
תזונה והזנת פעוטות

סקירת ספרות עבור התוכנית "תזונה והתפתחות מבראשית"

משרד הבריאות וג'וינט-אשלים

מחברות הסקירה

איריס שביט | תזונאית קלינית ומדריכת הנקה
נעמה טל-שחר | תזונאית קלינית לתינוקות וילדים

צוות מלווה

פרופ' רונית אנדוולט | מנהלת אגף התזונה, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות
ד"ר מורן בלייכפלד-מגנאזי | סגנית מנהלת אגף התזונה, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות
זיוה שגיב | מנהלת תחום גיל רך, ג'וינט-אשלים
מרב קינן-אורנשטיין | מומחית קידום בריאות ומנהלת תוכניות, ג'וינט-אשלים
ענת תירוש | מנהלת תוכנית "תזונה והתפתחות מבראשית", ק.מ.ה, מכללת אורנים
עדי פלג | תזונאית ראשית, טיפות החלב של משרד הבריאות

תזונה והזנת פעוטות סקירת ספרות עבור התוכנית "תזונה והתפתחות מבראשית"

משרד הבריאות וג'וינט-אשלים

מחברות הסקירה

איריס שביט | תזונאית קלינית ומדריכת הנקה
נעמה טל-שחר | תזונאית קלינית לתינוקות וילדים

צוות מלווה

פרופ' רונית אנדוולט | מנהלת אגף התזונה, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות
ד"ר מורן בלייכפלד-מגנאזי | סגנית מנהלת אגף התזונה, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות
זיה שגיב | מנהלת תחום גיל רך, ג'וינט-אשלים
מרב קינן-אורנשטיין | מומחית קידום בריאות ומנהלת תוכניות, ג'וינט-אשלים
ענת תירוש | מנהלת תוכנית "תזונה והתפתחות מבראשית", ק.מ.ה, מכללת אורנים
עדי פלג | תזונאית ראשית, טיפות החלב של משרד הבריאות

עריכה לשונית | אלישבע מאי

עיצוב גרפי | vikistudio.com

סיוון תשפ"ג | מאי 2023

הערה | הסקירה נכתבה בלשון זכר ונקבה לחליפין והיא מיועדת לשני המינים במידה שווה.

ברכות

האגף לתזונה במשרד הבריאות ותחום הגיל הרך בג'וינט-אשלים חברו יחדיו לפיתוח תוכנית 'תזונה והתפתחות מבראשית' שמטרתה לקדם תזונה בריאה של תינוקות ופעוטות בגיל הינקות (לידה עד שלוש).

התוכנית מתבססת על ההנחה שהשנים הראשונות לחיינו הן השנים המעצבות במידה רבה את עתידנו – את יכולתנו לממש את כישורינו, את יכולתנו ליצור קשרים משמעותיים, את יכולתנו ללמוד ואת סיכוינו לחיות בשלמות וברוחה נפשית.

סביבה בריאה המספקת תזונה מיטיבה והאכלה קשובה מהווה אבן יסוד להתפתחות קוגניטיבית, רגשית וחברתית ומעלה את הסיכוי להשגת מוביליות חברתית-כלכלית של אוכלוסיות שרמת המוביליות שלהן נמוכה בהשוואה לכלל האוכלוסייה.

סביבת המזון שלנו מציבה בפנינו אתגרים רבים העלולים להזיק לתינוקות ולפעוטות כמו גם להוריהם. על כן חשוב לסגל הרגלי אכילה בריאים והתנהגות תזונתית התפתחותית תואמת גיל והקשר חיים.

סקירת הספרות שכאן מתייחסת להבטים אלה, והיא בסיס לפיתוח הידע והפרקטיקות בתוכנית.

תודה לצוות המקצועי המוביל את התוכנית מתוך השותפות האמיצה שנבנתה.

פרופ' רונית אנדוולט

מנהלת אגף התזונה, חטיבת בריאות
הציבור, משרד הבריאות

ד"ר אריאל לוי

מנכ"ל ג'וינט-אשלים

דברי פתיחה

האגף לתזונה במשרד הבריאות ותחום הגיל הרך בג'וינט-אשלים חברו יחדיו לביצוע סקירת ספרות בנושא "תזונה והזנת פעוטות" במסגרת התוכנית "תזונה והתפתחות מבראשית". סקירת הספרות מבקשת לתרום לבסיס הידע בנושא ולסייע בעיצוב הנחיות כוללניות עבור אנשי מקצוע והורים לפעוטות.

משרד הבריאות פועל לצמצום אי השוויון הבריאותי בחברה הישראלית באמצעות מתן הזדמנויות הוגנות יותר לבריאות והנגשת מענים בריאותיים ורווחתיים. להשקעה בשנים הראשונות של הפרט יש השפעה ארוכת-טווח על ההתפתחות הפיזית, הבריאותית, הקוגניטיבית, השפתית והרגשית. מעבר לכך, השקעה בגיל הצעיר מלווה בערכים בריאותיים, חברתיים וכלכליים ותורמת לצמצום אי השוויון ולמימוש הפוטנציאל של הפרט בעתיד וסיכויי למוביליות חברתית-כלכלית וכן משפרת את בריאותו העתידית.

ג'וינט-אשלים קיבל על עצמו את אתגר קידום המוביליות החברתית-כלכלית מגיל לידה עד 30. מוביליות זו מייצגת את כלל האפשרויות העומדות בפני אדם או קבוצה לנוע במעלה הסולם החברתי-כלכלי במהלך החיים ומבטאת את יכולתו של הפרט לשפר את איכות חייו ללא תלות במאפייני הרקע שלו. כדי לייצר השפעה כזו, מקדם ג'וינט-אשלים, עם ממשלת ישראל, מהלכים, שותפויות ומחקר שנועדו להעמיק את השיח המקצועי והציבורי, להטמיע תפיסות, להשפיע על מדיניות, לייצר שפה משותפת ולפתח מענים ופרקטיקות.

מתוך התפיסה שעתידי של האדם מהווה חלק אינטגרלי מעתיד החברה ולאור ההבנה שבגיל הרך קיימת אפשרות לצמצום אי-שוויון ולמתן הזדמנויות הוגנות יותר לבריאות, חברו בשנת 2022 האגף לתזונה במשרד הבריאות ותחום הגיל הרך באשלים לפיתוח תוכנית ייחודית בשם "תזונה והתפתחות מבראשית". **התוכנית מתמקדת בתזונה בריאה כבסיס להתפתחות מיטבית בגיל הרך. מטרת התוכנית לאפשר לילדים בגיל הרך לממש בצורה מיטבית את הפוטנציאל ההתפתחותי, הבריאותי והרגשי שלהם, התלוי בהיבטים תזונתיים מגוונים; להפחית מצבי סיכון הנובעים מתזונה לקויה ומיחסי האכלה לא תקינים ולהפוך את התזונה הבריאה בגיל הרך לנורמה חברתית נפוצה בקרב הורים ולסטנדרט מחייב עבור אנשי מקצוע.**

בשנת 2021 החלו לעבוד תזונאיות במסגרת 'טיפות חלב' של משרד הבריאות בפריסה ארצית ועלה הצורך לפתח תורת עבודה ומדדים ולהבנות את פרופסיית התזונאית בתור אשת מקצוע, המקדמת התפתחות אכילה תקינה בשנות החיים הראשונות.

עד כה הידע שרכשו נשות המקצוע התבסס על מגוון קורסים ישראליים ובין-לאומיים לצד תדריכים ונהלים של משרד הבריאות, כגון:

1 | חוזר לאנשי מקצוע להזנת התינוק והפעוט

https://www.gov.il/BlobFolder/policy/bz01-2021/he/files_circulars_bz_bz01_2021.pdf

2 | לאכול ולגדול, 2023

https://www.gov.il/BlobFolder/policy/bz01-2023/he/files_circulars_bz_bz01_2023.pdf

3 | הזנת התינוק בשנה הראשונה לחיים

["https://www.gov.il/he/departments/general/first-year-baby-feeding-pamphlet](https://www.gov.il/he/departments/general/first-year-baby-feeding-pamphlet)

4 | הנחיות תזונת תינוקות במשפחות צמחוניות וטבעוניות (שירותי בריאות הציבור והאיגוד הישראלי לרפואת ילדים, אוקטובר 2013) <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Veg-babies.pdf>

5 | שאיבת חלב אם, אחסון ושימוש בחלב שאוב

<https://www.gov.il/he/departments/general/breast-milk-pamphlet>

6 | עלוני מידע להורים

<https://www.gov.il/he/departments/topics/parent-information-pamphlets/govil-landing-page>

7 | חומצה פולית

<https://www.gov.il/he/departments/general/folic-acid-pamphlet>

8 | אנמיה

<https://www.gov.il/he/departments/general/iron-deficiency-anemia-prevention-pamphlet>

המידע הזמין לאנשי מקצוע מתמקד לרוב בסוגיות הפיזיולוגיות של ההזנה, אך אינו מרחיב על ההיבטים ההתנהגותיים, הסביבתיים וההתפתחותיים, שבהם מתמקדת סקירה זו המונחת לפניכם. **הסקירה נכתבה עבור תזונאיות ואנשי מקצוע שעובדים עם ילדי הגיל הרך והורים והיא עוסקת ביחסי האכלה ובהרגלי אכילה. הסקירה נועדה לשמש בסיס ידע לפיתוח תורת עבודה ולעיצוב תפקיד התזונאית בממשק עם הורים ואנשי מקצוע בקהילה.** גיבוש תורת העבודה וממשקי העבודה יסייעו לעיצוב תפקידן של תזונאיות נוספות הפועלות בקהילה: תזונאיות עירוניות, תזונאיות אשכול, תזונאיות יועצות למעונות היום, ועוד. כמו כן, גיבוש תורת עבודה ושפה מקצועית משותפת יאפשרו לתזונאיות להעביר את המידע לגורמי מקצוע נוספים ולהרחיב את מעגל ההשפעה באמצעות הכשרות מקצועיות. תודתנו לאיריס שביט ולנעמה טל-שחר אשר הובילו את כתיבת הסקירה. אנו תקווה שתמצאו ערך בסקירה, שהיא תסייע לכם בעבודתכם החשובה ותעשיר אתכם מבחינה מקצועית.

מרב אורנשטיין-קינן

מומחית קידום בריאות ומנהלת
תוכניות, ג'וינט-אשלים

זיוה שגיב

מנהלת תחום גיל רך,
ג'וינט-אשלים

ד"ר מורן בלייכפלד-מגנאזי

סגנית מנהלת אגף התזונה, חטיבת
בריאות הציבור, משרד הבריאות

תקציר מנהלים

8.....

מבוא

11.....

- 12.....הקדמה
- 12.....עקומות גדילה ככלי להערכת גדילה תקינה
- 12.....רקע לעקומות הגדילה
- 13.....האם עקומות הגדילה של ה-WHO אכן מייצגות סטנדרט גדילה?
- 15.....גורמים המשפיעים על דפוסי גדילה
- 16.....סיכום



פרק ראשון
גדילה

- 17.....הקדמה
- 17.....אנטומיה, פיזיולוגיה והיבטים תזונתיים
- 17.....חלל הפה
- 18.....קיבה
- 19.....מעיי דק
- 20.....מעיי גס
- 20.....מיקרוביום
- 21.....סיכום



פרק שני
פיזיולוגיה

- 22.....הקדמה
- 22.....שבעת תחומי התפקוד המשפיעים על האכילה
- 23.....מערכות איברים ומצב רפואי
- 24.....מערכות שרירים
- 25.....מערכות חושיות
- 25.....למידה (חוויות למידה מהעבר, סגנון למידה, יכולת למידה)
- 26.....שלב התפתחותי-קוגניטיבי
- 26.....מצב תזונתי
- 26.....הסביבה
- 27.....הזנה משלימה בראי התפתחותי
- 27.....תקופות רגישות לחשיפה למוצקים - "חלון הזדמנויות"
- 28.....סיכום



פרק שלישי
אכילה כשדה
התפתחותי

29	הקדמה
30	סגנונות הורות והאכלה
31	מהי האכלה מגיבה לעומת האכלה לא מגיבה?
32	סימני האכלה - רעב ושובע
33	האכלה לשם הרגעה
33	הנקה, האכלה מבקבוק והאכלה מגיבה
34	הצגת מוצקים והאכלה מגיבה
34	חמשת המודלים להצגת מזונות משלימים
36	מצבים המשפיעים על יחסי האכלה
36	משקל
36	פגים
37	האכלה מגיבה במשפחות שיש בהן עוד אחים
38	האכלה מגיבה ומטפלים אחרים - אבות, סבות
38	אבות
39	סבות
40	סיכום



פרק רביעי
יחסי
האכלה

41	הקדמה
41	מדיקליזציה של האכלה
42	הורות בעידן המודרני והמדיה החברתית
43	תמיכה פנים-אל-פנים אל מול תמיכה וירטואלית
43	הורות בישראל - תמונת מצב ייחודית
43	יחס מטפלות-ילדים
44	הכשרה רשמית של מטפלות
44	מסגרות עבור פעוטות במצב סוציאקונומי נמוך לקידום מוביליות חברתית
44	חברתית
45	סיכום



פרק חמישי
אקולוגיה של
האכלה ואכילה

46	הקדמה
46	גישה אקולוגית משולבת של סגנון חיים
47	תוכניות התערבות מהעולם
47	בריטניה
49	אוסטרליה NOURISH
54	ארה"ב INSIGHT
59	WHO - MGRS
60	ארגון Feeding Matters
61	תוכניות התערבות בישראל



פרק שישי
תוכניות
התערבות

64	סיכום
67	רשימת המקורות



סיכום

תקציר מנהלים

"If we change the beginning of the story, we change the whole story."

(WHO)

השנים הראשונות לחיים הן תקופה קריטית להתפתחות פיזית, רגשית, חברתית וקוגניטיבית של ילדים בכלל, ושל ילדים מאוכלוסיות פגיעות, בפרט. קיים קשר מוכח בין בריאות פיזית ונפשית של ילדים בגיל הרך, החל משלב תכנון ההיריון, לבין התפתחות מיטבית בכל תחומי החיים. בריאות פיזית ונפשית תלויה בסביבה המעניקה התקשרות בטוחה, מוגנות, יחסי האכלה מיטביים ותזונה בריאה ומאוזנת. התוכנית "תזונה והתפתחות מבראשית", המתוארת בסקירה זו, מתמקדת בתזונה בריאה שתשמש בסיס להתפתחות מיטבית בגיל הרך. חרף חשיבות הנושא נדמה כי ההנחיות הרשמיות וההכשרות המקצועיות עוסקות רבות בשאלות של "מה, מתי וכמה" בתזונת תינוקות ופעוטות, וממעטות להתייחס לשאלה של "איך". בכך הנחיות אלה אינן מצליחות להביא לידי ביטוי את ההתייחסות ליחסי האכלה, להרגלי אכילה ולחשיבותם של ההיבטים ההתפתחותיים, הסביבתיים והחברתיים.

הסקירה מציגה מידע שיש בו כדי ללמד על תזונה ועל הזנת פעוטות במובנם הרחב ולקדם הנחיות כוללניות (הוליסטיות) עבור אנשי מקצוע והורים לפעוטות מגיל לידה ועד גיל שלוש שנים. הסקירה מתעמקת בשאלת ה"איך" ובקשר ההדדי והדו-כיווני בינה לבין שאלות ה"מה, מתי וכמה". כל פרק בסקירה מציג היבט אחר של יחסי הגומלין המורכבים, המעצבים את התזונה ואת יחסי האכלה בשנים קריטיות אלו: דפוסי גדילה, פיזיולוגיה של מערכות המעורבות באכילה ובעיכול, רכישת אבני דרך התפתחותיות בשדה ההתפתחות של אכילה ויחסי האכלה והסביבה. בפרק הסיום מובאת סקירת תוכניות ההתערבות המוקדמות, המדריכות להרגלי אכילה וליחסי אכילה של פעוטות, שנמצאו בעלות השפעה על בריאותם בהמשך הילדות.

גדילה

- עקומות הגדילה המשמשות אנשי מקצוע לניטור גדילה כיום הן **אלה שפרסם ה-WHO, המדגישות את ההנקה כנורמה הביולוגית להזנת התינוק ומבססות את התינוק היונק כמודל לגדילה ולהתפתחות**. הבנת דפוסי הגדילה הנורמטיביים מאפשרת הבחנה בין סטיות תקינות ומקובלות בגדילה לעומת סטיות פתולוגיות, ועשויה למנוע אבחון יתר. אבחון יתר הוא אבחון שלא לצורך, המעורר מתח ולחץ בקרב ההורים וגם במערכות הבריאות ומגביר את הצורך בהמשך בדיקות, בשירותי מומחים ובהפסד ימי עבודה עבור ההורים.
- הורים רבים מעריכים את בריאות תינוקם ואת יכולתם לשמש הורים על פי מיקומו על עקומת הגדילה וקצב העלייה שלו במשקל. חששות המטפלים לגבי משקל הילד בפועל או לגבי האופן שבו הם תופסים את משקלו עלולים להשפיע על האופן שבו יאכילו את ילדם ואף לפגוע ביחסי האכלה. בהיותנו אנשי מקצוע חשוב לזכור ולתווך להורים דפוסי גדילה תקינים ואף לשקול את נחיצות השקילה למטרת הביקור.

- קיים פער בין מידת הבשלות של מערכת העיכול, המתפתחת בהדרגה ומתבססת במלואה לקראת גיל 2-4 שנים, לבין ההמלצות התזונתיות והציפיות של אנשי מקצוע למועד החשיפה למזונות משלימים, להרכבם, לקצב ההתקדמות בהם ולגמילה מתזונת חלב. פער זה יכול להסביר תסמיני עיכול נפוצים של הגיל הרך וקשיים המאפיינים את תקופת המעבר למזונות משלימים וביסוסם, העלולים להשפיע על יחסי ההאכלה.
- **הנקה, הרכב חלב האם והנפח התזונתי שהוא אמור לספק במהלך השנתיים הראשונות לחיים מותאמים להתפתחות של מערכת העיכול ולהתפתחות מיומנויות האכילה של התינוק ומהווים סטנדרט להאכלה ולאכילה.** חלב-אם מספק מחצית או יותר מהצרכים התזונתיים של התינוק בגיל 6-12 חודשים ועד שליש מהצרכים התזונתיים בגיל 12-24 חודשים. נוסף לכך, חלב-אם מספק עוגן תזונתי משמעותי בשנתיים הראשונות לחיים עד שמערכת העיכול ומיומנויות האכילה מגיעות לבשלות תפקודית המאפשרת התבססות מלאה על תזונת מוצקים מגוונים משולחן המשפחה. בישראל רק 15.3% מהאימהות ממשיכות להיניק לאחר גיל חצי שנה, וסביר שאף פחות מכך מיניקות מעל גיל שנה. רוב הפעוטות בישראל ניזונים מתרכובת מזון לתינוקות (להלן תמ"ל). ההשפעות של התמ"ל על בריאות וגדילה ידועות ומתיישבות עם ההמלצה של משרד הבריאות, שלפיה מגיל שנה ואילך לא נדרש תמ"ל כאשר הפעוט אוכל תפריט משפחתי בריא ומאוזן. נתונים אלו מעלים סימני שאלה רבים ומצריכים מחשבה עמוקה כיצד אנו מקדמים בריאות, מחד גיסא, אך לא פוגעים ביחסי ההאכלה, מאידך גיסא.

אכילה כשדה התפתחותי

- **אכילת מוצקים היא מיומנות נלמדת, המתחילה סביב גיל חצי שנה וממשיכה להשתכלל עד גיל 3 שנים.** הורים רבים מודאגים בתקופת המזונות המשלימים מכמות המזון המוצק הנאכלת. לא פעם, שאלות מאנשי מקצוע מחזקות את העיסוק בכמות ומסיטות את השיח התזונתי מההיבטים ההתפתחותיים שלו. כאשר ישנו "מרוץ" לביסוס ארוחה, ספק אם הורים יאפשרו את הזמן הנדרש לפיתוח מיומנויות אכילה מיטיבות, התורמות להתנהגויות אכילה בריאות, שיש בכוחן להפחית את הסיכון לבררנות אכילה ולהשמנה. **העיסוק בכמות מכתוב גם את אופן החשיפה למזונות משלימים ואת קצב ההתקדמות במרקמים של מזונות אלו. עיסוק מעין זה עלול אף להוביל לתופעה שאנו עדים לה כיום והיא המשך האכלה פסיבית של התינוק או אקטיבית על ידי פאוצ'ים (שקיות מציצה), בדגש על מרקם טחון או מעוך ושילוב מזונות אולטרה-מעובדים כבר מגיל צעיר מאוד. כל זאת רק כדי להגיע לכמות גם בהיעדר מיומנות אכילה תואמת.**

יחסי האכלה

- ההנחה הרווחת היא, כי ילדים נולדים עם יכולת פנימית לווסת בעצמם את צריכת האנרגיה שלהם, אך האופן שבו הם ניזונים באמצעות הוריהם יכול לטפח או לחלופין לערער את היכולת הזו, ובכך להשפיע על הסיכון להשמנה ולמחלות כרוניות בהמשך החיים. **ארגוני בריאות בעולם הציעו, כי האכלה מגיבה היא הסטנדרט**

שיש לאמץ בעת האכלת ילדים, כבר מהשלבים המוקדמים של ההנקה וההזנה בתמ"ל ועד לתקופת המזונות המשלימים ואילך. האכלה מגיבה פירושה שההורה מגיב בצורה מותאמת לאותות הרעב והשובע של ילדו והיא קשורה לגדילה תקינה, לצריכה נאותה של רכיבי תזונה ולשמירה על משקל מאוזן לאורך זמן.

- ישנה חשיבות לאיתור מוקדם של הורים שהם בסיכון להשתמש בשיטות האכלה לא מגיבות. חשוב גם לדאוג לאיתור מוקדם של ילדים שבשל מאפייניהם עלולים להגביר את החשש ההורי, ולכן להעצים את הסיכוי לשימוש בשיטות האכלה לא מגיבות.

אקולוגיה של אכילה והאכלה

- אורח החיים המודרני והמצב הייחודי המאפיין את ישראל מותירים הורים עם מעט מאוד פניות פיזית ורגשית. נשים בהיריון ואימהות לילדים צעירים משתמשות במדיה החברתית לקבלת תמיכה ומידע, ומחפשות פתרונות "אינסטנט" להתמודדות עם אתגרי ההורות וההאכלה. חברות מסחריות עושות שימוש במדיה החברתית כדי לקדם את המוצרים שלהן תוך שימוש ב"אושיות רשת" שאימהות מרגישות קשורות אליהן ו"סומכות" עליהן. בהיותנו אנשי מקצוע בתחום הבריאות, חשוב שנהיה ערים למידת ההשפעה של המדיה החברתית ונפעל באופן פעיל להנגשת מידע מקצועי ומהימן להורים על ידי יצירת רשתות תמיכה באיכות גבוהה.

תוכניות התערבות

- תוכניות התערבות בשלב מוקדם והממוקדות בקשר הורה-ילד ובאינטראקציות האכלה ואכילה בדגש על האכלה מגיבה יעילות לטיפולן של התנהגויות האכלה ואכילה בריאות, לשמירה על משקל תקין ולשיפור הביטחון ההורי בהאכלת ילדים. השפעותיהם של אלה נשמרות לטווח ארוך. **מסרים עקביים, המלווים את הילד ככל שהוא גדל, לצד תמיכה של אנשי המקצוע, יובילו לשיעורים גבוהים יותר של משפחות שמצליחות להזין את ילדיהן בהתאם להמלצות הבריאותיות התואמות.** משך תקופת ההתערבות ותדירות ההדרכות ישפיעו ללא ספק על מידת היעילות לאורך זמן.

סקירה זו מציגה התבוננות רחבה ומעמיקה על הנושא של תזונת תינוקות ופעוטות ומתייחסת לכל ההיבטים הכוללניים המשפיעים על יחסי האכילה ועל קשר ההזנה של הורה-ילד. מידע זה יכול לסייע בעת קביעת הסטנדרטים וההנחיות לתוכנית וגם לשמש תשתית להכשרות של אנשי המקצוע ובהמשך לבניית חומרי הסברה והדרכה להורים ולמטפלים השונים. כמו כן, הסקירה שופכת אור על רעיונות משמעותיים המצריכים מחשבה מעמיקה, על ההמלצות הקיימות, על הפער העצום בין לבין המתרחש הלכה למעשה בפועל ועל הצורך במציאת פתרונות רב-מגזריים כדי לצמצם פער זה. לבסוף, הסקירה פורסת ומפרטת תוכניות התערבות בולטות מתוך הדגשת החוזקות של כל תוכנית ומקפידה לשזור מידע רלוונטי שיכול לסייע בעיצוב תוכנית התערבות יעילה.

מבוא

השנים הראשונות לחיים הן תקופה קריטית להתפתחות פיזית, רגשית, חברתית וקוגניטיבית של כל הילדים בכלל ושל ילדים מאוכלוסיות פגיעות, בפרט. קיים קשר מוכח בין בריאות פיזית ונפשית של ילדים בגיל הרך, החל משלב תכנון ההיריון, לבין התפתחות מיטבית בכל תחומי החיים. בריאות פיזית ונפשית תלויות בסביבה המעניקה התקשרות בטוחה, מוגנת, יחסי האכלה מיטבים ותזונה בריאה ומאוזנת. התוכנית "תזונה והתפתחות מבראשית", המתוארת בסקירה זו, מתמקדת בתזונה בריאה שתהיה בסיס להתפתחות מיטבית בגיל הרך. חרף חשיבות הנושא, נדמה כי ההנחיות הרשמיות וההכשרות המקצועיות ממעטות להביא לידי ביטוי את ההתייחסות ליחסי האכלה, להרגלי אכילה ולחשיבות ההיבטים ההתפתחותיים, הסביבתיים והחברתיים.

אכילה היא הפעולה המורכבת ביותר שהתינוק לומד. התפתחות האכילה מערבת מערכות רבות, פיזיולוגיות, מוטוריות, סנסוריות, ועוד. כמו כן, היא תלויה בקשר הורה-ילד ובקשר חברתי, תרבותי וכלכלי. יצירת סביבת אכילה והתפתחות מקדמת, תומכת ומבינה, המתייחסת לכל אלו, היא הבסיס לרכישת מיומנויות והתנהגויות אכילה מיטביות ובריאות בהווה ובעתיד.

בשנות החיים הראשונות רוב הזמן המשותף של הורה-ילד מוקדש להאכלה ולאכילה. אינטראקציות האכלה חיוביות, המתקיימות כאשר ההורה מגיב בצורה מותאמת לאיתותי הרעב והשובע של התינוק, משפיעות על תחומי התפתחות רבים של התינוק, כמו גם על גדילה תקינה, ויסות עצמי של צריכת מזון, הפחתת השמנת יתר ובררנות אכילה בשלב מאוחר יותר בחיים.

הסקירה שלהלן מציגה מידע שיש בו כדי ללמוד על תזונה והזנת פעוטות במובן הרחב ולקדם הנחיות כוללניות עבור אנשי מקצוע והורים לפעוטות מגיל לידה ועד גיל שלוש שנים. הסקירה בנויה כך, שכל פרק מציג היבט אחר של יחסי הגומלין המורכבים המעצבים את התזונה ואת יחסי האכלה בשנים קריטיות אלו: דפוסי גדילה, פיזיולוגיה של מערכות המעורבות באכילה ובעיכול, רכישת אבני דרך התפתחותיות בשדה ההתפתחות של אכילה ויחסי האכלה-סביבה.

פרק ראשון גדילה



- ◀ עקומות הגדילה המשמשות אנשי מקצוע לניטור גדילה כיום הן עקומות שפרסם ה-WHO, המדגישות את ההנקה כנורמה הביולוגית להזנת התינוק ומבססות את התינוק היונק כמודל הנורמטיבי לגדילה ולהתפתחות.
- ◀ הורים רבים מעריכים את בריאות תינוקם ואת יכולתם בהורות לפי מיקומו על עקומת הגדילה וקצב התקדמותו בהתייחס אליה.
- ◀ אנשי מקצוע נדרשים לזכור ולתווך להורים שעקומות הגדילה אינן מצליחות לשקף באופן מלא את מורכבות הגדילה והבריאות. כמו כן, הן אינן רגישות די הצורך למרכיבים ייחודיים המשפיעים על הגדילה והבריאות של ילד מסוים.

הקדמה

גדילה תקינה היא התקדמות של שינויים בגובה, במשקל ובהיקף הראש, התואמים את הסטנדרטים שנקבעו עבור אוכלוסייה נתונה. התקדמות הגדילה מתפרשת בהקשר של הפוטנציאל הגנטי של ילד מסוים (Lifshitz & Cervantes, 1996). גדילה תקינה משקפת מצב בריאותי ותזונתי כללי. הבנת דפוסי הגדילה הנורמטיביים מאפשרת זיהוי מוקדם של סטיות פתולוגיות ויכולה למנוע הערכה מיותרת של ילדים עם שינויים תקינים המקובלים בגדילה.

עקומות גדילה ככלי להערכת גדילה תקינה

הכלים העיקריים המסייעים לאנשי מקצוע בהערכת הגדילה הם עקומות הגדילה. ערכם טמון בסיוע בקביעת המידה שבה מסופקים צרכים פיזיולוגיים לגדילה ולהתפתחות בתקופת הילדות החשובה. אך התועלת של כלים אלה רחבה הרבה מעבר להערכת מצבם התזונתי והבריאותי של ילדים. האו"ם וממשלות רבות מסתמכים על עקומות הגדילה למדידת הרווחה הכללית של אוכלוסיות, לגיבוש מדיניות בריאות ולתכנון התערבויות ומעקב אחר יעילותן (WHO & De Onis, 2006).

רקע לעקומות הגדילה

כאמור, העקומות המשמשות כיום בישראל ובעולם להערכה של גדילה תקינה בשנות החיים הראשונות הן אלה שקבע ארגון הבריאות העולמי ה-WHO. השימוש בהן התחיל בשנות ה-90 המוקדמות של המאה ה-20 והחליף את השימוש בעקומות הגדילה של המרכז הלאומי לסטטיסטיקת בריאות/ארגון הבריאות העולמי (NCHS / WHO), שהיו בשימוש בין-לאומי מאז סוף שנות ה-70. השינוי התרחש לאחר מינויה של קבוצת מומחים, שהעריכה במדויק את העקומות הקיימות. שלב ראשוני זה תיעד את המגבלות של העקומות הקיימות ומצא, שהמגבלה העיקרית הייתה הסטייה מהעקומות שנצפתה בגדילה של תינוקות יונקים בריאים (Van Buuren & Van Wouwe, 2008; WHO & De Onis, 2006). נמצא כי בהשוואה לתינוקות הניזונים מתמ"ל, משקלם של תינוקות יונקים עולה מהר יותר במשך ששת החודשים הראשונים לחייהם, ולאחר מכן הקצב פוחת. בין גיל 6 ל-32 חודשים משקלם הממוצע של התינוקות היונקים נמוך יותר בהשוואה למשקלם של תינוקות הניזונים מתמ"ל (עמותת עתיד, 2018).

ממצאים אלו הובילו לפיתוח תוכנית של עקומות גדילה חדשות אשר מטרתן לתאר כיצד ילדים אמורים לגדול בכל מקום בעולם והן נקראות **עקומות סטנדרט**. זאת כתחליף לעקומות אשר היו נהוגות עד אז, אשר תיארו כיצד ילדים גדלים בזמן ובמקום מסוים והן נקראות **עקומות ייחוס/רפרנס**.

מחקר עקומות הגדילה הרב-מרכזי של ארגון הבריאות העולמי (Multicenter Growth Reference Study – MGRS), שמטרתו לתאר את הגדילה של תינוקות יונקים בריאים, החיים בתנאי סביבה טובים, נערך בין השנים 1997 ל-2003 בשש מדינות באזורים גיאוגרפיים מגוונים: ברזיל, גאנה, הודו, נורבגיה, עומאן וארצות הברית. במחקר מעקב ארוך-טווח השתתפו 882 תינוקות מגיל לידה עד לגיל 24 חודשים עם מרכיב חתך של 6,669 ילדים בגילים 18-71 חודשים. הסטנדרטים לגדילת ילדים של WHO נגזרו מילדים אשר גדלו בסביבה שהפחיתה למינימום מגבלות גדילה, כגון תזונה לקויה וזיהום. נוסף לכך, האימהות של הילדים אשר השתתפו במחקר עקבו אחר המלצות בריאותיות כמו הנקה ואי-עישון במהלך ההיריון ואחריו. על בסיס נתונים אלו נבנו עקומות הגדילה (De Onis et al., 2004).

עקומות אלו מתארות אפוא גדילה אנושית תקינה בתנאים סביבתיים מיטביים וניתן להשתמש בהן כדי להעריך גדילה של ילדים בכל מקום בעולם, ללא קשר למוצא אתני, למצב סוציו-אקונומי ולסוג האכלה. העקומות **מדגישות במפורש את ההנקה כנורמה הביולוגית ומבססות את הילד היונק כמודל הנורמטיבי לגדילה ולהתפתחות**. בכך יש לעקומות אלה פוטנציאל לחזק באופן ניכר את מדיניות הבריאות ואת התמיכה בהנקה (Van Buuren & Van Wouwe, 2008).

זאת ועוד. המדגם המשולב של תינוקות משש המדינות אשר השתתפו במחקר אפשר פיתוח התייחסות בין-לאומית אמיתית, המדגישה את העובדה **שאוכלוסיות ילדים גדלות באופן דומה באזורים שונים בעולם אם צרכי הבריאות והטיפול בהם מסופקים**. נוסף לכך, המדגם מספק כלי מתאים **לגיוון האתני ולהתפתחות לעבר חברות רב-גזעיות ורב-תרבותיות, הנראות יותר ויותר ביבשת אמריקה ובאירופה**.

המסקנה הייתה, אם כן, כי עקומות הגדילה של ה-WHO מספקות כלי טוב יותר לנטר את קצב הגדילה המהיר והמשתנה בינקות המוקדמת. עקומות אלה גם מציגות, כי לילדים בריאים מרחבי העולם, הגדלים בסביבה בריאה ועוקבים אחר שיטות האכלה המומלצות, יש דפוסי גדילה דומים (De Onis et al., 2004).

