

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorthesis ‘De Community Integration Questionnaire aangepast voor mensen met Afasie (CIQ-A) – Een vertaling naar het Duits’, geschreven door Lea Griemens en Jana Kreino. Deze scriptie werd geschreven ter afronding van de Bachelor of Science Logopedie aan de Zuyd Hogeschool te Heerlen binnen de Faculteit Gezondheidszorg.

Graag willen wij iedereen bedanken, die ons heeft geholpen bij het tot stand komen van dit afstudeerproject. Wij danken Dr. Ruth Dalemans hartelijk voor de intensieve begeleiding en ondersteuning in de afgelopen twee studiejaar als thesiscoach. Haar steeds waardevolle advies en uitgebreide feedback en de uitwisseling met onze medestudenten binnen de thesiskring ‘Neurogene communicatiestoornissen (en dysfagie) II’ was essentieel voor de voortgang van dit project. Verder richten wij speciale dank aan alle personen die wij hebben mogen integreren in onze onderzoeksfases. Een woord van dank gaat tevens uit naar de tweede beoordelaar van deze thesis, Karina Schiffers.

Last but not least willen wij graag onze families en vrienden danken. Zij hebben ons te allen tijde moreel ondersteund tijdens het schrijfproces en steeds motiverende woorden gevonden. Deze ondersteuning waarderen wij heel erg.

Wij hopen met het opgeleverde product, de Duitse vragenlijst ‘Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie’, een bijdrage voor Duitstalige regio’s te leveren om de participatie van personen met afasie en hun tevredenheid daarover te inventariseren. Het zou voor ons een geweldig resultaat zijn als we hun kwaliteit van leven op deze wijze zouden kunnen verbeteren.

Lea Griemens & Jana Kreino

Juni 2018

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Lea Griemens en Jana Kreino.

Abstract

Sleutelwoorden: afasie – participatie – alledaagse leven – meetinstrument – tevredenheid

Inleiding: Een actieve deelname aan het alledaagse leven is voor personen met afasie (PMA) niet vanzelfsprekend. Vaak nemen naasten taken over waardoor de participatie van PMA afneemt. Het niet meer zelfstandig kunnen participeren in het alledaagse leven roept bij vele PMA ontevredenheid op. In de logopedische setting krijgt participatie steeds meer aandacht. Inventariserende diagnostiek is nodig om therapiedoelen participatiegericht op te stellen. In het Duits ontbreekt er een meetinstrument dat de activiteiten en participatie in het leven van PMA en hun subjectieve tevredenheid daarover meet. In het Nederlands bestaat er wel een meetinstrument, de Community Integration Questionnaire – aangepast voor mensen met Afasie (CIQ-A).

Methode: Het onderzoek werd onderverdeeld in vier fasen. Ten eerste werd de CIQ-A naar het Duits vertaald m.b.v. de vertaal-terugvertaal-methode. Verder werd een begrijpelijkheidsonderzoek uitgevoerd met logopedisten en ergotherapeuten (n=128). Vervolgens werd de betrouwbaarheid van de Duitse CIQ-A getest aan PMA (n=28) d.m.v. een test-hertest-onderzoek. Ten laatste werd de hanteerbaarheid voor dezelfde 28 PMA van het Duitse meetinstrument onderzocht.

Resultaten: In het kader van de vertaal-terugvertaal-methode werd één woord aangepast. De vertaling van het meetinstrument was voor meer dan 90 % begrijpelijk – maar drie woorden werden veranderd. De test-hertest-betrouwbaarheid leverde een Cohen's Kappa van 0.909 voor subschaal 1 en een Spearman Correlatiecoëfficiënt van 0.885 voor subschaal 2 wat een hoge tot bijna perfecte correlatie aangaf tussen meetmoment 1 en 2. De gemeten gemiddelde tevredenheid per PMA kwam in beide meetmomenten voor een hoge tot perfecte mate overeen (Spearman Correlatiecoëfficiënt van 0.942). De hanteerbaarheid van het meetinstrument werd door begrijpelijke vragen, duidelijke antwoordmogelijkheden, een passende afnameduur en behulpzame hulp bij de afname bevorderd. De pictogrammen bleken voor 25 % onduidelijk te zijn.

Discussie: Het vertaalde meetinstrument is begrijpelijk voor logopedisten en ergotherapeuten, hanteerbaar voor PMA en in zijn totaliteit betrouwbaar. Echter moet de betrouwbaarheid gerelativeerd worden vanwege de kleine steekproefgroottes in relatie tot een voldoende betrouwbaarheid. De Duitse CIQ-A 'Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie' levert voor het eerst een meetinstrument voor Duitstalige regio's dat de participatie van PMA en hun tevredenheid daarover inventariseert oftewel evalueert. Zo kunnen doelen samen met de PMA cliëntgericht en met focus op het verbeteren van de participatie in het alledaagse leven opgesteld worden. Het bereiken van deze doelen zal de tevredenheid over hun integratie in de maatschappij verhogen.

Abstract – english version

Key words: aphasia - participation - everyday life - measuring instrument - satisfaction

Introduction: Active participation in everyday life is not an easy matter for people suffering from aphasia. Close relatives often take over tasks, which reduces the participation of people with aphasia. The inability to participate independently in everyday life is a source of dissatisfaction for many people with aphasia.

In the speech-language therapy, participation is receiving increasing attention. Inventory diagnostics are necessary in order to set therapy goals participatory. In German there is no instrument that measures the activities and participation in the life of people with aphasia and their subjective satisfaction with it. In Dutch however there is such an instrument, namely the 'Community Integration Questionnaire – adjusted for people with Aphasia' (CIQ-A).

Method: The study was divided into four research phases. Firstly, the CIQ-A was translated into German using the translation-backtranslation-method. Next, a comprehensibility study was carried out with speech-language therapists and occupational therapists (n=128). Subsequently, the reliability of the German CIQ-A was tested by using a test-retest-method on people with aphasia (n=28). Finally, the practicability of the German instrument was investigated by the same 28 people with aphasia.

Results: Within the framework of the translation-backtranslation-method one word was adapted. More than 90 % of the translation of the instrument was comprehensible, however, three words were changed. The test-retest-reliability delivered a Cohen's Kappa of 0,909 for subscale 1 and a Spearman Correlation Coefficient of 0,885 for subscale 2, indicating a high to near perfect correlation between measuring 1 and 2. The measured average satisfaction per person with aphasia corresponded for a high to perfect degree at both measurements (Spearman Correlation Coefficient of 0,942). The practicability of the instrument was facilitated by comprehensible questions, clear answers, an acceptable sampling time and helpful assistance. It was found that 25 % of the pictograms were understandable.

Discussion: The translated instrument is comprehensible for speech-language therapists as well as occupational therapists. It can be used for people with aphasia and is reliable in its entirety. However, the reliability must be put in perspective because of the small sample size with regards to a sufficient reliability. The German CIQ-A 'Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie' provides for the first time an instrument for German-speaking regions which identifies or evaluates the participation of people with aphasia and their satisfaction with it. In this way, goals can be defined together with the people with aphasia in a client-oriented way and with a focus on improving participation in everyday life. Achieving these goals will increase satisfaction of their integration into society.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	1
2	Theoretisch kader.....	4
2.1	Niet-aangeboren hersenletsel	4
2.1.1	Cerebrovasculair accident.....	4
2.2	Afasie	4
2.2.1	ICF-gebaseerde diagnose.....	5
2.2.2	Verloop van een afasie	5
2.3	ICF – de basis voor een activiteiten- en participatiegerichte behandeling.....	5
2.4	CIQ-A	7
3	Methode.....	9
3.1	Vertaling	9
3.1.1	Uitvoering van het onderzoek	10
3.2	Begrijpelijkheid	11
3.2.1	Werving en selectie van de onderzoekspopulatie	11
3.2.2	Uitvoering van het onderzoek	12
3.2.3	Data-analyse	12
3.3	Betrouwbaarheid	12
3.3.1	Werving en selectie van de onderzoekspopulatie	13
3.3.2	Uitvoering van het onderzoek	14
3.3.3	Data-analyse	14
3.4	Hanteerbaarheid.....	15
3.4.1	Werving en selectie van de onderzoekspopulatie	17
3.4.2	Uitvoering van het onderzoek	17
3.4.3	Data-analyse	18
4	Resultaten	19
4.1	Vertaling	19
4.2	Begrijpelijkheid	21
4.3	Betrouwbaarheid	23
4.4	Hanteerbaarheid.....	25
5	Discussie.....	27
5.1	Antwoord op de vraagstelling	27
5.2	Terugkoppeling met de literatuur.....	27
5.3	Implicaties voor de praktijk.....	28
5.4	Kritische Reflectie	30
5.4.1	Tijdsplanning en samenwerking	30
5.4.2	Onderzoeksfasen	31
5.4.3	Verbeterpunten CIQ-A	35
5.5	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	36
5.6	Conclusie.....	37
	Referentielijst.....	38
	Bijlagen.....	41

1 Inleiding

Jaarlijks zijn er in Duitsland ongeveer 270.000 mensen die getroffen worden door een beroerte (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 2016). Hierbij ontstaat bij ongeveer 24.000 mensen een afasie (Rupp-Adelmann & Bauer, 2010). Bastiaanse (2010) beschrijft afasie als “een verworven taalstoornis, veroorzaakt door focaal hersenletsel dat ontstaat nadat de taal verworven is ... [en] enerzijds zowel de taalproductie als het taalbegrip en anderzijds zowel gesproken als geschreven taal betreft”.

Perso(o)n(en) met afasie (PMA) vernemen vaak een vermindering in sociaal engagement, het verlies van werk en afwezigheid van vrijetijdsbesteding sinds het ontstaan van de afasie. Bovendien vrezen PMA activiteiten niet meer uit te kunnen voeren die vóór hun afasie wel mogelijk waren (Nätterlund, 2010).

Sinds het ontstaan van de afasie participeren PMA minder in sociale contexten (Dalemans R. , 2010). Zij voelen zich sociaal geïsoleerd maar willen graag worden geïntegreerd bij de uitvoering van activiteiten. Hierbij is niet zo zeer de kwantiteit (hoeveelheid), maar de mate van betrokkenheid bij activiteiten op sociaal domein voor PMA belangrijk (Dalemans R. J., de Witte, Wade, & van den Heuvel, 2010).

Door het ontstaan van een afasie verandert de leefwereld van een PMA, waaronder de huishoudelijke- en sociale situatie. Deze veranderingen resulteren vaak in ontevredenheid (Rupp-Adelmann & Bauer, 2010).

Bovengenoemde ontevredenheid moet worden meegenomen in de benadering van de cliënt. Voordat een verbetering van deelname van een PMA in een sociale omgeving kan worden aangepakt is een inventarisatie nodig. Deze inventarisatie waar naar gestreefd wordt moet de huidige stand van alledaagse activiteiten (bv. wie doet de boodschappen?) in de individuele omgeving van PMA en hun tevredenheid hierover in kaart brengen. Door een inventarisatie van logopedische behoeftes kan de logopedist samen met de PMA therapiedoelen bepalen. Deze doelen worden opgesteld aan de hand van het activiteiten- en participatieniveau binnen het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health) (Kolonko & Hunziker, 2013). Binnen het ICF wordt uitgegaan van de mogelijkheden van de cliënt, die bijdragen om weer in de gewenste levensdomeinen te participeren (Grötzbach, Hollenweger Haskell, & Iven, 2014). Op basis daarvan kan de therapie gericht worden op integratie in de maatschappij in voor de PMA belangrijke levensgebieden (Kolonko & Hunziker, 2013).

Om de logopedische therapie af te kunnen stemmen op de behoeftes van de PMA in het dagelijkse leven, is er behoefte aan een instrument om activiteiten en participatie conform de ICF-gedachte, in kaart te brengen. Wensen en behoeftes op activiteiten- en participatieniveau in alledaagse situaties van de PMA krijgen tot op heden te weinig aandacht in de logopedische diagnostiek. Vooral voor de chronische fase (vanaf zes maanden na het ontstaan van een afasie) is activiteiten- en participatiegerichte therapie geschikt, omdat het alledaagse leven nog steeds geoptimaliseerd kan worden terwijl er nog minimaal voortgang op functieniveau wordt verwacht bij PMA (Bastiaanse, 2010; Rupp-Adelmann & Bauer, 2010).

Binnen de Duitse richtlijn afasie ‘Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall’ worden er voor de post-acute fase twee meetinstrumenten aanbevolen om afasie te diagnosticeren – de AAT (Akense Afasie Test) en de ANELT (Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test) (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2013). De AAT meet op functieniveau, terwijl de ANELT diagnostiek van de verbale communicatiemogelijkheden in het alledaagse leven mogelijk maakt. Echter brengt deze test niet in kaart, hoe de PMA functioneert in de verschillende levensdomeinen en hoe tevreden hij/zij hierover is.

In het Duits bestaat tot nu toe geen methode om de deelname aan het alledaagse leven en de kwaliteit van leven te inventariseren (Kolonko & Hunziker, 2013). Het is een meetinstrument gewenst dat de gevolgen van afasie ten aanzien van alledaagse activiteiten en de sociale participatie in kaart brengt (Grötzbach H. , 2006; Rentsch & Bucher, 2006; Tesak, 2005-2006). Echter, de individuele situatie van een PMA wordt door geen bestaande diagnostische methode alomvattend in beeld gebracht (Kolonko & Hunziker, 2013).

In het Nederlands daarentegen kan er van een vragenlijst gebruik worden gemaakt die als doel heeft een indruk te krijgen van de participatie van PMA op het gebied van huishoudelijke integratie, sociale integratie en productiviteit: de Nederlandstalige ‘Community Integration Questionnaire adjusted for people with Aphasia’ (CIQ-A). Naast het in kaart brengen van de actuele participatie in de verschillende levensdomeinen wordt met de CIQ-A ook inventariseerd of de persoon een probleem ervaart met zijn actuele participatie in de verschillende levensdomeinen. Dit vormt een goede basis om de behoeftes aan verandering in de integratie in de maatschappij van een PMA te inventariseren.

In het kader van deze thesis zal de Nederlandse versie van de CIQ-A (Gemeenschap Integratie Vragenlijst) vertaald worden naar het Duits en vervolgens op begrijpelijkheid, betrouwbaarheid en hanteerbaarheid worden getest.

Naast logopedisten worden binnen deze thesis ergotherapeuten betrokken omdat zij betekenisvolle dagelijkse activiteiten samen met PMA oppakken zodat deze weer tevredenstellend kunnen participeren (Ergotherapie Nederland, 2018).

Het doel is een inventariserend en evaluatief instrument voor het Duitse taalgebied te creëren waarmee de participatie in verschillende levensdomeinen (huishoudelijke integratie, sociale integratie en productiviteit) van PMA en hun tevredenheid daarover op een effectieve en betrouwbare manier gemeten kan worden teneinde de behandelende logopedist in de gelegenheid te stellen samen met de cliënt doelen voor een participatiegerichte logopedische therapie te formuleren.

Bovenstaande heeft geresulteerd in de volgende vraagstelling:

Is het naar het Duits vertaalde meetinstrument 'Community Integration Questionnaire adjusted for people with Aphasia' (CIQ-A) begrijpelijk voor logopedisten en ergotherapeuten, hanteerbaar voor personen met afasie en betrouwbaar?

2 Theoretisch kader

Onderstaand wordt relevante informatie ter begrijpelijkheid van het onderzoek toegelicht.

2.1 Niet-aangeboren hersenletsel

Een “**Niet-Aangeboren Hersenletsel** (NAH) is schade aan de hersenen die is ontstaan na de geboorte als gevolg van ziekte of ongeval” (Hersenletsel-uitleg, 2017).

NAH kan worden verdeeld in traumatisch en niet-traumatisch hersenletsel. Een schedel-hersentrauma is een traumatisch hersenletsel dat ontstaat na geweld (bijvoorbeeld botsingen, slagen en vallen). Hierbij ligt de oorzaak van het letsel buiten het lichaam (Netzwerk für Menschen mit erworbener Hirnschädigung in Ansbach, 2017).

Onder een niet-traumatisch hersenletsel vallen inflammatoire aandoeningen (herseninfecties), hersentumoren (goed- en kwaadaardig), hypoxie (zuurstoftekort in de hersenen) en cerebrovasculaire accidenten (Hersenstichting, 2017).

In de volgende alinea wordt een cerebrovasculair accident (CVA) nader omschreven omdat deze de meest voorkomende oorzaak van een afasie is (UZ Leuven, 2017).

2.1.1 Cerebrovasculair accident

De op drie na meest voorkomende doodsoorzaak in Duitsland is een CVA. Jaarlijks treden er rond de 270.000 CVA op, waarvan 200.000 voor de eerste keer. In de eerste vier weken na het ontstaan van een CVA sterft rond 20 %, meer dan 37 % sterft binnen een jaar.

Enkelzijdige verlammingen, sensibiliteitsstoornissen van armen en benen, visus-, slik-, evenwichts-, waarnemings- en taalstoornissen zijn de meest voorkomende gevolgen van een CVA. Hierdoor zijn rond de helft van de slachtoffers permanent gehandicapt en afhankelijk van de hulp van anderen (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 2016).

2.2 Afasie

Afasie is afkomstig van het Grieks en betekent ‘zonder woorden’, wat niet per se een volledig verlies van taal betekent (Rupp-Adelmann & Bauer, 2010). Iedere afasie verschilt per individu. De symptomatiek kan, afhankelijk van stoornisbeeld en -ernst, sterk variëren (Kolonko & Hunziker, 2013).

2.2.1 ICF-gebaseerde diagnose

Volgens het classificatieschema van de WHO (World Health Organization) wordt een afasie als volgt beschreven:

- Stoornis in de talige functies van de hersenen
- Impact in talige functies (oftewel activiteiten) tijdens het spreken, begrijpen, lezen en schrijven
- Impact van de communicatie en participatie aan het sociale leven (Rupp-Adelmann & Bauer, 2010).

2.2.2 Verloop van een afasie

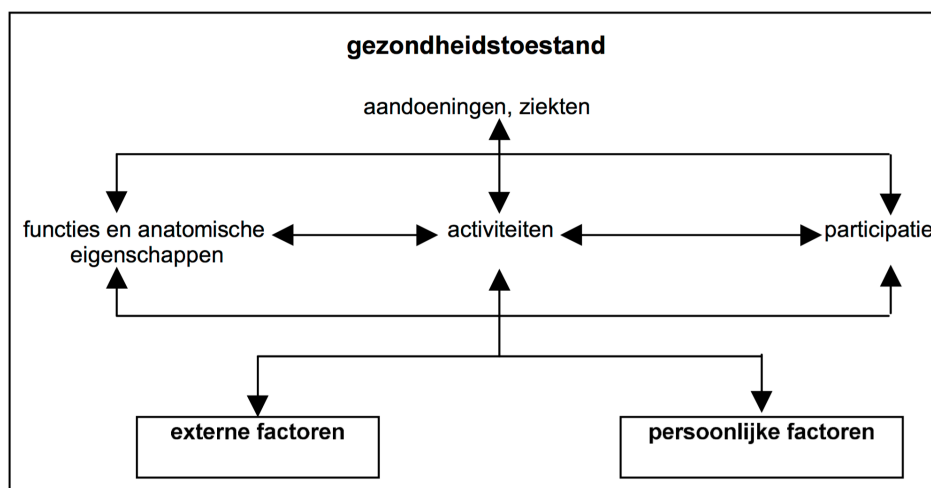
Volgens de NAIS (NVAT Afasie Interventie Schema; NVAT = Nederlandse Vereniging Afasie Therapeuten) wordt het verloop van een afasie na het ontstaan van een NAH in drie fasen onderverdeeld: acute fase (de eerste twee weken), revalidatiefase (tot zes maanden postmorbide) en chronische fase (na zes maanden) (NVAT, 2012).

In de acute fase is spontaan herstel mogelijk, de symptomen variëren nog sterk. Kenmerkende symptomen van een vloeiende- of niet-vloeiende afasie worden in de revalidatiefase duidelijk, echter is er nog vooruitgang mogelijk. Hoewel er maar zelden vooruitgang in de chronische fase kan worden geboekt, is dit nog steeds mogelijk (BZO, 2010).

In deze thesis richten we ons met name op PMA in de revalidatie of chronische fase.

2.3 ICF – de basis voor een activiteiten- en participatiegerichte behandeling

In 2001 werd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de ‘International Classification of Functioning, Disability and Health’ (ICF) gelanceerd. De Duitse vertaling van het ICF werd gepubliceerd in 2005 door het ‘Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information’ (DIMDI) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2016). Figuur 1 laat het ICF-model zien.



Figuur 1: Het ICF-model (World Health Organization, 2001)

In het ICF ligt de nadruk op de wisselwerking tussen functiebeperkingen, de aspecten van activiteiten en participatie en contextfactoren (extern en persoonlijk). Binnen het ICF gaat men vooral uit van de mogelijkheden van de cliënt, die de cliënt weer in staat stellen in de gewenste levensdomeinen te participeren. Op de voorgrond staan dus de individuele capaciteiten van een persoon. Het ICF gedachtengoed betekent voor de praktijk dat diagnostiek en therapie uitgebreid wordt naar de verbetering van de sociale participatie van een cliënt en dat de omgevingscondities zo worden aangepast dat deze de activiteit en participatie van een persoon ondersteunen. Hierdoor is het mogelijk individuele behoeftes van de cliënt ruimte te geven in diagnostiek en therapie. Zo kan de therapie worden afgestemd op participatiegeoriënteerde doelen.

Het ICF wijkt af van het denken dat op een standaarddiagnose een standaardtherapie moet volgen. Integendeel, de cliënt wordt meer in zijn biografisch en sociaal perspectief bekeken. Het is belangrijk om de beperkingen in samenhang te brengen met het persoonlijke leven van de cliënt. Dit heeft dus ook consequenties voor het opstellen van therapiedoelen en de therapie-evaluatie. Doelen worden samen met de cliënt opgesteld waarbij de focus ligt op de activiteiten en participatie. De subjectieve tevredenheid van de cliënt tijdens de therapie-evaluatie zou volgens het ICF bij te therapie betrokken moeten worden. Dit betekent voor de praktijk dat de diagnostiek moet worden uitgebreid naar informele en behoefte-georiënteerde inventarisatie-instrumenten. Voordat de therapiedoelen worden vastgesteld, zou ingeschat moeten worden, welke situaties in het alledaagse leven door de therapie zullen veranderen (bijvoorbeeld weer kunnen werken en een hobby uitvoeren) (Grötzbach, Hollenweger Haskell, & Iven, 2014).

