

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Manual und Version 4:

FAHW

Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden

Wydra, G. (2024)

Wydra, G. (2024). FAHW. Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden [Verfahrensdokumentation unter Mitarbeit von C. Iwig, Fragebogen und Auswertungshilfe für die Lang- und Kurzfassung (FAHW-12) sowie Manual mit Fragebogen der Versionen 1-7]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.14690>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9004994>

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei den AutorInnen.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und die damit erzielten Ergebnisse informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s).

By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-SA 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

Georg Wydra

**Der Fragebogen zum
allgemeinen habituellen Wohlbefinden
(FAHW und FAHW-12)**

**Entwicklung und Evaluation
eines mehrdimensionalen Fragebogens**

(4. überarbeite und erweiterte Version)

Sportwissenschaftliches Institut
der Universität des Saarlandes

Saarbrücken 2014

Inhaltsverzeichnis

VORWORT ZUR VIERTEN ERWEITERTEN VERSION	4
1 EINLEITUNG	5
2 STRUKTURELEMENTE DES WOHLBEFINDENS.....	6
3 KONSTRUKTION DES FAHW	13
4 EVALUATION DES FAHW	20
4.1 Itemanalysen.....	20
4.2 Skalenwerte	23
4.3 Untersuchungen zur Validität.....	24
4.3.1 Kriteriumsvalidität	24
4.3.2 Faktorielle Validität.....	28
4.3.3 Clusteranalyse	31
4.4 Gruppenvergleiche	36
4.5 Zusammenfassung	39
5 KONSTRUKTION DES FAHW-12	41
6 EVALUATION DES FAHW-12	42
6.1 Mittelwerte	42
6.2 Korrelationen zwischen den Items	43
6.3 Itemanalysen und Interne Konsistenz	43
6.4 Test-Retest-Reliabilität	44
6.5 Untersuchungen zur Validität.....	45
6.5.1 Kriteriumsvalidität	45
6.5.2 Zusammenhänge mit Persönlichkeitsfaktoren.....	46

6.5.3	Faktorielle Validität	48
6.5.4	Clusteranalyse	49
6.6	Gruppenvergleiche	50
6.7	Zusammenfassung	52
7	DISKUSSION	54
8	FRAGENBOGENANWENDUNG UND REFERENZWERTE FÜR DEN FAHW	57
8.1	Copyright	57
8.2	Anwendung	58
8.3	Referenzwerte	59
8.4	Referenzwerte für die Dimensionen	61
8.4.1	Gesunde	61
8.4.2	Rehateilnehmer	62
9	FRAGENBOGENANWENDUNG UND REFERENZWERTE FÜR DEN FAHW-12 ..	64
9.1	Copyright	64
9.2	Anwendung	65
9.3	Referenzwerte	66
9.3.1	Gesunde	66
9.3.2	Rehabilitanden	67
	LITERATUR	68
	ANWENDUNGSLITERATUR	71
	ANHANG	73

Vorwort zur vierten erweiterten Version

Seit der ersten Veröffentlichung des FAHW wurde ich mich immer wieder mit Fragen zum Fragebogen kontaktiert. Die Fragen beschäftigten sich mit

- der Interpretation der Referenzwerte
- Referenzwerten für die theoretisch formulierten Subskalen des FAHW
- der Möglichkeit der Entwicklung einer Kurzfassung

Trotz anderer Forschungsschwerpunkte habe ich deshalb den FAHW nie aus den Augen verloren. Es wurde eine Reihe von neuen Untersuchungen mit dem FAHW durchgeführt. Insbesondere die Entwicklung einer Kurzfassung war sehr Gewinn bringend. Damit steht jetzt auch ein Screening-Verfahren zur Verfügung.

Die meisten Anfragen kamen von Studierenden, Examenskandidaten und Doktoranden, die auf der Suche nach einem kostenlosen aber evaluierten Instrumentarium waren. Die meisten Verfahren (vgl. Schumacher, Klaiberg, & Brähler, 2003) sind kostenpflichtig und für diese Gruppe aber auch für den einen oder anderen Projektleiter nicht finanzierbar. Da für mich persönlich die Beschäftigung mit dem Wohlbefinden im Vordergrund steht, werden der FAHW und der neu entwickelte FAHW-12 auch zukünftig jedem Interessierten kostenlos zur Verfügung stehen.

Für Rückmeldungen und insbesondere auch für Daten und Ergebnisse wäre ich dankbar, um den Einsatzbereich und die Aussagekraft des FAHW und des FAHW-12 noch besser belegen zu können.

Januar 2014

Georg Wydra

1 Einleitung

Der Begriff des Wohlbefindens stellt eine zentrale Kategorie zahlreicher Gesundheitsdefinitionen dar. In der viel kritisierten Definition der WHO aus dem Jahr 1946 wird das Wohlbefinden als zentrales Kriterium der Gesundheit neben dem Fehlen von Krankheiten und Gebrechen erachtet. Die Kritik an dieser Begriffsbestimmung richtet sich primär gegen die Utopie des vollkommenen Wohlbefindens. Wichtiger jedoch als die Orientierung am vollkommenen Wohlbefinden ist zum einen die Loslösung vom Versuch, Gesundheit nur über Ausprägungsgrade von Krankheit zu definieren, und zum andern die Strukturierung von Wohlbefinden in körperliche, seelische und soziale Aspekte. Dadurch wird die Multidimensionalität eines sich von einem physiologisch orientierten medizinischen Begriff abhebenden sozialorientierten Gesundheitsbewusstseins zum Ausdruck kommt.

„Das rationale an dem WHO-Begriff... ist, daß er erstmals wieder das 'völlige Wohlbefinden' des einzelnen Menschen in den Mittelpunkt des Gesundheitsbegriffes gerückt hat, und zwar nicht das des vereinzelt Individuums. Ausdrücklich ist das 'soziale Wohlbefinden' in die Definition mit aufgenommen worden, das Wohlbefinden des Menschen in seinen sozialen Bindungen. ... 'Soziales Wohlbefinden' in all seinen Dimensionen heißt: Der Mensch fühlt sich gesund. Er kann kämpfen, er kann lieben, er kann glücklich sein. Das Utopische an diesem Gesundheitsbegriff ist, dass er als Zustandsbegriff definiert ist, noch dazu, wenn dieser Zustand als Dauerzustand aufgefaßt [sic.] wird“ (Grauhan, 1981, S. 134; zitiert nach Kickbusch, 1981, S. 274).

Auch Untersuchungen zu subjektiven Theorien von Gesundheit spiegeln die zentrale Bedeutung des Wohlbefindens für die menschliche Existenz wider (vgl. Dann, 1991; Faltermaier, 1994). Eine Reihe alltagssprachlicher Bezeichnungen bringt die Vieldeutigkeit der hiermit assoziierten Begriffe zum Ausdruck: Freude, Vorfriede, Hoffnung, Heiterkeit, Zuversicht, Liebe, Dankbarkeit, Befriedigung, Stolz, Wohlbehagen, Lust, Verückung, Geborgenheit, Vertrauen, Entspannung, Sicherheit, Ausgeruhtheit, Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Gesundheit, Sinn, Erfüllung, Glück etc. (Dann, 1991, S. 97).

Trotz der zentralen Bedeutung des Wohlbefindens für das menschliche Dasein besteht, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen werden, eine defizitäre Behandlung des Wohlbefindens in der Forschung. Dies betrifft insbesondere die Operationalisierung des Konstrukts.

2 Strukturelemente des Wohlbefindens

Kammann, Farry und Herbison (1984) legen eine Übersicht über die im anglo-amerikanischen Sprachraum entwickelten Verfahren zur Erfassung des Wohlbefindens vor (vgl. Mayring, 1991b). Sie gehen dabei auf die historische Entwicklung dieses Forschungsbereiches ein und betonen, dass aufgrund der bisher fast ausschließlichen Beschäftigung mit Fragen des gestörten Wohlbefindens in Form von körperlichen Beschwerden, Depressivität, Angst etc. ein Mangel an theoretischen und methodischen Kenntnissen über die Struktur des positiven Sektors des Wohlbefindensspektrums besteht.

Aufgrund einer faktorenanalytischen Untersuchung, in die insgesamt 13 verschiedene Wohlbefindensskalen eingeflossen sind, kommen Kammann et al. (1984) zu dem Ergebnis, dass es sich bei dem Konstrukt Wohlbefinden um ein eindimensionales Konstrukt handelt, das sie als „Sense of Well-Being“ umschreiben. Aufgrund der Einbeziehung von Skalen zur Erfassung von körperlichen Beschwerden, Traitanxiety, Depressivität und Neurotizismus kommen sie zu der Auffassung, dass diese persönlichkeitsorientierten Konstrukte ebenfalls als abhängige Variablen eines globalen überlappenden Wohlbefindensspektrums anzusehen sind. Im Gegensatz dazu sehen Costa und McCrae (1980) unterschiedliche Ausprägungen der Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus und Extraversion als Ursachen für das Auftreten von negativen bzw. positiven Affekten an. Sie sind der Auffassung, dass diese beiden Persönlichkeitsfaktoren einen stärkeren Einfluss auf die Befindlichkeit haben als objektive Aspekte der Lebensbewältigung oder Lebensqualität (vgl. Kammann et al., 1984). Während die negativen Affekte derzeit gut abgebildet werden, können für das Zustandekommen der positiven Affekte derzeit aufgrund des Mangels an Erhebungsverfahren noch keine Aussagen gemacht werden. Kammann et al. (1984) illustrieren ihre Vorstellung durch ein Dreiebenenmodell: Die drei Ebenen stellen verschiedene Stimmungslagen dar, in denen sich ein Individuum befinden kann. Die drei Ebenen sind durch Leitern verbunden. Durch psychiatrische Skalen oder Beschwerdenlisten werden die Leitern, die von der mittleren Ebene nach unten führen, sehr gut beschrieben. Leitern, die von der mittleren Ebene nach oben führen, können derzeit aufgrund des Mangels an theoretischen Vorstellungen zur Struktur des Wohlbefindens nicht beschrieben werden. Eine Leiter, die als Sense of Well-Being bezeichnet wird, geht über alle drei Etagen (siehe Abbildung 1).

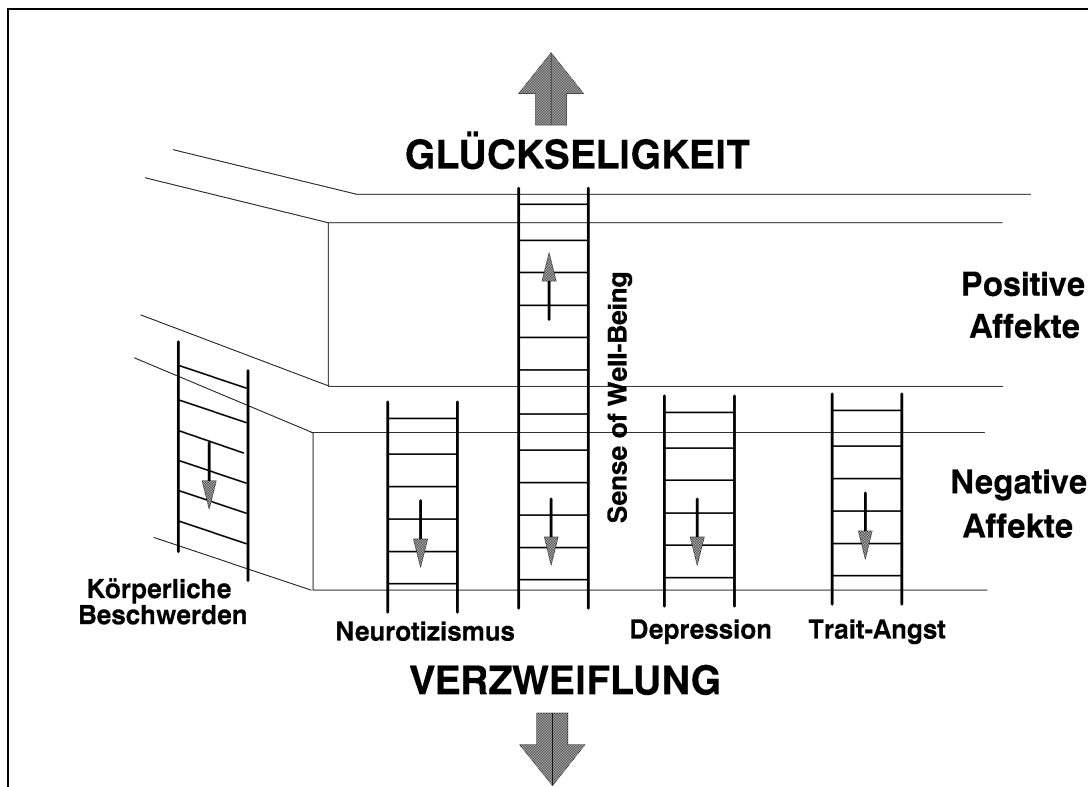


Abbildung 1: Illustration des Standes der Wohlbefindensforschung. Die nach unten führenden Leitern stellen die bisher praktizierte Forschungsstrategie in der Wohlbefindensforschung dar, während eine Beschäftigung mit den positiven Affekten bzw. dem Sense of Well-Being bisher unterblieben ist (modifiziert nach Kammann et al., 1984, S. 112).

Das subjektive Wohlbefinden steht mit einer Reihe von verwandten und zum Teil synonym gebrauchten Konstrukten in Beziehung. Zum Begriffsfeld Wohlbefinden gehören z. B. die Lebenszufriedenheit, das Freisein von Beschwerden, Belastungen und Sorgen, die Freuden des Alltags, das Verfügen über bestimmte Kompetenzen aber auch der Lebensstandard und die individuelle Lebensqualität. Zwischen diesen Größen bestehen ebenso Interdependenzen wie zu den Faktoren Glück und psychische Gesundheit. Mayring (1991) legt einen Vierfaktorenansatz des Wohlbefindens vor, der die Abhängigkeit des Wohlbefindens von diesen Faktoren und deren gegenseitige Interdependenz berücksichtigt (vgl. Abbildung 2).

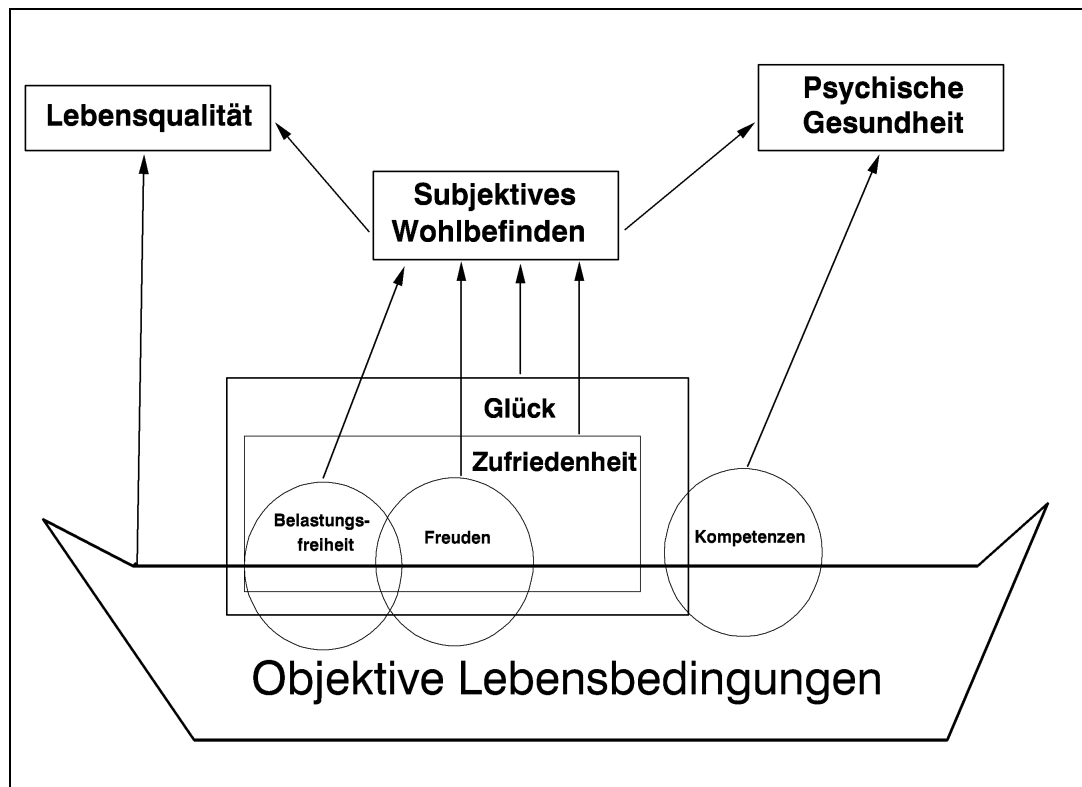


Abbildung 2: Das Begriffsfeld subjektives Wohlbefinden (Mayring, 1991, S. 77).

Unter **Freuden** werden mehr situationsgebundene, relativ kurzfristige Befindlichkeitsaspekte verstanden (vgl. Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981). Unter Glück versteht Mayring (1991) einen positiven, langfristigen emotionalen und kognitiven Wohlbefindensfaktor. Die Zufriedenheit stellt eine kognitive Wohlbefindenskomponente dar. Glück und Belastungsfreiheit besitzen sowohl aktuelle als auch habituelle Komponenten. Freuden werden als aktuelle und Zufriedenheit als habituelle Faktoren betrachtet. Belastungen werden sowohl von seiten der Arbeitsphysiologie als auch von seiten der Psychologie als wesentliche Einflussvariablen für Krankheiten und Missempfindungen bestimmt (vgl. Rohmert, 1984). Entsprechend der Stresstheorie von Lazarus kommt der subjektiven Bewertung belastender Situationen eine größere Bedeutung zu als den objektiven Belastungen selbst (vgl. Lazarus & Launier, 1981). Die dem Wohlbefindens nahe stehenden Begriffe Lebensqualität, Zufriedenheit und Glück sollen im folgenden vertieft dargestellt werden.

Lebensqualität: Die Zusammenhänge zwischen objektiven Lebensumständen und dem Wohlbefinden werden in Forschungen zur Lebensqualität beleuchtet. Glatzer und Zapf (1984) präzisieren den Begriff der Lebensqualität als persönliche Wohlfahrt, die als individuelle Konstellation von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden charakterisiert werden kann. Während sich die amerikanische Wohlbefindens- und Glücksforschung an subjektiven

Aspekten orientiert und diese zum Ausgangspunkt der Betrachtungen zum Zusammenhang zwischen subjektiven und objektiven Aspekten der Lebensqualität macht, gehen die Objektivisten den umgekehrten Weg: Sie gehen von einer größeren Bedeutung von objektiven Ressourcen und Lebensbedingungen für die Lebensqualität und das Wohlbefinden aus (Zapf, 1984). Heuristischen Wert hat die Differenzierung des Problemfeldes Lebensqualität in die objektiven Lebensumstände (Welfare) und das subjektive Wohlbefinden und Glücklichein (Happiness). Quer dazu sind Aspekte der Lebensqualität (Loving und Being im Bereich Welfare und Satisfaction Attitudes im Bereich Happiness) und des Lebensstandards (Having im Bereich Welfare und Dissatisfaction Attitudes im Bereich Happiness) zu unterscheiden (Zapf, 1984; siehe Abbildung 1).

	Welfare	Happiness
Level of living	1. Having <ul style="list-style-type: none"> ◆ Income ◆ Education ◆ Employment ◆ Health ◆ Housing 	4. Dissatisfaction Attitudes <ul style="list-style-type: none"> ◆ Perceived antagonisms ◆ Perceived discrimination ◆ Perceived unjust privileges ◆ Income satisfaction
Quality of life	2. Loving <ul style="list-style-type: none"> ◆ Community attachment ◆ Family attachment ◆ Friendship patterns 3. Being <ul style="list-style-type: none"> ◆ Personal prestige ◆ Insubstitutability ◆ Political resources ◆ Doing 	5. Satisfaction Attitudes <ul style="list-style-type: none"> ◆ Perceived happiness ◆ Perceived need-satisfaction

Abbildung 3: Dimensionen der Wohlfahrt (Zapf, 1984, S. 21).

Zufriedenheit: Zwischen objektiven Lebensbedingungen und Zufriedenheit bestehen trotz erkennbarer Einflüsse zum Teil Divergenzen. Auch hierbei spielen soziale Vergleichsprozesse eine entscheidende Rolle. Dies führt dazu, dass sowohl ein sog. Unzufriedenheitsdilemma, d. h. trotz guter Lebensbedingungen besteht Unzufriedenheit, und ein sog. Zufriedenheitsparadoxon, d. h. trotz schlechter Lebensbedingungen erfolgt eine gute Bewertung der eigenen Situation, beobachtet werden können. So zeigt es sich, dass Unzufriedenheitsäußerungen kulturell gelernt sein können, Gutsituierte für neue Wertmaßstäbe offener sind als Vergleichsgruppen und damit auch eher zu Kritik und Unzufriedenheit an bestehenden Rahmenbedingungen neigen (Zapf, 1984).

