

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Verfahrensdokumentation:

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/xx>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie im Testarchiv unter:
<https://www.testarchiv.eu/de/test/9004994>

Inhaltsverzeichnis

1. Testkonzept.....	2
1.1 Theoretischer Hintergrund.....	2
1.2 Testaufbau	3
1.3 Auswertungsmodus	3
1.4 Auswertungshilfen.....	4
1.5 Auswertungszeit	4
1.6 Itembeispiele.....	4
1.7 Items	4
2. Durchführung	6
2.1 Testformen.....	6
2.2 Altersbereiche	6
2.3 Durchführungszeit	6
2.4 Material.....	6
2.5 Instruktion.....	6
2.6 Durchführungsvoraussetzungen	6
3. Testkonstruktion	7
4. Gütekriterien.....	9
4.1 Objektivität.....	9
4.2 Reliabilität	9
4.3 Validität.....	11
4.4 Normierung	13
5. Anwendungsmöglichkeiten.....	14
6. Kurzfassung	14
Diagnostische Zielsetzung.....	14
Aufbau	14
Grundlagen und Konstruktion.....	14
Empirische Prüfung und Gütekriterien.....	14
7. Bewertung.....	15
8. Literatur	16

1. Testkonzept

1.1 Theoretischer Hintergrund

2020 legte Wydra die sechste Version des Fragebogens zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW) sowie eine angepasste Kurzversion (FAHW-12) als Screeningverfahren vor. Beide Varianten zielen auf die Erfassung des allgemeinen habituellen Wohlbefindens ab. Im Rahmen eines heuristischen und mehrdimensionalen Modells der Gesundheit respektive des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit argumentiert der Autor für das Wohlbefinden als zentralen Faktor. Grundlage für diese Überlegungen boten dabei die Definition der Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1948), aber auch zahlreiche Publikationen verschiedener Fachleute. Details zu den spezifischen Anleihen existierender Literatur finden sich im Manual (Wydra, 2020).

Wydra (2020) stellt zudem ausführlich die Grundlagen der Wohlbefindensforschung vor. Das Konstrukt wird von diversen verwandten Begriffen abgegrenzt, wie zum Beispiel Zufriedenheit oder Glück (u. a. Dann, 1991, Mayring, 1991). Das habituelle Wohlbefinden konkretisiert der Autor als zeitlich stabile Eigenschaft (Becker, 1991), welche vorrangig aus kognitiven Verarbeitungsvorgängen verdichteter emotionaler Erfahrungen resultiert.

Im Rahmen eines strukturellen Gesundheitsmodells postuliert Wydra (1996, 2020), Wohlbefinden finde sowohl auf den Ebenen Körperlichkeit, Psyche aber auch im sozialen Kontext statt, wobei es sich jedoch nicht um drei unabhängige, völlig differenzierbare Dimensionen handele. Nachfolgend soll der Hintergrund der wissenschaftlichen Forschung zu den drei interessierenden Konstrukten kurz umrissen werden.

(1) Körperliches Wohlbefinden: Traditionell verwendete Fragebögen zum körperlichen Wohlbefinden zielten auf die Identifikation von Schmerzen und Beschwerden ab, welche teils nur geringe korrelative Zusammenhänge mit der Krankheitsschwere aufwiesen. Durch Frank (1991, 2003) wurde ein seinerzeit innovatives Instrument zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens vorgelegt, bei dessen Validierung festgestellt werden konnte, dass körperliches Wohlbefinden über das bloße Fehlen subjektiver körperlicher Leiden hinausgeht.

(2) Psychisches Wohlbefinden: Die systematische Erfassung des psychischen Wohlbefindens begann während des Zweiten Weltkriegs im Rahmen von Rekruteneignungsuntersuchungen. Die Entwicklung psychiatrischer Erhebungsverfahren führte zur Entstehung erster Befindlichkeitsfragebögen. In diesem Zusammenhang prägte Bradburn (1969) die Forschung, indem er geringe Zusammenhänge zwischen Emotionen positiver und negativer Valenz fand und daraus auf eine gewisse Unabhängigkeit zwischen diesen schloss. Auch Andrews und Withey (1976) trugen mit der Entwicklung von Ein-Item-Skalen bedeutend zur Messung von Wohlbefinden bei. Becker und Minsel (1986) identifizierten sieben Bereiche von diagnostischer Wichtigkeit für die Einschätzung seelischer Gesundheit, darunter emotionale Befindlichkeit, Energiestatus, Defensivität respektive Expansivität, Funktions- und Leistungsniveau, Selbstzentrierung, Hilfesuchen und Selbstwertgefühl.

(3) Soziales Wohlbefinden: Im Rahmen des FAHW bezieht sich das Konzept "Soziales Wohlbefinden" auf die wechselseitige Beziehung zwischen subjektivem Wohlbefinden und Sozialkontakten (Diener, 1984). Dabei wirken Sozialkontakte förderlich für das Wohlbefinden. Die Bedeutung der sozialen Komponente der Gesundheit wurde erstmals in der WHO-Definition von 1948 betont, es existieren in der Literatur jedoch verschiedene Definitionen des Konstrukts. Statt

einer Explikation des Begriffs stellt Becker (1989) Indikatoren für körperliche und seelische Gesundheit vor, darunter die Beeinträchtigung bei der Rollen- und Aufgabenerfüllung sowie die verminderte Liebesfähigkeit als Krankheitsmerkmale.

Als weiterer wichtiger Unterscheidungsaspekt im Modell wird die Beurteilungsperspektive hervorgehoben, da für die Einschätzung des Wohlbefindens bzw. der Gesundheit sowohl objektive als auch subjektive Kriterien angelegt werden können. Doch auch zeitliche und soziale Charakteristika sowie die Wertigkeit der betrachteten Merkmale (Bradburn, 1969) dienen als relevante Modellachsen, deren Zusammenspiel im Handbuch visualisiert wurde (Wydra, 2020, S. 5).

