

מוגבלות שכלית התפתחותית: תיאוריה, מחקר והשלכות יישומיות

מיכל אל-יגון | מלכה מרגלית

8

השמנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: סוגיה כבדת משקל

גליה גולן שפרינצק

תקציר

השמנה היא תוצאה של חוסר איזון בין צריכה קלורית לבין הוצאת קלוריות. היא מעלה את הסיכון ללקות במחלות מטבוליות, כמו: סכרת, מחלת כבד שומני, תחלואה לבבית, כמו יתר לחץ דם, התקפי לב ושבץ מוחי, דלקת פרקים, אלצהיימר, דיכאון וסוגים שונים של סרטן. בנוסף, היא פוגעת באיכות החיים, מעלה שיעורי אבטלה ויוצרת בעיות חברתיות. לא בכדי היא הוגדרה כמגפה עולמית. שכיחות ההשמנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) גבוהה אף יותר מאשר באוכלוסייה הכללית.

הפרק יגדיר מהי השמנה, יפרט את האטיולוגיה שלה ויסקור את שכיחותה בקרב אנשים עם מש"ה. בהמשך ייבחנו שני הגורמים החשובים ביותר בהקשר להשמנה – פעילות גופנית ותזונה, וכן תסקרנה תכניות התערבות מתאימות לאוכלוסייה ייחודית זו. בסיום יובאו מסקנות והמלצות.

הגדרת השמנה

השמנה מאובחנת באמצעות מספר מדדים, כאשר BMI (Body Mass Index) הינו המדד השימושי ביותר במחקרים. הוא מחושב על פי הנוסחה: משקל בק"ג / גובה במטרים בריבוע. על פי המרכז למניעה ובקרת מחלות (Centers for Disease Control and Prevention, 2016) ישנן ארבע קטגוריות של BMI למבוגרים מעל גיל 20: 1. $BMI < 18.5$ נחשב לתת משקל. 2. $18.5 < BMI < 24.9$ נחשב למשקל נורמלי. 3. $25 < BMI < 29.9$ נחשב לעודף משקל. 4. $BMI > 30$ נחשב להשמנה. אצל ילדים ובני נוער עודף משקל מוגדר כאשר BMI נמצא בין האחוזון ה-85 לאחוזון ה-95 עבור ילדים ובני נוער בני אותו גיל ומין, והשמנה מוגדרת כאשר BMI נמצא מעל האחוזון ה-95 עבור ילדים ובני נוער בני אותו גיל ומין (Ng et al., 2014). בפרק הנוכחי ייעשה שימוש בטרמינולוגיה הנ"ל לצורך הצגת הדברים.

אטיולוגיה של השמנה

השמנה היא תוצאה של צריכה קלורית העולה על הוצאת האנרגיה. עם זאת, על פי הספרות המחקרית, נראה, כי עשרות גורמים שונים תורמים הן לצריכת הקלוריות המוגברת והן להוצאת האנרגיה המופחתת. ניתן לחלק גורמים אלה לשלוש קבוצות עיקריות: ביולוגיים, סביבתיים והתנהגותיים (Kadouh & Acosta, 2017).

גורמים ביולוגיים

גורמים גנטיים

כיום, ידועים 300 אזורים על פני הכרומוזומים שלנו, המעורבים בהשמנה. גנים יכולים להשפיע על תחושת רעב ותחושת שובע, קצב חילוף חומרים ומספר תאי שומן, בדרכים שעדיין אינן ידועות לנו. מטרתם של המחקרים הנערכים כיום, היא לזהות את הגנים המעורבים בהשמנה וליצור טיפול מותאם אישית.

אך יש לזכור, כי גנטיקה לבדה אינה יכולה להסביר את היקף מגפת ההשמנה ואת העלייה בשכיחותה בחמישים השנים האחרונות (Kadouh & Acosta, 2017).

ציר מח-מעי

נמצא, כי כאשר משווים בין אנשים שמנים לאנשים רזים, יש הבדלים בציר מח-מעי. כך, למשל, הקיבה של אנשים שמנים מתרוקנת מהר יותר, ותחושת השובע מופיעה אחרי צריכה קלורית גבוהה יותר מאשר אצל אנשים רזים. חוקרים של ציר מח-מעי מחלקים את ההשמנה על פי אופי האבנורמליות בציה. כך, למשל, יש אנשים שמנים שהבעיה אצלם היא בתחושת השובע, ויש כאלו שהבעיה היא בתפקוד הקיבה. החוקרים טוענים שהטיפול העתידי צריך יהיה להיות מותאם לאבנורמליות (Kadouh & Acosta, 2017).

גורמי טרום לידה (prenatal)

ישנן עדויות מצטברות לכך, שלחשיפה לגורמים סביבתיים ולתזונה של האם בזמן ההיריון, ישנה השפעה על המטבוליזם של העובר, הנמשכת גם לאחר הלידה. למשל, עישון של האם בזמן ההיריון יכול להוות גורם סיכון לעודף משקל אצל התינוק (Kadouh & Acosta, 2017).

תסמונות נירואנדוקריניות

ישנן מספר תסמונות אשר גורמות להשמנה, חלקן נדירות, כמו: תסמונת קושינג, ואחרות שכיחות יותר, כמו: פעילות יתר של בלוטת התריס. בהקשר זה חשוב לציין, שלא כל אישה הסובלת מהתסמונת, תהיה שמנה. וכן, שהשמנה יכולה גם להיות גורם סיכון להתפתחות התסמונת (Kadouh & Acosta, 2017).

נטילת תרופות התורמות לעליה במשקל

מחקרים הראו כי ישנן תרופות אנטי-דיכאוניות, אנטי-אפילפטיות ואחרות, אשר קשורות בעליה ניכרת במשקל (Kadouh & Acosta, 2017). נטילת תרופות אלו מאוד שכיחה בקרב אנשים עם מש"ה (Ji, Na Young; Findling, 2016).

מוגבלות גופנית

מוגבלות גופנית הינה משתנה משמעותי כאשר מדובר באוכלוסייה עם מש"ה, שכן שכיחותה של מוגבלות גופנית גבוהה באוכלוסייה זו. המחקרים מראים, כי שכיחות עודף משקל והשמנה גבוהה יותר בקרב

אנשים עם מוגבלות גופנית. שינויים בהרכב מסת הגוף, במשק האנרגיה של הגוף ופעילות גופנית פחותה, יכולים להסביר את העליה במשקל (Kadouh & Acosta, 2017).

גורמים סביבתיים

הגורמים הסביבתיים הם קריטיים, מאחר והם נמצאים באינטראקציה עם הגורמים הביולוגיים, ונמצאו קשורים לעליה במשקל.

סביבה אובסוגנית

במונח "סביבה אובסוגנית" הכוונה היא לסביבה שמעודדת צריכת מזון ושימוש מוגבר בתחבורה, ואינה מעודדת מספיק פעילות גופנית וצריכת מזון בריא. רשתות המזון המהיר פותחות עוד ועוד סניפים, חנויות המזון עושות כל מאמץ כדי שנקנה כמה שיותר, ולא בהכרח מזון בריא. בשכונות רבות אין שבילי הליכה מוסדרים, לא כל שכן שבילי רכיבה על אופניים, מה שמעודד נסיעה ברכב או בתחבורה ציבורית, שהיא זמינה מבחינת שעות פעילות ועלות (Blüher, 2019). בסין, למשל, התרחש מעבר מהיר מהעדפה של מגורים באזורים כפריים להעדפה של מגורים בעיר, מה שהביא לעליה בשימוש בתחבורה על פני הליכה ברגל, וזה כנראה אחד הגורמים הקשורים למגפת ההשמנה בסין (Bell et al., 2002).

חברה ותרבות

רוב המחקרים מצביעים על קשר הפוך בין מצב סוציאקונומי לבין השמנה. המצב הסוציאקונומי מכתיב את המזון אותו אפשר לרכוש (כך, למשל, חטיפים עתירי שומן ומלח זולים יותר מירקות ופירות), את סביבת המגורים, את מסגרת החינוך (ובתוכה גם חינוך תזונתי). כמו כן, גם מגדר ומוצא אתני קשורים בהשמנה. התרבות בה אנו חיים מעצבת את הערכים והנורמות שלנו, ביניהן גם נורמות של מהו משקל תקין, מהו יופי וכו'. הנורמות גם קובעות כיצד החברה מתייחסת להשמנה (Kadouh & Acosta, 2017).

גורמים התנהגותיים

בין הגורמים הביולוגיים לגורמים הסביבתיים מתווכים הגורמים ההתנהגותיים. בין הנתונים הגנטיים של גופנו לבין הסביבה בה אנו חיים, משתלבים המשתנים האישיותיים ואורח החיים שלנו. וכך, שני אנשים עם

גנטיקה דומה, שחיים באותה סביבה, לא יהיו בהכרח באותו משקל, מאחר והתנהגות האכילה שלהם, אישיותם וכן הפעילות הגופנית שלהם שונות (Kadouh & Acosta, 2017).

