התערבות באכילה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במסגרות בקהילה

ההתערבות פותחה על ידי החוקרות דר' נעמי פרזיגר, פרופ' אלה בין, ודר' גילה טובול- לביא,
מהקריה האקדמית אונו
ופרופ' עינת גל מאוניברסיטת חיפה

הקריה האקדמית אונו, הפקולטה למקצועות הבריאות
אוניברסיטת חיפה,
הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות
החוג לריפוי בעיסוק

מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם
הקרן לפיתוח שירותים לאנשים עם מוגבלויות ברשויות המקומיות ובשיתוף
משרד הרווחה והבטחון החברתי
אוגוסט 2023

קרן שלם/2018/2023-112-890.

תודות:

- לדורין פלטיאל, עוזרת המחקר הראשית של התוכנית שביצעה חלק ניכר מיישום העברת התוכנית, עיבוד הנתונים והכתיבה.

- תוכנית ההתערבות פותחה כחלק ממחקר לבדיקת תפקודי אכילה בקרב מבוגרים עם משי"ה, שמומן על ידי קרן שלם, הקרן לפיתוח שירותים לאנשים עם מוגבלויות ברשויות המקומיות. תודות רבות לאנשי קרן שלם על תמיכתם בפרויקט חשוב זה, ועל החיבור למוסדות רווחה כדי לאסוף הנתונים בפרויקט.

- תודה למנהלות המסגרות והצוותים המקצועיים באור יהודה וברחובות, שהבינו את חשיבות המהלך הקליני ושיתפו עמנו פעולה על אף האתגרים בשגרה היומיומית.

- תודה לכל המטפלות/ מאכילות שסייעו במילוי השאלונים ובביצוע תוכנית ההתערבות.

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 אספלר, מנהלת מעון עתידות עכו, מערך המעונות הממשלתיים, משרד הרווחה והביטחון החברתי
- שרון גנות, מנהלת ידע ומחקר, קרן שלם

תוכן עניינים

תמצית..... VII

תקציר VIII

תקציר מנהלים..... X

רשימת טבלאות XIII

רשימת גרפים..... XV

1. מבוא..... 1

2. סקירת ספרות..... 2

2.1 מוגבלות שכלית התפתחותית (משי"ה) 2

2.2 אכילה- הגדרה, מה כוללת, היבטים מוטוריים וחברתיים 3

2.2.1 אנטומיה ופיזיולוגיה של האכילה..... 3

2.2.2 הקשר בין יציבה ואכילה..... 4

2.2.3 האכלה ותקשורת 5

2.3 קשיים בתפקודי אכילה 5

2.4 קשיים בתפקודי אכילה בקרב אנשים עם משי"ה 6

2.4.1 גורמים לקשיים בתהליך האכילה בקרב אנשים עם משי"ה 7

2.4.2 סוגי קשיים בתהליך האכילה בקרב אנשים עם משי"ה 8

2.4.3 השלכות קשיי האכילה בקרב אנשים עם משי"ה 8

2.5 אבחון והערכה של קשיי אכילה בקרב אוכלוסייה עם משי"ה 9

2.6 התערבות בקשיי אכילה בקרב אוכלוסייה עם משי"ה..... 10

3. שיטת המחקר 11

3.1 אוכלוסיית המחקר 11

3.2 כלי המחקר 12

3.2.1 שאלון ה- "Mosh-Eat" 12

3.2.2 שאלון "למילוי ע"י המטפל המאכיל" 13

3.2.3 קידוד מיומנויות אכילה והתנהגות במהלך האכילה מתוך סרטוני וידאו... 13

3.3 הליך המחקר 15

3.3.1 תהליך בניית תוכנית ההתערבות..... 16

3.3.2 תוכנית ההתערבות 16
3.3.2.א תוכנית ההתערבות במסגרת ברחובות 16
3.3.2.ב תוכנית ההתערבות במסגרת באור-יהודה 17
3.3.3 ביצוע תוכנית ההתערבות במסגרות 18
3.4 דרכי עיבוד הנתונים 18

4. ממצאים..... 19
4.1 ממצאים שאלת מחקר ראשונה 19
א. תוצאות של כל קבוצת המשתתפים..... 19
ב. תוצאות תיאורי מקרה (single subject)..... 21
ב.1 תיאור מקרה 1- ק' 21
ב.2 תיאור מקרה 2- כ' 25
ב.3 תיאור מקרה 3- נ.א' 28
ב.4 תיאור מקרה 4- נ.י' 31
ב.5 תיאור מקרה 5- ה' 34
ב.6 תיאור מקרה 6- א' 38
ב.7 תיאור מקרה 7- ס' 42
ב.8 תיאור מקרה 8- י' 45
4.2 ממצאים- חווית ההאכלה של המטפל..... 48

5. דיון וניתוח..... 48
5.1 הקדמה 48
5.2 דיון על תוצאות המחקר 49
5.3 הליך המחקר ובניית תוכנית ההתערבות..... 51
5.4 סיכום המלצות ומסקנות 52
5.5 מגבלות המחקר וכיווני מחקר עתידי 53
5.6 פורום/רשימת אנשי מקצוע להצגת תוצאות המחקר..... 54
5.7 השלכות יישומיות של המחקר 54

ביבליוגרפיה..... 55

נספחים..... 68

נספח מס' 1 : שאלון ה-"Mosh-Eat"..... 68

נספח מס' 2 : שאלון "למילוי ע"י מטפל מאכיל"– "חווית ההאכלה והאכילה" של קרן שלם..... 75

נספח מס' 3 : טופס הסכמה מדעת 76

נספח מס' 4 : מניואל קידוד התנהגויות..... 79

נספח מס' 5 : תוכניות התערבות 85

נספח מס' 6 : קופסת ציוד לחניכים, מע"ש אור-יהודה 87

Synopsis : תמצית בשפה האנגלית 88

Abstract :תקציר בשפה האנגלית..... 89

התערבות באכילה בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במסגרות בקהילה

תמצית

אוניברסיטת חיפה והקריה האקדמית אונו בשיתוף קרן שלם ומשרד הרווחה והבטחון החברתי גייסו משתתפים לפרויקט יישומי ייחודי, וראשון בתחומו בתחום התערבות באכילה בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בקהילה. בפרויקט השתתפו 8 משתתפים משתי מסגרות בקהילה במרכז הארץ.

במחקר הנוכחי בנושא אכילה, נבדקה יעילותה של התערבות קדם אכילה באמצעות השוואת מיומנויות האכילה של המשתתפים לפני ההשתתפות התוכנית ואחריה.

הנתונים נאספו באמצעות שאלון ה-"Mosh-Eat", שאלון "למילוי ע"י המטפל המאכיל" וניתוח סרטוני וידאו שהוסרטו בזמן האכילה של כל משתתף לפני ואחרי ההתערבות.

הדגימה הראשונה היוותה בסיס לזיהוי ואיתור יכולות וקשיי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה והיוו בסיס לפיתוח והתאמת תוכנית התערבות אינדיווידואלית עבור כל משתתף. הדגימה השניה הושוותה לראשונה כדי לזהות אם קיים שיפור במיומנויות האכילה של כל משתתף לאחר תוכנית ההתערבות. תוצאות המחקר הראו כי נמצא הבדל במיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה כפי שבאו לידי ביטוי בציון הכולל של השאלון "Mosh-Eat", ובכל אחד מסעיפיו לפני ואחרי ההתערבות. התוצאות מעידות על מגמה של שיפור בכל ההתנהגויות קרי: לעיסה ובליעה, יציבה, מיעוט אכילה, סלקטיביות באכילה, תקשורת והתנהגות באכילה.

תקציר

אכילה הינה התנהגות הישרדותית וחיונית, הנחשבת לתפקוד יום-יומי הסתגלותי המשפיע על איכות חייו של אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) (AOTA, 2016; APA, 2013). בספרות תוארו קשיי אכילה נרחבים בקרב אוכלוסייה זו, חלקם קשיים בעקבות גורמים אנטומיים ופיזיולוגיים וחלקם בעקבות גורמים סביבתיים והתנהגותיים (Gravestock, 2000; Matson & Kuhn, 2001; Rezaei et al., 2011).

קשיים בתהליך האכילה בקרב אנשים עם מש"ה עלולים להוות אתגרים בהשתתפות במארג החיים, ובמקרים קיצוניים אף להציב את האדם עם מש"ה בסכנת חיים (Gal et al., 2011; Robertson et al., 2018).

בספרות המקצועית יש שימוש במגוון מושגים לתיאור אתגרים בנושא האכילה. לאורך הדו"ח הנוכחי נעשה שימוש במונח 'קשיי אכילה'.

בעוד ולקשיי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה עלולות להיות השלכות לאיכות החיים ולבריאות, הרי שקיים מחסור בתוכניות התערבות מבוססות ראיות הייעודיות לאוכלוסיה זו.

יתרה מזאת, מאחר וקיים מגוון רחב של קשיי אכילה באוכלוסיה זו, הרי שחשוב להעריך כל אדם, ולבנות עבורו תוכנית ייעודית עם מטרות הספציפיות לו.

בנוסף, מאחר וחלק ניכר מאוכלוסיה זו מואכל, או שאכילתם מלווה במטפלים, משאבים רבים נדרשים גם מצד המטפל המאכיל, לכן קיימת חשיבות רבה לא רק לשיפור חווית האכילה של אנשים עם מש"ה, אלא גם לספק כלים פרקטיים שיסייעו ויתרמו לחוויית המטפל המאכיל, לתחושת השותפות שלו ולהקלת החוויה על הצוותים במסגרות (Gravestock, 2003). כך, חשוב גם שמדדי התוצאה יתייחסו לא רק ליכולות האכילה של המטופל אלא גם לחוויית ההאכלה של המטפל.

בשנת 2017, פותחה חוברת "חווית האכילה והאכלה"- חוברת הדרכה לטיפול באנשים עם מוגבלות של קרן שלם. החוברת מסתמכת על ידע בנושא האכלה מיטבית בתחום המוגבלות השכלית התפתחותית, ומטרתה לשמש ככלי הערכה, תכנון וטיפול מחד וכגורם מסייע לשיפור חווית האכילה ולבניית תכנית טיפולית ומניעת סיכון מאידך. חוברת זו מהווה בסיס לפיתוח המחקר הנוכחי.

במסגרת המחקר הנוכחי פותחה תכנית טיפולית בראייה של צוות מולטי-דיסציפלינרי, לצורך שיפור תפקודי אכילה והאכלה בקרב אנשים עם מש"ה. על בסיס פרופיל אכילה אישי שהתקבל מאיסוף נתונים באמצעות שאלון ה-"Mosh-Eat", "שאלון למילוי ע"י המטפל המאכיל" והסרטת סרטוני וידאו בזמן אכילה, פותחה תכנית ההתערבות אישית. כל אלו נדגמו פעמיים, לפני תכנית ההתערבות ואחריה.

מטרות המחקר היו :

-לבדוק מחקרית את יעילותה של התערבות קדם אכילה הכוללת תכנית עם תרגילים סנסו-מוטוריים, באמצעות השוואת מיומנויותיהם של המשתתפים לפני קבלת התוכנית ואחרי.

בנוסף, במסגרת המחקר נותחו תוכניות ההתערבות ב-8 תיאורי מקרה אשר מתבססים על תוצאות שאלון ה- "Mosh-Eat" והתצפית הקלינית, ובודקו לעומק את פרופיל מיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה. תיאורי מקרה אינדיבידואלים בדקו האם פרופיל האכילה של כל אחד מהמשתתפים השתפר לאחר ההתערבות.

לבסוף המחקר בא לבדוק גם את חוויית ההאכלה של מטפלים באנשים עם מש"ה לפני ואחרי ההתערבות. כלי המחקר כללו שאלונים על קשיי האכילה של המטופלים (שאלון ה-"Mosh-Eat"), וחוויית המאכיל ("שאלון למילוי ע"י המטפל המאכיל") וכן ניתוח מובנה של סרטוני וידיאו של המשתתפים בזמן האכילה.

ממצאים מרכזיים:

הממצאים מציגים פרופילי אכילה ייחודיים של שמונה נבדקים עם מש"ה.

תוצאות המחקר מעידות על שיפור במיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה בעקבות תוכנית ההתערבות. נמצא הבדל בין שתי נקודות הבדיקה במיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה כפי שבאו לידי ביטוי בסה"כ בשאלון "Mosh-Eat", ובכל אחד מסעיפיו. התוצאות מעידות על מגמה של שיפור בכל ההתנהגויות קרי : לעיסה ובליעה, יציבה, מיעוט אכילה, סלקטיביות באכילה, תקשורת והתנהגות באכילה.

סיכום והמלצות: במסגרת הפרויקט הנוכחי, נבנתה מסגרת כללית של תוכנית התערבות לשיפור תפקודי אכילה בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, המותאמת אישית לכל אדם עם מש"ה. המחקר הנוכחי, היווה פיילוט אשר בחן את יעילותה של תוכנית ההתערבות באמצעות השוואת מיומנויותיהם של המשתתפים לפני קבלת התוכנית ולאחריה. הוצגו 8 תיאורי מקרה אשר בודקים לעומק את פרופיל מיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה.

ונותחו ההבדלים בשאלון- "Mosh-Eat" והתצפית הקלינית בין שתי נקודות הבדיקה.

לאור הממצאים המעודדים, מומלץ להמשיך לחקור תוכנית התערבות זו תוך שימוש במדגם רחב יותר של בכדי להגיע למסקנות מובהקות יותר עבור יעילותה של התוכנית. בנוסף, אנו ממליצות להשתמש בתוכנית ההתערבות ככלי יישומי במסגרות בקהילה, ולצורך כך לבצע סדנאות הכשרה לצוות מקצועות הבריאות ולמטפלים במסגרות. העלאת המודעות והידע בנושא חשובים לפיתוח וקידום התערבויות טיפוליות לצורך שיפור התפקוד בתחום, לשיפור איכות חייהם של אנשים עם מש"ה ולמניעת סיבוכים רפואיים וסכנת חיים.

מילות מפתח: מוגבלות שכלית התפתחותית, קשיי אכילה, תוכנית התערבות באכילה.

תקציר מנהלים

רקע: מוגבלות שכלית התפתחותית (משה"), על פי ה DSM-5 הינה מגבלה המופיעה במהלך תקופת ההתפתחות המוקדמת, וכוללת קשיים בשני תחומים: ליקויים בתפקודים אינטלקטואליים כגון למידה, וליקויים בתפקודים הסתגלותיים 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 הסתגלותית, בסיסית ביותר המשפיעה על איכות חייו של אדם עם משה". בספרות תוארו קשיי אכילה נרחבים בקרב אוכלוסייה זו, חלקם קשיים בעקבות גורמים אנטומיים ופיזיולוגיים וחלקם בעקבות גורמים סביבתיים והתנהגותיים.

קשיי אכילה בקרב אנשים עם משה" עלולים להוות אתגרים קשים בהשתתפות במארג החיים, ובמקרים קיצוניים אף להציב את האדם עם משה" בסכנת חיים (Gal et al., 2011).

בשנת 2021, 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 מוגבלות שכלית התפתחותית (משה"). שאלון זה הינו שאלון ה- "Mosh-Eat", אשר מבוסס על שאלון ה -"Aut-Eat" והותאם לאוכלוסיית אנשים עם משה".

במסגרת מחקר קודם, בפרויקט הנוכחי, פותח ותוקף שאלון ה- "Mosh-Eat" במטרה לספק כלי לאיתור ולזיהוי קשיים נרחבים בתהליך האכילה בקרב אנשים עם משה". 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 בתהליך האכילה בקרב אנשים עם משה", ומחולקים ל- 7 קטגוריות.

על בסיס ממצאי שאלון ה- "Mosh-Eat" ניתן לבנות פרופיל אכילה אינדיווידואלי שמהווה בסיס לבנית תוכנית התערבות אינדיווידואלית שניתנת לפני כל האכלה. כמו כן, במסגרות בקהילה מתקיימות ארוחות ולהן מוקדשים משאבים רבים מצד המטפל המאכיל. לכן, קיימת חשיבות רבה לא רק לשיפור חווית האכילה של אנשים עם משה", אלא גם לספק כלים פרקטיים שיסייעו ויתרמו לחוויית המטפל המאכיל, לתחושת השותפות שלו ולהקלת החוויה על הצוותים במסגרות (Gravestock, 2003).

מטרת המחקר הנוכחי בנושא האכילה, היתה לבדוק מחקרית את יעילותה של התערבות קדם אכילה הכוללת תכנית קצרה, באמצעות השוואת מיומנויותיהם של המשתתפים לפני קבלת התוכנית ואחרי. בנוסף, לנתח את תוכנית ההתערבות ב-8 תיאורי מקרה אשר מתבססים על תוצאות שאלון ה- "Mosh-Eat" והתצפית הקלינית, ובודקים לעומק את פרופיל מיומנויות האכילה של אנשים עם משה". כך שבסוף המחקר נבדק האם פרופיל האכילה של כל אחד מהמשתתפים בתיאורי מקרה השתפר לאחר ההתערבות.

מטרות המחקר היו :

-לבדוק מחקרית את יעילותה של התערבות קדם אכילה מותאמת אישית, באמצעות השוואת מיומנויותיהם של המשתתפים לפני קבלת התוכנית ואחרי.

בנוסף, במסגרת המחקר נותחו תוכניות ההתערבות ב-8 תיאורי מקרה אשר מתבססים על תוצאות שאלון ה- "Mosh-Eat" והתצפית הקלינית, ובודקו לעומק את פרופיל מיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה. תיאורי מקרה אינדיבידואלים בדקו האם פרופיל האכילה של כל אחד מהמשתתפים השתפר לאחר ההתערבות.

לבסוף המחקר בא לבדוק גם את חוויית ההאכלה של מטפלים באנשים עם מש"ה לפני ואחרי ההתערבות.

שיטת המחקר: מחקר זה הינו מחקר פיילוט מסוג single subject design. שאלות המחקר נבדקו באמצעות שאלונים וניתוח סרטוני וידיאו. במחקר השתתפו 8 משתתפים מבוגרים, המאובחנים עם מש"ה ברמות תפקוד שונות, אשר נזקקים לעזרה באכילה במסגרות בקהילה. כל המשתתפים נדגמו בדגימת נוחות.

אוכלוסיית המחקר : במחקר השתתפו 8 מבוגרים, נשים וגברים מעל גיל 20, המאובחנים עם מש"ה בתפקוד בינוני- קשה המתמודדים עם קשיים בתפקודי אכילה ביחידות טיפוליות משתי מסגרות מע"ש במרכז הארץ. כל המשתתפים מקבלים טיפולים ומעקבים מצוות רפואי ומקצועות הבריאות במסגרת, הכולל ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וקלינאות תקשורת. שאלון ה- "Mosh-Eat" מולא על ידי המטפלים המעורבים בתהליך האכילה, של כל הנבדקים, וכך גם שאלון "למילוי ע"י המטפל המאכיל " מתוך חוברת ההדרכה "חווית האכילה והאכלה" של קרן שלם.

דרכי עיבוד הנתונים: על מנת לענות על שאלת המחקר : *"האם ימצא הבדל במיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה כפי שיבואו לידי ביטוי בסה"כ בשאלון "Mosh-Eat", ובכל אחד מסעיפיו לפני ואחרי ההתערבות"*, נעשה שימוש במבחן Wilcoxon (סטטיסטיקה א- פרמטרית) עקב התפלגות א-נורמאלית של המשתנים ובגלל מספר נמוך של משתתפים.

ממצאים מרכזיים: התוצאות מעידות על מגמת שיפור בכל ההתנהגויות בשאלון לאחר ההתערבות, קרי : לעיסה ובליעה, יציבה, מיעוט אכילה, סלקטיביות באכילה, תקשורת באכילה והתנהגות באכילה.

סיכום והמלצות: המחקר הנוכחי, היווה פיילוט אשר בחן את יעילותה של תוכנית התערבות מותאמת אישית לשיפור תפקודי אכילה בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, באמצעות השוואת מיומנויותיהם של המשתתפים לפני קבלת התוכנית ואחרי. בנוסף, הוצגו 8 תיאורי מקרה אשר ניתחו את תוצאות תוכנית ההתערבות המתבססים על תוצאות שאלון ה- "Mosh-Eat" והתצפית הקלינית, ובודקים לעומק את פרופיל מיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה. אנו ממליצות להמשיך לחקור את הנושא

ולבצע את המחקר על מדגם רחב יותר של אוכלוסייה זו בכדי להגיע למסקנות מובהקות יותר עבור יעילותה של התוכנית.

בנוסף, מומלץ להשתמש בתוכנית ההתערבות ככלי יישומי במסגרות בקהילה. כפי שהמחקר נשען על ראייה מולטי-דיסציפלינרית של צוות המחקר וצוות המסגרת הטיפולית, כך חשוב שבניית, יישום ועיבוד תוצאות התוכנית במסגרות בהמשך, יתבצע תוך עבודת צוות של מקצועות הבריאות. כמו כן, לשם הטמעת התוכנית במסגרות אנו ממליצות לבצע סדנאות הכשרה לצוות מקצועות הבריאות ולמטפלים במסגרות. העלאת המודעות והידע בנושא חשובים לפיתוח וקידום התערבויות טיפוליות לצורך שיפור התפקוד בתחום, לשיפור איכות חייהם של אנשים עם מש״ה ולמניעת סיבוכים רפואיים וסכנת חיים.

רשימת טבלאות

		עמוד
טבלה מס' 1:	סטטיסטיקה תיאורית לתוצאות מבחן Wilcoxon Signed-Rank עבור שאלון "Mosh-Eat" (N=8).	19
טבלה מס' 2:	שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 1.	22
טבלה מס' 3:	טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית- משתתף 1.	24
טבלה מס' 4:	שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 2.	26
טבלה מס' 5:	טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית- משתתף 2.	27
טבלה מס' 6:	שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 3.	29
טבלה מס' 7:	טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית- משתתף 3.	30
טבלה מס' 8:	שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 4.	32
טבלה מס' 9:	טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית- משתתף 4.	33
טבלה מס' 10:	שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 5.	35

טבלה מס' 11: טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית- משתתף 5. 37

טבלה מס' 12: שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 6. 39

טבלה מס' 13: טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית- משתתף 6. 41

טבלה מס' 14: שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 7. 43

טבלה מס' 15: שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 8. 46

טבלה מס' 16: טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית- משתתף 8. 48

רשימת גרפים

		עמוד
גרף מס' 1:	תוצאות ציון מסכם של שאלון "Mosh-Eat" לפני ההתערבות (B_before) ואחרי ההתערבות (A_after) עבור כל אחד משמונת משתתפי המחקר (N=8).	20
גרף מס' 2:	תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 1.	21
גרף מס' 3:	תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות- משתתף 1.	23
גרף מס' 4:	תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות- משתתף 1.	23
גרף מס' 5:	תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 2.	25
גרף מס' 6:	תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות- משתתף 2.	26
גרף מס' 7:	תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות- משתתף 2.	27
גרף מס' 8:	תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 3.	28
גרף מס' 9:	תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות- משתתף 3.	29
גרף מס' 10:	תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות- משתתף 3.	30
גרף מס' 11:	תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 4.	31
גרף מס' 12:	תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות- משתתף 4.	32
גרף מס' 13:	תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות- משתתף 4.	33

גרף מס' 14: תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 5. 34

גרף מס' 15: תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות- משתתף 5. 36

גרף מס' 16: תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות- משתתף 5. 37

גרף מס' 17: תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 6. 38

גרף מס' 18: תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות- משתתף 6. 40

גרף מס' 19: תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות- משתתף 6. 41

גרף מס' 20: תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 7. 42

גרף מס' 21: תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות- משתתף 8. 45

גרף מס' 22: תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות- משתתף 8. 47

גרף מס' 23: תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות- משתתף 8. 47

1. מבוא

מוגבלות 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 הסתגלותיים כגון פעילויות יומיומיות בסיסיות (APA, (BADL 2013). אכילה נחשבת לפעילות הסתגלותית, בסיסית ביותר המשפיעה על איכות חייו של אדם עם מש"ה (Gravestock, 2000; Matson et al., 2006).

מחקרים מעידים כי קשיים באכילה והאכלה נפוצים בקרב אנשים עם מש"ה (Bandini, 2019; Gal et al., 2011; Mikulovic et al., 2014), בספרות תואר מגוון רחב של קשיים בתהליך 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).

לקשיי אכילה השלכות רבות המשפיעות על איכות חייו של האדם עם מש"ה, החל מההחלטה 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., 2006; Matson & Kuhn, 2001). מצבים אלה מהווים סכנה לחייו של האדם עם מש"ה (Chadwick et al., 2003; Gravestock, 2000; Matson et al., 2006).

לאור הראיות המצטברות לגבי קשיי אכילה משמעותיים בקרב אנשים עם מש"ה, יחד עם הבנת ההשלכות הבריאותיות שלהם, עולה צורך בהתערבות טיפולית יעילה. על אף גוף הידע הרחב, ולמרות הצורך הקליני הניכר בהתערבויות לשיפור מיומנויות אכילה, קיים חוסר בהתערבויות קליניות מבוססות שיכולות לספק מענה וטיפול בקשיי האכילה אצל אנשים עם מש"ה. במסגרת מחקר זה פותחה תכנית טיפולית בראייה של צוות מולטי-דיסציפלינרי, הכולל פיזיותרפיסטית (א.ב), קלינאית תקשורת (ג.ט) ומרפאות בעיסוק (ע.ג, נ.פ, ד.פ), לצורך שיפור תפקודי אכילה והאכלה בקרב אנשים עם מש"ה.

2. סקירת ספרות

2.1 מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה)

מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) הינה מגבלה המופיעה במהלך תקופת ההתפתחות המוקדמת, וכוללת קשיים בשני תחומים: ליקויים בתפקודים אינטלקטואליים כגון למידה, פתרון בעיות ושיפוט, וליקויים בתפקודים הסתגלותיים כגון BADL, ניהול כסף ופנאי. רמת החומרה של המגבלה (קל, בינוני, קשה) מתבססת על התפקוד ההסתגלותי, הקובע ומגדיר את רמות התמיכה הנדרשות לאדם (APA, 2013).

