Karriere sowie Wohlbefinden zu mehr Lebenszufriedenheit (siehe Anhang C, Tabelle C.6).

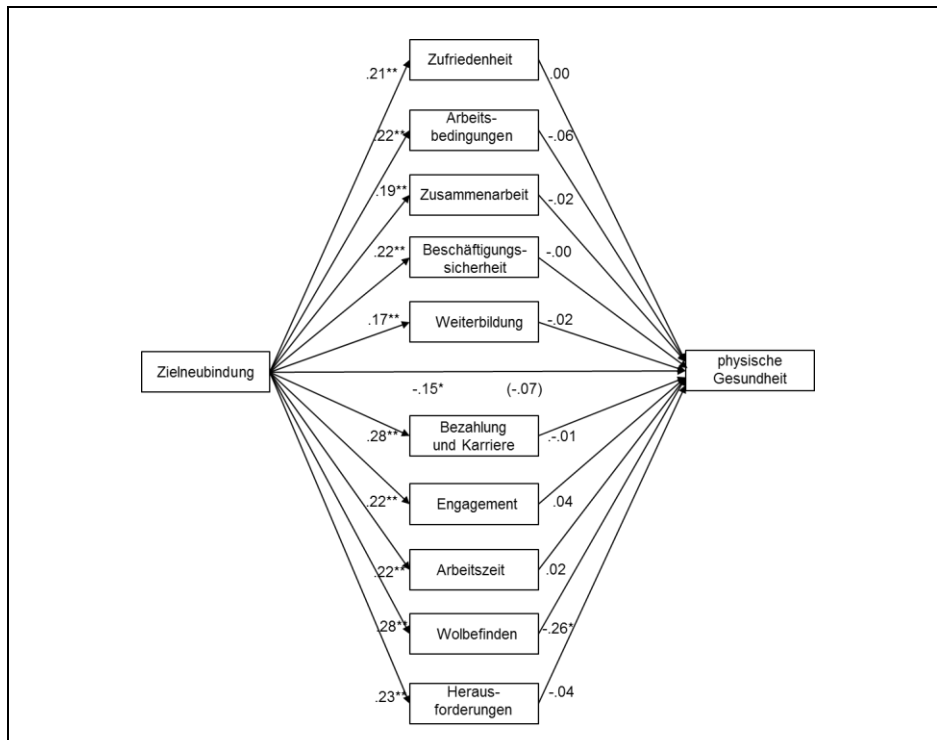


Abbildung 7. Zusammenhang zwischen Zielneubindung und physischer Gesundheit mediert über die Inhaltsbereiche beruflicher Ziele; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle 14

Indirekte Effekte von Zielneubindung über Inhaltsbereiche beruflicher Ziele auf physische Gesundheit

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrap	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	-.08	-2.65	.03	-.15	-.02
Zufriedenheit Tätigkeit	.00	.03	.02	-.04	.05
Arbeitsbedingungen	-.01	-.67	.02	-.06	.02
Zusammenarbeit	.00	.27	.01	-.02	.03
Beschäftigungssicherheit	-.00	-.07	.02	-.04	.03
Weiterbildung	-.00	-.32	.01	-.04	.03
Bezahlung und Karriere	-.00	-.09	.02	-.06	.05
Betriebl. Engagement	.01	.48	.02	-.02	.05
Arbeitszeit	.00	.30	.01	-.03	.04
Wohlbefinden	-.07	-2.18	.03	-.14	-.02
Neue Herausforderungen	-.01	-.49	.02	-.05	.03

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Zusammenfassung

Die Inhaltsbereiche von Zielen vermitteln in stärkerem Ausmaß den Zusammenhang zwischen Zielneubindung und Gesundheit als dies für Zielentbindung der Fall ist. Aber auch für Zielentbindung gibt es signifikante totale indirekte Effekte und auch indirekte Effekte für individuelle Mediatoren. Hypothese 4 kann somit in Teilen bestätigt werden.

4.6 Ergebnisse Hypothese 5

Die Ergebnisse für Hypothese 5 - Copingstrategien medieren den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit - werden für Zielentbindung und für Zielneubindung getrennt berichtet. Die bivariaten Korrelationen der Copingstrategien untereinander liegen zwischen $r = .00$ und $r = .29$ (siehe Anhang B, Tabelle B.4). Am Ende des Abschnittes erfolgt eine kurze Zusammenfassung.

Zielentbindung

Die einfache Mediation mit dem Sobel-Z-Test ergab keine signifikanten indirekten Effekte von Zielentbindung über die Copingstrategie aktive Bewältigung auf alle Kriterien von Gesundheit. Die Bootstrapping-Analyse ergab ebenfalls keine signifikanten indirekten Effekte. Der Zusammenhang zwischen Zielentbindungsstrategien und Gesundheit wird nicht durch die Copingstrategie aktiver Bewältigung vermittelt. Die Ergebnisse sind in Anhang D, Tabelle D.1 und Abbildung D.1 dargestellt.

Zielneubindung

Es lagen für die Kriterien physische Gesundheit, depressive Symptome, wahrgenommener Stress und Lebenszufriedenheit teilweise signifikante totale indirekte sowie signifikante spezifische indirekte Effekte vor. Die Regressionskoeffizienten, die auch die totalen und direkten Effekte zeigen, sind in Abbildung 8 dargestellt.

Für physische Gesundheit und die Mediatorvariablen (positives Denken, aktive Bewältigung und soziale Unterstützung) betrug die aufgeklärte Varianz des Modells $R^2 = .07$, $p < .01$, für depressive Symptome $R^2 = .23$, $p < .01$, für wahrgenommenen Stress $R^2 = .27$, $p < .01$ und für Lebenszufriedenheit $R^2 = .31$, $p < .01$.

Für physische Gesundheit lag nach der Bootstrap-Analyse ein signifikanter totaler indirekter Effekt vor, 95% CI: $[-.15, -.03]$ mit einem geschätzten Effekt von $-.08$. Die Differenz zwischen den totalen und direkten Effekten ($-.08$) ist also ungleich Null, so dass der Einfluss der Mediatoren bestätigt ist. Hohe Zielneubindung führt über positives Denken, aktive Bewältigung und soziale Unterstützung zu besserer physischer Gesundheit. Positives Denken übt gefolgt von aktiver Bewältigung den

größten, wenn auch jeweils nicht signifikanten, Einfluss aus (siehe Tabelle 15).

Für depressive Symptome lag ein signifikanter totaler indirekter Effekt vor, 95% CI: [-.23, -.06] mit einem geschätzten Effekt von -.14, ebenso für die Mediatoren positives Denken (95% CI: [-.12, -.02], geschätzter Effekt -.06) und soziale Unterstützung (95% CI: [-.12, -.01], geschätzter Effekt -.05). Hohe Zielneubindung führt über positives Denken, aktive Bewältigung (nicht signifikant) und soziale Unterstützung zu weniger depressiven Symptomen (siehe Anhang D, Tabelle D.2).

Für wahrgenommenen Stress lag ein totaler indirekter Effekt vor 95% CI: [-.25, -.08]. Der geschätzte Effekt betrug -.16, liegt also innerhalb dieses Bereiches. Für die Mediatoren positives Denken (95% CI: [-.15, -.04], geschätzter Effekt -.09) und soziale Unterstützung (95% CI: [-.10, -.01], geschätzter Effekt -.04) lag ebenfalls ein signifikanter indirekter Effekt vor. Hohe Zielneubindung führt über positives Denken, aktive Bewältigung (nicht signifikant) und soziale Unterstützung zu weniger wahrgenommenem Stress (siehe Anhang D, Tabelle D.3).

Für Lebenszufriedenheit lag ein totaler indirekter Effekt vor, 95% CI: [.08, .25] mit einem geschätzten Wert von .17. Für die Mediatoren positives Denken (95% CI: [.01, .10], geschätzter Wert .05), aktive Bewältigung (95% CI: [.01, .12], geschätzter Wert .06) und soziale Unterstützung (95% CI: [.02, .13], geschätzter Wert .06) lag ein signifikanter indirekter Effekt vor. Hohe Zielneubindung führt über positives Denken, aktive Bewältigung und soziale Unterstützung zu mehr Lebenszufriedenheit (siehe Anhang D, Tabelle D.3).

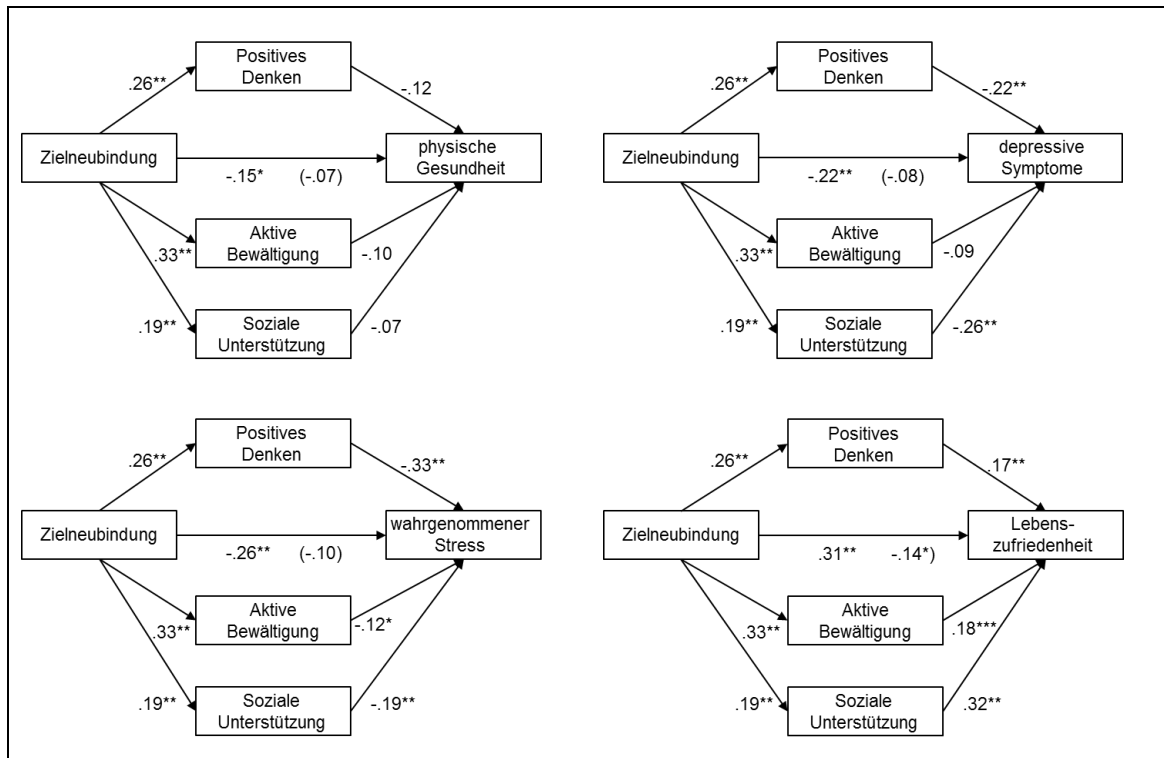


Abbildung 8. Zusammenhang zwischen Zielneubindung und Gesundheit mediert über die Copingstrategien; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle 15

Indirekte Effekte von Zielneubindung über die Copingstrategien aktive Bewältigung, positives Denken und soziale Unterstützung auf physische Gesundheit

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrap	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	-.08	-2.72	.03	-.15	-.03
Aktive Bewältigung	-.03	-1.42	.02	-.09	.01
Positives Denken	-.03	-1.74	.02	-.08	-.00
Soziale Unterstützung	-.01	-.99	.01	-.05	.01

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Zusammenfassung

Bewältigungsstrategien sind nur bei Zielneubindung signifikante Mediatoren für die Kriterien von Gesundheit. Bewältigungsstrategien medieren nicht den Zusammenhang zwischen Zielneubindung und Kriterien von Gesundheit. Hypothese 5 kann somit in Teilen bestätigt werden.

