

תיקוף שאלון ה- "Mosh-Eat" לאיתור בעיות אכילה בקרב מבוגרים עם מגבלה שכלית התפתחותית

וירגיני סלאמה- מארון

עבודת גמר מחקרית (תזה) המוגשת כמילוי חלק מהדרישות לקבלת התואר

"מוסמך אוניברסיטה"

בהנחיית: פרופ' עינת גל

אוניברסיטת חיפה

הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות

החוג לריפוי בעיסוק



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם
הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית
ברשויות המקומיות

נובמבר 2021

תודות:

- הכלי Mosh EAT פותח כחלק ממחקר לבדיקת בעיות אכילה בקרב מבוגרים עם משי"ה, שמומן על ידי קרן שלם, הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות. תודות רבות לאנשי קרן שלם על תמיכתם בפרויקט חשוב זה, ועל החיבור למוסדות רווחה כדי לאסוף הנתונים בפרויקט.

-הכלי פותח על ידי החוקרות פרופ' עינת גל מאונברסיטת חיפה, דר' נעמי פרזינגר, דר' אלה בין, דר' גילה טובול- מהקרייה האקדמית אונו, ותוקף במסגרת עבודת התיזה של הגב' וירגיני סלאמה-מארוך.

- תודה לכל המטפלות/ מאכילות שסייעו במילוי השאלונים לצורך תיקוף הכלי.

תודות לוועדת היגוי מלווה

- יעל שדלובסקי פרס, מרפאה בעיסוק ראשית, מערך שירותי הבריאות, משרד הרווחה והביטחון החברתי
- סיגל ישראלי, תזונאית ראשית, מערך שירותי הבריאות, משרד הרווחה והביטחון החברתי
- פרידה קורנברוט, קלינאית תקשורת ראשית, מערך שירותי הבריאות, משרד הרווחה והביטחון החברתי
- נעמה שביט, מנהלת תחום פיתוח מקצועי והכשרה, השרות להערכה והכרה, אגף להערכה, הכרה ותכניות, מינהל מוגבלויות, משרד הרווחה והביטחון החברתי
- שושי אספולר, מנהלת מעון עתידות עכו, מערך המעונות הממשלתיים, משרד הרווחה והביטחון החברתי
- שרון גנות, מנהלת ידע ומחקר, קרן שלם

תוכן עניינים

V	תמצית.....
VI	תקציר
VIII	תקציר מנהלים
X	רשימת טבלאות
1	1. מבוא
2	2. סקירת ספרות
2	2.1 מגבלה שכלית התפתחותית (מש"ה)
2	2.2 אכילה והאכלה
3	2.2.1 אנטומיה ופיזיולוגיה של האכילה
4	2.3 הפרעות ובעיות בתפקוד האכילה
5	2.4 בעיות בתפקוד האכילה בקרב אנשים עם מש"ה
5	2.4.1 גורמים של בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה
6	2.4.2 סוגים של בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה
6	2.4.3 השלכות בעיות האכילה בקרב אנשים עם מש"ה
7	2.5 אבחון והערכה של בעיות אכילה בקרב אוכלוסייה עם מש"ה
8	2.6 השערות המחקר
9	3. שיטה
9	3.1 אוכלוסיית המחקר
10	3.2 כלי המחקר
10	3.2.1 שאלון ה- "Mosh-Eat"
	3.2.2 שאלון ה- Screening Tool of Feeding Problems
10	(STEP)
11	3.3 הליך המחקר
12	3.4 דרכי עיבוד הנתונים
13	4. תוצאות
13	4.1 מאפייני והרגלי האכילה
14	4.2 פרופיל בעיות האכילה לפי שאלון ה- "Mosh-Eat"
15	4.3 תוצאות השערות המחקר
16	4.3.1 מהימנות פנימית
17	4.3.2 תוקף מקביל
19	5. דיון

19	..... 5.1 הקדמה
19	..... 5.2 פרופיל בעיות האכילה לפי שאלון ה- "Mosh-Eat"
21	..... 5.3 ביסוס מהימנות ותוקף של השאלון
21	..... 5.3.1 מהימנות פנימית
24	..... 5.3.2 תוקף מקביל
26	..... 5.4 סיכום
26	..... 5.5 מגבלות המחקר וכיווני מחקר עתידי
27	..... 5.6 פורום/רשימת אנשי מקצוע להצגת תוצאות המחקר
27	..... 5.7 השלכות יישומיות של המחקר
28	..... ביבליוגרפיה
39	..... נספחים
39	..... נספח מס' 1 : שאלון ה-"Mosh-Eat"
48	..... נספח מס' 2 : שאלון ה-"STEP"
50	..... Abstract: תקציר בשפה האנגלית
51	..... Synopsis : תמצית בשפה האנגלית

תיקוף שאלון ה- "Mosh-Eat" לאיתור בעיות אכילה בקרב מבוגרים עם מגבלה

שכלית התפתחותית

תמצית

חוקרים מהחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה ובקריה האקדמית אונו, במימון קרן שלסו הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות, ומשרד הרווחה והביטחון החברתי, יזמו ופיתחו שאלון שיהווה כלי אבחון לבעיות אכילה של אנשים עם מגבלה שכלית התפתחותית (מש"ה), יחד עם מחקר שבא לתקף הכלי.

במחקר הנוכחי בוססה המהימנות הפנימית ותוקף מבנה מקביל של שאלון ה- "Mosh-Eat". הכלי בוסס על בסיס התאמה של השאלון "Aut-Eat", שמטרתו איתור בעיות אכילה בקרב אנשים עם אוטיזם, לאוכלוסיית אנשים עם מש"ה. לאחר פיתוח הגרסה הראשונה של הכלי, הוא הועבר ל-53 נשים וגברים מעל גיל 20, המאובחנים עם מש"ה בתפקוד בינוני-קשה והסובלים מבעיות אכילה. תוצאות המחקר הראו כי קיימת מהימנות פנימית גבוהה בציון הכולל ובתחומי השאלון השונים של שאלון "Mosh-Eat". כמו כן, נמצאו קשרים מובהקים בין תחומי השאלון "Mosh-Eat" לסעיפים בשאלון "STEP" ובכך בוסס תוקף מבנה מקביל של השאלון החדש. המחקר, היווה נדבך ראשון לביסוסו של השאלון ככלי מהימן ותקף בו ניתן לעשות שימוש לצורך הערכת קשיי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה. מומלץ להמשיך ולתקף הכלי, תוך ביצוע מחקר על מדגם רחב יותר של ילדים ומבוגרים עם מש"ה, במגוון רמות תפקודיות.

תקציר

אכילה היא התנהגות השרדותית וחיונית, הנחשבת לתפקוד יום-יומי הסתגלותי המשפיע על איכות חייו של אדם עם מגבלה שכלית התפתחותית (מש"ה) (APA, 2013; AOTA, 2016). בספרות תוארו קשיי אכילה נרחבים בקרב אוכלוסייה זו, חלקם קשיים בעקבות גורמים אנטומיים ופיזיולוגיים וחלקם בעקבות גורמים סביבתיים והתנהגותיים (Rezaei et al., 2011; Matson & Kuhn, 2006; Gravestock, 2000). בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה עלולות להוות אתגרים קשים בהשתתפות במארג החיים, ובמקרים קיצוניים אף להציב את האדם עם מש"ה בסכנת חיים (Robertson et al., 2018; Gal et al., 2011). מעטים מאוד הם האבחונים המתוקפים המיועדים לבדוק בעיות אכילה בכלל, ובקרב אנשים עם מש"ה בפרט. (Matson & Kuhn, 2001) Screening Tool of Feeding Problems (STEP) הוא כלי קיים, המזהה בעיות אכילה בקרב ילדים עם מש"ה, אולם הוא כלי סינוני ולא תוקף לשפה העברית. שאלון מתוקף יחיד בעברית, המיועד לצרכים קליניים בתחום האכילה הוא שאלון ה- "Aut-Eat" (גל ושות', 2012), המיועד לאיתור בעיות אכילה נרחבות בקרב ילדים עם הפרעה על הספקטרום האוטיסטי (ASD).

מאחר ולבעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה עלולות להיות השלכות לאיכות החיים ולבריאות, הרי שחשוב לפתח תוכניות התערבות מניעתיות, המיועדות ספציפית לנושא האכילה בקרב אוכלוסייה זו. השלב הראשון של התערבות טיפולית כזו הוא אבחון אכילה באוריינטציה קלינית, מפורט ומותאם לאוכלוסייה הספציפית, ומבוסס ראיות.

שאלון ה- "Aut-Eat" היווה בסיס לפיתוח והתאמה של כלי חדש בשם "Mosh-Eat", שמטרתו לזהות ולאתר בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה.

מטרת המחקר הנוכחי היתה לבסס את המהימנות הפנימית ותוקף מבנה מקביל של שאלון ה-

"Mosh-Eat".

השערות המחקר היו:

א. תמצא מהימנות פנימית גבוהה בציון הכולל ובכל תחומי השאלון "Mosh-Eat" בקרב אוכלוסייה של מבוגרים עם מש"ה.

ב. יימצא קשר חזק בין הסעיפים של שאלון ה- "Mosh-Eat" לבין הסעיפים בשאלון ה- "STEP" בקרב אוכלוסייה של מבוגרים עם מש"ה.

שיטה: במסגרת מחקר זה תוקף שאלון ה- "Mosh-Eat" במטרה לספק כלי לאיתור ולזיהוי בעיות

אכילה נרחבות בקרב אנשים עם מש"ה. השאלון כולל שני חלקים: (א) פרטים אישיים הכוללים מידע

דמוגרפי ומידע כללי לגבי הרגלי אכילה, ו (ב) טבלאות המכילות סה"כ 50 פריטים המותאמים ספציפית לקשיים בתחום האכילה בקרב אנשים עם מש"ה, ומחולקים ל- 7 קטגוריות.

במחקר השתתפו 53 מבוגרים, נשים וגברים מעל גיל 20, המאובחנים עם מש"ה בתפקוד בינוני- קשה והסובלים מבעיות אכילה. שאלון ה- "Mosh- Eat" מולא על ידי המטפלים המעורבים בתהליך האכילה, של כל הנבדקים, וכך גם שאלון ה- "STEP" (Matson & Kuhn, 2001).

לצורך בדיקת המהימנות הפנימית של השאלון החדש נעשה שימוש במבחן Cronbach α . לצורך ביסוס תוקף מבנה מקביל של הכלי הועבר השאלון "STEP", ונבדק הקשר בין תחומי השאלונים השונים.

ממצאים מרכזיים: תוצאות המחקר הראו כי קיימת מהימנות פנימית גבוהה בציון הכולל ובתחומי השאלון השונים של שאלון "Mosh- Eat". כמו כן, נמצאו קשרים מובהקים בין תחומי השאלון "Mosh- Eat" לשעיפים בשאלון "STEP" ובכך בוסס תוקף מבנה מקביל של השאלון החדש.

סיכום והמלצות: במסגרת מחקר זה בוססו המהימנות הפנימית ותוקף מבנה מקביל של השאלון "Mosh- Eat". המחקר, אם כן, היווה נדבך ראשון לביסוסו של השאלון ככלי מהימן ותקף בו ניתן לעשות שימוש לצורך הערכת קשיי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה. מומלץ להמשיך ולתקף הכלי, תוך ביצוע מחקר על מדגם רחב יותר של ילדים ומבוגרים עם מש"ה, ברמות מש"ה שונות.

מילות מפתח: מגבלה שכלית התפתחותית, בעיות אכילה, אבחון.

תקציר מנהלים

רקע: מגבלה שכלית התפתחותית (מש"ה), על פי ה-DSM-5 הינה מגבלה המופיעה במהלך תקופת ההתפתחות המוקדמת, וכוללת קשיים בשני תחומים: ליקויים בתפקודים אינטלקטואליים כגון למידה, וליקויים בתפקודים הסתגלוליים כגון פעילויות יומיומיות בסיסיות (BADL) (APA, 2013). הליקויים הנ"ל מופיעים לפני גיל 22 (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2023).

אכילה נחשבת לפעילות הסתגלולית, בסיסית ביותר המשפיעה על איכות חייו של אדם עם מש"ה בספרות תוארו קשיי אכילה נרחבים בקרב אוכלוסייה זו, חלקם קשיים בעקבות גורמים אנטומיים ופיזיולוגיים וחלקם בעקבות גורמים סביבתיים והתנהגותיים. בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה עלולות להוות אתגרים קשים בהשתתפות במארג החיים, ובמקרים קיצוניים אף להציב את האדם עם מש"ה בסכנת חיים (Gal et al., 2011). מעטים מאוד הם האבחונים המתוקפים המיועדים לבדוק בעיות אכילה בכלל, ובקרב אנשים עם מש"ה בפרט. (Matson & Kuhn, 2001) Screening Tool of Feeding Problems (STEP) הוא כלי קיים, המזהה בעיות אכילה בקרב ילדים עם מש"ה, אולם הוא כלי סינוני ולא תוקף לשפה העברית. שאלון מתוקף יחיד בעברית, המיועד לצרכים קליניים בתחום האכילה הוא שאלון ה-"Aut-Eat" (גל ושות', 2012), המיועד לאיתור בעיות אכילה נרחבות בקרב ילדים עם הפרעה על הספקטרום האוטיסטי (ASD).

מאחר ולבעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה עלולות להיות השלכות לאיכות החיים ולבריאות, הרי שחשוב לפתח תוכניות התערבות מניעתיות, המיועדות ספציפית לנושא האכילה בקרב אוכלוסייה זו. השלב הראשון של התערבות טיפולית כזו הוא אבחון אכילה באוריינטציה קלינית, מפורט ומותאם לאוכלוסייה הספציפית, ומבוסס ראיות.

חוקרים מהחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה ובקריה האקדמית אונו, במימון קרן שלם הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות, ומשרד הרווחה והביטחון החברתי, יזמו ופיתחו שאלון שיהווה כלי אבחון לבעיות אכילה של אנשים עם מגבלה שכלית התפתחותית (מש"ה). השאלון בוסס על שאלון aut eat והותאם לאוכלוסיית אנשים עם מש"ה על בסיס סקירת ספרות מקיפה וקבוצות מיקוד עם אנשי מקצוע מומחים בתחום מש"ה ומומחים בתחום אכילה. בשלב השני, המתואר במחקר זה, נעשה ביסוס של מהימנות ותוקף של הכלי.

מטרת המחקר הנוכחי, אם כן היתה לבסס את המהימנות הפנימית ותוקף מבנה מקביל של שאלון ה-
"Mosh- Eat".

השערות המחקר:

א. תמצא מהימנות פנימית גבוהה בציון הכולל ובכל תחומי השאלון "Mosh-Eat" בקרב אוכלוסייה של מבוגרים עם מש"ה.

ב. ימצא קשר חזק בין הסעיפים של שאלון ה- "Mosh-Eat" לבין הסעיפים בשאלון ה- "STEP" בקרב אוכלוסייה של מבוגרים עם מש"ה.

שיטת המחקר: במסגרת מחקר זה תוקף שאלון ה- "Mosh-Eat" במטרה לספק כלי לאיתור ולזיהוי בעיות אכילה נרחבות בקרב אנשים עם מש"ה. השאלון כולל שני חלקים: (א) פרטים אישיים הכוללים מידע דמוגרפי ומידע כללי לגבי הרגלי אכילה, ו (ב) טבלאות המכילות סה"כ 50 פריטים המותאמים ספיציפית לקשיים בתחום האכילה בקרב אנשים עם מש"ה, ומחולקים ל- 7 קטגוריות.

אוכלוסיית המחקר: במחקר השתתפו 53 מבוגרים, נשים וגברים מעל גיל 20, המאובחנים עם מש"ה בתפקוד בינוני- קשה והסובלים מבעיות אכילה. שאלון ה- "Mosh- Eat" מולא על ידי המטפלים המעורבים בתהליך האכילה, של כל הנבדקים, וכך גם שאלון ה- "STEP".

דרכי עיבוד הנתונים: לצורך בדיקת המהימנות הפנימית של השאלון החדש נעשה שימוש במבחן α Cronbach. לצורך ביסוס תוקף מבנה מקביל של הכלי הועבר השאלון "STEP", ונבדק הקשר בין תחומי השאלונים השונים.

ממצאים מרכזיים: תוצאות המחקר הראו כי קיימת מהימנות פנימית גבוהה בציון הכולל ובתחומי השאלון השונים של שאלון "Mosh- Eat". כמו כן, נמצאו קשרים מובהקים בין תחומי השאלון "Mosh- Eat" לסעיפים בשאלון "STEP" ובכך בוסס תוקף מבנה מקביל של השאלון החדש.

סיכום והמלצות: במסגרת מחקר זה בוססו המהימנות הפנימית ותוקף מבנה מקביל של השאלון "Mosh- Eat". המחקר היווה נדבך ראשון לביסוסו של השאלון ככלי מהימן ותקף בו ניתן לעשות שימוש לצורך הערכת קשיי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה.