האם עקומות הגדילה של ה-WHO אכן מייצגות סטנדרט גדילה?

שאלת ייצוג העקומות והתאמתן לכלל האוכלוסיות עלתה במחקרים לא מעטים (Bennett et al., 2014; Hui et al., 2008; Natale & Rajagopalan, 2014; Wright et al., 2008) והיא שאלה רבת משמעות. כאמור, עקומות גדילה משמשות כלי להערכת גדילה, אך אם הן אינן משקפות סטנדרט גדילה הולם, כל הערכה שתיעשה על בסיסן תהיה שגויה ותשפיע על הצורך בהתערבות וטיפול (WHO & de Onis, 2006a). שגיאות מסוג זה עלולות להקשות על אבחון מתאים (אבחון יתר או תת-אבחון), לעורר מתח ולחץ מיותרים בקרב הורים ומערכות הבריאות, להגביר את הצורך בהמשך בדיקות ובשירותי מומחים ואף להשפיע באופן רחב יותר, כגון הפסד ימי עבודה של הורים והשפעה על מיסוי הבריאות.

היבטים שיש לתת עליהם את הדעת בעת שימוש בעקומות ה-WHO:

1 | התאמה לתינוקות יונקים בלעדית

הקריטריונים להכללה במחקר היו דומים עבור מחקרי האורך והחתך, למעט ההמלצות התזונתיות הנוגעות להנקה (שם). בעוד שהחוקרים שאפו שקבוצת המחקר במחקר העקבה תתבסס על תינוקות אשר ינקו באופן בלעדי עד גיל 4 חודשים, בפועל שונתה ההמלצה ועמדה על הנקה בלעדית או הנקת שליטה למשך 4 חודשים לפחות (120 ימים).

הנקה בלעדית הוגדרה כתינוק שקיבל תזונה של חלב-אם בלבד ללא נוזלים או מוצקים אחרים, למעט טיפות או סירופים המורכבים מוויטמינים, תוספי מינרלים או תרופות. **הנקת שליטה** הוגדרה כהנקת חלב-אם בתור מקור ההזנה העיקרי של התינוק, עם זאת, ייתכן שהתינוק קיבל גם מים ומשקאות על בסיס מים (למשל, מים ממותקים ובטעמים, תה, חליטות), מיץ פירות, טיפות או סירופים של ויטמינים, מינרלים ותרופות (שם). כאשר מתבוננים בנתונים של מחקר ה-MGRS על שכיחות של הנקה בלעדית, הנקת שליטה, הנקה חלקית ושכיחות של תינוקות שאינם יונקים לפי גיל, ניתן לראות, כי כבר בגיל חודשיים פחות מ-60% מהתינוקות ינקו באופן בלעדי. תוספת תמ"ל לתינוק יונק ו/או מיצים או מי סוכר משנים את ההרכב התזונתי היומי שהתינוק מקבל, ובה בעת משנים את פלורת חיידקי המעי בצורה מובהקת. מכאן עולות מספר שאלות אשר רצוי להתייחס אליהן בעת השימוש בעקומות: מהי השפעתם של שינויים אלו על דפוס הגדילה של התינוקות הנבדקים? עד כמה, אם בכלל, עקומות אלה אכן נותנות מענה לבחינת דפוס הגדילה של תינוקות היונקים בלעדית? (שם).

2 | האם כל סטייה מדפוסי הגדילה היא בהכרח גדילה לא תקינה?

לפי ארגון הבריאות העולמי, כל סטייה מדפוס הגדילה המתואר בעקומות הגדילה היא סממן לגדילה שאינה תקינה (Natale & Rajagopalan, 2014).

סקירה סיסטמטית אשר פורסמה בשנת 2014 (שם) בחנה עד כמה גדילתם של ילדים מכל רחבי העולם תואמת את דפוס הגדילה המתואר בעקומות ה-WHO. החוקרים בחנו יותר מ-900 עבודות שבהן אוכלוסיית המחקר תאמה את זו של ילדי ה-WHO (כלומר, תינוקות שנולדו במועד, היונקים ברמה כלשהי אשר נולדו למשפחות עם יתרון סוציו-אקונומי).

בסך הכול השוו החוקרים נתוני גדילה של כ-11 מיליון ילדים מ-55 מדינות. בתוצאות המחקר נצפה שוני בגובה של 20% בקרב הילדים. במשקל, לעומת זאת, נצפתה שונות של בין 12% ל-57% (כתלות בגיל): השונות הגדולה ביותר נצפתה בגיל שנה בגובה של 60% בקרב הבנים ו-44% בקרב הבנות. עם זאת, מרביתן המוחלט של המדידות היו מעל ממוצע ה-WHO שעמד על 50% בעקומת הגדילה. לנוכח שיעורי ההשמנה העולמיים ולאור העובדה שעקומות ה-WHO מתיימרות להיות עקומות סטנדרט, ייתכן שיש יתרון בשוני מובהק זה, מאחר שהוא מאפשר אבחון והתערבות מוקדמים בקרב תינוקות וילדים עם עלייה ניכרת באחוזוני המשקל. עם זאת, אנשי מקצוע אשר עובדים עם ילדים באוכלוסיות שבהן הגובה רב מהממוצע העולמי (בעיקר אוכלוסיות ממוצא אירופי) או נמוך ממנו (אוכלוסיות ממוצא דרום ומזרח אסיה וחלק ממדינות ערב), צריכים להביא זאת בחשבון בעת הערכת אחוזוני המשקל והערכת הגדילה, בעיקר אם מדובר באבחון של כשל בשגשוג. שוני בהיקף הראש נצפה באופן המובהק ביותר, יותר מהשינויים בגובה ובמשקל, בעיקר באזורים גיאוגרפיים מרוחקים וזאת בעקבות שונות אתנית גדולה מאוד (שם).

מחקר נוסף אשר פורסם בשנת 2014 (Bennett et al., 2014), שהיה מחקר חתך רטרוספקטיבי, בחן את דפוסי הגדילה של 9,369 תינוקות בשנת חייהם הראשונה. החוקרים בחנו כמה אחוזונים ראשיים נחצו במהלך שנה זו וכן את ההבדל בין המדידה הראשונה למדידה האחרונה. נמצא כי 68% מהתינוקות ירדו באחוזון אחד, 38% ירדו בשני אחוזונים ו-35% מהתינוקות עלו באחוזונים או נותרו ללא שינוי. תוצאות אלו מצביעות על כך, שאחוזוני הגדילה של ילדים רבים יורדים במשך שנת החיים הראשונה, ירידה אשר עשויה להיות תקינה ואינה מצריכה בהכרח טיפול והתערבות.

3 | התאמה לאוכלוסייה מקומית ולאוכלוסייה הטרוגנית

מחקר ה-MGRS השתמש בנתונים משש מדינות שונות. על אף הטרוגניות ברורה בין המדינות, עדיין נמצא כי **בתנאי גדילה מיטביים דפוסי הגדילה דומים בין המדינות**. כפי שעולה מהסקירה שהוצגה לעיל ומשני מחקרים בודדים (Hui et al., 2008; Wright et al., 2008), שניסו לבדוק את התאמת העקומות לאוכלוסיות מקומיות, ייתכן כי עקומות הגדילה של ה-WHO לא מייצגות בפועל את כלל אוכלוסיות העולם, ובעיקר לא את אוכלוסיות הקצה – בני עמים גבוהים או נמוכים במיוחד ביחס לגובה הממוצע העולמי, או בני עמים עם מבנה ראש שונה. כמו כן, ייתכן שהשינויים הנצפים הם תוצאה של שינויים אפיגנטיים (תורשתיים בין-דוריים בתפקוד הגנים) ושל גורמים סביבתיים לא מיטביים של דורות אחדים לאחור, על אף שהגורמים הסביבתיים שנבדקו כיום הם מיטביים.

חשוב לזכור, כי עקומות הגדילה אינן מספקות מידע על דפוסי הגדילה של אוכלוסייה מסוימת במדינה מסוימת והן אינן מבטלות את הצורך בעקומות מקומיות מייצגות. יתרה מכך, עקומות מסוג זה יכולות לעזור בהשוואה בין אוכלוסיות מקומיות מגוונות לסטנדרטים העולמיים ולאתגר בפירוש את ההסבר של הבדלים אלו. בראייה רחבה ברמת הקהילה או האוכלוסייה ובהנחה שדפוס הגדילה התואם את העקומות הוא תוצאה של גדילה בתנאים מיטביים, ייתכן כי השונות בדפוסי הגדילה היא מדד לאי-שוויון בתנאים (Van Buuren & Van Wouwe, 2008). היבט זה חשוב בעיקר בבואנו לתכנן תוכניות התערבות ובהתאמתן לקהילה נתונה על השונות שמאפיינת אותה.

גורמים המשפיעים על דפוסי גדילה

העדויות להשפעות סביבתיות ותזונתיות בתקופות קריטיות בהתפתחות על הנטייה של הפרט להשמנה ולמחלות מטבוליות גדלות והולכות. המתווכים והמנגנונים המדויקים להשפעות אלו טרם נקבעו והם נושאים לחקירה מתמשכת של העברה בין-דורית של השמנת יתר באמצעות **מנגנונים אפיגנטיים (תורשתיים) נוסף לגורמים גנטיים וסביבתיים**.

תזונת האם בהיריון ומשקל גופה הם גורמים חשובים בתכנות המטבולי. הינקות והילדות המוקדמות עשויות להיות גם הן תקופות קריטיות עבור תכנות מטבולי. מחקרים במגוון אוכלוסיות הראו קשר עקבי בין שיעורי העלייה במשקל במשך הינקות או הילדות המוקדמת לבין השמנת יתר, או לתסמונת מטבולית לאחר מכן במשך הילדות המאוחרת (Smego et al., 2017), גיל ההתבגרות או הבגרות (Monterio & Victora, 2005), או עם תוצאות ביניים, כגון שומן, לחץ דם וגורמי סיכון קרדיווסקולריים (מחלות לב וכלי דם) אחרים בילדות המוקדמת (Skilton et al., 2013). חלק מהמחקרים מצביע על כך, שלהנקה אפקט מגן מפני השמנת יתר בילדות. מחקרים אחרים מציינים שהשפעה זו עשויה להיות מתווכת על ידי צריכת חלבון, שכן צריכת חלבון גבוהה במשך השנתיים הראשונות לחיים נראית כמעודדת עלייה במשקל (Koletzko et al., 2009). היבט זה משמעותי מאוד, בעיקר בהקשר של catch up growth בפגים, בתינוקות עם משקל נמוך לגיל היריון (SGA), בתינוקות עם FTT ובתינוקות עם גדילה איטית.

סיכום

ניטור משקל, גובה והיקף ראש והצבתם על עקומות הגדילה הם חלק אינטגרלי בעבודתם של אנשי מקצוע המטפלים בתינוקות ובילדים ומשמשים כלי מרכזי בהערכת גדילה. גם עבור הורים הפכו ניטורים אלו לחלק מובהק במעקב אחר בריאות הילד ואף לכלי המגדיר אותה.

אכילה ושגשוג של התינוק הם היבטים רגשיים ביותר בהורות (Spencer, 2007). הורים רבים מעריכים את בריאות תינוקם ואת יכולתם כהורים על פי המידה שבה הם מצליחים להאכיל את התינוק ועל פי הקצב שבו משקלו עולה. גדילה שלא בהתאם לעקומות עלולה לערער את ההורים ולעורר לחץ וחרדה אשר ישפיעו על יחסי ההאכלה ויגדילו את הסיכון לפגיעה בהם.

כאנשי מקצוע, חשוב שנזכור וגם נתווך להורים, כי למרות החזון של עקומות גדילה אוניברסליות, המייצגות סטנדרט גדילה של ילדים בתנאים מיטביים, הן אינן מצליחות לשקף באופן מלא את המורכבות של גדילה ובריאות ואת הרב-ממדיות שלהן. בנוסף לכך, הן אינן רגישות די הצורך למרכיבים ייחודיים המשפיעים על הגדילה והבריאות של ילד מסוים (Yousefzaden et al., 2019). כמו כן, למרות הפשטות הנראית לעין במדידות הגדילה, קשה לקיים מדידות עקביות, סטנדרטיות ומדויקות במעקב גדילה שגרתי ולכן גם לא כל סטייה מהן תהיה בעלת משמעות קלינית. באופן כללי, יש לתת את הדעת על תכיפות השקילות, הערך של מדד המשקל וההשפעה שלהם על התחושות של ההורים ועל יחסי ההאכלה בהתאמה.

למעשה, אם נבחר להתבונן בגדילה של ילד כעל תהליך של שינוי פיזי, פסיכולוגי וחברתי מתמשך, הבונה את היכולות שלו למקסם את סיכויי החיים ברמה האישית והחברתית (שם), נמצא שהמיקום שלו בעקומות הגדילה, גם אם הוא תקין, אינו מבטיח שהוא בעל יכולת לאכילה מיטבית ויעילה, עם התנהגויות אכילה בריאות ומקדמות ועם יחסים מאוזנים עם האוכל והגוף.

פרק שני פיזיולוגיה



◀ קיים פער בין מידת הבשלות של מערכת העיכול, המתפתחת בהדרגה ומתבססת במלואה לקראת גיל 2-4 שנים, לבין ההמלצות התזונתיות והציפיות של אנשי מקצוע להרכב המזונות המשלימים, לקצב ההתקדמות בהם ולגמילה מתזונת חלב. פער זה יכול להסביר תסמיני עיכול נפוצים של הגיל הרך וקשיים המאפיינים את המעבר למזונות משלימים המשפיעים על יחסי האכלה.

◀ חלב-אם מספק מחצית או יותר מהצרכים התזונתיים של התינוק בגיל 6-12 חודשים ועד שליש מהצרכים התזונתיים בגיל 12-24 חודשים. כמו כן, חלב-אם מספק עוגן תזונתי משמעותי בשנתיים הראשונות לחיים עד שמערכת העיכול ומיומנויות האכילה מגיעות לבשלות תפקודית, המאפשרת התבססות מלאה על תזונת מוצקים מגוונת משולחן המשפחה.

הקדמה

העיכול הוא תהליך רב-שלבי, רב-אזורי ורב-תאי מורכב. בשנים הראשונות לחיים ישנו קשר הדוק בין תהליכי העיכול לבין תהליכי גדילה ובריאות בטווח הקצר והארוך. שנים אלו מאופיינות בשינויים תזונתיים מובהקים, הנלווים ומקבילים להתפתחות האנטומית והפיזיולוגית של מערכת העיכול, כולל לקולוניזציה של המיקרוביוטה של המעי. המעבר מתזונה נוזלית – חלב-אם או תרכובת מזון לתינוקות (להלן תמ"ל) לתזונה מוצקה, לצד שינויים פיזיקו-כימיים, מכניים ומיקרוביאליים, המתרחשים במערכת העיכול, מהווים אתגר לא מבוטל למערכת ומשפיעים ישירות ובעקיפין על האכילה ועל יחסי האכלה בגיל הרך. ידע של שלבי ההתפתחות העיקריים של התהליכים הכרוכים בעיכול ובספיגה של חלבונים, פחמימות ושומנים, וכן של שלבי ההבשלה העומדים בבסיס ההתפתחות של תנועתיות מערכת העיכול, יסייע לאנשי המקצוע בניהול הטיפול התזונתי של תינוקות (Indrio et al., 2022) ובתמיכה מתאימה להורים.

אנטומיה, פיזיולוגיה והיבטים תזונתיים

התינוק נולד עם מערכת עיכול שלמה מבחינה אנטומית. למעשה, כבר בשליש השני להיריון קיימים כל המבנים האנטומיים של מערכת העיכול של התינוק. עם זאת, הבשלות התפקודית, כולל הופעת אנזימי עיכול ודפוסי תנועתיות בוגרים, יתפתחו בהדרגה רק לאחר הלידה ולמעשה יתבססו במלואם רק לקראת גיל 2-4 שנים (Riskin & Shamir, 2016).

חלל הפה

אנטומיה ופיזיולוגיה

האנטומיה של אזור הפה והצוואר של התינוק הנולד מותאמת לתפקוד היניקה והבליעה. הלשון גדולה יותר באופן יחסי ונמצאת במיקום גבוה יותר (Fournier et al., 2021), כך שהיא תופסת את כל נפח חלל הפה ומגיעה עד לחך העליון. בכך מסייעת הלשון במעיכת הפטמה בפה התינוק ומעודדת יניקה (Stevenson & Allaire, 1991). תנועות הלשון בשלב הזה הן אנכיות. בגיל 4-6 חודשים, ככל שהלוע גדל, מקום הלשון בחלל הפה יורד ונוצר חלל בין החך

העליון לבין הלשון. משכך, נדרשת עבודה פעילה של הלשון במטרה להשיג מעיכה של מזון ומתחילה תנועה לטרלית של הלשון (תנועה צידית) אשר תאפשר בהמשך הבשלה של לעיסה. ככל שהתינוק גדל ומתפתח כך גדלים הלסת וחלל הפה בהתאמה ומתאפשרת שבירה של חתיכות מזון גדולות יותר וגם נשיכה ולעיסה חזקות יותר (Fournier et al., 2021). לחץ השפתיים עולה בהדרגה בין גיל 5 חודשים עד גיל 3 שנים, ועד גיל שנתיים וחצי יופיעו אצל הפעוט גם תנועות לעיסה סיבוביות האופייניות ללעיסה בוגרת. בקיעת שיניים ראשוניות קדמיות, המתרחשת בגיל 6-18 חודשים, היא שלב חשוב בהתפתחות תפקוד הפה. כך גם התפתחות השיניים וצמצום המרווחים בין השיניים הטוחנות – תהליכים אשר תומכים גם כן באכילה הבוגרת (Fournier et al., 2021; Indrio et al., 2022).

בלוטות הרוק מתפתחות לאורך הילדות, כתלות בבקיעת השיניים ובמעבר מתזונת חלב נוזלית לתזונת מוצקים. ההתפתחות מלווה במספר שינויים כמותיים ואיכותיים באופן זרימת הרוק, בהרכבו ובתכונות הפיזיקו-כימיות שלו. בלידה, הרוק מכיל רמות גבוהות של נתרן, אשלגן וכלור, הפוחתות במשך השנה הראשונה לחיי התינוק. עד גיל חודש ימים מרקם הרוק צמיגי מאוד, קצב הזרימה שלו נמוך והוא חומצי יותר בהשוואה להמשך החיים (שם).

היבטים תזונתיים

אנזימי הרוק חשובים בחודשי החיים הראשונים, כיוון שהם מתחילים את פירוק השומנים והסוכרים בפה (שפירא, 2003). על אף שזמן השהייה של חלב בפי התינוק הוא קצר, נצפית בלידה רמה גבוהה של ליפאז לשוני. רמה זו יורדת ככל שהתינוק גדל ובהתאמה לעלייה בהפרשת ליפאז מהלבלב. מנגד, רמת האלפא עמילאז נמוכה בלידה, אך עולה לרמה של מבוגר כבר בגיל חצי שנה (Indrio et al., 2022; Jiang et al., 2022). חלב ותזונה עתירת שומן של יילודים מצריכה פעילות ליפוליטית נאותה. בשל פעילות נמוכה של ליפאז לבלבי ביילודים ובתינוקות, לליפאז הלשוני ברוק תפקיד ייחודי בעיכול שומן מחלב.

קיבה

אנטומיה ופיזיולוגיה

האורך הממוצע של הקיבה בלידה הוא כ-7 ס"מ והוא עולה עם הגיל עד לאורך של כ-25 ס"מ בבגרות. בימים הראשונים לחיי היילוד האכלות תכופות גורמות לעלייה בנפח הקיבה וביכולת ההרפיה שלה, כך מתאפשרת בהדרגה תכולת קיבה גדולה יותר (Fournier et al., 2021). נפח הקיבה ונפח צריכת החלב משתנים בין יילודים לתינוקות ומגיעים עד לנפחים של מבוגר. נמצא כי נפח צריכת חלב-אם עולה במהירות בחודש הראשון לחיים, ממשיך לעלות בהדרגה עד לחודש הרביעי לחיים ולאחריו הנפח מתייצב (Jiang et al., 2022). קיימת שונות בתאי הקיבה השונים במספר הבלוטות והקריפטות בלידה בהשוואה לקיבה בוגרת. אלו משפיעות על ההרכב והכמות של מיצי הקיבה. יכולת הפרשת הקיבה של תינוק נמוכה מזו של מבוגרים. בילודים מדובר על נפח הפרשת קיבה שהוא כעשירית משל מבוגר, ורק לקראת גיל 5-6 שנים הנפח משתווה לזה של מבוגרים (שם). תנועתיות הקיבה בעקבות כניסת מזון ודפוסים מוטוריים אנטרליים בצום אינם שונים בין תינוקות למבוגרים. עם זאת, זמן ריקון הקיבה של יילודים ותינוקות ארוך יותר בהשוואה למבוגרים. תינוקות אשר ניזונו מפורמולה הציגו זמן ריקון קיבה ארוך יותר בהשוואה לתינוקות יונקים. נוסף לכך, להרכב התמ"ל, לתכולת החלבון ולנפח ההאכלה יש השפעה על קצב ריקון הקיבה ולכך משמעות באספקטים של ויסות צריכת חלב ומנגנוני רעב ושובע (שם). רמת החומציות בקיבה של יילודים ותינוקות גבוהה מזו של מבוגרים. בצום רמת החומציות בקיבה בחודש הראשון לחיים היא pH4-3 ויורדת עד גיל שנה ל-pH3-1.5, בעוד שהערך אצל מבוגרים בצום הוא 1.7-1.9. גם לאחר ארוחה רמת החומציות בקיבה של התינוק גבוהה מזו של מבוגר ונשארת גבוהה למשך זמן ממושך יותר (Fournier et al., 2021; Jiang et al., 2022).

היבטים תזונתיים

עיכול חלבונים: בקיבה אצל יילודים עיכול החלבונים הוא נמוך במובהק מאשר אצל מבוגרים (Jiang et al., 2022). מקורות החלבון העיקריים בתזונת תינוקות הם מי גבינה (whey) וקזאין (casein). עיכול החלבון מתחיל בקיבה במפגש עם הפרשות הקיבה. חומצות הקיבה בשילוב הפעלה של פפסינוגן, שהוא פרו-אינזים אשר הופך לאנזים בשם פפסין המפרק חלבון, גורמות להתחלה של פירוק חלק מהחלבונים (Indrio et al., 2022). בחודש הראשון לחיים פעילות הפפסין היא כ-18% בהשוואה לרמת פעילותו במבוגרים. פעילות האנזים עולה בהדרגה בשלושת החודשים הראשונים לחיים, בהתאמה לעלייה בהפרשת חומציות הקיבה, אך נשארת נמוכה בהשוואה למבוגרים. בגיל שנתיים תגיע הפרשת הפפסינוגן לרמות זהות למבוגרים (Jiang et al., 2022).

רמות החומציות: לאחר ארוחה רמות החומציות גבוהות יותר אצל תינוקות מאשר אצל מבוגרים. הן נשארות גבוהות גם לאחר ארוחה ותורמות גם הן לפעילות מוגבלת של פפסין בהתאמה לקושי בעיכול של חלבון (Jiang et al., 2022; Riskin et al., 2016).

עיכול שומנים: עיכול שומנים בקיבה הוא שלב קריטי עבור היילוד כדי לפצות על המחסור בליפאז בלבלי ועל ייצור חומצות מרה. למעשה, כבר בלידה פעילות הליפאז בקיבה מגיעה לרמה של מבוגרים. עיכול השומן בקיבתו של יילוד מתרחש בדומה לזה של מבוגר (Fournier et al., 2021; Jiang et al., 2022).

מעיד דק

אנטומיה ופיזיולוגיה

אורך המעי הדק בלידה הוא כ-275 ס"מ והוא גדל לאורך של כ-575 ס"מ בגיל 20 (Indrio et al., 2022). כל סוגי התאים, השרירים והמבנים העצביים של המעי הדק מופיעים עוד לפני הלידה, בעוד שתנועתיות המעי והאינטגרציה הנורו-אנדוקרינית אינה בשלה, אלא ממשיכה להתפתח במהלך שנת החיים הראשונה (Fournier et al., 2021). תנועתיות המעי תלויה בתיאום עצבי המעי ושכבת שרירי המעי החלקים. בזמן צום, התנועה היא מחזורית ובגלים, ורק במצב אכילה נוצרת תנועה רציפה (שפירא, 2003). השילוב של תנועה בארוחה ובזמן צום נקרא: IMMC - inter-digestive migrating motor complex. משך ה-IMMC ביילודים קצר יותר בהשוואה למבוגרים, ובעל מאפיינים שונים (Indrio et al., 2022; Jiang et al., 2022). זמן המעבר של המזון במעי הדק אצל תינוקות וילדים ארוך יותר בהשוואה למבוגרים (Fournier et al., 2021).

היבטים תזונתיים

בעת מעבר המזון מן הקיבה לחלל המעי (chyme) הוא מתערבב עם הפרשות המעי. הבלבל והכבד, יחד עם המעי הדק, משחררים הפרשות עיכול במטרה לפרק את החלבונים, השומנים והפחמימות לפולימרים קטנים ומונומרים המוכנים לספיגה (Fournier et al., 2021; Jiang et al., 2022).

עיכול חלבונים: רמתם של אנזימים פרוטאוליטיים (proteolytic enzymes), שתפקידם לפרק חלבונים לאבני הבניין בבלבל, נמוכה בלידה ותגיע לרמות של מבוגרים כמה שבועות לאחר הלידה. אנטרוקינאז (enterokinase), האנזים המפעיל אנזימים אחרים, מראה בלידה 20% מהפעילות שנמצאה בתינוקות ופעוטות בגיל 1-4 שנים ועלול להגביל את עיכול החלבון בשלבים מוקדמים (Jiang et al., 2022).

עיכול שומנים: הליפאז מהבלבל הוא בעל פעילות נמוכה בלידה, וכך גם ריכוז מלחי המרה. ליפאז הקיבה מופרש למעי יחד עם אנזימים ליפוליטיים (lipolites) מהבלבל פועלים לעיכול של השומנים (שם). לקראת גיל 3 חודשים עולה פעילות הליפאז מהבלבל וכך גם רמות מלחי המרה. לקראת גיל 3 שנים תגיע רמת הליפאז מהבלבל לרמות של מבוגר. כל אלו יכולים להסביר קושי בספיגה של שומן ושל ויטמינים מסיסי שומן בתינוקות צעירים, המוביל למעבר שומן בכמות גדולה למעי הגס (Fournier et al., 2021; Jiang et al., 2022).

עיכול פחמימות: עמילאז הבלב אינו ניתן לזיהוי לפני החודש הראשון לחיים והוא מגיע לרמות של מבוגרים רק בגיל שנתיים, בעוד שסכראז ואיזומלטאז של המעי קיימים כבר בלידה. פעילות הלקטאז בתינוקות היא פרופורציונלית לגיל ההיריון, והיא עולה במובהק משבוע 24 לשבוע 40 להיריון. לאחר הלידה, האכלה והרכב התזונה יכולים להשפיע על המשך התפתחות פעילות הלקטאז במעי. לפי מחקרים, בגיל 10 ימים נצפתה פעילות לקטאז גבוהה יותר ביילודים יונקים בהשוואה ליילודים שניזונו מפורמולה (Jiang et al., 2022). גלוקוז וגלקטוז המשתחררים מפירוק לקטוז נספגים על ידי טרנספורטרים (חלבונים נשאים) של אנטרוציטים המתבטאים כבר ביילודים, זאת בניגוד לפרוקטוז, שטרנספורטר ספציפי עבורו נספג רק לאחר גיל שנה (שם).

מעגל גס

אנטומיה ופיזיולוגיה

אורך המעי הגס בלידת תינוק במועד הוא כ-60 ס"מ, והוא גדל לאורך של כ-150 ס"מ בבגרות (Indrio et al., 2022). בין גיל הלידה לגיל שנתיים יורדים זמן מעבר המזון במעי הגס ותדירות הצואה. בגיל שבוע ימים הממוצע הוא כ-4 יציאות ביום, לעומת כ-2.2 יציאות ביום בגיל חודש, וכ-1.7 יציאות ביום בגיל שנה. בגיל שנתיים ממוצע היציאות דומה לזה של מבוגרים. תדירות התזונה משפיעה על תדירות הצואה. תינוק יונק מייצר ביום משקל צואה יבשה נמוך יותר בהשוואה לתינוק הניזון מפורמולה (Fournier et al., 2021).

היבטים תזונתיים

פחמימות לא מעוכלות מגיעות למעי הגס ועוברות תסיסה מיקרוביאלית, הגורמת לייצור של חומצות שומן קצרות שרשרת (SCFAs). אלו נספגות לאחר מכן ומנוצלות כמקורות אנרגיה. לצד זה, הוכח גם כי חומצת שומן בוטיראט משמשת דלק חשוב לקולונוציטים והיא בעלת תכונות המשנות את התפשטות, התמיינות ותחלופת תאי המעי הגס (Indrio et al., 2022).

מיקרוביום

בשנים הראשונות לחיים התפתחות המעי והמיקרוביום מקבילה וקשורה בקשר הדדי, גם אם לא תמיד סינכרוני, עם התפתחות המוח (Indrio et al., 2022). התלות ההדדית של שני תהליכי ההתפתחות מתואכת באמצעות הציר מעי-מוח, המהווה תקשורת דו-כיוונית בין המעי והמוח. בשנים האחרונות נחקר בהרחבה התפקיד של מיקרוביוטה בציר המעי-מוח, וכך גם הקשר בין המיקרוביום לבריאות הפיזית והמנטלית. תהליך הקולוניזציה המתרחש אצל תינוקות מאופיין בעלייה מתמשכת בעומס ובמגוון החיידקים במשך שנת החיים הראשונה ואף מאוחר יותר, עד למועד הגמילה. בילדות המוקדמת תינוקות חולקים 85% מהמיקרוביוטה של הפה שלהם עם אימם, מה שמצביע על חשיבות המיקרוביוטה של האם. התאמה אישית של המיקרוביוטה מתחילה בשינוי תזונה ובבקיעת שיניים שיוצרת מיקרו סביבות חדשות (Fournier et al., 2021). לקראת גיל 3 שנים, הרכב המיקרוביום יהיה דומה יותר למבוגרים. שנת החיים הראשונה נחשבת לחלון השפעה מכריע על הרכב המיקרוביוטה של המעי, שאחראי לקידום התפתחות תקינה של מערכת החיסון ורווחת האדם (Indrio et al., 2022).

יילודים נולדים עם מערכת עיכול לא בשלה. נפח מיצי העיכול, הפעילות האנזימטית ותנועתיות מערכת העיכול אצלם נמוכים. בעקבות כך, לעיתים קרובות מתרחשות בינקות בעיות עיכול הנובעות מעיכול לא יעיל ומפגיעה בספיגה של חלבונים, שומנים, לקטוז ודיסביוזיס (חוסר איזון בין אוכלוסיית חיידקי המעי) במעיים (Jiang et al., 2022). קיים אפוא פער עצום בין מידת הבשלות של מערכת העיכול של היילוד והתינוק לבין הצרכים התזונתיים הגדולים הנדרשים לגדילה ולהתפתחות המואצת, המאפיינת את השנים הראשונות לחיים (שפירא, 2003). פער נוסף קיים בין מידת הבשלות של מערכת העיכול לבין ההמלצות התזונתיות והציפיות של אנשי המקצוע לקצב ההתקדמות במזונות המוצקים ולגמילה מתזונת החלב (בדגש על תמ"ל) ולהרכב שלהם. פערים אלו יכולים להסביר תסמינים רבים של הגיל הרך, כמו: קוליק, ריפלוקס, רגישויות, אלרגיות, ועוד. הפערים מסבירים גם תלונות נפוצות מפי הורים ואנשי מקצוע בנושאים תזונתיים, כמו: קושי בביסוס ארוחות מוצקים; כאבי בטן ועצירות עם תחילת אכילת מוצקים וביסוס ארוחות; כמויות המזון הנאכלות; קושי במעבר בין מרקמים, ועוד. מודעות לפערים אלו תעודד סבלנות כלפי קצב ההתפתחות האישי של כל תינוק ותאפשר תיאום ציפיות, ביסוס אכילה והאכלה תואמות גיל ויחסי האכלה בריאים וקשובים.

הרכב חלב-אם כתמונת ראי להתפתחות מערכת העיכול וכסטנדרט לאכילה ולהאכלה

חלב-אם הוא רקמה חיה, העשירה ברכיבי תזונה ובמרכיבים ביולוגיים, המותאמים לצרכי התזונתיים וההתפתחותיים של התינוק (עמותת עתיד, 2018). חלב-אם מספק את כל אבות המזון החיוניים להתפתחות תינוקות וכן מולקולות ביו-אקטיביות, כמו אוליגוסכרידים, ליפידים ביו-אקטיביים, ציטוקינים, אנזימים, גורמי גדילה והורמונים המקילים על הבשלת מערכת העיכול, מערכת החיסון ומערכת העצבים של התינוק (Fournier et al., 2021; Jiang et al., 2022).

בהתאם להמלצות של ארגון הבריאות העולמי (WHO), חלב-אם מספק את כל האנרגיה והחומרים המזינים שהתינוק זקוק להם בחודשי החיים הראשונים. **חלב-אם ימשיך לספק מחצית או יותר מהצרכים התזונתיים של התינוק עד לסוף שנת החיים הראשונה, ועד שליש מהצרכים התזונתיים עד סוף שנת החיים השנייה** (OMS, 2000). יפה לראות כיצד הרכב חלב האם והנפח שהוא תופס בתזונת התינוק, תואמים בצורה מדויקת את ההתפתחות של מערכת העיכול ומשקפים את החשיבות של תזונת החלב כעוגן תזונתי בשנתיים הראשונות לחיים, עד אשר מערכת העיכול תגיע לבשלות התפקודית שתאפשר התבססות מלאה על תזונת מוצקים. אכילה נאותה אשר תאפשר אכילה של מזונות מזינים משולחן המשפחה, לצד עיכול וספיגה מיטיבים של רכיבי תזונה, הם גורמים החיוניים לגדילה.

