

# דפי שאלונים לספר "מוח מנצח"

## פרק 6, עמוד 85

### חומצות שומן

האם צריך להחליף לכם את השמן? ענו על השאלון הבא ותקבלו תשובה.  
 בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו  
 בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם.  
 כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא חומצות שומן    |   |                        |   |
|----------------------------|---|------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>   | אני סובל מציפורניים רכות, סדוקות או שבירות  |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובל מעור יבש, מגורה, מכוסה קשקשים או מתקלף   |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובל משעווה באוזניים  |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובל מ"עור ברווז"   |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובל מקשקשים בשיער  |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני מרגיש שהמפרקים שלי כואבים או נוקשים   |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני צמא רוב הזמן  |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובל מעצירות רוב הזמן (פחות משתי יציאות ביום)   |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | יש לי צואה בהירה, קשה או שריחה רע   |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובל מדיכאון, הפרעת קשב וריכוז ו/או אובדן זיכרון  |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובל מיתר לחץ דם  |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובלת ממחלת שד פיברוציסטית (גושים וציסטות ברקמת השד*)<br>(*הערת העורכת המדעית: המחלה מאובחנת על-ידי כירורג שד בלבד) |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובלת מתסמונת קדם-וסתית   |                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | אני סובל מכולסטרול LDL גבוה ו-HDL נמוך, ורמת טריגליצרידים גבוהה   |                        |   |
| ניתוח ציונים - חומצות שומן |   |                        |   |
| ציון                       | חומרה   | תוכנית טיפול           | צעדים שיש לנקוט   |
| 4-0                        | יש לך מחסור קל בחומצות שומן   | התוכנית להשגת מוח מנצח | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 7-5                        | יש לך מחסור בינוני בחומצות שומן   | טיפול עצמי             | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפר את רמת חומצות השומן בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 22.             |
| 8 ויותר                    | יש לך מחסור חמור בחומצות שומן   | טיפול רפואי            | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 22 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 6, עמוד 97

## דופמין וקטכולאמינים: הגברת הריכוז

האם יש לכם רמת דופמין נמוכה? ענו על השאלון הבא ותקבלו תשובה. בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם. כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא דופמין       |   |              |   |
|--------------------------|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/> | אני מרגיש לרוב עצוב או מדוכא ואין לי מרץ או רצון לעשות משהו                       |              |   |
| <input type="checkbox"/> | יש לי מעט מאוד מרץ, מבחינה נפשית או גופנית  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אין בי רצון לעסוק בפעילות גופנית  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני מתקשה להתרכז בדברים   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני נוטה לישון הרבה או מתקשה להתעורר  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני זקוק לחומרים כגון קפאין, שוקולד, "גלולות דיאטה" או אפילו קוקאין כדי "להתעורר" |              |   |
| ניתוח ציונים - דופמין    |   |              |   |
| ציון                     | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 2-0                      | יש לך מחסור קל בדופמין  | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 4-3                      | יש לך מחסור בינוני בדופמין  | טיפול עצמי   | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפר את רמת הדופמין שלך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 22.              |
| 5 ויותר                  | יש לך מחסור חמור בדופמין  | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 22 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 6, עמוד 99

## סרוטונין: תחושת אושר

האם יש לכם רמת סרוטונין נמוכה? ענו על השאלון ותקבלו תשובה. בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם. כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא סרוטונין     |   |              |   |
|--------------------------|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/> | יש לי רק מחשבות שליליות   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני רואה רק את מחצית הכוס הריקה   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מהערכה עצמית וביטחון עצמי נמוכים   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני נוטה למחשבות והתנהגויות כפייתיות (כמו פרפקציוניזם או שיגעון לסדר, או צורות חמורות יותר של כפייתיות) |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני נוטה לעגמומיות בחורף או לוקה בהפרעה אפקטיבית עונתית/דיכאון חורף                                     |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני נוטה לעצבנות, מתרגז בקלות ו/או חסר סבלנות   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני ביישן וחושש מחברה, מפחד מגבהים, קהל, טיסה ו/או דיבור בפני אנשים                                     |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מחרדה או מהפרעת פאניקה   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובלת מתסמונת קדם-וסתית, מלווה במצבי רוח רעים, השתוקקות למאכלים, רגישות בשדיים ונפיחות לפני המחזור  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני מתקשה להירדם  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני מתעורר באמצע הלילה ומתקשה לחזור ולהירדם או מתעורר מוקדם מדי בבוקר                                   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני משתוקק לממתקים או פחמימות עמילניות, כמו לחם ופסטה   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני מרגיש טוב יותר כשאני עוסק בפעילות גופנית  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | יש לי כאבי שרירים, פיברומיאלגיה ו/או תסמונת המפרק הלסת-רקתי (כאבים במפרק הלסת)                          |              |   |
| <input type="checkbox"/> | קיבלתי טיפול ב-SSRIs (תרופות נוגדות דיכאון להגברת פעילותו של סרוטונין)                                  |              |   |
| ניתוח ציונים – סרוטונין  |   |              |   |
| ציון                     | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 4-0                      | יש לך מחסור קל בסרוטונין  | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 7-5                      | יש לך מחסור בינוני בסרוטונין  | טיפול עצמי   | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפר את רמת הסרוטונין בגופך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 22.          |
| 8 ויותר                  | יש לך מחסור חמור בסרוטונין  | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 22 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 6, עמוד 102

