



Übersetzung und kultursensitive Anpassung des Preferences for Everyday Living Inventory[©] für pflegerische Versorgungssettings

Tobias Ingo Stacke^{1,2} , Christina Manietta^{1,2}, Daniel Purwins^{1,2},
Johannes Michael Bergmann^{1,2}, Mike Rommerskirch-Manietta^{1,2}, Martina Roes^{1,2}

¹Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Witten

²Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten / Herdecke, Witten

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Die Berücksichtigung von individuellen Vorlieben von Menschen mit Pflegebedarf im Sinne einer personen-zentrierten Pflege erfordert eine systematische Erfassung von alltagsbezogenen Präferenzen. Das Preferences for Everyday Living Inventory (PELI) wurde hierfür in den USA entwickelt. *Ziel:* Ziel war es, das PELI-NH® (Nursing Home) in die deutsche Sprache zu übersetzen und kultursensitiv für die ambulante Pflege, Tagespflege sowie stationäre Pflege anzupassen. *Methoden:* Die deutsche Übersetzung des PELI-NH® erfolgte in Anlehnung an die ISPOR-Prinzipien in elf Schritten. Zentrale Schritte waren dabei die Vorwärtsübersetzung, das Expertengremium, das Cognitive Debriefing sowie die Rückübersetzung. *Ergebnisse:* Als Ergebnis der Übersetzung liegt mit dem PELI-D erstmalig ein 72 Item umfassendes deutschsprachiges Instrument zur Erfassung alltagsbezogener Präferenzen von Menschen mit Pflegebedarf für die ambulante Pflege (55 Items), Tagespflege (54 Items) und stationäre Pflege (65 Items) vor. *Schlussfolgerungen:* Das gewählte Vorgehen unterstützt die kritische Reflexion der Übersetzung eines Instruments und stellt dabei die kultursensitive Vergleichbarkeit zwischen der Ausgangs- und Zielsprache sicher. Inwieweit sich die settingspezifischen Versionen des PELI-D als praktikabel erweisen, bleibt noch zu überprüfen.

Schlüsselwörter: ISPOR-Prinzipien, Übersetzung, Präferenzen, personen-zentrierte Pflege, Preferences for Everyday Living Inventory

Translation and culture sensitive adaptation of the PELI (“Preferences for Everyday Living Inventory”) for nursing settings

Abstract: *Background:* The consideration of individual preferences of people with care needs in the sense of person-centred care requires a systematic recording of preferences related to everyday living. Therefore, the Preferences for Everyday Living Inventory (PELI) was developed in the USA. *Aim:* The aim was to translate the current version of the PELI-NH® (Nursing Home), into German (PELI-D) and to adapt this version in a culturally sensitive manner home care, adult day care and nursing home. *Methods:* The German translation of the PELI-NH® was carried out in eleven steps according to the ISPOR principles. Central steps were the forward translations, the expert panel, the cognitive debriefing and the backward translations. *Results:* As result of the translation the PELI-D (72 items) is the first comprehensive instrument in German language to assess everyday preferences of people with care needs in home care (55 items), adult day care (54 items) und nursing home (65 items). *Conclusion:* The selected procedure supports a critical reflection of the translation process and ensures the culturally sensitive comparability of the source language and the target language. The practicability of three setting specific versions of PELI-D needs be examined in further studies.

Keywords: ISPOR-principles, translation, preferences, person-centered care, Preferences for Everyday Living Inventory

Einleitung

Eine an den individuellen Vorlieben und Wünschen orientierte Pflege gewinnt unabhängig von den pflegerischen Versorgungssettings an Bedeutung (Van Haitsma et al., 2019). Für eine individuelle Pflege benötigen die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen unter anderem In-

formationen über die Präferenzen der Menschen mit Pflegebedarf. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die Erfassung von alltagsbezogenen Präferenzen die Umsetzung einer personen-zentrierten Pflege unterstützt und zur Verbesserung der pflegerischen Ergebnisse beiträgt (Cohen-Mansfield, Marx, Thein & Dakheel-Ali, 2010).

Was ist bereits bekannt?

Das PELI-NH® wurde in den USA entwickelt, um alltagsbezogene Präferenzen älterer Menschen mit Pflegebedarf systematisch zu erfassen.

Was ist neu?

Das PELI-NH® wurde ins Deutsche übersetzt sowie kultursensitiv für pflegerische Versorgungssettings angepasst.

Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

Das PELI-D kann zur systematischen Erfassung alltagsbezogener Präferenzen von älteren Menschen mit Pflegebedarf in pflegerischen Versorgungssettings dienen.

In den USA wurde das Preferences for Everyday Living Inventory®(PELI) zur systematischen Erfassung von Präferenzen älterer Menschen mit Pflegebedarf entwickelt (Carpenter, Van Haitsma, Ruckdeschel & Lawton, 2000; Van Haitsma et al., 2014; Van Haitsma, Kleban, Curyto & Towsley, 2014; Van Haitsma et al., 2013).

Vor Beginn dieser Studie stand kein mit dem PELI-NH® (Nursing Home) vergleichbares Instrument zur Erfassung von Präferenzen des täglichen Lebens von Menschen mit Pflegebedarf im deutschsprachigen Raum zur Verfügung (Rommerskirch-Manietta et al., 2021a). Vor diesem Hintergrund wurde das PELI-NH® übersetzt und kultursensitiv angepasst, um es anschließend in einer Pilotierung testen zu können (Stacke et al., 2020).

Grundlage der Übersetzung aus dem US-amerikanischen Englisch war die frei verfügbare Version des aktuellen PELI-NH® für die stationäre Langzeitpflege (Van Haitsma, 2013). Das PELI-NH® ist ein Assessment (Van Haitsma et al., 2013), das 72 Hauptfragen zu Aspekten des täglichen Lebens beinhaltet. Darin enthalten sind differenzierte Unterfragen (Van Haitsma, 2013), die als vertiefende Gesprächsanreize entwickelt wurden (Carpenter et al., 2000; Curyto, Van Haitsma & Towsley 2016).