1.2 Testaufbau

Der FAHW besteht aus insgesamt 42 Items, mit welchen verschiedene Anzeichen des Wohl-, aber auch Missbefindens auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene erfasst werden sollen. Hierbei stehen für jede Subskala jeweils sieben Items zur Verfügung, mit Ausnahme der Dimensionen „Sozialen Wohlbefindens“ (8 Items) und „Psychischen Missbefindens“ (6 Items). Die Fragen sind gleichermaßen auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten, welche an den Polen mit den Bezeichnungen "Ja, genau so!" bzw. "So bestimmt nicht!" versehen sind. Während dieselbe Antwortskala auch beim gekürzten FAHW-12 (Wydra, 2020) verwendet wird, muss die Screeningversion des Fragebogens mit jeweils zwei Items je Subskala auskommen.

Zusätzlich enthalten beide Varianten des vorliegenden Instruments die nonverbale und siebenstufige Gesichterskala nach Andrews und Withey (1976), welche dazu dienen soll, die empfundene Stimmung durch das Ankreuzen eines entsprechenden Smileys aufzuzeigen. Zuletzt werden basale demografische Charakteristika (Name oder Personencode, Alter, Geschlecht) abgefragt.

1.3 Auswertungsmodus

Der fünfstufigen Antwortskala sind Punktwerte zugeordnet, wobei der Pol maximaler Zustimmung mit dem Wert 5 verknüpft ist. Dieser reduziert sich mit abnehmendem Zuspruch um einen Punktwert und erreicht ein Minimum von 1 bei vollständiger Ablehnung eines Items. Zur Auswertung des Fragebogens können die Einschätzungen aller Items einer der sechs Subskalen mittels einfacher Addition zu Skalenwerten zusammengerechnet werden. Zudem lässt sich ein Gesamtwert für das Wohlbefinden bestimmen, indem die Werte der positiv konnotierten Skalen addiert werden und anschließend die Werte der Missbefindensskalen von diesem Summenscore abgezogen werden. Wurde bei der Beantwortung ein Item ausgelassen, so ist ersatzweise der mittlere Wert der befragten Person für die Auswertung zu verwenden. Ab drei Fehlwerten ist von einer Auswertung abzusehen. Zur sinnvollen Verwendung der Testergebnisse stellt Wydra (2020) Referenzwerte in Form von Prozenträngen für den Gesamtwert des FAHW bereit. Spezifische Normwerte liegen dabei für eine gesunde sowie eine klinische Erwachsenenstichprobe vor, aber auch für eine Subgruppe aus Schülerinnen und Schülern. Verfügbar sind zudem zur Interpretation der Einzelskalen geschlechtsspezifische Vergleichsdaten für Gesunde und Rehabilitanden.

Für die Kurzversion FAHW-12 ist aufgrund der geringen Itemzahl lediglich die Berechnung und Interpretation eines Gesamtwertes über alle 12 Items möglich. Hierbei ist das Vorgehen deckungsgleich zur Langversion des Fragebogens, wobei jedoch die Toleranzschwelle für

fehlende Antworten auf 1 herabgesetzt ist. Prozentrangnormen liegen sowohl für eine klinische als auch eine nicht-klinische Stichprobe vor.

1.4 Auswertungshilfen

Das Manual zum FAHW (Wydra, 2020) enthält neben den Normtabellen auch eine schrittweise Anleitung zur Auswertung und Interpretation sowie Beispiele zur Veranschaulichung des Vorgehens. Die kostenfreie Online-Version des Verfahrens bietet zudem eine automatisierte Auswertung.

1.5 Auswertungszeit

Aufgrund der Einfachheit des Auswertungsmodus ist mit einem zeitlichen Erfordernis von etwa zwei bis drei Minuten zu rechnen. Konkrete Angaben hierzu liegen jedoch nicht vor.

1.6 Itembeispiele

Anmerkung: Da grafische Abbildungen nicht wiedergegeben werden können, muss auf die Präsentation der abschließenden Frage zur Beurteilung des eigenen Wohlbefindens auf einer siebenstufigen Gesichterskala verzichtet werden. Jedoch werden nachfolgend zu jeder abgefragten Ebene des Wohlbefindens jeweils ein Beispielitem mit positiver sowie mit negativer Valenz dargestellt. Die Beantwortung verläuft für jedes Item äquivalent auf einer fünfstufigen Likert-Skala ("Ja, genau so!" - "So ungefähr!" - "Ich weiß nicht!" - "So nicht!" - "So bestimmt nicht!")

Wohlbefinden

- Körperliche Aspekte: "mein Kreislauf ist stabil"
- Psychische Aspekte: "ich bin heiter gestimmt"
- Soziale Aspekte: "ich würde gerne anderen Menschen helfen"

Missbefinden

- Körperliche Aspekte: "fühle mich in meiner Haut nicht wohl"
- Psychische Aspekte: "ich bin kein selbstsicherer Mensch"
- Soziale Aspekte: "es ist schade, dass mich kaum jemand besucht"

1.7 Items

Im Folgenden werden die Items ($k = 42$) des FAHW sowie die der Kurzversion ($k = 12$) aufgeführt. FAHW:

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

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
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

FAHW-12:

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

2. Durchführung

2.1 Testformen

Mit der 2020 veröffentlichten Publikation erschien bereits die sechste, überarbeitete und erweiterte Auflage des FAHW (Wydra, 2020). Die Kurzform des Verfahrens, dessen Verwendung zum Zwecke eines Screenings auf Wohlbefinden angedacht ist, liegt seit 2014 vor und wurde ebenfalls kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt (Wydra, 2014, 2020). Mittlerweile ist das kostenlose Instrument nicht nur als frei verfügbarer Download zur Anwendung im Paper-Pencil-Format erhältlich, sondern ebenfalls als kostenlose Onlinevariante mit automatischer Auswertung. Fremdsprachige Ausführungen des FAHW sind nicht bekannt.

2.2 Altersbereiche

Entgegen früherer Publikationen zu Vorgängervarianten des Instruments wurde bei der aktuellsten Version des FAHW (Wydra, 2020) auf eine konkrete Eingrenzung des Anwendungsalters verzichtet. Eine Erläuterung zu den Normierungsstichproben findet sich im Abschnitt Normierung.

