

Pflegerische Aspekte in der Wahrnehmung und Behandlung von Schmerzen

Maria Degner

The background of the slide is a solid blue color. In the lower right quadrant, there are several decorative elements consisting of concentric circles, resembling ripples in water. These circles are rendered in a lighter shade of blue and are arranged in a way that suggests movement or depth.

„Schmerz.....

....ist eine höchst persönliche Erfahrung, die von kulturellem Lernen, der Bedeutung der Situation und anderen, für das Individuum einzigartigen Faktoren abhängt“

(Melzack & Wall 1988)

Schmerzwahrnehmung

Ist abhängig von :

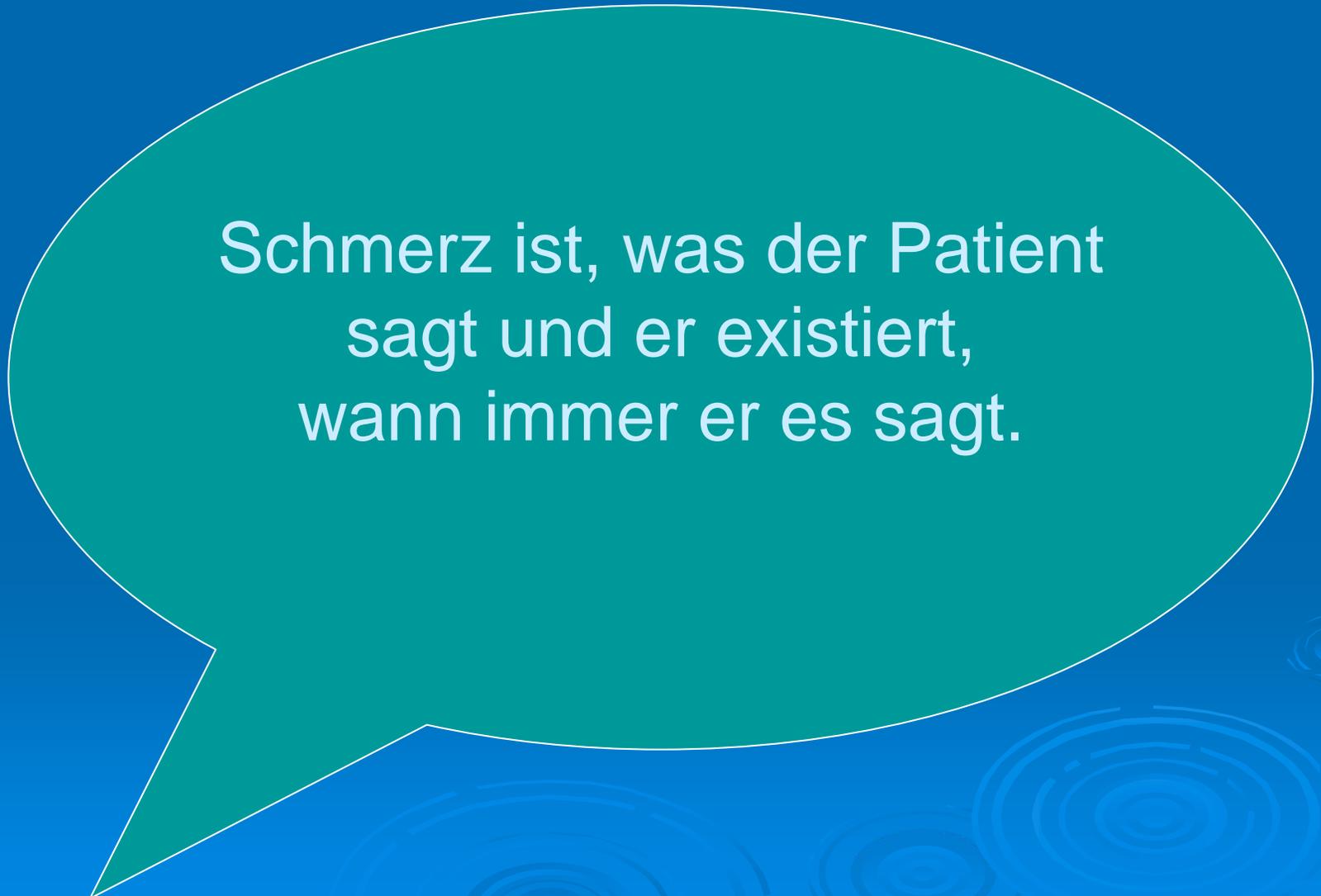
- Alter und Geschlecht
- Befindlichkeiten und Erinnerungen
- Erziehung, Religion und Kultur

Sie ist :

- Komplex ,subjektiv und individuell

Schmerzassessment

- Patienten bringen ihren Schmerz zum Ausdruck (Klagestunde)
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Pflegende erkennen den Schmerz und wissen um seine Dimensionen
- Schmerzassessment kann Beweis führend sein
- Unterstützung in der Schmerzbewältigung
- Einsatz von Assessmentinstrumenten
- Dokumentation



Schmerz ist, was der Patient
sagt und er existiert,
wann immer er es sagt.