4 Diskussion und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang zwischen adaptiven Zielanpassungsstrategien und Gesundheit im Arbeitskontext untersucht. Zusätzlich wurden Mediatoren aufgenommen, welche diese Zusammenhänge eventuell vermitteln. Bei den Mediatoren handelte es sich um die Zieldimension momentaner Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele, zehn Inhaltsbereiche von Zielen sowie um fünf Copingstrategien. Die aufgestellten Hypothesen konnten zum Teil bestätigt werden. Die Befunde werden in den folgenden Abschnitten für die jeweiligen Hypothesen interpretiert und mit vorher angeführten Forschungsergebnissen in Verbindung gebracht.

Das Kapitel enthält zunächst eine Interpretation der deskriptiven Daten, im Anschluss folgt die Darstellung der Ergebnisse für die einzelnen Hypothesen, es endet mit einem Fazit und einem Ausblick.

5.1 Interpretation und Diskussion der Stichprobe und der deskriptiven Daten

In Bezug auf die Stichprobe ist zu bemerken, dass der Anteil der männlichen Teilnehmer mit 62 Personen (27 %) im Gegensatz zu den weiblichen Teilnehmern (167 Personen) relativ gering war. Dies rührte unter anderem daher, dass 45 % der Teilnehmer Fernstudierende im Studiengang B.Sc. Psychologie an der FernUniversität in Hagen waren, wo der Anteil weiblicher Personen weit über dem der männlichen Personen liegt. Unter den 103 teilnehmenden Fernstudierenden lag der Anteil der weiblichen Personen bei 78 %. Bei den 126 Teilnehmern, die über andere Kanäle rekrutiert wurden, lag der Anteil der weiblichen Personen bei 69 %. Hinsichtlich des Bildungsabschlusses handelte es sich um eine Stichprobe mit sehr hohem Bildungsabschluss. 89 % der Teilnehmer hatten als höchsten Bildungsabschluss die Fachhochschulreife beziehungsweise Abitur, einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss oder waren promoviert. Im Bundesdurchschnitt lagen die vergleichbaren Bildungsabschlüsse im Jahr 2012 bei 41 % (Statistisches Bundesamt, 2014). Insofern lassen sich die gefundenen Befunde nicht auf die Gesamtbevölkerung generalisieren.

Die berufsbezogenen demografischen Daten zeigten, dass das Ziel für die Stichprobenrekrutierung auch Beschäftigte zu erreichen, die in atypischen Beschäftigungsverhältnissen arbeiten, nicht erfüllt wurde. Lediglich 19 % der Befragten waren befristet angestellt oder übten eine geringfügige Beschäftigung aus und nur eine Teilnehmerin arbeitete bei einer Zeitarbeitsfirma. Die Rekrutierung der Stichprobe durch direkte Ansprache von Zeitarbeitsfirmen hat nicht funktioniert. Die folgende

Diskussion muss daher unter dem Aspekt betrachtet werden, dass es sich bei den Teilnehmern um eine überwiegend weibliche Stichprobe mit hohem Bildungsabschluss handelte.

Die Analyse der demografischen Variablen Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsabschluss und Position im Unternehmen, lieferte für die Kontrollvariable Position im Unternehmen signifikante Unterschiede, wonach Firmeninhaber oder Personen mit Führungsverantwortung signifikant zufriedener waren, weniger depressive Symptome hatten, über weniger wahrgenommenen Stress und über weniger physische Gesundheitsprobleme berichteten als Personen ohne Führungsverantwortung (siehe folgenden Abschnitt 5.2). Es zeigten sich wider Erwarten keine Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Personen, dem Alter oder dem Bildungsabschluss. Die Studie der Techniker Krankenkasse (2013) kam zu dem Ergebnis, dass mit dem Bildungsabschluss auch der Stress steigt. Dies kann für die vorliegende Stichprobe mit hohem Bildungsabschluss nicht bestätigt werden. In der genannten Studie wurden aber keine Zielanpassungsstrategien erhoben. So kann vermutet werden, dass der Einsatz von Zielanpassungsstrategien wahrgenommenen Stress reduziert. Die Tatsache, dass es keine Geschlechts- und Altersunterschiede gab, könnte zu der Schlussfolgerung führen, dass sich adaptive Zielanpassungsstrategien unabhängig von Geschlecht und Alter positiv auf die Gesundheit auswirken.

Bemerkenswert ist das Ergebnis, dass es keine Unterschiede in Bezug auf die Branche gab. Die landläufige Meinung, dass Beschäftigte im Gesundheits- oder Sozialwesen oder in Lehrberufen unter höheren körperlichen und psychischen Belastungen leiden, trifft für die vorliegende Stichprobe nicht zu. Sie unterscheiden sich zumindest hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen adaptiven Zielanpassungsstrategien und Gesundheit nicht von Beschäftigten anderer Branchen.

Die durchschnittlich geringe Anzahl der berichteten körperlichen Gesundheitsprobleme ($M = 1.19$, $SD = 1.23$, Range = 0 - 5) deckt sich mit Forschungsarbeiten von Wrosch et al. (z.B. 2007), in denen die körperlichen Gesundheitsprobleme mit denselben Items erfasst wurden. Die Mittelwerte für depressive Symptome ($M = 33.55$, $SD = .53$) und wahrgenommenen Stress ($M = 16.18$, $SD = 7.43$) sind in der vorliegenden Arbeit weit geringer ausgeprägt, als in vergleichbaren Forschungsarbeiten (z.B. Wrosch et al., 2003, 2007). Das kann damit zusammenhängen, dass es sich hier um eine reine Stichprobe von Berufstätigen handelte. Diese Zielgruppe wurde in den Arbeiten von Wrosch und Kollegen (z.B. 2003, 2007, 2011, 2013) bislang nicht explizit untersucht, auch waren die Stichproben in den meisten Studien der genannten Autoren geringer als in der vorliegenden Arbeit. Hinsichtlich

Zielentbindungs- und Zielneubindungsstrategien sind die Mittelwerte vergleichbar mit denen anderer Arbeiten (z.B. Wrosch et al., 2007, 2013). Die Teilnehmer setzten überdurchschnittlich häufig die Copingstrategien positives Denken, aktive Bewältigung und soziale Unterstützung ein. Die Realisierbarkeit und der momentane Erfolg bei der Realisierung wurden im Vergleich zur Wichtigkeit beruflicher Ziele geringer eingeschätzt. Die Unterschiede erwiesen sich statistisch als nicht signifikant. Zusammengefasst handelte es sich bei den Teilnehmenden um eine recht „gesunde“ Stichprobe, die adaptive Zielanpassungsstrategien einsetzt, um die Gesundheit zu schützen, wenn es Schwierigkeiten bei der Zielerreichung gibt.

5.2 Interpretation und Diskussion der Hypothesen 1 und 2

Hypothese 1, dass Zielanpassungstendenzen positiv mit physischer Gesundheit assoziiert sind, konnte nur zum Teil bestätigt werden. Nur Zielentbindung war marginal signifikant ($p = .05$) mit geringeren körperlichen Gesundheitsproblemen verbunden. Für Zielneubindung konnten keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden. Verschiedene Studien belegen das hier berichtete Ergebnis (z.B. Wrosch, 2007, 2013).

Hypothese 2, dass Zielanpassungstendenzen positiv mit subjektivem Wohlbefinden verbunden sind, konnte nur für Zielneubindung bestätigt werden. Zielneubindung hing signifikant mit geringeren depressiven Symptomen, weniger wahrgenommenem Stress und mehr Lebenszufriedenheit zusammen. Für Zielentbindung konnten keine Zusammenhänge gefunden werden. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu Vermutungen anderer Studien (z.B. Wrosch et al., 2013), dass der Zusammenhang zwischen Zielneubindungstendenzen und negativen Aspekten von subjektivem Wohlbefinden (depressive Symptome und wahrgenommener Stress) schwach oder gar nicht vorhanden ist. Die Befundlage ist hierzu allerdings teilweise auch uneinheitlich (Wrosch et al., 2003, 2007; Tomasik & Silbereisen, 2012). Das Ergebnis steht im Einklang mit dem Forschungsstand, dass Zielneubindungstendenzen Effekte auf positive Aspekte von subjektivem Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit) haben.

Eine mögliche Erklärung für die berichteten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit könnte sein, dass Zielanpassungsstrategien im beruflichen Kontext anders wirken als in Stichproben, welche zum Beispiel aus gesundheitlichen Gründen gezwungen sind, Ziele aufzugeben oder sich neue Ziele zu setzen (z.B. Wrosch & Sabiston, 2013). Eine denkbare Erklärung wäre auch, dass es kulturelle Unterschiede hinsichtlich adaptiver Zielanpassungsstrategien gibt. Die Studien der Forschungsgruppe um Wrosch wurden überwiegend in Kanada durchgeführt. In der in Deutschland durchgeführten Studie von

Tomasik und Silbereisen (2012) hing Zielentbindung bei unsicherer Karriereplanung signifikant mit besserem subjektivem Wohlbefinden zusammen. Subjektives Wohlbefinden wurde hier mit drei Fragen zu Lebenszufriedenheit gemessen und Zielentbindung mit einer von den Autoren entwickelten Skala mit drei Items. Aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente ist dieses Ergebnis nicht direkt vergleichbar.

