



האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association
03-9075373 טלפקס: ishla@017.net.il www.ishla.org.il



אפריל 2018

הגדרת תפקיד קלינאי תקשורת באבחון ובטיפול בבעיות אכילה ובליעה

נייר עמדה

צוות הכתיבה: יו"ר הועדה: ד"ר נגה נתיב-זלצר, חברי הועדה: ד"ר אשרת סלע, ד"ר יעל מנור, ד"ר נעמה שחר, אורלי ברגרזון ביטון (MA), אפנאן פרח (MA), רות בן הרוש (MA), טניה סיגייב

קריאה מקצועית: ג'ודי בלינדר- אדלקופ (MA)

פתח דבר

ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) קבע מערכת קלסיפיקציה עולמית של עובדי בריאות (International Classification of Health Workers), המגדירה כי תפקידם של קלינאי התקשורת לאבחן ולטפל בהפרעות בליעה¹. קלינאי התקשורת התמקצעו בעשורים האחרונים באבחון הפרעות אכילה (feeding disorder) והפרעות בליעה (dysphagia) ובטיפול באנשים עם הפרעות אלו ושיקומם. כיום, משמשים קלינאי התקשורת כאיש מקצוע מרכזי בתחום/בנושא במסגרות שונות, כגון: בתי חולים, מרכזים רפואיים, מוסדות שיקומיים מלידה ועד זקנה, מרכזים לבריאות הנפש, מרפאות אכילה והאכלה, מכונים ויחידות להתפתחות הילד, בתי ספר וגנים, פגיות, מסגרות קהילתיות ועוד.

מטרת מסמך זה להציג את המומחיות הייחודית של קלינאי התקשורת בהערכה קלינית תפקודית ואינסטרומנטלית של תפקודי אכילה ובליעה, בקביעת תכנית התערבות ובטיפול ישיר עם אנשים מינקות ועד זקנה.





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association
03-9075373 טלפקס: ishla@017.net.il www.ishla.org.il



רקע

מושגים הקשורים לאכילה/האכלה ובליעה

המונחים האכלה, אכילה (feeding) ובליעה (swallowing) כוללים את כל השלבים של העברת המזון לתוך הפה, עיבודו בתוך הפה ומעברו של המזון מהפה דרך הלוע והוושט עד הכניסה לקיבה.

בליעה הינה פעילות נוירו-מוסקולארית מורכבת הדורשת תיאום בין איברים ומערכות פיזיולוגיות שונות, ובכלל זאת: מערכת הנשימה והעיכול, השפתיים, הפה, הלשון, החיך, הגרון, הלוע והוושט. נהוג לחלק את תהליך הבליעה לארבעה שלבים עיקריים:

- השלב האוראלי המכין - oral preparatory phase - שלב זה כולל מציצה, לעיסה, ויצירת הבולוס על-ידי עיבוד המזון עם רוק. פעילות אברי הפה בשלב המכין משתנה בהתאם למרקם המזון.
- שלב ההעברה האוראלי - oral - transit phase תחילתו בתנועת הלשון לכיוון החלק האחורי של חלל הפה. תנועה אחורית של הלשון יוצרת לחץ על הבולוס ודוחסת אותו. השלב האוראלי מסתיים ברגע שהבולוס עובר את הגבולות האחוריים של חלל הפה והשלב הפארינגיאלי של הבליעה מתעורר.
- השלב הפארינגיאלי - pharyngeal phase - שלב זה מתחיל בתנועת הגרון ועצם ההיאיד כלפי מעלה ובכיווץ של שרירי הלוע. שלב זה מתואר כרצף של לחצים המופעל על הבולוס. התעוררות רפלקס הבליעה גורמת להתרחשות סימולטאנית של מספר פעילויות שמטרתן להניע את הבולוס לתוך הוושט ולמנוע חדירה לנתיב האוויר.
- השלב הוושטי - esophageal phase - תחילתו של השלב הוושטי בבליעה מזוהה עם הרפייתו של השסתום העליון של הוושט. במהלך שלב זה, נכנס הבולוס לוושט, יורד מטה עם הגל הפריסטלטי הוושטי, ולאחר הרפיית השסתום התחתון של הוושט, נכנס לקיבה.