עם זאת, רק 28.8% מהתינוקות מתחת לגיל חצי שנה בישראל יונקים באופן בלעדי (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2021). ההשפעות של תמ"ל על בריאות וגדילה ידועות, אך עלינו לתת את הדעת על השינויים בפורמולות השונות גם בהיבטים של עיכול, ספיגה והרכב מיקרוביום, וגם לחשוב לעומק על המשמעות של תמ"ל לאחר גיל שנה כתלות בידע שיש כיום על התפתחות מערכת העיכול.

פרק שלישי

אכילה כשדה התפתחותי



- ◀ אכילת מוצקים היא מיומנות נלמדת המתחילה בגיל חצי שנה לערך וממשיכה להשתכלל עד גיל 3 שנים. ילדים עם מיומנויות אכילה שאינן יעילות יהיו בסיכון לבררנות אכילה ולצריכה מוגברת של מזון מעובד.
- ◀ הקושי באכילה מבוסס לרוב על קושי אובייקטיבי (רפואי, מוטורי, סנסורי). לפרשנות של קושי זה על ידי המטפלים ולאסטרטגיות שיבחרו לנקוט יש השפעה על אופן ההאכלה.
- ◀ המטרה העיקרית של אכילה היא רכישת רכיבי תזונה מספקים לגדילה ולהתפתחות מיטבית. תת-תזונה ו/או חוסרים תזונתיים עלולים לנבוע ישירות מקשיי אכילה ועלולים גם לעזור בהנצחתם.
- ◀ בהמלצות למזונות משלימים יש לכלול התייחסות לאופן ההאכלה וליצירת סביבת אכילה התומכת ומעודדת התפתחותן של מיומנויות אכילה.

הקדמה

אכילה היא הפעולה הפיזיולוגית המורכבת ביותר. היא מערבת את כל שבעת אזורי התפקוד של האדם: מערכות איברים ומצב רפואי; מערכות מוטוריות/שרירים (כולל אוראל-מוטוריות); מערכת החישה; למידה; שלב התפתחותי-קוגניטיבי; מצב תזונתי וסביבה (Toomey & Ross, 2019). כמו כן, בשנים הראשונות לחיים, פעולת האכילה היא דינמית ומשתנה במהירות בעקבות תהליכים מקבילים של גדילה והתפתחות, מה שמוסיף לאתגר.

פעולת אכילה איכותית תלויה בשני גורמים הקשורים זה בזה – מבנה ותפקוד. גדילה פיזית של איברים אנטומיים, החיוניים לכישורי אכילה והיחסים ביניהם, משפיעים באופן ישיר על התפקוד שלהם וכתוצאה מכך על פעולת האכילה (Stevenson & Allaire, 1991). כאשר המבנים האנטומיים שלמים, בשלות נירולוגית וחוויות למידה מהוות מרכיבים משמעותיים בפיתוח מיומנויות אכילה.

אכילה בילדים מתרחשת בהקשר של מערכת היחסים הורה-ילד בתוך תא משפחתי גדול יותר ובתוך הקשר תרבותי וחברתי. קשרים הדדיים ודו-כיווניים אלו מוסיפים, גם הם, רובד של מורכבות לפעולת האכילה וליעילותה (שם).

אנשי מקצוע, הבאים במגע עם תינוקות וילדים, חייבים להבין לעומק את מורכבות פעולת האכילה והיבטיה האישיים והיחודיים עבור כל ילד וכל דיאדה, בבואם להעריך הערכות קליניות ולהמליץ בהתאם (Delaney & Arvedson, 2008).

שבעת תחומי התפקוד המשפיעים על האכילה

1 | מערכות איברים ומצב רפואי

2 | מערכות שרירים

3 | מערכות חושיות

4 | למידה (חוויות למידה מהעבר, סגנון למידה, יכולת למידה)

מערכות איברים ומצב רפואי

שלמות מבנית ותפקודית של מערכת העיכול, מערכת לב-ריאה ומערכת העצבים המרכזית והפריפריית חיוניות לפיתוח כישורי אכילה תקינים (Goday et al., 2019). פגיעה בתפקוד או מחלה, גם קלה, באחת מהמערכות משפיעה על פעולת האכילה ועילותה. לעיתים זה מהווה סממן קליני ראשון הנראה לעין.

בחיפוש מקוון קצר זוהו למעלה מ-204 אבחנות רפואיות שצינו "האכלה לקויה" כסימן קליני. ריפלוקס קיבתי ושטי, אלרגיה/אי-סבילות למזון, בעיות נשימתיות, לבביות ונירולוגיות הן בין הבעיות הרפואיות הנפוצות שנצפו בתינוקות ובילדים שהופנו למרפאות האכלה (Toomey & Ross, 2019).

בעבר סווגו קשיי אכילה בגיל הרך בחלוקה דיכוטומית לקושי בשל סיבה אורגנית או אי-אורגנית. בפועל, רק 6% עד 10% מהילדים יסבלו מקושי באכילה על רקע אורגני בלבד, אך מרבית הילדים ייבדקו מבחינה רפואית ויחוו התערבויות רפואיות מיותרות (שם).

מצבים רפואיים המצריכים התייחסות מיוחדת

א | ריפלוקס – ההערכה קלינית של תינוק עם רגורגיטציה תכופה מתמקדת תחילה בקביעה אם התסמין נגרם על ידי מחלה פתולוגית בסיסית ואם הריפלוקס גורם לסיבוכים משניים. ברוב התינוקות יאשרו בחינה ממוקדת של הרקע ובדיקה גופנית שהריפלוקס אינו נובע מסיבה רפואית ראשונית (Rosen et al., 2018). השלב הבא בהערכה יהיה לקבוע אם התינוק מתפתח באופן תקין או אם יש סיבוכים משניים, כגון דלקת בושט או עלייה נמוכה במשקל. בשלב זה חשוב לבחון אם לתינוק יש סרבנות האכלה או אכילה של נפחים קטנים, עצבנות וחוסר שקט. כמו כן, חשוב לבחון מדדים אלו גם בתינוקות שאינם פולטים, אך נמצאים באי-שקט (מה שנהוג לכנות ריפלוקס סמוי). המשך ההערכה והניהול יהיו תלויים בסוג התסמינים הקשורים ובחומרתם. כיום ההבנה היא, כי ההתערבות הראשונית שיש לבצע היא התנהגותית. יש לבחון בהתבוננות את אופן ההאכלה (מנח בזמן האכלה ולאחר האכלה, מספר ארוחות ביום ונפח כל ארוחה גם בתינוקות יונקים). יש לעודד המשך הנקה בתינוקות יונקים, ועדיפות להנקה בתינוקות המשלבים הנקה ותמ"ל (בשונה מהמלצות מנוגדות הנפוצות בקרב אנשי מקצוע כיום). יש להבין את יחסי ההאכלה הורה-ילד ולבחון מדדים אחרים, כמו שינה ופעילות בעירות. זאת לפני שינויים תזונתיים של הסמכת המזון, או הימנעות מחלבון חלב פרה ו/או אלרגנים חשודים נוספים, ו/או המלצה לטיפול תרופתי (Rosen et al., 2018). חשוב לזכור, כי בעוד שריפלוקס יעסיק בדרך כלל את הצוותים המקצועיים ואת ההורים בשלבים של תזונת החלב, סירוב אכילה וקושי עם מרקמים של מזונות מוצקים נפוצים בקרב תינוקות ריפלוקס גם לאחר שהריפלוקס טופל (Toomey & Ross, 2019).

ב | אלרגיה – אלרגיה למזון מתארת תגובות שליליות למזון עם מנגנון אימונולוגי וכוללת תגובות מתווכות IgE ותגובות שאינן בתיווך IgE. סימנים של אלרגיות בתיווך IgE מתפתחים בדרך כלל זמן קצר לאחר החשיפה וניכרים בתוך שעה עד שעתיים לאחר צריכת האלרגן. לעומת זאת, סימנים של אלרגיות למזון שאינן בתיווך IgE מתרחשים בדרך כלל מספר שעות לאחר מכן, ואפילו עד מספר ימים לאחר החשיפה. תסמיני מערכת העיכול שאינם מסוג IgE הם בדרך כלל כרוניים ומתרחשים בעקבות חשיפה חוזרת לאלרגן המזון, לדוגמה ריפלוקס, כאבי בטן, שינוי ביציאות

(עם ובלי דם) וגדילה איטית (Meyer et al., 2020). תסמינים אלו, בעיקר בגילים צעירים שבהם התינוק/הפעוט אינו יכול לבטא במילים את תחושותיו, מגדילים את הסיכון לקשיי אכילה, ובזמן החשיפה למזונות משלימים יכולים להסביר הימנעות בלתי מוסברת ממזונות מסוימים או סירוב אכילה.

ג | פגות – קשיי האכלה הם סיבוך שכיח שחווים פגים המאושפזים ביחידה לטיפול נמרץ יילודים (Pados et al., 2021). קשיים אלו עלולים להיות על רקע הפגות וסיבוכיה ו/או על רקע חוויות האכילה בפגייה. לאחר השחרור ובשנים הראשונות לחייהם, תינוקות וילדים צעירים שנולדו פגים נמצאו סובלים מקשיים רבים יותר בהאכלה בהשוואה לבני גילם שנולדו במועד. קשיי אכילה והאכלה יבואו לידי ביטוי בסירוב לאכול נפחים מתאימים או מזונות המתאימים למיומנויות אכילה תואמות גיל; בהתנהגויות האכלה בעייתיות, המערבות לחץ מוגבר, בכי, עצבנות ואי-שקט או בנזקקות בזמן הארוחה או בהתפתחות מאוחרת יותר של מיומנויות אכילה או בתסמינים של דיספאגיה או שאיפה או פגיעה בדרכי הנשימה (שם). אנשי מקצוע המטפלים בפגים צריכים להיות ערים ומודעים לקשיי אכילה והאכלה בילדות המוקדמת כסיבוך פוטנציאלי של לידה מוקדמת.

מערכות שרירים

מערכות השרירים (מוטוריקה גסה ועדינה, אורו-מוטורי ושרירים חלקים, כגון מערכת העיכול) מתפתחות עם הגיל ותומכות ביניקה, באכילה מבקבוק ובמעבר מתזונת החלב הנוזלית לתזונת מוצקים משולחן המשפחה ולשתייה מכוס. טונוס וכוח השרירים מתפתחים ומספקים מסגרת לתנועות מתוככמות יותר.

מנח | מנח מתייחס לאופן שבו מחזיקים ילד בידיים או בחיק וכיצד מניחים אותו בכיסא, במושב או על הרצפה, כך שתאפשר האכלה בטוחה, איכותית ונינוחה. האופן שבו ילד מוצב תלוי בשישה גורמים: (1) גיל הילד; (2) כישורי התפתחות כלליים של הילד; (3) יכולות גופניות; (4) הצרכים האישיים של הילד (ריפלוקס, טונוס גבוה/נמוך וכדומה); (5) היכולות של המטפל; (6) משאבים זמינים בסביבה.

המנח האידיאלי להאכלת ילד משתנה ככל שהוא גדל ומתפתח. כאשר תינוק צעיר מתחזק ונהיה יציב יותר, הוא יזדקק לפחות תמיכה חיצונית מהמטפל כדי לשמור על גופו במנח נכון לארוחות. תינוקות צעירים בני 0-3 חודשים זקוקים לתמיכה מלאה של הראש, הצוואר, פלג הגוף העליון והאגן במשך כל זמן הארוחות, מאחר שאין להם עדיין די כוח להחזיק בעצמם אזורים אלו במנח תקין. אופן ההחזקה של המטפלים משפיע על האכילה ועל חוויית האכילה (Holt International, 2019). ככל שהתינוק גדל כך מתפתחת היציבות הנחוצה לשיבה. יציבות זו, בשילוב עם שליטה טובה יותר בראש, מספקת יציבות לתפקוד מוטורי עדין יותר של הידיים והפה. שליטה ביציבה עומדת גם בבסיס היציבות בלסת, ההכרחית הן לשתייה מכוס והן לאכילה של מוצקים (Toomey & Ross, 2019). אבני דרך מוטוריות גסות קודמות לרכישת אבני דרך מוטוריות אוראליות. לדוגמה, מיומנויות אחיזה והבאת הידיים לקו האמצע מתגלות לפני תנועות קו האמצע של הלשון בעת הלעיסה (שם).

א | מיומנויות אוראליות-מוטוריות – אכילה ובליעה הן פעולות מורכבות הכוללות פעילויות רצוניות ופעולות רפלקסיביות המערבות יותר מ-03 שרירים ועצבים (Matsuo & Palmer, 2008). בלידה מכתוב המבנה האנטומי של התינוק שהלשון תנוע בתנועות יניקה ומציצה. תנועות אלו יהיו הדרך היעילה ביותר לצריכת מזון עד גיל 6 חודשים, וגם ישמשו בתקופה שלאחר מכן (Stevenson & Allairey, 1991) עד לרכישת מיומנויות אכילה בוגרות יותר. ככל שהתינוק גדל והמבנה האנטומי משתנה, מתאפשרות בהדרגה תנועות לשון, שפתיים ולסתות מורכבות יותר של לעיסה וטחינה הנדרשות לאכילת מוצקים. תנועות אלו ממשיכות להשתכלל עד גיל 36 חודשים ומאפשרות לילדים לאכול מזון מגוון משולחן המשפחה (Delaney & Arvedson, 2008). לעיתים קרובות, ילדים שפעולת הלעיסה שלהם אינה איכותית יתקשו ללמוד אכילת בשר, פירות עם קליפות ומגוון ירקות חיים קשים. ילדים אלה עלולים

להימשך לאכילת מזון אולטרה-מעובד, שבדרך כלל קל לאכול מבחינת ההיבט המוטורי-אוראלי. לדוגמה, חטיפים הנמסים בפה או נלעסים בקלות (כמו בייביביס, במבה) (Toomey & Ross, 2019).

בן סנכרון אכילה, בליעה, נשימה – פעולת הנשימה מתואמת עם אכילה ובליעה וקודמת להן מבחינת הצרכים של הגוף (Stevenson & Allaire, 1991). הסנכרון בין שלוש פעולות אלו מצריך תיאום הדוק (Matsuo & Palmer, 2008). קצב הנשימה משתנה גם הוא עם גיל התינוק והתפתחותו. תינוק בן חודש ימים מקיים שתיים או יותר יניקות מהשד, או מציצות מהבקבוק לפני הפסקה לנשימה או לבליעה. עד גיל 6 חודשים התינוק לומד להשתמש ברצפים ארוכים יותר ויותר של יניקה, בליעה ונשימה (Stevenson & Allaire, 1991). אכילת מזון מוצק גורמת גם היא לשינוי קצב הנשימה. הקצב מופרע עם תחילת הלעיסה, וכך משך ומחזור הנשימה פוחתים בעת הלעיסה והבליעה (Mat-suo & Palmer, 2008). אופן ההאכלה של מטפלים, בין אם בהאכלה מבקבוק או בהאכלה בכפית, משפיע על יכולת הסנכרון של האכילה-בליעה-נשימה של התינוק ועל חוויית האכילה (קורס SOFFI).

מערכות חושיות

מערכת החישה היא קבוצה מורכבת של נירונים, מסלולי תאים ואזורים במוח שפועלים יחד כדי לאפשר לאדם להרגיש תחושות שונות מהסביבה. ישנם שמונה חושים המרכיבים את מערכות החישה של האדם. (1) ראייה; (2) שמיעה; (3) ריח; (4) טעימה; (5) מישוש (מגע או תחושה); (6) פרופרוספטיבי (מודעות למפרקים ולשרירים); (7) וסטיבולרי (איזון ותנועה); (8) אינטרוספציה (מודעות גוף פנימית). לכל אדם יש מערכת חושים הייחודית לו. האופן שבו נוצרת מערכת החישה של הילד משפיע על האופן שבו הוא חווה את העולם, כולל את האכילה וזמני הארוחות. לדוגמה, הטעמים והריחות השונים של מזון יכולים להוביל לארוחה חיובית ומהנה. לעומת זאת, אם הטעמים והריחות נתפסים כ"רעים", שליליים או חסרי גירוי, הדבר עלול להוביל לחוויית האכילה מלחיצה ולא מהנה (Holt International, 2019).

אכילה היא הפעולה העשירה ביותר בחושים שילד חווה. לצד המראה, הריח, המרקם והקול של המזון בפה כשהוא נלעס, אכילה יוצרת גם תחושות פנימיות בעת הבליעה והעיכול. לדוגמה, שינויים באיזון במהלך הלעיסה והבליעה, תנועת הוושט ומתיחה בקיבה ותנועת מזון דרך המעינים. תחושות אלו אינן אחידות לאורך משך האכילה, אלא משתנות ומאתגרות את מערכת החישה באופן שוטף. כך למשל, כאשר אוכלים קרקר מלוח, צורת המזון משתנה הן בצד החיצוני (הנתח שנותר לאחר הביס) והן בתוך הפה. הנשיכה מתחילה כחתיכת מזון אחת, או כחתיכות אחדות, שהלשון חייבת לעקוב אחריהן, אך בהדרגה הופכת לחתיכות מרובות, כשהשיניים מפרקות את הנשיכה. לאחר מכן נאספות החתיכות והופכות לבלוט. זו משימת מישוש וגם משימה מכנית. נוסף לכך, הריח והטעם משתנים, לדוגמה, מטעם מעט מלוח לטעם מתקתק יותר (בעקבות פירוק העמילן) והמרקם משתנה מחתיכות חדות לעיסה רכה (Toomey & Ross, 2019).

למידה (חוויית למידה מהעבר, סגנון למידה ויכולת למידה)

בחודש הראשון לחיים האכילה היא פעולה אינסטינקטיבית הנובעת מדחף פיזיולוגי פנימי הקשור לרעב. ככל שהתפתחות האכילה מתקדמת, היא הופכת להיות רפלקסיבית. אכילה רפלקסיבית מחייבת את התינוק להיות עירני ופנוי כדי שהיא תהיה איכותית (קורס SOS). עם הזמן, תנועות רפלקסיביות אלו של התינוק מתעדנות בהדרגה ומשולבות בדפוסי אכילה רצוניים יותר. בשלב זה, המתרחש בגיל 4-6 חודשים, אכילה היא תהליך רצוני הנעשה מבחירה ומתוך למידה (שם).

ילדים עוסקים בלמידה בכל פעם שהם מעורבים בפעילות כלשהי. מדובר בלמידה ישירה של מיומנות חדשה – ללמוד לאכול מזונות מוצקים, וגם למידה אגבית מסביבת האכילה ומיחסי האכלה. ילדים צעירים אוכלים 5 עד 11 פעמים ביום. בהתחשב במתאם הגבוה שבין אבחנות רפואיות וקשיי אכילה והאכלה, ילד יכול לחוות חוויית שליליות מרובות

בזמן האכילה. חוויות אלו מלמדות את הילד עם בעיה רפואית, שאכילה היא דבר שיש להימנע ממנו (למשל, זה כואב או מפריע לנשימה). ילדים שיש להם מיומנויות חושיות או מוטוריות אוראליות לקויות לומדים שאכילה עלולה לגרום להם לרעד או לסלידה, וזו פעולה שיש להימנע ממנה. למידה זו עלולה להישאר גם לאחר שהבעיה הרפואית נפתרה או אף לאחר שהמיומנות נלמדת (Toomey & Ross, 2019). לתחושות רגשיות שליליות כמו לחץ, מצוקה ואי-נוחות בזמן הארוחה יש השפעה דומה, וגם הן ילמדו את הילד שאכילה היא פעולה שיש להימנע ממנה. בעת התאמת הטיפול יש להתייחס לשאלות: מה ואיך ילד לומד, כמו גם מה יכולתו של הילד ללמוד (שם).

שלב התפתחותי-קוגניטיבי

מצבם ההתפתחותי של ילדים משפיע על התפתחות המיומנויות שלהם. יש לצפות שהיכולת שלהם לאכול מוגבלת על ידי רמת המיומנות ההתפתחותית הגבוהה ביותר שלהם (שם). בשנים הראשונות לחיים, במהלך ההתפתחות, יש צמתים קריטיים אחדים של מעברים המשפיעים על אכילה:

גיל 4-6 שבועות | מעבר מאכילה אינסטינקטיבית לאכילה רפלקסיבית.

גיל 4-6 חודשים | שינויים מבניים אנטומיים בפה ובלוע ומעבר מאכילה רפלקסיבית לאכילה רצונית.

גיל 12-14 חודשים | התקדמות בלוטות הטעם לקדמת הלשון, מה שמוביל לשינוי בתפיסת הטעם והתחלה של מודעות עצמית.

גיל 18-36 חודשים | שינויים קוגניטיביים ומעבר משלב סנסו-מוטורי לשלב פרה-לוגי + התחלה של נאופוביה. בכל צומת כזה, שבו יש צמיחה בתחום התפתחותי מסוים, נוכל לראות אתגר באכילה.

מצב תזונתי

המטרה העיקרית של האכילה היא רכישת רכיבי תזונה מספקים לגדילה ולהתפתחות מיטבית. תת-תזונה ו/או חוסרים תזונתיים עלולים לנבוע ישירות מקשיי אכילה ועלולים גם לעזור להנציח אותם (Goday et al., 2019).

חסרים תזונתיים מסוימים משפיעים על יכולות האכילה של הילד. ילדים רבים יגיעו לצריכה קלורית נאותה, אך יחוו חוסרים תזונתיים ו/או יצרכו מגוון מצומצם של מזונות. כך למשל, חוסר באבץ ישפיע על התיאבון; חוסר בברזל ישפיע גם הוא על התיאבון, אך גם על ריכוז ופניות ללמידה ולחקירה ועל מידת הפעילות והעייפות (Toomey & Ross, 2019). אלו בתורם ישפיעו על יעילות האכילה (מבחינת מיומנויות אכילה) ועל הצריכה (מבחינת נפח ואיכות). חוסר ב-B12 עלול לגרום לחולשה של השרירים, ובעקיפין להשפיע על האכילה ועל מערכת השרירים הדרושה לה, ועוד דוגמאות רבות מרכיבים נוספים. גם עודף רכיבי תזונה עלול להשפיע על האכילה. כך למשל, עודף סיבים עלול להוביל לעצירות, המשפיעה גם על התיאבון או גורמת להקאות (קורס SOS).

מרקם המזונות הנאכלים ישפיע גם הוא על איכות האכילה ויעילותה. בעוד שדיאטות נזוליות או מרקם מחיתי עשויות לענות על כל הצרכים התזונתיים, הן אינן מספקות את המגוון הטמון בתזונה עם מרקם טיפוסי, המאפיין את שולחן המשפחה, וגם לא מקדמות מיומנויות אכילה בוגרת. מנגד, הצגת תזונה עם מרקם מתקדם, שאינו תואם את מיומנויות האכילה של הילד, גם היא עלולה להוות סיכון לחסרים תזונתיים (Toomey & Ross, 2019).

תחום תזונה מובהק נוסף שיש להביא בחשבון נוגע לאי-סבילות או לרגישות למזון ואלרגיה. על אף שאלו נחשבים גם לגורמים רפואיים, הגבלות בתזונה עלולות להשפיע על איכות התזונה (שם), בעיקר בהיעדר הדרכה מתאימה.

הסביבה

אכילה מתרחשת בהקשר של מערכת היחסים הורה-ילד, בתוך תא משפחתי גדול יותר ובתוך הקשר תרבותי וחברתי

(Stevenson & Allaire, 1991). בעוד שבאופן היסטורי הסביבה נתפסה כגורם עיקרי לקשיי האכילה של הילד, כיום מדגישות גישות רבות את ההשפעות ההדדיות של הקשרים אלו. לרוב, הקושי באכילה יהיה מבוסס על קושי אובייקטיבי (רפואי, מוטורי, אוראל-מוטורי, סנסורי) והוא יהיה שורש האינטראקציות שיתפתחו בזמן ארוחה (Toomey & Ross, 2019). הפרשנות של קשיים אלו על ידי המטפלים, מתוך ההקשרים התרבותיים והחברתיים הקיימים, והאסטרטגיות שבהן יבחרו לנקוט – הן שישיעו על אופן ההאכלה ועל האופן שבו הילד יגיב בהתאמה (Goday et al., 2019).

הזנה משלימה בראי התפתחותי

הזנה משלימה (feeding complementary) מוגדרת על ידי ארגון הבריאות העולמי כ"תהליך שבו חלב-אם אינו עונה על הצרכים התזונתיים של התינוק החל מגיל חצי שנה, כך שיש צורך באספקת מזונות נוספים". הזנה משלימה נחוצה הן מבחינה תזונתית והן מבחינה התפתחותית, והיא שלב חשוב במעבר ההדרגתי מהזנה בחלב-אם בלבד לתזונה המבוססת על התפריט המשפחתי (אגף התזונה, 2021).

בעוד שהמלצות הנוגעות בבריאות הציבור ותשומת-לב קלינית רבה, המופנית למה מאכילים תינוקות בשלב זה, אופן ההאכלה וכלים ליצירת סביבת אכילה תואמת מקבלים פחות מיקוד. ידוע כי תקופת ההזנה המשלימה היא תקופה קריטית, המעצבת את הרגלי צריכת המזונות והעדפתם להמשך החיים. באופן כללי, המזונות שאנו לומדים לאהוב בינקות ובגיל הרך מנבאים את אלה שנאכל בילדות ובבגרות (שם). מיומנויות סנסוריות ואוראל-מוטוריות מהוות את המרכיבים החשובים בהעדפות אלו. התמקדות באופן ההאכלה של תינוקות ומתוך הדגשת היבטים של מיומנויות אכילה יכולות להשפיע על התנהגויות הקשורות למזון, כגון בררנות אכילה וקשיבות לתחושות רעב ושובע (Boswell, 2021).

בתקופת ההזנה המשלימה, הנמשכת עד גיל 2-3 שנים, התינוק רוכש מיומנויות אכילה ומשכלל אותן. אכילה מיטבית היא תהליך המורכב מ-32 שלבים (קורס SOS). שלבים אלו נקראים "מדרגות אכילה" והן מאפשרות לתינוק ללמוד על אודות המזונות השונים דרך אינטראקציה חושית והתנסויות אוראל-מוטוריות. פעולות האכילה והבליעה הן המדרגות האחרונות, והתוצאה של אינטראקציות חיוביות קודמות עם האוכל. בהינתן סביבת אכילה תואמת, תינוקות וילדים יתקדמו באופן טבעי במעלה מדרגות האכילה וילמדו לאכול מגוון מזונות משולחן המשפחה (שם).

בתקופה זו, הנמשכת, כאמור, עד גיל 2-3 שנים, הורים ואנשי מקצוע רבים מודאגים מכמות המזונות המשלימים הנאכלת ומקצב ההתקדמות אל עבר ביסוס ארוחה. לרוב הם לא יאפשרו את הזמן הנדרש לפיתוח אכילה מיטבית, המאפשרת למידה ופיתוח מיומנויות אכילה והמעודדת אכילה עצמאית של התינוק. דאגה זו גם מכתובה את אופן החשיפה למזונות משלימים ואת קצב ההתקדמות במרקמים של מזונות אלו. לא פעם ייווצר פער בין ציפיות ההורים ואנשי המקצוע לבין המסוגלות האובייקטיבית של התינוק. פער זה עלול להוביל לתופעה שלה אנו עדים כיום, של המשך האכלה פסיבית של התינוק ושילוב מזונות אולטרה-מעובדים כבר מגיל צעיר מאוד, ולו כדי להגיע לכמות גם בהיעדר מיומנות תואמת. כך למשל, האכלה בפאוצ'ים (שקיות מציצה), האכלה של מעדנים וחיטי תינוקות הנמסים בפה.

זה המקום להדגיש, כי מזונות משלימים באים להשלים את תזונת החלב. לפי ארגון הבריאות העולמי, תזונת החלב ממשיכה לספק עד מחצית או יותר מהצרכים התזונתיים של התינוק במשך המחצית השנייה של השנה הראשונה לחייו, ועד שליש במשך השנה השנייה לחייו (OMS, 2000). למעשה תזונת החלב היא העוגן התזונתי בתקופה זו, שבה התינוק אמור להתנסות במגוון מזונות ולהתקדם בקצב שלו ברכישת מיומנויות אכילה בשלות ומיטיבות, כאלו שיאפשרו לו לקראת גיל שנתיים אכילה מגוונת, איכותית ומספקת.

תקופות רגישות לחשיפה למוצקים: "חלון הזדמנויות"

תקופה רגישה מתייחסת לפרק זמן מיטבי, שבמהלכו יש להפעיל גירוי ייחודי במטרה ליצור פעולה מסוימת. לאחר התקופה הרגישה קשה יותר ללמוד דפוס התנהגות ספציפי (Stevenson & Allaire, 1991). בספרות המקצועית תוארו תקופות רגישות בחשיפה למזונות מוצקים ללעיסה ולטעם. התקופה הרגישה **ללעיסה** היא הזמן שלאחר היעלמות הרפלקס של דחיקת הלשון, המתרחשת בסביבות גיל 6 חודשים. תקופה זו נמשכת עד לגיל 10 חודשים. לאחר גיל זה, כאשר חושפים את התינוק למזון בעל מרקם שאינו מחיתי, רוב התינוקות יתקשו ללמוד תנועות אוראליות ייחודיות, ויטו יותר לסרב למוצקים. בעקבות כך הם עלולים להיות בסיכון גדול יותר לצריכה לא מספקת של מזון מוצק ולבררנות לגבי המזונות שהם מקבלים בגיל 15 חודשים (Delaney & Arvedson, 2008).

דווח גם על תקופות רגישות לשילוב **טעמים** (שם). תינוקות שזה עתה נולדו מזהים תמיסות מתוקות, דוחים טעמים חמצמצים ואדישים לטעם המלח. ילדים שנחשפו לראשונה לפירות הראו העדפה לפירות על פני ירקות. עם זאת, חשיפות מרובות למזונות מגוונים הגדילו את הקבלה והצריכה הכללית שלהם. ילדים יונקים דווחו כבעלי בררנות מזון פחותה בהשוואה לתינוקות הניזונים מתמ"ל, עקב חשיפה לטעמים מרובים בחלב-אם (שם). בהתאמה, תינוקות שניזונו מפורמולות על בסיס חלבון מפורק, שטעמן מריר יותר ושונה מחלב-אם או מפורמולות רגילות, יעדיפו טעמים אלו גם בהמשך (קורס SOS). מנגד, תינוקות בוגרים, הנדרשים לאכול פורמולות מפורקות, יתקשו לקבלן אם התרגלו עד אז לחלב-אם או לפורמולה רגילה (Delaney & Arvedson, 2008).

סיכום

אכילה היא הפעולה המורכבת ביותר שהתינוק לומד. התפתחות האכילה מערבת מערכות רבות: פיזיולוגית, מוטורית, סנסורית, ועוד. כמו כן, היא תלויה קשר הורה-ילד. יצירת סביבת אכילה והתפתחות מקדמת, תומכת ומבינה, המתייחסת לכל אלו, היא הבסיס לרכישת מיומנויות והתנהגויות אכילה מיטיבות ובריאות בהווה ובעתיד. תקופת החשיפה למזונות משלימים היא תקופה קריטית שבה התינוק לומד לאכול מזונות משולחן המשפחה. למידה איכותית מהתנסויות חוזרות ונשנות, באווירה נעימה, המאפשרת לתינוק לחקור וללמוד על אודות המזון ולתרגל אכילה היא הבסיס לאכילה מגוונת וקשובה. תקופה זו נמשכת עד גיל 2-3 שנים ותואמת באופן לא מפתיע את הפיזיולוגיה ואת ההתפתחות של התינוק, כפי שתוארו בפרקים הקודמים.

פרק רביעי יחסי האכלה



- ◀ ההנחה הרווחת היא, כי ילדים נולדים עם יכולת פנימית לווסת בעצמם את צריכת האנרגיה שלהם, אך האופן שבו הם ניזונים באמצעות הוריהם יכול לטפח יכולת זו או, לחילופין, לערער אותה ובכך להשפיע על הסיכון להשמנה ולמחלות כרוניות בהמשך החיים.
- ◀ ארגוני בריאות בעולם הציעו, כי האכלה מגיבה היא הסטנדרט שיש לאמץ בעת האכלה של ילדים. זאת, כבר מהשלבים המוקדמים של הנקה והזנה בתמ"ל ועד לתקופת המזונות המשלימים ואילך.
- ◀ ישנה חשיבות לאיתור מוקדם של הורים שהם בסיכון להשתמש בשיטות האכלה לא מגיבות. חשוב גם לאתר איתור מוקדם ילדים שבשל מאפייניהם עלולים להגביר את החשש ההורי ובעקבותיו להגביר את הסיכוי לשימוש בשיטות האכלה לא מגיבות.

הקדמה

תקופות הינקות, הפעוטות והילדות המוקדמת הן קריטיות לביסוס התנהגויות אכילה והעדפות מזון (Berti & Agostoni, 2022). בתקופות אלו, שבהן רוב הזמן המשותף מוקדש לאכילה ולאכילה, למטפל העיקרי תפקיד משמעותי בעיצוב סביבת האכילה של הילד. המטפל אחראי לא רק לבחירת המזון, אופן ההכנה וההאכלה, אלא גם לאינטראקציה ולתקשורת בזמן הארוחה (Ayre et al., 2022). אומנם ההנחה הרווחת היא, כי ילדים נולדים עם יכולת פנימית לווסת בעצמם את צריכת האנרגיה שלהם, אך האופן שבו הם ניזונים באמצעות הוריהם יכול לטפח או לחילופין לערער את היכולת הזו, ובכך להשפיע על הסיכון להשמנה ועל מחלות כרוניות בהמשך החיים (Berti & Agostoni, 2022).

בשנת 2019 פורסמה על ידי ה־USDA (United States Department of Agriculture) סקירה שיטתית שנערכה על ידו ועל ידי ה־HHS (United States Department of Health and Human Services) כדי להשיב על השאלה: **מה הקשר בין שיטות האכלה של הורים ומטפלים לבין תוצאות גדילה, גודל והרכב הגוף?** סקירה זו נערכה כחלק מפרויקט P/B-24 (היריון/לידה עד 24 חודשים) שערך סדרה של סקירות שיטתיות על תזונה ובריאות לנשים בהיריון ולתינוקות ופעוטות מגיל לידה ועד גיל 24 חודשים (Spill et al., 2019).