צריכה קלורית מוגברת ודפוסי אכילה

נמצא, כי צריכת מזונות עתירי סוכר ושומן, משקאות ממותקים ואלכוהול, קשורים בהשמנה. מחקרים הראו, כי צריכת משקאות ממותקים מעלה צריכת קלוריות, שמביאה לעליה במשקל, ואילו צריכת ירקות, פירות ודגנים מלאים נמצאת בקשר הפוך להשמנה. צריכה קלורית מוגברת היא אבן הפינה של השמנה. הקשר בינה לבין השמנה מתקיים בנתיבים שונים, אך היא הבסיס (Kadouh & Acosta, 2017).

אורח חיים יושבני וחוסר פעילות גופנית

פעילות גופנית צורכת בערך 20-30% מהוצאת האנרגיה היומית. התנהגות יושבנית מעלה את הסיכון להשמנה, וזאת ללא תלות בדיאטה ופעילות גופנית. גם חוסר בפעילות גופנית קשור ל-BMI גבוה, ללא תלות בגורמים אחרים. מבחינה פיזיולוגית, תנוחה יושבנית מפחיתה הוצאת אנרגיה, שבתורה גורמת לעליה במשקל. פעילות גופנית היא גורם מגן בפני השמנה (Kadouh & Acosta, 2017).

כאשר מדובר באנשים עם מוגבלות שכלית, רובם עובדים במפעל מוגן, כאשר מרבית העבודה נעשית בישיבה. ההגעה למקום העבודה היא לרוב בהסעה מאורגנת או בתחבורה ציבורית, מאחר והמפעלים המוגנים ממוקמים בפאתי העיר (לרוב באזורי תעשייה שאינם מעודדים הגעה ברגל). וכך נוצר מצב בו הם יושבים במשך רוב היום.

חוסר שינה

מחקרים הצביעו על קשר בין חוסר שינה לבין השמנה גם בקרב מבוגרים וגם בקרב ילדים. מחקר הראה, כי הגבלת שינה קשורה לירידה ברמות לפטין ועליה ברמות גרלין, המעוררים תיאבון, שמביא לעליה במשקל. עדיין נדרשים מחקרים להוכיח קשר סיבתי בין חוסר שינה לבין השמנה (Kadouh & Acosta, 2017). הפרעות שינה שכיחות בקרב אנשים עם מש"ה (van de Wouw et al., 2012).

ככל שהמשקל עולה, כך פוחתת היכולת לפעילות גופנית, היחס השלילי

של הסביבה מתגבר, והפיצוי הוא, ברוב המקרים, אוכל. וכך נכנס האדם למעגל שדים אכזרי. בנוסף, רוב אנשי המקצוע במערכת הבריאות הם בעלי גישה שלילית וסטריאוטיפית כלפי האדם השמן, וכך, איכות הטיפול פחותה, וגם ההיענות של המטופל לתכנית הטיפול (Phelan et al., 2015) למעשה, כל הגורמים האטיולוגיים להשמנה – ביולוגיים, התנהגותיים וסביבתיים – משפיעים על צריכת האנרגיה או על הוצאת האנרגיה. וכל התערבות, תהא אשר תהא, מטרתה להחזיר את האיזון בין צריכה קלורית להוצאה קלורית. האתגר הגדול העומד בפני אנשי המקצוע, הוא לגשר בין האטיולוגיה המורכבת של ההשמנה לבין יצירת תכניות מניעה וטיפול מתאימות, אשר משמרות את ההישגים לאורך זמן.

שכיחות השמנה ועודף משקל בקרב ילדים ומבוגרים עם מש"ה

שכיחות ההשמנה ($BMI > 30$) עולה מעשור לעשור בכל העולם, ולא רק במדינות עשירות ומערביות. בסקירה של יותר מאלף מחקרים, שפורסמו בין השנים 2015-1980 וכללו נתונים מ-174 מדינות, נמצא, כי ברמה הגלובלית בשנת 2015 שכיחות כללית של השמנה בקרב ילדים הייתה 5% ובקרב מבוגרים 12%. בקרב המבוגרים שכיחות ההשמנה הייתה גבוהה יותר אצל נשים בכל קבוצות הגיל. אצל ילדים לא נמצא הבדל בשכיחות ההשמנה בין בנים לבנות (The GBD 2015 Obesity Collaborators, 2017).

מאות מחקרים נערכו ברחבי העולם ובדקו שכיחות השמנה בקרב ילדים, נוער ומבוגרים עם מש"ה. מפאת קוצר היריעה, יוצגו רק מחקרים שנערכו בעשור האחרון. להלן "מסע עולמי" קצר על פני חמש יבשות.

בארצות הברית נבדק BMI של 1450 מבוגרים עם מש"ה בגיל 18-86. הנתונים נאספו באמצעות שאלונים שנשלחו למטפלים. כמעט שליש (31.6%) מהגברים ורבע (25.5%) מהנשים היו עם עודף משקל. שכיחות ההשמנה הייתה גבוהה אף יותר – 43% בקרב הנשים, ו-34% בקרב הגברים. שכיחות ההשמנה הגבוהה ביותר הייתה בקרב אנשים עם תסמונת דאון – 53%! באשר לרמת המוגבלות השכלית, בקבוצה של מש"ה קשה עד חריפה, שכיחות ההשמנה הייתה הנמוכה ביותר – (26%), במש"ה בינונית – (44%) ובמש"ה קלה – (40.7%). לא נמצאו הבדלים מובהקים בשכיחות ההשמנה בין מסגרות דיור (Hsieh et al., 2014). פולי ואחרים (Foley et al., 2014) ניתחו נתונים של 429 ילדים בגילאי 8-11 שנים ו-2112 מתבגרים בגילאי 12-19 מהספיישל אולימפיקס (SOI-Special Olympics International) בארה"ב. בקבוצת הילדים, שכיחות עודף משקל והשמנה הייתה כ-35%, ובקבוצת

המתבגרים – 45%. במחקר נוסף, שנערך גם הוא בארה"ב, והתבסס על דיווח הורים על המשקל והגובה של ילדיהם, מתוך 43,146 בני נוער, שהוריהם דיווחו גם על משקל וגובה וגם על אבחנה/העדר אבחנה של מש"ה, 672 היו עם מש"ה (1.37%). שכיחות ההשמנה בקרב בני נוער עם מש"ה הייתה 28.9% לעומת 15% בקרב בני נוער ללא מש"ה (Segal et al., 2016).

ומצפון אמריקה לדרום אמריקה. במחקר שנערך בקרב אתלטים של ה-SOI עם מש"ה, החוקרים ניתחו נתונים שנאספו במהלך השנים 2005-2011 מאתלטים שנרשמו ל-SOI מעשרים מדינות בדרום אמריקה. לאחר "ניקוי נתונים" נותרו 4174 אנשים במדגם. שכיחות השמנה ועודף משקל הייתה גבוהה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים. 32% מהגברים היו עם עודף משקל ו-9% עם השמנה. אצל הנשים, היו 34% עם עודף משקל ו-15% עם השמנה (Foley et al., 2017).

שלושה מחקרים מניו זילנד ואוסטרליה ממשיכים את אותה המגמה. בניו זילנד, במחקר בו השתתפו 98 מבוגרים עם מש"ה, שכיחות ההשמנה הייתה 51%, כאשר באוכלוסייה הכללית שכיחותה הייתה 30% (Stedman & Leland, 2010). ובאוסטרליה שכנתה נמצא, כי מתוך 68 מבוגרים עם מש"ה בגילאי 19-73, 37% היו עם BMI נורמלי, 21% בעלי עודף משקל, ו-42% בדרגות שונות של השמנה (Koritsas & Iacono, 2016). במחקר נוסף מאוסטרליה, שנערך בקרב מתבגרים עם מש"ה, החיים בקהילה, מבין 261 מתבגרים – השכיחות של עודף משקל הייתה 23.8%, ושל השמנה – 22.5%. כאשר השוו בין מתבגרים עם תסמונת דאון למתבגרים ללא תסמונת דאון, שכיחות עודף משקל והשמנה הייתה גבוהה יותר בקרב אלו עם תסמונת דאון (Krause et al., 2016).