השכיחות העולמית של אנשים עם מש"ה עומדת בערך על 2-3% (Iwase et al., 2017; McKenzie et al., 2016). בישראל חיים לפי ההערכה כ- 40,000 אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2014), כאשר אחד מתוך כל 200 תינוקות נולד עם מש"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 למש"ה אינו ידוע מחקרים רבים מעידים על תוחלת חיים נמוכה של אנשים עם מש"ה בהשוואה לזו של כלל האוכלוסייה (Shevell, 2008).

בנוסף ללקויות אינטלקטואליות והסתגלותיות, אנשים עם מש"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).

כמו כן, מוגבלות שכלית עלולה להגביל את היכולת של קבלת החלטות ובחירות, דבר המשפיע על האוטונומיה והעצמאות של האדם עם מש"ה (Beauchamp & Childress, 2001; Whinnery & Whinnery, 2012), כאשר אחד ההיבטים החיוניים והחשובים שיכול להשפיע על חווית האוטונומיה והעצמאות הוא היכולת לאכול באופן עצמאי (Dag et al., 2017). אכן, אכילה הינה אחד התפקודים היום-יומיים ההסתגלותיים והחיוניים המשפיעים על איכות חייו של אדם עם מוגבלות שכלית (Gal et al., 2011).

2.2 אכילה- הגדרה, מה כוללת, היבטים מוטוריים וחברתיים

אכילה, הינה פעילות הסתגלותית בסיסית ביותר וחיונית לתפקוד האדם לצורך הזנת הגוף (AOTA, 2016). אכילה לעיסה ובליעה הן פעולות שונות המתקיימות באינטראקציה אחת עם השנייה על מנת לאפשר תזונה יעילה. לצורך מחקר זה נגדיר כל אחת מן הפעולות הללו כדלהלן: **אכילה** כוללת את התהליך של התיישבות, התארגנות, והבאת האוכל או המשקה מהצלחת (או הכוס) אל הפה. **לעיסה** מוגדרת כיכולת לשמור את האוכל בפה, לבצע בו את המניפולציה הנדרשת ולהעבירו אל עבר הלוע. **בליעה** מוגדרת כמעבר של המזון (או המשקה) מן הפה אל עבר הלוע ומשם אל הושט ואל הקיבה (Clark et al, 2007). שלוש הפעולות הללו הינן פעולות מוטוריות מורכבות הדורשות תאום בין קבוצות שרירים רבות, עבודה מדויקת של כל שריר ושריר וקואורדינציה בין השרירים השונים. אכילה עצמית דורשת עבודה מדויקת של הגף העליון ותיאום בין הגף העליון ובן הפה. לעיסה דורשת תיאום בין הלשון, שרירי הלעיסה, ושרירי הלחיים, ובליעה דורשת תיאום בין הלשון ושרירי הלוע.

בדו"ח הנוכחי נשתמש במונח אכילה על מנת להתייחס לארבעת הפעולות של אכילה, התארגנות, לעיסה, בליעה ושתיה.

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 והחיך (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 שהיא העיסה שנוצרת בפה מערבוב המזון עם הרוק, והוא מובל 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 והוושט אל הקיבה (Cox 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 להימנע 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 הגוו, הכתפיים והצוואר להיות במנח אופטימלי ולהוות בסיס להאכלה ואכילה תקינים (איכט ודוידזון, 2018).

גורמים רבים משפיעים על יעילות האכילה, הלעיסה והבליעה ובהם גורמים פיזיולוגיים, מנטליים, רגשיים, חברתיים ותרבותיים (Clark et al, 2007). אחד הגורמים הפיזיולוגיים החשובים העומד בבסיס התנועה והפונקציה הוא היציבה.

2.2.2 הקשר בין יציבה ואכילה

יציבה מוגדרת כסידור אברי הגוף בחלל בזמן נתון (Van der Ham et al, 1998). יציבה טובה בה אברי הגוף מתואמים זה עם זה מהווה את הבסיס לתנועה יעילה. היציבה איננה סטטית אלא היא תהליך דינמי המשתנה כל הזמן בהתאם לפעילות של הפרט (Hong et al., 2008). הסידור המרחבי של האגן והגו, כלומר היציבה של החלקים הפרוקסימליים של הגוף, מהווה את הבסיס עליו מתבצעת התנועה של החלקים הדיסטליים- גפיים וראש. בהמשך, יציבות הצוואר והכתפיים מהווה את הבסיס לאכילה, לעיסה, בליעה ודיבור.

יציבה טובה מאפשרת שמירה על היציבות ושיווי המשקל, בהשקעה אנרגטית מינימלית, תוך חלוקה מתאימה של העומסים על מערכת השלד-שריר. יציבה טובה מתאפיינת בדרך כלל בסימטריה דו-צידית ובכך שהיא משתנה בהתאם לפונקציה אותה מבצעים. לכל אדם, בהתאם למאפיינים הפיזיקליים שלו, קיימת היציבה האופטימלית לביצוע פונקציה בזמן נתון (Howe & Oldham 2001). על מנת לאפשר לעיסה אכילה ובליעה יעילים על הגו, הכתפיים והצוואר להיות במנח אופטימלי. כדי להשיג יציבה טובה יש צורך במערכת סנסורית תקינה, בטווחי תנועה מתאימים, ובכוח ותיאום של עבודת השרירים היציבתיים.

כיום מדברים על הדדיות בהתפתחות תפקודי הגוף ותפקודי אברי הפה כאשר התפתחות אברי הפה משפיעה גם היא על יציבת הגוף ותפקודו (Pelosi, 2007 ; איכט ודוידזון, 2018).

2.2.3 האכלה ותקשורת

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).

החשיבות החברתית של הארוחות לאורך היום נעוצה בבניית תהליך החברות בין בני אדם והיא קשורה קשר הדוק לזהותנו כבני אנוש (Mennell, Murcott, & van Otterloo, 1992; Sobal, 2000). הארוחה היא זמן להחלפת חוויות, לשאילת שאלות, להעמקת הידע , ולשיחות חולין. כלומר, זהו הזמן בו ניתן לפתח מיומנויות חברתיות (Duncan et al., 1999). מכאן, חשוב שזמן הארוחה בכלל, ובקרב אנשים עם מוגבלות שכלית בפרט יכלול אפשרויות להשתתפות תקשורתית וחברתית.

2.3 קשיים בתפקודי אכילה

המונח- Feeding and eating disorders (קשיים באכילה והאכלה) מופיע ומקושר בספרות בדרך כלל לילדות המוקדמת יותר (Bryant et al., 2010). המונח הוגדר בספר הקלסיפיקציות Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, (DC: 0-3R) (2005), לפי שישה קשיים באכילה והאכלה בגיל הינקות הכוללים : קשיי ויסות, אנורקסיה בילדות, היעדר הדדיות בתהליך ההאכלה בין מטפל- תינוק, רתיעה ממזון על רקע תחושתי, קשיים באכילה הקשורים למצבים רפואיים.

הספרות המקצועית העוסקת בנושא האכילה בקרב ילדים עם ליקויים התפתחותיים אינה עושה שימוש במושג "הפרעות אכילה" המופיע לעיל, אלא במושג "קשיי אכילה", המתייחס לחריגה מהנורמה בצריכה של מזון באופן המוביל להשלכות חברתיות או בריאותיות שליליות (Kedesdy

& Budd, 1998). קשיי אכילה מסוג זה נגרמים משילוב של גורמים ביולוגיים וסביבתיים (Matson & Fodstad, 2009), והמנגנון של קשיי אכילה שונה במהותו מזה של הפרעות האכילה המוזכרות ב - DSM-5 (Zucker & Losh, 2008).

קשיי אכילה בקרב ילדים עם ליקויים התפתחותיים בכלל הם שכיחים ונפוצים, ובפרט בקרב ילדים עם מגבלה שכלית התפתחותית.

2.4 קשיים בתפקודי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה

קשיים באכילה והאכלה נפוצים בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית (Gravestock, 2000, O'Brien, Repp, Williams, & Christophersen, 1991). יותר מ-30% מהאוכלוסייה עם מש"ה בכלל מזוהים עם קשיי אכילה (Gouge & Ekvall, 1975), נמצא כי בערך ל 80% מהאוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית בינונית- קשה קיימים קשיים באכילה (Gravestock, 2000; Laud, 2003). כשהמוגבלות השכלית היא קשה עד עמוקה, קשיים אלה מלווים את האדם לאורך כל חייו. קשיי אכילה כוללים בין השאר : צריכת מזון לא מספקת, סלקטיביות במזון, חוסר מיומנות בהאכלה עצמית, קצב לא תקין באכילה, הקאות ועוד (O'Brien et al., 1991). הספרות מדווחת לא רק על דפוסי אכילה לא תקינים, אלא גם על הטיה ל-BMI לא תקין בקרב אוכלוסיה זו. תוצאות מחקר נורווגי בו נבדקו 282 אנשים עם מש"ה העלו כי בעוד ואנשים עם מוגבלות שכלית קלה היו בסיכון גבוה יותר להשמנה, אנשים עם מוגבלות שכלית קשה נטו לתת-משקל. סירוב מזון והקאה עצמית היו נפוצים יותר בקרב אנשים עם משקל מופחת (Hove, 2004). במחקר שנערך בישראל וכלל 91 ילדים בגילאי 9-4 ש' בשלוש רמות חומרה של מש"ה נמצא כי כמעט כל ילד עם מש"ה סובל מקשיי אכילה/האכלה. עם זאת, אופי קשיי האכילה שונה בהתאם לחומרת הלקות כאשר ילדים עם מש"ה קשה נוטים להראות יותר בעיות אכילה מבוססות קשיים מוטוריים כדוגמת דיספגיה, בעוד שאלה עם מש"ה קל נוטים יותר לבעיות התנהגות באכילה (Gal, Hardal- Nasser, & Engel-Yeger, 2011).

בין הסיבות הנפוצות לקשיי אכילה מוזכרים קושי מבני או ליקוי על רקע נוירולוגי כמו טונוס מוגבר או מופחת (Rogers & Arvedson, 2005), וכן קשיים על רקע התנהגותי, סנסו-מוטורי או תחושתי (O'Brien & Whitehouse, 1990). נמצא כי ככל שיכולות הוויסות הסנסורי של ילדים עם מש"ה לקויה יותר, כך שכיחות בעיות הקשורות בסלקטיביות של אוכל תהיה גבוהה יותר (Engel-Yeger, Hardal-Nasser, & Gal, 2011).

קשיים בתפקודי אכילה משפיעים באופן שלילי על ההתפתחות הפיזית, החברתית והחינוכית של ילדים עם מש"ה (Gravestock, 2003). בנוסף קשיים אלה עלולים להוות קריטריון עיקרי

בהחלטה האם להשאיר ילדים ומבוגרים עם מש"ה בקהילה ובמשפחות וכשהם גדלים, ותורמים לא אחת להחלטה לגבי מגורים במסגרת של הוסטלים או פנימיות. במסגרות אלו מוקדש זמן ותשומת לב מרובה לנושא האכילה ומייחסים לזמן האוכל משמעויות רבות הן עבור האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית והן עבור המטפל המאכיל. לכן, קיימת חשיבות רבה לא רק להקלת חוויית האכילה על המטופלים עם מש"ה אלא גם לספק כלים שיתרמו לחוויית המטפל המאכיל ולתחושת הקומפטנטיות שלו.

2.4.1 גורמים לקשיים בתהליך האכילה בקרב אנשים עם מש"ה

בספרות תוארו מגוון של גורמים לקשיים בתפקודי 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).

אחד הקשיים הנפוצים ביותר 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). גם קשיי אכילה הנגרמים כתוצאה מליקויים על רקע נוירולוגי כמו טונוס מוגבר או מופחת שגורם לקושי בשליטה על פעולת שרירי הפה, נפוצים בקרב אנשים עם מש"ה (Arvedson, 2013; Girolami & Scotti, 2001; Matson et al., 2006; Rogers & Arvedson 2005). בנוסף, קיימים קשיי אכילה הקשורים למחלות לב מולדות (Thommessen et al., 1991), וחלקם מקושר לבעיות בקיבה אשר גורמות לרפלוקס- אספוגלי (Chatoor, 1998; Matson et al., 2006). קיימים מחקרים המייחסים חשיבות להיבט הסנסורי כמנגנון המשפיע על הופעת קשיי 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 הקשיים הקשורים בסלקטיביות של מזון היתה גבוהה יותר.

גורמים התנהגותיים וסביבתיים רבים מעורבים בהופעת קשיי 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 סוגי קשיים בתהליך האכילה בקרב אנשים עם מש"ה

הקלספיקציה של Jones (1982), מסווגת את קשיי האכילה בקרב אנשים עם מש"ה לשני סוגים: 1) קשיי אכילה המבוססים על אטיולוגיה (שליטה נוירו-מוטורית, מגבלה פיזית ומחלות שונות).

2) קשיי אכילה עם ביטוי התנהגותי- תפקודי, האכלה עצמית והתנהגויות תואמות בעת ארוחה הכוללת: גניבת מזון, PICA, ופגיעה עצמית.

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

מאוחר יותר נעשה שימוש במונח "מיומנויות אכילה" בספרות העוסקת בקשיי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה, וכלל קשיי אכילה בתחומים שונים כגון: קשיי לעיסה ובליעה, עצמאות בעת אכילה, שימוש באביזרי עזר לאכילה ותפקודי יציבה בעת אכילה (Matson & Kuhn, 2001; Rezaei et al., 2011).

אופי קשיי האכילה שונה בהתאם לחומרת הלקות כאשר ילדים עם מש"ה קשה נוטים להראות יותר קשיי אכילה מבוססים על קשיים מוטורים כדוגמת דיספגיה, בעוד שאלה עם מש"ה קל נוטים יותר לבעיות התנהגות באכילה (Gal et al., 2011).

2.4.3 השלכות קשיי האכילה בקרב אנשים עם מש"ה

קשיי אכילה עלולים 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). כשהמוגבלות 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, לקשיי האכילה השלכות נוספות המשפיעות על איכות חייו של האדם עם מש"ה, החל מההחלטה 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 et al., 2006; Matson & Kuhn, 2001), מצבים אלה מהווים סכנה לחייו של האדם עם מש"ה.

אכן, נמצא קשר ישר בין קשיים במיומנויות אכילה ושתייה לבין תמותה כאשר בארה"ב דווח על אספירציה כגורם לתמותה במקרי מוות רבים בקרב אנשים עם מש"ה קשה (Chadwick et al., 2003; Gravestock, 2000; Matson et al., 2006).

2.5 אבחון והערכה של קשיי אכילה בקרב אוכלוסייה עם מש"ה

מעטים מאוד הם האבחונים המתוקפים המיועדים לאתר ולבדוק קשיי אכילה בכלל, ובקרב אנשים עם מש"ה בפרט. אבחון אופי קשיי האכילה וכן מקורם הינו צעד ראשון בבניית תכנית התערבות מתאימה לטיפול בקשיים אלה. לאורך השנים נבנו קלסיפיקציות שונות אשר מטרתן לזהות ולאבחן ליקויים בתפקודי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה (Jones, 1982; O'Brien & Whitehouse, 1990), אך לא פותחו כלי אבחון מפורטים ומותאמים לאוכלוסייה, דבר היכול להעיד על מורכבות באבחון קשיי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה.

Screening Tool of Feeding Problems (STEP) (Matson & Kuhn, 2001), הוא אבחון המזהה קשיי אכילה המיועד לילדים עם מש"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 בעברית, המיועד לצרכים קליניים בתחום האכילה הוא- Aut-Eat Questionnaire"" (גל ושות' 2012), המיועד לילדים עם הפרעות על הספקטרום האוטיסטי (ASD), ובעל גרסה גם למתבגרים עם ASD (גל ושות', 2018). שאלון זה כולל התייחסות להרגלי אכילה ולקשיים בתהליך האכילה ובוססה מהימנות פנימית שלו ותוקף מבחין בין קבוצות (גל, 2012).

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

בהמשך לחוברת "חווית האכילה והאכלה" (קרן שלם, 2017), בשנת 2021, 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 לקשיי אכילה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (משי"ה). שאלון ה- "Mosh-Eat" אשר מבוסס על שאלון ה -"Aut-Eat" והותאם לאוכלוסיית אנשים עם משי"ה.

במסגרת מחקר קודם, תוקף שאלון ה- "Mosh-Eat" במטרה לספק כלי לאיתור ולזיהוי קשיי אכילה נרחבים בקרב אנשים עם משי"ה. השאלון מורכב משני חלקים : (א) פרטים אישיים הכוללים מידע דמוגרפי ומידע כללי לגבי הרגלי אכילה, ו (ב) טבלאות המכילות סה"כ 50 פריטים המותאמים ספציפית לקשיים בתהליך האכילה בקרב אנשים עם משי"ה, ומחולקים ל- 7 קטגוריות.

על בסיס שאלון ה- "Mosh-Eat" ניתן לבנות פרופיל אכילה אינדיווידואלי שיהווה בסיס לבנית תוכנית התערבות עם תרגילים סנסו-מוטוריים שתועבר קדם אכילה.

2.6 התערבות בקשיי אכילה בקרב אוכלוסייה עם משי"ה

לא ידוע לנו על תוכניות התערבות, מתוקפות ומבוססות ראיות המיועדים לשיפור קשיי אכילה של אנשים עם משי"ה. בשנת 2017, פותחה חוברת "חווית האכילה והאכלה"- חוברת הדרכה לטיפול באנשים עם מוגבלות של קרן שלם. החוברת מסתמכת על ידע בנושא האכלה מיטבית בתחום המוגבלות השכלית התפתחותית, ומטרתה לשמש ככלי הערכה, תכנון וטיפול מחד וכגורם מסייע לשיפור חווית האכילה ולבניית תכנית טיפולית ומניעת סיכון מאידך. חוברת זו היוותה בסיס לפיתוח שאלון Mosh eat בשלב המחקר הקודם, וכן לפיתוח תוכנית ההתערבות הנוכחית בשלבו השני של מחקרינו.

לסיכום, מאחר ולקשיי אכילה בקרב אנשים עם משי"ה עלולות להיות השלכות על איכות החיים, על בריאות, ואף על הישרדות, הרי שחשוב לפתח תוכנית התערבות קצרה ומותאמת אישית, שתינתן למטופלים לפני האכילה.

הפרויקט הנוכחי בא לפתח תוכנית אכילה ולבסס אותה מחקרית.

המחקר הנוכחי הינו מחקר אינטרדיסציפלינרי המאגד את ההיבטים השונים של האכילה ובהם : תקשורת, מוטוריקה וסנסו-מוטוריקה, כדי לאפשר שיפור איכות חיים בזמן האכילה אצל בוגרים עם משי"ה.

מטרות המחקר היו :

-לבדוק מחקרית את יעילותה של התערבות קדם אכילה הכוללת תכנית התערבות קצרה, מותאמת אישית, באמצעות השוואת מיומנויותיהם של המשתתפים לפני קבלת התוכנית ואחרי.

בנוסף, במסגרת המחקר נותחו תוכניות ההתערבות ב-8 תיאורי מקרה אשר מתבססים על תוצאות שאלון ה- "Mosh-Eat" והתצפית הקלינית, ובודקו לעומק את פרופיל מיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה.

תיאורי מקרה אינדיבידואלים בדקו האם פרופיל האכילה של כל אחד מהמשתתפים השתפר לאחר ההתערבות.

לבסוף המחקר בא לבדוק גם את חוויית ההאכלה של מטפלים באנשים עם מש"ה לפני ואחרי ההתערבות.

מחקר זה הינו חלוצי בתחום זה, ומציע התערבות מבוססת ראיות לאוכלוסייה זו, בתקווה שתיושם ותהיה בשימוש של אנשי צוות מקצועות הבריאות ומטפלים העובדים עם אנשים עם מש"ה.

3. שיטת המחקר

3.1 אוכלוסיית המחקר

מדגם המחקר כלל בתחילת הדרך 10 משתתפים, מבוגרים עם מש"ה, אשר נזקקים לעזרה באכילה במסגרות בקהילה. מתוכם, נשרו שני משתתפים, מסיבות בריאותיות, ונשארו 8 משתתפים, מתוכם 5 גברים (62.5%) ו-3 נשים (37.5%), אשר השתתפו במחקר ועליהם נבדקה תוכנית ההתערבות. בתחילת המחקר, המדגם כלל 4 משתתפים האוכלים באופן עצמאי, 3 משתתפים מואכלים על ידי מטפלים במסגרת ומשתתפת אחת אשר נזקקת לעזרה חלקית ומואכלת על ידי המטפלת בחלק מזמן הארוחה.

כל המשתתפים נדגמו בדגימת נוחות ביחידות טיפוליות משתי מסגרות מרכזי עבודה שיקומי (מע"ש) במרכז הארץ- אור יהודה ורחובות.

שתי מסגרות המע"ש, מספקות שירותי תעסוקה והכשרה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בעיר. לצד זאת הן פועלות במסגרות כיתות טיפוליות אשר נותנות מענה לשעות היום עבור חניכים סיעודיים. החניכים מתגוררים בקהילה ומגיעים בהסעות למסגרות. סדר היום הינו קבוע וכולל ארוחות בוקר וצהריים, טיפולים מאנשי מקצועות הבריאות ופעילויות וחוגי העשרה שונים. חלק ממטרות המע"ש הינן הקניית כישורי חיים, קידום עצמאות בתפקודי היום-יום, הקניית מיומנויות תקשורת ויחסים בינאישיים ועוד.

לצורך דגימת המשתתפים, פנינו אישית למנהלת המרכז במסגרות אשר ביקשה את אישורם של האפוטרופוסים של הנדגמים באמצעות החתמה על טופס אישור הסכמה מדעת.

לאחר מכן התייעצנו עם אנשי הצוות במסגרות לבחינת התאמתם להשתתפות במחקר.

כל המשתתפים במחקר שוהים במרכזי התעסוקה לאנשים עם מוגבלות שכלית לאורך היום, חלקם מתגוררים בהוסטלים וחלקם בביתם. כולם אוכלים את הארוחות במסגרות. כל המשתתפים מקבלים טיפולים ומעקבים מצוות רפואי ומקצועות הבריאות במסגרת, הכולל ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וקלינאות תקשורת.

קריטריוני ההכללה בקבוצת המחקר כללו: מבוגרים (מעל גיל 18) עם אבחנה של מש"ה, , אשר מתמודדים עם קשים בתפקודי אכילה לפי דיווח הצוות המטפל לפחות באחד מהתחומים הבאים: לעיסה ובליעה, יציבה באכילה, הימנעות באכילה, אכילה מופרזת, סלקטיביות באכילה, תקשורת באכילה (העברת רצונות, יזימת תקשורת עם צוות מאכיל), התנהגות בזמן אכילה (הפגנת התנהגויות לא תואמות, אכילה מאחרים, אכילת חפצים). המחקר לא כלל אנשים עם מש"ה כאבחנה משנית, או אנשים עם מש"ה ללא הקשיים באכילה שתוארו לעיל.

3.2 כלי המחקר

3.2.1 שאלון ה- "Mosh-Eat" (גל ושות', 2020), (נספח מס' 1)

שאלון ה- "**Mosh-Eat**" מאתר יכולות וקשיים בתפקודי 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 הספציפי, 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 צינון הכלי ועיבוד הנתונים נעשה היפוך לפריטים בתחום "תקשורת באכילה" לצורך בניית הציון הכולל במשתנה.

הציון הסופי בשאלון ה- "Mosh-Eat" הכולל את סך כל הפריטים בקטגוריות השונות נע בטווח של 0-250 נקודות.

בתחום הלעיסה ובליעה (13 פריטים) ניתן לקבל ציון בטווח 0-65.

בתחום היציבה באכילה (7 פריטים) ניתן לקבל ציון בטווח 0-35.

בתחום הימנעות/מיעוט מאכילה, דחיית מאכלים (7 פריטים) ניתן לקבל ציון בטווח 0-35.

בתחום סלקטיביות באכילה (7 פריטים) ניתן לקבל ציון בטווח 0-35.

בתחום אכילה מופרזת (3 פריטים) ניתן לקבל ציון בטווח 0-15.

בתחום תקשורת באכילה (6 פריטים) ניתן לקבל ציון בטווח 0-30.

בתחום התנהגות בארוחה (7 פריטים) ניתן לקבל ציון בטווח 0-35.

3.2.2 שאלון "למילוי ע"י המטפל המאכיל" (קרן שלם, 2017), (נספח מס' 2)

שאלון זה נלקח מתוך חוברת "חווית האכילה והאכלה"- חוברת הדרכה לטיפול באנשים עם מוגבלות של קרן שלם. השאלון בודק את תחושותיו של המטפל העיקרי ומעורבותו בקבלת ההחלטות הנוגעות להאכלה של המשתתף. הוא מורכב משני חלקים:

א. טבלה הכוללת תשעה פריטים, המתארים את תחושות המטפל בנוגע לפעילות ההאכלה, עבורם המטפל מסמן באיזו מידה הוא מסכים או לא מסכים עם המשפט, על פי סולם ליקרט מ-1 עד 5, כאשר 1 זה 'כלל לא מסכים' ו-5 זה 'מסכים במידה רבה מאד'.

ב. טבלה הכוללת 14 פריטים, המתארים פעילויות מכינות לפעילות ההאכלה ומצבים במהלך ההאכלה עצמה, עבורן המטפל מסמן האם הוא מקפיד או לא למלא אחר ההנחיות, באמצעות סימון V אם מקפד למלא ו-X כאשר אינו מקפיד למלא.

3.2.3 קידוד מיומנויות אכילה והתנהגות במהלך האכילה מתוך סרטוני וידאו

הסרטת שני סרטוני וידיאו (באורך 5 דקות כל אחד) של המשתתף, לפני ואחרי תהליך ההתערבות, כשהוא אוכל/מואכל בסביבתו הטבעית לצורך ביצוע תצפית קלינית ממוקדת על המשתתף.

