

# SCHMERZ-CHECKLISTE FÜR MENTAL EINGESCHRÄNKTE KINDER – REVIDIERTE FASSUNG

e des Kindes: BeobachterIn:						
Geburtsdatum: Datum der Beobachtung:	_Zeit:	Start		St	ор	
Wieviele Male in den letzten 2 Stunden hat das Kind folgendes Verhalten gezeigt? Bitte kreisen Sie eine Zahl pro Zeile ein. Falls ein Punkt nicht anwendbar ist für dieses Kind (z.B. das Kind isst keine feste Nahrung oder kann nicht greifen), dann markieren Sie 'nicht beurteilbar' für diesen Punkt.						
0 = nicht vorhanden 1 = nur ein wenig 2 = ziemlich oft 3 = sehr oft	NB =	nicht	beurte	ilbar		
						_
Verbal  1. Stöhnen, jammern, wimmern (ziemlich leise)	0	1		3	NB	Total
2. Weinen (mässig laut)	0	1	2 2	3	NB	
3. Schreien, brüllen (sehr laut)	0	1	2	3	NB	
4. Bestimmter Laut oder Ausdruck für Schmerz (z.B. Wort, Schrei od. Art von Lachen)	0	1	2	3	NB	
Pariahung / Kantakt						Total
Beziehung / Kontakt  5. Unkooperativ, griesgrämig, gereizt, unzufrieden	0	1	2	3	NB	Total
6. Weniger Kontakt zu anderen, zurückgezogen	0	1	2	3	NB	
7. Sucht Trost oder körperliche Nähe	0	1	2	3	NB	
8. Schwer ablenkbar, kann nicht zufriedengestellt oder beruhigt werden	0	1	2	3	NB	
Gesichtsausdruck						Total
9. Stirnrunzeln	0	1	2	3	NB	lotai
10. Augenbewegung, beinhaltet: zusammenkneifen, weit geöffnet, verdrehen	0	1	2	3	NB	
11. Mundwinkel nach unten ziehen, lächelt nicht	0	1	2	3	NB	
12. Lippen: schmollen, zusammenpressen, zittern	0	1	2 2	3	NB	
13. Zähneklappern oder Zähneknirschen, Kaubewegungen oder Zunge herausstrecken	0	1		3	NB	
Aktivität						Total
14. Bewegungslos, weniger aktiv, ruhig	0	1	2	3	NB	
15. Herumzappeln, erregt, sehr unruhig	0	1	2	3	NB	
Haltung Körper & Extremitäten Total						
16. Schlaff	0	1	2	3	NB	
17. Steif, spastisch, angespannt, starr	0	1	2	3	NB	
18. Herumfuchteln oder einen schmerzenden Körperteil berühren 19. Schützt, bevorzugt oder schont schmerzhafte Stelle	0	1	2 2	3	NB NB	
20. Reflexartiges Wegziehen oder bewegt Körperteil weg, reagiert empfindlich auf	0		2	3	NB	
Berührung		'	_		IND	
21. Den Körper in einer bestimmten Art bewegen, um Schmerz anzuzeigen (z.B. Kopf	0	1	2	3	NB	
zurückwerfen, Arme hängen lassen, Knie anziehen, etc.)						
Physiologische Zeichen						Total
22. Schlottern, zittern	0	1	2	3	NB	· Otal
23. Veränderte Hautfarbe, Blässe	0	1	2	3	NB	
24. Schwitzen, Ausdünstung	0	1	2	3	NB	
25. Tränen	0	1	2	3	NB	
26. Scharfes Einatmen, nach Luft schnappen 27. Atem anhalten	0	1	2 2	3	NB NB	
21. Alchi dilidileli		<u> </u>			IND	
Essen / Schlafen						Total
28. Isst weniger, kein Interesse am Essen	0	1	2	3	NB	
29. Schläft mehr als üblich	0	1 1	2 2	3	NB	
30. Schläft weniger als üblich	0			J	NB	
Gesamternehnis						1

## Schmerz-Checkliste für mental eingeschränkte Kinder – revidierte Fassung

Breau et al., 2002 Schmerzcheckliste für nicht kommunizierende Kinder – revidierte Fassung

Zur Messung von Kurz- oder Langzeit-Schmerzen im Alltag zu Hause oder in einer Institution. Die Anwendung ist vorgesehen bei Kindern/Jugendlichen (3 – 18 Jahre), die aufgrund von kognitiven (geistig/intellektuell) Einschränkungen und Behinderungen nicht sprechen können. Das Instrument kann angewendet werden bei Kindern/Jugendlichen mit oder ohne körperliche Einschränkungen oder Behinderungen.