Das Ergebnis, dass Personen mit Führungsverantwortung beziehungsweise Inhaber von Firmen über weniger körperliche Gesundheitsprobleme, weniger depressive Symptome, geringeren wahrgenommenen Stress und eine höhere Lebenszufriedenheit berichten, ist insofern interessant, da man es eigentlich genau umgekehrt vermutet hätte. Der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Auftrag gegebene Stressreport (2012) kommt beispielsweise zu dem Ergebnis, dass Selbständige und Personen mit Führungsverantwortung über mehr Stress am Arbeitsplatz berichteten. Allerdings hat diese Studie nur untersucht, inwieweit sich Erwerbstätige gestresst fühlen. Der Zusammenhang zwischen Zielanpassungsstrategien und Wohlbefinden war nicht Gegenstand der Studie. Insofern kann dieses Ergebnis nur unter Vorbehalt mit dem Ergebnis der vorliegenden Arbeit in Verbindung gebracht werden. Die Studie der Techniker Krankenkasse (2013) kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass der gestresste Durchschnittsarbeitnehmer Vollzeit und im angestellten Verhältnis arbeitet. Das stimmt eher mit dem Ergebnis der vorliegenden Arbeit überein. Es kann vermutet werden, dass Personen mit Führungsverantwortung und Firmeninhaber häufiger gezwungen sind beziehungsweise über mehr Spielraum verfügen, ihre Ziele zu revidieren und dass dies dann auch zu besserer Gesundheit führt. Personen ohne Führungsverantwortung hingegen sind eventuell mehr von den Direktiven ihrer Vorgesetzten abhängig und nicht so frei hinsichtlich der Bindung an neue Ziele.

Aufgrund des korrelativen Designs der Untersuchung von Hypothese 1 und 2 sind keine kausalen Interpretationen möglich. Die entsprechenden Äußerungen sind lediglich als Vermutungen aufzufassen.

5.3 Interpretation und Diskussion der Hypothesen 3 und 4

Die Ergebnisse für Hypothese 3, dass der Erfolg bei der Erreichung beruflicher Ziele den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit vermittelt, zeigten sowohl für Zielentbindung als auch für Zielneubindung signifikante Effekte auf alle Kriterien von Gesundheit. Demnach führt Zielentbindung und Zielneubindung zu weniger körperlichen Gesundheitsproblemen, weniger depressiven Symptomen,

weniger wahrgenommenem Stress und mehr Lebenszufriedenheit, wenn der momentane Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele hoch eingeschätzt wird. Das bedeutet, Personen lösen sich leichter von Zielen, wenn sie sich generell als erfolgreich bei der Zielverfolgung ansehen, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirkt. Die Effekte waren für Zielneubindung stärker ausgeprägt als für Zielentbindung.

Hypothese 4, welche die vermittelnde Rolle der Inhaltsbereiche beruflicher Ziele zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit untersuchte, lieferte ebenfalls teilweise signifikante Ergebnisse. In die multiple Mediationsanalyse wurden für Zielentbindung die Ziele Zufriedenheit mit der Tätigkeit, Weiterbildung, Bezahlung und Karriere, Engagement, Wohlbefinden und neue Herausforderungen einbezogen. Für das Kriterium physische Gesundheit lieferte die Analyse weder einen totalen indirekten noch für ein bestimmtes Ziel einen signifikanten Effekt. Das bedeutet, dass der momentane Erfolg bei der Realisierung eines bestimmten Ziels keine Auswirkung auf den Zusammenhang zwischen Zielentbindung und physischer Gesundheit hat. Was insofern verwunderlich ist, da die Summe der Ziele (siehe Hypothese 3) den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und physischer Gesundheit signifikant vermittelt. Folglich wirkt sich nur die Summe der Ziele, nicht aber ein einzelnes bestimmtes Ziel auf die physische Gesundheit aus. Für depressive Symptome lag ein signifikanter totaler indirekter Effekt vor, nicht aber für ein einzelnes Ziel. Hinsichtlich wahrgenommenem Stress und Lebenszufriedenheit lagen ebenfalls signifikante totale indirekte Effekte vor und jeweils ein signifikanter spezifischer Effekt für das Ziel Karriere und Bezahlung. Hohe Zielentbindung führt bei hoch eingeschätztem Erfolg bei der Realisierung des Ziels Bezahlung und Karriere zu weniger wahrgenommenem Stress und mehr Lebenszufriedenheit.

Für Zielneubindung wurden alle zehn Inhaltsbereiche beruflicher Ziele in die Analyse aufgenommen. Für alle vier Kriterien von Gesundheit lagen signifikante totale indirekte Effekte vor. Bei physischer Gesundheit und depressiven Symptomen übte das Ziel Wohlbefinden den größten signifikanten Einfluss aus. Wahrgenommener Stress wurde durch Arbeitsbedingungen und Wohlbefinden mediert und Lebenszufriedenheit durch die Ziele Bezahlung und Karriere sowie Wohlbefinden. Hohe Zielneubindung führte bei hohem Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu geringeren physischen Gesundheitsproblemen, weniger depressiven Symptomen, geringerem wahrgenommenen Stress und mehr Lebenszufriedenheit. Der wahrgenommene Stress reduzierte sich zusätzlich signifikant, wenn die Arbeitsbedingungen positiv eingeschätzt werden. Die

Lebenszufriedenheit stieg zusätzlich signifikant, wenn Bezahlung und Karriere stimmen.

Für den Zusammenhang von Zielneubindung auf die physische Gesundheit spielten außer dem Ziel Wohlbefinden alle anderen Ziele eine geringe Rolle. Der Zusammenhang zwischen Zielneubindung auf die negativen Aspekte von subjektivem Wohlbefinden (depressive Symptome und wahrgenommener Stress) wurde am wenigsten durch Ziele wie Zufriedenheit mit der Tätigkeit, Zusammenarbeit, Weiterbildung, betriebliches Engagement und neue Herausforderungen vermittelt. Geringe Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit hatten lediglich die Ziele Zusammenarbeit und Arbeitszeit. Das bedeutet, dass Lebenszufriedenheit als positiver Aspekt des subjektiven Wohlbefindens von mehr Faktoren beeinflusst wurde, die sowohl intrinsischer als auch extrinsischer Natur sein können.

Die Tendenzen waren bei Zielentbindungs- und Zielneubindungskapazitäten ähnlich. Die Ziele Karriere und Bezahlung sowie Wohlbefinden übten jeweils den größten, wenn auch nicht immer signifikanten Einfluss aus. Bei Zielentbindungsstrategien übte allerdings das Ziel Bezahlung und Karriere gefolgt von Wohlbefinden den größten Einfluss aus. Bei Zielneubindungsstrategien war es genau umgekehrt, da hatte das Ziel Wohlbefinden jeweils den höchsten Effekt, gefolgt von dem Ziel Bezahlung und Karriere. Man könnte schlussfolgern, dass sich Zielentbindungsstrategien eher bei extrinsischen Zielen positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirken, während dies bei Zielneubindungsstrategien eher bei intrinsischen Zielen der Fall ist. Generell waren bei Zielentbindungsstrategien die Effekte schwächer ausgeprägt. Das steht im Einklang mit anderen Forschungsarbeiten, die zu ähnlichen Ergebnissen kamen (z.B. Rasmussen et al., 2006). Dabei waren jeweils für die Lebenszufriedenheit als positiven Aspekt des subjektiven Wohlbefindens mehr Ziele bedeutsam als für die negativen Aspekte des subjektiven Wohlbefindens und die physische Gesundheit.

Wie bereits im Theorieteil (Kapitel 2) erwähnt, gibt es bislang wenig empirische Forschung zu Zielanpassungstendenzen im beruflichen Kontext und der vermittelnden Rolle von Zieldimensionen und Zielinhalten auf die Gesundheit (König et al., 2010). Gut untersucht sind die Zusammenhänge zwischen Zielanpassungsstrategien und Gesundheit (z.B. Wrosch et al., 2003, 2007) und die Zusammenhänge zwischen Zielen und Gesundheit (z.B. Brunstein, 1993; Hyvönen et al., 2009; Pomaki et al., 2006). Die Zusammenführung dieser Komponenten, wie es in der vorliegenden Arbeit erfolgt ist, wurde in früheren Arbeiten weniger thematisiert. Es fand sich jedoch Bestätigung dafür, dass sowohl die Zieldimension momentaner Erfolg bei der Zielrealisierung als auch

Zielinhalte die Zusammenhänge zwischen Zielanpassungsstrategien und Gesundheit vermitteln. Dabei scheinen sich die Mechanismen zwischen Zielentbindung und Zielneubindung sowie zwischen den positiven und negativen Aspekten des subjektiven Wohlbefindens zu unterscheiden.

5.4 Interpretation und Diskussion von Hypothese 5

Hypothese 5, dass Copingstrategien den Zusammenhang zwischen Zielanpassungstendenzen und Gesundheit vermitteln, wurde vor dem Hintergrund aufgestellt, dass empirische Befunde die positiven Auswirkungen von Zielneubindungskapazitäten durch spezielle Bewältigungsstrategien belegen (Wrosch et al., 2013). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen diese Befunde, auch wenn es sich in entsprechenden Studien um andere Stichproben handelte und teilweise auch andere Erhebungsinstrumente verwendet wurden.

Copingstrategien übten nur bei Zielneubindungstendenzen, nicht aber bei Zielentbindungstendenzen einen vermittelnden Einfluss zwischen Zielanpassungsstrategien und Gesundheit aus. Dabei gab es Unterschiede zwischen den Kriteriumsvariablen. Für physische Gesundheit lag ein totaler indirekter Effekt vor, dabei übte aber weder die Copingstrategie positives Denken, aktive Bewältigung noch soziale Unterstützung einen signifikanten spezifischen Effekt aus. Die Summe der drei Strategien vermittelte den Zusammenhang zwischen Zielneubindung und besserer körperlicher Gesundheit. Bei den negativen Aspekten des subjektiven Wohlbefindens (depressive Symptome und wahrgenommener Stress) leisteten die Copingstrategien positives Denken und soziale Unterstützung einen eigenen signifikanten indirekten Effekt. Zielneubindung führte über mehr positives Denken und mehr soziale Unterstützung zu geringeren depressiven Symptomen und weniger wahrgenommenem Stress. Hinsichtlich des positiven Aspektes von subjektivem Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit) lieferten alle drei Copingstrategien einen eigenen signifikanten indirekten Effekt. Man könnte daraus schließen, dass negative Aspekte von subjektivem Wohlbefinden eher durch emotionsorientierte Bewältigungsstrategien sowie durch soziale Unterstützung abgepuffert werden. Zur Lebenszufriedenheit hingegen trugen zusätzlich auch problemorientierte Bewältigungsstrategien (aktive Bewältigung) bei. Es scheint spezielle Coping-Muster zu geben, die es ermöglichen, die Gesundheit durch Zielneubindungstendenzen zu schützen. Die Klärung der Frage warum dies für Zielentbindungstendenzen nicht gilt, könnte Gegenstand weiterer Forschung sein..

5.5 Weitere Diskussionspunkte

Abgesehen von der Erhebung beruflicher Ziele wurden in der vorliegenden Arbeit standardisierte und validierte Messinstrumente eingesetzt. Für die Erhebung beruflicher Ziele wurde eine selbstkonstruierte Skala verwendet. Diese zeigte zwar gute Realibilitäten auf (für den Erfolg bei der Verwirklichung beruflicher Ziele zwischen $\alpha = .82$ und $\alpha = .84$, siehe Anhang B, Tabelle B.2), dennoch könnte dies als Einschränkung für die Interpretation der vorliegenden Ergebnisse angesehen werden und eine Replikation der Ergebnisse erschweren, sofern die Daten mit anderen Instrumenten erhoben werden. Dieser Punkt betrifft auch die anderen verwendeten Skalen, da in vergleichbaren Forschungsarbeiten zum Teil andere Instrumente zur Messung der Hauptkonstrukte eingesetzt wurden, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten hätte man auf die Erhebung der Zieldimensionen Wichtigkeit und Realisierbarkeit von beruflichen Zielen verzichten können. Beide Dimensionen flossen nicht in die Auswertung ein, sondern nur der momentane Erfolg bei der Realisierung von Zielen. Dies hätte allerdings keinen Einfluss auf die Stichprobengröße gehabt, da die meisten Teilnehmer, die den Fragebogen nicht zu Ende bearbeitet haben, bereits nach der ersten Seite beziehungsweise nach den demografischen Daten die Bearbeitung abgebrochen haben.