Een communicatievriendelijke versie van het ICF is vormgegeven in het model 'Living With Aphasia: Framework for Outcome Measurement' (A-FROM). Het model kan ter ondersteuning

gebruikt worden om samen met de PMA therapiedoelen en verwachte uitkomsten te bepalen. Op basis van het A-FROM kan de participatie van een PMA in het alledaagse leven en de kwaliteit van leven worden geïnventariseerd (De Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2015).

2.4 CIQ-A

2.4.1 Achtergrond

De oorspronkelijke versie ‘Community Integration Questionnaire’ (CIQ) werd in 1993 in het Engels door Willer et al. uitgegeven. R.J.P. Dalemans publiceerde in 2008 de vertaalde Nederlandse en aangepaste versie voor mensen met afasie (CIQ-A) (bijlage 1). Het volgende citaat beschrijft de CIQ-A als volgt: “De gemeenschap integratie vragenlijst (CIQ-A) (...) is een meetinstrument dat tot doel heeft een indruk te krijgen van de participatie van afasiepatiënten op het gebied van huishoudelijke integratie, sociale integratie en productiviteit” (Lectoraat Autonomie en Participatie van Chronisch Zieken Zuyd Hogeschool Heerlen, z.d.). De CIQ-A geeft een indruk over de mate waarin iemand met afasie nog in sociale situaties en activiteiten participeert en hoe tevreden de persoon hierover is.

2.4.2 Opbouw

De vragenlijst bestaat in totaal uit 15 items, onderverdeeld in drie testonderdelen: huishoudelijke integratie (5 items), sociale integratie (7 items) en productiviteit (3 items) (Dalemans R. J., de Witte, Beurskens, van den Heuvel, & Wade, 2010). Tabel 1 geeft een overzicht welke items bij welk testonderdeel horen:

Testonderdeel	Item
Huishoudelijke integratie	1 Boodschappen doen 2 Koken 3 Huishouden 4 Voor kinderen zorgen 6 Voor persoonlijke financiën zorgen
Sociale integratie	5 Voor sociale contacten zorgen 7 Winkelen per maand 8 Vrije tijd activiteiten per maand 9 Vrienden/familie bezoeken per maand 10 Vrije tijd activiteiten alleen/met anderen 11 Goede vriend hebben 12 Huis uitgaan
Productiviteit	13 Werksituatie 14 Opleidingssituatie 15 Deelgenomen aan vrijwilligerswerk per maand

Tabel 1: Items per testonderdeel

Per item worden twee vragen gesteld. De eerste vraag biedt enkele antwoordmogelijkheden op nominaal meetniveau aan (verschillende waardes die niet kunnen worden geordend) die per item deels verschillen (subschaal 1). Na subschaal 1 volgt subschaal 2 met de tweede vraag inclusief antwoordschaal: een inschatting omtrent de tevredenheid over de voorafgaande scoring, dus het ervaren probleem. Dit gebeurt op metrisch meetniveau (verschillende waardes die wel kunnen worden geordend) a.d.h.v. een zes-punt-schaal (1 = zeer onbevredigend, 2 = onbevredigend, 3 = vrij onbevredigend, 4 = vrij bevredigend, 5 = bevredigend, 6 = zeer bevredigend) door de PMA. De scores die per item opgeteld worden geven een maat voor de integratie of sociale participatie (Berns & Wielaert, 2014).

Aangezien de CIQ-A is aangepast voor mensen met afasie zijn alle vragen en antwoordmogelijkheden op een afasie-vriendelijke manier weergegeven. Er wordt gebruik gemaakt van lettertype Verdana, een lettergrootte van 12 en vetgedrukte kernwoorden. Per pagina wordt maar één vraag afgedrukt en de vragen en antwoordmogelijkheden worden met pictogrammen ondersteund (Dalemans R. J., de Witte, Beurskens, van den Heuvel, & Wade, 2010; Berns & Wielaert, 2014).

2.4.3 Methodologische kwaliteit

De Nederlandstalige versie van de CIQ-A werd getest op validiteit en betrouwbaarheid. Het cross-sectioneel onderzoek 'Psychometric properties of the Community Integration Questionnaire adjusted for people with Aphasia' werd uitgevoerd door Dalemans, de Witte, Beurskens, van den Heuvel en Wade. De studie meet de haalbaarheid en de psychometrische eigenschappen van de CIQ-A. Een goede interne consistentie (Cronbach's $\alpha = 0,75$) leveren de resultaten van het interview-based psychometrisch onderzoek ($n=150$) op. Bovendien is de test-hertest betrouwbaarheid uitstekend (Intra Class Correlation Coefficient = 0,96) en de correlaties met Barthel Index, COOP-WONCA en de Life Satisfaction Questionnaire zijn ten opzichte van constructvaliditeit gemiddeld. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de CIQ-A een adequaat en betrouwbaar meetinstrument is om de sociale participatie van PMA te beoordelen (Dalemans R. J., de Witte, Beurskens, van den Heuvel, & Wade, 2010).

3 Methode

In dit onderzoek werd een onderverdeling in vier fasen gehanteerd om een antwoord op boven genoemde vraagstelling te verkrijgen. Elke fase eiste een aparte onderzoeksopzet, zodat voor iedere fase de methode apart werd beschreven. Tabel 2 levert een overzicht van deze hantering.

Onderzoeksfase 1 Vertaling	Vertaling van de CIQ-A naar het Duits	Uitvoering van het onderzoek		
Onderzoeksfase 2 Begrijpelijkheid	Begrijpelijkheid onderzoeken a.d.h.v. een begrijpelijkheids-enquête ingevuld door logopedisten en ergotherapeuten	Werving en selectie onderzoekspopulatie	Uitvoering van het onderzoek	Data-analyse
Onderzoeksfase 3 Betrouwbaarheid	Test-hertest-onderzoek van de 'Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie' afgenomen bij PMA			
Onderzoeksfase 4 Hanteerbaarheid	Gebruiksvriendelijkheid van het meetinstrument onderzoeken a.d.h.v. een evaluatievragenlijst ingevuld door PMA			

Tabel 2: Opbouw onderzoeksfasen

3.1 Vertaling

Het volgende hoofdstuk beschrijft de eerste onderzoeksfase, waarin de Nederlandse CIQ-A naar het Duits werd vertaald. Hiervoor was vooraf geen officiële toestemming nodig, omdat de uitgever van de CIQ-A, Dr. Ruth Dalemans, de coach van deze thesis was.

In het vertalingsproces werd de vertaal-terugvertaal-methode gehanteerd. De methode werd gebruikt om het vertaalde document met het origineel op nauwkeurigheid en kwaliteit te vergelijken (Racoma, 2016). Door de vertaal-terugvertaal-methode wordt voorkomen dat een vragenlijst de betrouwbaarheid en validiteit verliest (WHO, 2018).

Het is een veelgebruikte techniek om een bias van een item te detecteren. Een onafhankelijke terugvertaling betekent, dat een vertaler items uit de originele versie van het instrument naar een tweede taal vertaald en een tweede vertaler – iemand die niet bekend is met het instrument – het instrument terugvertaald naar de originele taal (Lin, Y.H., Chen, C.Y., Chiu, P.K., 2005; One Hour Translation, 2015).

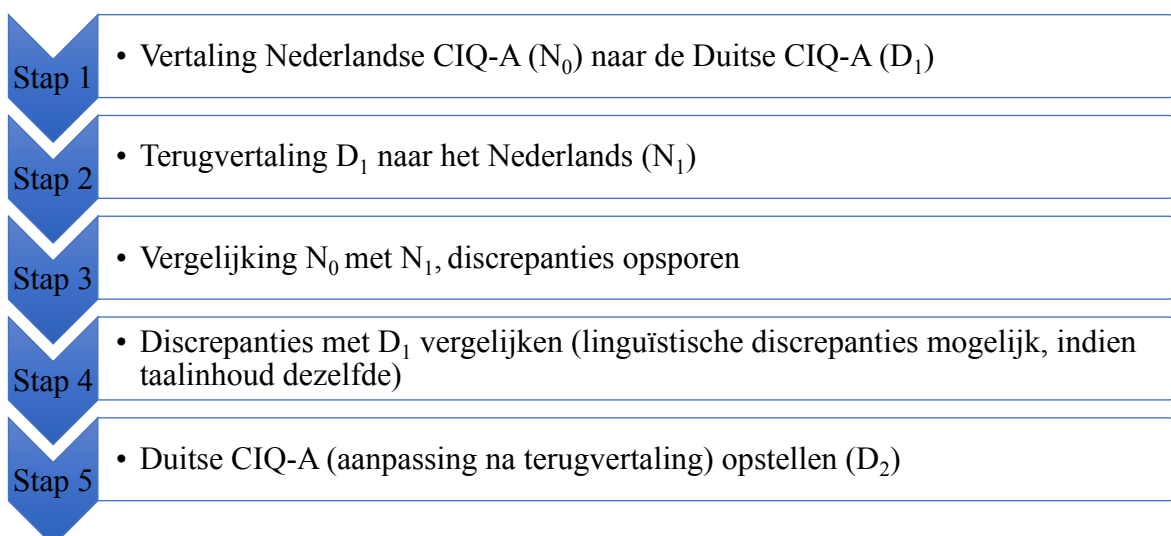
Het gebruik van een vertaald meetinstrument garandeert echter niet dat dit ook dezelfde constructies meet als de oorspronkelijke versie ten gevolge van linguale verschillen (Lin, Y.H.,

Chen, C.Y., Chiu, P.K., 2005). Het kan dus voorkomen dat de terugvertaling niet 100 % hetzelfde is als de oorspronkelijke versie (Racoma, 2016). De omgang met mogelijke linguale verschillen wordt in subhoofdstuk 3.1.1 beschreven.

3.1.1 Uitvoering van het onderzoek

De Nederlandstalige versie van de CIQ-A (N_0) werd vertaald naar het Duits door de auteurs van deze thesis – hierdoor ontstond de eerste Duitse versie (D_1) van de CIQ-A (bijlage 2). De volgende stap was de terugvertaling van D_1 naar de oorspronkelijke taal, het Nederlands. Deze terugvertaling (N_1) (bijlage 3) werd gedaan door een tweetalige persoon die simultaan in het Duits en Nederlands werd opgevoed.

Vervolgens werd N_0 vergeleken met N_1 . Beide auteurs van deze thesis bekeken de inhoud en de woordkeuze van de twee Nederlandse versies onafhankelijk van elkaar. Daarna werden linguale discrepanties tussen N_0 en N_1 vergeleken en opgesomd in een tabel. Achteraf werden D_1 , het woordenboek ‘Langenscheidt Praktisches Wörterbuch Niederländisch: Niederländisch-Deutsch/Deutsch-Niederländisch’, Dr. Ruth Dalemans en de Duitse medestudenten, die zowel Duits als Nederlands beheersen, uit de thesiskring ‘Neurogene communicatiestoornissen (en dysfagie) II’ betrokken om linguale verschillen te analyseren. Als laatste stap werd geconstateerd welke items van D_1 moesten worden aangepast. Na de items te hebben aangepast was het vertalingsproces voltooid. Zo ontstond de Duitse CIQ-A aangepast na terugvertaling (D_2) (bijlage 4). Een overzicht van de stappen die bij de vertaal-terugvertaal-methode gehanteerd werden, is in tabel 3 weergegeven.



Tabel 3: Stappen vertaal-terugvertaal-methode

3.2 Begrijpelijkheid

Na het vertalingsproces volgde de test op begrijpelijkheid. Een begrijpelijkheidsonderzoek werd uitgevoerd om de begrijpelijkheid te achterhalen en onduidelijkheden op te sporen. Het is belangrijk dat de inhoud van het meetinstrument juist wordt begrepen en geïnterpreteerd om vervolgens een betrouwbaarheidsonderzoek te kunnen uitvoeren (Universiteit Utrecht, 2015).

Het begrijpelijkheidsonderzoek werd uitgevoerd om mogelijke onduidelijkheden te achterhalen die het besef van de items niet eenduidig zouden maken. Dit werd in de vorm van een online-enquête gedaan.

De enquête werd ingeleid door een korte instructie waarin werd aangegeven hoe de deelnemers de begrijpelijkheidstest dienden in te vullen. Expliciet werd erop gewezen dat het niet de bedoeling was om aan te geven welke antwoordmogelijkheden op hen zelf toepasselijk waren. Echter moest worden aangegeven of de items van D₂ op zich voor de deelnemer begrijpelijk waren. Bovendien werd er de nadruk op gelegd dat de pictogrammen niet mochten worden veranderd omdat de Duitse versie in het kader van een vertaling ontstond en zo geen pictogrammen mochten worden veranderd.

Per item werd de deelnemer gevraagd om aan te geven of alle onderdelen (subschaal 1 en 2) van een item voor de deelnemer wel of niet begrijpelijk waren. Hier werd voor een dichotome ja-/nee-schaal gekozen om de invultijd zo minimaal mogelijk te houden (Baarda & De Goede, 2017).

Indien de deelnemer het item begrijpelijk vond ('ja' aankruiste), kon de deelnemer naar de volgende vraag doorgaan. Had de deelnemer aanpassingen of verbeterpunten qua semantiek en syntaxis (bv. woordkeuze en zinsbouw) die de begrijpelijkheid zouden verhogen, was er ruimte voor opmerkingen.

Indien de deelnemer het item **niet** begrijpelijk vond ('nee' aankruiste), moest de deelnemer in het volgende veld aangeven wat er precies bij welk subschaal voor hem/haar onduidelijk was.

3.2.1 Werving en selectie van de onderzoekspopulatie

Duitstalige logopedisten en ergotherapeuten werden via een wervingsmail (bijlage 5) benaderd om mee te doen aan het begrijpelijkheidsonderzoek. Bij dit aanschrijven werd algemene informatie over de studie gegeven en de link naar de online-enquête verstuurd. Ook werd erop gewezen, dat indien mogelijk, alle therapeuten die werkzaam zijn binnen een instelling, de enquête apart van elkaar zouden invullen om de steekproef te vergroten. Er werd naar gestreefd om 100 deelnemers te betrekken bij dit onderzoek. Bovendien werd ervoor gekozen om de enquête te laten invullen

door logopedisten en ergotherapeuten omdat de inhoud van de vragenlijst het meest met hun werkveld overeenkwam.

Onderstaande inclusiecriteria voor het begripelijkheidsonderzoek werden gehandhaafd:

- Moedertaal Duits
- Werkzaam als logopedist of ergotherapeut

3.2.2 Uitvoering van het onderzoek

De dbl (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.) en de DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.) stellen op hun websites een overzicht van geregistreerde leden ter beschikking. Via de gevonden emailadressen werden logopedisten en ergotherapeuten benaderd en ook al bekende therapeuten werden gecontacteerd om mee te doen aan dit onderzoek.

3.2.3 Data-analyse

Met behulp van het statistisch dataprogramma SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) werd per item een variabele ingevoerd en de bijbehorende data van het begripelijkheidsonderzoek verzameld. Beide onderzoekers van deze thesis waren verantwoordelijk voor het juiste invoeren van de data. Per item werd de begripelijkheid a.d.h.v. de verzamelde data in percentages berekend. Indien de begripelijkheid voor een item tenminste bij een score van 80 % lag, werd een item als begripelijk beschouwd (Weidmer, 1994).

3.3 Betrouwbaarheid

De volgende alinea beschrijft de derde onderzoeksfase, waarin de test-hertest-betrouwbaarheid (reproduceerbaarheid) van de Duitse versie van de CIQ-A werd onderzocht. Pas als een uitkomst reproduceerbaar is en een hertest gelijkaardige oftewel gelijke resultaten oplevert, is het meetinstrument betrouwbaar (Giles, 2006).

Voor het betrouwbaarheidsonderzoek werd voor de klassieke test-hertest-methode gekozen. Volgens deze methode wordt een test, in dit geval de 'Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie', afgenomen en na verloop van tijd bij dezelfde proefpersonen opnieuw afgenomen. Bij de herhaalde afname van de vragenlijst wordt ervan uitgegaan dat de uitkomsten hetzelfde zijn als bij meetmoment 1. De correlatie (samenhang van variabelen) tussen beide metingen vormt de indicatie voor de mate waarin een onderzoeksinstrument betrouwbaar is. Dit wordt test-hertest-betrouwbaarheid genoemd (van den Brink, 1989).

Er kan worden voorkomen dat proefpersonen het eerste meetmoment kunnen herinneren (Berger, Imbos, & Jansen, 2001) en er zo weinig mogelijk veranderingen (bv. life-events) kunnen afspelen binnen de tijdsperiode tussen beide metingen (Van Borsel, 2004). Daarom zou een tijdsperiode van minimaal twee weken worden aangehouden (Beurskens, van Peppen, Stutterheim, Swinkels, & Wittink, 2012). Deze procedure werd gevolgd en zo leverde de reproduceerbaarheidsmeting een test-hertest-betrouwbaarheid voor de Duitse CIQ-A.

3.3.1 Werving en selectie van de onderzoekspopulatie

PMA in de acute fase werden voor dit onderzoek niet betrokken omdat in de acute fase van een afasie spontaan herstel en variërende symptomen mogelijk zijn. Hierdoor kunnen ze moeilijk een inschatting geven van hun tevredenheid over hun participatie aangezien ze nog nauwelijks alledaagse activiteiten hebben kunnen uitvoeren sinds het ontstaan van de afasie. Bovendien zouden de fluctuerende symptomen bij PMA de betrouwbaarheid van de test-hertest kunnen beïnvloeden. PMA die zich in de revalidatie- of chronische fase bevinden kunnen inmiddels ervaringen opgedaan hebben op het gebied van integratie in alledaagse activiteiten en hun tevredenheid hierover na het ontstaan van hun afasie inschatten. Daardoor werd aangenomen dat PMA in de revalidatie- of chronische fase een betrouwbaardere inschatting van hun tevredenheid over hun participatie kunnen maken dan PMA in de acute fase. Zo bestond de onderzoekspopulatie uit Duitstalige PMA, die zich in de revalidatie- of chronische fase van een afasie bevonden.

Via een wervingsmail (bijlage 7) werden logopedisten in de regio Aken, geregistreerd bij de dbI, benaderd en over deze onderzoeksfase geïnformeerd. Bij dit schrijven werd aan hen gevraagd of er geschikte proefpersonen in therapie zijn, die mogelijk deel kunnen nemen aan dit onderzoek. Bovendien werden logopedisten persoonlijk benaderd waar al vooraf contact mee bestond. Samen met de thesiscoach werd het doel opgesteld om een steekproefgrootte van tenminste 20 geschikte PMA in het kader van deze bachelorthesis te betrekken bij dit onderzoek.

Vóór meetmoment 1 had de PMA de mogelijkheid om verder uitleg over het onderzoeksproces te krijgen. Zodra de PMA het toestemmingsformulier (bijlage 8) ondertekende, kon meetmoment 1 van start gaan.

De volgende tabel (tabel 4) geeft de in- en exclusiecriteria voor het betrouwbaarheidsonderzoek voor een PMA weer:

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Revalidatie- of chronische fase van een afasie	Gehoor- en visusprobleem samengaan
Duitstalig	
Ja-/nee-vragen zijn adequaat non-verbaal of verbaal te beantwoorden	

Tabel 4: In-en exclusiecriteria betrouwbaarheidsonderzoek

3.3.2 Uitvoering van het onderzoek

Om de betrouwbaarheid van de Duitse CIQ-A te onderzoeken, werd de ‘Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie’ twee keer in een tijdsperiode van minimaal twee weken bij een PMA afgenomen. De afname gebeurde door de twee onderzoekers van deze thesis.

Voordat de testafname van start kon gaan, werd binnen een smalltalk nagegaan of de PMA adequaat op ja-/nee-vragen kon antwoorden. Op het voorblad van de vragenlijst werd het deelnemersnummer ingevuld, zodat achteraf beide metingen gemakkelijk naar een PMA konden worden toegewezen. Om de tijdsperiode van minimaal twee weken te borgen, was het van belang de metingen met een datum te voorzien. De test werd voor de eerste keer afgenomen (meetmoment 1) en aan het einde een vervolgspraak voor meetmoment 2 gepland.

3.3.3 Data-analyse

Binnen het betrouwbaarheidsonderzoek werd de Duitse CIQ-A per deelnemer twee keer afgenomen (test-hertest). De test-hertest-betrouwbaarheid beschrijft de mate van overeenstemming in de scores van de eerste en de tweede meting van een meetinstrument. Hoe meer de scores van meetmoment 1 en meetmoment 2 van de steekproef overeenkomen hoe beter de correlatie (van der Zee, 2017).

Vanwege het feit dat subschaal 1 een nominaal meetniveau heeft en subschaal 2 op metrisch niveau is opgesteld, kon de correlatie niet voor de gehele vragenlijst worden berekend. Er werd dus voor subschaal 1 en subschaal 2 apart een correlatie berekend.

De Cohen's Kappa kan voor een nominaal meetniveau worden berekend als dezelfde observator bij twee verschillende meetmomenten hetzelfde meetinstrument gebruikt (Gwet, 2008). Dus werd voor subschaal 1 de correlatie a.d.h.v. de Cohen's Kappa berekend. De Cohen's Kappa kan

waardes aannemen tussen -1.0 en 1.0. Hierbij betekent -1.0 dat er geen overeenkomsten tussen de twee meetmomenten bestaan. Een correlatie van 0 betekent dat de overeenkomsten niet beter zijn dan door toeval bepaald. Een waarde van 1.0 betekent een perfecte correlatie (Universität Wien, 2013). Volgens Landis en Koch (1977) kunnen de waardes als volgt worden geïnterpreteerd:

- 0.0 – 0.20 = geringe overeenkomst (slight)
- 0.21 – 0.40 = toereikende overeenkomst (fair)
- 0.41 – 0.60 = moderate overeenkomst (moderate)
- 0.61 – 0.80 = aanzienlijke overeenkomst (substantial)
- 0.81 – 1.0 = (bijna) perfecte overeenkomst ((almost) perfect)

De Spearman Correlatiecoëfficiënt werd berekend om de betrouwbaarheid van subschaal 2 (metrisch meetniveau) in te schatten. De correlatie wordt met een cijfer tussen -1.0 en 1.0 beschreven. Hierbij betekent -1.0 dat er geen overeenkomsten tussen de twee meetmomenten bestaan. Een correlatie van 0 beschrijft dat de overeenkomst tussen de twee meetmomenten volledig door toeval is ontstaan. Een waarde van 1.0 betekent een perfecte correlatie. De waardes van de Spearman Correlatiecoëfficiënt kunnen als volgt worden geïnterpreteerd:

- 0.0 – 0.20 = geen tot geringe overeenkomst
- 0.21 – 0.50 = zwakke tot matige overeenkomst
- 0.51 – 0.80 = aanzienlijke overeenkomst
- 0.81 – 1.0 = hoge tot perfecte overeenkomst (medistat GmbH, 2018)

De variabelen en de data van de vragenlijst werden door de twee onderzoekers in SPSS ingevoerd. Met behulp van SPSS werden vervolgens de correlaties berekend om een betrouwbaarheid van de 'Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie' vast te stellen.

