

Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Faktoren am Arbeitsplatz Betrieb XXX 2020

online unter <https://betriebxxx.copsoq.de>

Deutsche Standard-Version des COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire)

Anmerkung zum Datenschutz:

Grundsätzlich werden nur Gruppen mit **mind. 5** teilnehmenden Personen ausgewertet. Kleinere Gruppen werden zusammengefasst. Dadurch bleibt die Anonymität Ihrer Angaben gewahrt.

A. Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Arbeitsplatz

Zum Frageblock A:

Dieser Block wird in Absprache mit dem Betrieb angepasst. Die Fragen A.1-A.6 stehen fest. Daneben können auf Wunsch des Betriebs Zusatzfragen vereinbart werden.

Die Mindestgröße für die Gruppenauswertung kann größer, aber nicht kleiner als 5 gewählt werden.

A.1: In welchem Bereich sind Sie vor allem tätig?

1. Gliederung nach Vorgabe durch den Betrieb	<input type="checkbox"/>
2. xxx	<input type="checkbox"/>
3. xxx	<input type="checkbox"/>
Anderes (bitte eintragen) _____	<input type="checkbox"/>

A.2: Welches Geschlecht haben Sie?

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

A.3: Wie alt sind Sie?

bis 24 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55 Jahre u. älter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.4: Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

1. Gliederung nach Rücksprache mit der FFAW	<input type="checkbox"/>
2. xxx	<input type="checkbox"/>
3. xxx	<input type="checkbox"/>
Anderes (bitte eintragen) _____	<input type="checkbox"/>

A.5: Treffen folgende Punkte auf Sie zu?

	Ja	Nein
1. Sind Sie für andere Beschäftigte der/die Vorgesetzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie einen befristeten Arbeitsvertrag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arbeiten Sie Vollzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.6: Fragen zu Ihrer Arbeitszeit. Arbeiten Sie ...

	Ja	Nein
1. ... mind. 1 Mal <i>pro Monat</i> an Wochenenden oder Feiertagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mind. 1 Mal <i>pro Woche</i> abends (nach 18:30 Uhr) oder nachts (vor 5:00 Uhr)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mind. 1 Mal <i>pro Woche</i> von zu Hause aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mind. 1 Mal <i>pro Woche</i> von unterwegs / beim Kunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Angaben zur Arbeit und Tätigkeit

Zum Frageblock B:

In diesem Block können Zusatzmodule geschaltet werden z.B. zu Kundenkonflikten, zum Schulunterricht oder zu Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

B.1: Die folgenden Fragen betreffen die Anforderungen bei Ihrer Arbeit.

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Arbeiten Sie den ganzen Tag mit hohem Tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kommen Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gehört es zu Ihrer Arbeit, sich mit den persönlichen Problemen anderer Menschen zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.1: Anforderungen bei der Arbeit (Teil 2).

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
7. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurück zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.2: Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meine Arbeit beansprucht so viel Energie, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meine Arbeit nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich erledige berufliche Dinge auch außerhalb meiner Arbeitszeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. In meiner Freizeit bin ich für Personen, mit denen ich beruflich zu tun habe, erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.3: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einflussmöglichkeiten und Ihren Spielraum bei der Arbeit.

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Haben Sie großen Einfluss auf Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.4: Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung der Arbeit (Teil 1).

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.5: Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung (Teil 2).

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.6: Nun einige Fragen zu Regelungen und Abläufen bei Ihrer Arbeit.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z.B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.7: Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihre unmittelbare Vorgesetzte/Ihr unmittelbarer Vorgesetzter ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß	habe keine/n Vorge- setzte/n
1. ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter/innen sorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... die Arbeit gut plant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Konflikte gut löst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.8: Die folgenden Fragen betreffen Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen/innen und zu Ihrem/Ihrer Vorgesetzten.

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie	habe keine/n Vorgesetzte/n / Kollegen/innen
1. Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen/innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft sind Ihre Kollegen/innen bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrem/Ihrer unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft ist Ihr/e unmittelbare/r Vorgesetzte/r bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft spricht Ihr/e Vorgesetzte/r mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft sprechen Ihre Kollegen/innen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Können Sie sich mit Kollegen/innen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen/innen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen/innen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie oft fühlen Sie sich durch Kollegen/innen oder Vorgesetzte zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.8a: Die nächsten Fragen beziehen sich nicht auf Ihre eigene Tätigkeit, sondern auf den Arbeitsplatz an sich.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Vertraut das Management / die Führung darauf, dass die Mitarbeiter/innen ihre Arbeit gut machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Können die Mitarbeiter/innen den Informationen vertrauen, die vom Management / der Führung kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Werden Konflikte auf gerechte Weise gelöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wird die Arbeit gerecht verteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erfährt Ihre Arbeit Anerkennung und Wertschätzung durch das Management / die Führung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.8b: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Arbeitsumgebung.

