

## פרופיל הבריאות הבסיסי שלכם

רשמו לעצמכם 1 נקודה על כל שאלה שעליה עניתם "לעיתים קרובות" או "תמיד".

סכמו את הנקודות שצברתם בכל חלק.

### איזון הסוכר בדם

- האם אתם מתקשים לקום מהמיטה תוך 15 דקות מזמן שהתעוררתם?
  - האם אתם זקוקים לתה, קפה, סיגריה או משהו מתוק כדי "להתניע" את עצמכם בבוקר?
  - האם יש לכם תשוקה מוגברת לשוקולד, ממתקים, לחם, דגני בוקר או פסטה?
  - האם אתם מוסיפים סוכר למשקה, שותים משקאות ממותקים או משתמשים ברטבים ממותקים?
  - האם יש לכם לעיתים קרובות נפילות אנרגיה במשך היום או לאחר הארוחות?
  - האם יש לכם תשוקה למשהו מתוק או מעורר לאחר הארוחה?
  - האם אתם סובלים לעיתים קרובות מתנודות במצב הרוח או מקשיי ריכוז?
  - האם אתם סובלים מסחרחורת או מעצבנות אם אינכם אוכלים במשך שש שעות?
  - האם אתם מגיבים בצורה קיצונית מדי ללחץ?
  - האם רמת האנרגיה שלכם כיום נמוכה יותר מבעבר?
  - האם אתם מרגישים עייפים מדי מכדי לבצע פעילות גופנית?
  - האם אתם עולים במשקל, ומתקשים להפחית את הקילוגרמים העודפים, גם אם אינכם אוכלים יותר ומתעמלים פחות?
  - האם יש לכם סוכרת?
- סה"כ: \_\_\_\_\_

### איזון ההורמונים הגבריים (לגברים בלבד)

- האם אתם עולים במשקל?
- האם אתם סובלים לעיתים קרובות מתנודות במצב הרוח או מדיכאון?
- האם סבלתם אי-פעם מבעיות שהשפיעו על איברי הרבייה שלכם (בלוטת הערמונית או האשכים)?
- האם יש לכם קושי בהשתנה?
- האם אתם סובלים מירידה בדחף המיני או חוסר עניין במין?
- האם אתם סובלים מאין-אונות?
- האם אתם מתעוררים לעיתים רחוקות יותר עם זקפת בוקר או מתקשים לשמור על זקפה?
- האם אתם סובלים מעייפות או ירידה באנרגיה?

- האם חוויתם ירידה במוטיבציה?
- האם אתם מרגישים שאתם מזדקנים בטרם עת?
- האם עברתם ניתוח לכריתת צינור הזרע (וזקטומי)?
- האם תפקודי בלוטת התריס שלכם גבוהים או נמוכים מדי?

סה"כ: \_\_\_\_\_

### איזון ההורמונים הנשיים (לנשים בלבד)

- האם אתן נוטלות גלולות למניעת הריון או מקבלות טיפול הורמונאלי חלופי, או האם עשיתן זאת במשך למעלה משלוש שנים במהלך שבע השנים האחרונות?
- האם אתן סובלות מדיכאון מחזורי או מתנודות מחזוריות במצב הרוח?
- האם אתן סובלות מאגירת נוזלים מחזורית?
- האם יש לכן תשוקות למזונות מסוימים במיוחד לפני הווסת?
- האם סבלתן אי-פעם מבעיות שהשפיעו על איברי הרבייה שלכן (שחלות, רחם)?
- האם יש לכן בעיות פוריות, קשיים להיכנס להריון או היסטוריה של הפלות?
- האם אתן סובלות מרגישות בשדיים?
- האם אתן סובלות מכאבי וסת או מאי-סדירות של הווסת?
- האם אתן סובלות מדימום כבד בזמן הווסת?
- האם אתן סובלות מירידה בדחף המיני או חוסר עניין במין?
- האם אתן סובלות מתסמיני גיל המעבר, כגון הזעה מוגברת, גלי חום, עלייה במשקל, כאבים ביחסי מין, ירידה בדחף המיני ודיכאון?
- האם תפקודי בלוטת התריס שלכן גבוהים או נמוכים מדי?