ממצאי הסקירה מעלים, כי ישנן עדויות מתונות ממחקרי עוקבה אורכיים המצביעות על **קשר בין שיטות האכלה של האם לבין מצבו של הילד במשקל ו/או העלייה במשקל שלו**. שיטות האכלה מגבילות קשורות לעלייה מוגברת במשקל ולמצב משקל גבוה יותר, ואילו שיטות האכלה בלחץ קשורות לירידה במשקל ולמצב משקל נמוך יותר. עדויות מצביעות על כך, ששיטות האכלה שאימהות נוקטות קשורות ומושפעות מחששות לגבי משקל הגוף של ילדים. כמו כן, מעדויות מתונות ממחקרים אקראיים מבוקרים עולה, כי **מתן הדרכה לאכלה מגיבה לאימהות וכלים לזהות ולהגיב כראוי לרמזי הרעב והשובע של הילד יכולים לתרום לעלייה תקינה במשקל ו/או למצב משקל תקין** בילדים בגיל שנתיים ומטה בהשוואה לילדים שאימהותיהם לא קיבלו הדרכה מתאימה לאכלה (שם).

לנוכח העלייה הדרמטית בשכיחות של עודף משקל והשמנה בילדים, מחלות כרוניות, בררנות אכילה ומחסור במיקרו-נוטריינטים המתרחשים ברחבי העולם (Ayre et al., 2022), ישנה חשיבות רבה לגיבוש תוכניות התערבות מוקדמות, הממוקדות בקשר הורה-ילד ובאינטראקציות האכלה ואכילה.

סגנונות הורות והאכלה

פעולת ה"הורות" מתייחסת לאוסף ההתנהגויות והפרקטיקות של מטפלים (הורים, סבים ומטפלים במסגרות), המספקים את המזון, הטיפול הבריאותי, הגירויים והתמיכה הרגשית הדרושים לגדילה ולהתפתחות בריאה של ילדים. המטפלים וילדם לומדים זה מזה באופן הדדי לזהות ולפרש אותות תקשורת מילוליים ולא מילוליים. תהליך זה חיוני לתפקוד חברתי-רגשי בריא של הילד (Dattilo, 2022).

"סגנונות הורות" מתייחסים לאקלים הרגשי שבתוכו מיושמת פעולת ההורות, לעמדות, לאמונות ולהתנהגויות המתארות כיצד יקיים הורה אינטראקציה עם ילד בכל תחומי ההורות. סגנונות אלה נבדלים ביניהם על פי המידה היחסית שבה הורים מגיבים לצורכי ילדם (היענות) והמידה שבה הם שולטים בהתנהגויות של ילדם (תובענות).

בתוך הספקטרום של תובענות מצד אחד והיענות מצד אחר תוארו **ארבעה סגנונות הורות מסורתיים: סמכותיים**, **סמכותניים**, **מפנקים ומזניחים**. סגנונות האכלה הוריים זוהו כמי שעוקבים אחר ספקטרום דומה של תובענות והיענות בהקשר של האכלה (שם).

הורות מגיבה, בשונה מהורות לא מגיבה, משקפת התנהגויות הוריות שבהן ניתנות תגובות מהירות, תומכות רגשית ומתאימות התפתחותית על ידי ההורה, בהתאם לאותות או לתקשורת של הילד. התקשרות רגשית בטוחה במהלך הינקות, הקשורה להורות מגיבה, מכינה את הבמה להתפתחות הרגשית בהמשך. להתקשרות זו יתרונות ברורים עבור הילד, כגון תוצאות בריאותיות טובות יותר, התפתחות פסיכו-סוציאלית טובה יותר ושיפור קוגניטיבי ושפתי (שם). מכאן, שהורים עם הורות מגיבה יהיו בעלי סגנון האכלה מגיב, אשר יטפח את התפתחות הוויסות העצמי של ילדם בצריכת התזונה על כל ההיבטים המשתמעים מכך (שם).

הורות מגיבה לפי ארבעת סגנונות ההורות היא **ההורות הסמכותית**, המאפיינת הורים תובעניים אך מגיבים עם רמות גבוהות של שליטה וחום. הורים עם סגנון האכלה סמכותי ינקטו בשיטות האכלה מגיבות, שבהן הם מציעים מזון או משקאות כאשר ילדם מראה סימני רעב או בזמנים צפויים שבהם הם צופים שילדם יהיה רעב (Ayre et al., 2022; Dattilo, 2022).

הורות סמכותנית מאפיינת הורים שלהם דרישות גבוהות לכללים ולציפיות, אך עם פחות היענות או רגישות לצורכי הילד. הורים סמכותניים משתמשים בהתנהגויות "פולשניות" יותר בזמן הארוחות, כמו התעקשות שהילד יאכל כמות קבועה מראש של מזון או אחוז מסוים של מזון מצלחת האוכל, או שישאר בזמן הארוחה למשך פרק זמן ממושך שאינו תואם את התפתחותו עד לעמידה ביעדי ההורים. בסגנון הורות כזה המטפל למעשה נוטל את השליטה המלאה על מתי וכמה הילד אוכל (כלומר, מכריח/לוחץ או מגביל), מה שיקשה על הילד לפתח מנגנונים ללמידה לוויסות הצריכה (שם).

הורות מתירנית מאפיינת הורים עם דרישות נמוכות, אך רמות גבוהות של היענות וחום. הורים כאלו יקפידו פחות על שגרת ארוחות קבועה וישתמשו באוכל לצורך הרגעה. בדרך כלל הם יציעו מזונות שהם חושבים שילדיהם הצעירים יעדיפו. לרוב יהיה מדובר במזונות עם דחיסות קלורית גבוהה ותכולה גבוהה של סוכר ושומן רווי וגם משקאות ממותקים. האכלה כזו קשורה למשקל גבוה יותר או ל-BMI גבוה יותר של הילד ולאיכות נמוכה יותר של התזונה (שם).

הורות לא מעורבת (מזניחה) מאפיינת הורים שאינם תובעניים, אינם מגיבים והם עם רמות נמוכות של חום. הם עשויים לעסוק בהשענת בקבוק או לא לפקח על האכילה של ילדם הצעיר, לא להיות נוכחים או לא לעסוק בילדם בזמן הארוחה. מעט שגרות ארוחות מתקיימות (שם).

נהוג לחשוב, כי סגנון הורי מתפתח בשנים הראשונות במסע ההורות ונשאר קבוע לאורך זמן. מכאן החשיבות הרבה

להתערבות כמה שיותר מוקדמת ולהדרכה מתאימה להורים צעירים בעניין סגנון הורות סמכותי והאכלה מגיבה. יתרה מכך, מחקרים מקבוצת SibSIGHT בארה"ב (Ruggiero et al., 2020), שבחנו אימהות לילד שני, שהיו חלק מתוכנית התערבות מוקדמת של הורות מגיבה עם תינוקם הבכור, מציגים כי עשויות להיות השפעות מסוימות גם על צריכת התזונה והמשקל של האחים הבאים (Berti & Agostoni, 2022).

מהי האכלה מגיבה לעומת האכלה לא מגיבה?

האכלה מגיבה מורכבת ממערכת יחסים הדדית בין תינוק או ילד למטפל שלו. המטפל יוצר שגרה, מבנה והקשר רגשי המקדמים אינטראקציה; הילד מתקשר תחושות של רעב ושובע באמצעות פעולות מוטוריות, הבעות פנים או קול; המטפל מגיב מיד על ידי מתן מזון מתאים ומזין באופן התומך רגשית והתפתחותית, תוך שמירה על סביבת האכלה מתאימה (Ayre et al., 2022).

עדויות מדעיות מצביעות על כך, שהאכלה מגיבה קשורה לגדילה תקינה, לצריכה נאותה של רכיבי תזונה ולשמירה על משקל מאוזן ארוך-טווח. אלה מצביעים על כך, שהאכלה מגיבה עשויה לסייע בפיתוח התנהגות אכילה בריאה ומיומנויות מיטביות לווטיות עצמי ולשליטה עצמית של צריכת המזון (שם).

מחקרים מראים, כי אינטראקציה חברתית והסתכלות על פניו ועיניו של התינוק משפיעים באופן מדי על היניקה, הן במונחים של צריכת נפח חלב והן במונחים של יניקה. תקשורת מילולית חיובית, כולל עידוד על ידי מטפלים, נמצאה קשורה לשיעורים גבוהים יותר של קבלת מזון בילדים גדולים יותר, בעוד שדיבור מאיים היה קשור לשיעורים גבוהים יותר של דחייה. אימהות שלא דאגו יותר מדי מסירוב מזון של ילדם ושמו על רוגע כשהן נתקלו בכך בזמן הארוחה, יצרו אווירה חיובית במהלך הארוחה, שנמצאה קשורה באופן שלילי לנאופוביה (פחד ממזונות חדשים/לא מוכרים) של אוכל של פעוטות, וגם לצריכת פירות וירקות טובה יותר בשנות הילדות. ממצאים אלו תואמים נתונים שנאספו גם ממדינות עם הכנסה בינונית והכנסה נמוכה וגם מדינות עם הכנסה גבוהה (שם).

האכלה לא מגיבה מאופיינת בחוסר הדדיות בין המטפל לילד, בהאכלה בלחץ ובקרה-הגבלה (המטפל לוקח שליטה יתרה ושולט במצב האכלה), בהאכלת פינוק (הילד שולט במצב האכלה) ובהאכלה בלתי מעורבת (המטפל מתעלם מהילד במהלך הארוחות). הממצאים מצביעים על כך, שהאכלה לא מגיבה, במיוחד בקרה על שיטות האכלה, כולל הגבלת מזון ולחץ לאכול, היא הסגנון ההורי הקשור באופן העקבי ביותר למסלולי עלייה במשקל במהלך החיים המוקדמים, להעדפות מזון ולהרגלי תזונה. נמצאו שני קשרים, האחד בין בקרה-הגבלה ל-BMI גבוה יותר ו/או לעודף משקל/השמנה, והשני בין לחץ ל-BMI נמוך יותר/עלייה במשקל. לרוב המטפלים מגבילים את הגישה של ילדים למזונות "טעימים" עשירים בסוכר, מלח ושומן, בעוד הם מתעקשים על צריכה של מזונות בריאים, כמו פירות וירקות. הם נוטים ללחוץ על תינוקות במשקל נמוך מהממוצע ועם תיאבון מצומצם יותר, ומגבילים תינוקות עם תיאבון גדול יותר או כאלה שנראה כי הם בסיכון לעודף משקל (שם).

באינטראקציית האכלה כזו, המטפל עלול לעקוף את סימני הרעב/השובע הפנימיים של הילד, מה שיפריע ליכולתו של התינוק לווסת את האנרגיה ואת צריכת המזון שלו, ובכך להגביר את ההיענות לרמזים חיצוניים בהקשר לכך. ממצאים הראו, שילדים שהפעילו עליהם לחץ או שמוצע להם תגמול אם יאכלו מזון מסוים – עלולים מאוחר יותר להפגין העדפה מופחתת למזון היעד, על אף שנצפתה עלייה מיידי של צריכת מזון היעד בעת אירוע האכילה, שבו הפעולה הייתה בשימוש. פרקטיקות כאלה מפחיתות מערכו של מזון היעד ומעבירות לילד את המסר הלא מכוון, שאוכל מטרם אינו עדיף בפני עצמו. יתרה מכך, האכלה רגשית נמצאה בקורלציה חיובית עם צריכת מזון טעים ועם צפיפות אנרגיה גבוהה (ריבוי קלוריות) והיא קשורה לאכילת יתר. נראה שגם ניסיונות להגביל את הגישה למזונות אסורים אינם יעילים, שכן

ממצאים הוכיחו, שילדים הפגינו עניין/העדפה ברורה וצריכה גבוהה של מזונות מוגבלים כשהם זמינים לאחר מכן. לסיכום, רמות גבוהות של שניהם: בקרת הורים ולחץ לאכול קשורים לצריכה נמוכה של פירות וירקות ולצריכה גבוהה של שומנים (שם).

סימני האכלה – רעב ושובע

התנהגויות הוריות של תגובה לאותות רעב ושובע של תינוקות וילדים צעירים, במהלך אינטראקציה של האכלה וארוחה, הן מרכיב עיקרי, אם לא סימן היכר, של האכלה מגיבה. בסגנון האכלה מגיבה הורים מבינים שילדים יכולת לאכול, או להפסיק לאכול, על סמך אותות השובע הפנימיים שלהם. **התנהגויות האכלה מגיבות דורשות שההורים יהיו נוכחים בזמן הארוחות, פיזית ורגשית**, ויעצבו את אירוע ההאכלה כך שיהיו מעט הסחות דעת כדי לאפשר תשומת-לב לאותות או לרמזים של ילד לרעב ולשובע ולתגובה הורית מתאימה לאותות אלו.

מאחר שהאכלה מגיבה היא מערכת יחסים הדדית, שבה ילדים צריכים לתקשר את הצרכים שלהם כדי שההורים יגיבו, יש להקדיש תשומת-לב לבהירות של הילד בביטוי אותות רעב ושובע, לפניית של ההורה לקלוט ביטויים אלו ולקשר ההדדי ביניהם (Dattilo, 2022).

תצפיות על תינוקות במהלך האכלה מציגות מקור עשיר של נתונים שעוזרים לזהות את הדרכים שבהן רעב, תיאבון ושובע מועברים בתחילת החיים. תינוקות מסמנים תיאבון באמצעות העניין או חוסר העניין שלהם במזון בעזרת סדרה של רמזים תקשורתיים, החל מהבעות פנים מהירות וחולפות ועד מחוות עדינות או חזקות ותנועות גופניות והבעות קוליות. סימנים אלו משותפים לכל התינוקות. גם הבכי המסמן רעב משתנה ביחס למידת המצוקה ומספק סמן למידת הרעב (שם).

ככל שהתינוק מתפתח צצים דפוסי תקשורת מורכבים יותר. מחקרים אחדים חקרו את **תפיסתן של אימהות לגבי סימני האכלה** ומהם עולה, כי יותר קל לאימהות לתפוס סימני רעב מאשר סימני שובע וכי יותר קל להן לפרש את סימני ההאכלה ככל שילדים מתבגרים. עוד נמצא, כי ההתנהגויות המשמשות לאותות רעב, תיאבון ושובע הן מגוונות ומשתנות על פני האנשים וביניהם, מה שהופך את הפיתוח של כלי הסברתי של תגובות רעב ושובע למאתגר במיוחד. יתר על כן, סימני האכלה מושפעים מבגרות התפתחותית ומאופן האכלה. בהתחשב בכך שהאכלה היא דיאדית, גם מאפייני התינוק (גיל, מין ומזג) וגם מאפיינים אימהיים (למשל BMI, רמה סוציו-אקונומית) משפיעים על האופן שבו רמזי האכלה נתפסים (Hetherington, 2017). כך למשל, אימהות לִבְנִים תפסו אותם כרעבים יותר מאימהות לבנות, הגם שהם הביעו סימני רעב במידה זהה; גם אימהות בהשמנה היו ערות יותר לסימני רעב אבל ערות פחות לסימני שובע בעת הארוחה. מחקר אחר הראה, כי אימהות מרקע סוציו-אקונומי נמוך האמינו, כי ביכולתן לדעת מתי התינוק שלהן רעב או שבע בצורה טובה יותר מהתינוק עצמו. בהתאם לכך, הן היו בסבירות גבוהה יותר לעסוק בשיטות האכלה של לחץ או הגבלה, כמו גם בשילוב מוקדם של דגנים לבקבוק התינוק (Dattilo, 2022).

ייתכן כי אימהות בפועל משתמשות הן בהתנהגויות של הילד והן בסימנים חיצוניים, כמו הזמן שעבר מארוחה לארוחה, כדי לזהות רעב אצל ילדם (Hetherington, 2017).

המסקנה המתבקשת מהאמור לעיל היא, כי חלון ההזדמנויות להתערבות מוקדמת המסייעת להורים להגיב באופן מותאם לסימני האכלה של התינוק הוא סמוך ללידה. בתקופה זו סימני האכלה הם כלליים, וניתן בקלות ללמוד אותם. נמצא כי לאימהות מגיבות היו ילדים מגיבים יותר, דבר המסייע לתקשורת אכילה ברורה יותר גם בהמשך. התערבות מוקדמת בסמוך ללידה תמזער את העלויות והמשאבים הקשורים בהתערבות מאוחרת. זאת משום שכאשר התינוק גדול יותר ישתרשו סימני האכלה אישיים הייחודיים לכל דיאדה, ומשימת הפרשנות לסימני האכלה תצריך התבוננות אישית באינטראקציה והדרכה מותאמת.

האכלה לשם הרגעה

שימוש של הורים במזון, למטרות לא תזונתיות, כדי להרגיע תינוק מכונה גם "האכלה רגשית". לעיתים קרובות גישה לא מגיבה זו של הצעת מזון מצליחה מיד להרגיע את התינוק, מה שעשוי להסביר, בין השאר, את השימוש התכוף בה כאסטרטגיית האכלה על ידי הורים (Dattilo, 2022).

נמצא כי הורים משתמשים בפרקטיקה זו כשהם לחוצים, עייפים או לא מצאו שום דרך אחרת שתרגיע את התינוק. עניין זה חשוב לנוכח אורח החיים המודרני ושגרת החיים העמוסה הרווחת בישראל, ותחושת העומס שהורים רבים שותפים לה. עם זאת, התערבות מוקדמת, המחנכת להורות מגיבה ולהאכלה מגיבה הראתה, כי אימהות בקבוצת ההתערבות השתמשו פחות פעמים באופן מובהק בהאכלה לשם הרגעה מאלו שבקבוצת הביקורת (שם).

הנקה, האכלה מבקבוק והאכלה מגיבה

חויית האכלה המוקדמת ביותר היא הנקה או האכלה מבקבוק. בהנקה, התינוק מאותת תחילה סימני רעב. עם תגובות אימהיות מפורשות ומהירות של הצעת שד, התינוק נצמד ומתחבר ומתחילה אכילה. במהלך ההנקה התינוק מווסת בעצמו את צריכת החלב בעת האכלה, בין אם על ידי סוג המציצה ובין אם לפי קצב המציצה, ומסיים לינוק כתגובה לשובע. ההשפעה האימהית מצומצמת וגם הוודאות שלה לגבי הנפח הנאכל. האם יכולה לקלוט, כי התינוק שבע מסימנים כמו הפחתת עוצמת היניקה או הקצב, התנתקות מהשד או הירדמות. מכאן שהטבע האינהרנטי של ההנקה תואם האכלה מגיבה, המעודדת את התינוק לאכול בתגובה לצרכיו הפיזיולוגיים וההתפתחותיים ולווסת את עצמו (שם).

אכילה מבקבוק, לעומת זאת, מאפשרת להורה יותר אפשרויות השפעה על הקצב והנפח ונמצאה, במחקרים רבים, כהאכלה פחות מגיבה בצורה ברורה, ללא תלות בתכולת הבקבוק – חלב-אם שאוב או תמ"ל. כך למשל, בהשוואה לתינוקות שיונקים ישירות מהשד, נמצא כי תינוקות הניזונים מחלב-אם שאוב בבקבוק הם בסיכון לעלייה משמעותית יותר במשקל ולהיענות נמוכה יותר לשובע בהמשך הילדות (שם). ייתכן שהסיבות לכך הן כי פעולת ההנקה הישירה, לעומת האכילה מבקבוק, מסייעת בוויסות; כי הרכב חלב האם המשתנה במהלך הארוחה בהנקה ישירה מהשד לעומת חלב שאוב יש לו השפעה על תחושת השובע. סיבה נוספת היא, שאימהות "כן בוכות על חלב שנשפך" כשמדובר בחלב-אם שאוב, ולכן נהוגה יותר פרקטיקה של "ריקון בקבוק" לעומת מצב שהתכולה הייתה תמ"ל.

באופן דומה, אימהות ששילבו הנקה והאכלה מבקבוק (חלב-אם/תמ"ל) נטו יותר להאכיל על פי סדר יום (בניגוד להאכלה לפי בקשה) ולפקח על האכלה בהשוואה לאלה שהניקו באופן בלעדי.

המודעות לנפח הבקבוק והאפשרות לשלוט על הקצב, בניגוד להנקה ישירה, הועלו כגורמים המפריעים לתגובתיות בהאכלה ונבדקו במחקרים לא מעטים. מחקרים אלו בחנו את המאפיינים של הבקבוק והשוו בין גודל הבקבוק מבחינת נפח, צבע הבקבוק והמשקל שלו. במחקר אחד, שבחן 298 תינוקות שאכלו תמ"ל באופן בלעדי, נמצא כי תינוקות שאכלו מבקבוק עם נפח גדול (יותר מ-180 מ"ל) בהשוואה לתינוקות שאכלו **את אותו נפח ארוחה** מבקבוק עם נפח קטן יותר (פחות מ-180 מ"ל), הגיעו למשקל גדול יותר לאחר שישה חודשים. במחקר זה אומנם לא נבדקו סגנונות האכלה, אך הקשר זה ראוי לציון, כי הוא מצביע על כך שגודל הבקבוק לבדו עשוי להשפיע על האכלה (שם). ייתכן כי ההבדל החזותי בין איך נראה נפח מסוים בבקבוק קטן לעומת בקבוק גדול (בדומה לגודל הצלחת כשמדובר במזון מוצק) משפיע על הפרשנות של ההורים לגבי האכילה של ילדם.

מחקרים אחרים בחנו את ההשפעה של בקבוקים אטומים להאכלה לעומת בקבוקים שקופים. נמצא כי אימהות הפגינו, בצורה מובהקת, יותר רגישות לסימני התינוק לרעב ולשובע כשנעשה שימוש בבקבוק אטום, לעומת בקבוק שקוף, וכי

בהתאמה התינוקות צרכו פחות חלב. ייתכן שבמצב שבו האם לא יכולה לדעת בקלות את כמות החלב שהתינוק שלה צרך בעת ההאכלה, התנהגויות ההאכלה שלה נעשות רגישות יותר לקלוט את סימני התינוק ולהיענות להם (שם).

ניתן להסיק מכך, כי הזנה מבקבוק אינה גורם יחיד ובלעדי לסיכון לצריכה עודפת של חלב ולעלייה במשקל. סביר כי שיטת ההאכלה של ההורים והשימוש שהם עושים בבקבוק, הם הגורמים העיקריים לכך. מה שמדגיש את החשיבות של הדרכה מותאמת לאימהות המציעות בקבוק.

הצגת מוצקים והאכלה מגיבה

עד שנות ה-80 (של המאה הקודמת) התמקד המחקר על מזונות משלימים בעיקר בשאלה מה צריכה לכלול תזונת תינוקות, כלומר בעיקר בשאלת ה"מה". מאוחר יותר, בשנות ה-90, הוצעו מודלים חדשים שהתבססו בעיקר על אסטרטגיות והתנהגויות שהורים ינקטו בארוחות כדי לעודד צריכת מזון משלים של ילדם. לאחר מכן החלו כיווני המחקר להתמקד בהשערה, שסגנונות האכלה מגוונים של תינוקות וילדים צעירים יכולים להשפיע לחיוב או לשלילה על התהליכים המטבוליים העומדים בבסיס ההתפתחות הפיזית והנירו-פסיכולוגית של ילדים. כלומר, המחקר התמקד בשאלת ה"איך" להאכיל (Bergamini et al., 2022). ישנם חמישה מודלים להצגת מזונות משלימים (שם).

חמשת המודלים להצגת מזונות משלימים

1 | האכלה משלימה מסורתית (Traditional complementary feeding – TCF)

מודל שבו ארוחה אחת של חלב (חלב-אם או תמ"ל) ממירים בארוחת מוצקים, ולאחר מכן, בהמשך, ארוחה שנייה משמשת גם תחליף וכך הלאה. המזונות המוצעים מוכנים במיוחד עבור התינוק ומורכבים בתחילה ממחית הניתנת בהתאם להרגלי האכילה המקומיים. מזונות אלו יכולים להיעשות בהכנה ביתית או מסחרית. לאחר מכן מוסיפים מזונות חתוכים. במודל זה המזון המשפחתי מוצג בדרך כלל בגיל שנה בקירוב. גודל המנה שהוא מחליף הוא קבוע ומשמש מדד לביסוס ארוחה. גודל זה מומלץ על ידי רופאי ילדים ואנשי מקצוע אחרים בתחום הבריאות.

- עיקר הדגש הוא על ה"מה" וה"כמה" באופן שתואם המלצות של אנשי מקצוע.
- אין התייחסות ל"איך".

כפי שהוצג לעיל בהקשר של האכלה מבקבוק, גם במודל זה המודעות לנפח שנאכל, הרצון להגיע לנפח יעד שהוגדר בכל ארוחה והאפשרות לקבוע את קצב ההאכלה באמצעות כפית – כולם מהווים חסמים עיקריים להאכלה קשובה.

2 | גמילה בהובלת תינוקות (Baby-led weaning – BLW)

מודל המקדם את האוטונומיה של הילד בכך שמציעים לו מזון שצורכים בדרך כלל בני המשפחה ושהילד מסוגל להתמודד אתו ולהביאו לפיו בכוחות עצמו. הילד חופשי לבחור מה וכמה לאכול בידיים מהאוכל שעל השולחן.

- עיקר הדגש הוא על ה"איך".
- אין התייחסות ל"מה" ול"כמה".

3 | גמילה בהובלת תינוקות להצגת מוצקים (Baby-led introduction to solids – BLISS)

גרסה מתוקנת של BLW, המסתמכת על אותם עקרונות בסיסיים מתוך המלצה שבכל ארוחה יציעו לילד שלושה סוגים שונים של מזון: מזון עשיר בברזל, מזון עשיר באנרגיה ומזון עשיר בסיבים, כמו פרי או ירק.

- עיקר הדגש על ה"איך" וה"מה".
- אין התייחסות ל"כמה".

היתרונות המיוחסים לגמילה בהובלת התינוק כוללים הנאה גדולה יותר ממזון ומאכילה עבור התינוק, התעסקות מצומצמת יותר במזון עבור ההורה ומכאן פחות תסכול אם התינוק אינו אוכל את האוכל שהוכן במיוחד עבורו. נוסף לכך, היענות גבוהה יותר לתחושת שובע מצד התינוק, חשיפה והתנסות למגוון גדול יותר של טעמים ומרקמים של מזונות, לצד ההתנסויות הסנסוריות והאוראל-מוטוריות הרבות מסייעות בהפחתת הסיכון לבררנות אכילה בהמשך הילדות (Boswell, 2021).

מודלים אלו נחשבים למעודדים האכלה קשובה מצד ההורה, מפני שהעיקר הוא עידוד האוטונומיה של הילד והתייחסות ל"איך" ולא ל"כמה" (שם). עם זאת, הם עלולים להיות לא מגיבים במקרה שהתינוק מגלה עניין במוצקים, אך אינו מסוגל התפתחותית להצליח לאכול באופן עצמאי וההורים יתעקשו שלא להאכיל במזון טחון.

חיסרון המיוחס למודל של BLW הוא החשש מחוסרים תזונתיים, בעיקר ברזל ואבץ. הפיתוח של ה-BLW על ידי ה-BLISS אמור לתת מענה לחיסרון זה (שם).

4 | האכלה משלימה מגיבה (Responsive complementary feeding – RCF)

ההתנהגות הפעילה של הילד היא בראש סדר העדיפויות. אוכל מוצע רק בתגובה לרמזים של הילד, ומפסיקים להציע כשהילד חדל לבקש. האוכל מוצע בזמנים, בדרכים, במרקמים ובכמויות המתאימות ביותר לרמת ההתפתחות הפסיכו-ניירו-מוטורית והפיזית שלו, כחלק ממה שהמשפחה אוכלת, בתנאי שמזונות אלו מתאימים לתינוק (Bergamini et al., 2022).

- עיקר הדגש הוא על ה"איך".
- יש התייחסות ל"מה" ול"כמה" באופן שתואם את התינוק.

5 | האכלה משלימה לא מגיבה (Non-responsive complementary feeding – NRCF)

מודל זה מאופיין בחוסר הדדיות בין המטפל לילד (מבחינת בקשה/מענה) בזמן הארוחה. המטפל יכול להיות "אקטיבי מדי" כבסגנון האכלה סמכותני (כופה, מתעקש או מגביל את צריכת המזון); "פסיבי מדי" כבסגנון האכלה מתירני (עד כדי היות סובלני מדי לבחירות האיכותיות והכמותיות של הילד); "בעיקר מתפקד" (שימוש במזון לאסטרטגיות מרגיעות), או אפילו "בלתי מעורב לחלוטין" וכלל לא מתעניין בבקשת הילד או בסירובו לאוכל, כבסגנון האכלה מזניח (שם).

בסקירה שיטתית ומטה-אנליזה מקיפה שפורסמה ב־2022 (שם), לאחר שבחנה את הקשר בין שיטות האכלה של מזונות משלימים על ידי מטפלים והסיכון לעודף משקל/השמנה ומחלות כרוניות, נמצא, כי לא ניתן לקבוע שהמודלים BLW ו-BLISS יכולים להשפיע על עלייה במשקל ועל הגובה בילדים, וגם לא ניתן לומר שיש להם השפעה מונעת על התפתחות עודף משקל והשמנה. זאת ועוד. לא ניתן לשלול ש-BLW מוביל לחוסרים של מאקרו ומיקרו-נוטריינטים (micronutrient). תוצאות המחקרים שהעריכו את הגדילה והסיכון להשמנה ולעודף משקל מראות, שלילדים המקבלים האכלה משלימה מגיבה יש רמות BMI נמוכות יותר בילדות המוקדמת מאשר לילדים שמשפחותיהם אימצו האכלה משלימה מסורתית או האכלה משלימה לא מגיבה.

ארגון הבריאות העולמי (WHO) והאקדמיה האמריקנית לרפואת ילדים (AAP) הציעו, כי האכלה מגיבה היא הסטנדרט שיש לאמץ בעת האכלה של ילדים, החל מהשלבים המוקדמים של הנקה או האכלה בתמ"ל עד לתקופת המזונות המשלימים ואילך. האכלה מגיבה סומנה כמטרה מרכזית בתוכניות בריאות שיש לקדם במדינות מתועשות, שבהן הזמינות הבלתי מוגבלת כמעט של מזון עלולה לחשוף ילדים לסיכון לפתח השמנה ומחלות כרוניות (שם).

מצבים המשפיעים על יחסי האכלה

משקל

סקירה שיטתית ומטה-אנליזה מקיפה, שפורסמה בקיץ 2022 (Wei et al., 2022) ובחנה את הקשר בין דאגה הורית למשקל הילד ולהאכלה לא מגיבה, אוששה וחיזקה את הידיעה, כי חששות המטפלים לגבי משקל הילד עלולים להיות גורם סיכון משמעותי לשיטות האכלה שאינן מגיבות. מטפלים המודאגים מעודף המשקל של ילדם עשויים להיות בעלי סיכוי גבוה יותר לאמץ האכלה מגבילה. בניסיונם להגביל את אכילת ילדיהם, הורים מנסים להגן עליהם מפני ההשלכות של עודף משקל או מפני השמנת יתר בילדות והשמנת יתר בבגרות ומפני מחלות כרוניות, וגם מפני החברה המייחסת חשיבות רבה למשקל ולמבנה הגוף בלי להבין את ההשפעות ההפוכות של התנהגותם. אסטרטגיה נוספת, שבה הורים לילדים עם משקל עודף או השמנה נוקטים, היא להפחית שימוש במזון המשמש פרס. בחברות עם רמה סוציו-אקונומית נמוכה, מטפלים נוטים להשתמש באוכל כסמל לאהבתם לילדיהם או ככלי חינוכי ורגשי לעיצוב האכילה וההתנהגויות של ילדיהם. עם זאת, אם הם הביעו דאגה לגבי עודף משקל של ילדם, ייתכן שהם לא ישתמשו באוכל בתור פרס, על כל המשתמע מכך לגבי ההשפעות הרגשיות על הילד.

הורים המודאגים מתת המשקל של ילדם עלולים להפעיל עליהם לחץ לאכול לעיתים קרובות יותר. הורים חוששים כי משקל נמוך יותר, שיכול להיות מאפיין ביולוגי (תורשתי) של הילד, עלול לסכן את ההתפתחות והגדילה ולכן הם עלולים להכריח את ילדם לאכול יותר (שם).

ממחקרים עולה, כי לא רק משקל הילד בפועל משפיע על התנהגויות האכלה הוריות, אלא גם האופן שבו הורים תופסים את המשקל של ילדיהם בהווה ומה שהוא יהיה בעתיד (אם לא יאכל, לא יגדל/אם יאכל, ישמין). הורים התופסים את משקל ילדיהם בתת-משקל/עודף משקל או בסיכון לכך, יאמצו התנהגויות מגבילות ושל הפעלת לחץ בהתאמה. עוד עולה, כי אם ההורה תופס את הילד במשקל תקין או לא בסיכון לתת-משקל או לעודף משקל, כי אז לא יבחר בהתנהגויות האכלה של לחץ/הגבלה ללא קשר למשקל בפועל (Loth et al., 2021).

בינקות, עלייה תקינה במשקל מזוהה אצל הורים כאישוש למצבו הבריאותי של התינוק. עבור אימהות, בעיקר לילד ראשון, עלייה תקינה במשקל קשורה גם לביטחון האימהי ולתחושת המסוגלות האימהית. אימהות רבות חשות, כי אימהותן נמדדת על פי המשקל של התינוק.

בהינתן ההשלכות של שיטות האכלה שאינן מגיבות ותפקיד הדאגה של המטפלים למשקל הילד על השימוש בפרקטיקות כאלה (בכל גיל של הילד), אנשי מקצוע צריכים להיות ערים לכך. לכן עליהם לדאוג לתווך בצורה מותאמת מידע על אודות משקל ואף לשקול את נחיצות השקילה למטרת הביקור, ובכך להפחית את הדאגה ההורית ולעודד תחתיה אכילה מגיבה והרגלי אכילה בריאים (שם).