Schmerzeinschätzungsinstrumente:

Numerische Rangskala

NRS

Visuelle Analogskala

VAS

Verbale Ratingskala

VRS

Wong Baker oder Smily Skala

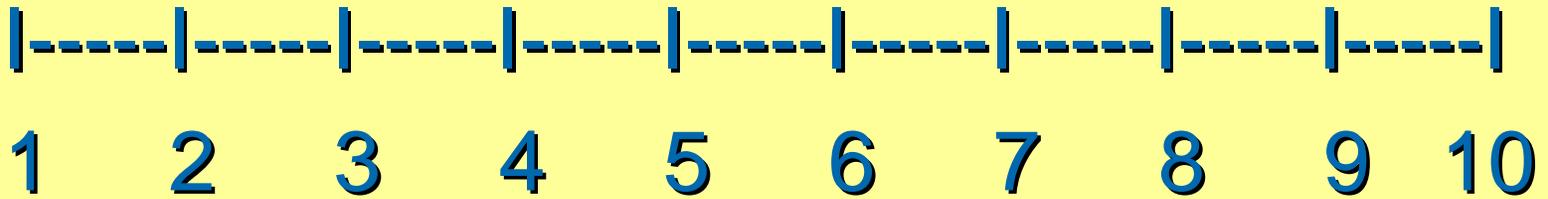
Body Lokation Skala

Visuelle Analogskala VAS



Numerische Rangskala

NRS



Verbale Ratingskala

VRS



Smiley Skala



Schmerzanamnese

- Wo ist der Schmerz?
- Wie stark ist der Schmerz?
- Wie fühlt sich der Schmerz an?
- Wann tritt der Schmerz auf?

Beschreibung der Schmerzqualität

Sensorische Items

Schärfe

- reißend
- Scharf
- schneidend
- durchzuckend
- stechend
- brennend
- ziehend
- krampfartig

Rhythmik

- pochend
- klopfend
- hämmernd
- pulsierend
- heiß
- bohrend
- ausstrahlend

Beschreibung der Schmerzqualität

Affektive Items

Schmerzleiden

- unbarmherzig
- scheußlich
- quälend
- zermürend
- durchdringend
- stark
- schrecklich
- unerträglich
- schwer
- unangenehm
- mörderisch
- erschöpfend

Angst

- unheilvoll
- beängstigend
- beklemmend
- gefährlich
- beunruhigend
- bedrohlich
- bedrückend
- lähmend

Schmerzzeitpunkt

Zeitpunkt	Funktion
<ul style="list-style-type: none">➤ Tageszeitenunabhängig➤ Tagsüber oder nachts➤ nach Anstrengung➤ nach Aufregung➤ nach Anspannung➤ vor oder nach dem Essen➤ Jahreszeit / Wetterlage➤ unregelmäßig	<ul style="list-style-type: none">➤ Atemabhängig➤ Schluckabhängig➤ Zyklusbedingt➤ Bei bestimmten Tätigkeiten➤ Bewegungsabhängig➤ Ohne ersichtliche Ursache

Schmerztagebuch / Name des Patienten:

Datum	Tageszeit	Schmerzstärke	Schmerzcharakteristik (z.B. brennend, dumpf u.ä.)	Bedarfsmedikament eingesetzt (Name des Medikamentes)	sonstige Beschwerden	besondere Belastungen
	morgens					
	mittags					
	abends					
	nachts					
	morgens					
	mittags					
	abends					
	nachts					
	morgens					
	mittags					
	abends					
	nachts					
	morgens					
	mittags					
	abends					
	nachts					
	morgens					
	mittags					
	abends					
	nachts					
	morgens					
	mittags					
	abends					
	nachts					

Schmerzstärke: kein Schmerz = 0 / leichter Schmerz = 1 / mittlerer Schmerz = 2 / starker Schmerz = 3 / stärkst vorstellbarer Schmerz = 4