Differenzierte Untersuchungen führten dazu, dass für verschiedene Lebensbereiche - Familie, Beruf - und für verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Determinanten der Zufriedenheit identifiziert werden konnten. Die

Lebenszufriedenheit wird in hohem Maße durch die materiellen Lebensbedingungen (Lebensstandard) beeinflusst. Hierin kommen die Bedeutung sozialer Vergleichsprozesse und die Orientierung an sozialen Normen zum Ausdruck. Dies zeigt sich z. B. bei der Zufriedenheit mit der Einkommensentwicklung: Trotz steigender Löhne sind viele mit ihrem Einkommen unzufrieden, weil die Löhne derjenigen, mit denen man sich vergleicht, im gleichen Umfang gestiegen sind (Fahrstuhleffekt). Glatzer und Zapf (1984) glauben deshalb, dass die zufriedene Gesellschaft eine Utopie darstellt, weil jede Gesellschaft eine Dynamik besitzt, die dazu führt, dass es immer Menschen geben wird, denen es im sozialen oder zeitlichen Vergleich schlechter geht.

Die Erwartungen haben ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung der Zufriedenheit. Die Erwartungsinflation der heutigen Zeit kann als das größte Hindernis auf dem Weg zur Zufriedenheit angesehen werden. Objektive Grenzen des stetigen wirtschaftlichen Wachstums, wie Ressourcenknappheit oder Umweltbelastungen können nicht überwunden werden, so dass aus der Diskrepanz zwischen Erwartungen und Erreichbarem langfristig Unzufriedenheit resultieren muss (vgl. Brickman & Campbell, 1971). Houston (1981) sieht deshalb auch in der Senkung des Aspirationsniveaus und der Selbstdeprivation eine Möglichkeit, Glück und Zufriedenheit zu steigern (vgl. Diener, 1984). Jedoch zeigen Forschungen zum Freizeitverhalten bzw. zu den zukünftigen Bedürfnissen in der Freizeitwelt ein anderes Bild (vgl. Opaschowski, 1990; Schulze, 1993).

Glück: Eine umfangreiche Analyse der Psychologie des Glücks legt Mayring (1991) vor. Es kann zwischen dem aktuellen Glückserleben (state) und dem biographisch entwickelten Lebensglück (trait) differenziert werden. Als Einflussfaktoren des Glücks sieht Mayring die gesellschaftlichen und biographischen Voraussetzungen, die objektiven Lebensbedingungen, die Auseinandersetzung mit Umweltbelastungen und das subjektive Wohlbefinden an. Hinzu kommen kognitive und emotionale Moderatorvariablen. Auf die Einbettung des Glücksbegriffes in den Vierfaktorenansatz des Wohlbefindens ist bereits oben eingegangen worden. Kennzeichnend für Glück sind Identität, Sicherheit, Gesundheit, Bedürfnisbefriedigung, Solidarität, Engagement, Arbeit und Sinn, während für Unglück Labilität, Angst, Frustration, Vereinzelung, Apathie, Entfremdung und Sinnlosigkeit stehen (Mayring, 1991, S. 177; vgl. Kaiser, 1986). Psychologisch kann Glück als Gegensatz zur Depression angesehen werden.

Am Ende seiner Analyse des Begriffsfeldes Glück und Wohlbefinden hält Mayring fest, dass

- die Beschäftigung mit Glück ernst genommen werden muss, da das Streben nach Glück ein zentraler Lebensbezug des Menschen darstellt,
- Glück ein vielschichtiges Phänomen darstellt, das sowohl State- als auch Trait-Komponenten aufweist und zahlreiche Wechselwirkungen zu Kon-

- strukturen wie Wohlbefinden, seelische Gesundheit und Lebensqualität aufweist,
- Glück nicht nur ein subjektives individuelles Gefühl darstellt, sondern aufgrund seines transaktionalen Charakters immer im materialen, sozialen und gesellschaftlichen Kontext gesehen werden muss. Glücksforschung ist deshalb im engen Zusammenhang mit der Bewältigungsforschung zu sehen,
 - Glück anfällig für Ideologien und Modeströmungen ist. Der momentane Status des Individuums wird über Vergleiche bestimmt. Diese erfolgen in Abhängigkeit von sozial vermittelten Sollwerten. Somit unterliegt das Glücksempfinden auch gewissen Modeströmungen, die bestimmen, was in oder out ist (vgl. Opaschowski, 1990),
 - eine Beschäftigung mit Fragen des Glücks zum jetzigen Zeitpunkt nicht ohne Methoden der qualitativen Sozialforschung erfolgen kann (vgl. Mayring, 1990).

Wie in den vorausgegangenen Passagen gezeigt werden konnte, hatte in der bisherigen Forschung die Beschäftigung mit negativen Emotionen aufgrund der Krankheitsorientierung unseres Gesundheitssystems einen hohen Stellenwert: Es galt das Negative zu beseitigen, um auf diesem Wege Wohlbefinden herzustellen (vgl. Grom, 1987). In diesem Sinne galt bereits die Abwesenheit von Krankheiten oder Missempfindungen als Indikator für Wohlbefinden. Entsprechend wurde in der Vergangenheit eine Vielzahl von Skalen zur Erfassung von Beschwerden konstruiert (McDowell & Newell, 1996; Zerssen, 1976a; 1976b). Mit dem Beginn der eigenständigen Wohlbefindensforschung stellte sich die Frage, ob positive und negative Affekte als unabhängige Faktoren zu betrachten seien. Seit den Arbeiten von Bradburn (1969) gilt die Unabhängigkeit von positiven und negativen Aspekten als ein Paradigma der Wohlbefindensforschung. Der Zweifaktorenansatz der Befindlichkeit findet sich in einer Reihe von theoretischen Ansätzen zur Umschreibung des Wohlbefindens (vgl. Diener, 1984; Abele-Brehm & Brehm, 1986; Mayring, 1991). Die faktorielle Unabhängigkeit positiver und negativer Aspekte wird jedoch von einigen Autoren als Folge methodischer Probleme gesehen. Negative und positive Affekte schließen sich zwar zum gleichen Zeitpunkt weitestgehend aus. Über einen längeren Zeitraum gemittelt, können diese jedoch sehr wohl miteinander positiv korrelieren (vgl. Diener, 1984; Gotlib & Meyer, 1986; Kammann et al., 1984).

Die Zeitabhängigkeit des Wohlbefindens führte zu einer Differenzierung von aktuellem und habituellem Wohlbefinden (Becker, 1991). Das habituelle Wohlbefinden, als eine stabile Eigenschaft, kommt primär durch kognitive Prozesse zustande, die Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen beinhalten. Becker und Minsel (1986) zeigten, dass das über einen längeren Zeitraum gemittelte aktuelle psychische Wohlbefinden sich als recht guter Indikator für die habituelle seelische Gesundheit erweist. Das aktuelle Wohlbefinden bringt die

momentanen Stimmungen, körperlichen Empfindungen sowie das Fehlen von Beschwerden zum Ausdruck. Dieser Aspekt wird vor allem in der Befindlichkeitsforschung thematisiert. Abele-Brehm und Brehm (1986) legten zur Operationalisierung der Befindlichkeit entsprechende Skalen vor. Sie gehen dabei von einer zweifaktoriellen, bipolaren Grundstruktur der Befindlichkeit aus, die durch die Dimensionen Aktiviertheit und Energielosigkeit bzw. Ärger und Ruhe repräsentiert werden.

Auch die Gesundheitsdefinition der WHO legt eine weitere Differenzierung des Konstrukts Wohlbefinden nahe. Wohlbefinden schließt demnach körperliche, psychische und soziale Aspekte mit ein. Breslow (1972) hat als einer der ersten versucht, diese Dimensionen im Rahmen einer epidemiologischen Untersuchung getrennt zu erfassen, wobei er sich jedoch nicht nur, wie es damals meist noch üblich war, auf die Erfassung der negativen Aspekte der entsprechenden Dimensionen beschränkt hat. Becker (1991) differenziert explizit das psychische vom physischen Wohlbefinden und Frank (1991) entwickelt einen speziellen Fragebogen zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens. Beide betonen jedoch, dass eine strikte Trennung von emotionalem und körperlichen Wohlbefinden nicht möglich und auch nicht sinnvoll sei.

Diese kurzen Ausführungen zur Struktur des Wohlbefindens bzw. der damit verwandten Begriffe haben deutlich gemacht, dass es sich um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt, das sowohl von negativen als auch von positiven Aspekten abhängig ist. Im Folgenden sollen diese Überlegungen vertieft werden.

3 Konstruktion des FAHW

Im Vordergrund des Erkenntnisinteresses des Autors stehen die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten von Gesundheit und Sport. Hierbei wird davon ausgegangen, dass vom Sport nicht nur präventive, d. h. krankheitsvermeidende Effekte ausgehen, sondern darüber hinaus auch positive, salutogenetische Wirkungen in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht. Um solche Effekte erfassen zu können, erschien es notwendig, einen Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden zu konstruieren.

Es fand sich im deutschen Sprachraum kein Instrumentarium, das sowohl negative als auch positive Aspekte des allgemeinen Wohlbefindens erfasst. Insbesondere die Beschäftigung mit dem positiven Wohlbefinden als einem eigenständigen Bereich wurde bisher vernachlässigt. 1977 konstatieren Pohlmeier und Biefang noch, dass lediglich die negative Messung von Gesundheit als gangbarer Weg zu erachten sei, um die Gesundheit eines Individuums zu bestimmen, und dass Gesundheitsindikatoren, die sich am Konzept positiver Gesundheit orientieren, für die (damalige) aktuelle Diskussion keine Bedeutung hätten. 1991 halten Abele und Becker demgegenüber die Erfassung des Wohlbefindens für einen eigenständigen und insbesondere auch eigenwertigen Bereich, der auch einer speziellen Annäherung bedarf. Die Entwicklung von Verfahren zur Beurteilung subjektiver Aspekte der Gesundheit stellt dabei lediglich eine Fortsetzung der ärztlichen Anamnese in standardisierter Form dar.

Durch einen Fragebogen zum Wohlbefinden sollten positive und negative Aspekte im somatischen, psychischen und sozialen Bereich abgebildet werden. Auch existieren außer einem Ansatz von Breslow (1972) keine Verfahren, die die in der WHO-Definition abgebildeten Dimensionen des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens widerspiegeln. Es erscheint dann als ein legitimes Anliegen, einen eigenen Fragebogen zum Problemfeld Wohlbefinden zu entwickeln, wenn die vorliegenden Verfahren nicht geeignet erscheinen, das Problemfeld im Hinblick auf ein bestimmtes Forschungsinteresse hinreichend abzudecken (Mayring, 1991a). Auch Mayring (1991a) hält fest, dass das wohl gravierendste Problem der heutigen Wohlbefindensforschung das Fehlen adäquater Erhebungsmethoden darstellt.

Entsprechend diesen Vorüberlegungen wurde ein Strukturmodell des Wohlbefindens konzipiert, das sowohl Aspekte des Wohlbefindens als auch des Missbefindens im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich beinhaltet. Diesen Bereichen wurden bestimmte Kriterien des Wohlbefindens bzw. Missbefindens zugeordnet (siehe Abbildung 4). Auf die Begründung für die Auswahl dieser Kriterien bzw. die Formulierung von Items zur Abbildung dieser Kriterien wird im folgenden eingegangen.

	Aspekte des Wohlbefindens	Aspekte des Missbefindens
Körperlicher Bereich	Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand	Körperliche Gebrechen und Schmerzen
Psychischer Bereich	Ruhe, Ausgeglichenheit und Vitalität	Unsicherheit, Stress und Anspannung
Sozialer Bereich	Freunde haben, intaktes Familienleben, Eingebundensein in die soziale Gemeinschaft	Einsamkeit und soziale Isolation, Enttäuschung über Mitmenschen

Abbildung 4: Strukturmodell des allgemeinen Wohlbefindens. Angabe der durch die positiven und negativen Aspekte des Wohlbefindens im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich definierten Wohlbefindensäußerungen.

Körperliches Wohlbefinden: Traditionell erfolgt die Annäherung an das Problem der subjektiven Gesundheit über Fragebögen zur Erfassung von Beschwerden und Schmerzen. Einen Überblick geben McDowell und Newell (1987). Typische Instrumentarien zur Erfassung von körperlichen Beschwerden stellen Fragebögen zur Erstellung von Schmerzindizes dar. Erwähnt sei das Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire von Fairbank, Couper, Davies und O'Brien (1980). Diese Beschwerdeskala fragt nach der Beeinträchtigung von alltäglichen Handlungen (Stehen, Sitzen, Schlafen, Reisen etc.) durch LWS-Beschwerden. Der Fragebogen beinhaltet zehn Tätigkeitsbereiche, die jeweils auf einer sechsstufigen Skala beantwortet werden können, woraus ein Summenwert als Indikator der Beeinträchtigung im Alltag resultiert, der von null bis 50 Punkte reicht.

Eine Kernfrage im Zusammenhang mit Schmerz- und Beschwerdenindizes betrifft die Korrelation zwischen ärztlicher Diagnose und Beschwerden. In eigenen Studien zu Gleichgewichtsproblemen bei neurologischen Patienten (Wydra, 1993) und Schulternackenproblemen bei Rehaeteilnehmern mit Allgemeinerkrankungen (Wydra, Karisch & Wenzkat, 1987) konnten nur schwache bzw. keine Zusammenhänge zwischen subjektiv wahrgenommener Problematik und der Schwere des Krankheitsgeschehens festgestellt werden. Im Längsschnitt hingegen erwiesen sich die Fragebögen als geeignete Instrumentarien zur Darstellung von Therapieeffekten (vgl. Wittmann, 1985).

Ein erster Ansatz in die entgegengesetzte Richtung wurde von Frank (1991) unternommen, die einen Fragebogen zum körperlichen Wohlbefinden vorstellt. Aufgrund faktorenanalytischer Untersuchungen konnte sie folgende Dimensionen körperlichen Wohlbefindens identifizieren:

- Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand,

- Gefühl von Ruhe und Muße,
- Vitalität und Lebensfreude,
- nachlassende Anspannung, angenehme Müdigkeit,
- Genussfreude / Lustempfinden,
- Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit,
- Gepflegtheit, Frische, angenehmes Körperempfinden.

Die Untersuchungen zur Validierung des Messverfahrens zeigten, dass körperliches Wohlbefinden mehr ist als lediglich die Abwesenheit von Beschwerden und Missempfinden. Frank (1991) erachtet den Fragebogen als aussagekräftiges klinisches Instrument, das auch im Rahmen differentialdiagnostischer Untersuchungen zu Unterscheidungsmerkmalen zwischen gesunden und kranken Menschen dienen kann.

Psychisches Wohlbefinden: Die ersten wissenschaftlichen Anstöße zur Erfassung des psychischen Wohlbefindens erfolgten auf der Basis der in der Zeit des zweiten Weltkrieges gesammelten Erfahrungen bei der Eignungsuntersuchung von Rekruten. Die weitere Entwicklung wurde durch die Entwicklung psychiatrischer Erhebungsverfahren gefördert. Die ersten Befindlichkeitsfragebögen waren psychiatrische Beschwerdenlisten. Die Beschwerdenliste von Zerssen (1976a) beispielsweise ist ein Fragebogentest zur quantitativen Abschätzung subjektiver Beeinträchtigungen durch (überwiegend) körperliche und Allgemeinbeschwerden. Der Summenwert der Liste sagt etwas darüber aus, wie weit sich ein Proband durch körperliche und Allgemeinbeschwerden beeinträchtigt fühlt. Eine Differenzierung der Beschwerdesymptomatik ist nicht angestrebt. Es handelt sich bei den Items um typische Beschwerden, wie sie im Bereich der Allgemeinmedizin bzw. Inneren Medizin von den Patienten vorgetragen werden (Zerssen, 1976a, S. 6). Die Befindlichkeitsskala (Zerssen, 1976b) stellt die konsequente Weiterentwicklung dieses Vorgehens dar, wobei jedoch nicht nur negative Affekte, sondern auch deren Gegenpol erfasst wird. Froh und schwermütig, frisch und matt stellen typische Items dieser Liste dar.

Als historisch sind die Arbeiten von Bradburn (1969) anzusehen. Bradburn legte jeweils fünf Items vor, die negative bzw. positive Gefühle zum Ausdruck bringen: Zufriedenheit darüber, etwas zu Ende gebracht zu haben; das Gefühl, dass die Dinge ihren vorbestimmten Weg gehen; angeregt und interessiert sein für etwas; das Gefühl, auf dem Gipfel der Welt zu sein; Stolz über ein Kompliment; Ruhelosigkeit; Trauer; Depressivität; Einsamkeit; geknickt sein wegen einer Kritik. Er fragte danach, ob die Pbn. in den vergangenen Wochen jemals diese Gefühle hatten. Bradburn fand geringe korrelative Beziehungen zwischen positiven und negativen Items und folgerte daraus die relative Unabhängigkeit von positiven und negativen Emotionen.

Einen weiteren Meilenstein in der Entwicklung von Instrumentarien stellen die von Andrews und Withey (1976) vorgelegten Skalen dar, die aus jeweils nur einem Item bestehen. Eine dieser Skalen, die Gesichterskala, der globalen Beurteilung des Wohlbefindens. Die Gesichterskala besteht aus sieben verschiedenen Gesichtern, die unterschiedliche Stimmungen zum Ausdruck bringen sollen. Aufgrund ihres nonverbalen Charakters eignen sich die Skalen von Andrews und Withey auch zum Einsatz bei Kindern oder anderen, in ihrer kognitiven Aufnahmefähigkeit eingeschränkten Probanden.

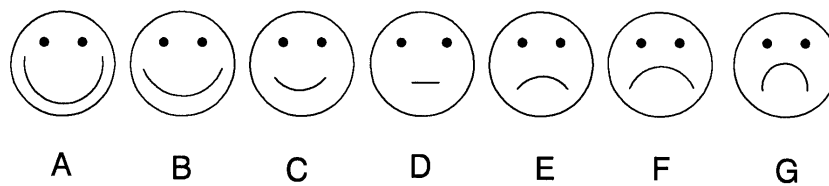


Abbildung 5: Die Gesichterskala von Andrews und Withey (1976).

Becker und Minzel (1986) nennen sieben Bereiche, denen sie eine hohe diagnostische Valenz für die Beurteilung von seelischer Gesundheit bzw. Krankheit zubilligen. Sie gehen dabei von einer begrenzten Unabhängigkeit der sieben Bereiche aus. Zu bestimmten Zeitpunkten kann eine Person durch eine unterschiedliche Konfiguration von Krankheits- bzw. Gesundheitszeichen charakterisiert werden. Diese Kriterien von Gesundheit und Krankheit beziehen sich auf körperliche, psychische und zum Teil auf soziale Aspekte.

- Negative vs. positive emotionale Befindlichkeit (Unwohlsein - Wohlbefinden),
- Energiemangel und Antriebsschwäche vs. hohes Energieniveau (Müdigkeit - Vitalität),
- Defensivität vs. Expansivität (Schonhaltung - Sich-Verausgaben),
- Funktions- und Leistungsstörungen vs. optimale Leistungsfähigkeit und Produktivität (Störungen von Organfunktionen - Fitness),
- Selbstzentrierung vs. Selbsttranszendenz (verstärkte Aufmerksamkeit auf eigenen Körper bzw. eigene Person - geringe Aufmerksamkeit auf eigene Person und verstärktes Interesse für Umwelt),
- Hilfesuchen, Abhängigkeit vs. Autonomie (Hilflosigkeit - Autonomie),
- geringes vs. hohes Selbstwertgefühl (Minderwertigkeitsgefühl - Selbstsicherheit).

Soziales Wohlbefinden: Diener (1984) stellt fest, dass zwischen subjektivem Wohlbefinden und Sozialkontakten eine Wechselwirkung besteht. Unabhängig

von ihrer Notwendigkeit tragen Sozialkontakte zur Verbesserung des Wohlbefindens bei. Obwohl die Bedeutung sozialer Unterstützungssysteme (vgl. Schwarzer & Leppin, 1989) bzw. der Sozialisation (vgl. Hurrelmann, 1988) für die Gesundheit Gegenstand zahlreicher Arbeiten ist, finden sich relativ wenige Ansätze zur Erfassung der sozialen Gesundheit. Dies hängt mit der Auffassung von Gesundheit als einem individuellen Problem zusammen. Der soziale Bezug kam erstmals in der WHO-Definition und später in der Definition von Parsons (1967), wonach Gesundheit als die Fähigkeit zur Erfüllung sozialer Rollen definiert wird, zum Ausdruck. Diese rollentheoretische Definition ist z.B. von Bedeutung für die Rehabilitation, deren übergeordnetes Ziel in der Unabhängigkeit von fremder Hilfe gesehen wird. In dieser Betrachtungsweise ist soziale Gesundheit oder Funktionstüchtigkeit die abhängige Variable therapeutischer Interventionen. Im Gegensatz dazu wird im Rahmen der Social-Support-Forschung soziale Gesundheit als unabhängige Variable diskutiert. Als eine brauchbare Definition zur Charakterisierung sozialer Gesundheit kann die von Russel (1973, S. 75; vgl. Breslow, 1972) angesehen werden.