ומאוסטרליה לאירופה. באירלנד בדקו שכיחות השמנה ועודף משקל בקרב ילדים ובני נוער עם מש"ה וללא מש"ה. במחקר נבחרו המשתתפים באופן רנדומלי מ-18 בתי ספר. במדגם היו 218 תלמידי בית ספר עם מש"ה ו-229 תלמידים ללא מש"ה. נמצא, כי שליש מהמשתתפים עם מש"ה היו בעלי עודף משקל או השמנה, וזאת לעומת רבע מהמשתתפים ללא מש"ה (Slevin et al., 2014). במחקר נוסף, שנערך באירלנד והתרכז בילדים עם תסמונת דאון בלבד, מתוך 61 ילדים ונוער בגיל 4-16, 35.5% מהבנים ו-30% מהבנות היו בעלי עודף משקל. 16.1% מהבנים ו-10% מהבנות היו עם השמנה (O' Shea et al., 2018). במחקר שהתמקד רק בילדים עם תסמונת דאון ונערך בהולנד, חישוב החוקרים את ה-BMI מתוך

תיקיהם הרפואיים של הילדים. מתוך 1596 ילדים נמצאו 25.5% מהבנים ו-32% מהבנות עם עודף משקל, ו-4% מהבנים ו-5% מהבנות עם השמנה (Van Gameren-Oosterom et al., 2012). במחקר שנערך בצרפת, בקרב ילדים ונוער הלומדים במסגרות חינוך מיוחד בגילאי 5-18, נמצא, כי בקרב ילדים בני 5-10, שכיחות עודף משקל הייתה 22% ושכיחות השמנה 10%. בקרב בני הנוער, השכיחות הייתה נמוכה יותר מאשר בקרב הילדים, 19% עודף משקל ו-7% השמנה (Bégarie et al., 2013). אותם חוקרים בדקו גם שכיחות השמנה ומצב בריאות בקרב צעירים בגילאי 19-28, שבהם נמצאו 22% עם עודף משקל ו-12.5% עם השמנה. אצל נשים השכיחות הייתה גבוהה יותר מאשר בקרב הגברים, וכנ"ל אצל אלו שהמש"ה נבעה מתסמונת גנטית. בקרב הגברים, שכיחות השמנה ועודף משקל הייתה גבוהה יותר באופן מובהק, בקרב אלו שנטלו תרופות פסיכותרופיות. שיעורי ההשמנה ועודף המשקל היו גבוהים יותר מאשר באוכלוסייה הכללית בצרפת (Bégarie et al., 2013). במחקר נוסף שנערך בצרפת, ובו השתתפו גם אנשים מבוגרים יותר, נמצא כי מתוך 570 אנשים בגילאי 19-59, 45% היו עם עודף משקל ו-17% עם השמנה. נשים היו בסיכון גבוה יותר מגברים לעודף משקל (54% לעומת 40%, בהתאמה) והשמנה (28% לעומת 9.5%, בהתאמה) (Mikulovic et al., 2014). בתורכיה, בקרב 76 מתבגרים ו-271 מבוגרים עם מש"ה קלה עד בינונית, כמחצית מהמבוגרים היו בעלי עודף משקל או השמנה. כמעט שליש מהמתבגרים היו מעל האחוזון ה-85 (Sari et al., 2016).

ומאירופה לאסיה. בקוריאה נבדקו עודף משקל והשמנה בקרב ילדים עם מש"ה, שלא כתוצאה מתסמונת גנטית וללא נכות גופנית נוספת. מתוך 2404 ילדים ונוער בגילאי 7-18 שנים, הלומדים במסגרות לחינוך מיוחד בסיאול, 62% היו במשקל נורמלי, 14% בתת משקל, 12% בעודף משקל ו-12% שמנים. אצל הבנות, שכיחות עודף משקל והשמנה הייתה גבוהה יותר מאשר בקרב הבנים. כמו כן, עם העליה בגיל, עלתה גם שכיחות עודף המשקל וההשמנה. באוכלוסייה הכללית בקוריאה, שכיחות עודף המשקל וההשמנה בשכבת הגיל הזו, היא 13% (Choi et al., 2012).

במחקר הראשון שנערך בסין בקרב מבוגרים עם מש"ה נמצא, כי מתוך 220 מבוגרים שהשתתפו בתחרויות של שנחאי (דומה ל-SOI) בגילאי 18-60, 30% היו עם עודף משקל, ו-15% עם השמנה. זה, כמובן, ממצא מדאיג, מאחר ומדובר בקבוצה שרובה עוסקת בפעילות ספורטיבית באופן קבוע. באוכלוסייה הכללית בסין שכיחות ההשמנה עמדה על 9% בזמן המחקר (Li et al., 2015).

בטאיוואן נערך מחקר בקרב 1936 תלמידים עם מש"ה, הלומדים בכיתות חינוך מיוחד בגילאי 7-18. מתוך כלל המשתתפים, 11.6% היו בעלי עודף משקל ו-23.6% עם השמנה. השכיחות של עודף משקל והשמנה עלתה עם הגיל. העליה בשיעור ההשמנה עם הגיל הייתה דרמטית במיוחד. מ-9.2% בגילאי 7-12 ל-26.9% בגילאי 16-18 (Pan et al., 2016).

מסד הנתונים של ה-SOI שימש גם את פטקה ומארי (Patka & Murry, 2016), אשר בדקו BMI של משתתפי SOI מ-32 מדינות עם רוב-מוסלמי באפריקה ובאסיה (אזרבייג'ן, איראן, בנגלדש, עירק, תימן ועוד). 877 ילדים ובני נוער ו-437 מבוגרים מעל גיל 18. שכיחות ההשמנה שנצפתה הייתה 24.6% בנשים ו-16.7% בגברים. שכיחות עודף המשקל הייתה 21.3% בנשים ו-20.4% בגברים. מדובר באוכלוסייה צעירה, שהגיל הממוצע בקבוצת המבוגרים בה היה 22 שנה. ממצאים אלו מראים, כי השמנה כבר אינה "מחלה של מדינות מערביות" בלבד.

את המחקרים שנערכו במדינת ישראל ניתן למנות על כף יד אחת. מטסרו (2008) השוותה בין 40 בני נוער עם מש"ה קלה עד בינונית לבין 40 בני נוער ללא מש"ה, או מגבלה אחרת. 56.8% מקבוצת המחקר היו בעלי עודף משקל או השמנה, לעומת 12.8% בלבד מקבוצת הביקורת. ההבדל היה מובהק. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הבנים לבנות. הידע התזונתי של בני נוער עם מש"ה נמצא לקוי בהשוואה לזה של קבוצת הביקורת. על אף חינוך תזונתי, רק 50% מקבוצת הניסוי ענו נכון על שאלות בסיסיות, וזאת בהשוואה ל-90% מקבוצת הביקורת. ממצא מעניין נוסף הוא, כי רק 5% מקבוצת הניסוי דיווחו כי הם עושים דיאטה, וזאת לעומת 30% מקבוצת הביקורת.

בן נון (2008) בדקה את מצבה הבריאותי של אוכלוסייה בוגרת עם מש"ה, במוסדות ובקהילה. בין השאר, נבדק גם BMI של המשתתפים. היא חילקה את המשתתפים לארבע קבוצות גיל: 40-49, 50-59, 60-69 ו-70+. שכיחות עודף משקל הגבוהה ביותר – 46%, הייתה בקבוצת הגיל 50-59. בקבוצה "הצעירה" יותר, 44% סבלו מעודף משקל והשמנה, בקבוצת גיל 60-69, 42% סבלו מעודף משקל והשמנה. דווקא בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר, שיעור עודף משקל והשמנה יורד ל-31%, ממצא התואם את הקושי של אנשים בגיל השלישי לאכול מזון מוצק (בן נון, 2008).

במחקר נוסף נבדק הקשר בין השמנה לאיכות חיים בקרב מבוגרים עם מש"ה. מתוך 99 מבוגרים עם מש"ה, בגילאי 21-60, 32% היו עם עודף משקל ו-24% עם השמנה (גולן שפרינצק, 2013). לשם השוואה, בסקר

בריאות של המלב"ם, שכיחות ההשמנה הייתה 18% בקרב גברים ו-17% בקרב נשים, אבל המדגם כלל גם אנשים מבוגרים יותר (מרכז לאומי לבקרת מחלות, 2006).

לסיכום, נראה כי בכל העולם, שכיחות עודף משקל והשמנה בקרב אנשים עם מש"ה, נמצאה גבוהה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית.

תזונה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

הרגלי תזונה וצריכה קלורית מורכבים יותר למדידה מאשר משקל וגובה. מאחר ובדיקתם מתבססת על מילוי יומן אכילה, קשה לבדוק אותם באוכלוסייה הכללית, ועל אחת כמה וכמה קשה לבדוק אותם כאשר מדובר באנשים עם מש"ה. במחקר שנערך בספרד (Soler Marín et al., 2011), נבדקה צריכת המזון של 38 צעירים בגיל 16-38 עם תסמונת דאון. את יומן האכילה מילאו ההורים או המדריכים. הצריכה הקלורית הממוצעת ליום של הנשים הייתה 1900 קלוריות, ושל הגברים – 2260 קלוריות ליום. צריכת הכולסטרול הממוצעת בקרב גברים הייתה 345 מ"ג ליום ובקרב נשים 292 מ"ג ליום (ההמלצה היא עד 300 מ"ג ליום). צריכת סיבים הייתה נמוכה מהמומלץ. באירלנד (Hoey et al., 2017) מילאו הורים/מטפלים של 86 מתבגרים ומבוגרים עם מש"ה, יומן אכילה במהלך ארבעה ימים (ההמלצה היא למלא יומן אכילה במשך שבוע ימים). עבור מרבית המשתתפים, ההורים או הצוות המטפל מבצעים את הקניות ומכינים את הארוחות. צריכת סידן, ויטמין D, חומצה פולית וויטמין E הייתה מתחת למינון המומלץ. צריכת ברזל אצל נשים הייתה גם היא מתחת למינון המומלץ. בממוצע, 23% מהצריכה הקלורית הייתה סוכרים, ו-37% שומנים, שהם מעל הצריכה המומלצת. לא נמצא מתאם בין צריכה קלורית ל-BMI (Hoey et al., 2017). שני המחקרים מראים כי יש צורך בהנחיות ברורות להורים ולמטפלים, על מנת שאנשים עם מש"ה יקבלו תזונה מיטבית.