התצפית הקלינית המובנית כוללת:

- **מיומנויות האכילה** הכוללות: קצב אכילה, מעורבות בפעילות האכילה, מנח גוף לצורך אכילה, תנועות גפיים, מנח ראש, תנועות פה.
- **מיומנויות תקשורתיות** בזמן האכילה, הכוללות: מעורבות בתקשורת עם המטפל, state-like behavior, מבט, facial expression, vocalization.

יחד עם שאלון Mosh- eat התצפית מהווה בסיס לצורך היכרות עם פרופיל האכילה של המטופל שעל בסיסה נבנית תוכנית ההתערבות. תוצאות תצפית שניה, לאחר ההתערבות הושוו לאלה שלפני ההתערבות לצורך בחינת יעילותה בקרב כל אחד מהנבדקים.

3 הדקות הראשונות מכל סרטון נותחו וקודדו על בסיס שיטת הקידוד של - Coding Interactive Behavior (CIB) (Feldman, 1998). הקידוד נעשה באמצעות מניואל (מדריך) קידוד התנהגויות שנערך עבור מחקר זה על ידי צוות החוקרות ומיושם בו, ואשר הותאם מהמדריך של ה- CIB (מנואל קידוד התנהגויות, נספח מספר 4).

<u>אופן הקידוד מורכב משני חלקים</u>, גלובאלי ומיקרו-אנליטי, כאשר יש להתחיל מהגלובלי)

א. קידוד גלובלי, מבוסס על התרשמות כללית על מכלול התצפית בסך כל 3 הדקות בסרטון. חלק זה מכיל שתי טבלאות. הראשונה מודדת את השינוי בקצב אכילה של המשתתף בהשוואה בין שני הסרטונים לפני ואחרי ההתערבות. הניקוד משקף את קצב האכילה בסרטון השני שלאחר ההתערבות. הוא מחושב על פי סולם ליקרט מ-1 עד 5, כאשר 1 זה 'קצב אכילה איטי בצורה משמעותית' ו-5 זה 'קצב אכילה מהיר באופן משמעותי'.

הטבלה השנייה מודדת את התרשמות המקודד על המטופל, בסך כל התצפית ב-3 הדקות בסרטון במשתנים הבאים: מעורבות בפעילות האכילה, מעורבות בתקשורת עם המטפל, positive affect, negative emotionality, alert. כל משתנה מקודד על פי סולם ליקרט מ-1 עד 5, כאשר 1 זה 'אינו מעורב כלל' (מרמז על רמה מינימלית של ההתנהגות או המצב הספציפיים) ו-5 זה 'מעורב מאד בפעילות, יותר מ-80% מהזמן' (מרמז על רמה מקסימלית של התנהגות או המצב הספציפיים), ו'לא ניתן לקודד' כאשר ההתנהגות המבוקשת אינה ניתנת לצפייה בסרטון. בקידוד לפי ה-CIB, הקודן מגדיר את ציון 1 ו-5 כ'נקודת עיגון' בסולם. הוא מגדיר האם הציון הוא 1 (אף פעם לא), 3 (לפעמים, קורה ב50% מהזמן) או 5 (בדרך כלל, קורה ביותר מ80% מהזמן) עבור כל סולם. לאחר מכן, הוא מגדיר את ציונים 2 (לעיתים רחוקות, 25% מהזמן) ו-4 (לעיתים קרובות, 50-80% מהזמן).

ב. קידוד מיקרואנליטי, הינו קידוד מדויק של התנהגויות המופיעות ב-3 דקות של סרטון, תוך צפיה במקטעים של 10 שניות עבור כל התנהגות. לכן, נדרשות מספר צפיות חוזרות של הסרטון על מנת להשלים קידוד התנהגויות עבור כל משתתף. כמו כן, קידוד ההתנהגות נעשה על פי מה שנצפה בסרטון בפועל ב10 שניות המיוחסות, בצורה אובייקטיבית, ללא הנחת הנחות.

הקידוד מתבצע כך שבכל מקטע של 10 שניות, במידה וההתנהגות הופיעה המשתתף יקבל נקודה אחת, במידה וההתנהגות לא הופיעה, המשתתף אינו מקבל נקודה. כלומר, טווח הציון של כל משתתף עבור כל התנהגות תהיה בין 0 ל-16. כאשר ציון 0 משמעותו שההתנהגות לא הופיעה כלל,

וציון 16 משמעותו שההתנהגות הופיעה לכל אורך 3 דקות של הסרטון. הציון אינו מסמל באופן גורף על כל ההתנהגויות אם הן טובות או לא, אלא בצורה אובייקטיבית האם היא הופיעה. לאחר מכן, בדיוח התוצאות באופן אינדיבידואלי עבור כל משתתף ניתן יהיה להסיק מסקנות.

המשתנים אשר מופיעים בטבלת הקידוד הם: מנח גוף, תנועות גפיים, מנח ראש, תנועות פה, מבט, הבעת פנים וקוליות. כל אחת מהן פורטת בתוכה התנהגויות עם פרשנות מדויקת אותן נחפש בסרטון (ראה נספח 4, חלק שני).

השימוש במניואל וקידוד ההתנהגויות מבוסס על הניסיון של המקודד ולכן עליו לעבור הכשרה ובדיקת מהימנות בין בודקים. לשם כך, גויסו למחקר שתי מרפאות בעיסוק בעלות ניסיון בקידוד התנהגויות מסרטוני וידיאו. הן קידדו התנהגויות שהופיעו בסרטונים בהתאם להגדרות שבמניואל. הקידוד נעשה על 7 דקות של סרטונים שהם 15% מתוך הזמן הכולל של סרטוני המחקר. מטרת בדיקת המהימנות הייתה להגיע לפחות ל-85% אחידות בכל התנהגות בין שתי המרפאות בעיסוק והחוקרת של המחקר הנוכחי. בהתנהגויות בהן לא נמצאה התאמה של 85%, נערך דיון בין שלושת המקודדות אשר בסופו חודדו הגדרות המניואל. תהליך זה הפך את המניואל למדויק יותר ולאפשר אחידות גם כאשר בודקים שונים משתמשים בו.

לאחר קבלת מהימנות בין הבודקות, החוקרת קודדה את שאר הסרטונים לפי המניואל המעודכן.

יש לציין, כי בכלי המחקר ישנם חלקים אשר לא היו רלוונטיים עבור אותם משתתפים אשר אוכלים בכוחות עצמם, כגון: תקשורת עם מטפל, והעברת שאלון "למילוי ע"י המטפל המאכיל".

3.3 הליך המחקר

לאחר קבלת אישור לביצוע מחקר ממשרד הרווחה ואישור אתיקה מאוניברסיטת חיפה, נערכה פנייה למסגרות במרכז הארץ לקבל את אישורם להשתתפות במחקר, עם הצגת מטרתו ותרומתו לשדה הקליני.

בתום קבלת ההסכמה ואישור השתתפות ממנהלות המסגרות, נדגמו המשתתפים הרלוונטיים העונים על קריטריוני ההכללה וההוצאה של המחקר. האפוטרופוסים של המשתתפים אשר נמצאו מתאימים חתמו על טופס הסכמה מדעת (נספח מספר 3) ואישרו את השתתפותם במחקר.

השאלונים "Mosh-Eat" ושאלון "למילוי ע"י המטפל המאכיל" מולאו על ידי הצוותים המטפלים העיקריים אשר מעורבים בתהליך האכילה והאכלה של המשתתפים. חוקרת שוחחה באופן אישי עם כל אחד מהמטפלים, הסבירה את מטרת המחקר ותיווכה לאורך כל מילוי השאלון, עם קבלת הסבר מפורט עבור כל סעיף. זאת בכדי לגשר על פערי שפה ולהנגיש מונחים מקצועיים שלא תמיד היו ברורים והקשו על תהליך מילוי השאלונים.

בהמשך, כל משתתף הוסרט בסרטון וידיאו שארך כ-5 דקות בזמן האכילה לפני תהליך ההתערבות ולאחריה.

3.3.1 תהליך בניית תוכנית ההתערבות

בכדי לבנות את תוכנית ההתערבות, צוות המחקר ערך פגישות עם צוות המסגרת אשר כלל את מנהלת המסגרת, מרפאה בעיסוק, קלינאית תקשורת ואחראית תוכניות קידום של החניכים. בשיחות עמם היה דגש על הבנת סדר היום במסגרת, כיצד ניתן להתאים את התוכנית כך שתהיה ישימה וריאלית לאופי המסגרת ולשגרה, בכדי שיוכלו להתמיד בה לאורך תקופת המחקר. לאחר קבלת המידע מהפגישות ומאיסוף הנתונים מכלי המחקר שכללו שאלון ה-"Mosh-Eat", שאלון "למילוי ע"י המטפל המאכיל" ותצפית בסרטון הוידיאו של המשתתף אוכל/מואכל בסביבתו הטבעית במסגרת נבנתה תוכנית ההתערבות. כל התערבות נבנתה באופן אינדבידואלי עבור המשתתפים, בשיתוף צוות המסגרת וצוות המחקר, אשר כלל נשות מקצוע מובילות מתחום הריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וקלינאות תקשורת.

3.3.2 תוכנית ההתערבות (נספח 5)

תוכנית ההתערבות הינה תוכנית המורכבת מפעילויות סנסוריות ומוטורית לאזור הפה, פלג גוף עליון וגפיים עליונות. בחלק מהמקרים כללה פעילות אירובית ובחלק אחר פעילות תקשורתית. כל אלו הותאמו ונבנו בהתאם ליכולת המטופל לבצע.

התוכנית אורכת בין 5 ל-7 דקות ותוכנה היה שונה בין שתי המסגרות.

3.3.2.א תוכנית ההתערבות במסגרת ברחובות

משתתפים 1-2: התוכנית כללה עיסוי סביב הפה, סגירת השפתיים סביב פיית חליל ועיסוי עמוק לפלג הגוף העליון. משתתפים אלו הינם סיעודיים ומרותקים לכיסא גלגלים ולכן על בסיס הדרכה, התרגילים בוצעו על ידי המטפלות שלהם. מטרת התרגילים היתה לעורר את המטופלים לפני הארוחה, לספק תחושה עמוקה לאזורים המופעלים בשעת הארוחה כמו אזור הפה וגף עליון, לטובת לעיסה ובליעה טובה יותר, וכן, יצירת מסגרת עם הכנה ברורה לפעילות האכילה כדי שזו תיתפס כפחות אקראית בסדר היום.

משתתפים 3-4: התוכנית כללה פעילות תקשורתית בין המטופל לאיש צוות והתאמת סביבת האכילה לשיפור היציבה. הותאמו כיסאות עם ידיות, מדרגה לרגליים והגבהת הצלחת עם קופסא. בנוסף, המטפלת הציעה את המנה למשתתף וחיכתה לתגובתו לפני שהמנה היתה מונחת לפניו בתחילת הארוחה. לאחר מכן, באמצע הארוחה המטפלת שאלה את המטופל אם הוא מעוניין בקבלת מנה נוספת וחיכתה לתגובתו לפני שהגישה לו תוספת. ובסוף הארוחה, המטפלת הציעה נייר למטופל שינקה את פיו ואת סביבת האכילה באמצעות הצבעה על הלכלוך בשולחן. מטופלים

אלו אינם סיעודיים, אוכלים בכוחות עצמם, אך רמת שיתוף הפעולה שלהם מוגבלת. לכן, הם לא קיבלו תרגילים סנסו-מוטוריים אלא מטרת הפעילות עימם היתה לעודד תקשורת בין המטופל לאיש צוות, לערב את המטופל בפעילות האכילה באמצעות שמירה על ניקיון אישי וסביבתי ולעודד עצמאות באמצעות התאמת הסביבה הפיזית עבור המטופל.

2.3.3.ב תוכנית ההתערבות במסגרת באור-יהודה

משתתפים 8-5: התוכנית כללה מספר תרגילים אשר החניכים עשו בעצמם בהשגחה ובתיווך של המדריך.

-עיסוי סביב הפה (30 שניות)

-הליכה במקום או מסביב לכסא (דקה)

-לאחוז מקל בשתי הידיים ולהרים למעלה ולהוריד (5 פעמים)

-כפות ידיים שלובות ומונחות מאחורי הראש לפתיחת בית חזה (10 שניות)

-מחיצת כדור ספוג בשתי הידיים (5 פעמים)

-ליקוק מקל ארטיק עם הוצאת לשון לשני צידי הפה, למעלה ולמטה.

-סגירת שפתיים על מקל ארטיק ולהחזיק את המקל בפה במשך 10 שניות, ולחיצה על המקל כלפי מטה ליצירת התנגדות.

<u>מטרת התרגילים</u>:

מטרת תרגילים אלה היתה לעורר את המטופלים לפני הארוחה, לספק תחושה עמוקה לאזורים המופעלים בשעת הארוחה כמו אזור הפה וגף עליון, לטובת לעיסה ובליעה טובה יותר. וכן, יצירת מסגרת עם הכנה ברורה לפעילות האכילה שתהפוך להיות פחות אקראית בסדר היום.

<u>בנוסף, במסגרת התכנית המותאמת אישית, לצורך שיפור העצמאות באכילה הותאמו עזרים כמתואר מטה</u>:

עבור משתתפת 5 הותאם כיסא עם ידיות, מדרגה לרגליים, הגבהת הצלחת על קופסא וכף עם ידית מעובה.

עבור משתתף 6 הותאם שולחן בזמן אכילה, כיסא עם ידיות, וחיתוך של מנה בשרית לחתיכות שהונחו בצלחת נפרדת אותן יוכל לאכול באמצעות ידיו.

עבור משתתפת 7 הותאמה הגבהה לצלחת.

עבור משתתפת 8 הותאמה כפית מעובה.

הנגשת תוכנית ההתערבות עבור המטפלות:

הושקעה מחשבה רבה בהנגשת תוכנית ההתערבות עבור המטפלות, בכדי להקל עליהן את ההשתתפות ולהפוך אותה ברורה ככל הניתן. עבור כל חניך החוקרת הכינה קופסא עם כל הציוד הנדרש להתערבות שהונחה בכיתתו באופן קבוע. תוכנית ההתערבות הודפסה עם סמלים ועזרים חזותיים, וצורפה לה טבלת מעקב לדיווח ביצוע התוכנית לפי תאריך יומי (ראה נספח 6).

3.3.3 ביצוע תוכנית ההתערבות במסגרות

תוכנית ההתערבות ארכה כחודש למשך חמישה ימים בשבוע, כ5 דקות לפני תחילת הארוחה. לאורכו של השבוע הראשון, חוקרת הגיעה למסגרת וביצעה בעצמה את התוכנית על החניכים לצורך הדגמה והנחיה של המדריכות האישיות של החניכים, שהן אלה שאחראיות לבצע את התוכנית לאורך תקופת ההתערבות. כמו כן, גם הצוות המקצועי קיבל הדרכה על תוכנית ההתערבות, כדי שיוכלו להיות לעזר. בשבוע השני של ההתערבות, החוקרת צפתה במדריכות מבצעות את התוכנית ודייקה את הפעולות לפי הצורך. בחלק מהמקרים, לאחר הניסיון הראשון בהעברת התוכנית היה צורך לדייק ואף לקצר את ההתערבות, בכדי להתאים אותה למשתתף ולצורכי המסגרת. בהמשך, המדריכות ביצעו בעצמן את ההתערבות, כאשר החוקרת הסתובבה במסגרות וסיפקה מענה וליווי. כל מדריכה קיבלה מסמך בו ביצעה רישום לצורך מעקב על ביצוע התוכנית. כמו כן, ארגון של הציוד הנדרש מראש עבור כל חניך הקל על המדריכות לבצע את ההתערבות בכך שהציוד היה נגיש, זמין וברור.

בסיום החודש, לאחר ביצוע משך תקופת תוכנית ההתערבות, נאספו מחדש הנתונים עבור על כל משתתף באמצעות שאלון -"Mosh-Eat", שאלון "למילוי ע"י המטפל המאכיל" והוסרט שוב סרטון וידיאו לאחר ההתערבות.

כל הנתונים שנאספו בסיום תהליך ההתערבות קודדו והושוו לנתונים שנאספו בתחילתה.

כל משתתף במחקר קיבל מספר סידורי, ללא הופעת פרטים מזהים במסמכי המחקר השונים.

תוצאות המחקר שיוצגו בהמשך הינן אנונימיות וללא פרטים מזהים.

3.4 דרכי עיבוד הנתונים

הניתוח הסטטיסטי בוצע באמצעות תוכנת SPSS- 27. תחילה נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית לבדיקת ותיאור מאפייני האוכלוסייה והאכילה של הנבדקים. נעשה שימוש במבחן Wilcoxon (סטטיסטיקה א- פרמטרית) עקב מספר המשתתפים הנמוך והתפלגות א-נורמאלית של המשתנים.

4. ממצאים:

4.1 ממצאים שאלת מחקר ראשונה

א. תוצאות של כל קבוצת המשתתפים

על לבדוק אם ימצא הבדל במיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה כפי שיבואו לידי ביטוי בסה"כ בשאלון "Mosh-Eat", ובכל אחד מסעיפיו לפני ואחרי ההתערבות, נעשה שימוש במבחן Wilcoxon.

טבלה 1- סטטיסטיקה תיאורית לתוצאות מבחן Wilcoxon Signed-Rank עבור שאלון "Mosh-Eat", (N=8).

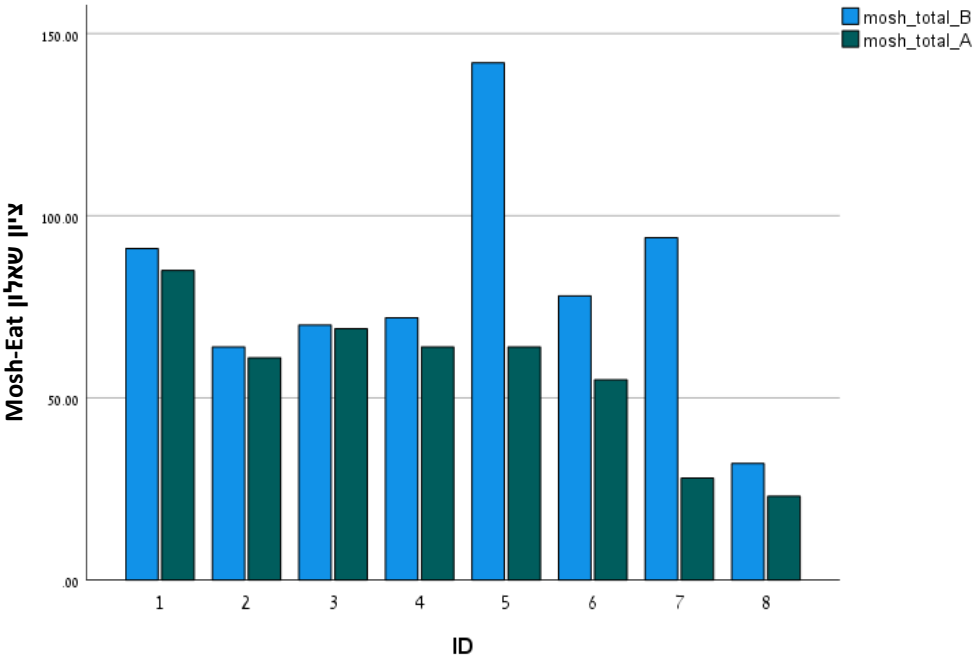
קטגוריה בשאלון	מספר פריטים בשאלון	חציון (*Mdn*) לפני התערבות	חציון (*Mdn*) אחרי התערבות	סטיית תקן (SD) לפני התערבות	סטיית תקן (SD) אחרי התערבות	טווח (min-max) לפני התערבות	טווח (min-max) לפני התערבות
לעיסה ובליעה	13	27	20	11.28	8.48	15-52	7-29
יציבה באכילה	7	7.5	7	10.32	7.20	0-25	0-23
הימנעות/מיעוט אכילה	7	8.5	8	12.80	7.25	0-35	0-20
סלקטיביות באכילה	7	5	1.5	6.29	4.81	0-15	0-11
אכילה מופרזת	3	3.5	2	4.35	4.47	0-12	0-12
תקשורת באכילה	6	17.5	20	10.31	9.96	4-30	5-30
התנהגות בארוחה	7	6.5	2.5	5.61	5.31	0-16	0-16
סך הכל	50	75	62	31.36	20.82	32-142	23-85

ירידה בציון משקפת שיפור (למעט בקטגוריה תקשורת באכילה), קרי: לעיסה ובליעה, יציבה, מיעוט אכילה, סלקטיביות באכילה, תקשורת באכילה והתנהגות באכילה. ככלל, מכלול התוצאות מעידות על מגמה של שיפור בהתנהגויות השונות, לאחר ההתערבות.

נעשה מבחן Wilcoxon Signed-Rank לכל אחת מהקטגוריות בשאלון ולציון הכללי של השאלון. התוצאות מעידות כי הציון הסופי של השאלון לאחר תוכנית ההתערבות הראה שיפור מובהק סטטיסטי ($Z = -2.52$, $p < .001$). כמו כן, ההתנהגויות של לעיסה ובליעה ($Z = -1.75$, $p = 0.08$),

תקשורת באכילה ($Z = -1.82$, $p = 0.068$), והתנהגות בארוחה ($Z = -1.82$, $p = 0.068$), קיבלו ציון על גבול המובהקות הסטטיסטית.

גרף 1- תוצאות *ציון מסכם של שאלון "Mosh-Eat" לפני ההתערבות (B_before) ואחרי ההתערבות (A_after) עבור כל אחד משמונת משתתפי המחקר (N=8).



*ציון מסכם= משקף את ציון המשתתף בשאלון " Mosh-Eat" מתוך 250 נקודות שהוא הציון המקסימלי.

בגרף ניתן לראות בציר ה-Y את ה-"Mosh-Eat" Mean: Total Score of המתייחס לציון המסכם של השאלון. ובציר ה- X את ה- Participant Number: ID המתייחס למס' משתתף. מגרף זה ניתן לראות שיש הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat", כאשר הציון אחרי ההתערבות נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות, עבור כל אחד משמונת המשתתפים. דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון. ניתן לראות שעבור נבדקים 5-8 מהמסגרת באור-יהודה נצפה הבדל משמעותי בין האכילה לפני ההתערבות לאכילה לאחר ההתערבות.

ב. תוצאות תיאורי מקרה (Single Subject Results).

חלק זה של התוצאות מבוסס על תיאורי המקרה, ומציג התוצאות של כל אחד מהם לגבי השאלון ולגבי התצפית.

ב.1. תיאור מקרה 1- ק'

תאריך לידה: 3/10/1988.

מין: זכר

אבחנה: מש"ה ברמת תפקוד בינונית-נמוכה

אבחנות נוספות: שיתוק מוחין ספסטי, ריפלוקס קיבתי-ושטי, עצירות כרונית.

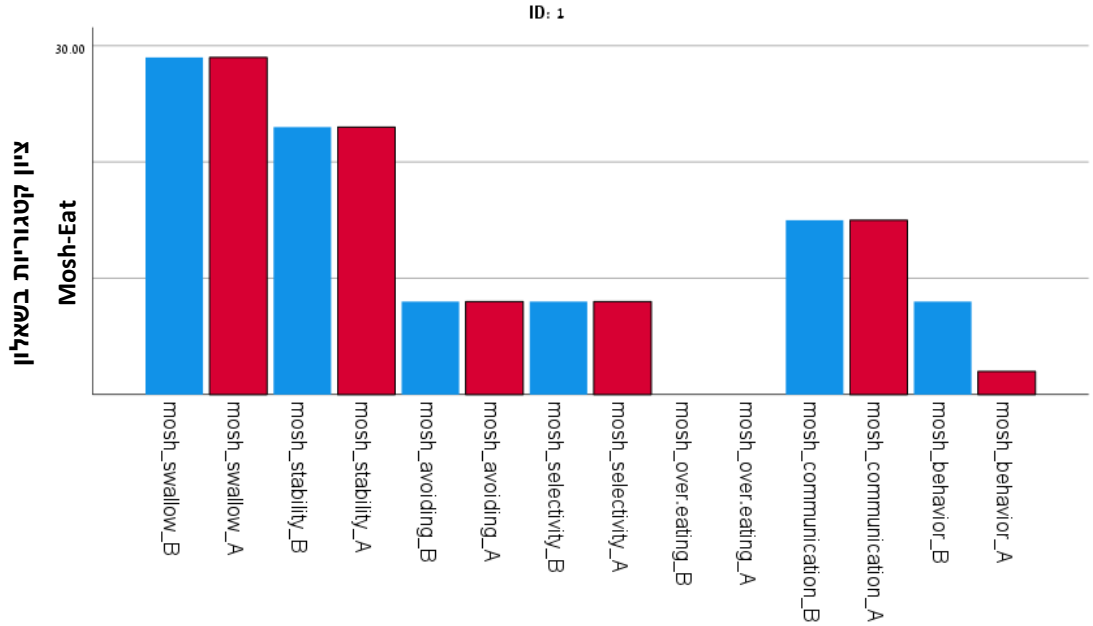
מסגרת: מרכז עבודה שיקומי רחובות.

אופן האכילה: אינו שותה ואוכל באופן עצמאי, אינו משתמש בסכו"ם.

יציבה: יושב על כיסא גלגלים וזקוק לתמיכת גו וראש.

משך ארוחה צהריים: כ-20 דקות.