Patienten-Adrema



KLINIKEN ESSEN-MITTE



Evang. Huysens-Stiftung/
Knappschaft gGmbH

Akad. Lehrkrankenhaus
der Universität Duisburg-Essen

KLINIK FÜR INNERE MEDIZIN IV
INTERNISTISCHE ONKOLOGIE/HÄMATOLOGIE

Zentrum für Palliativmedizin
Chefarzt: Prof. Dr. Hansjochen Wilke

Essen, den

Aufnahme

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre weitere Behandlung ist es wichtig, dass der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin Ihre Beschwerden genau kennt. Von daher möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden und Ihr Befinden. Kreuzen Sie hierzu im Folgenden das Feld an, das der Stärke des aufgeführten Symptoms am ehesten entspricht. Dies gilt auch für den Fall, dass Sie bereits Medikamente gegen die genannten Beschwerden einnehmen.

Bitte kreuzen Sie Ihre durchschnittliche Schmerzstärke an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz										Stärkster Vorstellbarer Schmerz

Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre stärksten Schmerzen waren.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz										Stärkster Vorstellbarer Schmerz

Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre Beschwerden sind.

Müdigkeit:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Übelkeit:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Verstopfung:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Luftnot:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Schwäche:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Angst:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Andere: _____	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Andere: _____	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute fühlen.

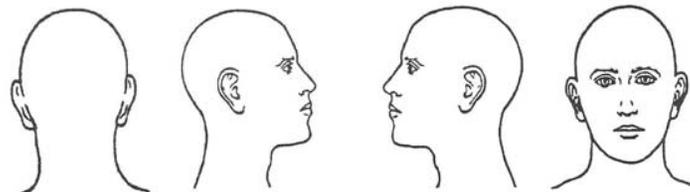
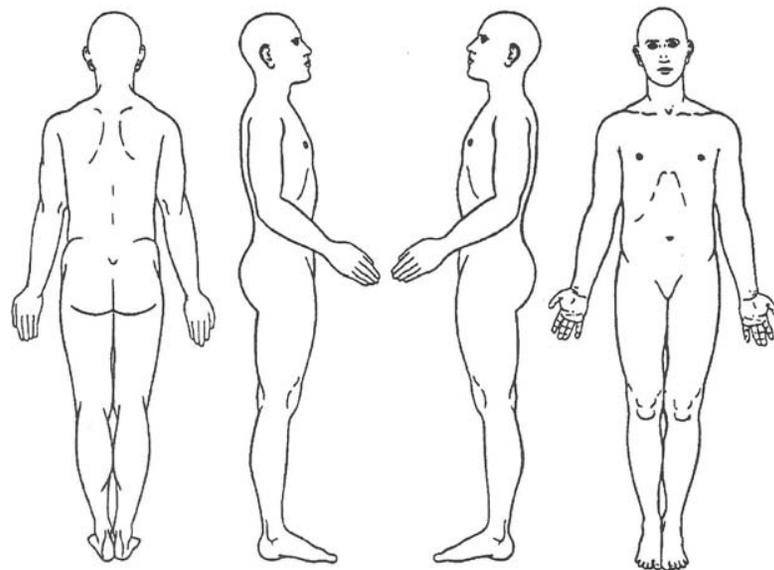
Befinden:	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

bitte wenden

Zunächst markieren Sie bitte in dem folgenden Körperschema die Stellen, an denen Sie Schmerzen haben.

Bitte denken Sie daran, **alle Körperteile die schmerzen**, zu kennzeichnen. Es kann auch sein, dass Schmerzen großflächig bestehen oder ausstrahlen. Dann markieren Sie bitte den gesamten schmerzenden Bereich.

Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet bzw. alle Schmerzorte (z.B. durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber), damit wir wirklich wissen, wo Sie **überall** Schmerzen haben.



In den folgenden Skalen kreuzen (X) Sie bitte die Ziffer an, die Ihrer Einschätzung am ehesten entspricht.

1. Bitte geben Sie auf der Skala an, wie **stark** Ihr Schmerz ist.

kein Schmerz	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	stärkster vorstellbarer Schmerz
--------------	--	---

2. Bitte geben Sie auf der Skala an, wie **stechend** Sie Ihren Schmerz empfinden. „Stechend“ umfasst Empfindungen „wie ein Messer“, „wie ein Dorn“, „wie eine Spritze“.