„Social health is that Dimension of an individual's well-being that concerns how he gets along with other people, how other people react to him, and how he interacts with social institutions and societal mores.“

Die Fähigkeit zur Erfüllung sozialer Erwartungen hängt auch eng mit körperlichen Behinderungen zusammen, wie sie in Fragebögen zu funktionellen Beeinträchtigungen zum Ausdruck kommen. Die Anwendung der sozialen Rollentheorie im Feld Gesundheit ist nicht unproblematisch, da die Setzung von Normen und Standards des sozialen Verhaltens zur Operationalisierung sozialer Gesundheit die Existenz der angepassten Persönlichkeit voraussetzt (McDowell & Newell, 1987). Sozial auffälliges, weil abweichendes Verhalten wird somit zum krankhaften und therapiepflichtigen Verhalten. Neben der Operationalisierung der Anpassung an spezifische Rollen sollte deshalb auch die subjektive Zufriedenheit mit den individuellen Rollen erfasst werden.

Neben der Soziologie beschäftigt sich auch die Psychologie mit dem Problemfeld soziale Gesundheit. Becker (1989) nennt zwar nicht ausdrücklich den Bereich soziale Gesundheit, aber bei der Auflistung der Indikatoren für Zustände der Gesundheit und Krankheit im körperlichen und seelischen Bereich nennt er die „beeinträchtigte Fähigkeit zum Erfüllen von Rollen und Aufgaben“ bzw. „die reduzierte Liebesfähigkeit“ als Kriterien körperlicher und seelischer Krankheit. Liebesfähigkeit kann „als universal akzeptierter Indikator der seelischen Gesundheit“ angesehen werden (Becker, 1989, S. 12). „Liebesfähigkeit“ wird operationalisiert als die Fähigkeit, auf andere Menschen zuzugehen, sich in andere Menschen hineinzufühlen, gerne anderen Menschen eine Freude zu bereiten oder behilflich zu sein etc.

Zusammenfassung: Zur Beschreibung der subjektiven Komponenten des Wohl- und Missbefindens wurden in Anlehnung an Frank (1991) Skalen entwickelt. Zur Beschreibung des körperlichen Wohlbefindens wurden die Items der Skala „Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand“ von Frank (1991) übernommen. Zur Formulierung der anderen Skalen wurden entsprechend der oben geführten Diskussion Items zusammengestellt. Die erste Version des Fragebogens umfasst 42 Items, die auf einer fünfstufigen Skala zu beantworten sind. Diese sollen Aspekte des allgemeinen Wohlbefindens und Missbefindens in den Bereichen Körper, Psyche und Soziales erfassen. Der Fragebogen trägt den Namen: *Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden (FAHW)*.

Tabelle 1: Items der Skalen des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (FAHW). In Klammern die jeweilige Nummer der Frage auf dem Fragebogen.

	Wohlbefinden	Missbefinden
Körperliche Aspekte	mein Kreislauf ist stabil (3), ich bin körperlich belastbar (10), ich bin durchhaltefähig (13), ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden (24), ich fühle mich körperlich gesund (34), ich fühle mich körperlich ausgeglichen (38), ich kann meinen Körperzustand genießen (41)	ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl (2), ich fühle mich schwerfällig (11), wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit (17), ich habe dauernd Schmerzen (21), ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung (22), ich bin körperlich behindert (30), ich fühle mich erschöpft und müde (31)
Psychische Aspekte	ich bin heiter gestimmt (1), abends bin ich angenehm müde (8), zur Zeit bin ich sehr ausgeglichen (9), ich habe das Gefühl, durchstarten zu können (12), ich überblicke meine Umgebung (19), ich habe alles im Griff (29), mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen (42)	ich bin kein selbstsicherer Mensch (7), ich habe wenig Erfolg (18), ich fühle mich gestresst und nervös (23), ich bin nicht glücklich (28), meine Stimmung ist gedrückt (32), ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus (39),
Soziale Aspekte	ich würde gerne anderen Menschen helfen (4), ich habe jede Menge Freunde (5), ich habe das Gefühl, geliebt zu werden (6), ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten (15), ich kann ohne Probleme auf andere zugehen (16), anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage (26), ich habe das Gefühl, dass man mich braucht (27), mein Familienleben ist intakt (37),	es ist schade, dass mich kaum jemand besucht (14), ich fühle mich verlassen (20), ich bedauere, dass ich mich auf meine Freunde nicht verlassen kann (25), ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht (33), ich habe mit mir selbst genug zu tun (35), ich habe niemanden, mit dem ich über alles reden kann (36), ich bin entbehrlich (40),

4 Evaluation des FAHW¹

Zur ersten Evaluation des FAHW wurden Daten aus mehreren Stichproben mit insgesamt 1060 Pbn. herangezogen (vgl. Tabelle 2). Dabei handelt es sich sowohl um 739 Gesunde und 321 Kranke.

Tabelle 2: Altersstruktur der Stichproben zur Evaluation des FAHW.

	N	M	SD	Standard- fehler	CI -95 %	CI +95 %
Gesunde						
Jugendliche ²	300	14,02	1,26	0,07	13,88	14,17
Studenten	70	24,13	3,43	0,41	23,31	24,95
Studiobesucher	137	38,40	8,54	0,73	36,96	39,84
Hausfrauen	32	34,72	8,13	1,44	31,79	37,65
Lehrerinnen	10	45,90	11,56	3,66	37,63	54,17
Volleyballer	32	26,66	3,23	0,57	25,49	27,82
Tennisspieler	26	47,62	6,65	1,30	44,93	50,30
Seniorentennisspieler	34	52,18	8,37	1,44	49,26	55,10
Reiter	30	44,37	7,49	1,37	41,57	47,16
Palliativhelfer ³	68	53,19	11,16	1,35	50,49	55,89
Patienten						
Herzgruppenteilnehmer	55	62,51	7,98	1,08	60,35	64,67
Rehabilitanden	170	46,75	9,50	0,73	45,31	48,19
Tinnituspatienten	80	47,18	9,01	1,01	45,17	49,18
Burnoutpatienten	16	53,06	5,52	1,38	50,12	56,00
Gesamtstichprobe	1060	35,44	17,39	0,53	34,40	36,49

4.1 Itemanalysen

Im Folgenden wird die deskriptive Statistik der einzelnen Items dargestellt. Zur Evaluation des Fragebogens wurden in weiteren Schritten Item- und Konsistenzanalysen durchgeführt. Cronbachs Alpha der FAHW-Gesamtskala beträgt .927, die mittlere Inter-Item-Korrelation .237.

¹ Alle statistischen Analysen wurden mit Statistica StatSoft, Inc. (2008). STATISTICA für Windows (Software-System für Datenanalyse), Version 8.0 gerechnet.

² Ein Dank für die Daten gilt Herrn Claude Scheuer. Es wurden aber nur die Skalensummenwerte mitgeteilt.

³ Ein Dank für die Daten gilt Frau Kerstin Bettina Jeroutschitsch.

Tabelle 3: Deskriptive Statistik der einzelnen Items des FAHW (N=760)

	M	SD	CI -95 %	CI +95 %
ich bin heiter gestimmt	3,8	0,9	3,7	3,8
ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl	2,2	1,1	2,1	2,3
mein Kreislauf ist stabil	4,0	1,0	3,9	4,0
ich würde gerne anderen Menschen helfen	4,0	0,8	3,9	4,1
ich habe jede Menge Freunde	3,6	1,0	3,5	3,7
ich habe das Gefühl geliebt zu werden	4,1	0,9	4,0	4,1
ich bin kein selbstsicherer Mensch	2,5	1,2	2,4	2,6
abends bin ich angenehm müde	3,9	1,1	3,8	3,9
ich bin sehr ausgeglichen	3,4	1,1	3,4	3,5
ich bin körperlich belastbar	3,7	1,0	3,6	3,8
ich fühle mich schwerfällig	2,2	1,1	2,1	2,2
ich habe das Gefühl durchstarten zu können	3,2	1,1	3,1	3,3
ich bin durchhaltefähig	3,7	1,0	3,6	3,8
es ist schade, dass mich kaum jemand besucht	2,2	1,1	2,2	2,3
ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten	2,9	1,2	2,8	3,0
ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	3,7	1,0	3,6	3,8
wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	2,0	1,2	1,9	2,1
ich habe wenig Erfolg	2,1	1,0	2,0	2,1
ich überblicke meine Umgebung	3,9	0,8	3,9	4,0
ich fühle mich verlassen	1,7	1,0	1,6	1,8
ich habe dauernd Schmerzen	1,8	1,1	1,8	1,9
ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung	2,2	1,5	2,1	2,3
ich fühle mich gestresst und nervös	2,6	1,3	2,5	2,7
ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	3,3	1,2	3,2	3,4
ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen	2,1	1,1	2,0	2,2
anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage	4,2	0,8	4,1	4,2
ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	3,9	0,9	3,9	4,0
ich bin nicht glücklich	2,0	1,1	1,9	2,1
ich habe Alles im Griff	3,4	1,0	3,3	3,4
ich bin körperlich behindert	1,6	1,1	1,5	1,7
ich fühle mich erschöpft und müde	2,5	1,3	2,4	2,6
meine Stimmung ist gedrückt	2,2	1,2	2,2	2,3
ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	2,1	1,0	2,0	2,2
ich fühle mich körperlich gesund	3,5	1,2	3,4	3,6
ich habe mit mir selbst genug zu tun	2,6	1,1	2,6	2,7
ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann	1,8	1,1	1,7	1,9
mein Familienleben ist intakt	4,0	1,2	3,9	4,0
ich fühle mich körperlich ausgeglichen	3,6	1,0	3,5	3,6
ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	1,9	1,0	1,9	2,0
ich bin entbehrlich	3,0	1,2	2,9	3,1
ich kann meinen Körperzustand genießen	3,3	1,1	3,2	3,4
mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen	3,2	1,1	3,1	3,3
	36,7	22,8	35,0	38,3

Tabelle 4: Itemanalysen des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (n=760).

	M bei Ausschluss	SD bei Ausschluss	Item-Gesamt- Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschl.
ich bin heiter gestimmt	32,89	22,27	0,58	0,92
ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl	38,84	22,11	0,59	0,92
mein Kreislauf ist stabil	32,69	22,31	0,46	0,93
ich würde gerne anderen Menschen helfen	32,67	22,61	0,20	0,93
ich habe jede Menge Freunde	33,07	22,43	0,35	0,93
ich habe das Gefühl geliebt zu werden	32,59	22,47	0,34	0,93
ich bin kein selbstsicherer Mensch	39,17	22,29	0,41	0,93
abends bin ich angenehm müde	32,81	22,45	0,30	0,93
ich bin sehr ausgeglichen	33,22	22,08	0,65	0,92
ich bin körperlich belastbar	32,95	22,17	0,59	0,92
ich fühle mich schwerfällig	38,82	22,11	0,60	0,92
ich habe das Gefühl durchstarten zu können	33,49	22,09	0,63	0,92
ich bin durchhaltefähig	32,98	22,22	0,55	0,92
es ist schade, dass mich kaum jemand besucht	38,90	22,45	0,29	0,93
ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten	33,77	22,51	0,23	0,93
ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	32,95	22,35	0,42	0,93
wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	38,70	22,28	0,41	0,93
ich habe wenig Erfolg	38,73	22,30	0,51	0,93
ich überblicke meine Umgebung	32,72	22,49	0,37	0,93
ich fühle mich verlassen	38,35	22,24	0,57	0,92
ich habe dauernd Schmerzen	38,50	22,32	0,41	0,93
ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung	38,84	22,19	0,40	0,93
ich fühle mich gestresst und nervös	39,31	21,93	0,64	0,92
ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	33,39	22,03	0,63	0,92
ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen	38,76	22,48	0,28	0,93
anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage	32,49	22,71	0,10	0,93
ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	32,73	22,48	0,35	0,93
ich bin nicht glücklich	38,69	22,10	0,60	0,92
ich habe Alles im Griff	33,30	22,27	0,54	0,92
ich bin körperlich behindert	38,29	22,38	0,36	0,93
ich fühle mich erschöpft und müde	39,19	21,96	0,66	0,92
meine Stimmung ist gedrückt	38,91	21,96	0,68	0,92
ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	38,78	22,36	0,42	0,93
ich fühle mich körperlich gesund	33,16	22,06	0,62	0,92
ich habe mit mir selbst genug zu tun	39,30	22,33	0,42	0,93
ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann	38,47	22,40	0,36	0,93
mein Familienleben ist intakt	32,70	22,36	0,35	0,93
ich fühle mich körperlich ausgeglichen	33,11	22,05	0,71	0,92
ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	38,59	22,15	0,61	0,92
ich bin entbehrlich	39,66	22,59	0,16	0,93
ich kann meinen Körperzustand genießen	33,35	22,07	0,63	0,92
mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen	33,44	22,24	0,49	0,93

4.2 Skalenwerte

Die Mittelwerte der aufsummierten Skalen ergeben aus der folgenden Tabelle. Cronbachs Alpha der aufsummierten Skalen des FAHW ist in Tabelle 7 in dargestellt. Die Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Deskriptive Statistik der einzelnen Skalen des FAHW (N=760)

	N	M	SD	CI -95 %	CI +95 %
Körperliches Wohlbefinden	760	25,0	5,8	24,6	25,4
Körperliches Missbefinden	760	14,5	5,7	14,1	14,9
Körperliches Wohl- und Missbefinden	760	10,5	10,6	9,8	11,3
Psychisches Wohlbefinden	760	24,8	4,7	24,4	25,1
Psychisches Missbefinden	760	13,4	5,0	13,1	13,8
Psychisches Wohl- und Missbefinden	760	11,4	8,7	10,7	12,0
Soziales Wohlbefinden	760	30,4	4,4	30,0	30,7
Soziales Missbefinden	760	15,6	4,5	15,2	15,9
Soziales Wohl- und Missbefinden	760	14,8	7,2	14,3	15,3
Summenwert Wohlbefinden	760	80,2	12,7	79,2	81,1
Summenwert Missbefinden	760	43,5	12,9	42,6	44,4
FAHW-Summenwert	760	36,7	22,8	35,0	38,3

Tabelle 6: Cronbachs Alpha der aufsummierten Skalen des FAHW auf der Basis von 760 ausgewerteten Fragebögen.

	Cronbachs Alpha
Körperliches Wohlbefinden	.876
Körperliches Missbefinden	.807
Körperliches Wohl- und Missbefinden	.899
Psychisches Wohlbefinden	.789
Psychisches Missbefinden	.811
Psychisches Wohl- und Missbefinden	.867
Soziales Wohlbefinden	.691
Soziales Missbefinden	.709
Soziales Wohl- und Missbefinden	.748
Summenwert Wohlbefinden	.895
Summenwert Missbefinden	.887
FAHW-Summenwert	.927

Cronbachs Alpha der Gesamtskala kann mit .927 als exzellent bezeichnet werden. Die Skalen zum psychischen Wohlbefinden und die Skalen des sozialen Missbefindens sind noch akzeptabel. Die Skala des sozialen Wohlbefindens ist hingegen fragwürdig. Alle anderen Skalen liegen in einem guten Bereich.

Tabelle 7: Skaleninterkorrelationen. Alle Korrelationen sind signifikant ($p < .05$).

	Körperliches Wohlbefinden	Körperliches Missbefinden	Körperliches Wohl- und Missbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Missbefinden	Psychisches Wohl- und Missbefinden	Soziales Wohlbefinden	Soziales Missbefinden	Soziales Wohl- und Missbefinden	Summenwert Wohlbefinden	Summenwert Missbefinden	Gesamtwert
Körperliches Wohlbefinden	1,00	-0,68	0,92	0,72	-0,56	0,71	0,42	-0,26	0,42	0,87	-0,61	0,83
Körperliches Missbefinden	-0,68	1,00	-0,92	-0,43	0,64	-0,60	-0,16	0,44	-0,37	-0,53	0,85	-0,77
Körperliches Wohl- und Missbefinden	0,92	-0,92	1,00	0,63	-0,66	0,71	0,31	-0,38	0,43	0,76	-0,79	0,87
Psychisches Wohlbefinden	0,72	-0,43	0,63	1,00	-0,62	0,89	0,58	-0,35	0,57	0,90	-0,55	0,81
Psychisches Missbefinden	-0,56	0,64	-0,66	-0,62	1,00	-0,91	-0,35	0,65	-0,62	-0,61	0,90	-0,85
Psychisches Wohl- und Missbefinden	0,71	-0,60	0,71	0,89	-0,91	1,00	0,51	-0,56	0,66	0,84	-0,81	0,92
Soziales Wohlbefinden	0,42	-0,16	0,31	0,58	-0,35	0,51	1,00	-0,30	0,80	0,76	-0,31	0,59
Soziales Missbefinden	-0,26	0,44	-0,38	-0,35	0,65	-0,56	-0,30	1,00	-0,81	-0,35	0,80	-0,65
Soziales Wohl- und Missbefinden	0,42	-0,37	0,43	0,57	-0,62	0,66	0,80	-0,81	1,00	0,68	-0,69	0,77
Summenwert Wohlbefinden	0,87	-0,53	0,76	0,90	-0,61	0,84	0,76	-0,35	0,68	1,00	-0,59	0,89
Summenwert Missbefinden	-0,61	0,85	-0,79	-0,55	0,90	-0,81	-0,31	0,80	-0,69	-0,59	1,00	-0,90
FAHW-Summenwert	0,83	-0,77	0,87	0,81	-0,85	0,92	0,59	-0,65	0,77	0,89	-0,90	1,00

4.3 Untersuchungen zur Validität

4.3.1 Kriteriumsvalidität

Im Rahmen verschiedener Studien wurden die Zusammenhänge zwischen FAHW und Instrumentarien beleuchtet:

Beschwerdenliste von Zerssen (1976a): Die Beschwerdenliste von Zerssen (1976a) ist ein Fragebogentest zur quantitativen Abschätzung subjektiver Beeinträchtigungen durch (überwiegend) körperliche und Allgemeinbeschwerden. Der Summenwert der Liste sagt etwas darüber aus, wie weit sich ein Proband durch körperliche und Allgemeinbeschwerden beeinträchtigt fühlt. Eine Differenzierung der Beschwerdesymptomatik ist nicht angestrebt. Es handelt sich bei den Items um typische Beschwerden, wie sie im Bereich der Allgemeinmedizin bzw. Inneren Medizin von den Patienten vorgetragen werden (Zerssen 1976a, S. 6).

Gesichterskala: Andrews und Withey (1976) haben Skalen vorgelegt, die aus jeweils nur einem Item bestehen. Eine dieser Skalen, die Gesichterskala, dient

der globalen Beurteilung des Wohlbefindens. Die Gesichterskala besteht aus sieben verschiedenen Gesichtern, die unterschiedliche Stimmungen zum Ausdruck bringen sollen. Aufgrund ihres nonverbalen Charakters eignen sich die Skalen von Andrews und Withey auch zum Einsatz bei Kindern oder anderen, in ihrer kognitiven Aufnahmefähigkeit eingeschränkten Probanden.

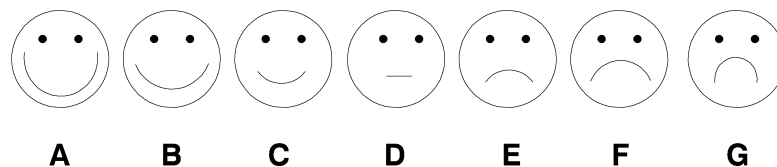


Abbildung 6: Die Gesichterskala von Andrews, & Withey (1976).

Deutsche Fassung des Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire:

Dieser Fragebogen von Fairbank et al. (1980) ist international eine der gebräuchlichsten Skalen zur Beurteilung der Beeinträchtigung durch Rückenschmerzen (Gaul, Mette, Schmidt, & Grond, 2008). Der ODQ umfasst 11 Items, die die Beeinträchtigung der Patienten durch Schmerzen bei Alltagsaktivitäten und bei Sozialkontakten erfragen

Tinnitusfragebogen: Der Tinnitusfragebogen von Goebel (2001) erfasst auf sechs Skalen typische Beschwerden und Klagen von chronischen Tinnitus-Patienten: Emotionale Belastung, Kognitive Belastung, Penetranz des Tinnitus, Hörprobleme, Schlafstörungen, Somatische Beschwerden. Es kann ein globaler Gesamtwert der Tinnitusbelastung gebildet werden.