3.4 Hanteerbaarheid

In de laatste onderzoeksfase werd de hanteerbaarheid van de Duitse CIQ-A onderzocht. Niet alleen de methodologische kwaliteit van een meetinstrument, maar ook de hanteerbaarheid is van belang voor het gebruik in de praktijk. De hanteerbaarheid, dus de gebruikersvriendelijkheid, geldt voor zowel de zorgverlener als voor de cliënt bij wie het meetinstrument wordt afgenomen (Beurskens, van Peppen, Stutterheim, Swinkels, & Wittink, 2012; Alotaibi, Reed, & Shaban Nadar, 2009).

In dit onderzoek werd alleen de hanteerbaarheid van het meetinstrument voor de PMA onderzocht. Een korte vragenlijst (bijlage 9) werd opgesteld om de hanteerbaarheid van de Duitse CIQ-A te

schetsen, gebaseerd op onderstaande factoren (tabel 5) (Beurskens, van Peppen, Stutterheim, Swinkels, & Wittink, 2012; Alotaibi, Reed, & Shaban Nadar, 2009).

Leesbaarheid	Deelname aan test verhogen door korte zinnen en gemakkelijke woorden te gebruiken
Vraagstelling	Letten op formulering, privacy en gevoelsleven kunnen worden aangetast
Afname	Duur en frequentie in de gate houden
Fysieke en cognitieve mogelijkheden	Test niet tot belasting van PMA laten leiden

Tabel 5: Factoren die de hanteerbaarheid van een meetinstrument voor PMA positief beïnvloeden

Dit hanteerbaarheidsonderzoek bestond uiteindelijk uit zes vragen, waarbij de respondenten de mogelijkheid hadden om aanvullende opmerkingen te geven. Vraag 1 t/m 5 werden gesloten geformuleerd om een percentage te kunnen berekenen. Indien de PMA met ‘nee’ antwoordde werd toevoegend een open vraag gesteld om de hanteerbaarheid van het meetinstrument beter in kaart te kunnen brengen. Tabel 6 geeft een overzicht van de vragen weer:

Vraag	Inhoud
Vraag 1	Sind die Fragen verständlich? (Wenn nein, was ist unverständlich?)
Vraag 2	Sind die Antwortmöglichkeiten deutlich? (Wenn nein, was ist undeutlich?)
Vraag 3	Ist die Dauer der Abnahme angemessen? (Wenn nein, warum unangemessen?)
Vraag 4	Es werden Hilfestellungen bei der Abnahme benutzt. Zum Beispiel: - Das Abdecken der zweiten Frage - Fragen und Antworten wiederholen oder anders formulieren - Wichtige Wörter betonen Hilft Ihnen das? (Wenn nein, was würde Ihnen helfen?)
Vraag 5	Sind die Bilder deutlich? (Wenn nein, was ist undeutlich?)
Vraag 6	Haben Sie Anmerkungen oder Verbesserungen ? (Wenn ja, welche ?)

Tabel 6: Overzicht vragen hanteerbaarheidsonderzoek

De vragenlijst werd afasievriendelijk vormgegeven volgens de aanpassingssleutel voor geschreven tekst voor PMA (tabel 7) (van de Velde & Wilms, 2013).

Aanpassing	Conclusie uit de literatuur
Lettertype	- Arial of Verdana - Eén lettertype voor het hele document
Lettergrootte	14 of groter
Sleutelbegrippen	- Markeren door dik te drukken/de lettergrootte te vergroten/te onderstrepen of een andere tekstkleur te kiezen
Zinslengte	Korte zinnen van maximaal 10 woorden
Regelafstand	Regelafstand 1,5
Woordkeuze	Hoofdfrequente/alledaagse woorden
Titels	- Titels en subtitels gebruiken om de tekst in te delen - Titels markeren door dik te drukken/te onderstrepen of de lettergrootte te vergroten
Zinsbouw	- Verkorten tot de essentie in actieve vorm - Voornaamwoorden zo gebruiken dat duidelijk is waarnaar deze verwijzen
Pictogrammen/afbeeldingen	Afbeeldingen verbeelden de informatie uit de tekst - Afbeeldingen van goede kwaliteit - Volwassen afbeeldingen - Afbeeldingen in dezelfde stijl - Eén à twee afbeeldingen toevoegen per bladzijde - Pictogrammen door de hele tekst gebruiken
Indeling	- Enkelzijdige pagina's gebruiken - Gebruik maken van opsommingstekens - Tekst indelen in beheersbare stukken
Ordering	Een logische volgorde hanteren
Kleur	- Donkere letters op een lichte achtergrond - Kleur laat zien wat bij elkaar hoort

Tabel 7: Aanpassingssleutel voor geschreven tekst voor PMA

3.4.1 Werving en selectie van de onderzoekspopulatie

Bij het hanteerbaarheidsonderzoek werden dezelfde 28 proefpersonen betrokken die ook tot de steekproef van het betrouwbaarheidsonderzoek behoorden.

3.4.2 Uitvoering van het onderzoek

Na meetmoment 2 van de derde onderzoeksfase (betrouwbaarheidsonderzoek) lieten de onderzoekers de deelnemers een vragenlijst qua hanteerbaarheid invullen. Deze werd samen doorlopen, de onderzoekers vulden de antwoorden en opmerkingen indien nodig voor de PMA in en vroegen door om de mening van de PMA zo duidelijk mogelijk achterhaald te hebben. Hierbij gaven de onderzoekers aan dat aanmerkingen en verbeterpunten van de PMA wenselijk zouden zijn om het meetinstrument en de hanteerbaarheid te optimaliseren.

3.4.3 Data-analyse

In SPSS werden de vragen 1 t/m 5 van het hanteerbaarheidsonderzoek ingevoegd. Voor deze vragen werd telkens het percentage berekend in hoeverre de respectievelijke factor de hanteerbaarheid positief beïnvloedde. Voor vraag 6 kon geen percentage berekend worden omdat deze vraag open geformuleerd was en opmerkingen/verbeterpunten zowel positief als negatief waren. Bovendien werden de opmerkingen (inclusief vraag 6) beschouwd en meegenomen in de discussie (hoofdstuk 5).

4 Resultaten

Het volgende hoofdstuk beschrijft de resultaten van de vier onderzoeksfasen.

4.1 Vertaling

In de eerste onderzoeksfase werd de vertaal-terugvertaal-methode gehanteerd. De vergelijking van de Nederlandse CIQ-A (N_0) met de terugvertaling naar het Nederlands (N_1) gebaseerd op de Duitse vertaling (D_1) leverde volgende discrepanties op (tabel 8):

Item	Nederlandse CIQ-A (N_0)	Duitse vertaling (D_1)	Terugvertaling naar het Nederlands (N_1)
Subschaal 2 – Vraag	Hoe bevredigend vindt u dit?	Wie zufrieden sind Sie damit?	Hoe tevreden bent u hierover?
Subschaal 2 – Antwoord	Vrij onbevredigend/ vrij bevredigend	Relativ unzufrieden/ relativ zufrieden	Relatief ontevreden/ relatief tevreden
Subschaal 2 – Antwoord	(Zeer/vrij) onbevredigend/bevredigend	(Sehr/relativ) unzufrieden/zufrieden	(Sehr/relativ) ontevreden/tevreden
1 t/m 6: Subschaal 1 – Antwoord	- U alleen - U en iemand anders	- Sie allein - Sie und jemand anders	- Uzelf - Uzelf en iemand anders
4: Subschaal 1 – Antwoord	In huis geen kinderen onder 17 jaar	Zuhause keine Kinder unter 17 Jahren	Geen thuiswonende kinderen onder 17 jaar
5: Subschaal 1 – Vraag	Wie zorgt er gewoonlijk voor de sociale contacten?	Wer pflegt normalerweise soziale Kontakte?	Wie onderhoudt gewoonlijk de sociale contacten?
6: Subschaal 1 – Vraag	Wie zorgt er gewoonlijk voor de persoonlijke financiën?	Wer kümmert sich normalerweise um die privaten Finanzen?	Wie zorgt er gewoonlijk voor de particuliere financiën?
7: Subschaal 1 – Vraag	Hoe vaak per maand gaat u winkelen?	Wie oft gehen Sie im Monat shoppen?	Hoe vaak gaat u maandelijks shoppen?
8: Subschaal 1 – Vraag	Hoe vaak per maand neemt u deel aan vrije tijd activiteiten?	Wie oft nehmen Sie im Monat an Freizeitaktivitäten teil?	Hoe vaak doet u maandelijks mee aan vrijetijdsactiviteiten?
9: Subschaal 1 – Vraag	Hoe vaak per maand bezoekt u vrienden of familie?	Wie oft besuchen Sie im Monat Freunde oder Familie?	Hoe vaak gaat u maandelijks op bezoek bij vrienden of familie?
11: Subschaal 1 – Vraag	Heeft u een goede vriend die u in vertrouwen neemt?	Haben Sie einen guten Freund, dem Sie vertrauen?	Heeft u een goede vriend die u vertrouwt?
13: Subschaal 1 – Antwoord	Geen werk	Keine Arbeit	Geen baan
13/14: Subschaal 1 – Antwoord	Deeltijd	Teilzeit	Parttime
13/14: Subschaal 1 – Antwoord	Voltijd	Vollzeit	Fulltime
13: Subschaal 1 – Antwoord	VUT	Vorruhestand	Vervroegd Pension
15: Subschaal 1 – Vraag	Hoe vaak heeft u de afgelopen maand deelgenomen aan vrijwilligerswerk?	Wie oft haben Sie im letzten Monat Freiwilligenarbeit geleistet?	Hoe vaak heeft u afgelopen maand vrijwilligerswerk gedaan?

Tabel 8: Discrepanties na terugvertaling

Binnen de thesiskring ‘Neurogene communicatiestoornissen (en dysfagie) II’ werden alle opgetreden discrepanties binnen de terugvertaling bekeken en mogelijke aanpassingen besproken. Beide Nederlandse versies (N_0 en N_1) kwamen voor een groot deel overeen. De opgetreden discrepanties worden verder nader beschreven. Ook wordt erop ingegaan met welke reden items wel of niet werden aangepast.

Alle 15 items van de CIQ-A hanteren dezelfde subschaal 2. Deze subschaal omvat steeds dezelfde vraag met dezelfde antwoordmogelijkheden die de tevredenheid van de PMA in kaart brengt. Voor deze vraag en de bijbehorende antwoordmogelijkheden werd er vanuit de onderzoekers opzettelijk voor een afwijkende vertaling gekozen. ‘Bevredigend’/‘onbevredigend’ zou in het Duits namelijk met ‘befriedigend’/‘unbefriedigend’ worden vertaald – echter is dit bijvoeglijk naamwoord in het Duits erg ongebruikelijk. Hierdoor was een letterlijke vertaling niet passend wat verklaart waarom de terugvertaling afweek van N_0 . Er werd in het Duits voor ‘zufrieden’/‘unzufrieden’ gekozen.

Bij de zes-punt-schaal van subschaal 2 komt twee keer de gradatie ‘vrij’ bevredigend/onbevredigend voor. Dit werd in D_1 door de onderzoekers naar ‘relativ’ vertaald en vervolgens in N_1 naar ‘relatief’ terugvertaald. Vervolgens werden de drie versies (N_0 , D_1 en N_1) met elkaar vergeleken en kon zo een fout in de vertaling door de onderzoekers worden opgespoord. De herhaalde gradatie werd vervolgens aangepast van ‘relativ’ naar ‘ziemlich’ om de Duitse versie zo dicht mogelijk bij het origineel te houden.

De items 1 t/m 6 hanteren in subschaal 1 dezelfde antwoordmogelijkheden. Hier ligt de focus op het wel of niet meer alleen kunnen uitvoeren van activiteiten. De terugvertaler, die niet bekend was met de inhoud van de vragenlijst, hield geen rekening met deze focus. De vertaler vertaalde ‘Sie allein’ met ‘Uzelf’. De nadruk die met ‘U alleen’ in N_0 gelegd wordt, werd dus ook met ‘Sie allein’ in D_1 gelegd en werd daarom niet aangepast.

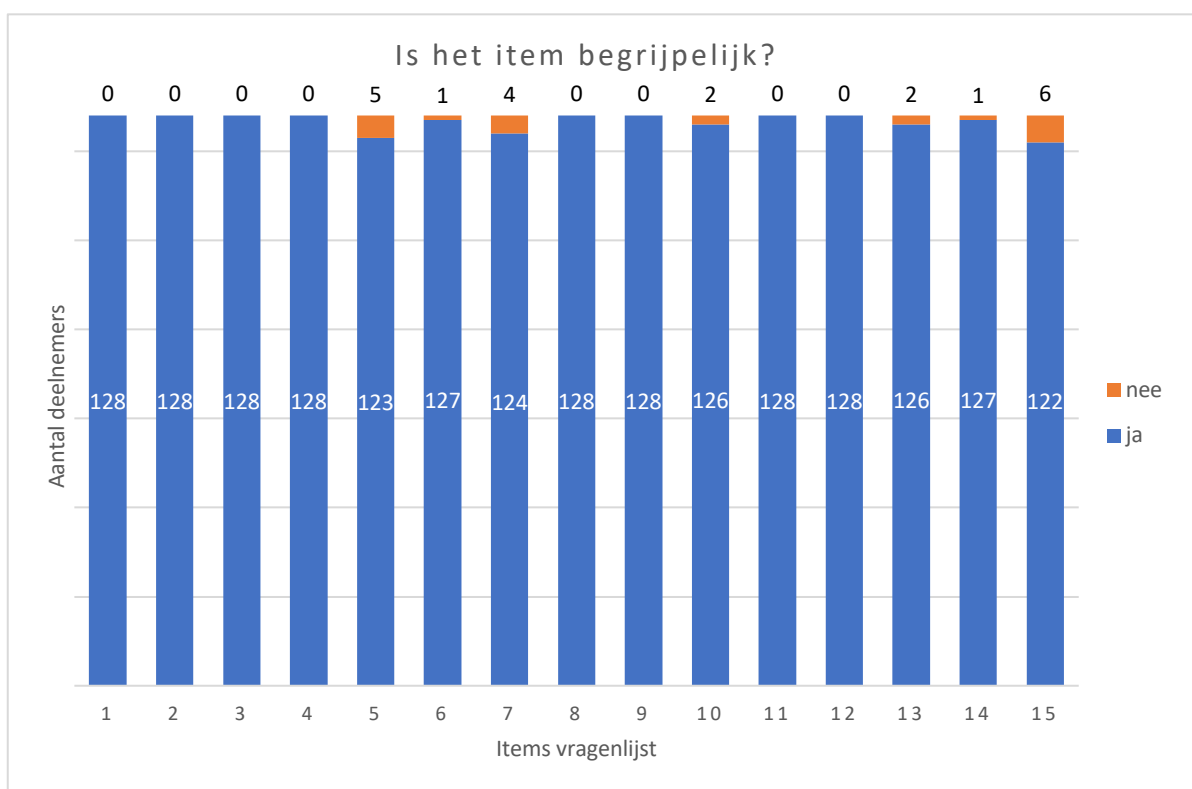
Alle overige afwijkingen in de terugvertaling van N_0 naar N_1 waren qua taalinhoud te verantwoorden. Bij deze items werd gebruik gemaakt van andere woordkeuzes, die echter niet leidden tot een verandering in de semantiek.

Zoals boven beschreven werd na het constateren van de discrepanties één item (subschaal 2 – antwoordmogelijkheden) aangepast. De aanpassing na terugvertaling (D_2) was de basis voor de tweede onderzoeksfase, het begripelijkheidsonderzoek.

4.2 Begrijpelijkheid

In de tweede onderzoeksfase werd een begrijpelijkheidsonderzoek uitgevoerd. Er werden 1210 e-mails verstuurd met daarin de wervingsbrief inclusief de link naar de online-enquête. Uiteindelijk vulden 128 personen de online-enquête in. Alle enquêtes werden volledig ingevuld zodat de responsen van de hele onderzoeksgroep konden worden gebruikt voor de data-analyse.

Onderstaand figuur (figuur 2) laat de resultaten van het begrijpelijkheidsonderzoek zien. Met behulp van Excel werden de uitkomsten van de hele onderzoeksgroep weergegeven in een staafdiagram.



Figuur 2: Begrijpelijkheid per item

Alle 15 items van de 'Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie' waren voor de hele onderzoeksgroep begrijpelijk. Alle items behaalden een score van meer dan 90 %.

Zoals in hoofdstuk 3.2 beschreven, werd in het begrijpelijkheidsonderzoek alleen naar onbegrijpelijkheden qua taal (bv. semantiek, syntaxis) voor de deelnemer zelf gevraagd. Opvallend was dat sommige deelnemers aanvinkten een item onbegrijpelijk te vinden, hoewel zij in de opmerkingen beschreven dat dit item voor PMA onbegrijpelijk zou zijn. Zij vonden het dus voor zichzelf begrijpelijk maar vinkten toch onbegrijpelijk aan omdat zij zich in de rol van een

PMA plaatsten. Derhalve moesten deze waardes mee worden genomen omdat zij aanvinkten het item onbegrijpelijk te vinden. Als deze waardes niet geïncludeerd waren bij de resultaten zou het begripelijkheidsonderzoek een begripelijkheid van meer dan 95 % opleveren.

De volgende opsomming geeft een gedetailleerde beschrijving van pregnante resultaten:

- Acht items scoorden een begripelijkheid van 100 %.
- De items 6 en 14 waren telkens voor één persoon onbegripelijk (1,28 %).
- Bij item 10 gaven twee personen (2,56 %) aan het item onbegripelijk te vinden. Echter beschreven zij bij de opmerking achteraf dat het woord ‘Hirnschädigung’ volgens hun ethisch niet verantwoord zou zijn. Vervolgens werd door de onderzoekers geconcludeerd dat dit item qua begripelijkheid wel goed was.
- Bij de items 5, 7 en 13 gaven 6,4 %, 5,12 % en 2,56 % aan dat deze voor PMA onvoldoende begripelijk zouden kunnen zijn. Deze items werden desondanks niet aangepast omdat de Duitse versie te veel zou afwijken van de oorspronkelijke CIQ-A. Bij te veel afwijking zou een aanpassing van het meetinstrument zijn ontstaan en het doel, een vertaling te creëren, zou dus verzuimd zijn.
- Item 15 was voor 7,68 % onbegripelijk en dus voor de steekproef het onbegripelijkste item van het meetinstrument. De personen gaven aan dat het woord ‘Freiwilligenarbeit’ te complex zou zijn en niet hoogfrequent genoeg voor PMA. Dit item werd vervolgens aangepast naar ‘ehrenamtlich arbeiten’.
- Onafhankelijk van de items werden twee woorden als talig onnauwkeurig aangegeven die herhaaldelijk in de vragenlijst voorkwamen. Het woord ‘normalerweise’ (voor 3,48 % onbegripelijk) kon dus ook geïnterpreteerd worden als toestand vóór de afasie. Dit woord werd vervolgens veranderd naar het woord ‘meistens’ wat de actuele situatie beter achterhaald. Personen gaven aan (3,48 %) dat door het gebruik van het woord ‘ziemlich’ de gradatie in de zes-punt-schaal niet juist zou zijn. Daarom werd het woord ‘ziemlich’, dat bij ieder item in subschaal 2 als antwoordmogelijkheid voorkwam, vervangen door het woord ‘etwas’.

De data-analyse liet zien dat alle items van de vragenlijst voor alle 128 respondenten voor meer dan 90 % begripelijk waren. Uiteindelijk werden drie woorden van de vragenlijst met behulp van de responsen (inclusief opmerkingen) aangepast. Zo ontstond de eindversie van de Duitse CIQ-A (D₃) (bijlage 6).

4.3 Betrouwbaarheid

Voor het betrouwbaarheidsonderzoek werden 15 deelnemers per mail geworven. Om de steekproef te vergroten werden logopedische praktijken telefonisch benaderd en met bekende logopedisten contact opgenomen. In totaal werden 72 logopedisten gecontacteerd die gezamenlijk 35 PMA in praktijk hadden. Uiteindelijk konden 28 PMA deelnemen aan het betrouwbaarheidsonderzoek. De andere zeven PMA werden uitgesloten van het betrouwbaarheidsonderzoek vanwege het feit dat zij buiten de inclusiecriteria vielen. Alle 28 deelnemers volgden de afspraken voor meetmoment 1 en meetmoment 2, waardoor alle resultaten gebruikt konden worden voor de data-analyse.

Bij alle 28 test-hertest-metingen werd een afstand van minimaal twee weken aangehouden. Binnen het betrouwbaarheidsonderzoek vond bij de deelnemers, op één persoon na, geen life-event plaats, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek mogelijk zou kunnen beïnvloeden.

Voor subschaal 1 werd de correlatie van meetmoment 1 en 2 a.d.h.v. de Cohen's Kappa per item berekend. Met een range van 0.781-1.0 kwamen de twee meetmomenten aanzienlijk tot perfect overeen. In totaal waren er vier items (item 9, 12, 13 en 14) die een perfecte correlatie van 1.0 opleverden. Item 11 (Heeft u een goede vriend die u in vertrouwen neemt?) wees de slechtste correlatie met 0.781 op. Bij deze vraag speelde een life-event van een deelnemer; zijn beste vriend overleed binnen de tijdsperiode van twee weken. Hierdoor heeft hij de vraag bij meetmoment 2 anders beantwoord dan bij meetmoment 1. Alle andere items bereikten een correlatie van 0.81 en hoger wat een (bijna) perfecte overeenkomst betekende. De gemiddelde correlatie voor subschaal 1 bedroeg 0.909 wat een bijna perfecte test-hertest-betrouwbaarheid opleverde.