Eine methodische Einschränkung könnte darin gesehen werden, dass die Kontrollvariable Position im Unternehmen nicht in alle Analysen eingeflossen ist. Dies war dadurch begründet, dass das Sobel-Makro für die einfache Mediationsanalyse von Preacher und Hayes (2004) den Einschluss von Kontrollvariablen nicht vorsieht. Folglich wurde die Kontrollvariable auch nicht in die multiplen Mediationsanalysen einbezogen.

5.6 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich adaptive Zielanpassungsstrategien auch im Arbeitskontext positiv auf die Gesundheit auswirken. Alle aufgestellten Hypothesen konnten zumindest in Teilen bestätigt werden. Dabei wurden mehr Effekte für Zielneubindungstendenzen als für Zielentbindungstendenzen gefunden. Zielentbindungstendenzen hingen nur marginal signifikant mit geringeren physischen Gesundheitsproblemen zusammen. Positive und negative Aspekte von subjektivem Wohlbefinden hingen ausschließlich signifikant mit Zielneubindungstendenzen zusam-

men. Der empirische Forschungsstand hierzu ist uneinheitlich (z.B. Wrosch et al., 2007; Rasmussen et al., 2006; Dunne et al., 2012). Unter Einbezug des Mediators momentaner Erfolg bei der Realisierung beruflicher Ziele ergaben sich sowohl für Zielentbindungstendenzen als auch für Zielneubindungstendenzen signifikante Effekte. Gleiches gilt für die Inhaltsbereiche beruflicher Ziele als Mediatoren zwischen Zielanpassungsstrategien und Gesundheit. Bei der Aufnahme weiterer Copingstrategien als Mediatoren zwischen Zielanpassungsstrategien und Gesundheit gab es nur für Zielneubindungstendenzen signifikante Zusammenhänge. Das könnte dadurch erklärt werden, dass Personen im Hinblick auf die Inhaltsbereiche ihrer beruflichen Ziele beide Zielanpassungsstrategien einsetzen, weil sie aufgrund äußerer Umstände (z.B. Zielvorgaben bzw. Zieländerungen von Vorgesetzten vorgegeben) dazu gezwungen sind. Zielentbindung war eher mit extrinsischen Zielen wie Bezahlung und Karriere verbunden und Zielneubindung bezog sich eher auf intrinsische Ziele wie Wohlbefinden. Die Motivation für die Wahl der entsprechenden Strategie scheint unterschiedlich zu sein. Dass weitere Copingstrategien nur den Zusammenhang zwischen Zielneubindung und Gesundheit vermittelten, könnte damit zusammenhängen, dass Copingstrategien eher als persönliche Disposition angesehen werden können (Wrosch et al., 2013), und dass diese Disposition nur mit Zielneubindungstendenzen verbunden ist.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass es sich bei Zielentbindung und Zielneubindung um unterschiedliche Mechanismen handelt. Diese Schlussfolgerung wurde in der Forschung bereits getroffen (Wrosch et al., 2013). Die Annahme der Forschungsgruppe um Wrosch (2013), dass Zielentbindung eher mit negativen Aspekten von subjektivem Wohlbefinden und Zielneubindung eher mit positiven Aspekten verbunden ist, konnte nicht bestätigt werden. Aber auch hierzu ist die empirische Befundlage uneinheitlich (z.B. König et al., 2010). Generell hat die Forschung gezeigt, dass Zielentbindungs- und Zielneubindungstendenzen nur moderat untereinander korrelieren. Das traf in der vorliegenden Arbeit nicht zu, hier korrelierten Zielentbindung und Zielneubindung mit $r = .48$. Das würde dafür sprechen, dass beide Konstrukte zum Teil gleiches messen, was sich aber anhand der Ergebnisse nicht bestätigen lässt.

Eine Einschränkung der vorliegenden Arbeit stellt die Stichprobe dar, welche zu fast dreivierteln aus weiblichen Personen bestand, die über einen überdurchschnittlich hohen Bildungsabschluss verfügte und die fast zur Hälfte in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis stand. Wie bereits erwähnt, sollte die Interpretation unter diesem Aspekt verstanden werden. Auch die Verwendung von unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten in den jeweiligen Studien und Arbeiten tragen dazu bei, dass die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden sollten.

Anzumerken ist, dass in der vorliegenden Arbeit nur das Erleben von Gesundheit im Zusammenhang mit Zielanpassungsstrategien am Arbeitsplatz untersucht wurde. Nicht berücksichtigt wurde, inwiefern weitere Einflussfaktoren eine Rolle spielen könnten. Denkbar ist beispielsweise, dass wenn Belastungen am Arbeitsplatz alleine vorliegen, diese durch die Anwendung von Zielanpassungsstrategien die Gesundheit schützen können. Es könnte dann anders aussehen, wenn zusätzliche Belastungen wie zum Beispiel Ärger in der Familie oder in der Partnerschaft hinzukommen.

Trotz der genannten Einschränkungen wurde das Ziel, das mit der vorliegenden Arbeit verbunden war erreicht, die einzelnen empirisch belegten Zusammenhänge zwischen (beruflichen) Zielen und Gesundheit, Zielanpassungsstrategien und Gesundheit sowie Stressbewältigungsstrategien und Gesundheit in einen Gesamtzusammenhang zu bringen. Eine weitere Stärke kann darin gesehen werden, dass aufgrund der rein berufstätigen Stichprobe, die im Hinblick auf den Wandel in der Arbeitswelt immer wieder damit konfrontiert wird, Ziele aufzugeben oder sich neue Ziele zu setzen, der bisherige Forschungsstand erweitert wurde.

Die Arbeit bietet Potential für weitere Forschung. Diese könnte sich darauf beziehen, die Inhaltsbereiche beruflicher Ziele weiter zu kategorisieren, welche einen vermittelnden Einfluss zwischen dem Zusammenhang von adaptiven Zielanpassungsstrategien und Gesundheit haben. Dieser Aspekt wurde bislang wenig erforscht (König et al., 2010). Die Ziele könnten zum Beispiel nach ihrer Spezifität, ihrem Abstraktionsgrad oder nach motivationalen Aspekten klassifiziert werden. Die motivationale Komponente der Zielauswahl, -verfolgung und -revision im Arbeitskontext wurde beispielsweise in einem Beitrag von Diefendorff und Chandler (2010) behandelt. Die Autoren postulieren in ihrem Modell Antezedenzen, Prozesse und Konsequenzen von Handlungszielen und deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden und das Arbeitsverhalten. Sie unterscheiden vier Einflussfaktoren: proximale Faktoren, die innerhalb der Person liegen (z.B. Selbstwirksamkeit), proximale Faktoren, die außerhalb der Person liegen (z.B. soziale Einflüsse), distale Faktoren, die innerhalb der Person liegen (z.B. Persönlichkeitseigenschaften) und distale Faktoren, die außerhalb der Person liegen (z.B. Kultur). Ableitend aus diesem Ansatz könnten weitere mögliche Moderatoren und Mediatoren untersucht werden, welche den Zusammenhang zwischen Zielanpassungsstrategien und Gesundheit vermitteln.

Die auf dem 49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie am 24. September 2014 in Bochum vorgestellten Forschungsergebnisse von Heckhausen (2014) zu einer motivationalen Theorie der Entwicklung über die Lebensspanne könnten, bezogen auf den Arbeitskontext über die Laufbahn- bzw. Karriereplanung

betrachtet werden. Hiermit ist beispielsweise die Untersuchung gemeint, ob sich Zielanpassungsstrategien zu Beginn einer beruflichen Laufbahn von denen am Ende einer Berufstätigkeit unterscheiden. Die Theorie von Heckhausen adressiert die Rolle von Motivation von Individuen im Kontext der Entwicklung über die Lebensspanne und stellt verschiedene Annahmen über adaptive versus maladaptive Entwicklungsregulationen auf. Die auf dem Kongress vorgestellten Studien thematisierten die Prozesse von Zielbindung und Zielentbindung, wenn Gelegenheiten für die Verfolgung von Entwicklungszielen auftreten oder nicht mehr vorhanden sind. Heckhausen bezeichnet kritische Entwicklungsübergänge (z.B. Übergang von der Schule ins Berufsleben) als biologische Uhr.

Ein ähnlicher Ansatz könnte die Anregung von König et al. (2010) sein, nicht nur interindividuelle sondern auch intraindividuelle Unterschiede in Zielanpassungstendenzen zu untersuchen. Die Klärung der uneinheitlichen Befunde zwischen Zielentbindung und Zielneubindung und deren Wirkung auf die körperliche Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden, bietet ebenfalls Raum für weitere Forschung. Dies könnte insbesondere im Hinblick auf weitere Copingstrategien erfolgen, da in der vorliegenden Arbeit keine Zusammenhänge zwischen Zielentbindungstendenzen und Gesundheit unter dem vermittelnden Einfluss von Copingstrategien gefunden werden konnten. Ebenso könnte anhand einer anderen Stichprobe untersucht werden, ob sich bei Firmeninhabern bzw. Führungskräften Zielanpassungsstrategien tatsächlich positiver auf die Gesundheit auswirken als bei Beschäftigten ohne Führungsverantwortung. Weiterhin wäre es interessant, branchenspezifische Unterschiede zu erforschen. Nimmt man die hier gefundenen Ergebnisse, dass sich Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in Erziehung und Unterricht nicht von Beschäftigten in anderen Branchen unterscheiden, könnte man ableiten, dass Beschäftigte in den erstgenannten Branchen, die beispielsweise über einen hohen Stresslevel berichten, keine oder wenig Zielanpassungsstrategien einsetzen. Nicht zuletzt sind kulturelle Unterschiede im Umgang mit adaptiven Zielanpassungsstrategien und deren Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden bislang unerforscht.

Aus dem vorletzten Punkt könnten sich Implikationen für die Praxis ergeben, indem für die entsprechenden Berufsgruppen maßgeschneiderte Interventionen für die Erhöhung der Selbstregulationskapazitäten entwickelt werden.

Die in der Einleitung erwähnte Schlagzeile „Job ist Stressfaktor Nummer eins“ (Ruhr Nachrichten, 2014) kann für die vorliegende Arbeit nicht bestätigt werden bzw. gilt nicht im Zusammenhang mit Zielanpassungsstrategien.

