



אכילה והאכלה :

חוברת הדרכה לעבודה עם

אנשים בעלי פיגור שכלי.



נובמבר 2005



הוכן ע"י חברי הועדה לטיפול בנושא האכילה:

ד"ר דליה נסים-	מפקחת ארצית על תכניות קידום ויו"ר הועדה.
גב' נילי בן דור-	מנהלת מעון טללים
גב' אביה גושן-	מפקחת ארצית על התזונה
גב' מירב גת-	יועצת ראשית על מערכות הושבה
גב' כרמית כהנא-	יועצת ראשית פיזיותראפיה וסנוזלן
ד"ר יואב מריק-	רופא ראשי
מר חילמי עראדה-	אח ראשי
ד"ר חיה עמינדב-	מנהלת מחלקת אבחון וקידום
גב' פרידה קורנברוט-	קלינאית תקשורת, מדריכה מוסמכת, מרצה ויועצת בתחום הבליעה והאכילה

קראו והעירו:

- גב' וויאן אזרן- מפקחת על המעונות, האגף לטיפול באדם המפגר.
גב' נעמי ארנן- מפקחת על המעונות, האגף לטיפול באדם המפגר.
מר אוגשי אמנון- מפקח על המעונות, האגף לטיפול באדם המפגר.
גב' דניאלה דרור- עו"ס ראשית, האגף לטיפול באדם המפגר.
דר' דורון הלפרין- מנהל מח' א.א.ג \ ניתוחי ראש צואר בי"ח קפלן רחובות
גב' רות הררי – מפקחת על מעונות, האגף לטיפול באדם המפגר.
מר יורי לזין- מנהל מעון אלווין ירושלים.
- ד"ר מוראד מוחמד- מנהל מרפאת שתל, שירותי בריאות כללית- מחוז הדרום, מרצה בנושא מוגבלות באוניברסיטת בן גוריון, ראש היחידה הוירטואלית לאנשים עם מוגבלות במחוז הדרום, שירותי בריאות כללית.
- ד"ר רות רעיף- מפקחת ארצית על מערכת האבחון, האגף לטיפול באדם המפגר.
- ד"ר איתמר פומרנץ- גסטרואנטולוג, ס/מנהל המכון הגסטרואנטולוגי בי"ח מאיר, כפר סבא.
- ד"ר אילן פלדברג- יועץ רפואת שיניים לאגף לטיפול באדם המפגר.
- מר גדעון שלום – מנהל השרות למעונות פנימיה, האגף לטיפול באדם המפגר.
- מר מארק שמיס- מפקח על מעונות, האגף לטיפול באדם המפגר.
- תודה מיוחדת לצוותים במעונות טללים, נופים ומוריה, על קריאת החוברת, התנסות מעשית ומתן משוב.**



תוכן העיניינים:

4.....	פתח דבר
5.....	מבוא
6.....	הבהרת מושגים
	אכילה ובליעה נכונים
	שלבי הבליעה
	סיבות לקשיי אכילה ובליעה
	סימנים מחשידים לגבי הפרעות בליעה
10.....	ערכת הדרכה לאכילה והאכלה נכונים
	הערכה
	כללים להאכלה בטוחה
13.....	דיירים בעלי התנהגות מאתגרת
14.....	שלבי ביצוע התכנית
15.....	נספחים
16.....	טופס מס' 1: תצפית במהלך הארוחה
17.....	טופס מס' 2: איתור הפרעות בליעה ואכילה
19.....	טופס מס' 3: רקע רפואי ותזונתי
20.....	טופס מס' 4: אבחון בליעה ואכילה
23.....	טופס מס' 5: סיכום והמלצות הצוות הרב מיקצועי
24.....	נספח מס' 6: ישיבה ואכילה
28.....	נספח מס' 7: תכנון סביבה לאכילה נכונה
30.....	נספח מס' 8: מילון מונחים
31.....	תמונות להמחשה
33.....	בבליוגרפיה



פתח דבר

בשנים האחרונות אנו עדים למודעות הולכת וגוברת בצורך להבהרת מושגים וקביעת כללים בתחום האכילה והבליעה הנכונה, בקרב אנשים עם פיגור שכלי במסגרות המופעלות ע"י האגף. בד בבד עם העלאת המודעות לנושא ולסכנות המתלוות אליו צצות שאלות רבות העוסקות במימד האוטונומיה והבחירה, באחד מתחומי החיים המרכזיים והחשובים בחייהם של האנשים עם פיגור שכלי, בעיקר סביב השאלה עד כמה רצוי לקבוע כללים נוקשים בהקשר להרגלי ותנאי האכילה שלהם. הסוגייה העיקרית המעסיקה כיום יותר ויותר גורמי מקצוע וטיפול במערכת, קשורה בניסיון למצוא את האיזון המתבקש, בין חווית הארוחה ובין החשש להפיכתה לגורם סיכון לחלק מהדיירים המטופלים על ידינו. סוגייה זו מקבלת משנה תוקף בהתחשב בעובדה כי האכילה היא תחום מרכזי באיכות חייהם של אנשים עם פיגור שכלי והיא בעלת היבטים אישיים וחברתיים. ערכת הדרכה זו היא פרי יוזמה ועבודה משותפת של גורמים מקצועיים באגף והוכנה על מנת לשמש ככלי הערכה, תכנון וטיפול מחד וכלי מסייע לבניית תוכנית טיפולית ומניעת סיכון מאידך. החוברת מיועדת לשימוש הצוות הרב מקצועי והטיפולי במעון והיא כוללת הן מרכיבים יישומיים והן מרכיבים תיאורטיים ומילון מונחים מוסכם.

תודתנו לכל חברי צוות היגוי, ובראשם לד"ר דליה ניסים, המפקחת הארצית על תוכניות קידום שרכזה את עבודת הצוות.

בברכה

ד"ר חיה עמינדב
מנהלת המחלקה לאבחון וקידום

גדעון שלום
מנהל השירות למעונות פנימייה



מבוא:

אכילה הנה צורך קיומי בחייו של כל אדם, ובנוסף, האכילה מהווה אירוע מהנה וחוויה חברתית. אצל אנשים עם פיגור שכלי ניתן למצוא בעיות בתחום האכילה והבליעה בשכיחות גבוהה מאשר אצל האוכלוסייה הכללית. למשל: סירוב לאכול, ירידה בתחושה ובתנועה של אברים המעורבים באכילה ובבליעה, סכנת אספירציה וחנק, העדר או פגיעה במיומנויות אכילה, צורך בהאכלה על ידי מטפל, אכילה מכל הבא ליד (PICA), עליה בבעיות התנהגות בזמן האוכל וכו'.

הפרעה בתהליך האכילה והבליעה עלולה לגרום ל:

- הפרעה בריאותית ופיזית מפאת חוסר בתזונה מספקת
- סכנת חנק וסבירות גבוהה לדלקות ריאה חוזרות, מפאת כניסת מזון לקנה הנשימה.
- פגיעה מתמשכת בנשימה עקב פגיעה בלתי הפיכה בריאות ובהספק הנשימה.
- תשישות עקב שיעול רב במהלך השתייה והאכילה.
- פגיעה ביכולת ההנאה מהאכילה והשתייה ומהחברות שבמהלך האכילה המשותפת.
- ירידה באיכות החיים.

בשנים האחרונות עלה הנושא למודעות הצוותים השונים באגף לטיפול באדם המפגר ונעשו פרויקטים מוצלחים במסגרות הטיפול. התנסויות אלו סיפקו בידנו חומרים חדשים, כלי בדיקה והתערבות אשר עשויים לקדם את הטיפול בתחום זה.

חוברת זו נכתבה ע"י חברי הועדה לטיפול בנושא האכילה, במגמה לארגן את כל החומר שלוקט עד כה בנושא האכילה וההאכלה עבור אנשים עם פיגור שכלי. כל זאת מתוך רצון לקדם מספר מטרות, אשר תקבלנה ביטוי הולם בתכניות האישיות של כל דייר:

מטרות אלו כוללות:

- הבטחת צרכיו התזונתיים של האדם עם פיגור שכלי.
- הבטחת מהלך אכילה תקין ונטול סכנות.
- הבטחת שלומם, בריאותם והנאתם של הדיירים מהארוחה כחלק מאיכות חייהם.
- הגברת השליטה של האדם עם פיגור שכלי על פעולות חייו, כמנוף לעצמאות ויזומה גם בתחומים אחרים.

אנו מקווים כי חוברת זו, יחד עם ההדרכה המקצועית במעונות, יסייעו להשגת המטרות.

בברכה, בשמי ובשם חברי לוועדה

ד"ר דליה נסים- יו"ר הועדה

מפקחת ארצית על תכניות קידום



הבהרת מושגים:

כללי:

תזונה ואכילה מבוקרים נחוצים לקיומו ולחיייו של הפרט, בעיות בתחום זה עלולות לסכן את בריאותו, את התפתחותו ובמקרים קיצוניים אף את חייו, בין אם מחוסר אכילה, או מאכילת יתר או מבעיות בליעה וחנק. בנוסף, אכילה ושעת הארוחה הנם גם כבעלי תפקיד חברתי: האדם יושב ואוכל בצוותא עם משפחתו או עם חבריו. אדם עם בעיות בליעה ואכילה, או אדם המואכל ע"י מטפל, נמצא בדרך כלל במהלך הארוחה, במרחק מחבריו האוכלים ובכך מצטמצמת או נמנעת ממנו חווית האכילה המשותפת או הלמידה החברתית. הרחבת המיומנויות של הצוות הרלבנטי במסגרות הטיפוליות, של המטפל הישיר ושל הדייר עצמו, עשויה לסייע הן בצמצום סכנות אפשריות והן בהגברת השליטה העצמית של הדייר והגדלת יכולתו להשתלב בקבוצתו ובקרב משפחתו.

