

Ganzheitliches Selbst- und Zeitmanagement

- Balance-Modell nach Dr. Nossrath Peseschkian -

Viele Menschen haben das Gefühl, dass bei ihnen das Verhältnis zwischen Privat- und Berufsleben, die Frage nach dem Sinn und die persönliche Gesundheit außer Balance geraten sind. Da die einzelnen Faktoren in wechselseitiger Abhängigkeit stehen, wird eine einseitige zeitliche Betonung eines Lebensbereichs zwangsläufig zur Vernachlässigung der anderen Bereiche führen.

In seinen Forschungen zu den gesundheitlichen Wechselwirkungen von Psyche, Körper und sozialem Umfeld betont Dr. Peseschkian die Notwendigkeit, allen vier Bereichen genügend Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen, um bereits im Vorfeld körperlichen Erkrankungen vorzubeugen. Mit Hilfe der nachstehenden Selbsteinschätzung erhalten Sie einen Überblick über die vier Grundelemente Ihres erfolgreichen Selbstmanagements:

- **Berufliche Leistung** • **Gesundheit** • **Kontakte** • **Sinn**

Berufliche Leistung - „Zeitfresser“	A	B	C
1 Fest vereinbarte Termine werden von mir immer vorbereitet, geplant und auch eingehalten.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
2 Die Ergebnisse meiner Besprechungen sind relativ gut greifbar.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
3 Für die Planung des nächsten Tages nehme ich mir ausreichend Zeit.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
4 Ich setze klare Prioritäten und halte diese auch ein.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
5 Telefonate werden von mir effizient vorbereitet und durchgeführt.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
6 Dinge, die ich nicht zwingend selber tun muss, werden durch Delegation an andere erledigt.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
7 Ich schiebe unangenehme und schwierige Dinge nicht auf, sondern erledige diese zu vorgeplanten Zeiten.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
8 Durch Störungen wird der Abschluss meiner geplanten Arbeiten nicht verzögert.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
9 Übersicht und Ordnung an meinem Arbeitsplatz lassen mich alles schnell und sicher finden.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
10 Ich habe genügend Selbstdisziplin und Eigenverantwortung, meine geplanten Aktivitäten auch konsequent zu erledigen.	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>



Körperliche Gesundheit - „Warnsignale“		A	B	C
1	Bekommen Sie ausreichend Schlaf?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
2	Treiben Sie regelmäßig Sport?	ja <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
3	Wie oft haben Sie während der letzten Woche mehrere Fernsehsendungen hintereinander gesehen?	max. 3 Tage <input type="checkbox"/>	3-5 Tage <input type="checkbox"/>	> 5 Tage <input type="checkbox"/>
4	Sind Sie derzeit auf Heilmittel wie Kreislaufmittel oder Kopfschmerztabletten angewiesen?	fast nie <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	fast täglich <input type="checkbox"/>
5	Nehmen Sie sich üblicherweise mindestens 15 Minuten Zeit für Ihr Frühstück?	immer <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
6	Kauen Sie mindestens 30mal, bevor Sie einen Bissen hinunterschlucken?	ja <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
7	Wie stark ist Ihr Arbeitsalltag mit Bewegung bereichert?	intensiv <input type="checkbox"/>	gelegentl. <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>
8	Gehen Sie jährlich einmal zu einer gründlichen ärztlichen Untersuchung?	ja <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
9	Können Sie schnell und ohne Hilfsmittel (Fernsehen, Tabletten, Alkohol usw.) entspannen?	ja <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
10	Reservieren Sie sich regelmäßig Zeit für „aktive Ruhe“ (Entspannung, Hobbys, Sport usw.)?	ja <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