2.3 Durchführungszeit

Durch die leicht verständliche Formulierung der Items und ein simples Antwortformat ist für die Anwendung der Langversion schätzungsweise mit fünf Minuten zu rechnen, während die Kurzform FAHW-12 sehr wenig Zeit beanspruchen sollte.

2.4 Material

Sowohl Kurz- als auch Langversion des Instruments in der siebten Auflage sowie die zugehörige Handreichung stehen zum kostenlosen Download zur Verfügung. Auch im Testpaket sind die älteren Versionen zusammen mit dem Manual enthalten. Weiterhin steht eine Auswertungshilfe jeweils für die Kurz- und Langfassung zur Verfügung, in der anhand eines Fallbeispiels und einer Tabelle Interpretationshinweise gegeben werden. Eine Online-Variante des Verfahrens mit integrierter, automatisierter Auswertung kann gratis abgerufen werden.

2.5 Instruktion

Alle relevanten Anweisungen zur Bearbeitung des FAHW respektive FAHW-12 sind schriftlich auf den Fragebögen vorgegeben.

2.6 Durchführungsvoraussetzungen

Obleich keine Vorgaben von Wydra (2020) gemacht werden, erscheinen angemessene kognitive und kommunikative Fähigkeiten für ein hinreichendes Verständnis der Items erforderlich. Die im Fragebogen integrierte Gesichterskala (Andrews & Withey, 1976) kann aufgrund ihrer nonverbalen Gestaltung hingegen auch von Personen ohne ausreichende Deutschkenntnisse, Kindern oder Personen mit Beeinträchtigungen bearbeitet werden.

3. Testkonstruktion

An den Prinzipien der Klassischen Testtheorie orientiert, konstruierte Wydra Anfang der 2000er Jahre mit dem FAHW (Wydra, 2001, 2003) ein innovatives Verfahren zur Erhebung des habituellen Wohlbefindens in Anlehnung an das Gesundheitsverständnis der WHO (1948), welches sich durch die Betrachtung sowohl positiver als auch negativer Komponenten des Konstrukts auszeichnete. Orientierung bot dabei der von Frank (1991, 2003) entwickelte Fragebogen zum körperlichen Wohlbefinden (FAW). Über kontinuierliche Erweiterung und Weiterentwicklung, nicht zuletzt gestützt durch die Einsendung von Daten der Anwendenden, steht mittlerweile eine sechste bzw. siebte Version des Fragebogens zur Verfügung (Wydra, 2001, 2005, 2014, 2020, 2024).

Zur geschichtlichen Entwicklung des FAHW

Vorarbeiten zum FAHW wurden im Rahmen der Habilitationsschrift an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt vorgenommen (Wydra, G. (1993). Tabelle 1 stellt die geschichtliche Testentwicklung des FAHW dar.

Tabelle 1
Überblick über die geschichtliche Entwicklung des FAHW

Version	Name	Stichprobe	Neuerungen
Vorversion 1993	FAHW	n = 154	Itemanalysen, Korrelationen zwischen Skalen, Gruppenunterschiede
1-2001 (32 Seiten)	FAW	n = 600	Itemanalysen, Korrelationen zwischen Skalen, Gruppenunterschiede
2-2004 (33 Seiten)	FAHW	n = 600	korrigierte Fassung
3-2005 (34 Seiten)	FAHW	n = 600	überarbeite und erweiterte Fassung
4-2014a (77 Seiten)	FAHW FAHW-12	n = 1060 n = 2478	Konstruktion des FAHW-12; differenzierte Untersuchungen zur Validität einschließlich Clusteranalysen
5-2014b (79 Seiten)	FAHW FAHW-12	n = 1060 n = 2809	überarbeite und erweiterte Fassung
6-2020 (103 Seiten)	FAHW FAHW-12	n = 1461 n = 3310	Erweiterte Untersuchungen zur Reliabilität und diagnostischen Güte
7-2024 (106 Seiten)	FAHW FAHW-12	n = 1461 n = 3310	Erweiterte Betrachtungen zur diagnostischen Güte

Eine Itemanalyse des FAHW wurde anhand der Daten von N = 1 162 erwachsenen Personen durchgeführt. Die Trennschärfe der Items in Bezug auf den Gesamtfragebogen lag dabei zwischen $rit = .09$ (Item 26: "anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage") und $rit = .71$ (Item 32: "meine Stimmung ist gedrückt"). Bezüglich der jeweiligen Subskalen lag die Trennschärfe für das „Körperliche Wohlbefinden“ zwischen $.47 \leq rit \leq .73$, für das „Körperliche Missbefinden“ zwischen $.42 \leq rit \leq .63$, für das „Psychische Wohlbefinden“ zwischen $.36 \leq$

rit \leq .65, für das „Psychische Missbefinden“ zwischen $.43 \leq$ rit \leq .69, für das „Soziale Wohlbefinden“ zwischen $.28 \leq$ rit \leq .49 und für das „Soziale Missbefinden“ zwischen $.27 \leq$ rit \leq .57. Auch eine skalenbezogene Itemanalyse wurde angestellt. Hierbei zeigten sich alle Korrelationen in erwartbarer Richtung mit Signifikanz von $p < .05$. Die Zusammenhänge der Subskalen mit dem Gesamtwert des FAHW lagen für die positiven Subskalen des Wohlbefindens zwischen $r = .62$ und $r = .83$, während die Missbefindensskalen Korrelationen von $r = -.69$ bis $r = -.85$ aufwiesen. Eine genaue Aufschlüsselung der Zusammenhänge findet sich im Handbuch (Wydra, 2020, S. 25).