גרף 2- תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון ה- "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 1):



*A= after intervention
*B=before intervention

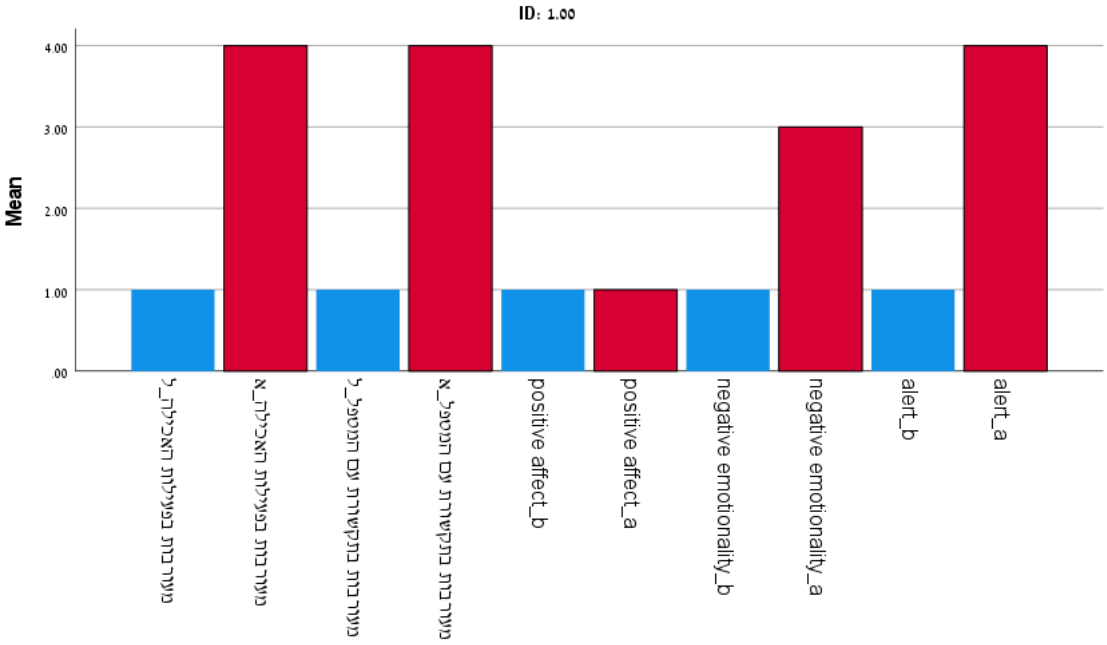
מגרף מספר 1 נמצא הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat", כאשר הציון אחרי ההתערבות נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות, דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון. מהגרף הנוכחי, גרף 2, עולה כי השיפור היה באופן ספציפי במשתנה התנהגות באכילה לאחר ההתערבות.

טבלה 2- שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 1)

קטגוריה בשאלון	פריט בשאלון	ציון לפני התערבות	ציון אחרי התערבות
תקשורת באכילה	40. בוחר מתוך מאכלים שמוצגים לו (תקשורת באכילה)	2 (מועטה)	0 (לעולם לא)
התנהגות בארוחה	47. מפגין התנהגויות של פגיעה עצמית במהלך הארוחה (התנהגות בארוחה)	5 (רבה מאד)	1 (מועטה מאד)
	50. מכניס לפה/בולע דברים שאינם אכילים (התנהגות בארוחה)	3 (בינונית)	1 (מועטה מאד)

בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" נמצא שינוי באופן ספציפי לאחר ההתערבות, בהתנהגויות תקשורת באכילה והתנהגות בארוחה, כאשר נמצא שיפור בבחירת מאכלים, הפגנת התנהגויות של פגיעה עצמית והכנסה של חפצים לפה.

גרף 3- תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות (משתתף 1):

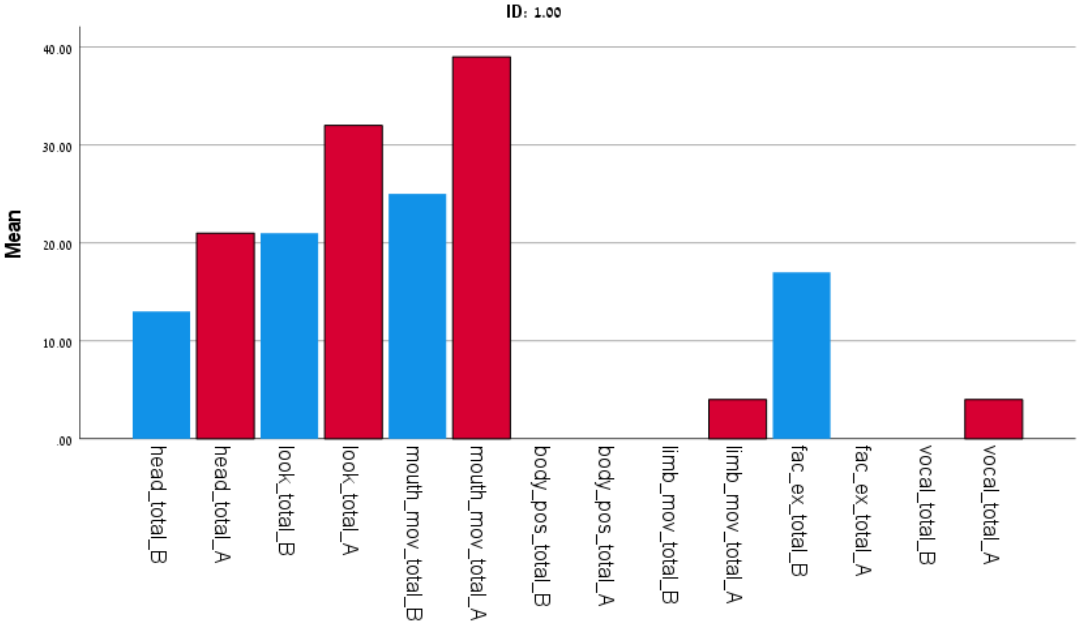


*ל=לפני התערבות
*א=אחרי התערבות

*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף עולה שהמשתתף היה מעורב יותר באכילה, בתקשורת עם המטפל ועירני לאחר ההתערבות.

גרף 4- תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות (משתתף 1):



*ל=לפני התערבות
*א=אחרי התערבות

*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף נמצא שינוי בהתנהגויות הבאות לאחר ההתערבות: הפניית ראש, הפניית מבט, תנועות פה, תנועות גפיים וקוליות.

<u>טבלה 3- טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית (משתתף 1)</u>

שאלון ה-"Mosh-Eat"	**תצפית- קידוד גלובלי**	**תצפית- קידוד מיקרואנליטי**
התנהגות באכילה	מעורבות בתקשורת עם המטפל	הפניית ראש הפניית מבט
	עירני	קוליות
	מעורבות באכילה	תנועות פה תנועות גפיים

ב.2. תיאור מקרה 2- כ'

תאריך לידה: 1/7/1977.

מין: זכר.

אבחנה: מש"ה ברמת תפקוד בינונית-נמוכה.

אבחנות נוספות: שיתוק מוחין, לקות למידה, הפרעת התנהגות, אפילפסיה, פרא-פרזיס ספסטית.

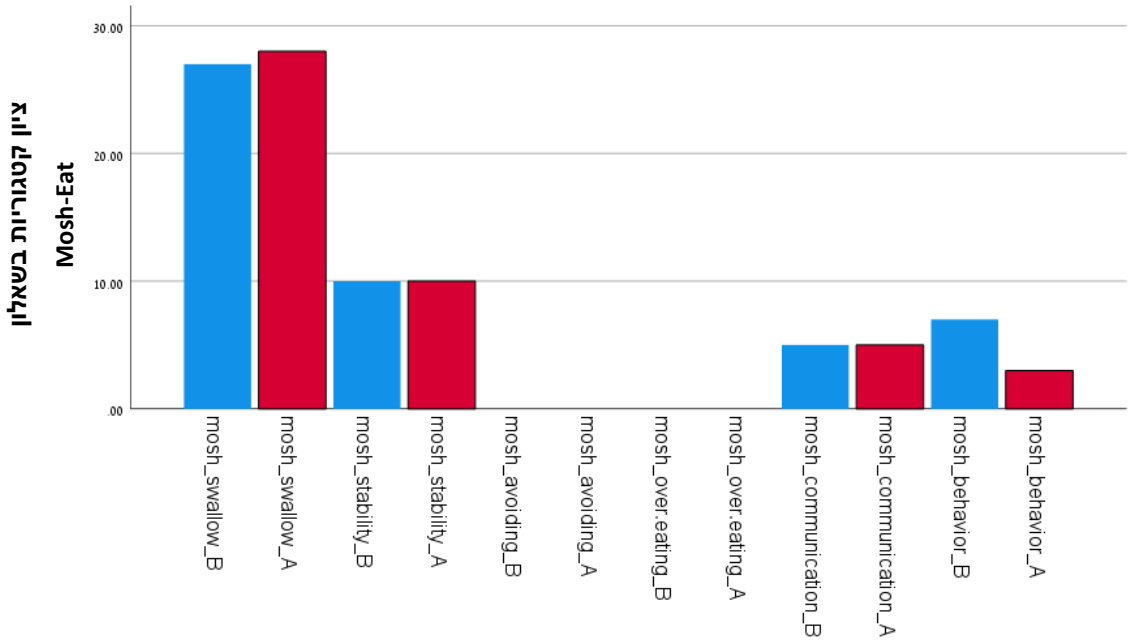
מסגרת: מרכז עבודה שיקומי רחובות.

אופן האכילה: אינו שותה ואוכל באופן עצמאי, אינו משתמש בסכו"ם.

יציבה: יושב על כיסא גלגלים וזקוק לתמיכת גו וראש.

משך ארוחה צהריים: כ-20 דקות.

גרף 5- תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון ה- "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 2):



*A= after intervention
*B=before intervention

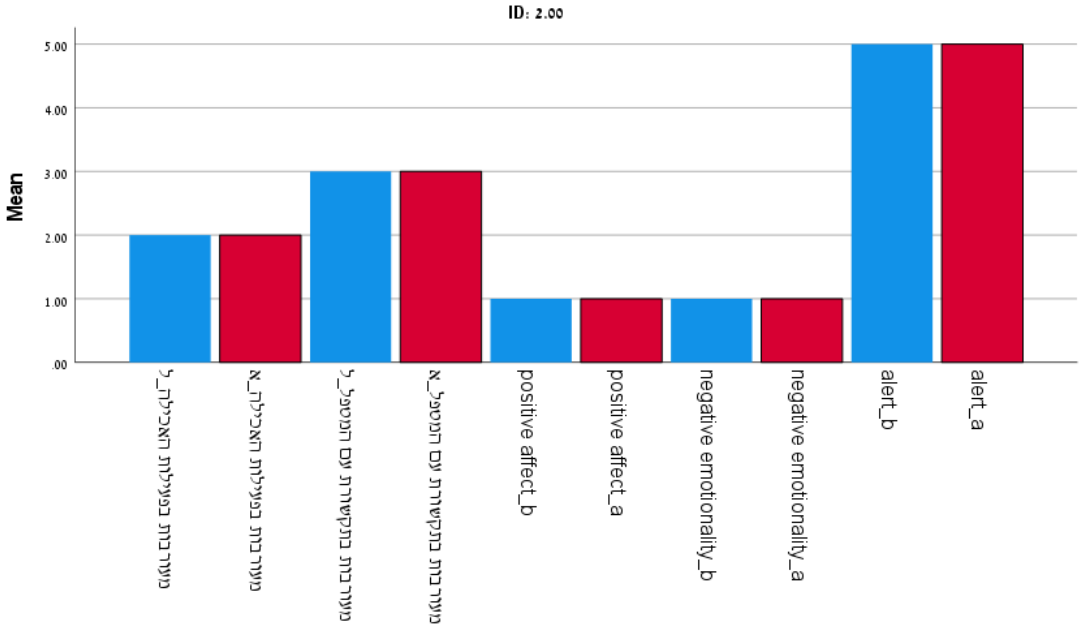
מגרף מספר 1 נמצא הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat", כאשר הציון אחרי ההתערבות נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות, דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון. מהגרף הנוכחי, גרף 5, עולה כי השיפור היה באופן ספציפי במשתנה בהתנהגות באכילה לאחר ההתערבות.

טבלה 4- שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 2):

קטגוריה בשאלון	פריט בשאלון	ציון לפני התערבות	ציון אחרי התערבות
לעיסה ובליעה	2. לועס במשך זמן רב עד לבליעה	לא רלוונטי	1 (מועטה מאד)
התנהגות בארוחה	45. מפריע במהלך הארוחה	4 (רבה)	0 (לעולם לא)

בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat", נמצא שינוי באופן ספציפי לאחר ההתערבות, בלעיסה ובליעה, כאשר בעבר לא לעס כלל ולאחר ההתערבות החל ללעוס במידה מועטה מאד. בנוסף, בהתנהגות בארוחה, נמצא שיפור באופן ספציפי בהתנהגות הפרעה בארוחה, כאשר לפני ההתערבות נהג להזיז את ידיו בצורה שאינה רצונית אשר הייתה מפריעה למהלך הארוחה, ולאחר ההתערבות לפי הדיווח בשאלון הפסיק לעשות זאת.

גרף 6- תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות (משתתף 2):

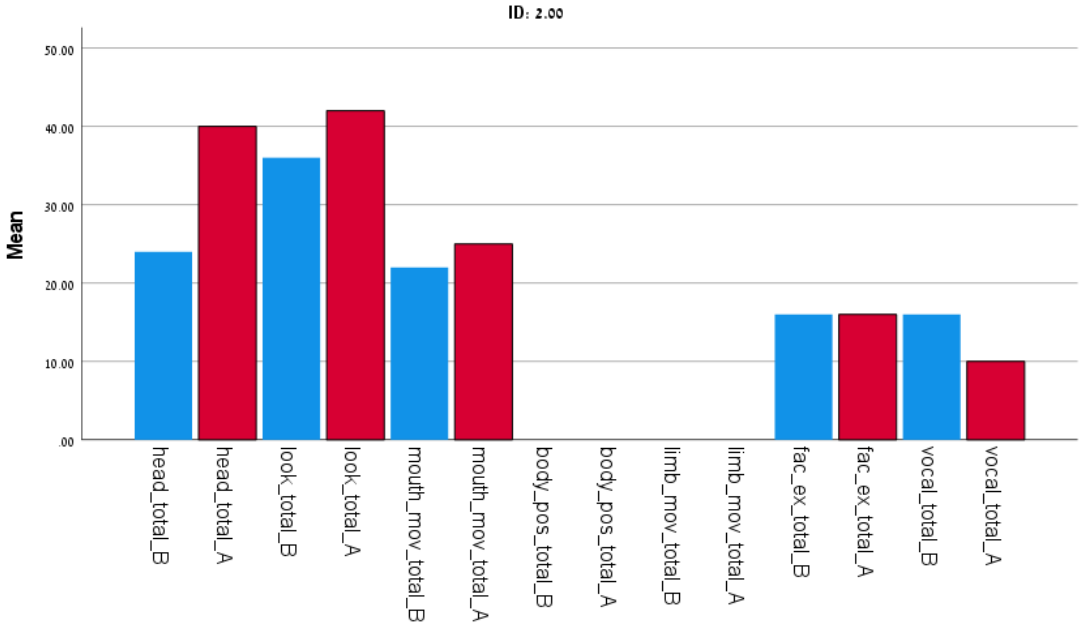


*ל=לפני התערבות
*א=אחרי התערבות

*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף לא נצפה שינוי בהתנהגות המטופל לאחר ההתערבות.

גרף 7- תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות (משתתף 2) :



*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף נמצא שינוי בהתנהגויות הבאות לאחר ההתערבות : הפניית ראש, הפניית מבט, תנועות פה, וקוליות.

טבלה 5- טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית.

(משתתף 2)

שאלון ה-"Mosh-Eat"	תצפית- קידוד גלובלי	תצפית- קידוד מיקרואנליטי
התנהגות באכילה	אין שינוי	הפניית ראש הפניית מבט קוליות
לעיסה ובליעה		תנועות פה

ב.3. תיאור מקרה 3- נ.א'

תאריך לידה: 15/4/1984.

מין: זכר

אבחנה: מש"ה ברמת תפקוד קשה.

אבחנות נוספות: אפילפסיה, הפרעת התנהגות, רגישות ללקטוז.

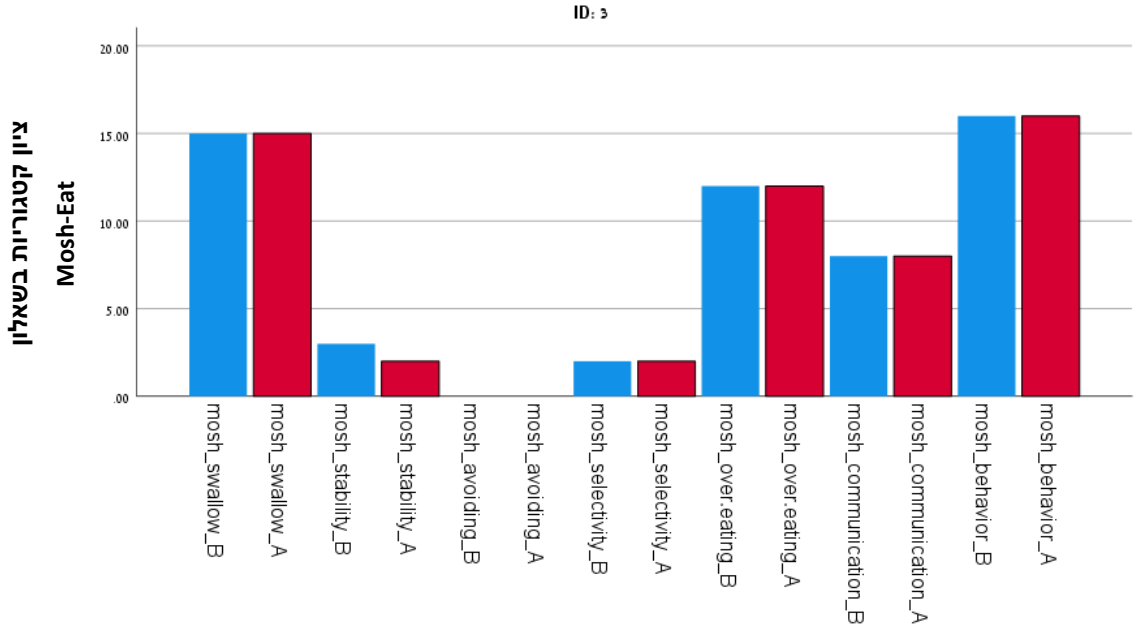
מסגרת: מרכז עבודה שיקומי רחובות.

אופן האכילה: שותה ואוכל באופן עצמאי, משתמש בכפית בלבד.

יציבה: יושב על כיסא רגיל.

משך ארוחה צהריים: כ-15-10 דקות.

גרף 8- תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון ה- "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 3):



*A= after intervention
*B=before intervention

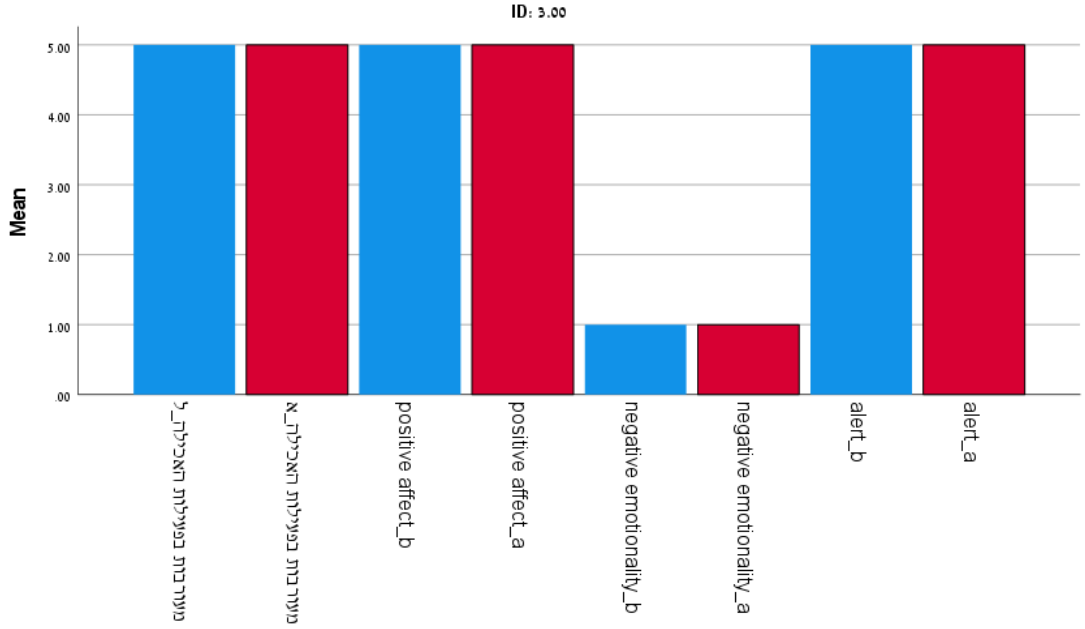
מגרף מספר 1 נמצא הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat", כאשר הציון אחרי ההתערבות נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות, דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון. מהגרף הנוכחי, גרף 8, עולה כי השיפור היה באופן ספציפי במשתנה היציבה באכילה לאחר ההתערבות.

טבלה 6- שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 3):

קטגוריה בשאלון	פריט בשאלון	ציון לפני התערבות	ציון אחרי התערבות
יציבה באכילה	17. הכתפיים שמוטות קדימה	3 (בינונית)	1 (מועטה מאד)
	20. "מחליק" בכיסא בזמן האכילה	4 (רבה)	1 (מועטה מאד)

בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" נמצא שינוי באופן ספציפי במרכיב היציבה לאחר ההתערבות, בה הותאם לו כיסא עם ידיות אשר סייע לו לישיבה זקופה ומנעה החלקה לאורך הארוחה.

גרף 9- תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות (משתתף 3):

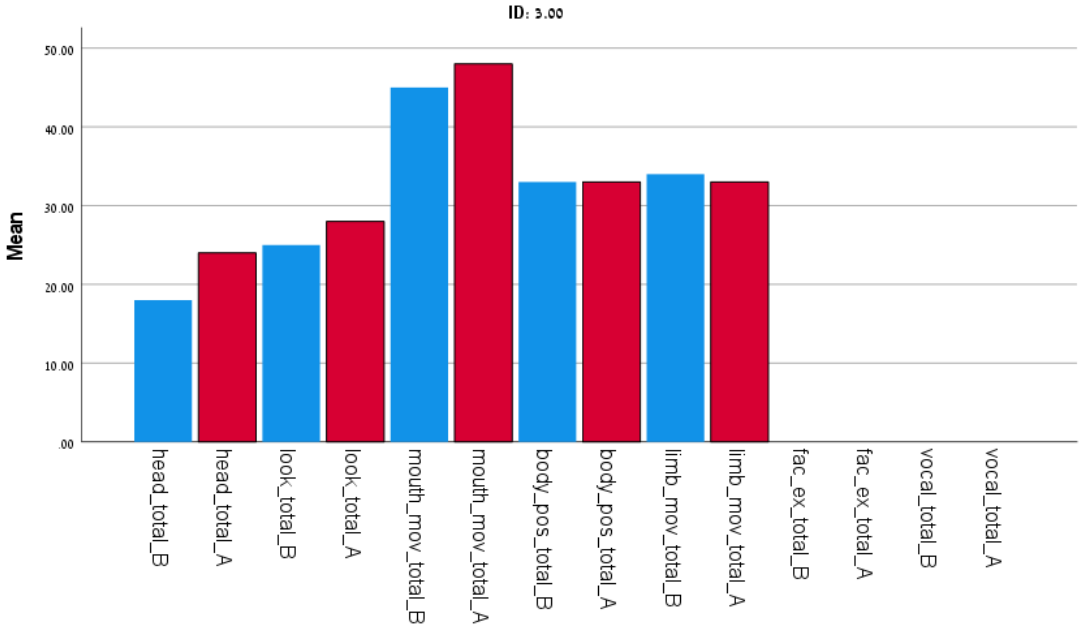


*ל=לפני התערבות
*א=אחרי התערבות

*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף לא נצפה שינוי בהתנהגות המטופל לאחר ההתערבות. כמו כן, ניתן לראות שלא קיים משתנה תקשורת עם מטפל, כיוון שאינו מואכל על ידי מטפל בזמן הארוחה, ולכן משתנה זה אינו נמדד אצל המטופל הנוכחי.

גרף 10- תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות (משתתף 3):



*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף נמצא שינוי קל בהתנהגויות הבאות לאחר ההתערבות: הפניית ראש, הפניית מבט, תנועות פה ותנועות גפיים.

טבלה 7- טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית.

(משתתף 3)

שאלון ה-"Mosh-Eat"	תצפית- קידוד גלובלי	תצפית- קידוד מיקרואנליטי
יציבה באכילה	אין שינוי	הפניית ראש הפניית מבט תנועות פה תנועות גפיים

ב.4. תיאור מקרה 4- נ.י'

תאריך לידה: 7/1/1997.

מין: זכר

אבחנה: מש"ה ברמת תפקוד בינונית-נמוכה.

אבחנות נוספות: שיתוק מוחין, אפילפסיה.

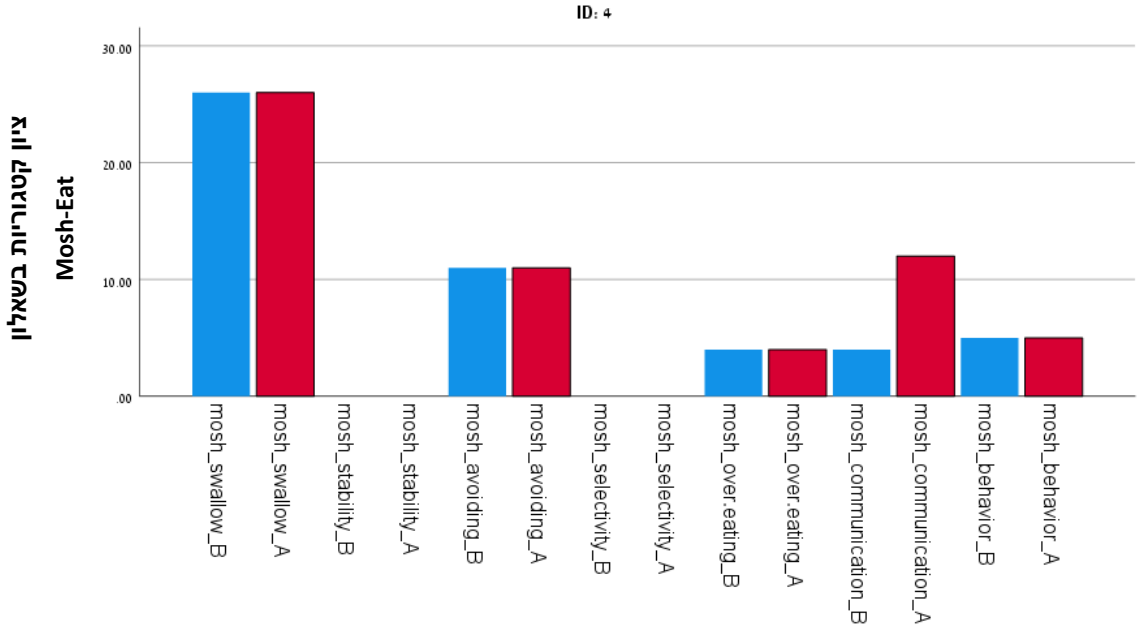
מסגרת: מרכז עבודה שיקומי רחובות.