## גאבא: רגיעה

האם יש לכם רמת גאבא נמוכה? ענו על השאלון ותקבלו תשובה. בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם. כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא גאבא         |   |              |   |
|--------------------------|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/> | קשה לי להירגע   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני נעשה מתוח במהירות ונבהל בקלות                         |              |   |
| <input type="checkbox"/> | יש לי הרגשה שאני עובד קשה מדי או שמלחיצים אותי            |              |   |
| <input type="checkbox"/> | הגוף שלי נוקשה או מתוח                                    |              |   |
| <input type="checkbox"/> | לפעמים אני מרגיש שאני חלש ולא יציב                        |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני לא סובל רעשים, אורות או פעילות רבה מדי                |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני מרגיש חרדה או מתח אם אני מדלג על ארוחות               |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני משתמש בחומרים כגון סוכר, אלכוהול ו/או סמים כדי להירגע |              |   |
| ניתוח ציונים – גאבא      |   |              |   |
| ציון                     | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 2-0                      | יש לך מחסור קל בגאבא                                      | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 4-3                      | יש לך מחסור בינוני בגאבא                                  | טיפול עצמי   | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפר את רמת הגאבא בגופך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 22.              |
| 5 ויותר                  | יש לך מחסור חמור בגאבא                                    | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 22 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 6, עמוד 104

## אצטילכולין: למידה וזיכרון

בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם. כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא אצטילכולין    |   |              |   |
|---------------------------|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/>  | אני כותב דברים כדי שלא אשכח אותם  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני מתקשה לבצע חישובים בראשי  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני מתקשה למצוא מילים או לזכור מה שאמרתי, אם קוטעים אותי באמצע משפט     |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני מרגיש עצבנות או חרדה כשעלי ללמוד משהו חדש, כמו תוכנה בעבודה         |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | כשאני קורא ספר או צופה בסרט, אני מתקשה יותר ויותר לעקוב אחרי העלילה     |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | לעיתים קרובות אני שוכח היכן הנחתי את המפתחות שלי, הארנק או המשקפיים שלי |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני מתקשה להתרכז בשיחות או ישיבות ארוכות                                |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני מרגיש כאילו המוח שלי לא מתפקד במלוא יכולתו                          |              |   |
| ניתוח ציונים – אצטילכולין |   |              |   |
| ציון                      | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 2-0                       | יש לך מחסור קל באצטילכולין  | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 4-3                       | יש לך מחסור בינוני באצטילכולין  | טיפול עצמי   | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפר את רמת האצטילכולין בגופן בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 22.        |
| 5 ויותר                   | יש לך מחסור חמור באצטילכולין  | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 22 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 6, עמוד 115

## מתילציה

האם יש לכם בעיה עם המתילציה? ענו על השאלון הבא ותקבלו תשובה.  
 בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו  
 בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם.  
 כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא מתילציה   |  |              |  |
|---|--|--------------|--|
| <input type="checkbox"/>  | אני אוכל חלבונים מהחי (בשר מכל סוג שהוא, עופות, מוצרי חלב, גבינות, ביצים), יותר מחמש פעמים בשבוע         |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני אוכל מדי שבוע מזון אחד או שניים שמכילים שומנים שעברו הקשיה ומיום (מרגרינה, מזונות מעובדים או ארוזים) |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | מנת החלבונים מהחי שאני אוכל בכל ארוחה עולה על 200 עד 250 גרם   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני אוכל פחות מספל אחד ירקות ירוקים ליום   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני אוכל פחות מחמש עד תשע מנות (מנה אחת = חצי ספל) פירות וירקות ליום                                     |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני שותה יותר משלושה משקאות אלכוהוליים בשבוע   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מדיכאון או מצבי רוח רעים או מהפרעת התנהגות  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי היסטוריה של התקפי לב או מחלת לב אחרת   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי היסטוריה של שבץ  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי היסטוריה של סרטן (בעיקר סרטן המעי הגס, סרטן הרחם, סרטן השד)  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי היסטוריה של בדיקת פאפ לא תקינה (דיספלזיה של צוואר הרחם)  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי היסטוריה של מומים מולדים אצל הצאצאים שלי (שדרה שסועה, פגמים בתעלה העצבית, תסמונת דאון)             |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי היסטוריה של שיטיון   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מאובדן שיווי משקל או תחושה ברגליים  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי היסטוריה של טרשת נפוצה או מחלות אחרות של נזק עצבי  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי היסטוריה של תסמונת תעלת שורש כף היד (Carpal tunnel syndrome)                                       |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני לא לוקח מולטיוויטמין   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני בן יותר מ-65   |              |  |
| ניתוח ציונים - מתילציה*   |  |              |  |
| ציון  | חומרה  | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט  |
| 8-0   | יש לך בעיה קלה עם המתילציה בגופך   | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.  |
| 9 ויותר   | יש לך בעיה חמורה עם המתילציה בגופך   | טיפול רפואי  | השלם את תוכנית ששת השבועות שבחלק 3 ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 22 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |
| * שים לב שבשאלון זה יש רק שני ציונים. בעיות קלות מטופלות בעזרת תוכנית ששת השבועות. אם יש לך בעיות חמורות, אני ממליץ מאוד לפנות לרופא שהוכשר ברפואה תפקודית. |  |              |  |

## פרק 6, עמוד 121

## ויטמין D: נגד דיכאון ושיטיון

האם חסר לכם ויטמין D? ענו על השאלון הבא ותקבלו תשובה. בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם. כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא ויטמין D  |  |              |  |
|---|--|--------------|--|
| הערת העורכת המדעית: מחסור בוויטמין D נחשב כיום למגפה כלל עולמית. ניתן לבצע כיום, בכל קופות החולים בישראל, בדיקת דם לוויטמין זה, בהפניית רופא המשפחה.        |  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מתסמונת הפרעה אפקטיבית עונתית, דיכאון חורף  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני מרגיש שאני מאבד את הזיכרון   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | השרירים שלי כואבים או חלשים  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי עצמות עדינות (לחץ על עצם השוק שלך – אם זה כואב חסר לך ויטמין D)                          |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני עובד בתוך הבית   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני נמנע מלהיחשף לשמש  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני מורח על עצמי קרם הגנה מהשמש רוב הזמן   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני לא אוכל דגים שמנים קטנים כגון מקרל, הרינג, סרדינים (המקור התזונתי העיקרי לוויטמין D)       |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מאוסטאופורוזיס  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | שברתי יותר משתי עצמות בחיי או את עצם הירך  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל ממחלה אוטואימונית (לדוגמה, טרשת נפוצה)  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מדלקת מפרקים ניוונית (אוסטאוארטריטיס – מחסור בוויטמין D מחליש את העצמות וגורם לניוון) |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מדלקות לעיתים קרובות  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני בעל עור כהה (כל גזע שהוא פרט ללבן)   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מהשמנת-יתר (בינונית או חמורה)   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני בן שישים או יותר   |              |  |
| ניתוח ציונים – ויטמין D*  |  |              |  |
| ציון  | חומרה  | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט  |
| 0-8   | יש לך מחסור קל בוויטמין D  | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.  |
| 9 ויותר   | יש לך מחסור חמור בוויטמין D  | טיפול רפואי  | השלם את תוכנית ששת השבועות שבחלק 3 ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 22 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |
| * שים לב שבשאלון זה יש רק שני ציונים. בעיות קלות מטופלות בעזרת תוכנית ששת השבועות. אם יש לך בעיות חמורות, אני ממליץ מאוד לפנות לרופא שהוכשר ברפואה תפקודית. |  |              |  |