Seelische Gesundheit: Seelische Gesundheit (Becker, 1989) wird als eine Persönlichkeitseigenschaft im Sinne einer personalen Ressource angesehen. Seelische Gesundheit stellt ein breites Persönlichkeitskonstrukt dar, das Regulationskompetenz, Selbstaktualisierung und Sinnfindung umfasst (Becker, 1982). Operationalisiert wird seelische Gesundheit im Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) (Becker 1989) über die Skala Seelische Gesundheit. Der TPF umfasst neun Skalen, die die beiden Superfaktoren Verhaltenskontrolle und Seelische Gesundheit, drei Skalen zur Messung seelisch-körperlichen Wohlbefindens (Sinnerfülltheit vs. Depressivität, Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung, Beschwerdefreiheit vs. Nervosität), zwei Skalen zur Messung von Selbstaktualisierung (Expansivität und Autonomie) sowie zwei Skalen zur Erfassung von selbst- und fremdbezogener Wertschätzung (Selbstwertgefühl und Liebesfähigkeit) beinhalten. Die Skala Seelische Gesundheit setzt sich aus 20 Items zusammen, die u.a. die Fähigkeit zur Bewältigung von Lebensanforderungen und Schwierigkeiten, Selbstsicherheit, Zuversicht und Optimismus,

Durchsetzungsvermögen, Fähigkeit zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, Autonomie und Selbstverantwortlichkeit erfassen.

Kohärenzsinn: Nach Antonovsky (1979; 1988, S. 19) handelt es sich beim Kohärenzsinn um ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens, dass im Verlaufe des Lebens auftretende Belastungen strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (comprehensibility), man über die Möglichkeiten verfügt, den Anforderungen, die durch die Belastungen ausgelöst werden, gerecht zu werden (manageability) und diese Belastungen Herausforderungen darstellen, die es wert sind, etwas zu investieren und sich zu engagieren (meaningfulness). Der Kohärenzsinn wurde mit der deutschen Fassung des Fragebogens zum Kohärenzsinn von Antonovsky (1988) erfasst. Der Fragebogen umfasst 29 Items, die auf einer 7-stufigen Skala zu beantworten sind. Der Summenscore kann als Ausdruck des Kohärenzsinnes gewertet werden.

Soziale Unterstützung: Unter Sozialer Unterstützung versteht man das Ausmaß, in dem Individuen ihre sozialen Interaktionen und Beziehungen als unterstützend, hilfreich und fördernd wahrnehmen. Sie wurde mit der Kurzfassung des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (Version K-22) von Sommer und Fydrich (1989) erfasst. Der Fragebogen umfasst 22 Items, die auf einer 5-stufigen Skala zu beantworten sind. Der Summenscore des Fragebogens kann als Ausdruck der empfundenen sozialen Unterstützung interpretiert werden.

Tabelle 8: Korrelationen zwischen den Skalenwerten des FAHW, der Gesichterskala von Andrews und Withey (1976), der Beschwerdenliste Version BL von Zerssen, dem Tinnitusfragebogen von Goebel (Jahr), der Skala Seelische Gesundheit von Becker (Jahr), dem Kohärenzsinn nach Antonovski (1976), der Sozialen Unterstützung von Sommer und Fydich (1989) und dem Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire von Fairbank et al. (1980) ($p < 0.001$; $p < 0.05$).

	Gesichterskala (n=758)	Beschwerdenliste (n=142)	Rückenbeschwerden (n=61)	Tinnitusgesamtscore (n=89)	Seelische Gesundheit (n=279)	Kohärenzsinn (n=138)	Soziale Unterstützung (n=142)
Körperliches Wohlbefinden	.43	-.50	-.28	-.39	.45	.36	.20
Körperliches Missbefinden	-.35	.56	.55	.56	-.28	-.38	-.29
Psychisches Wohlbefinden	.44	-.41	-.22	-.28	.57	.58	.34
Psychisches Missbefinden	-.44	-.49	.34	.47	-.49	-.72	-.49
Soziales Wohlbefinden	.23	-.23	-.12	n. s.	.27	.62	.57
Soziales Missbefinden	-.26	.36	.37	.30	-.25	-.60	-.60
Summenwert Wohlbefinden	.44	-.51	-.26	-.32	.56	.59	.40
Summenwert Missbefinden	-.42	.56	.51	.54	-.41	-.66	-.53
FAHW-Summenwert	.48	-.57	-.42	-.49	.53	.68	.51

Auf der Basis von Daten von Wydra (1995) konnte eine multiple Regression gerechnet werden, wobei der FAHW als abhängige Variable und Kohärenzsinn (SOC), Soziale Unterstützung (SOZU) und Gesichterskala (Faces) als unabhängige Variablen eingesetzt wurden. Das Modell hat eine Varianzaufklärung von 68 %, wobei insbesondere der Kohärenzsinn mit 47 % maßgeblich zur Varianzaufklärung beiträgt.

Abbildung 7: Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse (N=142).

	Multiple-R	Multiple-R-Quadrat	R-Quadrat-Änderung	F-f.Aufnahme/Ausschluss	p
SOC	0,68	0,47	0,47	121,9	0,000
FACES	0,81	0,66	0,10	77,4	0,000
SOZU	0,83	0,68	0,02	9,6	0,002

4.3.2 Faktorielle Validität

Zur Beurteilung der Validität wurden auf der Basis von 760 Datensätzen⁴ Faktorenanalysen nach der Hauptkomponentenmethode gerechnet. Das Ergebnis legt eine 6-Faktorenlösung nahe. Das Modell erklärt 52 % der Gesamtvarianz. Die Angaben zu den Eigenwerten und zur erklärten Varianz ergeben aus Tabelle 9.

Tabelle 9: Angaben zu den Eigenwerten und zur erklärten Varianz der durchgeführten Faktorenanalysen nach der Hauptkomponentenmethode (N=760)

Faktor	Eigenwert	Prozentualer Anteil an Gesamtvarianz	Kumulierter prozentualer Anteil an Gesamtvarianz
1	11,49	27,35	27,35
2	3,01	7,16	34,51
3	2,87	6,83	41,35
4	1,75	4,16	45,51
5	1,38	3,28	48,79
6	1,22	2,90	51,69

⁴ Die Daten der Schülerinnen und Schüler konnten hierbei nicht berücksichtigt werden, da nur die Summenwerte mitgeteilt worden sind.

Tabelle 10: Ergebnis der Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode mit anschließender standardisierter Varimaxrotation (n=760)

	1	2	3	4	5	6
Körperliches Wohlbefinden						
3. mein Kreislauf ist stabil	-0,34	0,13	0,11	0,31	0,28	0,19
10. ich bin körperlich belastbar	-0,53	0,07	0,10	0,33	0,37	0,20
13. ich bin durchhaltefähig	-0,45	0,17	0,05	0,22	0,51	0,14
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	-0,44	0,08	0,06	0,48	0,14	0,40
34. ich fühle mich körperlich gesund	-0,70	0,02	0,06	0,31	0,20	0,29
38. ich fühle mich körperlich ausgeglichen	-0,31	0,10	0,02	0,60	0,26	0,41
41. ich kann meinen Körperzustand genießen	-0,48	0,06	0,04	0,44	0,18	0,39
Psychisches Wohlbefinden						
1. ich bin heiter gestimmt	-0,07	0,19	-0,01	0,57	0,26	0,31
8. abends bin ich angenehm müde	-0,03	0,07	-0,07	0,14	0,04	0,60
9. ich bin sehr ausgeglichen	-0,03	0,10	-0,10	0,62	0,26	0,42
12. ich habe das Gefühl durchstarten zu können	-0,32	0,15	0,06	0,47	0,39	0,27
19. ich überblicke meine Umgebung	-0,06	0,16	-0,07	0,04	0,60	0,18
29. ich habe Alles im Griff	-0,02	0,06	-0,06	0,36	0,50	0,36
42. mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen	-0,11	0,13	-0,07	0,28	0,51	0,15
Soziales Wohlbefinden						
4. ich würde gerne anderen Menschen helfen	-0,02	0,73	-0,02	0,10	0,07	-0,02
5. ich habe jede Menge Freunde	-0,04	0,44	-0,26	0,01	0,16	0,39
6. ich habe das Gefühl geliebt zu werden	-0,02	0,22	-0,40	-0,06	0,21	0,45
15. ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten	0,02	0,49	0,13	0,22	0,13	0,11
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	0,06	0,36	-0,09	0,16	0,62	0,11
26. anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage	0,00	0,70	0,02	-0,07	0,05	0,08
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	-0,04	0,35	-0,28	0,00	0,20	0,40
37. mein Familienleben ist intakt	0,14	0,00	-0,23	0,26	0,11	0,51
Körperliches Missbefinden						
2. ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl	0,21	-0,01	0,24	-0,53	-0,28	-0,01
11. ich fühle mich schwerfällig	0,35	0,07	0,21	-0,51	-0,22	-0,05
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	0,73	0,00	0,12	-0,14	0,00	0,04
21. ich habe dauernd Schmerzen	0,71	0,03	0,19	-0,19	0,05	0,09
22. ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung	0,73	0,03	0,13	-0,14	-0,08	0,15
30. ich bin körperlich behindert	0,71	0,03	0,22	0,00	-0,03	0,01
31. ich fühle mich erschöpft und müde	0,30	-0,07	0,14	-0,76	-0,03	-0,04

Tabelle 10 (Fortsetzung)

	1	2	3	4	5	6
Psychisches Missbefinden						
7. ich bin kein selbstsicherer Mensch	0,09	0,17	0,30	-0,15	-0,63	0,09
18. ich habe wenig Erfolg	0,16	0,07	0,52	-0,25	-0,43	0,13
23. ich fühle mich gestresst und nervös	0,25	-0,05	0,19	-0,71	-0,04	-0,07
28. ich bin nicht glücklich	0,05	0,01	0,45	-0,52	-0,24	-0,12
32. meine Stimmung ist gedrückt	0,14	-0,03	0,35	-0,72	-0,15	-0,05
39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	0,13	0,03	0,37	-0,67	-0,10	-0,02
Soziales Missbefinden						
14. es ist schade, dass mich kaum jemand besucht	0,07	0,07	0,52	-0,04	-0,13	-0,14
20. ich fühle mich verlassen	0,12	0,05	0,59	-0,38	-0,21	-0,09
25. ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen	0,16	-0,12	0,58	-0,04	0,04	0,02
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	0,08	-0,15	0,60	-0,28	0,06	-0,07
35. ich habe mit mir selbst genug zu tun	0,05	-0,16	0,44	-0,48	-0,04	0,26
36. ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann	0,11	0,02	0,63	-0,05	-0,10	-0,16
40. ich bin entbehrlich	-0,08	0,10	0,37	-0,14	0,03	-0,05
Erklärte Varianz	4,31	2,08	3,58	5,96	3,21	2,58
Anteil Gesamtvarianz	0,10	0,05	0,09	0,14	0,08	0,06

Die in Tabelle 10 dargestellten Faktorenladungen nach Varimax-Rotation lassen sich wie folgt interpretieren:

- Faktor 1 (Varianzaufklärung 10 %): Körperliche Gesundheit vs. Gebrechen und Beschwerden: „*ich fühle mich körperlich gesund*“ und „*ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung*“ sind die beiden Items mit den höchsten Ladungen auf diesem Faktor und bringen den Inhalt des Faktor treffend zum Ausdruck. Acht von 14 Items gehören zu den Skalen des körperlichen Wohl- und Missbefindens.
- Faktor 2 (Varianzaufklärung 5 %): Positive soziale Einstellung und Hilfsbereitschaft: „*Ich würde gerne anderen Menschen helfen*“ und „*anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage*“ stehen stellvertretend für diesen Faktor. Auf diesem Faktor laden lediglich vier Items maximal. Diese repräsentieren das soziale Wohlbefinden.
- Faktor 3: Fehlende soziale Anerkennung 2 (Varianzaufklärung 9 %): „*Ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann*“ „*und ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht*“ sind die gewichtigsten Items bei die-

sem Faktor. Sechs der sieben Items dieses Faktors gehören zur Skala soziales Missbefinden.

- Faktor 4: Umfassendes Wohlbefinden vs. Missbefinden (Varianzaufklärung 14 %): „*Ich fühle mich erschöpft und müde*“ und „*meine Stimmung ist gedrückt*“ aber auch „*ich fühle mich körperlich ausgeglichen*“. Dieser Faktor umfasst 13 Items, von denen fünf das körperliche und sieben das psychische Wohl- und Missbefinden repräsentieren. Lediglich ein Item dieses Faktors gehört zur Skala soziales Missbefinden.
- Faktor 5: Selbstsicherheit und Überblick vs. Selbstunsicherheit (Varianzaufklärung 8 %): „*Ich bin kein selbstsicherer Mensch*“ und „*ich kann ohne Probleme auf andere zugehen*“. Dieser Faktor umfasst sechs Items, von denen drei das psychische und jeweils ein Item das körperliche, soziale Wohlbefinden bzw. das psychische Missbefinden charakterisieren.
- Faktor 6: Soziales Eingebundensein (Varianzaufklärung 6 %): „*Mein Familienleben ist intakt*“ und „*ich habe das Gefühl geliebt zu werden*“. Dieser Faktor umfasst vier Items, von denen drei das soziale und einer das psychische Wohlbefinden repräsentieren.

Etwas mehr als die Hälfte der Items lassen sich Faktoren zuzuordnen die inhaltlich dem heuristischen Modell des Wohlbefindens entsprechen. Die Multidimensionalität des Konstrukts Wohlbefinden wird damit bestätigt. Die durch die Konstruktion der Skalen formulierten inhaltlichen Unterschiede werden bestätigt, wenngleich die sprachliche Differenzierung insbesondere der Skalen zum sozialen Wohl- und Missbefinden als noch nicht optimal betrachtet werden muss.

4.3.3 Clusteranalyse

In einem weiteren Schritt wurde eine Clusteranalyse nach der Ward-Methode mit 1-Pearson r als Distanzmaß gerechnet. Es lassen sich zwei Hauptcluster identifizieren, die als Wohl- bzw. Missbefinden interpretiert werden können. Unterhalb dieser Ebene können fünf Subcluster identifiziert werden, die (siehe Abbildung 7 und Tabelle 11) von oben nach unten wie folgt bezeichnet werden können:

- Subcluster 1: Umfassendes psycho-soziales Wohlbefinden. Das Cluster umfasst Aussagen von „*ich bin heiter gestimmt*“ bis „*ich habe das Gefühl, dass man mich braucht*“. Mit Ausnahme des Items „*ich habe das Gefühl durchstarten*“ zu können finden sich hier alle Items der Skalen des psychischen und sozialen Wohlbefindens.

- Subcluster 2: Körperliche Gesundheit, Vitalität und Zufriedenheit. Das Cluster umfasst Aussagen von „*mein Kreislauf ist stabil*“ bis „*ich fühle mich körperlich gesund*“. Hier finden sich drei Items der Skala körperliches Wohlbefinden und das Item „*ich habe das Gefühl durchstarten zu können*“ der Skala psychisches Wohlbefinden.
- Subcluster 3: Subjektive Aspekte des körperlichen Missbefindens. Das Cluster umfasst Aussagen von „*ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl*“ bis „*ich habe mit mir selbst genug zu tun*“. In diesem Cluster finden sich vier Items der Skala körperliches Missbefinden und das Item „*ich habe mit mir selbst genug zu tun*“ der Skala soziales Missbefinden.
- Subcluster 4: Psycho-soziales Missbefinden. Das Cluster umfasst Aussagen von „*ich bin kein selbstsicherer Mensch*“ bis „*ich habe Niemanden, mit dem ich über Alles reden kann*“. In diesem Cluster finden sich alle Items der Skalen psychisches und soziales Missbefinden.
- Subcluster 5: Körperliches Missbefinden, Krankheiten und Schmerzen. Das Cluster umfasst Aussagen von „*wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit*“ bis „*ich bin körperlich behindert*“. Das Cluster umfasst vier Items der Skala körperliches Missbefinden.

Die Clusteranalyse bestätigt einerseits die Multidimensionalität des Konstrukts Wohlbefinden und damit auch das Ergebnis der Faktorenanalyse. Andererseits wird deutlich, dass die Skalen in hohem Maße miteinander korreliert sind, und dass insbesondere, wie es in den Cluster 1 und 4 zum Ausdruck kommt, psychische und soziale Aspekte interagieren.

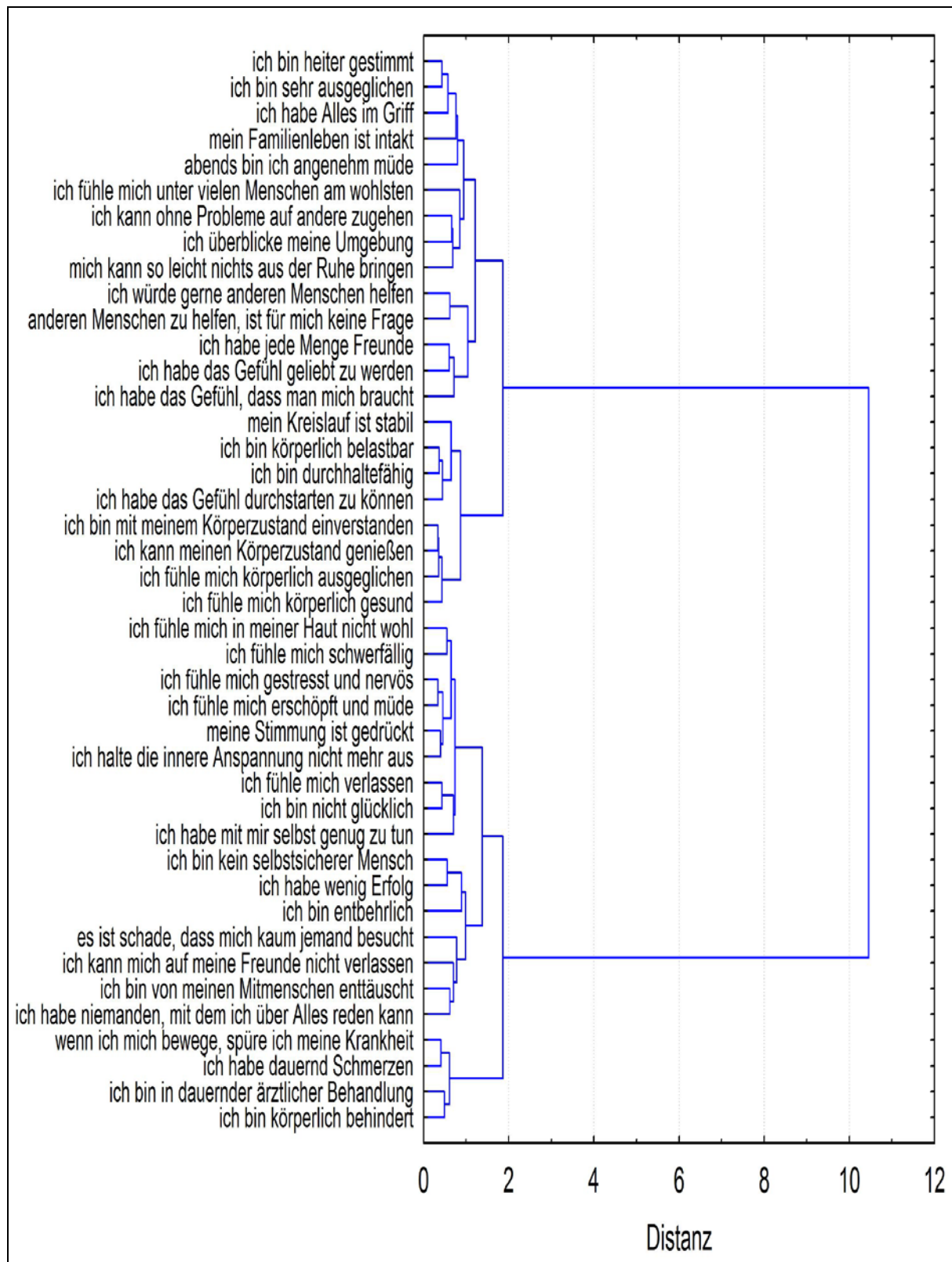


Abbildung 8: Ergebnis der Clusteranalyse nach der Ward-Methode mit 1-Pearson r als Distanzmaß.

Tabelle 11: Zuordnung der einzelnen Items zu den Clustern.

	Cluster				
	1	2	3	4	5
Körperliches Wohlbefinden					
3. mein Kreislauf ist stabil		X			
10. ich bin körperlich belastbar		X			
13. ich bin durchhaltefähig		X			
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden			X		
34. ich fühle mich körperlich gesund			X		
38. ich fühle mich körperlich ausgeglichen			X		
41. ich kann meinen Körperzustand genießen			X		
Psychisches Wohlbefinden					
1. ich bin heiter gestimmt	X				
8. abends bin ich angenehm müde	X				
9. ich bin sehr ausgeglichen	X				
12. ich habe das Gefühl durchstarten zu können		X			
19. ich überblicke meine Umgebung	X				
29. ich habe Alles im Griff	X				
42. mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen	X				
Soziales Wohlbefinden					
4. ich würde gerne anderen Menschen helfen	X				
5. ich habe jede Menge Freunde	X				
6. ich habe das Gefühl geliebt zu werden	X				
15. ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten	X				
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	X				
26. anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage	X				
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	X				
37. mein Familienleben ist intakt	X				
Körperliches Missbefinden					
2. ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl				X	
11. ich fühle mich schwerfällig				X	
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit					X
21. ich habe dauernd Schmerzen					X
22. ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung					X
30. ich bin körperlich behindert					X
31. ich fühle mich erschöpft und müde				X	

Tabelle 11 (Fortsetzung)

	Cluster				
	1	2	3	4	5
Psychisches Missbefinden					
7. ich bin kein selbstsicherer Mensch				X	
18. ich habe wenig Erfolg				X	
23. ich fühle mich gestresst und nervös				X	
28. ich bin nicht glücklich				X	
32. meine Stimmung ist gedrückt				X	
39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus				X	
Soziales Missbefinden					
14. es ist schade, dass mich kaum jemand besucht				X	
20. ich fühle mich verlassen				X	
25. ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen				X	
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht				X	
35. ich habe mit mir selbst genug zu tun			X		
36. ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann				X	
40. ich bin entbehrlich				X	

4.4 Gruppenvergleiche

In einem ersten Schritt wurden die Unterschiede des FAHW-Summenwertes in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter analysiert. Es zeigt sich varianz-analytisch eine hochsignifikante Interaktion zwischen diesen beiden Hauptfaktoren (siehe Abbildung 8). Weibliche Jugendliche haben signifikant geringere Werte als Männern bis zum 39. Lebensjahr und Frau ab dem 60. Lebensjahr. Ansonsten erweist sich der FAHW-Summenwert unabhängig von Alter und Geschlecht.