אופן האכילה: שותה ואוכל באופן עצמאי, משתמש בכפית בלבד.

יציבה: יושב על כיסא רגיל.

משך ארוחה צהריים: כ-15 דקות.

גרף 11- תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון ה- "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 4):



*A= after intervention
*B=before intervention

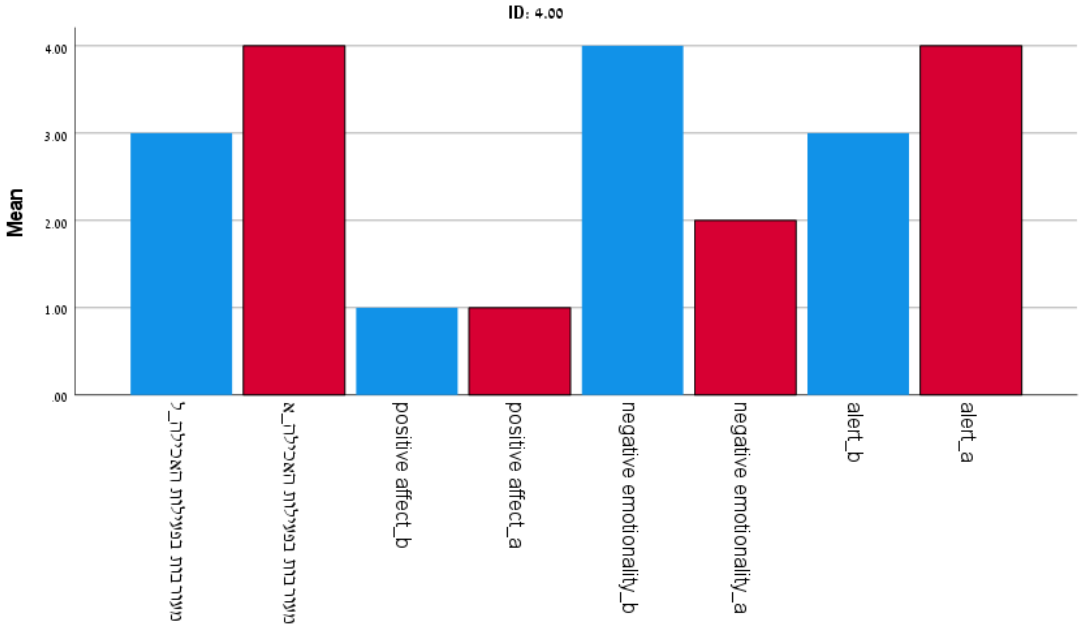
מגרף מספר 1 נמצא הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat", כאשר הציון אחרי ההתערבות נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות, דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון. מהגרף הנוכחי, גרף 11, עולה כי השיפור היה באופן ספציפי במשתנה תקשורת באכילה לאחר ההתערבות.

טבלה 8- שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 4):

קטגוריה בשאלון	פריט בשאלון	ציון לפני התערבות	ציון אחרי התערבות
תקשורת באכילה	38. נענה לבקשות איש הצוות/המאכיל	4 (רבה)	5 (רבה מאד)
	39. יוזם תקשורת עם איש צוות/מאכיל	0 (לעולם לא)	3 (בינונית)
	41. מבקש אוכל/שתיה	0 (לעולם לא)	2 (מועטה)
	43. מעביר את רצונותיו באופן מובן למאזין בזמן האכילה	0 (לעולם לא)	2 (מועטה)

בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" נמצא שינוי באופן ספציפי לאחר ההתערבות, בהתנהגויות הקשורות בתקשורת באכילה עם איש הצוות המאכיל, כאשר המטופל נענה, יוזם ומעביר את רצונותיו בצורה מובנת יותר. לאחר שמסיים את מנת הסלט הוא מרים את הצלחת ובכך מסמן שרוצה לקבל את המנה הבאה. הוא מגיש את הצלחת הריקה ולוקח מהמטפלת את הצלחת עם המנה. בנוסף, בסוף הארוחה המטופל מנקה את פיו ואת סביבת האכילה שלו עם נייר אשר המטפלת מניחה לו על השולחן.

גרף 12- תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות (משתתף 4):

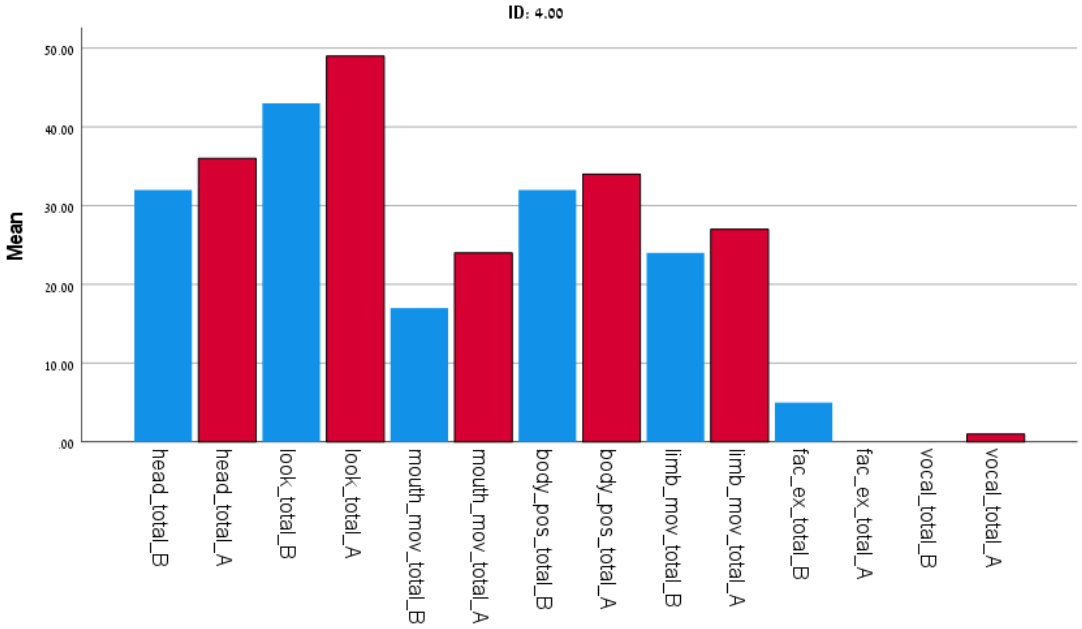


*ל=לפני התערבות
*א=אחרי התערבות

*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף עולה שהמשתתף היה מעורב יותר באכילה, הביע פחות רגשות שליליים והיה עירני יותר לאחר ההתערבות. כמו כן, ניתן לראות שלא קיים משתנה תקשורת עם מטפל, כיוון שאינו מואכל על ידי מטפל בזמן הארוחה, ולכן משתנה זה אינו נמדד אצל המטופל הנוכחי.

גרף 13- תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות (משתתף 4):



*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף נמצא שינוי בכל ההתנהגויות לאחר ההתערבות: הפניית ראש, הפניית מבט, תנועות פה, יציבת הגוף, תנועות גפיים, הבעות פנים וקוליות.

טבלה 9- טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית.

(משתתף 4)

שאלון ה-"Mosh-Eat"	תצפית- קידוד גלובלי	תצפית- קידוד מיקרואנליטי
תקשורת באכילה		הפניית ראש הפניית מבט
	עירני	קוליות
	מעורבות באכילה	תנועות פה תנועות גפיים יציבה
	הביע פחות רגשות שליליים	הבעות פנים

ב.5. תיאור מקרה 5- ה'

תאריך לידה: 10/7/1992.

מין: נקבה

אבחנה: מש"ה ברמת תפקוד בינוני.

אבחנות נוספות: ליקוי ראייה קשה.

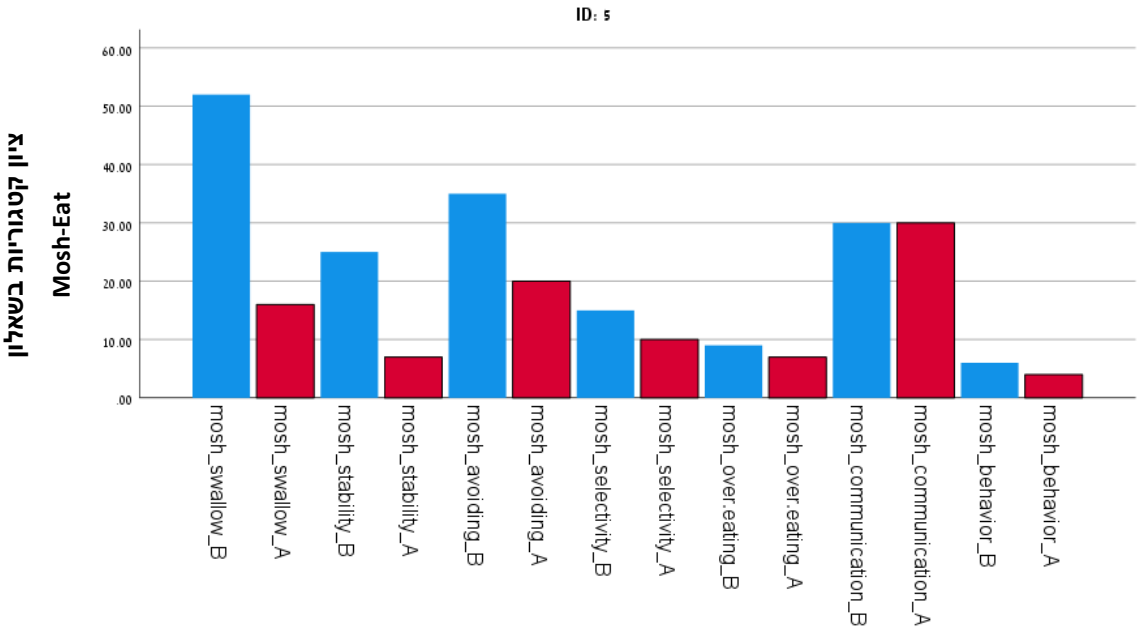
מסגרת: מרכז עבודה שיקומי אור-יהודה.

אופן האכילה: לפני התערבות- שותה ואוכלת באופן עצמאי חלקי, משתמשת בכפית עם ידית מעובה. לאחר ההתערבות- שותה ואוכלת באופן עצמאי מלא.

יציבה: יושבת על כיסא רגיל.

משך ארוחה צהריים: כ-20 דקות.

גרף 14- תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון ה- "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 5):



*A= after intervention
*B=before intervention

מגרף מספר 1 נמצא הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat", כאשר הציון אחרי ההתערבות נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות, דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון. מהגרף הנוכחי, גרף 14, עולה כי השיפור היה באופן ספציפי בכל ההתנהגויות לאחר ההתערבות: לעיסה ובליעה, יציבה, מיעוט אכילה, סלקטיביות באכילה, והתנהגות באכילה. למעט, תקשורת באכילה אשר לא נצפה שינוי.

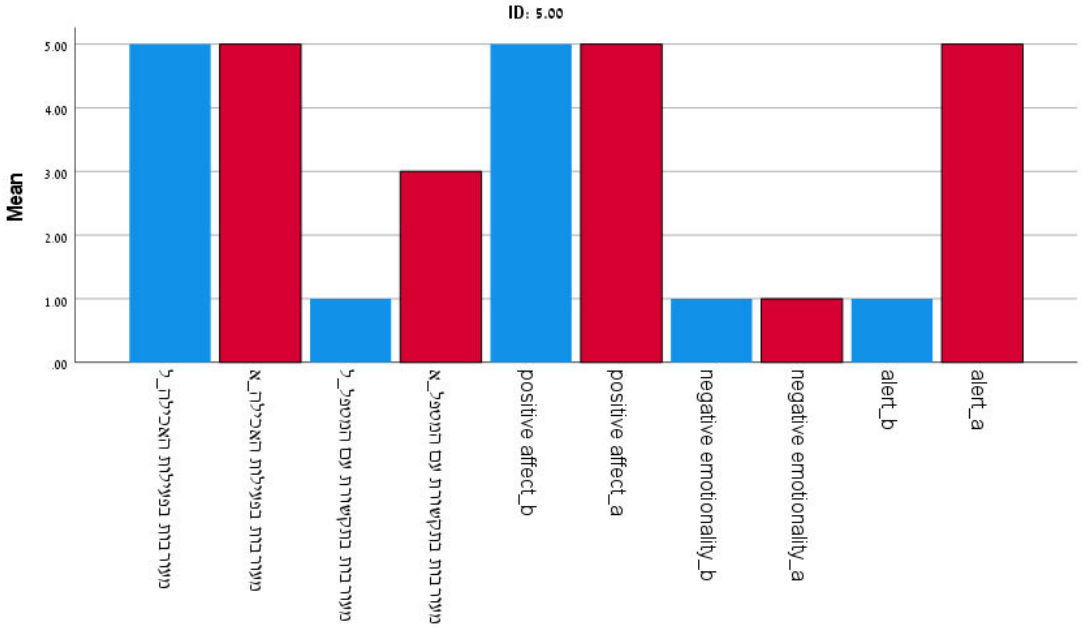
טבלה 10- שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 5):

קטגוריה בשאלון	פריט בשאלון	ציון לפני התערבות	ציון אחרי התערבות
לעיסה ובליעה	1. אוכל במשך זמן רב (יותר מ10 דק' אחרי שאחרים סיימו)	4 (רבה)	5 (רבה מאד)
	2. לועס במשך זמן רב עד לבליעה	לא רלוונטי	3 (בינונית)
	3. בולע האוכל ללא לעיסה יעילה	5 (רבה מאד)	4 (רבה)
	4. מסרב לאכול אוכל קשה ללעיסה	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
	8. מרייר בשעת ארוחה	5 (רבה מאד)	4 (רבה)
	9. אוכל רק סוגי מזון רכים/מעוכים	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
	10. אוכל רק מזון נוזלי	לא רלוונטי	0 (לעולם לא)
	11. נחנק בזמן ארוחה	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
	12. לאחר בליעת האוכל, מעלה שוב לחלל הפה ובולע	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
	13. מקיא בזמן הארוחה או אחריה	3 (בינונית)	0 (לעולם לא)
יציבה באכילה	16. מתקשה לשמור על מנח ראש ישר ויציב	5 (רבה מאד)	2 (מועטה)
	17. כתפיים שמוטות קדימה	5 (רבה מאד)	1 (מועטה מאד)
	18. מתקשה להזיז ידיים בזמן האכילה	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
	20. מחליקה בכסא בזמן אכילה	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
סלקטיביות באכילה	29. מעדיפה אותם מאכלים בכל ארוחה	5 (רבה מאד)	1 (מועטה מאד)

	30. מסכימה לאכול רק מאכלים בעלי מרקם מסוים	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
אכילה מופרזת	36. דוחס הרבה אוכל לפה	5 (רבה מאד)	4 (רבה)
התנהגות בארוחה	44. אגרסיבי לאחרים במהלך הארוחה	2 (מועטה)	0 (לעולם לא)

בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" נמצא שינוי באופן ספציפי לאחר ההתערבות, בלעיסה ובליעה, כאשר לפי ההתערבות היתה מקבלת מזון טחון כיוון שלא היתה לועסת את המזון, ולאחר ההתערבות אוכלת מזון רגיל כיוון שלועסת יותר, מריירת פחות, לא מסרבת למזון ומבקשת תוספת. בנוסף, נמצא שינוי ביציבה באכילה בעקבות התאמת מדרגה לרגליים והגבהת הצלחת, יושבת זקוף לאורך הארוחה ולכן פחות נחנקת. ובהתנהגות סלקטיביות באכילה, כאשר דווח על הגברת תאבון ובעקבות כך אכילה מגוונת יותר של מזון ומרקמים.

<u>גרף 15- תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות (משתתף 5)</u>:

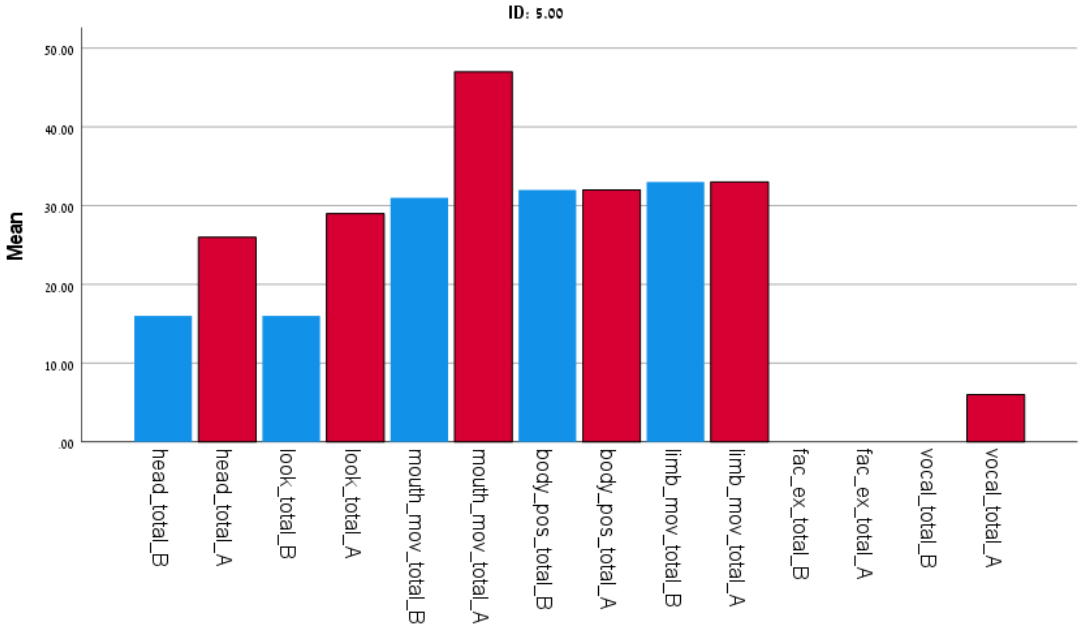


*ל=לפני התערבות
*א=אחרי התערבות

*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף עולה שהמשתתפת היתה מעורבת יותר בתקשורת עם המטפל ועירנית לאחר ההתערבות.

גרף 16- תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות (משתתף 5) :



*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף נמצא שינוי בהתנהגויות הבאות לאחר ההתערבות : הפניית ראש, הפניית מבט, תנועות פה, וקוליות.

טבלה 11- טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית (משתתף 5)

שאלון ה-"Mosh-Eat"	תצפית- קידוד גלובלי	תצפית- קידוד מיקרואנליטי
התנהגות באכילה	מעורבת בתקשורת עם המטפל	הפניית ראש הפניית מבט
יציבה	עירנית	קוליות
לעיסה ובליעה		תנועות פה
סלקטיביות באכילה		
מיעוט אכילה		

ב.6. תיאור מקרה 6- א'

תאריך לידה: 7/6/1981.

מין: זכר

אבחנה: מש"ה ברמת תפקוד בינונית-נמוכה.

אבחנות נוספות: אי-שקט פסיכומוטורי.

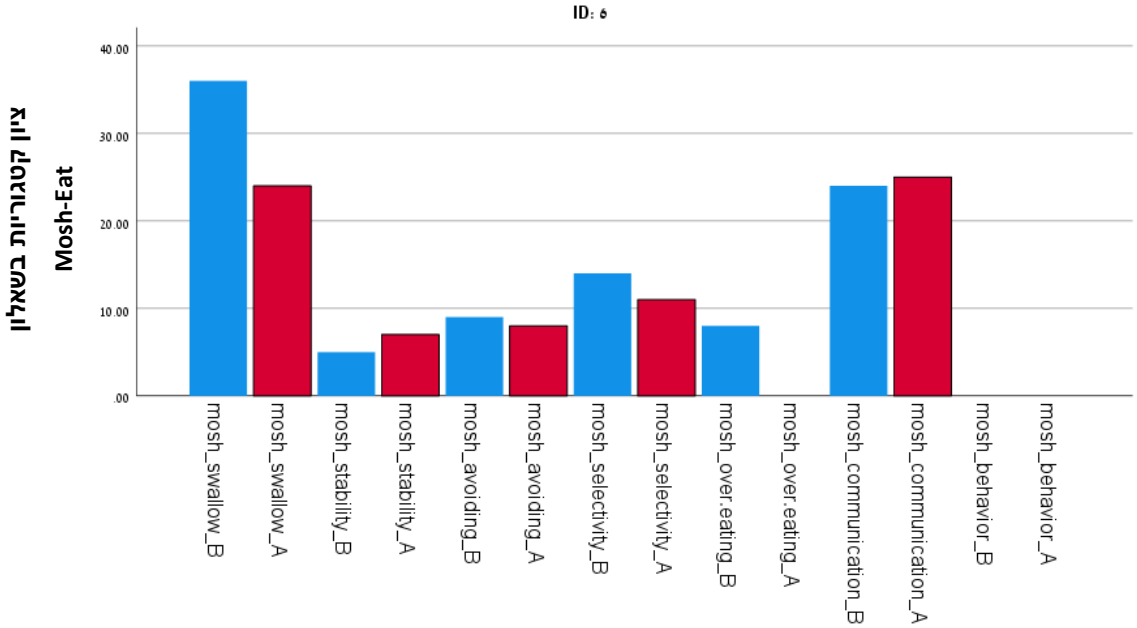
מסגרת: מרכז עבודה שיקומי אור-יהודה.

תפקודי אכילה: לפני ההתערבות- שותה באופן עצמאי, אינו אוכל באופן עצמאי את ארוחת הצהריים. משתמש בכפית באופן חלקי. אחרי ההתערבות- שותה באופן עצמאי, אוכל באופן עצמאי עם תיווך, משתמש בכף עם ידית מעובה.

יציבה: יושב על כיסא רגיל.

משך ארוחה צהריים: כ-10-15 דקות.

גרף 17- תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון ה- "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 6):



*A= after intervention
*B=before intervention

מגרף מספר 1 נמצא הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat", כאשר הציון אחרי ההתערבות נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות, דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון. מהגרף הנוכחי, גרף 17, עולה כי השיפור היה באופן ספציפי בלעיסה ובליעה, ביציבה, הימנעות מאכילה, סלקטיביות באכילה, אכילה מופרזת ותקשורת באכילה לאחר ההתערבות. למעט בהתנהגות באכילה אשר לא דווח שינוי.

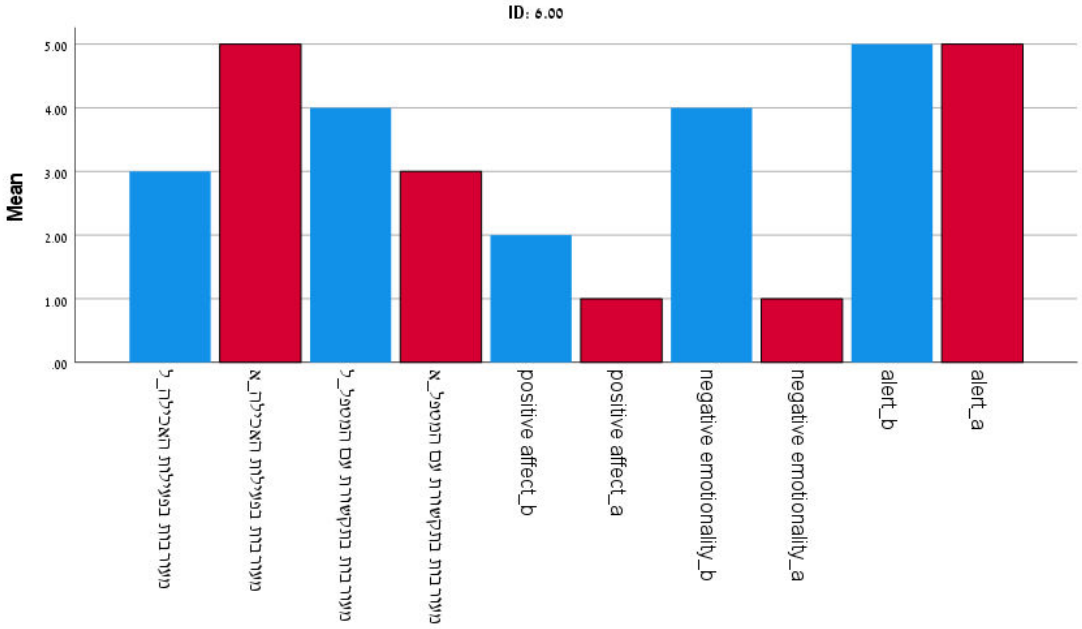
טבלה 12- שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 6):

קטגוריה בשאלון	פריט בשאלון	ציון לפני התערבות	ציון אחרי התערבות
לעיסה ובליעה	1. אוכל במשך זמן רב (יותר מ10 דק' אחרי שאחרים סיימו)	5 (רבה מאד)	4 (רבה)
	2. לועס במשך זמן רב עד לבליעה	4 (רבה)	3 (בינונית)
	4. מסרב לאכול אוכל קשה ללעיסה	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
	9. אוכל רק סוגי מזון רכים/מעוכים	5 (רבה מאד)	1 (מועטה מאד)
	11. נחנק בזמן ארוחה	5 (רבה מאד)	3 (בינונית)
יציבה באכילה	17. כתפיים שמוטות קדימה	5 (רבה מאד)	3 (בינונית)
הימנעות/מיעוט אכילה, דחיית מאכלים	23. מפנה את פניו או גופו מהאוכל	5 (רבה מאד)	4 (רבה)
סלקטיביות באכילה	28. מסכים לאכול/לשתות דברים מסוימים בלבד	4 (רבה)	1 (מועטה מאד)
אכילה מופרזת	35. אוכל כמות גדולה של אוכל במשך זמן קצר	4 (רבה)	0 (לעולם לא)
	36. דוחס הרבה אוכל לפה	4 (רבה)	0 (לעולם לא)
תקשורת באכילה	40. בוחר מתוך מאכלים שמוצגים לו	4 (רבה)	5 (רבה מאד)

בפריטי שאלון ה-mosh-eat נמצא שינוי באופן ספציפי לאחר ההתערבות, בלעיסה ובליעה, כאשר לפי ההתערבות היה מקבלת מזון טחון כיוון שלא היה מוכן ללעוס את המזון, ולאחר ההתערבות אוכלת ירקות מבושלים ותוספת בשרית שבעבר לא היה מוכן לאכול. בנוסף, נמצא שינוי ביציבה באכילה בעקבות התאמת כיסא עם משענת גו וידיים, ושולחן, יושב זקוף יותר ומניח ידיים על השולחן. בנוסף, בהתנהגות סלקטיביות באכילה, דווח על גיוון במאכלים, אוכל בעצמו את

התוספת הבשרית עם הידיים. בהתנהגות אכילה מופרזת דווח שפחות מעמיס את הפה באוכל. ובתקשורת באכילה אומר כן על מזונות שרוצה לאכול.