מהלך אכילה ובליעה נכונים

פעולת האכילה, על אף היותה חיונית וקיומית לכל אדם, דורשת מכלול מיומנויות בתחומי הארגון המוטורי של הגוף ואיברי הפה, בהבחנה תחושתית של סוגי ומרקמי המזון, וכן במיומנויות קוגניטיביות ורגשיות. **פעולת האכילה** מתחילה בשלב פתיחת הפה לקראת קבלת האוכל והכנסתו לחלל הפה. במהלך האכילה האדם מזהה את המזון על פי הטעם והמרקם, מעבד אותו על פי הצורך, בולע ומפנה אותו מהלוע אל הושט. האכילה כוללת את כל המרכיבים הסביבתיים, האישיים והחברתיים שבקבלת המזון. **הבליעה** הוא תהליך בו המזון מועבר מהפה דרך הלוע ועד הכניסה לושט. פעולת הבליעה היא פעולה מורכבת, המשלבת פעילות של איברים שונים כמו: שפתיים, פה, לשון, חיך, גרון, לוע וושט. בנוסף, פעולת הבליעה משולבת בפעולת הנשימה, ומחייבת תזמון מדויק של המבנים המשתתפים בבליעה, כדי להגן על דרכי הנשימה מפני חדירת מזון בעת הבליעה. חלקו הראשון של התהליך הוא רצוני, כאשר השתייה או המזון המעובד (לעוס) נכנס ללוע, מופעל רפלקס הבליעה (תהליך לא רצוני), ובו נסגר מכסה הגרון על קנה הנשימה, על מנת למנוע מהמזון להיכנס לקנה הנשימה. המציצה והבליעה נמצאים בצורה ראשונית ורפלקטיבית בילודים, האכילה מתפתחת באופן מדורג כחלק מהתפתחותו הפסיכו-מוטורית של התינוק. התינוק מקבל מיני מזון וכך מתנסה באכילת סוגי מזון שונים ומגוונים (מבחינת המרקם, הטעמים, הטמפרטורה וכו'). מיומנויות הבליעה, הלעיסה והאכילה מגיעים לבשלות לכל סוגי המזון בסביבות גיל שש שנים, והם נשמרים לאורך החיים. בתהליך ההזדקנות הנורמלית, משך הבליעה מתארך, וחלה ירידה בחדות החושים ובכוח השרירים המפעילים את תהליך הלעיסה ועיבוד המזון בפה. לפיכך, עם הזדקנות האדם, יש צורך בהתאמה מחודשת של האכילה, גם למי שבעבר אכל באופן עצמאי.



ארבעת השלבים העיקריים בבליעה:

- השלב הראשון הוא השלב המכין (מודעות והכנה לקבלת המזון לפני כניסתו לפה): האדם מודע להמצאות המזון לידו ומכין את עצמו לקבלתו על ידי פתיחת הפה.
 - בשלב השני (השלב האורלי) לאחר כניסת המזון לפה, מתחיל תהליך הפיכתו לעיסה. שלב זה נקרא שלב הכנת המזון והוא תהליך רצוני המאפשר את הטיפול במזון בפה ואת עיבודו על ידי לעיסתו והפיכתו ל "בולוס" (גוש מזון רטוב ברוק). בשלב זה יש עיבוד מכוון של המזון, תהליך קוגניטיבי של זיהוי הטעם, הטמפרטורה, הצורה והמרקם ומתקבלת ההחלטה לא מודעת, לבליעה מיידית, לעיסה, חלוקת הכמות למספר בליעות, יריקה, החזקה בפה, או כל פעולה אחרת. לאחר הכנת ה"בולוס" מתרחשות מספר פעולות בו זמנית: סגירת השפתיים והלסתות, העברתו של המזון על גבי הלשון, לחלקו האחורי של חלל הפה, הלשון נעה אחורה לכוון הלוע, ודוחסת את עיסת המזון ללוע, תוך כדי עירור רפלקס הבליעה. שלב זה אורך כשניה.
 - השלב השלישי (השלב הלועי) מתחיל כאשר מופעל רפלקס הבליעה. אז נצפות תנועות מהירות ומתואמות של שרירי הפארינקס (לועי), הגרון והושט, היוצרים סדרה של לחצים על הבולוס בדרכו מהפה לושט. בשלב זה פועלים מנגנוני הגנה בלתי רצוניים על קנה הנשימה. הפעלת כוח דחיסה של הלשון על ה"בולוס" והפעלת רפלקס הבליעה ופעילות הסריקה של שרירי הלוע, המאפשרים מעבר של המזון לכוון הושט. סגירה של החרך בכוון הלוע מונעת מעבר של השתייה והמזון לחלל האף. שלב זה אורך כשניה.
 - השלב הרביעי או ושטי: השסתום העליון של הושט מתרפה, הבולוס נכנס לושט ועובר בתנועה גלית עד כניסתו לקיבה. שלב זה מהיר ואורך עד 20 שניות.
- שני השלבים הראשונים הם רצוניים, השלב השלישי והרביעי בלתי רצוניים.
- תהליך הבליעה נשלט ומכוון ע"י מנגנון נוירומוסקולרי מורכב, לכן, כל פגיעה עצבית יכולה לגרום לבעיה בבליעה, הנקראת דיספאגיה.
- הדיספאגיה יכולה להופיע בדרגות חומרה שונות ובכל אחד משלבי הבליעה, באופן קבוע או זמני, מהפרעה קלה ועד להפרעה מורכבת. היא יכולה לפגוע באחד משלבי הבליעה או במרביתם. התוצאה תהיה קושי, בדרגות חומרה שונות, באכילה של מזון מוצק או נוזלי. הדיספאגיה עלולה להתבטא בקשיי לעיסה ובליעה, בהתקפי שיעול וחנק ובארועי אספירציה אשר עלולים לגרום לדלקות ריאה.
- בנוסף, הפגיעה התחושתית בגרון יכולה להתבטא בפגיעה ברפלקס השיעול, שתפקידו לסלק מדרכי הנשימה גופים זרים. כל אלו עלולים להוביל לתת תזונה, ריור, סכנת התייבשות, פגיעה בתפקודי הריאות והנשימה, בנוסף לסכנת מוות מחנק.



סיבות לקשיי אכילה ובליעה

הפרעות בלעיסה ובבליעה עלולות להופיע על רקע מולד או נרכש:

- הפרעות מבניות הכוללות: גידולים במבנים הקשורים לבליעה כמו: חלל הפה, לוע, ושט, חך שסוע, שינויים במבנה הפה או השיניים, פתיחת קנה הנשימה או מורסות.
- הפרעות עצביות כמו: אירוע מוחי, פרקינסון, ניוון שרירים, שיתוק מוחין, אפילפסיה ועוד.
- הפרעות טונוס: טונוס שרירים מוגבר בשרירי הלעיסה יגרום לסגירת הפה, טונוס ירוד יגרום לפה פתוח, ריור, לסת שמוטה כלפי מטה וקשיים בתפעול הלשון.
- הפרעות פסיכולוגיות כמו: דיכאון, שינויים במצב הרוח, חוסר תיאבון ואנורקסיה, הפרעות בהתנהגות ובהסתגלות, עייפות מצטברת עקב בעיות והפרעות בשינה.
- פגיעה בתנועתיות של מערכת העיכול, בסוגרים של הושט והקיבה ובפריסטלטיקה של הלוע והוושט העלולים לגרום לריפלוקס, רגורגיטציה.
- העדר או פגיעה ברפלקסים של שיעול, הקאה ובליעה.
- תנוחת גוף לא מתאימה: שכיבה, קושי בשליטת ראש, ראש שמוט למטה, או משוך בחוזקה לאחור, רעד לא רצוני, בעיות שיווי משקל.
- הפרעות התנהגות כמו: חטיפת אוכל, אכילה בלתי מבוקרת, pica (אכילה מכל הבא ליד), meal aggression (התפרצויות זעם בזמן האוכל), ועוד.
- האכלה או כלי האכלה לא מתאימים: האכלה מהירה או איטית מידי, האכלה של כמויות בלתי מבוקרות, גרימה לרפלקס הקאה.
- סביבה לא מתאימה: צפיפות, רעש, תאורה, טמפרטורת החדר.
- שינויים הקשורים להזדקנות, ואשר שכיחים גם בקרב אנשים צעירים עם פיגור שכלי (דיכאון, שינויים במצבי רוח, ירידה קוגניטיבית, ירידה בתחושה, ביעילות ובתזמון פעילות הבלעיה, הפרעה תפקודית במערכת העיכול – רפלקס, רגורגיטציה, פגיעה בבריאות השיניים והחניכיים וירידה בתאום ובכוח הלעיסה, ירידה קוגניטיבית הקשורה למחלות ניווניות של מערכת העצבים: אלצהיימר, פרקינסון ודמנציה).
- שינויים או הפרעות תחושתיות מוטוריות הקשורים לנטילת תרופות (תרופות נירולקטיות או אנטי פסיכטיות, טיפולים כימותראפיים, ואחרים).
- תופעות לוואי של תרופות הגורמות לחוסר תיאבון, בחילות ועצירות.
- פגיעה בבריאות השיניים והחניכיים: חוסר שיניים, כאבי שיניים, תותבות לא מתאימות.