פגים

הורים לפגים מדווחים על קושי ובלבול בהתנהלות היום-יומית עם ילדם וקושי "לקרוא" את רמזיו ואת התנהגותו. קושי זה קיים גם בקרב הורים לתינוקות שנולדו במועד, אך נדמה כי הקושי עם פגים הוא גדול יותר. בדרך כלל פגים הם רפלקסיביים מאוד, אוטונומיים ופחות מגיבים לגירויים סביבתיים בימיהם הראשונים לאחר הלידה. הגירוי, הנשימה והפונקציות המוטוריות שלהם משתנים מאוד ומתפתחים במהירות עם הזמן. התגובות של פגים יכולות להיות קשות לתפיסה ולהבנה נכונה ולכן מצריכות מיומנות והדרכה. לעיתים קרובות יש צורך בהכשרה קפדנית של אנשי המקצוע ותמיכה במשפחות כדי להבטיח שהאכלה מגיבה עונה על צרכי הפג ותואמת את סימני ההאכלה שלו. הסביבה שבה

מתרחשת האכלה מגיבה (לדוגמה, פגייה רועשת ומוארת באורות בהירים) יכולה גם היא להשפיע על מידת ההצלחה (Talej et al., 2022).

בסקירה ראשונה מסוגה, שבחנה האכלה מגיבה בפגים ובתינוקות שנולדו במשקל נמוך ופורסמה בקיץ 2022, נכללו מחקרים שבחנו האכלה מגיבה בפגייה. אומנם מספר המחקרים היה מצומצם והראיות אינן ודאיות, אך נמצא כי האכלה מגיבה עשויה להפחית את העלייה במשקל בבית החולים וגם להפחית במעט את משך האשפוז. הראיות לא היו מספיקות כדי להבין את ההשפעות של האכלה מגיבה, בהשוואה לאכלה על פי שעון, על תמותה, תחלואה, צמיחה לינארית ותוצאות נירור-התפתחותיות (שם).

הורים לפגים מביעים חשש רב בכל הקשור לאכלה של ילדם. לעיתים, בעקבות שגרת האכילה בשלבים המוקדמים בפגייה ותחושת הביטחון ששגרה כזו מקנה, הם ימשיכו לאכיל על פי סמנים חיצוניים, כמו הזמן שחלף, ויתקשו לנהוג בשיטה של האכלה מגיבה (שם). כאן המקום להציג את השיטה שפיתחה פרופ' איריס מורג, מנהלת הפגייה במרכז הרפואי "אסף הרופא", העוסקת בהאכלה מגיבה בפגייה ומכשירה צוותים רפואיים והורים לאכיל כך (להרחבה ראו בפרק 7 על תוכניות ההתערבות).

האכלה מגיבה במשפחות שיש בהן עוד אחים

רוב תוכניות ההתערבות המקדמות האכלה מגיבה בילדות המוקדמת כאנו לדיאדה הורה-ילד בלי להתחשב במורכבות היישום של האכלה מגיבה כאשר יש ילדים אחדים בתוך תא משפחתי (Berti & Agostoni, 2022). מחקרים על אחים הראו, כי התנהגויות האכלה של הורים יכולות להיות שונות בין ילדים באותה משפחה, בהתאם לגיל הילד, המגדר, התנהגות האכילה, פיתוח מיומנויות האכילה, התיאבון, המזג של הילד או סדר הלידה שלו בהשוואה לאחיו (Dattilo, 2022). אך שום מחקר לא בחן את ההשפעה של שיטות האכלה דיפרנציאליות בין האחים על תפקוד המשפחה או את ההשפעה של שיטות האכלה שאינן מגיבות לצרכים האישיים של כל ילד במקרים שבהם הורים מנסים להתייחס באופן "הוגן" ו"שווה" לכל הילדים (Berti & Agostoni, 2022).

בבואנו לחקור יחסי האכלה במשפחות עם אחים, חשוב שנזכור, שהמשפחה היא מערכת מורכבת שחבריה קשורים זה בזה והיא אינה ניתנת להבנה על ידי ניתוח תת-מערכות הורה-ילד ואח-אח במנותק זו מזו. יחסי האכלה במשפחה, למעשה, אינם רק דו-כיווניים, אלא גם אינטראקטיביים עם תת המערכות האחרות במשפחה (שם). כך למשל, לוח הזמנים של הארוחות, המגוון בארוחות, האווירה בארוחה יכולים להיות תוצאה של מערכת היחסים המורכבת הזו והם נקבעים לא מתוך התאמה אישית. תוכניות התערבות צריכות להביא בחשבון היבטים אלו ולחשוב איך נכון להדריך הורים בסיטואציות יום-יומיות שעולות במסגרת יחסי האכלה במערכת המשפחתית הכוללת.

חשוב לציין, כי במחקר ה־SIBSIGHT (Ruggiero et al., 2020) שיוצג בהמשך (בפרק השישי על תוכניות ההתערבות), נמצא כי התערבות מוקדמת להורים לילד בכור השפיעה וזלגה גם לאחים השניים ללא התערבות נוספת. רעיון זה חשוב משום שהתערבויות כאלו יכולות לעשות טיפול מונע במידה מסוימת לאחים האחרים במשפחה מתוך מזעור העלויות והמשאבים הקשורים בהתערבויות חוזרות ונשנות.

האכלה מגיבה ומטפלים אחרים – אבות, סבות

רוב המחקרים המעריכים עמדות, אמונות והתנהגויות של הורים, הקשורים להאכלת תינוקות וילדים צעירים, נערכים במדינות בעלות הכנסה גבוהה ומתייחסים לדיאדות של אם וילד בלבד. מסקירה שיטתית ואיכותית של 73 מחקרים עולמיים עולה המסקנה, שהאופן שבו מזונות מוצעים לתינוקות וילדים קטנים מתחת לגיל שנתיים היא בעיקר תוצאה של החלטה אימהית (Dattilo, 2022). יש הכרה, כי בעולם המשתנה מבחינת הרכב התא המשפחתי, שוק התעסוקה והפערים הסוציו-אקונומיים, מטפלים נוספים הם דמויות משמעותיות בהאכלה ובאכילה, כולל אבות, סבות ומטפלים במעונות ובמוסדות חינוך של הגיל הרך.

אבות

תפקיד האבות במשפחה התפתח דרמטית במשך המאה האחרונה. אבות מבלים יותר ויותר זמן במחיצת ילדיהם בעקבות תעסוקה אינטנסיבית של האם. הגידול בתעסוקה של אימהות הביא לעלייה באחריות ההורית של האבות, למעורבות רבה יותר בגידול הילדים ולדפוסי הורות משותפת, מה שעשוי להשפיע באופן חיובי על ילדים ומשפחות (Davison et al., 2020; Rahill et al., 2020).

תפקידו של אב בגידול ילדו מוגדר בצורה רופפת יותר על ידי החברה מאשר תפקידה של האם, וכך תפיסת האב את תפקידו היא מניע פוטנציאלי להתנהגותו. סוג האינטראקציות שיש לאם ולאב עם ילדם עשוי להיות ייחודי לכל אחד מהם, אך עלול גם להיות מנוגד זה לזה, כך שהתנהגותו של אב עשויה לתרום להתפתחות הילד בדרך חלופית מאימו של הילד (Rahill et al., 2020).

בינקות ישנה אחריות האכלה שונה בין האם לאב, כתלות אם התינוק יונק או ניזון מתמ"ל. לכאורה, האכלה של תינוקות שניזונים מתמ"ל מאפשרת גם לאב הזדמנות להאכיל, וההאכלה יכולה להיות אחריות משותפת של ההורים. לא פעם אבות של תינוקות יונקים מדווחים שהנקה יכולה לגרום להם להרגיש מנותקים, או חסרי חשיבות בחייו של התינוק ולמנוע מהם זמן היקשרות משמעותי. זאת משום שבחודשי החיים הראשונים, רוב הזמן המשותף עם התינוק נעשה בזמן האכלה. נדמה כי החברה אינה מדגישה די הצורך את תפקידם החשוב והמובהק של האבות לתינוקות יונקים ואת תרומתם המקיפה להאכלה במובנים הרחבים יותר שלה. מבחינת האכלה, תפקיד האבות של תינוק יונק הוא של איש תמיכה. זהו תפקיד בעל חשיבות עליונה עם ראיות רבות ומובהקות המצביעות על כך, שתמיכתם של אבות בבנות זוגם המניקות הוא מרכיב חשוב בהבטחת חוויות הנקה חיוביות הן לאם והן לילד (שם), החיוניות לביסוס הרגלי אכילה ויחסי האכלה בריאים.

עם המעבר למזונות משלימים יש לאבות הזדמנות להיות שותפים פעילים בהאכלה של ילדם. עם זאת, לעיתים, בשל חוסר התאמה בין שעות הארוחה של התינוק והפעוט לשעות העבודה של האב, תדירות הארוחות שבהן אבות מעורבים היא נמוכה. נמצא שכאשר אבות היו מעורבים יותר בארוחות, הם נקטו פחות התנהגויות של הפעלת לחץ בזמן הארוחה וכי מעורבות אבהית גבוהה בארוחה הייתה גם גורם מגן עבור ילדים מפני התנהגויות תזונתיות המקושרות להשמנה (שם).

אופן תפיסת האבות את תפקידם בהאכלה ובאכילה הוא ההיבט העיקרי שישפיע על מידת המעורבות שלהם ואופן המעורבות. אבות שתופסים את תפקידם בהאכלה באופן חיובי יהיו מעורבים יותר בקניות, בהכנת האוכל ובארוחות המשפחתיות ולהפך. האופן שבו אימהות יתפסו את התפקיד של האבות בהאכלה ובאכילה, הרקע התרבותי והסוציו-אקונומי, מידת ההשכלה, שעות העבודה בפועל וגורמים סביבתיים ואישיים נוספים, לכל אלה השפעה על האופן שבו

אבות יתפסו את תפקידם ואת חשיבותו. מחקרים מראים, כי אבות המאמינים שיש להם אחריות בתחום האכילה של ילדיהם, מבינים גם את היותם מודלים משמעותיים לחיקוי עבור ילדם מבחינת התנהגויות אכילה בריאות והאחריות הנלוות לכך. עם זאת, הם מרגישים שיש מחסור במידע שינחה אותם, ושמידע אמין צריך להיות נגיש יותר עבורם (שם). עניין זה חשוב ביותר ומצריך התעמקות ומחשבה רבה על השאלה: איך יתודרכו האבות, בנסיבות של היום בארץ, שבהן רובם, גם אלה המעורבים והרוצים להיות מעורבים בהאכלה, אינם מגיעים לביקורים בתחנות לאם ולילד בשעות הבוקר, שבהן ניתנות ההדרכות התזונתיות הראשוניות.

סגנונות האכלה של אבות: כפי שצוין, מחקרים על אודות הורות וההאכלה הם מעטים ונקודתיים, ולכן המידע שיש כיום בנושא מוגבל. כך למשל, בעוד שמחקרים מסוימים מצביעים על כך שאבות מאמצים סגנון האכלה סמכותני יותר מאימהות, לא נמצאו הבדלים עקביים בסגנונות ההאכלה של אימהות ואבות. עם זאת, נמצא כי בהשוואה לאימהות, האכלה סמכותנית של אבות הייתה פחות קשורה למצב תזונה ומשקל מיטבי וכי האכלה סמכותנית מגיבה הייתה קשורה לתוצאות חיוביות יותר של ילדים. אומנם יש לפרש את הממצאים הללו בזהירות, שכן רובם מבוססים על נתוני חתך, אך הם ממחישים את הצורך להרחיב את בסיס הידע על הורות והאכלה של אבות (Davison et al., 2020) ואת חשיבות המעורבות שלהם בתוכניות התערבות מוקדמות.

סבות

ברוב התרבויות לסבות יש תפקיד של ייעוץ וטיפול בכל הנוגע לגידול ילדים. מידת ההשפעה של סבות על התזונה של ילדים תלויה ברקע התרבותי והסוציו-אקונומי ובמידת התמיכה והעזרה האישית שהמשפחה זקוקה להן. בחברות מסורתיות יש לסבות תפקיד מרכזי בייעוץ לאימהות הצעירות בנושאים הקשורים לענייני תזונה ובריאות, במיוחד במהלך ההיריון, הלידה והגיל הרך, ובהיותן מטפלות של אימהות לילדים בתקופות הללו (Aubel, 2012). בחברות מערביות, כשהאם חוזרת לשוק העבודה, הסבות יהיו מעורבות בהאכלה באופן מובהק בתקופות שבהן הילד חולה ולא יכול לבקר במעון או כשהן יהיו המטפלות של הילד במקום המעון.

לא מצאנו מחקרים שחקרו באופן ישיר סגנונות האכלה של סבות. עם זאת, מהפרקטיקה עולה, כי רבות מהסבות נוקטות "שיטות האכלה מסורתיות". שיטות אלו התפתחו במשך ההיסטוריה האנושית כדי להגן על ילדים מפני מחסור במזון. מסיבה זו, שיטות אלו כוללות האכלה תכופה ומהירה בתגובה לבכי ולמצוקה (האכלה כדי להרגיע), הצעת מזונות מועדפים, עידוד ילדים לאכול כמה שיותר על ידי לחץ והאכלה בכפייה. למרות המודעות לכך שסביבת המזון העכשווית מאיימת על הבריאות והיא הפוכה לשיטות המסורתיות, כלומר, שפע של מזון, שיטות האכלה מסורתיות ואמונות ש"תינוק שמנמן הוא תינוק בריא" עדיין נמשכות, במיוחד בקרב קבוצות אתניות עם הכנסה נמוכה. ההתמדה בשיטות האכלה כאלו היא בעייתית, ועלולה להוביל לצריכת אנרגיה מוגזמת, לאכילת יתר ולעודף משקל בקבוצות עם הכנסה נמוכה, בהתחשב בעלויות הנמוכות יותר של מזון מעובד ומהיר (Ayre et al., 2022).

בניית תוכניות התערבות מוקדמת באוכלוסיות רב-תרבותיות צריכה להביא בחשבון היבטים אלו ולשלב בתוכניות ההתערבות חברי משפחה נוספים המשפיעים על בריאות הילד, בדגש על סבות, ואף להתייחס אליהן בתור סוכנות שינוי שיעזרו לקידום בריאות מאשר מכשול (Aubel, 2012). מחקרי התערבות במדינות עם הכנסה נמוכה ובינונית, שבהן אבות וסבות היו חלק מהתוכניות התזונתיות, מדגישים את התרומה המיטיבה שלהם לעידוד ולתמיכה בהנקה ובשלב המעבר למוצקים (Martin et al., 2020).

סיכום

האופן שבו ילד אוכל, מקבל מזון ומרגיש לגבי אכילה נקבע במידה רבה על ידי חוויות האכילה המוקדמות שלו. לאופן האכילה השלכות מובהקות גם בהמשך על הדרך שהילד מרגיש לגבי עצמו ולגבי העולם (סאטר, 1992).

קיום יחסי האכלה חיוביים דורש חלוקת אחריות. ההורה אחראי ל"מה" שמוצע לילד לאכול, והילד אחראי ל"כמה" הוא אוכל. חלוקת אחריות זו בין ההורה לילד מכבדת את האוטונומיה של הילד. אחריות נוספת של ההורה היא על ה"איך" (שם). האכלה מגיבה עונה על ה"איך להאכיל".

מחסומים, כגון זיהוי סימני האכילה של הילד, ידע, הבנה, אמונות ועמדות כלפי האכלה יכולים לגרום להורים שלא לנקוט בסגנון האכלה מגיב. ניתן להתגבר על מחסומים אלה באמצעות תוכניות התערבות, המשלבות הדרכה מקדימה לפני הלידה או בשבועות הראשונים לחייו של התינוק. חשוב למקד את פרקי הזמן הקריטיים הללו כדי לשפר את התמיכה בהורים, כשהם לומדים לזהות סימנים להאכלת תינוקות. כדי שתוכנית ההתערבות תצליח, יש להתייחס גם לחסמים חברתיים ומבניים העומדים בפני הורים והמקשים עליהם לאמץ האכלה מגיבה של תינוקות וילדים ולתת להם פתרונות (Redsell et al., 2021).

ישנה חשיבות לאיתור מוקדם של הורים שהם בסיכון להשתמש בשיטות האכלה לא מגיבות, כמו למשל, הורים בפעם הראשונה, הורים לפגים, הורים בהורות מאוחרת, הורים לאחר טיפולי פוריות. כל זאת בשל החששות הרבים שיכולים להתלוות להורות כזו. כמו כן, חשוב לדאוג לאיתור מוקדם של ילדים, שבשל מאפייניהם עלולים להגביר את החשש ההורי, כמו ילדים עם משקל נמוך/גבוה, ילדים עם קושי באכילה, ילדים עם מזג סוער, ועוד. על אנשי המקצוע להיות ערים גם למידת ההשפעה שלהם על החשש ההורי ולחפש דרכים כיצד הם אינם מגבירים אותו.

פרק חמישי

אקולוגיה של האכלה ואכילה



- ◀ למרות קיומן של המלצות תזונתיות ובריאותיות רשמיות, אימהות מבססות החלטות בנוגע לאופן ההאכלה של ילדיהן על חוויותיהן האישיות, על דרישות וציפיות המשפחה, על הנסיבות החברתיות והכלכליות ועל המוסכמות התרבותיות והדתיות שלהן.
- ◀ נשים בהיריון ואימהות לילדים צעירים משתמשות במדיה החברתית לקבלת תמיכה ומידע.
- ◀ חברות מסחריות משתמשות במדיה החברתית כדי לקדם את המוצרים שלהן תוך שימוש ב"אושיות רשת" שאימהות מרגישות קשורות אליהן ו"סומכות" עליהן.
- ◀ אורח החיים המודרני והמצב הייחודי המאפיין את ישראל משפיעים במגוון דרכים על סביבת האכילה שהורים מקיימים עבור ילדיהם.

הקדמה

שיטות האכלה ובחירת מזון שלובות באופן בלתי נפרד עם הגורמים התרבותיים, החברתיים והכלכליים השולטים בחיי המשפחה. למרות קיומן של המלצות תזונתיות ובריאותיות רבות, המקודמות על ידי אנשי מקצוע וארגונים לאומיים ובין-לאומיים, אימהות מבססות החלטות בנוגע לאופן ההאכלה של ילדיהן על חוויותיהן האישיות, על דרישות וציפיות המשפחה, על הנסיבות החברתיות והכלכליות ועל המוסכמות התרבותיות והדתיות שלהן. האופן שבו "אימהות טובה" נתפסת ונמדדת על ידי האימהות עצמן ועל ידי החברה הוא כנראה ההקשר בעל השפעה העמוקה ביותר על האכלה (Harrison et al., 2017; Johnson, 2015).

מדיקליזציה של האכלה

המדיקליזציה של אימהות ו"ההתמקצעות" של האכלת תינוקות יוצרת אף היא סטנדרט עבור האימהות של מהי "אימהות טובה". ככלל, "אימהות מזון טובה" היא זו הנשמעת להמלצות התזונתיות הכלליות ולהנחיות הרפואיות האישיות שנותנים אנשי המקצוע שהן פוגשות. סטייה מהמלצות אלו תיחשב כ"מסוכנת" בריאותית, ואימהות שבחרות או נאלצות לנהוג כך, מרגישות שהן אינן עומדות בציפיות וזהותן כ"אימהות טובות" מתערערת (Harrison et al., 2017).

למרות ההצדקות הרבות והחשיבות של ה"מדיקליזציה" של האכלת תינוקות וילדים לבריאות הציבור והפרט בהווה ובעתיד, נדמה כי היא מרחיקה אימהות מהקשבה לאינסטינקטים האימהיים שלהן ולמקורות מידע משפחתיים ומסורתיים ובמקומם מקדמת אותן להקשבה למומחים ללא פיתוח מענה תומך ומתאים. דיווחים אימהיים מראים כי לתחושתן, אנשי המקצוע אינם רגישים די הצורך לאתגרים הרגשיים והפיזיים שעימם אימהות מתמודדות וכי ההסתכלות שלהם אינה רחבה ואינה נותנת מספיק מקום לנסיבות האישיות סביב בחירות האכלה ולהקשר החברתי והתרבותי שבו נעשות בחירות אלו (שם). לא פעם אימהות מרגישות שהן נשפטות על ידי אנשי המקצוע אם הן אינן עומדות בהנחיות, או אם בחרו לנהוג בדרך שנראתה להן יותר מתאימה לתינוק שלהן ולמשפחה שלהן. לכן, לעיתים, אימהות בוחרות למנוע מידע זה או חלקי מידע אחרים מאנשי המקצוע ואף לשקר במפגשים הבאים עימם.

כל אלו אינם תורמים לפיתוח יחסי אמון ולתחושה של אימהות שיש להן "אל מי לפנות". לא פעם מצב זה מותיר אותן בתקופות שלאחר לידה ובשנתיים הראשונות להורות, מבולבלות, מתוסכלות ובמובנים רבים "לבד" עם לא מעט שאלות בנושאים של הורות בכלל, תזונה ובריאות, בפרט. תחושות אלו רק מתעצמות כשאימהות מקבלות המלצות סותרות מאנשי מקצוע, שאז מתערער גם הביטחון שלהן במערכת כולה. על הרקע הזה אימהות רבות פונות למרשתת ולרשתות החברתיות.

הורות בעידן המודרני והמדיה החברתית

תמיכה חברתית חיונית לבריאות ולרווחה הנפשית, במיוחד בעת המעבר לאימהות, המוכר כזמן פגיע מבחינה פסיכולוגית. שינויים חברתיים שינו את רשתות התמיכה של אימהות לילדים קטנים והציבו אותן בסיכון גבוה יותר לבידוד חברתי. לכך תורמים לא פעם החיים הרחוקים מהמשפחה, הולדת ילדים בשלב מאוחר יותר בחיים והעומס הרב עקב התחייבויות עבודה והשכלה, המגבילים את ההזדמנויות להקים מעגלי תמיכה פיזיים ולהשתייך אליהם, כמו גם את הנגישות למידע שבעבר היה מועבר דרך הקהילה.

מאז שנות ה-90, השנים הראשונות של האינטרנט, נשים בהיריון ואימהות לילדים צעירים השתמשו במדיה ליצירת מעגלי תמיכה רגשית, לחיבור עם הורים אחרים, לקבלת מידע באמצעות דיונים מקוונים בפורומים ובבלוגים שהיו זמינים למטרות אלו. במשך שני העשורים האחרונים נוספו גם אתרי מדיה חברתית ויישומי תוכנה ניידים ('אפליקציות') (Lupton, 2016), וסביר כי בהמשך יתפתחו מדיות נוספות.

המאפיין העיקרי של המדיה החברתית הוא, שהמשתמשים אינם צרכנים פסיביים של תוכן, אלא יש להם חלק פעיל ביצירת תוכן מקורי. כך שלצד היתרונות של המדיה, המאפשרת מרחב של שיתוף ותמיכה במסע האימהות, היא גם מהווה פלטפורמה עיקרית להעברת מידע על כל היתרונות, אך גם החסרונות שבכך (שם). למעשה, לאינטרנט בכלל ולמדיה החברתית בפרט, יש פוטנציאל לדמוקרטיזציה של גישה למידע ולמשאבי בריאות. מצב זה מאפשר גרסאות רבות יותר מאשר בעבר של האמת הרפואית, והבנה עצמית שלפיה לאנשים יש גישה לא רק למגוון רחב יותר של מידע רפואי, אלא גם לסוגים אחרים של מידע, כגון נרטיבים של מטופלים ומידע טיפולי לא רפואי (Johnson, 2015).

משתמשים במדיה הזו צריכים אפוא להפעיל שיקול דעת לגבי המידע שהם מקבלים ומי שמעביר אותו. לא ברור אם משימה זו אכן קורית בתקופות רגישות ובמצבים פגיעים, שבהם לעיתים ההזדהות הגדולה עם בעל המידע הופכת אותו לאוטוריטה גם אם אינו בעל הסמכה.

היבט בעייתי נוסף הקיים במדיה הוא השימוש שחברות מסחריות עושות בה כדי לקדם את המוצרים שלהן. לא פעם השיווק נעשה תוך שימוש בטקטיקות מניפולטיביות מתוך הצהרות וטענות בריאותיות לא מתאימות, בדרך שאינה תמיד ישירה ותוך שימוש ב"אושיות רשת" שאימהות מרגישות קשורות אליהן ו"סומכות" עליהן (Unar-Munguia et al., 2022). במחקר חתך שפורסם בסתיו 2022 ובחן את ההשפעה של שיווק תמ"ל ומזון תינוקות על הנקה והבחירה במזונות משלימים, נמצא כי חשיפה לקידום של תמ"ל ומזון תינוקות מעובד במדיה דיגיטלית העלתה את הסיכון שהורים יאכילו את ילדיהם בתמ"ל, במשקאות ממותקים ובמזון מעובד, והפחיתה ב-62% את הסיכוי של אימהות להניק את ילדיהן בהנקה בלעדית במהלך ששת החודשים הראשונים לחייהם. לנוכח המצב המדאיג ולצד הנחיצות להתערבות ברמה מערכתית, על אנשי מקצוע בתחום הבריאות להיות מעודכנים ומצוידים לקיים שיח יזום על מידע מטעה שעולה ברשת (Lupton, 2016). כמו כן, על אנשי המקצוע לפעול באופן פעיל להנגשת מידע מקצועי מהימן על ידי יצירת רשתות תמיכה באיכות גבוהה, פיזיות ומקוונות, החיוניות לקידום בריאותן של משפחות.

תמיכה פנים-אל-פנים אל מול תמיכה וירטואלית

סקירה מצומצמת שנערכה באוסטרליה ובחנה את ההשוואה בין תמיכה פנים-אל-פנים מול תמיכה וירטואלית מצאה, כי שני סוגי התמיכות הציעו לאימהות טריות חוויות של שיתוף והדדיות, אמון ואינטימיות, קשרים קהילתיים ובאופן כללי היו מקדמות בריאות. הדור הנוכחי של אימהות ממשיך להעריך גישה לתמיכה במסגרות פנים-אל-פנים. מסגרות אלו מסייעות לנשים במסע האימהות שלהן על ידי שיפור ההורות, המסוגלות העצמית והפחתת תחושות של דיכאון, חרדה ובידוד חברתי. קהילות מקוונות שסיפקו גישה מיידית לתמיכה חברתית, ובתוך כך הפגת מתח והגברת ההערכה העצמית, בדרך כלל לא החליפו אינטראקציות פנים-אל-פנים, אלא סיפקו אמצעי משלים שאיתו ניתן להתחבר לאימהות אחרות (Heaperman & Andrews, 2020).

הורות בישראל – תמונת מצב ייחודית

דוח מבקר המדינה שפורסם במאי 2022 בנושא "הטיפול בפעוטות וחינוכם במעונות יום ובמשפחתונים" (מבקר המדינה, 2022) ערך השוואה בין-לאומית בין ישראל למדינות ה-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). מתוך השוואה זו משתקפת תמונה ייחודית לישראל: פריון וילודה גבוהים, העומדים על שלושה ילדים לאישה, לעומת 1.6 בממוצע לאישה במדינות ה-OECD; שיעור גבוה של פעוטות השוהים במסגרות יום – 58% מהפעוטות לעומת 36% בממוצע ב-OECD; חופשת לידה בתשלום קצרה בישראל, העומדת על 15 שבועות לעומת 18-54 שבועות בממוצע ב-OECD; שיעור תעסוקה גבוה של אימהות לפעוטות – 76% לעומת 59% בממוצע ב-OECD; הוצאה ציבורית נמוכה על מסגרות לפעוטות – כ-18% מכלל ההוצאות על מסגרות אלה לעומת כ-71% ב-OECD ותקני איכות נמוכים למסגרות. הנטל הכלכלי המוטל על כתפי הורים לפעוטות בישראל לצורך חינוך בגיל הרך הוא גדול. במסגרות המסובסדות יש מקום לכ-30% מהפעוטות בישראל. הורים אשר ילדיהם שוהים במסגרת שאינה מסובסדת נדרשים לשאת בעלות שיכולה להגיע לנתח נכבד מההכנסה המשפחתית הפנויה (שם).

בשנת 2020 שהו 63% מהילדים בני אפס עד שלוש שנים במסגרות חינוכיות לגיל הרך. תינוקות ופעוטות בגיל שלושה חודשים עד שלוש שנים בישראל מטופלים לרוב במשפחתונים (מסגרות לפעוטות בודדים) או במעונות יום (מסגרות למספר גדול יותר של פעוטות), אלא אם כן הם נשארים בחיק הבית או המשפחה. ידוע כי הגיל הרך הוא תקופה קריטית להתפתחות מנטלית, רגשית ופיזית של ילדים. מחקרים מראים, כי להשקעה בגיל הרך יש ערך בריאותי, חברתי וכלכלי וכי יש בידה לחסוך השקעת כספים ציבוריים בטווח הרחוק (בתחומי הבריאות, התעסוקה והרווחה), והיא מביאה תשואה גבוהה יחסית להשקעה בגילים בוגרים יותר. למרות האמור, התמונה העולה מדוח מבקר המדינה בעניין מצב המעונות כיום מעלה שאלות רבות על ההשפעות של המצב על ההתפתחות באופן כללי ועל התנהגויות אכילה בפרט (שם).

יחס מטפלות-ילדים

בגיל 3 חודשים עד שנה היחס הוא מטפלת אחת לכל 6 ילדים; בגיל שנה עד שנתיים היחס הוא מטפלת אחת לכל 9 ילדים, ובגיל שנתיים עד שלוש שנים היחס עומד על מטפלת אחת לכל 11 ילדים. יצוין כי לפי החלטת הממשלה מינואר 2022, היחס היה אמור להשתנות, לפיו מטפלת אחת לכל 5 תינוקות בגיל לידה עד שנה וחצי; יחס של מטפלת אחת לכל 8 פעוטות בגיל שנה וחצי עד שנתיים, ויחס של 10 פעוטות בגיל שנתיים עד שלוש לכל מטפלת. הנחיה זו חדשה ולא הצלחנו להבין אם היא מיושמת בפועל (שם).

כידוע, אכילה קשורה בקשר הדוק להימצאות בסביבה רגשית הולמת, מבינה ותומכת (סמיש-טלאור, 2006). התנהגויות האכלה מגיבות דורשות שהמטפלים יהיו במצב של פניות פיזית ורגשית, כדי לאפשר להם תשומת-לב לסימני האכלה

של ילדים וכדי לבנות האכלה תומכת העונה על הצרכים ההתפתחותיים של ילדים. המצב, כפי שהוא משתקף כיום במעונות מן היחס המספרי מטפלות-ילדים, לא מאפשר למטפלות להיות בפניות הנדרשת לקיום האכלה מגיבה ולא ברור עד כמה – בעומס כזה של טיפול בילדים – ניתן לקיים סביבת אכילה הולמת מבחינה התפתחותית ורגשית. ההשפעות של האכלה לא מגיבה תוארו בפרק של יחסי האכלה, והן רבות משמעות. השפעתן מתעצמת ככל שמדובר בתינוק שמצטרף בגיל צעיר יותר למערכת, שכן רוב הארוחות שלו ביום זוכות להינתן בידי המטפלות. ילדים צעירים לומדים דרך התנסויות החוזרות על עצמן. ככל שילד יחווה יותר האכלות לא קשובות לאורך זמן, כך יגדל הסיכון שהוא יפתח התנהגויות אכילה לא מיטיבות, שישפיעו על הבריאות בהווה ובעתיד.

התנהגויות אכילה נפוצות בקרב מטפלות בתינוקות הן האכלה לפי לוח זמנים, ללא התאמה לסימני רעב; האכלה בקצב מהיר ולא מותאם; החדרה בכוח של פטמת הבקבוק או הכפית לפיו של הילד; האכלה לשם הרגעה, בין אם בפרידה מההורים בבוקר (מנהג נפוץ מאוד של הצעת בסקוויט פתי-בר), ובין במשך היום (הצעת בקבוק או פתי-בר בהתאם לגיל); האכלה בצורה מכנית ללא תקשור רגשי-חברתי; חוסר עידוד של חקירה סנסורית של מזון, התנסויות לאכילה עצמאית ומאמצים להימנע מלכלוך. בקרב מטפלות בפעוטות נפוצות התנהגויות של שיח גוער בזמן ארוחה; הגשה בסכום בגודל שאינו מותאם (פחות מלכלוך וגם מאפשר האכלה מהירה יותר של אותה כמות אוכל מאשר בסכום מותאם); התערבויות פולשניות במה שנאכל, כמה נאכל ובאיזה סדר; הגשה וציפייה לאכילה של כמויות שלא תואמות גיל (שם).

הכשרה רשמית של מטפלות

יותר ממחצית מהמחנכות-מטפלות נעדרות הכשרה רשמית. כמו כן, תחלופת הצוות במעונות היא מהירה. בשנות הלימודים התשע"ט, התש"ף והתשפ"א (2018-2021) התחלפו בין 35% ל-48% מכלל העובדות מדי שנה, ויותר מ-50% מהעובדות עזבו בשנת עבודתן הראשונה. הארגונים המפעילים מעונות בסבסוד מסרו למשרד מבקר המדינה, כי הם מזהים טיפול איכותי פחות בפעוטות; הפעוטות עלולים לחוות קשיים בשל חוסר היציבות בצוות המטפל בהם וכן נגרמים נזקים להורים ולמסגרות עקב התחלופה התכופה של הצוות (מבקר המדינה, 2022).

ידע תזונתי עם היבטים התפתחותיים ועם היבטים רגשיים-חברתיים הוא רב ערך בעבודתן של מטפלות. כשלמחציתן אין הכשרה רשמית וכשהתחלופה כה תכופה, לא מן הנמנע כי הידע התזונתי ושיטות ההאכלה שיינקטו יהיו כאלו שהמטפלות מביאות מעולמן ומהרקע החברתי, תרבותי וכלכלי שלהן. כשילדים בישראל, כבר בגיל צעיר מאוד, מבלים שלושה רבעים מהיום במסגרות החינוכיות, הדרכות בתזונה ובשיטות האכלה חייבות להיות חלק מובנה בתוכניות הכשרה קיימות ועתידיות. זאת אם ברצוננו לפתח אצל הילדים התנהגויות אכילה בריאות ומיומנויות מיטיביות לוויסות עצמי ולשליטה על צריכת מזון אשר יסייעו לשמירה על משקל מאוזן לאורך טווח זמן ויפחיתו את הסיכון למחלות כרוניות בהמשך החיים.