סה"כ: \_\_\_\_\_

### תפקוד מוחי ורגשי

- האם יש לכם ירידה בזיכרון?
- האם אתם מתקשים להתרכז ולעיתים קרובות חשים מבולבלים?
- האם אתם מדוכאים לעיתים קרובות?
- האם אתם נוטים לחרדה או מתעוררים בתחושת חרדה?
- האם לחץ נפשי גורם לכם לתשישות?
- האם אתם סובלים לעיתים קרובות מתנודות במצב הרוח ומנטייה לכעוס ולרגוז?
- האם יש לכם ירידה במוטיבציה?

- האם לפעמים אתם מרגישים שאתם משתגעים או שיש לכם הפרעות בתפיסה החזותית או השמיעתית או שאתם מרגישים רחוקים ומנותקים?
  - האם אתם סובלים מנדודי שינה?
  - האם יש לכם לפעמים "בלק-אאוט"?
  - האם לעיתים קרובות אתם יכולים לזכור אירועים מעברכם, אך לא את מה שעשיתם אתמול?
  - האם אתם מתעוררים בשעות הבוקר המוקדמות?
  - האם אתן סובלות ממתח טרום-וסתי?
  - האם מצב הרוח שלכם גרוע יותר בצורה משמעותית בחורף?
- סה"כ: \_\_\_\_\_

### עיכול

- האם אינכם לועסים את האוכל היטב?
  - האם אתם סובלים מריח רע מהפה?
  - האם יש לכם תחושת צריבה בקיבה או שאתם משתמשים בקביעות בתרופות נוגדות-צרבת?
  - האם אתם סובלים לעיתים קרובות מתחושת מלאות בקיבה?
  - האם יש לכם קשיי עיכול לאחר אכילת מאכלים שומניים?
  - האם אתם סובלים משלשולים לעיתים קרובות?
  - האם אתם סובלים מעצירות לעיתים קרובות?
  - האם אתם סובלים מנפיחות של הבטן לעיתים קרובות?
  - האם אתם סובלים מבחילות לעיתים קרובות?
  - האם אתם סובלים מפליטת גיהוקים וגזים לעיתים קרובות?
  - האם תדירות היציאות שלכם פחותה מפעם ביום לפחות?
  - האם אתם מרגישים רע יותר או נוטים להירדם לאחר הארוחות?
- סה"כ: \_\_\_\_\_

### נטרול רעלים

- האם אתם סובלים מכאבי ראש או מיגרנות?
- האם העיניים שלכם נוטות לצרוב או לדמוע, או שיש לכם עפעפיים נפוחים או אדומים או עיגולים כהים מתחת לעיניים?
- האם אתם סובלים מגירוד באוזניים, כאבי אוזניים, דלקות אוזניים, נזלים באוזניים או צלזולים באוזניים?
- האם אתם סובלים מליחה מוגברת, גודש באף או בעיות בסינוסים?

- האם אתם סובלים מאקנה, פריחות בעור או אורטיקריה (חרלת; פריחה אדומה ומגרדת)?
  - האם אתם מזיעים הרבה וסובלים מריח זיעה חריף, כולל מהרגליים?
  - האם יש לכם כאבי מפרקים או שרירים?
  - האם חילוף החומרים שלכם איטי ואתם מתקשים לרדת במשקל, או שאתם בתת-משקל ומתקשים לעלות?
  - האם אתם סובלים מבחילות או הקאות?
  - האם אתם חשים טעם מר בפה והלשון שלכם מחופה?
  - האם אתם נוטים לסבול מחמרמורת ומרגישים רע למחרת היום, גם אם שתיתם כמות קטנה של אלכוהול?
- סה"כ: \_\_\_\_\_

### אלרגיה ודלקת

- האם אתם סובלים מאלרגיה?
  - האם אתם סובלים מתסמונת המעי הרגישה?
  - האם אתם מסוגלים לעלות במשקל תוך שעות?
  - האם לפעמים אתם חשים עייפות ורצון לישון לאחר האכילה?
  - האם אתם סובלים מקדחת השחת (אלרגיה עונתית)?
  - האם אתם סובלים מפריחות, גירודים, אקזמה או דלקת בעור?
  - האם אתם סובלים מאסתמה או מקוצר נשימה?
  - האם אתם סובלים מכאבי ראש?
  - האם אתם סובלים מכאבי מפרקים או דלקת מפרקים?
  - האם אתם סובלים מקוליטיס, דיברטיקולוזיס או מחלת קרוהן?
  - האם אתם סובלים מכאבים אחרים?
  - האם אתם מרגישים טוב יותר כשאתם בחופשה בחו"ל, כאשר התזונה שלכם שונה לחלוטין?
  - האם אתם משתמשים בתרופות משככות כאבים רוב הזמן?
- סה"כ: \_\_\_\_\_