Die Hauptfragen des PELI-NH® bestehen aus einem wiederkehrenden Frageduktus von „How important is it [for/to] you [...]“ und einer vierstufigen Likert-Antwortskala („Very important“ bis „Not important at all“) sowie zusätzlichen Antwortoptionen „Important, but can't do“ und „Non response“ (siehe Elektronisches Supplement ESM1). Werden die Hauptfragen mit „Very important“, „Somewhat important“ oder „Important, but can't do“ beantwortet, werden weitere Unterfragen zur Präzisierung der Präferenz gestellt, andernfalls wird mit der nächsten Hauptfrage fortgefahrene.

Die psychometrische Güte der Originalversion des PELI-NH® wurde in Studien mittels Augenscheininvalidität (Van Haitsma et al., 2013) und Test-Retest-Reliabilität untersucht (Van Haitsma et al., 2014a; Van Haitsma et al., 2014b).

Ziele

Das Ziel des Übersetzungsprozesses bestand darin, alle 72 Items des PELI-NH®, in Äquivalenz zum Original, in die

deutsche Sprache zu übersetzen und Versionen für die pflegerischen Versorgungssettings der ambulanten Pflege (d.h. pflegerische Versorgung in dem eigenen Zuhause), Tagespflege (d.h. temporäre Betreuung tagsüber in einer Einrichtung) und stationäre Pflege (d.h. eine zeitweise oder dauerhafte pflegerische Versorgung in einer Einrichtung) abzuleiten.

Methoden

Die Übersetzung des PELI-NH® in die deutsche Sprache erfolgte in Anlehnung an die Prinzipien der International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) für eine gute Praxis der kultursensitiven Übersetzung von Instrumenten zur Erfassung von Patient-Reported Outcomes (PRO).

Die ISPOR-Prinzipien wurden ausgewählt, da sie ein regelgeleitetes mehrstufiges Verfahren mit systematischer Reflexion bieten (Hoben et al., 2013; Mahler, Jank, Reuschensbach & Szecsenyi, 2009; Wild et al., 2009; Wild et al., 2005) und mit besseren Ergebnissen assoziiert werden als vergleichbare, aber einfachere Verfahren (Acquadro et al., 2008). Diese Prinzipien strukturieren die Übersetzung und berücksichtigen dabei den kulturellen Kontext der Ausgangs- und Zielsprache (Wild et al., 2005). Für die vorliegende Übersetzung und kultursensitive Anpassung waren die semantische Äquivalenz (d.h. die inhaltliche Vergleichbarkeit der übersetzten Items mit denen der Ausgangssprache) und die konzeptionelle Äquivalenz (d.h. die Vergleichbarkeit des Instrumentenaufbaus allgemein und für die verschiedenen Versorgungssettings mit dem Original) relevant (Acquadro et al., 2008; Hoben et al., 2013).

Ergänzend zu den ISPOR-Prinzipien wurde in Anlehnung an Hoben et al. (2013) ein Expertengremium gebildet, um die Qualität der Übersetzung durch die (pflege)

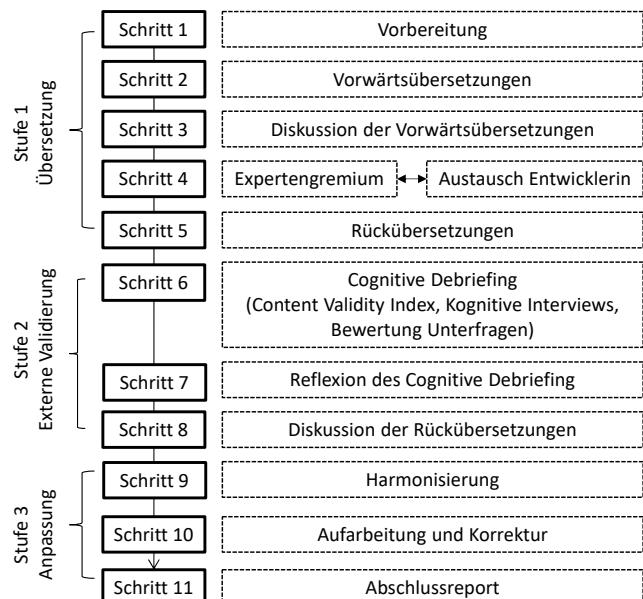


Abbildung 1. Ablauf der Übersetzung des PELI-NH®.

wissenschaftliche Perspektive zu steigern. Des Weiteren wurden im Cognitive Debriefing unter anderem Daten zur Berechnung des Content Validity Index (CVI) gemäß Polit & Beck (2006) und Polit, Beck & Owen (2007) erhoben, um die Inhaltsvalidität des übersetzten Instruments bewerten zu können.

Der realisierte Übersetzungsprozess lässt sich in drei Stufen (Übersetzung, Externe Validierung, Anpassung) und elf Schritte gliedern (siehe Abb. 1). Die Verwendung des Begriffs „Item“ inkludiert im Folgenden Haupt- und Unterfragen sowie Antwortoptionen, sofern nicht explizit auf ein bestimmtes Element verwiesen wird.

Stufe 1: Übersetzung

In der Vorbereitung (Schritt 1) wurden die Übersetzungsstritte terminiert, organisiert und die notwendigen Kooperationen vereinbart.

Daraufhin wurden zwei Vorwärtsübersetzungen (Schritt 2) unabhängig voneinander durchgeführt und in Anlehnung an Hoben et al. (2013) die subjektiv empfundene Schwierigkeit der jeweiligen Übersetzung auf Itemebene eingeschätzt („eher leicht“ / „eher schwer“) und offen kommentiert. Voraussetzungen für die Vorwärtsübersetzenden waren Forschungserfahrung, Deutsch als Muttersprache (Zielsprache) und sehr gute Englischkenntnisse (Ausgangssprache).

