

כלי מחקר זה נלקח מתוך **מאגר כלי המחקר** של קרן שלם התומכת במחקר שמטרתו שיפור איכות החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית והסובבים אותם.

כלי המחקר הינם גרסאות אשר נעשה בהן שימוש על ידי החוקרים עצמם ולכן יתכנו אי התאמות בין פרטי הכלי המקורי לבין הפרטים המתוארים במאגר.

כל המעוניין להשתמש באחד מכלי מחקר מתבקש לפנות לחוקר שערך את המחקר הרלבנטי ולוודא את אישור השימוש בכלי מבחינת זכויות יוצרים.

לקרן שלם אין זכויות על הכלים המוזכרים באתר זה.

🌀 **שם הכלי: שאלון "Mosh-Eat"** (פותח בעברית, אנגלית וערבית – שאלונים מצורפים בהמשך)

🌀 **פותח בשנת: 2020**, על ידי: פרופ' עינת גל מאוניברסיטת חיפה, ודר' נעמי פרנברג, דר' אלה בין ודר' גילה טובול מהקרייה האקדמית אונו.

🌀 **תורגם לערבית בשנת: 2020**, באחריות: פרופ' גל ועמיתיה (2020) ובמימון קרן שלם.

🌀 **תורגם לאנגלית בשנת: 2020**, באחריות: פרופ' גל ועמיתיה (2020) ובמימון קרן שלם.

1	מטרת הכלי	השאלון בא לאתר בעיות אכילה נרחבים בקרב אנשים עם מש"ה
2	סוג כלי המחקר	שאלון.
3	אוכלוסיית היעד	מטפלים שמדווחים על מקבלי השירות.
4	אופי הדיווח	דיווח עצמי של המטפלים בנוגע למקבלי השירות שלהם.
5	מבנה הכלי	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.
6	סוג סולם המדידה	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.		
הרוב שאלות לדירוג - סולם ליקרט.	סוג הפריטים בכלי	7
50 היגדים.	אורך הכלי	8
לא צוין	מהימנות	9
השאלון נמצא בשלבי פיתוח ותוקף לראשונה במסגרת המחקר הנוכחי.	תקיפות	10

רשימת מחקרי קרן שלם אשר עשו שימוש בכלי:

שם המחקר	מק"ט
וירג'יני סלאמה-מארון (2021). תיקוף שאלון ה- "Mosh-Eat" לאיתור בעיות אכילה בקרב מבוגרים עם מגבלה שכלית התפתחותית. בהנחיית: פרופ' עינת גל. אוניברסיטת חיפה	890-112-2018.1 קישור למחקר <<

- [למאגר המחקרים של קרן שלם](#)
- [למאגר כלי המחקר של קרן שלם](#)

לשימוש פנימי

כלי מחקר < איכות חיים של אנשים עם מש"ה < אכילה והאכלה < שאלון הרגלי אכילה מש"ה - "Mosh-Eat" (בעברית, אנגלית וערבית)

שאלון הרגלי אכילה מש"ה - "Mosh-Eat" – גרסה עברית

פותח ע"י: פרופ' עינת גל מאוניברסיטת חיפה, ודר' נעמי פרנברג, דר' אלה בין ודר' גילה טובול
מהקרייה האקדמית אונו (2020)

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 באתר 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 Prader Willi? PICA? 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

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

פריט	רבה מאוד	רבה	בינונית	מועטה	מועטה מאוד	לעולם לא	לא רלוונטי
	- 5 -	- 4 -	- 3 -	- 2 -	- 1 -	- 0 -	
							*ציון סה"כ יציבה בארוחה

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי יציבה באכילה: _____

ג. הימנעות/מיעוט מאכילה, דחיית מאכלים

פריט	רבה מאוד	רבה	בינונית	מועטה	מועטה מאוד	לעולם לא	
	- 5 -	- 4 -	- 3 -	- 2 -	- 1 -	- 0 -	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							*ציון סה"כ הימנעות מאכילה =

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי הימנעות מאכילה:

ד. סלקטיביות באכילה

פריט	רבה מאוד	רבה	בינונית	מועטה	מועטה מאוד	לעולם לא	לא רלוונטי	
	5 -	4 -	3 -	2 -	1 -	0 -		
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	<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 סלקטיביות באכילה =	

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי סלקטיביות באכילה:

ה. אכילה מופרזת

לא רלוונטי	לעולם לא	לעולם לא - 0 -	מעט מאוד - 1 -	מעט - 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"/>	<input type="checkbox"/>	אוכל כמות גדולה של אוכל במשך זמן קצר	35
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	דוחס הרבה אוכל לפה	36
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אוכל כמות מופרזת של אוכל ללא שליטה	37
								*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	לעולם לא	מעט מאוד - 1 -	מעט - 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	39

לעולם לא - 0 -	מועט 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"/>	בוכה או צורח במהלך הארוחה	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	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:

שאלון הרגלי אכילה מש"ה - "Mosh-Eat" – גרסה באנגלית

פותח ע"י: פרופ' עינת גל מאוניברסיטת חיפה, ודר' נעמי פרנברג, דר' אלה בין ודר' גילה טובול מהקרייה האקדמית אונו (2020). תורגם על ידי צוות המחקר במימון קרן שלם.

Mosh-Eat Questionnaire

Eating Habits Questionnaire IDD

Introduction

Greetings,

This questionnaire relates to the eating habits of people with intellectual developmental disability (IDD)

It includes two parts:

- A. Personal details and general information related to eating habits.
- B. Seven tables which contain 51 components, in which you select the answer that best describes your child.

Please read the questionnaire carefully. Then observe for a few days the person on whom the questionnaire will be filled out during the meal.

Only then, complete the various parts of the questionnaire as instructed, and be sure to complete all items. If any of the questions is unclear, please request clarification from your practitioner. If you are unable to answer a question, please explain why in the comments box.

1. To be filled by a medical entity:

Name of person completing questionnaire: _____

Role of person completing questionnaire: _____

Date: __/__/____

Weight: _____ Height: _____

Diagnosis: mild IDD mild-moderate IDD moderate IDD severe IDD Profound IDD

Additional Diagnosis? (Comorbidity):

Does the client suffer from reflux/constipation/diarrhea/chronic vomiting? Yes No If Yes, please explain

Does the client have allergies or sensitivities to certain foods? (Milk, gluten, peanuts) Yes No If Yes, please explain

Does the client have any known eating syndromes? Such as Prader Willi? PICA? Others? -

2. To be filled by caregiver

Name of person completing questionnaire: _____

Role of person completing questionnaire: _____

Date: __/__/_____

Personal Details:

Last name: _____

First Name: _____

Date of birth: __/__/_____

Gender: Male Female

Country of birth: _____ Year of immigration: _____

Framework: _____

Independence in eating:

Does the client drink independently from a cup? Yes No

Partially Detail _____

Needs support instruments for drinking (for example, adjusted cup)
Yes No

If so, which one? _____

Does the service recipient eat independently? Yes No Partially

Detail: _____

If so, does the client perform the following actions independently:

Using a spoon Yes No Using a fork Yes No

Using a knife Yes No Not relevant

Needs support instruments for eating (for example, utensils with larger handles)

Yes No If yes, which ones? _____

What does the client sit on during meals?

On a regular chair "like everyone else's" On a chair adapted to his needs

In a wheelchair

Does he need back and head support? Yes No

Describe _____

How long approximately does it take the client to eat lunch? _____
minutes

Directions for completing charts:

For each item, select how it describes the client 's habit or problem.

