

NCCPC-R NON-COMMUNICATING CHILDREN'S PAIN CHECKLIST - REVIDIERTE VERSION

Name des Kindes Geburtsdatum:

Wieviele Male in den letzten 2 Std. hat das Kind folgendes Verhalten gezeigt? Die Einstufung soll nicht auf dem typischen Verhalten basieren oder in Beziehung zu dem vorgenommen werden, was es normalerweise tut. Bitte tragen Sie pro Zeile eine Zahl ein. Falls ein Punkt nicht anwendbar ist, d.h. ein Kind grundsätzlich nicht fähig ist, ein Verhalten oder einen Ausdruck von sich aus zu zeigen (z.B. das Kind isst keine feste Nahrung oder kann nicht greifen), oder grundsätzlich nicht bekannt ist, ob dieses Verhalten vom Kind überhaupt gezeigt werden kann, tragen Sie für diesen Punkt „nicht beurteilbar“ (NB) ein.	nicht vor-handen	nur ein wenig	ziemlich oft	sehr oft	nicht beurteilbar	Zeit									
						von bis									

Verbal

1. Stöhnen, jammern, wimmern (ziemlich leise)	0	1	2	3	NB										
2. Weinen (mässig laut)	0	1	2	3	NB										
3. Schreien, brüllen (sehr laut)	0	1	2	3	NB										
4. Bestimmter Laut oder Ausdruck für Schmerz (z.B. Wort, Schrei, Art v. Lachen)	0	1	2	3	NB										

Beziehung / Kontakt

5. Unkooperativ, griesgrämig, gereizt, unzufrieden	0	1	2	3	NB										
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 abgelenkt werden	0	1	2	3	NB										

Gesichtsausdruck

9. Stirnrunzeln	0	1	2	3	NB										
10. Augenbewegungen, 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	3	NB										
13. Zähneklappern, Zähneknirschen, Kaubewegungen, Zunge herausstrecken	0	1	2	3	NB										

Aktivität

14. Bewegungslos, weniger aktiv, ruhig	0	1	2	3	NB										
15. Herumzappeln, erregt, sehr unruhig	0	1	2	3	NB										

Haltung Körper und Extremitäten

16. Schlaff	0	1	2	3	NB										
17. Steif, spastisch, angespannt, starr	0	1	2	3	NB										
18. Herumfuchteln oder einen schmerzenden Körperteil berühren	0	1	2	3	NB										
19. Schützt, bevorzugt oder schont schmerzhaft Stelle	0	1	2	3	NB										
20. Reflexartiges Wegziehen oder bewegt Körperteil weg, reagiert empfindlich auf Berührung	0	1	2	3	NB										
21. Den Körper in einer bestimmten Art bewegen, um Schmerzen anzuzeigen (z.B. Kopf zurückwerfen, Arme hängen lassen, Knie anziehen, etc.)	0	1	2	3	NB										

Physiologische Zeichen

22. Schlottern, zittern	0	1	2	3	NB										
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	0	1	2	3	NB										
27. Atem anhalten	0	1	2	3	NB										

Essen / Schlafen

28. Isst weniger, kein Interesse am Essen	0	1	2	3	NB										
29. Schläft mehr als üblich	0	1	2	3	NB										
30. Schläft weniger als üblich	0	1	2	3	NB										

Interpretation: SI ≤ 6 keine Schmerzen
 SI ≥ 7 Schmerzen sind vorhanden

Schmerzindex (SI): _____
Datum: _____
Visum: _____

Version Juni 06 /Schmerzfachgruppe Rehab. Affolten a. Albis und Chirurgie, K. Marfurt-Russenberger, M. Kleinknecht

In Anlehnung an Version 01/04 Breaux, L., Mc Grath, P., Finley, A., Camfield, C., Non-communicating Children's Pain Checklist – Revised Version (NCCPC-R)



Anleitung NCCPC-R Non-Communicating Children's Pain Checklist – revidierte Version

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 Schmerzen weder verbal noch mit Mimik oder Gestik bewusst äussern 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: Tragen Sie nach 2 Stunden auf der Checkliste ein, wie viele Male das Kind oder der/die Jugendliche in den vergangenen 2 Stunden ein Verhalten oder einen Ausdruck (Checkliste beschriebene Parameter 1 – 30) gezeigt hat. Zählen Sie die Punkte der Subskalen zusammen und notieren Sie den Schmerzindex (SI).

0 = nicht vorhanden	1 = nur ein wenig	2 = ziemlich oft	3 = sehr oft	NB = nicht beurteilbar
----------------------------	--------------------------	-------------------------	---------------------	-------------------------------

- 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

Die Einstufung soll nicht auf dem typischen Verhalten des Kindes/Jugendlichen basieren oder in Beziehung zu dem vorgenommen werden, was es, sie/er normalerweise tut. Ein bestimmtes Verhalten oder ein Ausdruck ist zum betreffenden Messzeitpunkt vorhanden oder nicht. 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 (SI) ausdrückt.

Interpretation des Schmerzindex (SI):

- SI ≤ 6 keine Schmerzen
- SI ≥ 7 Schmerzen sind vorhanden

Bei der Interpretation des Schmerzindex muss die Gesamtsituation des Kindes/Jugendlichen berücksichtigt werden. **Jede Schmerzsituation eines behinderten Kindes/Jugendlichen muss individuell beobachtet, interpretiert und behandelt werden.** Es kann sein, dass ein Kind auch mit einem tieferen Score als 7 bereits Schmerzen hat.

Dokumentation

- Schmerzindex ⇒ in der Kurve
- ⇒ im Verlaufsblatt oder im Kurz-Überwachungsblatt (s. Schmerzordner unter U)

Beobachtungen im Zusammenhang mit Schmerzen ⇒ Tageszusammenfassung im Pflegebericht

Erstellt durch: K. Marfurt, M. Kleinknecht, Rehab. Affoltern, Chirurgie In Anlehnung an: Version 01.2004, Breau et al.	Genehmigt durch: Schmerzkommission	Schmerz Anleitung NCCPC-R
Erneuert: Juni 2006 Ersetzt: Mai 2004		Seite 1 von 1