

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Manual und Version 3:

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)**

**Entwicklung und Evaluation
eines mehrdimensionalen Fragebogens**

**Sportwissenschaftliches Institut
der Universität des Saarlandes**

(3. überarbeitete und erweiterte Fassung)

Saarbrücken 2005

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, Vorfreude, Hoffnung, Heiterkeit, Zuversicht, Liebe, Dankbarkeit, Befriedigung, Stolz, Wohlbehagen, Lust, Verzückung, Geborgenheit, Vertrauen, Entspanntheit, 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, Traitangst, 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 Abb. 1).

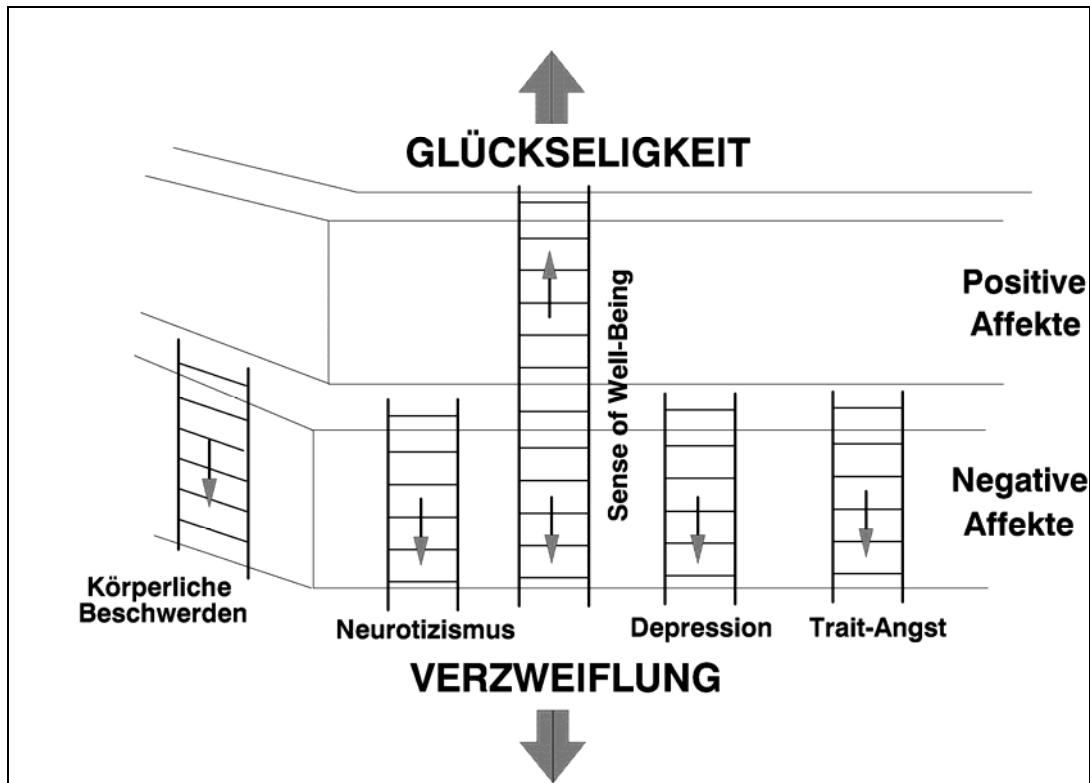


Abb. 1: Illustrierung des Standes der Wohlbefindensforschung. Die nach unten führenden Leitern stellen die bisher praktizierte Forschungsstrategie in der Wohlbefindensforschung dar, während eine Beschäftigung mit den positiven Affekten bzw. dem Sense of Well-Being bisher unterblieben ist (modifiziert nach Kammann et al., 1984, p. 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. Abb. 2).