Tabelle 12: Mittelwerte des FAHW-Summenwertes in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter

	N	M	SD	CI -95 %	CI 95 %
Gesamtgruppe	1059	36,2	22,0	34,9	37,6
Männer	517	36,6	20,9	34,7	38,4
Frauen	542	35,9	23,0	34,0	37,9
bis 19 Jahre	308	34,9	20,0	32,7	37,2
29 - 39 Jahre	290	38,8	22,5	36,2	41,4
34 - 59 Jahre	382	35,2	22,9	32,9	37,5
ab 60 Jahre	79	36,8	23,2	31,6	42,0
Männer bis 19 Jahre	149	39,1	18,2	36,1	42,0
Männer 20 - 39 Jahre	148	39,1	22,0	35,5	42,7
Männer 34 - 59 Jahre	177	33,9	21,5	30,7	37,0
Männer ab 60 Jahre	43	30,2	21,2	23,7	36,7
Frauen bis 19 Jahre	159	31,1	20,8	27,8	34,3
Frauen 20 - 39 Jahre	142	38,5	23,1	34,6	42,3
Frauen 34 - 59 Jahre	205	36,4	23,9	33,1	39,7
Frauen ab 60 Jahre	36	44,7	23,4	36,8	52,6

Tabelle 13: Ergebnis der Varianzanalyse.

	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta- quadrat
Geschlecht	808,9	1	808,9	1,7	0,193	0,002
Alter	2866,4	3	955,5	2,0	0,111	0,006
Interaktion	9659,2	3	3219,7	6,8	0,000	0,019

Tabelle 14: Ergebnis des Bonferroni Tests für die Unterschiede beim FAHW-Summenscore in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter. Wahrscheinlichkeiten für Post-hoc-Tests Fehler: $MQ(\text{Zwischen}) = 475,8$, $FG = 1051,0$

		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Männer bis 19		1,000	0,875	0,523	0,037	1,000	1,000	1,000
2	Männer 20 - 39	1,000		0,877	0,523	0,037	1,000	1,000	1,000
3	Männer 34 - 59	0,875	0,877		1,000	1,000	1,000	1,000	0,182
4	Männer ab 60 Jahre	0,523	0,523	1,000		1,000	0,824	1,000	0,091
5	Frauen bis 19	0,037	0,037	1,000	1,000		0,095	0,582	0,020
6	Frauen 20 - 39	1,000	1,000	1,000	0,824	0,095		1,000	1,000
7	Frauen 34 - 59	1,000	1,000	1,000	1,000	0,582	1,000		0,982
8	Frauen ab 60 Jahre	1,000	1,000	0,182	0,091	0,020	1,000	0,982	

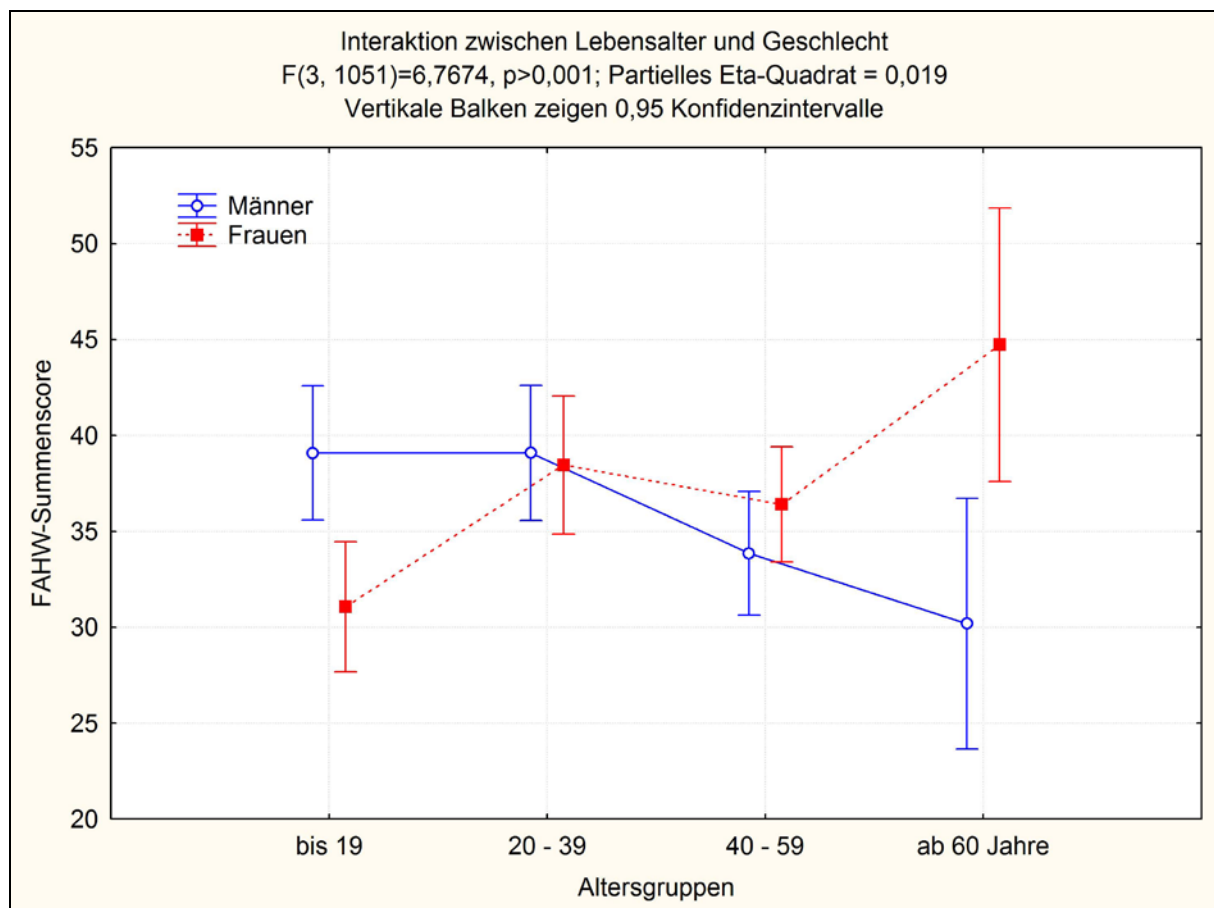


Abbildung 9: FAHW-Summenwert in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter

In einem nächsten Schritt wurden die Unterschiede in Abhängigkeit von der Probandenstichprobe berechnet. In der folgenden Tabelle sind die Mittelwerte des FAHW-Summenwertes bei den untersuchten Teilstichproben dargestellt. Diese Gruppen lassen sich wiederum zu größeren Gruppen zusammenfassen (siehe Tabelle 16).

Tabelle 15: FAHW-Summenwert bei den untersuchten Teilstichproben.

Gruppe	N	M	SD	Standard- fehler	CI -95 %	CI +95 %
Lehrer	10	46,50	17,87	5,65	33,72	59,28
Jugendliche	299	35,14	19,81	1,15	32,88	37,39
Studenten	70	30,54	23,24	2,78	25,00	36,08
Studiobesucher	137	43,79	19,83	1,69	40,44	47,14
Hausfrauen	32	43,03	18,82	3,33	36,24	49,82
Volleyballer	32	48,53	16,43	2,90	42,61	54,45
Tennisspieler	26	43,46	18,74	3,67	35,89	51,03
Seniorentennisspieler	34	38,56	21,75	3,73	30,97	46,15
Reiter	30	48,73	16,67	3,04	42,51	54,96
Palliativhelfer	68	56,32	18,64	2,26	51,81	60,83
Herzgruppenteilnehmer	55	26,71	19,50	2,63	21,44	31,98
Rehabilitanden	170	30,37	21,22	1,63	27,16	33,59
Tinnituspatienten	80	24,09	19,68	2,20	19,71	28,47
Burnoutpatienten	16	2,56	22,25	5,56	-9,29	14,42
Gesamtgruppe	1059	36,23	22,01	0,68	34,91	37,56

Tabelle 16: Mittelwerte des FAHW-Summenwertes bei den kombinierten Teilstichproben.

Gruppe	N	M	SD.	Standard- fehler	CI -95 %	CI +95 %
Helfer	68	56,3	18,6	2,3	51,8	60,8
Gesunde	301	44,2	19,2	1,1	42,0	46,4
Jugendliche	299	35,1	19,8	1,1	32,9	37,4
Studierende	70	30,5	23,2	2,8	25,0	36,1
Rehabilitanden	321	26,8	21,4	1,2	24,4	29,1
Gesamtgruppe	1059	36,2	22,0	0,7	34,9	37,6

Varianzanalytisch ergeben sich hochsignifikante Unterschiede ($F=47,1$; Partielles $\eta^2=0,15$) zwischen den Gruppen (siehe Tabelle 17). Lediglich die Unterschiede zwischen Jugendlichen und Studierenden sind nicht signifikant (siehe Tabelle 18).

Tabelle 17: Ergebnis der Varianzanalyse für den Vergleich des FAHW-Summenwertes zwischen den verschiedenen Gruppen.

	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadr.
Gruppe	77667,4	4	19416,8	47,1	0,000	0,15

Tabelle 18: Bonferroni Test für den Vergleich des FAHW-Summenwertes zwischen den verschiedenen Gruppen. Wahrscheinlichkeiten für Post-hoc-Tests Fehler: MQ(Zwischen) = 412,63, FG = 1054,0

		1	2	3	4	5
1	Studierende		1,000	0,000	0,886	0,000
2	Rehabilitanden	1,000		0,000	0,000	0,000
3	Gesunde	0,000	0,000		0,000	0,000
4	Jugendliche	0,886	0,000	0,000		0,000
5	Helfer	0,000	0,000	0,000	0,000	

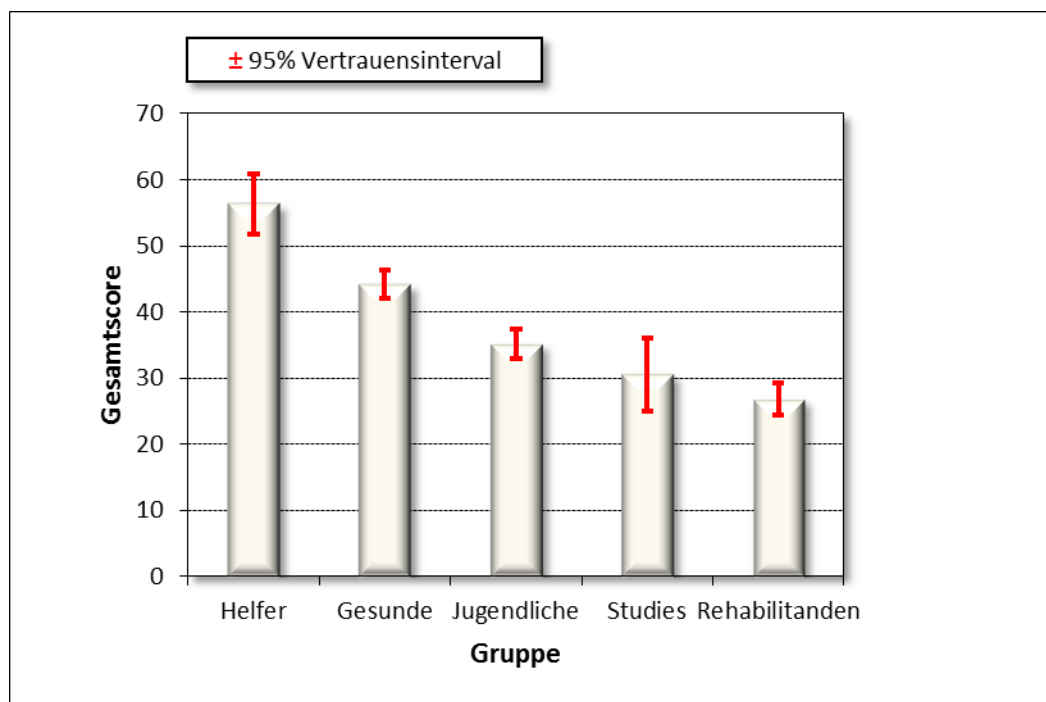


Abbildung 10: Gruppenvergleich des FAHW-Summenwertes.

4.5 Zusammenfassung

Die durchgeführten Untersuchungen belegen die Aussagekraft des FAHW. Während Untersuchungen zur Test-Retest-Korrelation noch durchzuführen sind, zeigen die Untersuchungen zur Konsistenz bei fast allen Skalen gute Er-

gebnisse. Cronbachs Alpha der Gesamtskala kann mit .927 als exzellent bezeichnet werden. Die Skalen zum psychischen Wohlbefinden und die Skalen des sozialen Missbefindens sind noch akzeptabel. Die Skala des sozialen Wohlbefindens ist hingegen fragwürdig. Alle anderen Skalen liegen in einem guten Bereich.

Zur Beurteilung der Validität wurde eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt. Die Untersuchungen zur Validität – Vergleich mit Außenkriterien, Faktorenanalyse, Clusteranalyse und Gruppenvergleiche – zeigen, dass der FAHW das Wohlbefinden umfassend erfasst und verschiedene Gruppen unterschiedlichen Gesundheitszustandes sehr gut differenziert werden können. Etwas mehr als die Hälfte der Items lassen sich Faktoren zuzuordnen die inhaltlich dem heuristischen Modell des Wohlbefindens entsprechen. Etwas günstiger diesbezüglich ist das Ergebnis der Clusteranalyse. Aber auch hier werden psychische und soziale Aspekte nur unzureichend differenziert. Die durch die Konstruktion der Skalen formulierten inhaltlichen Unterschiede werden bestätigt, wenngleich die sprachliche Differenzierung insbesondere der Skalen zum sozialen Wohl- und Missbefinden als noch nicht optimal betrachtet werden muss. Hier macht sich die fragwürdige interne Konsistenz der Skalen zum sozialen Wohl- und Missbefinden negativ bemerkbar. Eine Überarbeitung dieser Skalen erscheint angebracht.

In einer LISREL- Analyse der Zusammenhänge zwischen den Konstrukten seelische Gesundheit, Kohärenzsinn, soziale Unterstützung sowie Aspekten der physischen Gesundheit konnten Becker, Bös, & Woll (1994) durch das Konstrukt seelische Gesundheit wesentlich mehr Varianz hinsichtlich der Kriteriumsvariable Gesundheit aufklären als durch das Konstrukt Kohärenzsinn. Die Ergebnisse bestätigen die bedeutende Rolle der seelischen Gesundheit als Schutzfaktor auch für die körperliche Gesundheit. Menschen mit hohen Fähigkeiten zur Bewältigung externer und interner Anforderungen besitzen offenbar gute Voraussetzungen für Lebenszufriedenheit und die Aktivierung sozialer Unterstützungssysteme. Diese Menschen haben einen gut ausgeprägten Kohärenzsinn und reagieren in Belastungssituationen optimistisch-gelassen und nicht depressiv.

5 Konstruktion des FAHW-12

Auf der Basis einer Itemanalyse des FAHW bei 361 gesunden Personen wurden entsprechend dem Strukturmodell des Wohlbefindens zwölf Items ausgewählt und zu einem neuen Fragebogen zusammengestellt.

Tabelle 19: Items der Skalen des Kurzfragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (FAHW-12). In Klammern die jeweilige Nummer der Frage auf dem Fragebogen.

	Wohlbefinden	Missbefinden
Körperliche Aspekte	ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden (6), ich fühle mich körperlich gesund (11),	wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit (3), ich habe dauernd Schmerzen (5),
Psychische Aspekte	zur Zeit bin ich sehr ausgeglichen (1), ich habe alles im Griff (8),	meine Stimmung ist gedrückt 9), ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus (12),
Soziale Aspekte	ich kann ohne Probleme auf andere zugehen (2), ich habe das Gefühl, dass man mich braucht (7),	ich fühle mich verlassen (4), ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht (10),

Die einzelnen Items werden auf fünfstufigen Likert-Skalen beantwortet. Es kann ein Gesamtscore berechnet werden. Hierzu werden die Aussagen zu Missbefindungen (Items 3, 4, 5, 9, 10 und 12) von der Summe der Aussagen zum Wohlbefinden (Items 1,2, 6, 7, 8 und 11) subtrahiert.

6 Evaluation des FAHW-12

6.1 Mittelwerte

Vom FAHW-12 liegen insgesamt 2478 Datensätze vor. 767 Datensätze wurden hierbei rechnerisch aus vorliegenden FAHW-Datensätzen generiert.

Tabelle 20: Mittelwerte des FAHW-12 (n=2478)

	M	SD	CI -95 %	CI +95 %
1. ich bin sehr ausgeglichen	3,1	1,1	3,1	3,2
2. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	3,8	1,0	3,8	3,8
3. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	-2,5	1,4	-2,5	-2,4
4. ich fühle mich verlassen	-2,2	1,3	-2,2	-2,1
5. ich habe dauernd Schmerzen	-2,3	1,3	-2,3	-2,2
6. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	2,9	1,3	2,9	3,0
7. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	4,1	0,9	4,1	4,2
8. ich habe Alles im Griff	3,2	1,0	3,2	3,3
9. meine Stimmung ist gedrückt	-2,8	1,3	-2,9	-2,8
10. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	-2,4	1,2	-2,4	-2,3
11. ich fühle mich körperlich gesund	3,1	1,3	3,1	3,2
12. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	-2,5	1,3	-2,6	-2,5
Gesamtscore	11,4	7,1	11,1	11,7

6.2 Korrelationen zwischen den Items

Die Korrelationen zwischen den einzelnen Item bzw. dem FAHW-12-Summenskala ergeben aus der nächsten Tabelle.

Tabelle 21: Inter-Item- bzw. Item-Skalen-Korrelation der Items des FAHW-12.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Σ
1	1,000	0,306	-0,212	-0,401	-0,244	0,535	0,026	0,522	-0,570	-0,394	0,476	-0,529	0,701
2	0,306	1,000	-0,054	-0,212	-0,066	0,194	0,166	0,332	-0,234	-0,214	0,195	-0,196	0,401
3	-0,212	-0,054	1,000	0,307	0,632	-0,406	0,031	-0,165	0,299	0,206	-0,522	0,280	-0,583
4	-0,401	-0,212	0,307	1,000	0,365	-0,321	-0,084	-0,321	0,537	0,552	-0,334	0,503	-0,678
5	-0,244	-0,066	0,632	0,365	1,000	-0,374	-0,002	-0,184	0,351	0,260	-0,507	0,338	-0,612
6	0,535	0,194	-0,406	-0,321	-0,374	1,000	-0,002	0,426	-0,500	-0,306	0,664	-0,435	0,711
7	0,026	0,166	0,031	-0,084	-0,002	-0,002	1,000	0,147	0,025	-0,003	0,017	0,030	0,145
8	0,522	0,332	-0,165	-0,321	-0,184	0,426	0,147	1,000	-0,445	-0,324	0,441	-0,422	0,622
9	-0,570	-0,234	0,299	0,537	0,351	-0,500	0,025	-0,445	1,000	0,517	-0,484	0,667	-0,769
10	-0,394	-0,214	0,206	0,552	0,260	-0,306	-0,003	-0,324	0,517	1,000	-0,303	0,469	-0,618
11	0,476	0,195	-0,522	-0,334	-0,507	0,664	0,017	0,441	-0,484	-0,303	1,000	-0,421	0,744
12	-0,529	-0,196	0,280	0,503	0,338	-0,435	0,030	-0,422	0,667	0,469	-0,421	1,000	-0,720
Σ	0,701	0,401	-0,583	-0,678	-0,612	0,711	0,145	0,622	-0,769	-0,618	0,744	-0,720	1,000

Die Korrelationen der einzelnen Items mit dem FAHW-12-Summenskala liegen zwischen .145 und .769. Auffallend sind die geringen Inter-Item- bzw. Item-Skalen-Korrelation des Items 7 (ich habe das Gefühl, dass man mich braucht).