Anhand derselben Stichprobe wurde zudem die Faktorenstruktur des Fragebogens mittels Hauptkomponentenanalyse überprüft. Als passend erschien hierbei eine dreifaktorielle Lösung, welche insgesamt 36.5 % Varianzaufklärung ermöglicht. Wydra (2020) interpretiert die identifizierten Achsen nach Varimax-Rotation wie folgt: Während der erste Faktor die körperlichen Anteile des Wohl- und Missbefindens abzubilden scheint, umfasst die zweite Dimension negative Aspekte des psychischen sowie sozialen Wohlbefindens. Die dritte Dimension wiederum schließt die positiven Anteile dieser beiden Wohlbefindensbereiche ein. Eine Übersicht der Faktorenladungen jedes Items findet sich im Manual (Wydra, 2020, S. 38-39). Des Weiteren wurde anhand derselben Daten eine Clusteranalyse (Ward-Methode) unter Verwendung der prozentualen Nichtübereinstimmung als Distanzmaß durchgeführt. Ergebnis sind zwei Hauptcluster, deren Interpretation als Wohl- respektive Missbefinden naheliegt. Außerdem konnten vier Subcluster entdeckt werden: Subcluster 1: Umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden; Subcluster 2: Glücklich und den Herausforderungen des Alltags gewappnet; Subcluster 3: Unglücklich und niedergeschlagen; Subcluster 4: Körperliches Missbefinden, Krankheiten und Schmerzen (mehr Details siehe unter Wydra, 2020, S. 40 ff.).

Neben der Vollversion des Fragebogens publizierte der Autor 2014 erstmals eine Kurzversion namens FAHW-12 (Wydra, 2014), welche zuletzt ebenfalls in einer aktualisierten Form vorgestellt wurde (Wydra, 2020, 2022). Zur Konstruktion des Screenings wurden 12 Items der Vollversion anhand der Item- und Strukturanalysen des FAHW ausgewählt, um daraus einen verkürzten Fragebogen zusammenzustellen. Jede Subskala ist im FAHW-12 mit jeweils zwei Items repräsentiert.

Zwischen den Fragen und dem Summenscore des Screenings fanden sich Korrelationen ($N = 310$) von $r = .47$ bis $r = .78$ mit Ausnahme des Items 7 ("ich habe das Gefühl, dass man mich braucht"), das lediglich einen Zusammenhang von $.24$ mit dem Summenwert aufweist, sich aber auch durch auffallend niedrige Interitemkorrelationen ($.02 \leq r_{ii} \leq .29$) abhebt. Die mittlere Interitemkorrelation lag hingegen bei $r_{ii} = .35$. Gleichmaßen stach Item 7 auch mit einer niedrigen Trennschärfe von rit $= .13$ heraus, bewegte sich doch der Trennschärfekoeffizient der anderen 11 Fragen zwischen rit $= .37$ und rit $= .71$. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde das Item "ich habe jede Menge Freunde" ersatzweise in den Fragebogen aufgenommen. Beachtet werden muss jedoch, dass alle Ergebnisse zu Evaluations- und Normierungsstudien auf der alten Screeningversion beruhen.

Eine Hauptkomponentenanalyse des FAHW-12 mit Varimaxrotation, die ebenfalls anhand des Datensatzes von 310 Personen durchgeführt wurde, deutete ein vierfaktorielles Modell an, wobei der vierte Faktor lediglich einen Eigenwert von 0.98 aufwies. Die durch das Modell erklärte Gesamtvarianz lag bei 71 %. Eine Übersicht der Faktorenladungen finden sich im Manual (Wydra, 2020, S. 61). Ähnlich zur Vollversion muss auch beim FAHW-12 die Interpretation der Dimensionen entgegen den theoretischen Annahmen vorgenommen werden. So betitelt der Wydra die Faktoren folgendermaßen: "Psychosoziales Unwohlsein" (Faktor 1), "Mit Schmerzen

verbundene Krankheit" (Faktor 2), "Soziales Wohlbefinden" (Faktor 3) und "Körperliches und psychisches Wohlbefinden" (Faktor 4).

Entgegen den oben angeführten Abweichungen des Fragebogens von seinem theoretischen Fundament zeigte die Clusteranalyse nach Ward-Methode (1-Pearsons r als Distanzmaß) des FAHW-12 eine sehr gute Passung zum theoretischen Modell. So ergaben sich zwei Hauptcluster, die Wohl- bzw. Missbefinden darstellen sowie jeweils drei darunterliegende Subcluster, welche den sechs Subdimensionen des Instruments entsprechen (siehe unter "Testaufbau").

4. Gütekriterien

4.1 Objektivität

Der FAHW wirkt durch seine einfache Handhabung und klare Gestaltung sowie durch die strukturierten Vorgaben zur Aus- und Verwertung der Ergebnisse objektiv in allen relevanten Aspekten. Dieser Eindruck wird bestärkt durch die nun bestehende Möglichkeit, den Fragebogen als Online-Anwendung mit automatisierter Auswertung durchzuführen.

4.2 Reliabilität

Um die Messgenauigkeit des FAHW und FAHW-12 beurteilen zu können, wurden zunächst die internen Konsistenzen des Gesamtwerts sowie der Subskalen der Langfassung berechnet. Insgesamt liegen die Reliabilitätskoeffizienten für die Subskalen hierbei überwiegend im mittleren Bereich (siehe Tabelle 2). Der Gesamtwert des FAHW erzielt mit $\alpha = .93$ den höchsten Wert.

Tabelle 2

Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) des FAHW und seiner Subskalen sowie des FAHW-12 (Wydra, 2020)

Skala	n	Alpha
FAHW	1162	.93
- Körperliches Wohlbefinden	1162	.87
- Körperliches Missbefinden	1162	.80
- Psychisches Wohlbefinden	1162	.79
- Psychisches Missbefinden	1162	.81
- Soziales Wohlbefinden	1162	.69
- Soziales Missbefinden	1162	.73
FAHW-12	3310	.86

Anmerkungen. n = Stichprobengröße. FAHW-12 = Kurzversion.

Zur Beurteilung der Zuverlässigkeit des FAHW wurde zudem die Split-half-Reliabilität berechnet. Hierfür wurde eine zufällige Aufteilung aller 42 Items in zwei Skalen vorgenommen (Skala 1: $M = 21.2$, $SD = 11.4$; Skala 2: $M = 19.4$; $SD = 11.5$). Diese beiden Skalen, deren interne Konsistenz

(Cronbachs Alpha) bei .87 bzw. .86 lag, korrelierten zu $r_{tt} = .89$ ($n = 1\,162$) miteinander. Die Analyse der Split-half-Reliabilität ergab einen hohen Koeffizienten von $r_{tt} = .94$.