überhaupt nicht stechend	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	stechendste vorstellbare Empfindung („wie ein Messer“)
--------------------------	--	--

3. Bitte geben Sie auf der Skala an, wie **heiß** Sie Ihren Schmerz empfinden. „Heiß“ umfasst Empfindungen wie „brennend“, „wie Feuer“

überhaupt nicht heiß	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	heißeste vorstellbare Empfindung („wie Feuer“)
----------------------	--	---

4. Bitte geben Sie auf der Skala an, wie **dumpf** Sie Ihren Schmerz empfinden. „Dumpf“ umfasst Empfindungen wie „dumpfer Zahnschmerz“, schmerzhaft „wie ein blauer Fleck“.

überhaupt nicht dumpf	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	dumpfste vorstellbare Empfindung
-----------------------	--	---

5. Bitte geben Sie auf der Skala an, wie **kalt** Sie Ihren Schmerz empfinden. „Kalt“ umfasst Empfindungen wie „eingefroren“, „eisig“.

überhaupt nicht kalt	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	kälteste vorstellbare Empfindung („wie Eis“)
----------------------	--	---

6. Bitte geben Sie auf der Skala an, wie **empfindlich** Ihre Haut bei leichter Berührung z.B. durch Kleidung ist. „Empfindliche Haut“ umfasst Empfindungen wie „sonnenverbrannte Haut“, „wie wund Haut“.

überhaupt nicht empfindlich	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	stärkste vorstellbare Empfindlichkeit der Haut („wunde Haut“)
-----------------------------	--	--

7. Bitte geben Sie auf der Skala an, wie **juckend** Sie Ihren Schmerz empfinden. „Juckend“ umfasst Empfindungen „wie Juckpulver“, „wie ein „Mückenstich““.

überhaupt nicht juckend	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	stärkste vorstellbare juckende Empfindung („wie Juckpulver“)
-------------------------	--	---

8. Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Schmerzen im zeitlichen Verlauf am besten? Bitte geben Sie nur eine Antwort.

Ich habe einen ständigen Dauerschmerz **und** zusätzlich zeitweise auftretende Schmerzattacken.

Beschreiben Sie den Dauerschmerz

Beschreiben Sie die Attackenschmerzen

Ich habe einen ständigen, immer gleichartigen Schmerz.

Beschreiben Sie diesen Schmerz

Ich habe einen gelegentlich auftretenden, immer gleichartigen Schmerz, dazwischen bin ich schmerzfrei.

Beschreiben Sie diesen gelegentlichen Schmerz

9. Nachdem Sie nun verschiedene körperliche Aspekte des Schmerzes und verschiedene Schmerzempfindungen angegeben haben, teilen Sie uns bitte mit, wie **unangenehm** Sie Ihren Schmerz insgesamt empfinden. Bedenken Sie; Schmerz kann eine geringe Intensität haben, aber sehr unangenehm empfunden werden, oder manche Schmerzen werden als erträglich empfunden, obwohl sie eine hohe Intensität haben. Geben Sie auf dieser Skala bitte an, wie **unangenehm** Sie Ihren Schmerz empfinden.

überhaupt nicht unangenehm	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	unangenehmste vorstellbare Empfindung
----------------------------	--	--

10. Zum Schluss schätzen Sie bitte die Intensität Ihres **tief drinnen**, unter der Haut empfundenen Schmerzes im Vergleich zu dem **oberflächlich** empfundenen Schmerz ein. Beurteilen Sie bitte die beiden Orte Ihrer Schmerzempfindung getrennt. Diese getrennte Einschätzung ist möglicherweise schwierig und stellt nur eine „beste Vermutung“ dar. Bitte geben Sie aber ihre bestmögliche Einschätzung ab.

Wie intensiv ist Ihr oberflächlich empfundener Schmerz?

kein oberflächlich empfundener Schmerz	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	stärkster vorstellbarer oberflächlich empfundener Schmerz
--	--	--

Wie intensiv ist Ihr tief drinnen empfundener Schmerz?

kein tief drinnen empfundener Schmerz	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]	stärkster vorstellbarer tief drinnen empfundener Schmerz
---------------------------------------	--	---

Bitte kreuzen Sie nun im Folgenden an, ob und wie stark die hier aufgeführten Symptome bei Ihnen in den letzten Tagen vorhanden waren!