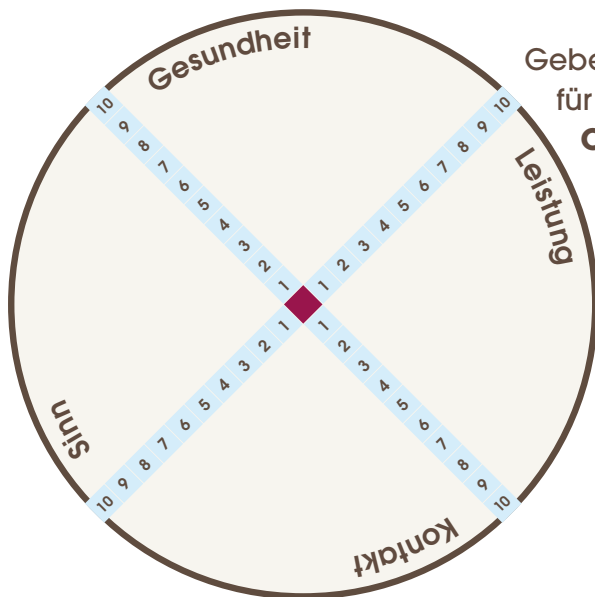
Beurteilen Sie Ihren „Kontaktbereich“		A	B	C
1	Wie wichtig sind Ihnen soziale Kontakte zu Freunden, Verwandten, Nachbarn, Kollegen?	sehr wichtig <input type="checkbox"/>	mäßig <input type="checkbox"/>	unwichtig <input type="checkbox"/>
2	Wie bewusst und intensiv pflegten Sie in den letzten 3 Monaten die Beziehung zu Ihrem Lebenspartner?	sehr intensiv <input type="checkbox"/>	etwas <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>
3	Halten Sie regelmäßig Kontakt zu Ihren Eltern / Geschwistern?	ja <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4	Hatten Sie im letzten Jahr Zeit für Ihre Verwandten (nicht Hochzeit, Taufe, Beerdigung, Geburtstag, Weihnachten etc.)?	viel <input type="checkbox"/>	etwas <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5	Pflegen Sie bewusst Beziehungen zu Freunden?	ja <input type="checkbox"/>	unregelmäßig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>
6	Haben Sie gerne Gäste zu Hause?	ja <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
7	Wie lange bleiben Sie gewöhnlich auf Festen, Empfängen, Betriebsfeiern, Diskussionsrunden etc.?	sehr lange <input type="checkbox"/>	verschieden <input type="checkbox"/>	eher kurz <input type="checkbox"/>
8	Beteiligen Sie sich an gesellschaftlichen Organisationen wie Clubs, Vereinen, Parteien, Bürgerinitiativen etc.?	ja intensiv <input type="checkbox"/>	weniger <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>



9	Haben Sie Kontakt zu anderen Kulturkreisen?	ja <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>
10	Wie lange dauert es, bis Sie über Menschen, deren persönliche Situation und Lebensumstände informiert sind?	sehr kurz <input type="checkbox"/>	nach und nach <input type="checkbox"/>	relativ lange <input type="checkbox"/>

Der Sinn – Analysieren Sie Ihre „Ziele und Wertvorstellungen“		A	B	C
1	Haben Sie Wertvorstellungen, an denen sich Ihr Leben orientiert?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
2	Überprüfen Sie regelmäßig Ihr Verhalten anhand Ihrer Wertvorstellungen?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
3	Nehmen Sie sich täglich Zeit zum Still-Werden?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
4	Vertrauen Sie in die Zukunft?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
5	Engagieren Sie sich für Sinn-Fragen (Frieden, Umwelt, Glaube etc.)?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
6	Sind Sie glücklich und zufrieden mit Ihrem momentanen Leben?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
7	Haben Sie langfristige Ziele in allen 4 Lebensbereichen (Leistung, Gesundheit, Kontakt, Sinn)?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
8	Haben Sie diese Ziele schriftlich fixiert?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
9	Überprüfen Sie regelmäßig Ihre langfristigen Ziele?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>
10	Sprechen Sie mit Ihrer Familie, Ihren Freunden und/oder anderen Menschen über Sinn-Fragen?	fast immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	fast nie <input type="checkbox"/>

Auswertung der Selbsteinschätzung



Geben Sie sich für jede **A**-Antwort **1 Punkt**, für jede **B**-Antwort **0,5 Punkte** und für jede **C**-Antwort **0 Punkte** und addieren Sie die Punktzahl für jeden Bereich. Anschließend übertragen Sie Ihre Werte in die vorbereitete Graphik und verbinden die Punkte miteinander. So erhalten Sie ein Bild davon, wie gut Sie derzeit Ihre vier Lebensbereiche ausgeglichen haben.

Leistung:	A+B-Antworten Punkte
Gesundheit:	A+B-Antworten Punkte
Kontakt:	A+B-Antworten Punkte
Sinn:	A+B-Antworten Punkte