6.3 Itemanalysen und Interne Konsistenz

Die mittlere Inter-Item-Korrelation beträgt .328 und Cronbachs Alpha .85. Die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) ist somit als gut zu bewerten. Eine deutliche Verbesserung der internen Konsistenz ist nur durch eine Erhöhung der Itemzahl möglich. Die Kurzform scheint in der vorliegenden Form zumindest für Grobvergleiche bzw. im Sinne eines Screenings einsetzbar zu sein (siehe Kapitel 6.5).

Kritisch ist jedoch das Item 7 (ich habe das Gefühl, dass man mich braucht) zu anzusehen. Die Item-Gesamt-Korrelation r_{it} beträgt nur 0.04. Ein Austausch des Items drängt sich auf.

Tabelle 22: Ergebnis der Itemanalyse für die Gesamtstichprobe (n=2478).

	M bei Ausschluss	SD bei Ausschluss	Item-Gesamt- Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschluss.
1. ich bin sehr ausgeglichen	2,54	8,19	0,63	0,84
2. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	1,90	8,59	0,30	0,86
3. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	8,16	8,21	0,46	0,85
4. ich fühle mich verlassen	7,88	8,13	0,59	0,84
5. ich habe dauernd Schmerzen	7,96	8,22	0,51	0,84
6. ich bin mit meinem Körperzu- stand einverstanden	2,78	8,09	0,63	0,83
7. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	1,55	8,86	0,04	0,87
8. ich habe Alles im Griff	2,44	8,36	0,54	0,84
9. meine Stimmung ist gedrückt	8,54	7,99	0,70	0,83
10. ich bin von meinen Mitmen- schen enttäuscht	8,07	8,28	0,53	0,84
11. ich fühle mich körperlich ge- sund	2,57	8,05	0,67	0,83
12. ich halte die innere Anspan- nung nicht mehr aus	8,22	8,07	0,64	0,83

6.4 Test-Retest-Reliabilität

Es wurde eine Reihe von Untersuchungen zur kurzfristigen (Zeitdauer eine Stunde; n = 28) und mittelfristigen (Zeitdauer eine Woche; n = 58) Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten durchgeführt. Die Test-Retest-Reliabilitäten sind als gut zu bezeichnen. Es kommt sowohl kurzfristig ($t=7,15$; $p<0,001$) als auch mittelfristig zu signifikanten ($t=4,33$; $p<0,001$) Verschlechterungen der Werte. Das deutet darauf hin, dass das Wohlbefinden immer situativen Einflüssen unterliegt.

Tabelle 23: Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten (Zeitdauer eine Stunde; n = 28)

	M	SD	t	p	r
Vortest	14,5	5,9	7,15	0,001	0,845
Retest	10,2	5,7			

Tabelle 24: Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten (Zeitdauer eine Woche; $n = 58$)

	M	SD	t	p	r
Vortest	14,2	6,0	4,33	0,001	0,823
Retest	12,0	6,3			

6.5 Untersuchungen zur Validität

6.5.1 Kriteriumsvalidität

Zur Untersuchung der Kriteriumsvalidität wurde eine Reihe von Einzelstudien durchgeführt, wobei der FAHW-12-Summenwert mit folgenden Instrumentarien verglichen wurde. Die Verfahren sind zum Teil ausführlich in Kapitel 4.4.1 beschrieben.

- Beschwerdenliste von Zerssen (1976a): BL und BL´
- Gesichterskala von Andrews und Withey (1976): Faces
- Skala Seelische Gesundheit von Becker (1989): SG
- Kohärenzsinn nach Antonovski (1979): SOC
- Fragebogen zur Sozialen Unterstützung von Sommer und Fydich (1979): SOZU
- SF-12 Standardversion mit Bezug auf die vergangenen vier Wochen von Morfeld, Kirchberger und Bullinger (2011). Beim SF-12 handelt es sich um die Kurzform des SF-36, dem wohl international am weitesten verbreiteten Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten. Er erfasst die körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Schmerzen, die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, die Vitalität, die soziale Funktionsfähigkeit, die emotionale Rollenfunktion und das psychisches Wohlbefinden.

Die folgenden Tabellen zeigen die Angaben zur deskriptiven Statistik dieser Untersuchungen und die Zusammenfassung der Korrelationsanalysen.

Tabelle 25: Stichprobengröße, Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Skalen.

	Männer			Frauen					
	n	M	SD	n	M	SD	t	FG	p
Faces	678	5,0	1,0	472	5,2	1,0	3,4	443	0,001
SG	188	63,6	9,9	134	62,6	8,2	0,95	320	0,342
SOC	72	141,3	22,8	107	140,1	21,2	0,36	177	0,715
SOZU	71	92,7	15,1	74	95,6	13,4	-1,25	143	0,214
BL	72	19,6	13,5	40	26,2	13,3	-2,51	110	0,013
BL'	26	8,2	8,13	10	8,4	5,4	-0,09	34	0,930
SF-12	48	85,5	14,6	76	79,4	13,5	2,37	122	0,020

Tabelle 26: Korrelationen des FAHW-12 mit den verschiedenen Außenkriterien.

Faces	SG	SOC	SOZU	BL	BL'	SF-12
,461	,543	,681	,447	-,619	-,408	,682
n=1037	n=322	n=177	n=142	n=179	n=36	n=124
p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=,001	p=,001	p=,014	p=,001

Es zeigen sich mittlere Zusammenhänge zwischen dem FAHW-12-Summenwert und den anderen Instrumentarien. Diese können als alternative Kriterien des Wohlbefindens als auch als Prädiktoren des Wohlbefindens verstanden werden.

6.5.2 Zusammenhänge mit Persönlichkeitsfaktoren

Zusammenhänge zwischen dem FAHW-12 und Persönlichkeitsfaktoren wurden bei einer studentischen Stichprobe (n=22; Durchschnittsalter 22,8, SD= 1,4 Jahre) mit dem NEO-FFI nach Costan und McCrae (Borkenau, & Ostendorf, 2008) untersucht. Es zeigen sich signifikante korrelative Beziehungen zwischen FAHW-12 und Neurotizismus (-.723) und Verträglichkeit (0,445).

Tabelle 27: Angaben zu den Werten des FAHW-12 und den Rohwerten bzw. Prozentrangwerten beim NEO-FFI.

	N	M	SD	Minimum	Maximum
FAHW-12-Summenwert	22	15,0	5,2	4	23
Neurotizismus	22	14,5	6,5	6	25
mittlerer Prozentrangwert	22	27,7	25,0	2	74
Extraversion	22	32,8	4,5	22	40
mittlerer Prozentrangwert	22	68,4	21,8	17	97
Offenheit	22	26,1	4,9	15	35
mittlerer Prozentrangwert	22	20,3	16,4	0,7	56
Verträglichkeit	22	31,0	5,6	20	43
mittlerer Prozentrangwert	22	57,6	28,5	8	99
Gewissenhaftigkeit	22	35,9	5,9	21	47
mittlerer Prozentrangwert	22	73,8	21,2	14	100

Tabelle 28: Zusammenhänge zwischen FAHW-12 und Faktoren der Persönlichkeit. Angabe des Rang-Korrelationskoeffizienten nach Spearman.

	FAHW12
Neurotizismus	-0,723*
Extraversion	0,263
Offenheit	0,221
Verträglichkeit	0,445*
Gewissenhaftigkeit	0,320

Neurotizismus kommt in Nervosität, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Unsicherheit, Verlegenheit, Gesundheitssorgen, Neigung zu unrealistischen Ideen, geringe Bedürfniskontrolle, unangemessene Reaktionen auf Stress zum Ausdruck. Der Gegenpol hierzu stellt die emotionale Stabilität dar. Neurotizismus vs. emotionale Stabilität ist eine Grundvoraussetzung für das Wohlbefinden. Der hier gefundene Zusammenhang entspricht den theoretischen Erwartungen

Altruismus, Mitgefühl, Verständnis, Wohlwollen, Vertrauen, Kooperativität, Nachgiebigkeit und starkes Harmoniebedürfnis stehen für Verträglichkeit. Die Persönlichkeitseigenschaft Verträglichkeit sollte einen Zusammenhang mit Aspekten des sozialen Wohlbefindens haben. Die Größenordnung dieses Zusammenhangs sollte mit der Langform des FAHW überprüft werden.

6.5.3 Faktorielle Validität

Zur Beurteilung der Validität wurden auf der Basis von 2478 Datensätzen Faktorenanalysen nach der Hauptkomponentenmethode gerechnet. Das Ergebnis legt eine 2-Faktorenlösung nahe. Das Modell erklärt 53 % der Gesamtvarianz. Die Angaben zu den Eigenwerten und zur erklärten Varianz ergeben aus Tabelle 29. Das Ergebnis der Hauptkomponentenmethode mit anschließender standardisierter Varimaxrotation ist in Tabelle 30 dargestellt.

Tabelle 29: Angaben zu den Eigenwerten und zur erklärten Varianz der durchgeführten Faktorenanalysen nach der Hauptkomponentenmethode (N=2478)

Faktor	Eigenwert	Prozentualer Anteil an Gesamtvarianz	Kumulierter prozentualer Anteil an Gesamtvarianz
1	4,86	40,5	40,5
2	1,45	12,1	52,6

Tabelle 30: Ergebnis der Hauptkomponentenmethode mit anschließender standardisierter Varimaxrotation (n=2478).

	Faktoren	
	1	2
1. ich bin sehr ausgeglichen	0,75	-0,19
2. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	0,57	0,21
3. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	-0,12	0,83
4. ich fühle mich verlassen	-0,63	0,27
5. ich habe dauernd Schmerzen	-0,18	0,79
6. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	0,53	-0,52
7. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	0,23	0,27
8. ich habe Alles im Griff	0,72	-0,05
9. meine Stimmung ist gedrückt	-0,73	0,33
10. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	-0,64	0,17
11. ich fühle mich körperlich gesund	0,47	-0,65
12. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	-0,69	0,31
Erklärte Varianz	3,84	2,47
Anteil Gesamtvarianz	0,32	0,21

- Faktor 1 (Varianzaufklärung 32 %): Psychosoziales Wohl- und Missbefinden. „*Ich bin sehr ausgeglichen*“ und „*meine Stimmung ist gedrückt*“ sind die beiden Items mit den höchsten Ladungen auf diesem Faktor und bringen den Inhalt des Faktors treffend zum Ausdruck.

- Faktor 2 (Varianzaufklärung 21 %): Körperliche Gesundheit vs. Gebrechen und Beschwerden. „Wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit“ und „ich habe dauernd Schmerzen“.
- Nicht eindeutig zuzuordnen sind die Items „ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden“ und „ich habe das Gefühl, dass man mich braucht“.

6.5.4 Clusteranalyse

In einem weiteren Schritt wurde eine Clusteranalyse nach der Ward-Methode mit 1-Pearson r als Distanzmaß gerechnet. Es lassen sich zwei Hauptcluster identifizieren, die als Wohl- bzw. Missbefinden interpretiert werden können. Unterhalb dieser Ebene können sechs Subcluster (siehe Abbildung 10) identifiziert werden, die sehr gut das theoretische Modell widerspiegeln. Aufgrund der geringen Itemzahl der einzelnen Skalen und weil der FAHW-12 nur als Screening-Verfahren entwickelt worden ist, soll auf eine weitere Interpretation der einzelnen Subcluster verzichtet werden.

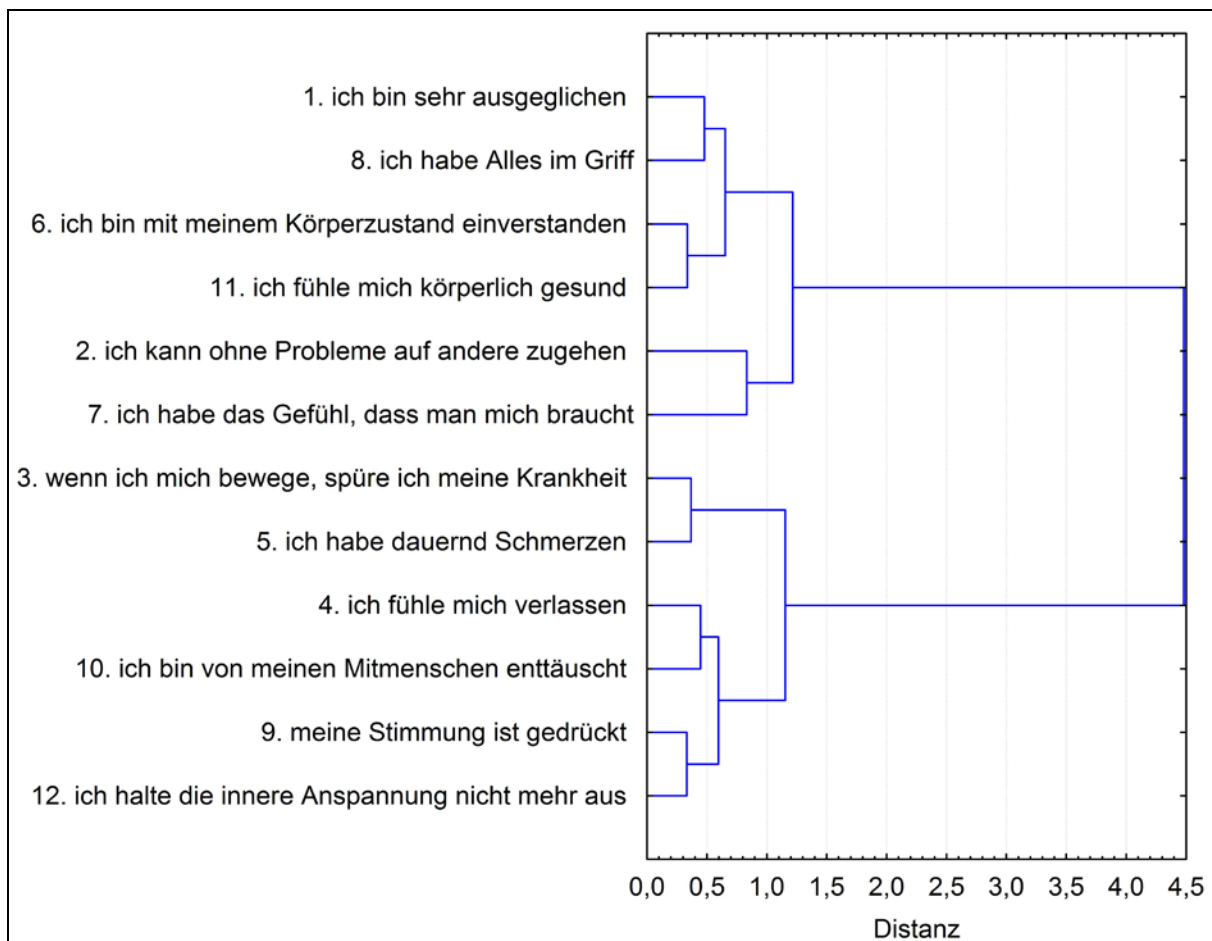


Abbildung 11: Ergebnis der Clusteranalyse nach der Ward-Methode mit 1-Pearson r als Distanzmaß.

6.6 Gruppenvergleiche

Aus verschiedenen Untersuchungen sowohl mit der Langform des FAHW als auch mit dem FAHW-12 liegen Datensätze von Gesunden, von Studierenden (Studies) und von Rehabilitanden mit vorwiegend körperlichen Erkrankungen (Reha) vor. Spezielle Untersuchungen wurden bei Patienten mit chronischem Tinnitus (Tinnitus), Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren (MKK) und an Palliativpflegern und -betreuern durchgeführt.

Im Einzelnen können folgende Gruppen differenziert werden:

- Sportstudenten
- Gesunde
- Rehabilitanden
- Teilnehmerinnen von Mutter-Kind-Kuren (MKK)⁵
- Palliativ-Helfer
- Tinnituspatienten

Tabelle 31: Angaben zum Lebensalter der untersuchten Teilstichproben.

	N	M	SD	Standard- fehler	CI -95 %	CI +95 %
Palliativhelfer	68	53,2	11,2	1,4	50,5	55,9
Studierende	400	22,5	2,3	0,1	22,3	22,7
Gesunde	291	39,8	10,4	0,6	38,6	41,0
Rehabilitanden	392	51,2	10,3	0,5	50,2	52,3
Tinnituspatienten	96	48,2	8,8	0,9	46,4	49,9
MKK	1231	37,8	6,1	0,2	37,4	38,1
Gesamtgruppe	2478	38,5	11,5	0,2	38,0	38,9

⁵ Gedankt sei Frau Dr. Kati Mozygemba für die Überlassung der Daten.

Tabelle 32: Angaben zum Summenwert des FAHW-12 bei den untersuchten Teilstichproben.

	N	M	SD	Std.Fe.	CI- -95 %	+95 %
Palliativhelfer	68	15,2	6,4	0,8	13,6	16,7
Studenten	400	12,7	7,0	0,3	12,0	13,4
Gesunde	291	11,8	6,5	0,4	11,1	12,6
Rehabilitanden	392	7,5	7,5	0,4	6,7	8,2
Tinnituspatienten	96	3,5	7,2	0,7	2,1	5,0
MKK	1231	1,0	7,6	0,2	0,6	1,5
Gesamtgruppe	2478	5,7	9,0	0,2	5,3	6,0

Varianzanalytisch ergeben sich hochsignifikante Unterschiede ($F=184,5$; Partielles $\eta^2=0,27$) zwischen den Gruppen. Lediglich die Unterschiede zwischen Studierenden und Gesunden bzw. Palliativhelfern sowie zwischen Tinnituspatienten und Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren (MKK) sind nicht signifikant.

Tabelle 33: Ergebnis der Varianzanalyse für den Vergleich des FAHW-12-Wertes zwischen den Gruppen

	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadrat
Gruppen	34337,0	5	6867,4	184,5	0,00	0,27

Tabelle 34: Ergebnis des Bonferroni Tests. Wahrscheinlichkeiten für Post-hoc-Tests Fehler: MQ(Zwischen) = 37,217, FG = 2472,0

		1	2	3	4	5	6
1	Studierende		0,000	0,412	0,265	0,000	0,000
2	Rehabilitanden	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
3	Gesunde	0,412	0,000		0,005	0,000	0,000
4	Palliativhelfer	0,265	0,000	0,005		0,000	0,000
5	MKK	0,000	0,000	0,000	0,000		0,627
6	Tinnituspatienten	0,000	0,000	0,000	0,000	0,627	

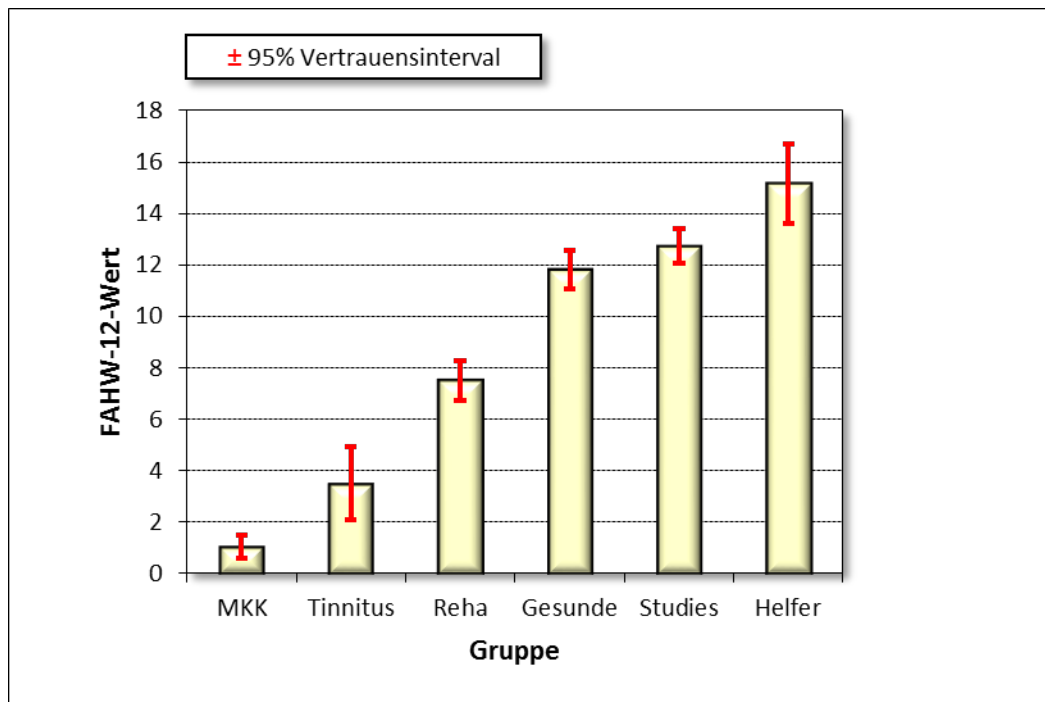


Abbildung 12: Vergleich der verschiedenen Gruppen

6.7 Zusammenfassung

Die durchgeführten Analysen sprechen für die Brauchbarkeit des FAHW-12. Die Test-Retest-Reliabilität (.82 bis .85) und die interne Konsistenz (.85) weisen gute Werte auf. Die Untersuchungen zur Validität – Vergleich mit Außenkriterien, Faktorenanalyse, Clusteranalyse und Gruppenvergleiche – zeigen, dass der FAHW-12 das Wohlbefinden umfassend erfasst und verschiedene Gruppen unterschiedlichen Gesundheitszustandes sehr gut differenziert werden können. Als Screening ist das Verfahren auf jeden Fall einsetzbar. Eine weitergehende Differenzierung verschiedener Teilaspekte des Wohlbefindens erscheint aber aufgrund der geringen Itemzahl nicht sinnvoll zu sein, obwohl insbesondere die Clusteranalyse die theoretische Struktur des FAHW gut abbildet.