במחקר איכותני שנערך בסקוטלנד (Cartwright et al., 2015), שבו השתתפו אנשים עם מש"ה וגם המטפלים שלהם ומנהלי המסגרות, נבדקו הרגלי האכילה ואפשרויות הבחירה של המשתתפים. הדילמה שתיארו המטפלים ומנהלי המסגרות הייתה בין הרצון לשמור על בריאות החוסים, לבין הרצון להעניק להם את חופש הבחירה. מטפלת אמרה: "אני יכולה לומר לו שצ'יפס הוא לא בריא. אבל אני לא יכולה לומר לו לא לאכול צ'יפס... הוא בן אדם מבוגר". מנהלי מסגרות תיארו מקרים של חוסר עקביות ואי

רצון של מטפלים להתמודד עם כעס מצד החוסים. לדוגמא, מטפל אחד דואג לתפריט בריא ואז מגיע מטפל מחליף וכדי לזכות באהדת החוסה הוא מציע לו חטיף שוקולד, או מאפשר לו לאכול שתי שקיות חטיפים במקום אחת. עוד אמרו מנהלי המסגרות, שהמטפלים מגיעים עם ה"מטען" שלהם מהבית לגבי מהו אוכל בריא, כמה כדאי לאכול וכו'. כאשר ראינו את בני המשפחה, הבינו החוקרים, כי הם מתייחסים לדיאטה כמשהו זמני שמוביל לירידה במשקל, ולא לאימוץ אורח חיים בריא לאורך זמן. הצוות גם טען, שהרגלי האכילה מתגבשים בבית, ולהם אין אפשרות או יכולת לשנות אותם במהלך היום. החוקרים טענו, שבועד שבבתי ספר ומוסדות אחרים מאמצים תפריט בריא, במרכזי היום בהם ביקרו, רואים אנשים עם מש"ה כמבוגרים, שיכולים לבחור בעצמם מה ברצונם לאכול, ואין צורך להוציא מזונות לא בריאים (כמו: אוכל מטוגן, למשל) מתפריט חדר האוכל. המלצתם הייתה, כי דאגה לבריאות החוסים צריכה להיות חלק מהגדרת התפקיד של הצוות המטפל, וכי העובדה שהחוסים מגיעים עם הרגלים לא בריאים מהבית, אינה סיבה להרמת ידיים וייאוש, אלא אמורה לדרבן למאמץ יתר, בתקווה שאם יאמצו הרגלי אכילה בריאים במרכז היום, זה יחלחל גם לבית (Cartwright et al., 2015).

ידע תזונתי של הצוות המטפל הינו סוגיה חשובה ביותר, מאחר, ובמקרים רבים, אנשים עם מש"ה אינם מכינים לבד את ארוחותיהם, אלא המטפלים שלהם (בדיוור מוגן, מוסדות וכו'). אם הידע התזונתי של המטפלים מוגבל, הרי שגם יכולתם לדאוג לתפריט בריא, מוגבלת. המטפלים מתכננים את התפריט, רוכשים את המצרכים ומכינים את הארוחות, לרוב ללא פיקוח תזונתי צמוד. במחקר שנערך באוסטרליה, השווו החוקרים (Hamzaid et al., 2018) בין מטפלים לבין האוכלוסייה הכללית, מבחינת ידע תזונתי. ידע תזונתי נבדק באמצעות שאלון מקיף General Nutrition Knowledge Questionnaire (GNKQ). 40 מטפלים מילאו את השאלון ועוד 509 אנשים מהאוכלוסייה הכללית באותו אזור. מבחינת הבדלים בין הקבוצות, חשוב לציין כי BMI היה גבוה יותר בקבוצת המטפלים, בעוד שרמת ההשכלה הייתה גבוהה יותר באוכלוסייה הכללית. ציון ידע תזונתי היה נמוך באופן מובהק מזה שבאוכלוסייה הכללית (Hamzaid et al., 2018). ממצאים אלו מדגישים את הצורך בהכשרת מטפלים באוכלוסייה זו, תוך הדגשת הנקודה שהמפתח לבריאות הדיירים ואיכות חייהם, נמצא בידיהם.

פעילות גופנית בקרב אנשים עם מש"ה

ההמלצה הרווחת של ארגוני הבריאות השונים לפעילות גופנית היא 10,000 צעדים ביום, או 150-300 דקות בשבוע של פעילות גופנית בעצימות בינונית ומעלה (Okely et al., 2021). מהמחקרים שיובאו להלן, ניתן לראות, כי מרבית האנשים עם מש"ה אינם מגיעים ליעד הזה.

במחקר שנערך בספרד (Soler Marín et al., 2011) (ותואר גם בת הפרק הקודם), נבדקה גם פעילות גופנית. קרוב או מטפל של המשתתף, מילא, לאחר הדרכה, שאלון פעילות גופנית במהלך יומיים. השאלון הקיף פעילויות יומיומיות (שינה, ניקיון, התלבשות, ישיבה, הליכה, עבודה, משחק, מנוחה, עליה וירידה במדרגות, פעילות גופנית) וכמה זמן מקדיש הנבדק לכל אחת מהן. כצפוי, הפעילות הגופנית הייתה נמוכה מהמומלץ, וזאת, למרות שכל משתתפי המחקר עבדו במרכזי תעסוקה שיקומיים. אלא שהעבודה היא בישיבה או בעמידה ליד פס יצור, ואינה מחייבת תנועה מעבר לכך (Soler Marín et al., 2011).

בסקירה של דאירו ואחרים (Dairo et al., 2016) נמצא, כי המנבא הטוב ביותר לחוסר פעילות גופנית הוא רמת המוגבלות השכלית. החוקרים סקרו 15 מחקרים בהם השתתפו 3159 אנשים עם מש"ה בגילאי 16-81. כאמור, ההמלצה של ארגוני הבריאות השונים היא 150-300 דקות של פעילות בעצימות בינונית במהלך שבוע או 10,000 צעדים ביום. רק שני מחקרים מתוך ה-15 התייחסו לאנשים עם מש"ה קשה, ומהם עלה כי 9% בלבד מכלל המשתתפים השיגו יעד זה. במודל רגרסיה נמצא, כי המשתתפים המנבאים ביצוע פעילות גופנית הם: מסגרת מגורים, גיל ורמת מש"ה. כצפוי, גיל מבוגר ורמת מש"ה קשה, היו במתאם שלילי עם פעילות גופנית. דיור מוגן, בניגוד לדיור בבית, היה קשור ביתר פעילות גופנית (Dairo et al., 2016).

מלוויל ואחרים (Melville et al., 2017) בדקו התנהגות יושבנית בקרב מבוגרים עם מש"ה. החוקרים השתמשו בזמן המסך כמייצג של התנהגות יושבנית. הם מצאו, כי מחצית מ-725 המשתתפים דיווחו על יותר מארבע שעות מסך ביום. רמת מוגבלות קלה יותר הייתה במתאם חיובי עם זמן מסך. זמן מסך נמדד על פי דיווח עצמי עם עזרה מהמטפלים כשנדרש. בנוסף, המשתתפים דיווחו גם על פעילות גופנית. רק 7% ביצעו פעילות גופנית בהתאם למומלץ (150-300 דקות בשבוע). השמנה נמצאה בקשר עם זמן מסכים ארוך יותר (Melville et al., 2017).

באירלנד השוו בין בריאות ופעילות גופנית של אנשים עם מש"ה שהיו ב-SOI לבין אלו שלא. החוקרים ערכו מבחן שש דקות הליכה (6MWT) וכן לקחו מדדים אנתרופומטריים ונתנו לנבדקים לענוד אקטיגרף. ציון פרופיל בריאותי חושב עבור כל משתתף. הציונים של המשתתפים ב-SOI היו טובים יותר במובהק מאלו שלא השתתפו. יודגש כי ממצא שכזה הוא מתאמי ואינו סיבתי (Walsh et al., 2018).

בסקירה שיטתית ניסו חוקרים לבדוק מדוע שיעורי פעילות גופנית בקרב אנשים עם מש"ה, נמוכים מאשר באוכלוסייה הכללית. החוקרים סקרו 24 מחקרים, ומתוכם העלו שורה של חסמים ומאיצים אישיים וסביבתיים. החוקרים הצביעו על 14 זרזים וחסמים אישיים. זרזים עיקריים היו אינטראקציה חברתית ותגמול על השתתפות בפעילות גופנית. החסמים העיקריים היו: פחד (למשל, פחד של קשישים ליפול בזמן פעילות גופנית) ומשאבים כספיים. חסמים נוספים היו מצב בריאותי (כמו עודף משקל ובעיות שמיעה) וכן חוסר מוטיבציה. בנוסף, זהו 23 זרזים וחסמים סביבתיים לפעילות גופנית: הזרז הסביבתי הראשי היה פעילות שמשלבת אלמנט של כף. זרזים סביבתיים נוספים: עזרה של צוות מחקר, נוכחות בעל חיים. חסמים סביבתיים: חוסר משאבים כספיים, חרדה של ההורים והצוות, פעילויות לא מותאמות, בעיות תחבורה, מגבלות זמן של ההורים. גם רמת מש"ה משפיעה על הישימות של תכניות פעילות גופנית. ככל שהמוגבלות הייתה קשה יותר, כך היה צורך בפיקוח צמוד יותר והתאמה אישית ליכולות והמגבלות של כל אחד (Bossink et al., 2017). במחקר שנערך בארץ נמצא, כי ב-80% מהמסגרות לאנשים עם מש"ה יש מתקנים מותאמים לפעילות גופנית. ב-72% מהמסגרות מתקיימים אימונים באופן שגרת. כלומר, התשתית לפעילות גופנית סדירה קיימת ברוב המסגרות (הוצלר ואחרים, 2015).