Voor subschaal 2 (tevredenheidsschaal) werd de correlatie van meetmoment 1 en 2 a.d.h.v. de Spearman Correlatiecoëfficiënt per item berekend. Met een range van 0.713-1.0 kwamen de twee meetmomenten aanzienlijk tot perfect overeen. In totaal was er één item (item 14) dat een perfecte correlatie van 1.0 opleverde. De items 3, 7, 11 en 13 wezen een aanzienlijke correlatie van ten minste 0.713 op (<0.8). Alle andere negen items bereikten een correlatie van 0.81 en hoger wat een hoge tot perfecte overeenkomst betekende. De gemiddelde correlatie voor subschaal 2 bedroeg 0.885 wat een hoge test-hertest-betrouwbaarheid opleverde.

Toevoegend werd voor subschaal 2 het gemiddelde per testpersoon van meetmoment 1 en het gemiddelde per testmoment van meetmoment 2 berekend. Hierdoor werd per testpersoon het gemiddelde van de tevredenheid van het gehele meetinstrument berekend. Als bijvoorbeeld testpersoon x tijdens meetmoment 1 een gemiddelde tevredenheid van 5 had, was deze persoon

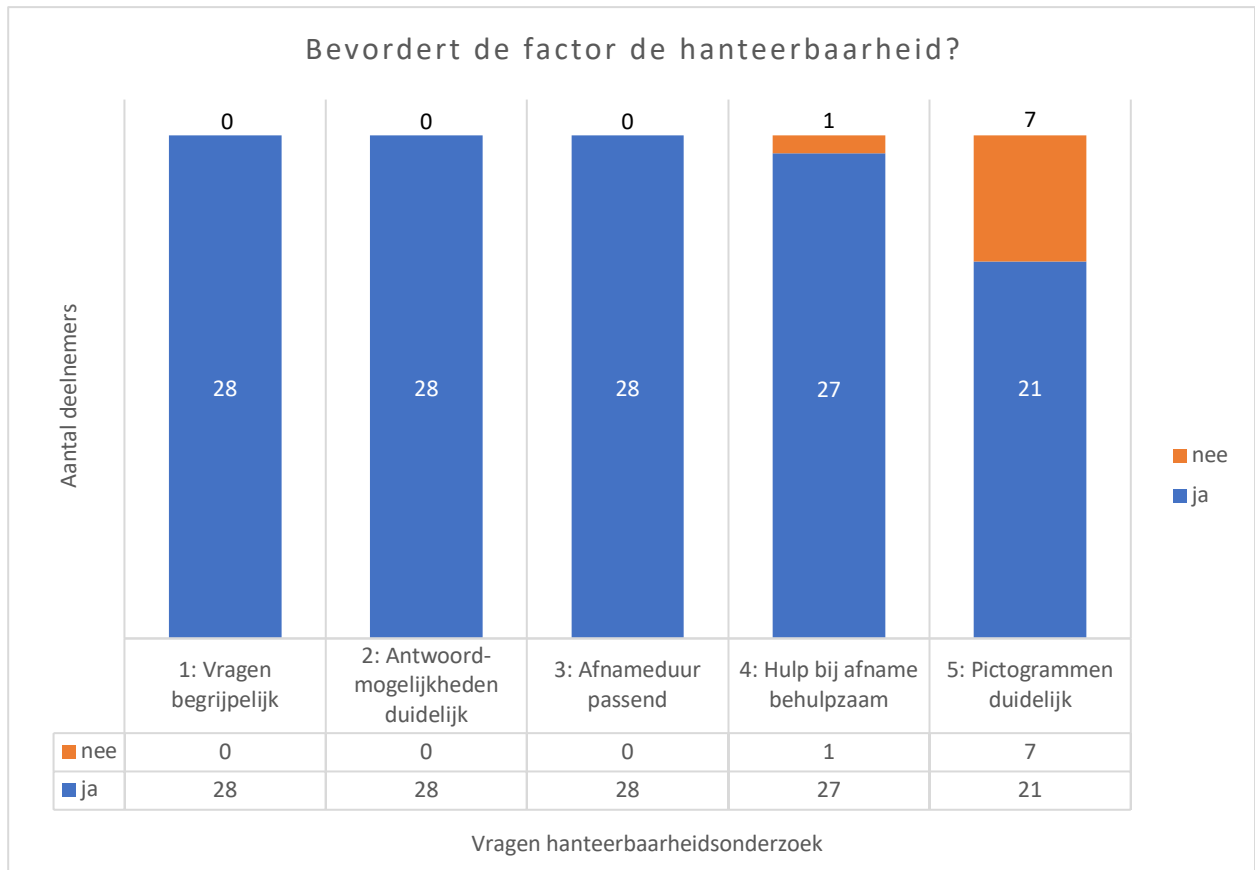
gemiddeld ‘tevreden’ over de 15 alledaagse situaties die d.m.v. de vragenlijst werden getest. Voor deze berekening werden dezelfde cijfers gehanteerd die in de tevredenheidsschaal aan de respectievelijke tevredenheidsgradaties zijn gekoppeld. Tabel 9 geeft weer welk cijfer bij welke tevredenheidsgradatie hoort. Ook werd voor meetmoment 2 per testpersoon het gemiddelde van de tevredenheid berekend. Zo ontstonden twee nieuwe variabelen; namelijk het gemiddelde van de tevredenheid van meetmoment 1 en het gemiddelde van de tevredenheid van meetmoment 2. Tot slot werden deze twee variabelen a.d.h.v. de Spearman Correlatiecoëfficiënt gecorreleerd om de test-hertest-betrouwbaarheid van de gemeten gemiddelde tevredenheid per PMA te berekenen. De correlatie van de twee gemiddeldes bedroeg 0.942. Zoals eerder beschreven wordt een Spearman Correlatiecoëfficiënt van 0.942 geïnterpreteerd met een hoge tot perfecte overeenkomst. De gemiddelde tevredenheid per testpersoon van meetmoment 1 en meetmoment 2 kwam dus in hoge tot perfecte mate overeen.

Cijfer	Tevredenheidsgradaties
1	Zeer ontevreden
2	Ontevreden
3	Vrij ontevreden
4	Vrij tevreden
5	Tevreden
6	Zeer tevreden

Tabel 9: Tevredenheidsgradaties gekoppeld aan cijfers overgenomen van meetinstrument

4.4 Hanteerbaarheid

De 28 deelnemers van het betrouwbaarheidsonderzoek namen ook deel aan het hanteerbaarheidsonderzoek. Onderstaand figuur (figuur 3) geeft de resultaten van de vierde en laatste onderzoeksfase weer.



Figuur 3: Bevorderende factoren hanteerbaarheid

De eerste drie vragen naar de begrijpelijkheid van de vragen, de duidelijkheid van de antwoordmogelijkheden en de geschiktheid van de afnameduur waren factoren die de hanteerbaarheid met een score van 100 % positief beïnvloedden. Bij vraag 4 gaf één persoon (3,57 %) aan, de hulp bij de afname, voornamelijk de pictogrammen en het afdekken van subschaal 2, niet nodig te hebben. Zeven personen (25 %) van de onderzoeksgroep vonden de pictogrammen onduidelijk. Zij merkten op dat niet alle pictogrammen herkenbaar waren en deels anders werden opgevat dan de bijbehorende vraag. Zo werd bijvoorbeeld het pictogram van item 13 vanwege de handen niet herkend als pictogram dat de werksituatie beschrijft.

Vraag 6 werd niet meegenomen in figuur 3. Voor deze vraag werd bewust geen percentage berekend omdat opmerkingen en verbeterpunten zowel positief als negatief waren en dus niet in een getal konden worden uitgedrukt. Een uitspraak over de hoeveelheid aan opmerkingen was dus

niet van belang. Bij vraag 6 (Heeft u opmerkingen of verbeterpunten?) hadden 23 (82,14 %) deelnemers geen opmerkingen. Drie deelnemers gaven aan modernere pictogrammen prettiger te vinden. Twee deelnemers vonden de vragen van de Duitse CIQ-A belangrijk en merkten op dat deze een goede link leggen naar therapie voor het alledaagse leven. Een deelnemer gaf aan de onderzoeksprocedure positief te hebben ervaren.

5 Discussie

In onderstaand hoofdstuk worden de gehanteerde onderzoeksfasen en de bijbehorende resultaten bediscussieerd.

In de subhoofdstukken worden antwoord op de vraagstelling gegeven, implicaties voor de praktijk besproken en een terugkoppeling met de literatuur gemaakt. Tevens wordt er kritisch gereflecteerd op de methode en de resultaten per onderzoeksfase. Deze discussie wordt afgesloten met aanbevelingen voor verder onderzoek en een algemene conclusie van deze thesis.

5.1 Antwoord op de vraagstelling

Centraal tijdens deze bachelorthesis stond de volgende vraagstelling:

Is het naar het Duits vertaalde meetinstrument ‘Community Integration Questionnaire adjusted for people with Aphasia’ (CIQ-A) begrijpelijk voor logopedisten en ergotherapeuten, hanteerbaar voor personen met afasie en betrouwbaar?

De vraagstelling kan met ‘ja’ worden beantwoord. De kritische reflectie (hoofdstuk 5.4) beschrijft nader wat er speelde dat de Duitse CIQ-A begrijpelijk voor logopedisten en ergotherapeuten, hanteerbaar voor PMA en in zijn totaliteit betrouwbaar is. Echter zijn de onderzoekers zich ervan bewust dat de betrouwbaarheid gerelativeerd moet worden door het feit dat de steekproefgroottes van de onderzoeksfasen in relatie tot een voldoende betrouwbaarheid te klein waren.

De vraagstelling was leidraad om het meetinstrument, de CIQ-A in het Duits, te creëren. Hoewel de vragenlijst is aangepast voor PMA zou deze echter voor alle cliënten kunnen worden gebruikt waar een inventarisatie van hun participatie en de tevredenheid daarover een meerwaarde zou kunnen opleveren.

5.2 Terugkoppeling met de literatuur

Binnen de inleiding (hoofdstuk 1) en de theoretische achtergrond (hoofdstuk 2) werd literatuur geraadpleegd om de aanleiding voor de doelstelling en de theoretische achtergrond te beschrijven. Onderzoeken constateren dat PMA door hun afasie minder in sociale contexten participeren (Dalemans R. , 2010). De daardoor resulterende veranderingen in de leefwereld van een PMA, waaronder de huishoudelijke- en sociale situatie, stromen vaak uit in ontevredenheid (Rupp-Adelmann & Bauer, 2010).

Voordat een verbetering in de participatie van een PMA in een sociale omgeving kan worden aangepakt is een inventariserend meetinstrument nodig. Uit literatuuronderzoek bleek dat in het Duits tot nu toe geen methodes bestaan om de deelname aan het alledaagse leven en de kwaliteit van leven te inventariseren (Kolonko & Hunziker, 2013). Deze uitspraak was mede de aanleiding voor de vertaling van de CIQ-A naar het Duits in het kader van deze thesis. Uit het begrijpelijkheidsonderzoek kwam naar voren dat deze vragenlijst een grote meerwaarde voor Duitse logopedisten en ergotherapeuten zou hebben. Zij gaven aan tot nu toe diagnostiek op participatieniveau gekoppeld aan de tevredenheid van PMA te missen. Door het betrekken van deze doelgroep bij het begrijpelijkheidsonderzoek schoof deze noodzaak meer in de focus.

Al 12 jaar geleden werd een instrument gewenst dat de gevolgen van afasie ten aanzien van alledaagse activiteiten en de sociale participatie in kaart zou brengen (Tesak, 2005-2006; Grötzbach H. , 2006; Rentsch & Bucher, 2006). In 2013 gaven Kolonko & Hunziker opnieuw aan dat door geen enkel bestaande diagnostische methode de individuele situatie van een PMA alomvattend in beeld wordt gebracht. Het eindproduct, de ‘Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie’ levert voor het eerst een Duitse diagnostische methode die aan deze wensen voldoet.

5.3 Implicaties voor de praktijk

Het doel van deze thesis was met het eindproduct een inventariserend en evaluatief instrument voor het Duitse taalgebied te creëren, waarmee de activiteiten en de participatie van PMA en hun tevredenheid daarover gemeten kan worden.

Door de vertaling van de CIQ-A ontstond in het kader van deze thesis in het Duits de ‘Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie’. In de toekomst zullen logopedisten in Duitstalige regio’s de mogelijkheid hebben de activiteiten en participatie van PMA en hun tevredenheid daarover in kaart te kunnen brengen. Deze inventarisatie zal de logopedisten in staat stellen participatiegerichte doelen voor alledaagse activiteiten behoefte-georiënteerd te formuleren.

Uit het begrijpelijkheidsonderzoek kwam naar voren dat logopedisten en ergotherapeuten doelen op activiteiten- en participatieniveau een meerwaarde vinden voor cliëntgerichte en effectieve therapie voor PMA. De onderzoekers zijn zich ervan bewust dat deze redenering niet voor alle therapeuten moet gelden die werken met PMA.

De CIQ-A zou een bepaalde betekenis kunnen innemen in het opstellen van een behandelplan van PMA. De uit de anamnese resulterende hulpvraag van de PMA zou mogelijk kunnen worden bijgesteld door de diagnostiek m.b.v. de CIQ-A en een aanvullend gesprek over de resultaten. De daaraan verbonden bevindingen kunnen worden gebruikt om participatiegerichte doelen gezamenlijk met de PMA op te stellen om de tevredenheid over hun integratie in de maatschappij te verhogen. Participatiegerichte therapie zou de PMA optimaal kunnen voorbereiden op een tevredenstellende deelname aan het alledaagse leven.

Nadat de onderzoekers het meetinstrument zelf aan PMA hebben getest werden de onderzoekers alert op valkuilen tijdens de testafname. Bij sommige testonderdelen was opvallend dat het meetinstrument ruimte voor interpretatie van de vragen en de antwoordmogelijkheden biedt. Hierdoor worden de testresultaten mogelijk beïnvloedt. De onderzoekers adviseren om voornamelijk met onderstaande testonderdelen (tabel 10) rekening te houden. De opgestelde vragen zullen therapeuten die de CIQ-A afnemen tot nadenken aanzetten:

Item	Ruimte voor interpretatie
Item 4 Wie zorgt er gewoonlijk voor de kinderen?	Moet subschaal 2 (tevredenheidsschaal) worden weggelaten indien 'niet van toepassing' het antwoord is?
Item 8 Hoe vaak per maand neemt u deel aan vrije tijd activiteiten? Item 10 Doet u vrije tijd activiteiten alleen of met anderen?	Moet item 10 worden weggelaten indien het antwoord op item 8 'nooit' is? Hiermee zou rekening moeten worden gehouden omdat de PMA dan geen punten bij de tevredenheidsschaal zou krijgen.
Item 13 Wat beschrijft het best uw huidige werksituatie? Item 14 Wat beschrijft het best uw huidige opleidingssituatie?	Wordt de tevredenheid überhaupt nagevraagd indien werken of opleiding niet van toepassing zijn bij een PMA?
Item 13	Geldt huisvrouw als beroep?
Item 14	Zouden hier ook cursussen o.i.d. tellen? Deze toevoeging zou meer bij PMA passen die met pensioen zijn wat dit item voor hen vervolgens relevanter zou maken.
Item 15 Hoe vaak heeft u de afgelopen maand deelgenomen aan vrijwilligerswerk?	Wat valt allemaal onder vrijwilligerswerk? Valt bijvoorbeeld een familielid met de huishouding te helpen ook onder vrijwilligerswerk of moet het per se vrijwillig werken voor een instelling zijn?

Tabel 10: Items die ruimte voor interpretatie bieden

Indien de therapeut het gevoel heeft dat de essentie van een item nog niet voldoende achterhaald is, is het wenselijk dat de therapeut ter verduidelijking steeds doorvraagt. De onderzoekers van deze bachelorthesis raden aan om in bijzonder bij de tevredenheidsschaal door te vragen. Indien nodig zou de tevredenheidsschaal vereenvoudigd weergegeven (bijlage 10) worden voordat de PMA een gedetailleerde beoordeling qua tevredenheidsgradaties aangeeft.

Met behulp van deze handvaten bij de testafname zou het Duitse meetinstrument succesvol ingezet kunnen worden.

5.4 Kritische Reflectie

In dit hoofdstuk wordt een resumé getrokken van de tijdsplanning en samenwerking die mede het tot stand komen van het eindproduct beïnvloedden. Vervolgens wordt een sterkte-zwakteanalyse van de vier onderzoeksfasen beschreven met daarin limitaties, discrepanties en onverwachte uitkomsten. Afsluitend wordt benoemd wat er volgens de onderzoekers te verbeteren valt bij het meetinstrument CIQ-A.

5.4.1 Tijdsplanning en samenwerking

Nadat voor dit onderzoeksthema werd gekozen stelden de twee onderzoekers een tijdsplan op waarin het afsluiten van de aparte onderzoeksfasen aan een bepaalde tijdsperiode werd gekoppeld. Het toptraject (planning studiejaar 3 en 4) werd door de onderzoekers precies op dezelfde manier gepland, waardoor alle schoolactiviteiten parallel liepen. Dit was een gunstige voorwaarde voor de samenwerking tussen de twee onderzoekers. Het aanhouden van het tijdsplan lukte de onderzoekers tot het afronden van onderzoeksfase 2 goed. De vertaling en het begrijpelijkheidsonderzoek werden zonder vertraging uitgevoerd. De uitvoering van het betrouwbaarheids- en hanteerbaarheidsonderzoek vielen tijdelijk samen. De onderzoekers waren van plan deze laatste twee onderzoeksfasen voor het begin van hun tweede stage af te ronden. Dit doel kon vanwege de volgende factoren niet worden bereikt: Voordat de onderzoeksfasen konden worden uitgevoerd, was het krijgen van feedback vanuit de thesiscoach en de medestudenten uit de thesiskring noodzakelijk. Omdat iedereen een ander traject volgde, duurde het soms tot drie weken voordat feedback werd teruggestuurd. In deze tijd kon nauwelijks worden gewerkt aan de thesis, waardoor het uitvoeren van de onderzoeken pas later dan gepland van start kon gaan. De onderzoekers hadden van tevoren onderschat dat persoonlijke afspraken met elkaar niet altijd mogelijk waren, waardoor toevoegend voor elektronische hulpmiddelen (Skype en telefoon) moest worden gekozen. Bovendien werd vooraf niet verwacht uiteindelijk meer dan een maand nodig te

hebben om het doel te bereiken 20 geschikte PMA voor onderzoeksfase 3 en 4 te werven. Uiteindelijk moesten de onderzoekers door deze vertraging de thesis in de tijdsperiode van hun tweede stage afronden, waardoor deze twee taken tegelijkertijd moesten worden gedaan.

De samenwerking tussen de twee onderzoekers verliep voorspoedig. Beiden waren zich van de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het tot stand komen van deze thesis bewust. De efficiënte communicatie beïnvloedde het werken in een team positief.

Samenvattend kan worden gezegd dat het vanwege de grote omvang van deze thesis soms moeilijk was een correcte inschatting wat betreft de tijdsplanning te maken. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de tijd die aan de thesis werd besteed effectief en doelgericht werd omgezet naar een tevredenstellend eindproduct.

5.4.2 Onderzoeksfasen

Vertaling

Aan de hand van de vertaal-terugvertaal-methode kon de Nederlandse CIQ-A in de eerste onderzoeksfase met succes naar het Duits worden vertaald. De onderzoekers vertaalden N_0 naar D_1 . Beide onderzoekers hebben Duits als moedertaal wat géén optimale voorwaarde voor een vertaling was (Beaton, 2000). Toch beheersen beiden de Nederlandse taal op taalniveau C1 wat toereikend voldeed om de CIQ-A aangepast voor PMA (waardoor de taalcomplexiteit redelijk laagdrempelig is) te vertalen. In stap 2 van de vertaling (zie tabel 3) vertaalde één tweetalig in het Nederlands en Duits opgevoede persoon D_1 naar N_1 terug. Een terugvertaling door een persoon met beide talen als moedertaal is een goede voorwaarde voor een succesvolle vertaling (Beaton, 2000). De terugvertaling wees geen taalfouten op die de testinhoud zouden hebben veranderd. Volgens Beaton et al. (2000) bestaat een goede vertaling van een vragenlijst uit minstens twee tot drie onafhankelijke vertalingen en minstens twee tot drie onafhankelijke terugvertalingen. Echter werd de vertaal-terugvertaal-methode slechts door de twee onderzoekers en één terugvertaler toegepast vanwege tijdsdruk. Hierdoor baseerde de vergelijking van discrepanties alleen op één vertaling en één terugvertaling waardoor geen afstemming tussen meerdere vertalingen/terugvertalingen kon gebeuren. De vergelijking van discrepanties werd van de twee onderzoekers samen met medestudenten uit de thesiskring en de thesiscoach voorgenomen. Deze groep bestond uit zowel Nederlandse als Duitse moedertaalsprekers. Echter zou een beoordeling van discrepanties door een tweetalig opgevoede persoon waarschijnlijk betrouwbaarder zijn geweest. Zoals Racoma (2016) aangeeft, kan het bij een vertaal-terugvertaal-methode voorkomen dat de terugvertaling niet 100 % hetzelfde is als de oorspronkelijke versie. Door rekening

gehouden te hebben met linguale verschillen bij de vertaling naar het Duits (D_1) was N_1 na de terugvertaling niet exact hetzelfde als N_0 . De onderzoekers zien het betrekken van linguale verschillen als een aspect wat de kwaliteit van het nieuwe Duitse meetinstrument in stand houdt. Bovendien werd de handleiding (bijlage 10) uitgebreid om achtergrondinformaties gedetailleerder te beschrijven als dat bij de Nederlandse CIQ-A het geval is. De Duitse handleiding bevat de volgende hoofdstukken:

- Het doel van het meetinstrument
- De opbouw van de vragenlijst
- De afname
- De scoring
- Opmerkingen over bepaalde items
- De score-interpretatie
- Therapie-adviezen
- Bijlage: scoreformulier & eenvoudige weergave subschaal 2

Het scoreformulier kreeg een nieuwe lay-out om de scoring overzichtelijk weer te geven. Een eenvoudige weergave van subschaal 2 dan in de test gehandhaafd, werd van de online-versie van de CIQ-A overgenomen. Deze weergave werd in de bijlage van de handleiding toegevoegd.

De handleiding werd vertaald naar het Duits en op spelling van de Duitstalige medestudenten gecorrigeerd. Bovenop gaven de andere medestudenten uit de thesiskring en de thesiscoach feedback op de inhoud, die toegepast werd bij de handleiding. Hetzelfde gold voor het scoreformulier en het voorblad van het meetinstrument. In overleg met de thesiscoach hoefden de handleiding, het scoreformulier en het voorblad niet terugvertaald worden volgens de vertaal-terugvertaal-methode omdat deze onderdelen voor het betrouwbaarheidsonderzoek niet relevant waren.

