

# Kieler baş ağrısı anketi

Prof. H. Göbel, Kiel

Aşağıdaki soruları cevaplandırınız:

Beantworten Sie bitte folgende Fragen

**Sizde bu veya buna benzer baş ağrısı oluyor mu?**

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die so oder so ähnlich aussehen?

- **Tedavisiz süresi: 4-72 saat**  
Dauer ohne Behandlung: 4 bis 72 Stunden
- **Atak şeklinde**  
anfallsweises Auftreten
- **Atakların arasında baş ağrısı olmayan**  
zwischen den Anfällen keine Kopfschmerzen
- **Tek traraflı**  
einseitiges Auftreten
- **Zonklayan veya titreşimli ağrı**  
pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz
- **Ağrıyla birlikte gelen mide bulantısı, kusmak, görültüden veya ışıkdan normalden fazla rahatsız olmak**  
Übelkeit, Erbrechen, Lärm-oder Lichtempfindlichkeit können den Schmerz begleiten.

**Siz bu yada buna benzer baş ağrıları çekiyorsunuzsa, aşağıdaki soruları cevaplandırın.**

**Eğer öyle değilse 13. sorudan başlayın.**

Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.  
Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, setzen Sie bitte die Beantwortung bei der Frage 13 fort.

1. **İlaç kullanmadığınız veya tedavi sonuçsuz olduğu vakit, baş ağrınız 4 ile 72 saat arası sürüyor mu?**  
Dauern diese Kopfschmerzanfälle 4 bis 72 Stunden an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**
2. **Bu baş ağrıları başınızın sadece bir tarafında mı?**  
Können sich diese Kopfschmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**
3. **Baş ağrısı titreşimli şeklinde mi oluyor?**  
Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**
4. **Baş ağrınız günlük işlerinizde sizi çok etkiliyor mu?**  
Können diese Kopfschmerzen Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

- 5. Baş ağrınız merdiven çıkarken veya başka yorucu işlerden dolayı daha şiddetleniyor mu?**  
Können diese Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt werden?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**
- 6. Baş ağrınız ile beraber mide bulantısı oluyor mu?**  
Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**
- 7. Baş ağrınız ile beraber kustuğunuza oluyor mu?**  
Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**
- 8. Baş ağrınız olduğu vakit ışıkdan rahatsız oluyormusunuz?**  
Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**
- 9. Baş ağrınız olduğu vakit görültüden rahatsız oluyormusunuz?**  
Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**
- 10. En az 5 defa bu tarife benzer baş ağrınız oldu mu?**  
Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung entsprechen?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**
- 11. Kaç yıldan beri bu baş ağrısını çekiyorsunuz? \_\_\_\_\_ yıl / Jahre**  
Wie lange leiden Sie an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Jahren an
- 12. Ayda ortalama kaç gün bu baş ağrısını çekiyorsunuz? \_\_\_\_\_ gün / Tage**  
An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen?  
Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an
- 13. Aşağıdaki tarife benzer baş ağrısı çekiyormusunuz:**  
Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?
  - **tedavisiz 30 dakkika ile 7 gün arası**  
Dauer ohne Behandlung: 30 Minuten bis 7 Tage
  - **kafanın iki tarafında**  
beidseitiges Auftreten
  - **atak şeklinde veya günlük**  
kann anfallsweise oder täglich auftreten
  - **esneğen, donuk ve bastırıcı bir ağrı**  
drückender, ziehender, dumpfer Schmerz
  - **kusuntu ve fazla mide bulantısı olmayan bir ağrı**  
kein Erbrechen oder starke Übelkeit
- Siz bu yada buna benzer baş ağrıları çekiyorsunuzsa, aşağıdaki soruları cevaplandırın. Eğer bu ve buna benzer baş ağrılarınız olmuyorsa, anket sizin için burda bitiyor.**
- Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auf-treten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.  
Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, ist die Befragung abgeschlossen.
- 14. İlaç kullanmadığınız veya tedavi sonuçsuz olduğu vakit, baş ağrınız 30 dakkika ile en fazla 7 gün arası sürüyor mu?**  
Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?  
 **Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**15. Baş ağrısı esneğen, donuk veya bastırın bir şekilde mi oluyor?**

Können diese Kopfschmerzen einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**16. Baş ağrısına rağmen günlük işlerinizi göre biliyormusunuz?**

Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer üblichen Tagesaktivität nachgehen?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**17. Baş ağrınız başınızın iki tarafında mı oluyor?**

Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**18. Baş ağrınız yorucu işlerden (merdiven çıkış gibi) etkisiz mi kalıyor?**

Bleiben diese Kopfschmerzen durch körperliche Aktivitäten (z.B. Treppensteigen) unbeeinflusst?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**19. Baş ağrısı ile beraber mide bulantısı oluyor mu?**

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**20. Baş ağrısı ile beraber kustığınız oluyor mu?**

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**21. Baş ağrınız olduğu vakit ışıkdan rahatsız oluyormusunuz?**

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**22. Baş ağrınız olduğu vakit görültüden rahatsız oluyormusunuz?**

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**23. En az 10 defa bu tarife benzer baş ağrınız oldu mu?**

Sind bei Ihnen schon mindestens zehn Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der angegebenen Beschreibung gleichen?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**24. Ayda ortalama kaç gün bu baş ağrınızı çekiyorsunuz? \_\_\_\_\_ gün / Tage**

An wie viel Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl an.

**25. Uzun zamandır mı bu ve buna benzer baş ağrınızı çekiyorsunuz?**

Leiden Sie schon länger an solchen Kopfschmerzen?

**Evet / Ja**       **Hayır / Nein**

**26. Kaç yıldır bu ve buna benzer baş ağrınızı çekiyorsunuz? \_\_\_\_\_ yıl / Jahren**

Seit wie vielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an.

## AUSWERTUNG

### MIGRÄNE

	Kriterien	erfüllt
Frage 1	ja	<input type="checkbox"/> es müssen
Fragen 2-5	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/> alle Kriterien
Fragen 6-9	mindestens eine ja	<input type="checkbox"/> erfüllt sein.
Frage 10	ja	<input type="checkbox"/>

---

### EPISODISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	Kriterien	erfüllt
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/> es müssen
Fragen 15-18	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/> alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/> erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens eine nein	<input type="checkbox"/>
Fragen 23, 24	<b>23 = ja</b> und weniger als 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>

---

### CHRONISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	Kriterien	erfüllt
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/> es müssen
Fragen 15-18	nin	<input type="checkbox"/> alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/> erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens zwei nein	<input type="checkbox"/>
Fragen 23, 24	<b>25 = ja</b> und mindestens 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>

„Übersetzung in die türkische Sprache durch den Bundesverband der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen (CSG) e.V. mit freundlicher Genehmigung durch Herrn Prof. H. Göbel“