סימנים המחשידים לגבי הפרעות בליעה:

ירידה במצב הקוגניטיבי: ירידה בערנות, ישנוניות במהלך הארוחה, משחק עם מזון, הכנסת כמויות בלתי מבוקרות של אוכל לפה, (לרוב כמויות גדולות למדי), אכילה ובליעה מהירים, ללא עיבוד מספיק של האוכל. **שינוי בגישה למזון:** הימנעות מאכילה, או מסוגי מזון מסוימים, הארכת משך הארוחה, הפסקות ארוכות במהלך הארוחה, שתייה תכופה.

ביטויים לחוסר תאום פומי-לועי: שיעול לפני, בזמן ואחרי שתייה הפרעות דיבור (דיסארטריה), קול רטוב, צרוד או שינוי באיכות הקול לאחר שתייה או אכילה. רפלקסים מוגברים או פחותים, ריור מרובה או יציאת מזון מהפה במהלך הארוחה, איסוף מזון בחללי הפה, או מחוץ לקשת השיניים, פליטת שאריות אוכל, לאחר סיום הארוחה, שיעול רב או כחכוח מתמשך, לאחר הארוחה או בין הארוחות. **הפרעה במבנה הפנים:** חוסר סימטריה, הפרעה בתנועת הפה, הגבלה בפעילות הלשון. לקויי בסגר השיניים, העדר שיניים.

דווח המטופל או המטפל לגבי התנגדות לאכילה או לשיתוף פעולה בהאכלה, קושי בהתחלת הבליעה, תחושה של חסימה במעבר הבולוס בלוע או בגרון, העלאת מזון או הקאה, של מזון או מיצי קיבה, בזמן או לאחר הארוחה, חוסר יכולת בטיפול בהפרשות (ריור, שעול), ירידה לא מוסברת במשקל, קשיי נשימה במהלך הארוחה או מייד אחריה, כאב בזמן בליעה, תחושה של חוסר יכולת "להעביר" את המזון. **ירידה במשקל:** ירידה בלתי מוסברת במשקל הדייר.



ערכת הדרכה לאכילה והאכלה נכונים

1. הערכה

אבחון הפרעות אכילה חשוב לצורך אכילה תקינה ומהנה ושמירה על מערכת הנשימה ועל בריאותו הכללית של הדייר. תהליך ההערכה הינו חיוני על מנת לקבוע תכנית טיפולית מתאימה. לפיכך ההערכה תבצע ע"י אנשי מקצוע רלבנטיים ותתייחס לנקודות הבאות:

- מה הסיבה או המקור להפרעה באכילה או בבליעה.
- באיזה משלבי הבליעה קיימת בעיה.
- באיזה מרקמי מזון הבעיה חמורה יותר.
- מהי חומרת הבעיה מבחינת התפקוד הכללי, הבליעה והאכילה.
- הפניה לבדיקות נוספות ולטיפולים אחרים* במידה ונדרש.

עיקרי ההערכה מתייחסים ל:

1. הערכה כללית של הדייר: מצב בריאותו כולל תפקודי החושים ונטילת תרופות באופן קבוע או זמני, צורת ישיבה בזמן האוכל, צורת האכילה, מצב רוחו והתנהגותו באופן כללי ובזמן האוכל, היסטוריה של תפקודי האכילה, שינויים, טיפולים שננקטו עד כה ומידת יעילותם.
 2. מבנה הפה: תפקוד איברי הפה, יובש בפה, תפקוד שרירי הפה והלשון. בריאות השיניים והחניכיים, התאמה / חוסר התאמה של תותבות.
 3. תפקודי הגרון והחזרים (החזר בליעה, החזר הקאה, שיעול).
 4. הערכת שלבי בליעה (במרקמי מזון שונים).
 5. מיקום המטפל בהאכלה, צורת וקצב ההאכלה.
 6. סביבת האוכל.
 7. התאמת ציוד האכילה (סכ"ם, צלחות, כוסות)
- לאחר הערכת יכולת האכילה והבליעה על ידי איש מקצוע מתאים, תבנה תוכנית אישית לדייר ע"י הצוות הרב מקצועי, תוך שימוש במידע על יכולותיו הקוגניטיביות והאחרות מתוך ערכת איסוף הנתונים שלו. איש צוות יקבע כ"מנהל המקרה" (case manager) שתפקידו יהיה לרכז את תוכנית ההתערבות הטיפולית שנקבעה לדייר ולעקוב אחר ביצועה. כל זאת לאחר שהמטפל הישיר בדייר, יקבל הדרכה ממוקדת מאיש המקצוע הרלוונטי בנוכחות "מנהל המקרה".

* לעיתים יש צורך בבדיקות רפואיות מיוחדות ובהמלצות טיפוליות יחודיות:

למשל, כאשר לא ניתן להאכיל את האדם דרך הפה עקב מצבו הרפואי המיוחד, במקרים אלו ובהמלצת צוות מקצועות הבריאות, הזנת הדייר תעשה דרך צינור הזנה ישירות לקיבה או למעינים בצורה שתעקוף את מנגנון הבליעה ואת הוושט (זונדה, גסטרוסטומיה). הצוות יתוודרך באופן אישי לגבי צורת האכלה זו והטיפול בעזרים הנלווים. כך גם יתקיימו בדיקות מיוחדות והמלצות על טיפולים רפואיים יחודיים כמו טיפולים חירורגיים לדיירים עם ריור מוגבר, הזרקת בוטוליניום או חירורגיה כאשר קימת הפרעה נאורולוגית.



2. כללים להאכלה בטוחה :

הנחיות כלליות:

- ❖ נטילת ידיים לפני ובסיום הארוחה.
- ❖ שטיפת הפנים והפה בסיום הארוחה.
- ❖ הקפדה על הופעת הדיירים לארוחה בלבוש מלא. סינר תקני במידת הצורך.
- ❖ הקפדה על ניקיון ואסתטיקה של חדר האוכל, שולחנות והעזרים הנלווים. (כולל סינרים).
- ❖ הגשת המזון בטמפרטורה מתאימה (לא להשהות אוכל מחומם זמן רב לפני הגשתו).
- ❖ תפריט דיאטה יותאם לדייר ע"י דיאטנית ויהיה ידוע לכל המעורבים.
- ❖ להסביר לדייר במידת האפשר, על התפריט היומי ואפשרויות הבחירה.
- ❖ יש להימנע משימוש בארוחת הדייר כאמצעי ענישה או פרס.
- ❖ לאפשר לדייר מזון חלופי, או תוספת במקום אוכל שאינו אוהב.
- ❖ המטפל האחראי ישמור על קשר עין עם הדיירים לאורך כל הארוחה.
- ❖ המטפל יקפיד במידת האפשר, על הכנת הדייר לאכילה, כולל גריית פה לפני הארוחה, לדיירים הזקוקים לכך, וע"פ הנחיית צוות מקצועות הבריאות.

מרקם המזון:

- ❖ לדיירים עם הפרעות בליעה או קושי בלעיסה, יותאם מרקם המזון ע"י קלינאית התקשורת.
- ❖ יש לגלות זהירות יתר בהגשת מאכלים כמו: סופגניות, נקניקיות, פרוסות לחם, חלות, פיתות וכדומה, העלולים לגרום לחנק.
- ❖ לדיירים המואכלים במזון מרוסק יש להגיש כל מרכיב בנפרד ולציין לדייר מה הוא אוכל.

שתייה:

- ❖ לדיירים עם קשיים בבליעת נוזלים, תוגש השתייה עם הסמכה (בהמלצת איש מקצועות הבריאות).

ציוד מותאם:

- ❖ ציוד אכילה יותאם לדייר שאובחן כזקוק לכך, ע"י איש מקצוע ממקצועות הבריאות.
- ❖ על המטפלים להקפיד להעמיד את הציוד המומלץ לשימוש הדייר, ולעקוב אחר תקינותו ושימוש מתאים בו.
- ❖ לא יעשה שימוש בסכומים פלסטיק חד פעמי להאכלת דייר.



מיקום ותפקיד המטפל המאכיל:

- ❖ המטפל ישב על כסא מתכוונן המאפשר לו להתאים את גובה ישיבתו לגובה הישיבה של הדיירים השונים, ועל מנת להתנייד בקלות ביניהם.
- ❖ המטפל המאכיל ישב מול הדייר המואכל, במרחק שיאפשר האכלה בצורה נכונה, ובאופן שיאפשר שמירה על קשר עין ומעקב אחר תהליך בליעת המזון ופינוי של המזון מהלוע.

מנח גוף בזמן האכילה:

- ❖ יש להקפיד על ריהוט המותאם למידות הדייר ולצרכיו הספציפיים, על מנת לייצב את ראשו של הדייר, לשמור על מנח הגוף, לספק תמיכה לגו, לידיים ולרגליים (ראה נספח 6).
- ❖ יש ליצור את כל התנאים על מנת שהאכילה וההאכלה יתבצעו בישיבה ולא בשכיבה במיטה. גם האכלה באמצעות PEG או "זונדה" אסור שתבצע בשכיבת פרקדן במיטה.