Please use the following scale to rate each item:

5 – Extremely: a habit or problem that occurs 90% of the time

4 – Very much: a habit or problem that occurs 75% of the time

3 – Moderately: a habit or problem that occurs 50% of the time

	Item	5	4	3	2	1	0
		Extremely	Very much	Moderately	Little	Very little	n/a or never
13	Vomiting during or immediately after a meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Total score =						
	*Total problems chewing and swallowing =						

***To be completed by the questionnaire administrator**

Comments about chewing and swallowing problems: _____

B. Posture stability during eating

	Item	5	4	3	2	1	0
		Extremely	Very much	Moderately	Little	Very little	n/a or never
14	Needs a backrest when eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Needs a headrest when eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Has difficulty maintaining a straight and stable midline head position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	The shoulders are slanted or bent forward	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Having difficulty moving hands while eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Having difficulty moving head while eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	"Slips" in the chair while eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Total score =						
	*Total problems chewing and swallowing =						

***To be completed by the questionnaire administrator**

	Item	5	4	3	2	1	0
		Extremely	Very much	Moderately	Little	Very little	n/a or never
30	Eats certain textures (soft or hard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Agrees to eat only foods of a certain color/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Avoids foods with certain flavors (sweet, sour ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Eats foods only when they are at a certain temperature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Eats foods/drinks only when they are at a certain order	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Total score =						
	*Eating selectivity total score =						

***To be completed by the questionnaire administrator**

Comments about eating selectivity: _____

E. Overeating

	Item	5	4	3	2	1	0
		Extremely	Very much	Moderately	Little	Very little	n/a or never
35	Eats a lot of food in a short amount of time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Shoves a lot of food into mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Eats large portions of foods in an uncontrolled manner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Total score =						
	*Overeating total =						

***To be completed by the questionnaire administrator**

Comments about overeating: _____

F. Communication in eating:

Please indicate in the left column which way the adolescent communicates - whether he uses words to convey his intentions, in vocalization without words (crying, shouting), in pointing or gestures, by eye contact, or with the assistance of augmentative and alternative

	Item	5	4	3	2	1	0
		Extremely	Very much	Moderately	Little	Very little	n/a or never
	*Total score =						
	* Problem in communication in eating =						

***To be completed by the questionnaire administrator**

Comments about communication during eating and in particular the manner of communication: _____

G. Behaviors during mealtime

	Item	5	4	3	2	1	0
		Extremely	Very much	Moderately	Little	Very little	n/a or never
44	Aggressive to others during meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Disturbs others during mealtime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Cries or yells during meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Inflicts injury upon self during meals (ex: bites own hand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Takes or tries to take food from other people's plates while eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Demonstrates repetitive motor movements (stereotyped) / self-stimulation during the meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Puts in mouth/swallows things that are not eatable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Total score =						

Item	5	4	3	2	1	0	
	Extremely	Very much	Moderately	Little	Very little	n/a or never	
* Problem behaviors during mealtime =							

***To be completed by the questionnaire administrator**

Comments about behaviors during mealtime: _____

The questionnaire was developed as part of the study:

Reliability and validity of the "Mosh-Eat" Questionnaire for detecting Eating Problems among People with Intellectual Disabilities, Virginie Salameh-Maroun, Supervised by: Prof. Eynat Gal, University of Haifa, 2021

No. 890-112-2018

Funded by Shalem Fund

To the Full text study in [Shalem Fund website>>](#)

שאלון הרגלי אכילה מש"ה - "Mosh-Eat" – גרסה בערבית

פותח ע"י: פרופ' עינת גל מאוניברסיטת חיפה, ודר' נעמי פרנברג, דר' אלה בין ודר' גילה טובול מהקרייה האקדמית אונו (2020). תורגם על ידי צוות המחקר במימון קרן שלם.

Mosh-Eat Questionnaire

שאלון להרגלי אכילה

إستمارة لكشف عادات الأكل

مقدمة

مرحباً,

هذه الإستمارة طُوِّرت للكشف عن صعوبات في عادات الأكل عند أشخاص ذوي إعاقة ذهنية والتعامل معها.

إنه يضم قسمين:

1) تفاصيل شخصية ومعلومات حول عادات الأكل

2) سبعة جداول اللذين يحتوون على 51 فرع, عليكم تعبئة الإجابة الأكثر مناسبة.