Literaturverzeichnis

- Abele, A. E., Stief, M., & Krüsken, J. (2002). Persönliche Ziele von Mathematikern beim Berufseinstieg: Ein Vergleich offener und geschlossener Erhebungsmethoden. *Zeitschrift für pädagogische Psychologie*, 16, 193-205. doi:10.1024//1010-0652.16.34.193
- Arbeitsrecht.de. (2014). *Arbeitsverdichtung und Arbeitsdruck – Wo liegen die Grenzen?* Abgerufen am 5. September 2014 von <http://www.arbeitsrecht.de/rat-vom-experten/arbeits-und-gesundheitsschutz/arbeits-und-gesundheitsschutz/arbeitsverdichtung-und-arbeitsdruck-wo-liegen-die-grenzen.php>
- Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process and content. *Psychological Bulletin*, 120, 338-375. <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.120.3.338>
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi:10.1037//0033-295x.84.2.191
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. NJ: Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1171-1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bateman, T. S., O'Neill, H., & Kenworthy-U'Ren, A. (2002). A hierarchical taxonomy of top managers' goals. *Journal of Applied Psychology*, 87, 1134-1148. doi:10.1037//0021-9010.87.6.1134
- Bauer, I., & Wrosch, C. (2011). Making up for lost opportunities: The protective role of downward social comparison for coping with regrets across adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37, 215-228. doi:10.1177/0146167210393256
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-540-33306-7
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070. doi:10.1037//0022-3514.65.5.1061
- Brunstein, J., & Maier, G. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47, 146-160.

- Brunstein, J., Lautenschlager, U., Nawroth, B., Pöhlmann, K., & Schultheiß, O. (1995). Persönliche Anliegen, soziale Motive und emotionales Wohlbefinden. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, 1-10.
- Bundesagentur für Arbeit. (2014). *Arbeitsmarkt im Überblick*. Abgerufen am 5. September 2014 von <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Arbeitsmarkt-im-Ueberblick/Arbeitsmarkt-im-Ueberblick-Nav.html>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2012). *Stressreport 2012*. Abgerufen am 15. August 2014 von http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile
- Cantor, N. (1990). From thought to behavior: "Having" and "Doing" in the study of personality and cognition. *American Psychologist*, 45, 735-750. doi:10.1037//0003-066x.45.6.735
- Cantor, N. (1994). Life task problem solving: Situational affordances and personal needs. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 235-243. doi:10.1177/0146167294203001
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C., & Scheier, M. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New-York: Springer-Verlag.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Social Sciences*. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 98-101. doi:10.1111/1467-8721.ep10768783
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298, 1685-1687. doi:10.1001/jama.298.14.1685
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. doi:10.2307/2136404
- Diefendorff, J. M., & Chandler, M. M. (2010). Motivating employees. In S. Zedeck (Hrsg.), *APA handbook of industrial and organizational psychology, Vol. 3: Maintaining, expanding, and contracting the organization* (S. 65-135). Washington. DC: American Psychological Association. doi:10.1037/12171-003

- Dietz, M., & Walwei, U. (2006). Beschäftigungswirkungen des Wandels der Erwerbsformen. *WSI-Mitteilungen*, 56, 278-286.
- Dunne, E., Wrosch, C., & Miller, G. E. (2011). Goal disengagement, functional disability, and depressive symptoms in old age. *Health Psychology*, 30, 763-770. doi:10.1037/a0024019
- Ebert, J. (2005). *Entschlossen - Planvoll - Zielgerichtet: Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Verwirklichung persönlicher Ziele von Studienanfängern*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Potsdam.
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Emmons, R. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068. doi:10.1037//0022-3514.51.5.1058
- Emmons, R. A. (1989). The personal striving approach to personality. In L. Pervin (Hrsg.), *Goal concepts in personality and social psychology* (S. 87-126). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Emmons, R. A. (1992). Abstract versus concrete goals: Personal striving level, physical illness, an psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 292-300. doi:10.1037//0022-3514.62.2.292
- Emmons, R. A., & King, L. A. (1988). Conflict among goal strivings: Immediate and longterm applications for psychological and physical well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 292-300. doi:10.1037//0022-3514.54.6.1040
- Emmons, R., & McAdams, D. (1991). Personal strivings and motive dispositions: Exploring the links. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 648-654. doi:10.1177/0146167291176007
- Fukushige, A., & Spicer, D. P. (2011). Leadership and followers' work goals: A comparison between Japan and the UK. *The International Journal of Human Resource Management*, 22, 2110-2134. doi:10.1080/09585192.2011.580179
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The german version of the satisfaction with life scale (SWLS). *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 127-132. doi:10.1027/1015-5759/a000058
- Goerke, B. (2014). *Behandlung von Ausreißer-Werten*. Abgerufen am 15. August 2014 von Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: <http://www.bwl.uni-kiel.de/bwlinstitute/grad-kolleg/new/index.php?id=267/>

- Gollwitzer, P. M., & Brandstätter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186-199. doi:10.1037//0022-3514.73.1.186
- Häcker, H. O. (2009). Stichwort Gesundheit. In K.-H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (15. Ausg., S. 386).
- Harris, C., Daniels, K., & Briner, R. B. (2003). A daily diary study of goals and affective well-being at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 401-410. doi:10.1348/096317903769647256
- Hautzinger, M. (1988). Die CES-D Skala: Ein Depressionsinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 34, 167-173.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D., & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressionsskala (2. überarbeitete und neu normierte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln* (2. Ausg.). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-08870-8
- Heckhausen, J. (2014). A motivational theory of life-span development. *49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie: Supplement to Psychological Test and Assessment Modeling* (S. 410). Lengerich: Pabst Science Publishers. doi:10.1037/a0017668
- Huhtala, M., Feldt, T., Hyvönen, K., & Mauno, S. (2013). Ethical organisational culture as a context of managers' personal work goals. *J Bus Ethics*, 114, 265-282. doi:10.1007/s10551-012-1346-y
- Hyvönen, K., Feldt, T., Tolvanen, A., & Kinnunen, U. (2009). The role of goal pursuit in the interaction between psychosocial work environment and occupational well-being. *Journal of Vocational Behavior*, 406-418. doi:10.1016/j.jvb.2009.10.002
- Hyvönen, K., Feldt, Z., Kinnunen, U., & Tolvanen, A. (2011). Changes in personal work goals in relation to the psychosocial work environment: A two-year follow-up study. *Work & Stress*, 25, 289-308. doi:10.1080/02678373.2012.630587
- Kaluza, G. (2012). *Gelassen und sicher im Stress: Das Stresskompetenz-Buch - Stress erkennen, verstehen, bewältigen*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kleinbeck, J. (2006). Handlungsziele. In J. Heckhausen, & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 255-276). Heidelberg: Springer. doi:10.1007/3-540-29975-0_10

- Kleinbeck, U. (2000). *Spektrum.de Stichwort Ziele*. Abgerufen am 02. Juli 2014 von <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/ziele/17216>
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25. doi:10.1037/h0076171
- Klinger, E. (1987). The interview questionnaire technique: Reliability and validity of a mixed idiographic-nomothetic measure of motivation. In J. Butcher (Hrsg.), *Advances in personality assessment* (Bd. 6, S. 31 - 48). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- König, C. J., van Eerde, W., & Burch, A. (2010). Predictors and consequences of daily goal adaption. *Journal of Personnel Psychology*, 9, 50-56. doi: 10.1027/1866-5888/a000002
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer. doi:10.1017/s0141347300015019
- Lee, E.-H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research*, 6, 121-127. doi:10.1016/j.anr.2012.08.004
- Little, B. (1983). Personal projects. A rationale and method for investigation. *Environment and Behavior*, 15, 273-309. doi:10.1177/0013916583153002
- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Stressreport 2012*. Abgerufen am 15. August 2014 von http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health und illness: A review. *Applied Psychology*, 54, 267-299. doi:10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x
- Maier, G. W. (2013). *Gabler Wirtschaftslexikon. Stichwort Beanspruchung und Belastung*. Abgerufen am 5. August 2014 von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/56969/beanspruchung-und-belastung-v5.html>
- Maier, G., & Brunstein, J. (2001). The role of personal work goals in newcomers' job satisfaction and organizational commitment: A longitudinal analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1034-1042. doi:10.1037//0021-9010.86.5.1034
- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2013). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: The role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23, 114-120. doi:10.1002/pon.3380

- Miller, G. E., & Wrosch, C. (2007). You've gotta know when to fold'em: Goal disengagement and systemic inflammation in adolescence. *Psychological Science*, 18, 773-777. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01977.x
- Pöhlmann, K., & Brunstein, J. C. (1997). GOALS: Ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen. *Diagnostica*, 43, 63-79.
- Pöhlmann, K., Brunstein, J. C., Koch, R., Brähler, E., & Joraschky, P. (2010). Der Lebenszielfragebogen GOALS: Befunde zur internen und externen Validität auf der Basis einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und einer klinischen Stichprobe. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 2, 70-80.
- Pomaki, G., ter Doest, L., & Maes, S. (2006). Goals and depressive symptoms: Cross-lagged effects of cognitive versus emotional goal appraisals. *Springer Science+Business Media*, 499-513. doi:10.1007/s10608-006-9054-5
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 36, 717-731. doi:10.3758/bf03206553
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891. doi:10.3758/brm.40.3.879
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale. A self-report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Ramb, B.-T. (2014). *Gabler Wirtschaftslexikon. Stichwort Ziele*. Abgerufen am 15. August 2014 von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/ziel.html>
- Rasmussen, H. N., Wrosch, C., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2006). Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality*, 74, 1721-1747. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00426.x
- Roberson, L. (1989). Assessing personal work goals in the organizational setting: Development and evaluation of the Work Concerns Inventory. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 44, 345-367. doi:10.1016/0749-5978(89)90013-7
- Roberson, L. (1990). Prediction of job satisfaction from characteristics of personal work goals. *Journal of Organizational Behavior*, 11, 11, 29-41. doi:10.1002/job.4030110106
- RuhrNachrichten. (2014). Job ist Stressfaktor Nummer eins.
- Salewski, C., & Renner, B. (2009). *Differentielle und Persönlichkeitspsychologie*. München: Reinhardt.