קצב ההאכלה:

- ❖ קצב ההאכלה יותאם ליכולת הדייר כך שתתאפשר לו לעיסה ובליעה מלאה של המזון. על המטפל המאכיל להקפיד, כי המזון פונה מהפה ונבלע, בטרם יגיש לדייר את כף האוכל הבאה.
- ❖ יש להגיש את המזון במנות קטנות לדיירים החוטפים מזון ובולעים במהירות. (ראה התייחסות נפרדת לדיירים בעלי התנהגות מאתגרת).

סביבה חברתית:

- ❖ יש ליצור תנאים תקשורתיים-חברתיים המאפשרים יצירת קשר עין בין הדיירים, התייחסות של המטפל בזמן אמת לכל רמז של הדייר (מבט, תנועה) המכוון לבקשת הפסקה, סיום הארוחה, בקשה לתוספת, חוסר שביעות רצון ועוד.
- ❖ יש ליצור תנאים המאפשרים לדייר לבחור את המזון המועדף עליו ולספק תחליף או תוספת כאשר אינו אוהב פריט מסוים.
- ❖ רצוי כי מקום ישיבת הדיירים סביב השולחנות יהיה קבוע וידוע להם ולצוות. החלוקה תעשה תוך הפעלת שיקול דעת לגבי מידת ההתאמה בין הדיירים.
- ❖ יש להקפיד על מתן אוכל לדיירים כאשר הם ישובים, גם במסיבות ובאירועים אחרים.

סביבה פיסית: (ראה נספח 7).

יש לשים לב:

- ❖ למרחב (מימדי המקום)
- ❖ לאסתטיקה של המקום ושל האוכל המוגש
- ❖ למרווח בין השולחנות ובין כסאות הדיירים
- ❖ לאיוורור המקום, צבעיו, תאורתו ורעשי הרקע
- ❖ לסידורי האכלה (מגשים, עגלות..)
- ❖ לסידורי הבטיחות במקום.



דיירים בעלי התנהגות מאתגרת

תאור בעיות אופייניות:

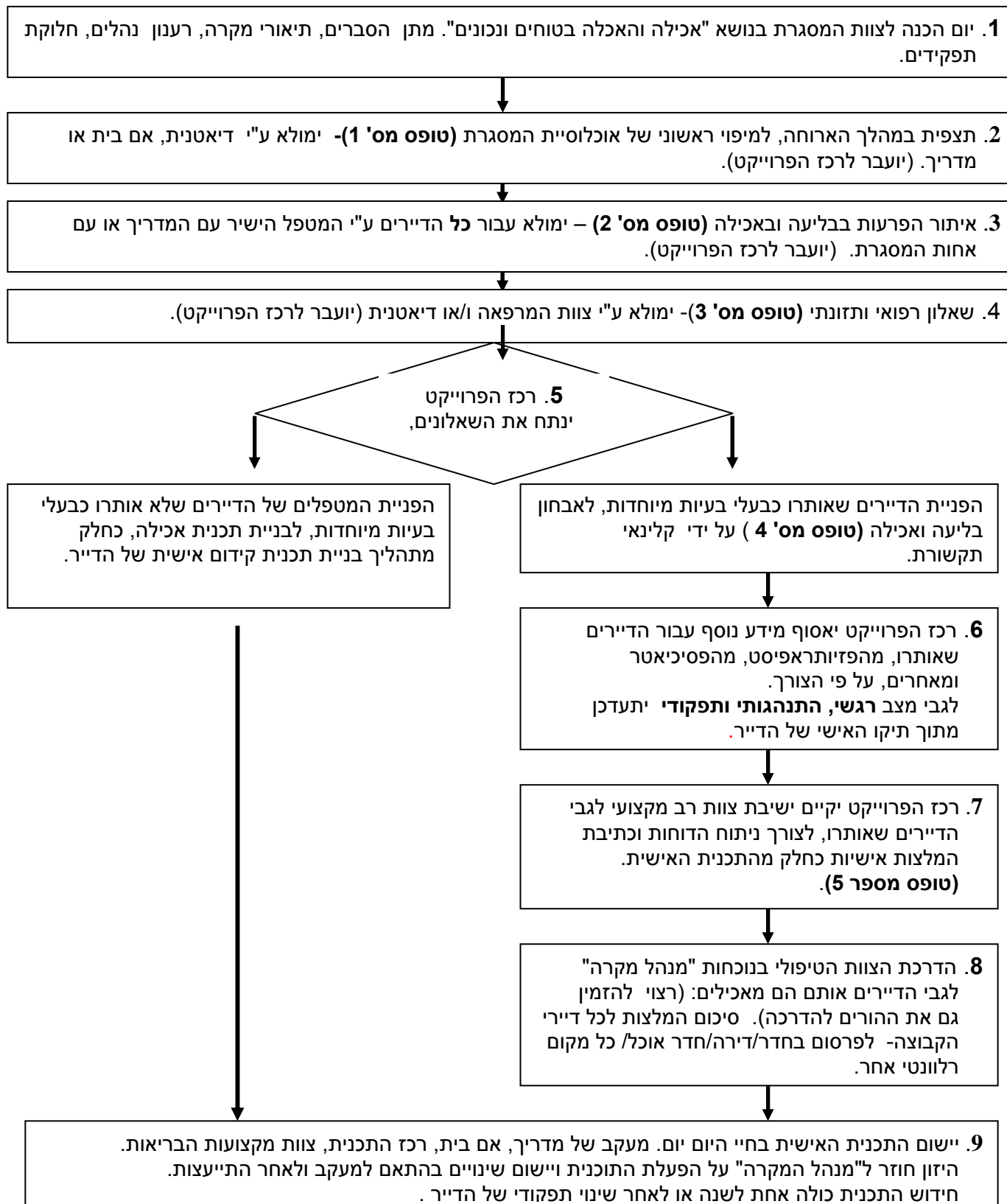
- ❖ יכולת ריכוז לטווח קצר המתבטא בישיבה וקימה מרובים בזמן הארוחה.
- ❖ חטיפת מזון מסביבתו ואכילתו במהירות (צלחות של אחרים, קערה מרכזית)- התנהגות אופיינית מתבטאת בהכנסת המזון לפה במהירות ובהסתר, מצב זה עלול להעמיד את הדייר בסכנת חנק, עקב עיבוד לא מספיק של המזון ובליעה בהולה.
- ❖ הכנסת מזון לפה ללא הבחנה ובקרה של כמות האוכל, גודל פריט המזון, הטמפרטורה וקצב האכילה.

כללי התנהגות:

1. לאפשר לדיירים אלו לאכול ראשונים ותחת השגחה*.
 2. לאפשר אכילה במרחב בטוח.
 3. לאפשר ישיבה במרווח בין האחד לשני (לא בצפיפות).
 4. לבדוק סדר ישיבת הדיירים: ליצור הפרדה בין הדיירים ה"חוטפים" מזון לבין האחרים, אפשר ע"י שולחנות נפרדים, או זמני ארוחה נפרדים.
 5. להשגיח אישית ולהרחיק ממקורות מזון קרובים.
 6. לשמור על המזון במקום מוסתר עד הגשתו.
 7. להגיש מזון חתוך ומעובד לדיירים הנוהגים לחטוף אוכל.
 8. לבדוק אפשרות חלוקת הארוחה במנות קטנות (להגיש פעמיים, חצי כמות כל פעם- תוך השהיית זמן, על מנת לשנות הרגלי אכילה חפוזים, להרגיע את הדייר ולהאריך את משך הארוחה).
 9. למנוע מתן אוכל וממתקים על ידי מבקרים ואורחים מזדמנים, ולהקפיד על חלוקת האוכל ע"י המטפלים המכירים את הדיירים (אורחים ומבקרים יכולים למסור את ה"כיבוד" למטפלים, והם יחלקו לדיירים).
 10. להימנע מיצירת מאבקי כוח, מצבי מתח ותסכול.
 11. כאשר דייר חטף מזון, אין לנסות להוציא את המזון בכוח מידי או מפיו- פעולה זו יכולה לגרום לו לנסות לבלוע במהירות וללא לעיסה, דבר המעלה את הסתברות סכנת חנק וכן להסלמת ההתנהגות החריגה. מוטב להושיב את הדייר ולאפשר לו ללעוס ולבלוע את המזון שבפיו.
 12. דיירים אשר מאופיינים בהימנעות מעשייה, פאסיביות או דיכאון, נכללים אף הם בקטגוריה זו של "התנהגות מאתגרת". לגביהם יש להשגיח על מנת למנוע מצב בו קצב האכילה האיטי שלהם, יעודד אחרים לקחת מזון מצלחתם, או מצב בו הקבוצה מפנה את חדר האוכל בטרם סיימו הם לאכול.
 13. יש לשלוח את תכנית האכילה המותאמת למשפחה או לאפוטרופוס של הדייר.
- *השגחה: על ידי קרבה פיזית לדייר, שמירה על קשר עין מתמיד עימו, הושבתו בצורה שתצמצם או תמנע אפשרות קימה מהמקום (שולחן תוחם עם מגרעת לישיבה).