	nicht vorhanden	leicht	mittelstark	stark	stärksten vorstellbar
allgemeines Unwohlsein	<input type="checkbox"/>				
Schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Verstopfung	<input type="checkbox"/>				
Durchfall	<input type="checkbox"/>				
Unruhe / Angst	<input type="checkbox"/>				
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>				
gesteigertes Ruhebedürfnis	<input type="checkbox"/>				
schnelle körperliche Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>				
körperliche Schwäche	<input type="checkbox"/>				
Ein- und Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>				
fehlender Lebensmut	<input type="checkbox"/>				
Antriebs- / Interessenlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Traurigkeit	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>				
reduziertes Auffassungsvermögen	<input type="checkbox"/>				
schnelle geistige Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>				

Körperliche Krankheiten und seelisches Befinden sind oft eng miteinander verbunden. Durch die Beantwortung der folgenden Fragen möchten wir einen Überblick über Ihre allgemeine und seelische Verfassung erlangen.

Beantworten Sie bitte jede Frage so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrifft. Bitte machen Sie pro Frage nur ein Kreuz, lassen Sie keine Frage aus und antworten möglichst spontan.

Ich fühle mich angespannt und überreizt

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen, wie früher

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

Ich kann behaglich dazitzen und mich entspannen

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte

möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum

- ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Dokumentation

- Schmerz sichtbar machen
- Verlaufskontrolle
- Wirksamkeit einer Intervention
- Evaluierung

Dolo Plus

Verhaltensbeobachtungen		Datum			
Somatische Schmerz- Auswirkungen					
1. Verbaler Schmerzausdruck	Keine Äußerungen	0	0	0	0
	Äußerungen nur bei Patientenkontakt	1	1	1	1
	Gelegentliche spontane Äußerungen	2	2	2	2
	Dauernde spontane Äußerungen	3	3	3	3
2. Schonhaltung in Ruhe	Keine Schonhaltung	0	0	0	0
	Vermeidet gewisse ,gelegentliche Haltungen	1	1	1	1
	Ständige , wirksame Schonhaltung	2	2	2	2
	Ständige,ungenügend wirksame Schonhaltung	3	3	3	3
3.Schutz von schmerzhaften Körperzonen	Kein Schutz	0	0	0	0
	Bei Pat.kontakt ohne Hinderung von Pfl.e. u. Unts.	1	1	1	1
	Bei Pat. kontakt mit Hinderung jeglicher Handlung	2	2	2	2
	Schutz auch in Ruhe ,ohne direkten Kontakt	3	3	3	3
4.Mimik	Übliche Mimik	0	0	0	0
	Schmerzausdrückende Mimik bei Pat.kontakt	1	1	1	1
	Schmerzausdrückende Mimik ohne jegl.Pat.kont	2	2	2	2
	Dauernde ungewohnte ausdruckslose Mimik (leer, starr)	3	3	3	3
5.Schlaf	Gewohnter Schlaf	0	0	0	0
	Einschlafschwierigkeiten	1	1	1	1
	Häufiges Erwachen	2	2	2	2
	Schlaflosigkeit mit Auswirkung auf Wachzustand	3	3	3	3

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Name des/der Beobachteten:

Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehenen Kästchen.

Mehrere positive Antworten (außer bei Trost) sind möglich.

Ruhe

Mobilisation und zwar durch folgender Tätigkeit:

Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	Ja	Nein	Punktwert
Normal			0
gelegentlich angestrengt atmen			1
kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)			1
lautstark angestrengt atmen			2
lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)			2
Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)			2
Negative Lautäußerung			
keine			0
gelegentlich stöhnen oder ächzen			1
sich leise negativ oder missbilligend äußern			1
wiederholt beunruhigt rufen			2
laut weinen stöhnen oder ächzen			2
weinen			2
Gesichtsausdruck			
lächelnd oder nichts sagend			0
ängstlicher Gesichtsausdruck			1
trauriger Gesichtsausdruck			1
sorgvoller Blick			1
grimassieren			2
Körpersprache			
entspannt			0
angespannte Körperhaltung			1
nervös hin und her gehen			1
nesteln			1
Körpersprache starr			2
geballte Fäuste			2
sich entziehen oder wegstoßen angezogene Knie			2
schlagen			2
Trost			
trösten nicht notwendig			0
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist			1
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich ist?			2
TOTAL / von max.			<u> </u> /10

Name des Patienten.....