מסגרות עבור פעוטות במצב סוציו-אקונומי נמוך לקידום מוביליות חברתית

עבור תינוקות ופעוטות המשתייכים למשפחות מרקע סוציו-אקונומי נמוך, המסגרת החינוכית היא מקום משמעותי שיכול לקדם ולצמצם את הסיכון לתזונה לקיחה ולבעיות בריאותיות. מחקרים מראים, כי מסגרות איכותיות לגיל הרך יכולות לתרום להתפתחות טובה יותר של ילדים מרקע סוציו-אקונומי נמוך, וכי זהו שלב מכריע להתערבות כדי לקדם שוויון הזדמנויות ומוביליות חברתית. לרוב, אם ילדים אלו ישהו בבית ההורים בשנים הקריטיות הללו, הם ייחשפו לפחות גירויים חיוביים, יזכו לפחות הזדמנויות ומשאבים לפיתוח כישוריהם ויהיו חשופים יותר למצבי לחץ (שם). בהיבטים של בריאות ותזונה, ילדים אלו נמצאים בסיכון לחוסרים תזונתיים כבר מהלידה או אפילו קודם לכן. נשים עם השכלה נמוכה

ומרקע סוציו-אקונומי נמוך נוטות לצרוך דיאטות לא נאותות וליטול פחות תוספי תזונה לפני ההיריון ובמהלכו. חלק מהקשר בין ילדות מרקע סוציו-אקונומי נמוך והישגים לימודיים נמוכים בבית הספר בהמשך החיים מיוחסים לתזונה לקויה. אנמיה היא סיכון מובהק לילדים ממשקי בית עם הכנסה נמוכה, ומחסור בברזל עלול להוביל לקושי בריכוז ולהישגים אקדמיים נמוכים יותר (Case & Paxson, 2006). השהות במסגרת יכולה להבטיח, כי לפחות ברוב שעות היום הילד יקבל תזונה הולמת, התואמת גיל והתפתחות. כמו כן, ייתכן כי דווקא במסגרת הילד ייחשף לשיטות האכלה מגיבות, המעודדות מיומנויות אכילה והתנהגויות אכילה מיטיבות והמסייעות בהפחתת הסיכון לעודף משקל ולמחלות כרוניות בהמשך החיים. ייתכן גם שההורים ייחשפו בעקיפין למידע תזונתי מקצועי, שלא היו נחשפים אליו בדרך אחרת.

סיכום

אורח החיים המודרני והמצב הייחודי המאפיין את ישראל משפיעים במגוון דרכים על סביבת האכילה שהורים מקיימים עבור ילדיהם. חופשת הלידה הקצרה בתשלום, לצד הקושי הכלכלי של משפחות צעירות ויוקר המחייה, מאלצים אימהות רבות לחזור מהר לשוק העבודה ולשלב את ילדיהן במסגרת בגיל צעיר מאוד ולמשך שעות ממושכות. מסגרות אלו, כפי שראינו, מוגבלות מאוד במשאביהן וביכולתן לאפשר סביבת האכלה רגישה, מגיבה ותומכת. היקף שעות העבודה השבועי הגבוה בארץ מותיר הורים עם מעט מאוד פניות פיזית ורגשית, החיונית להורות מגיבה ולהאכלה מגיבה. קיום ארוחות משפחתיות, הכנת מזון ביתית, שיתוף הילדים בעשייה במטבח, מתן הזדמנויות להתנסות באכילה עצמאית ושמירה על אווירה נעימה סביב העיסוק באכילה ובארוחה – כל אלו מצריכים סבלנות וזמן אשר לא תמיד מתאפשרים בעומס המאפיין את שגרת ההורים בישראל.

הצירוף יוצא הדופן של שיעורי הילודה והתעסוקה הגבוהים, לצד נורמות חברתיות מסורתיות המגדירות ומודדות מהי "אימהות טובה", גובה מחיר קשה מהאימהות ומהילדים גם יחד. בהיעדר מעגלי תמיכה פיזיים, אימהות רבות מתמודדות לבד עם האתגרים של מסע האימהות ופונות למדיה החברתית, לחברה ולמקורות מידע. מרחבים וירטואליים אלו נחוצים לרווחתה הנפשית של האם ומאפשרים נגישות למידע. עם זאת, הם עלולים לערער את הביטחון האימהי והתפיסה שלה את עצמה כ"אימא טובה" וגם לערער את האמיתות של הנחיות בריאותיות רשמיות והנחיות מקצועיות, בעיקר כשאין יחסי אמון חזקים במקורות הבריאות הקהילתיים.

תוכניות התערבות בגיל הרך צריכות לשקול לא רק את הצרכים של תינוקות, אלא גם את הצרכים של ההורים ולראות כיצד ניתן לספק להם מענה שתואם את עולם התעסוקה ואת המצב החברתי והכלכלי המשתנה.

פרק שישי

תוכניות התערבות



- ◀ תוכניות המתערבות בשלב מוקדם והממוקדות בקשר הורה-ילד ובאינטראקציות האכלה ואכילה, בדגש על האכלה מגיבה, יעילות לטיפול התנהגויות האכלה ואכילה בריאה, לשמירה על משקל תקין ולשיפור הביטחון ההורי בהאכלת ילדים. השפעותיהן של תוכניות אלה נשמרות לטווח ארוך.
- ◀ מסרים עקביים המלווים את הילד ככל שהוא גדל, לצד תמיכה מאנשי מקצוע, מובילים לשיעורים גבוהים של משפחות שמצליחות להזין את ילדיהן בהתאם להמלצות הבריאותיות התואמות.
- ◀ משך תקופת ההתערבות ותדירות ההדרכות משפיעות על היעילות לאורך זמן.

הקדמה

בשנת 2018, פרסם ארגון הבריאות העולמי (WHO) את המסמך: Nurturing Care for Early Childhood Development – A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential.

המסמך קורא לשים את ההשקעה בהתפתחות לגיל הרך בראש סדר העדיפויות בכל מדינה, קהילה ומשפחה. המסמך נכתב ופורסם לאור ההבנה, כי השקעה בהתפתחות בגיל הרך טובה לכולם – ממשלות, עסקים, קהילות, הורים ומטפלים, ובעיקר, תינוקות וילדים צעירים. מעבר לאמירה המוסרית שזה הדבר הנכון לעשות, לעזור לכל ילד לממש את זכותו לשרוד ולשגשג, השקעה בגיל הרך היא חסכונית: על כל \$1 שמוציאים על התערבויות בהתפתחות לגיל הרך, ההחזר על ההשקעה יכול להגיע עד \$13.

המסמך מגדיר טיפול מטפח (nurturing care) כ"תנאים שנוצרו על ידי מדיניות ציבורית, תוכניות ושירותים. תנאים אלה מאפשרים לקהילות ולמטפלים להבטיח את בריאותם ותזונתם של הילדים ולהגן עליהם מפני איומים. טיפול מטפח פירושו גם מתן הזדמנויות לילדים צעירים ללמידה מוקדמת, באמצעות אינטראקציות מגיבות ותומכות רגשית". טיפול מטפח כולל חמישה רכיבים: בריאות טובה, תזונה נאותה, טיפול הורי מגיב, הזדמנויות ללמידה, ביטחון סוציאלי וכלכלי ומוגנות (שם).

כדי לספק טיפול מטפח לילדים צעירים, יש ליצור "סביבות מאפשרות". "סביבה מאפשרת" הוא עקרון מפתח במסמך, הקובע ארבע סביבות מאפשרות: מטפלים, קהילה, שירותים מקצועיים ומדיניות. כל סביבה יכולה לעזור לילדים להתפתח בצורה הטובה ביותר ולכל חייהם. הסביבות קשורות יחד, מושפעות ומשפיעות אחת על האחרת (שם).

גישה אקולוגית משולבת של מסלול חיים (Integrated ecological life course approach)

תוכניות התערבות רבות העוסקות בבריאות מתרכזות במחלות או בנושאים בודדים (למשל, חוסרים תזונתיים, אנמיה, השמנה) ולעיתים קרובות בשלב בודד בחייו של ילד. התערבויות אלו חיוניות, אך הן אינן נותנות מענה מתאים למורכבות של בריאות והתפתחות של ילדים, כפי שנותנות התערבויות בגישה אקולוגית. **גישה אקולוגית** תופסת את התפתחות

הפרט כמתרחשת בתוך מעגלי השפעה. הילד במרכז וסביבו המעגלים השונים המקיפים אותו – משפחה, קהילה, אוכלוסייה. **גישת מסלול חיים** מוסיפה לגישה האקולוגית את ממד הזמן ותופסת את ההתפתחות כפי שהיא כיום כמשהו שהושפע מאירוע עבר (Oberklaid et al., 2013).

פרופ' פרנק אוברקלייד, במאמרו "ייעול בריאות והתפתחות הילד והמתבגר באמצעות גישה אקולוגית משולבת של מסלול חיים" (שם), מציין כי גישות אקולוגיות מוכרות בתחום התפתחות הילד **אינן מיושמות בשגרה בתחום** זה. בהתבסס על הרעיון של "סביבה מאפשרת", מציג אוברקלייד (שם) גישה שהיא למעשה אינטגרטיבית, המשלבת בין הגישה האקולוגית לגישת מסלול החיים והיא: **גישה אקולוגית משולבת של מסלול חיים**. גישה זו מתמקדת בחשיפה סביבתית ומתרכזת במנגנונים, בדרכי פעולה ובאינטראקציה בין גורמי סיכון וגורמי הגנה לאורך זמן. על ידי זיהוי האופי האקולוגי של התפתחות ובריאות, גישה זו תעודד התערבויות רב-מקצועיות ורב-מגזריות. התוכנית של יוניצ"ף (UNICEF) היא כזו והיא תוצג ראשונה (ראו להלן). יתר התוכניות שנציג, התערבו באחת או בשתיים מהסביבות השונות – התערבות בסביבה המשפחתית או הקהילתית על ידי הדרכות להורים ולצוותים מקצועיים. כמו כן, נציג תוכניות התערבות מישראל בדגש על תוכניות שנועדו להכשיר צוותים מקצועיים ולהיטיב את הקשר הורה-ילד-איש מקצוע (Tomlinson et al., 2021).

תוכניות התערבות מהעולם

בריטניה

Unicef UK Baby Friendly Initiative Standards Transforming Healthcare for Babies, their Mothers and Families in the UK ¹

יוזמת Baby Friendly (Eagleton et al., 2019) היא פרויקט משותף של ארגון הבריאות העולמי (WHO) ויוניצ"ף, שמטרתו לאפשר לשירותים ציבוריים לתמוך טוב יותר במשפחות בהאכלה ובפיתוח קשרים קרובים ואוהבים, כך שכל התינוקות יקבלו את ההתחלה הטובה ביותר בחיים.

יוזמת Baby Friendly הוקמה במקור בשנת 1991, הוצגה לבריטניה בשנת 1994 והייתה חלק ממאמץ עולמי ליישם פרקטיקות המגניות, מקדמות ותומכות בהנקה. בראשית דרכה היוזמה התמקדה אך ורק בשירותי יולדות בבתי חולים על ידי מתן תוכנית בת 10 שלבים לתמיכה ולעידוד אימהות להניק בהתאם לקוד השיווק הבין-לאומי של תחליפי חלב אם – המוכר בתור Baby Friendly Hospital Initiative. לאחר מכן היוזמה הורחבה לשירותים קהילתיים, עם תוכנית ייעודית בת 7 נקודות, שנועדו להמשיך ולתמוך בהנקה בשירותי הבריאות הקהילתיים (UNICEF, 2017).

ככל שבסיס הראיות גדל, החלו לצוץ יתרונות רחבים יותר של הנקה ומערכות יחסים מוקדמות, שקושרו בין הנקה לבין עלייה בהורמון האימהי והתייחסו לקשר החזק בין אם לתינוק. בהתחשב ביתרונות הרחבים הללו, התברר שיש ליישם את הסטנדרטים של Baby Friendly בצורה רחבה יותר כדי להבטיח את התוצאות הטובות ביותר עבור תינוקות, כלומר הוצע מעבר מיחידות יולדות ליחידות ילודים, למרכזי ילדים ולאוניברסיטאות (שם).

בשנת 2012, פותח סט תקנים חדש – Baby Friendly Initiative Standards, אשר ממשיך להטמיע את התקנים המקוריים (10 צעדים ו-7 נקודות), אך גם **מרחיב ומקיף יחידות ילודים ומרכזי בריאות של ילדים**, במטרה לשפר את הטיפול הקיים, **וגם כולל אוניברסיטאות**, כדי להבטיח שאנשי מקצוע מוסמכים וחדשים מתחום הבריאות ירכשו כבר בלימודים את הבסיס החזק של הידע הדרוש כדי לתמוך במשפחות.

¹ <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/>

חשוב להדגיש, כי אומנם תמיכה בהנקה היא לב ליבה של התוכנית, אך השאיפה בבסיס סט התקנים החדש היא להעלות את הסטנדרטים של הטיפול בכל התינוקות, ללא קשר לאופן האכלתם. השאיפה היא ליצור "נורמלי חדש" בשירותי הבריאות, שבו תינוקות, אימהותיהם ומשפחותיהם מונחים בלב הטיפול של אנשי המקצוע ומקבלים מהם תמיכה ומידע מדויק, המבוסס על ראיות ונטול אינטרסים מסחריים מזיקים, בעיקר בתחום ההזנה בתמ"ל ומזון לתינוקות.

סט התקנים שנציג מספק מפת דרכים מפורטת ומקיפה לשיפור הטיפול במתקני הבריאות השונים (שם). התקנים בנויים על שלושה שלבים. נציג את השלבים השונים ובמה הם עוסקים לצורך היכרות והבנת המבנה. יש לציין, כי קיימת הרחבה על כל שלב והסבר מדוקדק כיצד ניתן לאמץ את היוזמה במדיניות ובמתקנים בישראל.

סקירה כללית של תקני יוזמה ידידותית לתינוקות של **UNICEF UK**:

שלב 1 | בניית בסיס יציב

- 1 | כתבו מדיניות והנחיות כדי לתמוך בסטנדרטים.
- 2 | תכננו תוכנית חינוך שתאפשר לחברי צוות ליישם את התקנים בהתאם לתפקידם.
- 3 | ראו תהליכים ליישום, ביקורת והערכת תקנים.
- 4 | ודאו שאין קידום של תחליפי חלב-אם, בקבוקים, פטמים או בובות בכל חלק של המתקן או על ידי מי מהצוות.

שלב 2 | כוח עבודה משכיל

חנכו את חברי הצוות ליישם את התקנים בהתאם לתפקידם ולשירות שניתן.

שלב 3 | חוויות של הורים

חוויות משירותי הלידה

- 1 | תמכו בנשים בהיריון ועודדו אותן להכיר בחשיבות ההנקה ומערכות יחסים מוקדמות לבריאותו ולרווחתו של תינוקן.
- 2 | תמכו בכל האימהות והתינוקות ליזום מערכת יחסים קרובה והאכלה זמן קצר לאחר הלידה.
- 3 | אפשרו לאימהות להתחיל טוב בהנקה.
- 4 | תמכו באימהות לקבל החלטות מושכלות לגבי הכנסת מזון או נוזלים מלבד חלב-אם.
- 5 | תמכו בהורים לקיים מערכת יחסים קרובה ואוהבת עם תינוקם.

חוויות ביחידות יילודים

- 1 | תמכו בהורים לקיים מערכת יחסים קרובה ואוהבת עם תינוקם.
- 2 | אפשרו לתינוקות לקבל חלב-אם ולאימהות להניק במידת האפשר.
- 3 | העריכו את ההורים כשותפים בטיפול.

חוויות מביקורי בריאות/שירותי סיעוד לבריאות הציבור

- 1 | עודדו נשים בהיריון להכיר בחשיבות ההנקה ומערכות יחסים מוקדמות לבריאותו ולרווחתו של תינוקן.
- 2 | אפשרו לאימהות להמשיך להניק כל עוד הן רוצות.
- 3 | תמכו באימהות לקבל החלטות מושכלות לגבי הכנסת מזון או נוזלים מלבד חלב-אם.
- 4 | תמכו בהורים לקיים מערכת יחסים קרובה ואוהבת עם תינוקם.

- 1 | תמכו בנשים בהיריון להכיר בחשיבותן של מערכות יחסים מוקדמות לבריאותן ולרווחתן של תינוקן.
- 2 | הגנו ותמכו בהנקה בכל תחומי השירות.
- 3 | תמכו בהורים לקיים מערכת יחסים קרובה ואוהבת עם תינוקם.

נקודות עיקריות שעולות מהתוכנית UNICEF UK

- ◀ מדובר בהתערבות בכל הרמות – מדיניות, צוותים מקצועיים, קהילה והורים.
- ◀ יצירת שפת הורות ואכילה אחידה כבר בשלב קביעת המדיניות וקביעת הסטנדרטים וההנחיות.
- ◀ פיתוח כלים ועזרים שיתמכו בתוכנית – הדרכה מתאימה לצוותים, חומרי הסברה לצוותים ולהורים, כלים מדידים למעקב ולהערכה.
- ◀ העברת מידע ומסרים באופן "ספירלי" כבר בשלב תכנון ההיריון, לאורך מעקב ההיריון, ההכנה ללידה ולהנקה, הלידה והימים הראשונים בבתי היולדות, טיפת החלב והמעקב בקהילה, על ידי רופאת הילדים ולמעשה כל איש מקצוע שפוגש בהורים. בכל נקודת מפגש, איש המקצוע ידבר איתם את שפת ההורות והאכילה המגיבה בהתאם למקצוע שלו ולנקודת הזמן שהוא נמצא בה.
- ◀ התאמת המידע והמסרים להיבטים מקומיים ולהקשרים תרבותיים הייחודיים לתתי הקהילות השונות. התאמה שתכבד את השונות התרבותית, אך גם תחבר לערכים אוניברסליים.
- ◀ הבנת התפקיד המשמעותי של אנשי הבריאות בתמיכה בתינוקות, באימהות ובמשפחות.
- ◀ מסרים עקביים המלווים את הילד ככל שהוא גדל לצד תמיכה מאנשי המקצוע מובילה לשיעורים גבוהים יותר של משפחות שמצליחות להזין את ילדיהן בהתאם להמלצות הבריאותיות התואמות.

אוסטרליה NOURISH

מחקר NOURISH (Daniels et al., 2009) נועד ליישם ולהעריך **התערבות תזונתית מוקדמת מבוססת קהילה** לקידום שיטות האכלה שיטפחו העדפת מזון בריא והתנהגויות אכילה מיטיבות אצל ילדים צעירים מאוד וישפרו את היעילות האימהית (ידע, מיומנויות, ביטחון עצמי אימהי) ביחס להאכלת ילדים.

המחקר משווה גישה מכוונת עצמית ל"שירותי בריאות ילדים רגילים" (בקרה) עם השתתפות בתוכנית מובנית ומקיפה לחינוך אימהות ולתמיכת עמיתים, המועברת כאשר התינוקות הם בני 4-7 חודשים ו-13-16 חודשים (התערבות).

תכנון המחקר

שני מרכזים – גיוס ממחלקות יולדות בבתי חולים גדולים בשתי ערים, 698 אימהות: 352 אימהות בקבוצת ההתערבות ו-346 בקבוצת הביקורת. על אף שזה לא היה קריטריון פסילה, רק חמישה אבות השתתפו בהתערבות.

אימהות מעל גיל 18 לילד ראשון, בריא, שנולדו במועד אחרי שבוע 35 ומשקל לידה מעל 2.5 ק"ג, ללא רקע של אלימות במשפחה, שימוש בסמים, הפרעות פסיכיאטריות, כולל הפרעות אכילה (קריטריון ההכללה עבור תינוק בריא נבדק בכל שלב בגיוס ובמפגשים על ידי מילוי שאלון עצמי על ידי האימהות). ההערכות וההתערבות החלו כאשר התינוקות היו בני 4-7 חודשים והתבצעו במרפאות קיימות לבריאות הילד. התחלת התערבות בגיל זה נתמכה על ידי נתוני מחקר הפיילוט שנערך והיא מאפשרת מעורבות אימהית בהתבסס על ניסיון כלשהו בהאכלה מוקדמת, אך לפני שהדינמיקה של האכלה מושרשת. אימהות לראשונה נבחרו כדי למזער את הקשיים בוויסות החשיפה ויישום ההתערבות בשילוב עם האכלת אחים גדולים.

תהליך גיוס דו־שלבי

בשלב ראשון, שנמשך 4 חודשים, גויסו אימהות מתאימות תוך 72 שעות מהלידה וקיבלו את הסכמתן ליצירת קשר חוזר כשהתינוק יהיה 4-7 חודשים וכן מעט פרטים דמוגרפיים.

בשלב השני, שלושה חודשים לאחר הגיוס, נשלח לכל האימהות שגויסו והסכימו, דואר שבו דף מידע, טופס הסכמה, שני שאלונים קצרים, פרטים על מיקומים של מרפאות הערכה באזורם, שמהם יוכלו לבחור לאיזו מרפאה להצטרף ומעטפה עם בול להחזרה. כל אלה שהגיבו, ללא קשר להחלטת הסכמה, היו זכאיות להגרלה של 8 שוברי מתנה למוצרי תינוקות. אלה שסרבו להשתתף התבקשו למלא שאלון קצר כדי להשלים את הנתונים שנאספו בשלב הראשון של הגיוס וזאת כדי לאסוף מידע על אודות הטיית הבחירה. המשתתפות שהסכימו להשתתף התבקשו להשלים את טופס ההסכמה, לענות על שאלון להערכת המשך הזכאות ועל טופס לציין את שלוש העדפותיהם המובילות עבור מקומות, ימים ושעות לביצוע ההערכה. נעשו שלושה ניסיונות להתקשר למי שלא משיבה תוך שבועיים. תורים למפגשים נשלחו בדואר. נוצר קשר טלפוני בהתאם לנוהל לעיל עבור 'אי-הופעה' להערכת קו הבסיס ונקבע תור חלופי או שנאסף מידע.

בשלב זה נעשתה גם הערכה עצמית של סולם המצוקה הפסיכולוגית של קסלר (K10).

ההתערבות

המסגרת

ההתערבות כוללת שתי מודולות רצופות: מודולה 1 בגיל 4-7 חודשים, מודולה 2 בגיל 13-16 חודשים, כל אחת מהמודולות כוללת **שישה מפגשים קבוצתיים דו-שבועיים**, ולאחר מכן הגעה של פעם בחודש לתחזוקה במשך שישה חודשים. כל מפגש הוא שעה עד שעה וחצי. בכל קבוצה 10-15 אימהות.

המפגשים התקיימו במרכז בריאות הילד, שבו מתקיימות ההערכות, בהובלה משותפת של דיאטנית ופסיכולוגית התפתחותית. קיום המפגשים במרכזים הקיימים, שבהם נעשות ההערכות, חיזקה את הרלוונטיות והקשר בין הערכות שגרתיות להדרכות מסוג זה, בנתה אמון רב יותר בצוות ואפשרה גישה קלה יותר באזור המקומי של המשתתפים. מנחה הקבוצה עושה שימוש במדריך סטנדרטי הכולל פרוטוקולים, נהלים, פעילויות וחומרים לכל מפגש קבוצתי וחומרים סטנדרטיים שיחולקו למשתתפים. המנחים נפגשו באופן קבוע, באמצעות ועידה טלפונית, עם רכזי הלימוד לתכנון הפגישות, לסקירה ולהנחיה מקצועית (סופרויז'ן).

התוכן

הדגש הוא על אכילה בריאה ועל יחסי האכלה וגדילה תקינה, ולא על מניעת השמנת יתר. שני נושאים מקיפים עמדו בבסיס שתי המודולות: חשיפה ניטרלית, חוזרת ונשנית, למזונות לא מוכרים והגבלת החשיפה למזונות לא בריאים כדי לקדם העדפות מזון בריא והאכלה מגיבה, שמזהה ומגיבה כראוי לרמזים של רעב ושובע של תינוקות. כל זאת כדי לשמור על היכולת המולדת של התינוקות לווסת את הצריכה העצמית ולהימנע מהאכלת יתר. אלה תורגמו לחמישה מסרים מרכזיים אל ההורים:

- הדרך שבה אנו מאכילים ילדים צעירים משפיעה על המזונות שהם יאהבו ובריאותם: "לומדים לאהוב, אוהבים לאכול".
- הקשיבו לילדכם ותסמכו עליו: "הורים מספקים, הילד מחליט".
- הרגלים נוצרים מוקדם וממשיכים לבגרות.
- תנו דוגמאות טובות לילדכם.
- מערכת היחסים שלך עם ילדך חשובה.

כל מודולה מתוזמנת לספק הדרכה מקדימה בנושאים הרלוונטיים לאותו גיל.

מודולה 1, בגיל 4-7 חודשים, מתמקדת בביסוס תזונת מוצקים, כולל ביסוס מגוון של מאכלים ומרקמים, התייחסות ניטרלית בחשיפה חוזרת למזונות בריאים, חשיפה מוגבלת וניטרלית למזונות שאינם הליבה. ציפיות מציאותיות מגדילה ודרישות תזונתיות, כמו גם אופן התפתחות האכילה של תינוקות בריאים.

מודולה 2, בגיל 13-16 חודשים, מתמקדת בפיתוח של סביבת אכילה חיובית וניהול חיובי של התנהגויות אכילה של פעוטות, שנמצאים בשלב שבו הם רוצים יותר אוטונומיה, לצד חיזוק המקום ההורי כמודל לחיקוי חיובי ולמתן כלים לעידוד בחירת מזון מיטיבה עם המעבר לאכילה עם המשפחה ובמסגרות חברתיות רחבות יותר.

שתי המודולות מתמקדות בשיטות של הורות סמכותית ובסגנונות האכלה מגיבים; הכרה אימהית של סימני רעב ושובע של ילדים ואמון בהם וכן שימוש עקבי ומגיב במבנה ארוחות ובגבולות המתאימים מבחינה התפתחותית ונפשית.

המפגשים הקבוצתיים הם אינטראקטיביים בגישה התנהגותית-קוגניטיבית לשיפור המסוגלות העצמית האימהית ולבניית סביבות תומכות (למשל, חבילת מידע לבני משפחה ומטפלים אחרים, כולל מטפלות במסגרות חינוך). כל משתתפי ההתערבות מקבלים חוברת עבודה כדי לעודד מעורבות ומעקב אחר אסטרטגיות שנוסו בבית ומגנטים למקרר עם המסרים העיקריים מכל מודולה. לאימהות המשתתפות במודולת ההתערבות השנייה הוצעו במקום המפגש שירותי טיפול ושמירה על הילדים.

ניהול המעקב והתוצאות

משתני התוצאה מתוארים בפירוט בלוח 1. המשתנים נמדדו על ידי שאלונים שמילאו האימהות בקו הבסיס (זמן 1, גיל 4-7 חודשים) ושישה חודשים לאחר השלמת כל מודולת התערבות בת 12 שבועות – כלומר בגיל 13-16 חודשים (זמן 2) לאחר סיום מודולה 1 ובגיל 22-25 חודשים (זמן 3) לאחר סיום מודולה 2. **השאלונים והסולמות שנעשה בהם שימוש עברו התאמה לאוכלוסייה האוסטרלית במסגרת מחקר הפיילוט למחקר**. אימהות מילאו את השאלונים בבית והביאו למרפאות שבהן נעשה ניטור הגדילה.

צריכת המזון של הילדים נמדדה בזמנים 2 ו-3 באמצעות שאלון טלפוני של צריכת מזון ב-24 שעות ביממה, שנערך על ידי דיאטנית, ורישום מזון בן יומיים (יום חול אחד ויום סופ"ש אחד) שהשלימה האם.

נעשתה גם הערכה של המפגשים עצמם ושל המודולות השונות, הן על ידי המנחה והן על ידי שאלונים לאימהות בסיום כל מודולה. עבור מפגש אחד נעשתה הערכה על ידי צופה חיצוני בלתי תלוי.

לוח 1 | תוצאות המחקר

Table 1: Outcome measures for the study

Participant	Measure - assessment sessions at child health clinics	T1	T2	T3
Infant/Child				
Food intake records H1	3 non-consecutive days (including weekend day), using 2 × 24 h food records + telephone 24 h-recall. Standard protocol (including estimation of breast milk intake and standardised visual aids for serve size estimation) will match FITS [48] and other [49] studies; well accepted in pilot study.		✓	✓
Food preference H2	The Wardle tool [37] adapted to Australian target foods. Mothers rate on 5-pt scale from 'likes a lot' - 'dislikes a lot' with option for 'hasn't tried it'	✓	✓	✓
Feeding behaviour H3	Children's Eating Behaviour Questionnaire [50]. Validated 35-item parent report of satiety responsiveness, fussiness, food responsiveness, enjoyment, emotional over/under eating.		✓	✓
Weight & growth	Recumbent length and weight. Weight, length and weight-for-length z-scores calculated using CDC EpiInfo (version 3.3.2).	✓	✓	✓
Maternal				
Feeding style and practices H3	The Infant Feeding Questionnaire [36]. 20-item - under/over-eating, hunger, infant cues, scheduling, use of food to calm. Child Feeding Questionnaire [43] 28-item - 2-11 yrs. - feeding attitudes, practices, perceptions/ concerns regarding weight.	✓	✓	✓
Parenting skills H4	Four brief scales from LSAC measuring warmth, irritability, consistency and overprotection (24 items)[41]	✓	✓	✓
BMI	Height and weight using standard procedures	✓	✓	✓

T1 = baseline, pre-allocation, infants 4-7 mths; T2 = mid study- 9 mths, infants aged 13-16 mths; T3 = final -18 mths, infants aged 22-29 mths.
LSAC = Longitudinal Study of Australian Children

ההגדרות של המחקר להבדלים משמעותיים מבוססות על זיהוי הבדל בין קבוצות הביקורת וההתערבות בסוף המחקר (גיל 22-25 חודשים) בשכיחות של צריכת מזונות מפתח, המעידים על איכות התזונה, ושל התנהגויות האכלה עיקריות של הורים התומכות בוויסות עצמי.

לוח 2 | ההבדלים המזעריים בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת

Table 2: Minimum meaningful differences between control and intervention groups, and those detectable with 80% power, 5% significance (two-tailed) for endpoint sample size of 265 per group, assuming a design effect of 2.9.

Intake	Prevalence #	Detectable	Behaviour	Prevalence #	Detectable
Fruit ^a	82 vs ≥ 95% ⁽ⁱⁱⁱ⁾	82 vs ≥ 95%	Offer new food >10 times ^b	28 vs ≥ 75% ⁽ⁱⁱⁱ⁾	28 vs ≥ 48%
Vegetable ^a	67 vs ≥ 95% ⁽ⁱⁱⁱ⁾	67 vs ≥ 84%	Refuses food- assume not hungry, take food away often/very often/always ^b	56 vs ≥ 84% ⁽ⁱ⁾	56 vs ≥ 75%
Salty snacks ^a	27 vs ≤ 17% ⁽ⁱⁱ⁾	27 vs ≤ 11%	Refuses food-offers no replacement food often/very often/always ^b	29 vs ≥ 44% ⁽ⁱ⁾	29 vs ≥ 49%
Sweet beverages ^a	44 vs ≤ 28% ⁽ⁱⁱ⁾	44 vs ≤ 25%	Use food as reward 'hardly ever' ^b	55 vs ≥ 83% ⁽ⁱ⁾	55 vs ≥ 74%
Fried potato ^b	17 vs ≤ 8% ⁽ⁱ⁾	17 vs ≤ 5%	Insist child eat 'hardly ever' ^b	46 vs ≥ 69% ⁽ⁱ⁾	46 vs ≥ 66%

Prevalence = proportion of children consuming food on day of record - Anticipated and *a priori* defined meaningful differences in control versus active groups; Control prevalences are based on descriptive cross-sectional data from (a) FITS[14] or (b) our pilot study for infants 19-24 or 12-36 months respectively. Criteria to estimate expected differences (in direction of desirable intake/behaviour) were (i) relative increase/decrease of 50% (ii) equivalent to intake at 9-12 months or (iii) increase/decrease to optimal.

תוצאות ההתערבות

המאמר (Daniels et al., 2009) מתאר את התוצאות שנאספו 6 חודשים לאחר סיום המודולה הראשונה וככזה הוא מעריך את האפקטיביות בטווח הקצר של ההתערבות וההדרכה, שנעשו במודולה הראשונה. המאמר מספק הערכה ראשונה מתוך הארבע המתוכננות בסך הכול: אחת בגיל 14 חודשים, שנייה בגיל שנתיים, שלישית בגיל 3.5 שנים ורביעית בגיל 5 שנים.

נמצא כי לתינוקות בקבוצת הביקורת היה BMI גבוה יותר, עלייה מהירה במשקל מנקודת הבסיס לנקודת המעקב, וכי אימהות בקבוצת הביקורת היו בסבירות גבוהה יותר לדווח על שימוש בשיטות האכלה לא מגיבות, כגון עידוד אכילה על ידי שימוש במזון כפרס או שימוש במשחקים (Daniels, 2012).

תוצאות אלו סיפקו עדות מוקדמת לכך, שהתערבות מוקדמת לכך, שהתערבות מוקדמת המכוונת ל"מתי, מה ואיך" של האכלת מזונות משלימים יכולה להיות יעילה בשינוי שיטות האכלה של האם, ולפחות בטווח הקצר להפחית אינדיקטורים אנתרופומטריים לסיכון להשמנה בילדות.