Concluderend werd één discrepantie na het toepassen van de vertaal-terugvertaal-methode aangepast. Zo ontstond D_2 wat als basis voor de tweede onderzoeksfase diende.

Begrijpelijkheid

Door de inzet van een online-enquête kon de begrijpelijkheid van de ‘Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie’ achterhaald worden. Nu de onderzoeksfase werd afgerond, wordt een online-enquête als geschikt hulpmiddel voor het verzamelen van data gezien. Op de ene kant werd door het invullen van een online-enquête zowel de invultijd van de steekproef

als de tijdbelasting voor de onderzoekers zo minimaal mogelijk gehouden. Aan de andere kant bleek het nadelig dat op aanmerkingen binnen de online-enquête achteraf door de twee onderzoekers niet meer kon worden doorgevraagd. Ook bleek dat reacties op de begrijpelijkheid niet verbindend waren, waardoor de streekproefgrootte uiteindelijk maar een klein deel uitmaakte van geworven logopedisten en ergotherapeuten. Het doel was om tenminste 100 reacties op de enquête te ontvangen. Dit werd met 128 ingevulde formulieren overtroffen. Hoewel het aantal reacties een positief resultaat was, hadden de onderzoekers meer reacties verwacht vanwege een tijdsintensieve benadering van logopedisten en ergotherapeuten via mail (1210 verstuurd mails).

Het achterhalen van de begrijpelijkheid werd gedaan door het ondervragen van Duitstalige logopedisten en ergotherapeuten hoewel het meetinstrument zich richt op PMA. Hiervoor werd gekozen vanwege het feit dat PMA grotendeels qua taalbegrip beperkt zijn en deze doelgroep de begrijpelijkheid van het meetinstrument niet adequaat zou kunnen beoordelen. Tijdens de data-verzameling viel op dat sommige respondenten de invulinstructie niet toereikend hadden doorgenomen. Bij nader inzien van de opmerkingen viel op dat zij een item als onbegrijpelijk aangaven, omdat zij zich in de rol van PMA plaatsten en niet omdat dit item voor hun zelf qua taal onbegrijpelijk was. Ook al werd de enquête dus niet door iedereen correct qua instructie ingevuld, konden opmerkingen van logopedisten en ergotherapeuten mee worden genomen (zie hoofdstuk 4.2). Misschien zou een online-enquête passender zijn geweest waar zich de respondent in de rol van PMA mocht verplaatsen. Echter zou deze handhaving de afname minder objectief hebben gemaakt, omdat iedereen de begrijpelijkheid voor PMA anders zou inschatten. Een zo objectief mogelijke handhaving voor een begrijpelijkheidsonderzoek konden de onderzoekers tot het laatst niet opsporen. Positief was, ook al verplaatsten zich sommige respondenten in de rol van PMA, viel de begrijpelijkheid van het meetinstrument hoog uit. Concluderend leverde de gebruikte handhaving voor het begrijpelijkheidsonderzoek op dat D₂ voor meer dan 90 % van de respondenten begrijpelijk was. De onderzoekers moesten drie woorden aanpassen voordat uiteindelijk D₃ (bijlage 6) kon ontstaan.

Betrouwbaarheid

Door het werven van PMA kon de test-hertest-methode worden ingezet om de betrouwbaarheid van D₃ te onderzoeken. Zoals in hoofdstuk 4.3 beschreven leverde de test-hertest-betrouwbaarheid voor beide gehanteerde meetniveaus in de vragenlijst een hoge tot perfecte correlatie op. De onderzoekers zijn zich wel ervan bewust dat de uitslag reeds tendensen voor een betrouwbare uitspraak kan geven vanwege de steekproefgrootte van 28 PMA. Desondanks kon het doel

20 PMA voor het betrouwbaarheidsonderzoek in het kader van een bachelorthesis te betrekken worden overtroffen.

Tijdens de voorbereiding van de testafnames viel op dat het meetinstrument vanwege een afasievriendelijke lay-out een groot aantal bladzijdes omvat. Daarom werden alle bladzijdes van de Duitse CIQ-A gelamineerd om papier te besparen. De vragenlijst werd met een uitveegbare stift ingevuld. De onderzoekers droegen de resultaten na iedere testafname over naar een Excel-tabel. De hertest kon bij alle 28 PMA in een periode van minimaal twee weken worden afgenomen. Dit was een optimale voorwaarde om de test-hertest-betrouwbaarheid te berekenen. Tijdens de afname zijn de onderzoekers factoren tegen gekomen, die het betrouwbaarheidsonderzoek mogelijk hebben beïnvloed. De volgende steekwoorden geven mogelijk beïnvloedende factoren weer:

- Life-events hadden significante verschillen tussen meetmoment 1 en 2 kunnen opleveren. De onderzoekers weten van één PMA bij wie een life-event speelde. Echter wordt niet ervan uitgegaan dat life-events bij een tijdsperiode van minimaal twee weken vaak voorkomen. Hieronder zouden veranderingen in de omgeving (zoals verhuizing) en externe ondersteuning (zoals thuiszorg) vallen.
- De dag afhankelijke stemming van PMA zou de subjectieve beoordeling van hun tevredenheid over respectieve alledaagse activiteiten kunnen beïnvloeden. Bijvoorbeeld scoorde een PMA bij meetmoment 1 op een item met 'tevreden' terwijl hij bij meetmoment 2 met 'zeer tevreden' scoorde. Deze gradaties zijn maar klein, wel beïnvloeden zij de correlatie.
- Verwachtingspatronen vanuit het gezelschap kunnen een rol spelen. Het was opvallend dat PMA pas over bepaalde activiteiten nadachten zodra zij hierop werden aangesproken. Dit was voornamelijk bij item 15 het geval (bv. PMA zijn ontevreden over het feit dat zij nog nooit vrijwilligerswerk hebben uitgevoerd, hoewel dit vooraf voor hun geen rol speelde). Het is dus mogelijk dat een PMA aangeeft ontevreden te zijn een activiteit niet uit te voeren omdat hij anders denkt een negatieve indruk achter te laten bij de therapeut.
- Personen met dementie leven vaak buiten het hier en nu (Dr. Wojnar, 2007) waardoor de antwoorden niet altijd adequaat zouden zijn. Wel zou deze comorbiditeit een positieve factor zijn om niet aan meetmoment 2 te kunnen herinneren.
- Het taalbegrip werd voor de testafname binnen een smalltalk nagegaan. Alle PMA moesten gesloten vragen adequaat kunnen beantwoorden om aan het onderzoek deel te kunnen nemen. Echter viel op dat sommige PMA binnen het onderzoek zelf niet altijd adequaat antwoordden. Bijvoorbeeld gaf één PMA aan altijd zelf boodschappen te doen terwijl een onderzoeker een

bekende van de PMA was en wiste dat dit niet klopte. (De onderzoeker die niet bekend was met deze PMA heeft de afname uitgevoerd. Pas bij de uitwisseling tussen de twee onderzoekers kwam deze afwijking naar voren.) Het is niet altijd op te sporen of een niet adequaat antwoord terug te voeren is op een beperkt taalbegrip of op een bewust veranderde antwoord. Hier zou dus een uitgebreide diagnostiek nodig zijn om uit te sluiten, dat de testafname niet door een beperkt taalbegrip beïnvloed wordt.

Bovendien viel op dat PMA vaker de gradaties 'tevreden' en 'ontevreden' van de zes-punt-schaal bij subschaal 2 aangaven i.p.v. kleinere gradaties naar boven of beneden te gebruiken.

Concluderend kan worden gezegd dat bovengenoemde factoren de betrouwbaarheid mogelijk beïnvloed hebben.

Hanteerbaarheid

Bij het hanteerbaarheidsonderzoek werden dezelfde 28 PMA betrokken, die ook aan het betrouwbaarheidsonderzoek deelnamen. Zoals bij het betrouwbaarheidsonderzoek werd ook voor de hanteerbaarheid de vragenlijst gelamineerd. De hanteerbaarheid van het Duitse meetinstrument werd voor de onderzoekspopulatie getest op begrijpelijkheid van de vragen, duidelijkheid van de antwoordmogelijkheden, geschiktheid van de afnameduur, behulpzaamheid bij afname en duidelijkheid van de pictogrammen. Zoals in de methode aangegeven staat, vond een onderzoek naar de hanteerbaarheid voor therapeuten niet plaats. Dit zou in een vervolgonderzoek (zie hoofdstuk 5.5) kunnen worden gedaan en zeker een meerwaarde kunnen opleveren voor het optimaliseren van de vragenlijst. De Duitse CIQ-A werd afasievriendelijk (zie hoofdstuk 3.4, tabel 7) vormgegeven. Uit het hanteerbaarheidsonderzoek bleek dat de vragenlijst aangepast voor personen met afasie de hanteerbaarheid van het meetinstrument positief beïnvloedde. Echter werden de pictogrammen in 25 % van de onderzoekspopulatie als onduidelijk beschouwd. De aanmerkingen van PMA worden samen met opvattingen van de onderzoekers wat betreft de pictogrammen in 5.4.3 weergegeven.

5.4.3 Verbeterpunten CIQ-A

De puntentelling van de CIQ-A wordt in de scoring op zich consequent gehandhaafd. Echter wordt de zelfstandigheid van uitvoering meer geteld dan in hoeverre iemand überhaupt activiteiten uitvoert. Dat wil zeggen dat bv. een PMA die alleen boodschappen doet in totaal meer punten krijgt dan een PMA die samen met de partner boodschappen doet. Bij de interpretatie zou dit betekenen dat de PMA die alleen boodschappen doet bij de sociale integratie een hogere scoring

ontvangt dan de persoon die samen met de partner boodschappen doet. Het samen uitvoeren van activiteiten hoeft niet per se te betekenen dat een activiteit samen moet worden uitgevoerd omdat de PMA hulp nodig heeft bij deze activiteit. Het samen uitvoeren van de activiteit zou in de vragenlijst de scoring van de sociale integratie niet mogen beïnvloeden. Het zou zinvol zijn als zulke levensomstandigheden binnen het meetinstrument niet ten laste van de scoring vallen. Verder wordt er binnen de scoring geen rekening mee gehouden dat de beperkingen m.b.t. het uitvoeren van activiteiten eventueel géén gevolg van de afasie zijn. Motorische beperkingen oftewel bedlegerig zijn of het wonen in een zorginstelling zijn voorbeelden die de activiteiten beperken waar afasie géén rol bij speelt. Om te achterhalen of afasie de oorzaak voor de beperking in deelname aan activiteiten is, zou dus moeten worden doorgevraagd. Hierbij zou de focus op de activiteiten liggen die vanwege de afasie niet zelfstandig kunnen worden uitgevoerd en daardoor de tevredenheid beïnvloeden.

Uit het begrijpelijkheids- en hanteerbaarheidsonderzoek kwam naar voren dat de pictogrammen van de CIQ-A niet altijd bij de items pasten. Logopedisten en ergotherapeuten gaven aan niet alle vragen oftewel antwoordmogelijkheden door de pictogrammen te kunnen begrijpen. Zij gaven verder aan dat het moeilijk voor een PMA zou zijn adequaat op de vragen te antwoorden indien hun taalbegrip en leesvaardigheden beperkt zijn. Het zou dus in sommige gevallen niet mogelijk zijn de intentie van een vraag alleen door de pictogrammen te achterhalen. Ook gaven de onderzoeksdeelnemers aan dat hetzelfde pictogram soms dubbel werd gebruikt voor een ander item. Hier werd dus met hetzelfde pictogram een andere betekenis uitgebeeld (zie items 5 en 9, 8 en 10). Sommige PMA gaven aan het niet aantrekkelijk te vinden pictogrammen in zwart-wit te bekijken. Ook was voor hen niet altijd duidelijk wat de pictogrammen precies betekenden. Zij gaven aan dat duidelijke pictogrammen behulpzamer zouden zijn om de vragen beter te kunnen beantwoorden.

5.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Deze thesis leverde aanbevelingen op voor verder onderzoek omtrent de CIQ-A:

- Een grotere steekproef zou de betrouwbaarheid van validiteitsonderzoeken van de CIQ-A vergroten.
- Interessant zou ook zijn in hoeverre comorbiditeiten bij een betrouwbaarheidsonderzoek voor dit meetinstrument een rol spelen. Te denken is hierbij bijvoorbeeld aan dementie – vele dementerende kunnen vaak niet adequaat alledaagse situaties weergeven. Het zou een

mogelijkheid kunnen zijn een inadequaat oriëntatie-vermogen als exclusiecriteria voor een betrouwbaarheids-onderzoek mee te nemen.

- Om uit te sluiten dat beperkingen in taalbegrip de betrouwbaarheid zouden beïnvloeden, zou als pre-test een taalbegripsonderzoek moeten worden afgenomen bij PMA.
- De begrijpelijkheid van dit meetinstrument zou getest kunnen worden bij PMA. Het is de vraag in hoeverre dit onderzoek betrouwbare resultaten zou opleveren.
- Een hanteerbaarheidsonderzoek te doen met therapeuten die met PMA werken zou geschikt zijn om de vragenlijst te optimaliseren. Dit zou de inzetbaarheid in de praktijk verhogen.
- In een vervolgonderzoek zouden de pictogrammen aangepast kunnen worden qua aantrekkelijkheid, relevantie en ondersteuning voor de items.

5.6 Conclusie

De Duitse CIQ-A ‘Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie’ is het eerste meetinstrument voor het Duitstalig gebied, dat de participatie van PMA in het alledaagse leven en hun tevredenheid daarover inventariseert oftewel evalueert. Op basis van de uitkomsten van de CIQ-A kan de therapeut gezamenlijk met de PMA doelen opstellen. Het kan dus binnen de logopedische behandeling de focus worden gelegd op de participatie in het alledaagse leven. Dit zal de tevredenheid van PMA over hun integratie in de maatschappij verhogen.

TAKE HOME MESSAGE

Maak deel uit van verbeteringen
voor een tevredenstellende participatie van PMA!

Referentielijst

- Alotaibi, M., Reed, K., & Shaban Nadar, M. (2009). Assessments used in occupational therapy practice: An exploratory study. *Occupational Therapy in Health Care*(23(4)), 302-318.
- Baarda, B., & De Goede, M. (2017). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Bastiaanse, R. (2010). *Afasie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Beaton, D. E. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*(25(24)), 3186-3191.
- Berger, M., Imbos, T., & Jansen, M. (2001). *Methodologie en Statistiek 1*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Berns, P., & Wielaert, S. (2014). *Status afasietherapie: Nieuwe gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Beurskens, S., van Peppen, R., Stutterheim, E., Swinkels, R., & Wittink, H. (2012). *Metten in de praktijk: Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bouter, L. M., & van Dongen, M. C. (2010). *Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- BZO. (2010). *Beratungszentrum Oberfranken für Menschen nach erworbener Hirnschädigung e.V.* Opgeroepen op januari 8, 2018, van <http://www.aphasiker-zentrum-oberfranken.de/Verlauf-von-Aphasien.htm>
- Dalemans, R. (2010). *Mensen met afasie na een beroerte e hun sociale participatie*. Opgeroepen op december 11, 2017, van <https://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/autonomie-en-participatie/onderzoek-en-projecten/mensen-met-afasie-na-een-beroerte-en-hun-sociale-participatie>
- Dalemans, R. J., de Witte, L., Beurskens, A. J., van den Heuvel, W. J., & Wade, D. T. (2010). Psychometric properties of the community integration questionnaire adjusted for people with aphasia. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, pp. 395-399.
- Dalemans, R. J., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. (2010, September 1). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, pp. 537-550.
- De Haan-Neven, V., Dalemans, R., & van Rumst, M. (2015). Sociale participatietraining bij afasie: een praktijkvoorbeeld. *Logopedie*, 24-31.
- De Vet, H., & Beurskens, A. (1998). Dwalingen in de methodologie. VII. Reproduceerbaarheid van metingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*(142), 2040-2043.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie. (2013). *Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall*. Opgeroepen op mei 12, 2017, van http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-090l_S1_Schlaganfall_Rehabilitation_aphasischer_Störungen_2013_verlaengert.pdf
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2016, januari 19). *DIMDI*. Opgeroepen op februari 23, 2018, van <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>
- Dr. Wojnar, J. (2007). *Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick*. Hannover: Vincentz Verlag. Opgeroepen op juni 2018
- Ergotherapie Nederland. (2018). *Ergotherapie Nederland - beroepsvereniging voor ergotherapeuten*. Opgeroepen op mei 2018, van <https://ergotherapie.nl/voor-clienten/wat-houdt-een-behandeling-in/>

- Giles, J. (2006, november 9). The trouble with replication. *Nature*(Vol. 442), 322-347.
- Opgeroepen op januari 5, 2018, van wikipedia.org:
<https://de.wikipedia.org/wiki/Reproduzierbarkeit#Wissenschaft>
- Grötzbach, H. (2006). *Die Bedeutung der ICF für die Aphasietherapie in der Rehabilitation* (1 (20) ed.). (F. Logopädie, Red.)
- Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J., & Iven, C. (2014). *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie: Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (2 ed.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Gwet, K. L. (2008). *Wiley encyclopedia of clinical trials. Intrarater reliability*. Wiley.
- Hersenletsel-uitleg. (2017). www.hersenletsel-uitleg.nl. Opgeroepen op juni 23, 2017
- Hersenstichting. (2017). www.hersenstichting.nl. Opgeroepen op december 11, 2017, van
<https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel>
- Kagan, A. (2011). A-FROM in Action at the Aphasia Institute. *Seminars in speech and language*(32(3)), 216-228.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., . . . Sharp, S. (2008). Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. (Vol. 22(3)), 258-280.
- Kolonko, B., & Hunziker, E. (2013). *Therapieindikatoren Aphasie TInA: Eine ICF-orientierte Entscheidungshilfe für die Aphasietherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Koster, A. (2015). Het gebruik van preposities en lidwoorden door Engels sprekende niet-vloeiende afasiepatiënten. Utrecht: Masterscriptie.
- Landis, J., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*, 159-174.
- Lectoraat Autonomie en Participatie van Chronisch Ziekten Zuyd Hogeschool Heerlen. (z.d., mei). www.zuyd.nl. Opgeroepen op mei 12, 2017, van
https://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/autonomie-en-participatie/onderzoek-en-projecten/~media/Files/Onderzoek/Kenniskring%20Autonomie%20en%20participatie%20van%20chronisch%20zieken/Factsheet%20CIQ_Q%20BIPAC%20BEBA.pdf
- Lin, Y.H., Chen, C.Y., Chiu, P.K. (2005). Cross-cultural research and back-translation. *The Sport Journal*(8(4)).
- medistat GmbH. (2018). Opgeroepen op maart 2018, van medistat. Medizinische Statistik:
<https://www.medistat.de/glossar/korrelation-assoziation/rangkorrelationskoeffizient-nach-spearman/>
- Nätterlund, B. S. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*(17(2)), pp. 117-129.
- Netzwerk für Menschen mit erworbener Hirnschädigung in Ansbach. (2017). www.shv-an.de. Opgeroepen op juni 23, 2017, van <http://www.shv-an.de/wissenswertes/formen-der-hirnschaedigung.html>
- NVAT. (2012). *Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten. (NAIS)*. Opgeroepen op juni 10, 2017, van www.afasietherapie.info/NAIS
- One Hour Translation. (2015). Opgeroepen op januari 9, 2018, van One Hour Translation:
<https://www.onehourtranslation.com/translation/translation-knowledge-base/concept-back-translation-definition-and-what-it-used>
- Pullwitt, E., & Winnecken, A. (2012). *Aphasie - wenn Sprache zerbricht: Die Betroffenheit der Mitbetroffenen* (1 ed.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

- Racoma, B. (2016, september 23). Opgeroepen op januari 9, 2018, van Day Translations Blog: <https://www.daytranslations.com/blog/2016/09/what-is-back-translation-7892/>
- Rentsch, H., & Bucher, P. (2006). *ICF in der Rehabilitation* (2 ed.). Schulz-Kirchner Verlag.
- Rupp-Adelmann, M., & Bauer, A. (2010). *Fehlende Worte: Störungen des Sprechvermögens* (1 ed.). Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. (2016, Juli 27). Opgeroepen op Mai 27, 2017, van Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: <http://www.schlaganfall-hilfe.de/der-schlaganfall>
- Terwee, C., Bot, S., de Boer, M., van der Windt, D., Knol, D., Dekker, J. B., & de Vet, H. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*(60), 34-42.
- Tesak, J. (2005-2006). *ICF und Aphasie: Aphasie und verwandte Gebiete* (3/1 ed.).
- Universität Trier. (2008). www.uni-trier.de. Opgeroepen op juni 23, 2017, van https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/prof/PSB/TKP/Unterlagen_Lehre_2007_2008/Bio_psych_vorlesung/09_Schaedigungen_des_Gehirns.pdf
- Universität Wien. (2013). *CoboCards Pool*. Opgeroepen op maart 2018, van <https://www.cobocards.com/pool/de/card/2nsbr0613/online-karteikarten-in-welchem-wertebereich-kann-das-cohens-kappa-liegen/>
- Universiteit Utrecht. (2015). Opgeroepen op januari 9, 2018, van Universiteit Utrecht: [13:43, 9.1.2018] Lea Griemens: <https://vkc.uu.nl/vkc/upper/knowledgeportal/Handboek%20praktijkonderzoek/pretesten.aspx>
- UZ Leuven. (2017). *Informatiebrochure Afasie*. Opgeroepen op januari 8, 2018, van <http://www.uzleuven.be/files/revalidatiecentrum/afasie.pdf>
- Van Borsel, J. (2004). *Wetenschappelijk onderzoek in de logopedie*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- van de Velde, L., & Wilms, D. (2013). Lekker lezen; Een onderzoek naar het aanpassen van romans teneinde het leesplezier van mensen met afasie te vergroten. Zuyd Hogeschool, Opleiding Logopedie.
- van den Brink, W. (1989). *The Measurement of DSM-III Personality Pathology*. Groningen: University of Groningen.
- van der Zee, F. (2017). *Hulp bij Onderzoek*. Opgehaald van <https://hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/test-hertest-betrouwbaarheid/>
- Weidmer, B. (1994). Issues and guidelines for translation in cross-cultural research. *Proceedings of the American Statistical Association*(2).
- WHO. (2018). Opgeroepen op januari 9, 2018, van World Health Organization: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- World Health Organization. (2001). *Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'*. Opgeroepen op februari 23, 2018, van http://www.who-fic.nl/Media/Documenten/NL/ICF_webuitgave

Bijlagen

- 1** N₀: Nederlandse CIQ-A (originele versie)
- 2** D₁: Duitse CIQ-A (vertaling)
- 3** N₁: CIQ-A (terugvertaling naar het Nederlands)
- 4** D₂: Duitse CIQ-A (aanpassing na terugvertaling)
- 5** Wervingsbrief begrijpelijkheidsonderzoek
- 6** D₃: Duitse CIQ-A (eindversie)
- 7** Wervingsbrief betrouwbaarheidsonderzoek
- 8** Toestemmingsformulier PMA
- 9** Vragenlijst hanteerbaarheidsonderzoek
- 10** Handleiding CIQ-A en scoreformulier

Bijlage 1: N0: Nederlandse CIQ-A (originele versie)

Gemeenschap Integratie Vragenlijst

Community Integration Questionnaire

Vertaald en aangepast voor mensen met afasie, 2007

© R.J.P. Dalemans

Naam: _____ Deelnemersnummer: _____

Opleiding: _____ Geslacht: _____ Burgerlijke staat: _____

Beroep: _____

Adres: _____

Geboortedatum: ____/____/____

Onderzoeksdatum: ____/____/____

Leeftijd: _____

Werd de vragenlijst ingevuld door een naaste? Ja: _____ Nee: _____

Relatie van de naaste tot de respondent: _____

Score:

Score Huishoudelijke Integratie:

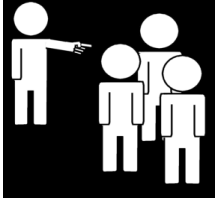
Score Sociale Integratie:

Score productiviteit:

Totale score:

Wie doet gewoonlijk **de boodschappen**?