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association
03-9075373 טלפקס: ishla@017.net.il www.ishla.org.il



הפרעות אכילה ובליעה

הפרעות אכילה ובליעה מוגדרות כמצבים ו/או תהליכים בהם נפגעת יכולתו של האדם לאכול באופן יעיל, ובטוח.

הפרעות באכילה

הפרעה באכילה באות לידי ביטוי בדפוסי אכילה ושתייה לא תקינים, כגון סירוב למזונות, קושי להשתמש בכלי אכילה המתאימים לגיל, וקשיים באכילה עצמאית. הפרעות אכילה נפוצות במיוחד בגיל הינקות והילדות, אך גם בקרב אנשים עם הפרעות נוירולוגיות כגון דמנציה והפרעות פסיכיאטריות או פגיעות מוחיות, עם שכיחות הנעה בין 31%-60%²⁻⁴. על-פי הספרות המקצועית בעולם, הפרעות אכילה קלות מדווחות ב- 25-35% מהילדים הבריאים ושכיחות הפרעות אכילה והאכלה בילדים עם הפרעות נוירו-התפתחותיות מגיעה עד לכ-80%⁵⁻⁹. הפרעת אכילה בינקות יכולה להוביל להפרעות בשגשוג (failure to thrive), כלומר לדרגות שונות של עיכוב בגדילה (משקל, גובה והיקף ראש)¹⁰. בין הגורמים המהווים מצבי סיכון מוגבר לבעיות אכילה בקרב ילדים ניתן למנות: הפרעות בקשר הורה-ילד, פגות, שיתוק מוחין, בעיות נוירולוגיות ומבניות, אוטיזם, מומי ראש-צוואר, חולשת שרירים של הפנים והצוואר, ריפלוקס ושטי, בעיות נשימה, בעיות רפואיות מרובות, תרופות ותסמונות שונות¹¹.

הפרעות בבליעה

מבין הגורמים להפרעות במנגנון הבליעה ניתן למנות גורמים נוירולוגים, אונקולוגים, מבניים, פסיכוגניים, או מצבים שמקורם מהתערבויות רפואיות. בקרב תינוקות וילדים הפרעת האכלה ואכילה יכולה להיות על רקע אורגני, לא אורגני או משולב¹². הפרעות אלו יכולות להופיע מגיל ינקות ועד זקנה אך שכיחות במיוחד (כ-30%) במבוגרים מעל גיל 65¹³. להפרעות אכילה ובליעה השלכות חמורות על מצב בריאותו של המטופל ועל איכות חייו. הן עלולות לגרום לסיבוכים בריאותיים כגון התייבשות, תת-תזונה, דלקת ריאות וחנק עד למוות¹⁴⁻¹⁶. מטופלים





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association

ishla@017.net.il טלפקס: 03-9075373 www.ishla.org.il



עם קשיים בתפקודי אכילה ובליעה חווים פגיעה בהנאה מאכילה עקב הפחתה במפגשים חברתיים, הגבלה בהשתתפות באכילה כפעילות חברתית ובידוד חברתי ותקשורתי.

תפקיד קלינאי התקשורת בטיפול בהפרעות אכילה ובליעה

מבחינה היסטורית, מרבית הסטנדרטים לאבחון ולטיפול בבעיות אכילה ובליעה בשלב האורופארינגיאלי פותחו על-ידי קלינאי תקשורת^{15,17-28}. כמו כן, קלינאי תקשורת, ערכו חלק נכבד מהמחקרים על תפקוד הבליעה האורופארינגיאלי התקין והלקוי^{15,29-31}. בשנת 1989 פרסם ארגון ה-National Institute of Health (NIH) בארצות הברית מסמך רשמי המפרט את תפקיד קלינאי התקשורת באבחון והתערבות בהפרעות בליעה והדגיש את היתרונות והחיוניות של עבודת קלינאי תקשורת בטיפול עבור המטופל עם הפרעת אכילה ובליעה³². כיום, קלינאית התקשורת מהווה איש מקצוע מרכזי בתוך הצוות הרב-מקצועי העוסק בהערכה ובטיפול בהפרעות אכילה ובליעה מינקות ועד זקנה. יעילותן של שיטות הטיפול של קלינאי תקשורת בהפרעות בליעה הודגמו במחקרים שונים^{20,27,33-37}.