Andere Auffälligkeiten:

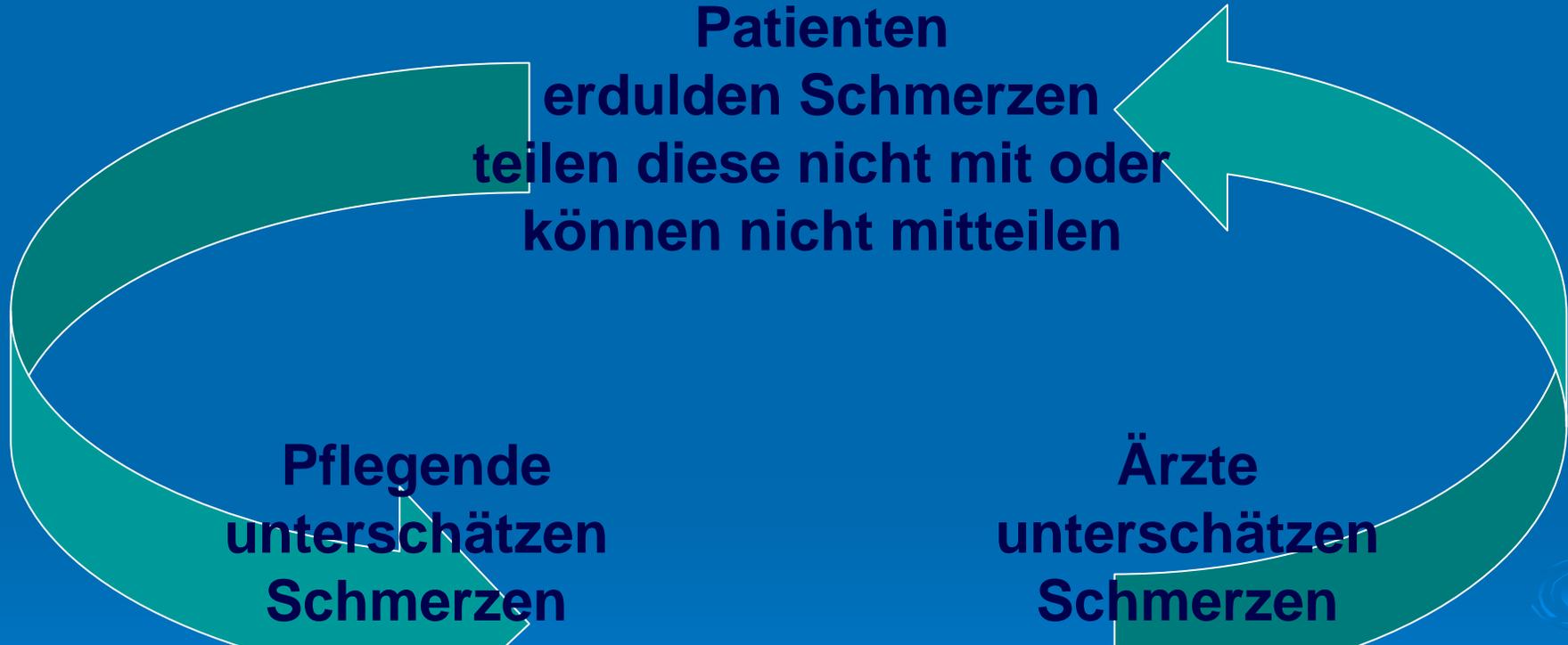
.....

Misserfolgskette der Schmerztherapie

Patienten
erdulden Schmerzen
teilen diese nicht mit oder
können nicht mitteilen

Pflegende
unterschätzen
Schmerzen
geben zu wenig
Analgetika

Ärzte
unterschätzen
Schmerzen
ordnen zu wenig
Analgetika an



Pflegerische Möglichkeiten der Schmerztherapie

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Schulung und Beratung des Patienten und seiner Angehörigen
- Medikamentenverabreichung, Verbandswechsel
- Mobilisation nach kinästhetischen Gesichtspunkten, Lagerungshilfen
- Einreibungen, Kälte-Wärmeauflagen Massagen
- Atemübungen, Entspannungstechniken, Basale Stimulation
- Ablenkung, Atmosphäre schaffen, Aromatherapie

Schmerzbehandlung bei Tumorwunden

- Kontinuierliche medikamentöse Schmerztherapie mit nicht-Opioiden und oder Opiaten nach dem Stufenplan der WHO
- Topisch angewandte Lokalanästhetika:
Emlacreme
Instillagel
- Analgetika: Morphin Gel
- Verbandstechnik und Materialien
- Vorbereitung und Planung
- Stressfreie Durchführung

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Mehr Liebe -weniger Medikamente!