רשימת טבלאות

עמוד

10	שכיחות ואחוזים של נתונים דימוגרפיים עבור המשתתפים במחקר (N=53)	טבלה מס' 1:
14	טבלת שכיחות למאפייני והרגלי האכילה בקרב משתתפי המחקר (N=53)	טבלה מס' 2:
15	טבלת ממוצעים, סטיות תקן וטווחים של התחומים בשאלון ה- "Mosh-Eat" (N=53)	טבלה מס' 3:
16	טבלת מהימנות פנימית (α Cronbach) לכל תחומי השאלון ולציון הכולל (Total) עבור שאלון "Mosh- Eat" (N=53)	טבלה מס' 4:
18	מתאמים בין תחומי השאלון "Mosh- Eat" עם שאלון "STEP" לבחינת הקשרים (N=53)	טבלה מס' 5:

1. מבוא

אכילה נחשבת לפעילות הסתגלותית, בסיסית ביותר המשפיעה על איכות חייו של אדם עם מש"ה

(Gravestock, 2000; Matson et al., 2005).

מחקרים מעידים כי קשיים באכילה והאכלה נפוצים בקרב אנשים עם מש"ה (Gal et al., 2019; Bandini, 2014; Mikulovic et al., 2014; al., 2011), בספרות תואר מגוון רחב של בעיות בתחום האכילה בקרב אוכלוסייה זו, המחולקים לפי גורמים אנטומיים ופיזיולוגיים, וגורמים סביבתיים והתנהגותיים (Gravestock, 2000; Jones, 1982; Manduchi et al., 2020; Matson & Kuhn, 2001; O'Brien, 1991).

לבעיות אכילה השלכות רבות המשפיעות על איכות חייו של האדם עם מש"ה, החל מהחלטה אם להישאר בקהילה או לעבור למגורים במסגרת מוסדית (Matson et al., 2006), ועד לליקויים אשר עלולים לגרום לסכנות בריאותיות ומחלות כמו: סכרת, מחלות לב, אספירציה, הזנה דרך צינור, הרעלה, התייבשות, משקל לא תקין ומצב של תת תזונה (Ali, 2001; Gravestock, 2000; Matson et al., 2005; Matson & Kuhn, 2001). מצבים אלה מהווים סכנה לחייו של האדם עם מש"ה (Chadwick et al., 2003; Gravestock, 2000; Matson et al., 2005).

לאור הראיות המצטברות לגבי בעיות אכילה משמעותיות בקרב אנשים עם מש"ה, יחד עם הבנת ההשלכות הבריאותיות שלהן, עולה צורך בהתערבות טיפולית יעילה. על אף גוף הידע הגדול, ולמרות הצורך הקליני, קיים חוסר בהערכות קליניות מבוססות שיכולות לספק מידע על קשיי האכילה והגורמים להם אצל אנשים עם מש"ה, בכדי לפתח התערבויות טיפוליות מותאמות ויעילות. שאלוני האכילה הקיימים חסרים תיקוף, מותאמים לאוכלוסיות אחרות או שאינם מקיפים את מכלול הבעיות והגורמים הייחודיים לאנשים עם מש"ה.

"Mosh-Eat" הינו שאלון שפותח ספציפית לאוכלוסייה זו, ומטרתו זיהוי ואיתור של בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה. במסגרת מחקר זה בוססו המהימנות והתוקף של שאלון ה-"Mosh-Eat" עבור מבוגרים עם מש"ה בינוני-קשה מעל גיל 20.

2. סקירת ספרות

2.1 מגבלה שכלית התפתחותית (מש"ה)

מגבלה שכלית התפתחותית היא מצב המאופיין במגבלות משמעותיות הן בתפקוד אינטלקטואלי והן בהתנהגות הסתגלותית, עם הופעה לפני גיל 22.

תפקוד אינטלקטואלי - הנקרא גם אינטליגנציה - מתייחס ליכולת שכלית כללית, כגון למידה, חשיבה, פתרון בעיות וכו'. התנהגות מסתגלת היא אוסף של מיומנויות מושגיות, חברתיות ומעשיות שנלמדות ומבוצעות על ידי אנשים בחיי היומיום שלהם, כולל-

• מיומנויות מושגיות - שפה ואוריינות; מושגי כסף, זמן ומספרים; והכוונה עצמית.

מיומנויות חברתיות - כישורים בין אישיים, אחריות חברתית, הערכה עצמית, פתיחות, נאיביות (כלומר, זהירות), פתרון בעיות חברתיות והיכולת לעקוב אחר כללים/לציית לחוקים ולהימנע מלהיות קורבן.

• מיומנויות מעשיות - פעילויות חיי היומיום (טיפול אישי), כישורים תעסוקתיים, בריאות,

נסיעות/תחבורה, לוחות זמנים/שגרה, בטיחות, שימוש בכסף, שימוש בטלפון.

מוגבלות שכלית היא אחד ממספר מצבים הידועים ביחד כלקויים התפתחותיים. הליקויים הנ"ל

מופיעים לפני גיל 22

(American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2023).

השכיחות העולמית של אנשים עם משי"ה עומדת בערך על 2-3% (Iwase et al., 2017; McKenzie et al., 2016).

בישראל חיולפי ההערכה כ 40.000 אנשים עם מגבלה שכלית התפתחותית (משרד הרווחה

והביטחון החברתי, 2014), כאשר אחד מתוך כל 200 תינוקות נולד עם משי"ה, כך שמשרד הרווחה אחראי

על איתור, אבחון וטיפול, של המתמודדים עם המוגבלות ושל משפחותיהם (כל זכות, 2021).

גורמים ביולוגיים וסביבתיים שונים מעורבים בהופעת המגבלה, כגון: סיבוכים לפני וסביב הלידה,

פגיעות במהלך ההתפתחות המוקדמת, גורמים גנטיים, חשיפה לזיהומים כולל עופרת, ותת תזונה (Daily

et al., 2000; Iwase et al., 2017). ב 30% עד 50% מהמקרים הגורם למשי"ה אינו ידוע (Shevell, 2008).

בנוסף ללקויות אינטלקטואליות והסתגלותיות, אנשים עם משי"ה מתמודדים עם לקויות במיומנויות

התפתחותיות בתחומי התפקוד השונים כולל תפקודים קוגניטיביים, מוטוריים, שמיעתיים, שפה ופסיכו-

חברתיים (Matson & Shoemaker, 2009; Pratt & Greydanus, 2007). לעיתים קרובות מתלוות ללקויות

אלו בעיות התנהגות (Lee et al., 2008), ושכיחות גבוהה של פתולוגיות קומורבידיות שונות כמו אוטיזם,

דיכאון וסכיזופרניה (Lee et al., 2008; Matson et al., 1997; Matson & Shoemaker, 2009).

ראיות מצביעות כי מבוגרים עם משי"ה מועדים לסיכונים בריאותיים מיוחדים, גישה למחסומי טיפול

ותוצאות בריאותיות שליליות: הם נוטים יותר לסבול ממשקל לא בריא אפילפסיה מחלות נפש ובריאות

ירודה כללית.

הגישה לטיפול רפואי שגרתי נפגעה בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית חמורה יותר ואלו המתגוררים בבית משפחתם. עקב סטיגמה חברתית, היעדר הכשרת ספקים ומגבלות ביטוח, אנשים עם IDD (בארה"ב) עלולים להתקשות למצוא ספקי שירותי בריאות שיכולים ומוכנים לטפל בהם (Havencamp & Scott, 2015).

כמו כן, מוגבלות שכלית עלולה להגביל את היכולת של קבלת החלטות ובחירות, דבר המשפיע על האוטונומיה והעצמאות של האדם עם משי"ה (Whinnery & Beauchamp, 2001; Whinnery, 2012), כאשר אחד ההיבטים החיוניים והחשובים שיכול להשפיע על חווית האוטונומיה והעצמאות הוא היכולת לאכול באופן עצמאי (Dag et al., 2015). אכן, אכילה הינה אחד התפקודים היומ-יומיים ההסתגלותיים והחיוניים המשפיעים על איכות חייו של אדם עם מגבלה שכלית (Gal et al., 2011).

2.2 אכילה והאכלה

אכילה הינה פעילות הסתגלותית בסיסית ביותר וחיונית לתפקוד האדם לצורך הזנת הגוף (AOTA, 2016), ומוגדרת בספרות כיכולת לשמור ולבצע מניפולציה באוכל או בנוזל בתוך הפה ולבלוע אותו, בעת שהאכלה היא תהליך של הכנה, סידור והבאת האוכל או הנוזל מהצלחת או מהכוס אל הפה (O'Sullivan, 1995).

אכילה והאכלה שתיהן פעילויות מורכבות מבחינה אנטומית ופיזיולוגית הדורשות התארגנות וקואורדינציה תחושתית-מוטורית, ומושפעים מגורמים פסיכולוגיים, קוגניטיביים, תרבותיים וסביבתיים (Clark et al., 2003). לכן התפתחות האכילה הינה תוצאה של ממשק בין מערכת העצבים, מערכת פיזיולוגיות שונות והסביבה (Rogers & Arvedson, 2005). כל פגיעה במבנה ו/או בתפקוד יכולה להוביל לקשיים בביצוע פעולות האכילה הכוללות לעיסה ובליעה (Gal et al., 2011). פעולת האכילה מערבת היבטים רבים בתרבות שלנו- מפנאי ועד מחויבות מקצועית ואינטראקציה חברתית (Clark et al., 2003; Gal et al., 2011). מיומנויות האכילה מתפתחות עם הגיל ומושפעות מחוויות של האדם לאורך מעגל חייו (Gal et al., 2011).

2.2.1 אנטומיה ופיזיולוגיה של האכילה

פעילות האכילה דורשת קואורדינציה של 31 שרירים, ששה עצבים קרניאלים ורמות שונות של מערכת העצבים המרכזית: הגזע מוח וקליפת המוח (Bosma, 1986). לצורך אכילה נדרש תפקוד סנסומוטורי תקין של המערכת האוראלית, תקינות של מערכות הנשימה והעיכול, ואינטגרציה של מערכת העצבים עם מערכת השריר שלד (Arvedson et al., 2019). בנוסף, האכילה היא מיומנות סנסו-מוטורית הכרוכה

בשליטה אוראלית רפלקסיבית ורצונית, ומערבת בשלב האוראלי את השפתיים, הלחיים, הלסת, הלשון והחיד (Cavallini et al., 2019; Solomon & O'Brien, 2015).

מערכות הנשימה והעיכול כוללות שני מסלולים: המסלול העליון המורכב מהאף, חלל הפה, הלוע, הגרון והושט, והמסלול התחתון המורכב מקנה הנשימה, הסמפונות והריאות (Arvedson et al., 2019).

חלל הפה מכיל את הלשון והשיניים, יש לו תפקיד בהיווצרות הבולוס והוא מוביל אל הלוע (Arvedson et al., 2019; Rogers & Arvedson, 2005). הלוע משמש מעבר למזון מן הפה אל הושט, ומעבר לאוויר מחלל האף והפה לגרון (Rogers & Arvedson, 2005). הגרון מהווה את ההתחלה של קנה הנשימה ומורכב בעיקר מסחוסים. המבנה שלו ממלא תפקיד בהגנה על דרכי הנשימה מפני אספירציה. הושט הוא צינור שרירי מרופד המעביר את האוכל מהלוע לקיבה (Arvedson et al., 2019).

תהליך הלעיסה מתחיל למעשה כבר עם הזיהוי והמודעות לאוכל, כלומר עוד לפני שהוא מגיע לפה כאשר תנועת הלשון היא הפעולה העיקרית במהלך הלעיסה. קולטנים סנסורים של טעם, תחושה טקטילית, ופרופריוצפטיבית מופעלים בכדי לאפשר זיהוי של האוכל והתאמת תנועת הלשון אליו (Dodds et al., 1990; Solomon & O'Brien, 2015; West, 2004).

הבליעה היא פעולה בה האוכל, הנוזל, התרופות או הרוק מועברים מהפה דרך הלוע והושט אל הקיבה (Coxet et al., 2007), והוגדרה ע"י Miller (1986) כפעולה מוטורית חצי אוטומטית של שרירי מערכות הנשימה והעיכול בה מועבר האוכל מחלל הפה לקיבה. בנוסף, פעולת הבליעה מאפשרת ניקוי של הפרשות וריר מהפה והלוע (Arvedson et al., 2019).

האכילה נחשבת לפעילות מורכבת מכיוון שהבליעה, הנשימה והשמעת הקולות מתרחשות באותו מיקום אנטומי- האזור של הלוע והגרון (Arvedson et al., 2019). כדי להמנע משאיפת מזון וחדירתו לדרכי הנשימה, נדרשת התארגנות עצבית גבוהה של מערכת הלעיסה, הבליעה והנשימה (Chatoor, 1998).

בנוסף לפיזיולוגיה של מערכת הנשימה והעיכול המעורבות בתהליך האכילה, קיימת גם מעורבות והשפעה של התפקוד הפיזיולוגי של חלקים שונים בגוף על תפקוד אברי הפה. כך בכדי להשיג יציבה טובה יש צורך במערכת סנסורית תקינה, בטווחי תנועה מתאימים, ובכוח ותיאום של עבודת השרירים היציבתיים, ועל מנת לאפשר לעיסה ובליעה יעילים, על הגוף, הכתפיים והצוואר להיות במנח אופטימלי ולהוות בסיס להאכלה ואכילה תקינים (איכטודוידזון, 2018).

2.3 הפרעות ובעיות בתפקוד האכילה

המונח "בעיות אכילה" מופיע ומקושר בספרות בדרך כלל לילדות המוקדמת יותר (Bryant et al., 2010). המונח הוגדר בספר הקלספיקציות DC: 0-3 (2005) לפי 6 בעיות אכילה והאכלה בגיל הינקות הכוללים: בעיות ויסות, אנורקסיה בילדות, היעדר הדדיות בתהליך ההאכלה בין מטפל- תינוק, רתיעה ממזון על רקע תחושת, בעיות אכילה הקשורות למצבים רפואיים.

ב DSM-5 (2013) מופיעה ההגדרה "הפרעות אכילה" אשר מתייחסת בעיקר לשלוש הפרעות מרכזיות: אנורקסיה נרבוזה (Anorexia Nervosa) המאופיינת בהגבלה מתמדת של צריכת אנרגיה המובילה למשקל גוף נמוך. בולימיה נרבוזה (Bulimia Nervosa) המאופיינת באיפוזודות תכופות של בולמוסי אכילה ואחריה התנהגות בלתי הולמת, כגון: הקאה. והפרעת אכילה בולמסית (Binge-eating disorder) בה מתקיימות אפיזודות חוזרות ונשנות של בולמוסי אכילה חסרי שליטה (Hilbert et al., 2017).

הפרעות אכילה נוספות המוזכרות ב DSM-5 (2013) הן: PICA המוגדרת כבליעה חוזרת ונשנית של פריטים חסרי ערך תזונתי כמו: שיער או צבע וזאת התנהגות שעלולה לגרום לתופעות חמורות ושיעור תמותה גבוה (O'Brien & Whitehouse, 1990). הפרעת העלאת גירה (Rumination Disorder) המוגדרת כהעלאה לא תכליתית של המזון מהקיבה לפה, לעיסתו ובליעתו מחדש (Mayes et al., 1988). הפרעת צריכת מזון מוגבלת/ נמנעת (Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder) המוגדרת כמצב של הימנעות ממזון וחוסר עניין באוכל שעלולים להוביל למחסור תזונתי (Fisher et al., 2014). בנוסף מוזכרות ב DSM-5 (2013) עוד שתי הפרעות, אחת הפרעת אכילה או האכלה אחרת ספציפית והשנייה הפרעת אכילה או האכלה לא ספציפית. הראשונה מוגדרת כהתנהגויות הפוגעות בתפקוד אך אינן עונות באופן מלא על הקריטריונים של הפרעת אכילה, וההפרעה השנייה מוגדרת כהתנהגויות הפוגעות בתפקוד אך אינן עונות על אף קריטריון של הפרעת אכילה (APA, 2013).

באוכלוסיית הילדים עם ליקויים התפתחותיים נעשה בדרך כלל שימוש במושג "בעיות אכילה", המתייחס לחריגה מהנורמה בצריכה של מזון באופן המוביל להשלכות חברתיות או בריאותיות שליליות (Kedesdy & Budd, 1998). בעיות אכילה מסוג זה נגרמות משילוב של גורמים ביולוגיים וסביבתיים (Matson & Fodstad, 2009), והמנגנון של בעיות אכילה שונה במהותו מהפרעות האכילה המוזכרות ב - DSM 5 (Zucker & Losh, 2008).

בעיות אכילה בקרב ילדים עם ליקויים התפתחותיים הן שכיחות ונפוצות, למשל בקרב ילדים עם ASD קיימת שכיחות גבוהה ומובהקת של בעיות אכילה (Ahearn, 2002; Bandiniet al., 2010), ובערך ל 80% מהאוכלוסייה עם מגבלה שכלית התפתחותית בינונית- קשה קיימות בעיות אכילה (Gravestock, 2000; Laud, 2003).