In der Diskussion der Vorwärtsübersetzungen (Schritt 3) wurden alle übersetzten Items gemeinsam von den Vorwärtsübersetzenden abgeglichen, diskutiert und in einer deutschsprachigen Version konsentiert (Wild et al., 2005). Zudem wurde für jedes Item vermerkt, ob sich die beiden Vorwärtsübersetzungen (Schritt 2) „exakt gleichen“, „mäßig voneinander unterschieden“ oder „stark voneinander unterschieden“ (Einschätzung 1). Diskrepanzen wurden als „mäßig [...]“ eingestuft, wenn Synonyme oder eine abweichende grammatischen Satzstellung verwendet wurden oder der Inhalt der Übersetzung gleich war. Unterschied sich die Bedeutung oder Satzstruktur wesentlich, wurde dies als starker Unterschied gewertet (Hoben et al., 2013). Ergänzend nahmen die Vorwärtsübersetzenden gemeinsam eine subjektive Bewertung dahingehend vor, ob die Zusammenführung der beiden Übersetzungen je Item „leicht zu realisieren“ oder „schwer zu realisieren“ war (Einschätzung 2). Als „schwer zu realisieren“ galt eine Zusammenführung, wenn das Finden eines Konsenses viel Zeit in Anspruch nahm, mehrere Perspektiven berücksichtigt werden mussten oder es keine eindeutige Lösung gab (Hoben et al., 2013). Items, die sich in der Diskussion der Vorwärtsübersetzungen „mäßig voneinander unterschieden“ oder „stark [...]“ (Einschätzung 1) und/oder für die Zusammenführung als „schwer zu realisieren“ eingeschätzt wurden (Einschätzung 2), wurden als „herausfordernd“ definiert, mit dem Ziel diese im Rahmen des Expertengremiums (Schritt 4) intensiver zu diskutieren.

Als zusätzlicher Schritt wurde ein Expertengremium (Schritt 4) geplant, um durch eine fachliche und konzeptuelle Reflexion aller Items eine inadäquate Übersetzung zu vermeiden (McKenna & Doward, 2005). Dafür wurden vier Expertinnen und Experten eingeplant, die mehrjährige praktische und/oder wissenschaftliche Bezüge zur Pflege haben. Es wurden drei Sitzungen mit einem zeitlichen Umfang von jeweils vier Stunden geplant. Die Reflexion des Instruments erfolgte hinsichtlich der inhaltlichen Gültigkeit und Verständlichkeit aus (pflege-)wissenschaftlicher Perspektive. Ergänzend zum Expertengremium wurde ein Treffen mit der Entwicklerin des PELI-NH® realisiert, um die Ergebnisse aus den vorangegangenen Übersetzungsschritten und das Instrument zu reflektieren.

Die zwei im Anschluss durchgeföhrten unabhängigen Rückübersetzungen (Schritt 5) dienten im Wesentlichen der Reflexion, ob die äquivalenten Bedeutungen zwischen dem Instrument in der Ausgangs- und Zielsprache erreicht wurden. Dies erfolgte unter Einbindung von Personen mit sehr guten Sprachkenntnissen der Zielsprache und muttersprachlicher Kenntnis in der Ausgangssprache (Wild et al., 2005).

Stufe 2: Externe Validierung

Ziel dieser Stufe war die Reflexion des übersetzten PELI-NH® bezogen auf die Verständlichkeit, Kultursensitivität sowie Eignung der Items mit dem Fokus auf die Zielgruppe und auf das jeweilige pflegerische Versorgungssetting. Bezugnehmend auf Wild et al. (2005) wurde die Methode des Cognitive Debriefing (Schritt 6) mit den Anwendenden des Instruments (Pflegenden) geplant, da eine Berücksichtigung älterer Menschen mit Pflegebedarf bereits im Entwicklungsprozess des Originalinstrumentes erfolgte (Housen et al., 2008; Van Haitsma et al., 2014b). Das Cognitive Debriefing wird in der Literatur als eine Methode zur Überprüfung einer Übersetzung bezogen auf ihre Verständlichkeit, Interpretation und kulturelle Relevanz definiert (Mahler et al., 2009; Willis, 2005). Chronologisch wurden drei Bestandteile im Cognitive Debriefing realisiert: Content Validity Rating, Kognitive Interviews und eine schriftliche Befragung. Für die Teilnahme am Cognitive Debriefing wurden jeweils vier Pflegende aus der ambulanten Pflege, der Tagespflege sowie der stationären Pflege eingeplant, die über die Kooperationspartner der Studie rekrutiert wurden. Diese hatten keine praktischen Erfahrungen in der Anwendung des Instruments. Folgende Einschlusskriterien wurden festgelegt: eine mindestens dreijährige staatlich anerkannte Ausbildung in einem Pflegeberuf, das Vorliegen einer mindestens einjährigen Praxiserfahrung in der Pflege beim Kooperationspartner und während des Projektzeitraums einen Stellenanteil von mindestens 50 % beim Kooperationspartner. Die Datenerhebung für das Cognitive Debriefing erfolgte für jedes der drei pflegerischen Versorgungssettings separat in jeweils zwei Sitzungen.

Zu Beginn des Cognitive Debriefing wurden die Daten für den CVI erhoben. Hierfür wurden die Teilnehmenden gebeten, im Rahmen eines Interviews mittels eines standardisierten Fragebogens die Verständlichkeit („verständ-

lich“ / „unverständlich“) und Anwendbarkeit („geeignet“ / „ungeeignet“) im jeweiligen pflegerischen Versorgungssetting für alle 72 Hauptfragen einzuschätzen. Wurde eine Hauptfrage als „unverständlich“ oder „ungeeignet“ eingeschätzt, wurden die Teilnehmenden aufgefordert, diese Entscheidung zu begründen. Die Daten wurden in Microsoft Office Excel 2016 aufbereitet. Für jede Hauptfrage wurde die relative Häufigkeit der dichotomen Werte für die Verständlichkeit und Eignung berechnet. Hierbei wurde „verständlich“ / „geeignet“ mit 1 und „unverständlich“ / „ungeeignet“ mit 0 kodiert und anschließend durch die Anzahl der Pflegenden je Setting geteilt. Der daraus resultierende Wert wird als I-CVI (Item-CVI) bezeichnet und wurde genutzt, um Hinweise auf die Inhaltsvalidität auf Itemebene zu erhalten (Ausserhofer, Gnass, Meyer & Schwendimann, 2012). Zur Interpretation des I-CVI bezogen auf die Eignung und Verständlichkeit wurden alle I-CVI-Werte $> 0,78$ für die anschließende Diskussion im Expertengremium als „verwendbar“ (Polit, Beck & Owen, 2007), Items mit vollkommender Ablehnung (I-CVI = 0) als „wenig verwendbar“ und alle anderen Einschätzungen (I-CVI > 0 bis $\leq 0,78$) als diskussionswürdig markiert.