## פרק 6, עמוד 124

## מגנזיום: מינרל הרגיעה

האם חסר לכם מינרל מופלא זה? ענו על השאלון הבא ותקבלו תשובה. בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם. כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא מגנזיום*  |  |              |  |
|---|--|--------------|--|
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מדיכאון   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני עצבני  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי הפרעת קשב וריכוז (ADHD)  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי אוטיזם   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מחרדה   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מנדודי שינה או שאני מתקשה להירדם  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מעוויתות שרירים   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובלת מתסמונת קדם-וסתית  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מהתכווצויות ברגליים או בידיים   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מתסמונת רגל חסרת מנוחה  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מדופק מואץ, החסרת פעימות או הפרעות קצב  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל בתכיפות מכאבי ראש או מיגרנה   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מקשיי בליעה   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מצרבת   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני רגיש לרעשים  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני מרגיש עייפות ותשישות   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מאסתמה  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מעצירות (פעולת מעיים פחות מפעמיים ביום)   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל ממתח רב   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מאבנים בכליות   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל ממחלת לב או אי-ספיקת לב   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מצניחה של המסתם המיטרלי   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מסוכרת  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני צורך כמות נמוכה של אצות, סובין או נבטים, שקדים, אגוזי קשיו, כוסמת וירקות ירוקים עליים כהים |              |  |
| ניתוח ציונים – מגנזיום*   |  |              |  |
| ציון  | חומרה  | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט  |
| 12-0  | יש לך מחסור קל במגנזיום  | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.  |
| 13 ויותר  | יש לך מחסור חמור במגנזיום  | טיפול רפואי  | השלם את תוכנית ששת השבועות שבחלק 3 ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 22 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |
| * שים לב שבשאלון זה יש רק שני ציונים. בעיות קלות מטופלות בעזרת תוכנית ששת השבועות. אם יש לך בעיות חמורות, אני ממליץ מאוד לפנות לרופא שהוכשר ברפואה תפקודית. |  |              |  |



## פרק 6, עמוד 127

## אבץ

בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו  
בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם.  
כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא אבץ   |   |              |   |
|---|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מחוש טעם פגום  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מחוש ריח פגום  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי ציפורניים חלשות (דקות, מתקלפות או סדוקות)   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי נקודות לבנות על הציפורניים  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל לעיתים קרובות מהתקררות או זיהום נשימתי   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל משלשולים   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מאקזמה או פריחות אחרות על העור   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מאקנה  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | הפצעים שלי מגלים רק לאחר פרק זמן ארוך מאוד  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מאלרגיות   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מנשירת שיער  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מקשקשים  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מבעיות בזקפה   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מערמונית מוגדלת או מודלקת  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל ממחלות מעי דלקתיות (קוליטיס כיבית, מחלת קרוהן)   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מדלקת מפרקים שיגרנית   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני שותה מים קשים (מי ברז; המדלים את האבץ בגוף)   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני שותה יותר משלושה משקאות אלכוהוליים לשבוע  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מהזעת-יתר  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | יש לי מחלת כליות או כבד   |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני בן יותר מ-65  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני משתמש בתרופות משנתות  |              |   |
| <input type="checkbox"/>  | אני צורך כמות זעירה בלבד של אצות, זנגוויל (ג'נג'ר) טרי, חלמוני ביצה, דגים, בשר כבש, קטניות וגרעיני דלעת |              |   |
| ניתוח ציונים – אבץ*   |   |              |   |
| ציון  | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 12-0  | יש לך מחסור קל באבץ   | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 13 ויותר  | יש לך מחסור חמור באבץ   | טיפול רפואי  | השלם את תוכנית ששת השבועות שבחלק 3, ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 22 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |
| * שים לב שבשאלון זה יש רק שני ציונים. בעיות קלות מטופלות בעזרת תוכנית ששת השבועות. אם יש לך בעיות חמורות, אני ממליץ מאוד לפנות לרופא שהוכשר ברפואה תפקודית. |   |              |   |

## פרק 7, עמוד 134

## אינסולין

האם יש לכם בעיה עם רמת סוכר לא יציבה בדם ואתם בסיכון ללקות בתנגודת לאינסולין? ענו על השאלון הבא ותקבלו תשובה.

בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם.

כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא אינסולין     |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | אני משתוקק לממתקים, אוכל אותם, ואף שאני מתעורר זמנית ומצב רוחי משתפר, אחר כך אני "נופל"  |
| <input type="checkbox"/> | יש לי היסטוריה משפחתית של סוכרת, היפוגליקמיה או אלכוהוליזם   |
| <input type="checkbox"/> | אני עצבני, חרד, עייף או לוקה בכאבי ראש לסירוגין במשך היום, אבל מרגיש זמנית טוב אחרי ארוחות                                       |
| <input type="checkbox"/> | אני מרגיש חולשה ורעד אם איני אוכל משהו שעתיים עד שלוש שעות אחרי ארוחה  |
| <input type="checkbox"/> | אני אוכל תזונה דלת-שומנים, אבל לא מפחית ממשקלי   |
| <input type="checkbox"/> | אם אני מפספס ארוחה, אני מרגיש עצבני ומרוגז, חלש או עייף  |
| <input type="checkbox"/> | אם אני אוכל ארוחת בוקר שמורכבת מפחמימות (טוסטים, בייגל, דגני-בוקר, פנקייק וכן הלאה), אני לא מצליח לשלוט באכילה שלי לכל אורך היום |
| <input type="checkbox"/> | ברגע שאני מתחיל לאכול ממתקים או פחמימות, אני לא מצליח להפסיק   |
| <input type="checkbox"/> | אם אני אוכל דגים או בשר או ירקות אני מרגיש טוב, אבל אני מרגיש ישנוני או כאילו "מסומם" אחרי ארוחה של פסטה, לחם, תפוחי אדמה ולפתן  |
| <input type="checkbox"/> | במסעדה אני פונה ישר אל סלסילת הלחם   |
| <input type="checkbox"/> | יש לי דפיקות לב חזקות אחרי אכילת ממתקים  |
| <input type="checkbox"/> | אני רגיש למלח (צובר נוזלים)  |
| <input type="checkbox"/> | אם אינני אוכל ארוחת בוקר, אני לוקה בהתקפי חרדה אחרי הצהריים  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל לעיתים קרובות ממצבי רוח רעים, חוסר סבלנות או חרדה   |
| <input type="checkbox"/> | הזיכרון והריכוז שלי גרועים   |
| <input type="checkbox"/> | אכילה מרגיעה אותי  |
| <input type="checkbox"/> | אני מתעייף כמה שעות אחרי ארוחה   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מהזעת-יתר   |
| <input type="checkbox"/> | אני מרגיש עייף רוב הזמן  |
| <input type="checkbox"/> | אני שמן באזור הבטן (יחס בין היקף מותן לאגן $< 0.8$ – מדידה סביב הטבור ובליטת העצם בחזית הירך, בחלקה העליון)                      |
| <input type="checkbox"/> | השיער שלי מידלדל במקומות לא רצויים (בראש), וצומח במקומות לא רצויים (אישה – על הפנים)   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובלת מתסמונת השחלה הפוליציסטית או מבעיות פוריות   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מיתר לחץ דם   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל ממחלת לב  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מסוכרת מסוג 2 (שהייתה מכונה פעם "סוכרת מבוגרים")  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מזיהומים פטרייתיים כרוניים (גזזת, פטרייה בנרתיק או כתמים יבשים קשקשיים על העור)   |

| ניתוח ציונים – אינסולין |  |              |   |
|-------------------------|--|--------------|---|
| ציון                    | חומרה                                    | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 7-0                     | יש לך חוסר איזון קל של אינסולין בדמך     | מוח מנצח     | השלם את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.  |
| 12-8                    | יש לך חוסר איזון בינוני של אינסולין בדמך | טיפול עצמי   | השלם את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפר את איזון האינסולין בגופך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 23.       |
| 13 ויותר                | יש לך חוסר איזון חמור של אינסולין בדמך   | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 23 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 7, עמוד 141

### בלוטת התריס

האם אתם סובלים מבלוטת תריס איטית, שאינה מתפקדת היטב? ענו על השאלון הבא ותקבלו תשובה.

בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם. כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא בלוטת התריס  |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | יש לי עור וציפורניים עבים   |
| <input type="checkbox"/> | יש לי עור יבש   |
| <input type="checkbox"/> | השיער שלי מידלדל, נושר או שיש לי שיער גס  |
| <input type="checkbox"/> | אני רגיש לקור   |
| <input type="checkbox"/> | יש לי כפות רגליים וכפות ידיים קרות  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מעייפות בשרירים, כאבים או חולשה  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובלת מדימום חזק במחזור, תסמונת קדם-וסתית קשה, בעיות אחרות במחזור או בעיות פוריות |
| <input type="checkbox"/> | אני צובר נוזלים (נפיחות כפות ידיים ורגליים)   |
| <input type="checkbox"/> | אני מרגיש עייפות (בעיקר בבקרים)   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מלחץ דם ודופק נמוכים   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מקשיי זיכרון וריכוז  |
| <input type="checkbox"/> | השיער מידלדל בשליש החיצוני של הגבות שלי   |
| <input type="checkbox"/> | אני מתקשה להוריד במשקל, או שמשקלי עלה לאחרונה   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מעצירות  |
| <input type="checkbox"/> | אני חש מדוכא ואדיש  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל ממחלה אוטואימונית (למשל, דלקת מפרקים שגרונית, טרשת נפוצה או זאבת)            |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל ממחלת צליאק או שאני רגיש לגלוטן  |
| <input type="checkbox"/> | עברתי טיפולי הקרנה  |
| <input type="checkbox"/> | נחשפתי לרעלים סביבתיים  |
| <input type="checkbox"/> | אני אוכל הרבה מאוד טונה, סושי ו/או יש לי סתימות מכספית בשיניים                        |
| <input type="checkbox"/> | יש לי היסטוריה משפחתית של בעיות עם בלוטת התריס  |
| <input type="checkbox"/> | אני שותה מים שטוהרו בכלור או מים מועשרים בפלואוריד (רוב מי-הברז בישראל)               |

| ניתוח ציונים – בלוטת התריס |  |              |   |
|----------------------------|--|--------------|---|
| ציון                       | חומרה                                  | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 7-0                        | יש לך תת-פעילות קלה של בלוטת התריס     | מוח מנצח     | השלם את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.  |
| 11-8                       | יש לך תת-פעילות בינונית של בלוטת התריס | טיפול עצמי   | השלם את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפר את רמת הטירוקסין בגופך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 23.         |
| 12 ויותר                   | יש לך תת-פעילות חמורה של בלוטת התריס   | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 23 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 7, עמוד 146

### הורמוני מין

האם הורמוני המין שלכם אינם מאוזנים? ענו על השאלון הבא ותקבלו תשובה.

(הערה: יש שאלון אחד לנשים ואחד לגברים).

בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם.

כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא הורמוני מין לנשים |  |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מתסמונת קדם-וסתית  |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מתנודות חודשיות במשקל  |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מבצקת, נפיחות או צבירת נוזלים  |
| <input type="checkbox"/>      | אני מרגישה נפוחה   |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מכאבי ראש  |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מתנודות במצב הרוח  |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת משדיים רגישים, מוגדלים   |
| <input type="checkbox"/>      | אני מרגישה מדוכאת  |
| <input type="checkbox"/>      | אני מרגישה שאינני מסוגלת להתמודד עם דרישות רגילות  |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מכאבי גב, כאבים במפרקים או בשרירים   |
| <input type="checkbox"/>      | יש לי תשוקה למזון לפני המחזור (בעיקר סוכר או מלח)  |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת ממחזור לא סדיר, דימום כבד או קל  |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מבעיות פוריות  |
| <input type="checkbox"/>      | אני לוקחת גלולות למניעת הריון או הורמונים אחרים  |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת ממיגרנות לפני המחזור   |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מציסטה או גוש בשד או ממחלת שד פיברוציסטי   |
| <input type="checkbox"/>      | יש לי היסטוריה משפחתית של סרטן השד, סרטן השחלות או סרטן הרחם   |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת משרירנים (מיומות) ברחם   |
| <input type="checkbox"/>      | יש לי תסמינים של קדם גיל מעבר (גלי חום, תנודות חדות במצב הרוח, כאבי ראש, מחזור לא סדיר, דימום כבד, צבירת נוזלים, רגישות בשדיים, יובש בנרתיק, ערפול מוחי, כאבי שרירים ומפרקים, דחף מיני חלש, עלייה במשקל) |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מגלי חום   |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מחרדה  |
| <input type="checkbox"/>      | אני סובלת מהזעה מוגברת בלילה   |

|                                  |   |              |   |
|----------------------------------|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/>         | אני סובלת מנדודי שינה                                       |              |   |
| <input type="checkbox"/>         | איבדתי את הדחף המיני שלי                                    |              |   |
| <input type="checkbox"/>         | אני סובלת מעור יבש, שיער יבש ו/או יובש בנרתיק               |              |   |
| <input type="checkbox"/>         | אני סובלת מדפיקות לב חזקות                                  |              |   |
| <input type="checkbox"/>         | אני סובלת מקשיי זיכרון או ריכוז                             |              |   |
| <input type="checkbox"/>         | אני נפוחה, או שיש לי משקל עודף באזור הבטן המותניים          |              |   |
| <input type="checkbox"/>         | אני סובלת משיעור-יתר באזור הפנים                            |              |   |
| <input type="checkbox"/>         | נחשפתי למדבירי חרקים או מתכות כבדות (במזון, מים ו/או אוויר) |              |   |
| ניתוח ציונים – הורמוני מין לנשים |   |              |   |
| ציון                             | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 9-0                              | יש לך חוסר איזון קל בהורמוני המין                           | מוח מנצח     | בצעי את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.  |
| 14-10                            | יש לך חוסר איזון בינוני בהורמוני המין                       | טיפול עצמי   | בצעי את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפרי את רמת ההורמונים בגופך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 23.          |
| 15 ויותר                         | יש לך חוסר איזון חמור בהורמוני המין                         | טיפול רפואי  | בצעי את שני הצעדים שלעיל לפני לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 23 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכלי לדון בהן עם הרופא. |

• • •

| שאלון בנושא הורמוני מין לגברים    |   |              |   |
|-----------------------------------|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/>          | יש לי דחף מיני מופחת ואיבדתי את החיוניות שלי                |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני סובל מקושי להגיע לזקפה או להתמיד בה                     |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני סובל מעקרות או שיש לי ספירת זרע נמוכה                   |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | השרירים שלי מידלדלים  |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני סובל מהשמנת-יתר באזור הכרס                              |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני מרגיש עייף או חסר מרץ                                   |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני מרגיש אובדן כיוון ומטרה או שאני אדיש                    |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני סובל מדלדול עצם (אוסטאופורוזיס) או שברים                |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני סובל מכולסטרול גבוה                                     |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני סובל מרמה גבוהה של אינסולין וסוכר בדם                   |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני חלש   |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | אני מדוכא   |              |   |
| <input type="checkbox"/>          | נחשפתי למדבירי חרקים או מתכות כבדות (במזון, מים ו/או אוויר) |              |   |
| ניתוח ציונים – הורמוני מין לגברים |   |              |   |
| ציון                              | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 4-0                               | יש לך חוסר איזון קל בהורמוני המין                           | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 6-5                               | יש לך חוסר איזון בינוני בהורמוני המין                       | טיפול עצמי   | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפר את רמת ההורמונים בגופך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 23.          |
| 7 ויותר                           | יש לך חוסר איזון חמור בהורמוני המין                         | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 23 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 8, עמוד 156

## דלקות

ענו על השאלון הבא כדי למצוא עד כמה חמורה הדלקת בגופכם, ואיך היא משפיעה על מוחכם.

בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם.

כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא דלקת         |  |              |   |
|--------------------------|--|--------------|---|
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מאלרגיות עונתיות או סביבתיות  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מאלרגיה או רגישות למזון, ואני מרגיש לא טוב אחרי אכילה (כבדות, כאבי ראש, בלבול וכו') |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני עובד בסביבה שהתאורה בה חלשה, רווית כימיקלים ו/או אוורור גרוע                             |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני נחשף למדברי חרקים, כימיקלים רעילים, רעשים, מתכות כבדות ו/או מתחים בעבודה                 |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני לוקה לעיתים קרובות בהצטננויות וזיהומים   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | יש לי היסטוריה של זיהומים כרוניים כגון דלקת כבד, זיהומים בעור, כיבים בפה, פצעי קור           |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מסינוסיטיס ואלרגיות   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מברונכיטיס או אסתמה   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מדלקת בעור (אקזמה, אקנה, פריחות)  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מדלקת מפרקים (דלקת מפרקים ניוונית – בלאי ושחיקה)                                    |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל ממחלה אוטואימונית (דלקת מפרקים שגרונתית, זאבת, תת-פעילות של בלוטת התריס וכו')       |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מדלקת של המעי הגס או מחלה דלקתית של המעי  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מתסמונת המעי הרגיש  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מדלקת בעצבים (בעיות כמו הפרעת קשב וריכוז, אוטיזם, מצבי רוח והתנהגות)                |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל ממחלת לב או שהיה לי התקף לב   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מסוכרת או משקל-יתר  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | יש לי או למשפחתי היסטוריה של מחלת פרקינסון או אלצהיימר                                       |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני מנהל חיים מלאי מתח   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני שותה יותר משלוש כוסות אלכוהול לשבוע  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | אני עוסק בפעילות גופנית פחות משלושים דקות שלוש פעמים בשבוע                                   |              |   |
| ניתוח ציונים – דלקת      |  |              |   |
| ציון                     | חומרה  | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 0-6                      | יש לך דלקת קלה   | מוח מנצח     | השלם את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.  |
| 7-9                      | יש לך דלקת בינונית   | טיפול עצמי   | השלם את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ורפא את גופך מהדלקת בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 24.                 |
| 10 ויותר                 | יש לך דלקת חמורה   | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 24 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 9, עמוד 174

## מעיים

בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו  
בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם.

כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא מעיים        |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מתחושה של נפיחות או מלאות, גיהוקים ("גרעפסים") צרבת או גזים<br>מייד אחרי ארוחה                                 |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מקנדידה או זיהום פטרייתי כרוני אחר (גזזת במפשעה, זיהום<br>פטרייתי בנרתיק, פטרת כף-רגל, פטריות באצבעות הרגליים) |
| <input type="checkbox"/> | אני מרגיש בחילה אחרי שאני לוקח תוספים   |
| <input type="checkbox"/> | אני עייף אחרי אכילה   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מצרבות   |
| <input type="checkbox"/> | אני משתמש בקביעות בנוגדי חומצה (Tums, חלב מגנזיום, תרופות סותרות<br>חומצה וכו')   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מכאבי בטן כרוניים  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל משלשול   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מעצירות (יציאה פחות מפעם או פעמיים ביום)   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מצואה שומנית, בכמות גדולה, שריחה רע  |
| <input type="checkbox"/> | אני מוצא בצואה שלי מזון שלא עוכל לגמרי  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מאלרגיות, רגישות או תגובות למזון   |
| <input type="checkbox"/> | אני רגיש לפחמימות (אכילת לחם או סוכרים אחרים גורמת לי לנפיחות)  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מפטרת הפה והגרונ   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מגירוי בפי הטבעת   |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מחניכיים מדממות או דלקת חניכיים  |
| <input type="checkbox"/> | יש לי "לשון גיאוגרפית" (פריחה או חריצים דמויי מפה על הלשון, שמעידים<br>על אלרגיה למזון)                                 |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מפצעים על הלשון  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מכיבים בפה   |
| <input type="checkbox"/> | אני משתוקק לממתקים ולחם   |
| <input type="checkbox"/> | אני שותה יותר משלושה משקאות אלכוהוליים בשבוע  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל ממתח מוגבר   |
| <input type="checkbox"/> | אני לוקח לעיתים קרובות אנטיביוטיקה, או שנהגתי לקחת אותה בקביעות<br>בעבר (יותר מפעם או פעמיים בשלוש שנים)                |
| <input type="checkbox"/> | יש לי היסטוריה של שימוש בנוגדי דלקת לא סטרואידיים (אסופן, נקסין וכו')<br>או שימוש בתרופות אחרת נגד דלקת                 |
| <input type="checkbox"/> | נטלתי גלולות נגד היריון או תחליפי הורמונים  |
| <input type="checkbox"/> | נטלתי תרופות סטרואידיות כגון פרדניזון או קורטיזון   |
| <input type="checkbox"/> | יש לי אחת מהמחלות הבאות:  |
| <input type="checkbox"/> | • אוטיזם  |
| <input type="checkbox"/> | • הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות  |
| <input type="checkbox"/> | • חזיזית ורודה (רוזציה) – ורידים מורחבים באף ובלחיים, שגורמים<br>לאדמומיות בפנים)                                       |
| <input type="checkbox"/> | • אקנה אחרי גיל ההתבגרות  |
| <input type="checkbox"/> | • אקזמה   |

| <input type="checkbox"/> | פסוריאזיס                                     |              |   |
|--------------------------|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/> | מחלת צליאק (אלרגיה לגלוטן)                    |              |   |
| <input type="checkbox"/> | מחלות אוטואימוניות כרוניות                    |              |   |
| <input type="checkbox"/> | פריחה או סרפדת (אורטיקריה)                    |              |   |
| <input type="checkbox"/> | מחלת מעי דלקתית (קוליטיס כיבית או מחלת קרוהן) |              |   |
| <input type="checkbox"/> | תסמונת התשישות הכרונית                        |              |   |
| <input type="checkbox"/> | פיברומיאלגיה                                  |              |   |
| ניתוח ציונים – מעיים     |   |              |   |
| ציון                     | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 8-0                      | יש לך בעיה קלה עם המעיים שלך                  | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 12-9                     | יש לך בעיה בינונית עם המעיים שלך              | טיפול עצמי   | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ותקן את מצב המעיים שלך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 25.               |
| 13 ויותר                 | יש לך בעיה חמורה עם המעיים שלך                | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 25 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 10, עמוד 194