2.4 בעיות בתפקוד האכילה בקרב אנשים עם מש"ה

מחקרים מעידים כי בעיות אכילה והאכלה נפוצות בקרב אנשים עם מש"ה (Gal et al., 2011,)
(Gravestock, 2000; Manduchi et al., 2020; Rezaei et al., 2011).
במחקר שנערך בישראל, וכלל 91 ילדים בגילאי 4-9 ש' בשלוש רמות חומרה של מש"ה נמצא כי כמעט
כל ילד עם מש"ה סובל מבעיות אכילה/ האכלה (Gal et al., 2011). מחקר אחר מראה שילדים עם מש"ה
הגרים במוסדות מגלים אחוז גבוה יותר של בעיות אכילה לעומת ילדים הגרים בקהילה (Gravestock,
(2000).

2.4.1 גורמים של בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה

בספרות תוארו מגוון של גורמים לבעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה החל מגורמים אנטומיים
ופיזיולוגיים, וכאלה מגורמים סביבתיים והתנהגותיים (Gravestock, 2000; Jones, 1982; Manduchi et
(al., 2020; O'Brien, 1991).

אחת הבעיות הכי נפוצות בתפקודי האכילה בקרב אנשים עם מש"ה כתוצאה מגורמים אנטומיים
ופיזיולוגיים, היא דיספגיה (Dysphagia) המוגדרת כחוסר תפקוד של חלקים שונים בתהליך הבליעה
(Sheppard et al., 2014). קיומן של בעיות אכילה הנגרמות כתוצאה מליקויים על רקע נוירולוגי כמו טונוס
מוגבר או מופחת שגורם לקושי בשליטה על פעולת שרירי הפה, הן גם נפוצות בקרב אנשים עם מש"ה
(Arvedson, 2013; Girolami & Scotti, 2001; Matson et al., 2005; Rogers & Arvedson 2005).
בנוסף, קיימות בעיות אכילה אשר קשורות למחלות לב מולדות (Thommessen et al., 1991), וחלקן
מקושר לבעיות בקיבה אשר גורמות לרפלקס-אספוגלי (Chatoor, 1998; Matson et al., 2005). קיימים
מחקרים המייחסים חשיבות להיבט הסנסורי כמנגנון המשפיע על הופעת בעיות אכילה אצל אנשים עם
מש"ה (West, 2004), במחקרם של Gal et al (2011) נמצא כי ככל שיכולות הוויסות הסנסורי של ילדים
עם מש"ה לקויה יותר, שכיחות הבעיות הקשורות בסלקטיביות של אוכל היתה גבוהה יותר.

גורמים התנהגותיים וסביבתיים רבים מעורבים בהופעת בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה, כמו:

הצורך בקשר ותשומת לב (Ravel et al., 2020), מגורים מוסדיים (Matson et al., 2006), סיבוכים
משפחתיים, אישיים ופסיכו-פתולוגיים כמו התעללות, קשיים חברתיים, בעיות שינה והתנהגויות
סטראוטיפיות והיפראקטיביות, בנוסף לקומורבידיות עם מחלות נפשיות (Gravestok, 2000, 2003).

2.4.2 סוגים של בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה

הקלספיקציה של Jones (1982), מסווגת את בעיות האכילה בקרב אנשים עם מש"ה לשני סוגים: (1) בעיות אכילה המבוססות על אטיולוגיה (שליטה נזיר-מוטורית, מגבלה פיזית ומחלות שונות). (2) בעיות אכילה עם ביטוי התנהגותי- תפקודי האכלה עצמית והתנהגויות תואמות בעת ארוחה הכוללת: גניבת מזון, PICA, ופגיעה עצמית.

O'Brien (1991), סיווג את בעיות האכילה בקרב ילדים עם מש"ה לשלושה סיווגים: (1) בעיות אכילה על רקע גורמים סביבתיים, שליטה נזיר-מוטורית ומגבלות פיזיות. (2) בעיות אכילה הפוגעות במיומנויות אכילה בסיסיות כגון עצמאות באכילה ומיומנויות חברתיות. (3) התנהגויות לא תואמות בעת אכילה כמו דחיית אוכל, סירוב, יריקות, וזריקת אוכל.

מאוחר יותר נעשה שימוש במונח "מיומנויות האכילה" בספרות העוסקת בבעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה, וכלל בעיות אכילה בתחומים השונים כגון: קשיי לעיסה ובליעה, עצמאות בעת אכילה, הצורך באביוזרי עזר לאכילה ותפקודי יציבה בעת אכילה (Matson & Kuhn, 2001; Rezaei et al., 2011). אופי בעיות האכילה שונה בהתאם לחומרת הלקות כאשר ילדים עם מש"ה קשה נוטים להראות יותר בעיות אכילה מבוססות קשיים מוטורים כדוגמת דיספגיה, בעוד שאלה עם מש"ה קל נוטים יותר לבעיות התנהגות באכילה (Gal et al., 2011).

2.4.3 השלכות של בעיות האכילה בקרב אנשים עם מש"ה

בעיות אכילה עלולות ליצור התנסויות שליליות בתהליך האכילה וההאכלה, אשר משפיעות על מצבו הנפשי- רגשי של האדם, ועלולות להוביל לאינטראקציה שלילית בינו לבין המטפל המעורב בתהליך ההאכלה, לבעיות התנהגות ולקושי בהתפתחות מיומנויות האכילה (Gravestock, 2003). כשהמגבלה השכלית היא קשה עד עמוקה, קשיים אלה מלווים את האדם לאורך כל חייו (O'Brien et al., 1991), והם משפיעים באופן שלילי על ההתפתחות הפיזית, החברתית והחינוכית של ילדים עם מש"ה (Gravestock, 2003).

אוכלוסיית האנשים עם מש"ה ובמיוחד אלה עם מש"ה קשה מתמודדים בנוסף עם קשיים תקשורתיים הבאים לידי ביטוי בקושי בפיתוח מיומנויות חברתיות וקושי בביטוי העצמי, מה שמביא לכך שבקרב אוכלוסייה זו ההתמודדות עם פעילות האכילה תשפיע ולא תאפשר תקשורת בעת ארוחה (Rogers et al., 2005).

כמו כן, לבעיות האכילה השלכות נוספות המשפיעות על איכות חייו של האדם עם מש"ה, החל מהחלטה אם להישאר בקהילה או לעבור למגורים במסגרת מוסדית (Matson et al., 2006), ועד לליקויים אשר עלולים לגרום לסכנות בריאותיות ומחלות כמו: סכרת, מחלות לב, אספירציה, הזנה דרך צינור,

הרעלה, התייבשות, משקל לא תקין ומצב של תת תזונה (Ali, 2001; Gravestock, 2000, 2003; Matson & Kuhn, 2001; et al., 2005), מצבים אלה מהווים סכנה לחייו של האדם עם משי"ה. אכן, נמצא קשר ישר בין מיומנויות אכילה ושתייה לבין תמותה כאשר בארה"ב דווח על אספירציה כגורם לתמותה במקרי מוות רבים בקרב אנשים עם משי"ה קשה (Chadwick et al., 2003; Gravestock, 2000; Matson et al., 2005).

2.5 אבחון והערכה של בעיות אכילה בקרב אוכלוסייה עם משי"ה

מעטים מאוד הם האבחונים המתוקפים המיועדים לבדוק בעיות אכילה בכלל, ובקרב אנשים עם משי"ה בפרט. אבחון אופי בעיות האכילה וכן מקור הקושי להן הינו צעד ראשון בבניית תכנית התערבות מתאימה לטיפול בבעיות אלה. לאורך השנים נבנו קלסיפיקציות שונות אשר מטרתן לזהות ולבחן ליקויים בתפקודי אכילה בקרב אנשים עם משי"ה (Jones, 1982; O'Brien & Whitehouse, 1990), אך לא פותחו כלי אבחון מפורטים ומותאמים לאוכלוסייה, דבר היכול להעיד על קושי באבחון בעיות אכילה בקרב אנשים עם משי"ה.

(Matson & Kuhn, 2001) Screening Tool of Feeding Problems (STEP), הוא אבחון המזהה בעיות אכילה המיועד לילדים עם משי"ה. לכלי בוססה מהימנות מבחן חוזר ומהימנות בין בודקים בארה"ב (Matson & Kuhn, 2001), והוא תורגם לשפה העברית (הרדל, 2008), אולם הוא כלי סינוני ולא תוקף לשפה העברית.

שאלון מתוקף יחיד בעברית, המיועד לצרכים קליניים בתחום האכילה הוא- "Aut- Eat Questionnaire" (גל ושות' 2012), המיועד לילדים עם הפרעות על הספקטרום האוטיסטי (ASD), ובעל גרסה גם לנערים עם ASD (גל ושות', 2018). שאלון זה כולל התייחסות להרגלי אכילה ובעיות הקשורות באכילה ובוססה מהימנות פנימית שלו ותוקף מבחין בין קבוצות (גל, 2012).

למרות שיש מאפיינים משותפים בתחום קשיי האכילה בין אנשים עם ASD לאלה עם משי"ה, הרי שיש גם מאפייני אכילה המאפיינים אוכלוסייה אחת אך לא את השניה (Sharp et al., 2013). כך לדוגמא, חלק ניכר מבעיות האכילה של אנשים על הספקטרום האוטיסטי מבוססות על רגישות חושית ועל נוקשות התנהגותית, לעומת אנשים עם משי"ה ובעיקר משי"ה קשה, שמציגים הרבה בעיות על רקע מוטורי כדיספגיה (Gal et al., 2011). שאלון ה- "Aut- Eat" מותאם לאוכלוסיית האוטיזם אך לא לאוכלוסיית המשי"ה.

לסיכום, מאחר ולבעיות אכילה בקרב אנשים עם משי"ה עלולות להיות השלכות על איכות החיים, לבריאות, ואף על השרדות, הרי שחשוב לפתח תוכניות התערבות מניעתיות, המיועדות ספציפית

להתמודדות עם בעיות אכילה בקרב אוכלוסייה זו. השלב הראשון של התערבות טיפולית כזו הוא אבחון אכילה באוריינטציה קלינית, מפורט ומותאם לאוכלוסייה הספציפית, ומבוסס ראיות. מטרת המחקר הנוכחי היא להוות נידבך בפיתוח של "Mosh-Eat" - כלי הערכה מפורט, מהימן ותקף לאנשים עם משי"ה. באופן ספציפי המחקר יבסס את המהימנות הפנימית ותוקף המבנה המקביל של הכלי החדש.

2.6 השערות המחקר

- א. תימצא מהימנות פנימית גבוהה בציון הכולל ובכל תחומי השאלון "Mosh-Eat" בקרב אוכלוסייה של מבוגרים עם משי"ה.
- ב. יימצא קשר חזק בין התחומים בשאלון ה-"Mosh-Eat" לבין התחומים בשאלון ה-"STEP" בקרב אוכלוסייה של מבוגרים עם משי"ה.

3. שיטה

3.1 אוכלוסיית המחקר

לצורך ביסוס מהימנות פנימית ותוקף מקביל, נעשה חישוב גודל המדגם באמצעות תוכנת G-Power. במחקר השתתפו 53 אנשים המאובחנים עם משי"ה בתפקוד בינוני-קשה, מתוכם 31 גברים (58.5%) ו 22 נשים (41.5%), גיל המשתתפים הממוצע במדגם כולו היה 42.5 שנים, בטווח שבין 20.6 שנים ו 63.6 שנים. המדגם כלל 8 אנשים עם משי"ה בתפקוד בינוני (15.1%), 14 אנשים עם משי"ה בתפקוד בינוני-קשה (26.4%) ו 31 אנשים עם משי"ה בתפקוד קשה (58.5%). (טבלה מס' 1).

המשתתפים אותרו בדגימת נוחות ע"י פנייה אישית להנהלת מרכז ופנימייה לאנשים עם מגבלה שכלית התפתחותית בצפון הארץ, ובשלב השני פנייה אישית למטפלים ולהורים של המשתתפים. כל המשתתפים במחקר היו ילידי ותושבי ישראל, גרים במעון ופנימייה לאנשים עם מגבלה שכלית התפתחותית בצפון הארץ, מקבלים טיפולים ומעקבים בפיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת לפי הצורך, מעקבים פסיכולוגיים, בנוסף לטיפול רפואי שוטף ע"י צוות רפואי שכולל אחיות ורופאים. קריטריוני הכללה בקבוצת המחקר כללו: גיל (מעל 18 שנים), אבחנה של משי"ה בתפקוד בינוני-קשה, קשיי אכילה והאכלה ע"פ דיווח הצוות המטפל לפחות באחד מהתחומים: לעיסה ובליעה, יציבה באכילה, הימנעות באכילה, אכילה מופרזת, סלקטיביות באכילה, תקשורת בעת אכילה (כגון, העברת רצונות בעת אכילה, יזימת תקשורת עם צוות המאכיל), והתנהגות בזמן אכילה (כגון, הפגנה של התנהגויות לא תואמות בעת אכילה, גניבה של אוכל). המחקר לא כלל אנשים עם משי"ה ברמת חומרה קלה, אנשים המאובחנים

עם מש"ה כאבחנה משנית, אנשים עם מש"ה המאובחנים גם עם ASD, או אנשים עם מש"ה ללא קשיים באכילה (לפי דיווח הצוות המטפל).

טבלה מספר 1: שכיחות ואחוזים של נתונים דמוגרפיים עבור המשתתפים במחקר – (N=53)

שכיחות באחוזים Percent	שכיחות Frequency	משתנה
		מגדר
58.5%	31	גברים
41.5%	22	נשים
		אבחנה
15.1%	8	מש"ה בינוני
26.4%	14	מש"ה בינוני-קשה
58.5%	31	מש"ה קשה

3.2 כלי המחקר

3.2.1 שאלון ה- "Mosh-Eat" (נספח מס' 1)

שאלון "Mosh-Eat" בא לאתר בעיות אכילה נרחבים בקרב אנשים עם מש"ה, השאלון כולל:
 א. פרטים אישיים הכוללים מידע דמוגרפי, מידע כללי לגבי הרגלי אכילה, ושאלות סביב העצמאות באכילה.

ב. טבלאות המכילות סה"כ 50 פריטים המחולקים ל-7 קטגוריות: קשיי לעיסה ובליעה, יציבה באכילה, הימנעות/ מיעוט מאכילה/ דחיית מאכלים, סלקטיביות באכילה, אכילה מופרזת, תקשורת באכילה, התנהגות בארוחה. עבור כל פריט יש לסמן באיזו מידה הוא משקף הרגל או קושי של מקבל השרות על פי סולם ליקרט מ 1 עד 5, כאשר 1 משמעותו מעולם לא ו-5 רבה מאוד, במידה והפריט אינו רלוונטי עבור מקבל השרות יש אפשרות לסמן בתשובה "לא רלוונטי".

בשאלון זה מתקבל ציון כולל עבור כל תחום אשר מעיד על מידת הקושי של הנבדק עבור התחום הספיציפי, כך שציון גבוה יותר מעיד על קושי רב יותר באותו תחום. בתחום "תקשורת באכילה", השאלות מנוסחות בצורה חיובית כך שציון גבוה מעיד על תקשורת טובה, לכן לצורך ציון הכלי ועיבוד הנתונים נעשה היפוך לציונים בתחום "תקשורת באכילה", כך שציון גבוה מעיד על לקות, כבשאר תחומי השאלון. השאלון נמצא בשלבי פיתוח ותוקף לראשונה במסגרת המחקר הנוכחי.

3.2.2 שאלון ה- (Matson & Kuhn, 2001) Screening Tool of Feeding Problems (STEP) (נספח

מס' 2)

שאלון זה מזהה בעיות אכילה בקרב ילדים עם מש"ה, והוא מורכב מ-23 פריטים המחולקים לחמש קטגוריות: סיכון לאספירציה, סלקטיביות באכילה, סרוב לאוכל, מיומנויות אכילה, ובעיות התנהגות באכילה. כאשר מדווחות תדירות וחומרת ההתנהגות על סקאלת ליקרט עם שלוש נקודות, במישור של התדירות מ 0 "אף פעם לא" ועד 2 "יותר מ 10 פעמים". ובמישור של חומרת ההתנהגות מ 0 "לא גרם כל נזק" ועד 2 "גרם לפגיעות חמורות". הציונים עבור השכיחויות מסוכמים יחד לפי הקטגוריות, ככל שציון בקטגוריה מסוימת יהיה גבוה יותר, כך תהיה דרגת הקושי בתפקוד גבוהה יותר. ציוני חומרת ההתנהגות עבור כל קטגוריה מתקבלים ע"י סכום של מכפלה של כל היגד בשכיחות כפול התוצאה בחומרת ההתנגדות. נתונים אלה יכולים להראות באיזה תחום ישנן שכיחות וחומרה גדולה.