Als zweiter Bestandteil des Cognitive Debriefing wurden Kognitive Interviews durchgeführt, um das semantische und sinnstrukturelle Verständnis der Hauptfragen in Face-to-Face Einzelinterviews mit den Teilnehmenden zu reflektieren. Hierfür wurde die Vorgehensweise des Verbal Probing nach Willis (2005) für Kognitive Interviews genutzt, indem gezielte Verbal Probing Fragen zur Reflexion der Hauptfragen gestellt wurden (siehe ESM2). Darüber hinaus wurden vereinzelt Wörter oder Paraphrasen reflektiert. Vor dem Hintergrund des Instrumentenumfangs (72 Hauptfragen) und begrenzten Zeitrahmens wurde entschieden, jede Hauptfrage durch insgesamt zwei Teilnehmende pro Setting reflektieren zu lassen. Zu Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden gebeten, sich bei der Beantwortung der Fragen bis zu drei Menschen mit Pflegebedarf mit maximal leichter kognitiver Einschränkung vorzustellen und deren Perspektive bei der Beantwortung der Fragen mit zu berücksichtigen. Die Interviews wurden audiotecnisch aufgezeichnet. Die Auswertung erfolgte bezugnehmend auf Mayrings (2011) zusammenfassende Inhaltsanalyse, indem Paraphrasen gebildet und diese anhand der Fragen des Verbal Probing generalisiert wurden.

Der letzte Aspekt des Cognitive Debriefing bestand aus schriftlichen Befragungen mittels Fragebögen zur Bewertung der Anwendbarkeit (Anwendbarkeit analog zum CVI; „geeignet“ / „ungeeignet“) der Unterfragen sowie deren Antwortoptionen für das jeweilige Pflegesetting mit der Option Änderungsvorschläge notieren zu können. Die Angaben zu Anwendbarkeit und die offenen Antworten wurden hinsichtlich ihrer Plausibilität überprüft, um sie für die Überarbeitung des PELI-D im nächsten Schritt (7) nutzen zu können.

Die Reflexion des Cognitive Debriefing (Schritt 7) erfolgte durch drei Personen des Projektteams mit mehrjährigen praktischen und / oder wissenschaftlichen Bezügen zur Pflege. Mit Schwerpunkt auf die Hauptfragen wurde disku-

tiert und vermerkt, welche Items sich aus Sicht der Teilnehmenden am Cognitive Debriefing nicht für die Anwendung in den einzelnen Versorgungssettings eigneten. Dies erfolgte unter Berücksichtigung kultursensitiver und kontextbezogener Aspekte durch Hinzuziehung der qualitativen Ergebnisse aus den Kognitiven Interviews sowie der jeweiligen I-CVI-Werte und deren Begründung. Die Interpretationen der I-CVI-Werte zur Eignung wurden als Indikatoren für den Ein- bzw. Ausschluss von Items verwendet, wovon nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen wurde. Die Interpretation des I-CVI zur Verständlichkeit wurden als Anregung zur Reformulierung der Fragen verwendet.

In der Diskussion der Rückübersetzung (Schritt 8) wurden die Ergebnisse der beiden Rückübersetzungen durch zwei Personen des Projektteams unabhängig voneinander verglichen. Anschließend wurde die Originalversion des PELI-NH® den rückübersetzten Versionen (Schritt 5) gegenübergestellt, um eine semantische und konzeptionelle Äquivalenz sicherzustellen. Auffälligkeiten wurden vermerkt und in den Schritt 9 (Harmonisierung) überführt.

Stufe 3: Anpassung

Mit dem Ziel Übersetzungsdifferenzen zu erkennen und zu beheben (Wild et al., 2005) wurden innerhalb der Harmonisierung (Schritt 9) die in der Diskussion der Rückübersetzung (Schritt 8) erkannten Differenzen und offenen Fragen durch zwei Projektmitarbeitende konsentiert (Wild et al., 2005).

Anschließend wurden im Rahmen der Aufarbeitung und Korrektur (Schritt 10) sprachliche und inhaltliche Überarbeitungen auf Grundlage vorheriger Schritte durch Projektmitarbeitende vorgenommen und eine finale settingspezifische Version erstellt.

Anstelle eines separaten Abschlussreports (Schritt 11) zur Übersetzung (Wild et al., 2005), ist ein Abschlussbericht zum Gesamtprojekt in Vorbereitung.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Übersetzungsprozesses anhand der drei Stufen Übersetzung, externe Validierung und Anpassung dargestellt.

Stufe 1: Übersetzung

In Vorbereitung (Schritt 1) auf die Übersetzung wurde mit der Entwicklerin des PELI-NH® eine Zusammenarbeit vereinbart. Zudem konnten jeweils zwei Vor- und Rückübersetzende, elf Teilnehmende für das Cognitive Debriefing sowie vier Mitarbeitende des Projektteams für das Expertengremium rekrutiert werden. Alle sechs (Ko-)Autorinnen und Autoren waren in unterschiedlichen Schritten des Übersetzungsprozesses beteiligt.

Für die Vorwärtsübersetzungen (Schritt 2) wurden den Teilnahmevoraussetzungen entsprechend zwei Projektmitarbeitende rekrutiert. Diese übersetzten unabhängig voneinander alle 355 Itembestandteile des PELI-NH®; d.h. 239 Fragen (72 Haupt- und 167 Unterfragen) und 116 Antwortoptionen (siehe ESM3). Dabei wurden wiederkehrenden Elementen wie z.B. die Unterfragen „notes“ und „comments on order of routine“ nur einmal übersetzt und bewertet.

In der Diskussion der Vorwärtsübersetzungen (Schritt 3) wurde eine konsentierte Übersetzung der 355 Itembestandteile erarbeitet. Dabei nahmen die Vorwärtsübersetzenden gemeinsame eine Einschätzung bezüglich der Unterschiede der beiden Vorwärtsübersetzungen (Einschätzung 1) sowie der Schwierigkeit einer konsentierten Übersetzung (Einschätzung 2) vor. Die Ergebnisse dieser Einschätzungen sind im ESM4 abgebildet. Aus den Einschätzungen bezogen auf die Unterschiede (Einschätzung 1) und der Schwierigkeit (Einschätzung 2) resultierte die Anzahl der „herausfordernden“ Items (Abb. 2).