<u>גרף 18- תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות</u> :

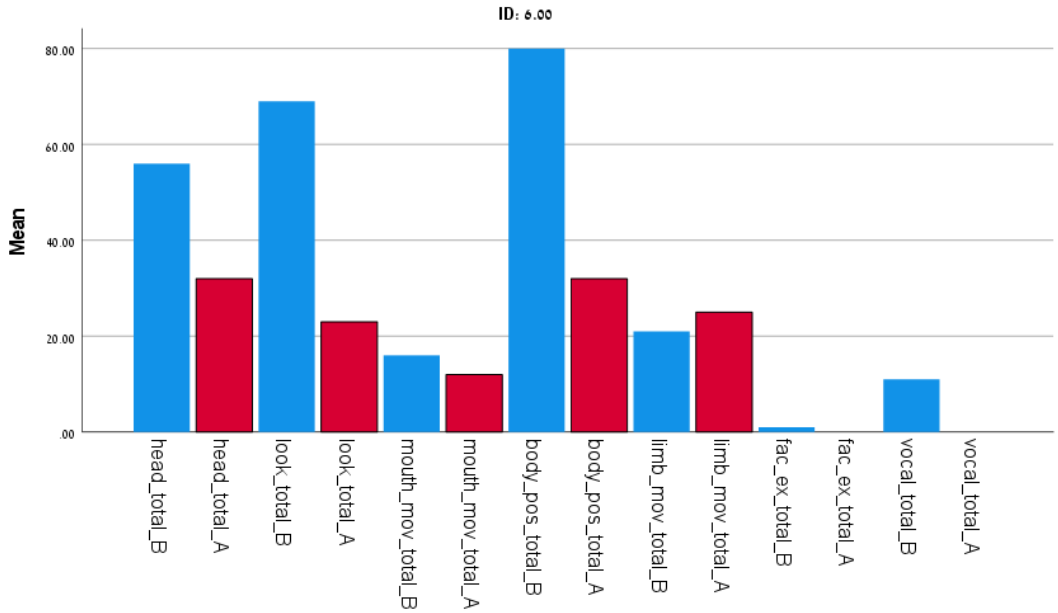


*ל=לפני התערבות
*א=אחרי התערבות

*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף עולה שהמשתתף היה מעורב יותר באכילה לאחר ההתערבות. במדד התקשורת עם המטפל נצפית ירידה במעורבות כיוון שלאחר ההתערבות אכל באופן עצמאי ולכן היתה פחות תקשורת עם המטפל. בנוסף, בהצגת רגשות נצפה המטופל מביע פחות רגשות חיוביים ושליליים בהתאמה לאחר ההתערבות. ובמדד הערנות לא נצפה שינוי לאחר ההתערבות.

גרף 19- תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות (משתתף 6):



*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף נמצא שינוי בכל ההתנהגויות לאחר ההתערבות: הפניית ראש, הפניית מבט, תנועות פה, יציבה באכילה, תנועות גפיים, הבעות פנים וקוליות.

טבלה 13- טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית.

(משתתף 6)

שאלון ה-"Mosh-Eat"	תצפית- קידוד גלובלי	תצפית- קידוד מיקרואנליטי
תקשורת באכילה	מעורבות באכילה	הפניית ראש הפניית מבט תנועות גפיים
יציבה	הצגת פחות רגשות חיוביים ושליליים	קוליות הבעות פנים
לעיסה ובליעה		תנועות פה יציבה באכילה
סלקטיביות באכילה		
מיעוט אכילה		
אכילה מופרזת		

ב.7. תיאור מקרה 7- ס'

תאריך לידה: 22/5/1991.

מין: נקבה

אבחנה: מש"ה ברמת תפקוד בינונית.

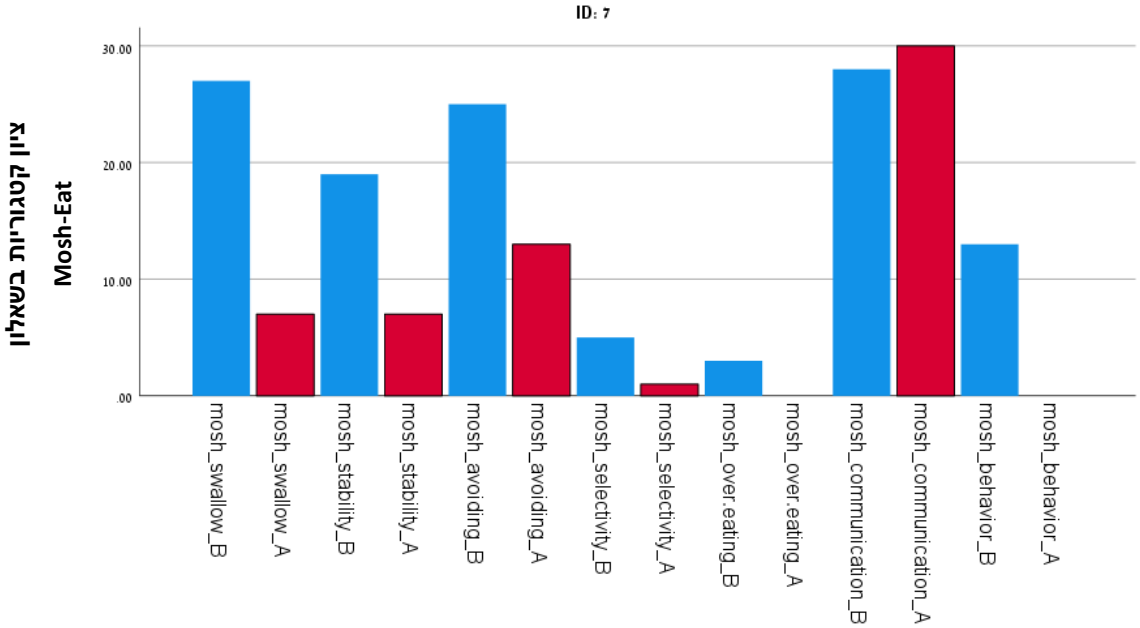
מסגרת: מרכז עבודה שיקומי אור-יהודה.

אופן האכילה: שותה ואוכלת באופן עצמאי, משתמשת בכף.

יציבה: יושב על כיסא רגיל.

משך ארוחה צהריים: כ-5 דקות.

גרף 20- תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון ה- "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 7):



*A= after intervention
*B=before intervention

מגרף מספר 1 נמצא הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat", כאשר הציון אחרי ההתערבות נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות, דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון. מהגרף הנוכחי, גרף 20, עולה כי השיפור היה באופן ספציפי בכל ההתנהגויות בארוחה לאחר ההתערבות: בלעיסה ובליעה, ביציבה, הימנעות מאכילה, סלקטיביות באכילה, אכילה מופרזת, תקשורת באכילה ובהתנהגות באכילה.

טבלה 14- שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 7):

קטגוריה בשאלון	פריט בשאלון	ציון לפני התערבות	ציון אחרי התערבות
לעיסה ובליעה	3. בולע את האוכל ללא לעיסה יעילה	5 (רבה מאד)	1 (מועטה מאד)
	4. מסרב לאכול אוכל קשה ללעיסה	4 (רבה)	0 (לעולם לא)
	5. מוצץ את האוכל במקום ללעוס	3 (בינונית)	1 (מועטה מאד)
	7. לא סוגרת שפתיים בשעת לעיסה	5 (רבה מאד)	3 (בינונית)
	8. מרייר בשעת ארוחה	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
	11. משתנק בזמן הארוחה	5 (רבה מאד)	2 (מועטה)
יציבה באכילה	16. הכתפיים שמוטות קדימה	5 (רבה מאד)	3 (בינונית)
	20. מחליק בכסא בזמן אכילה	4 (רבה)	0 (לעולם לא)
הימנעות/מיעוט מאכילה, דחיית מאכלים	22. דוחה את האוכל באמצעות קולות/מילים	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
	27. אינו מסיים את הארוחה	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)
סלקטיביות באכילה	32. נמנע מטעמים מסוימים	5 (רבה מאד)	1 (מועטה מאד)
אכילה מופרזת	35. אוכל כמות גדולה של אוכל בזמן קצר	1 (מועטה מאד)	0 (לעולם לא)
	36. דוחס הרבה אוכל לפה	1 (מועטה מאד)	0 (לעולם לא)
	37. אוכל כמות מופרזת ללא שליטה	1 (מועטה מאד)	0 (לעולם לא)
תקשורת באכילה	38. נענה לבקשות איש הצוות	3 (בינונית)	5 (רבה מאד)
התנהגות בארוחה	45. מפריע במהלך הארוחה	4 (רבה)	0 (לעולם לא)

	46. צועקת במהלך הארוחה	4 (רבה)	0 (לעולם לא)
	49. מראה תנועות חזרתיות בעת הארוחה	5 (רבה מאד)	0 (לעולם לא)

בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" נמצא שינוי באופן ספציפי לאחר ההתערבות, בלעיסה ובליעה, כאשר המטופלת החלה ללעוס את המזון ואינה נלחצת ממזונות הדורשים לעיסה, לדבריה של המטפלת. בנוסף, נמצא שינוי ביציבה באכילה בעקבות הגבהת הצלחת שסייעה לישיבה הכפופה ובעקבות כך לפחות מקרי חנק. כמו כן, בהתנהגות הימנעות מאכילה, דווח על כך שאינה משמיעה קולות הקאה בזמן האכילה ומסיימת לרוב לאכול את המנה שלה. בהתנהגות אכילה מופרזת דווח שפחות מעמיסה את הפה באוכל. בתקשורת באכילה נענית יותר לבקשותיה של המטפלת. בנוסף, בהתנהגות בארוחה, לפי דיווחה של המטפלת ההתערבות שיפרה משמעותית את התנהגותה של המטופלת. בכך, שההתערבות עזרה לה להתארגן לקראת הארוחה, להירגע ולהפחית התנהגויות מפריעות ולא רצוניות בזמן הארוחה.

<u>הערה-</u> למשתתפת זו לא נערכו קידודי תצפית ועל כן לא ידווחו תוצאות אלו בפרק זה. זאת מאחר שמהסרטון שהוסרט לא ניתן היה לנתח את ההתנהגויות הרצויות בשל הפרעה בצילום וחוסר שיתוף פעולה של המשתתפת.

ב.8. תיאור מקרה 8- י'

תאריך לידה: 8/9/1970.

מין: נקבה

אבחנה: מש"ה ברמת תפקוד בינונית.

אבחנות נוספות: השמנת יתר.

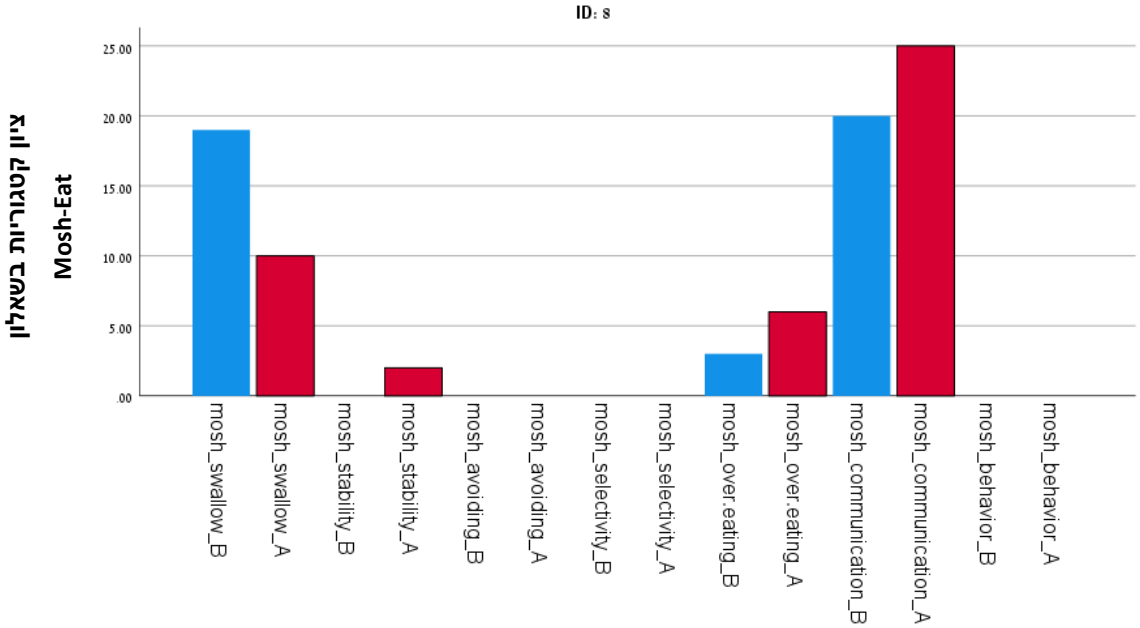
מסגרת: מרכז עבודה שיקומי אור-יהודה.

אופן האכילה: שותה ואוכלת באופן עצמאי, משתמשת בכף.

יציבה: יושבת על כיסא רגיל.

משך ארוחה צהריים: כ-15 דקות.

גרף 21- תוצאות עבור כל קטגוריה של שאלון ה- "Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 8):



*A= after intervention
*B=before intervention

מגרף מספר 1 נמצא הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat", כאשר הציון אחרי ההתערבות נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות, דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון. מהגרף הנוכחי, גרף 21, עולה כי השיפור היה באופן ספציפי בלעיסה ובליעה, יציבה, אכילה מופרזת ובתקשורת באכילה לאחר ההתערבות.

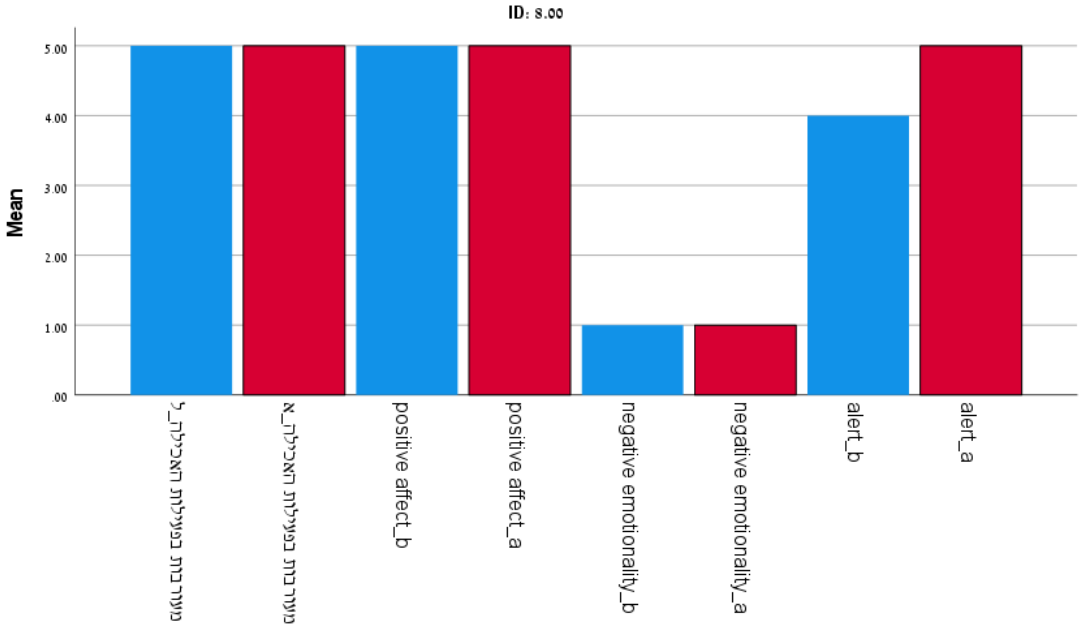
טבלה 15- שינויים בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" לפני ואחרי התערבות (משתתף 8):

קטגוריה בשאלון	פריט בשאלון	ציון לפני התערבות	ציון אחרי התערבות
לעיסה ובליעה	1.אוכל במשך זמן רב יותר מאחרים	2 (מועטה)	0 (לעולם לא)
	3. בולע את האוכל ללא לעיסה יעילה	2 (מועטה)	1 (מועטה מאד)
	7. לא סוגרת שפתיים בשעת לעיסה	4 (רבה)	3 (בינונית)
	8. מרייר בשעת ארוחה	2 (מועטה)	0 (לעולם לא)
	11. משתנק בזמן הארוחה	4 (רבה)	1 (מועטה מאד)
אכילה מופרזת	36. דוחס הרבה אוכל לפה	3 (בינונית)	2 (מועטה)
	37. אוכל כמות מופרזת ללא שליטה	3 (בינונית)	0 (לעולם לא)
תקשורת באכילה	38. נענה לבקשות איש הצוות	4 (רבה)	5 (רבה מאד)
	39. יוזם תקשורת עם איש צוות	3 (בינונית)	4 (רבה)
	40. בוחר מתוך מאכלים שמוצגים לו	2 (מועטה)	4 (רבה)
	42. פונה לחבריה לשולחן	1 (מועטה מאד)	2 (מועטה)

בפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" נמצא שינוי באופן ספציפי לאחר ההתערבות, בלעיסה ובליעה, כאשר המטופלת החלה ללעוס מעט יותר את המזון. בנוסף, הותאמה לה כפית לאכילה, דוחסת פחות מזון בפה ולכן פחות נחנקת.

בנוסף, בתקשורת באכילה נענית יותר לבקשותיה של המטפלת ויוזמת תקשורת עם המטפלת ועם חבריה לשולחן. מדיווח המטפלת ההתערבות תרמה לעוררות ולהתנהגותה החיונית של המטופלת.

גרף 22- תוצאות תצפית קידוד גלובלי לפני ואחרי התערבות (משתתף 8):

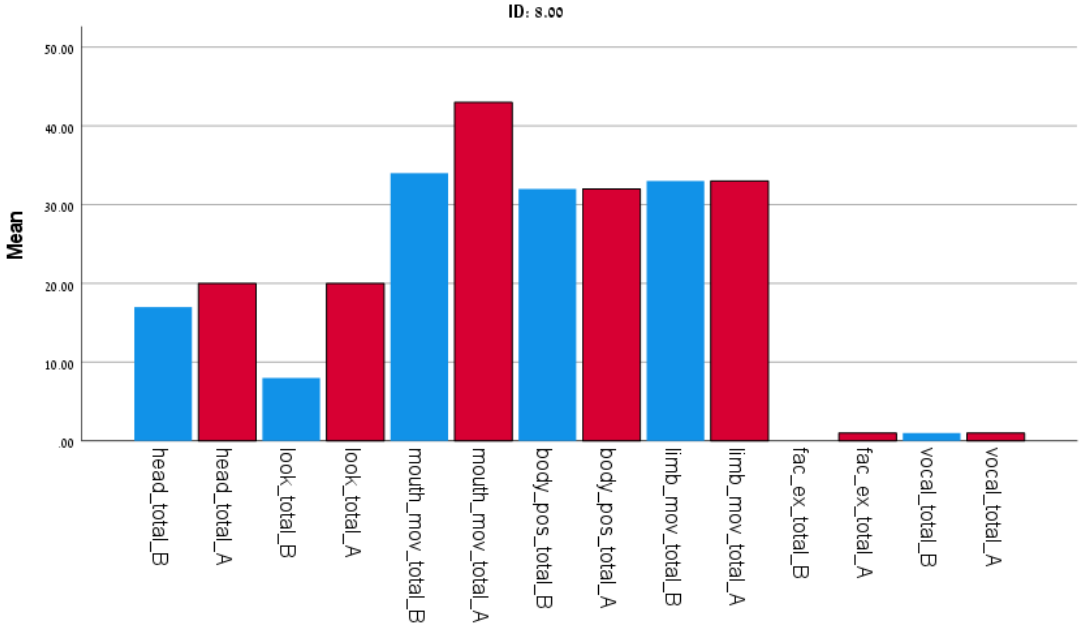


*ל=לפני התערבות
*א=אחרי התערבות

*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף עולה שהמשתתפת היתה עירנית יותר באכילה, לאחר ההתערבות.

גרף 23- תוצאות תצפית קידוד מיקרו התנהגויות לפני ואחרי התערבות (משתתף 8):



*A= after intervention
*B=before intervention
*Mean: Mean Total Score

מתוך הגרף נמצא שינוי בהתנהגויות הבאות לאחר ההתערבות: הפניית ראש, הפניית מבט, תנועות פה והבעות פנים.

<u>טבלה 16- טבלת סיכום ההבדלים שנמצאו במשתני האכילה לאחר ההתערבות לפי שאלון ה-"Mosh-Eat", הקידוד הגלובלי והקידוד המיקרואנליטי על פי התצפית.</u>

<u>(משתתף 8)</u>

שאלון ה-"Mosh-Eat"	תצפית- קידוד גלובלי	תצפית- קידוד מיקרואנליטי
תקשורת באכילה	עירנית	הפניית ראש הפניית מבט הבעות פנים
לעיסה ובליעה		תנועות פה
אכילה מופרזת		
יציבה		

4.2 ממצאים - חוויית ההאכלה של המטפל

מטרות המחקר כללו לא רק התייחסות לשינויים ביכולות האכילה של המטופלים אלא גם בחוויית ההאכלה של המטפל. זו נבדקה באמצעות "שאלון למטפל המאכיל". *בתוצאות המחקר מעידות* לא נמצא הבדל בשאלון "למטפל המאכיל" שהועבר למטפלים אחרי ההתערבות לעומת השאלון עליו הם ענו לפני ההתערבות

5 . דיון וניתוח

5.1 הקדמה

המחקר הנוכחי היווה חלק המשכי ומעשי של החוברת "חווית האכילה וההאכלה, חוברת הדרכה לטיפול באנשים עם מוגבלויות" (קרן שלם, 2017) במסגרות בקהילה. החוברת מיועדת לשימוש הצוות הרב מקצועי והטיפולי במסגרות והיא כוללת הן מרכיבים יישומיים והן מרכיבים תיאורטיים.

הסוגייה העיקרית המעסיקה כיום אנשי מקצוע וטיפול במערכת, קשורה בניסיון למצוא את האיזון המתבקש בין חווית אכילה חיובית ובין החשש לפגיעה ואף לסכנת מוות.

לקשיי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה עלולות להיות השלכות לאיכות החיים ולבריאות, המשפיעות באופן שלילי על ההתפתחות הפיזית, החברתית והחינוכית של אנשים עם מש"ה (Gravestock, 2003), כמו גם להוות אתגרים קשים בהשתתפות במארג החיים, ובמקרים קיצוניים אף להציב את האדם עם מש"ה בסכנת חיים (Gal et al.,2011).

לאור האמור לעיל, פותחה במחקר הנוכחי, התערבות קדם אכילה הכוללת תוכנית קצרה ומותאמת אישית עם תרגילים סנסו-מוטוריים, עבור אוכלוסייה זו. ההתערבות עוסקת באיתור, מניעה וטיפול בקשיי אכילה אצל אנשים עם מש״ה, כאשר השלב הראשון בהתערבות טיפולית כזו הוא אבחון אכילה מפורט, מותאם לאוכלוסייה, ומבוסס ראיות. וכן לבדוק האם בעקבות התערבות זו חל שיפור בחוויית האכילה הן מבחינת המטופל והן מבחינת המטפל. כמו כן, במסגרות בקהילה מתקיימות ארוחות ולהן מוקדשים משאבים רבים מצד המטפל המאכיל. לכן, קיימת חשיבות רבה לא רק לשיפור חווית האכילה של אנשים עם מש״ה, אלא גם לספק כלים פרקטיים שיסייעו ויתרמו לחוויית המטפל המאכיל, לתחושת השותפות שלו ולהקלת החוויה על הצוותים במסגרות (Gravestock, 2003).

מטרת המחקר הנוכחי בנושא אכילה, היתה לבדוק מחקרית את יעילותה של התערבות קדם אכילה מותאמת אישית למטופלים עם מש״ה באמצעות השוואת מיומנויותיהם של המשתתפים לפני קבלת התוכנית ואחרי. בנוסף, תוכנית ההתערבות נותחה ב-8 תיאורי מקרה אשר מתבססים על תוצאות שאלון ה- ״Mosh-Eat״ והתצפית הקלינית, ובודקים לעומק את פרופיל מיומנויות האכילה של אנשים עם מש״ה. כך שבסוף המחקר נמצא כי פרופיל האכילה של כל אחד מהמשתתפים בתיאורי מקרה השתפר לאחר ההתערבות.