לכלי זה בוססה מהימנות מבחן חוזר ומהימנות בין בודקים בארה"ב (Matson & Kuhn, 2001), כך שמהימנות מבחן חוזר נקבעה במחקר שכלל 102 אנשים עם מש"ה, ונמצאה בינונית בהתייחס לציון הכללי ($r = .72, p < .01$) ונעה בין 0.26-0.79 ($P < .01$), בקטגוריות השונות מהימנות בין בודקים נמצאה ממוצעת לגבי הציון הכללי ($r = .71, p < .01$) ונעה בין 0.55-0.81 ($P < .01$) בקטגוריות השונות. תוקף קריטריון נעשה תוך כדי השוואה בין תוצאות שאלון ה- "STEP" לגבי היגדים של החזרות אוכל ו PICA כפי שמאובחנים ב DSM-4 באמצעות שימוש ב- phi coefficient, מקדם המתאם בין שני האבחונים היה ממוצע (0.68) עבור החזרות של אוכל, וגם כן ממוצע (0.55) עבור ה- PICA (Matson & Kuhn, 2002). השאלון תורגם לשפה העברית לצרכי מחקר (הרדל, 2008).

3.3 הליך המחקר

לאחר קבלת אישורי אתיקה ממשרד הרווחה ומאוניברסיטת חיפה, הייתה פנייה מטעם הבודקת למעון ופנימייה לאנשים עם מש"ה בצפון הארץ, הוצגו האישורים הרלוונטים, והוצגה מטרת המחקר הנוכחי.

לאחר קבלת הסכמה מהנהלת המעון לביצוע איסוף נתונים, קיבלו ההורים של המשתתפים/ אפוטרופוסים מידע מפורט על המחקר טלפונית ובכתב, חתמו 53 הורים/ אפוטרופוס של אנשים עם מש"ה על טופס הסכמה מדעת. (נספח מס' 3).

השאלונים "Mosh-Eat" ו-"STEP" מולאו על ידי צוות המטפלים העיקריים אשר מעורבים בתהליך האכילה וההאכלה של הנבדקים, לאחר שהוסברה להם המטרה, ועבור כל סעיף קיבלו הסבר מפורט. הבודקת נכחה במילוי השאלונים ובליוי הצוות לאורך תהליך העברת השאלונים. כל אדם שהשתתף במחקר קיבל מספר סידורי, ושמו לא הופיע במסמכי המחקר השונים. טפסים המכילים פרטים מזהים אודות המשתתפים הושמדו. תוצאות המחקר שיוצגו בהמשך הינן אנונימיות וללא פרטים מזהים.

3.4 דרכי עיבוד הנתונים

הניתוח הסטטיסטי התבצע באמצעות תוכנת SPSS-25. תחילה נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית לבדיקת ותיאור מאפייני האוכלוסייה והאכילה של הנבדקים. כדי לבסס את המהימנות הפנימית של שאלון "Mosh-Eat" נעשה שימוש במבחן אלפא של קרונבך. כדי לבסס את התוקף המקביל של הכלי באמצעות התאמה לשאלון ה-"STEP" נעשה שימוש במבחן Spearman (סטטיסטיקה א- פרמטרית) עקב התפלגות א-נורמאלית של המשתתפים.

4. תוצאות

בפרק זה תוצג סטטיסטיקה תיאורית על מאפייני והרגלי האכילה של המשתתפים במחקר, המבוססת על חלקו הראשון של השאלון "Mosh-Eat" המתייחס להרגלי אכילה ולבעיות הנלוות לה באופן הישיבה, או בעיות עיכול. בהמשך, יוצג פרופיל של בעיות האכילה אצל משתתפי המחקר לפי ממוצעים, סטיות תקן וטווחים של תחומי השאלון "Mosh-Eat". לבסוף, יוצגו התוצאות של השערות המחקר המבוססות על חלקו השני והעיקרי של השאלון.

4.1 מאפייני והרגלי האכילה

מידת העצמאות באכילה של המשתתפים במחקר התחלקה לעצמאיים באכילה, עצמאיים באופן חלקי ולא עצמאיים כך ש - 33 היו עצמאיים (62.3%), 8 עצמאיים באופן חלקי (15.1%), ו 12 לא עצמאיים (22.6%). 34 מהמשתתפים יושבים על כסא רגיל בעת הארוחה (64.2%), 7 יושבים על כיסא מותאם (13.2%), 121 יושבים על כסא גלגלים (22.6%). (טבלה מס' 2).

חלק מהמשתתפים סבלו מבעיות שונות הקשורות לאכילה, כך שנבדק אחד סבל מרפלוקס (1.9%), נבדק אחד מעצירות כרונית (1.9%) ו 3 נבדקים סבלו מהקאות כרוניות (5.7%). 4 נבדקים סבלו מאלרגיה לסוג מזון מסוים, 3 מהם עם אלרגיה לחלב (5.7%) ואחד עם אלרגיה לבוטנים (1.9%). מטופל אחד בכל המדגם סבל מתסמונת PICA (1.9%). (טבלה מס' 2).

טבלה מספר 2: טבלת שכיחויות למאפייני והרגלי האכילה בקרב משתתפי המחקר (N=53)

שכיחות באחוזים Percent	שכיחות Frequency	משתנה
		מידת העצמאות באכילה
62.3%	33	עצמאיים באכילה
15.1%	8	עצמאיים באופן חלקי
22.6%	12	לא עצמאיים
		ישיבה בזמן ארוחה
64.2%	34	כסא רגיל
13.2%	7	כסא מותאם
22.6%	12	כסר גלגלים
		בעיות אכילה
1.9%	1	רפלוקס
1.9%	1	עצירות כרונית
5.7%	1	הקאות כרוניות
5.7%	3	אלרגיה לחלב
1.9%	1	אלרגיה לבוטנים
		תסמונות הקשורות באכילה
1.9%	1	תסמונת פיקה

4.2 פרופיל בעיות האכילה לפי שאלון ה- "Mosh-Eat"

הפרופיל של בעיות האכילה אצל משתתפי המחקר, מראה שתחום "תקשורת באכילה" עם הממוצע הגבוה ביותר ($M=18.45$) אשר מעיד על שכיחות גבוהה של קשיי תקשורת בזמן האכילה בקרב נבדקי המחקר. בתחום "לעיסה ובליעה" התקבל ממוצע גבוה ($M=10.88$), אשר מעיד על השכיחות הגבוהה ביותר של בעיות אכילה בתחום זה ביחס לשאר התחומים. בתחום "סלקטיביות באכילה", התקבל הממוצע הנמוך ביותר ($M=1.33$), המעיד על היעדר/ מיעוט בעיות אכילה בתחום זה ביחס לשאר תחומי השאלון בקרב נבדקי המחקר הנוכחי. בנוסף, בתחום "אכילה מופרזת" התקבל ממוצע נמוך ביחס לשאר

התחומים (M=3.97), ובתחום "התנהגות בארוחה" התקבל גם כן ממוצע נמוך ביחס לשאר התחומים (M=3.58), הממצאים הללו יכולים להעיד גם בתחומים אלה על היעדר/ מעט בעיות אכילה ביחס לשאר תחומי השאלון בקרב נבדקי המחקר הנוכחי. (טבלה מס' 3).

טבלה מספר 3: טבלת ממוצעים, סטיות תקן וטווחים של התחומים בשאלון ה- "Mosh-Eat" (N=53)

תחומים	מס' פריטים	ממוצע (M)	סטיית תקן (SD)	טווחים (Min - Max)	ציון כולל (Sum)
לעיסה ובליעה	13	10.88	1.26	.00 – 39.00	577.0
יציבה באכילה	7	4.54	.95	.00 – 28.00	241.0
הימנעות/ מיעוט מאכילה	7	6.24	1.13	.00 – 27.00	331.0
סלקטיביות באכילה	7	1.33	.40	.00 – 15.00	71.0
אכילה מופרזת	3	3.97	.70	.00 – 15.00	187.0
תקשורת באכילה	6	18.45	1.22	.00 – 30.00	978.0
התנהגות בארוחה	7	3.58	.70	.00 – 16.00	190.0
סה"כ	50	47.94	3.04	3.00 – 94.00	2541.0

4.3 תוצאות השערות המחקר

4.3.1 מהימנות פנימית

השערת המחקר הראשונה הייתה כי "תמצא מהימנות פנימית גבוהה בציון הכולל ובכל תחומי השאלון "Mosh-Eat" בקרב אוכלוסייה של מבוגרים עם מש"ה. בדיקת מהימנות פנימית של השאלון נעשתה באמצעות α Cronbach.

לבדיקת המהימנות הפנימית עבור הציון הכולל (Total) של השאלון, הורד הפריט מס' 21 (סוגר פיו בחוזקה כאשר מקרבים אליו את האוכל) שקיבל תשובה של "לא רלוונטי" עבור רוב נבדקי המחקר הנוכחי.

לאחר הורדת הסעיף המצוין לעיל, נמצאה מהימנות פנימית גבוהה במדד ה-Total בשאלון ($\alpha = .807$), עבור 49 סעיפי השאלון. כמו כן נמצאה מהימנות פנימית גבוהה עבור התחומים יציבה באכילה ($\alpha = .806$), הימנעות ($\alpha = .903$), אכילה מופרזת ($\alpha = .862$), תקשורת באכילה ($\alpha = .936$) והתנהגות בארוחה ($\alpha = .720$). לצד מהימנות פנימית בינונית-גבוהה עבור התחומים לעיסה ובליעה ($\alpha = .696$) וסלקטיביות באכילה ($\alpha = .604$). (טבלה מס' 4)

טבלה מספר 4: טבלת מהימנות פנימית (α Cronbach) לכל תחומי השאלון ולציון הכולל (Total) עבור

שאלון "Mosh-Eat" (N=53)

תחומים	מס פריטים	מהימנות
לעיסה ובליעה	13	.69
יציבה באכילה	7	.80
הימנעות/ מיעוט מאכילה	7	.90
סלקטיביות באכילה	7	.60
אכילה מופרזת	3	.86
תקשורת באכילה	6	.93
התנהגות בארוחה	7	.72
Total	49	.80

מהממצאים שמוצגים בטבלה 3, ניתן להגיד שההשערה הראשונה אוששה ושבוססה מהימנות פנימית

גבוהה לציון הכולל של שאלון ה- "Mosh-Eat" ולכל תחום בנפרד.

4.3.2 תוקף מקביל

לצורך ביסוס תוקף מקביל נבדק הקשר בין שאלון ה- "Mosh-Eat" לשאלון ה- "STEP" כשהשערת המחקר השנייה הייתה "יימצא קשר חזק בין התחומים בשאלון ה- "Mosh-Eat" לבין התחומים בשאלון ה- "STEP" בקרב מבוגרים עם מש"ה. עקב העדר התפלגות נורמאלית של המשתנים לצורך בדיקה זו נעשה שימוש במבחן Spearman (סטטיסטיקה א- פרמטרית).

נמצא קשר חיובי חזק בין תחום "לעיסה ובליעה" בשאלון ה- "Mosh- Eat" ותחום "מיומנויות האכילה" בשאלון ה- "STEP" ($P=.615^{**}$), ותחום "סלקטיביות" בשאלון ה- "STEP" ($P=.685^{**}$).

תחום "יציבה באכילה" בשאלון ה- "Mosh-Eat" נמצא בעל מתאם חיובי בינוני-חזק עם תחום "מיומנויות האכילה" בשאלון ה- "STEP" ($P=.572^{**}$).

תחום "הימנעות/ מיעוט באכילה ודחיית מאכלים" בשאלון ה- "Mosh-Eat" נמצא בעל קשר חיובי חזק עם תחום "דחייה" בשאלון ה- "STEP" ($P=.612^{**}$).

תחום "אכילה מופרזת" בשאלון ה- "Mosh-Eat" נמצא בעל מתאם שלילי בינוני עם תחום "סלקטיביות" משאלון ה- "STEP" ($P=-.334^*$), כך שככל שמדווח על אכילה מופרזת ברמה גבוהה בשאלון ה- "Mosh-Eat" הסלקטיביות משאלון ה- "STEP" היתה יותר נמוכה, ומתאם חיובי בינוני עם תחום "התנהגות בארוחה" משאלון ה- "STEP" ($P=.312^*$), המתייחס לאכילה ממושכת.

בתחום "התקשורת באכילה" בשאלון ה- "Mosh-Eat" נמצא מתאם חיובי (לאחר היופוך הציונים), עם "מיומנויות האכילה" משאלון ה- "STEP" ($P=.463^{**}$), כך שככל שרמת התקשורת הייתה יותר טובה בשאלון ה- "Mosh-Eat", "מיומנויות האכילה" משאלון ה- "STEP" היו טובות יותר, ולבין סעיף "סלקטיביות" משאלון ה- "STEP" ($P=.352^{**}$), כך ככל שרמת התקשורת הייתה יותר טובה בשאלון ה- "Mosh- Eat", נמצאה פחות סלקטיביות באכילה.

בנוסף, קיים מתאם חיובי חזק בין תחום "התנהגות בארוחה" בשאלון ה- "Mosh- Eat" לסעיף "דחייה" בשאלון ה- "STEP" ($P=.512^{**}$), וכן מתאם חיובי חזק בין תחום "התנהגות בארוחה" בשאלון ה- "Mosh-Eat" עם סעיף "מיומנויות האכילה" בשאלון ה- "STEP" ($P=.510^{**}$).

לא נמצאו מתאמים משמעותיים סטטיסטית בין תחום "הסלקטיביות באכילה" בשאלון ה- "Mosh-Eat" לבין תחומים השונים משאלון ה- "STEP". (טבלה מס' 5).

טבלה מספר 5: מתאמים בין תחומי השאלון "Mosh- Eat" עם שאלון "STEP" לבחינת הקשרים

(N=53)

התנהגות בארוחה	תקשורת באכילה	אכילה מופרזת	סלקטיביות באכילה	הימנעות/ דחיית מאכלים	יציבה באכילה	לעיסה ובליעה	Mosh- Eat STEP
.152	.463**	.101	-.192	-.095	.572**	.615**	מיומנויות האכילה
.064	.352**	-.334**	.038	.006	.685**	.685**	סלקטיביות באכילה
.510	.313*	.312*	.200	.232	-.087	-.045	תזונה
.159	.022	-.017	.015	.106	.116	.161	אספירציה
.512**	.225	-.107	.199	.612**	.030	.186	הימנעות

P<.01 ** P<.05 *

ממצאי המחקר מאוששים את השערת המחקר השנייה לפיה שקיימים קשרים חזקים בין חלק

מהתחומים בשאלון ה-"Mosh-Eat" לבין התחומים בשאלון ה-"STEP".

5. דיון

5.1 הקדמה

המחקר הנוכחי היווה נדבך בתיקוף של שאלון העוסק בבעיות אכילה אצל אנשים עם מגבלה שכלית התפתחותית (מש"ה).

אוכלוסיית האנשים עם מש"ה היא אוכלוסייה הטומנת בתוכה בעיות וקשיים מרובים, בעלי השלכות תפקודיות רחבות. לפי ה-5 DSM הקשיים מתחלקים לליקויים בתפקודים אינטלקטואליים וליקויים בתפקודים הסתגולתיים (כגון תפקודי אכילה) (APA, 2013). אכילה היא התנהגות הישרדותית וחיונית לתפקוד האנושי (AOTA, 2016), ומחקרים מעידים כי בעיות אכילה והאכלה נפוצות בקרב אנשים עם מש"ה (Gravestock, 2000; O'Brien et al., 1991; Rezaei et al., 2011).

בעיות האכילה המתוארות בקרב אוכלוסייה זו משפיעות באופן שלילי על ההתפתחות הפיזית, חברתית והחינוכית של אנשים עם מש"ה (Gravestock, 2003), ועלולות להוות אתגרים קשים בהשתתפות במארג החיים, ובמקרים קיצוניים אף להציב את האדם עם מש"ה בסכנת חיים (Gal et al., 2011). לכן, חשיבות רבה מיוחסת לפיתוח תכנית התערבות העוסקת באיתור, מניעה וטיפול בבעיות אכילה אצל אנשים עם מש"ה, כאשר השלב הראשון בהתערבות טיפולית כזו הוא אבחון אכילה מפורט, מותאם לאוכלוסייה, ומבוסס ראיות.

ניתן למצוא קלספיקציות שונות שנבנות לאורך השנים, אשר מטרתן לזהות ולבחון ליקויים בתפקודי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה (Jones, 1982; O'Brien & Whitehouse, 1990), אך לא פותחו כלי אבחון מותאמים לאוכלוסייה, למעט שאלון סינוני יחיד "STEP" (Matson & Kuhn, 2001) אולם הוא לא מפורט ולא מתוקף לשפה העברית.

קיים שאלון יחיד מתוקף בשפה העברית "Aut-Eat" (גל ושות', 2012) אשר בודק בעיות אכילה בקרב ילדים עם ASD. כלי זה היווה בסיס לבניית שאלון "Mosh-Eat" בו נעשה שימוש במחקר הנוכחי. מטרת המחקר הנוכחי היו לבסס את המהימנות הפנימית והתוקף מבנה מקביל של שאלון ה-"Mosh-Eat" בקרב מבוגרים עם מש"ה בינוני-קשה.