Die Analyse zeigte, dass Items als „herausfordernd“ definiert wurden, wenn einzelne Begriffe im Kontext von Alltags- und Fachsprache unterschiedlich verwendet wurden, wie beispielsweise „to care“. Auch wurden Items mit mehrdeutigen Wörtern (z.B. „shopping“ oder „bathe“), sowie fehlende oder mehrdeutigen Phrasen in der Ausgangssprache (z.B. „spend one on one time“, „take-out-food“ oder „spend time by yourself“) als herausfordernd definiert.

Für das Expertengremium (Schritt 4) wurden unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien und aus praktikablen Gründen die Teilnehmenden aus dem Projektteam rekrutiert. Alle 72 Items des übersetzten PELI-NH® wurden diskutiert (Beispiel: siehe ESM5). Als Ergebnis des Expertengremiums wurde eine überarbeitete Version der Vorwärtsübersetzung erstellt.

Auf das erste Treffen des Expertengremiums folgte ein Treffen mit der Entwicklerin des PELI-NH®. Hierbei wurden insbesondere einzelne Formulierungen (z.B. die unterschiedliche Verwendung von „do you like“ und „would you like“) thematisiert. Diesbezüglich wurde durch das Expertengremium festgelegt, dass bei der weiteren Übersetzung, wenn möglich, auf die Verwendung des Konjunktivs verzichtet werden sollte.

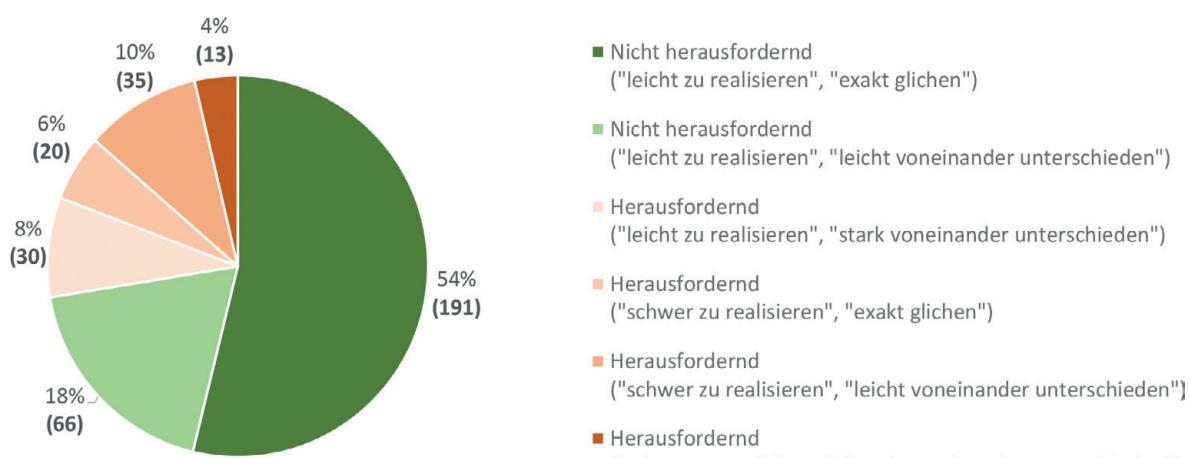


Abbildung 2. Einschätzungen (n = 355) zur Herausforderung beim Übersetzen der Items.

Die Rückübersetzungen (Schritt 5) in die Ausgangssprache des Instruments wurden von zwei professionellen Übersetzerinnen vorgenommen. Abweichend von den ISPOR-Prinzipien konnten die Rückübersetzungen nicht vor Beginn des Cognitive Debriefing (Schritt 6) beendet werden. Der Vergleich der Übersetzungen zwischen Ausgangs- und Zielsprache wurde daher in Schritt 8 realisiert.

Stufe 2: Externe Validierung

An dem Cognitive Debriefing (Schritt 6) nahmen insgesamt elf Personen teil; drei aus der ambulanten Pflege und jeweils vier aus der Tagespflege und stationären Pflege. Eine Person wurde abweichend von den Einschlussbedingungen aufgrund ihrer langjährigen Expertise in der Tagespflege auch ohne eine Ausbildung in der Pflege eingeschlossen.

Die auf dem Content Validity Rating basierenden Werte sind im ESM6 dargestellt. Zusammenfassend wurden im ambulanten Setting 16 Items, im Setting Tagespflege 33 Items und im stationären Setting 30 Items mit einem I-CVI-Wert von 1,00 als geeignet bewertet. Hinsichtlich der Verständlichkeit wurden im ambulanten Setting 58 Items, im Setting Tagespflege 58 Items, und im stationären Setting 62 Items mit einem I-CVI-Wert von 1,00 bewertet.

Im Rahmen der Kognitiven Interviews wurden aus organisatorischen Gründen die 72 Hauptfragen aufgeteilt. Die Hauptfragen 1–18 und 55–72 wurden von sechs Teilnehmenden reflektiert, wohingegen 19–37 und 38–54 von fünf, statt wie geplant von sechs Teilnehmenden, reflektiert wurden (siehe ESM7; Beispiel: ESM8).

Die schriftlichen Befragungen bezogen auf die Anwendbarkeit der Unterfragen und deren Antwortoptionen konnten wie geplant umgesetzt werden (Beispiele: siehe ESM9). Diese Ergebnisse flossen in die Reflexion des Cognitive Debriefing ein (Schritt 7) und unterstützten die Entscheidung zur sprachlichen Modifikation der Items, unabhängig vom Versorgungssetting.

Die Reflexion des Cognitive Debriefing (Schritt 7) konnte wie geplant durchgeführt werden. Insgesamt wurden 33 der 72 Items anhand der Ergebnisse der Kognitiven Interviews

settingübergreifend sprachlich modifiziert (siehe ESM6; Beispiele: ESM10).

Die Diskussion der Rückübersetzungen (Schritt 8) erfolgte wie geplant, sodass im Ergebnis eine Verschriftlichung der identifizierten Differenzen vorlag. Im Wesentlichen wurden die unterschiedlichen Nuancierungen zwischen den Rückübersetzungen diskutiert und deren Relevanz für die kultursensitive Übersetzung in die deutsche Sprache erörtert (Beispiel: ESM11).