		
U alleen	U en iemand anders	Iemand anders

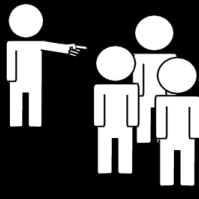
Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend
					

2.



Wie kookt **er** gewoonlijk?

		
U alleen	u en iemand anders	Iemand anders

Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend
					

3.



Wie doet gewoonlijk **het huishouden**?

		
U alleen	U en iemand anders	Iemand anders

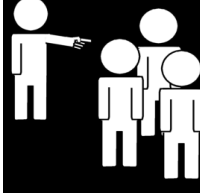
Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend
					

4.



Wie zorgt er gewoonlijk voor **de kinderen**?

			
U alleen	U en iemand anders	Iemand anders	Niet van toepassing/ In huis geen kinderen onder 17 jaar

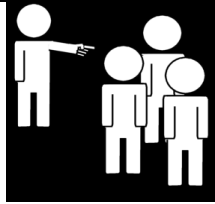
Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend
					

5.



Wie zorgt er gewoonlijk voor de **sociale contacten**?

		
U alleen	U en iemand anders	Iemand anders

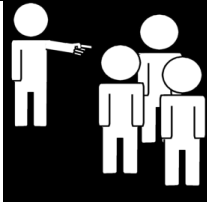
Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend
					

6.



Wie zorgt er gewoonlijk voor **de persoonlijke financiën**?

		
U alleen	U en iemand anders	Iemand anders

Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend
					

7.



Hoe vaak per maand gaat u **winkelen**?

Nooit		1 – 4 keer		5 keer of meer	
		1 •	—	4 •• ••	5 ≥ •• ••

Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend

8.



Hoe vaak per maand neemt u deel aan **vrije tijd activiteiten**?

Nooit		1 – 4 keer			5 keer of meer	
		1 •	—	4 •• ••	5 ≥ •• ••	

Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend

9.



Hoe vaak per maand **bezoekt u vrienden of familie?**

Nooit		1 – 4 keer			5 keer of meer	
		1 •	—	4 •• ••	5 ≧ •• ••	

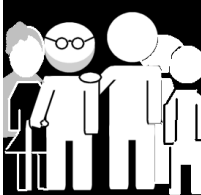
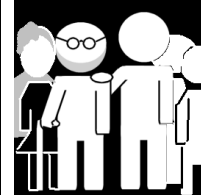
Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend

10.



Doet u **vrije tijd activiteiten alleen** of **met anderen**?

				
Meestal alleen	Meestal met vrienden die een hersenletsel hebben	Meestal met familieleden	Meestal met vrienden zonder hersenletsel	In combinatie met vrienden en familie

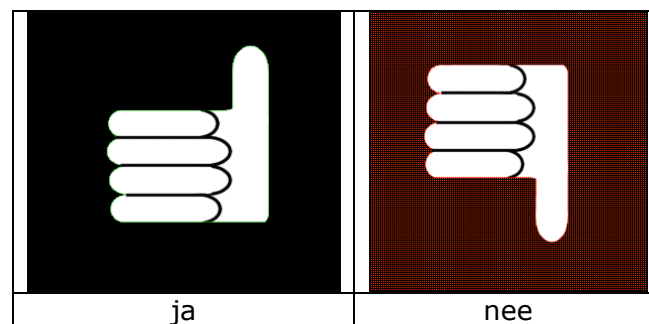
Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend
					

11.



Heeft u een **goede vriend** die u in **vertrouwen** neemt?



Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend
					

12.



Hoe vaak gaat u uw huis uit?

Zelden of nooit	Bijna iedere week	Bijna iedere dag

Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend

13.



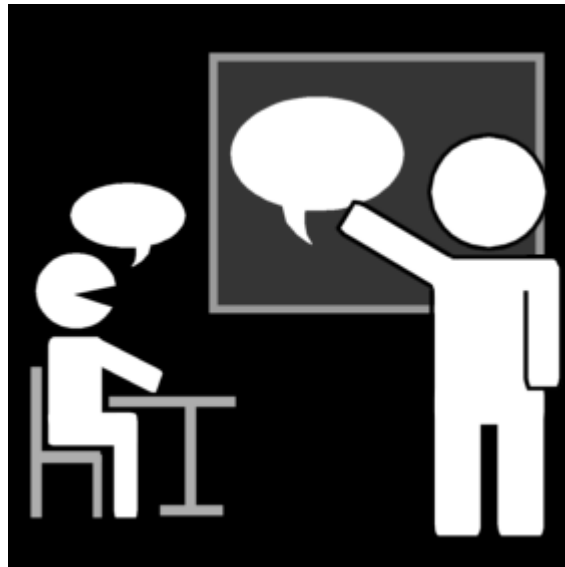
Wat beschrijft het best **uw huidige werksituatie?**

		< 20	> 20	
Geen werk, niet op zoek	Geen werk, maar actief op zoek	Deeltijd (minder dan 20 u/week)	voltijd (meer dan 20 u/week)	Niet van toepassing, met pensioen of VUT

Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend

14.



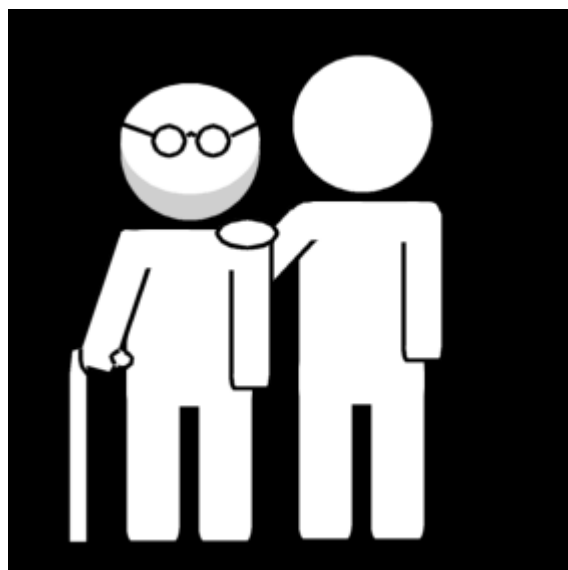
Wat beschrijft het best **uw huidige opleidingssituatie?**

	< 20	> 20
Geen school of opleiding	Deeltijd 9minder dan of gelijk aan 20 u/week)	Voltijd (meer dan 20 u/week)

Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend

15.



Hoe vaak heeft u de afgelopen maand deelgenomen aan **vrijwilligerswerk**?

Nooit		1 – 4 keer		5 keer of meer	
		1 •	—	4 •• ••	5 ≥ •• ••

Hoe bevredigend vindt u dit?

1 zeer onbevredigend	2 onbevredigend	3 vrij onbevredigend	4 vrij bevredigend	5 bevredigend	6 zeer bevredigend

Bijlage 2: D1: Duitse CIQ-A (vertaling)

Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie

Community Integration Questionnaire

Übersetzt für Personen mit Aphasie, 2018

© Lea Griemens, Jana Kreino

Name: _____ Teilnehmernummer: _____
Ausbildung: _____ Geschlecht: _____ Familienstand: _____
Beruf: _____
Adresse: _____

Geburtsdatum: ____/____/____
Abnahmedatum: ____/____/____
Alter: _____

Wurde der Fragebogen von einem Angehörigen ausgefüllt? Ja: _____ Nein: _____
Beziehung des Angehörigen zum Befragten: _____

Ergebnis:

Ergebnis Integration im Haushalt:
Ergebnis Soziale Integration:
Ergebnis Produktivität:

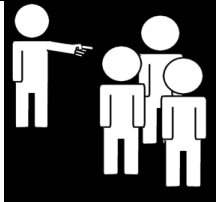
Gesamtergebnis:

Bijlage 2: D1: Duitse CIQ-A (vertaling)

1.



Wer geht normalerweise **einkaufen**?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

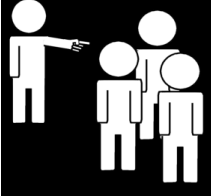
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

2.



Wer **kocht** normalerweise?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

3.



Wer macht normalerweise **den Haushalt**?

Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

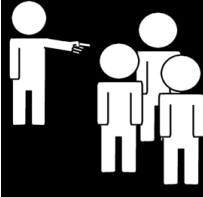
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

4.



Wer kümmert sich normalerweise um **die Kinder**?

			
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders	Nicht zutreffend / zuhause keine Kinder unter 17 Jahren

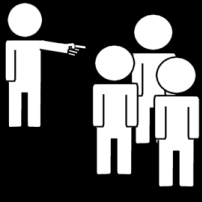
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

5.



Wer pflegt normalerweise **soziale Kontakte**?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

6.



Wer kümmert sich normalerweise um die **privaten Finanzen**?

Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

7.



Wie oft gehen Sie im Monat **shoppen**?

Nie			1 – 4 Mal			5 Mal oder mehr		
			1		4	5		
			•	—	•• ••	•• •• ••	≥	

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

8.



Wie oft nehmen Sie im Monat an **Freizeitaktivitäten** teil?

Nie			1 – 4 Mal			5 Mal oder mehr		
			1		4	5		
			•	—	••••	•••••	≥	

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

9.



Wie oft **besuchen Sie** im Monat **Freunde und Familie**?

Nie			1 – 4 Mal			5 Mal oder mehr		
			1		4	5		
			•	—	•• ••	•• •• ••	≥	

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

10.



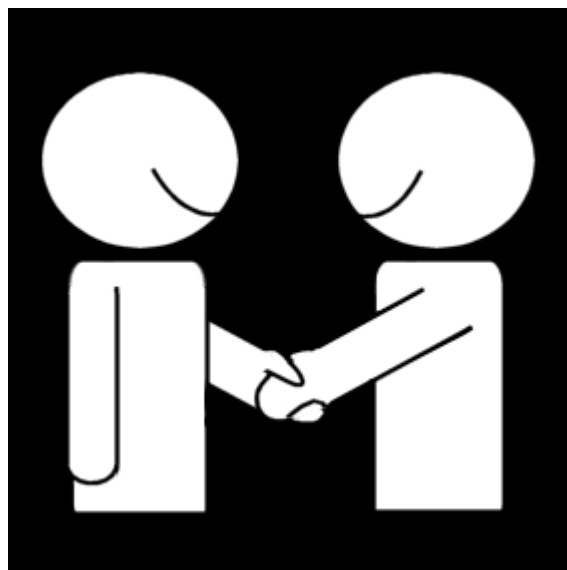
Unternehmen Sie **Freizeitaktivitäten allein** oder **mit anderen**?

Meistens allein	Meistens mit Freunden die eine Hirnschädigung haben	Meistens mit Familienmitgliedern	Meistens mit Freunden ohne Hirnschädigung	In Kombination mit Freunden und Familie

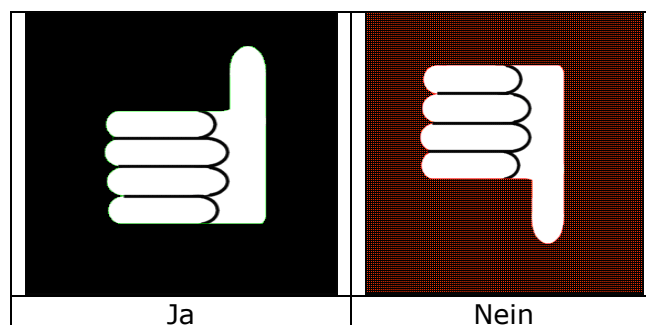
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

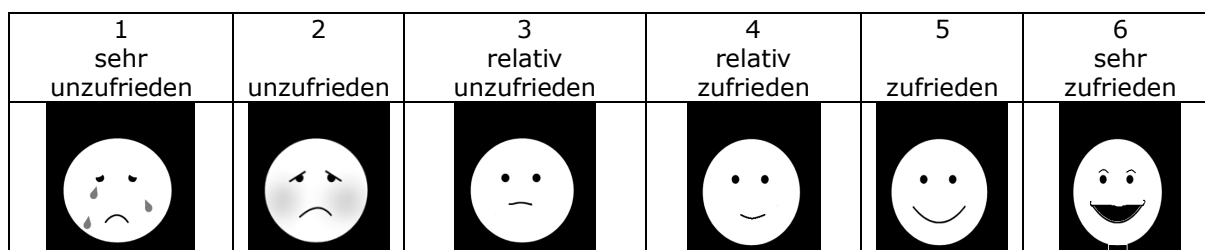
11.



Haben Sie einen **guten Freund**, dem Sie **vertrauen**?



Wie zufrieden sind Sie damit?



12.



Wie oft **verlassen** Sie Ihr **Haus**?

Selten oder nie	Fast jede Woche	Fast jeden Tag

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

13.



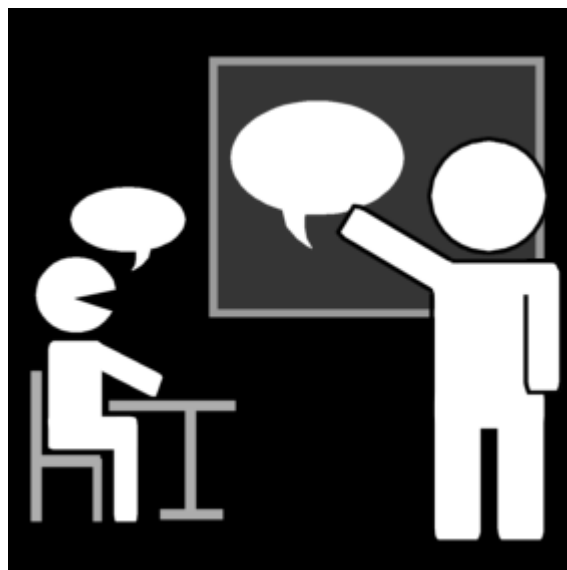
Was beschreibt am besten Ihre **derzeitige Arbeitssituation**?

		< 20 Std.	> 20 Std.	
Keine Arbeit, nicht auf der Suche	Keine Arbeit, aber aktiv auf der Suche	Teilzeit (weniger als 20 Stunden pro Woche)	Vollzeit (mehr als 20 Stunden pro Woche)	Nicht zutreffend (Rente, Pension)

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

14.



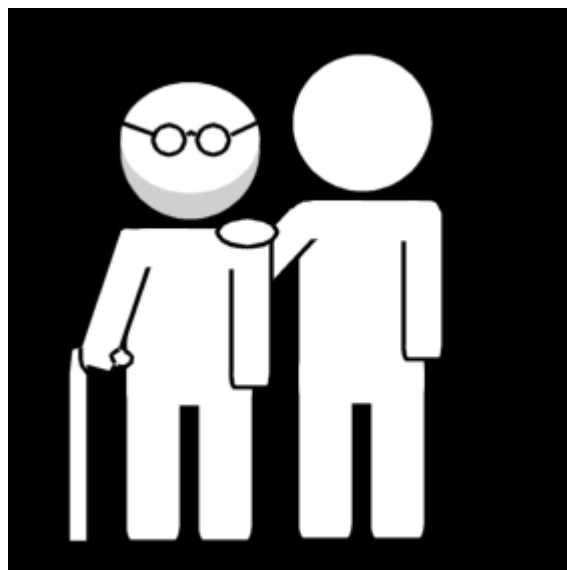
Was beschreibt am besten Ihre **derzeitige Ausbildungssituation**?

	< 20 Std.	> 20 Std.
Keine Schule oder Ausbildung	Teilzeit (weniger oder genau 20 Stunden pro Woche)	Vollzeit (mehr als 20 Stunden pro Woche)

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

15.



Wie oft haben Sie im letzten Monat **Freiwilligenarbeit** geleistet?

Nie		1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
		1 •	—	4 •• ••	5 ••• •••

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie
Integratie Gemeenschap Vragenlijst – voor personen met afasie

**Community Integration Questionnaire
– adjusted for people with Aphasia**

Übersetzt für Personen mit Aphasie, 2018

© Lea Griemens, Jana Kreino

Vertaald voor personen met afasie, 2018

Name: *Naam:* _____
Teilnehmernummer: *Deelnemersnummer:* _____
Ausbildung: *Opleiding:* _____ Geschlecht: *Geslacht:* _____
Familienstand: *Burgerlijke staat* _____
Beruf: *Beroep* _____
Adresse: *Adres* _____
—

Geburtsdatum: *Geboortedatum* ____/____/____
Abnahmedatum: *Afnamedatum* ____/____/____
Alter: *Leeftijd* _____

Wurde der Fragebogen von einem Angehörigen ausgefüllt?

Ja: ____ Nein: ____

Werd de vragenlijst door een naaste ingevuld? Ja: ____ Nee: ____

Beziehung des Angehörigen zum Befragten: *Relatie van naaste tot respondent:* _____

Ergebnis Integration im Haushalt: *Score integratie in de huishouding*

Ergebnis Soziale Integration: *Score sociale integratie*

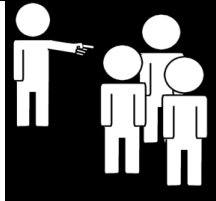
Ergebnis Produktivität: *Score productiviteit*

Gesamtergebnis: *totale score*

1.



Wer geht normalerweise **einkaufen**?
Wie doet er gewoonlijk de boodschappen?

		
Sie allein Uzelf?	Sie und jemand anders Uzelf en iemand anders	Jemand anders Iemand anders

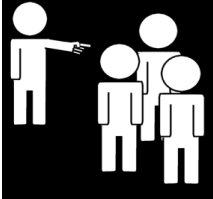
Wie zufrieden sind Sie damit?
Hoe tevreden bent u hierover?

1 sehr unzufrieden zeer ontevreden	2 Unzufrieden ontevreden	3 relativ unzufrieden relatief ontevreden	4 relativ zufrieden relatief tevreden	5 Zufrieden tevreden	6 sehr zufrieden zeer tevreden
					

2.



Wer **kocht** normalerweise?
Wie kookt er gewoonlijk?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

3.



Wer macht normalerweise **den Haushalt**?
Wie doet gewoonlijk het huishouden?

Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

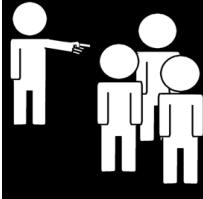
Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

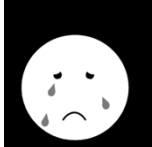
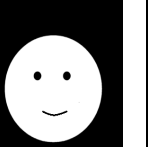
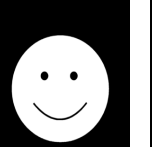
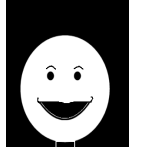
4.



Wer kümmert sich normalerweise um **die Kinder**?
Wie zorgt er gewoonlijk voor de kinderen?

			
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders	Nicht zutreffend / zuhause keine Kinder unter 17 Jahren Niet van toepassing/geen thuiswonende kinderen onder 17 jaar

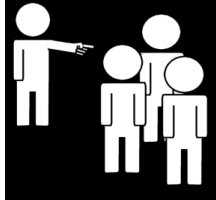
Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

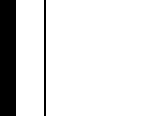
5.



Wer pflegt normalerweise **soziale Kontakte**?
 Wie onderhoudt gewoonlijk de sociale contacten?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

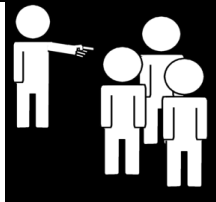
Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

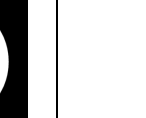
6.



Wer kümmert sich normalerweise um die **privaten Finanzen**?
 Wie zorgt er gewoonlijk voor de particuliere financiën?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

7.



Wie oft gehen Sie im Monat **shoppen**?
Hoe vaak gaat u maandelijks shoppen?

Nie	1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr
	1 	4 	5
nooit	1 – 4 keer		5 keer of meer

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

8.



Wie oft nehmen Sie im Monat **Freizeitaktivitäten** teil?
 Hoe vaak doet u maandelijks mee aan vrijetijdsactiviteiten?

Nie	1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr
	1 	— 	4 
nooit	1 – 4 keer		5 keer of meer

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

9.



Wie oft **besuchen Sie** im Monat **Freunde oder Familie**?
 Hoe vaak gaat u maandelijks op bezoek bij vrienden of familie?

Nie	1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
	1 	— 	4 	5 
nooit	1 – 4 keer		5 keer of meer	

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

10.



Unternehmen Sie **Freizeitaktivitäten allein** oder **mit anderen**?

Doet u vrije tijd activiteiten alleen of met anderen?

Meistens allein Meestal alleen	Meistens mit Freunden die eine Hirnschä- digung haben Meestal met vrienden die een hersensletsel hebben	Meistens mit Familienmit- gliedern Meestal met familieleden	Meistens mit Freunden ohne Hirnschä- digung Meestal met vrienden zonder hersensletsel	In Kombination mit Freunden und Familie In combinatie met vrienden en familie

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

11.