קלינאי התקשורת רוכשים ידע, מיומנויות וניסיון קליני בהערכת הפרעות אכילה, בליעה ותקשורת ובטיפול בהן. ידע קליני מבוסס מחקרית זה נרכש במסגרת קורסי חובה במהלך התואר הראשון ובתארים מתקדמים במסגרת החוגים להפרעות בתקשורת, בהתנסויות קליניות ובליומדי המשך המיועדים לקלינאי תקשורת. חוגי התואר הראשון להפרעות בתקשורת הם היחידים ממקצועות הבריאות המשלבים קורס חובה בהפרעות אכילה ובליעה. קורסים אלה מקנים ידע מעמיק בתחומים הבאים: אנטומיה של ראש-צוואר; פיזיולוגיה ונירו-פיזיולוגיה של מערכות הקול, הדיבור, הנשימה, האכילה והבליעה; שינויים מבניים המיוחסים למלפורמציות מולדות או לניתוחי סרטן ראש-צוואר; האטיולוגיות הרפואיות וההתנהגותיות הגורמות לבעיות בליעה ואכילה, השפעת מחלות ומצבים רפואיים על תפקודי הבליעה; תיאום יחסי הגומלין בין פעולת הבליעה לנשימה ולדיבור; התפתחות תקינה של תפקודי אכילה; כלים לתכנון מערך אבחנתי, טיפולי ושיקומי בהקשרים תקשורתיים שונים





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association

ishla@017.net.il www.ishla.org.il טלפקס: 03-9075373



ובהתייחסות לגורמים סביבתיים ואישיים. קלינאי תקשורת הנבחנים במבחן הרישוי הממשלתי לצורך קבלת תעודת מקצוע נדרשים לידע ומיומנות בתחום הפרעות האכילה והבליעה.

ההתמחות המקצועית של קלינאי התקשורת בתחום הפרעות בליעה ואכילה כוללת:

- ביצוע הערכת אכילה ובליעה קלינית ותפקודית.
- ביצוע בדיקות (FEES) Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, בדיקות (VFSS) Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing ובדיקות אובייקטיביות נוספות באופן עצמאי ובשיתוף עם אנשי מקצוע אחרים.
- זיהוי מרכיבים תקינים ולקויים באנטומיה ובפיזיולוגיה של תפקודי בליעה ואכילה.
- זיהוי סימנים להפרעות בליעה ואכילה.
- קבלת החלטות קליניות הנוגעות להמשך בירור וטיפול בהפרעות בליעה ואכילה.
- הגדרת רמת עצמאות המטופל באכילה וקביעת רמת הסיוע הנדרשת.
- בניית תכנית התערבות בהפרעות בליעה ואכילה, תוך שיתוף פעולה עם קרובי/משפחת המטופל ואנשי הצוות הרב-מקצועי, הכוללת:
 - טיפול ישיר לשיפור הבסיס הפיזיולוגי לבליעה בטוחה ויעילה
 - שימוש במנחים אופטימליים לאכילה.
 - המלצות למרקמי מזון מותאמים וכלי אוכל שונים.
 - שילוב תהליכים תקשורתיים בטיפול (כגון, תקשורת תומכת וחליפית).
 - הגברת המעורבות והאחריות של המטופל בתהליך הטיפול/שיקומי.
- התאמה של עזרים המותאמים לצרכי המטופל בסביבה הביתית והקהילתית
- העלאת המודעות של אנשי מקצוע אחרים בנוגע לצרכים של אנשים עם הפרעות בליעה ואכילה ובנוגע לתפקיד קלינאי התקשורת בטיפול בהפרעות בליעה ואכילה.
- ריכוז וניהול תחום האכילה והבליעה של המטופל.





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association

ishla@017.net.il www.ishla.org.il טלפקס: 03-9075373



- ביצוע מחקרים בתחום הפרעות אכילה ובליעה, הצגתם בכנסים מדעיים ופרסום מאמרים בעיתונים מקצועיים.
- בניית כלי אבחון והערכה להפרעות אכילה ובליעה
- בניית תכניות טיפוליות וכלים טיפוליים לקשיי אכילה ובליעה
- קידום ופיתוח מערכות מתן שירותים ותמיכה לאנשים עם הפרעות אכילה ובליעה.