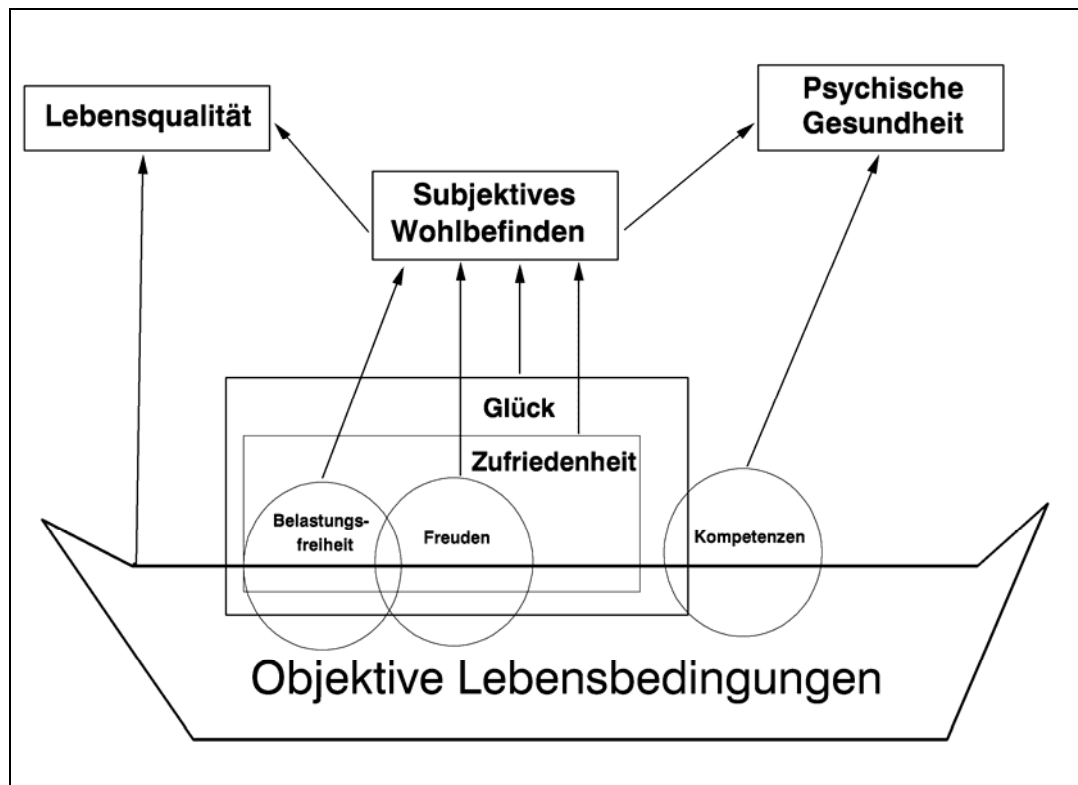


Abb. 2: Das Begriffsfeld subjektives Wohlbefinden (Mayring, 1991, S. 77).

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 Zu-

sammenhang 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 Abb. 3).

	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

Abb. 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 kommt 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 glaubt 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 wurden 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 Fragebogenkonstruktion

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 Abb. 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

Abb. 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 vorgebracht 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 folgte 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.

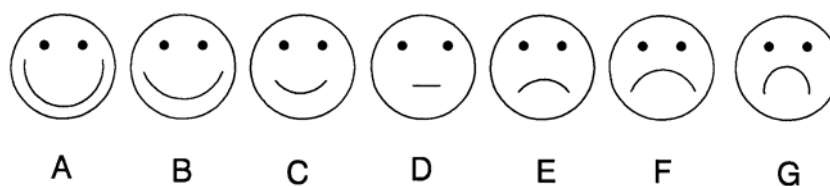


Abb. 5: Die Gesichterskala von Andrews und Withey (1976).

Becker und Minsel (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 ande-

re 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 Fragebogenevaluation

Zur ersten Evaluation des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (FAHW) wurden Daten aus mehreren Stichproben mit insgesamt 600 Pbn. herangezogen (vgl. Tab. 3).