5.2 דיון על תוצאות המחקר

המחקר העלה מגמת מובהקות סטטיסטית והראה כי נמצא הבדל במיומנויות האכילה של אנשים עם מש״ה כפי שבאו לידי ביטוי בסה״כ בשאלון ”Mosh-Eat״, ובכל אחד מסעיפיו לפני ואחרי ההתערבות. התוצאות מעידות על מגמה של שיפור בכל ההתנהגויות קרי: לעיסה ובליעה, יציבה, מיעוט אכילה, סלקטיביות באכילה, תקשורת והתנהגות באכילה.

ממצאים אלה הנם אופטימיים במיוחד לאור האתגר הגדול שבקבלת הבדלים מובהקים כאשר מדובר במדגם קטן מאד כזה של המחקר הנוכחי.

הניתוחים הסטטיסטיים בוצעו על המדגם כולו כקבוצה אחת ועל כל משתתף בנפרד. בקרב שמונת המשתתפים נצפה הבדל בציון המסכם של שאלון ה- ״Mosh-Eat״, כאשר הציון אחרי ההתערבות נמצא נמוך יותר מהציון לפני ההתערבות. דבר המצביע על מגמת שיפור במיומנויות האכילה אשר נבדקו בשאלון.

משתתפים 5-8, מהמסגרת באור-יהודה, היו בעלי תפקוד גבוה יותר, עצמאיים בניידות ועם מיומנויות מוטוריות ותקשורתיות גבוהות יותר. כמו כן, המטפלים אשר מילאו את השאלון, דברו עברית כשפת אם ונדרש פחות תיווך מצד החוקרת בעת מילוי השאלון.

משתתפים 1-4, מהמסגרת ברחובות היו ברמת תפקוד נמוכה יותר. משתתפים 1-2 הינם סיעודיים, ישובים בכיסאות גלגלים ומוגבלים ביכולות המוטוריות שלהם, כך שהמטפלים במסגרת ביצעו עבורם את תוכנית ההתערבות. בנוסף, משתתפים 3-4 אמנם עם יכולות מוטוריות טובות יותר ועצמאיים בניידות, אך מיומנויות התקשורת שלהם נמוכה. יחד עם זאת, המטפלים במסגרת זו, שפם האם שלהם אינה עברית, דבר אשר עשוי להקשות על המענה המיטבי של שאלון ה-"Mosh-Eat".

ניתן לראות שעבור נבדקים 5-8 מהמסגרת באור-יהודה השאלון היה רגיש יותר מאשר עבור נבדקים 1-4 מרחובות, כך שנצפה הבדל משמעותי יותר בציון המסכם לאחר ההתערבות.

ייתכן והאמור לעיל תומכים בממצאים שהשאלון נמצא רגיש יותר למשתתפים בתפקוד גבוה יותר.

לחילופין, ייתכן ותוכנית ההתערבות עצמה יעילה יותר עבור מטופלים בתפקוד גבוה יותר שאינם סיעודיים ועם יכולת תקשורתית וקוגניטיבית המאפשרות להם להבין את הפעילויות בתוכנית ההתערבות ולבצע אותה בעצמם.

מאידך, קיימת האפשרות והתוכנית יעילה אף למטופלים סיעודיים, עם אפקט השפעה מצומצם יותר, שהוא משמעותי לא פחות.

במחקרי המשך מומלץ לבדוק זאת במדגמים גדולים.

לצורך ניתוח הממצאים ברמה הקלינית, נמליץ לא להתבסס רק על מבחנים סטטיסטים אלא לבדוק הממצאים קליניים במבנה של "Top-Down" באופן הבא: מהתוצאה הכללית של שאלון ה- "Mosh-Eat " שמצא כי קיים שינוי בתוצאות השאלון הסופי אחרי ההתערבות, לתוך התבוננות בקטגוריות ההתנהגויות השונות בשאלון בו נמצא השינוי, ולבסוף לזהות באופן ספציפי את הפריט במשתנה בו נמצא השינוי לאחר ההתערבות. לדוגמא, מגרף מספר 1 נמצא הבדל בציון המסכם של שאלון ה- "Mosh-Eat" לאחר ההתערבות. מגרף מספר 2, נמצא כי השיפור היה באופן ספציפי במשתנה התנהגות באכילה, ובפריטי שאלון ה-"Mosh-Eat" נמצא שינוי באופן ספציפי בבחירת מאכלים, הפגנת התנהגויות של פגיעה עצמית והכנסה של חפצים לפה.

על פניו במשתתף זה השינויים לא הוצגו בגרף בצורה משמעותית, אך בחינת התוצאות כנאמר לעיל מציגה היכן השינוי בא לידי ביטוי ומוכיחה לנו כי ההתערבות הייתה יעילה עבורו.

התצפית הגלובלית והמיקרואנליטית במחקר זה אפשרו מיפוי של ההתנהגויות בשאלון כפי שהן באות לידי ביטוי בשטח, בזמן אמת בפעילות האכילה. בנוסף, הן סייעו להיכרות עם פרופיל האכילה של המטופל ולבניית תוכנית ההתערבות. גם ניתוח התצפית התבצע במבנה של "Top-Down", כאשר בוצעה התצפית הגלובלית שסקרה את התנהגויות השונות ואת קצב

האכילה של המטופל, ולאחר מכן בוצעה תצפית מיקרואנליטית שבחנה היכן באופן ספציפי היה שינוי בהתנהגות של המטופל, אילו התנהגויות נוספו ואילו הוכחדו.

שילוב של כל אלה והתאמה בניהם, תומכים במציאת תוכנית ההתערבות כיעילה, עבור כל משתתף בתחומים שונים ובמידת רגישות שונה.

כמו כן, בתחילת המחקר רק 4 היו עצמאיים באכילה ואילו בסיומו של המחקר ישנם 6 משתתפים אשר אוכלים בכוחות עצמם ושניים בלבד שמואכלים. כלומר, התוכנית אף קידמה עצמאות באכילה של שניים מהמשתתפים. משמע, התבוננות קלינית ומעמיקה על המטופלים, והתאמת תוכנית התערבות לצרכיהם יכולה לסייע להם ולקדם את עצמאותם והשתתפותם בפעילות האכילה הכה חשובה במארג החיים.

5.2.1: בעוד שהחוקרים ציפו לשיפור לא רק ביכולות המטופלים אלא גם בחוויית המטפל בעקבות ההתערבות, לא נמצא הבדל בשאלון " "המטפל המאכיל" שהועבר למטפלים אחרי ההתערבות לעומת השאלון עליו הם ענו לפני ההתערבות.

למעשה התשובות שהתקבלו בשאלונים לאחר ההתערבות, עבור כל אחד מהמשתתפים שמטפליהם ענו על השאלון (4 מתוך 8 משתתפים שהואכלו על ידי איש צוות) נמצאו זהות לתשובות שהתקבלו לפני ההתערבות. זאת ניתן להסביר באמצעות "אפקט התקרה" של השאלון כך שהתשובות בשאלון על הפריטים לפני ההתערבות היו הגבוהות ביותר, לכן לאחר ההתערבות לא ניכר השינוי.

אפרט תקרה זה עשוי להצביע על כל שהשאלון אינו רגיש מספיק או שאינו ברור עבור המטפלים במסגרות, או שמילויו היווה עומס על המטפלות והן לא קראו אותו בהעמקה. כפי שצוין בהקדמה לדו"ח זה, ישנה חשיבות רבה להבין ולקבל מידע לא רק על המטופל אלא גם על חווית המטפל המאכיל. מידע כזה עשוי לעזור לספק לו כלים פרקטיים, להגביר את תחושת השותפות שלו ולהקל את חווית ההאכלה על הצוותים במסגרות.

מומלץ אם כן בעתיד להעביר שאלון בצורה של ריאיון חצי מובנה, כך שיכלול גם תשובות כמותיות וגם דוגמאות שעשויות להביע את כוונתם של המטפלים בצורה טובה וברורה יותר.

5.3 הליך המחקר ובניית תוכנית ההתערבות

לצורך הוצאת המחקר לפועל בצורה מוצלחת נדרש תיאום ושיתוף פעולה בין גורמים ואנשי צוות רבים שלוקחים חלק. שתי המסגרות אשר שיתפו עמנו פעולה, מתמודדות עם שגרה יומיומית עמוסה ומאתגרת ללא קשר לחלקו היישומי של המחקר. מטופלים עם קשיים ומורכבויות נוספות עימן יש להתמודד מעבר לקשיים בתפקודי האכילה. עם זאת, הצלחנו לגייס שתי מסגרות אשר

ראו את החשיבות והערך של המחקר והבינו את התרומה שהם עשויים לקבל במידה ותוכנית ההתערבות תימצא יעילה. לנוכח זאת, מצאנו כמה מעורבות הצוות הניהולי, מקצועי וטיפולי הכרחי וחשוב להצלחתו של המחקר. מצאנו כי במסגרת באור-יהודה, בה היה קשר ישיר עם המנהלת, הסגנית, המרפאה בעיסוק והפיזיותרפיסט, שיתוף הפעולה, והוצאתה לפועל של תוכנית ההתערבות היה פורה יותר. הבנו כי כאשר צוות ממקצועות הבריאות נוכח במסגרת באופן שוטף, מסייע להחזיק את תוכנית ההתערבות כשהחוקרת אינה נמצאת ונותן מענה למטפלים המאכילים, ההתערבות היתה יעילה ומשמעותית יותר.

כל התערבות נבנתה באופן אינדבידואלי עבור המשתתפים, בשיתוף צוות המסגרת וצוות המחקר, אשר כלל נשות מקצוע מובילות מתחום הריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וקלינאות תקשורת.

בכדי לבנות את תוכנית ההתערבות, צוות המחקר ערך פגישות אשר בשיחות הדגש היה על הבנת סדר היום במסגרת, כיצד ניתן להתאים את התוכנית כך שתהיה ישימה וריאלית לאופי המסגרת ולשגרה, בכדי שיוכלו להתמיד בה לאורך תקופת המחקר. בסקירת הספרות פירטנו כמה פעילות האכילה מורכבת וכוללת בתוכה גם יציבה, תקשורת ומאפיינים רבים אשר דורשים סנכרון ביניהם בכדי שהפעילות תהיה מיטבית. לכן, ראינו את החשיבות והערך הרב שיש בצוות רב משתתפים מדיסיפלינות שונות. כל אחת תרמה מגופי הידע שלה, ויחד הצלחנו להבין את הפרופיל הייחודי של כל משתתף ובכך לבנות תוכנית קצרה, ברורה ומותאמת למטופל ולאופי המסגרת.

לבסוף, בכדי שתהליך ההתערבות יתבצע בהצלחה, הושקעה מחשבה והתייחסות רבה להנגשת התוכנית ברמה הפרקטית, כגון: הכנת ציוד מראש, הדפסה על תוכנית ההתערבות עם סמלים והמעטה במלל וטבלת מעקב. בנוסף, ביצוע הדרכה עבור המטפלות, החל מהסברת הרציונל של המחקר ועד לשיחות אישיות והדגמה של ביצוע התוכנית הוא חשוב ביותר. גיוס המטפלות לתהליך חשוב לא פחות מגיוס הצוות המקצועי, שכן הן אלה שבסופו של דבר מכירות את המטופלים, מאכילות אותן ומבצעות את הפעולה על בסיס יומי. מאחר ולא קיבלנו אינדיקציה מחקרית להצלחה בשיפור חוויית המטפל, אנו ממליצים לא רק לבדוק נושא זה באמצעות ראיונות כמוצע לעיל, אלא גם לפתח בהמשך תוכנית תמיכה ייעודית לצוות המאכיל.

5.4 סיכום המלצות ומסקנות

מכלול המחקר שלנו במימון קרן שלם, היווה מחקר יישומי במסגרתו פותח כלי לאבחון קשיי אכילה לבוגרים עם מש״ה, כלי תצפית ווידאו לאכילה בקרב אנשים עם מש״ה וכן פותחה תוכנית התערבות אישית לאנשים אלה. הפרויקט לווה במחקר שתיקף את פיתוח הכלי, וכן במחקר חלוץ שבדק את יעילות תוכנית ההתערבות. במסגרת המחקר המלווה את תוכנית האכילה נבדקה לא

רק יעילותה הכמותית, אלא גם הוצגו 8 תיאורי מקרה אשר ניתחו את תוצאות תוכנית ההתערבות המתבססים על תוצאות שאלון ה- "Mosh-Eat" והתצפית הקלינית כאחד, ובודקים לעומק את פרופיל מיומנויות האכילה של אנשים עם מש"ה. עיבודים אלה העלו כי פרופיל האכילה האינדיווידואלי של כל אחד מהמשתתפים בתיאורי מקרה השתפר לאחר ההתערבות. ממצאים אלו מעידים על הפוטנציאל של תוכנית התערבות מותאמת אישית לשיפור בעיות אכילה, וכן על הפוטנציאל של שימוש בשאלון ה- "Mosh-Eat" ובתצפית הקלינית לזיהוי ואיתור מגוון קשיים בתפקודי האכילה לצורך מיפוי פרופיל האכילה של המטופל. השימוש בתוכנית ההתערבות ככלי יישומי במסגרות עשוי לקדם את המטופלים ולשפר את תפקודי האכילה שלהם.

בבניית תוכניות המשך אנו ממליצות לפתח דרכים נוספות לעירוב המאכילים של המטופלים כדי לשפר גם את חוויית ההאכלה שלהם. שיפור כזה עשוי בתורו להיטיב גם עם המטופלים עם מש"ה.

אנו ממליצות להמשיך לחקור את הנושא ולבצע את המחקר על מדגם רחב יותר של אוכלוסייה זו בכדי להגיע למסקנות מובהקות יותר עבור יעילותה של התוכנית.

בנוסף, אנו ממליצות להשתמש בתוכנית ההתערבות ככלי יישומי במסגרות בקהילה, ולצורך כך לבצע סדנאות הכשרה לצוותי מקצועות הבריאות ולמטפלים במסגרות. העלאת המודעות והידע בנושא חשובים לפיתוח וקידום התערבויות טיפוליות לצורך שיפור התפקוד בתחום, לשיפור איכות חייהם של אנשים עם מש"ה ולמניעת סיבוכים רפואיים וסכנת חיים.

5.5 מגבלות המחקר וכיווני מחקר עתידי

המחקר הנוכחי החל בגיוס 10 משתתפים מבוגרים עם מש"ה ברמות תפקוד שונות. שניים מהמשתתפים נשרו מהמדגם בעקבות התדרדרות במצבם הבריאותי. כך שהמדגם הנוכחי עמד על 8 משתתפים בלבד. הדבר הקשה על קבלת תוצאות עם מובהקות סטטיסטית. כמו כן, לא ניתן להסיק מסקנות חותכות עבור מספר מצומצם של אנשים.

בנוסף, חלק מהמחקר דורש מענה על שאלונים בשפה העברית, כאשר חלק מהמטפלים שנמצאים במסגרות ומאכילים את האוכלוסייה הנוכחית אינם דוברי עברית כשפת אם, דבר אשר הקשה על הבנת השאלונים ומענה עליהם בצורה מספקת. בנוסף, השגרה היומיומית במסגרות עמוסה ומאתגרת, היוותה אתגר בהוצאה לפועל של תוכנית התערבות שתבוצע על בסיס יומי. לכן, תוכנית ההתערבות נבנתה כך שתהיה ישימה וריאלית ככל הניתן לסדר יום ולמשאבים הקיימים במסגרת.

מומלץ להמשיך לחקור את הנושא ולבצע את המחקר על מדגם רחב יותר של אוכלוסייה זו בכדי להגיע למסקנות מובהקות יותר עבור יעילותה של התוכנית.

5.6 פורום/רשימת אנשי מקצוע להצגת תוצאות המחקר:

מגוון אנשי מקצוע העובדים עם אנשים עם מש"ה: מנהלי מסגרות, צוות ממקצועות הבריאות (מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטיות, דיאטניות) מטפלים, מדריכים, אנשי חינוך, עובדים סוציאלים.

5.7 השלכות יישומיות של המחקר:

מחקר זה בחן את יעילותה של תוכנית התערבות אינטר-דיסיפלינארית מותאמת אישית, לשיפור תפקודי אכילה בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. יעילותה של התוכנית ותיקופה הקליני מהווה פריצת דרך בשדה הקליני המעשי אשר יציע כלי יישומי בהתערבות בתפקודי אכילה בקרב אנשים עם מש"ה במסגרות בקהילה. כמו כן, המחקר יספק ידע מחקרי ויישומי לצוותים המקצועיים ולמטפלים במסגרות ויציע כלים פרקטיים לאיתור וזיהוי בעיות אכילה באמצעות שאלון ה"Mosh-Eat" והתצפית הקלינית.

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).

חווית האכילה וההאכלה, חוברת הדרכה לטיפול באנשים עם מוגבלויות, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, משרד הרווחה והשירותים החברתיים– יחידת הבריאות, קרן שלם, 2017.

https://www.kshalem.org.il/uploads/pdf/article_4291_1554309068.pdf

סקירת השירותים החברתיים, עודכן לאחרונה בשנת 2014.

https://www.molsa.gov.il/Populations/Disabilities/MentalRetardation/IntellectualDisabilities/StatisticalData/Pages/StatisticalData.aspx

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*, *26*(3), 205-215.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2023). https://www.aaidd.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., Wold, L.S., Anthony, P., & Holm, S. E. (2007). Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *61*(6), 686.

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.

Engel-Yeger, B., Hardal-Nasser, R., & Gal, E. (2011). Sensory processing dysfunctions as expressed among children with different severities of intellectual

developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities. 32*,5, 1770-1775.

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., Pälmke, 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.

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.

Feldman, R. (1998). *Coding Interactive Behavior Manual*. Ramat Gan: Bar-Ilan University, Israel.

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.

Gouge, A. L., & Ekvall, S. W. (1975). Diets of handicapped children: physical, psychological, and socioeconomic correlations. *American Journal of Mental Deficiency*, *80*(2), 149-157.

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.

Hong, S. L., James, E. G., & Newell, K. M. (2008). Age-related complexity and coupling of children's sitting posture. Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology, 50(5), 502-510.

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. (2004). Prevalence of eating disorders in adults with mental retardation living in the community. *American Journal on Mental Retardation*, *109*(6), 501-506.

Howe, T., & Oldham, J. (2001). Posture and balance. *Human Movement. An Introductory Text. London: Churchill Livingstone*.

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., ... & Ladrigan, 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, LJ, Kuhn, ED. Identifying feeding problems in mentally retarded persons: development and reliability of the screening tool of feeding problems (STEP). *Res Dev Disabil.* 2001; 21: 165-172.

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.

Mennell, S., Murcott, A., & van Otterloo, A. H. (1992). The sociology of food: Eating, diet, and culture. London, UK: Sage.

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. Retrievec. 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 behavior 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.

Pelosi, A. (2007). *Interferenze orali nelle sindromi cranio-mandibolo-cervicalie postural.* Ed.Castello.

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.

Sobal, J. (2000). Sociability and meals: Facilitation, commensality, and interaction. In H. L. Meiselman (Ed.), Dimensions of the meal: The science, culture, business, and art of eating (pp. 119– 133). Gaithersburg, MD: Aspen Press.

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., Bershadsky, 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. *ActaPaediatrica*, *80*(5), 527-533.

Van der Ham, T., Van Strien, D. C., & Van Engeland, H. (1998). Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: A 4-year prospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *7*(2), 79-84.

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*, *26*(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 behaviors in anorexia nervosa, autism, and obsessive–compulsive personality disorder. *Psychiatry*, *7*(4), 183-187.

נספחי המחקר

נספח מס׳ 1

Mosh-Eat Questionnaire

שאלון הרגלי אכילה מש״ה

שאלון זה פותח ע״י החוקרות : פרופ׳ עינת גל מאוניברסיטת חיפה, ודר׳ נעמי פרזיגר, דר׳ אלה בין ודר׳ גילה טובול מהקרייה האקדמית אונו (2020), בשיתוף פעולה עם קרן שלם ומשרד הרווחה והבטחון החברתי.

הקדמה

שלום רב,

השאלון מתייחס להרגלי האכילה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש״ה)

הוא כולל שני חלקים :

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

ב. שבע טבלאות המכילות סה״כ 50 פריטים, בהן עליכם לסמן את התשובה המתאימה ביותר.

אנא קיראו 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 מרפלוקס/ עצירות /שלשולים/ הקאות כרונים? ☐ 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 לשתיה (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 כסאגלגלים

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- בינוני : הרגל או קושי המתרחש 50% מהזמן.

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

1- מעטה 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 -	בינוני - 3 -	מעט - 2 -	מעט מאוד - 1 -	לעולם לא - 0 -	לא רלוונטי
1	אוכל במשך זמן רב (יותר מ10 דק' אחרי שאחרים סיימו	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
2	לועס במשך זמן רב עד לבליעה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
3	בולע האוכל ללא לעיסה יעילה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
4	מסרב לאכול אוכל קשה ללעיסה אופן הסירוב :_____	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
5	מוצץ את האוכל במקום ללעוס (עם או בלי בליעה)	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
6	מתקשה בנגיסה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
7	לא סוגר שפתיים בשעת לעיסה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
8	מרייר בשעת הארוחה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
9	אוכל רק סוגי מזון רכים/ מעוכים (למשל, אורז, פודינג).	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
10	אוכל רק מזונות נוזליים	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
11	משתנק/ נחנק בזמן הארוחה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
12	לאחר שבולע האוכל, מעלה אותו לחלל הפה ובולע שוב rumination	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
13	מקיא בזמן הארוחה או מיד אחריה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
	***סה"כ =**							
	***ציון סה"כ קשיי לעיסה ובליעה =**							

***ימולא ע"י הבודק**

הערות לגבי לעיסה ובליעה : _____

ב. יציבה באכילה

	פריט	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינוני - 3 -	מעט - 2 -	מעט מאוד - 1 -	לעולם לא - 0 -	לא רלוונטי
14	זקוק למשענת גב באכילה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
15	זקוק למשענת ראש באכילה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
16	מתקשה לשמור על מנח ראש ישר ויציב	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
17	הכתפיים שמוטות קדימה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
18	מתקשה להזיז את הידיים בזמן האכילה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
19	מתקשה להזיז את הראש בזמן האכילה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
20	"מחליק" בכיסא בזמן האכילה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
	***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 -	בינוני - 3 -	מעט - 2 -	מעט מאוד - 1 -	לעולם לא - 0 -
21	סוגר פיו בחוזקה כאשר מקרבים אליו את האוכל	❒	❒	❒	❒	❒	❒
22	דוחה את האוכל באמצעות קולות/מילים	❒	❒	❒	❒	❒	❒
23	מפנה את פניו או גופו מהאוכל/דוחף את האוכל	❒	❒	❒	❒	❒	❒
24	יורק את האוכל לפני בליעתו	❒	❒	❒	❒	❒	❒
25	אוכל כמויות קטנות במיוחד	❒	❒	❒	❒	❒	❒
26	קם והולך באמצע הארוחה	❒	❒	❒	❒	❒	❒
27	אינו מסיים את הארוחה	❒	❒	❒	❒	❒	❒

	פריט	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינוני - 3 -	מעט - 2 -	מעט מאוד - 1 -	לעולם לא - 0 -
	*סה"כ =						
	*ציון סה"כ הימנעות מאכילה						

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי הימנעות מאכילה: _____

ד. סלקטיביות באכילה

	פריט	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינוני - 3 -	מעט - 2 -	מעט מאוד - 1 -	לעולם לא - 0 -	לא רלוונטי
28	מסכים לאכול/ לשתות דברים מסוימים בלבד	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
29	מעדיף אותם מאכלים בכל ארוחה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
30	מסכים לאכול רק מאכלים בעלי מרקם מסוים (רק דברים רכים, רק דברים קשים)	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
31	מסכים לאכול רק מאכלים בצבע/ים מסויים/ים	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
32	נמנע מטעמים מסוימים(מתוק, חמוץ...)	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
33	מסכים לאכול מאכלים רק כשהם בטמפרטורה מסוימת	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
34	מסכים לאכול/ לשתות פריטים בארוחה רק בסדר קבוע	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
	*סה"כ =							
	*ציון סה"כ סלקטיביות באכילה =							

*ימולא ע"י הבודק

הערות לגבי סלקטיביות באכילה: _____

ה. אכילה מופרזת

	פריט	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינוני - 3 -	מעט - 2 -	מעט מאוד - 1 -	לעולם לא - 0 -	לא רלוונטי
35	אוכל כמות גדולה של אוכל במשך זמן קצר	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
36	דוחס הרבה אוכל לפה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
37	אוכל כמות מופרזת של אוכל ללא שליטה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
	***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).

	פריט	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינוני - 3 -	מעט - 2 -	מעט מאוד - 1 -	לעולם לא - 0 -	לא רלוונטי
38	נענה לבקשות איש הצוות/מאכ	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
39	יוזם תקשורת עם איש הצוות/מאכיל	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
40	בוחר מתוך מאכלים שמוצגים	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
41	מבקש אוכל/שתיה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
42	פונה לחבריו לשולחן	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
43	מעביר את רצונותיו באופן מובן למאזין בזמן האכילה	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
	***סה"כ**							
	***ציון סה"כ תקשורת באכילה =**							

***ימולא ע"י הבודק**

הערות לגבי תקשורת באכילה ובפרט אופן התקשורת: _____

_____

_____

ז. התנהגות בארוחה

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

***ימולא ע"י הבודק**

הערות לגבי התנהגות בארוחה: _____

_____

_____

נספח מס׳ 2

חווית האכילה וההאכלה
חוברת הדרכה לטיפול באנשים עם מוגבלות, קרן שלם (עמוד 45)

שאלון למילוי המטפל

מטפל/ת יקר/ה, על מנת לשפר את חוויית האכילה וההאכלה במסגרת, נודה לך אם תמלא את השאלון הבא. השאלון הוא אנונימי וישמש למטרות שיפור בלבד.

אנא ציין/י את מידת הסכמתך עם המשפטים הבאים, כאשר: 1= לא מסכים כלל, ו- 5=מסכים מאוד.