Die Gültigkeit der Screeningversion FAHW-12 wurde außerdem mittels Testwiederholungsuntersuchungen an Sportstudierenden überprüft. Bei beiden gewählten Zeitspannen (1 Stunde und 1 Woche) konnte eine deutliche Verschlechterung der Fragebogenergebnisse bei der zweiten Messung festgestellt werden (siehe Tabelle 3). Diese Ergebnisse seien laut Angaben des Autors als Hinweis auf die situative Abhängigkeit des Wohlbefindens zurückzuführen.

Tabelle 3

Test-Retestreliabilität bei Sportstudierenden (Wydra, 2020, S. 56)

Zeitspanne	M	SD	t	p	rtt
1 Stunde ($n = 28$)			7.15	.001	.85
- Vortest	14.5	5.9			
- Retest	10.2	5.7			
1 Woche ($n = 58$)			4.33	.001	.82
- Vortest	14.2	6.0			
- Retest	12.0	6.3			

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Wert, p = Signifikanzniveau, rtt = Retestreliabilität, n = Stichprobengröße.

Darüber hinaus gibt eine Evaluation der diagnostischen Güte Hinweise auf die Reliabilität eines Verfahrens. Hierfür wurden Koeffizienten für die Sensitivität, Spezifität sowie der RAZ-Index berechnet, wobei Letzterer die relative Zunahme der Trefferrate im Verhältnis zur Zufallsrate darstellt. Weiterhin wurden Receiver-Operating-Characteristic-Kurven (ROC-Kurven) in den Sensitivitäts-Spezifitäts-Plot eingezeichnet, Area-Under-Curve-Werte (AUC) und der Youden-Index ermittelt.

Für die Fragebogenvollversion FAHW lag eine Gesamtstichprobe von $N = 1\,461$ Befragten vor, welche sich in $n = 321$ Rehabilitanden und $n = 1\,140$ gesunde Personen aufteilte. Eine klare Trennung zwischen gesund und erkrankt zu ziehen, ist schwierig, da eher von einem Kontinuum auszugehen ist (Antonovsky, 1979, 1987). Trotzdem zeigt die ROC-Kurve eine angemessene Anpassung mit einem AUC von .70. Der Youden-Index lag bei .34.

Das Screening FAHW-12 wurde an einem Datensatz mit $N = 3\,310$ Teilnehmenden evaluiert. Davon wurden $n = 1\,818$ Befragte der kranken Subgruppe zugeordnet, während $n = 1\,492$ Gesunde Teil der Stichprobe waren. Ähnlich zur Langfassung fand sich auch hier ein akzeptabler AUC von .82 sowie ein Youden-Index von .49.

Wydra (2020) sieht in den Ergebnissen zur diagnostischen Güte der beiden Fragebögen einen Hinweis darauf, dass das Vorhandensein von Krankheit nicht zwangsläufig das Wohlbefinden beeinträchtigt. Umgekehrt ist aber auch die Krankheitsfreiheit kein Gradmesser für Wohlbefinden.

Zusätzliche Untersuchungen zur diagnostischen Güte der Lang- und Kurzversion des Fragebogens hinsichtlich alternativer Instrumente zur Messung von Indikatoren des Wohlbefindens finden

sich im Manual sowie in einer neueren Publikation des Autors (Wydra, 2022). Es sei jedoch erwähnt, dass das Screening FAHW-12 eine hohe diagnostische Güte für den Gesamtfragebogen FAHW aufweist, was sich in einem RATZ-Index von .92 widerspiegelt (Wydra, 2022).

4.3 Validität

Kriteriumsvalidität: In Bezug auf die Kriteriumsvalidität des FAHW wurden seine Zusammenhänge mit folgenden etablierten Verfahren betrachtet, die psychische Zustandsbilder abfragen:

- Gesichterskala (Andrews & Withey, 1976);
- Beschwerdenliste (Zerssen, 1976);
- Deutsche Fassung des Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (ODQ; Fairbank, Couper, Davies & O'Brien, 1980; Gaul, Mette, Schmidt & Grond, 2008);
- Tinnitusfragebogen (Goebel, 2001);
- Skala Seelische Gesundheit des Trierer Persönlichkeitsfragebogens (TPF; Becker, 1989);
- Fragebogen zum Kohärenzsinn (Antonovsky, 1988);
- Kurzfassung des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU-K-22; Sommer & Fydrich, 1989).

Die Ergebnisse der Untersuchungen finden sich in Tabelle 4. Hierbei finden wir vorrangig Zusammenhänge mittlerer Stärke in plausibler Richtung. Durch die unterschiedlichen Korrelationsvorzeichen bei den verschiedenen Subskalen des FAHW kann geschlussfolgert werden, dass die einzelnen Dimensionen tatsächlich voneinander differenzierbare Aspekte des Konstrukts messen.

Tabelle 4

Korrelationen zwischen den Skalen des FAHW und verschiedenen Außenkriterien (Wydra, 2020, S. 32)

Skala	Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW)								Gesamt
	KW	KM	PW	PM	SW	SM	Sum Wohl	Sum Miss	
Gesichterskala	.41	-.38	.42	-.34	.16	-.23	.41	-.38	.45
Beschwerden-									
liste	-.50	.56	-.41	-.49	-.23	.36	-.51	.56	-.57
ODQ	-.28	.55	-.22	.34	-.12	.37	-.26	.51	-.42
Tinnitus-									
Fragebogen	-.39	.56	-.28	.47	n.s.	.30	-.32	.54	-.49
TPF: Seelische									
Gesundheit	.45	-.28	.57	-.49	.27	-.25	.56	-.41	.53
Kohärenzsinn	.36	-.38	.58	-.72	.62	-.60	.59	-.66	.68
F-SOZU-K-22	.20	-.29	.34	-.49	.57	-.60	.40	-.53	.51

Anmerkungen. $p < .05$; KW = Körperliches Wohlbefinden, KM = Körperliches Missbefinden, PW = Psychisches Wohlbefinden, PM = Psychisches Missbefinden, SW = Soziales Wohlbefinden, SM = Soziales Missbefinden; Sum Wohl = Summenwert der Wohlbefindensskalen; Sum Miss = Summenwert der Missbefindensskalen; Gesamt = FAHW-Summenwert; Gesichterskala (Andrews & Withey, 1976; $n = 1\,046$); Beschwerdenliste (Zerssen, 1976; $n = 142$); ODQ (Gaul Mette, Schmidt & Grond, 2008; $n = 61$); Tinnitusfragebogen (Goebel, 2001; $n = 89$); TPF (Becker, 1989; $n = 279$); Kohärenzsinn (Antonovsky, 1988; $n = 138$); F-SOZU-K-22 (Sommer & Fydrich, 1989; $n = 142$).