5.2 פרופיל בעיות האכילה לפי שאלון ה-"Mosh-Eat"

במחקר הנוכחי התקבל פרופיל אכילה המראה שבעיות אכילה בקרב משתתפי המחקר היו משמעותיות יותר בתחום "הלעיסה והבליעה" ביחס לשאר התחומים, תחום זה עוסק בתפקודי הלעיסה והבליעה אשר כוללים: זמן האכילה, זמן הלעיסה, תפקודי שפתיים בעת לעיסה, ריור, השתנקויות, Rumination, הקאות והתמודדות עם מרקם המזון. ממצאים דומים התקבלו במחקרם של Rezaei ושות' (2011) שנעשה

על 144 נבדקים עם מש"ה בכל הרמות, במטרה לקבוע שכיחות של בעיות אכילה בקרב אוכלוסייה זו בשימוש שאלון ה- "STEP", ונמצא כי בעיות האכילה הנפוצות ביותר היו בתחום מיומנויות האכילה הכולל יכולת לעיסה, השתנקויות, יכולת בליעה וזמן אכילה. במחקר נוסף שבדק תפקודי אכילה בקרב אוכלוסייה של אנשים עם מש"ה קשה (Matson & Kuhn, 2001) בשימוש שאלון ה- "STEP" התקבלו ממצאים דומים של בעיות אכילה נפוצות יותר בתחום מיומנויות האכילה.

בתחום "תקשורת באכילה" התקבל פרופיל אכילה המעיד על קשיים בתקשורת בזמן אכילה בקרב נבדקי המחקר. במחקר הנוכחי השתתפו אנשים עם מש"ה בינוני קשה. אלה מועדים לקשיים תקשורתיים, מאחר והספרות מעידה כי ככל שדרגת החומרה של המש"ה קשה יותר, מיומנויות התקשורת נמוכות יותר (Smith et al., 2020) ואלו בתורן משליכות על תחומי החיים השונים: תעסוקה, חינוך והשתתפות חברתית (Memisevic & Hadzic, 2013), וכפי שנמצא במחקר הנוכחי גם על אכילה.

בתחום "הסלקטיביות באכילה" התקבל הממוצע הנמוך ביותר ביחס לשאר התחומים, תחום זה כולל פריטים של העדפת מזון על פי מרקם, טמפרטורה, צבע, טעם וסדר מסוים. תחום סלקטיביות באכילה נחקר הרבה בעשר שנים האחרונות בקרב אוכלוסיית ילדים ומבוגרים עם ASD, והסלקטיביות מתוארת כבעיית האכילה הנפוצה ביותר בקרב ילדים עם ASD (Sharp et al., 2013), למרות שלכשליש מהילדים עם ASD יש גם מגבלה שכלית התפתחותית (Baio et al., 2018), מעט מאוד מחקרים חקרו את בעיית הסלקטיביות באכילה בקרב אוכלוסיית מש"ה. Bandini ושות' (2019), בדקו במחקרם סלקטיביות באכילה בקרב 56 ילדים עם מש"ה, ביניהם 34 ילדים המאובחנים מש"ה בשילוב ASD, בהשוואה לילדים עם התפתחות תקינה. הסלקטיביות הוגדרה כמורכבת משני תחומים: סירוב למזון ומגוון אוכל מצומצם (Bandini et al., 2010), ממצאי המחקר גילו שהורים לילדים עם מש"ה בשילוב ASD דיווחו על הבדלים מובהקים ורמות גבוהות יותר של סלקטיביות באכילה בשני התחומים סירוב למזון ומגוון האוכל, בהשוואה לילדים עם מש"ה ללא ASD וילדים עם התפתחות תקינה. הורים לילדים עם מש"ה ללא ASD דיווחו על רמות של סלקטיביות בתחומים סירוב למזון ומגוון האוכל, אך לא היו הבדלים מובהקים סטטיסטית בינם לבין הקבוצה של ילדים עם התפתחות תקינה, וזה הצביע על כך שהרמות השונות של סלקטיביות בקרב ילדים עם מש"ה נבעו מנוכחות האבחנה של ASD. ממצאי מחקר זה מחזקים את ממצאי המחקר הנוכחי בו נבדקו אנשים עם מש"ה בלבד (ולא אנשים עם אוטיזם בתפקוד נמוך).

"אכילה מופרזת" מתוארת בספרות כבעיה נפוצה בקרב אוכלוסיית אנשים עם מש"ה (Echeverria & Miltenberger, 2013; May & Catrone, 2021). אולם, במחקר הנוכחי התקבל ממוצע נמוך ביחס לשאר התחומים בתחום אכילה מופרזת בניגוד למתואר בספרות. ניתן להסביר ממצא זה בכך שאוכלוסיית האנשים עם מש"ה אכן נחשבת בסיכון גבוה לעודף משקל והשמנת יתר כפי שמופיע בנתונים

אפידמיולוגיים רבים (Mikulovic et al., 2014, Rimmer & Yamaki, 2006; Stedman & Leland 2010), אבל ייתכן שנפוצה יותר בקרב אנשים עם מש"ה הגרים בקהילה במגורים עצמאיים (Stancliffe et al., 2011), בעת שבמגורים מוסדיים ניתן להשפיע ולשלוט בבעיית האכילה מסוג זה ע"י ביסוס הרגלי אכילה מותאמים יותר (Bartlo & Klein, 2011).

בתחום "התנהגות בארוחה" התקבל ממוצע נמוך במדגם הנוכחי שכלל מבוגרים עם מש"ה בתפקוד בינוני- קשה, אופי בעיות האכילה שונה בהתאם לחומרת הלקות כאשר ילדים עם מש"ה קשה נוטים להראות יותר בעיות אכילה מבוססות קשיים מוטורים כדוגמת דיספגיה, בעוד שאלה עם מש"ה קל נוטים יותר לבעיות התנהגות באכילה (Gal et al., 2011).

5.3 ביסוס מהימנות ותוקף של השאלון

5.3.1 מהימנות פנימית

במסגרת בנייתו של השאלון הנוכחי, נגזרו התחומים השונים מהמאפיינים המתוארים בספרות ובהתבסס על שאלון האכילה "Aut-Eat" (גל ושות' 2012). ההשערה כי תמצא מהימנות פנימית גבוהה בציון הכולל ובכל תחומי השאלון אוששה במסגרת מחקר זה, חמישה מתוך שבעת תחומי השאלון קיבלו מהימנות פנימית גבוהה- גבוהה מאד (יציבה באכילה, הימנעות/ מיעוט באכילה, אכילה מופרזת, תקשורת באכילה והתנהגות בארוחה), לצד מהימנות פנימית בינונית-גבוהה בשני תחומים בשאלון (לעיסה ובליעה וסלקטיביות), בציון הכולל של השאלון התקבלה מהימנות פנימית גבוהה. ממצאים אלו מחזקים את חלוקת השאלון לתחומים שנבחרו.

מחקרים שעסקו בשכיחויות של בעיות אכילה בקרב אוכלוסייה זו הניבו הערכות שיותר מ 30% מכלל האוכלוסייה עם מש"ה סובלים מבעיה או קושי מסוים בתהליך האכילה (Gravestock, 2000., Matson & Kuhn, 2005). ממצאים אלה מאששים את קיומם של כמה דפוסים של בעיות אכילה בקרב אוכלוסייה של אנשים עם מש"ה.

תחום "לעיסה ובליעה" בשאלון ה- "Mosh- Eat" מתייחס לקשיים הנוירו- מוטוריים של שליטה על תנועות ושרירי הפה, להשתנקויות והקאות, ולמרקם המזון אותו יכול להתמודד האדם עם מש"ה. ע"פ סקירה שיטתית של Robertson (2017), 8.1% עד 11.5% מהמבוגרים עם מש"ה מתמודדים עם בעיות אכילה בתחום הלעיסה והבליעה, דיספגיה במיוחד מופיעה בשכיחות גבוהה מאוד בקרב אנשים עם מש"ה ככל שחומרת הלקות הייתה יותר קשה (Chadwick & Jolliffe, 2009; Sheppard et al., 2014). במחקר שכלל 91 ילדים בגילאי 9-4 שנים עם מש"ה בדרגות חומרה שונות, ממצאיו העידו על שכיחות גבוהה של בעיות אכילה מסוג השתנקויות, דיספגיה ובעיות לעיסה בקרב ילדים עם דרגת חומרה קשה (Gal et al., 2011),

הדומה לדרגת חומרת המש"ה של משתתפי המחקר הנוכחי (בינוני- קשה). לאור המתואר בספרות ולפי ממצאי המחקר הנוכחי, קיימת חשיבות רבה להתייחסות לתחום זה בקרב אוכלוסייה עם מש"ה, במיוחד שהשלכות של בעיות אכילה מתחום לעיסה ובליעה מהוות מנבאים מרכזיים לעלייה בתחלואה ותמותה בקרב אוכלוסייה של אנשים עם מש"ה (Manduchi, 2020; Robertson, 2018).

תחום "יציבה באכילה" בשאלון ה- "Mosh- Eat" כולל התייחסות לפן המוטורי והיציבות של החלקים השונים בגוף כגון: ראש, צוואר, גב ותנועות ידיים. מועטה היא ההתייחסות בספרות להשפעה של מבנה ותפקודי הגוף השונים על תפקודי האכילה, אך ידוע שגורמים אנטומיים ופיזיולוגיים שונים מעורבים בתהליך האכילה ומשפיעים על תפקודי האכילה השונות. לכן, על מנת לאפשר לעיסה ובליעה יעילות, על הגוף, הכתפיים והצוואר להיות במנח אופטימלי ולהוות בסיס להאכלה ואכילה תקינים (איכטודוידזון, 2018). טונוס מוגבר או מופחת ידוע כבעיה נוירולוגית שכיחה בקרב אנשים עם מש"ה, במיוחד כשקיימת קומורבידיות עם שיתוק מוחין ותסמונות אחרות (Arvedson, 2013; Girolami & Scotti, 2001; Mostamand & Baharlouei, 2019), וזה עלול לגרום לקושי בשליטה על שרירי ותנועות הצוואר והגב, לקשיים ביציבה של חלקו הפרוקסימאלי של הגוף וכתוצאה מכך גם על השליטה המוטורית של הידיים. תחום "הימנעות/ מיעוט באכילה, דחיית מאכלים" בשאלון ה- "Mosh- Eat" מתייחס לביטויים ההתנהגותיים המופיעים בהקשר של מיעוט באכילה, כגון: דחייה של אוכל באמצעות קולות/ מילים, סגירה של הפה בחוזקה בעת האכלה, יריקות, אכילה של כמויות קטנות, בריחה, ודחיפה של האוכל. בעיות אכילה המקושרות לתחום זה מתוארות לא מעט בספרות בקרב אוכלוסייה של אנשים עם מש"ה (Dekker et al., 2002; Gal et al., 2011; Gravestock, 2000; Matson 2005, 2006). דחיית מאכלים יכולה להיות קשורה לגורמים חיצוניים וגורמים פנימיים. גורם חיצוני כמו האכלה על ידי מישהו אחר מעמיד את המואכל ללא שליטה על קצב האכלה ותאום בין הנשימה ואכילה, האכלה של כמויות בלתי מבוקרות, סדר הצגת המזון, סוג מזון ועוד. אלה עלולים לגרום למצוקה והימנעות או דחיית האוכל. כך גם סביבה לא מתאימה לאכילה, כסביבה המאופיינת בצפיפות, רעש, תאורה בוהקת, או טמפרטורה לא מתאימה בחדר. גם גורמים פנימיים כמו טונוס, מנח, חיך שסוע ואחרים, עלולה לגרום לקשיים באכילה ועקב כך להימנעות ממנה (תדריך האכלה מיטבית, 2017).

ע"פ Matson ושות' (2005), הביטוי ההתנהגותי הראשוני לדחיית מאכלים הינו בריחה, וביטוי זה משוער כקשור לצורך בתשומת לב וקשר (Gal et al., 2011; Girolami & Scotti, 2001). במחקר שבדק שכיחויות של בעיות אכילה מבוססות התנהגות בקרב 311 מבוגרים עם מש"ה, נמצא כי 64.3% מתמודדים עם בעיות התנהגות הקשורות באכילה, כך שההתנהגות של הברחת מזון הייתה השכיחה ביותר (25%)

(Hove, 2007). בספרות חוסר יכולת או סירוב לאכול מזונות מסוימים/ רוב המזונים המוצגים, מקושר לאי עמידה בצריכה הבסיסית ביותר של קלוריות ותלות במשלימים תזונתיים (Williams et al., 2010). "סלקטיביות באכילה" מוגדרת כאכילת מגוון מצומצם של מזונות, ומתייחסת הרבה פעמים לבעיות אכילה שונות, כגון: סלקטיביות לפי מרקם וסוג, אכילת מגוון מצומצם מאוד ואכילה בתדירות נמוכה מאוד (Mari-Bausetet al., 2017; Matson & Fodstad, 2009). בשאלון ה-"Mosh-Eat" ההתייחסות הינה להעדפת מזון ע"פ טעם, מרקם, צבע, טמפרטורה וסדר. במחקרם של Gal ושות' 2011, שעשה שימוש בשאלון "STEP" (Matson & Kuhn, 2001), נמצאה שכיחות של 70% של סלקטיביות באכילה בקרב 91 ילדים עם מש"ה ללא אבחנה של ASD. לעומת זאת, במחקר אחר לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין הסלקטיביות באכילה של ילדים עם מש"ה (ללא אוטיזם) לילדים עם התפחות טיפוסית (Bandini et al., 2019). הממצאים השונים בין שני מחקרים אלה יכולים לנבוע מההגדרה השונה של סלקטיביות בכל אחד מהמחקרים. למשל הפרטים של סלקטיביות בשאלון ה-"Mosh-Eat" מתייחסים בעיקר להיבטים תחושתיים כמו מרקם, צבע וטעם, בעוד ש"STEP" מתייחס גם לסלקטיביות בינאישית, התנהגותית. תחום "אכילה מופרזת" בשאלון ה-"Mosh-Eat" מתייחסת לכמות האכילה, זמן האכילה, דחיסה של מזון ואכילה ללא שליטה. בעית אכילה מסוג זה נפוצה בקרב אוכלוסייה של אנשים עם מש"ה (Echeverria & Miltenberger, 2013; May & Catrone, 2021), ומקושרת לגורמים אנטומיים ופיזיולוגיים ולגורמים התנהגותיים וסביבתיים (Hooren et al., 2002), כך למשל בהופעת תסמונות ביחד עם המגבלה כמו ה-"Prader-Willi syndrome", מוסברים גורמים פיזיולוגיים הגורמים לתיאבון יתר (Holland et al., 1993), בנוסף, יכולת של קבלת החלטות בענייני אכילה ומשקל עלולה להיות לוקה בעקבות היעדר שליטה על הדחף הביולוגי (Holland & Wong, 1999).

תחום "תקשורת באכילה" בשאלון ה-"Mosh-Eat" כולל התייחסות ליכולות תקשורתיות שונות בעת הארוחה כגון: היענות, יזימה, בחירה, פנייה לאחרים, העברת רצונות ואופן התקשורת. בספרות תקשורת כצורך וזכות בסיסיים, כישורי תקשורת הם הכרחיים על מנת ללמוד, לעבוד, ליצור קשרים ולהשתתף בחברה (Brady et al., 2016; Money, 2016). להבדיל מההגדרה של ASD אשר אחד מהקריטריונים שלה הוא לקות בתקשורת (APA, 2013), בהגדרה של מש"ה אין קריטריון אשר מחייב הופעת לקות בתחום זה. עם זאת, ידוע שאנשים עם מש"ה ובמיוחד אלה עם מש"ה קשה מתמודדים עם קשיים תקשורתיים (Rogers et al., 2005). בספרות תוארו קשרים בין תקשורת לבין אכילה כך שבזמן הארוחה, ובאמצע פעולת האכילה וההאכלה נוצרת החלפה של חוויות, שאילת שאלות, העמקת הידע, ושיחות, כלומר, זהו הזמן בו אפשר להשתמש במיומנויות חברתיות קיימות ולפתח אותן יותר (Duncan et al., 1999). מכאן, יש

לייחס חשיבות רבה לתחום התקשורת ולראות בזמן הארוחה הזדמנות לשיפור מיומנויות תקשורתיות שונות.