	1 כלל לא מסכים	2 מסכים במידה מועטה	3 מסכים במידה בינונית	4 מסכים במידה רבה	5 במידה רבה מאוד
משתפים אותי בקבלת החלטות הקשורות להאכלה					
יש לי למי לפנות כאשר מתעורר קושי הקשור להאכלה					
מעודדים אותי ומקדישים זמן לדבר על התחושות, החוויות והרגשות שלי בנושא ההאכלה					
נעים לי לשבת בחדר בזמן הארוחה (מואר, מאוורר, ריח טוב)					
אני מרגיש בלחץ להספיק להאכיל את מקבל השירות					
אני חושש בזמן ההאכלה שיקרה משהו					
אני מרגיש תסכול כאשר מקבל השירות אינו מסיים את הארוחה					
אני מרגיש סיפוק כשמקבל השירות נהנה מחוויית האוכל (גם אם לא סיים את הארוחה)					
אני חושב שלארוחות יש משמעות רבה באיכות החיים של מקבל השירות					

אנא ציין בעמודה השמאלית האם אתה מקפיד למלא אחר ההנחיות הבאות. סמן (✔) אם כן, ו-Xאם לא:

אני מכין את מקבל השירות לקראת הארוחה (מוודא שהוא לבוש נקי, חיתול נקי, ידיים שטופות, וכד')	
אני ומקבל השירות יושבים זה ומל זה בזמן הארוחה	
אם קיבלתי הנחייה מהרופא - אני מבצע עם מקבל השירות טיפול נשימתי לפני הארוחה	
אני מאפשר למקבל השירות לבחור מה ירצה לאכול מבין מספר אפשרויות	
אני שואל את מקבל השירות האם האוכל טעים לו	
אני שואל את מקבל השרות האם האוכל חם או קר מידיי	
אני משוחח עם מקבל השירות בזמן הארוחה	
אני יוצר קשר עין עם מקבל השירות לאורך הארוחה	
אני רגוע וסובלני כלפי מקבל השירות בזמן הארוחה	
עליי להפעיל כוח על מנת להצליח להאכיל את מקבל השירות	
אני מאכיל באופן קבוע את אותם מקבלי שרות	
אני מאכיל את מקבל השירות בהתאם לקצב הלעיסה והבליעה שלו	
אני מקדיש לארוחה כמה זמן שמקבל השרות צריך (ללא לחץ לסיים מהר)	
אני מאכיל את מקבל השירות בכיוון מותאם אישית (מהצד ה"חלש" שלו, מהכיוון הנגדי להטיה אם יש וכד')	

נספח מס' 3 - טופס פנייה להשתתפות במחקר והסכמה מדעת

טופס פנייה להשתתפות במחקר

חוקרות ראשיות: פרופ' עינת גל, ד"ר נעמי פרזיגר, ד"ר גילה טובול- לביא, פרופ' אלה בין
עוזרת מחקר: דורין פלטיאל

תאריך:

_____

שלום רב,

אנו מבקשות את הסכמתך להשתתפות בן/בת חסותך במחקר בשם

פיתוח ותיקוף שאלון לאיתור קשיים באכילה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

- במחקר הנוכחי, לצורך איסוף נתונים נגיע למסגרת מע"ש רחובות ונתצפת עליו/ה בזמן האכילה.
- נעביר שאלון למטפלת שמאכילה את בן/בת חסותך,
- נסריט סרטוני וידיאו שלו/ה אוכלים.

השאלון והסרטון ישארו באחריות החוקרות ולמטרת מחקר זה בלבד ולא יועברו לשום גורם אחר. כל הנתונים ישמרו במחשב למטרת המחקר בלבד ולאחר מכן ימחקו.

חשוב לנו להבהיר כי בן/בת חסותך אינם חייבים להשתתף במחקר, ולאי הסכמה לא תהיה כל השלכה עליך או עליו/ה בכל דרך שהיא בהמשך.

במידת הצורך ולשאלות נוספות ניתן לפנות ל:

דר' נעמי פרזיגר: 052-8609599, naomiferziger@gmail.com

החוג לריפוי בעיסוק, הקריה האקדמית אונו

מספר הבקשה בוועדת האתיקה : _____

<u>אני החתום מטה: כהורה ואפוטרופוס של הקטין.....ת.ז. .....מצהיר ומסכים בזה בשמו ובמקומו של בני/בתי הקטין/נה בהתאם להכשרת חוק הכשרות המשפטית ואפוטרופוסות כדלקמן:-</u>

שם פרטי ומשפחה :
מס' תעודת זהות :
כתובת : מיקוד :

1. מצהיר/ה בזה כי קיבלתי מידע מלא ומפורט וכי שיתפתי את ילדי בהתאם להבנתו לגבי נושא המחקר וכי לאחר קבלת מידע זה אני מסכים/ה להשתתף במחקר כמפורט במסמך זה.
2. מצהיר/ה בזה כי הוסבר לי על- ידי :

שם החוקר/חוקר המשנה המסביר :

(1) כי החוקרת הראשית היא פרופ' עינת גל

(2) כי המחקר נערך בנושא :
אכילה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) : אבחון והתערבות

(3) כי אני חופשי/ה לבחור שלא להשתתף במחקר, וכי אני חופשי/ה להפסיק בכל עת השתתפותי במחקר, כל זאת מבלי לפגוע בזכותי לקבל את הטיפול המקובל.

(4) כי מובטח שזהותי האישית תשמר סודית על ידי כל העוסקים והמעורבים במחקר ולא תפורסם בכל פרסום כולל בפרסומים מדעיים.

(5) כי במקרה של מילוי שאלון – אני רשאי/ת שלא לענות על כל השאלות שבשאלון או על חלק מהן.

(6) כי ההסרטה נעשה לשם קבלת מידע לגבי תפקוד מוטורי ותקשורתי במהלך האכילה, וכי הסרטונים יוחזקו כשלש שנים במחשב ייעודי במעבדה בקרייה האקדמית אונו, ויימחקו לאחר שלש שנים.

3. הנני מצהיר/ה כי נמסר לי מידע מפורט על המחקר בע"פ ובכתב.
4. הנני מצהיר/ה בזה כי הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי וכי הבינותי את כל האמור לעיל.
כמו כן קיבלתי עותק של טופס ההסכמה מדעת ואת דף המידע המצורף לטופס זה (אם קיים).

5. ☐ אני מוכן להשתתף במחקר, כולל צילומים לצורך איסוף ועיבוד נתונים
☐ אני מוכן להשתתף המחקר, ללא צילומים.

ידוע לי כי בכל שאלה הקשורה למחקר אוכל לפנות ל: פרופ' עינת גל: 054-7260068, eynatgal@gmail.com

דר' נעמי פרזיגר: 052-8609599, naomiferziger@gmail.com

שם המשתתף/ת במחקר	חתימת המשתתף/ת במחקר	תאריך

הצהרת החוקר/חוקר המשנה:

שם החוקר/חוקר המשנה שהסביר:	חתימתו	תאריך

נספח מס' 4-

מניואל קידוד התנהגויות

חלק ראשון: התרשמות כללית (קידוד גלובלי)

התרשמות כללית- על מכלול התצפית בסרטון כ- 3 דק: כוללת טבלה 1 וטבלה 2

טבלה 1- מדידת שינוי בקצב אכילה בהשוואה בין שני סרטונים לפני ואחרי התערבות

הטבלה משקפת את קצב האכילה בסרטון השני לאחר ההתערבות.

שינוי בקצב אכילה	1	2	3	4	5
בהשוואה לסרט שלפני ההתערבות	קצב אכילה איטי בצורה משמעותית	קצב אכילה איטי יותר	לא היה שינוי	קצב אכילה מהיר יותר	קצב אכילה מהיר באופן משמעותי

מפתח לקידוד טבלה 2-

1- אף פעם לא
2 -לעיתים לרחוקות (25% מהזמן)
3- לפעמים (50%מהזמן)
4 – לעיתים קרובות (50%- 80 מהזמן)
5- בדרך כלל (יותר מ80% מהזמן)

*בקידוד הגלובלי- מה המטופל משדר לי באופן כללי בסרטון. מבלי התייחסות להתנהגויות קונקרטיות

הנחיות כלליות לסולם הקידוד לטבלה 2 :

כל תגובה התנהגותית מקודדת בסולם של 5 נקודות.

1 מרמז על רמה מינימלית של ההתנהגות או המצב הספציפיים

5 מרמז על רמה מקסימלית של ההתנהגות או המצב הספציפיים

ה-CIB מגדיר את 1 ו-5 כ"נקודות עיגון" בסולם. הקודן צריך קודם כל לקבוע אם הציון צריך להיות 1 (קטן/מינימאלי) 3 (רמה בינונית) או 5 (הרבה) עבור כל סולם. לאחר קביעת "נקודות העיגון", ניתן להשתמש בציונים של 2 ו-4 המייצגים נטייה לרמה נמוכה (2) או לרמה מקסימלית (4) במידת הצורך.

לא ניתן לקודד- כאשר ההתנהגות המבוקשת אינה ניתנת לצפייה בסרטון (לא התקיימה בשניות המוגדרות/הוסתרה בסרטון).

טבלה 2-

	1	2	3	4	5	
א. **מעורבות בפעילות האכילה**. כגון: אקטיביות, פתיחת פה, האכלה עצמית, לעיסה, בליעה	אינו מעורב כלל	לרב אינו מעורב	מעורבו ת קלה	מעורב	מעורב מאד בפעילות	לא ניתן לקודד
ב. **מעורבות בתקשורת עם המטפל** כגון: מגיב, מיישר מבט, מוציא קולות.	אינו מעורב כלל	לרב אינו מעורב	מעורבו ת קלה	מעורב	מעורב מאד בפעילות	לא ניתן לקודד
ג. **State-like behaviors** (מתוך המניואל CIB)						
1.Positive affect כגון: חיוך/צחוק/וקוליו ת חיובית	אין הבעה (לא מחייך אך גם לא בוכה). מצב שטוח או ניטרלי	חיוך/צחוק/וקוליו ת חיובית מופיעה בין 0-25% מהזמן בסרטון	מופיע ב-25 50% מהזמן בסרטון, אך רגשות חיוביים לא מופיעים באופן עקבי	מופיע ב50%-80 מהזמן בסרטון	המטופל חיובי, חמים, רגוע לאורך לפחות 80% מהזמן בסרטון	לא ניתן לקודד
2. **Negative emotionality** כגון: בכי, אי-נוחות, הבעות פנים שליליות.	אין הבעה שלילית לאורך הסרטון	לעיתים רחוקות 25% מהזמן	מטופל מביע הבעה שלילית בדרך כלל, אך יכול להרגיע את עצמו	לעיתים קרובות 50%-80 מהזמן	מטופל באופן עקבי שלילי, בוכה ללא יכולת הרגעה עצמית וללא הצלחה של המטפל	לא ניתן לקודד

3. **Alert** כגון: עירנות לגירויים בסביבה (קולות, אנשים). מראה חיוניות, תגובתיות חיובית או שלילית (הפניות מבט, תגובות לקולות ורעשים).	תגובתיות נמוכה, פסיביות והשתתפות נמוכה לאורך הסרטון	לעיתים רחוקות 25% מהזמן	מידה בינונית של ערנות נצפית בסרטון. מראה עניין (מפנה מבט, מזיז עיניים לכיוון הגירוי)	לעיתים קרובות 50-80% מהזמן	מביע עירנות לגירויים בסביבה לאורך 80 אחוז מהסרטון לפחות.	לא ניתן לקודד

חלק שני: קידוד מיקרואנליטי (מדוייק)

הנחיות:

נעשה קידוד של 3 דקות מתחילה הארוחה בכל סרטון.

הקידוד נעשה תוך כדי צפיה במקטעים, של כל __10_ שניות.

המדריך המקורי של CIB ממליץ לא לקודד יותר מארבעה או חמישה התנהגויות במהלך תצפית אחת.

בגלל האופי המורכב של אוכלוסיית המשתתפים, מומלץ לא לקודד יותר משניים או שלושה התנהגויות לאחר תצפית אחת, ולהפעיל מחדש את הסרטון לפי הצורך כדי לקבל רושם נוסף על ההתנהגות/ים שהתרחשו. לכן, נדרשות מספר צפיות כדי להשלים את הקידוד של סרטון אחד.

מכיוון שקידוד התנהגות מבוסס על הניסיון של הצופה, הקודן צריך לעבור תקופת הכשרה עם מדגם פיילוט.

* קידוד ההתנהגות הנצפית באותו רגע, הקידוד נעשה על פי מה שנצפה בסרטון בפועל ב10 שניות המיוחסות ללא הנחת הנחות. לדוגמא: כאשר משתתף מושיט יד לכוס, ניתן לסמן שהוא הושיט יד לכוס/לכלי רק כאשר היא הופיע על המסך.

דוגמא נוספת: ראינו שהמטופל חייך-נסמן זאת.

טבלת פרשנות התנהגויות לקידוד: (קידוד הקידוד בטבלת אקסל)

א. מנח גוף	
התנהגות	**פרשנות**
1.הכנת הגוף לקראת אכילה	מטופל מתיישב זקוף על כיסא ליד השולחן,ו/או ידיו פנויות לאכילה. * שנראה פעילות אקטיבית מצד המשתתף (ז"א אם הוא יושב זקוף כי כך שמו אותו בכיסא זה ל"ר) מתיישב: מישר את הגו (אפילו במעט/מראה על התכוונות) מניח ידיו על השלחן /צלחת
2. שמירה על מנח הגוף בזמן האכילה	מטופל שומר גו זקוף, מנח ישיבה מותאם לאכילה לאורך הארוחה.

3. הפניית הגוף למטפל	מטופל מפנה את גופו תוך כדי שליטה על גופו, לכיוון המטפל המאכיל/שיושב לידו ומשגיח (מסובב מעט את פלג הגוף כך שפונה לכיוון המטפל)
4. הפניית הגוף לכפית	מטופל מכוון את גופו (מכופף, מסובב, ...) לכיוון/לקירוב הכפית/ היד המאכילה
5. הפניית הגוף מהמטפל	מטופל מסובב גופו מהמטפל
6. הפניית הגוף מהצלחת	מטופל מסובב את גופו מהצלחת/כפית
לא ניתן לקודד	חלק בסרטון שאינו ניתן לצפייה בבירור ובשל כך לא ניתן לקודד בשניות אלו

ב. תנועות גפיים	
התנהגות	**פרשנות**
1.הושטת יד לעבר כלי האוכל/ המזון	מטופל מושיט יד אל עבר סכו"ם/צלחת/כוס שתייה או אוכל עם ידיו
2.אוחז בכפית/כלי אוכל	מטופל אוחז בכפית/בכלי אוכל
3. תיאום בין יד לפה	מטופל מכוון את היד לכיוון הפה (עם מזון) בצורה מותאמת
4. נגיעה במטפל/הושטת יד למטפל	מטופל נוגע בגפיו של המטפל בצורה מותאמת
5. דחיפה או הדיפה של האוכל/ הכפית	מטופל דוחף או הודף עם גפיו את הכפית/יד המטפל
6. תנועת גפיים מוגברת/ חזרתית בזמן אכילה	מטופל מזיז את גפיו בצורה חזרתית/שאינה לצורך מעורבות אקטיבית מותאמת בפעילות האכילה
לא ניתן לקודד	חלק בסרטון שאינו ניתן לצפייה בבירור ובשל כך לא ניתן לקודד בשניות אלו

ג. מנח ראש	
התנהגות	**פרשנות**
1. הפניית ראש למטפל	מטופל מפנה ראשו אל עבר המטפל ושומר על מנח הראש
2. הפניית ראש מהמטפל	מטופל מפנה את ראשו מעבר למטפל ושומר על מנח הראש
3. הפניית ראש לאוכל	מטופל מפנה ראשו אל עבר המזון המוגש לו ושומר על מנח הראש
4. הפניית ראש מהאוכל	מטופל מפנה את ראשו מעבר למזון שמוגש לו ושומר על מנח הראש
לא ניתן לקודד	חלק בסרטון שאינו ניתן לצפייה בבירור ובשל כך לא ניתן לקודד בשניות אלו

ד. תנועות פה	
התנהגות	**פרשנות**
1. פתיחת הפה לקראת מזון	מטופל פותח את פיו אל עבר מזון שמוגש לו
2. סגירת פה בזמן לעיסה/בליעה	מטופל סוגר את שפתיו בזמן לעיסה ובליעה של המזון כך שמזון אינו זולג כלל או במעט
3. סגירת פה למניעת האכלה	מטופל סוגר את פיו בצורה מכוונת למזון שמוגש לו (בצורה המבטאת חוסר עניין/התנגדות בהאכלה)
4. יריקת האוכל	מטופל יורק את האוכל/מוציא אותו מפיו

5. בליעה של המזון	מטופל בולע את המזון שהוגש לו כך שאינו נחנק/משתנק, אין סימנים בולטים של אוכל נשפך מהפה.
6. מטופל נחנק או משתנק	מטופל נחנק או משתנק מהמזון שהכניס לפה.
לא ניתן לקודד	חלק בסרטון שאינו ניתן לצפייה בבירור ובשל כך לא ניתן לקודד בשניות אלו

ה. מבט- התנהגות אחת תקודד מבין התנהגויות 3,5 (הרלוונטית ביותר)	
התנהגות	**פרשנות**
1. מיקוד מבט במטפל	מטופל ממקד מבטו אל עבר המטפל, מסתכל עליו ישירות ושומר על המבט
2. מיקוד מבט באוכל	מטופל ממקד מבטו ועיניו בצורה מכוונת על האוכל שמוגש לו בצלחת ובכפית ושומר על המבט
3. מבט בוהה	מטופל ממקד את מבטו בחלל בצורה סטטית (לא מזיז את מבטו ועיניו מנקודה מסוימת בחלל) שהיא אינה על המטפל או על המזון
4. עצימת עיניים	מטופל עוצם עיניים
5. מבט מוסח	מטופל מזיז את מבטו כתגובה לגירויים השונים המתרחשים בחדר כשהם אינם המטפל או המזון
6. *הפניית מבט מהמטפל	מטופל מזיז מבטו ועיניו מהמטפל בצורה **מכוונת**
7. *הפניית מבט מהאוכל	מטופל מזיז מבטו ועיניו מהמזון בצורה **מכוונת** מהאוכל שמוגש לו בצלחת ובכפית
לא ניתן לקודד	חלק בסרטון שאינו ניתן לצפייה בבירור ובשל כך לא ניתן לקודד בשניות אלו

ו. Facial expression	
התנהגות	**פרשנות**
1. מחייך אל המטפל	מטופל מחייך בצורה רצונית אל המטפל
2. מחייך לעצמו	מטופל מחייך לעצמו
3. הבעת פנים קפואה	מטופל ללא הבעת פנים על פניו, כך שלא ניתן להבין את מידת שביעות רצונו/תחושותיו
לא ניתן לקודד	חלק בסרטון שאינו ניתן לצפייה בבירור ובשל כך לא ניתן לקודד בשניות אלו

ז. Vocalization	
התנהגות	**פרשנות**
1. צחוק מותאם	מטופל מפיק קול צחוק מגרונו בצורה מותאמת ומביעה אינטראקציה עם המטפל
2. צחוק לא מותאם	מטופל מפיק קול צחוק שאינו מותאם מגרונו, כך שאינה חלק מהקשר או אינטראקציה
3. הפקת קול	מטופל מפיק קול מגרונו שלא ניתן לפרשו אחרת מהאפשרויות המוצעות בטבלה
4. הפקת קול חזרתי	מטופל חוזר על אותו קול שמפיק מגרונו שוב ושוב

5. פנייה מילולית למטפל	מטופל פונה אל המטפל בצורה מילולית
6. התנגדות קולית לאכילה	מטופל מפיק קול מגרונו/ מביע מלל שפירושה ברורה ומבשרת חוסר שביעות רצון
7. בכי	מטופל בוכה/מתבכיין
לא ניתן לקודד	חלק בסרטון שאינו ניתן לצפייה בבירור ובשל כך לא ניתן לקודד בשניות אלו

נספח מספר 5- תוכניות התערבות

תוכנית התערבות במע"ש רחובות עבור משתתפים 2-1:

תכנית התערבות

עיסוי סביב הפה

לסגור פה עם חליל

עיסוי עמוק לגף עליון

תוכנית התערבות במע"ש רחובות עבור משתתפים 4-3:

תכנית התערבות

יצירת 3 הזדמנויות לתקשורת ומעורבות בארוחה:

בתחילת הארוחה- הצעת הצלחת, לחכות לתגובה ואז להגיש.

באמצע ארוחה- לשאול אם רוצה עוד, להציע מנה הבאה, לחכות שיגיב ולתת

בסוף- להציע לנגב את הפה והשולחן עם נייר.

להצביע על איפה שמלוכלך.

תוכנית התערבות במע"ש אור-יהודה עבור משתתפים 8-5:

נספח מספר 6- קופסת ציוד לחניכים, מע"ש אור-יהודה

עבור כל חניך הותאמה קופסה
עם כל הציוד הנדרש להתערבות
שהונחה בכיתתו באופן קבוע

Eating Intervention for Individuals with Intellectual Developmental Disabilities in Community Settings

Dorin Paltiel

Synopsis

The University of Haifa and the Ono Academic College in collaboration with Keren Shalem, recruited participants for a unique applied research project, the first of its kind, in the field of eating intervention for adult individuals with intellectual developmental disabilities (IDD) in community settings. The project included eight participants from two community settings in the center of the country.

In the current study, the effectiveness of a brief sensorimotor intervention program administered prior to eating was examined, by comparing the eating skills of the participants before and after the intervention.

The data were collected from two samples before and after the intervention, using the "Mosh-Eat" questionnaire, the "Satisfaction with the Caregiver's Feeding Experience" questionnaire, and videos taken during mealtime in the community setting. These assessment tools identified and pin-pointed eating abilities and difficulties among the participants and formed the basis for developing and adapting a distinctive intervention program for each participant.

The results of the study revealed a difference in the eating skills of the participants before and after the intervention as reflected in the total score of the "Mosh-Eat" questionnaire, as well as in each of its sub-sections. The results indicate a trend of improvement in all behaviors examined i.e.: chewing and swallowing, posture, eating less, selectivity in eating, communication, and behavior in eating.

Eating Intervention for Individuals with Intellectual Developmental Disabilities in Community Settings

Abstract

Eating is a basic and vital human behavior, which is considered a functional daily activity that affects the quality of life of a person with intellectual developmental disabilities (IDD) (AOTA, 2016; APA, 2013). In the literature, widespread eating difficulties have been described among this population, some due to anatomical and physiological factors and others are attributed to environmental and behavioral causes (Gravestock, 2000; Matson & Kuhn, 2006; Rezaei et al., 2011).

Difficulties in eating functions among people with IDD can pose challenges in participating in the fabric of life, and in extreme cases even place the person in life-threatening danger (Gal et al., 2011; Robertson et al., 2018).

Since eating difficulties among people with IDD may have consequences for their quality of life and health, it is important to develop short and personalized sensorimotor intervention programs, designed specifically for the issue of eating among this population. It is also important to assess whether following the intervention there is an improvement in the eating experience both from the perspective of the participant as well as from the point of view of the caregiver. In community settings, many resources are devoted to mealtime with the feeding caregiver devoting much time and energy to this task. Therefore, it is important not only to improve the eating experience of the individuals with IDD, but also to provide practical tools that will facilitate a positive experience for the feeding caregiver and enhance their sense of partnership with the treatment staff (Gravestock, 2003).

As part of the current study, a sensorimotor intervention program was developed under the supervision of a multidisciplinary health professional team, for the purpose of improving eating and feeding functions among people with IDD. Based on a personal eating profile obtained from data collection using the "Mosh-Eat" questionnaire, the "Satisfaction with the Caregiver's Feeding Experience" questionnaire and videos taken during mealtime in the community setting, the

intervention plan was developed. The assessment tools were administered twice, before and after the intervention plan.

The purpose of the current study was to research the effectiveness of a brief sensorimotor intervention program administered prior to eating, by comparing the skills of the participants before and after the intervention. In addition, to analyze the intervention program in 8 case studies which are based on the results of the "Mosh-Eat" questionnaire and the clinical observation, and to examine in depth the profile of the eating skills of people with IDD. Thus, at the end of the study we will examine whether the eating profile of each of the participants improved after the intervention. The research hypotheses were:

A. A difference will be found in the eating skills of individuals with IDD as reflected in the total score in the "Mosh-Eat" questionnaire, and in each of its sections before and after the intervention.

B. A difference will be found in the feeding experience of the caregivers of individuals with IDD following a sensory-motor intervention before the feeding activity, such that after the intervention the caregivers will report a better feeding experience than before the intervention.

Method: This study is a single subject design pilot study. The research questions will be examined through questionnaires and video analysis. The study involved 8 adult participants, diagnosed with IDD at different levels of functioning, who need assistance eating in a community setting. All participants were sampled by convenience sampling.

Key findings: The results of the study showed that there was a difference in the eating skills of the participants with IDD as reflected in the total score in the "Mosh-Eat" questionnaire, and in each of its sections before and after the intervention. The results indicate a trend of improvement in all behaviors i.e.: chewing and swallowing, posture, eating less, selectivity in eating, communication, and behavior in eating.

Summary and recommendations: The current study was a pilot to examine the effectiveness of a sensorimotor intervention program to improve eating functions among adults with IDD. We recommend continuing to investigate this important issue

and carrying out the research on a wider sample of this population to reach more definitive conclusions regarding the effectiveness of the program.

Key words: Intellectual Developmental Disability (IDD), Eating Difficulties, Eating Intervention

Eating Intervention for Individuals with Intellectual Developmental Disabilities in Community Settings

The intervention was developed by the researchers Dr. Naomi Ferziger, Prof. Ella Been, Dr. Gila Tobul - from the Ono Academic College. and Prof. Eynat Gal- from Haifa University

Ono Academic College, The Faculty of Health Sciences
Haifa University,
The Faculty of Social Welfare and Health Sciences
The Department of Occupational Therapy

This work was supported by a grant from Shalem Fund for Development of Services for People with Disabilities in the Local Councils in Israel and in collaboration with the Ministry of Welfare and Social Affairs

2023

קרן שלם/890-112-2018/2023