Zusätzlich wurde eine multiple Regression berechnet, wobei der FAHW als abhängige Variable und Kohärenzsinn, soziale Unterstützung sowie die Gesichterskala als unabhängige Variablen verwendet wurden. Alle unabhängigen Variablen wiesen signifikante Einflüsse ($n = 132$; $p < .01$) auf den FAHW-Summenscore auf. Insgesamt wurde die Varianz des Modells zu 66 % erklärt. Dabei lieferte insbesondere der Kohärenzsinn mit 51 % einen wesentlichen Beitrag zur Varianzaufklärung. Details zu den Berechnungen finden sich im Manual (Wydra, 2022, S. 32).

Auch die Screeningfassung FAHW-12 wurde mit diversen Außenkriterien korreliert. Einige der Verfahren decken sich mit den Untersuchungen zur langen Fragebogenversion, zusätzlich verwendet wurden aber die Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1998) und die Hardiness-Skala (Kobasa, 1979). Eine Übersicht der Zusammenhänge bietet Tabelle 5. Für den FAHW-12 finden sich ausschließlich positive Zusammenhänge mit den Außenkriterien, weshalb diese laut Angaben des Autors "als alternative Kriterien des Wohlbefindens als auch als Prädiktoren des Wohlbefindens verstanden werden [können]" (Wydra, 2020, S. 58).

Tabelle 5

Korrelationen zwischen dem FAHW-12 und verschiedenen Außenkriterien (Wydra, 2020, S. 58)

	n	r	p
FAHW	1162	.95	.001
Gesichterskala	1037	.55	.001
TPF: Seelische			
Gesundheit	322	.54	.001
Kohärenzsinn	177	.68	.001
F-SOZU-K-22	142	.45	.001
B-L	249	.60	.001
B-L'	36	.41	.014
SF-12	124	.68	.001
Hardiness	119	.50	.001

Anmerkungen. $p < .05$; FAHW (Wydra, 2020); Gesichterskala (Andrews & Withey, 1976); TPF (Becker, 1989); Kohärenzsinn (Antonovsky, 1988); F-SOZU-K-22 (Sommer & Fydrich, 1989); Beschwerdenlisten B-L und B-L' (Zerssen, 1976); SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1998); Hardiness (Kobasa, 1979).

Differenzielle Validität: Sowohl die Lang- als auch die Kurzform des Fragebogens zum habituellen Wohlbefinden wurden auf ihre Differenzierungsfähigkeit zwischen verschiedenen Personengruppen hin untersucht. Die Vollversion des FAHW zeigte statistisch bedeutsame Interaktionen zwischen den Personenvariablen Alter und Geschlecht, wobei Frauen im Alter von 20 bis 39 Jahren höhere Fragebogenwerte erzielten als Männer mittleren bis höheren Alters sowie jüngere Frauen. Zudem wurden Befragte nach größeren Subgruppen kategorisiert (Studierende; Rehabilitanden; Gesunde; Jugendliche; Palliativhelfende). Es fanden sich signifikante Unterschiede des FAHW-Summenwertes zwischen den verschiedenen Gruppen mit Ausnahme des Vergleichs zwischen Studierenden und Jugendlichen bzw. Rehabilitanden (Details siehe Wydra, 2020, S. 36).

Die Screeningversion FAHW-12 zeigte deutliche Unterschiede zwischen Rheuma- und Burnout-Betroffenen sowie Mutter-Kind-Kur-Teilnehmerinnen und Studierenden. Interessanterweise schnitten Palliativpfleger überraschend gut ab. Mögliche Erklärungen sieht Wydra (2020) in spezifischen Persönlichkeitseigenschaften oder berufsbedingter persönlicher Entwicklung.

Konstruktvalidität: Für das Screening FAHW-12 wurden weiterhin die Zusammenhänge der Fragebogenwerte mit den Persönlichkeitseigenschaften des NEO-Fünf-Faktoren Inventars (Borkenau & Ostendorf, 2008) unter Verwendung der Daten einer studentischen Stichprobe ($n = 22$) betrachtet. Statistische Bedeutsamkeit erlangten die Korrelationen des FAHW-12 mit Neurotizismus ($r = -.72$, $p < .05$) und Verträglichkeit ($r = .45$, $p < .05$).

4.4 Normierung

Seit Erstveröffentlichung des Fragebogens gab es eine stetige Erweiterung durch die Anwendenden des Fragebogens, wobei die verschiedenen Teilstichproben insgesamt sehr heterogen ausfielen. Für den FAHW liegen nunmehr 1 451 Datensätze vor, wobei sich das Alter der Befragten (59.3 % Frauen) bei einem Mittel von 34.6 Jahren ($SD = 15.9$) einfindet bei einer Spannweite von 12 bis 81 Jahren. Neben $n = 321$ Betroffenen verschiedener Krankheitsbilder (z. B. Tinnitus, Burnout, Koronarerkrankungen) finden sich $n = 1\,140$ Gesunde in der Stichprobe, darunter viele Sporttreibende und $n = 299$ Jugendliche (Details siehe unter Wydra, 2020, S. 21). Für das Screening FAHW-12 liegt eine $n = 3\,310$ Personen umfassende Stichprobe mit einem mittleren Alter von 37.3 Jahren ($SD = 12.7$) und einer Altersspanne von 11 bis 92 Jahren vor. Im Manual (S. 52) erfolgt ergänzend eine Kategorisierung der Befragten nach den Gruppen Studierende ($n = 404$), Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren ($n = 1\,231$), Gesunde ($n = 1\,027$), Tinnitusbetroffene ($n = 80$), Rehabilitanden ($n = 392$), Burnoutbetroffene ($n = 16$), Palliativpflegekräfte ($n = 68$) und Rheumabetroffene ($n = 99$).