#### Instruktion:

Die Schmerzerfassung mit diesem Instrument erfolgt **über eine Zeitspanne von 2 Stunden**. **Es ist nicht nötig, dass das Kind kontinuierlich beobachtet wird in dieser Zeit.** Es wird aber empfohlen, dass sich die Beobachtungsperson die meiste Zeit in der Nähe des Kindes aufhält (z.B. im selben Raum). Die Messung kann durch die Eltern/Angehörigen des Kindes oder durch eine Pflegende durchgeführt werden.

Subskala **Essen/Schlafen**: Es ist möglich, dass diese Verhaltensweisen während den 2 Stunden nicht beobachtet werden können. In diesem Fall sollen diese Verhaltensweisen anhand der Tagesform des Kindes beurteilt werden.

Für alle anderen Subskalen: Zeichnen Sie nach 2 Stunden auf der Checkliste an, wieviele Male das Kind oder der/die Jugendliche ein Verhalten oder einen Ausdruck (Checkliste beschriebene Parameter 1 – 30) gezeigt hat. Zählen Sie die Punkte der Subskalen zusammen und notieren Sie das Gesamtergebnis.

- 0: ein Verhalten, Ausdruck war nicht beobachtbar in den letzten 2 Stunden
- 1: ein Verhalten, Ausdruck war wenige Male in den letzten 2 Stunden beobachtbar
- 2: ein Verhalten, Ausdruck war in den letzten 2 Stunden mehrere Male beobachtbar, aber nicht kontinuierlich
- 3: ein Verhalten, Ausdruck war in den letzten 2 Stunden sehr oft sichtbar, praktisch kontinuierlich
- NB: ein Verhalten, Ausdruck kann nicht beurteilt werden, d.h. ein Kind ist nicht fähig dieses Verhalten oder diesen Ausdruck von sich aus zu zeigen

Ein Verhalten oder Ausdruck wird nicht mit der schmerzfreien Zeit verglichen sondern es ist vorhanden oder nicht am Messzeitpunkt. Die meisten Kinder / Jugendlichen zeigen eines dieser Verhalten/Ausdrücke, wenn sie keine Schmerzen haben. In einer Schmerzsituation zeigen sie deutlich mehr, was sich im Schmerzindex ausdrückt.

## Interpretation des Schmerzindex (SI):

Die meisten Kinder (kanad. Studien Breau et al.) zeigen folgende Scores

SI < 6 keine Schmerzen

 $SI \geq 7$  Schmerzen sind vorhanden

Tendenziell hat ein Kind einen 8 - 9 Punkte höheren Schmerzindex, wenn es milde bis starke Schmerzen hat, als wenn es keine hat, das bedeutet, dass ein Kind ohne Schmerzen mit einem Index von 5 in der Schmerzsituation einen Schmerzindex von ca. 13 - 14 aufweist. **Achtung:** bei der Interpretation der Resultate, diese dürfen nicht die alleinige Basis für die Entscheidung bezüglich Therapie sein. **Jede Schmerzsituation eines behinderten Kindes/Jugendlichen muss individuell interpretiert, behandelt, beobachtet und entsprechend angepasst werden.** 

### **Dokumentation**

Schmerzindex  $\Rightarrow$  in der Kurve

⇒ im Verlaufsblatt oder im Kurz-Überwachungsblatt (s. Schmerzordner unter U)

Beobachtungen im Zusammenhang mit Schmerzen  $\Rightarrow$  Tageszusammenfassung im Pflegebericht