Tabelle 2: Altersstruktur der Stichproben zur Evaluation des FAHW.

	Männer			Frauen		
	M	SD	n	M	SD	n
Koronarsportler	62,6	8,6	38	62,3	6,5	17
Anfänger Seniorentennis	55,5	8,0	13	50,1	8,1	21
Aktive Tennisspieler	47,5	6,5	14	47,7	7,1	12
Rehabilitanden	49,2	8,7	99	44,7	9,7	85
Freizeitreiter	44,4	7,9	17	44,3	7,2	13
Studiobesucher	38,0	9,7	70	38,8	9,2	67
Volleyballer	26,7	3,3	30	26,5	0,7	2
Hausfrauengymnastik				26,7	8,1	32
Studenten	25,6	3,1	37	22,5	3,0	33
Gesamtgruppe	43,5	13,3	349	41,8	12,3	317

Die Datenerhebung erfolgte mit Ausnahme der studentischen Gruppen jeweils in einem sportbezogenen Kontext. Die einzelnen Skalen erweisen sich als geschlechtsunabhängig (vgl. Tab. 4). Im Gegensatz dazu lassen sich zum Teil signifikante Alterseffekte nachweisen: Die körperbezogenen Skalen sowie die Summenskalen zeigen eine signifikante Altersabhängigkeit. Interaktionseffekte zwischen dem Geschlecht und dem Lebensalter konnten nicht nachgewiesen werden. Auch zwischen den verschiedenen analysierten Gruppen lassen sich signifikante Unterschiede nachweisen, die unmittelbar auf den Gesundheitszustand und das Lebensalter der Pbn. zurückgeführt werden können. Zur Evaluation des Fragebogens wurden in weiteren Schritten Item- und Konsistenzanalysen durchgeführt (vgl. Tab. 5).

Tabelle 3: Mittelwerte des Gesamtwertes „Well-Being“ bei den untersuchten Teilstichproben.

	Männer			Frauen		
	M	SD	n	M	SD	n
Koronarsportler	25,2	17,5	38	30,1	23,6	17
Anfänger Seniorentennis	35,9	21,4	13	40,2	22,3	21
Rehabilitanden	31,0	21,0	80	31,0	21,6	80
Aktive Tennisspieler	45,5	14,6	14	41,1	23,1	12
Freizeitreiter	48,5	16,5	17	49,0	17,5	13
Studiobesucher	46,0	20,4	70	41,5	19,1	67
Volleyballer	48,2	16,9	30	54,0	4,2	2
Hausfrauengymnastik	-	-	-	43,0	18,8	32
Tinnituspatienten	28,6	21,0	40	19,6	17,4	40
Studenten	26,9	19,1	37	34,6	26,9	33
Gesamtgruppe	35,5	21,4	349	35,2	22,2	317

Tabelle 4: Itemanalysen des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (FAHW), n=600. Angabe von Mittelwert, Standardabweichung und der Korrelation des Items mit der jeweiligen Skala.