Stufe 3: Anpassung

Die Harmonisierung (Schritt 9) der bestehenden Übersetzungen erfolgte planmäßig durch die beteiligten Personen aus Schritt 8 sowie der Entwicklerin des PELI-NH®. In chronologischer Reihenfolge des Instruments wurden Differenzen und Anmerkungen zur sprachlichen und kultursensitiven Konkretisierung besprochen und Formulierungen berücksichtigt, die im bisherigen Übersetzungsprozess ungeklärt blieben (Beispiel: siehe ESM12).

In der Aufarbeitung und Korrektur (Schritt 10) wurde unter Berücksichtigung aller vorangegangenen Schritte eine deutschsprachige 72-Itemversion erstellt, die als „PELI-D“ bezeichnet wird. Zudem wurden anhand der Reflexion des Cognitive Debriefing (Schritt 7) aus der 72-Itemversion drei settingspezifische PELI-D Versionen abgeleitet. Die abgeleiteten settingspezifischen Versionen waren sprachlich identisch und enthielten für die ambulante Pflege 55 Items, für die Tagespflege 54 Items und für die stationäre Pflege 65 Items.

Im ESM13 sind exemplarisch ausgewählte Schritte der kultursensitiven Übersetzung einer Hauptfrage dargestellt.

Diskussion

Durch das mehrstufige Übersetzungsverfahren nach den ISPOR-Prinzipien konnte eine systematische Übersetzung des PELI-NH®, unter Berücksichtigung semantischer und konzeptioneller Äquivalenz, erfolgen. Die Kultursensitivität der Übersetzung konnte durch die Einbindung von Muttersprachlerinnen und -sprachlern, der Entwicklerin des PELI-NH®, von Pflegenden aus den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungssettings sowie durch ein Expertengremium mit wissenschaftlicher und pflegepraktischer Expertise sichergestellt werden. Im Ergebnis wurden eine umfassende 72-Itemversion des PELI-D sowie drei daraus abgeleitete settingspezifische Versionen erstellt. Die Schrittfolge der ISPOR-Prinzipien wurde prozessbedingt modifiziert, da die Diskussion der Rückübersetzungen (Schritt 8) erst nach dem Cognitive Debriefing (Schritt 6) realisiert werden konnte. Dieser Abweichung wurde mit einem erhöhten Maß an Austausch mit der Entwicklerin begegnet.

In Stufe 1 des kultursensitiven Übersetzungsprozesses wurden vor allem abstrakte Überlegungen, bezogen auf unterschiedliche Bedeutungen einzelner Begriffe, kultu-

relle Unterschiede der pflegerischen Versorgung sowie der erwartbaren Anforderungen an ein Instrument zur Erfassung von Präferenzen umgesetzt. Das zusätzliche Expertengremium entsprach den geforderten Erwartungen, die Qualität der Vorwärtsübersetzung hinsichtlich der Äquivalenz zu steigern (Hoben et al., 2013). Ebenso wie in der Literatur dargestellt (Hoben et al., 2013; Mahler et al., 2009), zeigten sich unterschiedliche Herausforderungen bei der semantischen und kultursensitiven Anpassung (z.B. unterschiedliche Fachbegriffe, komplexe grammatischen Ausformulierungen oder fehlende Begriffe/Phrasen in der Zielsprache).

In Stufe 2 des Übersetzungsprozesses bestätigte sich der in der Literatur ausgewiesene Mehrwert durch den Einbezug von Vertretenden der intendierten Anwendenden des Instruments (professionelle Pflegende) im Cognitive Debriefing (Amsler, Konig, Ikhilov & Cignacco, 2014; Eberl & Bartholomeyczik, 2010; Hoben et al., 2014; Hoben et al., 2013; Wild et al., 2005; Zuaboni et al., 2015). Die Erreichung einer hinreichenden Äquivalenz erwies sich stellenweise als herausfordernd, da Kriterien für die hinreichende Äquivalenz nicht eindeutig definiert und daher stets als Annäherungsprozess zu verstehen sind (Eberl & Bartholomeyczik, 2010).

In Stufe 3 wurde die Harmonisierung der verschiedenen Übersetzungsschritte wurde, wie auch in der Literatur beschrieben (Amsler et al., 2014; Hoben et al., 2013; Mahler et al., 2009), als zugleich voraussetzungsvoll und bereichernd angesehen.

Limitationen

Innerhalb des Cognitive Debriefing wurde im Setting der Tagespflege eine Person eingeschlossen, die geringfügig von den Einschlusskriterien abwich sowie im Setting der ambulanten Pflege aufgrund einer geringen Teilnehmeranzahl vereinzelte Items nicht zweimal reflektiert. Weiterhin wurde in enger Absprache mit der Entwicklerin des PELI-NH® entschieden, dass Pflegende als Anwendende des Instrumentes im Cognitive Debriefing interviewt werden. Vor dem Hintergrund, dass ältere Menschen mit Pflegebedarf nicht in die Übersetzung eingebunden wurden, können bisher keine Aussagen zur Eignung oder zum Verständnis des PELI-D aus deren Perspektive getroffen werden.

Hinsichtlich des Content Validity Ratings ist darauf hinzuweisen, dass die Antwortoptionen bereits vor der Datenerhebung dichotomisiert wurden. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die vorzeitige Reduzierung der Anzahl an Antwortoptionen das Antwortverhalten beeinflusst hat. Die Einbeziehung der I-CVI-Werte erfolgte bei niedriger, aber akzeptabler, settingspezifischer Fallzahl (Lynn, 1986; Polit, Beck & Owen, 2007). Entgegen der von Lynn (1986) vorgeschlagenen Interpretation und Verwendung der I-CVI-Werte wurden in der Reflexion des Cognitive Debriefing (Schritt 7) auch Hauptfragen berücksichtigt, die für die vorliegende Fallzahl nicht geeignet erschienen. Auf die empfohlene Wiederholungsbefragung

(Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006) wurde aus Gründen der Ressourcen im Projekt verzichtet.