טיפול ומניעה

לפני שאסקור את תכניות ההתערבות, חשוב להתעכב על ידע והבנה של אנשים עם מש"ה, מאחר ושיתוף הפעולה שלהם הכרחי להצלחת כל תכנית.

קאטון ואחרים (Caton et al., 2012) ערכו מחקר איכותני כדי לבדוק את ההבנה של אנשים עם מש"ה את בריאותם. מחקר זה הוא חלק ממגמה של חוקרים לכלול גם אנשים עם מש"ה בצוותי המחקר. במחקר השתתפו 6 נשים ו-7 גברים בגילאי 27-72 שנים. כאשר המשתתפים

נשאלו: "מה זה בריא?" כולם ציינו דיאטה או מזון בריא כקשורים בבריאות. רוב המשתתפים גם ידעו שפעילות גופנית טובה לבריאות ושמומלץ להם לעשות יותר פעילות גופנית. רובם דיווחו שעשו בעבר פעילות גופנית אך הפסיקו, ואין להם מספיק תמיכה לבצע פעילות גופנית. מה שעלה מהראיונות היה, שאנשים עם מש"ה מבינים מהו אורח חיים בריא, אך הם זקוקים ליותר תמיכה מהסביבה על מנת לשמור על אורח חיים בריא. למשל, שהמטפל ידע לבשל אוכל בריא, שיהיה להם כסף לרכוש אוכל בריא, שתהיה להם הסעה לחוג ריקודים וכד'. במחקר עדכני נבדק הקשר בין השמנה ותפיסת הבריאות של אנשים עם מש"ה (Jin et al., 2020). 60% מהמשתתפים ציינו שמצב בריאותם מצוין או טוב, ו-40% ציינו שמצבם הבריאותי סביר או רע. מתוך 7454 אנשים במחקר זה, 67% היו עם משקל עודף או דרגות שונות של השמנה, וזה ממצא מטריד כשלעצמו. לא נמצאו הבדלים בין קבוצת בעלי משקל נורמלי לקבוצת בעלי משקל עודף מבחינת אחוז האנשים שדרגו את בריאותם כטובה או מצוינת. עם זאת, נמצאו הבדלים בין קבוצת בעלי משקל תקין לבין קבוצת אנשים עם השמנה, אצלם היו פחות אנשים שדרגו את בריאותם כטובה או מצוינת. מבחינת תפיסת גוף ואי שביעות רצון מהגוף, נמצא כי אנשים עם מש"ה אמנם מבינים מושגים כמו תת משקל, משקל תקין ועודף משקל, אך לא בהכרח מצליחים לשייך בין מושגים אלו לגוף שלהם. כמו כן, הם נוטים להערכת חסר מבחינת מידות הגוף (Eden & Randle-Phillips, 2017). המחקר השווה בין צעירים עם מש"ה לצעירים ללא מש"ה. נמצא כי לצעירים עם מש"ה הייתה עמדה חיובית יותר כלפי גופם. נשים עם מש"ה עשו הערכת חסר של גודל גופן. מכאן שכל תכנית מניעה צריכה גם לחדד את ההבנה של המשתתפים את מידת גופם האמיתית.

לאורך השנים נערכו מספר סקירות של תכניות התערבות. כך, למשל, קאסי ורסמוסן (Casey & Rasmussen, 2013) ערכו סקירת מחקרים, שבדקו עד כמה משפיעה תכנית פעילות גופנית על אחוז השומן בגוף. מבין אחד עשר מחקרים שבהם נבדקה יעילותה של פעילות גופנית, בשלושה מחקרים הייתה ירידה באחוז שומן גוף בעקבות תכנית פעילות גופנית. במחקר אחד נמצאה עליה באחוז שומן גוף לאחר התכנית, ובשאר המחקרים לא היה שינוי.

בסקירה שפורסמה לאחרונה (Conrad & Knowlden, 2020) המסקנות מעודדות יותר. נסקרו רק מחקרים בהם הייתה קבוצת ביקורת.

התכניות נוסו בקרב ילדים וצעירים עם מש"ה. מתוך עשר תכניות, שמונה אכן הביאו לירידה במשקל או במסת שומן, ובשתי תכניות לא נמצא הבדל בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת. אבל, גם בתכנית שבה לא הייתה ירידה במסת שומן, נמצא שיפור בכושר הגופני בקבוצת ההתערבות. ממצא זה ראוי לציון, מאחר ובמחקר שנערך לאחרונה (Oppewal & Hilgenkamp, 2020) בדקו החוקרים מהו הגורם הקשור יותר לתמותה, השמנה או כושר גופני (fatness or fitness) בקרב מבוגרים עם מש"ה. זהו המחקר הראשון שהתייחס לסוגיה זו, ותוצאותיו יכולות לשנות את נקודת המבט שלנו על תכניות התערבות לירידה במשקל. התברר שכושר, ולא השמנה, היה קשור באופן מובהק לשרידות. אנשים שלא היו בכושר היו בסיכון של פי 4 למות במהלך תקופת המעקב, בהשוואה לאלו שהיו בכושר, וזה ללא קשר להשמנה. זהו אמנם רק מחקר אחד, אך הממצאים מראים כי ירידה במשקל כשלעצמה אינה הכרחית, וגם אינה מספיקה, על מנת להאריך את תוחלת החיים.

הינקסון ואחרים (Hinckson et al., 2013) בנו תכנית שכללה פעילות גופנית, אכילה בריאה ומיומנויות. בתכנית השתתפו 17 ילדים ובני נוער בני 7-21. בתוכנית היו 18 סגמנטים של פעילות גופנית, מהם עשרה סגמנטים שהתמקדו בתזונה ושמונה במיומנויות. התכנית נמשכה עשרה שבועות, כאשר בכל שבוע התקיימו שני מפגשים. גם ההורים קיבלו מפגשי הדרכה. החוקרים בדקו BMI והיקף חזה, כושר גופני והרגלי אכילה בתחילת התכנית, בסיומה, ולאחר 24 שבועות. בסיום התכנית לא נמצאו הבדלים במדדים אלו. אבל במעקב, היה שיפור מסוים בכושר הגופני וההורים דיווחו שילדיהם צורכים פחות ממתקים.

תכנית התערבות של שנתיים נבדקה על ידי וולן ואחרים (Wallén et al., 2013). התכנית התקיימה בבית הספר וכללה פעילות גופנית, תזונה וחינוך לבריאות. 14 תלמידים עם מש"ה קלה עד בינונית השתתפו בתכנית. התלמידים התעמלו בכל ימי הלימודים. ארוחות הוגשו בצלחת מיוחדת, על פי קבוצות מזון. מדי חודש קיבלו התלמידים מידעון בנושאי בריאות. פעם בשנה התקיים מחנה שמטרתו לפתח סגנון חיים בריא. נבדקו BMI, היקף חזה ומסת שומן. כמו כן נלקחו מדדים קרדיו-מטבוליים. בתום השנתיים לא נצפו הבדלים ב-BMI, היקף חזה ומסת שומן. עם זאת, הייתה מגמה של שינוי חיובי בחלק מהמדדים הקרדיו-מטבוליים.

פטומי ואחרים (Ptomey et al., 2015) בדקו תכנית מבוססת טכנולוגיה לחינוך לתזונה, בת שמונה שבועות. 20 משתתפים בגילאי 11-18 עם מש"ה קלה עד בינונית, חולקו רנדומלית לקבוצת ניסוי ולקבוצת ביקורת. המשתתפים בקבוצת הניסוי קיבלו ארוחות ארוזות ושייקים. בקבוצת הביקורת קיבלו המשתתפים הסבר על תזונה בריאה ועודדו אותם לאכול בריא. כל המשתתפים קיבלו טאבלט שבו הם תיעדו צריכת מזון ומשקאות ופעילות גופנית. בשתי הקבוצות נצפתה ירידה ב-BMI, ועליה בפעילות גופנית, ירידה בצריכה קלורית וירידה בצריכת קלוריות ריקות. המחקר הראה כי שימוש בטאבלטים יכול לקדם תזונה נכונה ופעילות גופנית.