המאמר (שם) מתאר את התוצאות של ההערכה השנייה, השלישית והרביעית מתוך הארבע שתוכננו. ההערכות נעשו לאחר חצי שנה מסיום ההתערבות – כלומר מסיום 2 המודולות (הילדים היו בגיל שנתיים), שנתיים מסיום ההתערבות (הילדים היו בני 3.5 שנים) ו-3.5 שנים לאחר ההתערבות (הילדים היו בני 5 שנים). נמצא כי בהשוואה למעקב רגיל, התערבות של האכלה מוקדמת, המספקת הדרכה מקדימה לגבי שיטות האכלה חיוביות, הובילה לשיפורים קטנים בציון התזונה של הילד, להעדפות המזון ולהתנהגויות האכילה עד גיל 5 שנים, אך לא השפיעה על צריכת התזונה שנמדדה לפי ריקול של 24 שעות. תוצאות אלו עשויות שלא להיות בעלות משמעות קלינית ולא תורגמו להפחתה משמעותית בערכי ה-BMI בילדי ההתערבות, אם כי על רצף של סיכון, כל שיפור הוא חיובי (שם).

החוקרים ציינו, כי גורמים סביבתיים, כגון שעות עבודה רבות יותר של הורים, פחות ארוחות מבושלות ונצרכות בבית, וכן חשיפה מוגברת לשיווק של מזונות באמצעות צפייה מוגברת בטלוויזיה עם הגיל, עשויים, בחלקם, לתרום להשפעה המוגבלת של ההתערבות במעקב ארוך-טווח. גורמים אלו נמצאים בכל מקום בסביבה האוביסוגנית (המעודדת השמנה) הקיימת. למרות שההתערבות נועדה להפחית את הסיכון להשמנה היא סיפקה תמיכה עד גיל 13 עד 16 חודשים בלבד. בנוסף לאתגרים הסביבתיים שהוזכרו לעיל, אחרי גיל שנתיים עשויים להתרחש שינויים מהותיים בחיים של הפעוט, כגון לידת אחים ותחילת מסגרת חינוכית או מסגרת גדולה יותר, מה שעלול להקשות על ההורים לשמור על שיטות האכלה מגיבות. ייתכן שבתכנון התערבויות לעתיד, יש לשקול הארכת משך ההתערבות כדי להתמודד עם אתגרי תזונה והתנהגות אכילה מרכזיים שעומדים בפני הורים מעבר לשנתיים הראשונות לחיים (Magarey et al., 2016).

הניתוח המשני המוצג כאן (Daniels et al., 2020) משתמש בנתונים מתת-קבוצה של דיאדות אם-ילד של NOURISH, ואבות של ילדי המחקר שגויסו למחקר עצמאי לאחר מכן. מטרת המחקר הנוכחי היו להשוות את שיטות האכלה בתוך דיאדות של אם-אב ולחקור האם השפעת ההתערבות החיובית על שיטות האכלה של אימהות השפיעה בצורה עקיפה על שיטות האכלה של אבות. נמצאו ראיות ראשוניות המצביעות על השפעות חיוביות מתוננות ועקיפות של תוכנית התערבות מוקדמת לאימהות על שיטות האכלה של אבות.

תפקיד האב משמעותי ביצירת סביבת אכילה מיטיבה. לתכנון תוכניות התערבות מוקדמות כך שיקללו גם אבות יהיה ערך רב. עם זאת, קיים אתגר בתכנון ההתערבות ובבניית כלי הערכה ומדידה מותאמים.

נקודות עיקריות שעולות מתוכנית NOURISH

- ◀ ההתערבות הייתה ממוקדת במזונות משלימים ולכן התחילה בגיל 4 חודשים. לטעמנו, יש חשיבות להתחלה מוקדמת יותר עוד בשלב תזונת החלב.
- ◀ יתרון חשוב למפגשים קבוצתיים – נוצרה קבוצת תמיכה וחברויות שיכולות להמשיך אל מעבר למפגשים עצמם, הזדמנות לצאת מהבית ולהתאוורר, התנסויות בטיפול עם התינוק בסביבה שאינה הבית, אך עדיין סביבה תומכת.
- ◀ המפגשים התקיימו במרכז בריאות הילד, שבו נערכו ההערכות, בהובלה משותפת של דיאטנית ופסיכולוגית התפתחותית.
- ◀ לקיום המפגשים במרכזים הקיימים שבהם נעשות ההערכות יש תרומה לחיזוק הקשר והאמון עם הצוות וליצירת הערכות גדילה כוללניות לצד הדרכה מותאמת להאכלה מגיבה.
- ◀ מערכת חומרים מקצועיים, שההתערבות כללה, יצרה סביבה תומכת ונועדה להורים ולבני משפחה אחרים וגם למטפלות של הילדים במסגרות החינוך.
- ◀ ראייה כוללנית של צורכי ההורים – במודולה השנייה, כאשר הפעוט אינו יכול בהכרח לשבת לצד האם למשך שעה וחצי במפגש, הוצעו במקום המפגש שירותי טיפול ושמירה על הילדים.
- ◀ ההתערבות הייתה יעילה כל עוד היו מפגשי מעקב עד לגיל שנתיים, שמביא עימו אתגרים חדשים. חשוב לשקול המשך מעקב והתערבות מעבר לשנתיים הראשונות לחיים.

ארה"ב – INSIGHT

מחקר INSIGHT² (Paul et al., 2014) הוא ניסוי אורכי, אקראי ומבוקר, הבא להעריך **התערבות הורית מגיבה המיועדת למניעה ראשונית של השמנת יתר.**

תהליך גיוס האימהות

גיוסו 279 אימהות מעל גיל 20 שנה, שילדו במרכז הרפואי בהרשי פנסילבניה תינוקות בריאים, שנולדו לאחר שבוע 37 ללא עיכוב גדילה תוך-רחמי ובמשקל לידה מעל 2.5 ק"ג. לאחר השלמת הסכמה מדעת, צוות המחקר אסף נתונים מהתיעוד הרפואי של היילוד, ואימהות משתתפות מילאו שאלונים דמוגרפיים בסיסיים. הצוות יצר קשר טלפוני עם אימהות 10 עד 14 ימים לאחר הלידה. הן חולקו בצורה אקראית לקבוצות ובכל קבוצה חולקו בהתאם לבחירה שלהן במה להאכיל את התינוק ולפי משקל הלידה למין ולגיל היריון – משקל מעל או מתחת לאחוזון 50.

קבוצת המחקר עברה הדרכות על הורות מגיבה ואילו קבוצת הביקורת עברה הדרכות על בטיחות. לאחר החלוקה, בגיל שבועיים, לאימהות בקבוצת ההתערבות נשלח בדואר תוכן התערבות ראשוני לעיון ולתרגול לפני ביקור המחקר הראשון. חומרים אלה כללו DVD המדגים טכניקות להרגעת תינוקות, 17 תקליטורים עם רצועות רעש לבן ודפי מידע על גודל קיבה של תינוק, הנחיית האכלה, תמיכה בהנקה ודיכאון לאחר לידה.

² <https://hhd.psu.edu/nutrition/insight-study>

ההתערבות

המסגרת

אחיות ידריכו הורים לילד ראשון ב-4 ביקורי בית בשנה הראשונה לאחר הלידה ולאחריה 3 ביקורים שנתיים במרכז שבו יערך המחקר בגיל שנה, שנתיים ושלוש שנים.

תוכנית ביקורי הבית

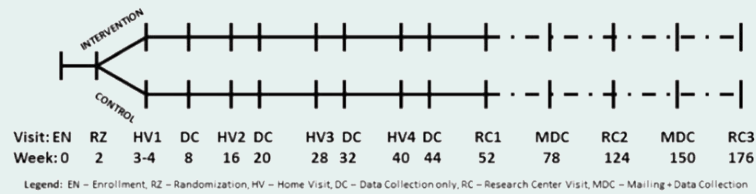


Figure 1 INSGHT study visit schedule.

התוכן

ההתערבות ההורית השתמשה במסגרת הורית מגיבה עם מסרים למניעת השמנה, המועברים בכל ביקור והתואמים ארבעה מצבי התנהגות של תינוק/פעוט: ישנוני, ישן, לא מרוצה וערני, רגוע (ראו איור). בתוך קטגוריית עירני ורגוע יש שתי קטגוריות משנה: פעיל ומשחק ואוכל.

Early Insight: Helping parents raise healthy babies in the first 4 months



Main responsive parenting intervention themes:

- Recognition and appropriate response to infant hunger and fullness cues
- Alternatives to feeding in order to soothe infant
- Promoting adequate sleep, self-soothing, "settling"
- Developmentally appropriate introduction of solid foods and portion sizes

Figure 3 Example of responsive parenting messages delivered for behavioral states.

מצב ישנוני וישן

החל מביקור הבית הראשון ובכל ביקור שלאחר מכן, ההדרכה עסקה בהיגיינת שינה מתאימה לגיל כדי לקדם משך שינה ארוך יותר. הנושאים היו: משך שינה אופייני לגיל, אסטרטגיות להארכת משך השינה, הימנעות מהאכלה לשם הרדמה, תגובה ליקיצות לילה בהתאם לצורך שהעיר את התינוק ולא תמיד האכלה. כאשר שני הנושאים האחרונים היו המסר העקבי ביותר בהקשר של האכלה מגיבה. כמו כן, ניתנו הדרכות ייחודיות בהתאם לגיל ולצורך ההתפתחותי, כמו שימוש בשמיכות עיטוף, רעש לבן ו"ההאכלת חלום" (הורה מעיר את התינוק כדי להאכיל לפני שההורה הולך לישון ללא ביקוש מצד התינוק) במהלך הינקות המוקדמת, או כיצד לעבור מתנומות יומיות מרובות לתנומה אחת, ביסוס שגרת שינה עקבית, ומתי לעבור מעריסה למיטת תינוק ולמיטת מעבר בגילאים גדולים יותר.

בשבוע 16 ובשבוע 40 ניתן להורים משוב פרטי, המותאם אישית לתינוק שלהם, בהתאם לשגרת השינה שלו.

מצב לא מרוצה

שבועות אחדים אחרי הלידה, ההורים קיבלו סרטון המכיל אסטרטגיות הרגעה לתינוק שאינו מרוצה. בביקור הבית הראשון, ההורים קיבלו הדגמות מפורטות של אסטרטגיות אלו, זאת במטרה להעצים את ההורים ביכולתם להרגיע את התינוק ולתת להם כלים, כך שלא יצטרכו לעשות שימוש באוכל כאמצעי הרגעה. בהדרכה זו גם הוצג להורים המושג "טמפרמנט" כדי שיוכלו להבין מדוע כל תינוק הוא שונה ומה יכולות להיות הסיבות האישיות שלו להיותו לא מרוצה. המסר העיקרי והעקבי שעבר בכל הדרכה המתמקדת במצב הזה הוא, שאוכל אינו נועד להרגעה כשהתינוק אינו מרוצה או כתגמול על התנהגות טובה. כמו כן, ניתנו הדרכות ייחודיות בהתאם לגיל על ציפיות לכמויות של בכי יומי בנקודות שונות במהלך הינקות, על תגובות טבעיות לחרדת זרים, איך להגיב בעת קושי רגשי כדי לעודד התפתחות רגשית בריאה וויסות עצמי של רגשות ולאחר גיל שנה ניתנו גם כלים כיצד להתמודד עם התקפי זעם.

מצב עירני ורגוע - אכילה

החל מינקות מוקדמת, ניתנו הנחיות להורים על זיהוי סימני רעב ושובע אצל תינוקות, גודל מנה מתאים, שימוש במזון לרעב בלבד ולא להרגעה, פרס או עונש, תזונה בריאה לילדים ומודלינג של תזונה בריאה על ידי ההורים. הדרכות ייחודיות בהתאם לגיל עסקו בתחילה בחלב-אם או בתמ"ל עם התחלת מוצקים במועד, כיצד להציג ירקות, פירות ומזונות מוצקים אחרים כדי להפחית בררנות אכילה וניאופוביה, אכילה משפחתית משותפת, מודל חלוקת האחריות, הימנעות משתייה מתוקה וממזונות מעובדים, גמילה מבקבוק, עידוד מיומנויות אכילה בוגרות, יצירת סדר יום תזונתי והצגה ויזואלית של גודל מנה תואמי גיל לתיאום ציפיות.

מצב עירני ורגוע - פעילות ומשחק

פעילות מתאימה מבחינה התפתחותית באופן יום-יומי וביחד עם ההורה ומודלינג הורי של אורח חיים פעיל והגבלת זמן מסך, הם הנושאים העקביים בתת התחום. ניתנו הדרכות ייחודיות בהתאם לגיל, כמו זמן בטן ומשחק הורי משותף על הרצפה עם התינוק, ובהמשך עם הפעוט משחק פעיל גם בחוץ.

הדרכה על עקומות גדילה

הדרכה על אחוזונים ודפוסי גדילה תקינים ועל גורמים המשפיעים עליהם, כמו תזונה וגנטיקה. המסר העיקרי הוא שאחוזוני הגדילה הם לא כמו "ציון" לילד/הורה ולכן אין לשאוף לאחוזון גבוה/לחשוש מאחוזון נמוך, אם זה הדפוס שמתאים לילד.

ניהול המעקב והתוצאות

איסוף הנתונים כלל מדדים המחולקים לקטגוריות הבאות: אנתרופומטריה ודגימות ביולוגיות, התנהגות תינוק/ילד, הורות, משתנים והתנהגות אימהיים פסיכו-סוציאליים, הקשר המשפחתי ורקע/דמוגרפיה/ משתנים. רוב המדדים נלקחו שוב ושוב במפגשים שונים, הכול כמפורט בלוח 3 להלן.

Construct	Time points (child age in weeks)														
	0	2	4	8	16	20	28	32	40	44	52	78	104	130	156
<i>Anthropometrics and Biological Specimens</i>															
Child weight and length/height	X		X		X		X		X		X		X		X
Mother weight	X						X				X		X		X
Mother height, Father weight/height	X														
Child DNA (blood, cheek swabs)											X				
Child stool microbiome													X		
<i>Child Behavior</i>															
Sleep [108,109]		X			X				X		X			X	X
Dietary intake [110,111]*		X			X		X		X		X		X		X
Temperament [112,113]					X						X		X		
Reaction to foods					← X →						X				X
Motor milestones [114]								X			X				
Appetite [115]										X					
Videotaped self-feeding											X				
Neophobia [116]											X				X
Eating behavior [117]														X	
<i>Parenting</i>															
Feeding to soothe [54]*		X		X	X			X		X		X		X	
Infant feeding mode [118]		X		X		X		X		X		X		X	
Self-efficacy [119,120]		X		X				X		X					X
Feeding practices & styles [121,122]					X		X							X	
Structure and Control Feeding											X		X		
<i>Maternal Psychosocial Variables and Behavior</i>															
Postpartum depression [123]			X						X						
Restrained/disinhibited eating [124]					X										
Eating habits [125-127]*					X			X		X					
Sleep [128]*					X								X		
Dietary intake [110,111]*										X				X	
Trait anxiety [129]												X			X
Health Literacy [130]															
<i>Family Context</i>															
Home environment (observed)			X		X		X		X						
Family functioning [131,132]*				X			X					X			
Playtime and activity [133]*				X		X					X		X		X
TV viewing and family meals						X				X		X		X	
Yard and recreational space [134]*									X						
Food insecurity [135]	X										X		X		X
<i>Background, Demographics, and Covariates</i>															
Demographics and Health [118]*	X			X		X					X		X		X
Development knowledge [136]*		X	X		X		X		X						X

*Indicates modified measure – need confirmation that correct ones modified.

מחקר האחים השניים – SIBSIGHT

- שימוש בתשתית ואיסוף הנתונים הנרחב שנעשה במחקר ה-INSIGHT, למחקר נוסף, SIBSIGHT, שבחן אחים שניים ודגימות גנטיות משני האחים והוריהם (Ruggiero et al., 2020). באופן ייחודי, מחקר זה הוא:
- הערכה פרוספקטיבית של דמיון והבדלים בין התנהגויות הוריות המקושרות להשמנה ולהבדלים במשקל בין ההורות לאח הראשון לזו של האח השני.
 - בחינה כיצד הבדלים גנטיים בין אחים, הקשורים בתיאבון, במזג ובהשמנה משפיעים על אינטראקציות הורה-ילד, על מידת הורות מגיבה ועל מצב המשקל.
 - קביעה האם ההשפעה של ההתערבות במחקר INSIGHT ממשיכה גם עבור הילד השני בלא התערבות נוספת.

תוצאות ההתערבות

מחקר זה (שם) מתאר את ההשפעה של ההתערבות על קצב העלייה במשקל אצל תינוקות מלידה ועד לשבוע 28 ומצב עודף המשקל בגיל שנה. נמצא כי תינוקות מקבוצת ההתערבות עלו במשקל לאט יותר מאשר תינוקות בקבוצת הביקורת במהלך 6 החודשים הראשונים לאחר הלידה. השפעה זו לא הייתה מושפעת מסוג תזונת החלב שקיבלו (חלב-אם או תמ"ל). כמו כן, לתינוקות בקבוצת ההתערבות היה ממוצע משקל-לאורך נמוך יותר מאשר לתינוקות הביקורת והם היו פחות בסיכון לעודף משקל בגיל שנה.

לדעת החוקרים, הסיבות להצלחת ההתערבות בהשוואה להתערבויות אחרות קשורות לכך, שמדובר בהתערבות מוקדמת כבר שבועיים לאחר הלידה, התערבות עם תדירות מפגשים גבוהה והעובדה שמדובר בביקורי בית, מה שאפשר גם התאמה אישית (Savage et al., 2016).

המחקר (שם) מתאר את ההשפעה של ההתערבות על המשקל של התינוקות בגיל 3 שנים. נמצאה ירידה מתונה בציוני BMI z בגיל 3 שנים, אך אין הבדל משמעותי באחוזון ה-BMI.

בכל הגילאים ובכל הקבוצות נמצא במעקב, כי ילדים צרכו פחות ירקות ופירות מההמלצה, אך ילדים לאימהות מקבוצת ההתערבות היו עם דפוסי אכילה טובים יותר בהשוואה לקבוצת הביקורת ואכלו בממוצע יותר פירות וירקות ופחות מזון מעובד (מחקר תבניות מזון) (שם).

מחקרי המשך נוספים מקבוצה זו מצאו, כי ההשפעות ההתנהגותיות של האימהות המשיכו גם עבור אופן ההאכלה של הילד השני והשפיעו על המשקל שלו, גם ללא התערבות נוספת. לא מן הנמנע, שההשפעות יכלו להיות חזקות יותר על ידי התערבות נוספת קצרה לחיזוק ולהתאמה אישית למצב המשפחתי החדש ולתינוק השונה (Paul et al., 2018).

ממצא מעניין שעלה במחקר המשך, שבדק את ההשפעות של חזרה מוקדמת של האם לעבודה על משקל התינוק וראוי לציון משום שהוא רלוונטי מאוד למה שקורה בישראל, מצא כי חזרת האם לעבודה תוך 12 שבועות הייתה קשורה לעלייה מהירה במשקל התינוק ב-6 החודשים הראשונים ובמשקל גבוה יותר לאורך בגיל שנה (Eagleton et al., 2019). אומנם לא נמצאו קשרים מתוך המשתנים של המשתתפות או הבדלים בין קבוצת ההתערבות והביקורת היכולים להסביר זאת, אך ממחקרים אחרים בתחום אנו יודעים, כי חזרה מוקדמת לעבודה ושעות עבודה רבות במהלך השבוע של ההורים קשורים לעלייה במשקל ולאיכות תזונה פחות מיטיבה בילדות. ייתכן שההשפעה היא עקב שיטות ההאכלה של המטפלים במסגרות החינוך שאליהן הילדים נכנסו או הפניות של המטפלים וגם הרגישות של ההורים על רקע העומס של שגרת עבודה.

נקודות עיקריות שעולות מהתוכנית INSIGHT

◀ התערבות כוללנית - הדרכת הורים הנוגעת לארבעה תחומים המשפיעים על חיי התינוק והפעוט: אכילה, שינה, פעילות ומשחק והתמודדות עם תינוק/פעוט לא מרוצה.

◀ התערבות מוקדמת וחשיפה לחומרי ההדרכה כבר בגיל שבועיים.

◀ ביקורי בית מאפשרים אומנם התאמה אישית, אך ייתכן ששילוב של ביקורי בית + מפגשים קבוצתיים יתנו את המעטפת הנכונה ביותר.

◀ בנוסף לתכנים על הורות מגיבה, ניתנו תכנים המסבירים דפוסי גדילה תקינים, המאפשרים תיווך של המשמעותיות של עקומות גדילה וניטור גדילה, מה שיכול להשפיע על התפיסה ההורית את המשקל והשלכותיו על בריאות הילד וכתוצאה מכך על שיטות האכילה שינקטו.

◀ התערבות המדריכה לדפוסים מגיבים בממשק בין שינה ואכילה, המתחילה כבר בשבועיים הראשונים לחיים, ולקשר הטרי והראשוני הורה-ילד, מצריכה מחשבה מעמיקה מאוד. זיהוי סיבת התערורות בגיל שבועיים ואף בגיל חודשיים, כשהתקשורת הורה-תינוק כל כך בראשיתה, כשהביטחון האימהי וההורי שברירי, כשההנקה עדיין לא התבססה, כשהאם וההורים במצב פגיע. כל אלה יכולים להוביל לתסכולים רבים ולפגוע בשלומות של ההורים בכלל, והאימהות בפרט. פגיעה זו עלולה להיות חסם משמעותי להורות ולהאכלה מגיבה בהמשך ולפגוע בבריאות התינוק ובהתפתחותו. לכן נדרשת הדרכה מקצועית לצוותים המקצועיים בראייה רחבה וכוללנית ויודוא כי המידע יתווך לאימהות בצורה מאוד עדינה ומותאמת גיל.

** לדעתנו, יש חשיבות שתוכנית התערבות העוסקת בתזונה בגיל הרך תתייחס לסוגיות של הנקה, שינה ולינה משותפת ובטיחותית. בחרנו שלא להתעמק בנושא מכיוון שהוא ייחודי, אך תוכנית התערבות שתעסוק בנושאים אלו תהיה חייבת להתייחס גם לגוף הידע הרחב שיש בנושא זה ולערב נשות מקצוע מתחום ההנקה, שעוסקות בייעוץ שינה כוללני והקשרי.

WHO - MGRS

התערבות ממוקדת: קידום שיעורי ההנקה ומשך ההנקה והתחלת מועד ההכנסה של מזונות משלימים

מחקר האורך MGRS עקב אחר 1,743 זוגות של אם/תינוק מלידה עד 24 חודשים בשש מדינות (ברזיל, גאנה, הודו, נורבגיה, עומאן וארה"ב). המחקר כלל 3 קריטריונים לעמידה בשיטות האכלה מומלצות (הנקה בלעדית או שליטה למשך 4 חודשים לפחות, הכנסת מזונות משלימים בין 4 ל-6 חודשים והנקה חלקית שתימשך עד 12 חודשים לפחות), שנבדקו בכל ביקור מעקב באמצעות דוחות תדירות מזון ורישום של 24 שעות. כדי לעודד עמידה בקריטריונים, ובמיוחד עמידה בקריטריונים העוסקים בהנקה, יועצות הנקה שעברו הכשרה שולבו בתוכנית וליוו את האימהות המשתתפות. **למעשה, צוותי התמיכה בהנקה של MGRS הצליחו להעלות את שיעורי ההנקה ואת משך ההנקה באופן משמעותי** (WHO, 2006).

מעניין להציג את המצב שהיה בברזיל, שם רופאי ילדים רבים המליצו על שימוש במים ותה בחודשים הראשונים, רשמו תמ"ל כאשר לא היה צורך בכך והמליצו על מזון משלים לפני הגיל המתאים. למרות זאת, המאמצים של צוות ההנקה הברזילאי עשו הבדל מהותי בשיעורי ההנקה הבלעדית/השליטה ובמשך ההנקה והביאו לשיפור מדהים בהשוואה לשיעורים הלאומיים והמקומיים (שם).

אנחנו יודעות שכדי להניק בהצלחה, אימהות זקוקות למידע מדויק ומבוסס ראיות ולתמיכה מתמשכת מכל השירותים הציבוריים, כמו גם לתמיכה חברתית בקהילה המקומית שלהן (UNICEF, 2017). צוות התמיכה של המחקר עשה בדיוק את זה, ולכן גם כאשר אימהות קיבלו מידע סותר מרופא הילדים, המידע העקבי שקיבלו לאורך הליווי הקנה להן מספיק ביטחון.

תוכנית ההתערבות של המחקר הייתה בנויה על ליווי אימהות ותינוקות כבר מהלידה ובהמשך בביקורי בית עד גיל שנתיים. הביקור הראשון של יועצת הנקה התקיים תוך 24 שעות מהלידה, והביקורים הבאים התרחשו ב-7, 14 ו-30 יום, ומדי חודש לאחר מכן עד החודש ה-12. צוות התמיכה המשיך ללוות את האימהות גם מידי חודשיים בין 12-24 חודשים. כמו כן, הועמד לרשות האימהות קו חם הפועל 24 שעות ביממה לסיוע חירום. ביקורים נוספים נערכו בכל פעם שהתרחשו בעיות האכלה.

באופן הזה אימהות קיבלו מידע על ניהול הנקה ודרכים לפתרון בעיות באופן שוטף וכחלק מהמעקב השגרתי ולא רק כשנתקלו בקושי (WHO, 2006).

רוב האימהות מפסיקות להניק לפני שהן מעוניינות בכך (UNICEF, 2017). בניית מערך תמיכה כזה, שמתמקד בעיקר בתקופה מיד לאחר הלידה ובחודשים הראשונים, הוא חיוני להעלאת שיעורי ההנקה ומשך ההנקה בישראל. אומנם הרחבת התמיכה בהנקה כחלק משירותי בריאות שגרתיים לכלל האוכלוסייה מהווה אתגר, אך מחשבה על שילוב של היבטים מסוימים בתוך התשתית הקיימת של המעקב בתחנות לאם ולילד כבר תעשה שינוי.

נקודות עיקריות שעולות מהתוכנית MGRS

◀ ליווי אימהות ותינוקות כבר מהלידה. הביקור הראשון של יועצת הנקה התקיים תוך 24 שעות מהלידה, והביקורים הבאים, על ידי אותה יועצת, התרחשו לאחר שבוע, שבועיים וחודש. באופן הזה אימהות קיבלו מידע על ניהול הנקה ודרכים לפתרון בעיות באופן שוטף וכחלק מהמעקב השגרתי ולא רק כשנתקלו בקושי.

◀ המשך מעקב ותמיכה במהלך השנתיים הראשונות לחיים.

◀ זמינות לסיוע נוסף בכל פעם שהתרחשו בעיות האכלה.

ארגון Feeding Matters³

הארגון הראשון בעולם שהוקם כדי לתת מערכת תמיכה להורים, הסברה, חינוך ומחקר בנושא קשיי האכלה בילדים. הארגון הוקם בשנת 2006, וכבר בשנת 2007 החלו קבוצות תמיכה להורים ובשנת 2009 הושקה סדנה להכשרת אנשי מקצוע בתחום הבריאות והמשפחה. בשנת 2019, לאחר 3 שנים של עבודה ושיתופי פעולה עם מומחים מכל העולם בתחום קשיי האכלה ואכילה בילדים, פורסם מאמר הקונצנזוס Pediatric Feeding Disorder— Consensus Definition and Conceptual Framework, הקובע הגדרה וקריטריונים אוניברסליים לאבחון הפרעת אכילה בילדים. אימוץ ההגדרה וקריטריונים אחידים שנקבעו ל-PFD מכל הדיסציפלינות הקשורות לאכילה מאפשר שיתוף פעולה בין-תחומי שיתרום לטיפול ולהבנה של המקרים, יחסוך בעלויות של טיפולים כפולים, יסייע בקידום תוכניות לימודים חינוכיות להכשרת אנשי מקצוע בתחום הבריאות ולקידום מחקר של שיטות עבודה מומלצות ויהיה בעל השפעה מבחינת קובעי המדיניות. בארה"ב ה-PFD קיבל קוד ב-ICD, עובדה בעלת השפעות כלכליות משמעותיות.

מאחר שסקירה זו עוסקת בהמלצות לאוכלוסייה הבריאה, לא נתעמק ב-PFD, אך כן נציג את שאלון האבחון הראשוני ל-PFD אשר פונה לכלל האוכלוסייה ומהווה כלי מיון זמין לשימוש.

ה-Feeding Matters Infant and Child Feeding Questionnaire (ICFQ) © הוא שאלון ייחודי לגיל המבוסס על ראיות, זמין לילדים **מלידה ועד 36 חודשים** וכולל התאמות אוטומטיות לפגים המחושבים מתאריך הלידה של הילד וגיל ההיריון. ניתן להשתמש בכלי זה כדי לקדם זיהוי מוקדם של PFD להפניה של תינוקות וילדים בסיכון לטיפול מתאים (Feeding Matters, 2019). הכלי נחקר (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020) ו-6 שאלות הראו רגישות וסגוליות גבוהות להבחנה בין תינוקות וילדים עם PFD לבין אלו הנחשבים בעלי התפתחות אכילה תואמת.

משפחות ואנשי מקצוע יכולים להשתמש בכלי מיון השאלות של ICFQ 6 להלן כדי לזהות ילדים בסיכון ל-PFD וכדי לקבוע אם יש צורך בהפניה למומחה האכלה לצורך הערכה.

אם המשפחה מגיבה עם התשובה מודגשת בכתום לכל שתי שאלות או יותר, יש לעודד אותה לקחת את הגרסה המלאה מבוססת האינטרנט של ICFQ ולפנות לאנשי המקצוע המתאימים בתחום הבריאות.

³ <https://www.feedingmatters.org/who-we-are/>

שש קבוצת משנה של שאלות	
	האם התינוק/ילד שלך מודיע לך כשהוא רעב?
	האם אתה חושב שהתינוק/ילד שלך אוכל מספיק?
30 < 5-30 > 5	כמה דקות בדרך כלל לוקח להאכיל את התינוק/ילד שלך?
	האם עליך לעשות משהו מיוחד כדי לעזור לתינוק/ילד שלך לאכול?
	האם התינוק/ילד שלך מודיע לך כשהוא שבע?
	בהתבסס על השאלות לעיל, האם יש לך חששות לגבי האכלה של תינוקך/ילדך?
תשובות הדגל האדום הן בכתום. אם שתיים או יותר מתשובותיך כתומות, נא פנה לרופא הילדים שלך.	

ענייני האכלת תינוקות וילדים שאלון | ענייני האכלה (feedingmatters.org)

נקודות עיקריות שעולות מהתוכנית Feeding Matters

◀ כלי אבחוני פשוט וזמין לשימוש הן של הורים והן של אנשי מקצוע.

◀ ניתן להשתמש בו גם כשזמן הטיפול הרפואי מוגבל.

תוכניות התערבות בישראל

"האכלה גמישה" | תוכנית התערבות ממוקדת הדרכה לצוות הפגייה והדרכה להורים

האכלה על פי איתותי התינוק במהלך אשפוז בפגייה לפגים העוברים לאכילה פומית.

נושא "האכלה גמישה" פותח ומובל בארץ על ידי פרופ' איריס מורג, מנהלת מחלקת פגים ויילודים במרכז הרפואי שמיר ("אסף הרופא"), אחת הדמויות הבולטות בתחום מניעת הכאב בפגים בישראל. פרופ' מורג התמקצעה בשנים האחרונות בתחום הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה של גיל הינקות, התמחתה בגישה התפתחותית אוהדת לפגים, שמטרתה לאפשר איכות חיים מיטבית גם לפגים שנולדו בשבועות מוקדמים ביותר.

גישת "האכלה גמישה" (Morag et al., 2019), המיושמת ב"אסף הרופא", מתייחסת להאכלה כאל חוויה רגשית אינטראקטיבית, שבה איתותי התינוק מכוונים את ההורה במהלך הפעולה והדגש הוא על איכות והנאה בזמן ההאכלה ולא לכמות. בבסיס הגישה, ההבנה כי עבור פגים רבים המעבר לאכילה פומית, הוא תהליך מורכב האורך זמן, ימים ולפעמים עד שבועות. בזמן הזה פגים זקוקים למטפל המבין ומתמצא בקשיים אלו כדי שיאפשר תהליך למידה מהנה ונטול לחץ של אכילה. האכלה שאינה מותאמת, עלולה להוביל לאירועי השתנקות, להחמרה במצב הנשימתי ולחוויות דחק חוזרות ונשנות (סטרס). הצטברות חוויות שליליות בכל הקשור לאוכל יובילו להימנעות ולהפרעות האכלה העלולות להתקבע אל מעבר לגיל הינקות. גישת ההאכלה, שצוות הפגייה נוהג בה, מעצבת ומשפיעה על גישת ההאכלה של ההורים. גישת האכלה הממוקדת גדילה והזנה והנותנת דגש עיקרי למשקל ולנפח המזון שהתרוקן מהבקבוק גורמת להורים לפתח יחס טכני להאכלה והם לומדים מהר מאוד את הטכניקות (הפולשניות) המובילות לעלייה בכמויות (כמות אל מול איכות). זאת בניגוד לגישת ה"האכלה גמישה", שמטרתה הפחתת דחק אצל התינוק והעצמת ההורה ללמידת

איתותי ילדו, תוך שימת דגש על הקשר שבין ההורים לבין ילדם, כך שיקדם את בריאותו הגופנית והנפשית של הפג ויקטין את סיכוייו לפתח הפרעות אכילה בהמשך.

MISC – Mediation Intervention for Sensitizing Caregivers

תוכנית התערבות לצוותים

המודל התיווכי להתערבות מוקדמת פותח במסגרת המגמה להתפתחות הילד ותוכנית הריס, בבית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן. המודל נבדק במחקרים עם אוכלוסיות שונות הוכחה יעילותו בקידום איכות אינטראקציית הורה-פעוט ובקידום התפתחות הפעוט.

מודל ה-MISC ממוקד בקידום איכות אינטראקציית הורה-ילד ובהגברת המודעות של ההורה להתנהגות האינטראקטיבית עם ילדו ולהשפעתה על התפתחותו. המודל מיושם באמצעות צילומי אינטראקציית הורה-ילד יום-יומיות במסגרת הקליניקה ובמסגרת הבית וניתוח הסרטונים עם ההורים תוך שימת דגש על קידום יכולתם של ההורים להתנהגות רפלקטיבית, מווסתת, תומכת בעצמאות ומקדמת ידע ומיומנויות של הילד (Jaegermann & Klein, 2010).