Als Referenzwerte wurde das Prinzip der Majoritätsnormen (Israel, 1983) angewandt. Normiert wurde der Fragebogen an Stichproben von gesunden und kranken Erwachsenen, es liegen jedoch auch Vergleichswerte für Schulkinder vor. Es folgt eine Aufschlüsselung des mittleren Alters in Jahren der jeweiligen Substichprobe.

FAHW:

- 176 kranke Männer: $M = 51.4$; $SD = 10.6$
- 145 kranke Frauen: $M = 48.0$; $SD = 10.6$
- 269 gesunde Männer: $M = 36.6$; $SD = 11.9$
- 570 gesunde Frauen: $M = 35.8$; $SD = 12.6$
- 148 Schüler: $M = 13.9$; $SD = 1.3$
- 151 Schülerinnen: $M = 14.1$; $SD = 1.2$

FAHW-12:

- 261 männliche Rehabilitanden: $M = 51.7$; $SD = 9.9$
- 1 456 weibliche Rehabilitanden: $M = 39.6$; $SD = 8.1$
- 636 gesunde Männer: $M = 36.2$; $SD = 22.6$
- 854 gesunde Frauen: $M = 39.0$; $SD = 23.9$

Für jede der genannten Normierungsgruppen legt Wydra (2020, S. 76-78, S. 81-82) Prozentrangnormen - zum Teil in Quintilen - vor, anhand derer eine Einordnung der individuellen Fragebogenergebnisse relativ zur passenden Vergleichsstichprobe möglich ist.

5. Anwendungsmöglichkeiten

Die Entwicklung des FAHW wurde als sinnvoll erachtet, um sowohl positive als auch negative Einflüsse der Sportausübung im Hinblick auf eine ganzheitliche Erfassung des gesundheitsorientierten Sporttreibens zu ermöglichen. Die Anwendung des FAHW zielt darauf ab, Gruppenunterschiede aufzudecken, die insbesondere im Rahmen von gesundheitsfördernden Sportprogrammen informativ sein können, und nicht allein das individuelle Wohlbefinden zu erfassen. In diesem Zusammenhang können sowohl die kurz- als auch die langfristigen Effekte auf das Wohlbefinden der Teilnehmenden von Interesse sein. Anhand der Daten, die von Studierenden und Doktoranden an den Autor übermittelt wurden, scheint sich zudem eine wissenschaftliche Relevanz des FAHW abzuzeichnen.

6. Kurzfassung

Diagnostische Zielsetzung:

Mit dem FAHW wird eine umfassende Erhebung des habituellen Wohlbefindens intendiert. Hierbei wird das Konstrukt in positive und negative Aspekte aufgegliedert. Eine verkürzte Zusatzversion, FAHW-12, zielt auf die ökonomische Erfassung des allgemeinen Wohlbefindens ab.

Aufbau:

Die Vollversion des FAHW setzt sich aus 42 Items zusammen, welche Anzeichen des Wohl- und Missbefindens auf den Ebenen körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit erfassen. Jede Subskala beinhaltet sieben bis acht Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden. Der verkürzte FAHW-12 verwendet je zwei Items pro Subskala. Beide Versionen beinhalten zudem eine siebenstufige Gesichterskala zur Stimmungsdarstellung und erfassen grundlegende demografische Daten.

Grundlagen und Konstruktion:

2020 erschien bereits die sechste Version des Fragebogens zum habituellen Wohlbefinden (FAHW) und eine gekürzte Screeningvariante (FAHW-12). Das Verständnis des untersuchten Konzepts basiert auf einem multidimensionalen Gesundheitsmodell (Wydra, 1996, 2020), das die Definition von Gesundheit der WHO (1948) aufgreift. Die Testkonstruktion folgte den Prinzipien der Klassischen Testtheorie. Eine umfassende Validierung und Normierung wurde durchgeführt, einschließlich einer Itemanalyse und einer Faktoren- sowie Clusteranalyse. Letztere zeigen eine Abweichung der dimensional Struktur des Fragebogens von den theoretischen Annahmen, da insbesondere die Differenzierung nach Wertigkeit der Subskalen nicht bestätigt werden konnte.

Empirische Prüfung und Gütekriterien:

Reliabilität: Berechnungen zur internen Konsistenz zeigten mittlere bis hohe Kennwerte der Voll- als auch Kurzversion des Fragebogens. Die Vollversion wies eine hohe Split-half-Reliabilität auf. Niedrige Retest-Reliabilitätskoeffizienten beim FAHW-12 deuten auf eine situative Abhängigkeit des Wohlbefindens hin. Die diagnostische Güte des Instruments wurde anhand von Sensitivität, Spezifität und ROC-Kurven beurteilt. Beide Versionen zeigten akzeptable Ergebnisse, insbesondere im Kontext einer problematischen Dichotomisierung nach gesund und krank.

Validität: FAHW und FAHW-12 wurden auf ihre Validität hin untersucht und zeigten mittelstarke Zusammenhänge mit etablierten Verfahren zur Erfassung psychischer Zustände. Die unterschiedlichen Korrelationsrichtungen und -stärken signalisieren die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Subdimensionen des Instruments. Eine multiple Regression ergab, dass insbesondere der Kohärenzsinn (Antonovsky, 1988) einen bedeutsamen Beitrag zur Aufklärung der Varianz im habituellen Wohlbefinden leistet. Analysen zur differenziellen Validität zeigten zudem signifikante Unterschiede der Fragebogenwerte zwischen Personengruppen bei Berücksichtigung verschiedener Personenmerkmale. So konnte beispielsweise eine Interaktion zwischen Alter und Geschlecht bei Betrachtung der FAHW-Ergebnisse identifiziert werden. Weiterhin fanden sich in einer studentischen Stichprobe ($n = 22$) signifikante Zusammenhänge des FAHW-12 mit Neurotizismus ($r = -.72, p < .05$) und Verträglichkeit ($r = .45, p < .05$).