בניתוח שיטתי של שישה מחקרי תכניות התערבות למבוגרים (מעל גיל 18) עם מש"ה הסובלים מהשמנה, כשגודל המדגם נע בין 16-443 משתתפים, רמת מש"ה קלה עד בינונית, $BMI > 25$, וטווח הגילאים הממוצע היה 20-39, בחנו מרכיבים שונים. בכל שש התכניות היה **מרכיב תזונה**: המשתתפים קיבלו מידע על תזונה בריאה, קבוצות מזון, גודל מנות וכד'. המידע הועבר במגוון שיטות: תמונות של מאכלים, משחקים, הדגמות וטעימות. **מרכיב פעילות גופנית**: בחלק מהמחקרים הסבירו למשתתפים על חשיבותה של פעילות גופנית, ובחלק היו אימוני פעילות גופנית מובנים למשתתפים. **מרכיב שינוי התנהגותי**: כל תכנית כללה מגוון טכניקות, שמטרתן להביא לשינוי התנהגותי. רק בחלק מהתכניות הייתה **גם מעורבות מטפלים/הורים**. למרבה הצער, תכניות התערבות לא הוכחו כיעילות להפחתת משקל. אך יש לזכור, כי הפחתת משקל אינה התוצאה היחידה של תכניות התערבות (Harris et al., 2018).

מחקר שנערך בקוריאה, אף הוא אינו מעודד במיוחד. נבדקה יעילותה של תכנית התערבות שכללה פעילות גופנית, חינוך לתזונה נכונה ושינוי התנהגותי. במחקר השתתפו 43 מבוגרים עם מש"ה, שחולקו לקבוצת התערבות ולקבוצת ביקורת. התוכנית נמשכה עשרה שבועות. בתום התוכנית, כמעט ולא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות. החוקרים תלו את חוסר ההצלחה במשך התכנית (Kim et al., 2020).

בשבדיה ערכו מחקר שבו השתתפו אנשים עם מש"ה, בני משפחותיהם ו/או מטפלים, וגם קובעי מדיניות. אלינדר ואחרים (Elinder et al., 2018) בדקו יעילות של תכנית בריאות מובנית למבוגרים עם מש"ה החיים בקהילה. החוקרים פנו לרשויות מקומיות. אלו שהסכימו להשתתף מיד נכנסו לקבוצת הניסוי ואלו שביקשו להמתין שנה היוו את קבוצת הביקורת.

התכנית כללה הדרכת בריאות למטפלים במסגרות הדיור, שמטרתה לחזק את קידום הבריאות של הדיירים. המחקר גם בדק את יעילות התכנית וגם חסמים ומאצים ליישום התכנית. עם סיום התכנית היה שיפור גם בקבוצת ההתערבות וגם בקבוצת הביקורת, מבחינת קידום בריאות כללי וקידום פעילות גופנית. השיפור בקבוצת ההתערבות היה גדול יותר, במובהק. לא נמצא שינוי בהכנת ארוחות ואוכל בריא. בקבוצת ההתערבות המטפלים היו בעלי השכלה גבוהה יותר מאשר בקבוצת הביקורת. ייתכן שההשכלה של מטפל בהחלט תורמת ליכולתו לקדם בריאות דיירים. מה שחשוב במחקר הזה הוא ההבנה שהצלחת התכנית תלויה במסגרת תומכת מצד הרשויות. כלומר, לאנשים – מנהלים, מתאמים מקומיים – שיש להם מנדט להטיל על מסגרת מגורים ליישם תכנית מסוימת, אבל לא בבחינת "הוראה מגבוה" בלבד, אלא עם תמיכה מתמשכת, ייעוץ, מפגשים קבועים ומתן משו. עוד אספקט חשוב היה "קבלת החלטות משותפת". מומלץ גם שכל המעורבים בתכנית יהיו מחוייבים לתהליך. אי אפשר לתת למטפל קלסר של תכנית ולצפות שהוא יישם אותה בעצמו. כל המעגלים נדרשים לשתף פעולה להצלחת תכנית כזו. מלבד זה, חייבת להינתן למטפל גמישות ביישום התכנית, בהתאם לצרכים הייחודיים של המסגרת בה הוא עובד (Elinder et al., 2018).

יש לחשוב, איך ליצור היענות לפעילות גופנית – זו, אגב, בעיה לא רק בקרב אנשים עם מש"ה – אלא באוכלוסייה הכללית בכלל. עם זאת, ברור שכל תכנית התערבות צריכה לכלול פעילות גופנית. המעורבות של המטפלים חיונית להצלחת התערבות. המטפלים מסייעים בקניית המזון, בישול ותכנון הארוחה, עידוד לפעילות גופנית, ליווי לפעילות.

במחקר איכותני אשר נערך באנגליה, ניסו החוקרים להבין מהם המרכיבים היעילים בתוכנית לאורח חיים בריא. 19 מבוגרים עם מש"ה נשאלו מה עוזר להם לשמור על אורח חיים בריא, ומהם החסמים שמונעים מהם שמירה על אורח חיים בריא. החוקרים פנו לקבוצת סנגור עצמי, שהביעה הסכמה פה אחד לחשיבות הנושא. המשתתפים חולקו לקבוצות מיקוד קטנות ומילאו שאלונים ודפי עבודה. בניתוח האיכותני עלו שש תמות עיקריות: 1. תמיכה מהמטפלים – המשתתפים אמרו שהם זקוקים לסיוע של המטפלים במטלות יומיומיות, כמו: יציאה לסופרמרקט לקנות אוכל או הגעה לפעילות קבוצתית. 2. תמיכה קבוצתית – המשתתפים הצביעו על החשיבות של עוד אנשים בעלי מטרה משותפת, שיכולים לתמוך בהם, למשל בקבוצת שומרי משקל. 3. מידע נגיש וברור – המשתתפים טענו

שהם רוצים מידע שיוכלו להבין בקלות, כמו: מה בריא ומה לא? הם גם אמרו, שלא תמיד הצוות המטפל מבין את המסרים על מנת לסייע להם. 4. אמצעים כספיים – המשתתפים הביעו דאגה וחשש מכך, שלא תמיד יש להם כסף לקנות את המזון המתאים או להשתתף בפעילות התורמת לאורח חיים בריא. 5. הכרה שלהם ושל אחרים במצבם הבריאותי – המשתתפים שהכירו בצורך שלהם לרדת במשקל אמרו שאין להם מספיק תמיכה מהסביבה ללכת לקבוצת שומרי משקל, או שזה יקר מדי. אף אחד מהמשתתפים לא קיבל הפניה מרופא המשפחה שלהם לקבוצה כזו. 6. חסמים חיצוניים – התוויות על גבי מוצרי המזון אינן ברורות מספיק. עודף פרסומות לאוכל לא בריא. חלק מהמשתתפים ציינו כי פעילויות הספורט והפנאי אינן נגישות לאנשים כמוהם. המשותף לכל התמות היא תחושת התסכול של המשתתפים. הם היו רוצים לקבל מידע נגיש לגבי אכילה נכונה ושמירת אורח חיים בריא, וגם למה זה חשוב. הם הציעו בעצמם מגוון פתרונות להנגשה. חשיבותו העיקרית של מחקר זה היא העובדה שבצוות המחקר השתתפו אנשים עם מש"ה (Doherty et al., 2020). אם כן, ברור כי השינוי ההתנהגותי ברמת הפרט, הוא כמובן צעד הכרחי, אך בלתי מספיק. כל התערבות צריכה לכלול גם את המסגרת בה חיים אנשים עם מש"ה, וכן מדיניות חברתית, תכנון אורבני, חינוך לבריאות מגיל צעיר, ייצור מזון, הנגשת מזון בריא לכולם וכו' (Blüher, 2019).

ההמלצה היא, כי כל תכנית התערבות צריכה לכלול מספר מרכיבים. כך, למשל, באנגליה ממליץ ה-NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (NICE, 2016) על המאפיינים הבאים:

- התכנית תכלול דיאטה (הפחתה של 600 קלוריות ביום), פעילות גופנית המותאמת לאורח החיים של המשתתף ושינוי התנהגותי.
- התכנית תהיה רב מקצועית ותכלול דיאטן, פסיכולוג ומאמן כושר.
- התכנית תימשך לפחות שלושה חודשים, כאשר בכל שבוע יתקיים לפחות מפגש אחד, וההמלצה היא לשקול את המשתתפים בכל מפגש.
- התכנית תציב מטרות בנות השגה של משקל יעד לכל משתתף.
- תהיה התמקדות בשינוי אורח חיים ומניעה של עליה במשקל לאחר סיום התכנית.
- התכנית תדריך את המשתתפים כיצד להפחית התנהגות יושבנית ולשלב יותר פעילות גופנית בחיי היומיום.
- התכנית תותאם לכל אחד ואחד מהמשתתפים ותספק תמיכה לכל אורכה.