Bei der Itemanalyse erwies sich jedoch das Item 7 (ich habe das Gefühl, dass man mich braucht) als kritisch. Die Item-Gesamt-Korrelation r_{it} beträgt nur 0.04. Das Gefühl, gebraucht zu werden, kann einerseits als positiv empfunden werden. Bei Arbeitslosen kann das Fehlen dieses Gefühls sicherlich das Wohlbefinden negativ tangieren. Andererseits kann dieses Gefühl, wenn es Menschen zu bestimmten Verhaltensweisen verpflichtet, zu Überforderungen führen. Dies zeigt sich z. B. bei den Teilnehmerinnen von Mutter-Kind-Kuren.

Ein Austausch des Items drängt sich auf. Anstelle des bisherigen jetzigen Items könnte das Item „ich habe jede Menge Freunde“ im FAHW-12 benutzt werden. Der Austausch des Items hat keinen signifikanten Einfluss auf den Mittelwert des FAHW-12-Summenwertes. In weiteren Studien sollte diese neue Fragebogenform weiter evaluiert werden.

Tabelle 35: Vergleich der Mittelwerte des FAHW-12 bei Austausch des Items Nr. 7.

FAHW-12 (alt)			FAHW-12 (neu)					
n	M	SD	n	M	SD	t-Wert	FG	p
760	9,4	7,6	760	9,1	7,7	0,878	1518	0,380

Tabelle 36: Items der Skalen der neuen Version des Kurzfragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (FAHW-12). In Klammern die jeweilige Nummer der Frage auf dem Fragebogen.

	Wohlbefinden	Missbefinden
Körperliche Aspekte	ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden (6), ich fühle mich körperlich gesund (11),	wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit (3), ich habe dauernd Schmerzen (5),
Psychische Aspekte	zur Zeit bin ich sehr ausgeglichen (1), ich habe alles im Griff (8),	meine Stimmung ist gedrückt 9), ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus (12),
Soziale Aspekte	ich kann ohne Probleme auf andere zugehen (2), Neu: ich habe jede Menge Freunde (7),	ich fühle mich verlassen (4), ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht (10),

7 Diskussion

Der vorliegende Fragebogen wurde konstruiert, um das Phänomen Wohlbefinden differenziert darstellen zu können. Neben der Differenzierung von positiven und negativen Affekten (vgl. Bradburn, 1969) stand die Differenzierung körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte des Wohl- und Missbefindens, entsprechend der WHO-Definition von Gesundheit, im Mittelpunkt. Die Suche nach einem adäquaten deutschsprachigen Fragebogen war erfolglos, so dass es legitim erschien, einen neuen Fragebogen zu konstruieren (vgl. Mayring, 1991b). Es erfolgte dabei eine enge Anlehnung an Frank (1991), die einen Fragebogen zum körperlichen Wohlbefinden vorgelegt hat.

Die interne Konsistenz der aufsummierten Skalen erreicht ein sehr gutes bzw. gutes Niveau. Insbesondere die aufsummierten Skalen für die Summe der positiven bzw. negativen Empfindungen und der FAHW-Summenwert, können als in hohem Maße reliabel betrachtet werden.

Die gefundenen Korrelationen zwischen den verschiedenen Skalen und der Beschwerdenliste bzw. der Gesichterskala verdeutlichen, dass zwar enge Beziehungen zwischen den erfassten Konstrukten bestehen, diese aber doch unterschiedliche Aspekte erfassen. Die Abhängigkeit der Wohlbefindensskalen von körperlichen Beschwerden kommt insbesondere in den Korrelationen zwischen den Rückenbeschwerden und der Skala für körperliches Missbefinden bzw. der Summenskala Missbefinden zum Ausdruck. Rückenprobleme korrespondieren zwar auch mit psychischem und sozialem Missbefinden, ihre primären Bezüge bestehen jedoch offensichtlich zu den körperlichen Geschehnissen (vgl. Frank, 1991).

Die Untersuchungen zur Dimensionalität der Skalen des FAHW sprechen für die Mehrdimensionalität des Konstrukts Wohlbefinden. Die Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode mit anschließender Varimaxrotation erbrachte eine 6-Faktorenlösung, die 52 % der Gesamtvarianz erklärt. Bei der Faktorenanalyse des FAHW-12 wurde eine 2-Faktorenlösung gefunden, die 53 % der Gesamtvarianz erklärt.

Die von Bradburn (1969) angenommene Unabhängigkeit positiver und negativer Emotionen konnte nicht bestätigt werden. Ebenso wenig konnten körperliche, psychische und soziale Aspekte voneinander differenziert werden. Auch Frank (1991, 73) betont, dass körperliches und emotionales Erleben zwei Seiten desselben Geschehens darstellen.

Die Untersuchungen von Gotlib und Meyer (1986) sprechen für die faktorielle Unabhängigkeit positiver und negativer Affekte. Sie geben hierfür zwei Erklärungsmöglichkeiten an. Zum ersten können positive und negative Affekte tatsächlich zwei verschiedene Faktoren darstellen, die sich nicht gegenseitig aus-

schließen. Zum zweiten geben sie zu bedenken, dass Unterschiede hinsichtlich des individuellen Antwortverhaltens möglich seien. So ist es dankbar, dass sich manche Menschen nur im Zustand der Depression entsprechend niedergeschlagen oder traurig einschätzen, während andere Menschen sich schon bei leichten Verstimmungen entsprechend einschätzen. Kammann et al. (1984) sehen die Unabhängigkeit negativer und positiver Affekte zum Teil als Folge von methodischen Problemen an. Die Art der Befragung kann sich im Antwortverhalten widerspiegeln. Insbesondere der Ansatz von Bradburn (1969) birgt die Gefahr in sich, dass sowohl aufgrund der geringen Itemzahl als auch aufgrund der gleichen Art der Befragung Effekte in der beschriebenen Richtung auftreten. Bradburn (1969) fragte danach, ob bei den Pbn. in der letzten Zeit jemals bestimmte Gefühle auftraten. Er fragte also nach den Häufigkeiten von negativen und positiven Gefühlen in einem bestimmten Zeitraum. Negative und positive Gefühle schließen sich in einem bestimmten Zeitraum nicht aus, wohl aber zum gleichen Zeitpunkt.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Kammann et al. (1984) erscheint es gerechtfertigt und sinnvoll, Summenwerte als Ausdruck des Wohlbefindens zu erachten. Die hohen Korrelationen der aufsummierten Skalen – Summe Wohlbefinden, Summe Missbefinden und FAHW-Summenwert – mit der Gesichtsskala und der Beschwerdenliste verdeutlichen, dass die aufsummierten Skalen valide Instrumente zur Erfassung der globalen Befindlichkeit darstellen. Während sich Gotlib und Meyer (1986) gegen die Bildung eines Gesamtwertes, der sich aus positiven und negativen Skalen zusammensetzt, aussprechen, sieht Bradburn (1969) in der Affect Balance Scale, die aus der Differenz aus positiven und negativen Affekten gebildet wird, einen guten Indikator für das Wohlbefinden eines Menschen. Inwieweit der FAHW den von Kammann et al. (1984) postulierten Sense of Well-Being repräsentiert, muss in weiteren Studien abgeklärt werden.

Diener und Emmons (1985) betonen, dass Aussagen über die Dimensionalität den Zeitfaktor berücksichtigen müssen. Die stärksten negativen Korrelationen konnten sie in emotional geprägten Zeiten beobachten. Wenn jedoch das Wohlbefinden im Sinne von Lebenszufriedenheit über einen längeren Zeitraum beobachtet wird, dann sind die positiven und negativen Affekte unabhängig voneinander.

Die Arbeitsgruppe von Diener (Diener et al., 1985; Larsen & Diener, 1987) hat sich mit der Häufigkeit und Intensität der verschiedenen Affekte beschäftigt. Sie sehen die Ursachen für die divergierenden Ergebnisse darin, dass die vorhandenen Instrumentarien unzureichend Frequenz und Intensität von bestimmten Emotionen differenzieren. Immer dann, wenn nur nach der Frequenz von bestimmten Emotionen gefragt werde, korrelieren positive und negative Affekte negativ miteinander. Würden dagegen Frequenz und Intensität erfasst, käme

es zu der oftmals beobachteten Unabhängigkeit der beiden Komponenten. Larsen und Diener (1987) stellten signifikante Unterschiede hinsichtlich der Intensität, mit Menschen affektiv reagieren, fest. Offensichtlich gibt es Menschen, die sehr impulsiv, sowohl positiv als auch negativ reagieren, während andere fast ohne Veränderung der Befindlichkeit reagieren. Während die Intensität der Affektverarbeitung positiv mit körperlichen und neurotischen Symptomen korreliert, lassen sich keinerlei Beziehungen zum Wohlbefinden herstellen. Menschen mit extremen Stimmungsschwankungen haben zwar körperliche und psychische Symptome, leiden aber nicht darunter, weil ihre extreme individuelle Affektverarbeitung als Moderatorvariable fungiert. Es könnte sein, dass starke negative Emotionen, die mit Stress assoziiert werden, über der Zeit durch Episoden mit extrem starken positiven Emotionen ausbalanciert werden. Auf diesem Weg könnten, über einen längeren Zeitraum betrachtet, relativ ausbalancierte Affektniveaus und in der Folge durchschnittliche Wohlbefindenswerte beobachtet werden.

Diese Ergebnisse von Diener und seinen Mitarbeitern machen deutlich, dass die einmalige Erfassung des Wohlbefindens lediglich eine Momentaufnahme der Befindlichkeit zulässt. Um Aussagen über das habituelle Wohlbefinden und mögliche Prädiktoren machen zu können, müssen mehrere Untersuchungen hintereinander geschaltet werden. Hierfür bietet sich der FAHW-12 an.

Umso mehr subjektive Aspekte und Aspekte eines erweiterten Gesundheitsbegriffes im Sinne von Wohlbefinden und Lebensqualität zugrunde gelegt werden, umso größer sind die Schwierigkeiten der Validierung der Messverfahren. Mayring (1991) plädiert nach der Analyse der vorliegenden Instrumentarien zur Erfassung des Wohlbefindens dafür, eine Kombination unterschiedlicher methodischer Verfahren vorzunehmen, um der Komplexität des Phänomens Wohlbefinden gerecht zu werden. Auch muss bei der Wahl eines Instrumentariums der Kontext berücksichtigt werden. Im therapeutischen Bereich sollte ein bereichsbezogener Beschwerdenfragebogen angewandt werden, der möglichst mit der medizinischen Diagnose korreliert. Im präventiven Bereich sollten hingegen verstärkt Instrumentarien zur Früherkennung von möglichen Krankheitssymptomen in Verbindung mit Befindlichkeitsfragebögen eingesetzt werden. Für den hier interessierenden Kontext gesundheitsorientierten Sporttreibens erschien es sinnvoll, einen Fragebogen, der sowohl positive als auch negative Aspekte in den möglichen Einflussphären des Sports aufzeigt, zu konstruieren. Das vorliegende Instrumentarium scheint geeignet, um Gruppenunterschiede aufzudecken und die Effekte von gesundheitsorientierten Sportprogrammen abzubilden.

8 Fragenbogenanwendung und Referenzwerte für den FAHW

8.1 Copyright

Alle Rechte liegen beim Verfasser. Die kommerzielle Nutzung des FAHW ist nicht gestattet.

Die Verwendung des Fragebogens ist für private, wissenschaftliche und therapeutische Zwecke erlaubt. Der Verfasser wäre für Rückmeldungen über die Ergebnisse von Studien mit dem FAHW dankbar.

Bei Publikationen ist die Quelle zu zitieren:

Wydra, G. (2014). *Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens* (4. überarbeitete und erweiterte Version). Saarbrücken: Universität des Saarlandes.

Internet: <http://www.sportpaedagogik-sb.de/index.php?artikel=fahw>

Anschrift des Verfassers:

Univ.-Prof. Dr. Georg Wydra
Sportwissenschaftliches Institut
der Universität des Saarlandes
Universität Campus Gebäude B8.2
66123 Saarbrücken
E-Mail: g.wydra@mx.uni-saarland.de
Internet: www.sportpaedagogik-sb.de

8.2 Anwendung

Der FAHW liegt als Papier-Bleistift-Verfahren (siehe Anhang) und als Online-versionen mit automatischer Auswertung vor.

Der Fragebogen wird beim Papier-Bleistift-Verfahren von den Probanden nach Instruktion ausgefüllt.

Zur Auswertung werden den fünf Stufen des Fragebogens Zahlenwerte zugeordnet:

- Ja, genau so - 5 Punkte
- So ungefähr - 4 Punkte
- Ich weiß nicht - 3 Punkte
- So nicht - 2 Punkte
- So bestimmt nicht - 1 Punkt

Aus der Summation der jeweiligen den einzelnen Skalen zugeordneten Fragen (siehe) werden die Werte für die einzelnen Skalen berechnet.

Tabelle 37: Berechnung der Skalenwerte

Skalen	Item
Körperliches Wohlbefinden	3, 10, 13, 24, 34, 38 41
Körperliches Missbefinden	2, 11, 17, 21, 22, 30, 31
Psychisches Wohlbefinden	1, 8, 9, 12, 19, 29, 42
Psychisches Missbefinden	7, 18, 23, 28, 32, 39
Soziales Wohlbefinden	4, 5, 6, 15, 16, 26, 27, 37
Soziales Missbefinden	14, 20, 25, 33, 35, 36, 40

Der FAHW-Summenwert ergibt aus der Addition der positiven (körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden) und der Subtraktion der negativen Skalenwerte (körperliches, psychisches und soziales Missbefinden).

Rechenbeispiel:

Skalen	Skalenwerte
Körperliches Wohlbefinden	24
Körperliches Missbefinden	-10
Psychisches Wohlbefinden	25
Psychisches Missbefinden	-12
Soziales Wohlbefinden	22
Soziales Missbefinden	-13
Summenwert	36

8.3 Referenzwerte

Die hier vorgestellten Referenzwerte basieren auf einer Stichprobengröße von 965 Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts. Es handelte sich um kranke Menschen (Koronarsportler, Rehaeteilnehmer, Tinnituspatienten), sporttreibende gesunde Erwachsene (Tennisspieler, Freizeitreiter, Studiobesucher, Volleyballer, Hausfrauen, Studenten) und Schülerinnen und Schüler. Das Durchschnittsalter der Pbn. ergibt aus Tabelle 38. Vorläufige Referenzwerte für den Gesamtwert sind in Tabelle 39 wiedergegeben.

Tabelle 38: Durchschnittsalter der verschiedenen Normierungsstichproben

	Kranke Erwachsene		Gesunde Erwachsene		Schüler	
	männlich (n=168)	weiblich (n=137)	männlich (n=181)	weiblich (n=180)	männlich (n=148)	weiblich (n=151)
M (Jahre)	51,3	47,7	36,2	37,3	13,9	14,1
SD (Jahre)	10,8	10,7	11,1	11,5	1,3	1,2

Tabelle 39: Vorläufige Normwerte für den FAHW-Summenwert. Angabe der den Rohwerten zuzuordnenden Prozentrangwerte (PR) für verschiedene Stichproben.

PR	Kranke Erwachsene		Gesunde Erwachsene		Schüler	
	männlich (n=168)	weiblich (n=137)	männlich (n=181)	weiblich (n=180)	männlich (n=148)	weiblich (n=151)
5	-4	-9	7	0	8	-7
10	0	-5	10	5	11	-3
15	5	-1	17	11	12	1
20	10	5	19	18	18	10
25	13	9	25	21	23	17
30	15	12	29	26	26	20
35	18	15	31	31	31	24
40	21	17	33	35	36	27
45	25	19	37	37	38	30
50	27	22	41	39	41	32
55	29	25	43	42	43	34
60	32	27	45	46	45	36
65	35	31	49	49	48	39
70	37	37	53	52	51	41
75	39	39	55	55	53	43
80	43	43	57	57	55	46
85	48	47	59	59	57	50
90	53	49	61	62	59	53
95	55	54	73	70	62	57

Eine Interpretation der Testergebnisse erfolgt über die den Rohwerten zuzuordnenden Prozentrangwerte. Ein Prozentrangwert von 10 besagt, dass 10 %

der Vergleichsstichprobe einen geringeren und 90 % einen höheren Werte aufweisen. Umgekehrt bringt ein Prozentrangwert von 90 zum Ausdruck, dass 90 % einen geringeren und 10 % einen höheren Wert aufweisen.

Beispiel: Im obigen Rechenbeispiel wurde ein Wert von 36 berechnet.

- Wenn es sich bei Person um einen gesunden Mann handelt, resultiert aus diesem Wert ein Prozentrangwert der zwischen 40 und 45 liegt. Das bedeutet, dass der Testwert unter dem Durchschnitt liegt. 55 bis 60 % der Referenzgruppe haben einen höheren Wert.
- Wenn es sich bei der Person um eine kranke Frau handelt, resultiert aus diesem Wert ein Prozentrangwert der zwischen 65 und 70 liegt. Das bedeutet, dass der Testwert über dem Durchschnitt liegt. 65 bis 70 % der Referenzgruppe haben einen geringeren Wert.
- Wenn es sich bei der Person um eine Jugendliche handelt, resultiert aus diesem Wert ein Prozentrangwert von 60. Das bedeutet, dass der Testwert über dem Durchschnitt liegt. 60 % der Referenzgruppe haben einen geringeren Wert.

8.4 Referenzwerte für die Dimensionen

Bisher lagen nur Normwerte für den FAHW-Summenwert vor. Auf der Basis von 361 Fragebögen von Gesunden wurden die kumulativen Häufigkeiten berechnet und Bewertungen auf der Basis von Quintilen erarbeitet. Vor dem Hintergrund der Untersuchungen zur Dimensionalität des FAHW (siehe Kapitel 4.4) sollten die hier vorgestellten Referenzwerte nicht überinterpretiert werden.