Normen: Die Datensammlung des FAHW und FAHW-12 erfolgte kontinuierlich seit der Erstveröffentlichung und weist aufgrund verschiedener Teilstichproben eine umfassende Heterogenität auf. Als Referenz für die Normierung wurden die Majoritätsnormen (Israel, 1983) herangezogen. Geschlechtsspezifische Referenzwerte liegen für gesunde respektive kranke Erwachsene sowie Schulkinder vor. Für jede der genannten Normierungsgruppen präsentiert der Autor Prozentrangnormen, teilweise in Quintilen, die eine Einordnung der individuellen Fragebogenergebnisse im Vergleich zur passenden Stichprobe ermöglichen.

7. Bewertung

Der FAHW präsentiert sich als umfassendes Instrument zur Erfassung des habituellen Wohlbefindens in Lang- und 12-Item-Kurzversion, wobei ein strukturiertes Manual sowie kostenfreie Materialien zur Anwendung im Paper-Pencil-Format oder als Online-Fragebogen zur Verfügung gestellt werden. Dadurch wird eine hohe Flexibilität der Anwendung realisiert. Zudem zeichnet sich der Fragebogen durch eine kontinuierliche Erweiterung der Evaluations- und Normierungsdaten aus, unterstützt durch einen regen Austausch zwischen Autor und Nutzenden.

Dennoch gibt es einige Schwachstellen zu beachten. Im Manual (Wydra, 2020) zeigen sich Diskrepanzen in den Zahlen der genannten Evaluationsergebnisse. Dies führt bei Rezipierenden zu Verwirrung über die tatsächliche psychometrische Güte des Verfahrens und sollte behoben werden. In den Ergebnissen der beiden Analysemethoden zur Struktur des Fragebogens bestätigt sich eindeutig die vermutete Vielschichtigkeit des Wohlbefindens. Die identifizierten Faktoren bzw. Cluster stimmen jedoch nicht vollständig mit dem theoretischen Rahmenmodell des FAHW (Wydra, 1996, 2020) überein. Eine Überarbeitung der Formulierungen der Einzelitems wäre für eine präzisere Abgrenzung der Subskalen überlegenswert. Auch wird deutlich, dass die Skalen erheblich miteinander korrelieren. Die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte des Wohlbefindens scheinen demnach miteinander zu interagieren, Trennbarkeit der körperlichen, psychischen und sozialen Ebenen ist so nicht durchgängig gegeben. Dies könnte jedoch auch als ein Signal für die erneute Begutachtung und gegebenenfalls Überarbeitung des multidimensionalen Gesundheitsmodells, das dem FAHW zugrunde liegt, gesehen werden.

Insgesamt ist der FAHW und das zugehörige Screening FAHW-12 aufgrund der unkomplizierten Anwendung und der umfangreichen Evaluationsstudien attraktiv. Allerdings erscheint das Konstrukt und damit auch der Informationsgewinn, der durch den Einsatz des FAHW erzielt werden kann, unklar. Die Ergebnisse zur psychometrischen Güte sind durchwachsen. Sehr positiv

zu bewerten ist der klare Blick Wydras (2020) auf die Schwachstellen des Fragebogens und die bekundete Motivation, weiterhin an einer Verbesserung des FAHW zu arbeiten.

8. Literatur

- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. New York: Plenum.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Becker, P. (1989). Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen. TPF. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik (S. 13-49). Weinheim: Juventa.
- Becker, P. & Minsel, B. (1986). Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten. Göttingen: Hogrefe.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). NEO-FFI. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae (2., vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
- 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. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95 (3), 542-575.
- Fairbank, J. C. T., Couper, J., Davies, J. B. & O'Brien, J. P. (1980). The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. Physiotherapy, 66 (8), 271-273.
- Frank, R. (1991). Körperliches Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik (S. 71-95). Weinheim: Juventa.
- Frank, R. (2003). FAW-Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (S. 116-121). Göttingen: Hogrefe.
- 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. Der Schmerz, 22 (1), 51-58.
- Goebel, G. (Hrsg.). (2001). Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus (2., neubearbeitete Auflage). München: Urban und Vogel.
- Israel, S. (1983). Körperliche Normbereiche in ihrem Bezug zur Gesundheitsstabilität. Theorie und Praxis der Körperkultur, 32, 360-363.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37 (1), 1-11.
- Mayring, P. (1991). Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte. F-SOZU. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

- World Health Organization (WHO). (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. New York: WHO.
- Wydra, G. (1996). Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln. Sportpädagogische Analysen einer modernen Facette des Sports. Schorndorf: Hofmann.
- Wydra, G. (2001). Der Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden (FAW). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens. Saarbrücken: Universität des Saarlandes, Sportwissenschaftliches Institut.
- Wydra, G. (2003). FAHW. Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (S. 102-107). Göttingen: Hogrefe.
- Wydra, G. (2005). Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens (3., überarbeitete und erweiterte Fassung) [Testmanual]. Saarbrücken: Universität des Saarlandes, Sportwissenschaftliches Institut.
- Wydra, G. (2014). Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens (5. überarbeitete und erweiterte Version). Saarbrücken: Universität des Saarlandes, Sportwissenschaftliches Institut.
- Wydra, G. (2020). Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12) [Testmanual] (6. erweiterte und überarbeitete Version). Saarbrücken: Universität des Saarlandes, Sportwissenschaftliches Institut.
- Wydra, G. (2022). Diagnostische Güte des FAHW-12 - Exemplarische Darstellung einer Diagnosestudie. Bewegungstherapie und Gesundheitssport B&G, 38 (3), 110-119. <https://doi.org/10.1055/a-1820-0315>
- Wydra, G. (2023). Was ist Gesundheit? Mehrdimensionale Betrachtungen zu einem komplexen Phänomen. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 39, 4-10. <https://doi.org/10.1055/a-1983-3188>
- Zerssen, D. v. (1976). Die Beschwerdenliste. Parallelförmige B-L und B-L'. Ergänzungsbogen B-L'. Weinheim: Beltz.