- Salewski, C., & Vollmann, M. (2012). *Gesundheitspsychologische Modelle zu Stress, Stressbewältigung und Prävention/Gesundheitsförderung (Studienbrief Kurs 3461, WS12/13)*. Hagen: FernUniversität Hagen, Lehrgebiet Gesundheitspsychologie.
- Salewski, C., & Weber, H. (2009). Ziele. In J. Bengel, & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Handbuch der Psychologie* (Bd. 12, S. 92-97). Göttingen: Hogrefe. doi:10.1556/mental.11.2010.1.5
- Salmela-Aro, K., & Nurmi, J.-E. (1997). Goal contents, well-being and life context during transition to university: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 471-491. doi:10.1080/016502597385234
- Satow, L. (2012). *Stress- und Coping-Inventar (SCI): Testmanual und Normen*. Online im Internet: URL: <http://www.drsatow.de>.
- Schneider, M. (2009). *Bewältigungsstile. Motive und familiäre Bedingungen ihrer Entwicklung*. Siegen: UniPrint.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Stress and the human immune system: A meta-analytic review of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630. doi:10.1037/0033-2909.130.4.601
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 475-486. doi:10.1177/0146167203261883
- Shenkar, O. (1987). Structure and importance of work goals among managers in the people's Republic of China. *Academy of Management Journal*, 30, 564-576. doi:10.2307/256015
- Solberg Nes, L., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235-251. doi:10.1207/s15327957pspr1003_3
- Statista.com. (2014). *Anzahl der im ersten Quartal 2013 angekündigten Stellenstreichungen* von Unternehmen in Deutschland*. Abgerufen am 5. September 2014 von <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/38774/umfrage/angekueendigten-stellenabbau-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Atypische Beschäftigung sinkt 2012 bei insgesamt steigender Erwerbstätigkeit*. Abgerufen am 15. August 2014 von

- https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/08/PD13_285_132.html
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Selbständigkeit in Deutschland*. Abgerufen am 5. September 2014 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Arbeitsmarkt/SelbststaendigkeitDeutschland_72013.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2014). *Bildungsstand*. Abgerufen am 26. September 2014 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschung/Kultur/Bildungsstand/Tabellen/Bildungsabschluss.html>
- Techniker Krankenkasse. (2013). *Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Tomasik, M. J., & Silbereisen, R. K. (2012). Beneficial effects of disengagement from futile struggles with occupational planning: A contextualist-motivational approach. *Development Psychology*, 48, 1785-1796. doi:10.1037/a0026952
- Ulich, E. (2008). *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*. Berlin: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP).
- Vollmann, M., & Weber, H. (2011). Gesundheitspsychologie. In A. Schütz, H. Selg, M. Brand, & S. Lautenbacher (Hrsg.), *Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder* (S. 394-410). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, H. (2012). Motive und Ziele. In H. Weber, & T. Rammsayer, *Differentielle Psychologie - Persönlichkeitsforschung* (S. 107-127). Göttingen: Hogrefe.
- WHO. (2003). *Investing in Mental Health*. Abgerufen am 2. August 2014 von http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf
- Wiese, B. (2004). Berufliche Ziele als entwicklungsregulative Herausforderung. In B. Wiese (Hrsg.), *Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung: Kernkompetenzen in der modernen Arbeitswelt* (S. 11-34). Frankfurt: Campus.
- Wiese, B. S. (2000). *Berufliche und familiäre Zielstrukturen*. München: Waxmann.
- Wolf, A. (2011). Wie man Ziele erreicht. *Psychologie Heute*, 20-29.
- Wrosch, C., & Sabiston, C. M. (2013). Goal adjustment, physical and sedentary activity, and well-being and health among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22, 581-589. doi:10.1002/pon.3037
- Wrosch, C., Amir, E., & Miller, G. E. (2011). Goal adjustment capacities, coping, and subjective well-being: The sample case of caregiving for a family member with mental illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 934-946. doi:10.1037/a0022873

- Wrosch, C., Bauer, I., & Scheier, M. F. (2005). Regret and quality of life across the adult life span: the influence of disengagement and available future goals. *Psychology and Aging, 20*, 657-670. doi:10.1037/0882-7974.20.4.657
- Wrosch, C., Miller, G. E., Scheier, M. F., & Brun de Pontet, S. (2007). Giving up on unattainable goals: Benefits for health? *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*, 251-265. doi:10.1177/0146167206294905
- Wrosch, C., Scheier, M. F., & Miller, G. E. (2013). Goal adjustment capacities, subjective well-being, and physical health. *Social and Personality Psychology Compass, 7*, 847-860. doi:10.1111/spc3.12074
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R., & Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 1494-1508. doi:10.1177/0146167203256921
- Wrosch, C., Scheier, M., & Miller, G. (2013). Goal Adjustment Capacities, Subjective Well-being, and Physical Health. *Social and Personality Psychology Compass, 7*, 847-860. doi:10.1111/spc3.12074
- Zacher, H., Degner, M., Seevaldt, R., Frese, M., & Lüdde, J. (2009). Was wollen jüngere und ältere Erwerbstätige erreichen? Altersbezogene Unterschiede in Inhalten und Merkmalen beruflicher Ziele. *Zeitschrift für Personalpsychologie, 8*, 191-200. doi:10.1026/1617-6391.8.4.191

Anhang A: Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang M.Sc. Psychologie an der FernUniversität in Hagen führe ich eine wissenschaftliche Studie zu Zusammenhängen zwischen adaptiver Zielanpassung (Zielentbindung und Zielneubindung) und Gesundheit im Arbeitskontext durch.

Vielfältige Gründe (z.B. Wandel der Arbeitswelt, drohender Arbeitsplatzverlust, falsche Berufswahl usw.) können dazu führen, dass sich berufliche Ziele nicht immer wie gewünscht erreichen lassen. In diesem Fall kann es erforderlich werden, dass Sie sich von gesetzten Zielen lösen oder dass Sie sich neue Ziele setzen müssen. Der individuelle Umgang mit Zielentbindungs- und Zielneubindungsstrategien kann sich auf die körperliche Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden auswirken.

Wenn Sie derzeit berufstätig sind, sind Sie herzlich eingeladen an der Umfrage teilzunehmen.

Bevor Sie mit der Bearbeitung des Fragebogens beginnen, möchte ich Ihnen noch einige allgemeine Hinweise geben:

- Die Durchführung und Auswertung des Fragebogens erfolgt selbstverständlich anonym.
- Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie können die Bearbeitung des Fragebogens jederzeit durch schließen des Browser-Fensters abbrechen.
- Füllen Sie bitte den Fragebogen nach den jeweiligen Hinweisen und entsprechenden Instruktionen aus.
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Ihre persönliche Meinung und Einstellung ist wichtig.

Die Bearbeitung des Fragebogens ist bis einschließlich **13. Juli 2014** möglich und nimmt etwa 15 Minuten in Anspruch.

Sollten Sie Rückfragen haben, können Sie mich gerne über folgende E-Mail-Adresse kontaktieren: Andrea.Felka@Fernuni-Hagen.de.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Unterstützung.

Andrea Felka

Bevor Sie mit der Bearbeitung des Fragebogens beginnen, möchte ich Sie bitten, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen:

Geschlecht

männlich ☐

weiblich ☐

Alter in Jahren**Familienstand**

ledig ☐

in Partnerschaft ☐

verheiratet ☐

getrennt lebend ☐

geschieden ☐

verwitwet ☐

Bildungsabschluss

Kein Abschluss ☐

Hauptschule ☐

Mittlere Reife ☐

Fachhochschulreife/Abitur ☐

Fachhochschul-/

Hochschulabschluss ☐

Promotion ☐

Anzahl im Haushalt lebender Kinder

Nun bitte ich Sie um einige Angaben zu Ihrem beruflichen Umfeld:

Wie lautet Ihre aktuelle Berufsbezeichnung?

Art des Beschäftigungsverhältnisses

selbständig ☐

unbefristet angestellt ☐

befristet angestellt ☐

Sonstiges ☐

Vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in vollen Stunden (bitte aufrunden), sofern Sie angestellt tätig sind.

Tatsächliche durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in vollen Stunden (bitte aufrunden).

Wie viele Personen sind in dem Unternehmen, in dem Sie arbeiten beschäftigt?

weniger als 19 Beschäftigte ☐

zwischen 20 und

99 Beschäftigten ☐

zwischen 100 und

499 Beschäftigten ☐

mehr als 500 Beschäftigte ☐

Zu welcher Branche gehört das Unternehmen, in dem Sie arbeiten?

Wie ist Ihre Position im Unternehmen?

Inhaber ☐

Führungsverantwortung ☐

keine

Führungsverantwortung ☐

Vielfältige Gründe (z.B. Wandel der Arbeitswelt, drohender Arbeitsplatzverlust, falsche Berufswahl usw.) können dazu führen, dass sich berufliche Ziele nicht immer wie gewünscht erreichen lassen. Bitte geben Sie für jede der unten aufgeführten Kategorien an, wie wichtig Ihnen dieses Ziel ist.

Wichtigkeit beruflicher Ziele

	nicht wichtig	wenig wichtig	teils teils	eher wichtig	wichtig
Zufriedenheit mit der Tätigkeit an sich	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitsbedingungen	☐	☐	☐	☐	☐
Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten	☐	☐	☐	☐	☐
Beschäftigungssicherheit	☐	☐	☐	☐	☐
Weiterbildung	☐	☐	☐	☐	☐
Bezahlung und Karriere	☐	☐	☐	☐	☐
Betriebliches Engagement	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitszeit	☐	☐	☐	☐	☐
Wohlbefinden	☐	☐	☐	☐	☐
Neue Herausforderungen	☐	☐	☐	☐	☐

Sie haben auf der Seite zuvor die Wichtigkeit beruflicher Ziele eingeschätzt. Bitte geben Sie nun für jede der unten aufgeführten Kategorien an, wie realistisch Sie die Erreichung des jeweiligen Ziels einschätzen.

Realisierbarkeit beruflicher Ziele

	nicht realistisch	wenig realistisch	teils teils	eher realistisch	realistisch
Zufriedenheit mit der Tätigkeit an sich	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitsbedingungen	☐	☐	☐	☐	☐
Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten	☐	☐	☐	☐	☐
Beschäftigungssicherheit	☐	☐	☐	☐	☐
Weiterbildung	☐	☐	☐	☐	☐
Bezahlung und Karriere	☐	☐	☐	☐	☐
Betriebliches Engagement	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitszeit	☐	☐	☐	☐	☐
Wohlbefinden	☐	☐	☐	☐	☐
Neue Herausforderungen	☐	☐	☐	☐	☐

Sie haben auf den Seiten zuvor die Wichtigkeit und die Realisierbarkeit beruflicher Ziele eingeschätzt. Bitte geben Sie nun für jede der unten aufgeführten Kategorien an, wie erfolgreich Sie momentan bei der Verwirklichung des entsprechenden Ziels sind.

Erfolg bei der Verwirklichung beruflicher Ziele

	nicht erfolgreich	wenig erfolgreich	teils teils	eher erfolgreich	erfolgreich
Zufriedenheit mit der Tätigkeit an sich	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitsbedingungen	☐	☐	☐	☐	☐
Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten	☐	☐	☐	☐	☐
Beschäftigungssicherheit	☐	☐	☐	☐	☐
Weiterbildung	☐	☐	☐	☐	☐
Bezahlung und Karriere	☐	☐	☐	☐	☐
Betriebliches Engagement	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitszeit	☐	☐	☐	☐	☐
Wohlbefinden	☐	☐	☐	☐	☐
Neue Herausforderungen	☐	☐	☐	☐	☐

Nicht immer lassen sich berufliche Ziele wie gewünscht realisieren, manchmal ist man gezwungen Ziele aufzugeben. Mich interessiert, wie Sie in solchen Situationen im Allgemeinen reagieren. Bitte geben sie an, wie sehr jede der folgenden Aussagen auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft.

Wenn ich ein wichtiges berufliches Ziel nicht realisieren kann,...

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils teils	trifft eher zu	trifft sehr zu
fällt es mir leicht, meine Anstrengung für das Ziel zu verringern.	☐	☐	☐	☐	☐
überzeuge ich mich, dass es andere sinnvolle Ziele gibt, die ich verfolgen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
bleibe ich dem Ziel lange Zeit verbunden; ich kann es schwer aufgeben.	☐	☐	☐	☐	☐
beginne ich, andere neue Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐	☐
denke ich über andere neue Ziele nach, die ich verfolgen kann	☐	☐	☐	☐	☐
kann ich meine Bemühungen nur schwer aufgeben, das Ziel dennoch erreichen zu wollen.	☐	☐	☐	☐	☐
suche ich nach anderen sinnvollen Zielen.	☐	☐	☐	☐	☐
fällt es mir leicht, nicht über das Ziel nachzudenken und es aufzugeben.	☐	☐	☐	☐	☐
sage ich mir, dass es eine Reihe anderer neuer Ziele gibt, auf die ich mich stürzen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
strenge ich mich an, andere sinnvolle Ziele zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐

Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten unter einem oder mehreren der folgenden gesundheitlichen Probleme gelitten oder wurden deswegen behandelt?

	Ja	Nein
Anhaltende Hautprobleme (z.B. Ekzeme)	☐	☐
Wiederkehrende Magenprobleme, Verdauungsstörungen oder Durchfälle	☐	☐
Häufige oder andauernde Verstopfung	☐	☐
Chronische Schlafprobleme	☐	☐
Migräne oder Kopfschmerzen	☐	☐
Asthma, Bronchitis oder Emphyseme	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐

Bitte markieren Sie bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort, die am besten beschreibt, wie oft Sie sich in der vergangenen Woche so gefühlt oder verhalten haben.

In der vergangenen Woche...

	selten / oder nie unter 1 Tag	manchmal / gelegentlich 1-2 Tage	öfters / häufiger 3-4 Tage	meistens / ständig 5-7 Tage
haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	☐	☐	☐	☐
war mir nicht nach Essen zumute, hatte ich keinen Appetit.	☐	☐	☐	☐
hatte ich das Gefühl, selbst mit Hilfe meiner Familie oder Freunde, meinen Trübsinn nicht abschütteln zu können.	☐	☐	☐	☐
hatte ich das Gefühl, ebenso gut wie andere Menschen zu sein.	☐	☐	☐	☐
ist es mir schwergefallen, mich auf die jeweilige Aufgabe zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐
fühlte ich mich niedergeschlagen.	☐	☐	☐	☐
empfand ich alles als anstrengend.	☐	☐	☐	☐
blickte ich voller Hoffnung in die Zukunft.	☐	☐	☐	☐
empfand ich mein Leben als gescheitert.	☐	☐	☐	☐
war ich ängstlich.	☐	☐	☐	☐
habe ich unruhig geschlafen.	☐	☐	☐	☐
war ich glücklich.	☐	☐	☐	☐
habe ich weniger als sonst geredet.	☐	☐	☐	☐
fühlte ich mich einsam.	☐	☐	☐	☐
waren die Menschen unfreundlich zu mir.	☐	☐	☐	☐
hatte ich Spaß am Leben.	☐	☐	☐	☐
musste ich grundlos weinen.	☐	☐	☐	☐
war ich traurig.	☐	☐	☐	☐
hatte ich das Gefühl, dass mich die Menschen nicht mögen.	☐	☐	☐	☐
bin ich nicht "in Gang" gekommen.	☐	☐	☐	☐

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlen.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat nervös und gestresst gefühlt?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft kaum zu	teils teils	trifft etwas zu	trifft ausgesprochen zu
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	☐	☐	☐	☐	☐
Es fällt mir leicht, mich zu entspannen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	☐	☐	☐	☐	☐
In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	☐	☐	☐	☐	☐
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	☐	☐	☐	☐	☐

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Sie sind nun am Ende des Fragebogens angekommen. Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Unterstützung.

Andrea Felka

Sofern Sie Studierende/r im Studiengang B.Sc. Psychologie an der FernUniversität in Hagen sind und eine Bescheinigung über 0,5 Versuchspersonenstunden wünschen, klicken Sie bitte [HIER](#).

Anhang B: Tabellen zu deskriptiven Statistiken

Tabelle B.1

Anzahl körperlicher Beschwerden

Anzahl körperlicher Beschwerden	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozente
0	82	35,8	35,8
1,00	72	31,4	67,2
2,00	43	18,8	86,0
3,00	15	6,6	92,6
4,00	15	6,6	99,1
5,00	2	0,9	100,0
<i>N</i>	229	100,0	

Anmerkung: $M = 1.19$, $SD = 1.23$

Tabelle B.2

Item-Skala-Statistik für die Skalen Wichtigkeit, Realisierbarkeit und Erfolg beruflicher Ziele

Item	Cronbach's Alpha, wenn Item gelöscht		
	Wichtigkeit	Realisierbarkeit	Erfolg
Zufriedenheit mit der Tätigkeit	.77	.82	.83
Arbeitsbedingungen	.75	.81	.82
Zusammenarbeit	.75	.81	.84
Beschäftigungssicherheit	.75	.84	.84
Weiterbildung	.74	.81	.83
Bezahlung und Karriere	.74	.81	.83
Betriebliches Engagement	.74	.80	.83
Arbeitszeit	.75	.84	.85
Wohlbefinden	.75	.80	.82
Neue Herausforderungen	.76	.81	.83

Tabelle B.3

Bivariate Korrelationen beruflicher Ziele (Erfolg) nach Pearson

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Zufriedenheit mit der Tätigkeit									
2. Arbeitsbedingungen	.44**								
3. Zusammenarbeit	.38**	.46**							
4. Beschäftigungssicherheit	.22**	.33**	.30**						
5. Weiterbildung	.32**	.39**	.32**	.33**					
6. Bezahlung und Karriere	.31**	.38**	.30**	.38**	.47**				
7. Betriebliches Engagement	.38**	.44**	.30**	.30**	.45**	.45**			
8. Arbeitszeit	.12	.34**	.10	.17**	.11	.24**	.27**		
9. Wohlbefinden	.66**	.65**	.48**	.22**	.43**	.35**	.47**	.33**	
10. Neue Herausforderungen	.56**	.43**	.29**	.16*	.51**	.37**	.40**	.15*	.54**

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle B.4

Bivariate Korrelationen der Copingstrategien nach Pearson

<i>Variable</i>	<i>1.</i>	<i>2</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>
1. Positives Denken				
2. Aktive Bewältigung	.18**			
3. Soziale Unterstützung	.29**	.29**		
4. Religion	.09	.17**	.10	
5. Alkohol	-.05	-.04	-.08	-.00

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Anhang C: Abbildungen und Tabellen zu Hypothese 4

Tabelle C.1

Indirekte Effekte von Zielentbindung über Inhaltsbereiche beruflicher Ziele auf physische Gesundheit

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrapping	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	-.04	-1.61	.02	-.09	.01
Zufriedenheit	.00	.17	-.01	-.02	.03
Weiterbildung	-.00	-.22	.01	-.03	.02
Bezahlung und Karriere	-.00	-.09	.01	-.03	.03
Betriebl. Engagement	.00	.39	.01	-.01	.04
Wohlbefinden	-.03	-1.56	.02	-.08	.00
Neue Herausforderungen	-.01	-.57	.01	-.04	.01

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Tabelle C.2

Indirekte Effekte von Zielentbindung über Inhaltsbereiche beruflicher Ziele auf depressive Symptome

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrapping	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	-.07	-2.36	.03	-.13	-.01
Zufriedenheit	-.01	-.69	-.01	-.04	.01
Weiterbildung	-.00	-.20	.01	-.04	.02
Bezahlung und Karriere	-.03	-1.69	.02	-.07	-.00
Betriebl. Engagement	-.01	.66	.01	-.01	.04
Wohlbefinden	-.03	-1.56	.02	-.09	.00
Neue Herausforderungen	-.01	-.59	.01	-.04	.01

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Tabelle C.3

Indirekte Effekte von Zielentbindung über Inhaltsbereiche beruflicher Ziele auf Lebenszufriedenheit

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrapping	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	.08	2.41	.03	.01	.16
Zufriedenheit	.02	1.16	-.01	-.00	.06
Weiterbildung	-.01	-.97	.01	-.05	.00
Bezahlung und Karriere	-.04	2.10	.02	.01	.10
Betriebl. Engagement	-.01	-.78	.01	-.03	.00
Wohlbefinden	.03	1.57	.02	-.00	.09
Neue Herausforderungen	.01	.91	.01	-.01	.05

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

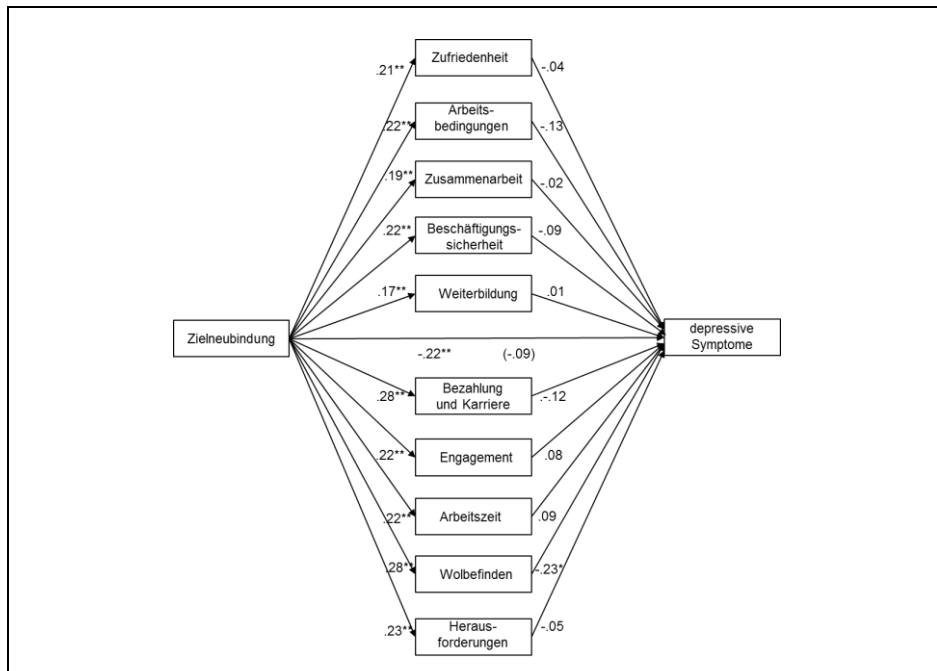


Abbildung C.1. Zusammenhang zwischen Zielneubindung und depressiven Symptomen mediert über die Inhaltbereiche beruflicher Ziele; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C.4

Indirekte Effekte von Zielneubindung über Inhaltsbereiche beruflicher Ziele auf depressive Symptome