Skala 1: Körperliches Wohlbefinden	M	SD	r _{it}
mein Kreislauf ist stabil (3)	3,92	1,00	.49
ich bin körperlich belastbar (10)	3,69	1,04	.69
ich bin durchhaltefähig (13)	3,59	1,03	.61
ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden (24)	3,30	1,14	.68
ich fühle mich körperlich gesund (34)	3,50	1,14	.74
ich fühle mich körperlich ausgeglichen (38)	3,57	1,02	.68
ich kann meinen Körperzustand genießen (41)	3,38	1,10	.69
Skala 2: Körperliches Missbefinden			
ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl (2)	2,16	1,12	.46
ich fühle mich schwerfällig (11)	2,17	1,10	.49
wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit (17)	1,99	1,17	.58
ich habe dauernd Schmerzen (21)	1,79	1,07	.61
ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung (22)	2,16	1,45	.54
ich bin körperlich behindert (30)	1,59	1,08	.49
ich fühle mich erschöpft und müde (31)	2,47	1,23	.46
Skala 3: Psychisches Wohlbefinden			
ich bin heiter gestimmt (1)	3,74	0,89	.57
abends bin ich angenehm müde (8)	3,83	1,11	.35
zur Zeit bin ich sehr ausgeglichen (9)	3,43	1,10	.64
ich habe das Gefühl, durchstarten zu können (12)	3,09	1,04	.54
ich überblicke meine Umgebung (19)	3,94	0,77	.40
ich habe alles im Griff (29)	3,33	0,92	.57
mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen (42)	3,19	1,09	.41
Skala 4: Psychisches Missbefinden			
ich bin kein selbstsicherer Mensch (7)	2,51	1,17	.45
ich habe wenig Erfolg (18)	2,09	1,10	.53
ich fühle mich gestresst und nervös (23)	2,61	1,31	.55
ich bin nicht glücklich (28)	2,05	1,09	.62
meine Stimmung ist gedrückt (32)	2,22	1,19	.65
ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus (39)	1,91	1,03	.68
Skala 5: Soziales Wohlbefinden			
ich würde gerne anderen Menschen helfen (4)	3,84	0,83	.34
ich habe jede Menge Freunde (5)	3,49	0,99	.48
ich habe das Gefühl, geliebt zu werden (6)	4,00	0,96	.38
ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten (15)	2,91	1,14	.40
ich kann ohne Probleme auf andere zugehen (16)	3,61	1,04	.45
anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage (26)	4,16	0,74	.39
ich habe das Gefühl, dass man mich braucht (27)	3,90	0,87	.44
mein Familienleben ist intakt (37)	3,91	0,87	.29
Skala 6: Soziales Missbefinden			
es ist schade, dass mich kaum jemand besucht (14)	2,33	1,10	.38
ich fühle mich verlassen (20)	1,71	0,97	.57
ich bedauere, dass ich mich auf meine Freunde nicht verlassen kann (25)	2,10	1,02	.45
ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht (33)	2,16	1,01	.52
ich habe mit mir selbst genug zu tun (35)	2,65	1,05	.42
ich habe niemanden, mit dem ich über alles reden kann (36)	1,83	1,05	.47
ich bin entbehrlich (40)	2,99	1,19	.25

Tabelle 5: Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbachs Alpha der aufsummierten Skalen des FAHW.

	M	SD	Cronbach's alpha
Körperliches Wohlbefinden	25,2	5,6	.87
Körperliches Missbefinden	14,1	5,5	.79
Psychisches Wohlbefinden	24,7	4,5	.77
Psychisches Missbefinden	13,2	4,8	.81
Soziales Wohlbefinden	29,9	4,4	.70
Soziales Missbefinden	15,7	4,6	.72
Summenwert Wohlbefinden	79,8	12,2	.75
Summenwert Missbefinden	43,0	12,4	.78
Gesamtwert Well-Being	36,9	21,6	.84

Tabelle 6: Skaleninterkorrelationen. Alle Korrelationen sind signifikant ($p < .01$).

	Skala 1	Skala 2	Skala 3	Skala 4	Skala 5	Skala 6
Skala 1		-.69	.67	-.52	.37	-.19
Skala 2			-.43	.56	-.19	.34
Skala 3				-.64	.52	-.31
Skala 4					-.40	.59
Skala 5						-.31
Skala 6						

Zur Beurteilung der Validität wurden Faktorenanalysen nach der Hauptachsenmethode mit anschließender Varimax-Rotation gerechnet. Bei der Hauptachsenmethode wurden die multiplen Korrelationen in die Hauptdiagonale der Korrelationsmatrix eingesetzt. Im Gegensatz zur Hauptkomponentenmethode, bei der die Datenreduktion im Vordergrund steht, steht bei der Hauptachsenmethode die Aufdeckung der Struktur im Vordergrund. Die Faktorenanalyse legt eine einfaktorielle Lösung nahe. Der Faktor 1 (Eigenwert 8,06) erklärt 96 Prozent der Gesamtvarianz. Die Faktorenladungen der Skalen liegen zwischen .49 und .79.