من فضلكم, إقرأوا الإستمارة بتمعن. بعد ذلك قوموا بمشاهدة الشحص الذي تتم تملئة الإستمارة عليه لبضعة أيام.

بعدها, أعبئوا الإستمارة حسب التعليمات المرفقة, واحرصوا على تعبئة كل الأقسام. إذا كان هنالك أسئلة, الرجاء

التوجه للمعالج/ المختبر وطلب التوضيحات. بحال عدم إمكانكم من الإجابة على سؤال ما, وضحوا لِما ب

"الملاحظات".

* الإستمارة مكتوبة بلغة المذكر لأجل الراحة ومعدة للجنسين.

1. للتعبئة من قبل جهة طبية:

إسم مالى الاستثمارة: _____

وظيفة مالى الاستثمارة: _____

تاريخ: ___ / ___ / ___

الوزن: _____ الطول: _____

التشخيص: إعاقة ذهنية خفيفة إعاقة ذهنية خفيفة-متوسطة إعاقة ذهنية متوسطة إعاقة ذهنية متوسطة-شديدة إعاقة ذهنية شديدة

تشخيص آخر؟ (أمراض مصاحبة) _____

هل المتعالج يعاني من ارتجاع معدي (ريفلوكس)/ اسهال/ تقيؤ مزمن؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم, أوضح _____

هل للمتعالج حساسيات/ تحسس من مأكولات معينة؟ (حليب, جلوتين, فول..). نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم, أوضح _____

هل للمتعالج توجد متلازمات معروفة المتعلقة بالأكل؟ مثل: PICA Prader Willi? اخر?

2. للتعبئة من قبل معالج:

إسم مالى الاستثمارة: _____

وظيفة مالى الاستثمارة: _____

تاريخ: ___ / ___ / ___

تفاصيل شخصية

إسم الشخص: _____

إسم العائلة: _____

تاريخ الولادة: ___ / ___ / ___

الجنس: ذكر أنثى

سنة الهجرة: _____

بلد الميلاد: _____

المؤسسة: _____

الاستقلالية بالأكل

هل متلقي الخدمة يشرب بشكل مستقل؟ نعم لا بشكل جزئي توضيح: _____

هل هو بحاجة لوسائل مساعدة للشرب؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم, أية وسائل: _____

هل متلقي الخدمة يأكل بشكل مستقل؟ نعم لا بشكل جزئي توضيح: _____

إذا كانت الإجابة نعم, هل متلقي الخدمة يقوم بالفعاليات التالية بشكل مستقل:

إستعمال المعلقة نعم لا إستعمال الشوكة نعم لا إستعمال السكين نعم لا لا علاقة

هل هو بحاجة لوسائل مساعدة للأكل (مثل معلقة مع تسميك اليد)? نعم لا إذا كانت الإجابة نعم, أية وسائل:

على ماذا يجلس متلقي الخدمة وقت الوجبة؟

على كرسي عادي "مثل الجميع"

على كرسي خاص لاحتياجاته

على كرسي متحرك

هل هو بحاجة لمسند للظهر أو الرأس؟ نعم لا توضيح: _____

كم من الوقت بحاجة متلقي الخدمة لإكمال الوجبة؟ _____ دقائق

تعليمات لتعبئة الجداول:

لكل فرع من الفروع أدناه, أشر الى أي مدى يعكس عادة أو صعوبة عند متلقي الخدمة

تساعد بالتصنيف الاتي حتى تستطيع تحديد العلامة لكل فرع من الفروع:

5- بشكل كبير جدا: عادة أو صعوبة التي تتكرر أكثر من 90% من الوقت

4- بشكل كبير: عادة أو صعوبة التي تتكرر 75% من الوقت

3- بشكل متوسط: عادة أو صعوبة التي تتكرر 50% من الوقت

2- بشكل قليل: عادة أو صعوبة التي تتكرر 25% من الوقت

1- بشكل قليل جدا: عادة أو صعوبة التي تتكرر 10% من الوقت

0- مطلقا: عادة أو صعوبة غير موجودة ابدا عند متلقي الخدمة

أ. المضغ والبلع

لا علاقة له	مطلقا - 0 -	بشكل قليل جدا - 1 -	بشكل قليل - 2 -	بشكل متوس ط - 3 -	بشكل كبير - 4 -	بشكل كبير جدا - 5 -	السلوك/النهج	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل لمدة طويلة (10 دقائق أكثر من الاخرين)	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يمضغ كثيرا حتى البلع	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يبلع الأكل بدون مضغ ناجع	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يرفض أكل طعام صعب للمضغ طريقة الرفض: _____	4

لا علاقة له	مطلقا - 0 -	بشكل قليل جدا - 1 -	بشكل قليل - 2 -	بشكل متوس ط - 3 -	بشكل كبير - 4 -	بشكل كبير جدا - 5 -	السلوك/النهج		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يمتص الأكل بدل المضغ (مع أو بدون بلع)	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستصعب القضم (נגיסה)	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا يغلق شفاه أثناء المضغ	7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يسيل لعابه أثناء الوجبة	8	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل فقط أنواع أكل رخوة/ ممعوسة (مثل: أرز, بودينج)	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل فقط أغذية سائلة	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يختنق أثناء الوجبة	11	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد بلع الطعام, يرجعه الى فمه ويبلعه مره اخرى (rumination)	12	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتقيأ أثناء الوجبة أو حالا بعدها	13	
							*المجموع =		
								*علامة مجموع صعوبات المضغ والبلع =	

*يملاً على يد المعالج

ملاحظات للمضغ والبلع : _____

ב. הוועייע/ השהת באלכל יעיבה באכילה

لا علاقة له	مطلقا - 0 -	بشكل قليل جدا - 1 -	بشكل قليل - 2 -	بشكل متوسط - 3 -	بشكل كبير - 4 -	بشكل كبير جدا - 5 -	السلوك/النهج	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بحاجة الى مسند للظهر أثناء الأكل	14
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بحاجة الى مسند للرأس أثناء الأكل	15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستصعب المحافظة على وضعية رأس ثابتة ومستقيمة	16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأكتاف ينحون الى الأمام	17
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستصعب تحريك يده أثناء الأكل	18
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستصعب تحريك رأسه أثناء الأكل	19
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	"ينزلق" بالكروسي أثناء الأكل	20
							* المجموع	
							* علامة مجموع صعوبات الوضعية/ الثبات بالأكل	

* يملأ على يد المعالج

ملاحظات للوضعية/ الثبات بالأكل:

ج. القلة/ الإمتناع عن الأكل, رفض الأكل

مطلقا - 0 -	بشكل قلييل جدا - 1 -	بشكل قلييل - 2 -	بشكل متوسط - 3 -	بشكل كبير - 4 -	بشكل كبير جدا - 5 -	السلوك/ النهج	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يغلق فمه بقوة عندما يقربوا الأكل اليه	21
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يرفض الأكل بواسطة أصوات/ كلمات	22
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يدير وجهه أو جسمه عن الأكل/ يدفع بالأكل	23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يبصق الأكل قبل بلعه	24
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بأكل كميات قليلة بشكل خاص	25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يغادر المكان أثناء الوجبة	26
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا يكمل الوجبة	27
						* المجموع =	
						* علامة مجموع الإمتناع عن الأكل =	

* يملأ على يد المعالج

ملاحظات عن الإمتناع عن الأكل:

د. الانتقائية بالأكل

لا علاقة له	مطلقا - 0 -	بشكل قليل جدا - 1 -	بشكل قليل - 2 -	بشكل متوسط - 3 -	بشكل كبير - 4 -	بشكل كبير جدا - 5 -	السلوك/النهج	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يوافق أن يأكل/ يشرب أشياء معينة فقط	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يفضل نفس الأطعمة بكل وجبة	29
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يوافق أن يأكل أطعمة من ملمس معين فقط (أطعمة رخوة, أطعمة صلبة..)	30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يوافق أن يأكل أطعمة ذات لون/ألوان معين/ معينة	32 31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يمتنع عن أطعمة معينة (حلو, حامض..)	32
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يوافق على أكل أطعمة بدرجة حرارة معينة فقط	33
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يوافق على أكل/ شرب الأطعمة أثناء الوجبة بترتيب معين فقط	34
							* المجموع =	
							* علامة مجموع الانتقائية بالأكل =	