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Wie häufig müssen Sie körperlich schwer arbeiten, z.B. schwer heben, tragen oder stemmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie häufig sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz Lärm oder lauten Umgebungsgeräuschen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie häufig kommen Sie bei Ihrer Arbeit mit Chemikalien bzw. Gefahrstoffen in Berührung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie häufig sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz Zugluft bzw. extremen Temperaturen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie häufig sind Sie bei der Arbeit schlechter Luft ausgesetzt, z.B. Zigarettenrauch, Gasen oder Ähnlichem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie häufig sind Sie bei der Arbeit schlechten Lichtverhältnissen ausgesetzt, z. B. grelles oder schwaches Licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.9: Machen Sie sich Sorgen, dass ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Ihre Arbeitszeiten gegen Ihren Willen verändert werden (z.B. Arbeitstage, Schichtpläne, Arbeitsbeginn- und ende)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Ihr Lohn/Gehalt verringert werden könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.10: Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht ...

	nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
1. ... Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.11: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit...

	sehr zufrieden	zu-frieden	teils-teils	unzu-frieden	sehr unzu-frieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... den körperlichen Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Ihrem Lohn/Gehalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun einige Fragen zu Arbeit und Gesundheit

B.12: Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

schlechtester denkbarer Gesundheitszustand bester denkbarer Gesundheitszustand

B.13: Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft. Wie häufig...

	immer	oft	manch-mal	selten	nie / fast nie
1. ... sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... kommen Sie zur Arbeit, obwohl Sie sich richtig krank und unwohl fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... können Sie in Ihrer Freizeit die Arbeit nicht vergessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.14: Wie oft treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	immer	oft	manch-mal	selten	nie / fast nie
1. Bei meiner Arbeit bin ich voller Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin von meiner Arbeit begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Freitext-Anmerkungen

C.1: Haben Sie Vorschläge / Wünsche zur Verbesserung Ihrer psychosozialen Arbeitssituation? (Ihre hier gemachten Angaben werden als Liste wörtlich in den Ergebnisbericht integriert. Vermeiden Sie daher bitte Formulierungen, die Sie oder andere persönlich erkennbar machen.)

C.2: Haben Sie weitere Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kontakt

FFAW – Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH
Dr. M. Nübling ♦ M. Vomstein ♦ I. Nolle ♦ A. Lindner ♦ A. Haug ♦ Dr. H.-J. Lincke
Bertoldstr. 63 ♦ D - 79098 Freiburg ♦ Tel: +49 (0) 761 319 642-0 ♦ Fax: +49 (0) 761 319 642-42
E-mail: info@ffaw.de ♦ Websites: www.ffaw.de ♦ www.copsoq.de

Zuordnung der Fragen des COPSOQ zu übergeordneten Skalen

Skala	Fragen	Anzahl
Anforderungen		
Quantitative Anforderungen	B1: 1-5	5
Emotionale Anforderungen	B1: 6-7	2
Emotionen Verbergen	B1: 8-9	2
Work-Privacy-Konflikte	B2: 1-4	4
Entgrenzung	B2: 5-6	2
Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten		
Einfluss auf die Arbeit	B3: 1-3	3
Spielraum bei Pausen und Urlaub	B3: 4-5	2
Entwicklungsmöglichkeiten	B4: 1, B5: 1-2	3
Bedeutung der Arbeit	B5: 3-4	2
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	B5: 5-6	2
Soziale Beziehungen und Führung		
Vorhersehbarkeit der Arbeit	B6: 1-2	2
Rollenklarheit	B6: 3-5	3
Rollenkonflikte	B6: 6-8	3
Führungsqualität	B7: 1-4	4
Unterstützung bei der Arbeit	B8: 1-4	4
Feedback / Rückmeldung	B8: 5-6	2
Menge sozialer Kontakte	B8: 7	1
Gemeinschaftsgefühl	B8: 8-9	2
Ungerechte Behandlung	B8: 10	1
Vertrauen und Gerechtigkeit	B8a: 1-4	4
Wertschätzung	B8a: 5	1
Weitere Faktoren		
Arbeitsumgebung / phys. Anforderungen	B8b: 1-6	6
Unsicherheit des Arbeitsplatzes	B9: 1-3	3
Unsicherheit der Arbeitsbedingungen	B9: 4-6	3
Auswirkungen		
Gedanke an Berufs- / Stellenwechsel	B10: 1-2	2
Arbeitszufriedenheit	B11: 1-7	7
Arbeitsengagement	B14: 1-3	3
Allgemeiner Gesundheitszustand	B12	1
Burnout-Symptome	B13: 1-3	3
Präsentismus	B13: 4	1
Unfähigkeit abzuschalten	B13: 5	1
Gesamt		84

Die COPSOQ-Validierungsstudie mit einer detaillierten Dokumentation der Messqualitäten sowie zusätzliche Informationen zum COPSOQ-Fragebogen finden Sie unter www.copsoq.de