המלצות

קלינאי התקשורת מחויבים מקצועית ואתית לדאוג לבריאותו ולתהליך הטיפול והשיקום של המטופל עם הפרעת אכילה ובליעה, תוך דאגה לשמירה על איכות חייו ובטחונו ושילובו בחברה. ארגון הבריאות העולמי קבע מערכת סיווג בריאותית (International Classification of Functioning) המשמשת מתווה חשיבתי ושפה מקצועית משותפת לתיאור תפקוד ולקות אנושיים³⁸. ברוח מתווה זה, מומלץ כי השירותים המוצעים על ידי קלינאי התקשורת לאנשים עם הפרעות אכילה ובליעה יעשו מתוך ההקשר הרחב של פעילויות המטופל והשתתפותו בסביבתו.

המלצות הנוגעות לתהליכי סינון ואבחון בהפרעות אכילה ובליעה

א. סינון

ישנה חשיבות רבה לזיהוי מוקדם של סימנים סימפטומים של הפרעות אכילה ובליעה, בין היתר, על מנת לצמצם את הסיבוכים הבריאותיים האפשריים כגון דלקת ריאות והתייבשות. בשל כך, מומלץ לשלב במסגרות רפואיות ושיקומיות מבחני סינון ואיתור מוקדם שמטרתם איתור אנשים הזקוקים להפניה להערכת תפקודי אכילה ובליעה על-ידי קלינאי תקשורת. לרשות קלינאי התקשורת עומדים כלי סינון ואיתור ועליהם להדריך את הצוות כיצד להשתמש בהם. תוצאות מבחן הסינון אמנם מאפשרות איתור





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association

ishla@017.net.il טלפקס: 03-9075373 www.ishla.org.il



ראשוני, אך אינן מספקות בסיס לתכנון התערבות, ויש צורך בביצוע בדיקות נוספות הכוללות הערכה מעמיקה של תפקודי אכילה ובליעה.

ב. הערכת תפקודי אכילה ובליעה

הערכת תפקודי אכילה ובליעה אורו-פרינגיאלית מתחילה בבדיקת בליעה ואכילה קלינית של קלינאי תקשורת, ויכולה להיות מלווה בהערכות תפקודיות ובמידת הצורך, בבדיקה אינסטרומנטלית, כגון בדיקת VFSS ובדיקת FEES. לקלינאי התקשורת תפקיד מרכזי בביצוע הבדיקות האינסטרומנטליות ובפענוח התוצאות. האגודה הישראלית של קלינאי התקשורת ממליצה כי בדיקות אלה תבוצענה על-ידי קלינאי תקשורת שהוסמך לכך. בעת ביצוע הבדיקות האינסטרומנטליות והקליניות על קלינאי התקשורת להעריך את:

- בטיחות ויעילות האכילה והבליעה.
 - הפתו-פיזיולוגיה הלקויה שמדגים המטופל.
 - תפקודי נשימה ותיפקודים אורומוטורים היכולים להשפיע באופן עקיף על תפקודי הבליעה.
 - יכולות תקשורתיות שיקדמו את איכות החיים של המטופל.
 - יעילותן של אסטרטגיות לשיפור תפקודי בליעה והתאמת המרקמים המתאימים לפתולוגיה שמדגים המטופל.
- בסיום בדיקת האכילה והבליעה, בין אם הבדיקה היא אינסטרומנטלית או קלינית, קלינאי התקשורת יעביר את הממצאים לגבי:
- הסבר ממצאי הבדיקה, והרציונל מאחורי תכנית ההתערבות המוצעת.
 - בטיחות ויעילות הבליעה האורו-פרינגיאלית.
 - המלצות לטיפול ישיר ואסטרטגיות לשיקום ופיצוי.





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association

03-9075373 טלפקס: ishla@017.net.il www.ishla.org.il



- צורך בהזנה חליפית לטווח ארוך או קצר.
- מרקמי מזון ושתייה מומלצים.
- צורך בבדיקות חוזרות או נוספות.
- הדרכה למשפחה ולצוותים חינוכיים, שיקומיים ולאנשי טיפול.
- הפניה לאנשי מקצוע נוספים, כמו: רופא/ה אף אוזן גרון, גסטרואנטרולוג/ית, נירולוג/ית, דיאטנ/ית, פיזיותרפיסט/ית, מרפא/ת בעיסוק, רופא/ת שיניים, פסיכולוג/ית, עובד/ת סוציאלי וכו'.