### חיסוניות

- האם אתם סובלים מהצטננות בתדירות שעולה על שלוש פעמים בשנה?
- האם אתם סובלים מזיהום במערכת העיכול מדי שנה?
- האם קשה לכם להחלים ממחלה דלקתית (הצטננות או מחלה אחרת)?

- האם יש לכם נטייה לסבול מפטרת הפה או מדלקת בדרכי השתן?
- האם אתם מקבלים טיפול אנטיביוטי אחד לפחות מדי שנה?
- האם יותר מאחד מבני משפחתכם הקרובה חולה בסרטן?
- האם אובחנתם כחולים בסרטן או כסובלים ממצב טרום-סרטני?
- האם יש לכם רגישות בבלוטות הצוואר, בתי השחי או המפשעה?
- האם יש לכם בעיות אלרגיה?
- האם אתם סובלים ממחלה אוטואימונית?
- האם אתם סובלים ממחלה דלקתית כגון אקזמה, אסתמה או דלקת מפרקים?

סה"כ: \_\_\_\_\_

### שיער, עור וציפורניים

- האם השיער שלכם יבש או שמן?
- האם אתם סובלים מאקנה?
- האם אתם סובלים מאקזמה או דלקת בעור?
- האם יש לכם פצעונים אדומים על העור?
- האם יש לכם כתמים לבנים על הציפורניים?
- האם הציפורניים שלכם מתקלפות או נסדקות בקלות?
- האם יש לכם סימני מתיחה?
- האם מופיעים אצלכם סימני חבורה לעיתים קרובות?
- האם השיער שלכם נעשה דליל או נושר?
- האם אתם סובלים מכיבים בפה לעיתים קרובות?
- האם העור שלכם מחלים באיטיות?

סה"כ: \_\_\_\_\_

### סמני בריאות

(תוכלו לקרוא על הבדיקות האלה בחלק 3)

- האם רמת ההומוציסטאין שלכם גבוהה מ-7?
- האם רמת הכולסטרול שלכם גבוהה מדי? (כולסטרול כללי מעל 200 מג"/דצ"ל?)
- האם אתם סובלים מעודף משקל? (BMI גדול מ-25)
- האם אתם סובלים מיתר לחץ דם (מעל 140/90)?
- האם הדופק שלכם גבוה מ-70 פעימות לדקה?

☐ האם אתם מבצעים פעילות גופנית פחות משעה בשבוע?

### מהו ציון הבריאות שלכם?

\_\_\_\_\_ איזון הסוכר בדם  
\_\_\_\_\_ איזון הורמונאלי  
\_\_\_\_\_ תפקוד מוחי ורגשי  
\_\_\_\_\_ עיכול  
\_\_\_\_\_ נטרול רעלים  
\_\_\_\_\_ אלרגיה ודלקת  
\_\_\_\_\_ חיסוניות  
\_\_\_\_\_ שיער, עור וציפורניים  
\_\_\_\_\_ סמני בריאות

\_\_\_\_\_ **סה"כ:**

החסירו את הסכום שקיבלתם מ-100 ותקבלו את הציון שלכם באחוזים \_\_\_\_\_

### משמעות התוצאות:

100-80 מצב בריאותי מיטבי  
79-60 מצב בריאותי בינוני  
59-40 מצב בריאותי גרוע  
39-0 מצב בריאותי גרוע מאוד

ספרו את מספר הסעיפים שבהם עניתם "כן" בכל אחד מהחלקים:

- **פחות מ-4 סעיפים:** סבירות נמוכה לפתח בעיה בתפקוד מרכזי זה
- **4-7 סעיפים:** סימנים ראשונים לתפקוד תת-מיטבי של מערכת זו
- **7 סעיפים או יותר:** תפקוד מרכזי זה זקוק לחיזוק