### רעלים

אבל ראשית, אנא מלאו את השאלון למטה ומצאו אם אתם רעילים. בכל פעם שתשובתכם חיובית סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם. כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא רעלים        |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | יש לי פעילות מעיים קשה כל יום או יומיים  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מעצירות (יציאות פעם ביומיים או אפילו פחות)  |
| <input type="checkbox"/> | אני משתין כמה פעמים ביום כמויות קטנות של שתן כהה, שריחו חזק  |
| <input type="checkbox"/> | כמעט שאינני מזיע באמת  |
| <input type="checkbox"/> | אני סובל מאחד או יותר מהתסמינים הבאים: <ul style="list-style-type: none"> <li>• עייפות</li> <li>• כאבי שרירים</li> <li>• כאבי ראש</li> <li>• קשיי ריכוז וזיכרון</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> | יש לי פיברומיאלגיה או תסמונת התשישות הכרונית   |
| <input type="checkbox"/> | אני שותה מי ברז או באר שאינם מסוננים, או מים מבקבוקי פלסטיק  |
| <input type="checkbox"/> | אני מנקה את בגדיי בניקוי יבש   |
| <input type="checkbox"/> | אני עובד או חי בבניין "אטום" שבו אוורור גרוע או חלונות שאינם נפתחים  |
| <input type="checkbox"/> | אני גר באזור עירוני או תעשייתי גדול  |
| <input type="checkbox"/> | אני משתמש בכימיקלים במשק הבית או בגינה, או משמיד חרקים בביתי או בדירה שלי באמצעות מדביר  |
| <input type="checkbox"/> | יש לי סתימות כספית בשיניים שלי   |
| <input type="checkbox"/> | אני אוכל דגים גדולים (דג החרב, טונה וכן הלאה) יותר מפעם אחת בשבוע  |



|                          |   |              |   |
|--------------------------|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <p>אני לא מסוגל לסבול אחד או יותר מהדברים הבאים:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• אדי דלק או סולר</li><li>• בשמים</li><li>• ריחות של מכוניות חדשות</li><li>• חנויות בדים</li><li>• ניקוי יבש</li><li>• תרסיס לשיער</li><li>• ריחות חזקים אחרים</li><li>• סבון</li><li>• חומרי ניקוי</li><li>• עשן טבק</li><li>• מים מטהרים עם כלור</li></ul>   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | <p>יש לי תגובה שלילית כשאני אוכל מזונות שמכילים מונוסודיום גלוטמט, מלח חומצה גופריתית (נמצא בין, שימורי פירות, פירות יבשים), סודיום בנזואט (חומר משמר), יין אדום, גבינות, בננות, שוקולד, אפילו כמויות קטנות של אלכוהול, שום או בצל</p>  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | <p>כשאני שותה קפה אני מרגיש מתח, כאבים חזקים במפרקים ובשרירים או תסמיני היפוגליקמיה (חרדה, דופק מהיר, הזעה וסחרחורת)</p>  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | <p>אני צורך בקביעות אחד החומרים או התרופות הבאים:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• פרצטמול (אקמול)</li><li>• תרופות סותרות חומצה (לוסק, זנטק, פאמוטידין, אומפרדקס, לנזופרזול)</li><li>• תרופות לוויסות הורמונאלי בצורת גוללות, מדבקות או משחות (גוללות למניעת היריון, אסטרוגן, פרוגסטרון, תרופות לערמונית)</li><li>• תרופות נוגדות דלקת (אטופן, נקסין)</li><li>• תרופות לדלקת המעי הגס, מחלת קרוהן, כאבי ראש חוזרים, תסמיני אלרגיה, בחילה, שלשול או קשיי עיכול</li></ul> |              |   |
| <input type="checkbox"/> | <p>חליתי בצהבת בשל סיבה כלשהי, או שנאמר לי שיש לי תסמונת גילברט (רמה גבוהה של בילירובין בדם)</p>  |              |   |
| <input type="checkbox"/> | <p>יש לי היסטוריה של אחת המחלות הבאות:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• סרטן השד</li><li>• סרטן ריאות מעישון</li><li>• סוג אחר של סרטן</li><li>• בעיות בערמונית</li><li>• אלרגיה או רגישות למזון</li></ul>   |              |   |
| <input type="checkbox"/> | <p>יש לי היסטוריה משפחתית של מחלת פרקינסון, אלצהיימר, ALS (מחלת העצבים המוטוריים) או מחלות אחרות בתאי עצב מוטוריים, או טרשת נפוצה</p>   |              |   |
| ניתוח ציונים – רעלים     |   |              |   |
| ציון                     | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 6-0                      | יש לך רעילות קלה בגופך  | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 9-7                      | יש לך רעילות בינונית בגופך  | טיפול עצמי   | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, וטהר את הרעלים מגופך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 26.                 |
| 10 ויותר                 | יש לך רעילות חמורה בגופך  | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 26 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 11, עמוד 216

## אובדן אנרגיה

האם המוחות שלכם שבורים? ענו על השאלון הבא, ותראו אם המיטוכונדריה שלכם ניזוקה ואתם מאבדים אנרגיה.

בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם.

כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא אובדן אנרגיה    |  |              |   |
|-----------------------------|--|--------------|---|
| <input type="checkbox"/>    | אני סובל מתשישות כרונית או מתמשכת  |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני סובל מכאבי שרירים או תחושת אי-נוחות בהם                              |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני סובל מקשיי שינה (נדודי שינה, קושי להירדם, יקיצה מוקדמת)              |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | השינה שלי אינה מרעננת אותי   |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני מתקשה בביצוע פעילות גופנית ואני מאוד עייף אחריה                      |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | יש לי חולשת שרירים   |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני מתקשה להתרכז או לזכור דברים  |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני עצבני וסובל ממצבי רוח  |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | עייפות מונעת ממני לעשות דברים שהייתי רוצה לעשותם                         |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | עייפות מפריעה לחיי העבודה, המשפחה והחברה שלי                             |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני נתון למתח ממושך  |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | התסמינים שלי התחילו אחרי מתח חמור, זיהום קשה או טראומה                   |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | יש לי תסמונת התשישות הכרונית או פיברומיאלגיה                             |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | יש לי היסטוריה של זיהומים כרוניים  |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני אוכל יותר מדי  |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | נחשפתי לכימיקלים סביבתיים (מדבירי חרקים, מים לא מסוננים, מזון לא אורגני) |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני סובל ממחלה נוירולוגית, כגון אלצהיימר, פרקינסון, ALS וכו'             |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני סובל מאוטיזם או הפרעת קשב וריכוז                                     |              |   |
| <input type="checkbox"/>    | אני סובל מדיכאון, מחלה דו-קוטבית או סכיזופרניה                           |              |   |
| ניתוח ציונים – אובדן אנרגיה |  |              |   |
| ציון                        | חומרה  | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 6-0                         | אתה סובל מאובדן קל של אנרגיה   | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 9-7                         | אתה סובל מאובדן בינוני של אנרגיה   | טיפול עצמי   | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, וטהר את הרעלים מגופך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 26.                 |
| 10 ויותר                    | אתה סובל מאובדן חמור של אנרגיה   | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 26 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |

## פרק 11, עמוד 220

## עומס חמצוני

האם עומס חמצוני גורם לכם לאבד אנרגיה? ענו על השאלון כדי למצוא את התשובה. בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם. כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא עומס חמצוני   |   |              |  |
|---|---|--------------|--|
| <input type="checkbox"/>  | אני חש עייף בקביעות   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני ישן פחות מ-7 או 8 שעות בלילה  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני לא עוסק בפעילות גופנית בקביעות, או שאני עוסק בה יותר מ-15 שעות לשבוע                  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני רגיש לבשמים, עשן או כימיקלים או אדים אחרים  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל בקביעות מכאבי שרירים או מפרקים   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני נחשף לרמה משמעותית של רעלים סביבתיים (חומרים מזהמים, כימיקלים וכדומה), בבית או בעבודה |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני מעשן סיגריות או סיגרים (או כל דבר אחר)  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני נחשף בקביעות לעישון פאסיבי  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני שותה יותר משלושה משקאות אלכוהוליים לשבוע  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני לא משתמש בקרם הגנה, אני אוהב להשתזף או ללכת למכוני שיזוף                              |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני לוקח תרופות מרשם, תרופות ללא מרשם ו/או סמים למטרות הנאה                               |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני חושב שהחיים שלי מלאי מתח  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני אוכל מזונות מטוגנים, מרגרינה והרבה שומן מהחי (בשר, גבינות שמנות וכו')                 |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני אוכל קמח לבן וסוכר יותר מפעמיים בשבוע   |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני אוכל פחות מחמש מנות של ירקות ופירות בצבעים שונים ליום                                 |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מהצטננויות וזיהומים כרוניים (פצעי קור, כיבים בפה וכן הלאה)                       |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני לא נוטל מולטיוויטמין שמכיל נוגדי חמצון  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | משקלי גבוה מדי  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל מסוכרת או מחלת לב  |              |  |
| <input type="checkbox"/>  | אני סובל משיגרון או אלרגיות   |              |  |
| ניתוח ציונים – עומס חמצוני*   |   |              |  |
| ציון  | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט  |
| 0-9   | יש לך עומס חמצוני קל  | מוח מנצח     | השלם את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 10 ויותר  | יש לך עומס חמצוני חמור  | טיפול רפואי  | השלם את תוכנית ששת השבועות שבחלק 3 ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 26 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |
| * שים לב שבשאלון זה יש רק שני ציונים. בעיות קלות מטופלות בעזרת תוכנית ששת השבועות. אם יש לך בעיות חמורות, אני ממליץ מאוד לפנות לרופא שהוכשר ברפואה תפקודית. |   |              |  |

## פרק 12, עמוד 234

## חוסר תפקוד של בלוטות האדרנל (יותר הכליה)

בכל פעם שתשובתכם חיובית, סמנו "V" במשבצת משמאל לשאלה. אחר כך היעזרו בניתוח הציונים להלן כדי להעריך את חומרת הבעיה שלכם.  
כל תשובה חיובית = 1 נקודה.

| שאלון בנושא חוסר תפקוד של בלוטות האדרנל (יותר הכליה) |   |              |   |
|--|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/>                             | אני סובל מיתר לחץ דם                                      |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני חש סחרחורת כשאני קם ממקומי                            |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | יש לי היפוגליקמיה (רמת סוכר נמוכה בדם)                    |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני משתוקק למלח   |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני משתוקק לממתקים  |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | יש לי עיגולים שחורים מתחת לעיניים                         |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני סובל מבעיות שינה (מתקשה להירדם או לישון מבלי להתעורר) |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני ישן בחוסר מנוחה (השינה שלי לא מרעננת אותי)            |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני סובל מערפול שכלי או קשיי ריכוז                        |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני סובל מכאבי ראש  |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | יש לי זיהומים תכופים (מתקרר בקלות)                        |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | פעילות גופנית מעייפת אותי מאוד                            |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני חש מתוח רוב הזמן                                      |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני עייף ומתוח  |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני צובר נוזלים   |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני סובל מהתקפי פאניקה או שאני נבהל בקלות                 |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני סובל מדפיקות לב חזקות                                 |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני מוכרח להתחיל את היום עם קפאין                         |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אינני סובל היטב אלכוהול, קפאין וסמים אחרים                |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני מרגיש חלש ולא יציב                                    |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | כשאני עצבני, כפות ידי ורגליי מזיעות                       |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | אני מרגיש עייפות קשה                                      |              |   |
| <input type="checkbox"/>                             | השרירים שלי חלשים   |              |   |
| ניתוח ציונים - חוסר תפקוד של בלוטות האדרנל           |   |              |   |
| ציון   | חומרה   | תוכנית טיפול | צעדים שיש לנקוט   |
| 7-0  | יש לך בעיית תפקוד קלה של בלוטות האדרנל                    | מוח מנצח     | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3.   |
| 10-8   | יש לך בעיה בתפקוד בלוטות האדרנל                           | טיפול עצמי   | בצע את תוכנית ששת השבועות בחלק 3, ושפר את תפקוד בלוטות האדרנל שלך בעזרת האפשרויות לטיפול עצמי בפרק 28.      |
| 11 ויותר   | יש לך בעיה חמורה בתפקוד בלוטות האדרנל                     | טיפול רפואי  | בצע את שני הצעדים שלעיל ופנה לרופא לקבלת עזרה נוספת. בפרק 28 תיארתי כמה מהאפשרויות שתוכל לדון בהן עם הרופא. |