

Deutscher Schmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche

Dein Name:
Dein Alter:
Dein Geburtsdatum:
Auf welche Schule gehst Du (zum Beispiel: Realschule)?
In welche Klasse?

Bitte schreibe hier auf, welche **schweren und lang andauernden Krankheiten oder Schmerzen** andere Familienmitglieder oder Freunde haben oder hatten.

WER?	WANN?	Art der Erkrankung oder des Schmerzproblems	Ausgang der Erkrankung?
Beispiel: Bruder	Seit 2002	Rheuma, Gelenke	Hat er immer noch

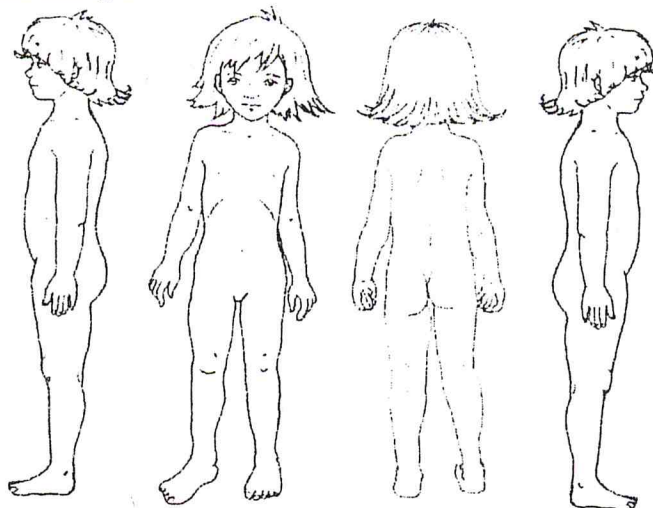
Wann hat Dein aktuelles Schmerzproblem begonnen?

Als die Schmerzen begannen, ist in dieser Zeit etwas Besonderes in Deinem Leben passiert?

Nein

Ja, falls ja, was ist Besonderes passiert (zum Beispiel: mein bester Freund ist weggezogen, ich bin auf eine neue Schule gekommen, ich war krank, wir sind umgezogen, meine Eltern haben sich getrennt, ich habe die Vereinsmeisterschaften im Schwimmen gewonnen, ...)?

Bitte kreuze („X“) die Stellen an, an denen Du Schmerzen hast. Bitte zeichne einen Kreis (O) an die Stelle, an der Deine **Hauptschmerzen** sind:



Was ist die schlimmste Zeit des Tages? _____

Was ist die beste Zeit des Tages? _____

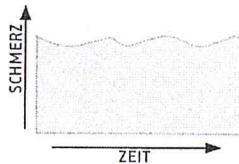
An welchem Wochentag hast Du die meisten Schmerzen? _____

In welcher Jahreszeit oder welchem Monat hast Du die meisten Schmerzen? _____

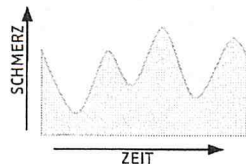
- Wie häufig hast Du deine Schmerzen?
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> mehrmals pro Jahr | <input type="radio"/> einmal pro Monat |
| <input type="radio"/> mehrmals pro Monat | <input type="radio"/> einmal pro Woche |
| <input type="radio"/> einmal täglich | <input type="radio"/> mehrmals täglich |
| | <input type="radio"/> dauernd |

Welches Bild passt am besten zu Deinen Hauptbeschwerden in den **letzten sieben Tagen**?

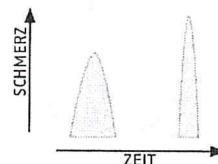
Bitte lies Dir alle Beschreibungen genau durch und kreuze an, was am besten zutrifft.



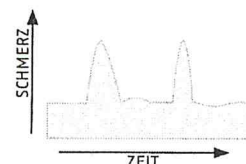
- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke der Schmerzen ist immer ziemlich gleich und schwankt nur wenig.



- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke meiner Schmerzen ist sehr unterschiedlich und schwankt sehr stark.



- Meine Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg. Zwischendurch habe ich auch Zeiten, in denen ich keine Schmerzen habe.



- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Zwischendurch habe ich sehr starke Schmerzen, die wie zusätzliche Attacken auftreten.

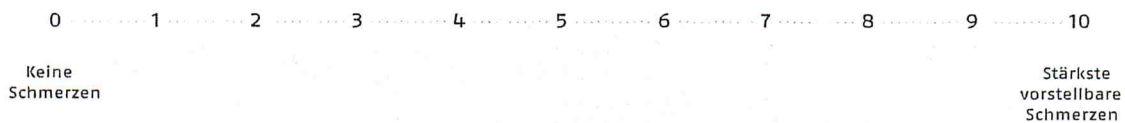
Hast Du **dauernd** Schmerzen (das heißt, Deine Schmerzen sind **immer da** und **nie weg**)?

- Nein**
- Ja.** Wenn ja, seit wann hast Du dauernd Schmerzen?
- Seit Tagen Seit ... Wochen Seit ... Monaten Seit Jahren

Wie stark waren Deine stärksten Schmerzen in den **letzten vier Wochen**?

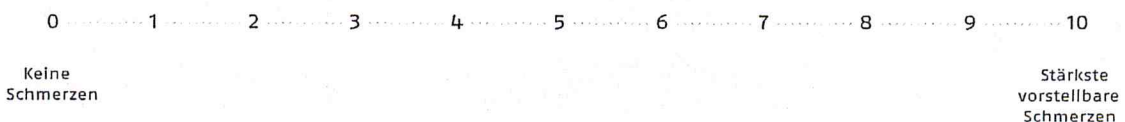
Mit den Zahlen kannst Du angeben, wie stark Deine Schmerzen sind. **0** bedeutet, dass Du keine Schmerzen hast. Bei **1** beginnt ein leichter Schmerz und der wird bei den folgenden Zahlen immer stärker bis hin zur **10**. **10** bedeutet, dass Du die stärksten Schmerzen hast, die Du Dir überhaupt vorstellen kannst.

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!



Wenn Du Deine Schmerzen hattest, wie stark waren diese Schmerzen dann **meistens** in den **letzten 4 Wochen**?

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!



Wie stark waren Deine **stärksten** Schmerzen in den **letzten sieben Tagen**?

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keine Schmerzen Stärkste vorstellbare Schmerzen

Wenn Du Deine Schmerzen hattest, wie stark waren diese Schmerzen dann **meistens** in den **letzten sieben Tagen**?

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keine Schmerzen Stärkste vorstellbare Schmerzen

Wenn Du Schmerzen hast, hast Du dann noch andere Beschwerden? **Nein** **Ja**

Wenn ich Schmerzen habe,

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> ist mir übel | <input type="radio"/> muss ich mich übergeben / erbrechen |
| <input type="radio"/> stört mich helles Licht | <input type="radio"/> flimmert es mir vor den Augen |
| <input type="radio"/> stören mich laute Geräusche | <input type="radio"/> ist mir schwindelig |
| <input type="radio"/> wird die Haut ganz rot oder weiß | <input type="radio"/> wird die Stelle, wo es weh tut, dick |
| <input type="radio"/> bin ich ganz müde oder fertig | <input type="radio"/> muss ich oft zur Toilette |
| <input type="radio"/> hab ich ein komisches Gefühl in den Händen | <input type="radio"/> fühle ich mich komisch |
| <input type="radio"/> kann ich mich schlecht konzentrieren | <input type="radio"/> riechen oder schmecken die Dinge anders als sonst |

Bemerkst Du schon, bevor die Schmerzen da sind, dass Du bald welche bekommen wirst?

- Nein**
- Ja**, falls ja, woran merkst Du, dass die Schmerzen bald anfangen werden (zum Beispiel: Ich bin müde, mir gehen bestimmte Gedanken durch den Kopf, meine Laune ist schlecht, ich fühle mich schlapp, ich kann mich nicht konzentrieren, ...)?

Was lindert Deine Schmerzen? Was macht sie schlimmer?