המלצה נוספת לגבי מחקרים עתידיים היא כי ייעשה שימוש בגישת הקשר – מנגנון – תוצאה (context mechanism outcome). את הגישה הציעו טגרט ואחרים (Taggart et al., 2021), שטענו, כי לא מספיק לבדוק אם תכנית התערבות עובדת, אלא צריך לבדוק באיזה קונטקסט היא עובדת, מה המנגנון שגורם לה לעבוד והאם התוצאות נשמרות לאורך זמן. לסיכום, לאחר שנערכו מאות מחקרים ברחבי העולם, המוכיחים כי עודף משקל והשמנה שכיחים יותר בקרב אנשים עם מש"ה מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית, הגיעה העת לרכז את המאמצים במציאת דרכים להנגשת פעילות גופנית ותזונה בריאה. לא קל למצוא את האיזון בין מתן עצמאות לבין דאגה לבריאות, אך יש לזכור כי גם פעילות גופנית וגם תזונה, מיטיבות לא רק את בריאותנו הגופנית, אלא גם את איכות חיינו הכללית. חובתנו, כאנשי מקצוע בשטח וכחוקרים באקדמיה, לעשות כל מאמץ על מנת למצוא את שביל הזהב למניעת השמנה ולהקניית אורח חיים בריא. השינוי צריך להתרחש החל מרמת קובעי מדיניות ומקבלי החלטות ועד למדריכה בדיור המוגן. רק שיתוף פעולה שכזה, יביא להצלחה.

Obesity among people with intellectual disabilities: A weighty issue

Galia Golan Sprinzak

Abstract

Obesity is the result of imbalance between caloric consumption and caloric expenditure. It increases the risk of developing metabolic illnesses such as diabetes, fatty liver, heart disease, high blood pressure, heart attacks and strokes, arthritis, Alzheimer's, depression and various types of cancer. Additionally, it impairs quality of life, leads to increased unemployment and social difficulties. Not surprisingly obesity has been described as a global pandemic. Obesity is more pervasive among people with intellectual disabilities than it is among the general population.

This chapter will investigate the nature of obesity, explaining its etiology and surveying its prevalence among people who are intellectually challenged. The chapter will continue with an examination of two of the principal issues related to obesity – physical activity and nutrition and will review intervention programs which are suitable for this special population. Finally, the Chapter will present conclusions and recommendations.

السمنة لدى الأشخاص ذوي المحدودية الذهنية: مسألة ثقيلة الوزن

د. جاليا جولن شفرينتسك

ملخص

السمنة هي نتيجة نقص التوازن بين احتياج الجسم للسعرات (كالوري) وبين حرق هذه العسرات. ترفع السمنة احتمال الإصابة بأمراض ايضية (تمثيل غذائي) مثل السكري, امراض الكبد الدهنية, مرض قلب مثل ضغط دم مرتفع, نوبات قلبية وسكتة دماغية, التهاب مفاصل, زهايمر, اكتئاب وأنواع سرطانية متعددة. بالإضافة الى ذلك فأنها تؤثر على جودة الحياة, ترفع معدلات البطالة وتؤدي لاضطرابات اجتماعية. السمنة معرّفة كوباء عالمي. السمنة شائعة أكثر لدى الأشخاص ذوي المحدودية الذهنية التطورية مقارنة مع المجتمع العام. يتناول هذا الفصل تعريف السمنة, توضيح المسببات المرضية المؤدية لها ويبحث نسبة حدوثها لدى الأشخاص ذوي المحدودية الذهنية التطورية. لاحقاً سيتم فحص مسبان رئيسيان لهذه الظاهرة- الحركة الجسدية والتغذية, وكذلك سيتم مباحثة برامج تدخلية ملائمة للأشخاص ذوي المحدودية الذهنية التطورية. يستعرض في ختام الفصل استنتاجات وتوصيات.

ביבליוגרפיה

- בן-נון, ש. (2008). סטטוס בריאות, תפקוד והשתתפות חברתית של מבוגרים עם פיגור שכלי באמצע החיים, הדרים במעונות ובדיור קהילתי בישראל. עבודת גמר לקבלת תואר "דוקטור" אוניברסיטת חיפה.
- גולן שפרינצק, ג. (2013). הקשר בין השמנה ורווחה אישית בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית החיים בקהילה. עבודת גמר לקבלת תואר "דוקטור" אוניברסיטת חיפה.
- הוצל, י., עוז, מ., וברק, ש. (2015). השפעת עמדות אנשי צוות והתנאים הסביבתיים על המניעים לפעילות גופנית של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית המקבלים שירות במסגרות דיור, חינוך ותעסוקה. המכללה האקדמית בווינגייט ובית חולים ספרא, המחלקה לשיקום ילדים.
- מטסרו, ג. (2008). השמנה ועודף משקל בקרב בני נוער עם פיגור שכלי. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", החוג לחינוך, אוניברסיטת חיפה.
- מרכז לאומי לבקרת מחלות (2006). סקר בריאות לאומי בישראל 4-2003: ממצאים נבחרים. משרד הבריאות.
- Bégarie, J., Maïano, C., Leconte, P., & Ninot, G. (2013). The prevalence and determinants of overweight and obesity among French youths and adults with intellectual disabilities attending special education schools. *Research in Developmental Disabilities, 34*(5), 1417–1425. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.12.007>
- Bell, A. C., Ge, K., & Popkin, B. M. (2002). The Road to Obesity or the Path to Prevention: Motorized Transportation and Obesity in China. *Obesity Research, 10*(4), 277–283. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.38>
- Blüher, M. (2019). Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology, 15*(5), 288–298. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8>
- Bossink, L. W. M., van der Putten, A. A., & Vlaskamp, C. (2017). Understanding low levels of physical activity in people with intellectual disabilities: A systematic review to identify barriers and facilitators. *Research in Developmental Disabilities, 68*, 95–110. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.06.008>
- Cartwright, L., Reid, M., Hammersley, R., Blackburn, C., & Glover, L. (2015). Food choice by people with intellectual disabilities at day centres. *Journal of Intellectual Disabilities, 19*(2), 103–115. <https://doi.org/10.1177/1744629514563423>
- Casey, A. F., & Rasmussen, R. (2013). Reduction measures and percent body fat in individuals with intellectual disabilities: A scoping review. *Disability and Health Journal, 6*(1), 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.09.002>
- Caton, S., Chadwick, D., Chapman, M., Turnbull, S., Mitchell, D., & Stansfield, J. (2012). Healthy lifestyles for adults with intellectual disability: Knowledge, barriers, and facilitators. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 37*(3), 248–259. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.703645>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Defining adult overweight and obesity*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html>
- Choi, E., Park, H., Ha, Y., & Hwang, W. J. (2012). Prevalence of Overweight and Obesity in Children With Intellectual Disabilities in Korea. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(5), 476–483. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2012.00694.x>
- Conrad, E., & Knowlden, A. P. (2020). A systematic review of obesity interventions targeting anthropometric changes in youth with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 24(3), 398–417. <https://doi.org/10.1177/1744629518796915>
- Dairo, Y. M., Collett, J., Dawes, H., & Oskrochi, G. R. (2016). Physical activity levels in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Preventive Medicine Reports*, 4, 209–219. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.06.008>
- Doherty, A., Jones, S., Chauhan, U., & Gibson, J. (2020). Eating well, living well and weight management: A co-produced semi-qualitative study of barriers and facilitators experienced by adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 24(2), 158–176. <https://doi.org/10.1177/1744629518773938>
- Eden, K., & Randle-Phillips, C. (2017). Exploration of body perception and body dissatisfaction in young adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 71(August), 88–97. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.09.011>
- Elinder, L. S., Sundblom, E., Zeebari, Z., & Bergström, H. (2018). Effect and Process Evaluation of a Structural Health Intervention in Community Residences for Adults With Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 15(4), 319–328. <https://doi.org/10.1111/jppi.12262>
- Foley, J. T., Lloyd, M., Turner, L., & Temple, V. A. (2017). Body mass index and waist circumference of Latin American adult athletes with intellectual disability. *Salud Publica de Mexico*, 59(4), 416–422. <https://doi.org/10.21149/8204>
- Foley, J. T., Lloyd, M., Vogl, D., & Temple, V. A. (2014). Obesity trends of 8-18 year old Special Olympians: 2005-2010. *Research in Developmental Disabilities*, 35(3), 705–710. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.12.005>
- Hamzaid, N. H., Flood, V. M., Prvan, T., & O'Connor, H. T. (2018). General nutrition knowledge among carers at group homes for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(5), 422–430. <https://doi.org/10.1111/jir.12480>
- Harris, L., Melville, C., Murray, H., & Hankey, C. (2018). The effects of multi-component weight management interventions on weight loss in adults with intellectual disabilities and obesity: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Research in Developmental Disabilities*, 72, 42–55. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.10.021>