תחום "התנהגות בארוחה" בשאלון ה- "Mosh- Eat" כולל פריטים המתארים התנהגויות אלימות ותוקפניות בעת אכילה, צרחות, גניבה של אוכל ותופעת ה- "PICA". בתיאום עם המתואר בספרות שם בעיות אכילה המבוססת על רקע התנהגותי כוללות: גניבת אוכל, PICA, בריחה והתנהגויות של פגיעה עצמית (Dekker et al., 2002; Gal et al., 2001; Matson et al., 2006). תסמונת ה- "PICA" מערבת אכילה של דברים אשר באופן טיפיקאלי אינם נחשבים כאכילים ואין להם ערך תזונתי. לדוגמא, שיער, חול ואחרים (National eating disorders association 2023). התסמונת מופיעה ב 25%-9% מהאנשים עם מש"ה לרוב עם דרגת חומרה בינונית- קשה (Matson et al., 2008), על כך קיימת חשיבות רבה לאיתור תופעה זו הקשורה באכילה. השכיחות של בעיית התנהגות מסוג גניבת אוכל מוכחת במחקר שכלל 125 מבוגרים בין הגילאים 16-84 עם מש"ה בתפקוד קשה, כך ששכיחות הופעת הבעיה הייתה 19% מכלל הנבדקים, והיא נגרמת ככל הנראה ועל פי ההסבר מאותו מחקר, עקב דחף פנימי אצל האדם להגיע לאוכל ואין ביכולתו לשלוט בדחף זה, בנוסף לצורך בקשר עם אחרים (Matson et al., 2005).

5.3.2 תוקף מקביל

ממצאי המחקר הנוכחי מבססים את תוקף המבנה המקביל של שאלון ה- "Mosh- Eat", כך שנמצאו קשרים מובהקים בין תחומי השאלון השונים עם הסעיפים השונים של שאלון ה- "STEP" (Matson & Kuhn, 2001), אשר כוללים פריטים שמאתרים ובודקים אותה בעיה/ דפוס התנהגות/ קושי באכילה. בתחום "לעיסה ובליעה" קיימים קשרים מובהקים עם תחום "מיומנויות האכילה" משאלון ה- "STEP". אכן בשני התחומים הללו קיימים פריטים המאתרים קשיים בתחום הלעיסה והבליעה כגון: בולע אוכל ללא לעיסה יעילה, אינו מפגין יכולת בליעה, משתנק/ נחנק בעת אכילה. בנוסף, התקבלו קשרים חזקים בין תחום "לעיסה ובליעה" מ "Mosh-Eat" עם תחום "סלקטיביות באכילה" בשאלון ה- "STEP". קשר זה ניתן להסבירו בהתבסס על מחקרים המעידים כי בקרב אנשים עם מש"ה בכלל ועם מש"ה קשה בפרט, קיימות בעיות אכילה על רקע נוירולוגי כמו טונוס מוגבר או מופחת אשר גורם לקשיים בשליטה על תנועות שרירי הפה, ובכך נפגעות יכולות הלעיסה והבליעה שלהם (Girolami & Scotti, 2001; Manduchi et al., 2020; Matson et al., 2005; Rogers & Arvedson 2005). מה שעלול להביא להשתקויות וחנק (Chadwick et al., 2003; Gravestock, 2000). אכן, סעיף "סלקטיביות באכילה" בשאלון ה "STEP" מתייחס, בין השאר, לסוג המזון (למשל אוכל רק סוגים מסוימים של מזון כמו אורז ופודינג), ולמרקם המזון (למשל אוכל רק מאכלים בעלי מרקמים מסוימים). הקושי בלעיסה ובליעה גורם לצורך להיות

"בררן" באלמנטים מסויימים של המזון, כמו למשל לאכול רק מרקמים מסויימים (טחון, גרוס, אוכל רך) על מנת למנוע אספירציה וסיכון משמעותי לחנק, מה שעשוי לעמוד בבסיס הקשר שנמצא בין הסעיפים הללו.

תחום "יציבה באכילה" בשאלון ה- "Mosh-Eat" אשר מתייחס לתפקוד המוטורי של פלג גוף עליון ותחתון והיציבה בעת אכילה, נמצא בעל קשרים מובהקים עם תחום "מיומנויות האכילה" בשאלון ה- "STEP". תחום זה כולל את הצורך במנח מיוחד בזמן האכילה. הקשר החזק בין שני התחומים מוכיח את חשיבות התפקוד הפיזיקאלי בכלל והיציבה בפרט בקרב אנשים עם מש"ה כמשפיעים המשמעות של קשר זה היא ששיפור השליטה של תנועות הראש והגב הינו חשוב ביותר לצורך אכילה בטיחותית ועצמאית, ואכן הספרות מעידה כי תחום זה מהווה מטרה בסיסית עבור אנשים וילדים עם מוגבלות בינונית- חמורה על מנת לקדם אותם בתחום האכילה וההאכלה (Carlberg & Hadders- Algra, 2005).

במחקר נמצא קשר חזק בין "הימנעות/ מיעוט באכילה ודחיית מאכלים" בשאלון ה- "Mosh-Eat" לתחום "סירוב/ דחיית מאכלים" בשאלון ה- "STEP". למעשה שני הסעיפים הללו דומים מאד במהותם ומתייחסים ליריקת מזון לפני בליעתו, דחיפת/דחיית מזון, ונסיון לעזוב את מקום האכילה. תחום זה נחקר רבות והשכיחות של בעיית אכילה מסוג הימנעות בקרב אנשים עם מש"ה מתוארת לא אחת בספרות (Matson et al, 2006), אכן, Thommessen et al (1991) טוענים כי 30% מהאנשים עם מש"ה מראים סירוב לאכילה ו 19% מהם הם בעלי תיאבון ירוד הקשור בחלקו למוגבלות המורכבת המרובה שלהם. באופן מפתיע, לא נמצאו מתאמים משמעותיים סטטיסטית בין תחום ה- "סלקטיביות באכילה" של שאלון ה- "Mosh-Eat", עם אף אחד מהתחומים השונים משאלון ה- "STEP", כולל סעיף "סלקטיביות" של שאלון זה. הפריטים בתחום הסלקטיביות משאלון ה- "Mosh-Eat" מתייחסים להעדפה של אוכל על פי טעם, מרקם, טמפרטורה, צבע וסדר. פרופיל בעיות האכילה כפי שעולה משאלון "Mosh-Eat" במחקר הנוכחי מעיד שממוצע הקשיים בסלקטיביות באכילה נמוך מאד, ולמעשה אין בעיית אכילה זו, כפי שמוצגת בשאלון מייצגת קושי ניכר בקרב אוכלוסיית המחקר. זאת בניגוד לאוכלוסיית האוטזים, שבבדיקה באמצעות שאלון "Aut-Eat", נמצא כי הסלקטיביות באכילה, הדומה בפרטיה לזו של שאלון "Mosh-Eat", מהווה את בעיית האכילה הנפוצה וקשה ביותר (Sharp et al., 2013). בשאלון ה- "STEP", הפריטים בסעיף הסלקטיביות מתייחסים כמו ב "Mosh-Eat" למרקם, וטמפרטורה, אך גם למקום האכילה, ולמטפל המעורב בתהליך האכילה, חשוב לציין גם, שכאשר מדובר באוכלוסיית מש"ה קשה, הרי שלמטפל הממלא שאלונים מסוג זה, אפשרי להתייחס למדדים התנהגותיים, אבל עלול להיות מאתגר מאד להתייחס למדדים סובייקטיביים כמדדי חוויה חושית. בעוד והבדלים אלה מאפשרים לבסס תוקף מבחן

בין אוכלוסיות, בתחום זה, הרי שיש לבחון האם סעיף זה כפי שמופיע כעת בשאלון ה- "Mosh-Eat" אכן מייצג בעיות המאפיינות אנשים עם מש"ה.

תחום "אכילה מופרזת" בשאלון ה- "Mosh-Eat", נמצא קשור עם תחום "בעיות התנהגות באכילה" משאלון ה- "STEP". אכילה מופרזת מוגדרת כאכילה מתמשכת, אכילה מהירה מדי, חיפוש מתמשך סביב אוכל וגניבת מזון (Danford & Huber, 1981; Reid et al., 1978). בשאלון "STEP" תחומים אלה כוללים גניבת אוכל ואכילה כל עוד האוכל זמין. בדומה, בשאלון "Mosh Eat" התנהגות בארוחה נמצא עם קשרים מובהקים עם תחום דחיית אוכל משאלון ה- "STEP", ממצאים אלה תואמים ממצאי מחקר קודם אשר בו הועלתה ההשערה שבעיות אכילה בקרב אוכלוסייה עם מש"ה נגרמות מדפוסים שונים של התנהגות (Matson et al., 2005), כך למשל בריחה משולחן האוכל נחשבת הן לבעיית התנהגות והן לדפוס התנהגות הקשור לדחייה של מאכלים (Cooper et al., 1995; Girolami & Scotti, 2001; Kern & Marder, 1996).

לבסוף, בתחום "תקשורת באכילה" בשאלון ה- "Mosh-Eat" נמצאו קשרים עם תחום מיומנויות האכילה משאלון ה- "STEP", כך ככל שרמת התקשורת הייתה יותר נמוכה, מיומנויות האכילה היו פחות טובות. אכן, בבסיס ההגדרה של מש"ה קשה נכללים קשיים משמעותיים בתקשורת הבין אישית (Lynch et al., 1997), מה שעשוי לבוא לידי ביטוי במגוון מיומנויות כולל ותפקודי יום יום כולל אכילה.

5.4 סיכום

המחקר הנוכחי עסק בהתאמה של שאלון אכילה מותאם לאנשים עם מש"ה- "Mosh-Eat", ומהווה נדבך ראשון בביסוס הראיות והמהימנות הפנימית והתוקף מקביל של השאלון. במחקר תואר פרופיל ייחודי של בעיות האכילה של אנשים עם מש"ה. בנוסף, נמצאה מהימנות פנימית גבוהה של שאלון ה- "Mosh-Eat" בציון הכולל ובכל תחומי השאלון.

בבדיקת תוקף מקביל של השאלון נמצא כי קיימים קשרים מובהקים בתחומי השאלון השונים עם תחומי שאלון ה- "STEP" (Matson & Kuhn, 2001), אשר מהווה כלי סינוני לבדיקת בעיות אכילה בקרב אנשים עם מש"ה.

ממצאים אלה מעידים על הפוטנציאל של שאלון "Mosh-Eat" לזהות מגוון של בעיות בתחום האכילה בקרב אנשים עם מש"ה, באופן מהימן ותקף, דבר המאפשר שימוש בכלי לצורך אבחון של בעיות אכילה בקרב אוכלוסייה זו.

השימוש בכלי "Mosh-Eat" עשוי לקדם ולאפשר העמקה קלינית ומחקרית של תחום האכילה בקרב אנשים עם מש"ה, ובכך לסייע בפיתוח וקידום התערבויות טיפוליות לצורך שיפור התפקוד בתחום, מה שעשוי לשפר את איכות חייהם של אנשים עם מש"ה ולמנוע סיבוכים רפואיים וסכנת חיים.

5.5 מגבלות המחקר וכיווני מחקר עתידי

במחקר הנוכחי השתתפו 53 אנשים עם מש"ה בינוני-קשה בגילאי 20-63. מכאן, את ממצאי המחקר ניתן יהיה להכליל על אוכלוסייה עם דרגת חומרה כזו ובגילאים אלה בלבד. זוהי גרסתו הראשונה של הכלי "Mosh-Eat", שהוא מפורט מאד, נמצא כמספק אינפורמציה רחבה מחד, ומאידך, אורכו עלול להשפיע על רצון המטפלים לעשות בו שימוש.

בהיות מחקר זה מחקר ראשון הבודק את שאלון ה-"Mosh-Eat", עם מדגם קטן יחסית, מומלץ להמשיך ולבסס המהימנות והתוקף של השאלון, עם מדגם רחב יותר של מבוגרים וילדים עם מש"ה בכל הרמות, על מנת לאשר את חלוקת השאלון הנוכחי ולעשות בו שימוש גם בקרב ילדים, וכן בקרב אנשים עם מש"ה קל.

מחקר זה בא לבסס את המהימנות והתוקף של "Mosh-Eat". מומלץ, במחקרי המשך, לעשות בכלי גם שימוש מחקרי כדי לבדוק קשרים בין בעיות האכילה של אנשים עם מש"ה לבין מגוון משתנים תפקודיים שלהם.

5.6 פורום/רשימת אנשי מקצוע להצגת תוצאות המחקר : מגוון אנשים מקצוע העובדים עם

אנשים עם מש"ה : אנשי חינוך, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק, מטפלים.

5.7 השלכות יישומיות של המחקר :

מחקר זה בא לפתח ולתקף שאלון שמטרתו זיהוי בעיות אכילה של אנשים עם מש"ה. תיקוף השאלון וביסוס מהימנותו מהווים אבני דרך לשימוש בכלי עם אנשים עם מש"ה בתפקוד בינוני ונמוך. הכלי עשוי לזהות מגוון בעיות אכילה, ובכך להוות בסיס להתערבות לצורך שיפור קשיי אכילה של אנשים עם מש"ה.

ביבליוגרפיה

- איכט, מ' ו-דוידזון, ר' (2018). הקשר בין תפקודי הפה לבין תנוחה ויציבת הגוף. בתוך: הפרעות היגוי בשפה העברית: סוגיות תיאורטיות והשלכות קליניות, טובול-לביא, ג. ו- פוטר-כ"ץ, (עורכות). הוצאת קרית אונו.
- גל, ע., גל ר. (2012). פיתוח ותיקוף שאלון "הרגלי ובעיות אכילה" לילדים בספקטרום האוטיסטי. (עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך בריפוי בעיסוק). אוניברסיטת חיפה.
- כל זכות. עודכן לאחרונה ב- 06.10.2021. נדלה בתאריך 18.11.2021 מתוך: [מוגבלות שכלית התפתחותית – כל-זכות \(kolzchut.org.il\)](http://kolzchut.org.il).
- סקירת השירותים החברתיים, עודכן לאחרונה בשנת 2014. נדלה בתאריך 18.11.2021 מתוך: <https://www.molsa.gov.il/Populations/Disabilities/MentalRetardation/IntellectualDisabilities/StatisticalData/Pages/StatisticalData.aspx>
- שרון-יאירי, ו., כהן, מ. (2012). תכנית התערבות המערבת פעילות עם צמחים, לילדים עם מוגבלות שכלית ומוגבלת ניידות תיאור מקרה. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק* (21). 240-231.
- תדריך האכלה מיטבית (יוני, 2017), קרן שלם ומשרד הרווחה והביטחון החברתי.
- Ahearn, W. H. (2002). Effect of two methods of introducing foods during feeding treatment on acceptance of previously rejected items. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs*, 17(3), 111-127.
- Ali, Z. (2001). Pica in people with intellectual disability: A literature review of aetiology, epidemiology and complications. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 2(3), 205-215.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2023). <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anglesea, M. M., Hoch, H., & Taylor, B. A. (2008). Reducing rapid eating in teenagers with autism: Use of a pager prompt. *Journal of applied behavior analysis*, 41(1), 107-111.
- Arvedson, J. C. (2013). Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties. *European journal of clinical nutrition*, 67(2), S9-S12.

- Arvedson, J. C., Brodsky, L., & Lefton-Greif, M. A. (Eds.). (2019). *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management*. Plural Publishing.
- Azrin, N.H., Kellen, M. J., Brooks, J., Ehle, C., & Vinas, V. (2008) Relationship between rate of eating and degree of satiation. *Child and Family Behavior Therapy*. 30(4), 355-364.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., ... & Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(6), 1.
- Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E. W., Scampini, R., ... & Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of pediatrics*, 157(2), 259-264.
- Bandini, L. G., Curtin, C., Eliasziw, M., Phillips, S., Jay, L., Maslin, M., & Must, A. (2019). Food selectivity in a diverse sample of young children with and without intellectual disabilities. *Appetite*, 133, 433-440.
- Bartlo, P., & Klein, P. J. (2011). Physical activity benefits and needs in adults with intellectual disabilities: Systematic review of the literature. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 116(3), 220-232.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.
- Beckung, E., Steffenburg, U., & Uvebrant, P. (1997). Motor and sensory dysfunctions in children with mental retardation and epilepsy. *Seizure*, 6(1), 43-50.
- Bosma, J. F. (1986). Development of feeding. *Clinical nutrition (USA)*.
- Brady, N. C., Bruce, S., Goldman, A., Erickson, K., Mineo, B., Ogletree, B. T., ... & Wilkinson, K. (2016). Communication services and supports for individuals with severe disabilities: Guidance for assessment and intervention. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 121(2), 121-138.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98-111.