Tabelle 7: Ergebnisse der Faktorenanalyse nach Varimax-Rotation: Faktorenladungen der Skalen des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (FAHW).

Faktor 1	
Körperliches Wohlbefinden	.78
Körperliches Missbefinden	-.70
Psychisches Wohlbefinden	.79
Psychisches Missbefinden	-.78
Soziales Wohlbefinden	.51
Soziales Missbefinden	-.49

Im Rahmen verschiedener Studien wurde der FAHW zusammen mit der Beschwerdenliste von Zerssen (1976a), der Gesichterskala von Andrews und

Withey (1976), der deutsche Fassung des Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire von Fairbank et al. (1980), dem Tinnitusfragebogen von Goebel (2001), der Skala Seelische Gesundheit von Becker (1989), dem Kohärenzsinn nach Antonovski (1979), dem Fragebogen zur Sozialen Unterstützung von Sommer und Fydich (1979) bei Rehateilnehmern eingesetzt.

Tabelle 8: Korrelationen zwischen den Skalenwerten des FAHW, der Gesichterskala von Andrews und Withey (1976), der Beschwerdenliste 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 (Jahr) und dem Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire von Fairbank et al. (1980) ($p < 0.001$; $p < 0.05$).

	Gesichterskala (n=664)	Beschwerdenliste (n=150)	Beschwerdenliste (n=89)	Rückenbeschwerden (n=61)	Tinnitusgesamtscore (n=89)	Seelische Gesundheit (n=279)	Kohärenzsinn (n=142)	Soziale Unterstützung (n=152)
Körperliches Wohlbefinden	.39	-.50	-.57	-.28	-.39	.45	.36	.20
Körperliches Missbefinden	-.34	.56	.69	.55	.56	-.28	-.38	-.29
Psychisches Wohlbefinden	.42	-.41	-.39	-.22	-.28	.57	.58	.34
Psychisches Missbefinden	-.41	-.49	.52	.34	.47	-.49	-.72	-.49
Soziales Wohlbefinden	.19	-.23	n. s.	-.12	n. s.	.27	.62	.57
Soziales Missbefinden	-.23	.36	.25	.37	.30	-.25	-.60	-.60
Summenwert Wohlbefinden	.41	-.51	-.45	-.26	-.32	.56	.59	.40
Summenwert Missbefinden	-.39	.56	.62	.51	.54	-.41	-.66	-.53
Well-Being	.46	-.57	-.60	-.42	-.49	.53	.68	.51

Eine mit den Skalen, der Beschwerdenliste und der Gesichterskala durchgeführte Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode legt ebenfalls eine einfaktorielle Lösung (Eigenwert 4.35) nahe, die 64 Prozent der Gesamtvarianz erklärt.

Tabelle 9: Faktorenladungen aller Wohlbefindensskalen (n=141).

Faktor 1	
Körperliches Wohlbefinden	.81
Körperliches Missbefinden	-.77
Psychisches Wohlbefinden	.82
Psychisches Missbefinden	-.88
Soziales Wohlbefinden	.51
Soziales Missbefinden	-.68
Beschwerdenliste	-.65
Gesichterskala	.73

5 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 die Well-Being-Skala, die den Gesamtwert ausdrückt, 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 sprechen für die Eindimensionalität des Konstrukts Wohlbefinden. Die Faktorenanalyse nach der Hauptachsenmethode mit anschließender Varimaxrotation erbrachte einen bipolaren Faktor Allgemeines Wohlbefinden. 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 ausschließen. 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.

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.