Haben Sie einen **guten Freund**, dem Sie **vertrauen**?
Heeft u een goede vriend die u vertrouwt?

	
Ja Ja	Nein Nee

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

12.



Wie oft **verlassen** Sie Ihr **Haus**?
Hoe vaak gaat u uw huis uit?

Selten oder nie Zelden of nooit	Fast jede Woche Bijna iedere week	Fast jeden Tag Bijna iedere dag

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

13.



Was beschreibt am besten Ihre **derzeitige Arbeitssituation**?

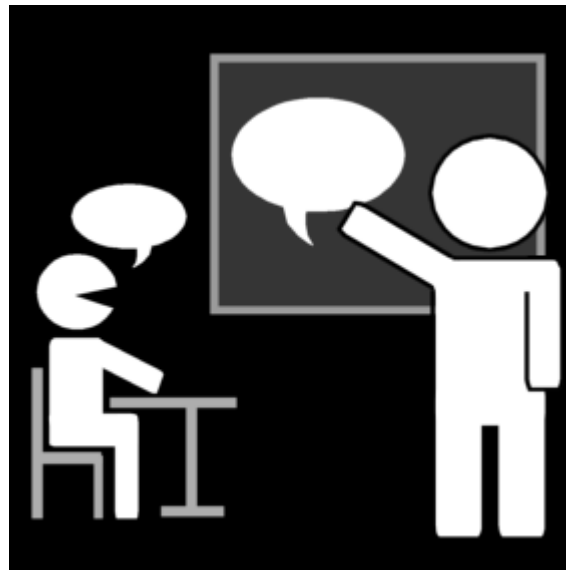
Wat beschrijft het best uw huidige werksituatie?

		< 20 Std.	> 20 Std.	
Keine Arbeit, nicht auf der Suche Geen baan, niet op zoek	Keine Arbeit, aber aktiv auf der Suche Geen baan, maar actief op zoek	Teilzeit (weniger als 20 Stunden pro Woche) Parttime (minder dan 20 uren per week)	Vollzeit (mehr als 20 Stunden pro Woche) Fulltime (meer dan 20 uren per week)	Nicht zutreffend (in Pension oder Vorruhestand) Niet van toepassing (met pensioen of vervroegd pension)

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

14.



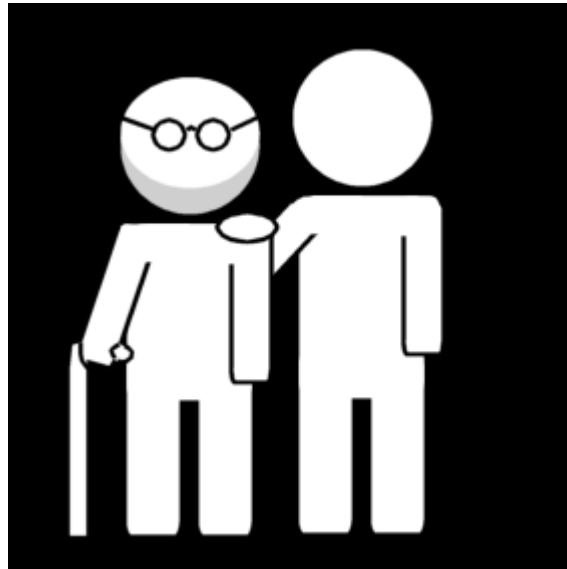
Was beschreibt am besten Ihre **derzeitige Ausbildungssituation?**
 Wat beschrijft het best uw huidige opleidingssituatie?

	< 20 Std.	> 20 Std.
Keine Schule oder Ausbildung Geen school of opleiding	Teilzeit (weniger oder genau 20 Stunden pro Woche) Parttime (minder dan of gelijk aan 20 uren per week)	Vollzeit (mehr als 20 Stunden pro Woche) Fulltime (meer dan 20 uren per week)

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

15.



Wie oft haben Sie im letzten Monat **Freiwilligenarbeit** geleistet?
 Hoe vaak heeft u afgelopen maand vrijwilligerswerk gedaan?

Nie	1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr
	1 	4 	5
nooit	1 – 4 keer		5 keer of meer

Wie zufrieden sind Sie darüber?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 relativ unzufrieden	4 relativ zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

Bijlage 4: D2: Duitse CIQ-A (aanpassing na terugvertaling)

Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie

Community Integration Questionnaire

Übersetzt für Personen mit Aphasie, 2018

© Lea Griemens, Jana Kreino

Name: _____ Teilnehmernummer: _____
Ausbildung: _____ Geschlecht: _____ Familienstand: _____
Beruf: _____
Adresse: _____

Geburtsdatum: ____/____/____
Abnahmedatum: ____/____/____
Alter: _____

Wurde der Fragebogen von einem Angehörigen ausgefüllt? Ja: _____ Nein: _____
Beziehung des Angehörigen zum Befragten: _____

Ergebnis:

Ergebnis Integration im Haushalt:

Ergebnis Soziale Integration:

Ergebnis Produktivität:

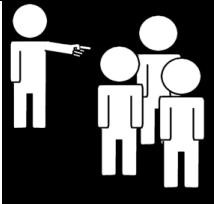
Gesamtergebnis:

Bijlage 4: D2: Duitse CIQ-A (aanpassing na terugvertaling)

1.



Wer geht normalerweise **einkaufen**?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

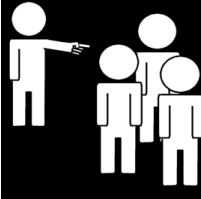
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

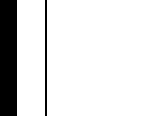
2.



Wer **kocht** normalerweise?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

3.



Wer macht normalerweise **den Haushalt**?

Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

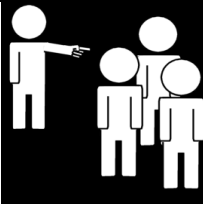
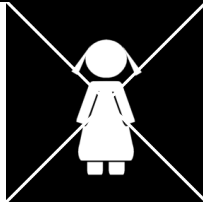
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

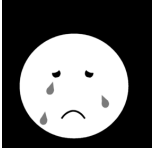
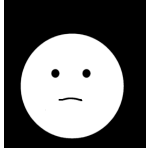
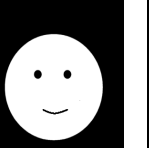
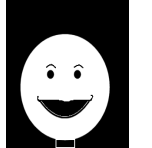
4.



Wer kümmert sich normalerweise um **die Kinder**?

			
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders	Nicht zutreffend / zuhause keine Kinder unter 17 Jahren

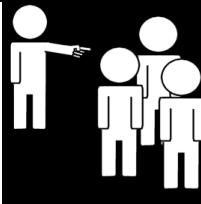
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

5.



Wer pflegt normalerweise **soziale Kontakte**?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

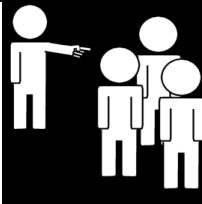
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

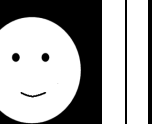
6.



Wer kümmert sich normalerweise um die **privaten Finanzen**?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

7.



Wie oft gehen Sie im Monat **shoppen**?

Nie		1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
		1 •	—	4 •• ••	5 ••• ≥

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

8.



Wie oft nehmen Sie im Monat an **Freizeitaktivitäten** teil?

Nie		1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
		1 •	—	4 •• ••	5 ••• ≧

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

9.



Wie oft **besuchen Sie** im Monat **Freunde oder Familie**?

Nie		1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
		1 •	—	4 •• ••	5 ••• ≤

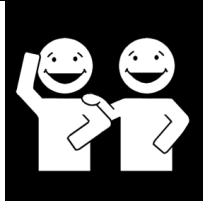
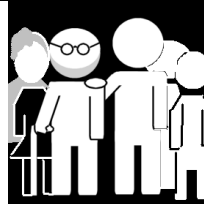
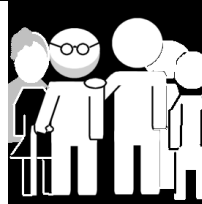
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

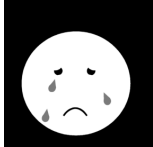
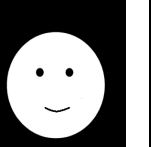
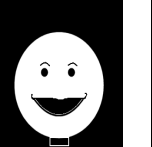
10.



Unternehmen Sie **Freizeitaktivitäten allein** oder **mit anderen**?

				
Meistens allein	Meistens mit Freunden, die eine Hirnschä- digung haben	Meistens mit Familien- mitgliedern	Meistens mit Freunden ohne Hirnschä- digung	In Kombination mit Freunden und Familie

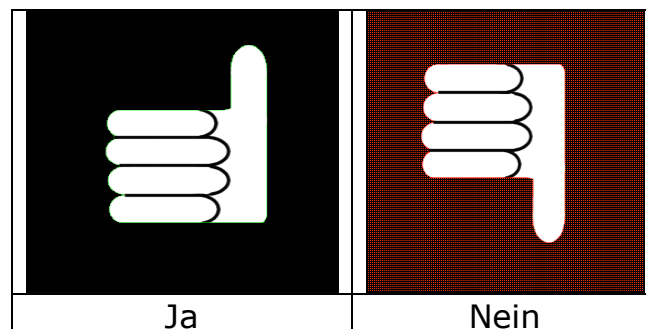
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

11.



Haben Sie einen **guten Freund**, dem Sie **vertrauen**?



Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

12.



Wie oft **verlassen** Sie Ihr **Haus**?

Selten oder nie	Fast jede Woche	Fast jeden Tag

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

13.



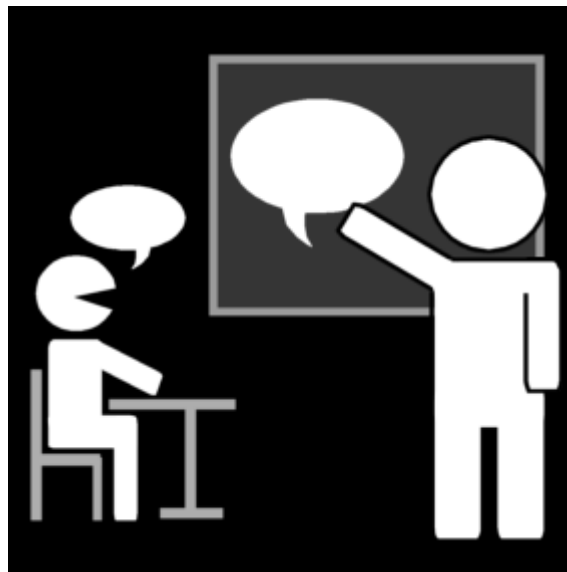
Was beschreibt am besten Ihre **derzeitige Arbeitssituation**?

		< 20 Std.	> 20 Std.	
Keine Arbeit, nicht auf der Suche	Keine Arbeit, aber aktiv auf der Suche	Teilzeit (weniger als 20 Stunden pro Woche)	Vollzeit (mehr als 20 Stunden pro Woche)	Nicht zutreffend (Rente, Pension)

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

14.



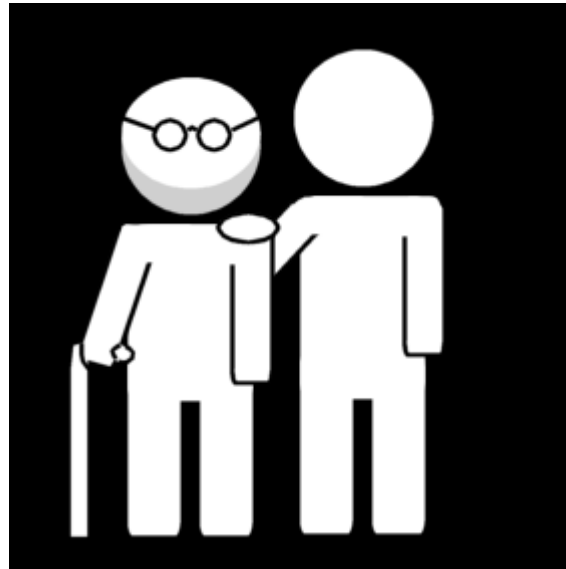
Was beschreibt am besten Ihre **derzeitige Ausbildungssituation**?

	< 20 Std.	> 20 Std.
Keine Schule oder Ausbildung	Teilzeit (weniger oder genau 20 Stunden pro Woche)	Vollzeit (mehr als 20 Stunden pro Woche)

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

15.



Wie oft haben Sie im letzten Monat **Freiwilligenarbeit** geleistet?

Nie		1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
		1 •	—	4 •• ••	5 ••• ≥

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

Bijlage 5: Wervingsbrief begrijpelijkheidsonderzoek

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir, Lea Griemens und Jana Kreino, studieren im vierten Jahr des Bachelorstudiengangs Logopädie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL). Im Rahmen unserer Bachelorarbeit wurde der Community Integration Questionnaire, angepasst für Personen mit Aphasie (CIQ-A), unter der Leitung von Dr. Ruth Dalemans ins Deutsche übersetzt. Um zu überprüfen, ob die übersetzte Version „Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie“ verständlich ist, wurde eine Verständlichkeitsabfrage entworfen, die von Therapeuten (Sprachtherapeut, Logopäde, Ergotherapeut) ausgefüllt werden soll.

Personen mit Aphasie erfahren seit ihrer Diagnose häufig eine Abnahme in sozialem Engagement, Arbeitsplatzverlust und Mangel an Freizeitbeschäftigung. Um eine logopädische Therapie auf die Bedürfnisse von Personen mit Aphasie in Bezug auf eine Veränderung bzw. Verbesserung im alltäglichen Leben abzustimmen, ist ein Testinstrument notwendig. Bislang erfährt die Aktivität und Partizipation von Personen mit Aphasie zu wenig Aufmerksamkeit in der logopädischen Diagnostik.

Innerhalb des deutschen Gesundheitswesens besteht kein Testinstrument, das die Zufriedenheit der Integration in die Gemeinschaft und in alltägliche Aktivitäten von Personen mit Aphasie inventarisiert.

Ein Testinstrument, welches diese Zufriedenheit erfasst, ist der nun auch im Deutschen bestehende „Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie“.

Der Fragebogen besteht aus 15 Items. Bei jedem Item wird zuerst entweder die Integration im Haushalt, die Soziale Integration oder die Produktivität (Häufigkeit von Aktivitäten) abgefragt. Daraufhin wird die Person mit Aphasie befragt, wie zufrieden sie mit der zuvor besprochenen Situation ist.

Gerne möchten wir Sie fragen, an dieser Überprüfung teilzunehmen.

Daher bitten wir Sie, die Verständlichkeit des Fragebogens anhand einer Online-Umfrage zu beurteilen. Das Ausfüllen nimmt ca. 5-10 Minuten Zeit in Anspruch. Die Verständlichkeitsumfrage ist unter folgendem Link zu finden:

<https://goo.gl/forms/48kvld8bMxAWeqTA2>

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne unter folgender E-Mailadresse zur Verfügung:
umfrage.logopaedie@gmail.com

Ihre Mithilfe trägt dazu bei, die deutsche Version des CIQ-A zu optimieren. Wir schätzen Ihr Interesse und Engagement sehr – vielen Dank dafür im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Lea Griemens und Jana Kreino

Community Integration Questionnaire – adjusted for people with Aphasia

Übersetzt für Personen mit Aphasie, 2018

© Lea Griemens, Jana Kreino

**Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft
– für Personen mit Aphasie**

Teilnehmernummer: _____

Name: _____

Adresse: _____

Ausbildung: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Abnahmedatum: ____/____/____

Alter: _____

Geschlecht: _____

Wurde der Fragebogen von einem Angehörigen ausgefüllt?

Ja: _____ Nein: _____

Beziehung des Angehörigen zum Befragten:

Ergebnis Integration im Haushalt: _____

Ergebnis Soziale Integration: _____

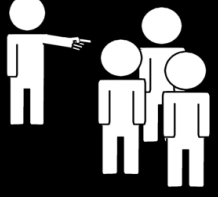
Ergebnis Produktivität: _____

Gesamtergebnis: _____

1.



Wer geht meistens **einkaufen**?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

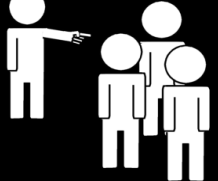
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

2.



Wer **kocht** meistens?

		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

3.



Wer macht meistens **den Haushalt**?

Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

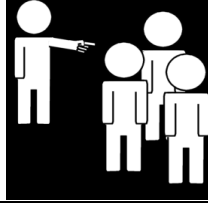
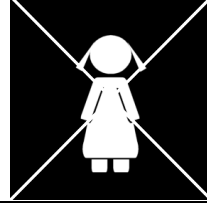
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

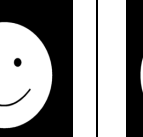
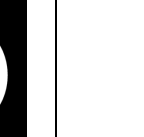
4.



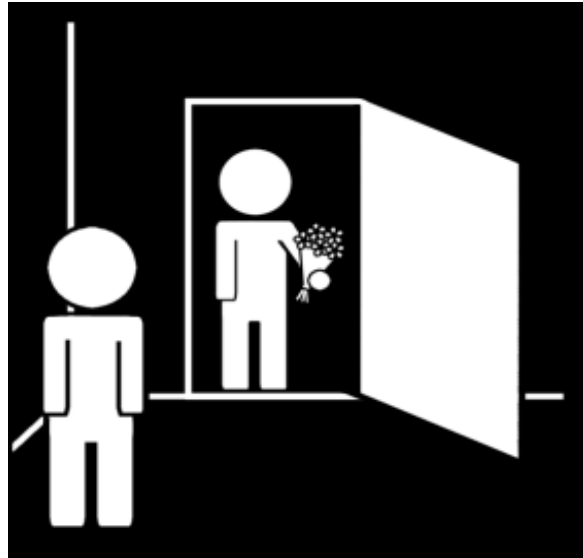
Wer kümmert sich meistens um **die Kinder**?

			
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders	Nicht zutreffend / zuhause keine Kinder unter 17 Jahren

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

5.



Wer pflegt meistens **soziale Kontakte**?

Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

6.



Wer kümmert sich meistens um die **privaten Finanzen**?

Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

7.



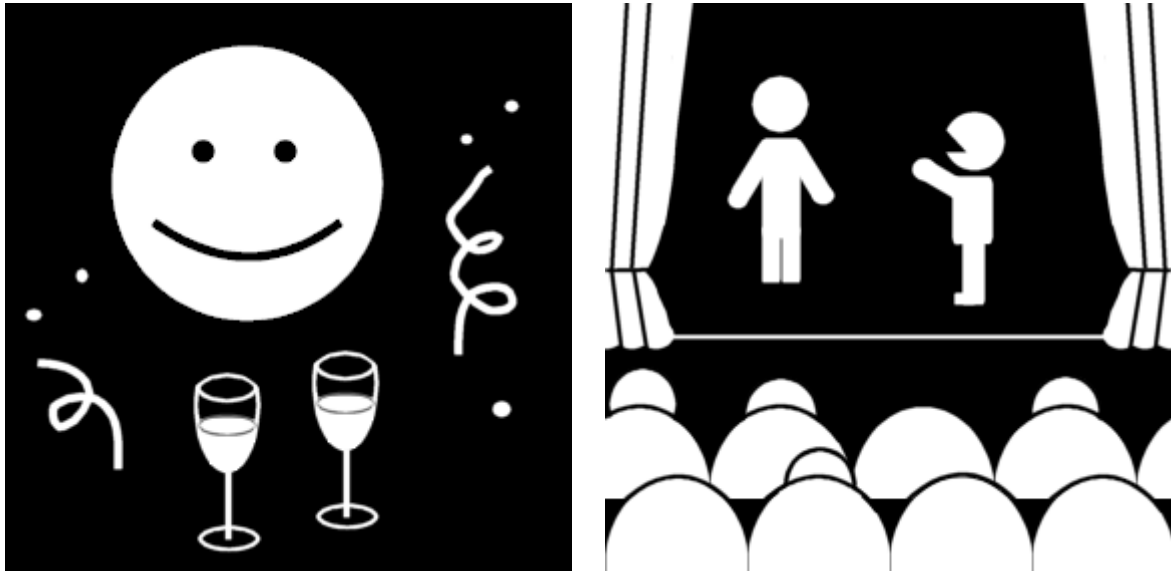
Wie oft gehen Sie im Monat **shoppen**?

Nie		1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
		1 •	—	4 •• ••	5 ••• ≥

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

8.



Wie oft nehmen Sie im Monat an **Freizeit**aktivitäten teil?

Nie		1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
		1 •	4 —	5 ••••	≥

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

9.



Wie oft **besuchen Sie** im Monat **Freunde oder Familie**?

Nie		1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
		1 •	4 —	5 ••••	≥

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

10.



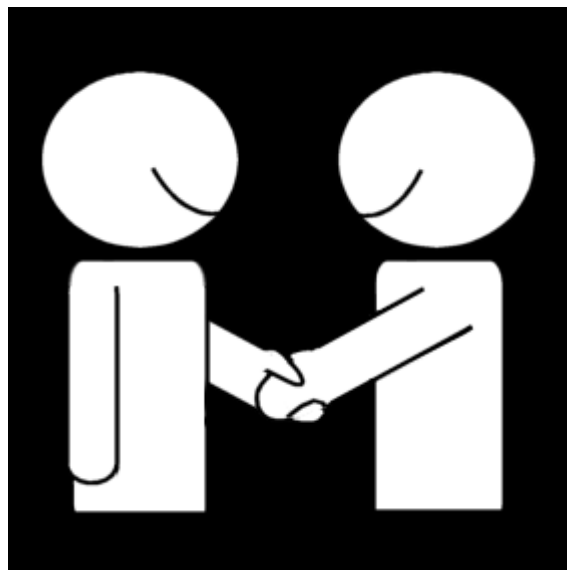
Unternehmen Sie Freizeit**aktivitäten allein** oder **mit anderen**?