המלצות הנוגעות לתהליכי התערבות

לאחר השלמת תהליך האבחון, קלינאי התקשורת יבנה תכנית התערבות עבור האדם עם הפרעת האכילה והבליעה, בשיתוף עם המטופל, משפחתו ואנשי מקצוע אחרים. בחירתן של גישות ושיטות ההתערבות צריכה להתבצע מתוך גישה מבוססת מחקרית, הכוללת את הממצאים הקיימים מהספרות המחקרית, והמשלבת גם את רצונות המטופל, סביבתו ומשאביו. בבניית תכנית ההתערבות יש להתייחס להיבטים הבאים: א) הליקוי האנטומי ו/או הפיזיולוגי שהינו ביסודו של הפרעת האכילה והבליעה של המטופל; ב) הפרעת האכילה והבליעה הנובעת ממצב אקוטי לעומת מצב כרוני ומצבים רפואיים פרוגרסיביים; ג) היכולות הקוגניטיביות של המטופל ד) הפרוגנוזה הרפואית של המטופל ה) צרכי ורצונות המטופל ומשפחתו; ו) שיפור איכות החיים של המטופל.

קלינאי התקשורת משלבים בתכנית ההתערבות באכילה ובבליעה טכניקות טיפול שיקומיות ומפצות³⁹. טכניקות שיקומיות הן טכניקות שלאחר זמן, יובילו לשינויים קבועים במנגנון הבליעה (כגון תרגילים לאימון שרירי בסיס הלשון). טכניקות מפצות הן טכניקות שמטרתן לשנות באופן מיידי, אם כי זמני, את יעילות ובטיחות הבליעה. טכניקות אלה מפצות על הליקוי בבליעה אך לא מתקנות/מרפאות אותו וכוללות, למשל, תרגילי בליעה שמטרתם ליצור סגירה של נתיב האוויר בזמן הבליעה או שינויים במרקמי המזון. קלינאי תקשורת העוסקים





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association

ishla@017.net.il www.ishla.org.il טלפקס: 03-9075373



בטכניקות שיקומיות ומפצות מחויבים לרכוש ידע מעמיק על מנת שיוכלו לבחור בטכניקה המתאימה, להעביר אותה למטופל ולעקוב אחר יישומה של הטכניקה.

כדי לאפשר טיפול אופטימלי בהפרעות אכילה ובליעה, לקלינאי התקשורת יהיה תפקיד מרכזי בטיפול וצוות רב מקצועי יהיה מעורב בתהליך³⁹⁻⁴¹. יש לקיים דיונים משותפים עם כל הצוות המטפל בתהליך קבלת ההחלטות הטיפוליות. כמו כן, על קלינאי התקשורת להכיר גישות התערבות שונות להפרעות אכילה ובליעה, כגון גישות רפואיות וכירורגיות ולהפנות לאיש המקצוע המתאים בעת הצורך.

שיקולים ייחודיים באבחון וטיפול בהפרעות אכילה ובליעה בתינוקות ובילדים

הערכה והתערבות בתינוקות ובילדים עם בעיות אכילה ובליעה כוללת שיקולים השונים בצורה משמעותית מאלו הנעשים עבור מבוגרים, מסיבות שונות: הבדלים במבנים האנטומיים והפיזיולוגיים לעומת מבוגרים, אנטומיה ופיזיולוגיה אבנורמלית המופיעה בתקופה העוברית ולאחר לידה, השפעת תהליכים התפתחותיים על תהליך האכילה והשפעת קשיי התפתחות כמו קשיים בתקשורת, בשליטה מוטורית ובויסות חושי על תהליך האכילה. תינוקות הסובלים מקשיי נשימה כגון פגים או ילדים עם היפוטוניה עשויים אף להתקשות בתיאום נשימה-בליעה. בנוסף, הדיווח על הקשיים מתקבל על-ידי המטפלים העיקריים ולא על-ידי המטופל עצמו.