שלבי העבודה: תרשים זרימה





נספחים

1. טופס מס' 1- תצפית כללית במהלך הארוחה
2. טופס מס' 2- איתור הפרעות בליעה ואכילה
3. טופס מס' 3- שאלון תרופות ותזונה
4. טופס מס' 4- אבחון בליעה ואכילה
5. טופס מס' 5 – סיכום והמלצות הצוות הרב מיקצועי
6. ריהוט וציוד מותאמים
7. סביבה מותאמת
8. מילון מונחים
9. תמונות להמחשה
ביבליוגרפיה



נספחים:

טופס מס' 1- תצפית במהלך הארוחה: לביצוע על ידי דיאטנית, אם בית או מדריך ביתן .

(חובר ע"י פרידה קורנברוט -קלינאית תקשורת)

בוצע על ידי _____ מקצוע _____ תאריך _____
 ביתן/ קבוצה _____ מס' דיירים _____ רמת תפקוד הדיירים: _____
 נוכחים בזמן התצפית _____

התרשמות כללית

כמה דיירים אוכלים באופן עצמאי, בו זמנית _____
 כמה דיירים זקוקים להשגחה וסיוע _____
 כמה ומי מהדיירים מואכלים _____
 הארוחה שנצפתה (בוקר, צהריים, ערב) _____ תפריט _____
 מנות מיוחדות (מס' ותיאור) (טחון, דל שומנים, דל סוכר, שתייה סמיכה) _____

הכנת האוכל: כיצד מגיע האוכל לחדר האוכל? _____
 תנאי הכנת המנות והגשה (אישית, מרוכזת) _____
 ארגון חדר האוכל: תיאור כללי _____
 ציוד חדר האוכל _____
 כלי אוכל _____
 האם יש התאמה אישית של כלי אוכל? * לא אם כן, פרט _____
 הכנת הדיירים לארוחה (רחצת ידיים, סינרים, מגשים) _____

אווירה כללית _____
 מספר דיירים בחדר האוכל, תנאי צפיפות, קשר עין בין הדיירים _____
 שמירה על קשר עין עם הדיירים _____
 האם בוצע ניקוי פנים ופה לדיירים לאחר הארוחה _____
 האם בוצע ניקיון של כסא הגלגלים וסביבת הדייר לאחר הארוחה? _____
 במידה וכן, למי וכיצד? _____
 הערות נוספות: _____



טופס מספר 2- איתור הפרעות בבליעה ואכילה ימולא עבור כל הדיירים ע"י המטפל הישיר

עם המדריך או עם אחות המסגרת. (יועבר לרכז הפרוייקט).

שם הדייר: _____ תאריך: _____ ביתן: _____

ממלאי הטופס: _____

תיאור קצר של הדייר והתנהגותו במהלך הארוחה:

האם הדייר אוכל לבדו, את מרבית הארוחות: כן לא
באיזו מידה הוא זקוק לעזרה או השגחה: עצמאי השגחה צמודה האכלה

האם הדייר יושב, בישיבה יציבה, ללא סיוע? _____

האם הדייר עצמאי במטלות של עזרה עצמית? _____

סמנו את משפט המתאר את מצבו של הדייר:

1. ביטויים לחוסר תאום של אברי האכילה

- דיבורו איננו מובן (קשיים בתנועת אברי הפה).
- קולו רטוב, צרוד או יש שינוי באיכות הקול לאחר שתייה או אכילה.
- הפרעה במבנה הפנים (חוסר סימטריה או פגיעה במבנה הפנים, החך או הגרון).
- מרייר הרבה ובצורה בלתי מבוקרת, או עם שליטה חלקית.
- פולט או מוציא מזון מהפה לאחר סיום הארוחה.
- אוסף מזון בתוך הפה, או מחוץ לקשת השיניים.
- משתעל או מכחכח לאחר הארוחה, או במהלך השתייה או הארוחה.
- אינו לועס את המזון המוצק, בולע את האוכל ללא עיבוד.
- תנועת הלשון מוגבלת.
- לרוב הלשון שמוטה מחוץ לפה.
- מתקשה באחיזת הראש והגוף, נוטה הצידה, זקוק לתמיכת ראש או גוף.
- נוטה להרים את הראש בצורה מוגזמת, במהלך האכילה או השתייה.
- הערות נוספות: _____

2. ירידה במצב הקוגניטיבי או במצב הערנות

- נראה ישנוני או רדום במהלך הארוחה.
- משחק עם המזון, מכניס כמויות בלתי מבוקרת של מזון לפה.
- אוכל מהר ומסיים את הארוחה לפני כולם.
- אוכל לאט או עושה הפסקות ארוכות במהלך הארוחה.
- שתייה תכופה או בלתי מבוקרת, במהלך הארוחה.
- נמנע מאכילת סוגי מזון רבים, פרט _____
- מצב רוחו משתנה במהירות



3. דווח או תצפית על התנהגות הדייר

- מתנגד לאכילה או לשיתוף פעולה בהאכלה.
- מתקשה בהתחלת הבליעה.
- מתקשה בהעברת המזון ללוע לבליעה.
- נוטה להקיא בזמן או לאחר הארוחה.
- ירידה לא מוסברת במשקל בחודשים האחרונים.
- מתקשה בנשימה במהלך הארוחה או מייד אחריה.
- מדווח על כאב בזמן הבליעה.
- הדייר מקבל דברי מאכל ואוכל בין הארוחות.

4. מאפייני התנהגות

- חוטף אוכל ומכניס לפה ללא השגחה.
- היו בעבר אירועים של חנק או חטיפת מזון.
- נוטה להכניס לפה כל דבר הנמצא בקרבתו, גם חומרים לא אכילים.
- התנהגות אלימה וחסרת שקט, גם במהלך הארוחה.
- מרבה לקום ולהסתובב בחדר אוכל במהלך הארוחה.
- מקבל טיפול תרופתי להרגעה.
- מרבה לאכול תוך כדי הליכה.
- הערות נוספות

המלצות למילוי ע"י רכז הפרוייקט לאחר בדיקת הטופס :
א. לא נמצאו קשיים מיוחדים לכן יש להמשיך בתכנית האכילה הקיימת כחלק מהתכנית

האישית שהוכנה לדייר

ב. על מנת לבנות תכנית מותאמת לדייר יש צורך בברור נוסף על ידי:

פזיותראפיסט / מרפא בעיסוק

פסיכיאטר / פסיכולוג / עו"ס

דיאטנית

קלינאי תקשורת

אחר _____

שם וותימת הרכז: _____ תאריך: _____



מדינת ישראל
 משרד הרווחה
 האגף לטיפול באדם המפגר
 המחלקה לאבחון ולקידום והשרות למעונות פנימייה



טופס מס' 3 - רקע רפואי ותזונתי - ימולא ע"י צוות המרפאה ודיאטנית. (הוכן ע"י אביה גושן- תזונאית).

שם הדייר: _____ תאריך: _____ ביתן: _____

ממלאי הטופס: _____

אבחנות רפואיות: _____

מצב החושים: _____

אילו תרופות מקבל הדייר באופן קבוע? _____

עלפי הצורך: _____

האם היה שינוי תרופתי בחצי השנה האחרונה? * לא * כן

האם נצפה שינוי תפקודי והתנהגותי בתקופה זו? * לא * כן

תאר את השינוי _____

האם היה מאושפז בשנה האחרונה? * לא * כן

אם כן, פרט סיבת האישפוז: _____

משך ומהלך האשפוז: _____

מצב השיניים (מידע ממרפאת השיניים): _____

משקל הדייר: _____ משקל רצוי: _____

האם היה שינוי לאחרונה במשקל הדייר? * לא * כן

סיבת השינוי: _____

האם יש לו קשיים מדווחים במערכת העיכול או הנשימה העליונים? * לא * כן

אם כן, אילו קשיים? _____

האם יש צורך בשמירה על דיאטה מיוחדת? אם כן איזו? _____

האם חל שינוי בחצי שנה האחרונה בהרכב התפריט של הדייר? * לא * כן

אם כן, פרט את השינוי ואת סיבה _____

הערכת צריכה של מזון ונוזלים _____

אלרגיות למזון: _____

רגישות לטעמים: _____

הערות נוספות: _____



טופס מס' 4 - אבחון בליעה ואכילה ימולא ע"י קלינאי תקשורת.

(חובר ע"י פרידה קורנברוט קלינאית תקשורת)

תאריך ביצוע הבדיקה: _____ שם הקלינאי: _____

שם הדייר: _____ תאריך לידה/ גיל _____

אבחנה ראשונית: _____

אבחנות נוספות: _____

תרופות שנוטל באופן קבוע: _____

תקשורת עם הסביבה:

- קשר עם הסובבים: מקיים קשר רציף קשר רופף וחלקי אינו מקיים קשר עם סביבתו
- תקשורת: מתקשר בשפה מדוברת מתבטא במילים ובג'סטות בעקר אינו מתקשר עם סביבתו
- מובנות הדיבור: דיבור ברור מובנות דיבור ירודה דיבור דיסארטרי ולא ברור אינו מדבר

אכילה:

- הושבה במהלך הארוחה: בכסא ליד שולחן בכסא גלגלים בשכיבה
- אכילה: עצמאי עם עזרה מאכילים
- כלי אוכל: כף מזלג כוס
- ערנות ושיתוף פעולה: ערני ועקב חלקי ולא עקבי לא יוצר קשר
- קצב אכילה: סביר מהיר איטי
- יציבות: עצמאי עם תמיכה חלקית עם תמיכת ראש

אברי הפה: (לציין תקין ואם לא תקין, תאור קצר)

איבר	מבנה	תפקוד	תפקוד באכילה
שפתיים			<input type="checkbox"/> פעילים באכילה <input type="checkbox"/> פה סגור בבליעה
לסת			<input type="checkbox"/> סגירה בלעיסה <input type="checkbox"/> פעיל בלעיסה
לשון			<input type="checkbox"/> רוטציה <input type="checkbox"/> יעילות הלעיסה
חיך			<input type="checkbox"/> סגירה ללא דלף
בריאות השיניים			<input type="checkbox"/> זקוק לטיפול שיקומי
מנשך			<input type="checkbox"/> יעיל בלעיסה



תפקוד הגרון והחזרים:

תאור			הערות
שיעול	רצוני	חיקוי	ספונטני
החזר בליעה	קיים	מאוחר	לא קיים
הרמת גרון	קיימת	מאוחרת	לא קיימת
איכות הקול	תקין	דיספוניה	רטוב ובוועתי
החזר הקאה	תקין	ירוד	לא קיים

הערכת בליעה – מזון : לציין: תקין, מוגבל, לא קיים

סוג מרקם	מוכנות לאכילה	עיבוד	תזמון והעברה	בליעה	שאריות
נוזלי					
סמיך					
מוצק					
לחם					

סיכום והערות להערכת בליעת מזון:

האם יש הפרעה בבליעה? לא זהו הפרעות בליעה זהו הפרעות בליעה

שלבי בליעה לקויים: (תיאור המאפיין בכל שלב)

שלב הקדם אורלי _____

שלב אורלי _____

שלב לועי _____

שלב ושטי _____

רקע משוער לקושי: _____

שליטה על הרוק: מלאה חלקית מוגבלת אין שליטה



מדינת ישראל
משרד הרווחה
האגף לטיפול באדם המפגר
המחלקה לאבחון ולקידום והשרות למעונות פנימייה



המלצות:

- אכילה/ האכלה: על יד מטפל השגחה מרבית עצמאי באכילה
מרקמים: הסמכת נוזלים הימנעות ממתן שתייה או כל נזל אחר
 טחינת אוכל מוצק השגחה על מיני מזון קשים או בצקתיים
כלי אוכל: שימוש בכלי מותאם: * כוס * כפית * כף מעובה * בסיס לצלחת
הושבה: תמיכה על פי הנחיות כסא ליד שולחן צרוף לקבוצה

הפניה לגורמים נוספים: תזונאי פיזיותרפיה בדיקות רפואיות נוספות _____

מעקב: _____



מדינת ישראל
משרד הרווחה
האגף לטיפול באדם המפגר
המחלקה לאבחון ולקידום והשרות למעונות פנימייה



טופס מס' 5 : סיכום והמלצות הצוות הרב מיקצועי (דוח זה יועבר לכל הגורמים הרלבנטיים לחיי הדייר וישמר בדירה/ביתו, מרפאה, תיק הדייר בצמוד לתכנית הקידום האישית. המשך ביצוע ומעקב באחריות מנהל המקרה שיקבע בכל מסגרת. ההמלצות תחודשנה אחת לשנה או בעקבות שינוי במצבו או תיפקודו של הדייר).

שם הדייר _____ ביתן/דירה _____ תאריך: _____

בעיות רפואיות מיוחדות: _____

רגישות למאכלים: _____

מאכלים אהובים / מועדפים: _____

תחום	המלצות	אחראי על כתיבת ההמלצה	הערות מיוחדות
אכילה	<input type="checkbox"/> על ידי מטפל <input type="checkbox"/> אכילה חלקית עם השגחה <input type="checkbox"/> אכילה עצמאית עם השגחה מרבית <input type="checkbox"/> אכילה עצמאית עם השגחה		
מרקמים	<input type="checkbox"/> הסמכת נוזלים <input type="checkbox"/> הימנעות ממתן שתייה או כל נוזל אחר <input type="checkbox"/> טחינת אוכל מוצק <input type="checkbox"/> השגחה על מיני מזון קשים או בצקתיים		
כלי אוכל	<input type="checkbox"/> שימוש בכלי מותאם : * כוס * כפית * כף מעובה * בסיס מונע החלקה לצלחת * הגבהה לצלחת		
הושבה	<input type="checkbox"/> ישיבה על כסא גלגלים <input type="checkbox"/> הושבה עצמאית ליד שולחן <input type="checkbox"/> ישיבה על כסא ליד שולחן <input type="checkbox"/> תמיכה בישיבה על פי הנחיות		
מיקום בקבוצה	<input type="checkbox"/> יושב ליד שולחן אישי מרוחק מהקבוצה <input type="checkbox"/> יושב ליד שולחן אישי כחלק מהקבוצה <input type="checkbox"/> יושב ליד השולחן עם כל הקבוצה		
מיקום המטפל	<input type="checkbox"/> מול הדייר <input type="checkbox"/> ליד הדייר-היכן? _____ <input type="checkbox"/>		
שימוש באמצעי תקשורת	<input type="checkbox"/> תמונות- אילו _____ <input type="checkbox"/> לוח תקשורת _____ <input type="checkbox"/> פלט קולי (איזה מסר?) _____		
הפניה לגורמים נוספים	<input type="checkbox"/> תזונאי <input type="checkbox"/> פזיותרפיה <input type="checkbox"/> רופא שיניים <input type="checkbox"/> ר. עיסוק <input type="checkbox"/> פסיכיאטר/פסיכולוג _____ <input type="checkbox"/>		

מטפל ביתן שם וחתימה _____ מטפל מחליף שם וחתימה _____
 תאריך מתן הדרכה: _____ תאריך למעקב חוזר: _____



נספח מס' 6: ישיבה ואכילה

א. כללי:

לאנשים עם לקות פיזיקלית (מוטורית ונאורולוגית) צרכים מיוחדים בישיבה. עקב קושי בשליטת ראש כנגד כוח הכובד הראש עלול להשמט לפנים, לאחור או לצדדים, דבר המשפיע על השליטה האורלית ועל תפקוד הבליעה והאכילה. ועלול אף להגביר סכנת אספירציה וחנוק. המנח האנכי של הגו עוזר לשליטה על כוח הכובד. מנח לא טוב לאנשים הסובלים מרפלקס מהקיבה ללוע, עלול להגביר את הישנותו. לפיכך, הם זקוקים לעזרה לשמירה על תנוחה אשר תאפשר להם לבצע את המיומנויות או התפקודים הנדרשים. תמיכה, תאפשר שמירה על המנח בזמן תפקוד, ללא איבוד שיווי המשקל. ישיבה טובה עוזרת לישיבה "זקופה" ומאפשרת יציבה טובה ויציבות לצורך שליטת ראש, תנועתיות הגוף, נשימה, אכילה, בליעה ותקשורת. מנח הכסא צריך להיות מותאם לפעילות הנדרשת: המנח הנדרש לצפייה בטלביזיה אינו המנח הנדרש לשימוש במחשב ושניהם שונים מהמנח הנדרש לאכילה. המטרה הכללית של התנוחה בזמן האכילה, היא לייצר מנח אופטימלי לתמיכה ועידוד היכולת התפקודית. יש לוודא ייצוב ויציבות הגוף בזמן האוכל, עם דגש על האגן. במידה והאדם מסוגל להתארגן ללא תמיכה חיצונית אין להוסיפה, יחד עם זאת במידה והאדם נזקק לייצוב החיצוני, יש לאפשרו באופן מבוקר ורק לצורך הפעילות עצמה.

ב. חשיבות ישיבה מותאמת בזמן אוכל:

- מאפשר מנח לשמירת דרכי אויר פתוחות.
- מאפשר מיומנויות מוטוריות מותאמות של הפה והגרונ.
- מאפשר מבט על הסביבה, הכנסת אוכל לפה, לעיסה ובליעה בטוחים.
- מפחית הופעת רפלקס.
- מאפשר תנועות עיכול "נורמליות" של המעי.

ג. שימוש בצידוד עזר בזמן אכילה

השימוש במונח צידוד עזר מתייחס לכל העזרים הנדרשים לביצוע תהליך האכילה וכולל בתוכו את השולחן, כסא, תמיכות, כריות, רצועות, סכו"ם, צלחת ספל ועוד. זהו כל חומר או טכניקה העוזרים לתהליך להיות יעיל יותר. השימוש בצידוד יכול להיות לצורך שמירה על תהליך האכילה, או ללימוד אכילה עצמאית. ההחלטה על השימוש בעזרים השונים צריכה להתקבל ע"י הצוות המקצועי ובמידת האפשר בשיתוף האדם עצמו. במידה והאדם מסוגל ללמוד את המיומנות ללא צידוד העזר, אין להשתמש בו.



ד. הציוד הנלווה לאכילה כולל:

1. ציוד ישיבה – כסאות, כריות, אינסרטים, רצועות, שולחן ועוד.
2. ציוד גרייה – מברשת גירוי, מברשת אצבע, משחקי חניכיים ועוד.
3. הכנת האוכל – מסמיך כל, בלנדר, מעבד מזון, פומפיה ועוד.
4. סכום – סכום יחודי, אחיזה עם רצועה, ידיות מעובות, גודל מותאם, ועוד.
5. כוסות – חתוכות, מעוגלות, אחיזה עם 2 ידיים.
6. צלחות – מוגבהות, חתוכות, מחולקות ועוד.
7. ציוד לייצוב הפריטים ומניעת החלקתם.
8. שונות – סד ליד, מחזיק סנדביץ, חיתוך במשטח ועוד.

דיירים הנעזרים בכיסאות גלגלים:

לדיירים עם ליקויים מוטורים הנעזרים בכיסאות גלגלים, קיימת מערכת הושבה המסייעת חיצונית ע"י תמיכות ו/או רצועות נדרשות. בישיבה יש להקפיד על מנח הנותן יציבות, זקיפות וסימטריה, אך המאפשר גם פעילות אקטיבית של הדייר ושיתוף אקטיבי בתהליך האכילה.

עקרונות בסיסיים למנח ישיבה לצורך אכילה:

- יש לספק תמיכה להבטחת יציבות.
- יש לנסות ולהביא למנח סימטרי כמה שניתן.
- יש להתאים מנח כסא (זקוף או טילט) עפ"י הנחיות רפואיות.
- יש להשתמש במנח שיקדם תפקוד והשתתפות אקטיבית.
- יש להוסיף תמיכות חיצוניות רק במידה והדבר נדרש. במידה וציוד העזר אינו הכרחי אין להשתמש בו.
- יש להושיב את הדייר במנח שימזער כניסה ל"תבניות פאתולוגיות".
- יש לקדם נוחות, ולהבטיח את בטחון האוכל והמאכיל.
- בסיום האוכל, העברה למנח אחר ו/או יציאה מהכסא עפ"י הנחיות רפואיות

ה. התאמת ריהוט חדר אוכל לדיירים.

לפני ביצוע רכישת הציוד יש לבצע תהליך מקדים (עם כל הצוות הרלוונטי) הכולל בחינת צרכי כל הדיירים המיועדים להשתמש בריהוט, כסאות ושולחנות. יש לבדוק מס' משתנים עיקריים:

- מידות הדיירים (האם יש מידות גובה חריגות?)
- משקל הדיירים (האם יש דיירים במשקל חריג?)
- חוסר שקט, כן/לא
- תנועתיות רבה תמידית, כן/לא.



- התקפים אפילפטיים , כן/לא.
- לקות ראייה , כן/לא.
- בעיות שיווי משקל משמעותיות , כן/לא.
- בעיות רפואיות אחרות רלוונטיות.

בהתבסס על בחינת הנתונים הנ"ל יקבעו צרכי הריהוט. יחד עם זאת יש לזכור כי עיקר הציוד יהיה במידות רגילות ורק לדיירים מסוימים יותאמו מידות הרהיטים.

שולחנות אוכל:

- שולחן אוכל יהיה בגובה 70-75 ס"מ. (יש לוודא אפשרות הדייר לתמרן ולהיכנס עם כסא הגלגלים מתחת למשטח השולחן, ללא פגיעה).
 - המשטח העליון יהיה מחומר קל לניקוי שאינו נשרט בנקל (פורמייקה, פוליאסטר או p.v.c).
 - גימור פינות מעוגל, מלוטש ומוחלק בהקפדה, על מנת למנוע פגיעה אפשרית במשתמשים.
 - רוחב מקום הישיבה ליד השולחן לאדם בעל מוגבלות 90 ס"מ לפחות.
 - אם השולחן רחב מ 120 ס"מ רגלי השולחן בארבע פינותיו, כדי לאפשר כניסה קלה ומרחב תמרון.
 - מחזית השולחן או מאחד מצדדיו יהיה שטח פנוי למרחב תמרון עבור דייר בכסא הגלגלים.
 - מומלץ כי השולחנות יהיו מודולרים וניתנים לצרוף לאורך ולרוחב עם אפשרות חיבור יציב בין השולחנות.
 - מומלץ להוסיף בחלק מהשולחנות אפשרות שינוי גובה, או לחילופין ועל סמך המידות ליצור שולחן במידות מיוחדות.
 - ניתן לשקול שימוש במגרעות = cut out .
- * המידות המוצעות במסמך הינן המידות הסטנדרטיות הנדרשות לנגישות אנשים עם מוגבלות.
* במסגרות עם כסאות גלגלים מיוחדים/חריגים יש לבדוק בכל מקרה את המידות הנדרשות .



כסאות אוכל:

בהתאם לנתוני הדיירים במסגרת יש לקבל החלטה האם כל הכיסאות שירכשו יהיו אחידים, או שירכשו 2-3 מידות עיקריות ו/או 2-3 סוגים עיקריים.

בבחירת הכיסאות יש להתייחס למשתנים הבאים:

מס'	פרמטרים	נקודות התייחסות	המלצות	דגשים
1	מידות הכסא	רוחב, עומק וגובה המושב. מידות ומיקום משענת הגב.	לרוב הדיירים מומלץ כסא ארגונומי בסיסי, למעט מידות מיוחדות ו/או מושב מתכוונן.	בזמן ישיבה כפות רגליים יונחו במלואן על הרצפה. ירכיבים בזווית מקבילה.
2	תנועתיות כסא	גלגלים - כן/לא	כסא בעל 4 רגליים.	מומלץ ללא גלגלים.
3	חומרים	ריפוד כן/לא פלסטיק, עץ, p.v.c ועוד.	חומרים רחיצים, חזקים, ללא חריצים, עם מקדם חיכוך קל. לא כבדי משקל.	מושב אנטומי, קל לניקוי, לא מחליק. רגלי כסא עמידות. חומרים עמידים בפני אש עפ"י תקן.
4	משענות ידיים	כן/לא קבועות/טלסקופי	לחלק מהכיסאות משענות ידיים (נותן יציבות ועוזר בקימה וישיבה)	יש לוודא כניסת הידיות מתחת לשולחן.
5	משענת גב	מיקום וגובה קונטור	יציבה הנותנת תמיכה מרבית.	יש לוודא מרווח ו/או מקום לבעלי אגן גדול.
6	רצועות	מס' רצועות נדרש עפ"י מיקום	במידת הצורך.	
7	אחסון		כסאות נערמים	



נספח מס' 7: תכנון סביבה לאכילה נכונה רקע

בין הפרט וסביבתו קיימת מערכת של יחסי גומלין המשפיעה על איכות חייו. איכות הסביבה שבה הדיירים חיים ופועלים מושפעת מעיצוב השטח, מהמרחב, מהארגון הפונקציונלי ומהגירויים החושיים והתפיסתיים לסוגיהם - אור, צבע, קולות הסביבה, תנאים אקוסטיים, אפקטים טקטיליים, מזג האוויר. תכנון וארגון הסביבה לאכילה נכונה מצריכים התחשבות בתנאים ובמאפיינים רבים המהווים חלק חשוב מסביבת המחיה, ביניהם: המרחב והמרווחים, החלל הייעודי, האוורור, הצבעים, סידורי התאורה, רעש הרקע, סידורי ההאכלה, הבטיחות והבריאות, סידור הרהוט הייעודי והציוד הבסיסי. ויסות הגירויים וכן הימצאותם של החפצים לחיי יום יום, וכלי האוכל הייחודיים. קבוצות הדורשות התייחסות מיוחדת הנם דיירים עם התנהגות מאתגרת ודיירים סיעודיים הנתקלים בקשיים בתחום האכילה ונדרשים לתמיכה והשגחה מיוחדת. תכנון סביבה הלוקח בחשבון צרכיהם של הדיירים, והמנעות ממצב של "עומס יתר" בריבוי פרטים וגירויים בסביבה הקרובה, יכול לתת מענה טוב למרבית הבעיות ולמנוע סכנות בעתיד. תכנון כזה ישרת, בסופו של דבר, את כלל ציבור המשתמשים.

המבנה הייעודי

כניסה - הכניסה לחלל האכילה תהיה המשכית ובמפלס אחד לדרכי הגישה בחצר המעון/ הביתן בהתמצאות קלה וברורה. רצוי כי היא תהיה בגישה קלה, רחבה, נוחה ובשיפוע מתון כדי למנוע צפיפות, מתח, נפילות, דחיפות ויאפשרו כניסה ויציאה מסודרת וחופשית.

מומלץ לשקול בתכנון אפשרות להקל על התמצאות המשתמשים בחללים השונים ע"י קשר עין, קו ראייה פנוי, צבע, וסימנים מזיהים נוספים וכו'.

דלתות וחלונות - בנויים מחומרים שבסגירתם ופתיחתם לא יוצרים רעש ומחומרים עמידים לפגיעה. חלונות ודלתות המאפשרים פתיחת אוורור וכניסת אור טבעי.

פתח אור (מרווח, חופש לתנועה) של דלתות, רצוי שיהיה 110 ס"מ. פתיחת הדלתות תהיה רגילה ועם ידית מנוף רגילה. לא מומלץ להתקין דלתות נגררות, כיוון שהזזתן ונעילתן לא טובה.

שירותים ונטילת ידיים - חדר שירותים ונטילת ידיים בסמוך לחלל האכילה. שטח חדרי השירותים, יאפשר פרטיות מצד אחד ותמיכת המטפל בשעת הצורך מצד שני. בחדרי האמבט והשירותים אוורור נאות הנפתח החוצה.