Werden die Ergebnisse der Beschwerdenliste und der Gesichterskala mit in die Betrachtung einbezogen, so ist die enge Beziehung der Wohl- und Missbefindensaspekte untereinander erkennbar. Sowohl die Korrelationen der Skalen untereinander als auch die einfaktorielle Lösung der durchgeführten Faktorenanalysen bestätigen die Ergebnisse von Kammann et al. (1984).

Aufgrund der Eindimensionalität der Skalen und 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 Well-Being-Skala - mit der Gesichterskala 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.

Um so mehr subjektive Aspekte und Aspekte eines erweiterten Gesundheitsbegriffes im Sinne von Wohlbefinden und Lebensqualität zugrunde gelegt werden, um so 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.

6 Fragenbogenanwendung und Normwerte

6.1 Anwendung

Der FAHW liegt als Papier-Bleistift-Verfahren vor (siehe Anhang). Der Fragebogen wird 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 Tabelle 10) werden die Werte für die einzelnen Skalen berechnet.

Tabelle 10: 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 Summenscore Well-Being ergibt aus der Addition der positiven (körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden) und der Subtraktion der negativen Skalenwerte (körperliches, psychisches und soziales Missbefinden).

6.2 Normwerte

Bisher wurde der FAHW an 965 Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts eingesetzt. Es handelte sich um kranke Menschen (Koronarsportler, Rehaeteilnehmer, Tinnituspatienten), sporttreibende gesunde Erwachsene (Tennispieler, Freizeitreiter, Studiobesucher, Volleyballer, Hausfrauen, Studenten) und Schülerinnen und Schüler. Das Durchschnittsalter der Pbn. ergibt aus Tabelle 11. Vorläufige Normwerte für den Gesamtwert Well-Being sind in Tabelle 12 widergegeben.

Tabelle 11: 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 12: Vorläufige Normwerte für den Gesamwert Well-Being. Angabe der den Rohwerten zuzuordnenden Prozentrangwerte (PR) für verschiedene Stichproben.

	Kranke Erwachsene		Gesunde Erwachsene		Schüler	
PR	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.

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.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Becker, P. & Minzel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit*. Bd. 2. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- 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.
- 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. (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.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 47 (5), 1105 - 1117.
- 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.
- 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. Borgers, W. Karmaus & J. Korporal (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.
- 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 Kulturosoziologie der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Campus.
- 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., Karisch, G. & Wenzkat, P. B. (1987). Zur Effektivität von Gymnastikprogrammen für den HWS-Bereich. *Zeitschrift für Physikalische Medizin. Baln. Med. Klim*, 16, 262.

- Wydra, G. (1993). Bedeutung, Diagnose und Therapie von Gleichgewichtsstörungen. *Motorik*, 16 (3), 100 - 107..
- 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 (1976b). *Die Befindlichkeitsskala*. Weinheim: Beltz.
- Zerssen, D. von (1976a). *Die Beschwerdenliste*. 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.
- 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.
- 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., 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

FRAGEBOGEN ZUM ALLGEMEINEN HABITUELLEN WOHLBEFINDEN¹

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:

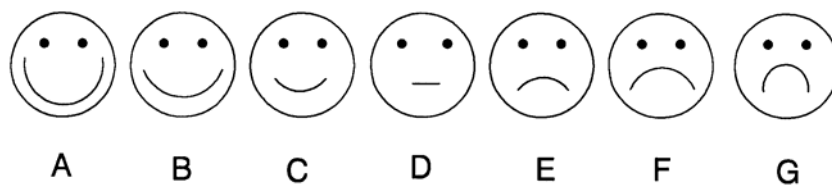
Beantworten Sie bitte alle Fragen! Wählen Sie in Zweifelsfällen die Antwort, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

¹ Fragebogen zum Allgemeinen Habituellen Wohlbefinden. Copyright Georg Wydra, Universität des Saarlandes, Postfach 15 11 50, 66041 Saarbrücken

	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					
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					

	Ja, genau so!	So ungefähr!	Ich weiß nicht!	So nicht!	So bestimmt nicht!
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					

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 ☐