במקרים רבים הילד אינו שותף לקביעת המטרות הטיפוליות. עבור תינוקות וילדים צעירים מאד, יש שימוש רב יותר בגישות התערבות עקיפות עקב יכולת מוגבלת בשיתוף פעולה והיענות נמוכה להתערבות ישירה. מצבים אלו מחייבים התערבות טיפולית דינאמית בזמן הארוחה אשר תיתן מענה להתפתחות ולגדילה של המטופל ויעודדו מצבי תקשורת. לצורך כך, ניתן לבצע התאמות לצרכי המטופל, בשיתוף עם אנשי מקצוע אחרים. ההתאמות בזמן הארוחה יכללו:

- מזונות מותאמים (מרקם, טמפרטורה, צבע ועוד)





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association

ishla@017.net.il www.ishla.org.il טלפקס: 03-9075373



- הושבה מותאמת, המאפשרת ייצוב מנגנון הבליעה, שאינה דורשת מאמץ גופני רב, השומרת על מנח גב ישר, וידיים פנויות להתנסות
- כלי אוכל מותאמים מבחינת תחושה, נוקשות, ועילות השימוש בהם מבחינת וויסות הכמות והקצב.
- שינוי קצב (אם בקצב מתן המזון על ידי המאכיל ואם בקצב הלעיסה והבליעה הפעיל של המואכל)
- סביבת אכילה מותאמת (רעשי רקע, וויזואליות, מספר השותפים בארוחה) יחד עם המשפחה וצוות החינוכי ומקצועי .
- אמצעי תקשורת מתאימים (כגון, תקשורת תומכת וחליפית).
- הדרכת הורים וצוותים חינוכיים לאכילה כפעילות תקשורתית דיאדית

סיכום

מסמך זה מגדיר את תפקיד קלינאי התקשורת בתהליכי אבחון וטיפול בהפרעות אכילה ובליעה. עמדת האגודה הישראלית של קלינאי התקשורת היא שקלינאי תקשורת הינם אנשי הצוות המרכזיים באבחון וטיפול בהפרעות אלו. הם בעלי מקצועיות ייחודית באבחון קליני ואינסטרומנטלי של הפרעות אכילה ובליעה אורו-פארינגיאליות, וכן האחראים על פיתוח ויישום של תכניות טיפול שמטרתן שיפור או פיצוי של הפרעות אלו.

תחום האבחון והטיפול בהפרעות אכילה ובליעה נמצא בהתפתחות עולה ומתמדת, לכן נייר עמדה זה מהווה בסיס למסמך דינמי שיתעדכן בהתאם להתפתחויות שיחולו בעתיד בתחומים אלו.





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association
03-9075373 טלפקס: ishla@017.net.il www.ishla.org.il



סימוכין

- .1 WHO | Sources and classification of health workforce statistics. WHO 2014.
- .2 Slaughter SE, Eliasziw M, Morgan D, Drummond N. Incidence and predictors of eating disability among nursing home residents with middle-stage dementia. Clin Nutr 2011; 30:172.177-
- .3 Lin LC, Watson R, Wu SC. What is associated with low food intake in older people with dementia? J Clin Nurs 2010; 19:53-59.
- .4 Chang CC. Prevalence and factors associated with feeding difficulty in institutionalized elderly with dementia in Taiwan .J Nutr Health Aging 2012; 16:258-261.
- .5 Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. Dev Disabil Res Rev 2008; 14:118-127.
- .6 Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and toddlers. Can Fam Physician 2006; 52:1247-1251.
- .7 Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1998; 27:143-147.
- .8 Lefton-Greif MA. Pediatric dysphagia. Phys Med Rehabil Clin N Am 2008; 19:837-851, ix.
- .9 Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. J Clin Gastroenterol 2000; 30:34-46.
- .10 Keren MH, Dorit. Tiano, Sam. Won't it Pass With Time? Mental Health in the First Three Years of Life 2013.
- .11 @ASHAWeb. Feeding and Swallowing Disorders (Dysphagia) in Children 2017.
- .12 Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children / Irene Chatoor. / Chatoor, Irene. - Version details. Washington, DC: Zero to Three, 2009.
- .13 Roy N ,Stemple J, Merrill RM, Thomas L. Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. Ann Otol Rhinol Laryngol 2007; 116:858-865.
- .14 Martin-Harris B, Brodsky MB, Michel Yet al. MBS measurement tool for swallow impairment--MBSImp: establishing a standard. Dysphagia 2008; 23:392-405.
- .15 Langmore SE, Schatz K, Olsen N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. Dysphagia 1988; 2:216-219.
- .16 Huckabee ML, Macrae P, Lamvik K. Expanding Instrumental Options for Dysphagia Diagnosis and Research: Ultrasound and Manometry. Folia Phoniater Logop 2015; 67:269-284.
- .17 Lazarus C, Logemann JA. Swallowing disorders in closed head trauma patients. Arch Phys Med Rehabil 1987; 68:79-84.
- .18 Miller RM, Groher ME. Speech-language pathology and dysphagia: a brief historical perspective. Dysphagia 1993; 8:180-184.
- .19 Logemann JA. The role of the speech language pathologist in the