חדר האוכל חלל האכילה - חדר בצורה ריבועית או מלבנית ברורה. זוויות ברורות עוזר להתמצאות בשטח ומפחית לחץ וחרדה אצל הדיירים. שטחי הישיבה הייעודיים יהיו מרווחים ומסודרים, כולל מעברים נוחים למטפל ולדייר, כך שימנע מצב של צפיפות, התקפי זעם וחטיפות מכל הסוגים. יצירת "סביבה מרגיעה" - מבחינת גרייה, גרייה חושית נשלטת ומבוקרת לדוגמה: הקפדה על שקט ורוגע סביבתי עם מוסיקה מתאימה לפעילות.



ציוד וריהוט לחלל האכילה

גימור - רצוי כי מרכיבי הריהוט יהיו ככל האפשר בגימור פינות מעוגל, מלוטשים ומוחלקים בהקפדה, על מנת למנוע פגיעה במשתמשים. הרהיט ייבנה עם פינות מעוגלות. רגלי הרהיט, פינות המגירות וכו' – כולם יעוגלו בהתאם.

צבע - צבע אחיד ופסטלי כדי לעודד רוגע, את ייחודיות החדר משיגים על ידי אביזרי הנוי – וילונות, סידור השולחנות ותמונות. לא מומלץ לצייר תמונות גדולות על הקירות. התמונות צריכות להיות תואמות גיל, עם מסרים מרגיעים וברורים, כגון תמונות נוף.

שולחנות - יהיו מודולאריים וניתנים לצירוף לאורך ולרוחב עם פתרון לחיבור יציב בין השולחנות. השולחנות יוכנו מחומר כבד יחסית, למניעת הנפה וזריקה.

כסאות - מומלץ להתאים באופן ספציפי כיסאות לכל אדם הריפוד יהיה מבד רחץ מטופל בחומר ציפוי נגד לכלוך. הבד ושולד הכיסא יהיו עמידים בפני אש לפי התקן.

ריהוט - מומלץ ריהוט ארגונומי (מתאים למידות הגוף ותנועתו), ייעודי, לפי צרכי המשתמשים, בהתאם לסוגי המוגבלויות שונות. בגוון שאין הלכלוך בולט עליו, רצוי שהרהיטים יהיו בגימור חלק או בחספוס עדין לפי הצורך, ועם כמה שפחות פינות חדות או בולטות. חיפוי רצפות וקירות, בשטיחים ובלינוליאום אינו מתאים לחלל האכילה. מפאת הנטייה לאסוף אבק ריחות ולכלוך והיותם מטרה לניסיונות קילוף חוזרים.

אקוסטיקה - לרעשים והדהוד יש אפקט משמעותי על איכות חיי הדיירים. מומלץ להתייעץ ביועץ אקוסטיקה בעת תכנון המבנה.

תאורה - לתאורה חשיבות עצומה התאורה מעצבת את החלל, נותנת לו אופי, תחושת חום או קור. האור יכול להיות ישיר, עקיף או סמוי. תאורה נמוכה או גבוהה. בתקרה, בקירות וברצפה. מומלץ על תאורה צמודה, אך חשוב ליצור אווירה מיוחדת לפי צרכי המבנה, או רצון המתכנן. תאורה יעילה דרושה במיוחד לכבדי ראייה שאינה מסנוורת ושהנורות לא מחממות (הלוגן) ולא מופנות ישירות כלפי פני המשתמש. חשוב לדאוג למניעת סנוור והחזר אור מקירות ותקרות, לבחור בגופי תאורה מתאימים שיפזרו נכון את קרני האור, ולא יקרינו חום רב. באם השימוש הוא בתאורה פלורוסנטית ההמלצה היא על נורות (לומילוקס) עם אורך גל של 40,000 - 30,000 הרץ צבע אור יום לא מרצד.



8. מילון מונחים

בליעה: בליעה היא תהליך העברת מזון ו/או נוזלים מהפה דרך הלוע והושט ועד לקיבה. זהו תהליך מורכב המערב עצבים, שרירים, רפלקסים, עיבוד המזון על ידי לעיסה ובריאות קשת השיניים, בלוטות רוק וחישני הטעם.

בולוס (bolus): אוכל מעובד ומוכן לבליעה, לאחר הלעיסה והעירבוב עם רוק נוצר גוש רך, בעל מירקם אחיד ונוח לבליעה.

גסטרוסטום (PEG- percutaneous endo- gastrostomy): צינור המותקן בדופן הבטן בניתוח ומאפשר החדרת מזון ישיר לקיבה. משתמשים באפשרות זו כאשר יש קושי בליעה קבוע שלא צפוי כי ישתפר. קושי הבליעה צריך להיות חמור מספיק כדי לגרום להרעה במצב התזונתי של הדייר או לגרום לאספירציות.

הפרעה בבליעה (dysphagia): הינה קושי בהעברה תקינה של מזון ו/או נוזלים מהפה, דרך הלוע, הושט ועד לקיבה. בעיות הבליעה עלולות להופיע בכל גיל ובכל אחד משלבי התהליך. כאשר קיימת הפרעה בבליעה קיימת סכנה רצינית של פגיעה בתזונה, חדירה של חומר לקנה הנשימה ולריאות (שעול, אספירציה), דלקות ריאה וחנוק.

מנגנון נירומוסקולארי: מנגנון הקשור להולכה עיצבית בין העצב לשריר.

קורטקס סרברלי: קליפת המוח: השכבה החיצונית של המוח הגדול המהווה כ- 40% ממשקל המוח, חלק זה של המוח אחראי ישירות למודעות, לתפיסה, לזיכרון, למחשבה, ליכולת שכלית וליזום פעולות רצוניות.

קונטרקטורות: צמצום טווח התנועה במפרקים, מובילה לנוקשות ולכאבים, ובמשך הזמן אף לשינויים בלתי הפיכים המצריכים התערבות כירורגית.

רפלוקס: זרימת נוזל בכיוון הפוך לכיוון התנועה התקין, חזרה של התוכן החומצי מהקיבה לושט ואפילו לפה. בדרך כלל מלווה בצרבת מכיוון שתוכן הקיבה שחוזר הינו חומצי. הטיפול הוא במניעת שכיבה אחרי האוכל למשך זמן של לפחות שעה וחצי. במקרים אחרים הטיפול הוא תרופתי או אף ניתוח.

העלאת גירה (Rumination): תופעה נדירה בה האדם מעלה את תוכן הקיבה לפה, באופן יזום על ידו.



9. תמונות להמחשה:

שתיה עצמאית בכוס מותאמת
ללא הטיית ראש לאחור.



שתיה בכוס מותאמת,
עם תמיכת יד של המטפלת.



צלחות מחולקות להגשת האוכל תוך
הפרדה של צבעים, טקסטורות וכו'



מסגרת לאחיזת האוכל בצלחת-
להקלה על איסוף האוכל לכף.





אכילה עם כפית בעלת ידית ארוכה
תורמת לוויסות הכמויות והארכת משך
הארוחה.



האכלה בקבוצה תוך שמירה על קשר עין עם
כולם והגברת יכולת אינטראקציה של הדיירים





ביבליוגרפיה:

- Chadwick D., Jolliffe J., Goldbart J. (2003) . **Adherence to eating and Drinking Guidelines for Adults with Intellectual Disabilities and Dysphagia**. American Journal on Mental retardation Vol 108, No. 3:202-211
- Yousafzai A., Filteau S., Wirz Sh. (2003). **Feeding Difficulties in Disabled Children leads to Malnutrition: Experience in an Indian Slum**. British Journal of Nutrition, 90:1097-1106
- Kahrilas, P., (1993). **Pharyngeal Structures and Function Dysphagia**, 8, 303-307.
- Logemann, J.(1983). **Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders**. College-Hill Press, Inc., San Diego, CA

- לסטר, א. (1992) **תוכנית הדרכה למטפלות בילדים סיעודיים הסובלים משיתוק מוחין ומפיגור עמוק או קשה**. עבודת ב.א. בחוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת תל אביב.
- טובל-לביא, ג. (2001). **האכלה ובליעה אצל ילדים עם הפרעות ניורולוגיות**. מתוך: <http://hm-center.tripod.com/keren.htm>
- עמינדב, ח. (עורכת ומרכזת). 2002. **"פרויקט סעודיים"**. הוצאה פנימית, האגף לטיפול באדם המפגר, מחלקת אבחון וקידום, תל אביב.
- עמינדב, ח. מריק, י. דשדוש, ז. ערדה, ח. כהנא, כ. (ללא שנה). **דוח הועדה להנחיות ביניים להאכלת האדם הזקוק לעזרה מלאה באכילה**. משרד הרווחה, ירושלים.
- קורנברוט, פ. (2004). **אבחון וטיפול בהפרעות בליעה ואכילה בקרב אנשים הסובלים מפיגור שכלי ונכויות נוספות**. סדנא בכנס השנתי של האגודה הישראלית של קלינאי התקשורת, אשקלון.
- קורנברוט, פ. (2003). **פתרונות לקשיי בליעה ואכילה בקרב דיירים במוסד, כדרך אל האושר**. הרצאה בכנס השני של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, ירושלים.
- קורנברוט, פ. (2001). **תוכניות האכלה במוסד בקרב אנשים הסובלים מפיגור שכלי ונכויות נוספות**. הרצאה בכנס השני של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, תל אביב.