- Carlberg, E. B., & Hadders-Algra, M. (2005). Postural dysfunction in children with cerebral palsy: some implications for therapeutic guidance. *Neural plasticity*, *12*(2-3), 221-228.
- Cavallini, A., Provenzi, L., Scotto Di Minico, G., Sacchi, D., Gavazzi, L., Amorelli, V., & Borgatti, R. (2019). Functional Evaluation of Eating Difficulties Scale to predict oral motor skills in infants with neurodevelopmental disorders: a longitudinal study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *61*(7), 813-819.
- Chadwick, D. D., & Jolliffe, J. (2009). A descriptive investigation of dysphagia in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *53*(1), 29-43.
- Chadwick, D. D., Jolliffe, J., & Goldbart, J. (2003). Adherence to eating and drinking guidelines for adults with intellectual disabilities and dysphagia. *American journal on mental retardation*, *108*(3), 202-211.
- Chatoor, I (1998). Diagnostic Criteria for Feeding Problems. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37* (11), 1217-1224.
- Clark, G. F., Avery-Smith, W., Wolf, L. S., Anthony, P., Holm, S. E., Hertfelder, S. D., & Youngstrom, M. J. (2003). Specialized knowledge and skills in eating and feeding for occupational therapy practice. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, *57*(6), 660.
- Cooper, L. J., Wacker, D. P., McComas, J. J., Brown, K., Peck, S. M., Richman, D. & Millard, T. (1995). Use of component analyses to identify active variables in treatment packages for children with feeding disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *28*(2), 139-153.
- Cox, M. S., Susanne Holm, M. S., Lynch, A. K., & Schuberth, L. M. (2007). Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, *61*(6), 686.
- Curtin, C., Hubbard, K., Anderson, S. E., Mick, E., Must, A., & Bandini, L. G. (2015). Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with and without autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *45*(10), 3308-3315.
- Dag, M., Svanelöv, E., & Gustafsson, C. (2017). Experiences of using Bestic, an eating aid for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, *21*(1), 87-98.

- Daily, D. K., Ardinger, H. H., & Holmes, G. E. (2000). Identification and evaluation of mental retardation. *American family physician, 61*(4), 1059-1067.
- Danford, D. E., & Huber, A. M. (1981). Eating dysfunctions in an institutionalized mentally retarded population. *Appetite, 2*(4), 281-292.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. V. D., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(8), 1087-1098.
- De Moor, J., Didden, R., & Korzilius, H. P. L. M. (2007). Behavioural treatment of severe food refusal in five toddlers with developmental disabilities. *Child: care, health and development, 33*(6), 670-676.
- Dodds, W. J., Stewart, E. T., & Logemann, J. A. (1990). Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal phases of swallowing. *AJR. American journal of roentgenology, 154*(5), 953-963.
- Duncan, D., Matson, J. L., Bamburg, J. W., Cherry, K. E., & Buckley, T. (1999). *The relationship of self-injurious behavior and aggression to social skills in persons with severe and profound learning disability*. Research in Developmental Disabilities, 20, 441–448. doi: 10.1016/S0891-4222(99)00024-4.
- Echeverria, F. (2011). Reducing Rapid Eating in Adults with an Intellectual Disability.
- Echeverria, F., & Miltenberger, R. G. (2013). Reducing rapid eating in adults with intellectual disabilities. *Behavioral Interventions, 28*(2), 131-142.
- Equit, M., Pålme, M., Becker, N., Moritz, A. M., Becker, S., & von Gontard, A. (2013). Eating problems in young children—a population-based study. *Acta Paediatrica, 102*(2), 149-155.
- Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.). (2005). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Guilford Press.
- Fisher, A. G., Murray, E. A., & Bundy, A. C. (Eds.). (1991). *Sensory integration: Theory and practice*. FA Davis Company.
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., & Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in

- children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health, 55*(1), 49-52.
- Gal, E., Hardal-Nasser, R., & Engel-Yeger, B. (2011). The relationship between the severity of eating problems and intellectual developmental deficit level. *Research in developmental disabilities, 32*(5), 1464-1469.
- Girolami, P. A., & Scotti, J. R. (2001). Use of analog functional analysis in assessing the function of mealtime behavior problems. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 207-223*.
- Gorman, P. A. (1996). Sensory dysfunction in dual diagnosis: Mental retardation/mental illness and autism. *Occupational Therapy in Mental Health, 13*(1), 3-22.
- Gravestock, S. (2000). Eating disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 44*(6), 625-637.
- Gravestock, S. (2003). Diagnosis and classification of eating disorders in adults with intellectual disability: the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) approach. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 72-83.
- Havercamp, S. M., & Scott, H. M. (2015). National health surveillance of adults with disabilities, adults with intellectual and developmental disabilities, and adults with no disabilities. *Disability and health journal, 8*(2), 165-172.
- Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current opinion in psychiatry, 30*(6), 423.
- Hoek, H. W., Treasure, J., & Katzman, M. A. (Eds.). (1998). *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (Vol. 4). John Wiley & Sons.
- Holland, A. J., Treasure, J., Coskeran, P., Dallow, J., Milton, N., & Hillhouse, E. (1993). Measurement of excessive appetite and metabolic changes in Prader-Willi syndrome. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity, 17*(9), 527-532.
- Holland, A. J., & Wong, J. (1999). Genetically determined obesity in Prader-Willi syndrome: the ethics and legality of treatment. *Journal of medical ethics, 25*(3), 230-236.

- Hooren, R. V., Widdershoven, G. A. M., Borne, H. V. D., & Curfs, L. M. G. (2002). Autonomy and intellectual disability: the case of prevention of obesity in Prader–Willi syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(7), 560-568.
- Hove, O. (2007). Survey on dysfunctional eating behavior in adult persons with intellectual disability living in the community. *Research in developmental disabilities, 28*(1), 1-8.
- Hove, O. (2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in developmental disabilities, 25*(1), 9-17.
- Iwase, S., Bérubé, N. G., Zhou, Z., Kasri, N. N., Battaglioli, E., Scandaglia, M., & Barco, A. (2017). Epigenetic etiology of intellectual disability. *Journal of Neuroscience, 37*(45), 10773-10782.
- Janicki, M. P., Davidson, P. W., Henderson, C. M., McCallion, P., Taets, J. D., Force, L. T., ... & Ladrikan, P. M. (2002). Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(4), 287-298.
- Jones, T. W. (1982). Treatment of behavior-related eating problems in retarded students: a review of the literature. *Monographs of the American Association on Mental Deficiency (1982), (5), 3-26.*
- Kedesdy, J. H., & Budd, K. S. (1998). *Childhood feeding disorders: Biobehavioral assessment and intervention*. Paul H Brookes Publishing.
- Kern, L., & Marder, T. J. (1996). A comparison of simultaneous and delayed reinforcement as treatments for food selectivity. *Journal of Applied Behavior Analysis, 29*(2), 243-246.
- Kerwin, M. E., Ahearn, W. H., Eicher, P. S., & Burd, D. M. (1995). The costs of eating: A behavioral economic analysis of food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis, 28*(3), 245-260.
- Kodak, T., & Piazza, C. C. (2008). Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 17*(4), 887-905.
- Kuhn, D. E., & Matson, J. L. (2002). A validity study of the Screening Tool of Feeding Problems (STEP). *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*(3), 161-167.

- Laud, R. B. (2003). The relationship of feeding problems with the use of antiepileptic medication among persons with severe and profound mental retardation.
- Lee, L. C., Harrington, R. A., Chang, J. J., & Connors, S. L. (2008). Increased risk of injury in children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities, 29*(3), 247-255.
- Lynch, P. S., Kellow, J. T., & Willson, V. L. (1997). The impact of deinstitutionalization on the adaptive behavior of adults with mental retardation: A meta-analysis. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 255-261*.
- Manduchi, B., Fainman, G. M., & Walshe, M. (2020). Interventions for feeding and swallowing disorders in adults with intellectual disability: A systematic review of the evidence. *Dysphagia, 35*(2), 207-219.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*(1), 112-117.
- Marí-Bauset, S., Llopis-González, A., Zazpe, I., Marí-Sanchis, A., & Morales Suarez-Varela, M. (2017). Comparison of nutritional status between children with autism spectrum disorder and typically developing children in the Mediterranean Region (Valencia, Spain). *Autism, 21*(3), 310-322.
- Matson, J. L., Cooper, C. L., Mayville, S. B., & González, M. L. (2006). The relationship between food refusal and social skills in persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 31*(1), 47-52.
- Matson, J. L., & Fodstad, J. C. (2009). The treatment of food selectivity and other feeding problems in children with autism spectrum disorders. *Research in autism spectrum disorders, 3*(2), 455-461.
- Matson, J. L., & Kuhn, D. E. (2001). Identifying feeding problems in mentally retarded persons: Development and reliability of the screening tool of feeding problems (STEP). *Research in Developmental Disabilities, 22*(2), 165-172.

- Matson, J. L., Mayville, S. B., Kuhn, D. E., Sturmey, P., Laud, R., & Cooper, C. (2005). The behavioral function of feeding problems as assessed by the questions about behavioral function (QABF). *Research in Developmental Disabilities, 26*(4), 399-408.
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities, 30*(6), 1107-1114.
- Matson, J. L., Smiroldo, B. B., Hamilton, M., & Baglio, C. S. (1997). Do anxiety disorders exist in persons with severe and profound mental retardation?. *Research in Developmental Disabilities, 18*(1), 39-44.
- May, B. K., & Catrone, R. (2021). Reducing rapid eating in adults with Down syndrome: Using token reinforcement to increase interresponse time between bites. *Behavior Analysis: Research and Practice.*
- Mayes, S. D., Humphrey II, F. J., Handford, H. A., & Mitchell, J. F. (1988). Rumination disorder: differential diagnosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27*(3), 300-302.
- McKenzie, K., Milton, M., Smith, G., & Ouellette-Kuntz, H. (2016). Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues. *Current Developmental Disorders Reports, 3*(2), 104-115.
- Memisevic, H., & Hadzic, S. (2013). Speech and language disorders in children with intellectual disability in Bosnia and Herzegovina. *Disability, CBR & Inclusive Development, 24*(2), 92-99.
- Mikulovic, J., Vanhelst, J., Salleron, J., Marcellini, A., Compte, R., Fardy, P. S., & Bui-Xuan, G. (2014). Overweight in intellectually-disabled population: Physical, behavioral and psychological characteristics. *Research in developmental disabilities, 35*(1), 153-161.
- Miller, A. J. (1986). Neurophysiological basis of swallowing. *Dysphagia, 1*(2), 91.
- Money, D. (2016). Inclusive communication and the role of speech and language therapy royal college of speech and language therapists position paper. *RCSLT. Retrieved February, 23, 2019.*

- Mostamand, J., & Baharlouei, H. (2019). Physical Activity in People with Intellectual Disability: A Narrative Review. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, *14*(5), 311-317.
- National eating disorders association, NEDA, (2023).
<https://www.nationaleatingdisorders.org/>.
- O'Brien, S., Repp, A. C., Williams, G. E., & Christophersen, E. R. (1991). Pediatric feeding disorders. *Behavior Modification*, *15*(3), 394-418.
- O'Brien, G., & Whitehouse, A. M. (1990). A psychiatric study of deviant eating behaviour among mentally handicapped adults. *The British Journal of Psychiatry*, *157*(2), 281-284.
- O'Sullivan, N. (1995). *Dysphagia Care: Team Approach: with Acute and Long -Term Patients*. Cottage Square.
- Otsuka, R., Tamakoshi, K., Yatsuya, H., Murata, C., Sekiya, A., Wada, K., Zhang, H.M., Matsushita, K., Sugiura, K., Takefuji, S., OuYang, P., Nagasawa, N., Kondo, T., Sasaki, S., & Toyoshima, H. (2006). Eating fast leads to obesity: findings based on self-administered questionnaires among middle-aged Japanese men and women. *Journal of Epidemiology*, *16*(3), 117-24.
- Pratt, H. D., & Greydanus, D. E. (2007). Intellectual disability (mental retardation) in children and adolescents. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, *34*(2), 375-386.
- Råstam, M., & Gillberg, C. (1992). Background factors in anorexia nervosa. *European child & adolescent psychiatry*, *1*(1), 54-65.
- Ravel, A., Mircher, C., Rebillat, A. S., Cieuta-Walti, C., & Megarbane, A. (2020). Feeding problems and gastrointestinal diseases in Down syndrome. *Archives de Pédiatrie*, *27*(1), 53-60.
- Reid, A. H., Ballinger, B. R., & Heather, B. B. (1978). Behavioural syndromes identified by cluster analysis in a sample of 100 severely and profoundly retarded adults. *Psychological Medicine*, *8*(3), 399-412.
- Rezaei, M., Rashedi, V., Gharib, M., & Lotfi, G. (2011). Prevalence of feeding problems in children with intellectual disability. *Iranian Rehabilitation Journal*, *9*(3), 56-59.

- Rimmer, J. H., & Yamaki, K. (2006). Obesity and intellectual disability. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews, 12*(1), 22-27.
- Robertson, J., Chadwick, D., Baines, S., Emerson, E., & Hatton, C. (2018). People with intellectual disabilities and dysphagia. *Disability and rehabilitation, 40*(11), 1345-1360.
- Robertson, J., Chadwick, D., Baines, S., Emerson, E., & Hatton, C. (2017). Prevalence of dysphagia in people with intellectual disability: a systematic review. *Intellectual and developmental disabilities, 55*(6), 377-391.
- Rogers, B., & Arvedson, J. (2005). Assessment of infant oral sensorimotor and swallowing function. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews, 11*(1), 74-82.
- Rogers, B., Stratton, P., Victor, J., Kennedy, B., & Andres, M. (1992). Chronic regurgitation among persons with mental retardation: a need for combined medical and interdisciplinary strategies. *American Journal on Mental Retardation*.
- Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., Nuhu, N. N., Marvel, E., Saulnier, C. A., ... & Jaquess, D. L. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of autism and developmental disorders, 43*(9), 2159-2173.
- Sheppard, J. J. (2006). 10 Developmental Disability and Swallowing Disorders in Adults. *Foundation, Theory and Practice, 299*.
- Sheppard, J. J., Hochman, R., & Baer, C. (2014). The dysphagia disorder survey: validation of an assessment for swallowing and feeding function in developmental disability. *Research in developmental disabilities, 35*(5), 929-942.
- Shevell, M. (2008). Global developmental delay and mental retardation or intellectual disability: conceptualization, evaluation, and etiology. *Pediatric Clinics of North America, 55*(5), 1071-1084.
- Smith, M., Manduchi, B., Burke, É., Carroll, R., McCallion, P., & McCarron, M. (2020). Communication difficulties in adults with Intellectual Disability: Results from a national cross-sectional study. *Research in developmental disabilities, 97*, 103557.

- Solomon, J. W., & O'Brien, J. C. (2015). *Pediatric Skills for Occupational Therapy Assistants—E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Stancliffe, R. J., Lakin, K. C., Larson, S., Engler, J., Bershinsky, J., Taub, S., ... & Ticha, R. (2011). Overweight and obesity among adults with intellectual disabilities who use intellectual disability/developmental disability services in 20 US States. *American journal on intellectual and developmental disabilities, 116*(6), 401-418.
- Stedman, K. V., & Leland Jr, L. S. (2010). Obesity and intellectual disability in New Zealand. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 35*(2), 112-115.
- Thommessen, M., Heiberg, A., Kase, B. F., Larsen, S., & Riis, G. (1991). Feeding problems, height and weight in different groups of disabled children. *Acta Paediatrica, 80*(5), 527-533.
- Vuijk, P. J., Hartman, E., Scherder, E., & Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of intellectual disability research, 54*(11), 955-965.
- West, J. F. (2004). Oral sensory influences on eating and swallowing in the neurogenic population. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 20*(2), 135-138.
- Whinnery, S. B., & Whinnery, K. W. (2012). Effects of Increased Mobility Skills on Meaningful Life Participation for an Adult with Severe Multiple Disabilities. *Physical disabilities: Education and related services, 31*(1), 27-40.
- Williams, P. G., Dalrymple, N., & Neal, J. (2000). Eating habits of children with autism. *Pediatric nursing, 24*(3), 259.
- Zero to Three (Organization). DC, & 0-3R Revision Task Force. (2005). *DC: 0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Zero to Three.
- Zucker, N. L., & Losh, M. (2008). Repetitive behaviours in anorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatry, 74*, 183-187.

Mosh-Eat Questionnaire

שאלון הרגלי אכילה מש"ה

שאלון זה פותח ע"י החוקרות: פרופ' עינת גל מאוניברסיטת חיפה, ודר' נעמי פרזינברג, דר' אלה בין ודר' גילה טובול מהקריה האקדמית אונו (2020), בשיתוף פעולה עם קרן שלם, ומשרד הרווחה והביטחון החברתי.

הקדמה

שלום רב,

השאלון מתייחס להרגלי האכילה של אנשים עם מגבלה שכלית התפתחותית (מש"ה)

הוא כולל שני חלקים:

א. חלק של פרטים אישיים ומידע כללי לגבי הרגלי אכילה.

ב. שבע טבלאות המכילות סה"כ 51 פריטים, בהן עליכם לסמן את התשובה המתאימה ביותר.

אנא קראו היטב את השאלון. לאחר מכן צפו כמה ימים באדם עליו ימולא השאלון בזמן הארוחה.

רק אז, מלאו את חלקי השאלון השונים לפי ההוראות המצורפות, והקפידו למלא את כל פרטיו. במידה ויהיו

לכם שאלות לא ברורות, אנא בקשו הבהרה מהבודק. באם אינכם יכולים לענות על שאלה אנא הסבירו מדוע

ב"הערות".

*השאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות ומיועד לשני המגדרים כאחד

1. למילוי על ידי גורם רפואי:

שם ממלא השאלון: _____

תפקיד ממלא השאלון: _____

תאריך: ____ / ____ / ____

משקל: _____ גובה: _____

אבחנה: מש"ה קל מש"ה קל-בינוני מש"ה בינוני מש"ה בינוני-קשה מש"ה קשה

אבחנה נוספת? (קומורבידיות) _____

האם הנבדק סובל מרפלקס/ עצירות/ שלשולים/ הקאות כרוניים? כן לא

אם כן, פרט _____

האם לנבדק יש אלרגיות או רגישויות למאכלים מסויימים? (חלב, גלוטן, בוטנים....) כן לא אם כן, אנא פרט:

האם לנבדק יש תסמונות ידועות הקשורות לאכילה? כמו PICA? Prader Willi? אחרות?

2. למילוי על ידי מטפל

שם ממלא השאלון: _____

תפקיד ממלא השאלון: _____

תאריך: ____ / ____ / ____

פרטים אישיים

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

תאריך לידה: ____ / ____ / ____

מגדר: זכר נקבה

ארץ לידה: _____

שנת עליה: _____

מסגרת: _____

עצמאות באכילה

האם מקבל השרות שותה באופן עצמאי מכוס? כן לא באופן חלקי פרט: _____

זקוק לאביזרי עזר לשתייה (לדוגמא, כוס מותאמת) כן לא אם כן, איזה? _____

האם מקבל השרות אוכל באופן עצמאי? כן לא באופן חלקי פרט: _____

אם כן, האם מקבל השרות מבצע את הפעולות הבאות באופן עצמאי:

שימוש בכף/כפית כן לא שימוש במזלג כן לא שימוש בסכין כן לא לא רלוונטי

זקוק לאביזרי עזר לאכילה (לדוגמא, סכום עם עיבוי הידית) כן לא אם כן,

איזה? _____

על מה יושב מקבל השירות בזמן הארוחה?

על כסא רגיל "כמו של כולם"

על כסא מותאם לצרכיו

על כסא גלגלים

האם הוא זקוק לתמיכת גו וראש? כן לא תאר _____

כמה זמן בערך לוקח למקבל השרות לאכול ארוחת צהריים? _____ דק'

הוראות למילוי הטבלאות:

עבור כל אחד מהפריטים ציין באיזו מידה הוא משקף הרגל או קושי של מקבל השרות.

העזר בדירוג הבא על מנת לקבוע את הציון של כל פריט:

5- רבה מאוד: הרגל או קושי המתרחש 90% מהזמן.

4- רבה: הרגל או קושי המתרחש 75% מהזמן.

3- בינונית: הרגל או קושי המתרחש 50% מהזמן.

2- מועטה: הרגל או קושי המתרחש 25% מהזמן.

1- מועטה מאוד: הרגל או קושי המתרחש 10% מהזמן.

0- לעולם לא: הרגל או קושי שאינו קיים אצל הנבדק

א.לעיסה ובליעה

פריט	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינונית - 3 -	מועטה ה - 2 -	מועטה מאוד ה - 1 -	לעולם לא - 0 -	לא רלוונטי
1 אוכל במשך זמן רב (יותר מ 10 דק' אחרי שאחרים סיימו)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 לועס במשך זמן רב עד לבליעה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 בולע האוכל ללא לעיסה יעילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 מסרב לאכול אוכל קשה ללעיסה אופן הסירוב: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 מוצץ את האוכל במקום ללעוס (עם או בלי בליעה)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 מתקשה בנגיסה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 לא סוגר שפתיים בשעת לעיסה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 מרייר בשעת הארוחה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

לא רלוונטי	לעולם לא - 0 -	מועט מאוד - 1 -	מועט ה - 2 -	בינוני ת - 3 -	רבה - 4 -	רבה מאוד - 5 -	פריט	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אוכל רק סוגי מזון רכים/ מעוכים (למשל, אורז, פודינג).	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אוכל רק מזונות נוזליים	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	משתנק/ נחנק בזמן הארוחה	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לאחר שבולע האוכל, מעלה אותו לחלל הפה ובולע שוב (rumination)	12

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מקיא בזמן הארוחה או מיד אחריה	1 3
							*סה"כ =	
							*ציון סה"כ קשיי לעיסה ובליעה =	

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי לעיסה ובליעה: _____

ב. יציבה באכילה

לא רלוונטי	לעולם לא - 0 -	מועטה מאוד - 1 -	מועטה ה - 2 -	בינוני ת - 3 -	רבה - 4 -	רבה מאוד - 5 -	פריט	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	זקוק למשענת גב באכילה	14
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	זקוק למשענת ראש באכילה	15

פריט	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינונית - 3 -	מועטה - 2 -	מועטה מאוד - 1 -	לעולם לא - 0 -	לא רלוונטי
16 מתקשה לשמור על מנח ראש ישר ויציב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 הכתפיים שמוטות קדימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 מתקשה להזיז את הידיים בזמן האכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 מתקשה להזיז את הראש בזמן האכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 "מחליק" בכיסא בזמן האכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*סה"כ							
*ציון סה"כ יציבה בארוחה							

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי יציבה באכילה: _____

ג. הימנעות/מיעוט מאכילה, דחיית מאכלים

פריט	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינונית - 3 -	מועטה - 2 -	מועטה מאוד - 1 -	לעולם לא - 0 -
21 סוגר פיו בחוזקה כאשר מקרבים אליו את האוכל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 דוחה את האוכל באמצעות קולות/מילים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 מפנה את פניו או גופו מהאוכל/דוחף את האוכל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

לעולם לא - 0 -	מועטה מאוד - 1 -	מועטה - 2 -	בינונית - 3 -	רבה - 4 -	רבה מאוד - 5 -	פריט	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יורק את האוכל לפני בליעתו	24
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אוכל כמויות קטנות במיוחד	25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קם והולך באמצע הארוחה	26
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אינו מסיים את הארוחה	27
						= *סה"כ	
						= *ציון סה"כ הימנעות מאכילה	

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי הימנעות מאכילה:

ד. סלקטיביות באכילה

לא רלוונט '	לעולם לא - 0 -	מועטה מאוד - 1 -	מועטה - 2 -	בינונית - 3 -	רבה - 4 -	רבה מאוד - 5 -	פריט	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מסכים לאכול/ לשתות דברים מסוימים בלבד	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מעדיף אותם מאכלים בכל ארוחה	29
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מסכים לאכול רק מאכלים בעלי מרקם מסוים (רק דברים רכים, רק דברים קשים)	30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מסכים לאכול רק מאכלים בצבעים מסוימים	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נמנע מטעמים מסוימים(מתוק, חמוץ...)	32
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מסכים לאכול מאכלים רק כשהם בטמפרטורה מסוימת	33
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מסכים לאכול/ לשתות פריטים בארוחה רק בסדר קבוע	34
							= *סה"כ	

פריט	רבה מאוד	רבה	בינונית	מועטה	מועטה מאוד	לעולם לא	לא רלוונט
	- 5 -	- 4 -	- 3 -	- 2 -	- 1 -	- 0 -	
*ציון סה"כ סלקטיביות באכילה =							

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי סלקטיביות באכילה: _____

ה. אכילה מופרזת

פריט	רבה מאוד	רבה	בינונית	מועטה	מועטה מאוד	לעולם לא	לא רלוונט
	- 5 -	- 4 -	- 3 -	- 2 -	- 1 -	- 0 -	
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*סה"כ =							
*ציון סה"כ אכילה מופרזת =							

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי אכילה מופרזת: _____

ו. תקשורת באכילה

אנא ציינו בטור השמאלי באיזו דרך מתקשר המתבגר- האם משתמש במילים כדי להעביר את כוונותיו, בווקאליזציה ללא מילים (בכי, צעקה), בהצבעה או ג'סטות, על ידי קשר עין, או בעזרת תקשורת תומכת וחליפית-תת"ח (מחשב תקשורת, תמונות, מילים, אותיות, שפת סימנים).

לא רלוונטי	לעול ם לא - 0 -	מועטה מאוד - 1 -	מועטה - 2 -	בינונית - 3 -	רבה - 4 -	רבה מאוד - 5 -	פריט	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נענה לבקשות איש הצוות/מאכיל	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יזום תקשורת עם איש הצוות/מאכיל	39
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בוחר מתוך מאכלים שמוצגים לו	40
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מבקש אוכל/שתיה	42 41
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פונה לחבריו לשולחן	42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מעביר את רצונותיו באופן מובן למאזין בזמן האכילה	43
							*סה"כ	
							*ציון סה"כ תקשורת באכילה =	

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי תקשורת באכילה ובפרט אופן התקשורת:

ז. התנהגות בארוחה

לעולם לא - 0 -	מועטה מאוד - 1 -	מועטה - 2 -	בינונית - 3 -	רבה - 4 -	רבה מאוד - 5 -	פריט	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אגרסיבי לאחרים במהלך הארוחה	45 44
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מפריע במהלך הארוחה	45
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בוכה או צורח במהלך הארוחה	47 46
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מפגין התנהגויות של פגיעה עצמית במהלך ארוחה (לדוגמא, נשיכת היד)	47
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לוקח או מנסה לקחת אוכל מצלחות של אחרים בזמן ארוחה	48
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מראה תנועות חזרתיות (סטראוטיפיות)/גרייה עצמית בעת הארוחה	50 49
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מכניס לפה/בולע דברים שאינם אכילים	50
						*ציון סה"כ קשיי התנהגות = באכילה	

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי התנהגות בארוחה:

SCREENING TOOL OF FEEDING PROBLEMS (STEP)

(Matson & Kuhn, 2001)

(תורגם באישור המחברים ע"י רים הרדל-נאסר)

שם הילד: _____ מספר מזהה: _____

קידוד:

F- באיזה תדירות התרחשה התנהגות זו במהלך החודש האחרון

0-אף פעם לא, לא מהווה בעיה

1-בין פעם ל 10 פעמים

2-יותר מ 10 פעמים

SV- באיזו מידת חומרה הופיעה התנהגות זו במשך החודש האחרון

0-לא גרמה כל נזק/בעיה

1-גרמה לנזק/בעיות מינימאלי/ות

2-גרמה לבעיות/פגיעות חמורות

* השאלון כתוב בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים כאחד.

חומרת ההתנהגות SV	תדירות F		
		איננו יכול להאכיל את עצמו באופן עצמאי.	1.
		בעיות התנהגות (כמו אגרסיביות, פגיעה עצמית, פגיעה ברכוש) מתגברות בזמן הארוחות.	2.
		אינו מפגין יכולת לעיסה.	3.
		משתנק/ נחנק בעת אכילה.	4.
		אינו מפגין יכולת בליעה.	5.
		אוכל רק סוגים מסוימים של מזון (למשל, אורז, פודינג).	6.
		גונב או מנסה לגנוב אוכל מאחרים בזמן ארוחה.	7.
		זקוק לאביזרי עזר לאכילה (עיבוי לכף, צלחת מותאמת..)	8.
		אוכל או מנסה לאכול חפצים שאינם מיועדים לאכילה.	9.
		מעדיף לאכול במקומות מסוימים (למשל, חדר אוכל).	10.
		אוכל רק כמות קטנה מהארוחה המוגשת לו.	11.
		ממשיך לאכול כל עוד האוכל זמין.	12.
		יורק את האוכל לפני בליעתו.	13.
		גונב או מנסה לגנוב אוכל בעת ארוחה.	14.
		אוכל כמות גדולה של אוכל במשך זמן קצר.	15.
		זקוק למנח מיוחד בזמן האכילה.	1.
		בולע את האוכל בלי לעיסה יעילה.	2.

		מחזיר אוכל (מעל הגירה) ובולע אותו חזרה במהלך הארוחה או ישר אחרי הארוחה.	3.
		דוחף את האוכל הצידה או מנסה לעזוב את מקום האכילה בעת הגשת הארוחה.	4.
		אוכל מאכלים רק כשהם בטמפרטורה מסוימת.	5.
		מקיא בזמן ארוחה או מיד אחריה.	6.
		מעדיף שמטפל מסוים יאכיל אותו, או מעדיף שיאכילו אותו במקום שיאכיל את עצמו.	7.
		אוכל רק מאכלים בעלי מרקמים מסוימים.	8.

שם ממלא הטופס: _____
תאריך: _____

מספר הפריט	תחומי השאלון
17, 16, 15, 8, 5, 4, 3, 1	מיומנויות האכילה
19, 13, 2	סירוב/ דחיית מאכלים
23, 22, 20, 10, 6	סלקטיביות באכילה
14, 12, 11, 9, 7	בעיות התנהגות באכילה
21, 18	סיכון לאספירציה

**Reliability and validity of the "Mosh-Eat" Questionnaire for detecting Eating Problems
among people with Intellectual Disability**

Synopsis

Researchers from the University of Haifa and Ono Academic College in collaboration and funding of "Keren Shalem", initiated and developed a questionnaire that will assess eating problems of people with intellectual developmental disabilities (IDD). The questionnaire was based on "Aut-Eat" questionnaire for autistic people and was adapted to the unique needs of those with IDD.

In the present study, the internal reliability and parallel construct validity of the "Mosh-Eat" questionnaire was established.

Research results indicate high internal reliability of the "Mosh-Eat" questionnaire's sum score as well as all sub scores. Significant relationships were found Between the sections of the "Mosh-Eat" questionnaire and the equivalent sections of the "STEP" older questionnaire, thus establishing the validity of of the new questionnaire.

The study was the first to establish the questionnaire as a reliable and valid tool that can be used to assess eating difficulties among people with IDD. It is recommended to continue in the validating process by conducting a research using wider samples of both children and adults with IDD in the various levels of functioning.

Reliability and validity of the "Mosh-Eat" Questionnaire for detecting Eating Problems among people with Intellectual Disability

Abstract

Eating is a vital and adaptive behavior, which is considered as an activity of daily living, that affects the quality of life of a person with an Intellectual Disability (ID) (AOTA, 2016; APA, 2013). Extensive eating problems among this population have been described in the literature, some due to anatomical and physiological factors and some due to environmental and behavioral factors (Gravestock, 2000; Matson & Kuhn, 2006, Rezaei et al., 2011). Eating problems among people with ID can lead to severe challenges in participating in the everyday life, and in extreme cases even set the person with ID in life-threat (Gal et al., 2011; Robertson et al., 2018).

There is a lack of thorough assessments that can provide information about eating problems in general, and among people with ID in particular. "Screening Tool of Feeding Problems" (STEP) (Matson & Kuhn 2001), identifies eating problems in children with ID, but is a screening tool and it is not valid for the Hebrew language. The "Aut- Eat" Questionnaire (Gal et al., 2012), which is in Hebrew is intended for children with Autism Spectrum Disorders.

Since eating disorders in people with ID may have implications for quality of life and health, it is important to develop preventative intervention programs to cope the eating difficulties among this population. The first stage of an effective therapeutic intervention is a clinically oriented, detailed and evidence-based assessment.

"Aut –Eat" (gal et al., 2012), a questionnaire designed to detect widespread eating problems in children with ASD, was the basis for the development and adaptation of anew tool called "Mosh-Eat" which aims to identify and detect eating problems in people with ID.

The aim of this study, was to establish its internal reliability and concurrent validity.

Research hypotheses were:

- 1) A high level of internal reliability will be found in all of the "Mosh-Eat" questionnaire's subtests and in the total questionnaire's score.
- 2) There will be significant correlation between the "Mosh-Eat" questionnaire's subtests and the "STEP" questionnaire's subtests.

Method: This research included 53 adults, males and females over the age twenty, with a moderate- severe ID that suffer from eating problems. The subjects were found in a convenience sample. The "Mosh- Eat" and the "STEP" questionnaire were completed for all the participants by the caregivers engaged in the eating and feeding activity.

For the purpose of establishing its internal reliability α Cronbach test was used, and for the purpose of establishing its concurrent validity, correlations between the subtests of "Mosh-Eat" and "STEP" was examined.

Main results: Results of this research indicate that there is high internal reliability in the overall score and in all questionnaire subtest. Also, significant correlations were found between the subtests of the "Mosh-Eat" questionnaire and those of the "STEP" questionnaire, thus establishing the "Mosh-Eat's" concurrent validity.

Summary and recommendations: In this study, the internal reliability and the concurrent validity of the "Mosh-Eat" questionnaire were established. The study, therefore, was the first step in establishing the questionnaire as a reliable and valid tool that can be used to assess eating problems among children and adults with different levels of ID.

Key words: Intellectual developmental disorder (IDD), Eating problems, Assessment



**Reliability and validity of the "Mosh-Eat"
Questionnaire for detecting Eating Problems among
People with Intellectual Disabilities**

By: Virginie Salameh-Maroun
Supervised by: Prof. Eynat Gal

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE

University of Haifa
Faculty of Social Welfare & Health Science Department of
Occupational Therapy



This work was supported by a grant from Shalem Fund
for Development of Services for People with
Intellectual Disabilities in the Local Councils in Israel

2021

קרן שלום 890-112-2018.1/2021