Meistens allein	Meistens mit Freunden, die eine Hirnschädigung haben	Meistens mit Familienmitgliedern	Meistens mit Freunden ohne Hirnschädigung	In Kombi- nation mit Freunden und Familie

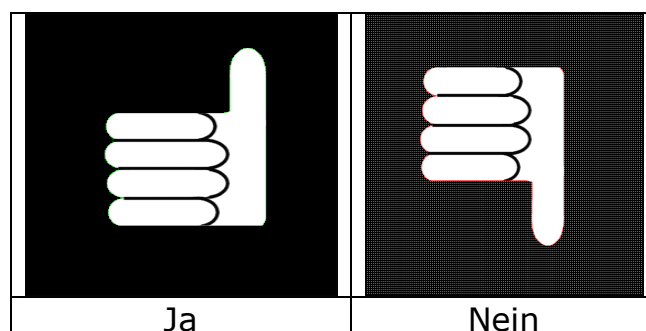
Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

11.



Haben Sie einen **guten Freund**, dem Sie **vertrauen**?



Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

12.



Wie oft **verlassen** Sie Ihr **Haus**?

Selten oder nie	Fast jede Woche	Fast jeden Tag

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

13.



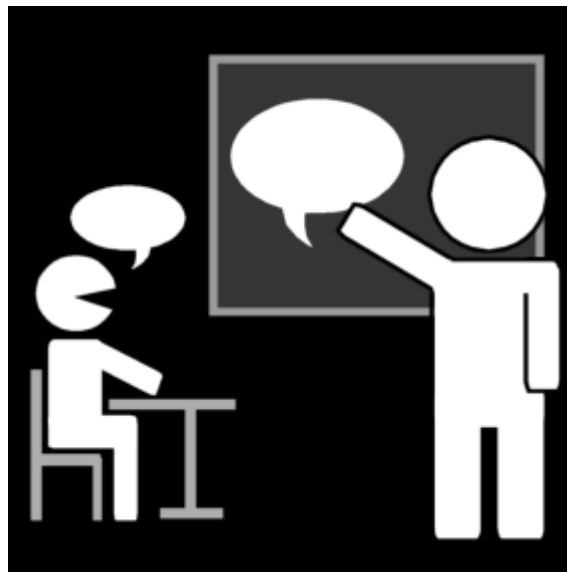
Wie ist Ihre **heutige Arbeitssituation**?

		< 20 Std.	> 20 Std.	
Keine Arbeit, nicht auf der Suche	Keine Arbeit, aber aktiv auf der Suche	Teilzeit (weniger als 20 Stunden pro Woche)	Vollzeit (mehr als 20 Stunden pro Woche)	Nicht zutreffend (Rente, Pension)

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

14.



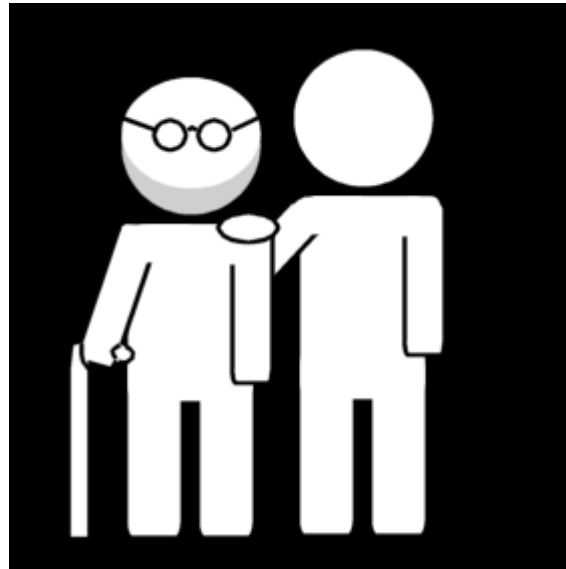
Wie ist Ihre **heutige Ausbildungssituation**?

	< 20 Std.	> 20 Std.
Keine Schule oder Ausbildung	Teilzeit (weniger oder genau 20 Stunden pro Woche)	Vollzeit (mehr als 20 Stunden pro Woche)

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

15.



Wie oft haben Sie im letzten Monat **ehrenamtlich** gearbeitet?

Nie		1 – 4 Mal		5 Mal oder mehr	
		1 •	4 —	5 ••••	≥

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 ziemlich unzufrieden	4 ziemlich zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden

Bijlage 7: Wervingsbrief betrouwbaarheidsonderzoek

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir, Lea Griemens und Jana Kreino, sind Studentinnen des Studiengangs Logopädie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL). Im Rahmen unserer Bachelorarbeit übersetzen wir den Community Integration Questionnaire – angepasst für Personen mit Aphasie (CIQ-A), aus dem Niederländischen ins Deutsche.

Im Deutschen mangelt es an einem Messinstrument, welches die Aktivität und Partizipation im Leben eines Aphasikers und dessen Zufriedenheit in dieser Hinsicht inventarisiert und evaluiert. Wir möchten mit dieser Übersetzung einen Beitrag für die logopädische Diagnostik und Therapiezielsetzung im deutschsprachigen Raum leisten.

Der CIQ-A ist ein Messinstrument, welches das Ziel verfolgt, einen Eindruck der Partizipation von Personen mit Aphasie und deren Zufriedenheit darüber in den Bereichen ‚Integration im Haushalt‘, ‚Soziale Integration‘ und ‚Produktivität‘ zu bekommen.

Nachdem der Fragebogen übersetzt und auf Verständlichkeit überprüft wurde, untersuchen wir nun, ob dieser Fragebogen valide einsetzbar ist.

Gerne würden wir Sie in diese Untersuchung einbeziehen:

Wir suchen deutschsprachige Personen mit Aphasie für unsere Validitätsuntersuchung, die sich in der rehabilitations- oder chronischen Phase befinden.

Sollten Sie mögliche Probanden für unsere Untersuchung kennen, bitten wir Sie, uns zu kontaktieren.

Worum wir die Teilnehmer bitten

Im Rahmen der Untersuchung zur Test-Retest-Reabilität des CIQ-A werden die Teilnehmer gebeten, den Fragebogen zweimal, in einem Abstand von zwei Wochen, auszufüllen. Die Fragebögen werden den Probanden zusammen mit einem Informationsschreiben ausgehändigt. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ungefähr 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Ihre Mitarbeit ist für uns deshalb von großem Wert, da somit eine Validierung des Tests hin zur Standardisierung im deutschen Gesundheitswesen erfolgen kann. Profitieren können dadurch nicht nur Personen in medizinischen Hilfsberufen, sondern auch die Person mit Aphasie selbst, da sich dadurch die Therapie gezielter auf die Verbesserung der Partizipation richtet.

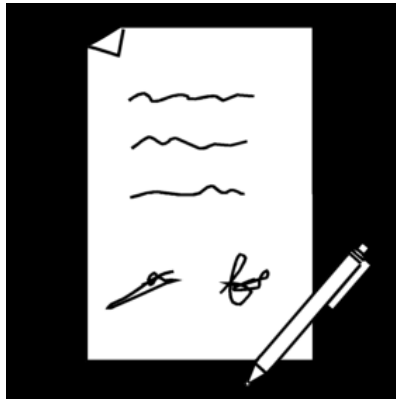
Bei Interesse zur Kontaktaufnahme mit möglichen Teilnehmern werden wir Sie und die Teilnehmer an der Untersuchung zeitnah über den Aufbau und die Inhalte der Studie informieren.

Nehmen Sie bei Fragen gerne Kontakt mit uns auf.

Ihr Interesse und Ihre Unterstützung für diese Untersuchung sind für uns von großer Bedeutung!

Über eine positive Antwort freuen wir uns sehr und verbleiben mit freundlichen Grüßen
Lea Griemens & Jana Kreino

Einverständniserklärung



Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – für Personen mit Aphasie

Teilnahme an der Studie:

Validitätsuntersuchung des deutschen CIQ-A

Ich bin über Ziele und Verlauf der Studie informiert. Es ist jederzeit möglich meine Teilnahme zu **widerrufen**. Dies kann ohne Nennung von Gründen geschehen. Es hat **keine Auswirkungen** auf den weiteren Therapieverlauf.

Bijlage 8: Toestemmingsformulier PMA

Hiermit erkläre ich mich **einverstanden**, an dieser Studie teilzunehmen. Ich willige ein, dass meine Daten **anonym** verarbeitet werden dürfen.

Name:

Datum und Unterschrift: _____

Wir sind gemeinschaftlich für Inhalt und Ausführung der Studie verantwortlich. Wir versichern, dass Ihre Daten anonym und **vertraulich** behandelt werden.

Namen der Untersucher: Lea Griemens und Jana Kreino

Datum und Unterschriften: _____

Evaluationsformular

„Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft – angepasst für
Personen mit Aphasie“

Sie haben eben den oben genannten Fragebogen mit uns besprochen.

Gerne möchten wir wissen, ob der Fragebogen **benutzerfreundlich** ist.
Wir bitten Sie darum, die folgenden **sechs Fragen** zu beantworten.

1. Sind die **Fragen** verständlich?

Wenn nein, was ist unverständlich?

2. Sind die **Antwortmöglichkeiten** deutlich?

Wenn nein, was ist undeutlich?

3. Ist die **Dauer** der Abnahme angemessen?

Wenn nein, warum unangemessen?

4. Es werden **Hilfestellungen** bei der Abnahme benutzt.

Zum Beispiel:

- Das **Abdecken** der zweiten Frage
- Fragen und Antworten **wiederholen** oder anders formulieren
- Wichtige Wörter **betonen**

Hilft Ihnen das?

Wenn nein, was würde Ihnen helfen?

Bijlage 9: Vragenlijst hanteerbaarheidsonderzoek

5. Sind die **Bilder** deutlich?

Wenn nein, was ist undeutlich?

6. Haben Sie **Anmerkungen** oder **Verbesserungen**?

Wenn ja, welche?

Vielen Dank!

Handbuch

Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft

Für Personen mit Aphasie



Lea Griemens, Jana Kreino
Dr. Ruth Dalemans | 2018

Inhaltsverzeichnis

I.	Ziel des Fragebogens	S. 1
II.	Aufbau des Fragebogens	S. 1
III.	Abnahme	S. 1
IV.	Auswertung	S. 4
V.	Anmerkungen zu den Items	S. 5
VI.	Interpretation	S. 5
VII.	Therapieempfehlung	S. 5
Beilage 1	Auswertungsbogen	
Beilage 2	Vereinfachte Darstellung der Zufriedenheitsabfrage	

I. Ziel des Fragebogens

Der Fragebogen zur Integration in die Gemeinschaft für Personen mit Aphasie (PMA) ist ein Messinstrument, welches zum Ziel hat, einen Eindruck der Partizipation von PMA im Bereich der Integration im Haushalt, der Sozialen Integration und der Produktivität zu bekommen.

II. Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen besteht aus folgenden Unterteilen:

- Integration im Haushalt
- Soziale Integration
- Produktivität

Der Fragebogen umfasst 15 Items, welche mittels Piktogrammen unterstützt werden. Zu jeder Frage sind mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Die in der jeweiligen Frage besprochene Situation wird mit Hilfe der Zufriedenheitsabfrage abgeschlossen. Auch hier sind mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

III. Abnahme

Die Abnahme des Fragebogens erfolgt immer unter der Anleitung des Logopäden/Sprachtherapeuten. Der Therapeut nutzt alle Sprachmodalitäten, um die Frage für den Klienten verständlich zu machen (falls die Rede von einer schweren Aphasie ist). Voraussetzung der Abnahme erfordert eine adäquate Beantwortung oder Anweisung von ja-/nein-Fragen.

Das visuelle Anbieten der Fragen und Antwortmöglichkeiten wird, falls notwendig, unterstützt durch:

- Anweisen der Antwortmöglichkeiten
- lautes Aussprechen der Frage
- Betonen der Schlüsselwörter in der Frage
- Abdecken der Zufriedenheitsabfrage

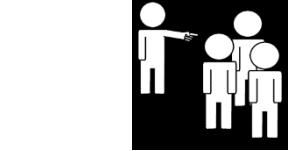
Der Therapeut stellt zur jeweiligen Aktivität eine Frage. Die verschiedenen Antwortmöglichkeiten werden gemeinsam besprochen und der Klient legt sich auf eine Antwort fest. Dann wird gefragt, inwieweit der Klient mit der zuvor besprochenen Situation zufrieden ist. Unterstützt wird die Abnahme mit Hilfe von Piktogrammen. Die Piktogramme sind ausgewählt für Personen mit Aphasie. Die ausgewählten Antworten werden von dem Therapeuten notiert. Falls nötig, kann der Fragebogen in Anwesenheit eines Angehörigen/Betreuers ausgefüllt werden, wobei dieser dem Klienten beim Verständnis der Fragen behilflich sein kann. Zu jedem Item kann der Logopäde Auffälligkeiten oder Anmerkungen notieren. Da der Fragebogen als inventarisierendes Instrument benutzt wird, können Anmerkungen nützlich für das Aufstellen von Therapiezielen sein.

Zu jeder Zeit der Abnahme muss deutlich sein, dass sich die Fragen und die Zufriedenheitsabfrage auf den jetzigen Stand des Klienten beziehen. Die Antworten dürfen nicht durch die prämorbid Partizipation beeinflusst werden. Wenn nötig, wird der Klient bei der Zufriedenheitsabfrage erneut darauf hingewiesen, dass die jetzige Situation bewertet werden soll.

Ein Beispielitem zur Abnahme des Fragebogens – Item 1

Wer geht meistens **einkaufen**?



		
Sie allein	Sie und jemand anders	Jemand anders

Wie zufrieden sind Sie damit?

1 sehr unzufrieden	2 unzufrieden	3 etwas unzufrieden	4 etwas zufrieden	5 zufrieden	6 sehr zufrieden
					

Unabhängig von der Antwortwahl des Klienten ist die Zufriedenheitsabfrage in jedem Fall zu stellen. Die empfundene Zufriedenheit des Klienten kann bei der Aufstellung von partizipationsorientierten Zielen helfen. Bei Unzufriedenheit sollte die jeweilige Aktivität auf den Klienten abgestimmt werden. In der logopädischen Therapie können diese Situationen für den Alltag geübt werden.

Mögliche Abwandlung der Zufriedenheitsabfrage

Wie zufrieden sind Sie damit?

zufrieden	unzufrieden
	

etwas zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
		

sehr unzufrieden	unzufrieden	etwas unzufrieden
		

Sollte die Zufriedenheitsabfrage aufgrund eines eingeschränkten Sprachverständnisses zu komplex sein und/ oder der Klient kognitiv verlangsamt sein, kann die Zufriedenheitsabfrage vereinfacht dargestellt werden. Hierbei gibt der Klient zunächst seine Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit an. Daraufhin erfolgt eine detailliertere Einschätzung. Die für den Klienten irrelevante Einteilung kann abgedeckt werden.

IV. Auswertung

Pro Item werden zwei Unterteile ausgewertet.

1. Abhängig von der Frage gibt es unterschiedliche Antwortmöglichkeiten. Zum Beispiel wer die Aktivität ausführt und wie oft pro Monat die Aktivität ausgeführt wird:

Wer führt die Aktivität aus

- ☐ Klient allein (2 Punkte)
- ☐ Klient und jemand anders (1 Punkt)
- ☐ Jemand anders (0 Punkte)

Wie oft pro Monat wird die Aktivität ausgeführt

- ☐ Nie (0 Punkte)
- ☐ 1 bis 4 Mal (1 Punkt)
- ☐ 5 Mal oder mehr (2 Punkte)

2. Die Zufriedenheit des Klienten pro Aktivität wird bei jedem Item erfragt. Die folgende Skala zeigt die unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten:

- ☐ sehr unzufrieden (1 Punkt)
- ☐ unzufrieden (2 Punkte)
- ☐ ziemlich unzufrieden (3 Punkte)
- ☐ ziemlich zufrieden (4 Punkte)
- ☐ zufrieden (5 Punkte)
- ☐ sehr zufrieden (6 Punkte)

Schließlich werden die Punkte der Partizipation pro Unterteil zusammengezählt. Die Punkte der Zufriedenheit werden pro Unterteil separat zusammengezählt. Die Ergebnisse geben eine Indikation darüber, wie aktiv/eigenständig der Klient partizipiert und wie zufrieden er/sie damit ist. Da die drei Unterteile des Fragebogens eine unterschiedliche Anzahl an Items haben, können die Ergebnisse der Unterteile nicht miteinander verglichen werden.

- Gesamtergebnis Integration im Haushalt
 - ☐ Partizipation
 - ☐ Zufriedenheit
- Gesamtergebnis Soziale Integration
 - ☐ Partizipation
 - ☐ Zufriedenheit
- Gesamtergebnis Produktivität
 - ☐ Partizipation
 - ☐ Zufriedenheit

Eine genaue Handhabung der Auswertung ist auf dem Auswertungsbogen zu finden (siehe Beilage 1).

V. Anmerkungen zu den Items

- Item 1: Hier ist der Lebensmitteleinkauf gemeint.
- Item 4: Wenn der Klient die Antwort „nicht zutreffend“ gibt, kann die dazugehörige Zufriedenheitsabfrage weggelassen werden.
- Item 7: Das Item schließt alle Einkäufe außer Lebensmittel ein (Bsp. Kleidung und Geschenke)
- Item 8: Wenn der Klient die Antwort „nie“ angibt, kann Item 10 weggelassen werden.
- Item 10: Das Item wird bei Weglassung mit 0 Punkten gewertet.
- Item 14: Hierunter können auch Kurse, Fortbildungen o.Ä. zählen. Die Frage bezieht sich lediglich auf die heutige Situation und nicht auf die prämorbid Situation des Klienten.

VI. Interpretation

Ein höheres Ergebnis kommt mit einem höheren Maß an Partizipation und Eigenständigkeit überein.

VII. Therapieempfehlung

Es empfiehlt sich in der Therapie erst an den Aktivitäten zu arbeiten, bei denen der Klient die geringste Zufriedenheit empfindet.

Beilage 1: Auswertungsbogen

Name:		Geburtsdatum:			Untersucher:			Abnahmedatum:			
Integration im Haushalt		Sie allein	Sie und jemand anders	jemand anders	Nicht zutreffend	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Etwas zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1. Wer geht normalerweise einkaufen?	2	1	0		1	2	3	4	5	6	
2. Wer kocht normalerweise?	2	1	0		1	2	3	4	5	6	
3. Wer macht normalerweise den Haushalt?	2	1	0		1	2	3	4	5	6	
4. Wer kümmert sich normalerweise um die Kinder?	2	1	0	*	1	2	3	4	5	6	
6. Wer kümmert sich normalerweise um die privaten Finanzen?	2	1	0		1	2	3	4	5	6	

* Durchschnittswert der Items 1, 2, 3 und 5

Gesamtergebnis Partizipation: ____/10 Gesamtergebnis Zufriedenheit: ____/30

Soziale Integration		Sie allein	Sie und jemand anders	jemand anders				Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Etwas zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
5. Wer pflegt normalerweise soziale Kontakte ?		2	1	0				1	2	3	4	5	6
		5 Mal oder mehr	1 – 4 Mal	Nie				Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Etwas zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
7. Wie oft gehen Sie im Monat shoppen ?		2	1	0				1	2	3	4	5	6
8. Wie oft nehmen Sie im Monat an Freizeitaktivitäten teil?		2	1	0				1	2	3	4	5	6
9. Wie oft besuchen Sie im Monat Freunde und Familie ?		2	1	0				1	2	3	4	5	6
		Meistens allein	Freunde + Hirschä-digung	Familien-mitglieder	Freunde – Hirschä-digung	Freunde und Familie		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Etwas zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
10. Unternehmen Sie Freizeitaktivitäten allein oder mit anderen ?		0	1	1	2	2		1	2	3	4	5	6

	Ja	Nein						Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Etwas zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
11. Haben Sie einen guten Freund , dem Sie vertrauen ?	2	0						1	2	3	4	5	6
	Fast jeden Tag	Fast jede Woche	Selten oder nie					Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Etwas zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
12. Wie oft verlassen Sie Ihr Haus ?	2	1	0					1	2	3	4	5	6

Gesamtergebnis Partizipation: ____/14

Gesamtergebnis Zufriedenheit: ____/42

Produktivität*					
13. Wie ist Ihre heutige Arbeitssituation ?	Zutreffendes bitte ankreuzen	14. Wie ist Ihre heutige Ausbildungssituation ?	Zutreffendes bitte ankreuzen	15. Wie oft haben Sie im letzten Monat ehrenamtlich gearbeitet?	Punkte
Keine Arbeit/nicht aktiv auf der Suche		Keine Ausbildung		Nie	0
				1-4 Mal	1
				5 Mal oder mehr	1
Keine Arbeit/aktiv auf der Suche		Keine Ausbildung		Nie	0
				1-4 Mal	2
				5 Mal oder mehr	3
Keine Arbeit		Teilzeit		Alle Möglichkeiten	3
		Vollzeit		Alle Möglichkeiten	4
Nicht zutreffend		Keine Ausbildung		Nie	4
		Keine Ausbildung		1-4 Mal	5
		Keine Ausbildung		5 Mal oder mehr	3
		Teilzeit		Nie	4
		Teilzeit		1-4 Mal	5
		Teilzeit		5 Mal oder mehr	5
		Vollzeit		Alle Möglichkeiten	5
Teilzeit		Keine Ausbildung		Alle Möglichkeiten	3
		Teilzeit		Alle Möglichkeiten	4
		Vollzeit		Alle Möglichkeiten	5
Vollzeit		Keine Ausbildung		Alle Möglichkeiten	4
		Teilzeit		Alle Möglichkeiten	5

*Diese Tabelle wird von links nach rechts ausgefüllt. Aus Item 13, 14 und 15 ergibt sich lediglich ein Punktergebnis für den Unterteil Produktivität. Die Zufriedenheit der Produktivität erfolgt wie bei den anderen Unterteilen separat pro Item.

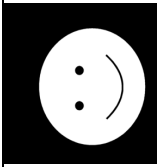
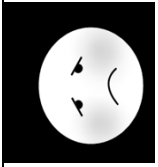
Gesamtergebnis Partizipation: ____/5

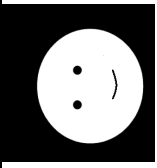
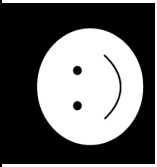
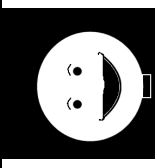
Items	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Etwas zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Item 13	1	2	3	4	5	6
Item 14	1	2	3	4	5	6
Item 15	1	2	3	4	5	6

Gesamtergebnis Zufriedenheit: ____/18

Beilage 2: Vereinfachte Darstellung der Zufriedenheitsabfrage

Wie zufrieden sind Sie damit?

zufrieden	
unzufrieden	

etwas zufrieden	
zufrieden	
sehr zufrieden	

sehr unzufrieden	
unzufrieden	
etwas unzufrieden	