8.4.1 Gesunde

Tabelle 40: Referenzwerte für gesunde Männer (n=181)

	Prozentrangbereiche				
	bis 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	über 80
Körperliches Wohlbefinden	bis 24	25 - 27	28 - 29	30 - 32	ab 39
Körperliches Missbefinden	bis 9	10 - 11	12 - 13	14 - 16	ab 17
Körperliches Wohl und Missbefinden	bis 8	9 - 13	14 - 18	19 - 21	ab 22
Psychisches Wohlbefinden	bis 22	23 - 25	26 - 27	28 - 30	ab 31
Psychisches Missbefinden	bis 9	10 - 11	12 - 14	15 - 17	ab 18
Psychisches Wohl und Missbefinden	bis 5	6 - 10	11 - 15	16 - 19	ab 20
Soziales Wohlbefinden	bis 27	28 - 30	31 - 32	33 - 34	ab 35
Soziales Missbefinden	bis 12	13 - 15	16 - 17	18 - 20	ab 21
Soziales Wohl und Missbefinden	bis 7	8 - 12	13 - 15	16 - 19	ab 20
Summenwert Wohlbefinden	bis 72	73 - 81	82 - 86	87 - 92	ab 93
Summenwert Missbefinden	bis 31	32 - 36	37 - 43	44 - 49	ab 50
Wellbeing-Gesamtwert	bis 25	26 - 37	38 - 50	51 - 59	ab 60
	stark unter-durchschnittlich	unter-durchschnittlich	durchschnittlich	über-durchschnittlich	stark über-durchschnittlich
	Bewertung				

Tabelle 41: Referenzwerte für gesunde Frauen (n=180)

	Prozentrangbereiche				
	bis 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	über 80
Körperliches Wohlbefinden	bis 23	24 - 26	27 - 28	29 - 31	ab 32
Körperliches Missbefinden	bis 7	8 - 10	11 - 13	14 - 16	ab 17
Körperliches Wohl und Missbefinden	bis 5	6 - 11	12 - 16	17 - 20	ab 21
Psychisches Wohlbefinden	bis 23	24 - 25	26 - 27	28 - 29	ab 30
Psychisches Missbefinden	bis 9	10 - 12	13 - 14	15 - 17	ab 18
Psychisches Wohl und Missbefinden	bis 5	6 - 11	12 - 14	15 - 18	ab 19
Soziales Wohlbefinden	bis 28	29 - 30	31 - 32	33 - 34	ab 35
Soziales Missbefinden	bis 12	13 - 14	15 - 16	17 - 19	ab 20
Soziales Wohl und Missbefinden	bis 8	9 - 14	15 - 17	18 - 20	ab 21
Summenwert Wohlbefinden	bis 73	74 - 80	81 - 86	87 - 92	ab 93
Summenwert Missbefinden	bis 31	32 - 37	38 - 44	45 - 50	ab 50
Wellbeing-Gesamtwert	bis 23	24 - 34	35 - 47	48 - 57	ab 58
	stark unter-durchschnittlich	unter-durchschnittlich	durchschnittlich	über-durchschnittlich	stark über-durchschnittlich
	Bewertung				

8.4.2 Rehatelnehmer

Tabelle 42: Referenzwerte für männliche Rehatelnehmer (n=176)

	Prozentrangbereiche				
	bis 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	über 80
Körperliches Wohlbefinden	bis 20	21 - 23	24 - 26	27 - 29	ab 30
Körperliches Missbefinden	bis 13	14 - 16	17 - 20	21 - 23	ab 24
Körperliches Wohl und Missbefinden	bis -4	-3 - 2	3 - 10	11 - 13	ab 14
Psychisches Wohlbefinden	bis 21	22 - 24	25 - 26	27 - 28	ab 29
Psychisches Missbefinden	bis 11	12 - 14	15 - 17	18 - 19	ab 20
Psychisches Wohl und Missbefinden	bis 2	3 - 7	8 - 10	11 - 15	ab 16
Soziales Wohlbefinden	bis 27	28 - 30	31 - 32	33 - 34	ab 35
Soziales Missbefinden	bis 14	15 - 16	17 - 18	19 - 21	ab 22
Soziales Wohl und Missbefinden	bis 6	7 - 11	12 - 14	15 - 18	ab 19
Summenwert Wohlbefinden	bis 71	72 - 74	75 - 79	80 - 85	ab 86
Summenwert Missbefinden	bis 38	39 - 45	46 - 52	53 - 61	ab 62
Wellbeing-Gesamtwert					
	stark unter-durchschnittlich	unter-durchschnittlich	durchschnittlich	über-durchschnittlich	stark über-durchschnittlich
	Bewertung				

Tabelle 43: Referenzwerte für Rehatelnehmerinnen (n=145)

	Prozentrangbereiche				
	bis 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	über 80
Körperliches Wohlbefinden	bis 18	19 - 21	22 - 24	25 - 28	ab 29
Körperliches Missbefinden	bis 13	14 - 16	17 - 19	20 - 22	ab 23
Körperliches Wohl und Missbefinden	bis -5	-4 - 1	2 - 7	8 - 13	ab 14
Psychisches Wohlbefinden	bis 19	20 - 23	24 - 25	26 - 27	ab 28
Psychisches Missbefinden	bis 11	12 - 15	16 - 17	18 - 20	ab 21
Psychisches Wohl und Missbefinden	bis -1	0 - 4	5 - 9	10 - 15	ab 16
Soziales Wohlbefinden	bis 27	28 - 30	31 - 32	33 - 34	ab 35
Soziales Missbefinden	bis 13	14 - 16	17 - 18	19 - 21	ab 22
Soziales Wohl und Missbefinden	bis 8	9 - 11	12 - 14	15 - 18	ab 19
Summenwert Wohlbefinden	bis 65	66 - 74	75 - 79	80 - 87	ab 88
Summenwert Missbefinden	bis 38	39 - 45	46 - 53	54 - 60	ab 61
Wellbeing-Gesamtwert					
	stark unterdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	stark überdurchschnittlich
	Bewertung				

9 Fragenbogenanwendung und Referenzwerte für den FAHW-12

9.1 Copyright

Alle Rechte liegen beim Verfasser. Die kommerzielle Nutzung des FAHW-12 ist nicht gestattet.

Die Verwendung des Fragebogens ist für private, wissenschaftliche und therapeutische Zwecke erlaubt. Der Verfasser wäre für Rückmeldungen über die Ergebnisse von Studien mit dem FAHW-12 dankbar.

Bei Publikationen ist die Quelle zu zitieren:

Wydra, G. (2014). *Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens* (4. überarbeitete und erweiterte Version). Saarbrücken: Universität des Saarlandes.

Internet: <http://www.sportpaedagogik-sb.de/index.php?artikel=fahw>

Anschrift des Verfassers:

Univ.-Prof. Dr. Georg Wydra
Sportwissenschaftliches Institut
der Universität des Saarlandes
Universität Campus Gebäude B8.2
66123 Saarbrücken
E-Mail: g.wydra@mx.uni-saarland.de
Internet: www.sportpaedagogik-sb.de

9.2 Anwendung

Der FAHW-12 liegt als Papier-Bleistift-Verfahren (siehe Anhang) und als Onlineversionen mit automatischer Auswertung vor.

Der Fragebogen wird beim Papier-Bleistift-Verfahren von den Probanden nach Instruktion ausgefüllt.

Zur Auswertung werden den fünf Stufen des Fragebogens Zahlenwerte zugeordnet:

- Ja, genau so - 5 Punkte
- So ungefähr - 4 Punkte
- Ich weiß nicht - 3 Punkte
- So nicht - 2 Punkte
- So bestimmt nicht - 1 Punkt

Es kann ein Gesamtscore berechnet werden. Hierzu werden die Aussagen zu Missbefindungen (Items 3, 4, 5, 9, 10 und 12) von der Summe der Aussagen zum Wohlbefinden (Items 1,2, 6, 7, 8 und 11) subtrahiert.

Rechenbeispiel:

1. ich bin sehr ausgeglichen	5
2. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	3
3. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	-5
4. ich fühle mich verlassen	-2
5. ich habe dauernd Schmerzen	-1
6. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	5
7. ich habe jede Menge Freunde	4
8. ich habe Alles im Griff	3
9. meine Stimmung ist gedrückt	-2
10. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	-2
11. ich fühle mich körperlich gesund	4
12. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	3
Gesamtwert	15

9.3 Referenzwerte

Die hier vorgestellten Referenzwerte basieren auf dem geänderten Fragebogen, bei dem das Item 7 ausgetauscht wurde (siehe Kapitel 6.6).

9.3.1 Gesunde

Auf der Basis von insgesamt 439 Datensätzen gesunder Männer (n=193) und Frauen (n=246) wurden Referenzwerte berechnet. Für weitergehende Vergleiche siehe insbesondere Tabelle 32).

Da keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen, werden an dieser Stelle nur gemeinsame Referenzwerte auf der Basis von Quintilen für Frauen und Männer mitgeteilt.

Tabelle 44: Referenzbereiche des FAHW-12 für Gesunde

Punktwerte	Prozentrang	Beurteilung
bis 5	1 - 20	stark unterdurchschnittlich
6 - 9	21 - 40	unterdurchschnittlich
10 - 13	41 - 60	durchschnittlich
14 - 16	61 - 80	überdurchschnittlich
ab 17	81 - 100	stark überdurchschnittlich

9.3.2 Rehabilitanden

Auf der Basis von insgesamt 321 Datensätzen männlicher (n=176) und weiblicher Rehateteilnehmern (n=145) wurden Referenzwerte berechnet. Für weitergehende Vergleiche siehe insbesondere Tabelle 32).

Da keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen, werden an dieser Stelle nur gemeinsame Referenzwerte auf der Basis von Quintilen für Frauen und Männer mitgeteilt.

Tabelle 45: Referenzbereiche des FAHW-12 für Rehateteilnehmer

Punktwerte	Prozentrang	Beurteilung
bis -1	1 - 20	stark unterdurchschnittlich
0 - 3	21 - 40	unterdurchschnittlich
4 - 7	41 - 60	durchschnittlich
8 - 12	61 - 80	überdurchschnittlich
ab 13	81 - 100	stark überdurchschnittlich

Literatur

- Abele, A. & Becker, P. (1991). Vorwort. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Abele-Brehm, A. & Brehm, W. (1986). Zur Konzeptualisierung und Messung von Befindlichkeit. Die Entwicklung der Befindlichkeitsskalen (BFS). *Diagnostica*, 32, 209 - 228.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being. Americans perceptions of life quality*. New York: Plenum.
- Antonovski, A. (1979). *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovski, A. (1988): Unraveling the Mysterie of Health. How people manage stress and stay well. San Francisco, London: Jossey-Bass.
- Becker, P. & Minsel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit*. Bd. 2. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Becker, P. (1982): *Psychologie der seelischen Gesundheit*. Bd. 1. Hogrefe, Göttingen.
- Becker, P. (1989) *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 13 - 49). Weinheim: Juventa.
- Becker, P., Bös, K. & Woll, A. (1994): Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfung mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 25 - 48.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Handanweisung* (2., neu normierte und vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Breslow, L. (1972). Quantitative approach to the World Health Organization definition of health: Physical, mental and social well-being. *International Journal for Epidemiology*, 1, 347 - 355.
- Brickman, P. & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planing the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation level theory: A symposium*. New York: Academic Press.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668 - 678.
- Dann, H.-D. (1991). Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. In: A. Abele, & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 97 - 117). Weinheim: Juventa.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 47 (5), 1105 - 1117.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542 - 575.

- Diener, E. et al. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 48 (5), 1253 - 1265.
- Fairbank, J. C. T., Couper, J., Davies, J. B. & O'Brien, J. P. (1980). The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. *Physiotherapy*, 66, 271 - 273.
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim: Beltz.
- Frank, R. (1991). Körperliches Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 71 - 95). Weinheim: Juventa.
- Gaul, C., Mette, E., Schmidt, T., & Grond, S. (2008). Praxistauglichkeit einer deutschen Version des „Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire“. Ein Fragebogen zur Beeinträchtigung durch Rückenschmerzen. *Schmerz*, 22, 51-58.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.). (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik*. Frankfurt: Campus.
- Goebel, G. (Hrsg.). (2001). *Ohrgeräusche: psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus*. München: Urban und Vogel.
- Gotlib, I. H. & Meyer, J. P. (1986). Factor analysis of the multiple affect adjective checklist: A separation of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(6), 1161 - 1165.
- Grauhahn, R.-R. (1981). Gesundheitswesen oder gesundes Leben. *Widersprüche*, 1, 125 - 138.
- Grom, B. (1987). Positiverfahrungen - Ein Forschungsschwerpunkt der Sozial- und der Persönlichkeitspsychologie. In B. Grom, N. Brieskorn & G. Haeffner (1987). *Glück. Auf der Suche nach dem guten Leben* (S. 14 - 190). Frankfurt: Ullstein, Frankfurt.
- Houston, J. G. (1988). *The pursuit of happiness*. Glenview: Scott.
- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit*. Weinheim: Juventa.
- Kaiser, P. (1986). Zur Psychologie und Philosophie von Gesundheit und Glück. In P. Kaiser (Hrsg.), *Glück und Gesundheit durch Psychologie* (S. 11 - 59)? Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kammann, R., Farry, M. & Herbison, P. (1984). The analysis and measurement of happiness as a sense of well-being. *Social Indicators Research*, 15, 91 - 115.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1 - 39.
- Kickbusch, I. (1982). Vom Umfang mit der Utopie: Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In H.-H. Abholz, D. Borge, W. Karmaus & J. Korporel (Hrsg.), *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse* (S. 267 - 276). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Larsen, R. J. & Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1 - 39.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213 - 259). Stuttgart: Huber.

- Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union.
- Mayring, P. (1991a). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mayring, P. (1991b). Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 51 - 70). Weinheim: Juventa.
- McDowell, I. & Newell, C. (1996). *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (2nd. rev. ed.). New York: Oxford University Press.
- Morfeld, I. Kirchberger, M. Bullinger (2011). SF-36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
- Opaschowski, H. W. (1990). *Herausforderung Freizeit. Perspektiven für die 90er Jahre*. Bd. 10 der Schriftenreihe zur Freizeitforschung. Hamburg: BAT.
- Parsons, T. (1967). Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In A. Mitscherlich, T. Brocher, O. von Mering & K. Horn, *Der Kranke in der modernen Gesellschaft* (S. 57 - 87). Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Pohlmeier, H. & Biefang, S. (1977). Kann man Krankheit messen? *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 2, 158 - 165.
- Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 38(4), 193 - 200.
- Russel, R. D. (1973). Social health: An attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education*, 16, 74 - 84.
- Schulze, G. (1993). *Die Erlebnisgesellschaft. Eine Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Campus.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E- (Hrsg.). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Sommer, G. & Fydich, T. (1989). *Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte. F-SOZU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Wittmann, W. (1985). Evaluationsforschung. Berlin: Springer-Verlag.
- Wydra, G. (1993). Bedeutung, Diagnose und Therapie von Gleichgewichtsstörungen. *Motorik*, 16(3), 100 - 107.
- Wydra, G., Karisch, G. & Wenzkat, P. B. (1987). Zur Effektivität von Gymnastikprogrammen für den HWS-Bereich. *Zeitschrift für Physikalische Medizin. Baln. Med. Klim*, 16, 262.
- Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In W. Glatzer, & W. Zapf (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik* (S. 13 - 26). Frankfurt: Campus.
- Zerssen, D. von (1976a). *Die Beschwerdenliste*. Weinheim: Beltz.
- Zerssen, D. von (1976b). *Die Befindlichkeitsskala*. Weinheim: Beltz.

Anwendungsliteratur

- Anlauf, S. (1997). *Wohlbefinden als Ziel des Gesundheitssports*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Beißmann, J. (1994). *Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität, psychosozialen sportbedingten Ressourcen und Wohlbefinden bei Seniorentennisspielern*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Luisa Caramazza, L. (2014). *Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Mobilität, Lebensqualität und Wohlbefinden*. MSc-Arbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Eigner, F. (1994). *Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren und Prädiktoren von Gesundheit und Krankheit unter besonderer Berücksichtigung des Salutogenesemodells*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Faber, D. (1994). *Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und Wohlbefindensaspekten bei Leistungsvolleyballspielern*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Herzberg, N. (1995). *Untersuchungen zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Wohlbefinden*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Hoffmann, M. (1994). *Empirische Untersuchungen zu verschiedenen Aspekten des Wohlbefindens unter Berücksichtigung sportspezifischer Fragestellungen*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Jeroutschitsch, K. B. (2009). *Zusammenhang von Supervision und dem Wohlbefinden ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter in Kärnten*. Diplomarbeit. FH Klagenfurt.
- Katharina Kwoczek (2013). *Humor als Bewältigungsstrategie für Pflegende: Eine quantitative, komparative Untersuchung von professionell Pflegenden auf Palliativstationen und chirurgischen Stationen*. Masterarbeit -vorgelegt für den Masterstudiengang 'Lehramt an berufsbildenden Schulen' im Teilstudiengang 'Pflegerwissenschaft' an der Universität Osnabrück.
- Müller, Erik. (1997). *Veränderung von Kontrollüberzeugungen bei Tinnituspatienten im Rahmen einer sport- und bewegungstherapeutisch ausgerichteten RehaMaßnahme*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Scheuer, C. (2003). *Untersuchungen zur motorischen Leistungsfähigkeit luxemburger Schüler*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Schmiedel, J. (1994). *Aspekte des Wohlbefindens bei Kurteilnehmern mit Rückenschmerzen*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Schrader, A. (1994). *Die Bedeutung des Wohlbefindens im Koronarsport*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Wagner, R. (2002). *Untersuchungen zur Veränderung der Beschwerdesymptomatik und des Wohlbefindens in der Rehabilitation von Tinnituspatienten*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Woll, H. (1995). *Determinanten der Gesundheit bei Teilnehmerinnen einer Hausfrauengymnastik unter besonderer Berücksichtigung sportbezogener Ressourcen*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes.
- Wydra, G. (2003). FAHW. Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden. In J. Schumacher, A. Klaberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 102 - 107). Göttingen: Hogrefe.

Wydra, G., Scheuer, C., Winchenbach, H. & Schwarz, M. (2005). Sportliche Aktivität, Fitness und Wohlbefinden luxemburger Schülerinnen und Schüler. *sportunterricht*, 54, 111 - 116.

Anhang

- Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW)
- Der Kurzfragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW-12)

FRAGEBOGEN ZUM ALLGEMEINEN HABITUELLEN WOHLBEFINDEN[©]

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Aspekten des allgemeinen Wohlbefindens. Bitte lesen sie jede Aussage durch und geben Sie an, wie gut diese Aussage ihren allgemeinen Zustand beschreibt. Es geht nicht darum, wie Sie sich in diesem Augenblick fühlen. Füllen Sie den Bogen bitte auch dann aus, wenn Sie sich im Allgemeinen nicht völlig wohl fühlen.

Es folgt ein etwas ausführlicherer Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden. Sie können bei jeder Aussage immer zwischen fünf verschiedenen Antworten wählen. Je nachdem, was im Allgemeinen auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte an.

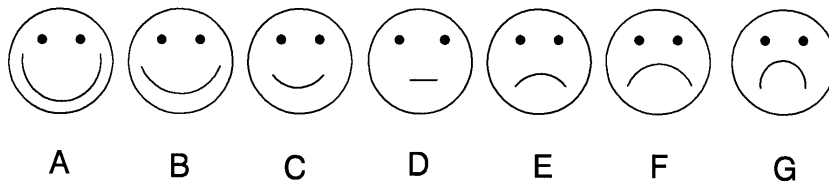
Beantworten Sie bitte alle Fragen! Wählen Sie in Zweifelsfällen die Antwort, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

	Ja, genau so!	So ungefähr!	Ich weiß nicht!	So nicht!	So bestimmt nicht!
1. ich bin heiter gestimmt					
2. ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl					
3. mein Kreislauf ist stabil					
4. ich würde gerne anderen Menschen helfen					
5. ich habe jede Menge Freunde					
6. ich habe das Gefühl geliebt zu werden					
7. ich bin kein selbstsicherer Mensch					
8. abends bin ich angenehm müde					
9. ich bin sehr ausgeglichen					
10. ich bin körperlich belastbar					

	Ja, genau so!	So ungefähr!	Ich weiß nicht!	So nicht!	So bestimmt nicht!
11. ich fühle mich schwerfällig					
12. ich habe das Gefühl durchstarten zu können					
13. ich bin durchhaltefähig					
14. es ist schade, dass mich kaum jemand besucht					
15. ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten					
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen					
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit					
18. ich habe wenig Erfolg					
19. ich überblicke meine Umgebung					
20. ich fühle mich verlassen					
21. ich habe dauernd Schmerzen					
22. ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung					
23. ich fühle mich gestresst und nervös					
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden					
25. ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen					
26. anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage					
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht					
28. ich bin nicht glücklich					
29. ich habe Alles im Griff					
30. ich bin körperlich behindert					
31. ich fühle mich erschöpft und müde					
32. meine Stimmung ist gedrückt					
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht					
34. ich fühle mich körperlich gesund					
35. ich habe mit mir selbst genug zu tun					

	Ja, genau so!	So ungefähr!	Ich weiß nicht!	So nicht!	So bestimmt nicht!
36. ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann					
37. mein Familienleben ist intakt					
38. ich fühle mich körperlich ausgeglichen					
39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus					
40. ich bin entbehrlich					
41. ich kann meinen Körperzustand genießen					
42. mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen					

Wie fühlen Sie sich jetzt, in diesem Augenblick? Welches Gesicht könnte am besten verdeutlichen, wie Sie sich jetzt, in diesem Moment fühlen? Bitte kreuzen Sie den Buchstaben unter dem betreffenden Gesicht an.



Angaben zur Person:

Name oder Code-Nummer: _____

Alter: _____ Jahre

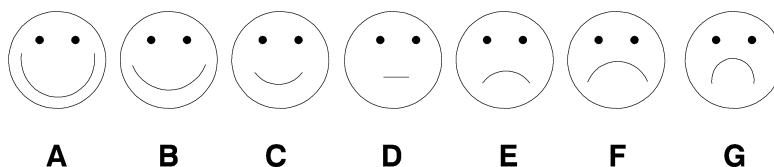
Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

KURZFRAGEBOGEN ZUM ALLGEMEINEN WOHLBEFINDEN[©]

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zum Wohlbefinden. Bitte lesen sie jede Aussage durch und geben Sie an, wie gut diese Aussage ihren allgemeinen Zustand beschreibt. Es geht nicht darum, wie Sie sich in diesem Augenblick fühlen. Füllen Sie den Bogen bitte auch dann aus, wenn Sie sich im Allgemeinen nicht völlig wohl fühlen. Sie können bei jeder Aussage immer zwischen fünf verschiedenen Antworten wählen. kreuzen Sie bitte an, was im Allgemeinen auf Sie zutrifft. Beantworten Sie bitte alle Fragen! Wählen Sie in Zweifelsfällen die Antwort, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

	Ja, genau so!	So ungefähr!	Ich weiß nicht!	So nicht!	So bestimmt nicht!
1. ich bin sehr ausgeglichen					
2. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen					
3. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit					
4. ich fühle mich verlassen					
5. ich habe dauernd Schmerzen					
6. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden					
7. ich habe jede Menge Freunde					
8. ich habe Alles im Griff					
9. meine Stimmung ist gedrückt					
10. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht					
11. ich fühle mich körperlich gesund					
12. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus					

Welches Gesicht verdeutlicht am besten, wie Sie sich jetzt fühlen?



Angaben zur Person:

Alter: Jahre; Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

[©]Kurzfragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW-12).

Copyright Georg Wydra, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.