Auf die Wiederholung einzelner ISPOR-Schritte (Wild et al., 2005) wurde verzichtet. Der Grund dafür bestand darin, dass die zeitlichen Anforderungen des Verfahrens bereits bei einem einfachen Durchgang verhältnismäßig hoch waren. Demgegenüber bewährten sich die enge Reflexion mit der Entwicklerin und die Ergänzung um das Expertengremium, wodurch inkongruente Aspekte effizient identifiziert und klarend diskutiert werden konnten.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Das PELI-NH® wurde in eine deutsche 72-Itemversion übersetzt, gekürzt und als Grundlage für drei settingspezifische Versionen des PELI-D genutzt. Somit liegt nach kultursensitiver Anpassung je eine Version für die ambulante Pflege (55 Items), die Tagespflege (54 Items) und die stationäre Pflege (65 Items) in deutscher Sprache vor.

Die ISPOR-Prinzipien in Kombination mit dem Expertengremium und dem Cognitive Debriefing stellten ein praktikables Verfahren für den systematischen Übersetzungsprozess von Instrumenten dar. Durch die Verwendung der ISPOR-Prinzipien konnten aktuelle wissenschaftliche Anforderungen an die Instrumentenübersetzung realisiert werden, die sich unter anderem durch hohe Transparenz, Mehrstufigkeit und den Einbezug theoretischer sowie anwendungsbezogener Perspektiven auszeichneten. Die zusätzliche Einbindung eines Expertengremiums und die Nutzung des Content Validity Rating erwiesen sich als sinnhafte Ergänzung zur Verbesserung einer äquivalenten Übersetzung des PELI-NH®.

Mit Abschluss dieser Übersetzung steht, nach einer erfolgreichen psychometrischen Testung, mit dem PELI-D erstmalig ein deutschsprachiges Instrument zur Erfassung von Präferenzen des täglichen Lebens von Menschen mit Pflegebedarf in drei verschiedenen pflegerischen Versorgungssettings bereit.

Inwieweit sich die übersetzten settingspezifischen Versionen des PELI-D in der Anwendung für älteren Menschen mit Pflegebedarf als praktikabel erweisen, wird in der nächsten Projektphase überprüft. Hier sollen anhand der drei PELI-D Versionen settingspezifische Analysen zur Reliabilität, Validität und Praktikabilität durchgeführt werden (Stacke et al., 2020). Des Weiteren wurde in einer explorativen Analyse untersucht, welche mit dem PELI-D erhobenen Präferenzen in der Pflegedokumentation verschriftlicht wurden (Rommerskirch-Manietta et al., 2021b).

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000824>.

ESM1. Auszug aus dem PELI-NH®

ESM2. Leitfaden zu den Kognitiven Interviews (Schritt 6).

ESM3. Einschätzung zur Schwierigkeit der Vorwärtsübersetzungen (Schritt 2).

ESM4. Einschätzungen in der Diskussion der Vorwärtsübersetzungen (Schritt 3).

ESM5. Exemplarisches Ergebnis aus der Diskussion im Expertengremium (Schritt 4).

ESM6. I-CVI Ergebnisse für alle drei Versorgungssettings.

ESM7. Verteilung der PELI Hauptfragen in den Kognitiven Interviews (Schritt 6).

ESM8. Exemplarisches Ergebnis aus einem Kognitiven Interview (Schritt 6).

ESM9. Exemplarische Ergebnisse aus der Reflexion der Unterfragen; exklusive der Antwortoptionen (Schritt 6).

ESM10. Exemplarische Ergebnisse aus der Reflexion des Cognitive Debriefing (Schritt 7).

ESM11. Exemplarisches Ergebnis aus der Diskussion der Rückübersetzungen (Schritt 8).

ESM12. Exemplarisches Ergebnis aus der Harmonisierung (Schritt 9).

ESM13. Entwicklung einer PELI Frage in den Schritten der Übersetzung.

Literatur

- Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., Aaronson, N., European Regulatory, I. & Quality of Life Assessment, G. (2008). Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Value in Health*, 11 (3), 509–521.
- Amsler, M., Konig, C., Ikhilow, P.O. & Cignacco, E. L. (2014). Deutsche Übersetzung und Adaptation der „Uncertainty Stress Scale High Risk Pregnancy Version II“ (USS-HRPV) für hospitalisierte Frauen mit Risikoschwangerschaft. *Pflege*, 27 (3), 179–189.
- Ausserhofer, D., Gnass, I., Meyer, G. & Schwendimann, R. (2012). Die Bestimmung der Inhaltsvalidität anhand des Content Validity Index am Beispiel eines Instruments zur Erfassung des Sicherheitsklimas im Krankenhaus. *Journal für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis*, 3, 151–158.
- Carpenter, B. D., Van Haitsma, K. S., Ruckdeschel, K. & Lawton, M. P. (2000). The Psychosocial Preferences of Older Adults: A Pilot Examination of Content and Structure. *The Gerontologist*, 40 (3), 335–348.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Thein, K. & Dakheel-Ali, M. (2010). The impact of past and present preferences on stimulus engagement in nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*, 14 (1), 67–73.
- Curyto, K., Van Haitsma, K.S. & Towsley, G.L. (2016). Cognitive Interviewing: Revising the Preferences for Everyday Living Inventory for Use In the Nursing Home. *Research in Gerontological Nursing*, 9 (1), 24–34.
- Eberl, I. & Bartholomeyczik, S. (2010). Die Übertragung des Belgischen Nursing Minimum Data Set II (B-NMDS II) auf bundesdeutsche Krankenhäuser. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase zum Übersetzungs- und Adoptionsprozess des Instruments. *Pflege*, 23 (5), 309–319.
- Hoben, M., Bär, M., Mahler, C., Berger, S., Squires, J. E., Estabrooks, C. A. et al. (2014). Linguistic validation of the Alberta Context Tool and two measures of research use, for German residential long term care. *BMC Research Notes*, 7 (1), 1–12.
- Hoben, M., Mahler, C., Bär, M., Berger, S., Squires, J. E., Estabrooks, C. A. et al. (2013). German translation of the Alberta context tool