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrap	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	-.13	-3.69	.04	-.21	-.06
Zufriedenheit Tätigkeit	-.00	-.47	.02	-.05	.02
Arbeitsbedingungen	-.02	-1.43	.02	-.08	.00
Zusammenarbeit	-.00	-.20	.01	-.04	.02
Beschäftigungssicherheit	-.02	-1.33	.02	-.07	.00
Weiterbildung	.00	.20	.01	-.03	.03
Bezahlung und Karriere	-.03	-1.53	.02	-.09	.01
Betriebl. Engagement	.01	.09	.02	-.01	.06
Arbeitszeit	.02	1.31	.02	-.01	.06
Wohlbefinden	-.06	-2.10	.03	-.14	-.01
Neue Herausforderungen	-.01	-.66	.02	-.06	.02

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

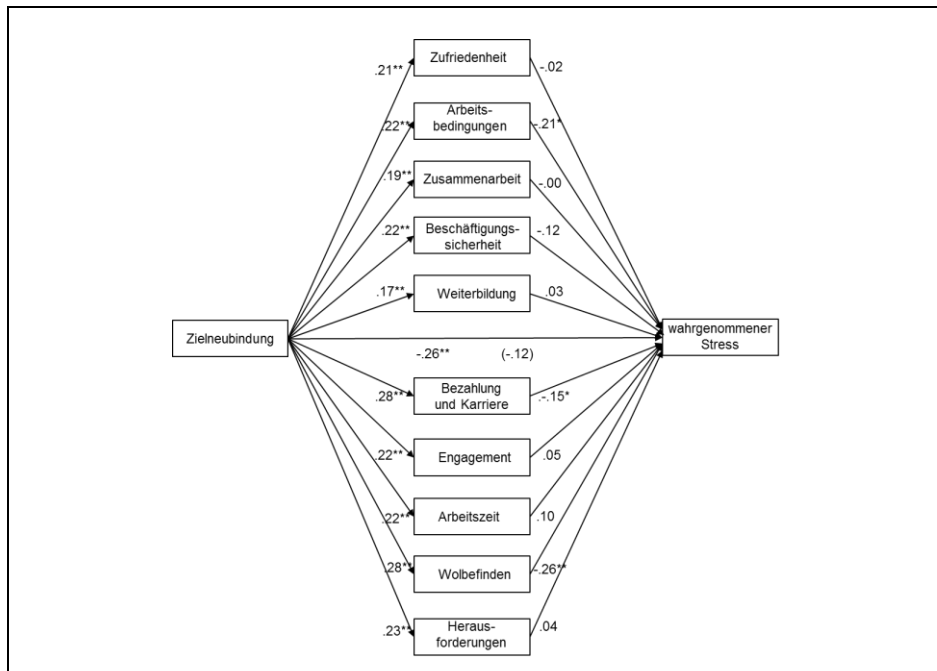


Abbildung C.2. Zusammenhang zwischen Zielneubindung und wahrgenommenem Stress mediert über die Inhaltbereiche beruflicher Ziele, * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C.5

Indirekte Effekte von Zielneubindung über Inhaltsbereiche beruflicher Ziele auf wahrgenommenen Stress

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrap	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	-.14	-3.79	.04	-.22	-.07
Zufriedenheit Tätigkeit	-.00	-.29	.02	-.04	.03
Arbeitsbedingungen	-.05	-2.08	.02	-.10	-.01
Zusammenarbeit	-.00	-.06	.01	-.03	.02
Beschäftigungssicherheit	-.03	-1.60	.02	-.07	.00
Weiterbildung	.00	.35	.01	-.02	.03
Bezahlung und Karriere	-.04	-1.90	.02	-.09	-.00
Betriebl. Engagement	.01	.63	.02	-.01	.06
Arbeitszeit	.02	1.45	.02	-.00	.07
Wohlbefinden	-.07	-2.32	.03	-.15	-.02
Neue Herausforderungen	-.01	.51	.02	-.02	.05

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

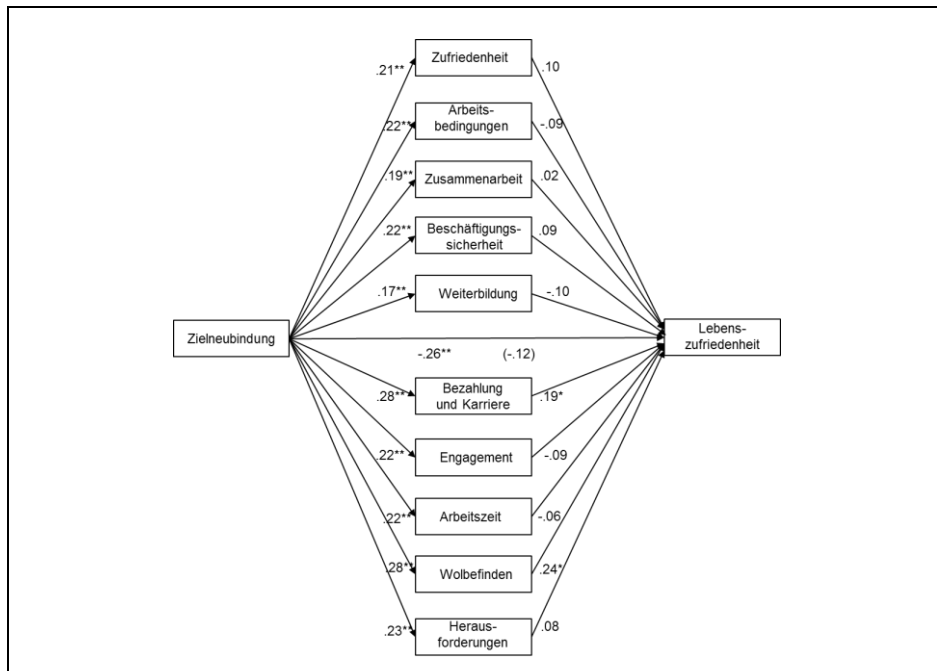


Abbildung C.3. Zusammenhang zwischen Zielneubindung und Lebenszufriedenheit mediert über die Inhaltbereiche beruflicher Ziele, * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C.6

Indirekte Effekte von Zielneubindung über Inhaltbereiche beruflicher Ziele auf Lebenszufriedenheit

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrap	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	.15	4.04	.04	.08	.23
Zufriedenheit Tätigkeit	.02	1.16	.02	-.01	.07
Arbeitsbedingungen	.02	1.04	.02	-.02	.07
Zusammenarbeit	.00	.23	.01	-.02	.03
Beschäftigungssicherheit	.02	1.29	.02	-.01	.07
Weiterbildung	-.02	-1.18	.01	-.05	.00
Bezahlung und Karriere	.05	2.26	.02	.01	.12
Betriebl. Engagement	-.02	-1.12	.02	-.06	.01
Arbeitszeit	.01	-.83	.01	-.05	.01
Wohlbefinden	.06	2.11	.03	.01	.14
Neue Herausforderungen	.02	1.00	.02	-.01	.06

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Anhang D: Abbildungen und Tabellen zu Hypothese 5

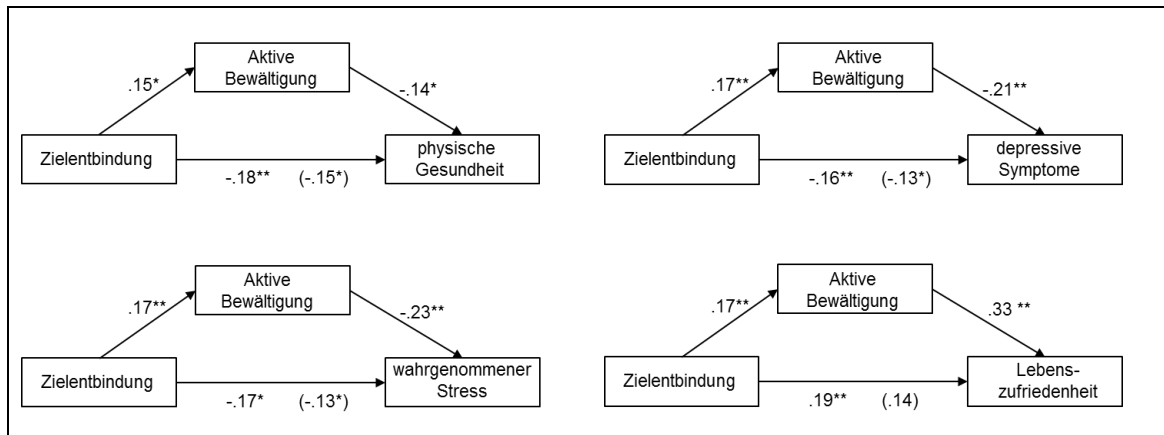


Abbildung D.1. Zusammenhang zwischen Zielentbindung und Gesundheit mediert über die Coping-Strategie aktive Bewältigung; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle D.1

Indirekte Effekte von Zielentbindung über die Copingstrategie aktive Bewältigung von Gesundheit

Kriterium	Sobel-Z-Test		Indirekter Effekt	Bootstrapping	
	Z	p		CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
Physische Gesundheit	-1.55	.12	-.02	-.05	.00
Depressive Symptome	-1.86	.06	-.03	-.07	.02
Wahrgenommener Stress	-1.90	.06	-.03	-.08	.02
Lebenszufriedenheit	2.07	.05	.05	-.00	.10

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Tabelle D.2

Indirekte Effekte von Zielneubindung über die Copingstrategien aktive Bewältigung, positives Denken und soziale Unterstützung auf depressive Symptome

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrap	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	-.14	-3.90	.04	-.23	-.06
Aktive Bewältigung	-.03	-1.47	.02	-.08	.01
Positives Denken	-.06	-2.75	.02	-.12	-.02
Soziale Unterstützung	-.05	-2.46	.02	-.12	-.01

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Tabelle D.3

Indirekte Effekte von Zielneubindung über die Copingstrategien aktive Bewältigung, positives Denken und soziale Unterstützung auf wahrgenommenen Stress

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrap	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	-.16	-4.23	.04	-.25	-.08
Aktive Bewältigung	-.04	-1.66	.02	-.09	.01
Positives Denken	-.09	-3.31	.03	-.16	-.04
Soziale Unterstützung	-.04	-2.16	.02	-.10	-.01

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.

Tabelle D.4

Indirekte Effekte von Zielneubindung über die Copingstrategien aktive Bewältigung, positives Denken und soziale Unterstützung auf Lebenszufriedenheit

Mediator	Indirekter Effekt	Produkt der Koeffizienten		Bootstrap	
		Z	SE	CI ₉₅₋	CI ₉₅₊
TOTAL	.17	4.29	.04	.09	.25
Aktive Bewältigung	.06	2.58	.02	.02	.12
Positives Denken	.05	2.36	.02	.01	.10
Soziale Unterstützung	.06	2.59	.02	.02	.13

Anmerkung. CI = Bias korrigiertes Konfidenzintervall, CI₉₅₋ = untere Grenze, CI₉₅₊ = obere Grenze; 5000 Bootstrap-Ziehungen.