SITUATION	LINDERT	KEIN EINFLUSS	VERSCHLIMMERT
Körperliche Bewegung (z.B. Rennen, Fahrrad fahren, Sport ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Belastungen (z.B. Klassenarbeit, Streit ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungünstige Körperhaltung (z.B. krummes Sitzen, langes Stehen ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufiges Aufstehen, Hinsetzen, Herumgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich Ausruhen, Liegen, Ruhighalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		STIMMT	STIMMT NICHT
Meine Schmerzen können durch nichts verändert werden:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Werden Deine Schmerzen schlimmer, wenn Du ...

	JA	NEIN		JA	NEIN
müde bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ärgerlich bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angespannt bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beschäftigt bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gelangweilt bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	einsam bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glücklich bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	streitsam bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unglücklich bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aufgeregt bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gibt es bestimmte Dinge oder Ereignisse, die Deine Schmerzen **auslösen**? Ja Nein

Falls ja, was löst Deine Schmerzen aus (zum Beispiel: zu wenig geschlafen, Aufregung vor einer Klassenarbeit, Hitze, Kälte, körperliche Anstrengung beim Sport, Wetterwechsel, Licht, Lärm, Ärger, Streit, lange am Computer spielen oder arbeiten, Fernsehen, Hektik, Schulprobleme, Wochenende oder Ferienbeginn, ...)?

Was tust Du, wenn Du Schmerzen hast?

Was tun Deine Eltern, wenn Du Schmerzen hast?

Was würde sich ändern, wenn Du plötzlich keine Schmerzen mehr hättest?

Wenn Du Schmerzen hast, wie oft störten sie Dich in den letzten 4 Wochen bei den folgenden Beschäftigungen? Umkreise bitte die Zahl, die Deiner Meinung nach am besten passt.

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/meinen Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben	1	2	3	4	5
Schulbesuch	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Name, Vorname

Datum:

DEUTSCHE FASSUNG DES PAEDIATRIC PAIN COPING INVENTORY (PPCI-REVISED)¹

HIER IST EINE LISTE VON DINGEN, DIE KINDER MANCHMAL TUN, WENN SIE SCHMERZEN HABEN ODER IHNEN ETWAS WEH TUT. KREUZE BITTE JEDES MAL AN, OB DU DIESE BESCHRIEBENEN DINGE FAST NIE, MANCHMAL ODER HÄUFIG TUST. ACHE BITTE DARAUF, DASS DU NEBEN JEDEM SATZ NUR EIN KREUZ MACHST.

Wenn ich Schmerzen habe oder mir etwas weh tut,	FAST NIE	MANCHMAL	OFT
1. gehe ich ins Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. frage ich nach Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. möchte ich in den Arm genommen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. suche ich jemanden, der meine Schmerzen versteht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. weine oder schreie ich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. reibe ich mir die schmerzende Stelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ermutige ich mich selbst, tapfer zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. sitzen meine Mutter, mein Vater, ein Freund oder eine Freundin bei mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. versuche ich, nicht an den Schmerz zu denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. atme ich tief durch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. denke ich an schöne Dinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. rede ich mit jemandem darüber, was ich den Tag über gemacht habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. wünsche ich mir, dass die Schmerzen weggehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. hoffe ich, dass meine Schmerzen nicht schlimmer werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. stelle ich mir in Gedanken vor, wie ich selbst die Schmerzen vertreibe oder verschwinden lasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. sage ich mir selbst, dass es mir bald wieder gut geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. lege ich mich hin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. sage ich meiner Mutter oder meinem Vater Bescheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. bitte ich jemanden, bei mir zu bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. weiß ich, dass ich um etwas bitten kann, das die Schmerzen verringert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. bitte ich jemanden, mir zu erklären, warum ich Schmerzen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. tue ich etwas Kaltes oder etwas Warmes auf die schmerzende Stelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. schlafe ich bis die Schmerzen weggehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. drücke ich die Hand einer anderen Person oder etwas anderes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. bitte ich jemanden, mir zu erzählen, dass die Schmerzen weggehen und es mir besser gehen wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹englische Originalversion Paediatric Pain Coping Inventory (PPCI) von Varni et al. Pain, 1996

Auswertung

PaSchm

SuSoz

PosSel