תוכנית ההכשרה לצוותים העוסקים בתזונה מתמקדת בהתערבות עם תינוקות ופעוטות עם קשיי האכלה על ידי קידום איכות אינטראקציית הורה-ילד. בהכשרה לומדים לזהות התנהגויות של המטפל התומכות ביכולותיו של הילד לווסות ולהשתתפות בתהליך ההאכלה תוך הבנת התשתית הניורולוגית המולדת של הילד. תהליך הלמידה נעשה באמצעות תיאורי מקרה המלווים בסרטוני וידאו של אינטראקציות שונות של האכלה בגיל הרך, המובאות על ידי המשתתפים בהדרכה. את הסרטונים מנתחים כקבוצה ולומדים מהם על **ההתנהגויות הרצויות והמקדמות** את תהליך האכלה ואת אופן ההתערבות עם ההורים על קידום איכות האינטראקציה.

ההכשרה מועברת על ידי איילת דוד, בעלת תואר שני בהתפתחות הילד ודוקטורנטית באוניברסיטת חיפה, מרפאה בעיסוק בכירה ביחידה הקלינית-מחקרית של תוכנית הריס באוניברסיטת בר-אילן, מנהלת תחום ריפוי בעיסוק במרכז לגיל הרך ברמת גן. עבדה בשנים האחרונות בשיקאגו ובסן פרנסיסקו כמומחית להתערבות מוקדמת לגילאי 0-3 שנים וכמרכזת תחום קשיי האכלה בילדים.

קורס "היבטים רגשיים בטיפולים התפתחותיים למקצועות הבריאות והחינוך"

תוכנית התערבות לצוותים

הקורס פותח על ידי אורנה זוהר ויהודית אילתה, פיזיותרפיסטיות, במסגרת התואר השני בהתפתחות הילד באוניברסיטת חיפה.

מטרת הקורס היא העמקת הידע והמודעות להיבטים הרגשיים ההתפתחותיים של תינוקות וילדים, לחשיבות הרבה של הקשר הורה-ילד על התפתחות תקינה וכן הרחבת ההסתכלות על ההתמודדות הרגשית של הורים, תינוקות וילדים בטיפולים התפתחותיים. בנוסף לכך, מודגש החיבור בין הידע הרגשי התאורטי לחדר הטיפולים, כגון: על מה להתבונן מעבר למה שהעיניים המקצועיות שלנו רגילות לראות, הרחבת המודעות להתרחשות הרגשית המלווה את הטיפול, עידוד שיתוף פעולה הורה-ילד-מטפל, הדרכת הורים יעילה ונעימה.

במהלך הקורס המטפל ההתפתחותי מרחיב את הידע בהתפתחות רגשית של ילדים, לומד לזהות היבטים רגשיים בסיטואציה הטיפולית, נותן חשיבות להקשר הבין-אישי, מכיר בחשיבות התקשורת בינו לבין המטופל ויודע להפנות לגורמי טיפול מתאימים במידת הצורך.

עד היום הועברו 15 קורסים לאנשי מקצועות הבריאות – ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, פיזיותרפיה ואחיות. לשני המחזורים האחרונים הצטרפו מספר דיאטניות. שני קורסים היו לרופאים ממכוני התפתחות הילד. מחקר שבדק את השפעות הקורס (Zohar et al., 2021) על המשתתפים הראה, כי בעקבות הקורס המשתתפים שינו את עמדותיהם לגבי העיסוק בתחומים הרגשיים וכי הקורס הביא לשינוי בדרך הטיפול ובאווירה במרחב הטיפולי.

סיכום



השנים הראשונות לחיים הן תקופה קריטית להתפתחות הרגלי אכילה והעדפות מזון. הרגלי אכילה שנקבעו בינקות ובפעוטות ממשיכים לילדות ולבגרות וידועים כמשפיעים על הבריאות הפיזית והנפשית בהווה ובעתיד. גורמים גנטיים, פיזיולוגיים, קוגניטיביים והתפתחותיים, כמו גם גורמים סביבתיים הקשורים להורות וליחסי האכלה, לחברה, לתרבות ולמצב הסוציו-אקונומי, מעצבים הרגלים אלו. חרף חשיבות הנושא, ההנחיות הרשמיות וההכשרות המקצועיות הקיימות עוסקות רבות בשאלות ה"מה, מתי וכמה?" בתזונת תינוקות ופעוטות, וממעטות להתייחס לשאלת ה"איך". בסקירה זו התמקדנו בשאלת ה"איך" ובקשר ההדדי והדו-כיווני בינה לבין יתר השאלות, אך גם עסקנו בשאלות ה"מה, מתי וכמה?" ובעיקר בהבנת הבסיס הפיזיולוגי וההתפתחותי העומד ביסודן, וזאת מתוך ראייה כוללת ורחבה שמסייעת לענות עליהן.

אכילה ושגשוג של התינוק הם היבטים רגשיים ביותר בהורות. הורים רבים מעריכים את בריאות תינוקם ואת יכולתם לשמש הורים על פי המידה שבה הם מצליחים להאכיל את התינוק ועל פי הקצב שבו משקלו עולה. גדילה שלא בהתאם לעקומות עלולה לערער את ביטחונם ולעורר לחץ וחרדה אשר ישפיעו על יחסי האכלה ויגדילו את הסיכון לפגיעה בהם. בעוד שניטור משקל, גובה והיקף ראש והצבתם על עקומות הגדילה הם חלק אינטגרלי בעבודה של אנשי מקצוע המטפלים בתינוקות ובילדים ומשמשים כלי מרכזי בהערכת גדילה, חשוב שנזכור, כי למרות החזון של עקומות גדילה אוניברסליות המייצגות סטנדרט גדילה של ילדים בתנאים מיטביים, הן אינן מצליחות לשקף באופן מלא את המורכבות של גדילה ובריאות ואינן רגישות די הצורך למרכיבים ייחודיים המשפיעים על הגדילה והבריאות של ילד מסוים. למעשה, אם נבחר להתבונן בגדילה של ילד כעל תהליך של שינוי פיזי, פסיכולוגי וחברתי מתמשך הבונה את היכולות שלו למקסם את סיכויי החיים ברמה האישית והחברתית (Morag, et al., 2019), נמצא שהמיקום שלו בעקומות הגדילה, גם אם הוא תקין, אינו מבטיח שהוא פיתח יכולת אכילה מיטבית ויעילה, ניחן בהתנהגויות אכילה ובריאות ומקדמות ועם יחסים מאוזנים עם האוכל והגוף. אנשי מקצוע צריכים אפוא לדאוג לתווך בצורה מותאמת מידע על אודות משקל, ואף לשקול את נחיצות השקילה למטרת הביקור.

תינוקות נולדים עם מערכת עיכול לא בשלה. קיים פער בין מידת הבשלות של מערכת העיכול לבין הצרכים התזונתיים הגדולים הנדרשים לגדילה ולהתפתחות המואצת, המאפיינת את השנים הראשונות לחיים. פער נוסף קיים בין מידת בשלות מערכת העיכול לבין ההמלצות התזונתיות והציפיות של אנשי המקצוע וההורים בנוגע לנפחי הארוחות, הרכבן וקצב ההתקדמות בהן, כמו גם בנוגע לציפייה לגמילה מתזונת חלב. נדמה כי פער זה מתעצם נוכח התפיסה כי אכילה היא פעולה אינסטינקטיבית ופשוטה, שההתקדמות בה קורית באופן טבעי, בה בשעה שלמעשה מדובר בפעולה הפיזיולוגית המורכבת ביותר שהתינוק לומד. בשנתיים הראשונות לחיים חלים בתזונה שינויים מובהקים. המעבר ההדרגתי מצריכת תזונה המבוססת חלב במלואה לתזונה של מזונות משולחן המשפחה מצריך התאמות מורפולוגיות, פיזיולוגיות ותפקודיות, המאפשרות לילד להתמודד עם שינויים אלו. היכולת של תינוקות לאכול מזונות משלימים מסתמכת על השגת מיומנויות אורו-מוטוריות והתקדמות ממנגנון יניקה-בליעה בסיסי למנגנון לעיסה-בליעה. כמו כן, תינוקות ופעוטות לומדים לסמוך על טעמי המזון ומרקמיו ולאהוב אותם באמצעות חוויות חושיות והתנסויות חוזרות ונשנות, המאפשרות להם לחקור וללמוד על אודות המזון ולתרגל אכילה מגוונת. פערים אלו יכולים להסביר תסמינים

רבים של הגיל הרך, כמו קוליק, ריפלוקס, פליטות, כאבי בטן, עצירות, ועוד, וגם אתגרים רבים שעליהם הורים מדווחים, כמו קושי בביסוס ארוחות של מוצקים, קושי במעבר בין מרקמים ובררנות אכילה.

הורים רבים מודאגים בתקופת המזונות המשלימים מכמות המזון המוצק הנאכלת: איזו כמות נחשבת ל"ארוחה מבוססת"? ועד מתי צריך "להשלים בקבוק או הנקה"? שאלות מאנשי מקצוע על כמות הארוחות המבוססות וקביעות על התדירות המצופה לארוחות חלב לפי גיל, מחזקות את העיסוק בכמות ומסיטות את השיח התזונתי מההיבטים ההתפתחותיים שלו. בזמן שיש "מרוץ" לביסוס ארוחה, ספק אם הורים יאפשרו את הזמן הנדרש לפיתוח מיומנויות אכילה מיטיבות והתנסויות באכילה עצמאית, המאפשרות חקירה של מגוון מרקמים וטעמים, והתורמות להתנהגויות אכילה בריאות, המפחיתות את הסיכון לבררנות אכילה להשמנה. למעשה, העיסוק בכמות משפיע גם על אופן החשיפה למזונות משלימים, קובע את קצב ההתקדמות במרקמים של מזונות אלו ועלול להוביל לתופעה שלה אנו עדים כיום: המשך האכלה פסיבית של התינוק בדגש על מרקם טחון או מעוך ושילוב מזונות אולטרה-מעובדים כבר מגיל צעיר מאוד, ולו רק כדי להגיע לכמות גם בהיעדר מיומנות אכילה תואמת.

הבנה של מורכבות פעולת האכילה ושל היבטיה הפיזיולוגיים וההתפתחותיים תעודד סבלנות כלפי קצב ההתפתחות האישי של כל תינוק ותאפשר תיאום ציפיות והענקת עזרה מותאמת כשעולה הצורך. כאן המקום להזכיר ולהדגיש, כי לפי המלצות ה-WHO, חלב-אם ממשיך לספק מחצית או יותר מהצרכים התזונתיים של התינוק בגיל 6-12 חודשים, ועד שליש מהצרכים התזונתיים בגיל 12-24 חודשים. לפי WHO יש להבין כיצד הרכב חלב האם והנפח שהוא תופס בתזונת התינוק, כפי שמשקף מההמלצות, תואמים בצורה מדויקת את משך הבשלות התפקודית של מערכת העיכול ואת קצב הלמידה וההתפתחות של מיומנויות האכילה. ההמלצות גם משקפות את החשיבות של תזונת החלב כעוגן תזונתי בשנתיים הראשונות לחיים עד אשר יגיעו המערכות לבשלות התפקודית שתאפשר התבססות מלאה על תזונת מוצקים.

למטפל העיקרי תפקיד חשוב מאוד בעיצוב סביבת האכילה של הילד. המטפל אחראי לא רק לבחירת המזון, לאופן ההכנה ולהאכלה, אלא גם לאינטראקציה ולתקשורת בזמן האכילה וההאכלה. אומנם ההנחה הרווחת היא, כי ילדים נולדים עם יכולת פנימית לווסת בעצמם את צריכת האנרגיה שלהם, אך האופן שבו הם ניזונים באמצעות הוריהם יכול לטפח או לחילופין לערער את היכולת הזו. ארגון הבריאות העולמי (WHO) והאקדמיה האמריקנית לרפואת ילדים (AAP) הציעו כי האכלה מגיבה היא הסטנדרט שיש לאמץ בעת האכלה של ילדים מהשלבים המוקדמים של הנקה או האכלה בתמ"ל עד לתקופת המזונות המשלימים ואילך. האכלה מגיבה, שבה ההורה מגיב בצורה מותאמת לאותות הרעב והשובע של ילדו, קשורה לגדילה תקינה, לצריכה נאותה של רכיבי תזונה ולשמירה על משקל מאוזן לאורך זמן. למעשה, האכלה מגיבה סומנה כמטרה מרכזית בתוכניות בריאות שיש לקדם במדינות מתועשות, שבהן הזמינות הבלתי מוגבלת כמעט של מזון עלולה לחשוף ילדים לסיכון לפתח השמנה ומחלות כרוניות. חסמים כגון זיהוי סימני האכילה של הילד, ידע, הבנה, אמונות ועמדות כלפי האכלה יכולים לגרום להורים שלא לנקוט בהאכלה מגיבה. ניתן להתגבר עליהם באמצעות תוכניות התערבות, המשלבות הדרכה מקדימה לפני הלידה או בשבועות הראשונים לחייו של תינוק. חשוב למקד את פרקי הזמן הקריטיים הללו כדי לתמוך טוב יותר בהורים כשהם לומדים לזהות סימנים הקשורים להאכלת תינוקות. כדי שתוכנית ההתערבות תישא פרי יש להתייחס גם לחסמים חברתיים ומבניים העומדים בפני הורים ולתת עליהם את הדעת כי הם מקשים על ההורים לאמץ האכלה מגיבה של תינוקות וילדים.

אורח החיים המודרני והמצב הייחודי המאפיין את ישראל משפיעים במגוון דרכים על סביבת האכילה שהורים מקיימים עבור ילדיהם. חופשת הלידה הקצרה בתשלום מאלצת הורים רבים לשלב את ילדיהם במסגרות לסוגיהן בגיל צעיר מאוד ולמשך שעות ממושכות. מסגרות אלו מוגבלות מאוד במשאביהן וביכולתן לאפשר סביבת האכלה רגישה, מגיבה ותומכת. היקף שעות העבודה השבועי הגבוה בארץ מותיר הורים עם מעט מאוד פניות פיזית ורגשית – פניות שהיא חיונית בהורות מגיבה ובהאכלה מגיבה. בימינו, הורים רבים פונים למדיה החברתית לשיתוף, לתמיכה ולקבלת מידע. מרחבים

וירטואליים אלו נחוצים אומנם לרווחה הנפשית ומאפשרים נגישות למידע, אך הם גם עלולים לערער את האמיתות של הנחיות בריאותיות רשמיות והנחיות מקצועיות ולעודד פתרונות "אינסטנט", אל מול אתגרי ההורות וההאכלה. בהיותנו אנשי מקצוע בתחום הבריאות, חשוב שנהיה ערים למידת ההשפעה של המדיה החברתית כמקור מידע ותמיכה ונפעל באקטיביות להנגשת מידע מקצועי מהימן על ידי יצירת רשתות תמיכה מקוונות באיכות גבוהה מבחינה פיזית.

מסקירה של תוכניות התערבות רבות, המנסות להתמודד עם הגידול הדרמטי בשכיחות של עודף משקל והשמנה בילדים, מחלות כרוניות, בררנות אכילה ומחסור במיקרו-נוטריינטים המתרחשים ברחבי העולם, נמצא כי התוכניות היעילות ביותר, שהשפעותיהן נשמרות לטווח ארוך, הן אלו המתערבות בשלב מוקדם והממוקדות בקשר הורה-ילד ובאינטראקציות האכלה ואכילה בדגש על האכלה מגיבה. כפי שראינו, כדי שהבחירה בהאכלה מגיבה תהיה הבחירה הטבעית, הורים זקוקים למידע מדויק ומבוסס ראיות, לתמיכה מתמשכת מכל השירותים הציבוריים ולתמיכה חברתית מהקהילה המקומית שלהם. כדי ליצור "נורמלי חדש" על ההורים לקבל את המידע באופן "ספירלי", כבר בשלב תכנון ההיריון, לאורך מעקב ההיריון, ההכנה ללידה ולהנקה, הלידה והימים הראשונים בבתי היולדות, בתחנות לאם וילד ובעת המעקב בקהילה על ידי רופאת הילדים, ולמעשה מכל איש מקצוע שבא איתם במגע. בכל מפגש על איש המקצוע לדבר איתם את שפת ההורות והאכילה המגיבה בהתאם למקצוע שלו. שפה אחידה ומסרים אחידים, החוזרים על עצמם, מחזקים את האמון בשירותי הבריאות ובמסר עצמו ומעודדים את ההורים לבחור לדבר בה בעצמם. ככל שהתוכנית מערבת יותר גורמים מהסביבות המקיפות את הילד: מטפלים, קהילה, שירותים מקצועיים, מדיניות, כך יש בכוחה ליצור אקלים ציבורי ומקצועי שתומך טוב יותר במשפחות, בהאכלה ובפיתוח קשרים קרובים ואוהבים, כך שכל התינוקות יזכו בהתחלה הטובה ביותר בחייהם.

לפרק 1 | גדילה

- עמותת עתיד – עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל. (2018). מסמך עמדה – עידוד קידום ותמיכה בהנקה. משרד הבריאות.
- Bennett, W. E., Hendrix, K. S., Thompson, R. T., Carroll, A. E., & Downs, S. M. (2014). The natural history of weight percentile changes in the first year of life. *JAMA Pediatrics*, *168*(7), 681-682.
- De Onis, M., Garza, C., Victora, C. G., Onyango, A. W., Frongillo, E. A., & Martines, J. (2004). The WHO Multicenter Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. *Food and Nutrition Bulletin*, *25*(1_suppl_1), S15-S26.
- Gillman, M. W., & Ludwig, D. S. (2013). How early should obesity prevention start? *New England Journal of Medicine*, *369*(23), 2173-2175.
- Hui, L. L., Schooling, C. M., Cowling, B. J., Leung, S. S. L., Lam, T. H., & Leung, G. M. (2008). Are universal standards for optimal infant growth appropriate? Evidence from a Hong Kong Chinese birth cohort. *Archives of Disease in Childhood*, *93*(7), 561-565.
- Koletzko, B., Von Kries, R., Closa, R., Escribano, J., Scaglioni, S., Giovannini, M. H., ... & Grote, V. (2009). Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: A randomized clinical trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *89*(6), 1836-1845.
- Lifshitz, F., & Cervantes, C. D. (1966). Short stature. In: *Pediatric Endocrinology*. F. Lifshitz (ed.), p.3. Marcel Dekker.
- Mantzoros, C. S., Rifas-Shiman, S. L., Williams, C. J., Fargnoli, J. L., Kelesidis, T., & Gillman, M. W. (2009). Cord blood leptin and adiponectin as predictors of adiposity in children at 3 years of age: A prospective cohort study. *Pediatrics*, *123*(2), 682-689.
- Monteiro, P. O. A., & Victora, C. G. (2005). Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life—a systematic review. *Obesity Reviews*, *6*(2), 143-154.
- Natale, V., & Rajagopalan, A. (2014). Worldwide variation in human growth and the World Health Organization growth standards: A systematic review. *BMJ Open*, *4*(1), e003735.
- Skilton, M. R., Marks, G. B., Ayer, J. G., Garden, F. L., Garnett, S. P., Harmer, J. A., ... & Celermajer, D. S. (2013). Weight gain in infancy and vascular risk factors in later childhood. *Pediatrics*, *131*(6), e1821-e1828.
- Smego, A., Woo, J. G., Klein, J., Suh, C., Bansal, D., Bliss, S., ... & Crimmins, N. A. (2017). High body mass index in infancy may predict severe obesity in early childhood. *The Journal of Pediatrics*, *183*, 87-93.
- Spencer, N. J. (2007). Failure to think about failure to thrive. *Archives of Disease in Childhood*, *92*(2), 95-96.
- Van Buuren, S., & van Wouwe, J. P. (2008). WHO child growth standards in action. *Archives of Disease in Childhood*, *93*(7), 549-551.

- WHO Multicenter Growth Reference Study Group, & de Onis, M. (2006). Enrolment and baseline characteristics in the WHO Multicenter Growth Reference Study. *Acta Paediatrica*, 95, 7-15.
- Who Multicenter Growth Reference Study Group, & de Onis, M. (2006a). Breastfeeding in the WHO multicenter growth reference study. *Acta Paediatrica*, 95, 16-26.
- Wright, C., Lakshman, R., Emmett, P., & Ong, K. K. (2008). Implications of adopting the WHO 2006 Child Growth Standard in the UK: Two prospective cohort studies. *Archives of Disease in Childhood*, 93(7), 566-569.
- Yousefzadeh, S., Biggeri, M., Arciprete, C., & Haisma, H. (2019). A capability approach to child growth. *Child Indicators Research*, 12(2), 711-731.

לפרק 2 | פיזיולוגיה

- המרכז הלאומי לבקרת מחלות. (2021). מב"ת לרך 2 - סקר לאומי שני בנושא מצב הבריאות והתזונה בתינוקות בני 12-9 חודשים בישראל 2019-2020, ממצאים נבחרים. משרד הבריאות. מב"ת לרך 2.
- עמותת עתיד – עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל. (2018). מסמך עמדה – עידוד קידום ותמיכה בהנקה. משרד הבריאות. עידוד קידום ותמיכה בהנקה - עמותת עתיד
- שפירא, נ' (2003). תזונת תינוקות בעידן השפע. הרמוניה.
- Fournier, E., Roussel, C., Dominicis, A., Ley, D., Peyron, M. A., Collado, V., ... & Blanquet-Diot, S. (2021). In vitro models of gut digestion across childhood: Current developments, challenges and future trends. *Biotechnology Advances*, 107796.
- Indrio, F., Neu, J., Pettoello-Mantovani, M., Marchese, F., Martini, S., Salatto, A., & Aceti, A. (2022). Development of the gastrointestinal tract in newborns as a challenge for an appropriate nutrition: A narrative review. *Nutrients*, 14(7), 1405.
- Jiang, H., Gallier, S., Feng, L., Han, J., & Liu, W. (2022). Development of the digestive system in early infancy and nutritional management of digestive problems in breastfed and formula-fed infants. *Food & Function*, 13(3), 1062-1077.
- OMS. (2000). *Complementary feeding: Family foods for breastfed children*. OMS (Organizacion Mundial de la Salud).
- Riskin, A., Agostoni, C., & Shamir, R. (2016). Physiology of the gastrointestinal tract in newborns. *Neonatology*, 1-31.
- Stevenson, R. D., & Allaire, J. H. (1991). The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinics of North America*, 38(6), 1439-1453.

לפרק 3 | אכילה כשדה התפתחותי

- אגף התזונה. (2021). חוזר לאנשי מקצוע להזנת התינוק והפעוט. משרד הבריאות https://www.health.gov.il/hozer/bz01_2021.pdf

- Boswell, N. (2021). Complementary feeding methods—A review of the benefits and risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7165.
- Delaney, A. L., & Arvedson, J. C. (2008). Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 105-117.
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., ... & Phalen, J. A. (2019). Pediatric feeding disorder: Consensus definition and conceptual framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124.
- Holt International (2019). *How Holt`s feeding and positioning manual changes children lives*. <https://www.holtinternational.org/how-holts-feeding-and-positioning-manual-changes-childrens-lives/>
- Matsuo, K., & Palmer, J. B. (2008). Anatomy and physiology of feeding and swallowing: Normal and abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 691-7.
- Meyer, R., Chebar Lozinsky, A., Fleischer, D. M., Vieira, M. C., Du Toit, G., Vandenplas, Y., ... & Venter, C. (2020). Diagnosis and management of Non-IgE gastrointestinal allergies in breastfed infants—An EAACI Position Paper. *Allergy*, 75(1), 14-32.
- OMS. (2000). Complementary feeding: Family foods for breastfed children. OMS (Organizacion Mundial de la Salud).
- Pados, B. F., Hill, R. R., Yamasaki, J. T., Litt, J. S., & Lee, C. S. (2021). Prevalence of problematic feeding in young children born prematurely: A meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 21(1), 1-15.
- Rosen, A. R., Vandenplas, Y., Singendonk, M., & Cabana, M. (2018). *Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: Joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition*.
- קורס בינ"ל לאבחון ולטיפול בבעיות האכלה, משקל וגדילה של תינוקות - SOS קורס - Sequential-Oral-Sensory וילדים.
- Stevenson, R. D., & Allaire, J. H. (1991). The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinics of North America*, 38(6), 1439-1453.
- קורס SOFFI - Supporting Oral Feeding in Fragile Infants
- Toomey, K. A., & Ross, E. S. (2019). 18 behaviorally based feeding problems. *Assessing and Treating Dysphagia: A Lifespan Perspective*, 249.

לפרק 4 | יחסי האכלה

סאטר, א. (1992). ילדים ואכילה (ש. שעל מתרגמת). אלפא/זמורה-ביתן.

- Aubel J. (2012). The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers. *Maternal & Child Nutrition*, 8(1), 19-35. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00333.x>
- Ayre, S. K., Harris, H. A., White, M. J., & Byrne, R. A. (2022). Food-related parenting practices and styles in households with sibling children: A scoping review. *Appetite*, 106045.
- Bergamini, M., Simeone, G., Verga, M. C., Doria, M., Cuomo, B., D'Antonio, G., ... & Vania, A. (2022). Complementary feeding caregivers' practices and growth, risk of overweight/obesity, and other non-communicable diseases: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 14(13), 2646.
- Berti, C., & Agostoni, C. (2022). Establishing healthy eating patterns in infancy. In J. Saavedra, & A. Dattilo (Eds.), *Early nutrition and long-term health* (pp. 493-535). Woodhead Publishing.
- Boswell, N. (2021). Complementary feeding methods: A review of the benefits and risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7165.
- Dattilo, A. M. (2022). Early parent feeding behaviors to promote long-term health. In J. Saavedra, & A. Dattilo (Eds.), *Early nutrition and long-term health* (pp. 537-562). Woodhead Publishing.
- Davison, K. K., Haines, J., Garcia, E. A., Douglas, S., & McBride, B. (2020). Fathers' food parenting: A scoping review of the literature from 1990 to 2019. *Pediatric Obesity*, 15(10), e12654.
- Hetherington, M. M. (2017). Understanding infant eating behavior-Lessons learned from observation. *Physiology & Behavior*, 176, 117-124.
- Loth, K. A., Mohamed, N., Trofholz, A., Tate, A., & Berge, J. M. (2021). Associations between parental perception of-and concern about-child weight and use of specific food-related parenting practices. *Appetite*, 160, 105068.
- Martin, S. L., McCann, J. K., Gascoigne, E., Allotey, D., Fundira, D., & Dickin, K. L. (2020). Mixed-methods systematic review of behavioral interventions in low and middle-income countries to increase family support for maternal, infant, and young child nutrition during the first 1000 days. *Current Developments in Nutrition*, 4(6), nzaa085. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa085>
- Rahill, S., Kennedy, A., & Kearney, J. (2020). A review of the influence of fathers on children's eating behaviors and dietary intake. *Appetite*, 147, 104540.
- Redsell, S. A., Slater, V., Rose, J., Olander, E. K., & Matvienko-Sikar, K. (2021). Barriers and enablers to caregivers' responsive feeding behavior: A systematic review to inform childhood obesity prevention. *Obesity Reviews*, 22(7), e13228.
- Ruggiero, C. F., Hohman, E. E., Birch, L. L., Paul, I. M., & Savage, J. S. (2020). The intervention nurses start infants growing on healthy trajectories (INSIGHT) responsive parenting intervention for firstborns impacts feeding of secondborns. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 111(1), 21-27.

- Spill, M., Callahan, E., Johns, K., Shapiro, M., Spahn, J. M., Wong, Y. P., ... & Stoodly, E. (2019). *Parental and caregiver feeding practices and growth, size, and body composition outcomes: A Systematic Review*. NIH.
- Talej, M., Smith, E. R., Lauria, M. E., Chitale, R., Ferguson, K., & He, S. (2022). Responsive feeding for preterm or low birth weight infants: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 150 (Suppl 1), e2022057092F. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057092F>
- Wei, X., Chang, Y. S., Hiyoshi, A., Winkley, K., & Cao, Y. (2022). The Relationships between caregivers' concern about child weight and their non-responsive feeding practices: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 14(14), 2885.

לפרק 5 | אקולוגיה

דוח מבקר המדינה. (2022, מאי), הטיפול בפעוטות וחינוכם במעונות יום ובמשפחתונים. דוח מבקר המדינה בנושא הטיפול בפעוטות וחינוכם במעונות יום ובמשפחתונים

סמיש-טלאור, ש' (2006). *ארוחות ילדות*. א.ח.

- Case, A., & Paxson, C. (2006). Children's health and social mobility. *The Future of Children*, 151-173.
- Harrison, M., Brodribb, W., & Hepworth, J. (2017). A qualitative systematic review of maternal infant feeding practices in transitioning from milk feeds to family foods. *Maternal & Child Nutrition*, 13(2), e12360.
- Heaperman, A., & Andrews, F. (2020). Promoting the health of mothers of young children in Australia: A review of face-to-face and online support. *Health Promotion Journal of Australia*, 31(3), 402-410.
- Johnson, S. A. (2015). 'Intimate mothering publics': Comparing face-to-face support groups and Internet use for women seeking information and advice in the transition to first-time motherhood. *Culture, Health & Sexuality*, 17(2), 237-251.
- Lupton, D. (2016). The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1-10.
- Unar-Munguía, M., Santos-Guzmán, A., Mota-Castillo, P. J., Ceballos-Rasgado, M., Tolentino-Mayo, L., Aguilera, M. S., ... & Bonvecchio, A. (2022). Digital marketing of formula and baby food negatively influences breast feeding and complementary feeding: A cross-sectional study and video recording of parental exposure in Mexico. *BMJ Global Health*, 7(11), e009904.

לפרק 6 | תוכניות התערבות מהעולם

- Centers for Medicare & Medicaid Services (2020). ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting FY 2020 [PDF File]. Retrieved from https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/10cmguidelinesFY2020_final.pdf References 1

- Daniels, L. A., Magarey, A., Battistutta, D., Nicholson, J. M., Farrell, A., Davidson, G., & Cleghorn, G. (2009). The NOURISH randomised control trial: Positive feeding practices and food preferences in early childhood—a primary prevention program for childhood obesity. *BMC Public Health*, *9*(1), 1-10.
- Daniels, L. A., Mallan, K. M., Battistutta, D., Nicholson, J. M., Perry, R., & Magarey, A. (2012). Evaluation of an intervention to promote protective infant feeding practices to prevent childhood obesity: Outcomes of the NOURISH RCT at 14 months of age and 6 months post the first of two intervention modules. *International Journal of Obesity*, *36*(10), 1292-1298.
- Daniels, L. A., Mallan, K. M., Jansen, E., Nicholson, J. M., Magarey, A. M., & Thorpe, K. (2020). Comparison of early feeding practices in mother–father Dyads and possible generalization of an efficacious maternal intervention to fathers' feeding practices: A secondary analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(17), 6075.
- Eagleton, S. G., Hohman, E. E., Verdiglione, N., Birch, L. L., Paul, I. M., & Savage, J. S. (2019). INSIGHT Study maternal return to work and Infant weight outcomes. *Academic Pediatrics*, *19*(1), 67-73.
- Feeding Matters. (2019). *Economic impact report: Financial burdens of pediatric feeding disorder on insured families* [PDF File]. Phoenix, Arizona. Retrieved from <https://www.feedingmatters.org/wp-content/uploads/2020/08/EconomicImpact-White-Paper.pdf>.
- Jaegermann, N., & Klein, P. S. (2010). Enhancing mothers' interactions with toddlers who have sensory-processing disorders. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *31*(3), 291-311.
- Magarey, A., Mauch, C., Mallan, K., Perry, R., Elovaris, R., Meedeniya, J., ... & Daniels, L. (2016). Child dietary and eating behavior outcomes up to 3.5 years after an early feeding intervention: The NOURISH RCT. *Obesity*, *24*(7), 1537-1545.
- Morag, I., Hendel, Y., Karol, D., Geva, R., & Tzipi, S. (2019). Transition from nasogastric tube to oral feeding: the role of parental guided responsive feeding. *Frontiers in Pediatrics*, *7*, 190.
- Oberklaid, F., Baird, G., Blair, M., Melhuish, E., & Hall, D. (2013). Children's health and development: Approaches to early identification and intervention. *Archives of Disease in Childhood*, *98*(12), 1008-1011.
- Paul, I. M., Savage, J. S., Anzman-Frasca, S., Marini, M. E., Beiler, J. S., Hess, L. B., ... & Birch, L. L. (2018). Effect of a responsive parenting educational intervention on childhood weight outcomes at 3 years of age: The INSIGHT randomized clinical trial. *Jama*, *320*(5), 461-468.
- Paul, I. M., Williams, J. S., Anzman-Frasca, S., Beiler, J. S., Makova, K. D., Marini, M. E., ... & Birch, L. L. (2014). The intervention nurses start infants growing on healthy trajectories (INSIGHT) study. *BMC Pediatrics*, *14*(1), 1-15.

- Ruggiero, C. F., Hohman, E. E., Birch, L. L., Paul, I. M., & Savage, J. S. (2020). The intervention nurses start infants growing on healthy trajectories (INSIGHT) responsive parenting intervention for firstborns impacts feeding of secondborns. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 111(1), 21-27.
- Savage, J. S., Birch, L. L., Marini, M., Anzman-Frasca, S., & Paul, I. M. (2016). Effect of the INSIGHT responsive parenting intervention on rapid infant weight gain and overweight status at age 1 year: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 170(8), 742-749.
- Tomlinson, M., Hunt, X., Daelmans, B., Rollins, N., Ross, D., & Oberklaid, F. (2021). Optimising child and adolescent health and development through an integrated ecological life course approach. *BMJ*, 372.
- UNICEF. (2017). *Guide to the UNICEF UK baby friendly initiative standards*. UNICEF United Kingdom: The Baby Friendly Initiative.
- World Health Organization. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/>
- WHO Multicenter Growth Reference Study Group. (2006). Breastfeeding in the WHO multicenter growth reference study. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992). Supplement*, 450, 16-26.
- Zohar, O., Sher-Censor, E., & Elata, J. (2021). A mental health course for developmental allied healthcare professionals: An exploration of potential effectiveness. *Infant Mental Health Journal*, 42(2), 233-245.