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association

03-9075373 טלפקס: ishla@017.net.il www.ishla.org.il



- management of dysphagia. Otolaryngol Clin North Am 1988; 21:783-788
- .20 Logemann JA, Kahrilas PJ, Kobara M, Vakil NB. The benefit of head rotation on pharyngoesophageal dysphagia. Arch Phys Med Rehabil 1989; 70:767-771.
- .21 Logemann JA. Factors affecting ability to resume oral nutrition in the oropharyngeal dysphagic individual. Dysphagia 1990; 4:202-208.
- .22 Logemann JA. Approaches to management of disordered swallowing. Baillieres Clin Gastroenterol 1991; 5:269-280.
- .23 Groher ME. The management of dysphagia in the chronic care setting. Dysphagia 1990; 5:57-58.
- .24 Perlman AL, Grayhack JP. Use of the electroglottograph for measurement of temporal aspects of the swallow: preliminary observations. Dysphagia 1991; 6:88-93.
- .25 Arvedson J, Rogers B, Buck G, Smart P, Msall M. Silent aspiration prominent in children with dysphagia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1994; 28:173-181.
- .26 Arvedson JC. Dysphagia in pediatric patients with neurologic damage. Semin Neurol 1996; 16:371-386.
- .27 Arvedson JC. Management of pediatric dysphagia. Otolaryngol Clin North Am 1998; 31:453-476-
- .28 Lefton-Greif MA, Arvedson JC. Pediatric feeding/swallowing teams. Semin Speech Lang 1997; 18:5-11; quiz 12.
- .29 Logemann JA, Boshes B, Blonsky ER, Fisher HB. Speech and swallowing evaluation in the differential diagnosis of neurologic disease. Neurol Neurocir Psiquiatr 1977; 18:71-78.
- .30 Logemann JA, Bytell DE. Swallowing disorders in three types of head and neck surgical patients. Cancer 1979; 44:1095-1105.
- .31 Sonies BC, Stone M, Shawker T. Speech and swallowing in the elderly. Gerodontology.3:115-123 ;1984
- .32 Erlichman M. The role of speech language pathologists in the management of dysphagia, 1989. Health Technol Assess Rep 1989:1-10.
- .33 Logemann JA, Gensler G, Robbins J et al. A randomized study of three interventions for aspiration of thin liquids in patients with dementia or Parkinson's disease. J Speech Lang Hear Res 2008; 51:173-183.
- .34 Robbins J, Gensler G, Hind J et al. Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. Ann Intern Med 20.148:509-518 ;08
- .35 Shanahan TK, Logemann JA, Rademaker AW, Pauloski BR, Kahrilas PJ. Chin-down posture effect on aspiration in dysphagic patients. Arch Phys Med Rehabil 1993; 74:736-739.
- .36 Crary MA, Carnaby Mann GD, Groher ME, Helseth E. Functional benefits of dysphagia therapy using adjunctive sEMG biofeedback. Dysphagia 2004; 19:160-164.
- .37 Crary MA, Carnaby GD, LaGorio LA, Carvajal PJ. Functional and physiological outcomes from an exercise-based dysphagia therapy: a





האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association

03-9075373 טלפקס: ishla@017.net.il www.ishla.org.il



- pilot investigation of the McNeill Dysphagia Therapy Program. Arch
Phys Med Rehabil 2012; 93:1173-1178.
- .38 WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health
(ICF). WHO 2017.
- .39 @ASHAWeb. Adult Dysphagia: Treatment 2017.