- and two measures of research use: methods, challenges and lessons learned. *BMC Health Services Research*, 13 (1), 1–12.
- Housen, P., Shannon, G. R., Simon, B., Edelen, M. O., Cadogan, M. P., Sohn, L. et al. (2008). What the resident meant to say: use of cognitive interviewing techniques to develop questionnaires for nursing home residents. *Gerontologist*, 48 (2), 158–169.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and Quantification Of Content Validity. *Nursing Research*, 35 (6), 382–386.
- Mahler, C., Jank, S., Reuschenbach, B. & Szecsenyi, J. (2009). „Komm, lass uns doch schnell mal den Fragebogen übersetzen“ Richtlinien zur Übersetzung und Implementierung englischsprachiger Assessment-Instrumente. *Journal für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis*, 1, 5–12.
- Mayring, P. (2011). *Qualitative Inhaltsanalyse* (11. aktual. u. überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- McKenna, S. P. & Doward, L. C. (2005). The Translation and Cultural Adaptation of Patient-Reported Outcome Measures. *Value in Health*, 8 (2), 89–91.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29 (5), 489–497.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30 (4), 459–467.
- Rommerskirch-Manietta, M., Roes, M., Stacke, T. I., Manietta, C., Bergmann, J. M. & Purwins, D. (2021a). Präferenzen von Menschen mit Pflegebedarf. *HeilberufeScience*. doi:10.1007/s16024-020-00346-4.
- Rommerskirch-Manietta, M., Roes, M., Palm, R., Albers, B., Müller-Widmer, R., Stacke, T. I. et al. (2021b). Präferenzen des alltäglichen Lebens in der Pflegedokumentation – Eine explorative Dokumentenanalyse in verschiedenen pflegerischen Settings. *Pflege*, 1–12. doi.org/10.1024/1012-5302/a000811.
- Stacke, T. I., Bergmann, J. M., Ströbel, A. M., Müller-Widmer, R., Purwins, D., Manietta, C. et al. (2020). Preferences for everyday living inventory (PELI): study protocol for piloting a culture-sensitive and setting-specific translated instrument in German care settings (PELI-D). *BMJ Open*, 10 (1), 376–384. doi:10.1136/bmjopen-2019-030268.
- Van Haitsma, K. S., Abbott, K. M., Arbogast, A., Bangerter, L. R., Heid, A. R., Behrens, L. L. et al. (2019). A Preference-Based Model of Care: An Integrative Theoretical Model of the Role of Preferences in Person-Centered Care. *Gerontologist*, 60 (3). doi:10.1093/geront/gnz075
- Van Haitsma, K. S., Crespy, S., Humes, S., Elliot, A., Mihelic, A., Scott, C. et al. (2014a). New toolkit to measure quality of person-centered care: development and pilot evaluation with nursing home communities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15 (9), 671–680.
- Van Haitsma, K. S., Kleban, M., Curyto, K. J., Towsley, G. (2014b). Assessing Preferences for Everyday Living in the Nursing Home: Reliability and Concordance Issues.
- Van Haitsma, K. S., Curyto, K., Spector, A., Towsley, G., Kleban, M., Carpenter, B. et al. (2013). The Preferences for Everyday Living Inventory: Scale Development and Description of Psychosocial Preferences Responses in Community-Dwelling Elders. *Gerontologist*, 53 (4), 582–595.
- Van Haitsma, K. S. (2013). Preferences for Everyday Living Inventory – Nursing Home version (PELI-NH®).
- Wild, D., Eremenco, S., Mear, I., Martin, M., Houchin, C., Gawlicki, M. et al. (2009). Multinational trials-recommendations on the translations required, approaches to using the same language in different countries, and the approaches to support pooling the data: the ISPOR Patient-Reported Outcomes Translation and Linguistic Validation Good Research Practices Task Force Report. *Value in Health*, 12 (4), 430–440.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. et al. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8 (2), 94–104.
- Willis, G. B. (2005). *Cognitive interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design*. Thousand Oaks, California; London: Sage.
- Zuaboni, G., Degano Kieser, L., Kozel, B., Glavanovits, K., Utschakowski, J. & Behrens, J. (2015). Recovery Self Assessment – Übersetzung und kulturelle Anpassung eines recovery-orientierten Einschätzungsinstrumentes. *Pflege*, 28 (4), 233–243.

Historie

Manuskripteingang: 04.05.2020
Manuskript angenommen: 27.06.2021
Onlineveröffentlichung: 06.08.2021

Autorenhinweis

Tobias Ingo Stacke und Christina Manietta teilen sich die Erstautorenschaft.

Autorenschaft

Substanzieller Beitrag zu Konzeption oder Design der Arbeit:
TIS, CM, JMB, DP, MIR, MR
Substanzieller Beitrag zur Erfassung, Analyse oder Interpretation der Daten: TIS, CM, JMB, DP, MIR, MR
Manuskripterstellung: TIS, CM, JMB, DP, MIR, MR
Einschlägige kritische Überarbeitung des Manuskripts: TIS, CM, JMB, DP, MIR, MR
Genehmigung der letzten Version des Manuskripts: TIS, CM, JMB, DP, MIR, MR
Übernahme der Verantwortung für das gesamte Manuskript: TIS, CM, JMB, DP, MIR, MR

Danksagung

Für die umfassende Arbeit im Rahmen der Vorwärts- und Rückwärtsübersetzung danken wir Fr. Anna-Eva Nebowsky (Doktorandin am KWI, Essen) sowie Fr. Jane White und Fr. Anne Wegner (Übersetzerinnen). Darüber hinaus gilt ein großer Dank unseren Kooperationspartnern, zu denen stellvertretend namentlich Fr. Dr. Heidemarie Kelleter und Fr. Dr. Nada Ralic aufzuführen sind. Des Weiteren danken wir Prof. Kimberly Van Haitsma (Penn State University, USA) bezogen auf die Verfügbarmachung des Instruments PELI und den intensiven Austausch.

ORCID

Tobias Stacke
 <https://orcid.org/0000-0002-3556-8128>



Tobias Ingo Stacke, M.Sc.

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE)
Stockumer Straße 12
58453 Witten
Deutschland
tobias-ingo.stackе@dzne.de

Was war die grösste Herausforderung bei Ihrer Studie?

Die enge Taktung der Übersetzung, im Verhältnis zur Vielzahl der einzubindenden Personen, war sowohl gewinnbringend als auch herausfordernd.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Die strukturierte methodische und kultursensible Reflexion als wissenschaftlicher Standard bei Übersetzungen von Instrumenten.

Was empfehlen Sie zum Weiterlesen/Vertiefen?

Prüfer, P. & Rexroth, M. (2005). Kognitive Interviews. Mannheim: ZUMA.