

# Erste Hilfe bei Kopfschmerzen

Andreas Bolli

Brühlgasse 28

9000 St.Gallen

tel. 071 277 11 22



1. Fenster öffnen
2. Tief durchatmen. Bewusst Atmen.
3. Ein Glas kaltes Wasser trinken
4. Den Kopf langsam drehen
5. Die Schultern kreisen
6. Fenster öffnen
7. Frische Luft schnappen.
8. Mit den Fingerspitzen die Schläfen leicht massieren
9. An den Ohrläppchen leicht ziehen und die Ohrmuschel von innen nach aussen massieren. (In den Ohren spiegelt sich der ganze Menschliche Körper)
10. Machen Sie eine kleine Pause und kehren Sie in sich.

*Warum ich einen Text darüber verfasse:*

Wenn man im Internet das Wort Kopfschmerzen eingibt, dann kriegt man 3 500 000 Einträge. Dementsprechend ist dies ein Thema, welches wirklich sehr viele Interessiert und auch sicherlich beschäftigt.

Selber litt ich früher an Migräne, jedoch zum Glück habe ich diese mittlerweile gut im Griff.

Dies hat mich bewogen, mich mit diesem Thema erneut auseinander zu setzen. Denn in meinem Bekanntenkreis, als auch in meinem Kundenkreis, gibt es sehr viele Leute, welche an Kopfschmerzen oder an Migräne leiden.

Ich hoffe und wünsche mir, dass sie einige der Tips erfolgreich gebrauchen können.

*Art der Kopfschmerzen:*

In erster Linie ist es wichtig herauszufinden, um was für eine Art Kopfschmerzen es sich handelt. Diesbezüglich können Sie sich gerne den Kopfschmerzenfragebogen zu Hilfe nehmen.

<http://www.messageampark.ch/downloads/kopfschmerzenfragebogen.pdf>

Wenn Sie ständig an Kopfschmerzen leiden, dann würde es allenfalls sinn machen, sich ein Kopfschmerzentagebuch zu führen. Darin können Sie die Anfälle festhalten. Egal ob sie das nun für sich oder für ihren Arzt machen, es wird ihnen helfen.

<http://www.messageampark.ch/downloads/kopfschmerzentagebuch.pdf>

Sicherlich kann man Kopfschmerzen auf unterschiedlichste Art und weise betrachten. Es gibt die Möglichkeit Medikamente einzunehmen aber auch alternativen stehen zur Verfügung.

Massage	Erhöht das Wohlbefinden und löst Verspannungen und Anspannungen wie Stress
Sport	Regelmässige Bewegung hält den Körper und den Geist im Gleichgewicht.
Erholung	Gönnen sie sich Pausen. Jeder braucht Zeit für die Erholung.

# KIELER KOPFSCHMERZ-FRAGEBOGEN

NACH PROF. H. GÖBEL, KIEL

## BEANTWORTEN SIE BITTE FOLGENDE FRAGEN:

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

- Dauer ohne Behandlung: 4 bis 72 Stunden
- anfallsweises Auftreten,
- zwischen den Anfällen keine Kopfschmerzen
- einseitiges Auftreten
- pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz
- Übelkeit, Erbrechen, Lärm- oder Lichtempfindlichkeit können den Schmerz begleiten

*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

Dauern diese Kopfschmerzanfälle 4 bis 72 Stunden an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?

Ja  Nein

2

Können sich diese Kopfschmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken?

Ja  Nein

3

Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben?

Ja  Nein

4

Können diese Kopfschmerzen Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?

Ja  Nein

5

Können diese Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt werden?

Ja  Nein

6

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

Ja  Nein

7

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

Ja  Nein

8

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

Ja  Nein

9

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

Ja  Nein

10

Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung entsprechen?

Ja  Nein

11

Wie lange leiden Sie an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Jahren an:

..... JAHRE

12

An wievielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an:

..... TAGE

13

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?

- Dauer ohne Behandlung: 30 Minuten bis 7 Tage
- beidseitiges Auftreten
- kann anfallsweise oder täglich auftreten
- drückender, ziehender, dumpfer Schmerz
- kein Erbrechen oder starke Übelkeit

*Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, ist die Befragung abgeschlossen.*

**14**

Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?

Ja  Nein

**15**

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

Ja  Nein

**16**

Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer üblichen Tagesaktivität nachgehen?

Ja  Nein

**17**

Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten?

Ja  Nein

**18**

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

Ja  Nein

**19**

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

Ja  Nein

**20**

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

Ja  Nein

**21**

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

Ja  Nein

**22**

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

Ja  Nein

**23**

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

Ja  Nein

**24**

An wieviel Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl an:

..... TAGE

**25**

Leiden Sie schon länger an solchen Kopfschmerzen?

Ja  Nein

**26**

Seit wievielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an:

..... JAHRE

## AUSWERTUNG

### MIGRÄNE

	<i>Kriterien</i>	<i>erfüllt</i>	
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

	<i>Kriterien</i>	<i>erfüllt</i>	
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

	<i>Kriterien</i>	<i>erfüllt</i>	
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 15-18	nein	<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"/>	

