SKALA FÜR SCHMERZ-SELBSTWIRKSAMKEIT
(SPASE; SCALE FOR PAIN SELF-EFFICACY)

Datum:

Name: **Geburtsdatum:**

Kreuze bitte für jede der folgenden Aussagen an, wie sehr sie im Moment auf dich und deine Schmerzen zutrifft.
Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	TRIFFT NICHT ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	ICH BIN UNENT-SCHLOSSEN	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT ZU
1. Wenn ich Schmerzen habe, kann ich damit umgehen.	○	○	○	○	○
2. Ich kann normal am Schulalltag teilnehmen, auch wenn ich Schmerzen habe.	○	○	○	○	○
3. Ich kann mich auf ein Treffen mit meinen Freunden freuen, auch wenn ich Schmerzen habe.	○	○	○	○	○
4. Meine Schmerzen stören mich dabei, meine Ziele zu erreichen.	○	○	○	○	○
5. In den meisten Situationen werde ich mit meinen Schmerzen fertig.	○	○	○	○	○
6. Auch wenn ich Schmerzen habe, kann ich das tun, was ich gerne mache.	○	○	○	○	○
7. Auch wenn ich Schmerzen habe, kann ich gut drauf sein.	○	○	○	○	○
8. Ich habe meine Schmerzen im Griff.	○	○	○	○	○
9. Auch wenn ich Langeweile habe, kann ich mit Schmerzen umgehen.	○	○	○	○	○
10. Ich fühle mich hilflos, wenn ich Schmerzen habe.	○	○	○	○	○
11. Auch wenn ich Schmerzen habe, kann ich mein Leben so leben, wie ich es möchte.	○	○	○	○	○

© Deutsches Kinderschmerzzentrum (Stahlschmidt et al., J Pain, 2023)