* يملأ على يد المعالج

ملاحظات عن الانتقائية بالأكل: _____

٧. الأكل المفرط

لا علاقة له	مطلقا - 0 -	بشكل قليل جدا - 1 -	بشكل قليل - 2 -	بشكل متوسط - 3 -	بشكل كبير - 4 -	بشكل كبير جدا - 5 -	السلوك/النهج	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل كمية كبيرة من الطعام بفترة زمنية قصيرة	35
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يدخل كمية كبيرة من الطعام الى فمه	36
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل كمية كبيرة من الطعام بدون سيطرة	37
							* المجموع =	
							* علامة مجموع الأكل المفرط =	

* يملأ على يد المعالج

ملاحظات عن الأكل المفرط: _____

1. التواصل بالأكل

الرجاء منكم أن تكتبوا بالملاحظات بأي طريقة المتعالج يتواصل مع المحيط- هل يستخدم الكلمات للتواصل والتعبير عن نفسه, بالأصوات المختلفة بدون كلمات (بكاء, صراخ..), باستخدام الإشارات, بالتواصل عن طريق العين, أو بمساعدة لوحة تواصل مساعدة- بديلة (حاسوب تواصل, كلمات, صور, أحرف, لغة الإشارات..)

لا علاقة له	مطل فا - 0 -	بشكل قليل جدا - 1 -	بشكل قليل - 2 -	بشكل متوس ط - 3 -	بشكل كبير - 4 -	بشكل كبير جدا - 5 -	السلوك/النهج	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتجاوب لطلبات الطاقم/ الشخص الذي يؤكله	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يبادر تواصل مع الطاقم/ الشخص الذي يؤكله	39
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يختار من الأطعمة الموجودة	40
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يطلب الأكل/ الشرب	42 41
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتوجه لأصحابه حول الطاولة	42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يعبر عن رغباته بشطل مفهوم للمصغي أثناء الأكل	43
							* المجموع =	
							* علامة مجموع التواصل بالأكل =	

* يملأ على يد المعالج

ملاحظات عن التواصل بالأكل:

٢. أسلوكيات بالوجبة

مطلقا	بشكل قليل جدا	بشكل قليل	بشكل متوسط	بشكل كبير	بشكل كبير جدا	السلوك/النهج	
- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عنيف اتجاه الآخرين أثناء الوجبة	44
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يزعج أثناء الوجبة	45
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يبكي أو يصرخ أثناء الوجبة	46
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يظهر سلوكيات بها يؤدي نفسه أثناء الوجبة (مثلا, يعض يده)	47
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأخذ أو يحاول أخذ طعاما من صحن الآخرين أثناء الوجبة	48
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يظهر حركات متكررة نمطية (ستراوتيفيوت)/ تحفيز ذاتي (غرييه لاصميت) أثناء الوجبة	49
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يدخل لفمه/ يبلع أمور غير صالحة للأكل	50
						* المجموع =	
						* علامة مجموع السلوكيات بالوجبة =	

* يملأ على يد المعالج

ملاحظات عن السلوكيات بالوجبة:

تم تطوير الاستبيان كجزء من الدراسة:

مصدقية وصلاحية استبيان "مش إيت" للكشف عن مشاكل الأكل لدى الأشخاص ذوي المحدودية الذهنية ،

فيرجيني سلامة مارون ، بإشراف: أ.د. عينات غال ، جامعة حيفا ، 2021

رقم النموذج في الكتالوج : 890-112-2021

بتمويل من صندوق شاليم

[للنص الكامل للدراسة في موقع صندوق شاليم <<](#)