- Hinckson, E. A., Dickinson, A., Water, T., Sands, M., & Penman, L. (2013). Physical activity, dietary habits and overall health in overweight and obese children and youth with intellectual disability or autism. *Research in Developmental Disabilities, 34*(4), 1170–1178. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.12.006>
- Hoey, E., Staines, A., Walsh, D., Corby, D., Bowers, K., Belton, S., Meegan, S., McVeigh, T., McKeon, M., Trépel, D., Griffin, P., & Sweeney, M. R. (2017). An examination of the nutritional intake and anthropometric status of individuals with intellectual disabilities: Results from the SOPHIE study. *Journal of Intellectual Disabilities, 21*(4), 346–365. <https://doi.org/10.1177/1744629516657946>
- Hsieh, K., Rimmer, J. H., & Heller, T. (2014). Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 58*(9), 851–863. <https://doi.org/10.1111/jir.12100>
- Ji, Na Young; Findling, R. L. (2016). Pharmacotherapy for mental health problems in people with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry, 29*(2), 103–125.
- Jin, J., Agiovlasitis, S., & Yun, J. (2020). Predictors of perceived health in adults with an intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 101*, 103642. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103642>
- Kadouh, H. C., & Acosta, A. (2017). Current paradigms in the etiology of obesity. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy, 19*(1), 2–11. <https://doi.org/10.1016/j.tgie.2016.12.001>
- Kim YS, Moon JH, Hong BK, H. S. (2020). Effect of a Multicomponent Intervention Program on Community-Dwelling People With Intellectual Disabilities. *Ann Rehabil Med, 44*(4), 327–337.
- Koritsas, S., & Iacono, T. (2016). Weight, nutrition, food choice, and physical activity in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 60*(4), 355–364. <https://doi.org/10.1111/jir.12254>
- Krause, S., Ware, R., McPherson, L., Lennox, N., & O'Callaghan, M. (2016). Obesity in adolescents with intellectual disability: Prevalence and associated characteristics. *Obesity Research and Clinical Practice, 10*(5), 520–530. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2015.10.006>
- Li, H., Frey, G. C., McCormick, B. P., & Johnston, J. D. (2015). Comparison of obesity among Chinese and U.S. Special Olympic athletes with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 41–42*, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.05.005>
- Melville, C. A., Oppewal, A., Schäfer Elinder, L., Freiburger, E., Guerra-Balic, M., Hilgenkamp, T. I. M., Einarsson, I., Izquierdo-Gómez, R. H., Sansano-Nadal, O., Rintala, P., Cuesta-Vargas, A., & Giné-Garriga, M. (2017). Definitions, measurement and prevalence of sedentary behaviour in adults with intellectual disabilities — A systematic review. *Preventive Medicine, 97*(January), 62–71. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.052>

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.012>
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Mullany, E. C., Biryukov, S., Abbafati, C., Abera, S. F., Abraham, J. P., Abu-Rmeileh, N. M. E., Achoki, T., AlBuhairan, F. S., Alemu, Z. A., Alfonso, R., Ali, M. K., Ali, R., Guzman, N. A., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, 384*(9945), 766–781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- NICE. (2016). *Obesity in adults: prevention and lifestyle weight management programmes*. August, 1–31.
- O' Shea, M., O' Shea, C., Gibson, L., Leo, J., & Carty, C. (2018). The prevalence of obesity in children and young people with Down syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 31*(6), 1225–1229. <https://doi.org/10.1111/jar.12465>
- Okely, A. D., Kontsevaya, A., Ng, J., & Abdeta, C. (2021). 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. *In Sports Medicine and Health Science*. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2021.05.001>
- Oppewal, A., & Hilgenkamp, T. I. M. (2020). Is fatness or fitness key for survival in older adults with intellectual disabilities? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 33*(5), 1016–1025. <https://doi.org/10.1111/jar.12724>
- Pan, C.-C., Davis, R., Nichols, D., Hwang, S. H., & Hsieh, K. (2016). Prevalence of overweight and obesity among students with intellectual disabilities in Taiwan: A secondary analysis. *Research in Developmental Disabilities, 53–54*, 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.02.018>
- Patka, M., & Murry, A. (2016). Body mass index among Special Olympics athletes from Muslim majority countries: Differences in gender and adult status. *Journal of Intellectual Disability Research, 60*(4), 335–343. <https://doi.org/10.1111/jir.12252>
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews, 16*(4), 319–326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Ptomey, L. T., Sullivan, D. K., Lee, J., Goetz, J. R., Gibson, C., & Donnelly, J. E. (2015). The Use of Technology for Delivering a Weight Loss Program for Adolescents with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 115*(1), 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.08.031>

- Sari, H. Y., Yilmaz, M., Serin, E., Kisa, S. S., Yesiltepe, Ö., Tokem, Y., & Rowley, H. (2016). Obesidade e hipertensão em adolescentes e adultos com deficiência intelectual. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(2), 169–177. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600024>
- Segal, M., Eliasziw, M., Phillips, S., Bandini, L., Curtin, C., Kral, T. V. E., Sherwood, N. E., Sikich, L., Stanish, H., & Must, A. (2016). Intellectual disability is associated with increased risk for obesity in a nationally representative sample of U.S. children. *Disability and Health Journal*, 9(3), 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.12.003>
- Slevin, E., Truesdale-Kennedy, M., Mcconkey, R., Livingstone, B., & Fleming, P. (2014). Obesity and overweight in intellectual and non-intellectually disabled children. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(3), 211–220. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01615.x>
- Soler Marín, A., Xandri Graupera, J. M., & Lesiak, T. (2011). Nutritional status of intellectual disabled persons with Down syndrome | Estado nutricional de personas discapacitadas intelectuales con síndrome de down. *Nutricion Hospitalaria*, 26(5), 1059–1066. <https://doi.org/10.3305/nh.2011.26.5.5233>
- Stedman, K. V., & Leland, L. S. (2010). Obesity and intellectual disability in New Zealand. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 35(2), 112–115. <https://doi.org/10.3109/13668251003717928>
- Taggart, L., Doherty, A. J., Chauhan, U., & Hassiotis, A. (2021). An exploration of lifestyle/obesity programmes for adults with intellectual disabilities through a realist lens: Impact of a 'context, mechanism and outcome' evaluation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(2), 578–593. <https://doi.org/10.1111/jar.12826>
- The GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- van de Wouw, E., Evenhuis, H. M., & Echteld, M. A. (2012). Prevalence, associated factors and treatment of sleep problems in adults with intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1310–1332. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.03.003>
- Van Gameren-Oosterom, H. B. M., Van Dommelen, P., Schönbeck, Y., Oudesluys-Murphy, A. M., Van Wouwe, J. P., & Buitendijk, S. E. (2012). Prevalence of overweight in Dutch children with Down syndrome. *Pediatrics*, 130(6), e1520–e1526. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0886>
- Wallén, E. F., Müllersdorf, M., Christensson, K., & Marcus, C. (2013). A school-based intervention associated with improvements in cardiometabolic risk profiles in young people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(1), 38–50. <https://doi.org/10.1177/1744629512472116>

- Walsh, D., Belton, S., Meegan, S., Bowers, K., Corby, D., Staines, A., McVeigh, T., McKeon, M., Hoey, E., Trépel, D., Griffin, P., & Sweeney, M. R. (2018). A comparison of physical activity, physical fitness levels, BMI and blood pressure of adults with intellectual disability, who do and do not take part in Special Olympics Ireland programmes: Results from the SOPHIE study. *Journal of Intellectual Disabilities, 22*(2), 154–170. <https://doi.org/10.1177/1744629516688773>

הספר מציג סקירות רחבות בין-תחומיות של ידע תיאורטי עדכני בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית. סקירות רחבות אלו, כוללות ממצאי מחקרים ישראלים ובינלאומיים ודיון נרחב בהשלכות היישומיות של ממצאים אלו. באמצעות המשגות תיאורטיות, ניתוח מעמיק של חקר מוגבלות שכלית התפתחותית ויישומי התערבות טיפוליים וחינוכיים של מידע זה, מצליח הספר להציג בצורה רחבה את תחומי הדעת המרכזיים להם נזקקים סטודנטים, חוקרים, ואנשי המקצוע בעבודתם עם ילדים, מתבגרים ומבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ובני משפחותיהם.

אודות קרן שלם

קרן ציבורית של השלטון המקומי בשיתוף משרד הרווחה והביטחון החברתי, מטרתה לסייע לרשויות האזוריות והמקומיות לפתח שירותים בקהילה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, הקרן מסייעת במענקים, ייעוץ וחשיבה לקידום איכות החיים בקהילה של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בקהילה לכל אורך חייו, זאת מתוך הבנה מעמיקה במורכבות הצרכים הטיפוליים של האדם עם מוגבלות עצמו וצרכיו של הסובבים אותו.

Intellectual Developmental Disorders Theory, research and implications

Michal Al-Yagon | Malka Margalit

This book offers a comprehensive interdisciplinary review of scientific knowledge, national and international empirical research as well as practical implications regarding individuals with intellectual developmental disorders and their families. Through theoretical conceptualizations, in-depth analysis of recent studies that lead to interventions, clinical treatments and educational practices, the book synthesizes a broad range of major topics for students, researchers and professional who work with children, adolescents and adults with this disorder and their families.

About Shalem Foundation

The Shalem Foundation was founded more than three decades ago by the Federation of Local Authorities in cooperation with the Ministry of Welfare and Social Security in order to develop services for people with intellectual and developmental disabilities in the local community.

The Foundation's activities are guided by the vision that "a person with intellectual and developmental disabilities has the basic right to live a normal life in their natural environment, realize their potential, be an integral part of the social and cultural fabric of the community and have access to the labor market according to his or her abilities, desires and needs."



מאפשרת · מחברת · אחרת

איכות חיים לאדם עם מוגבלות
שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות