

**תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות  
אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות  
תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש  
וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה**

**מאת: עדית זהר-בז'ה**

**בהנחיית: פרופ' יעל לצר**

**דוח מסכם של המחקר**

**אוניברסיטת חיפה**

**הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות**

**ביה"ס לבריאות הציבור**

**מחקר זה מומן על ידי המוסד לביטוח לאומי**

**יוני, 2020**

## הכרת תודה

תודה מיוחדת למוסד לביטוח לאומי, המחלקה למפעלים מיוחדים, על תמיכתם בפרויקט "צידה לדרך" וכן, על ההכרה בחשיבותו של המחקר ותרומתם הנדיבה למימונו.

ברצוני להביע את תודתי העמוקה לפרופ' יעל לצר, מנחת עבודת המחקר שלי, על הליווי המסור וההדרכה לאורך כל שלביו של מסע הדוקטורט. אני מרגישה שנפלה בחלקי זכות מיוחדת לעבוד אתך וללמוד מניסיוןך העשיר – את מהווה עבורי מודל להשראה. תודה מקרב לב על הסיוע בתכנון המחקר, גיבוש הממצאים וניתוחם לכדי עבודה אינטגרטיבית.

תודה מיוחדת לגב' עדנה גוטמן על סיועה בעיבוד הנתונים הכמותניים במחקר.

תודה לחברי הוועדה המלווה הנכבדים; פרופ' דניאל שטיין ופרופ' דיוויד רועה, אשר תרמו מהידע שלהם ומניסיונם העשיר להשבחת העבודה.

תודה רבה לצוות תכנית השיקום "צידה לדרך" על שיתוף הפעולה המלא, הנכונות לקדם את המחקר והיחס הנעים לו זכיתי.

תודה לגב' רותם שפיצר על סיועה באיסוף הנתונים הארכיוניים למחקר.

תודה לצוות המרכז הרפואי רמב"ם, ובמיוחד לצוות המרפאה להפרעות אכילה, על שיתוף הפעולה והתמיכה במחקר.

כמו כן, ברצוני להודות לרשות ללימודים מתקדמים באוניברסיטת חיפה על תמיכתם בלימודיי והמלגה הכספית לה זכיתי. מלגה זו אפשרה לי להשקיע יותר משאבים ולהתמסר למחקר.

אני מודה לכלל המרואיינים שלקחו חלק בראיונות שנערכו במסגרת מחקר זה. כולם תרמו מהידע הנרחב שלהם ומניסיונם העשיר ליצירת מפגשים מרתקים שסייעו בהרחבת הידע.

תודה לצוות המחלקה להפרעות אכילה מבוגרים, במרכז הרפואי שיבא, תה"ש, ובמיוחד למנהל המחלקה ד"ר איתן גור ולדיאטנית האחראית הגב' עינת רביד-שאלתיאל, על התמיכה וההכרה בחשיבות המחקר.

תודה לבני משפחתי היקרים והאהובים על הליווי והתמיכה לכל אורך השנים ובמיוחד במסע מאתגר זה.

ואחרונים ויקרים מכל, תודה מיוחדת לבעלי האהוב אלעד ולבנותיי המדהימות על הסיוע, ההכלה, התמיכה והאמונה בי ובמחקר הזה. ללא ספק, יש חלקכם בעבודה זו משמעותי ביותר.

**עמוד**

V	תקציר עברי.....
VIII	רשימת טבלאות.....
X	רשימת תרשימים.....
1	מבוא.....
3	1. רקע מדעי.....
3	1.1 שיקום פסיכיאטרי.....
4	1.2 תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש.....
4	1.3 שירותים מכווני החלמה בבריאות הנפש ובחינת מידת נאמנותם לעקרונות מודל ההחלמה....
5	1.4 הפרעות אכילה.....
5	1.5 טיפול במטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות.....
6	1.6 הקושי בשמירה על שינוי והשגת החלמה מהפרעות אכילה.....
7	1.7 הקשר בין שירותי שיקום פסיכיאטריים לבין הפרעות אכילה.....
7	1.8 בתים שיקומיים בקהילה עבור מטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה.....
8	1.9 תכנית ישראלית ייחודית לשיקום נשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה.....
11	2. חשיבות המחקר.....
11	3. יעדים ומטרות.....
11	4. השערות המחקר.....
12	5. שיטות.....
14	<b>תת-מחקר I: מחקר כמותני רטרוספקטיבי.....</b>
15	1. מטרות המחקר.....
15	2. השערות המחקר.....
15	3. שיטות.....
18	4. ממצאים עיקריים.....
49	5. דיון ומסקנות.....

## עמוד

54	תת-מחקר II: מחקר מעקב.....
55	1. מטרות המחקר.....
55	2. השערות המחקר.....
55	3. שיטות.....
61	4. ממצאים עיקריים.....
82	5. דיון ומסקנות.....
89	תת-מחקר III: מחקר איכותני- פרספקטיבת הצוות המוביל.....
90	1. מטרה עיקרית.....
90	2. שיטה.....
91	3. ממצאים עיקריים.....
100	4. דיון ומסקנות.....
105	תת-מחקר IV: מחקר איכותני- פרספקטיבת המשתקמות.....
106	1. מטרות המחקר.....
106	2. שיטה.....
109	3. ממצאים עיקריים.....
127	4. דיון ומסקנות.....
133	דיון אינטגרטיבי.....
141	רשימה ביבליוגרפית.....
153	נספחים.....
154	נספח א': פירוט רשימת הנתונים ברשות מפעילי התכנית הבית השיקומי "צידה לדרך".....
156	נספח ב': שאלוני מחקר מעקב.....
165	נספח ג': טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר רפואי.....
168	נספח ד': תבנית ראיון חצי מובנה המיועד להוגי התכנית השיקומית ומפעיליה.....
171	נספח ה': תבנית ראיון חצי מובנה עם משתקמות שסיימו את תכנית "צידה לדרך" בהצלחה.....

# תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה

עדיית זהר-בז'ה

## תקציר

### רקע:

במהלך העשורים האחרונים, חל שינוי משמעותי בטיפול המוצע למטופלים המתמודדים עם מחלות נפש, בארץ ובעולם. הבסיס לשינוי מושתת על תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וההבנה כי יש להסיט את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מטיפול במוסדות פסיכיאטריים לשירותי שיקום בקהילה. שינוי זה נבע, בין השאר, מתוך שאיפה לקצר את משך האשפוז ולסייע למטופלים להשיג מידה מרבית של איכות חיים ועצמאות תפקודית. קבוצה ייחודית של מטופלים פסיכיאטריים אשר זכו בשנים האחרונות להכרה כזקוקים במידה רבה לשירותי שיקום הן מטופלות<sup>1</sup> המתמודדות עם הפרעות נפשיות קשות – הפרעות אכילה (ה"א). ה"א הן הפרעות פסיכיאטריות בעלות שכיחות גבוהה (0.3%-2% מהאוכלוסייה), הכרוכות בתחלואה פסיכיאטרית מרובה, סיבוכים רפואיים, פרוגנוזה קשה ואחוזי תמותה גבוהים. מתוך רצון לשפר את הפרוגנוזה, תוך הישענות על נקודות זמיון מעולם השיקום הפסיכיאטרי, הוקמו בישראל (החל משנת 2008) ארבעה בתים שיקומיים המיועדים לצעירות בשלבי החלמה שונים מה"א, אשר אינן מסוגלות להשתלב בחיי הקהילה בכוחות עצמן. המטרה הקלינית של ארבעת הבתים זהה – לאפשר למטופלות בוגרות הבית "לחצות את הגשר" בין אשפוז לחיים עצמאיים, בהם ישכילו לשלב בין טיפול במחלה לבין החלמה וניהול חיים תקינים. עד כה, לא נערכה בדיקה אמפירית של יעילות היישום של תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש לשיקומן של מטופלות עם ה"א קשות ולא נבדקה יעילות התוכנית השיקומית הייחודית שפותחה לה"א.

### מטרות המחקר:

מטרותיו העיקריות של מחקר זה הן: 1. לבחון את מידת ואופן היישום של עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מטופלות עם ה"א קשות בישראל. 2. לבחון גורמים מנבאים להחלמה מה"א קשות, בדגש על בחינת תפקידו של השיקום התפקודי והקליני בכלל והתזונתי בפרט.

### השערות עיקריות:

1. יימצא כי עקרונות "מודל ההחלמה הפסיכיאטרי" יושמו בתוכנית השיקומית המיועדת למתמודדות עם ה"א קשות, עם התאמות ייחודיות להפרעות נפשיות אלו; התמקדות בעיקר בהנחיות תזונתיות.
2. רמת שיתוף הפעולה עם התוכנית השיקומית (ובפרט עם התכנית התזונתית) תמצא כמנבא המשמעותי ביותר להחלמה.

<sup>1</sup> כיוון שמרבית המתמודדות עם הפרעות אכילה הן נשים, נתייחס בלשון נקבה. הכוונה לנשים וגברים כאחד.

## שיטות:

מחקר זה הינו מסוג שיטות מחקר מעורבות (Mixed Methods Research); מחקר המשלב גישות כמותניות ואיכותניות. לצורך בחינת שאלות והשערות המחקר, בחרנו להתמקד בבית השיקומי הממוקם בצפון ישראל, "צידה לדרך", אשר הוקם בשנת 2009, בחסות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם, חיפה. המחקר כלל את הנתונים הקיימים ברשות הבית השיקומי "צידה לדרך", לאורך שמונה שנים לפעילותו (2010-2017). חלקו הכמותני של המחקר, אשר שימש בעיקר לזיהוי מנבאים להחלמה קלינית ואישית מה"א, התחלק ל-2 תתי-מחקר; הראשון התבסס על ניתוח רטרוספקטיבי, על בסיס המידע הארכיוני הקיים במרפאה לה"א ברמב"ם ובבית "צידה לדרך" וכלל 95 משתתפות. במסגרת תת-המחקר השני, משתקמות שלקחו חלק בתכנית (מסיימות ונושרות) התבקשו למלא שאלונים להערכת מידת ההחלמה הקלינית והאישית מהפרעות אכילה. בתת-מחקר זה לקחו חלק 71 משתתפות, אשר הביעו הסכמה להשתתפות במחקר וחתמו על טופס הסכמה מדעת. חלקו האיכותני של המחקר, אשר שימש בעיקר לבחינת מידת ההתאמה של תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש לשיקום של מטופלות עם ה"א, התחלק אף הוא ל-2 תתי-מחקר, כאשר הראשון כלל ראיונות עומק אישיים, מובנים למחצה, עם הוגי התוכנית ומפעיליה (10 מרואיינים) והשני, כלל ראיונות עם משתקמות אשר השלימו את התכנית בהצלחה (20 מרואיינות). שני תתי-המחקר האיכותניים שימשו לצורך למידת מודל שיקומי ייחודי זה ובחינתו לאור עקרונותיה של תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש.

## ממצאים מרכזיים:

מתוך 95 המשתתפות במחקר, 32 סיימו את התכנית במלואה (33.7%), בעוד ש- 63 נשרו ממנה (66.3%). מרבית המשתתפות בתכנית היו נשים, רווקות, יהודיות, ילידות ישראל וחילוניות. הגיל ממוצע בכניסה לתכנית היה 22 שנים. המנבאים המשמעותיים ביותר להתאמה לתכנית הם: 1. רמת מוטיבציה גבוהה בכניסה לתכנית השיקומית. 2. תפקוד חברתי תקין. 3. הערכה עצמית גבוהה. 4. יכולת לגוון באכילה. 5. עיסוק מופחת בצורת הגוף.

ממצאי המחקר הצביעו על תמיכה מלאה בהתאמת התכנית לעקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וביישום עקרונות אלו בתכנית שיקום המיועדת למתמודדות עם ה"א קשות וממושכות. נמצא כי המודל השיקומי בה"א מושתת על שני צירים מרכזיים; הציר הראשון מבוסס על עקרונות מפתח שיקומיים כלליים (דוגמת- תהליך החלמה כתהליך אינדיבידואלי, ארוך טווח שאינו ליניארי, רב-ממדי הכולל גילוי עצמי התחדשות, שינוי ותקווה, העצמת המתמודד, אחריות ויוזמה שלו לקידום התהליך, יחד עם תמיכה והכלה לאורך התהליך מצד אנשי הצוות). הציר השני מדגיש עקרונות ייחודיים החיוניים לשיקומן של מתמודדות עם הפרעות אכילה (דוגמת- חשיבות השיקום הגופני, שמירה על משקל גוף בטווח התקין, סיגול הרגלי אכילה תקינים, חיזוק המוטיבציה ופוטנציאל שיקומי גבוה בקרב אוכלוסייה זר).

בנוסף, זוהו הגורמים העיקריים המנבאים החלמה קלינית ואישית מה"א: גיל צעיר יותר ורמת מוטיבציה גבוהה בעת הכניסה לתכנית השיקומית, סיום התכנית השיקומית במלואה, רמה גבוהה של תפקוד חברתי ועצמאות

**באכילה בסיום התכנית ומספר גבוה של אירועי חיים חיוביים לאחר סיום ההשתתפות בתכנית.** יודגש, כי על בסיס ממצאי תתי-המחקר הכמותניים והאיכותניים התגבש מודל המציג ומאחד את ממצאי שתי גישות המחקר.

### **מסקנות מדעיות ויישומיות:**

ברמה המדעית תיאורטית, מחקר זה מעשיר את בסיס הידע הקיים אודות תהליכי שיקום והחלמה בקרב המתמודדות עם ה"א קשות וממושכות. השילוב של שיטות מחקר שונות מספק מבט מקיף ועמוק על תהליכי שיקום והחלמה באוכלוסייה זו; פרספקטיבת הצוות, פרספקטיבת המשתקמות, נתונים מתקופת ההשתתפות בתכנית ולאחר סיומה. מתוך ממצאי המחקר גיבשנו מודל שיקומי תיאורטי חדש וייחודי לאוכלוסייה זו. המודל נשען על עקרונות מפתח מתחום בריאות הנפש בתוספת עקרונות ייחודיים המותאמים למתמודדות עם ה"א. ברמה היישומית, ניתן, בהתבסס על הגורמים המנבאים להתאמה לתכנית, לשפר את תהליך הבחירה וההכנה של מטופלות עם ה"א, בטרם כניסתן למסגרת שיקומית. כמו כן, יישום העקרונות שנמצאו במחקר כבעלי חשיבות לביסוסה של תכנית התערבות שיקומית מוצלחת עשוי לשפר את הפרוגנוזה של מתמודדות עם ה"א קשות ולצמצם את שיעורי ההישנות. נדגיש בעיקר את הצורך במתן טיפול ואספקת שירותי שיקום מוקדם ככל שניתן, עוד לפני שהפרעת האכילה מחריפה ומעמיקה. לצד, הפניית זרקור אל עבר מרכזיותו של הטיפול התזונתי וההיענות אליו כמנבאים החלמה מהפרעת אכילה קשה וממושכת. חשוב להמשיך לערוך מחקרים נוספים, שיבחנו תכניות שיקום בעלות מאפיינים שונים, באוכלוסיות שונות. כמו כן, מחקר איכותני לבחינת פרספקטיבת הנושרות מן התכנית עשוי להיות בעל ערך רב. ישנה חשיבות רבה בגיבוש עמדה מחקרית אחידה ביחס להגדרת החלמה מהפרעות אכילה ואופן הערכתה ובביסוס פרוטוקול אחיד להערכה תקופתית של תכניות שיקום המיועדות לאוכלוסייה זו.

**עמוד**

**טבלה מספר 1.** התפלגות נתוני הרקע של משתתפות המחקר, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה (N = 95) ..... 19

**טבלה מספר 2.** התפלגות נתוני הרקע של הורי משתתפות המחקר, לפי קבוצה (N = 95) ..... 23

**טבלה מספר 3.** התפלגות נתוני הרקע של משתתפות המחקר, משתנים רציפים, לפי קבוצה (N = 95) .... 24

**טבלה מספר 4.** התפלגות נתוני רקע בילדות, על פי קבוצה (N=95) ..... 25

**טבלה מספר 5.** התפלגות המשתנים ביחס לתקופת השהייה בבית "צידה לדרך", לפי קבוצה (N=95) ..... 26

**טבלה מספר 6.** התפלגות משתני תחלואה קליניים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים רציפים, לפי קבוצה (N=95) ..... 30

**טבלה מספר 7.** התפלגות משתני תחלואה קליניים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה (N=95) ..... 31

**טבלה מספר 8.** התפלגות מדדים תזונתיים ומדדים נלווים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים רציפים, לפי קבוצות (N = 95) ..... 37

**טבלה מספר 9.** התפלגות מדדים תזונתיים ומדדים נלווים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצות (N=95) ..... 37

**טבלה מספר 10.** התפלגות מדדי תפקוד בעת הכניסה לתכנית השיקומית, לפי קבוצה (N = 95) ..... 39

**טבלה מספר 11.** התפלגות מדדים פסיכולוגיים על פי שאלונים שמילאו המשתתפות עם כניסתן לתכנית השיקומית, משתנים רציפים, לפי קבוצה (N = 95) ..... 41

**טבלה מספר 12.** התפלגות מדדים פסיכולוגיים על פי שאלונים שמילאו המשתתפות עם כניסתן לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה (N = 95) ..... 42

**טבלה מספר 13.** התפלגות משתנים תזונתיים רציפים לפי קבוצה וזמן ..... 45

**טבלה מספר 14.** התפלגות משתנים תזונתיים נומינאליים וסידוריים לפי קבוצה וזמן ..... 46

**טבלה מספר 15.** התפלגות של מדדי תפקוד, לפי קבוצה וזמן ..... 48

**טבלה מספר 16.** התפלגות מאפייני המשתתפות בעת המעקב, לפי קבוצה (N = 71) ..... 65

**טבלה מספר 17.** התפלגות אירועי חיים של משתתפות המחקר בעת המעקב, לפי קבוצה (N = 62) ..... 66

**טבלה מספר 18.** התפלגות החלמה קלינית בעת המעקב (N = 62) ..... 67

**טבלה מספר 19.** התפלגות מדדי ההחלמה האישית של משתתפות המחקר, לפי קבוצה (N = 62) ..... 70

**טבלה מספר 20.** מתאמי פירסון בין החלמה קלינית ואישית לבין הזמן שחלף מסיום ההשתתפות בתכנית, ואירועי חיים חיוביים ושליילים (N = 62) ..... 72



## עמוד

- טבלה מספר 21.** קורלציות חלקיות בין החלמה קלינית והחלמה אישית, תוך תקנון לאירועי חיים חיוביים ושליילים ( $N = 62$ ) ..... 73
- טבלה מספר 22.** רגרסיה מרובה להחלמה קלינית בעת המעקב ( $N = 62$ ) ..... 74
- טבלה מספר 23.** החלמה אישית: רגרסיה לוגיסטית למצב תעסוקתי בעת המעקב ( $N = 62$ ) ..... 75
- טבלה מספר 24.** החלמה אישית: רגרסיה מרובה למערכות יחסים בין אישיות בעת המעקב ( $N = 62$ ) ..... 76
- טבלה מספר 25.** החלמה אישית: רגרסיה מרובה למידת הצבת מטרות אישיות והשגתן בעת המעקב ( $N = 62$ ) ..... 77
- טבלה מספר 26.** החלמה אישית: רגרסיה מרובה לתפיסת הבריאות הנפשית בעת המעקב ( $N = 62$ ) ..... 77
- טבלה מספר 27.** החלמה אישית: רגרסיה מרובה לתפקוד יומי בעת המעקב ( $N = 62$ ) ..... 78
- טבלה מספר 28.** החלמה אישית: רגרסיה מרובה לבריאות גופנית בעת המעקב ( $N = 62$ ) ..... 79
- טבלה מספר 29.** החלמה אישית: רגרסיה מרובה לציון הכולל של החלמה אישית במעקב ( $N = 62$ ) ..... 79
- טבלה מספר 30:** פרופיל המרואיינים שהשתתפו במחקר ..... 108

**עמוד**

10	תרשים מספר 1: המסגרת התיאורטית שהיוותה בסיס לתכנון המחקר.....
	תרשים מספר 2: שינויים במדדים תזונתיים ותפקודיים לאורך תקופת ההשתתפות בתכנית השיקומית
49	"צידה לדרך".....
	תרשים מספר 3: מנבאים עיקריים להתאמה לתכנית שיקום בהפרעות אכילה, על בסיס תכנית השיקום
52	"צידה לדרך".....
62	תרשים מספר 4: תיאור גרפי של ההשתתפות בפרק המעקב.....
	תרשים מספר 5: תיאור גרפי של נקודות הדמיון והשוני בין משתתפות שסיימו את תכנית השיקום "צידה לדרך"
71	במלואה לבין משתתפות שנשרו ממנה.....
	תרשים מספר 6: סיכום גרפי של המנבאים המשמעותיים להחלמה קלינית ולהחלמה אישית במעקב לאחר
81	סיום תקופת השהות ב-"צידה לדרך".....
92	תרשים מספר 7: תיאור חזותי של התמות המרכזיות שעלו מתוך ניתוח הראיונות.....
96	תרשים מספר 8: עקרונות הנמצאים בהתאמה למודל ההחלמה בבריאות הנפש.....
100	תרשים מספר 9: עקרונות ייחודיים בתכנית המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה.....
111	תרשים מספר 10: תיאור גרפי מסכם של התמות המרכזיות והמשניות.....
112	תרשים מספר 11: תמה מספר 1- הפרעת האכילה עבורי.....
115	תרשים מספר 12: תמה מספר 2- תפיסת המסע האישי אל עבר שיקום והחלמה מהפרעת האכילה.....
	תרשים מספר 13. תמה מספר 3 – תנאי בסיס לתכנית שיקום מוצלחת המיועדת למתמודדים עם
121	הפרעות אכילה קשות.....
	תרשים מספר 14: התרומה המרכזית של כל אחת מהשיטות המתודולוגיות בהן נעשה שימוש
138	במסגרת המחקר.....

במהלך העשורים האחרונים, חל שינוי משמעותי בטיפול המוצע למטופלים המתמודדים עם מחלות נפש חמורות, בארץ ובעולם. הבסיס לשינוי מושגת על תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וההבנה כי יש להסיט את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מטיפול במוסדות פסיכיאטריים (שלב המיועד לייצוב המטופל במצב האקוטי של מחלתו) לשירותי שיקום בקהילה. המטרה היא לשאוף לקיצור משך האשפוז ולסייע למטופלים להשיג מידה מרבית של איכות חיים ועצמאות תפקודית (Anthony & Farkas, 2009; רועה ועמיתים, 2005, 2011).

קבוצה ייחודית של מטופלים פסיכיאטריים אשר זכו רק בשנים האחרונות להכרה בעולם ובישראל כזקוקים במידה רבה לשירותי שיקום הם מטופלים המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות ובכללן – הפרעות אכילה (מאחר ומרביתן נשים, נתייחס בהמשך בלשון נקבה). הפרעות אכילה הן הפרעות פסיכיאטריות בעלות שכיחות גבוהה (0.3%-2% מהאוכלוסייה), הכרוכות בתחלואה פסיכיאטרית מרובה, סיבוכים רפואיים, פרוגנוזה קשה ואחוזי תמותה גבוהים העומדים על כ-5%-20% מן החולות (אחוזים גבוהים בהשוואה לכל יתר המחלות הפסיכיאטריות). זאת, בעיקר על רקע היענות נמוכה לטיפול, חוסר מעקב לאחר סיום הטיפול וכן, חוסר בתוכניות שיקום בקהילה (לצר ועמיתים, 2003; Carlton & Pyle, 2007). יודגש, כי קושי עיקרי קיים כאשר מדובר בחולות בוגרות עם הפרעת אכילה ארוכת שנים, בעלת אופי כרוני ופרוגנוזה קשה.

מתוך רצון לשפר את הפרוגנוזה של מטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות בישראל, תוך הישענות על נקודות דמיון מעולם השיקום הפסיכיאטרי, הוקמו בישראל (החל משנת 2008) ארבעה בתים שיקומיים המיועדים לצעירות בשלבי החלמה שונים מהפרעות אכילה, אשר מתקשות להשתלב בחיי הקהילה בכוחות עצמן. כאשר, המטרה הקלינית של ארבעת הבתים זהה – לאפשר למטופלות בוגרות הבית "לחצות את הגשר" בין אשפוז לחיים עצמאיים, בהם ישכילו לשלב בין טיפול במחלה לבין החלמה וניהול חיים מספקים, קרי לנהל את המחלה.

טרם בוצע מחקר אמפירי הבוחן את התאמת מודל השיקום בבריאות הנפש לאוכלוסיית המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות, וכן, טרם נבדקה יעילות התוכנית, על מרכיביה השונים, לאורך זמן. עד כה, בוצע מחקר הערכה בלבד, מטעם המוסד לביטוח לאומי לשני הבתים הראשונים שהיו פרויקט הדגל הניסיוני, במטרה לבדוק את הצדקת המשך התוכנית לאחר תקופת ניסיון של שלוש שנים (היוש ועמיתים, 2013).

לצורך בחינת שאלות המחקר, בחרנו להתמקד בבית השיקומי הממוקם בצפון ישראל, "צידה לדרך", אשר הוקם בשנת 2009, בחסות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם. כמו כן, בכדי לספק תמונה עשירה, מבט עומק ורוחב על המודל התיאורטי ויישומו ולצורך ביסוס מסקנות משמעותיות, בחרנו לערוך מחקר בשיטות מעורבות (Mixed Methods Research). מחקר המשלב בין שיטות מחקר איכותניות לשיטות מחקר כמותיות.

#### המטרות הכלליות של המחקר הנוכחי;

(1). בחינת מידת ואופן היישום של עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מטופלות עם הפרעות אכילה קשות בישראל.

(2). בחינת גורמים מנבאים להחלמה מהפרעות אכילה קשות, בדגש על בחינת תפקידו של השיקום התזונתי.

**בכוחו של מחקר זה לתרום להעשרת התיאוריה והמחקר בתחום;** בחינת מידת ההתאמה של עקרונות מודל ההחלמה הפסיכיאטרי לאוכלוסיית המתמודדות עם הפרעות אכילה, תוך התמקדות בתהליך השיקום התזונתי. הערכה מקיפה (כוללת פרמטרים קליניים ופסיכו-סוציאליים) ליעילות תהליך השיקום וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה מהפרעות אכילה. **ליצד תרומה לפרקטיקה ולבריאות הציבור;** ברמה היישומית, ניתן בהתבסס על הגורמים המנבאים, לשפר את תהליך בחינת ההתאמה של מתמודדות עם הפרעות אכילה להשתתפות בתוכנית שיקום "הבית השיקומי", ולבנות עקרונות לתוכנית התערבות שיקומית מוצלחת, אשר בטווח הרחוק עשויה לשפר את הפרוגנוזה.

#### **עדכון סטטוס המחקר**

- עבודת המחקר נבדקה ואושרה רשמית על ידי אוניברסיטת חיפה בהמלצת צוות בודקים.
- בימים אלו אנו נמצאות בשלבים מתקדמים של כתיבת מאמר ראשון על בסיס המחקר.
- עבודת המחקר הוצגה לאחרונה בפני הצוות המנהל והמפעיל את הבית השיקומי "צידה לדרך". כמו כן, ניתנו לצוות המלצות יישומיות על בסיס המחקר.

## 1. רקע מדעי

### 1.1 שיקום פסיכיאטרי

השיקום הפסיכיאטרי צמח כתחום מחקר משמעותי במהלך שנות ה-80-70 של המאה הקודמת, בעיקר כתגובה למגמת ה-"אל מיסוד"; מגמה שהחלה סביב שנות ה-50 במדינות רבות בעולם והושפעה מרוח התנועה לזכויות האזרח באותה התקופה. מגמת ה-"אל מיסוד" נתנה את אותותיה כבר בשנות ה-60 וה-70 של המאה הקודמת במדינות כמו איטליה, אנגליה וארצות הברית, כאשר ביטוייה העיקרי היה- הסטת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מן האשפוז אל הקהילה. למעשה, מגמה זו הובילה למעבר משיקום מוסדי (טיפול בבתי חולים פסיכיאטריים) לשיקום בקהילה של המתמודדים עם מחלה נפשית חמורה. זאת, על רקע הפנמת גישה שיקומית והתייחסות הומאנית לאדם על כל צרכיו, יכולותיו ורצונו לחיות חיים נורמטיביים בקהילה. מגמה זו משקפת את שינוי הגישה כלפי הטיפול בחולי הנפש בעולם המערבי, מגישה דטרמיניסטית לגישה המדגישה התמודדות וכוחות, הבנה טובה יותר של המחלות ומהלכן ההטרונגי ושינוי במדיניות ובשירותים המוצעים. תוצאות המדיניות החדשה באו לידי ביטוי, בין היתר, בסגירת מוסדות פסיכיאטריים ובקיצור תקופות האשפוז (Anthony & Farkas, 2009; רועה ועמיתים, 2005, 2011).

ככלל, תהליך השיקום הפסיכיאטרי מיועד לתמוך ולסייע למטופלים בוגרים המאובחנים עם מחלות נפשיות חמורות (דוגמת- סכיזופרניה, הפרעה בי-פולארית ודיכאון מג'ורי) בהשגת תפקיד בעל ערך בחברה ותפקוד בתחומי החיים השונים, כגון- דיוור, תעסוקה, לימודים ויחסים חברתיים (Corrigan, ; Anthony, Cohen, & Gange, 2002; Davidson, ) (Watson, Byrne, & Davis, 2005) ולהביא להשתלבות חברתית עם איכות חיים מיטבית (Davidson, ) (Ridgway, Wieland, & O'Connell, 2009).

כפועל יוצא ממגמה זו, חל במהלך שני העשורים האחרונים, שינוי משמעותי בטיפול המוצע למתמודדים עם מחלה נפשית, בארץ ובעולם. במסגרת זו, מושם/ניתן דגש על פיתוח שירותי שיקום בקהילה (Anthony, Cohen, & Gange, 2002; Drake, Green, Mueser, & Goldman, 2003; Turton, Wright, White, Killaspy, & DEMoBinc Group, 2010). המשמעות היא, שכיום, תקופת האשפוז מיועדת לטיפול בשלב האקוטי של המחלה הנפשית, בעוד שלאחר שלב זה, מתמקד הטיפול בשילוב מחדש של המטופל בשגרת חיים נורמאלית ובחברה (Hornik-Lurie, Zilber, & Lerner, 2012). ברוח תמורות אלו, הוחל בשנת 2001 בישראל חוק חדש ומתקדם המכונה – חוק שיקום נכי הנפש בקהילה (Anthony et al., 2002; חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, 2000).

מטרתו של החוק היא "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש, כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו" (חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, 2000). במסגרת חוק זה ניתן סל שירותי שיקום בתחומים שונים לאנשים עם נכות על רקע מגבלה נפשית (בתוך כך- תעסוקה, דיוור, השכלה, הכשרה מקצועית, חברה ופנאי, ייעוץ והדרכה למשפחות ותיאום טיפול). המאמץ שהושקע בפיתוח שירותי שיקום פסיכיאטרי בקהילה הוביל לירידה דרמטית במספר המאושפזים במוסדות פסיכיאטריים בישראל (Aviram, 2010). השינויים בגישה הטיפולית וכן, בחקיקה בתחום בריאות הנפש נשענים על תיאורית ההחלמה אשר פותחה במהלך 30 השנים האחרונות.

## 1.2 תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש

מושג ההחלמה שבבסיס התיאוריה מתייחס לתהליך רב ממדי ארוך טווח, שאינו ליניארי אלא משתנה לאורך זמן. יודגש, כי על פי התיאוריה, "החלמה קלינית" מובחנת "מהחלמה אישית". הראשונה, "החלמה קלינית", מתייחסת להיבט המדעי-מקצועי של העדר סימפטומים פעילים של המחלה, בעוד ש"החלמה אישית" מוגדרת כתהליך אינדיבידואלי הניתן לשיפוט בראש ובראשונה על ידי המתמודד עצמו, אינו בהכרח קשור להפחתת הסימפטומים הפסיכיאטריים ואינו בהכרח תוצאה של התערבות מקצועית (Silverstein & Bellack, 2008). החלמה מתוארת כתהליך אקטיבי בה מעורב המתמודד, בשונה מהגישה המסורתית שהייתה מקובלת בעבר, לפיה המתמודד נתפס כצרכן פסיבי ובעל השפעה מועטה ביותר על הטיפול שסופק על ידי הצוות המקצועי (Davidson et al., 2006). העמדה הניצבת במרכז חזון ההחלמה, היא שניתן לחיות חיים בעלי משמעות ולהתקדם לקראת מטרות אישיות משמעותיות למרות המחלה הפסיכיאטרית ותסמיניה. מדינות רבות אימצו את גישת ההחלמה כדי לארגן מחדש את הפרקטיקה בתחום בריאות הנפש והגישה היוותה השראה לפיתוח ידע והתערבויות חדשות (Slade, Adams & O'Hagan, 2012). ככלל, תהליך ההחלמה נעשה במעורבות של 10 מרכיבי מפתח: 1. כבוד, 2. תקווה, 3. מבוסס כוחות, 4. הוליסטי, 5. אינדיבידואלי וממוקד באדם, 6. הכוונה עצמית, 7. אחריות, 8. נתמך בעמיתים, 9. מעצים, 10. לא ליניארי (Le Boutillier et al., 2011). תהליך ההחלמה עשוי לאפשר לאדם המתמודד עם מגבלה פסיכיאטרית להשיג איכות חיים, תחושת רווחה ויכולת להגשמת צרכיו ומטרותיו במגוון תחומי חיים חשובים, מתוך ומעבר לגבולות הנכות (Gill, Butterworth, ; Deegan, 1993 ; Davidson & Roe, 2007 ; Anthony, 1993). על פי התיאוריה, ישנם ארבעה מרכיבי מפתח החיוניים לביסוסה של תכנית טיפולית מוצלחת המיועדת לקידום תהליך החלמה בבריאות הנפש, והם: עמדה המכוונת אישית לכל אדם, מתן אפשרות למעורבות אישית של האדם בכל אחד מההיבטים של החלמתו, מתן זכות לבחירה עצמית והתמקדות השירות בפוטנציאל הגדילה וההחלמה של האדם (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005).

### 1.3 שירותים מכווני החלמה בבריאות הנפש ובחינת מידת נאמנותם לעקרונות מודל ההחלמה

שירותים מכווני החלמה הם סל שירותי תמיכה המוצעים למתמודד בתהליך החלמתו על ידי אנשי המקצוע. מטרתם לסייע ולתמוך במאמצי המתמודד להתקדם אל עבר השגת החלמה אישית - "חיים מלאים ובעלי משמעות בקהילה". זאת, מתוך התפיסה שלא ניתן לבצע החלמה עבור אדם אחר, אלא החלמה תושג אך ורק בתהליך אישי של האדם (US Department of Health and Human Services, 2003). טיפול מכוון החלמה המיועד למתמודדים עם מחלות נפשיות קשות מבוסס על שני עקרונות מפתח: 1. המתמודדים עם מחלות נפשיות קשות מסוגלים למימוש עצמי משמעותי (הנחה מבוססת ראיות), 2. האדם בטיפול, בשיתוף איש המקצוע, צריך לשאת בחלק משמעותי ביותר בהגדרת מטרות הטיפול ותכנון המתווה להשגת מטרות אלו (Davidson et al., 2009). על פי דוידסון ועמיתיו, שירות מכוון החלמה צריך להתבסס על תכנון השילוב המתאים ביותר של טיפול ותמיכה הנדרשים למתמודד מסוים בכדי להשתלב באופן מלא בחיי הקהילה (Davidson et al., 2009). בהינתן חוסר באחידות וחוסר בהסכמה אוניברסאלית לגבי המשגה של החלמה (כאמור, מושג אינדיבידואלי וסובייקטיבי), חקירת החלמה ושירותים התומכים בהחלמה באופן אמפירי מהווה אתגר עבור החוקרים. מתוך ניסיון להבטיח כי עקרונות משמעותיים בתהליכי קידום החלמה אישית מיושמים בשירותים מכווני החלמה, פותחו כלים שונים להערכת מידת נאמנות מודל התוכנית

השיקומית לעקרונות המודל התיאורטי (The Recovery Promotion Fidelity Scale). (Armstrong & Steffen, 2009).

עד כה, ההכרה בצורך בהחלמה שהובילה לביסוס תהליכי שיקום בקהילה בישראל התייחסה והכלילה בחוק בעיקר מטופלים שהוגדרו כמתמודדים עם מחלת נפש ולא כללה מטופלים המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות, ובתוכן הפרעות אכילה.

#### 1.4 הפרעות אכילה

הפרעות אכילה הן קבוצת הפרעות נפשיות, אשר העיקריות הן: אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית (American Psychiatric Association, 2013). הפרעות אכילה מאופיינות בצורך פתולוגי להפחית במשקל, בהתעסקות אובססיבית באוכל, בצורת הגוף ובמשקלו, בעיקר על רקע של דימוי עצמי וערך עצמי נמוכים. הפסיכופתולוגיה בבסיס הפרעות האכילה השונות (הן בקרב נשים והן בקרב גברים) היא ייחוס מוגזם לצורת הגוף ומשקלו כמדד יחיד לקביעת הערך העצמי. בארבעת העשורים האחרונים, חלה עלייה מתמדת בשכיחותן של הפרעות אכילה, וכיום מדובר בממדי אפידמיה (Polivy & Herman, 2002; Currin, Schmidt, Treasure, & Jick, 2005). אומנם, עדיין קיים קושי להגדיר את האטיולוגיה המדויקת להתפתחותן של הפרעות אכילה, אך ידוע כי בין הגורמים המשפיעים על היווצרותן נמצאים תהליכים חברתיים, פסיכולוגיים וביולוגיים (Hardin, 2003; Hoek et al., 2005) בשילוב עם בסיס גנטי (Bulik, 2005). הפרעות אכילה פוגעות בעיקר בנערות בגיל ההתבגרות, בתקופה מבריקה מבחינה התפתחותית, וכן, בנשים צעירות<sup>1</sup>. שכיחות הפרעות האכילה מוערכת בכ-0.3%-2% מהאוכלוסייה, והן כרוכות בתחלואה פסיכיאטרית מרובה, סיבוכים רפואיים, פרוגנוזה קשה ואחוזי תמותה גבוהים העומדים על 5%-20% מן החולות, אחוזים הגבוהים מכלל המחלות הפסיכיאטריות (לצר ועמיתים, 2003; Carlton & Pyle, 2007). חרף הפרוגנוזה הקשה והמצבים הגופניים מסכני החיים, חולות עם הפרעות אכילה קשות, ובמיוחד אלו עם אנורקסיה נרבוזה נוטות לגלות התנגדות רבה לטיפול, ומכאן, הקושי לסייע להן (Wiseman, 2001; Sunday, Klapper, Harris, & Halmi, 2001).

#### 1.5 טיפול במטופלות המתמודדות עם הפרעת אכילה קשה

ככלל, טיפול במתמודדות עם הפרעות אכילה מתבצע על ידי צוות רב-מקצועי של מומחים לטיפול בהפרעות אכילה. הטיפול כולל שיקום תזונתי, גופני ונפשי. במרבית המקרים, ניתן הטיפול במסגרת מרפאות, ובכ-15% מן המקרים נדרש אשפוז מלא או חלקי. בספרות המקצועית יש מגוון של שיטות וגישות טיפוליות בהפרעות האכילה, כאשר הטיפול המקובל ביותר כולל טיפול משפחתי, פסיכותרפיה, טיפול תזונתי, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ולעיתים משולב גם טיפול תרופתי (Garner & Needleman, 1997; Wilson, Fairburn, & Agras, 1997). חולות עם הפרעת אכילה קשה מטופלות לרוב במחלקות פסיכיאטריות, במחלקות ייחודיות לטיפול בהפרעות אכילה, במחלקות פנימיות או במרפאות יום בבתי חולים ובמרפאות עירוניות (גולן וגול-אוסטרובסקי, 2001; American Psychiatric Association, 2000). על פי הספרות, גיל צעיר של תחילת מחלה, מספר גבוה של אשפוזים ורמות נמוכות של

<sup>1</sup> כיוון שמרבית המתמודדות עם הפרעות אכילה הן נשים, נתייחס לאורך המסמך למטופלות בלשון נקבה, אך הכוונה הינה גם לגברים המתמודדים עם הפרעות אכילה.

שיתוף פעולה עם טיפול פסיכולוגי ומעקב פסיכיאטרי, תורמים להתפתחותה של הפרעת אכילה עמידה ופוגעים בסיכויי ההחלמה (קלינית ואישית) של המטופלות (Fairburn, 2005). יודגש, כי השיקום התפקודי והחברתי בכלל והשיקום התזונתי בפרט מהווה מרכיב מרכזי לאורך כל שלבי הטיפול. **הטיפול התזונתי הינו הטיפול העיקרי במצבים של תת-תזונה, אשר בלעדיו קיים קושי משמעותי לבצע שינוי פסיכולוגי ומכאן משמעותו הרבה בליווי תהליכי השינוי הפסיכולוגיים והחברתיים שעוברת המטופלת.** תנאי בסיסי להחלמה (קלינית ואישית) מהפרעות אכילה הוא שמירה על משקל מינימום תקין ותזונה יציבה. מכאן, דיאטנים קליניים מהווים חלק אינטגרלי מצוות הטיפול בכל שלבי רמות הטיפול (טיפול פרטניים ו/או קבוצתיים בכל מסגרות הטיפול; אשפוז מלא, אשפוז חלקי, מרפאות וכן, תכניות שיקום) (Reiter & Graves, 2010).

## 1.6 הקושי בשמירה על שינוי והשגת החלמה מהפרעת אכילה

בדומה להגדרת החלמה בבריאות הנפש, גם בתחום הפרעות האכילה קיימת הגדרה רב-ממדית הכוללת מגוון פרמטרים שהינם בעלי משמעות רבה בהגדרת החלמה, החל מפרמטרים כלליים (דוגמת- מדדים חברתיים, פסיכולוגיים ורגשיים) עד לפרמטרים ייחודיים להפרעות אכילה (דוגמת- התנהגויות המיועדות לשמירה על משקל גוף ודימוי הגוף). ללא ספק, החלמה טומנת בחובה משמעות עמוקה יותר מאשר היעלמות סימפטומים פסיכיאטריים – **החלמה קלינית.** החלמה כוללת פיתוח תחושה חדשה של עצמי, צבירת הישגים חברתיים ומקצועיים – **החלמה אישית** (Emanuelli, Waller, Jones-Chester, & Ostuzzi, 2012; Beresin, Gordon, & Herzog, 1989; Jacobson, 2001; Pettersen & Rosenvinge, 2002; Young, Schactman, & Snyder, 2014). בספרות המדעית קיימת שונות רבה בהגדרה של **החלמה קלינית מהפרעות אכילה**, שונות הבאה לידי ביטוי בקריטריונים הקליניים ובמשך הזמן הנדרש כדי להגדיר החלמה; יש המתייחסים להחלמה כהפוגה בסימפטומים הפעילים לתקופת זמן ממושכת (שאינה קבועה או מוגדרת, נעה במחקרים השונים בין חודשיים לשנה ויותר); המטופלת אינה נמצאת בתת-משקל (ערך ה-BMI גבוה מ-18.5), אינה סובלת מפחד חריף לעלות במשקל, אינה עושה שימוש בהתנהגויות מטהרות בכדי להפחית ממשקלה (דוגמת הקאות יזומות או שימוש לרעה במשלשלים), אינה סובלת מהתקפי אכילה ושוללת עיסוק-יתר במבנה הגוף (American Psychiatric Association, 2013; Kordy et al., 2002; Von Holle et al., 2008). טרם נקבע מדד אחיד לקביעת החלמה קלינית מהפרעות אכילה. מכל מקום, **החלמה קלינית מלאה מהפרעות אכילה מתקבלת בשיעורים נמוכים.** על פי המידע הקיים, החלמה מתרחשת בקרב 40%-45% מן החולות בלבד, החלמה חלקית בקרב 30%-35% ובקרב 20% נשארת המחלה כמצב כרוני ותמותה. בין הסיבות העיקריות לכך; היענות נמוכה לטיפול, חוסר מעקב לאחר סיום הטיפול וכן, **חוסר בתוכניות שיקום בקהילה** (Walsh et al., 2006; McIntosh et al., 2005; Keel & Brown, 2010; Gowers et al., 2007). יודגש, כי עד כה ההתייחסות להפרעות אכילה היא עדיין בעיקרה רפואית ופסיכולוגית, ללא התייחסות לממד של החלמה כפי שעולה בתיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש - החלמה הכרוכה בשיקום. יודגש, כי בדומה למתמודדים עם מחלות נפשיות חמורות, גם המתמודדות עם הפרעות אכילה ממושכות וחמורות מתקשות בסיום תקופת האשפוז (שלב הטיפול בסימפטומים האקוטיים של הפרעת האכילה) לחזור ולהשתלב באופן מלא בחיי הקהילה ולהתקדם אל עבר החלמה אישית. מתוך הספרות, המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות, בשכיחות גבוהה, סבלו בעברן מטראומה מינית, בעלות בעיות משפחתיות קשות, מתמודדות עם בעיות בזהות המינית/הדתית, וכן, בעלות תחלואה פסיכיאטרית נלווית, מה שמקשה עליהן להשתלב מחדש בחיי הקהילה (Oldershaw et al., 2011; Stein & Latzer, 2012; Zubery,



(Latzer & Stein, 2016). מכאן, עלה הצורך בבניית תכניות שיקום שיסייעו למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות לחזור ולהשתלב באופן מלא בחיי הקהילה ולהתקדם אל עבר החלמה אישית, לצד החלמה קלינית. כמו גם, בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בתוכניות אלו.

### 1.7 הקשר בין שירותי שיקום פסיכיאטריים לבין הפרעות אכילה

כאמור, תחום השיקום הפסיכיאטרי ותיאוריית ההחלמה מתייחסים לשיקומם ושילובם בקהילה של מטופלים המאובחנים עם **מחלה נפשית**. מעצם הגדרה זו, קיימת בעיות בסיפוק שירותים אלו לקבוצת מטופלים נרחבת – מטופלים המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות ומסכנות חיים ובכללן הפרעות אכילה. הפרעות אכילה מוגדרות בספר סיווג המחלות הפסיכיאטריות, ה-DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) כקבוצה של **הפרעות נפשיות** (ולא מחלות נפשיות). הגדרה זו מקשה על קבלת הזכויות לטיפול ושיקום בהתבסס על עיקרי חוק הטיפול במתמודדים עם מחלות נפש (1991) וחוק שיקום נפגעי נפש בקהילה. מתוך החקיקה, מטופלות המאובחנות עם הפרעות אכילה בישראל לא היו זכאיות ל-"סל השיקום" לו זכאים המאובחנים עם מחלות פסיכיאטריות אחרות (חרף העובדה שהן זקוקות לו במידה רבה). מבחינה היסטורית, מתמודדות עם הפרעות אכילה לא נכללו בחוק זה נוכח שכיחות נמוכה יחסית של הפרעות אכילה סביב שנת 2000 (עת חקיקת החוק) וכן, כיוון שבאותה העת לא התקיים שיח ציבורי פתוח סביב חומרת הבעיה, כפי שקיים כיום (Latzer & Zohar-Beja, 2003; 2014; Melamed et al.).

בשנים האחרונות התגבשה ההבנה כי הפרעות אכילה הינן הפרעות נפשיות קשות ומסכנות חיים, אשר החלמה מהן דורשת תהליך שיקום ממושך. מכאן, התעורר דיון ציבורי לשינוי החקיקה, אשר תבע להכליל את המתמודדות עם הפרעות אכילה, ובעיקר המאובחנות עם אנורקסיה נרבוזה קשה בתוכנית -"סל השיקום". כצעד ראשון, אושר ומומן פרויקט שיקומי ניסיוני חדשני לצעירות עם הפרעת אכילה קשה, על ידי המחלקה למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי, בתיאום ותמיכה של משרד הבריאות ומשרד הרווחה. לאחר שתקופת הניסוי הוכתרה כהצלחה, בעיקר מבחינת תרומת התוכנית השיקומית להפחתה בסימפטומים של הפרעת האכילה וליכולתן של משתתפות התוכנית לנהל חיים עצמאיים לצד המחלה, אושרה התוכנית ומומנה על ידי משרד הבריאות והמתמודדות עם הפרעות אכילה קיבלו הכרה לקבלת "סל השיקום", בדומה למתמודדים עם מחלות נפש (סל הכולל שירותי שיקום בתחומים שונים, בתוך כך- תעסוקה, דיור, השכלה, הכשרה מקצועית, חברה ופנאי, ייעוץ והדרכה למשפחות ותיאום טיפול). הפרויקט השיקומי הייחודי המיועד למטופלות הסובלות מהפרעות אכילה קשות מכונה – "הבית השיקומי", עליו יורחב בהמשך (היוש ועמיתים, 2013; 2015; Latzer, Zohar-Beja, Adatto, & Gur).

### 1.8 בתים שיקומיים בקהילה עבור מטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה

מעבר לשיטות הטיפול המקובלות (מסגרות אשפוז מלא/ מרכזים רפואיים בקהילה/ אשפוז יום), בישראל ובארצות הברית ניתן למצוא מסגרות שיקומיות (Residential Care) שהינם חלק מתוכנית טיפולית ארוכת טווח עבור נפגעי נפש ובארה"ב גם עבור הפרעות אכילה. במקרה של הפרעות אכילה מטרת הבתים היא לסייע למטופלות בשלב המעבר מאשפוז בבית חולים לניהול חיים נורמטיביים בקהילה, או לחילופין לסייע למטופלים שמחלתם אינה מצריכה אשפוז, אך מצריכה מעקב אינטנסיבי ושיקום. בבתים שיקומיים אלו מתבצעים מעקב אחר המשקל, טיפול פסיכו-

תרפויטי (לרוב אישי וקבוצתי) וניתן טיפול תרופתי במידת הצורך. מסגרות כאלו לרוב מתקיימות במוסדות פרטיים ולא ציבוריים, מהוות חלק מרצף האשפוז, מנוהלות ומלוות על ידי הצוות הרפואי והקליני. במקרים רבים, מסגרות אלו מונעות אשפוזים חוזרים, מניבות תוצאות חיוביות מבחינת הפחתה בסימפטומים של הפרעות האכילה וכפועל יוצא מביאות לחיסכון כלכלי משמעותי (Kaye, Kaplan, & Zucker, ; Frisch, Herzog, & Franko, 2006). למיטב הידיעה, תכניות אלו פועלות על פי מודל רפואי, כחלק בלתי נפרד ממסגרת רפואית ולא נמצאות בקהילה, מונחות ומנוהלות על ידי צוות מקצועי ואינן מתייחסות לממד של החלמה אישית ולא לשיקום במסגרת הקהילה בתנאים המחקים תנאי חיים רגילים.

### **1.9 תכנית ישראלית ייחודית לשיקום של נשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה**

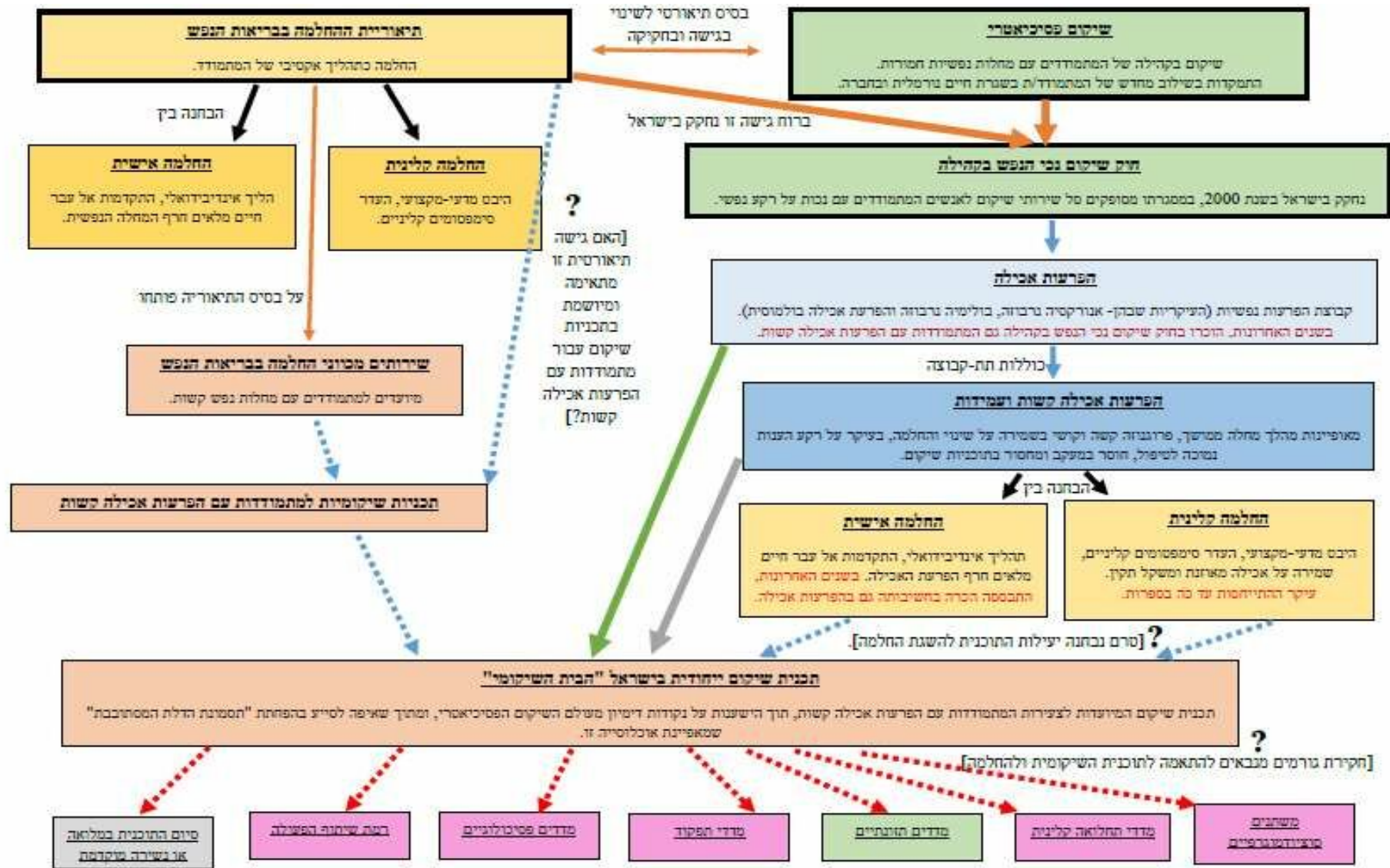
החברה הישראלית, בדומה לחברה המערבית-מודרנית, מתמודדת עם שיעורים גבוהים של הפרעות אכילה ופרוגנוזה קשה (Latzer, Vander, & Gilat, 2008; Latzer & Zohar-Beja, 2014). המציאות שרווחה עד לא מזמן בתחום הטיפול בהפרעות אכילה היא שמטופלות שלא קיבלו כל סיוע שיקומי, לרוב לא הצליחו לשמר את הישגי הטיפול ולחזור לנהל שגרת חיים עצמאית ונורמאלית. לחילופין, מרביתן הידרדרו מיד לאחר האשפוז ולרוב נאלצו לפנות לאשפוז חוזר. מצב זה מייצר את "תסמונת הדלת המסתובבת"; אשפוזים חוזרים, חוסר יעילות של טיפולים מרובים ופרוגנוזה קשה (Gowers et al., 2007; Keel & Brown, 2010; McIntosh et al., 2005; Walsh et al., 2006). בישראל נעשו מאמצים למציאת דרכים יעילות למניעה, וכן, לשיפור הפרוגנוזה. במסגרת זו, תוך הישענות על נקודות דמיון מעולם השיקום הפסיכיאטרי, הוקמו בישראל ארבעה בתים שיקומיים עם מבנה תיאורטי ומעשי ייחודי ושונה מהמוכר עד כה בעולם, לצעירות בשלבי החלמה שונים מהפרעות אכילה, אשר אינן מסוגלות להשתלב בחיי הקהילה בכוחות עצמן (היוש ועמיתים, 2013). עיקר השוני בין מודל הבית השיקומי המיועד למטופלות הסובלות מהפרעות אכילה למודל שיקומי של הוסטל המיועד למטופלים המתמודדים עם מחלת נפש טמון באופי המחלה ובעיקר בתהליך השיקום התזונתי שהינו מרכיב מפתח בתהליך ההחלמה. יודגש כי מדובר בתוכנית חדשנית וייחודית לישראל. הבתים השיקומיים, המיועדים למטופלות בגילאי 18-30, הוקמו למנוע נסיגה חוזרת למחלה, לסייע לחולות להחזיר את שליטה אמיתית לחייהן ללא הסימפטומים, ולעזור להן לחזור לחיים תפקודיים ובין אישיים נורמטיביים בקהילה. הגישה עליה מתבסס מודל זה באה להכין וללמד את הצעירות לחיות עם הבעיה ממנה הן סובלות ולהיטיב להתמודד אתה תוך תפקוד תקין מחוץ למסגרת רפואית. על מנת להגיע להישגים אלו עליהן לשמור על תזונה נכונה ומאוזנת ומשקל תקין. הטיפול הפסיכולוגי והפסיכיאטרי מתקיים מחוץ לבית השיקומי ונפרד ממנו לחלוטין, על מנת לאפשר הפרדה בין חיי היום יום למסגרת הטיפול. מטרתו של מודל שיקומי זה היא לסייע במניעת אשפוזים חוזרים וטיפולים מרובים, וכן, להביא להקלה בסבל הרב של המטופלות ובני משפחותיהן (היוש ועמיתים, 2013).

הבית הראשון הוקם בשנת 2008 בהוד השרון ("אמצע הדרך") בחסות המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים "שיבא"- תל השומר, הבית השני הוקם בשנת 2009 ברמת ישי ("צידה לדרך") בחסות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם, הבית השלישי הוקם בשנת 2015 בבאר שבע בחסות משרד הבריאות, הבית הרביעי הוקם בשנת 2018 בירושלים ומופעל על ידי עמותת "רעות", העוסקת בשיקום בבריאות הנפש. המטרה הקלינית של ארבעת הבתים זהה – לאפשר למטופלות "לחצות את הגשר" בין אשפוז לחיים עצמאיים וניהול המחלה - לשלב בין

הטיפול במחלה לניהול חיים מספקים ולהתקדם לעבר החלמה (היוש ועמיתים, 2013). עד כה, בוצע מחקר הערכה בלבד, מטעם המוסד לביטוח לאומי לשני הבתים הראשונים שהיו פרויקט הדגל הניסיוני. מטרתו של המחקר הייתה לספק נתונים ראשוניים למפעילי התוכנית על בסיס תקופת השנתיים הראשונות להפעלתם של הבתים. מניתוח הנתונים עלה כי שני הבתים השיגו את יעדיהם ואת מטרתיהם בתחומים של הפעלת התוכנית, אופן התנהלות הבית והישגי הבוגרות (הבתים נמצאו לרוב בתפוסה מלאה, מרבית הדיירות ששהו בהם עבדו ו/או למדו), בתקופה הראשונה להפעלתם. ממצאי המחקר תמכו בהמשך ההפעלה של הבתים השיקומיים על פי המודל המקצועי שהופעל בהם ועל פי התקדמות הדיירות בתהליך השיקומי והתמקצעות הצוות המפעיל בתחום הפרעות אכילה (היוש ועמיתים, 2013). ממידע ראשוני שנמסר על ידי מפעילי התוכנית השיקומית "צידה לדרך", ישנו אחוז לא מבוטל של מטופלות שאינן מצליחות להשלים את התוכנית במלואה ונושרות ממנה כבר בשלבים ראשוניים של תהליך השיקום. נתון זה מעיד על כך שתהליך המיון המתקיים כיום איננו מיטבי. עד כה, טרם נעשתה בדיקה אמפירית לבחינתם של מדדים העשויים לנבא התאמה של המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות לתוכנית שיקומית מסוג זה ומניעת אחוז נשירה גבוה (בדומה לקריטריונים הקיימים לקבלת "סל-שיקום" בבריאות הנפש).

כאמור, כיום, קיים בספרות מידע מועט יחסית אודות תכניות שיקומיות המיועדות למתמודדות עם הפרעות אכילה חמורות וכן, נעשתה בחינה ראשונית בלבד של המודל השיקומי הייחודי שגובש בישראל. מכאן, עולה הצורך לבצע מחקר מקיף רב-ממדי אשר יבחן את יעילות התוכנית השיקומית לאחר מספר שנות הפעלה וכן, את מידת יישום עקרונות מודל ההחלמה הפסיכיאטרי בתוכנית זו.

תרשים מספר 1: המסגרת התיאורטית שהיוותה בסיס לתכנון המחקר



## 2. חשיבות המחקר

מחקר זה יבחן לראשונה את מידת ואופן היישום של עקרונות מודל ההחלמה הפסיכיאטרי לאוכלוסיית המתמודדות עם הפרעות אכילה, תוך התמקדות בתהליך השיקום התזונתי. בנוסף לכך, תבחן יעילות השיקום באופן מקיף, מעבר למקובל בספרות בתחום ההחלמה מהפרעות אכילה; יוערכו פרמטרים פסיכו-סוציאליים לצד בחינת סטאטוס סימפטומים קליני. וכן, ייבחנו גורמים המנבאים החלמה מהפרעות אכילה בעקבות השתתפות בתוכנית השיקום.

### 3. יעדים ומטרות

#### 3.1 יעד המחקר

לבחון את מידת ואופן היישום של עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות בישראל, על מנת להרחיב את הידע הקיים בבריאות הנפש לתחום השיקום בהפרעות אכילה ומתוך ניסיון להבטיח כי עקרונות משמעותיים בתהליכי קידום החלמה אישית מיושמים בשירות מכוון החלמה המיועד למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות. כמו כן, לבחון משתנים מנבאים להתאמה לתוכנית השיקומית ולהחלמה מהפרעות אכילה קשות. ברמה היישומית, ניתן יהיה בהתבסס על הגורמים המנבאים, לשפר את תהליך בחינת ההתאמה של מטופלות הסובלות מהפרעות אכילה להשתתפות בתוכנית שיקום "הבית השיקומי", ולבנות עקרונות לתוכנית התערבות שיקומית מוצלחת, אשר בטווח הרחוק עשויה לשפר את הפרוגנוזה של מתמודדות עם הפרעות אכילה קשות.

#### 3.2 מטרות כלליות

1. בחינת מידת ואופן היישום של עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מטופלות עם הפרעות אכילה קשות בישראל.
2. בחינת גורמים מנבאים להחלמה מהפרעות אכילה קשות, בדגש על בחינת תפקידו של השיקום התזונתי.

#### 3.3 מטרות ספציפיות

המטרות הספציפיות של המחקר מפורטות בכל אחד מתתי-המחקר.

#### 4. השערות המחקר

1. א. יימצא כי עקרונות "מודל ההחלמה הפסיכיאטרי" ייושמו בתוכנית השיקומית המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות, **עם התאמות ייחודיות להפרעות נפשיות אלו** (התמקדות בעיקר הנחיות תזונתיות).  
ב. משתקמות אשר ינשרו מהתוכנית יהיו **בעלות פרופיל קליני קשה יותר**, הכולל: היסטוריית תחלואה ממושכת יותר, מספר גבוה יותר של אשפוזים בעבר, תחלואה פסיכיאטרית נלווית מרובה יותר, קשיים רבים יותר בתפקוד החברתי; קשיים רבים יותר בניהול קשרים בין-אישיים, קושי רב יותר לעמוד בכללי הבית ולאכול לפי תכנית מאוזנת, בהשוואה לצעירות אשר התמידו בתוכנית השיקומית.
2. א. כאמור, על פי הספרות, **החלמה קלינית** מתרחשת בקרב 40%-45% מקרב המטופלות עם הפרעות אכילה שנענו לטיפול (כאשר, ישנה שונות רבה בהגדרת מושג ההחלמה במחקרים השונים). המחקר הנוכחי עתיד להתמקד בתת אוכלוסייה של מטופלות במצב קשה המתמודדות עם הפרעות אכילה מורכבות וזקוקות לסיוע שיקומי ארוך

טווח. מכאן, ניתן לשער כי במחקר הנוכחי ימצאו אחוזים מעט נמוכים או דומים של החלמה בקרב משתקמות שהשלימו את התוכנית – תוצאה שתהווה הישג עבור המודל השיקומי.

ב. ימצאו מתאמים חיוביים בין החלמה קלינית לבין החלמה אישית בקרב משתקמות המחלימות מהפרעות אכילה. החלמה קלינית תהווה רכיב חיוני מקדים לגיבושה של החלמה אישית, באופן שרק התמודדות מוצלחת עם הסימפטומים הקליניים תאפשר החלמה בהיבטים תפקודיים, חברתיים ורגשיים. בתוך כך, ימצא מתאם חיובי בין שמירה על משקל מינימאלי תקין ו/או הימנעות מהתנהגות מטהרת (דוגמת הקאות/ שימוש במשלשלים) לבין החלמה אישית – יתקבל ציון גבוה יותר במדדים הבוחנים תפקוד, קשרים חברתיים ואיכות חיים.

3. רמת שיתוף הפעולה עם התוכנית השיקומית (ובפרט עם התכנית התזונתית) תמצא כמנבא המשמעותי ביותר להחלמה.

## 5. שיטות

### 5.1 תבנית (סוג) המחקר

מחקר בשיטות מעורבות (Mixed Methods Research); מחקר המשלב שיטות כמותיות ואיכותניות.

### 5.2 אוכלוסיית היעד

כלל המטופלות המאובחנות עם הפרעות אכילה (ע"פ ה- DSM-4), בגילאי 18-30, המתאימות למסגרת השיקומית המיועדת למטופלות עם הפרעות אכילה.

### 5.3 אוכלוסיית המחקר

כלל המטופלות המאובחנות עם הפרעת אכילה (ע"פ ה- DSM-4) שנמצאו מתאימות, התקבלו והתחילו את תהליך השיקום בתכניות הבית השיקומי "צידה לדרך", לטיפול בהפרעות אכילה בישראל, במהלך 8 שנים (2010-2017). לאחר בדיקה ראשונית, בחרנו להתמקד במחקרנו בבית השיקומי "צידה לדרך". זאת, בעיקר נוכח ההבדלים מבחינת רמות התחלואה, מידת העצמאות והתפקוד של משתקמות בכל אחת מהמסגרות (הבית השיקומי "צידה לדרך" מיועד לשיקומן של מטופלות בעלות רמות תפקוד ועצמאות נמוכות יותר מאלו הנדרשות בכדי להתקבל לתוכנית השיקום בבית "אמצע הדרך"). כמו גם, לאור ההבדלים במאגרי המידע המצויים ברשות כל אחד מן הבתים. ברשות הבית השיקומי "צידה לדרך" ישנו מאגר נתונים נרחב אודות המשתקמות המתקבלות לתוכנית המאפשר הערכת סטאטוס קליני, פסיכולוגי ותפקודי טרם כניסתן לתוכנית השיקומית ובסיומה - מידע שאינו קיים במאגרי הבתים השיקומיים הנוספים.

### 5.4 שיטת הדגימה ושיטות לגיוס משתתפים

במחקר זה נעשה שימוש בכל הנתונים הקיימים ברשות הבית השיקומי "צידה לדרך", לאורך 8 שנים לפעילותו (לאחר סיום תקופת הניסיון של התכנית). על פי מידע שהתקבל ממפעילי התכנית השיקומית בשלבי תכנון המחקר, אוכלוסיית המחקר תכלול כ-84 מטופלות אשר התקבלו לתוכנית (חלקן סיימו את התוכנית במלואה וחלקן נשרו

במהלכה), ועד לסיום איסוף הנתונים עתידות להתווסף כ-20 מטופלות (סה"כ כ-100 מטופלות לאורך 8 שנות פעילות).

### 5.5 גודל המדגם וההצדקה לכך

מחקר זה מתבסס על כלל אוכלוסיית המשתקמות במקום נתון – הבית השיקומי "צידה לדרך", במשך 8 שנים (2010-2017), כך שגודל המדגם נתון מראש. בכדי לוודא שגודל המדגם הנתון יאפשר הסקת מסקנות בעלות מובהקות סטטיסטית, בוצע חישוב גודל מדגם מינימאלי עבור רגרסיה מרובה בת שבעה מנבאים: גודל אפקט בינוני 0.15, אלפא 0.05 ועוצמה של 0.80 – נמצא מדגם בן כ-100 משתתפים (תוצאה, אשר לפי התכנון, התאימה לנתונים הקיימים בפועל).

### 5.6 הליך המחקר

ראשית, נעשתה פנייה לקבלת אישורים מוועדות הלסינקי של המרכז הרפואי רמב"ם ואוניברסיטת חיפה. בהמשך לכך, התקיימו ראיונות עם הוגי התוכנית ומפעיליה ונותחו דוחות הפעילות של הבית, לצורך למידת מודל שיקומי ייחודי זה ובחינתו לאור עקרונותיה של תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש. במקביל, נאספו הנתונים מתיקי המשתקמות במרפאה להפרעות אכילה אשר במרכז הרפואי רמב"ם וכן, מרשומות הבית השיקומי "צידה לדרך". בהמשך, רואיינו המשתקמות שהשלימו את התוכנית במלואה בהצלחה, וכן משתקמות אשר נשרו ממנה, להערכת מידת ההחלמה הקלינית והאישית מהפרעות אכילה. בעת תכנון המחקר הנחנו כי נכונות המשתקמות שנשרו מן התוכנית להתראיין תהיה נמוכה מזו של משתקמות אשר השלימו את התוכנית במלואה.

תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום  
עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה

---

# תת-מחקר I

מחקר כמותני רטרוספקטיבי



**תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה**

**תת-מחקר I: מחקר כמותי רטרוספקטיבי**

**1. מטרת המחקר**

**1.1 מטרה כללית**

בחינת גורמים מנבאים להחלמה מהפרעות אכילה קשות, בדגש על בחינת תפקידו של השיקום התזונתי.

**1.2 מטרת ספציפיות**

1. לתאר את פרופיל המשתקמות שהשתתפו בתכנית השיקומית "צידה לדרך" לאורך 8 שנים (2010-2017).
2. לזהות גורמים מנבאים להתאמה של מטופלות למודל השיקומי מול אי התאמה / נשירה מוקדמת.
3. לבחון שינויים במדדים תזונתיים ותפקודיים לאורך תקופת ההשתתפות בתכנית השיקומית.

**2. השערות המחקר**

1. משתקמות אשר ינשרו מהתוכנית יהיו בעלות פרופיל תחלואה קליני ותפקודי חמור יותר בעת הכניסה לתכנית השיקומית, הכולל: היסטוריית תחלואה ממושכת יותר, מספר גבוה יותר של אשפוזים בעבר, תחלואה פסיכיאטרית נלווית מרובה יותר, קשיים רבים יותר בתפקוד החברתי; קשיים רבים יותר בניהול קשרים בין-אישיים, קושי רב יותר לעמוד בכללי הבית ולאכול לפי תכנית מאוזנת, בהשוואה לצעירות אשר התמידו בתוכנית השיקומית וסיימו אותה במלואה.
2. לאורך תקופת ההשתתפות בתכנית השיקומית יחול שיפור במדדים תזונתיים ותפקודיים בקרב קבוצת המשתתפות בתכנית שהשלימו אותה במלואה (בתוך כך - אכילה לפי תפריט, גיוון באכילה, עצמאות באכילה ושיפור ברמת התפקוד), בעוד שבקרב משתתפות שינשרו מהתכנית לא יימצא שיפור משמעותי במדדים אלו.

**3. שיטות**

**3.1 תבנית (סוג) המחקר**

מחקר עוקבה רטרוספקטיבי.

**3.2 אוכלוסיית היעד**

כלל המטופלות המאובחנות עם הפרעות אכילה (ע"פ ה- DSM-4), בגילאי 18-30, אשר נמצאו מתאימות למסגרת השיקומית המיועדת למטופלות עם הפרעות אכילה, התקבלו אליה והתחילו את התכנית.

**3.3 אוכלוסיית המחקר**

כלל המטופלות המאובחנות עם הפרעת אכילה (ע"פ ה- DSM-4) שנמצאו מתאימות, התקבלו והתחילו את תהליך השיקום בתכניות הבית השיקומי "צידה לדרך", לטיפול בהפרעות אכילה בישראל, במהלך שמונה שנים (2010-2017). בחרנו להתמקד במחקרנו בבית השיקומי "צידה לדרך" בעיקר נוכח ההבדלים הקיימים בין המסגרות

השיקומיות בישראל; מבחינת רמות התחלואה, מידת העצמאות והתפקוד של משתקמות המתקבלות לכל אחת מהמסגרות (הבית השיקומי "צידה לדרך" מיועד לשיקומן של מטופלות בעלות רמות תפקוד ועצמאות נמוכות יותר מאלו הנדרשות בכדי להתקבל לתוכנית השיקום בבית "אמצע הדרך"). כמו גם, לאור ההבדלים במאגרי המידע המצויים ברשות כל אחד מן הבתים. ברשות הבית השיקומי "צידה לדרך" ישנו מאגר נתונים נרחב אודות המשתקמות המתקבלות לתוכנית המאפשר הערכת סטאטוס קליני, פסיכולוגי ותפקודי טרם כניסתן לתוכנית השיקומית ובסיומה - מידע אשר למיטב הידיעה קיים באופן חלקי במאגרי הבתים השיקומיים הנוספים.

### **3.4 שיטת הדגימה ושיטות לגיוס משתתפים**

מחקר זה הינו מחקר חלוצי במסגרתו נעשה שימוש בכל הנתונים הקיימים ברשות הבית השיקומי "צידה לדרך", לאורך שמונה שנים לפעילותו (לאחר סיום תקופת הניסיון של התכנית). יצוין, כי הבית השיקומי "צידה לדרך" החל לפעול כבר בשנת 2007 לתקופת ניסוי שהסתיימה בשנת 2010. בחרנו להתחיל את איסוף הנתונים למחקר מסיום תקופת הניסוי של ביטוח לאומי.

### **3.5 גודל המדגם וההצדקה לכך**

המחקר מתבסס על כלל אוכלוסיית המשתקמות במקום נתון – הבית השיקומי "צידה לדרך", במשך שמונה שנים (2010-2017), כך שגודל המדגם נתון מראש. בכדי לוודא שגודל המדגם הנתון יאפשר הסקת מסקנות בעלות מובהקות סטטיסטית, בוצע חישוב גודל מדגם מינימאלי עבור רגרסיה מרובה בת שבעה מנבאים: גודל אפקט בינוני 0.15, אלפא 0.05 ועוצמה של 0.80 – נמצא מדגם בן 100 משתתפים (תוצאה המתאימה לנתונים הקיימים בפועל).

### **3.6 הליך המחקר**

ראשית, נעשתה פנייה לקבלת אישורים מוועדות הלסינקי של המרכז הרפואי רמב"ם ואוניברסיטת חיפה. בהמשך לכך, נאספו הנתונים מתיקי המשתקמות במרפאה להפרעות אכילה בבית החולים וכן, מרשומות הבית השיקומי "צידה לדרך".

### **3.7 הגדרת המשתנים**

#### **3.7.1 משתנים תלויים**

סיום התכנית השיקומית במלואה / נשירה מהתכנית השיקומית. משתנה זה נבדק מתוך התיעוד בתיקי המשתתפות בבית "צידה לדרך".

#### **3.7.2 משתנים בלתי תלויים**

א. נתונים סוציו-דמוגרפיים (משתנים אוניברסאליים) בכניסה לתוכנית השיקומית, נלקחו מתיקי המטופלות במרפאה להפרעות אכילה בבית החולים רמב"ם: גיל, מין, מצב משפחתי, דת/ אזרחות ורמת דתיות, ארץ לידה, מוצא המשפחה, רקע משפחתי כללי, השכלה, שרות צבאי, תעסוקה.

- ב. **מדדי תחלואה קליניים** בכניסה לתוכנית השיקומית, לאורך התוכנית ובסיומה, נלקחו מרשומות הבית השיקומי: סוג ומשך הפרעת האכילה, סימפטומים פעילים של הפרעת אכילה- צמצום באכילה, הקאות, התקפי אכילה, תחלואה נלווית, נטילת טיפול תרופתי ומספר אשפוזים קודמים.
- ג. **מדדים תזונתיים** בכניסה לתוכנית השיקומית, לאורך התוכנית ובסיומה, נלקחו מרשומות הבית השיקומי: משקל ו-BMI, ערך קלורי של התפריט היומי, צמחונות (כן/לא), מצב תזונתי (שיפור/ ללא שינוי/ החמרה).
- ד. **מדדי תפקוד** בכניסה לתוכנית השיקומית, לאורך התוכנית ובסיומה, נלקחו מרשומות ביה"ח רמב"ם והבית השיקומי: תעסוקה, תפקוד חברתי, קשרים בין אישיים ומשפחתיים, תפקוד בעבודה/ בלימודים.
- ה. **מדדים פסיכולוגים** בכניסה לתוכנית השיקומית, נלקחו מתיקי המטופלות במרפאה להפרעת אכילה בבית החולים רמב"ם, על בסיס תוצאות שאלונים שמולאו בביה"ח עם הכניסה לבית השיקומי; הערכה עצמית, דימוי גוף, הערכת חרדה, דיכאון, אימפולסיביות, הערכת הפרעת אכילה.
- ו. **רמת שיתוף הפעולה עם התוכנית השיקומית**- עמידה בהנחיות הכלליות והתזונתיות של התוכנית לאורך תקופת ההשתתפות בה (השתתפות בקבוצות ובטיפולים פרטניים, עמידה בדרישות התוכנית דוגמת ניהול יומן אכילה, אכילה לפי תפריט). רמת שיתוף הפעולה נקבעה על סקלה מדורגת (1-5), על פי רשומות הבית השיקומי.
- ז. **סיום התוכנית במלואה או נשירה מוקדמת מהתוכנית השיקומית**, על פי רשומות הבית השיקומי.

### 3.8 ערפלנים פוטנציאליים

- א. ערפלן פוטנציאלי עיקרי - **משך הזמן** שחלף ממועד סיום התוכנית השיקומית או הנשירה ממנה עד למועד מילוי שאלוני הערכת ההחלמה.
- ב. שני ערפלנים פוטנציאליים נוספים עוסקים בתקופת השהות בבית ובסיבת הפרישה מהתוכנית השיקומית; **משך הזמן ששהתה המשתתפת בבית השיקומי עד לפרישה/ סיום התוכנית**, וכן, **הגורם שהחליט על הפרישה** (המשתתפת עצמה / הצוות המנהל).

### 3.9 כלי המחקר

**חומר ארכיוני** מרשומות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם והבית השיקומי "צידה לדרך". עיקרי המידע הנכלל במאגרים אלו: רקע אישי ופרטים דמוגרפים, מידע קליני ופסיכולוגי אודות המתקבלות לתוכנית השיקומית טרם כניסתן לבית השיקומי, וכן, מידע אודות המשתקמות לאורך התוכנית (דוחות פעילות שוטפים, מעקב תזונתי).

### 3.10 מניעה וטיפול בהטיית בחירה

כל המשתקמות שנכללו במחקר משתייכות לאותה אוכלוסיית מטופלות; כולן עונות על קריטריוני הקבלה לתוכנית הבית השיקומי "צידה לדרך" (נשים החל מגילאי 18, המתמודדות עם הפרעת אכילה קשות, אשר נמצאו מתאימות ובעלות רצון להשתתפות בתוכנית שיקומית). כולן השתתפו באותה תוכנית שיקומית, באותו מוסד, על פי אותם העקרונות.

### 3.11 מניעה וטיפול בהטיית מידע

בקביעת היסטוריית המחלה של המשתתפות במחקר, נעשה שימוש ברישום אובייקטיבי הקיים בתיקי המטופלות בביה"ח רמב"ם.

### 3.12 בקרת איכות וטיפול בנתונים

כלל הנתונים שנאספו קודדו ונרשמו בצורה מבוקרת בטבלאות נתונים מתאימות אשר נבנו לצורך המחקר, תוך הקפדה על שמירת נאמנות למקור.

### 3.13 שיטות לעיבוד הנתונים

עיבוד הנתונים הכמותי בוצע באמצעות תוכנת SPSS גרסה 25. נתונים רציפים (דוגמת- גיל, BMI, משך המחלה, מספר אשפוזים קודמים) נותחו באמצעות ממוצעים וסטיות תקן. נתונים קטגוריאליים (דוגמת- מגדר, השכלה, סוג הפרעת האכילה) תוארו באמצעות שכיחות ואחוזים. השוואה בין מטופלות אשר סיימו את התוכנית הטיפולית בהצלחה לבין מטופלות אשר נשרו ממנה נעשתה באמצעות ניתוחי שונות רב משתנים (למשתנים רציפים) או ניתוחים א-פרמטריים (למשתנים קטגוריאליים).

### 3.14 שיקולים אתיים ואישור ועדה אתית/ ועדת הלסינקי

איסוף הנתונים למחקר החל רק לאחר פניה וקבלת אישור מועדות הלסינקי הרלוונטיות (ועדות הלסינקי של המוסד הרפואי רמב"ם ושל אוניברסיטת חיפה). כל משתתפת במחקר קיבלה מספר נחקרת לשמירת סודיות. שם המשתתפת ידוע אך ורק לחוקרת האחראית שהתאימה לה קוד מספרי - ניתוח הנתונים בוצע באמצעות מספר הנחקרת בלבד. שמירת הנתונים נעשתה על גבי כונן קשיח מופרד למטרת המחקר, שמור ונעול בארון במשרד במרכז הרפואי רמב"ם, כאשר לחוקרת הראשית ולמנחה בלבד ישנה גישה אל כונן הנתונים. משך שמירת הנתונים: הנתונים ישמרו בארכיון של המרכז הרפואי רמב"ם למשך 15 שנים, על פי הנחיות משרד הבריאות.

## 4. ממצאים עיקריים

### 4.1 תיאור אוכלוסיית המחקר

מחקר זה כולל 95 משתתפות צעירות, בגילאים 18 עד 34, אשר לקחו חלק בתכנית השיקומית "צידה לדרך" המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות, בין השנים 2010-2017. 32 משתתפות סיימו את התכנית במלואה (33.7%), בעוד ש- 63 נשרו ממנה (66.3%). משך השהות המרבי בתכנית הוא 929 ימים (30.5 חודשים), וממוצע השהות בתכנית הוא 308.31 ימים (סטיית תקן = 268.67 ימים) (כ-10 חודשים בממוצע). משתתפות שהשלימו את התכנית שהו בה בממוצע 589.75 ימים (סטיית תקן = 203.43 ימים), בעוד שמשתתפות שנשרו מהתכנית השיקומית שהו בה בממוצע 163.35 ימים (סטיית תקן = 164.61 ימים) ( $t(93) = 10.95, p < .001$ ). **טבלאות 1-3 מציגות את נתוני הרקע של המשתתפות בתכנית השיקומית לפי קבוצה (מסיימות למול נושרות).**

מתוך נתוני הארכיון עולה, כי מרבית המשתתפות בתכנית היו נשים (94%), רווקות (98%), יהודיות (98%), ילידות ישראל (90%), חילוניות (76%), ששפת האם שלהן היא עברית (83%). המשתתפות היו בממוצע בנות 22 שנים בעת כניסתן לתכנית (סטיית תקן = 3.73), ובעלות 12.3 שנות לימוד בממוצע

(סטיית תקן = 1.56), ללא הבדל בין הקבוצות. מרביתן ללא תעסוקה (78%) ועירוניות (67%). זאת ועוד, מרביתן לא שרתו בצבא (67%), חלקן ביצעו שירות לאומי כחלופה (29%), ללא הבדל בין הקבוצות. מרבית ההורים של המשתתפות במחקר הינם גם כן ילידי ישראל (אבות – 70%, אימהות – 66%), מרביתם נשואים (69%), חילוניים (59%) ועובדים (אבות – 82%, אימהות – 79%), ללא הבדל בין הקבוצות. המשתתפות מגיעות ממשפחות בהן עד 10 אחים ואחיות, עם ממוצע של 2.83 אחים/אחיות (סטיית תקן = 2.18). מקומן של המשתתפות בסדר הלידה הוא 2.83 בממוצע (סטיית תקן = 1.62), ללא הבדל בין הקבוצות.

**טבלה מספר 1. התפלגות נתוני הרקע של משתתפות המחקר, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה (N = 95)**

	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
--	3 (4.8)	3 (9.4)	6 (6.3)	זכר	מין (n=95)
	60 (95.2)	29 (90.6)	89 (93.7)	נקבה	
--	61 (96.8)	32 (100.0)	93 (97.9)	רווקה	מצב משפחתי (n=95)
	2 (3.2)	--	2 (2.1)	גרושה	
--	61 (96.8)	32 (100.0)	93 (97.9)	יהודי/ה	מוצא (n=95)
	2 (3.2)	--	2 (2.1)	ערבי/ה	
Z = 0.97 (p = .333) (ישראל מול כל השאר)	55 (87.3)	30 (93.7)	85 (89.5)	ישראל	ארץ לידה (n=95)
	1 (1.6)	--	1 (1.1)	בריה"מ לשעבר	
	--	2 (6.3)	2 (2.1)	אתיופיה	
	7 (11.1)	--	7 (7.3)	אחר	
Z = 0.23 (p = .821)	52 (82.6)	27 (84.4)	79 (83.2)	עברית	שפת אם (n=95)

(עברית מול כל השאר)	4 (6.3)	2 (6.3)	6 (6.3)	רוסית	
	1 (1.6)	2 (6.2)	3 (3.2)	אמהרית	
	1 (1.6)	--	1 (1.0)	ערבית	
	1 (1.6)	--	1 (1.0)	אנגלית	
	4 (6.3)	1 (3.1)	5 (5.3)	אחר	
$Z = 0.13$ $(p = .898)$ (חילונית/ מול כל השאר)	48 (76.2)	24 (75.0)	72 (75.8)	חילונית/ת	מידת דתיות (n=95)
	5 (7.9)	2 (6.3)	7 (7.4)	מסורת/ית	
	10 (15.9)	6 (18.8)	16 (16.8)	דת/יה	

**הערה:** הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

טבלה מספר 1 (המשך). התפלגות נתוני הרקע של משתתפות המחקר, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה ( $N = 95$ )

$Z, \chi^2$	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)		
$Z = 0.06$ ( $p = .955$ ) (בגרות מלאה ולימודים אקדמאיים בהשוואה לפחות)	6.0 (9.5)	3.0 (9.4)	9.0 (9.5)	פחות מ-12 שני"ל	<b>השכלה</b> ( $n=95$ )
	18.0 (28.6)	9.0 (28.1)	27.0 (28.4)	12 שני"ל ללא בגרות או עם בגרות חלקית	
	33.0 (52.4)	18.0 (56.2)	51.0 (53.7)	12 שני"ל עם בגרות מלאה	
	6.0 (9.5)	2.0 (6.3)	8.0 (8.4)	לימודים אקדמאיים	
$Z = 0.87$ ( $p = .382$ ) (כן, שירות חלקי, שירות לאומי בהשוואה ל-ללא)	8.0 (13.3)	5.0 (16.1)	13.0 (14.3)	כן	<b>שירות צבאי</b> ( $n=91$ )
	11.0 (18.3)	6.0 (19.4)	17.0 (18.7)	שירות חלקי	
	16.0 (26.7)	10.0 (32.3)	26.0 (28.6)	שירות לאומי	
	25.0 (41.7)	10.0 (32.3)	35.0 (38.4)	ללא	
$Z = 1.01$ ( $p = .314$ ) (עובד/ת, תלמיד/ה, שרות צבאי/ שרות לאומי בהשוואה למובטל/ת)	6.0 (9.5)	5.0 (15.6)	11.0 (11.6)	עובד/ת	<b>מצב תעסוקתי</b> ( $n=95$ )
	51.0 (81.0)	23.0 (71.9)	74.0 (77.9)	מובטל/ת	
	4.0 (6.3)	3.0 (9.4)	7.0 (7.3)	תלמיד/ה	
	2.0 (3.2)	1.0 (3.1)	3.0 (3.2)	שרות צבאי/ שרות לאומי	

טבלה מספר 1 (המשך). התפלגות נתוני הרקע של משתתפות המחקר, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה ( $N = 95$ )

$Z, \chi^2$	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)		
--	17 (27.0)	8 (25.0)	25 (26.3)	צפון	אזור מגורים בישראל ( $n=95$ )
	24 (38.1)	20 (62.5)	44 (46.3)	מרכז	
	9 (14.3)	2 (6.2)	11 (11.6)	דרום	
	13 (20.6)	2 (6.3)	15 (15.8)	ירושלים והסביבה	
$Z = 1.18$ ( $p = .236$ )	45 (71.4)	19 (59.4)	64 (67.4)	עירוני	סוג היישוב ( $n=95$ )
	18 (28.6)	13 (40.6)	31 (32.6)	כפרי	

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.



טבלה מספר 2. התפלגות נתוני הרקע של הורי משתתפות המחקר, לפי קבוצה ( $N = 95$ )

$Z, \chi^2$	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)		
$Z = 0.65$ ( $p = .516$ ) (לכל השאר בהשוואה) (לכל השאר)	44 (72.1)	21 (65.6)	65 (69.9)	ישראל	<b>ארץ לידה – אב (n=93)</b>
	3 (4.9)	2 (6.3)	5 (5.4)	בריה"מ לשעבר	
	1 (1.7)	2 (6.2)	3 (3.2)	אתיופיה	
	13 (21.3)	7 (21.9)	20 (21.5)	אחר	
$Z = 0.45$ ( $p = .649$ ) (לכל השאר בהשוואה) (לכל השאר)	41 (67.2)	20 (62.5)	61 (65.6)	ישראל	<b>ארץ לידה – אם (n=93)</b>
	3 (4.9)	2 (6.3)	5 (5.4)	בריה"מ לשעבר	
	1 (1.7)	2 (6.2)	3 (3.2)	אתיופיה	
	16 (26.2)	8 (25.0)	24 (25.8)	אחר	
$Z = 0.41$ ( $p = .681$ ) (לכל השאר בהשוואה) (לכל השאר)	42 (67.7)	23 (71.9)	65 (69.1)	נשואים	<b>מצב משפחתי של ההורים (n=94)</b>
	14 (22.6)	5 (15.6)	19 (20.3)	גרועים	
	6 (9.7)	4 (12.5)	10 (10.6)	אלמן / אלמנה	
$Z = 1.08$ ( $p = .281$ ) (בהשוואה חילונית) (לכל השאר)	38 (63.3)	16 (51.6)	54 (59.3)	חילונית	<b>מידת הדתיות של משפחת המוצא (n=91)</b>
	1 (1.7)	4 (12.9)	5 (5.5)	מסורתית	
	14.0 (23.3)	9.0 (29.0)	23.0 (25.3)	דתית	
	7 (11.7)	2 (6.5)	9 (9.9)	חרדית	
$Z = 0.07$ ( $p = .947$ )	46 (82.1)	24 (82.8)	70 (82.4)	כן	<b>תעסוקה – אב (n=85)</b>
	44 (75.9)	26 (83.9)	70 (78.7)	כן	<b>תעסוקה – אם (n=89)</b>
$Z = 0.45$ ( $p = .653$ )					

טבלה מספר 3. התפלגות נתוני הרקע של משתתפות המחקר, משתנים רציפים, לפי קבוצה ( $N = 95$ )

$t(93)$ ( $p$ )	נושרות $M$ ( $SD$ )	מסימות $M$ ( $SD$ )	סה"כ $M$ ( $SD$ )	טווח	
(0.79) ( $p = .430$ )	22.42 (4.12)	21.77 (2.81)	22.20 (3.73)	18-34	גיל ( $n=95$ )
$t(89.88) = -1.59$ ( $p = .115$ )	12.49 (1.75)	12.03 (1.06)	12.34 (1.56)	9-19.5	מספר שנות לימוד ( $n=95$ )
0.54 ( $p = .590$ )	2.74 (2.33)	3.00 (1.88)	2.83 (2.18)	0-10	מספר אחים/יות ( $n=95$ )
1.45 ( $p = .150$ )	2.21 (1.68)	2.72 (1.46)	2.38 (1.62)	1-9	מקום בסדר הלידה ( $n=94$ )
(0.60) ( $p = .553$ )	12.85 (2.29)	12.52 (2.16)	12.74 (2.24)	6-22	מספר שנות לימוד- אב ( $n=77$ )
(0.05) ( $p = .958$ )	12.96 (2.52)	12.93 (2.45)	12.95 (2.48)	6-20	מספר שנות לימוד- אם ( $n=81$ )

#### 4.2 ממצאים תיאוריים

טבלה מספר 4 מציגה את התפלגות נתוני הרקע של המשתתפות מבחינת מערכת היחסים עם ההורים, היסטוריה של עודף משקל בילדות ונטייה מינית, על פי החלוקה לקבוצות המחקר. מתוך הנתונים עולה, כי כשליש מהמשתתפות דיווחו על מערכת יחסים טובה עם הוריהן (עם האב- 32%, עם האם – 31%), כשליש דיווחו על מערכת יחסים באיכות בינונית (יחסים בינוניים עם האב- 28%, יחסים בינוניים עם האם- 36%), וכשליש דיווחו על מערכת יחסים לא טובה ו/או לא קיימת (עם האב- 40%, עם האם- 32%), ללא הבדל בין הקבוצות. כ-36% מהמשתתפות דיווחו על מחלה של אחד מההורים, 22% מהמשתתפות דיווחו על אלימות בבית, ללא הבדל סטטיסטי מובהק בין הקבוצות, אך עם נטייה ליותר היסטוריה של אלימות משפחתית בקרב קבוצת המשתתפות שהשלימו את התכנית במלואה. כ-34% מהמשתתפות דיווחו על היסטוריה של השמנה בילדות, ללא הבדל בין הקבוצות. ביחס לנטייה מינית, מרבית המשתתפות הינן הטרוסקסואליות (71%), והיתר היו: ביסקסואליות (7%), לסביות (6%), הומוסקסואליים (1%), או לא דיווחו על נטייתן המינית (15%).

טבלה מספר 4. התפלגות נתוני רקע בילדות, על פי קבוצה (N=95)

$Z, \chi^2$	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
$\chi^2 (2) = 1.86$ (p=.395)	17 (32.7)	9 (30.0)	26 (31.7)	טובה	מערכת יחסים עם האב (n=82)
	12 (23.1)	11 (36.7)	23 (28.1)	בינונית	
	23 (44.2)	10 (33.3)	33 (40.2)	לא טובה, או לא קיימת	
$\chi^2 (2) = 0.90$ (p=.636)	20 (32.3)	9 (29.0)	29 (31.2)	טובה	מערכת יחסים עם האם (n=89)
	24 (38.7)	10 (32.3)	34 (36.5)	בינונית	
	18 (19.0)	12 (38.7)	30 (32.3)	לא טובה, או לא קיימת	
$Z = 0.56$ (p = .573)	20 (32.8)	12 (38.7)	32 (35.6)	כן	מחלה של אב/אם (n=92)
$Z = 1.93$ (p = .053)	10 (17.2)	11 (35.5)	21 (22.1)	כן	אלימות בבית (n=89)
$Z = 0.31$ (p = .754)	20 (33.3)	11 (36.7)	31 (34.4)	כן	היסטוריה של השמנה בילדות (n=90)
$Z = 0.20$ (p = .838) (הטרנסקסואל בהשוואה ליתר)	44 (69.8)	23 (71.9)	67 (70.5)	הטרנסקסואל	נטייה מינית (n=95)
	--	1 (3.1)	1 (1.1)	הומוסקסואל	
	1 (1.6)	5 (15.6)	6 (6.3)	לסבית	
	5 (7.9)	2 (6.3)	7 (7.4)	ביסקסואל	
	13 (20.6)	1 (3.1)	14 (14.7)	לא דיווחו	

טבלה מספר 5 מציגה את התפלגות המשתנים ביחס לתקופת השהייה בתכנית השיקומית "צידה לדרך", לפי קבוצה. ניתן לראות כי מרבית המשתתפות הופנו לתכנית השיקומית על ידי המחלקה להפרעות אכילה מבוגרים, במרכז הרפואי שיב"א תה"ש (64%). האחרות הופנו לתכנית על ידי בתי חולים שונים, מרפאות, או גורמי טיפול פרטיים. מרבית המשתתפות לקחו חלק בסבב אחד של התכנית בלבד (95%). פרט למשתתפת אחת, כל המשתתפות שסיימו את התכנית במלואה עשו זאת בהתאם להמלצת הצוות המוביל של התכנית. מתוך המשתתפות שסיימו את התכנית במלואה, ל- 91% הומלץ על ידי הצוות המוביל על התקדמות למסגרת של דיור מוגן, כאשר, ל-57% מהמשתתפות שנשרו מהתכנית לא ניתנה כל המלצה עם עזיבתם. ההמלצות שניתנו לנושרות מהתכנית היו -מעבר למסגרת של אשפוז (16%), טיפול מסוג שונה (13%), מעבר לטיפול מרפאתי (8%), או מעבר לדיור מוגן (6%). כ-87% מהמשתתפות שסיימו את התכנית במלואה המשיכו למסגרת שיקומית נוספת, בהשוואה ל-23% בלבד מאלו שנשרו מהתכנית, הבדל מובהק סטטיסטית. לבסוף, יצוין, כי בעוד שלמשתתפות אשר סיימו את התכנית השיקומית במלואה

נרשמה מידה גבוהה/ גבוהה מאוד של מוטיבציה בכניסה לתכנית (77%), בקרב כשליש בלבד מהנושרות מהתכנית נרשמה רמה גבוהה/ גבוהה מאוד של מוטיבציה (37%), הבדל מובהק סטטיסטית.

טבלה מספר 5. התפלגות המשתנים ביחס לתקופת השהייה בבית "צידה לדרך", לפי קבוצה (N=95)

$Z, \chi^2$	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
--	40 (63.5)	21 (65.6)	61 (64.2)	מבוגרים "שיבא"	גורם מפנה (n=95)
	4 (6.3)	4 (12.5)	8 (8.4)	מתבגרים "שיבא"	
	6 (9.5)	1 (3.1)	7 (7.4)	"הדסה"	
	1 (1.6)	--	1 (1.1)	"שניידר"	
	3 (4.8)	1 (3.1)	4 (4.2)	רמב"ם - מרפאה להפרעות אכילה	
	1 (1.6)	1 (3.1)	2 (2.1)	מרפאת "הנוטרים"	
	3 (4.8)	1 (3.1)	4 (4.2)	ביה"ח הפסיכיאטרי "איתנים"	
	1 (1.6)	1 (3.1)	2 (2.1)	בית שיקומי אחר להפרעות אכילה	
	3 (4.8)	2 (6.3)	5 (5.3)	גורם טיפולי פרטי	
	1 (1.5)	--	1 (1.0)	אחר	
$Z = 0.31$ ( $p = .759$ )	60 (95.2)	30 (93.8)	90 (94.7)	1	מספר סבבים בתכנית השיקומית (n=95)
	3 (4.8)	2 (6.2)	5 (5.3)	2	
$Z = 3.42$ ( $p < .001$ )	41 (65.1)	31 (96.9)	72 (75.8)	כן	סיום התכנית תחת ההמלצה של הצוות המוביל (n=95)

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

טבלה מספר 5 המשך. התפלגות המשתנים ביחס לתקופת השהייה בבית "צידה לדרך", לפי קבוצה (N=95)

$Z, \chi^2$	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
--	--	29 (90.6)	29 (30.5)	התקדמות לדיור מוגן	סיבת סיום התכנית (n=95)
	36 (57.1)	--	36 (37.9)	אי עמידה בדרישות הבסיסיות של התכנית השיקומית	
	9 (14.3)	--	9 (9.5)	חוסר התאמה	
	12 (19.0)	--	12 (12.6)	קשיי הסתגלות	
	3 (4.8)	1 (3.1)	4 (4.2)	מעבר למסגרת טיפולית אחרת	
	3 (4.8)	2 (6.3)	5 (5.3)	אחר	
--	4 (6.3)	29 (90.7)	33 (34.7)	דיור מוגן	המלצות הצוות בסיום התכנית להמשך הטיפול (n=95)
	10 (15.9)	--	10 (10.5)	אשפוז	
	5 (7.9)	1 (3.1)	6 (6.3)	טיפול מרפאתי	
	8 (12.7)	1 (3.1)	9 (9.5)	טיפול אחר	
	36 (57.2)	1 (3.1)	37 (39.0)	אין	
$Z = 5.85$ ( $p < .001$ )	14 (23.0)	27 (87.1)	41 (44.6)	כן	המשך במסגרת שיקומית נוספת (n=92)

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

טבלה מספר 5 המשך. התפלגות המשתנים ביחס לתקופת השהייה בבית "צידה לדרך", לפי קבוצה (N=95)

$Z, \chi^2$	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)		
$Z = 3.77$ ( $p < .001$ )	5 (8.5)	--	5 (5.6)	ללא	רמת המוטיבציה בכניסה לתכנית השיקומית ( $n=89$ )
	8 (13.5)	--	8 (9.0)	נמוכה	
	24 (40.7)	7 (23.3)	31 (34.8)	אמביוולנטית	
	20 (33.9)	20 (66.7)	40 (45.0)	גבוהה	
	2 (3.4)	3 (10.0)	5 (5.6)	גבוהה מאוד	

### 4.3 בחינת השערת המחקר

על פי השערת המחקר, משתתפות שנשרו מהתכנית השיקומית יהיו בעלות פרופיל תחלואה קליני ותפקודי חמור יותר בעת הכניסה לתכנית השיקומית. ההשערה נבדקה באמצעות השוואת מדדים בין שתי הקבוצות; קבוצת המסיימות וקבוצת הנושרות. בין המדדים שנבחנו - מדדי תחלואה קליניים, מדדים תזונתיים, מדדי תפקוד ומדדים פסיכולוגיים בעת הכניסה לתכנית השיקומית. הנתונים מוצגים בטבלאות 12-6 בהמשך.

**טבלאות 6 ו-7** מציגות את התפלגות מדדי התחלואה בעת הכניסה לתכנית השיקומית, על פי קבוצה. מתוך הנתונים, משך הפרעת האכילה של המתקבלות לתכנית הוא 7.3 שנים בממוצע ( $SD=4.37$ ), ללא הבדל מובהק סטטיסטית בין הקבוצות. גיל בעת הפנייה הראשונה לטיפול הוא 16 שנים בממוצע ( $SD=3.88$ ), גם כן ללא הבדל סטטיסטי מובהק בין הקבוצות. כל המשתתפות פרט לאחת התאשפזו בעברן במחלקות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה, עם ערך מקסימום של 7 אשפוזים קודמים ( $M= 2.31, SD= 1.56$ ), וכן, עד ל-8 פעמים במחלקות פסיכיאטריות כלליות ( $M=0.65, SD= 1.30$ ), ללא הבדל סטטיסטי מובהק בין הקבוצות.

המשתתפות אובחנו על פי DSM-4, עם אנורקסיה נרבוזה (58%), בולימיה נרבוזה (24%), הפרעת אכילה בולמוסית (4%) והפרעת אכילה בלתי ספציפית (14%), ללא הבדלים בין הקבוצות, פרט להבדל אחד – הנוגע לשכיחות אבחנת הפרעת אכילה בלתי ספציפית, אשר נמצאה בשכיחות גבוהה יותר בקרב המשתתפות שסיימו את התכנית במלואה (25%) בהשוואה למשתתפות שנשרו מהתכנית (8%) ( $p=.022$ ).

**הערה:** יודגש כי במחקר נעשה שימוש באבחנות על פי הגרסה הקודמת של ספר האבחנות הפסיכיאטרי ה-DSM-4 ולא על פי הגרסה העדכנית יותר של ספר האבחנות ה-DSM-5 (משנת 2013), כיוון שמחקר רטרוספקטיבי זה עושה שימוש בנתוני ארכיון מרשומות המרכז הרפואי רמב"ם והבית השיקומי "צידה לדרך" שהתבססו על גרסת ה-DSM-4. אם נתייחס לשינויים המרכזיים שנערכו ביחס לאבחון הפרעות אכילה על פי ה-DSM-5, סביר כי קטגוריית הפרעת אכילה בלתי ספציפית (EDNOS) הייתה מצטמצמת ואחוז גבוה יותר ממשתתפות המחקר היו

עונות על קריטריוני הסף של אחת מהאבחנות העיקריות (אנורקסיה נרבוזה/ בולימיה נרבוזה/ הפרעת אכילה בולמוסית).

תחלואה נלווית בציר I נמצאה בקרב 53% מהמשתתפות, תחלואה נלווית בציר II בקרב 23% מהמשתתפות ותחלואה נלווית בציר III בקרב 29% מהמשתתפות, ללא הבדל בין הקבוצות. כ-42% מהמשתתפות דיווחו על סימפטומים פעילים של הפרעת האכילה בעת כניסתן לתכנית השיקומית, בשכיחות מעט גבוהה יותר בקרב קבוצת הנושרות, אך ללא מובהקות סטטיסטית (48% מול 31%,  $p=.127$ ).

הסימפטומים הפעילים שדווחו הם: צמצום והיטהרות (27%), צמצום (22%), התקפי אכילה (17%), התקפי אכילה מלווים בהתנהגות מפצה (17%), היטהרות (5%), צמצום, היטהרות והתקפי אכילה (5%). מרבית המשתתפות התאשפזו בעברן במחלקה ייעודית לטיפול בהפרעות אכילה בין פעם אחת ל-3 פעמים (83%). מכל מקום, בעוד ש-22% מהמשתתפות שסיימו את התכנית התאשפזו יותר מ-3 פעמים בעבר, 46% מהמשתתפות שנשרו מהתכנית התאשפזו יותר מ-3 פעמים, הבדל סטטיסטי מובהק ( $Z=2.29, p=.022$ ). מרבית המשתתפות התאשפזו לראשונה לקראת אמצע-סוף תקופת גיל ההתבגרות (28%), או בתקופת הבגרות הצעירה (49%). במידה מסוימת, המשתתפות שנשרו מהתכנית התאשפזו לראשונה בגיל צעיר יותר (50% בגיל צעיר מגיל 18) בהשוואה למשתתפות שסיימו את התכנית במלואה (32% בגיל צעיר מגיל 18), אך ללא הבדל סטטיסטי מובהק ( $p=.089$ ). כמעט כל המשתתפות (96%) נטלו טיפול תרופתי פסיכיאטרי בעת הכניסה לתכנית השיקומית, יחד עם זאת, מרביתן לא אושפזו בעברן במחלקות פסיכיאטריות כלליות (67%). המשתתפות דיווחו על מגוון טיפולים בהפרעת האכילה בעבר: טיפול מרפאתי, אשפוזים במחלקות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה למתבגרים ולמבוגרים ותכניות לטיפול יום.

כ-47% מהמשתתפות דיווחו על טראומה בעברן, ללא הבדל סטטיסטי מובהק בין הקבוצות. מרבית המשתתפות דיווחו על טראומה בעלת אופי מיני (45%), מוות או מחלה חמורה של אדם קרוב (18%), או צירופים של אירועים טראומטיים שונים (20%). מרבית האירועים הטראומטיים התרחשו בילדות (20%), תקופת גיל ההתבגרות המוקדמת (32%), או לקראת אמצע-סוף תקופת גיל ההתבגרות (14%), ללא הבדל מובהק בין הקבוצות. כ-61% מהמשתתפות הן בעלות היסטוריה של פגיעה עצמית, כ-42% בעלות היסטוריה של שימוש בחומרים ממכרים, וכ-42% ביצעו ניסיון אובדני בעבר, ללא הבדל בין הקבוצות. לסיום, כ-27% מהמשתתפות בעלות היסטוריה של עזיבת טיפולים ו/או אשפוזים על דעת עצמן ובניגוד לחוות דעת מקצועית של הצוות המטפל, במידה מסוימת, אם כי לא מובהקת סטטיסטית, בשכיחות גבוהה יותר בקרב קבוצת הנושרות מהתכנית השיקומית (33%) בהשוואה למשתתפות שסיימו אותה (16%) ( $p=.076$ ).

טבלה מספר 6. התפלגות משתני תחלואה קליניים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים רציפים, לפי קבוצה (N=95)

$t(93)$ ( $p$ )	נושרות $M$ ( $SD$ )	מסיימות $M$ ( $SD$ )	סה"כ $M$ ( $SD$ )	טווח	
-0.58 ( $p = .562$ )	7.49 (4.32)	6.94 (4.53)	7.30 (4.37)	2-22 שנים	משך הפרעת האכילה (n=95)
-0.18 ( $p = .858$ )	16.25 (3.61)	16.09 (4.42)	16.19 (3.88)	7.5-31 שנים	גיל תחילת טיפול (n=86)
-1.65 ( $p = .103$ )	2.49 (1.60)	1.94 (1.43)	2.31 (1.56)	0-7 פעמים	מס' אשפוזים קודמים - הפרעות אכילה (n=95)
-0.48 ( $p = .633$ )	0.70 (1.44)	0.56 (0.98)	0.65 (1.30)	0-8 פעמים	מס' אשפוזים קודמים - פסיכיאטריה (n=95)



טבלה מספר 7. התפלגות משתני תחלואה קליניים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה (N=95)

$Z, \chi^2$	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
--	22 (34.9)	10 (31.3)	32 (33.7)	AN-RES	אבחנה (n=95)
	18 (28.6)	5 (15.6)	23 (24.2)	AN-B/P	
	16 (25.4)	7 (21.9)	23 (24.2)	BN	
	2 (3.2)	2 (6.3)	4 (4.2)	BED	
	2.0 (3.2)	2.0 (6.3)	4.0 (4.2)	ED NOS	
	3 (4.8)	5 (15.6)	8 (8.4)	ED NOS AN like	
	--	1 (3.1)	1 (1.1)	ED NOS BN like	
$Z = 1.55$ ( $p = .121$ )	40 (63.5)	15 (46.9)	55 (57.9)	AN	קטגוריה אבחנתית (n=95)
$Z = 0.38$ ( $p = .705$ )	16 (25.4)	7 (21.9)	23 (24.2)	BN	
--	2 (3.2)	2 (6.3)	4 (4.2)	BED	
$Z = 2.29$ ( $p = .022$ )	5 (7.9)	8 (25.0)	13 (13.7)	ED NOS	
$Z = 0.80$ ( $p = .423$ )	35 (55.6)	15 (46.9)	50 (52.6)	כן	תחלואה נלווית ציר I
$Z = 0.30$ ( $p = .762$ )	14 (22.2)	8 (25.0)	22 (23.2)	כן	תחלואה נלווית ציר II
$Z = 0.75$ ( $p = .455$ )	17 (27.0)	11 (34.4)	28 (29.5)	כן	תחלואה נלווית ציר III

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

טבלה מספר 7 המשך. התפלגות משתני תחלואה קליניים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים

וסידוריים, לפי קבוצה (N=95)

$Z, \chi^2$	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
$Z = 1.53$ ( $p = .127$ )	30 (47.6)	10 (31.3)	40 (42.1)	כן	סימפטומים פעילים בכניסה לתכנית (n=95)
--	7 (23.3)	2 (20.0)	9 (22.5)	צמצום	
	2 (6.7)	--	2 (5.0)	היטהרות	
	4 (13.3)	3 (30.0)	7 (17.5)	התקפי אכילה	
	10 (33.3)	1 (10.0)	11 (27.5)	צמצום והיטהרות	
	2 (6.7)	--	2 (5.0)	צמצום והתקפי אכילה	
	4 (13.3)	3 (30.0)	7 (17.5)	התקפי אכילה והיטהרות	
	1 (3.3)	1 (10.0)	2 (5.0)	צמצום, התקפי אכילה והיטהרות	
$Z = 1.93$ ( $p = .054$ )	1 (1.6)	1 (3.1)	2 (2.1)	0	מספר אשפוזים קודמים - הפרעות אכילה (n=95)
	20 (31.7)	15 (46.9)	35 (36.8)	1	
	13 (20.6)	9 (28.1)	22 (23.2)	2	
	19 (30.2)	3 (9.4)	22 (23.2)	3	
	10 (15.9)	4 (12.5)	14 (14.7)	4-7	

הערה: הבדלים לא הושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

טבלה מספר 7 המשך. התפלגות משתני תחלואה קליניים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה (N=95)

$Z, \chi^2$	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
$Z = 1.70$ ( $p = .089$ )	--	1 (3.6)	1 (1.2)		קבוצת גיל באשפוז ראשון (n= 85)
	12 (21.1)	1 (3.6)	13 (15.3)	ילדות	
	17 (29.8)	7 (25.0)	24 (28.2)	ראשית גיל ההתבגרות	
	25 (43.9)	17 (60.7)	42 (49.4)	אמצע סוף גיל ההתבגרות	
	3 (5.3)	2 (7.1)	5 (5.9)	בגרות צעירה (19-24)	
				מבוגרים (+25)	
--	60 (95.2)	31 (96.9)	91 (95.8)	כן	נשילת תרופות פסיכיאטריות (n=95)
$Z = 0.17$ ( $p = .864$ )	42 (66.7)	22 (68.8)	64 (67.4)	0	מספר אשפוזים - קודמים - פסיכיאטריה (n=95)
	12 (19.0)	5 (15.6)	17 (17.9)	1	
	7 (11.1)	5 (15.6)	12 (12.6)	2/3	
	2 (3.2)	--	2 (2.1)	4+	

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

טבלה מספר 7 המשך. התפלגות משתני תחלואה קליניים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים

וסידוריים, לפי קבוצה (N=95)

$Z, \chi^2$	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
--	34 (54.0)	19 (59.4)	53 (55.8)	מרפאה ואשפוז מלא – מבוגרים	סוג טיפול בעבר (n=95)
	7 (11.1)	2 (6.3)	9 (9.5)	מרפאה, טיפול יום ואשפוז מלא – מבוגרים	
	4 (6.3)	3 (9.4)	7 (7.4)	מרפאה ואשפוז מלא – מתבגרים	
	5 (7.9)	1 (3.1)	6 (6.3)	מרפאה ואשפוז מלא - מתבגרים ומבוגרים	
	13 (20.6)	7 (21.9)	20 (21.0)	שילובים אחרים	
$Z = 0.38$ ( $p = .707$ )	28 (45.9)	16 (50.0)	44 (47.3)	כן	טראומה בעבר (n=93)
$Z = 0.17$ ( $p = .863$ )	13 (21.3)	7 (21.9)	20 (21.5)	מינית	
--	3 (4.9)	--	3 (3.2)	פיזית	
--	2 (3.3)	2 (6.3)	4 (4.3)	אירוע טראומטי	
--	4 (6.5)	4 (12.5)	8 (8.6)	מוות/ מחלה קשה של קרוב	
--	6 (9.8)	3 (9.4)	9 (9.7)	שילובים אחרים	

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

טבלה מספר 7 המשך. התפלגות משתני תחלואה קליניים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים

וסידוריים, לפי קבוצה (N=95)

$Z, \chi^2$	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
$Z = 0.54$ $(p = .589)$ (ללא טראומה מתמשכת או בזמן לא ידוע)	3 (10.7)	6 (37.5)	9 (20.4)	ילדות	קבוצת גיל בעת הטראומה (n= 44)
	10 (35.7)	4 (25.0)	14 (31.8)	ראשית גיל ההתבגרות (11-15 שנים)	
	3 (10.7)	3 (18.7)	6 (13.6)	אמצע-סוף גיל ההתבגרות (16-18 שנים)	
	4 (14.3)	1 (6.3)	5 (11.4)	בגרות מוקדמת (19-24)	
	3 (10.7)	1 (6.3)	4 (9.1)	מתמשכת	
	5 (17.9)	1 (6.2)	6 (13.6)	לא ידוע	
$Z = 1.11$ $(p = .266)$	39 (65.0)	17 (53.1)	56 (60.9)	כן	היסטוריה של פגיעה עצמית (n=92)
$Z = 0.21$ $(p = .835)$	27 (42.9)	13 (40.6)	40 (42.1)	כן	שימוש בחומרים ממכרים (n=95)
$Z = 0.63$ $(p = .530)$	27 (44.3)	12 (37.5)	39 (41.9)	כן	ניסיונות אובדניים בעבר (n=93)
$Z = 1.77$ $(p = .076)$	20 (32.8)	5 (15.6)	25 (26.9)	כן	היסטוריה של עזיבת טיפול/ אשפוז בניגוד להמלצת הצוות המטפל (n=93)

**טבלאות 8 ו-9** מציגות את התפלגות המדדים התזונתיים העיקריים וכן, מדדים נלווים הקשורים לטיפול התזונתי, בעת הכניסה לתכנית השיקומית, לפי חלוקה לקבוצות. מתוך ניתוח הנתונים עולה, כי למשתתפות בתכנית ערך ה-BMI (Body Mass Index- מדד מסת גוף) הממוצע הוא 21.84 בסיום האשפוז שקדם לכניסה לתכנית ( $SD=7.14$ ), וערך BMI ממוצע של 22.25 בעת הכניסה לתכנית השיקומית ( $SD=7.10$ ), ללא הבדל בין הקבוצות. לפני הכניסה לתכנית, המשתתפות דיווחו על צריכת קלוריות של כ-1860 קק"ל/יום בממוצע ( $SD=365$ ), ללא הבדל בין הקבוצות. ערך קלורי של התפריט היומי היה כ-2000 קק"ל/יום בממוצע למשתתפות שסיימו את התכנית ( $SD=295$ ), וכ-1886 קק"ל/יום בממוצע ( $SD=239$ ) למשתתפות שנשרו מהתכנית, הבדל בעל מובהקות סטטיסטית גבולית ( $p=.067$ ).

כמחצית מהמשתתפות (52%) דיווחו על מחזור חודשי סדיר. לכ-60% מהמשתתפות הייתה היסטוריה ידועה של אמנוריאה (אל-ווסת), וכ-20% דיווחו על אמנוריאה גם בעת הכניסה לתכנית השיקומית. 21% מהמשתתפות דיווחו על נטילת גלולות למניעת היריון בעת הכניסה לתכנית. כ-36% מהמשתתפות הוגדרו צמחוניות, ללא הבדל בין הקבוצות. כמעט כל המשתתפות לקחו חלק בטיפול תזונתי באופן סדיר בעת השתתפותן בתכנית השיקומית (98%). כ-91% מהן מילאו יומן אכילה על בסיס יומי, ללא הבדל בין הקבוצות. כ-57% מהן דיווחו על אכילה לפי התכנית התזונתית שניתנה להן ע"י הדיאטנית, אחוז מעט גבוה יותר (אם כי, לא מובהק סטטיסטית) בקרב אלו שסיימו את התכנית במלואה (69%) בהשוואה למשתתפות שנשרו ממנה (49%) ( $p=.115$ ). המצב התזונתי הוגדר כ-"בינוני" (49%) או רע (46%) בעת הכניסה לתכנית השיקומית, ללא הבדל בין הקבוצות. ככלל, רמת העצמאות באכילה הייתה נמוכה (78%), אם כי, אחוז מעט גבוה יותר של רמת עצמאות נמוכה באכילה (אך, לא באופן מובהק סטטיסטית) נרשם בקרב המשתתפות שנשרו מהתכנית (83%), בהשוואה למשתתפות שסיימו אותה (67%) ( $p=.073$ ). מתוך רישומי הדיאטנית, 63% מהמשתתפות שסיימו את התכנית במלואה גיוונו באכילתן, בעוד ש-33% בלבד מאלו שנשרו מהתכנית היו מסוגלות לגיוון, הבדל מובהק סטטיסטית ( $p=.008$ ). בתקופה ההתחלתית של הקליטה לתכנית (חודש ראשון), כל המשתתפות נשקלו בתדירות של פעם אחת בשבוע, וכ-68% קיבלו אישור לביצוע פעילות גופנית.

טבלה מספר 8. התפלגות מדדים תזונתיים ומדדים נלווים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים רציפים,

לפי קבוצות ( $N = 95$ )

$t$ ( $df$ ) ( $p$ )	נושרות $M$ ( $SD$ )	מסיימות $M$ ( $SD$ )	סה"כ $M$ ( $SD$ )	טווח	
$t(82) = 0.82$ ( $p = .414$ )	21.39 (6.60)	22.75 (8.18)	21.84 (7.14)	12.25-57.96	BMI בסיום האשפוז האחרון ( $n=84$ )
$t(86) = 0.75$ ( $p = .455$ )	21.83 (6.44)	23.02 (8.24)	22.25 (7.10)	18.00-58.08	BMI ( $n=88$ )
$t(75) = 1.36$ ( $p = .178$ )	1819.61 (356.52)	1938.46 (374.25)	1859.74 (364.55)	600-3000	צריכה קלורית לפני הכניסה לתכנית (ק"ל) ( $n=77$ )
$t(84) = 1.86$ ( $p = .067$ )	1885.71 (239.26)	1995.00 (295.47)	1923.84 (263.76)	1000-3000	ערך קלורי של התפריט היומי בעת הכניסה לתכנית (ק"ל) ( $n=86$ )
$t(84) = -1.45$ ( $p = .152$ )	13.04 (1.70)	12.52 (1.27)	12.87 (1.59)	7-17	גיל בעת מחזור ראשון (שנים) ( $n=86$ )

טבלה מספר 9. התפלגות מדדים תזונתיים ומדדים נלווים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים

וסידוריים, לפי קבוצות ( $N = 95$ )

$Z, \chi^2$	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)		
$Z = 0.55$ ( $p = .582$ )	25 (50)	12 (57.1)	37 (52.1)	כן	מחזור ווסת סדיר ( $n=71$ )
$Z = 1.15$ ( $p = .248$ ) (כן ואמנאוריאה בעבר בהשוואה ללא)	11 (21.6)	4 (18.2)	15 (20.5)	כן	אמנאוריאה ( $n=73$ )
	32 (62.7)	12 (54.5)	44 (60.3)	אמנאוריאה בעבר	
	8 (15.7)	6 (27.3)	14 (19.2)	לא	
$Z = 0.59$ ( $p = .557$ )	7 (18.4)	5 (25)	12 (20.7)	כן	גולות למניעת הריון ( $n=58$ )
$Z = 0.05$ ( $p = .956$ )	22 (36.1)	11 (35.5)	33 (35.9)	כן	צמחונות ( $n=92$ )
--	1 (1.6)	--	1 (1.1)	כן	טבעונות ( $n=92$ )
--	50 (96.2)	31 (100)	81 (97.6)	כן	השתתפות סדירה בטיפול תזונתי ( $n=83$ )
$Z = 1.24$ ( $p = .216$ )	44 (88)	28 (96.6)	72 (91.1)	כן	כתיבת יומן אכילה ( $n=79$ )
	2 (4)	1 (3.4)	3 (3.8)	חלקי	
	4 (8)	--	4 (5.1)	לא	

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

טבלה מספר 9 המשך. התפלגות מדדים תזונתיים ומדדים נלווים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצות (N = 95)

Z, $\chi^2$	נושרות N (%)	מסיימות N (%)	סה"כ N (%)		
Z = 1.58 (p = .115)	25 (49.0)	22 (68.8)	47 (56.6)	כן	אכילה לפי תפריט (n=83)
	16 (31.4)	7 (21.9)	23 (27.7)	חלקי	
	10 (19.6)	3 (9.4)	13 (15.7)	לא	
Z = 1.33 (p = .182)	3 (5.1)	2 (6.5)	5 (5.6)	טוב	מצב תזונתי (n=90)
	26 (44.1)	18 (58.1)	44 (48.8)	בינוני	
	30 (50.8)	11 (35.5)	41 (45.6)	רע	
Z = 1.79 (p = .073)	10 (16.7)	10 (33.3)	20 (22.2)	בינונית	מידת העצמאות באכילה (n=90)
	50 (83.3)	20 (66.7)	70 (77.8)	נמוכה	
Z = 2.65 (p = .008)	18 (33.3)	19 (63.3)	37 (44.0)	כן	גיוון באכילה (n=84)
--	59 (100.0)	31 (100.0)	90 (100.0)	פעם בשבוע	תדירות שקילות (n=90)
Z = 0.86 (p = .388)	42 (71.2)	18 (62.1)	60 (68.2)	כן	פעילות גופנית (n=88)

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

**טבלה מספר 10** מציגה את ההתפלגות של מדדי התפקוד בעת הכניסה לתכנית השיקומית, לפי קבוצה. מתוך הנתונים עולה, כי התפקוד החברתי הוערך כטוב על ידי אנשי הצוות בקרב כ-55% מבין המשתתפות שסיימו את התכנית, ובקרב 31% מהמשתתפות שנשרו ממנה, והוערך כרע עבור 26%-ו-40% מהמשתתפות, בהתאמה, הבדל בעל מובהקות סטטיסטית ( $p = .048$ ). הצוות העריך את היכולת לניהול מערכות יחסים בין אישיות כטובה בקרב כ-45% מהמשתתפות שסיימו את התכנית ובכ-33% מהמשתתפות שנשרו ממנה, בעוד שקושי בניהול מערכות יחסים בין אישיות הוערך על ידי הצוות בקרב 19%-ו-44% מהמשתתפות, בהתאמה, הבדל בעל משמעות סטטיסטית גבולית ( $p = .057$ ). מערכת היחסים עם בני המשפחה הוערכה על ידי הצוות כטובה עבור 29% מהמשתתפות, בינונית עבור 34% מהמשתתפות ולא טובה עבור 37% מהמשתתפות, ללא הבדל מובהק בין הקבוצות. רמת התפקוד בעבודה הוגדרה במרבית המקרים כטובה (85%) עבור המשתתפות שעבדו, יצוין, כי מרבית המשתתפות לא עבדו עם כניסתן לתכנית השיקומית. באופן דומה, מידת התפקוד בלימודים הוערכה כטובה במרבית המקרים (71%), בעוד שמרבית המשתתפות לא למדו עם כניסתן לתכנית.



טבלה מספר 10. התפלגות מדדי תפקוד בעת הכניסה לתכנית השיקומית, לפי קבוצה ( $N = 95$ )

$Z, \chi^2$	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)		
$Z = 1.98$ ( $p = .048$ )	17 (30.9)	17 (54.8)	34 (39.5)	טוב	תפקוד חברתי ( $n=86$ )
	16 (29.1)	6 (19.4)	22 (25.6)	בינוני	
	22 (40.0)	8 (25.8)	30 (34.9)	נמוך	
$Z = 1.90$ ( $p = .057$ )	18 (32.7)	14 (45.2)	32 (37.2)	טוב	יחסים בין אישיים ( $n=86$ )
	13 (23.6)	11 (35.5)	24 (27.9)	בינוני	
	24 (43.6)	6 (19.4)	30 (34.9)	רע	
$Z = 0.69$ ( $p = .491$ )	17 (30.9)	8 (25.8)	25 (29.1)	טובה	מערכת היחסים עם בני המשפחה ( $n=86$ )
	19 (34.6)	10 (32.3)	29 (33.7)	בינונית	
	19 (34.5)	13 (41.9)	32 (37.2)	רעה	
$Z = 0.20$ ( $p = .862$ )	8 (88.9)	10 (83.4)	18 (85.7)	טובה-גבוהה	רמת תפקוד בעבודה ( $n=21$ )
	1 (11.1)	1 (8.3)	2 (9.5)	בינונית	
	--	1 (8.3)	1 (4.8)	נמוכה	
--	6 (54.5)	9 (90.0)	15 (71.4)	טובה-גבוהה	רמת תפקוד בלימודים ( $n=21$ )
	2 (18.2)	1 (10.0)	3 (14.3)	בינונית	
	3 (27.3)	--	3 (14.3)	נמוכה	

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

**טבלאות 11 ו-12** מציגות התפלגות מדדים פסיכולוגיים כפי שנבדקו באמצעות שאלונים שונים עם הכניסה של המשתתפות לתכנית השיקומית, לפי קבוצה. ככלל, לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקבוצות במרבית המדדים שנבחנו: EAT, SPIL S, SPIL T, PICS, PHI, MOC I, BSQ, EDEQ, Restraint, Eat concern, Shape concern, and Weight concern. הבדל מובהק נמצא רק בשאלון Rosenberg הבוהן הערכה עצמית. נמצאה תוצאה ממוצעת גבוהה יותר עבור המשתתפות שסיימו את התכנית במלואה ( $M = 2.23, SD = 0.58$ ) בהשוואה למשתתפות שנשרו מהתכנית ( $M = 1.96, SD = 0.57$ ) ( $p = .040$ ).

כמו כן, מתוך הממצאים, הפרעת אכילה ודחף לרזון נמצא בקרב 60% מהמשתתפות, הפרעת אכילה ללא דחף לרזון נמצאה בקרב 7% מהמשתתפות, ודחף לרזון ללא הפרעת אכילה נמצא בקרב 9% מהמשתתפות, ללא הבדל בין הקבוצות. יתר המשתתפות נמצאו במדד בגבול הנורמה ביחס להיבטים אלו בשאלון. הפרעת אכילה (EAT 26) אובחנה בקרב 72% מהמשתתפים, ללא הבדל בין הקבוצות. חרדה מצבית הייתה גבוהה בקרב 56% מהמשתתפות

שסיימו את התכנית, ובקרב 75% מהמשתתפות שנשרו מהתכנית, הבדל בעל מובהקות סטטיסטית גבולית ( $p = .090$ ). בדומה לכך, חרדה כתכונה נמצאה גבוהה בקרב 66% מהמשתתפות שסיימו את התכנית, ובקרב 84% מהמשתתפות שנשרו ממנה, הבדל בעל מובהקות סטטיסטית גבולית ( $p = .074$ ). זכאון (BDI) הוערך כחמור כ-35% מהמשתתפות, ובינוני בקרב 31% מהמשתתפות וקל בקרב 15% מהמשתתפות, ללא הבדל בין הקבוצות. בהמשך לכך, אימפולסיביות (PICS) אובחנה כגבוהה בקרב 56% מהמשתתפות, בינונית בקרב 14% מהמשתתפות, ללא הבדל בין הקבוצות. חרדה חברתית (PHI) הוערכה כגבוהה בקרב 80% מהמשתתפות, בינונית בקרב 19% מהמשתתפות, ללא הבדל בין הקבוצות. הערכה עצמית (Rosenberg) הוערכה כנמוכה עבור כמעט כל המשתתפות (96%). התנהגות אובססיבית קומפולסיבית הוערכה כחמורה בקרב 17% מהמשתתפות, בינונית/ מתונה בקרב 40%, ללא הבדל בין הקבוצות.

דימוי גוף שלילי (BSQ) נמצא בשאלונים של מרבית המשתתפות (86%). הפסיכופתולוגיה הקלינית הבסיסית של הפרעת האכילה (EDEQ) נמצאה גבוהה עבור 53% מהמשתתפות, ללא הבדל בין הקבוצות. הגבלה באכילה הייתה גבוהה בקרב 30% מהמשתתפות, דאגה ביחס לאכילה/ עיסוק באכילה נמצאו גבוהים בקרב 68% מהמשתתפות, עיסוק במבנה הגוף וצורתו נמצא בקרב 50% מהמשתתפות, ועיסוק במשקל הגוף נמצא בקרב 59% מהמשתתפות, ככלל, ללא הבדל בין הקבוצות, פרט לעיסוק בצורת הגוף, אשר נמצא גבוה יותר בקרב המשתתפות שנשרו מהתכנית (60%) בהשוואה למשתתפות שסיימו אותה (35%) ( $p = .035$ ).

טבלה מספר 11. התפלגות מדדים פסיכולוגיים על פי שאלונים שמילאו המשתתפות עם כניסתן לתכנית

השיקומית, משתנים רציפים, לפי קבוצה ( $N = 95$ )

$t$ ( $df$ ) ( $p$ )	נושרות $M$ ( $SD$ )	מסיימות $M$ ( $SD$ )	סה"כ $M$ ( $SD$ )	טווח	
$t(79) = -1.07$ ( $p = .290$ )	36.51 (17.72)	32.13 (18.69)	34.78 (18.12)	1-68	ציון EAT ( $n=81$ )
$t(79) = -1.17$ ( $p = .245$ )	59.06 (10.92)	56.16 (10.89)	57.91 (10.93)	32-77	ציון SPIL S ( $n=81$ )
$t(79) = -1.33$ ( $p = .156$ )	62.06 (9.49)	59.19 (9.47)	60.93 (9.53)	38-77	ציון SPOL T ( $n=81$ )
$t(78) = -0.92$ ( $p = .361$ )	27.76 (7.20)	26.42 (4.62)	27.24 (6.33)	12-64	ציון PICS ( $n=80$ )
$t(76) = 0.02$ ( $p = .987$ )	51.43 (15.12)	51.48 (15.08)	51.45 (15.01)	0-78	ציון PHI ( $n=78$ )
<b><math>t(79) = 2.09</math></b> <b>(<math>p = .040</math>)</b>	1.96 (0.57)	2.23 (0.58)	2.06 (0.58)	1-3.4	ציון Rosenberg 79 ( $n=81$ )
$t(76) = 0.17$ ( $p = .862$ )	12.38 (5.59)	12.65 (7.71)	12.49 (6.47)	2-37	ציון MOCI ( $n=78$ )
$t(76) = -0.87$ ( $p = .389$ )	142.15 (38.40)	134.32 (39.99)	139.04 (38.97)	25-201	ציון BSQ F ( $n=78$ )
$t(74) = -0.30$ ( $p = .767$ )	3.54 (1.46)	3.44 (1.36)	3.50 (1.41)	0-6	ציון EDEQ TOT ( $n=76$ )
$t(74) = -0.01$ ( $p = .992$ )	2.53 (1.74)	2.53 (1.77)	2.53 (1.74)	0-6	ציון EDEQ - Restraint ( $n=76$ )
$t(74) = -0.21$ ( $p = .834$ )	2.94 (1.45)	2.86 (1.67)	2.91 (1.53)	0-6	ציון EDEQ- Eat concern ( $n=76$ )
$t(74) = -0.35$ ( $p = .728$ )	4.59 (1.63)	4.47 (1.30)	4.54 (1.50)	0-6	ציון EDEQ-Shape concern ( $n=76$ )
$t(74) = -0.52$ ( $p = .602$ )	4.09 (1.75)	3.88 (1.66)	4.01 (1.71)	0-6	ציון EDEQ-Weight concern ( $n=76$ )

טבלה מספר 12. התפלגות מדדים פסיכולוגיים על פי שאלונים שמילאו המשתתפות עם כניסתן לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה ( $N = 95$ )

$Z, \chi^2$	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)		
$Z = 0.17$ ( $p = .868$ )	30 (61.2)	19 (59.4)	49 (60.5)	הפרעת אכילה ודחף לרזון	<b>EDI</b> נוכחות הפרעת אכילה ( $n=81$ )
--	5 (10.2)	1 (3.1)	6 (7.4)	הפרעת אכילה ודחף לרזון – נורמלי	
--	5 (10.2)	2 (6.2)	7 (8.6)	הפרעת אכילה - נורמלי ודחף לרזון	
$Z = 1.34$ ( $p = .181$ )	9 (18.4)	10 (31.3)	19 (23.5)	הפרעת אכילה - נורמלי ודחף לרזון – נורמלי	
$Z = 0.96$ ( $p = .335$ )	37 (75.5)	21 (65.6)	58 (71.6)	הפרעת אכילה ( $20 <$ )	<b>EAT 26 clinical</b> ( $n=81$ )
$Z = 1.69$ ( $p = .090$ )	2 (4.1)	1 (3.1)	3 (3.7)	נורמלית (20-40)	<b>SPIL_S</b> חרדה מצבית ( $n=81$ )
	10 (20.4)	13 (40.6)	23 (28.4)	קלה-מתונה (40-50)	
	37 (75.5)	18 (56.3)	55 (67.9)	חרדה גבוהה (מעל 52)	
$Z = 1.79$ ( $p = .074$ )	1 (2.0)	--	1 (1.2)	נורמלי (20-40)	<b>SPOL_T</b> חרדה כתכונה ( $n=81$ )
	7 (14.3)	11 (34.4)	18 (22.2)	חרדה קלה-מתונה (40-50)	
	41 (83.7)	21 (65.6)	62 (76.6)	חרדה גבוהה (מעל 52)	
$Z = 1.48$ ( $p = .140$ )	7 (14.3)	9 (28.1)	16 (19.8)	נורמלי	<b>BDI</b> דכאון ( $n=81$ )
	7 (14.3)	5 (15.7)	12 (14.8)	קל	
	16 (32.6)	9 (28.1)	25 (30.8)	מתון	
	19 (38.8)	9 (28.1)	28 (34.6)	חמור	

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

טבלה מספר 12 המשך. התפלגות מדדים פסיכולוגיים על פי שאלונים שמילאו המשתתפות עם כניסתן לתכנית השיקומית, משתנים נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה ( $N = 95$ )

$Z, \chi^2$	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)		
$Z = 0.64$ ( $p = .520$ )	10 (20.4)	8 (25.8)	18 (22.5)	תקינה (23 ומטה)	<b>PICS</b> אימפולסיביות ( $n=80$ )
	4 (8.2)	2 (6.5)	6 (7.5)	קלה (24)	
	6 (12.2)	5 (16.1)	11 (13.8)	מתונה (25-26)	
	29 (59.2)	16 (51.6)	45 (56.3)	גבוהה (27)	
$Z = 0.25$ ( $p = .804$ )	1 (2.1)	--	1 (1.3)	ללא או מעט (0-20)	<b>PHI</b> חרדה חברתית ( $n=78$ )
	9 (19.1)	6 (19.4)	15 (19.2)	מתונה (20-40)	
	37 (78.7)	25 (80.6)	62 (79.5)	חמורה (40-80)	
--	48 (98.0)	30 (93.8)	78 (96.3)	נמוכה ( $>3.2$ )	<b>Rosenberg</b> הערכה עצמית ( $n=81$ )
$Z = 0.46$ ( $p = .646$ )	20 (42.6)	14 (45.2)	34 (43.6)	תקינה ( $\leq 11$ )	<b>MOCI</b> התנהגות אובסיבית קומפולסיבית ( $n=78$ )
	18 (38.3)	13 (41.9)	31 (39.7)	מתונה (12-17)	
	9 (19.1)	4 (12.9)	13 (16.7)	חמורה ( $\geq 18$ )	
$Z = 1.08$ ( $p = .279$ )	42 (89.4)	25 (80.6)	67 (85.9)	דימוי גוף שלילי ( $\leq 98$ )	<b>BSQ</b> דימוי גוף ( $n=78$ )
$Z = 0.61$ ( $p = .538$ )	25 (55.6)	15 (48.4)	40 (52.6)	גבוהה	<b>EDEQ</b> פסיכופתולוגיה של הפרעת אכילה ( $n=76$ )
$Z = 0.19$ ( $p = .846$ )	14 (31.1)	9 (29.0)	23 (30.3)	גבוהה	<b>Restraint clinical</b> ( $n=76$ )
$Z = 0.61$ ( $p = .543$ )	32 (71.1)	20 (64.5)	52 (68.4)	גבוהה	<b>Eat concern</b> ( $n=76$ )
<b><math>Z = 2.10</math></b> ( <b><math>p = .036</math></b> )	27 (60.0)	11 (35.5)	38 (50.0)	גבוהה	<b>Shape concern</b> ( $n=76$ )
$Z = 0.64$ ( $p = .520$ )	28 (62.2)	17 (54.8)	45 (59.2)	גבוהה	<b>Weight concern</b> ( $n=76$ )

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.

**לסיכום**, השערה מספר 1 של חלק מחקר זה נתמכה על ידי: רמת מוטיבציה בכניסה לתכנית השיקומית, גיוון באכילה, תפקוד חברתי, מבחן Rosenberg להערכה עצמית ועיסוק בצורת הגוף. הבדלים קלים נמצאו ביחס ל- סימפטומים פעילים בעת הכניסה לתכנית, מספר אשפוזים קודמים במחלקות ייעודיות להפרעות אכילה, קבוצת גיל בעת האשפוז הראשון, היסטוריה של עזיבת אשפוזים ו/או טיפולים בניגוד להמלצת הצוות המטפל, אכילה לפי התפריט בתקופה הראשונה לשהות בתכנית, מידת העצמאות באכילה בעת הכניסה לתכנית, יחסים בין אישיים, חרדה מצבית וחרדה כתכונה. הפרופיל הקליני של משתתפות שנשרו מהתכנית נמצא כבעל נטייה ליותר מורכבות או חומרה, מבחינת

מדדים אלו, בהשוואה לפרופיל המשתתפות שסיימו את התכנית במלואה. כל יתר המדדים לא נבדלו באופן מובהק ו/או משמעותי בין שתי הקבוצות המחקר.

### **בחינת שינויים במדדים תזונתיים ותפקודיים במהלך תקופת ההשתתפות בתכנית השיקומית**

כאמור, מדדים תזונתיים וכן, תפקודיים הוערכו על ידי הצוות המוביל של תכנית "צידה לדרך" בעת הכניסה לתכנית, באמצע תקופת ההשתתפות בתכנית ועם סיום ההשתתפות בה. בפרק זה, מתוארת ההתפלגות של מדדים אלו לפי קבוצה, יחד עם בחינת מידת המובהקות של השינוי. במקרים מסוימים, בעקבות מספר קטן של משתתפות להן נמצאו נתונים עבור אמצע תקופת ההשתתפות בתכנית, הניתוחים נערכו בשתי סדרות נפרדות: בעת הכניסה לתכנית בהשוואה לאמצע התקופה, ובעת הכניסה לתכנית בהשוואה לסיום תקופת ההשתתפות. **טבלה מספר 13** מציגה את התפלגותם של משתנים תזונתיים רציפים, לפי קבוצה וזמן. נערך ניתוח שונות חד משתני במדידות חוזרות, לפי קבוצה וזמן, תוך בקרה על גיל המשתתפים.

מתוך התוצאות עולה, כי לא חל שינוי מבחינת מדד ה-BMI של המשתתפות בתכנית, אשר נע בממוצע בטווח התקין שבין 21 ל-23 ק"ג/מ<sup>2</sup> בשתי הקבוצות לאורך כל תקופת ההשתתפות בתכנית (בעת הכניסה לתכנית בהשוואה לאמצע התכנית: להבדלי הזמן  $F(1, 50) = 3.11, p = .084, \eta^2 = .059$ ; ולאינטראקציה שבין הקבוצה והזמן  $F(1, 50) = 1.88, p = .174, \eta^2 = .022$ ). בעת הכניסה לתכנית בהשוואה לסיום התכנית: להבדלי הזמן  $F(1, 82) = 3.01, p = .089, \eta^2 = .057$ ; ולאינטראקציה בין קבוצה וזמן  $F(1, 82) = 2.44, p = .122, \eta^2 = .029$ ). בהמשך לכך, לא נמצאו הבדלים ביחס לצריכה הקלורית היומית, אשר נעה בממוצע בטווח שבין 1886 קק"ל/יום ל-2005 קק"ל/יום בשתי הקבוצות לאורך כל תקופת ההשתתפות בתכנית (בעת הכניסה לתכנית בהשוואה לאמצע התכנית: להבדלי הזמן  $F(1, 50) = 0.01, p = .999, \eta^2 = .001$ ; ולאינטראקציה בין קבוצה וזמן  $F(1, 50) = 0.79, p = .832, \eta^2 = .016$ ). בעת הכניסה לתכנית בהשוואה לסיום התכנית: להבדלי הזמן  $F(1, 82) = 0.04, p = .478, \eta^2 = .001$ ; ולאינטראקציה בין קבוצה וזמן  $F(1, 82) = 0.51, p = .006, \eta^2 = .001$ ).

טבלה מספר 13. התפלגות משתנים תזונתיים רציפים לפי קבוצה וזמן

נושרות <i>M</i> ( <i>SD</i> )			מסיימות <i>M</i> ( <i>SD</i> )			
סיום (n=55)	אמצע (n=23)	התחלה (n=57)	סיום (n=30)	אמצע (n=30)	התחלה (n=31)	BMI
21.44 (4.89)	23.29 (7.01)	21.83 (6.44)	22.41 (5.45)	22.39 (5.38)	23.02 (8.24)	
1939.81 (230.13)	1871.74 (164.33)	1885.71 (239.26)	2005.17 (236.17)	1984.48 (215.10)	1995.00 (295.47)	צריכה קלורית יומית (קק"ל)

**טבלה מספר 14** מציגה את התפלגותם של משתנים נומינאליים וסידוריים לפי קבוצה וזמן. הבדל בין הקבוצות ביחס למשתנים נומינאליים הוערך בעזרת מבחני  $Z$  לפרופורציות שאינן תלויות, ובעזרת מבחני Mann-Whitney U למשתנים סידוריים. הבדלי הזמן בתוך כל קבוצה הוערכו באמצעות מבחני  $Z$  ומבחן Friedman.

על פי הממצאים, כמעט כל המשתתפות בתכנית, משתי קבוצות המחקר השתתפו באופן סדיר בטיפול תזונתי. יתר כל כן, מרביתן ניהלו יומני אכילה, בכל אחד מזמני הבדיקה. כ-69% מהמשתתפות שסיימו את התכנית במלואה, אכלו לפי תפריט בעת הכניסה לתכנית השיקומית, בהשוואה ל-93% מהן בעת סיום התכנית, גידול משמעותי ( $\chi^2(2) = 8.00, p = .018$ ). בניגוד לכך, לא נמצא שינוי משמעותי בקרב משתתפות אשר נשרו מהתכנית: כ-49% מהן אכלו לפי תפריט בעת הכניסה לתכנית התזונתית, וכ-34% מהן עשו כך בסיום ( $\chi^2(2) = 0.30, p = .862$ ). מכאן, בעת סיום התכנית השיקומית אחוז גבוה משמעותית של משתתפות שסיימו את התכנית במלואה אכלו לפי תפריט בהשוואה למשתתפות שנשרו ( $\chi^2(2) = 26.31, p < .001$ ). שיפור במצב התזונתי, באמצע תקופת ההשתתפות בתכנית, נרשם בקרב כ-68% מהמשתתפות שסיימו את התכנית במלואה, בהשוואה לכ-56% מהמשתתפות שנשרו ממנה ( $Z = 0.84, p = .399$ ). בעת סיום התכנית, שיפור במצב התזונתי נרשם בקרב כ-80% מהמשתתפות שסיימו את התכנית במלואה, בהשוואה לכ-18% בלבד מהמשתתפות שנשרו ממנה ( $Z = 5.62, p < .001$ ). מידת העצמאות באכילה עלתה בשתי הקבוצות, מכ-33% לכ-93% מהמשתתפות שהוגדרו כבעלות רמה גבוהה או בינונית של עצמאות בקרב משתתפות שסיימו את התכנית במלואה ( $\chi^2(2) = 38.27, p < .001$ ), ומכ-17% לכ-44% מהמשתתפות שהוגדרו כבעלות רמה גבוהה או בינונית של עצמאות בקרב המשתתפות שנשרו מהתכנית ( $\chi^2(2) = 15.47, p < .001$ ). מכל מקום, השינוי היה משמעותי יותר בקרב קבוצת המשתתפות שסיימו את התכנית במלואה, וכן, הבדל משמעותי נמצא בין הקבוצות בעת סיום התכנית ( $Z = 5.84, p < .001$ ). יצוין, כי בעת הכניסה לתכנית לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות ( $Z = 1.79, p = .073$ ). מידת הגיוון באכילה עלתה אף היא בשתי הקבוצות, מכ-63% לכ-93% בקרב משתתפות שסיימו את התכנית ( $Z = 2.71, p = .007$ ), ומכ-33% לכ-75% בקרב משתתפות שנשרו מהתכנית ( $Z = 4.53, p < .007$ ). ההבדל המובהק סטטיסטית שנמצא בין הקבוצות ביחס למדד זה בעת הכניסה לתכנית השיקומית ( $Z = 2.65, p = .008$ ) נשמר מובהק גם בסיום התכנית ( $Z = 1.97, p = .048$ ). שקילה על בסיס שבועי נערכה לכל המשתתפות בתכנית (100%) בשתי הקבוצות בתקופת הכניסה לתכנית. תדירות השקילות השבועיות פחתה

באופן משמעותי לכ-23% בקרב המשתתפות שסיימו את התכנית ( $\chi^2(2) = 32.35, p < .001$ ), אך נשארה ללא שינוי עבור כמעט כל המשתתפות שנשרו ממנה (כ-91%). פעילות גופנית בוצעה בראשית תקופת ההשתתפות בתכנית התזונתית על ידי כ-62% מהמשתתפות שסיימו את התכנית במלואה, אחוז שעלה באמצע תקופת ההשתתפות לכ-89% ( $Z = 2.33, p = .020$ ). נתון זה לא השתנה משמעותית בקרב המשתתפות שנשרו מהתכנית (מכ-71% לכ-78%,  $Z = 1.00, p = .317$ ).

**טבלה מספר 14. התפלגות משתנים תזונתיים נומינאליים וסידוריים לפי קבוצה וזמן**

נושרות N (%)			מסיימות N (%)				
סיום (n=55)	אמצע (n=23)	התחלה (n=57)	סיום (n=30)	אמצע (n=30)	התחלה (n=31)		
51 (96.2)	23 (100.0)	50 (96.2)	30 (100.0)	30 (100.0)	31 (100.0)	כן, באופן סדיר	השתתפות בטיפול תזונתי
43 (86.0)	19 (82.6)	44 (88.0)	26 (89.7)	26 (89.7)	28 (96.6)	כן	רישום יומן אכילה
4 (8.0)	4 (17.4)	2 (4.0)	3 (10.3)	3 (10.3)	1 (3.4)	חלקי	
3 (6.0)	--	4 (8.0)	--	--	--	לא	
17 (34.0)	9 (39.1)	25 (49.0)	27 (93.1)	19 (65.5)	22 (68.8)	כן	אכילה לפי תפריט
19 (38.0)	12 (52.2)	16 (31.4)	2 (6.9)	10 (34.5)	7 (21.9)	חלקי	
14 (28.0)	2 (8.7)	10 (19.6)	--	--	3 (9.4)	לא	
10 (17.9)	13 (56.5)	3 (5.1)	24 (80.0)	21 (67.7)	2 (6.5)	טוב/ בשיפור	מצב תזונתי
28 (50.0)	10 (43.5)	26 (44.1)	4 (13.3)	3 (9.7)	18 (58.1)	בינוני/ ללא שינוי	
18 (32.1)	--	30 (50.8)	2 (6.7)	7 (22.6)	11 (35.5)	רע/ החרפה	
3 (5.5)	--	--	19 (65.5)	2 (6.7)	--	גבוהה	מידת העצמאות באכילה
21 (38.2)	16 (69.6)	10 (16.7)	8 (27.6)	22 (73.3)	10 (33.3)	בינונית	
31 (56.4)	7 (30.4)	50 (83.3)	2 (6.9)	6 (20.0)	20 (66.7)	נמוכה	
40 (75.5)	21 (91.3)	18 (33.3)	27 (93.1)	29 (96.7)	19 (63.3)	כן	גיוון באכילה
50 (90.9)	19 (82.6)	59 (100.0)	7 (23.3)	20 (66.7)	31 (100.0)	אחת לשבוע	תדירות שקילות
5 (9.1)	4 (17.4)	--	23 (76.7)	10 (33.3)	--	פחות מאחת לשבוע	
לא נרשם	14 (77.8)	42 (71.2)	לא נרשם	24 (88.9)	18 (62.1)	כן	פעילות גופנית

הערה: הבדלים לא חושבו עבור משתנים חסרי שונות או תאים קטנים מידי.



**טבלה מספר 15** מציגה התפלגות של משתני תפקוד נומינאליים וסידוריים, לפי קבוצה וזמן. הבדל בין הקבוצות ביחס למשתנים נומינאליים הוערך בעזרת מבחני  $Z$  לפרופורציות שאינן תלויות, ובעזרת מבחני Mann-Whitney U למשתנים סידוריים. הבדלי הזמן בתוך כל קבוצה הוערכו באמצעות מבחני  $Z$  ומבחן Friedman.

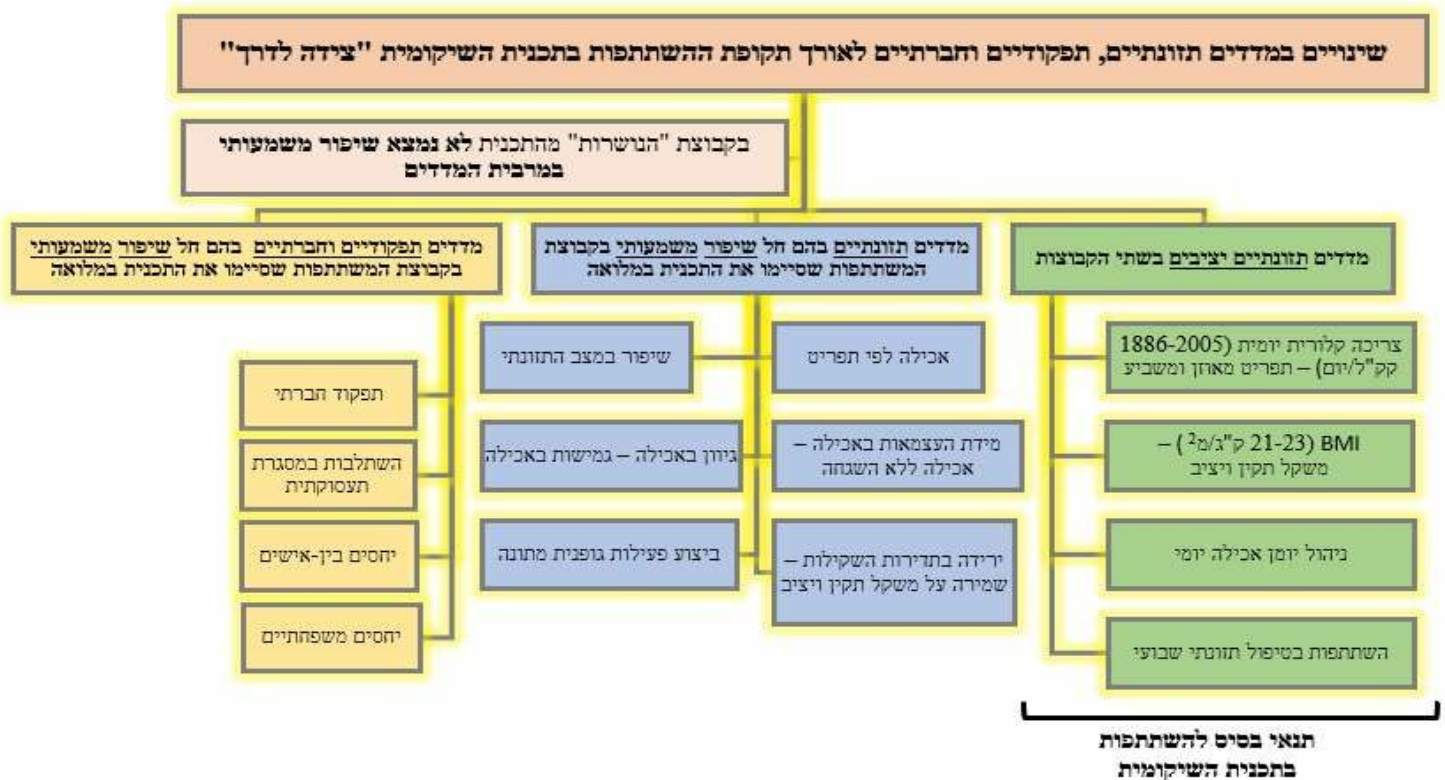
על פי הממצאים, מיעוט מהמשתתפות בשתי הקבוצות עבדו בעת הכניסה לתכנית השיקומית. בעת סיומה של התכנית, מרבית המשתתפות, בשתי הקבוצות, עבדו, מדובר בגידול משמעותי (בקרב מסימות התכנית:  $\chi^2(2) = 38.00, p < .001$ , בקרב הנושרות:  $\chi^2(2) = 27.30, p < .001$ ). תפקוד חברתי טוב עלה מכ-55% בקרב המשתתפות שסיימו את התכנית לכ-72%, ותפקוד חברתי נמוך פחת בקבוצה זו מכ-26% ללא קיים ( $\chi^2(2) = 10.70, p = .005$ ). תפקוד חברתי טוב נמצא בתחילת השהות בתכנית בקרב כ-31% מהמשתתפות בקבוצת הנושרות, ובקרב 42% מהן בסיום התכנית, ללא שינוי סטטיסטי מובהק ( $\chi^2(2) = 2.68, p = .262$ ). באופן דומה, יחסים בין אישיים טובים עלו בשכיחותם מכ-45% בקרב משתתפות שסיימו את התכנית במלואה לכ-69%, ויחסים בין אישיים לא טובים פחתו בקבוצה זו מכ-19% לכ-3% ( $\chi^2(2) = 9.77, p = .008$ ). יחסים בין אישיים טובים נרשמו בתקופת ההתחלה של התכנית בקרב כ-33% מהמשתתפות שנשרו מהתכנית, ובקרב כ-39% מהן בסיום, ללא שינוי משמעותי ( $\chi^2(2) = 1.61, p = .447$ ). יתר על כן, יחסים משפחתיים טובים עלו בשכיחותם מכ-26% בקרב משתתפות שסיימו את התכנית לכ-55%, בעוד שיחסים משפחתיים לא טובים פחתו בשכיחותם בקבוצה זו מכ-42% לכ-10% ( $\chi^2(2) = 12.25, p = .002$ ). יחסים משפחתיים טובים נרשמו בתקופה הראשונית של התכנית בקרב כ-31% מהמשתתפות שנשרו ממנה, ובקרב כ-39% מהן בסיום, ללא שינוי משמעותי ( $\chi^2(2) = 1.17, p = .558$ ). רמת התפקוד בעבודה הוערכה עבור משתתפות שעבדו. מרביתן, בשתי הקבוצות, תפקדו היטב בעבודה, ללא שינוי משמעותי לאורך זמן (סיימו את התכנית במלואה:  $\chi^2(2) = 3.69, p = .158$ , נושרות:  $\chi^2(2) = 2.00, p = .368$ ). מעט מהמשתתפות עסקו בלימודים, ורמת התפקוד שלהן במסגרת זו הייתה מגוונת.

טבלה מספר 15. התפלגות של מדדי תפקוד, לפי קבוצה וזמן

נושרות N (%)			מסיימות N (%)				
סיום (n=36)	אמצע (n=23)	כניסה (n=55)	סיום (n=32)	אמצע (n=31)	כניסה (n=31)		
30 (83.3)	20 (87.0)	7 (12.7)	30 (93.8)	26 (83.9)	5 (16.1)	כן	תעסוקה
15 (41.7)	9 (39.1)	17 (30.9)	23 (71.9)	19 (61.3)	17 (54.8)	טוב	תפקוד חברתי
13 (36.1)	7 (30.4)	16 (29.1)	9 (28.1)	8 (25.8)	6 (19.4)	בינוני	
8 (22.2)	7 (30.4)	22 (40.0)	--	4 (12.9)	8 (25.8)	ירוד	
14 (38.9)	8 (34.8)	18 (32.7)	22 (68.8)	18 (58.1)	14 (45.2)	טוב	יחסים בין אישיים
14 (38.9)	7 (30.4)	13 (23.6)	9 (28.1)	10 (32.3)	11 (35.5)	בינוני	
8 (22.2)	8 (34.8)	24 (43.6)	1 (3.1)	3 (9.7)	6 (19.4)	רע	
14 (38.9)	11 (47.8)	17 (30.9)	17 (54.8)	11 (35.5)	8 (25.8)	טוב	מערכת יחסים עם המשפחה
17 (47.2)	7 (30.4)	19 (34.6)	11 (35.5)	10 (32.3)	10 (32.3)	בינוני	
5 (13.9)	5 (21.7)	19 (34.5)	3 (9.7)	10 (32.3)	13 (41.9)	רע	
23 (69.7)	16 (76.2)	8 (88.9)	29 (96.7)	22 (78.6)	10 (83.4)	טובה-גבוהה	רמת התפקוד בעבודה
4 (12.1)	3 (14.3)	1 (11.1)	--	6 (21.4)	1 (8.3)	בינונית	
6 (18.2)	2 (9.5)	--	1 (3.3)	--	1 (8.3)	נמוכה	
7 (100.0)	2 (66.7)	6 (54.5)	--	2 (50.0)	9 (90.0)	טובה-גבוהה	רמת התפקוד בלימודים
--	--	2 (18.2)	1 (100.0)	2 (50.0)	1 (10.0)	בינונית	
--	1 (33.3)	3 (27.3)	--	--	--	נמוכה	

לסיכום, השערה מספר 2 של חלק מחקר זה נתמכה; לאורך תקופת ההשתתפות בתכנית השיקומית **חל שיפור במדדים תזונתיים ותפקודיים** בקרב קבוצת המשתתפות בתכנית **שהשלימו אותה במלואה** (בתוך כך- אכילה לפי תפריט, גיוון באכילה, עצמאות באכילה, שיפור ברמת התפקוד – תעסוקתי וחברתי, ביחסים בין-אישיים ומשפחתיים), בעוד שבקרב משתתפות שנשרו מהתכנית **לא נמצא** שיפור משמעותי במרבית המדדים. בהקשר זה ר' **תרשים מספר 2**: שינויים במדדים תזונתיים ותפקודיים לאורך תקופת ההשתתפות בתכנית השיקומית "צידה לדרך".

תרשים מספר 2: שינויים במדדים תזונתיים ותפקודיים לאורך תקופת ההשתתפות בתכנית השיקומית "צידה לדרך"



5. דיון ומסקנות

פרק מחקר רטרוספקטיבי זה מהווה בסיס למחקר הנרחב, ראשיתו בסקירת פרופיל המשתתפות בתכנית השיקום הייחודית "צידה לדרך" לאורך 8 שנים (2010-2017). מתוך הנתונים עולה, כי תכנית שיקומית זו מהווה **מסגרת טיפולית ממושכת המכוונת למשתקמות צעירות, המתמודדות עם הפרעת אכילה מורכבת וארוכת שנים**. מרבית המשתקמות פונות למסגרת זו **לאחר פרקי אשפוז**, אשר מיועדים לייצוב סימפטומטי. הנתונים מצביעים על כך שכ-33% מהמשתתפות בתכנית השלימו אותה במלואה והיתר נשרו ממנה בשלבים שונים. בהתחשב במורכבות אוכלוסיית המטופלות שמופנות לתכנית זו; הן מבחינת מדדי הפרעת אכילה, התחלואה הנלווית וההיסטוריה האישית והטיפולית, מדובר בהישג לא מבוטל.

בהקשר זה, יוזכר, כי הפרעות אכילה הן הפרעות קשות ועמידות לטיפול, עם נטייה להיכנס למהלך מחלה ממושך ואף כרוני, ומאופיינות בשיעורים גבוהים של נשירה מטיפול והישנות. על פי הספרות, שיעור הנשירה מטיפול בקרב המתמודדות עם הפרעות אכילה גבוה בהשוואה ליתר המחלות הפסיכיאטריות ונע בין 20%-51% במסגרת אשפוז ובין 29%-73% במסגרת מרפאה (Dejong, Broadbent & Schmidt, 2012; Watson, Fursland & Byrne, 2013). שיעורים אלו דומים לשיעורי הנשירה הגבוהים שנמצאו במחקרנו. יודגש כי תכנית השיקום "צידה לדרך" הינה תכנית המיועדת למטופלות המתמודדות עם הפרעת אכילה קשה וממושכת והמתקשות להשלים את תהליך ההחלמה שלהן לאחר אשפוז במסגרת מרפאה – עניין המבהיר את אחוזי הנשירה הגבוהים שנרשמו לאורך השנים. מקובל להעריך, כי ההיענות הנמוכה יחסית לטיפול בהפרעות אכילה בכלל ובקרב המתמודדות עם אנורקסיה

נרבוזה בפרט, נובעת בחלקה ממוטיבציה נמוכה לשינוי ההרגלים הקשורים בהפרעת האכילה ומקושי משמעותי להתמודד עם קשיי היום-יום (Ameller et al., 2005; Vansteenkiste, Soenens & Vandereycken, 2005; Sansfacon et al., 2017). ככלל, המתמודדות עם הפרעות אכילה לרוב אמביוולנטיות מאוד ביחס לשינוי התנהגויותיהן ולכן, מתקשות בשמירת מחויבותן לטיפול. זאת ועוד, שיעור הישנות סימפטומים מוערכים בכ-42% בקרב מתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה לאחר כשנה מסיום אשפוז (Eckert et al., 1995) ובכ-31% בקרב מתמודדות עם בולימיה נרבוזה, לאחר כשנתיים מסיום אשפוז (Olmsted, Kaplan & Rockert, 1994). נתונים אלו מחזקים את הצורך בתכנית שיקום מקיפה וארוכת טווח, בדומה לתכנית הבית השיקומי "צידה לדרך".

מתוך הנתונים מסתמן כי עיקר הנשירה מהתכנית התרחשה **לאחר פרק זמן קצר יחסית** (בממוצע בחצי השנה הראשונה להצטרפות לתכנית), ונובעת בעיקרה **מקשיי הסתגלות וקשיים בעמידה בדרישות התכנית**. נתון זה מדגיש את הצורך בבניית **תכנית הכנה** מתאימה למיועדות למסגרת שיקומית, שתסייע בחיזוק המוטיבציה של המצטרפות, הבנה והשפעה על מאזן קבלת ההחלטות שלהן; אשר נע בין הכרה בצורך במסגרת שיקומית לבין חשש כבד ממנה. כמו גם, תגבור מערכות התמיכה והסיוע המסופקות על ידי הצוות למשתקמות בשלבים הראשונים של קליטתן והסתגלותן למסגרת החדשה. בנוסף לכך, שיעורי הנשירה הגבוהים מתכנית זו מצביעים על חשיבות יצירת **מדרג תכניות שיקום**; הקמת בית שיקומי נוסף לתת אוכלוסייה במצב קשה יותר ו/או בעלת תחלואה כפולה בו תהליך השיקום יהיה הדרגתי וממושך יותר.

מעבר לכך, פרופיל אוכלוסיית המשתקמות מלמד על פניות מצד נשים המשתייכות לתת אוכלוסיות חברתיות-תרבותיות מסוימות, בתוך כך נשים חרדיות ונשים ערביות. מכאן, ממצאי המחקר תומכים **בהקמת בתים שיקומיים ייעודיים**, בהם; בית שיקומי המותאם לנשים המשתייכות לאוכלוסייה החרדית והערבית.

מרבית המשתקמות שסיימו את התכנית במלואה (כ-83%), פנו עם סיומה לתכניות המשך שיקומיות, נתון זה מחזק את ההבנה וההכרה בכך שתהליך שיקום מוצלח מהפרעת אכילה קשה וממושכת הינו **תהליך הדרגתי וארוך הנמשך מספר שנים, ואינו מסתיים בייצוב פיסי וסימפטומטי בלבד**. ראשיתו של תהליך השיקום הינו לרוב במסגרת של אשפוז מלא, שמטרתו לסייע בהשגת רמיסיה ראשונית. ובהמשך, נדרשת החזקה ותמיכה ארוכת טווח, ברמות שונות, עד להשגה מחודשת של עצמאות וחזרה מלאה לחיים נורמטיביים. משמע, גם השלב של הבית השיקומי איננו מספק ויש מקום למדרג בדרך לחיים עצמאיים מלאים.

מתוך שאיפה לצמצם את אחוזי הנשירה מתכנית השיקום ולשפר את תהליך התאמת המטופלות לבית השיקומי, ערכנו ניתוח לבחינת מדדים מנבאים להתאמה למודל השיקומי. השערתנו כי רמת תחלואה חמורה יותר תנבא התאמה מופחתת לתכנית ונשירה מוקדמת ממנה נתמכה באופן חלקי בלבד. על פי הנתונים, המנבאים המשמעותיים ביותר להתאמה לתכנית הם; **1. רמת מוטיבציה גבוהה בכניסה לתכנית השיקומית** – רצון אוטונומי של המשתקמת לשנות את מצבה ולהיפרד מהפרעת האכילה, חרף האמביוולנטיות הרבה שמפיינת את תהליך ההחלמה. **2. תפקוד חברתי**

**תקין** – נתון משמעותי מאחר ומדובר במסגרת שיקומית משותפת בה מתרחשות אינטראקציות חברתית על בסיס יומי, וכן ביסוסה של ברית טיפולית דורשות מיומנויות בין אישיות. **3. הערכה עצמית גבוהה** – תחושת מסוגלות וכוחות. אמונה בערך העצמי מעבר לגבולות הפרעת האכילה. **4. יכולת לגוון באכילה** – יכולת המעידה על רמת גמישות גבוהה יותר באכילה ונוקשות מופחתת ביחס למזון. **5. עיסוק מופחת בצורת הגוף** – יכולת הכלה וקבלה כלפי שינויים שעשויים להתרחש בצורת הגוף ובמשקל. בהקשר זה, ר' **תרשים מספר 3** – מנבאים עיקריים להתאמה לתכנית שיקום בהפרעות אכילה, על בסיס תכנית השיקום "צידה לדרך".

למעשה, כלל המשתקמות שלקחו חלק בתכנית הינן בעלות תחלואה מורכבת וממושכת, מרביתן עם מספר אשפוזים קודמים ותחלואה נלווית. ממצאי המחקר מצביעים על כך שגם מטופלות אלו הן **ברות שיקום**. בעת בחינת התאמה של מטופלת לתכנית שיקומית, יש לייחס **חשיבות מופחתת** לפרופיל סוציו-דמוגרפי והיסטוריית תחלואה **ולשים דגש מיוחד לרמת המוטיבציה** לתהליך השינוי, **ליחסים בין אישיים תקינים**, לבחינת מדדים נלווים המעידים על **מידת נוקשות מופחתת ביחס להפרעת האכילה** וקיומה של אמונה **במסוגלות עצמית** ויכולות להתקדם בהדרגה אל עבר שינוי. נרחיב על כל אחד מגורמים מנבאים אלו;

מוטיבציה אוטונומית; ללא ספק, לא ניתן לערוך תהליך שיקומי מורכב שכזה ללא רצון בסיסי מצד המטופלת. בהקשר זה, בעשורים האחרונים חלה עלייה בתשומת הלב המופנית כלפי המוטיבציה לשינוי והשפעותיה על תוצאות הטיפול בהפרעות אכילה. ממצאי מחקרנו נמצאים בהתאמה לממצאים קודמים לפיהם רמת **מוטיבציה נמוכה מהווה גורם מנבא לנשירה מטיפול בהפרעות אכילה, ונשירה מוגברת מטיפול נמצאת בקורלציה להפחתה בסיכויי ההחלמה**. כמו כן, רמת מוטיבציה גבוהה נמצאה במחקרים קודמים כגורם מנבא לביסוסה של ברית טיפולית משמעותית, הפחתה בהתקפי אכילה, עלייה גדולה יותר במשקל הגוף (בקרב מתמודדות הנמצאות בתת-משקל), חוסר שבעות רצון נמוכה יותר ממשקל הגוף, דחף נמוך יותר לרזון וערך גבוה יותר של מדד ה-BMI (Vall & Wade, 2015; Steinhausen & Weber, 2009; Geller et al., 2004; Treasure et al., 1993; Rieger et al., 2000; Rodriguez-Cano & Beato-Fernandez, 2005).

יחסים בין אישיים תקינים; ממצא זה מתיישב היטב עם הספרות; קושי ביצירת קשרים בין-אישיים מוכר כרכיב חשוב בהתפרצותה ושימורה של הפרעת אכילה (McIntosh et al. 2000; Ung et al., 2017). קשיים בין-אישיים מאופיינים בתפקוד חברתי ירוד ובעיות ביצירת מערכות יחסים בריאות ומשמעותיות עם אחרים. ממחקרים עולה, כי מתמודדות עם הפרעות אכילה מציגות קשיים בין-אישיים בשכיחות גבוהה בהשוואה לנבדקים ללא הפרעות אכילה קשר ישיר בין קשיים ביצירת קשרים בין אישיים לעיסוק יתר באכילה, צורת הגוף ומשקלו, כמו גם, חומרת סימפטומים בולימיים (התקפי אכילה והיטהרות) (Arcelus, Haslam, Farrow & Meyer, 2013; Telch & Agras, 1994). קשיים ביצירת קשרים בין-אישיים בראשיתו של טיפול, עלולים להשפיע על תוצאות הטיפול (Carter, Kelly & Norwood, 2012). ממחקרים קודמים, חסמים בין-אישיים, דוגמת- קושי ביצירת קשר עם המטפל/ת ואחרים בעלי משמעות עשויים להפריע לתהליך הטיפולי ולהוביל לנשירה מוקדמת וכן, לפגוע באפקטיביות

של הטיפול (מבחינת הפחתת סימפטומים והחלמה). (Chen & Mallinckrodt, 2002; Clinton et al., 2004, ).  
(Constantino et al., 2005; Jones et al., 2015).

הערכה עצמית גבוהה; מחקר קודם הראה כי מתמודדות עם הפרעות אכילה הינן לרוב בעלות הערכה עצמית נמוכה (Sassaroli, Gallucci & Ruggiero, 2008). מחקר נוסף מצא קשר בין הערכה עצמית גבוהה לבין מוטיבציה גבוהה יותר לשינוי בהפרעות אכילה בקרב מתבגרים עם אנורקסיה נרבוזה (Pauli et al., 2017). ממצאים אלו מתיישבים היטב עם ממצאי המחקר הנוכחי. מטופלים מתבגרים ובוגרים שהינם בעלי הערכה עצמית נמוכה יותר עשויים לבטא פחות מוטיבציה לשינוי מצבם וויתור על סימפטומים המסייעים להם בהשגת בטחון עצמי.

נוקשות מופחתת ביחס להפרעת האכילה; מתבטאת בעיסוק מופחת בצורת הגוף וביכולת לגיוון באכילה. גיוון באכילה הינו מדד תזונתי שנמצא במחקרנו כמנבא להתאמה לתכנית שיקומית וכן, חל בו שיפור משמעותי בקרב משתתפות שהשלימו את התכנית במלואה. יכולת הגיוון מהווה במרבית המקרים רכיב מרכזי בסימפטומטולוגיה של הפרעת האכילה. מתמודדות עם הפרעות אכילה בכלל ועם אנורקסיה נרבוזה בפרט, נוטות להציג מגוון התנהגויות אכילה חריגות כחלק מהפרעת האכילה, דוגמת- אכילה איטית, חיתוך קטן של המזון, צמחונות בשיעור גבוה מהמקובל באוכלוסייה הכללית וצמצום במגוון המזונות הנאכלים (Sunday & Halmi, 2003; Bardone-Cone et al., 2000; Hadigan et al., 2012). אכילה בררנית המתמקדת במגוון מצומצם של מזונות אופיינית גם בשלבים ראשונים של תהליך החלמה. ממחקר קודם, צריכת מזונות בעלי צפיפות אנרגטית נמוכה ומגוון מצומצם נמצאה קשורה עם הפחתה בהצלחת הטיפול ואילו גיוון באכילה מנבא שמירה על משקל גוף תקין בקרב המתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה (Schebendach et al., 2008).

**תרשים מספר 3 – מנבאים עיקריים להתאמה לתכנית שיקום בהפרעות אכילה, על בסיס תכנית השיקום "צידה לדרך".**



השערה מספר 2 של פרק מחקר זה עסקה במידת ההתקדמות והשיפור במדדים תזונתיים ותפקודיים בעקבות שהייה בתכנית וסיומה. מתוך הנתונים, שהייה ממושכת בתכנית והשלמה שלה נמצאה קשורה בשיפור משמעותי הן

**מבחינה תזונתית** (בתוך כך- אכילה לפי תפריט, שיפור מצב תזונתי, עלייה במידת העצמאות באכילה, עלייה ביכולת הגיוון באכילה, ביצוע של פעילות גופנית מתונה) **והן מבחינה תפקודית** (בתוך כך- שיפור בתפקוד החברתי, שיפור ביחסים בין אישיים ומשפחתיים) בקרב המשתקמות שסיימו את התכנית במלואה, בעוד שבקרב הנושרות לא נמצא שינוי משמעותי בפרמטרים אלו.

יודגש, כי לאורך כל התכנית ובשתי קבוצות המחקר, **לא חל שינוי מבחינת מדד ה-BMI**, אשר נע בממוצע בטווח שבין 21-23 ק"ג/מ<sup>2</sup> (ערך BMI תקין) ומבחינת **ערכו הקלורי של התפריט היומי** אשר נע בין 1886-2005 קק"ל/יום בממוצע (תפריט איזון המיועד לשמירה על משקל תקין, הפחתת העיסוק האובססיבי באכילה ומאפשר תכנון ארוחות מאוזנות, מגוונות ומשביעות). וכן, כי כלל המשתתפות בתכנית לקחו חלק **בטיפול תזונתי על בסיס שבועי וניהלו יומן אכילה והשתלבו במסגרת תעסוקתית**. ממצאים אלו מתיישבים היטב עם מסגרת הגבולות והכללים התזונתיים והתפקודיים הנדרשים בבית השיקומי ומהווים **תנאי בסיס להמשך ההשתתפות בתכנית**. זאת, מתוך תפיסה כי לא ניתן לערוך שיקום משמעותי כאשר נמצאים בתת-משקל, או כאשר ישנם סימפטומים פעילים של הפרעת אכילה, ומתוך הכרה בחיוניותו ומרכזיותו של הליווי התזונתי כחלק מתהליך הטיפול והשיקום של המתמודדות עם הפרעות אכילה, המומלץ על ידי איגוד הפסיכיאטריים האמריקאי (APA) (American Psychiatric Association, 2013). בנוסף לכך, ניתן דגש להשתלבות תעסוקתית, מתוך ניסיון להשיב את המשתקמות למסלול חיים נורמטיבי המותאם לגילן.

### **סיכום והמלצה למחקרי המשך**

לסיכום, ממצאי פרק המבוא של מחקר חלוצי זה מציגים בקווים כלליים את פרופיל אוכלוסיית המשתתפות בתכנית לאורך השנים, מצביעים על גורמים מנבאים להתאמה לתכנית ומספקים השוואה בין משתקמות שסיימו את התכנית במלואה לבין משתתפות שנשרו ממנה ביחס למידת השיפור במדדים תזונתיים ותפקודיים. מתוך הממצאים עולה, כי תכנית שיקומית זו מגשימה את ייעודה ומהווה **מסגרת טיפולית ממושכת המכוונת למשתקמות צעירות, המתמודדות עם הפרעת אכילה מורכבת וארוכת שנים**. חולשתו העיקרית של פרק מחקר זה נובעת מהיותו רטרוספקטיבי, הנשען על מידע ארכיוני קיים, בהיקף מוגבל ולעיתים חסר. ישנה חשיבות רבה **בהמשך מחקר והשקעת משאבים בתכניות שיקום המיועדות למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות**, במטרה לצמצם את שיעור האשפוזים החוזרים, הישנות הסימפטומים ולהביא לשיפור הפרוגנוזה. מומלץ להמשיך ולבחון תכניות שיקום נוספות, הפונות למטופלות בעלות מאפיינים שונים ומשתייכות לתת-אוכלוסיות נוספות.

**תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום  
עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה**

---

## **תת-מחקר II**

**מחקר מעקב**



**תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה**

**תת-מחקר II: מחקר מעקב**

**1. מטרת המחקר**

**1.1 מטרה כללית**

בחינת גורמים מנבאים להחלמה מהפרעות אכילה קשות, בדגש על בחינת תפקידו של השיקום התזונתי.

**1.2 מטרת ספציפיות**

1. לבחון את מידת ההחלמה הקלינית ומידת ההחלמה האישית בקרב משתתפות שלקחו חלק בתכנית הבית

השיקומי בצפון ישראל - "צידה לדרך", בין השנים 2010-2017.

2. לבחון את הקשרים בין החלמה קלינית לבין החלמה אישית.

3. לבחון מדדים מנבאים להחלמה קלינית ואישית מהפרעות אכילה, עבור משתקמות שהשתתפו בתוכנית שיקומית זו.

**2. השערות המחקר**

1. על פי הספרות, החלמה מלאה מהפרעות אכילה מתרחשת בקרב 40%-50% מהמטופלות עם הפרעות אכילה שנענות לטיפול (כאשר, ישנה שונות רבה בהגדרת מושג ההחלמה במחקרים השונים). המחקר הנוכחי בא להתמקד בתת אוכלוסייה של מטופלות המתמודדות עם הפרעת אכילה חמורה, מורכבת, ממושכת ובמקרים רבים בעלות תחלואה נלווית פסיכיאטרית ורפואית, הזקוקות לסיוע שיקומי ארוך טווח. מכאן, ניתן לשער כי במחקר הנוכחי ימצאו אחוזים נמוכים יותר של החלמה בקרב משתקמות שהשלימו את התוכנית בהשוואה לאחוזים המוכרים בספרות, עם זאת, תוצאה זו תהווה הישג עבור המודל השיקומי, בשל מורכבות האוכלוסייה.

ב. יימצאו מתאמים חיוביים בין החלמה קלינית לבין החלמה אישית בקרב משתקמות המחלימות מהפרעות אכילה. החלמה קלינית תהווה רכיב חיוני מקדים לגיבושה של החלמה אישית, באופן שרק התמודדות מוצלחת עם הסימפטומים הקליניים תאפשר החלמה בהיבטים תפקודיים, חברתיים ורגשיים. בתוך כך, יימצא מתאם חיובי בין שמירה על משקל מינימאלי תקין ו/או הימנעות מהתנהגות מטהרת (דוגמת הקאות/ שימוש במשלשלים) לבין החלמה אישית – יתקבל ציון גבוה יותר במדדים הבוחנים תפקוד, קשרים חברתיים ואיכות חיים.

2. החלמה קלינית והחלמה אישית יהיו ניתנות לניבוי באמצעות מדדי רקע קליניים ואישיים שונים, כאשר רמת שיתוף הפעולה עם התוכנית השיקומית (ובפרט עם התכנית התזונתית) תמצא כמנבא המשמעותי ביותר להחלמה.

**3. שיטות**

פרק מחקר זה כולל מעקב אחר משתתפות שלקחו חלק בתכנית הבית השיקומי "צידה לדרך", בין השנים 2010-2017. המעקב בוצע הן אחר משתתפות שהשלימו את התכנית השיקומית במלואה והן אחר משתתפות שנשרו ממנה. המשתתפות שנכללות בפרק זה הן אלו שאותרו, הסכימו לקחת חלק במחקר המעקב וחתמו על טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר (פירוט אודות המשתתפות במחקר ר' בפרק תיאור ממצאי המעקב, עמוד 61). המעקב כלל ראיון טלפוני ומילוי של 3 שאלונים. הראיונות הטלפוניים נערכו כולם על ידי החוקרת הראשית ותועדו תוך כדי השיחה ומיד עם סיומה.

### **3.1 הגדרת המשתנים**

#### **3.1.1 משתנים תלויים**

**א. החלמה קלינית** מהפרעות אכילה (החלמה הקשורה למיגור סימפטומים של הפרעת האכילה; אכילה לפי תפריט מאוזן, שמירה על משקל גוף תקין, מילוי יומן אכילה, התקדמות הדרגתית מאכילה בפיקוח לאכילה עצמאית, גיוון באכילה, הפסקת סימפטומים מטהרים, הפחתת העיסוק במבנה הגוף בצורה ובמשקל, הפחתה בפחד מעלייה במשקל). **החלמה קלינית** נמדדה באמצעות שאלון קנה מידה להערכת טיפול בהפרעות אכילה (Eckert, Halimi, Marchi) (Grove, & Crosby, 1995)<sup>2</sup>.

**ב. החלמה אישית** מהפרעות אכילה (החלמה על פי הערכה של פרמטרים תפקודיים, חברתיים ורגשיים; גיבוש תחושת עצמי חדש, הישגים חברתיים ומקצועיים). **החלמה אישית** נמדדה באמצעות שאלון המיועד להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום הפסיכיאטרי בקהילה (שאלון בו נעשה שימוש בפרויקט הלאומי "מדדי תוצאה", רועה ועמיתיו, 2014)<sup>3</sup>.

#### **3.1.2 משתנים בלתי תלויים**

**א. נתונים סוציו-דמוגרפיים (משתנים אוניברסאליים)** בכניסה לתוכנית השיקומית, נלקחו מתיקי המטופלות במרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם: גיל, מין, מצב משפחתי, דת/אזרחות, ארץ לידה, מוצא המשפחה, רקע משפחתי כללי, השכלה, שרות צבאי, תעסוקה.

**ב. מדדי תחלואה קליניים** בכניסה לתוכנית השיקומית, לאורך התוכנית ובסיומה, נלקחו מרשומות הבית השיקומי ומתיקי המטופלות במרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם: סוג ומשך הפרעת האכילה, סימפטומים פעילים של הפרעת אכילה- צמצום באכילה, הקאות, התקפי אכילה, תחלואה נלווית, נטילת טיפול תרופתי ומספר אשפוזים קודמים.

**ג. מדדים תזונתיים** בכניסה לתוכנית השיקומית, לאורך התוכנית ובסיומה, נלקחו מרשומות הבית השיקומי: משקל ו-BMI, ערך קלורי של התפריט היומי, צמחונות (כן/לא), מצב תזונתי (שיפור/ ללא שינוי/ החמרה).

**ד. מדדי תפקוד** בכניסה לתוכנית השיקומית, לאורך התוכנית ובסיומה, נלקחו מרשומות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם והבית השיקומי: תעסוקה, תפקוד חברתי, קשרים בין אישיים ומשפחתיים, תפקוד בעבודה/ בלימודים.

<sup>2</sup> בהקשר זה, ר' נספח ב' – שאלוני מחקר מעקב, עמוד 156.

<sup>3</sup> בהקשר זה ר' נספח ב' – שאלוני מחקר מעקב, עמוד 158.

ה. **מדדים פסיכולוגיים** בכניסה לתוכנית השיקומית, נלקחו מתיקי המטופלות במרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם, על בסיס תוצאות שאלונים שמולאו בביה"ח: הערכה עצמית, דימוי גוף, הערכת חרדה, דיכאון, אימפולסיביות.

ו. **רמת שיתוף הפעולה עם התוכנית השיקומית** - עמידה בהנחיות הכלליות והתזונתיות של התוכנית לאורך תקופת ההשתתפות בה (השתתפות בקבוצות וטיפולים פרטניים, עמידה בדרישות התוכנית דוגמת ניהול יומן אכילה, אכילה לפי תפריט). רמת שיתוף הפעולה נקבעה על סקלה מדורגת, על פי רשומות הבית השיקומי.

ז. **סיום התוכנית במלואה או נשירה מוקדמת מהתוכנית השיקומית**, על פי רשומות הבית השיקומי.

### 3.2 ערפלנים פוטנציאליים

ערפלן פוטנציאלי עיקרי - **משך הזמן** שחלף ממועד סיום התוכנית השיקומית או הנשירה ממנה עד למועד מילוי שאלוני הערכת ההחלמה.

### 3.3 כלי המחקר

א. **חומר ארכיוני** מרשומות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם והבית השיקומי "צידה לדרך". עיקרי המידע הנכלל במאגרים אלו: רקע אישי ופרטים דמוגרפיים, מידע קליני ופסיכולוגי אודות המתקבלות לתוכנית השיקומית טרם כניסתן לבית השיקומי, וכן, מידע אודות המשתקמות לאורך התוכנית (דוחות פעילות שוטפים, מעקב תזונתי) ועם סיומה. לפירוט אודות בסיס נתונים זה, ר' נספח א' עמוד 154.

ב. **שאלון קנה מידה להערכת טיפול בהפרעות אכילה** - (Eckert, Halmi, ) Anorectic Outcome Scale (Marchi, Grove, & Crosby, 1995) (ר' נספח ב' עמוד 156) שאלון זה כולל 17 פריטים לדרוג מצבה הכללי של המטופלת - משקל וגובה נוכחיים וכן, סימפטומים פסיכופתולוגיים הקשורים בהפרעת האכילה: התנהגויות אנורקטיות, עמדות אנורקטיות, ווסת, עמדות והתנהגויות מיניות, הסתגלות חברתית, הסתגלות חינוכית ו/או תעסוקתית והסתגלות פסיכולוגית. הנתונים מתייחסים ומבוססים על 6 החודשים האחרונים. כל משתנה מדורג על פי סקלה הכוללת 4 ציונים מ-"לא קיים" ל-"קיים באופן קיצוני". על פי הנתונים המתקבלים מסקלה זו, נקבעת תוצאת ההחלמה כאחת מתוך ארבע קטגוריות: מחלימה, תוצאה טובה (החלמה חלקית), תוצאה בינונית (הפרעת אכילה בעוצמה בינונית) ותוצאה גרועה (הפרעת אכילה חמורה). פירוט הקטגוריות על פי השאלון; מחלימה: שמירה על משקל מינימאלי תקין, קבלת מחזור סדיר, ללא עדויות משמעותיות להתנהגויות פתולוגיות בתחום האכילה וללא עיוות בדימוי הגוף. תוצאה טובה: שמירה על משקל מינימאלי תקין, קבלת מחזור סדיר, עדויות משמעותיות להתנהגויות פתולוגיות בתחום האכילה ו/או עיוות בדימוי הגוף. תוצאה בינונית: שמירה על משקל מינימאלי תקין ו/או קבלת מחזור סדיר. תוצאה גרועה: משקל נמוך מן המשקל המינימאלי התקין, ללא מחזור חודשי.

שאלון זה נבנה על ידי אקרט ועמיתיו (Eckert, Halmi, Marchi, Grove, & Crosby, 1995) בהתבסס על Average Outcome Score אשר פותח על ידי Morgan & Russell (1975) ובהתבסס על The Global Clinical Score אשר פותח על ידי Garfinkel Moldofsky, & Garner (1977). במחקר מעקב לאחר 10 שנים מן האשפוז מצאו אקרט ועמיתיו (Eckert, Halmi, Marchi, Grove, & Crosby, 1995) מתאמים מובהקים בין

משקל נמוך של המשתתפות לבין מדדי הפתולוגיה השונים ( $r = .26, p < .05$  עד  $r = .46, p < .001$ ). כמו כן, ניתוח שונות הראה כי ארבע קטגוריות ההחלמה (מחלימה, תוצאה טובה, תוצאה בינונית ותוצאה גרועה) נמצאו שונות זו מזו באופן מובהק ( $p < .001$ ) מבחינת הסתגלות מנטאלית, מינית, חברתית ולימודית/תעסוקתית, כמו גם מבחינת דימוי גוף ופחד מהשמנה. עוד נמצא במחקרם כי משתתפות אשר סווגו כמחלימות סבלו פחות מהפרעות אפקטיביות ( $p < .01$ ), הפרעות חרדה ( $p < .05$ ), ופוביות ( $p < .05$ ) על פי הגדרות DSM, בהשוואה לשאר המשתתפות. ממצאים אלה מעידים על תוקף השאלון. השאלון תורגם לעברית על ידי פרופ' מוריה גולן שעשתה בו שימוש במסגרת מחקרים שערכה בישראל.

ג. שאלון המיועד להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום הפסיכיאטרי בקהילה, שאלון בו נעשה שימוש בפרויקט הלאומי "מדדי תוצאה" שנערך על ידי רועה ועמיתיו בשנת 2014 (ר' נספח ב' עמוד 158). שאלון זה כולל שאלות מתחומי חיים שונים לצורך הערכת תפקוד, הצלחת שיקום והחלמה; רקע ופרטים דמוגרפיים, איכות חיים, מטרות ויעדים, תפקוד, העצמה והחלמה, שינויים, בריאות גופנית, השפעת המחלה, השפעת הסימפטומים של המגבלה הנפשית על התפקוד – חלקים אלו מתוך השאלון שימשו אותנו במחקר הנוכחי.

שאלון זה מבוסס על (Mueser et al., 2005) IMR, (Priebe et al., 1999) MANSA ועל פריטים שפותחו על ידי רועה וגלקופף (Roe and Gelkopf, 2012). השאלון כולל 19 פריטים המדורגים על גבי סקלה בת 5 דרגות מ-1 (כלל לא) ועד 5 (במידה רבה מאד), וארבעה פריטים נוספים בסקלות שונות, מהימנות  $\alpha = .88$  (סה"כ 23 פריטים). מבין 23 פריטים אלו: איכות חיים תעסוקתית – 4 פריטים, מהימנות  $\alpha = .70$ . איכות חיים לימודית – 3 פריטים, מהימנות  $\alpha = .77$ . איכות חיים חברתית – 12 פריטים, מהימנות  $\alpha = .85$ . איכות חיים- פנאי והשתתפות קהילתית – 4 פריטים, מהימנות  $\alpha = .46$ .

סקלות נוספות למילוי על ידי הנבדק:

מסוגלות עצמית- 5 פריטים אשר פותחו על ידי רועה ועמיתיו (2014), מהימנות  $\alpha = .75$ .

תמיכה מתקבלת - 5 פריטים אשר פותחו על ידי רועה ועמיתיו (2014), מהימנות  $\alpha = .76$ .

שינויים בחיים - 5 פריטים אשר פותחו על ידי רועה ועמיתיו (2014), מהימנות  $\alpha = .61$ .

מצב נפשי כללי- 2 פריטים מתוך (Priebe et al., 1999) MANSA, ופריט אחד מתוך (Mueser et al., 2005) IMR, מהימנות  $\alpha = .67$ .

שימוש בסמים ואלכוהול- 2 פריטים מתוך (Mueser et al., 2005) IMR,  $r = .65$ .

חומרת הסימפטומים- 6 פריטים: 3 מתוך Sheehan Disability scale ו-3 מתוך (Mueser et al., 2005) IMR, מהימנות  $\alpha = .78$ .

תפקוד יום יומי- 10 פריטים אשר פותחו על ידי גלקופף ועמיתיו (2015), לאחר התייעצות עם שופטים מומחים,

מטופלים וקבוצות מיקוד. מהימנות  $\alpha = .86$ . (מבין 10 הפריטים: 2 מתוך Eisen et al., 2004, 2 מתוך Eisen et al., 1999,

2 מתוך Goodman et al., 1993 ו-4 חדשים). מהימנות המבחן החוזר (test-retest) לחלק זה נמצאה

$r = .44$ . תפקוד- 4 פריטים מתוך BASIS 24 ו-BASIS 32,  $\alpha = .73$ , Role functioning – שני פריטים מתוך

RFS,  $r = .61$ . בריאות פיזית- 9 פריטים המבוססים על (Robert and Baily's, 2011), מהימנות  $\alpha = .59$ . מהימנות

המבחן החוזר (test-retest) לחלק זה נמצאה  $r = .53$ . השפעת הסימפטומים על תפקוד יום יומי- 3 פריטים מתוך

Sheehan disability scale (Sheehan & Sheehan, 2008), מהימנות  $\alpha = .87$ .

#### ה. שאלון אירועי חיים – The Life Experiences Survey (LES) (Sarason et al., 1978).

שאלון דיווח עצמי המכיל 47 פריטים המתייחסים לאירועי חיים אפשריים באוכלוסייה הכללית (ר' נספח ב' עמוד 163). מטרתו של השאלון היא לבחון האם התרחשו אירועים מעוררי דחק וחרדה בחיי הפרט ומידת השפעתם. במילוי שאלון זה, התבקשו המשתתפות לסמן מתוך רשימת אירועים מהם האירועים אשר התרחשו במהלך חייהן ולציין את מועד התרחשותם (מכאן, ניתן להתייחס לאירועים משמעותיים שהתרחשו מאז שסיימו את שהותן במסגרת הבית השיקומי). כמו כן, המשתתפות התבקשו לציין האם האירוע היה בעבורן שלילי או חיובי והתבקשו לדרג את עוצמת ההשפעה של האירוע על חייהן בסולם בן 7 דרגות [מהשפעה שלילית משמעותית (-3), דרך העדר השפעה (0), ועד השפעה חיובית משמעותית (+3)]. "ציון השפעה חיובית על החיים" נבנה על ידי סכום דירוג ההשפעות של האירועים שנתפסים כחיוביים, ואילו "ציון השפעה שלילית על החיים" נבנה על ידי חיבור דירוג ההשפעות של אירועים הנתפסים כשליליים (בערך מוחלט). כמו כן, על ידי חיבור שני ערכים אלו נבנה "ציון השפעה כללית על החיים". נמצא כי מהימנות מבחן חוזר עבור השפעה חיובית של אירועי חיים בשני מדגמים היא  $r = .19$  ו- $r = .53$  ( $p < .001$ ), ועבור השפעה שלילית של אירועי חיים היא  $r = .56$  ו- $r = .88$  ( $p < .001$ ). מהימנות מבחן חוזר עבור אירועי חיים בכללותם (חיוביים ושליליים) נמצאה  $r = .63$  ו- $r = .64$  ( $p < .001$ ) (Sarason et al., 1978). מכאן, שמדובר בכלי מהימן. תוקף השאלון נבדק בעזרת מספר משתנים: נמצאו מתאמים חיוביים ומובהקים בין אירועי חיים שליליים לבין חרדה מצבית ותכונתית, דיכאוניות ומיקוד שליטה חיצוני, וכן מתאם חיובי ומובהק בין אירועי חיים חיוביים לבין מוחצנות (Sarason et al., 1978).

השאלון נמצא בשימוש גם בעברית [למשל- ארקין נ' (1986), וינטר ר' (1998), יגן ח' (2006), שמואל-ברוך ש' (2012)].

בגרסתו העברית של השאלון הוחלפו מספר אירועים אשר נמצאו כבעלי רלוונטיות גבוהה יותר לחיים בישראל, דוגמת פציעה בפעילות טרור או בפגיעה חבלני. כמו כן הוחלפו אירועים אשר אינם תואמים את גיל המשתתפות (כמו פרישה מעבודה).

#### 3.4 מניעה וטיפול בהטיית בחירה

כל המטופלות שמשתתפות במחקר משתייכות לאותה אוכלוסיית מטופלות; כולן עונות על הקריטריונים לקבלה לתוכנית הבית השיקומי "צידה לדרך" (נשים החל מגילאי 18, המתמודדות עם הפרעת אכילה קשות, נמצאו מתאימות ובעלות רצון להשתתפות בתוכנית שיקומית). כולן השתתפו באותה תכנית שיקומית, באותו מוסד, על פי אותם העקרונות.

#### 3.5 מניעה וטיפול בהטיית מידע

בניהול הראיונות האישיים למטופלות במחקר ובמתן ההסברים למילוי השאלונים, הוקפד על שמירתם של תנאים דומים (לדוגמא- אותה מראיינת לכל המשתתפות, סט אחיד של שאלונים למילוי). בקביעת היסטוריית המחלה של המשתתפות במחקר, נעשה שימוש ברישום אובייקטיבי הקיים בתיקי המטופלות במרכז הרפואי רמב"ם.

### 3.6 הטיפול בערפלנים

בכדי לנטרל את השפעתו של גורם משך הזמן ממועד סיום התוכנית השיקומית ועד מועד מילוי שאלוני המחקר, ננקטו שתי פעולות: א. נבדק הזמן המדויק מאז סיום התוכנית או הנשירה ממנה (בחודשים ואף בימים), ובוצע פיקוח סטטיסטי על משך זמן זה בעת בדיקת ההשערות. ב. המשתתפות התבקשו להשיב על שאלון נוסף – שאלון אירועי חיים בסיסי וקצר המתייחס לתקופה שחלפה מאז שעזבו את התוכנית, אשר בא במטרה לבחון האם התרחשו אירועים מעוררי דחק וחרדה בחייהן מאז (Sarason et al., 1978).

### 3.7 בקרת איכות וטיפול בנתונים

כלל הנתונים שנאספו קודדו ונרשמו בצורה מבוקרת בטבלאות נתונים מתאימות אשר נבנו לצורך המחקר, תוך הקפדה על שמירת נאמנות למקור.

### 3.8 שיטות לעיבוד הנתונים

עיבוד הנתונים הכמותיים במחקר נערך באמצעות תוכנת SPSS, גרסה 25. משתנים נומינאליים ואורדינאליים תוארו באמצעות שכיחויות ואחוזים, וההשוואה בין קבוצות נערכה באמצעות מבחני  $Z$  לפרופורציות ו-חי בריבוע. משתנים רציפים תוארו באמצעות ממוצעים וסטיות תקן, וההשוואה בין הקבוצות נערכה באמצעות מבחני  $t$ .

שינויים לאורך זמן (טרום – אמצע – סיום התכנית השיקומית) חושבו עבור משתנים נומינאליים ואורדינאליים בעזרת מבחני חי בריבוע מסוג Friedman test (לשלוש נקודות זמן) ו-Wilcoxon test (לשתי נקודות זמן) ועבור משתנים רציפים בעזרת ניתוחי שונות במדידות חוזרות.

לצורך בדיקת ההחלמה הקלינית והאישית בעת המעקב, הן הורכבו ממספר ממדים; כל ממד הורכב ממספר פריטים. נעשה שימוש בניתוח גורמים מסוג principal component analysis וחישוב עקיבות פנימית ( $\alpha$  Cronbach) עבור הממדים השונים של החלמה קלינית והחלמה אישית במעקב. השוואות בין הקבוצות נערכו באמצעות מבחני  $Z$  ומבחני  $t$ . קורלציות מסוג פירסון חושבו בין החלמה קלינית לבין החלמה אישית, הזמן שחלף מאז סיום ההשתתפות בתכנית השיקומית, ואירועי חיים חיוביים ושלייליים.

לבסוף, חושבו מודלים של רגרסיות לינאריות מרובות לניבוי החלמה קלינית ואישית על ידי משתני המחקר השונים: משתנים קליניים, משתני רקע, משתנים תזונתיים, משתני תפקוד ומדדים פסיכולוגיים בעת הכניסה לתכנית, משתנים תזונתיים ותפקודיים במהלכה ובסיומה של התכנית, כמו גם, סיום התכנית במלואה למול נשירה ממנה. נעשה שימוש ברגרסיות לוגיסטיות עבור משתני תוצאה דיכוטומיים.

מכיוון שהמדגם במחקר הינו קטן באופן יחסי, וכן, נוכח ריבוי המשתנים המנבאים האפשריים, קיומם של ערכים חסרים בנתוני המקור ומשתנים שאינם רציפים, ראשית, חושבו מתאמים פשוטים בין כל אחד ממשתני התוצאה לבין משתנים מנבאים אפשריים בעלי ערכי צידוד סבירים. מנבאים אשר נמצאו כבעלי מתאמים מובהקים שימשו בהמשך

בניתוח הרגרסיה. לפיכך חושבה הרגרסיה בצעדים (stepwise). בכל המקרים נעשה שימוש באירועי חיים ובמספר החודשים שחלפו מסיום ההשתתפות בתכנית השיקומית כמשתני בקרה.

### 3.9 שיקולים אתיים ואישור ועדה אתית/ ועדת הלסינקי

איסוף הנתונים למחקר החל רק לאחר פניה וקבלת אישור מועדות הלסינקי הרלוונטיות (ועדות הלסינקי של המוסד הרפואי רמב"ם ושל אוניברסיטת חיפה). לכל משתתפת ניתן מספר נחקרת לשמירת סודיות. שם המשתתפת ידוע אך ורק לחוקרת האחראית שסיפקה לה קוד מספרי - ניתוח הנתונים בוצע באמצעות מספר הנחקרת בלבד. כמו כן, לכל משתתפת הועבר טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר רפואי, באישור ועדת הלסינקי (ר' נספח ג' עמוד 165). חתימה על טופס זה היוותה תנאי הכרחי להשתתפות במחקר. שמירת הנתונים נעשתה על גבי כונן קשיח מופרד למטרת המחקר, שמור ונעול בארון במשרד במרכז הרפואי רמב"ם, כאשר לחוקרת הראשית ולמנחה בלבד ישנה גישה אל כונן הנתונים. משך שמירת הנתונים: הנתונים ישמרו בארכיון של המרכז הרפואי רמב"ם למשך 15 שנים מעת סיום המחקר, על פי הנחיות משרד הבריאות.

### 3.10 משאבים, ציוד ואמצעים פיזיים לביצוע המחקר

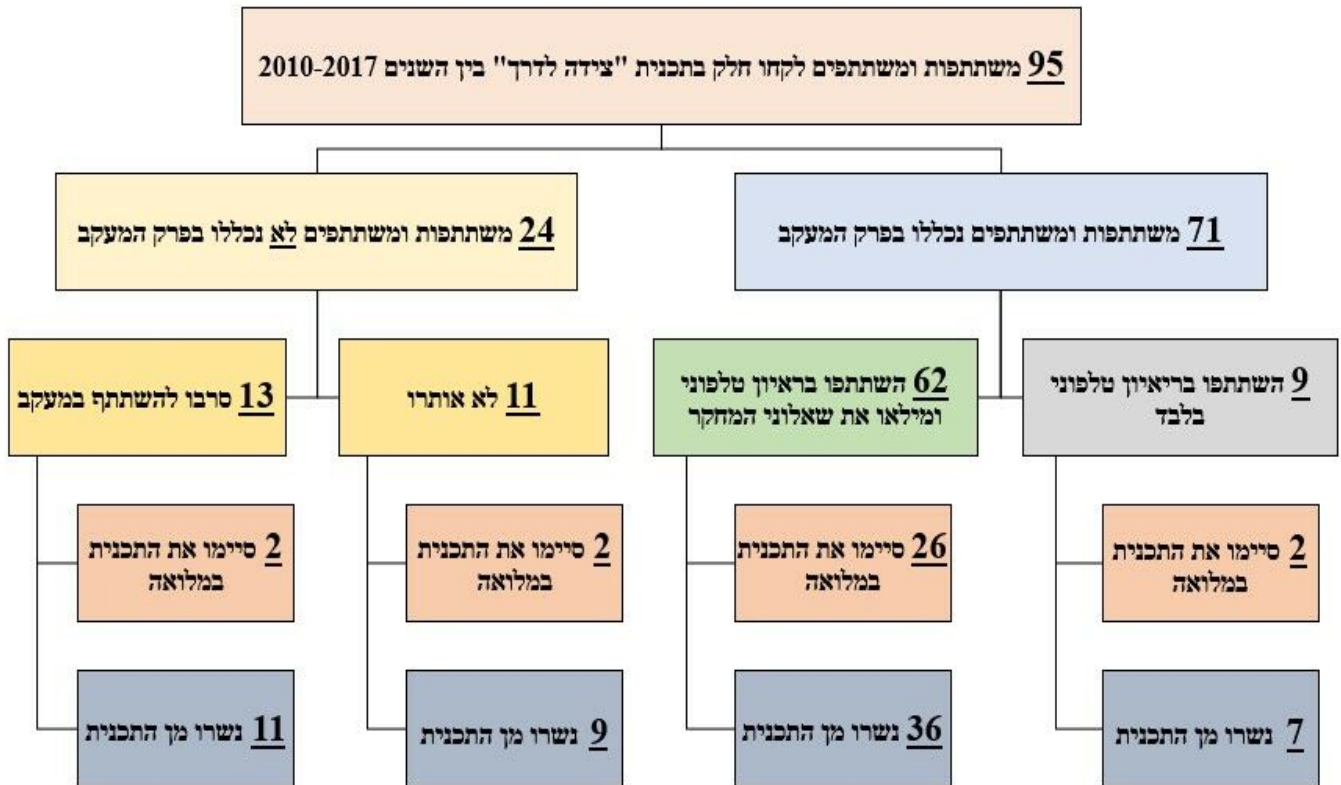
מחקר זה זכה במענק סיוע מטעם המוסד לביטוח לאומי (על סך 60,000 ₪). נעשה שימוש בכספי המענק למימון הוצאות המחקר. בכלל זה; הדפסות, צילומים, הוצאות נסיעה, רכישת תוכנות נדרשות, ייעוץ וסיוע על פי צורך וכיו"ב.

## 4. ממצאים עיקריים

### 4.1 משתתפות

בפרק המעקב לקחו חלק **71 משתתפות ומשתתפים**, אשר הביעו הסכמה להשתתפות במחקר וחתמו על טופס הסכמה מדעת. מתוכם **28 משתתפות שהשלימו את התכנית השיקומית במלואה** (87.5% מתוך 32), ו-**43 שנשרו מהתכנית השיקומית** (68.3% מתוך 63). תשע מהן הסכימו להשתתף בראיון טלפוני בלבד ו-62 הסכימו למלא את שאלוני המחקר, בנוסף למענה על הריאיון הטלפוני. הסיבה השכיחה ביותר לסירוב השתתפות במחקר ומילוי השאלונים נעוצה בכך שהפרעת האכילה עודנה נושא רגיש ביותר עבור חלק מהמתמודדות אשר הביעו חשש כי עצם מילוי השאלונים יהווה עבורן טריגר להתדרדרות במצבן. בראיון הטלפוני נשאלו המשתתפות אודות מסגרות הטיפול בהן הן לקחו חלק לאחר עזיבת תכנית השיקום "צידה לדרך". מתוך **62 המשתתפות שמילאו את שאלוני המחקר; 26 השלימו את התכנית השיקומית במלואה** (26 מתוך 32, 87.5%), ו-**36 נשרו ממנה** (36 מתוך 63, 68.3%). בהקשר זה, ר' תרשים מספר 4 – תיאור גרפי של ההשתתפות בפרק המעקב.

תרשים מספר 4: תיאור גרפי של ההשתתפות בפרק המעקב



מכאן, מרבית המשתתפות אשר השלימו את התכנית במלואה רואיינו ומילאו שאלונים במסגרת המעקב (26 מתוך 32, 81.2%). מתוך משתתפות המחקר שנשרו מן התכנית השיקומית, 57% בלבד (36 מתוך 63) הסכימו להשיב לראיון טלפוני ולמלא את השאלונים. מכל מקום, משתתפות אלו לא נבדלו באופן מובהק מבחינת מאפייני הרקע שלהן בהשוואה למשתתפות שסירבו לקחת חלק במעקב ו/או שלא אותרו. [גיל:  $t(61) = 1.08, p = .283$ ; מספר שנות לימוד:  $t(61) = 0.83, p = .409$ ; מספר אחים/אחיות:  $t(60) = -0.47, p = .640$ ; מספר שנות לימוד של האב:  $t(50) = 0.10, p = .923$ ; מספר שנות לימוד של האם:  $t(50) = 1.12, p = .266$ ; BMI בכניסה לתכנית:  $t(55) = 0.31, p = .579$ ; רמת מוטיבציה בכניסה לתכנית השיקומית:  $Z = 0.71, p = .475$ ]. במילים אחרות, המשתתפות שלקחו חלק בפרק המעקב של המחקר לא נבדלו מבחינת מאפייני הרקע והנתונים בעת הכניסה לתכנית השיקומית מאלו שסירבו להשתתף בו.

#### 4.2 כלים

**החלמה קלינית:** הוגדרה באמצעות סיכום הניקוד מתוך שאלון להערכת הפרעת אכילה, וכללה ארבע קטגוריות: א. ללא הפרעת אכילה, ב. כמעט החלמה עם מעט סימפטומים, ג. בשיפור, אך עדיין הרבה סימפטומים, ד. ללא שינוי או החמרה בסימפטומים.

**החלמה אישית:** הורכבה מהערכה ב-6 תחומים: תעסוקה, מערכות יחסים בין אישיות, הצבת מטרות, בריאות נפשית, תפקוד יום-יומי ובריאות גופנית.



- א. תעסוקה: הוגדרה באופן דיכוטומי; 1- עובד/ת, 0- מובטל/ת.
- ב. מערכות יחסים בין אישיות: התבססו על תפיסותיהן של המשתתפות ביחס למערכות היחסים שלהן עם בני משפחה, ילדים (אם יש להן), קשרים חברתיים, אינטימיות, מגורים ופנאי. כל הפריטים דורגו בסקלה של 1 (לא מרוצה כלל) עד 5 (מרוצה מאוד). ניתוח גורמים מסוג principal component analysis לפריטים העלה כי הם מרכיבים משתנה אחד ( $Eigenvalue = 2.70$ ) המסביר 53.93% מהשונות. עקיבות פנימית נמצאה  $\alpha = .78$ . הסולם הורכב ממוצע הפריטים, כאשר ציון גבוה יותר מצביע על תפיסות חיוביות יותר של יחסים בין אישיים.
- ג. הצבת מטרות: משתנה זה הורכב מפריט אחד; המשתתפות התבקשו לציין מטרה שהן הציבו לעצמן בשנה האחרונה ואת המידה שבה אותה מטרה הושגה, בסולם שנע בין 1 ל-5: 1- לא הצבתי מטרה, 2- הוצבה מטרה, אך לא הושקע מאמץ להשגתה, 3- הוצבה מטרה ונעשתה התקדמות להשגתה, 4- הוצבה מטרה והיא כמעט הושגה, 5- מטרה הוצבה והושגה. ערך הציוד של פריט זה הוא  $0.45$  ( $SE = 0.30$ ) ולכן, ההתייחסות אליו בניתוח היא כאל משתנה רציף.
- ד. בריאות נפשית: משתנה זה הורכב מ-5 פריטים. השניים הראשונים עסקו בתפיסת המשתתפות את בריאותן הנפשית והמידה שבה הפרעת האכילה משבשת את חיי היום-יום שלהן. שני הפריטים דורגו בסולם שנע בטווח שבין 1 ל-5, כאשר תוצאה גבוהה יותר מייצגת מצב טוב יותר. המתאם בין שני פריטים אלו הוא  $r = .69$  ( $p < .001$ ), ולכן, חושב ממוצע מפריטים אלו, המייצג עבור כל משתתפת את תפיסתה ביחס לבריאותה הנפשית. שלושת הפריטים האחרים עסקו בצריכת תרופות לפי מרשם (77% מהמשתתפות השיבו בחיוב), שימוש בסמים ובחומרים ממכרים (87% מהמשתתפות השיבו בשלילה), והמידה בה אחרים משמעותיים מעורבים בדאגה למצבה הנפשי של המשתתפת (כלל לא – 25%, רק בבעיות משמעותיות – 10%, לפעמים – 31%, רוב הזמן – 21%, תמיד – 13%). שניים מפריטים אלו הם חסרי שונות מספקת, והשלישי לא נמצא במתאם עם פריט אחר כלשהו. מכאן, המדד להערכת בריאותה הנפשית של המשתתפת הורכב ממוצע שני הפריטים הראשונים, בהם נשאלו המשתתפות לגבי תפיסותיהן ביחס לבריאותן הנפשית והמידה שבה הפרעת האכילה משבשת את חיי היום-יום.
- ה. תפקוד יום-יומי: הוערך באמצעות 9 פריטים המתייחסים לניהול אחזקת הבית, ניהול פיננסי, נייודות, קבלת החלטות, היגינה אישית ולבוש, שימוש בשירותים פסיכיאטריים, שימוש בשירותים קהילתיים, קשרים חברתיים ותפקוד בעבודה. כולם דורגו בסקלה שנעה בטווח שבין 1 ל-5, כאשר ניקוד גבוה יותר מציינ תפקוד טוב יותר. ניתוח גורמים מסוג principal component analysis לפריטים העלה כי הם מרכיבים משתנה אחד ( $Eigenvalue = 3.90$ ) המסביר 48.78% מהשונות (ניהול פיננסי נטען על גורם שני, אך היה במתאם חיובי עם כל יתר הפריטים). עקיבות פנימית נמצאה  $\alpha = .77$ . הסולם הורכב ממוצע הפריטים, כאשר ציון גבוה יותר מצביע על תפקוד יום-יומי טוב יותר.
- ו. בריאות גופנית: תפיסת הבריאות הגופנית הוערכה באמצעות 3 פריטים; התייחסות לבעיות בריאות, עישון, וביצוע פעולות מקדמות בריאות; פעילות גופנית/ צריכת מזון בריא. כולם דורגו בסקלה שנעה בטווח שבין 1 ל-4, כאשר ניקוד גבוה יותר הציג בריאות גופנית טובה יותר. שלושת הפריטים האלו לא נמצאו במתאם ביניהם, לכן, כל אחד מהם הומר לסקלה דיכוטומית: תפיסה ביחס לבעיות בריאותיות (ללא, או לא משפיע

על התפקוד היומי, לעומת משפיע על התפקוד היומי), עישון (כן/לא), פעולות מקדמות בריאות; פעילות גופנית או צריכת מזון בריא (לפחות פעם אחת בשבוע, לעומת לעיתים רחוקות יותר). חושב סכום הפריטים, כך שנוצר סולם בין 0-3, כאשר ציון גבוה יותר מצביע על בריאות גופנית טובה יותר.

ז. ניקוד כללי: הציון בכל תחום משישה התחומים המרכיבים את ההחלמה האישית תוקנן, ונערך ניתוח גורמים מסוג principal component analysis למשתנים אלה. החישוב העלה כי קיים גורם אחד (Eigenvalue = 2.95) המסביר 49.08% מהשונות. עקיבות פנימית נמצאה  $\alpha = .78$ . הציון הכללי הורכב מסכום הציונים בכל התחומים, כאשר סכום כללי גבוה יותר מצביע על רמה גבוהה יותר של החלמה אישית.

### 4.3 תוצאות המעקב

המעקב נערך החל מחודש אחד ועד 100 חודשים ממועד הסיום/ הנשירה מתכנית השיקום "צידה לדרך", עם ערך ממוצע של 50.92 חודשים ( $SD = 26.40$ ). בזמן ביצוע המעקב, מרבית המשתתפות דיווחו כי הן רווקות, ללא הבדל בין הקבוצות (טבלה מספר 16). כ-70% מהמשתתפות אשר השלימו את התכנית השתמשו בשרותי שיקום, בהשוואה לכשליש מן המשתתפות אשר נשרו ממנה, הבדל מובהק סטטיסטית. המשתתפות דיווחו על שימוש במגוון שירותי שיקום שונים, מספר משתתפות בכל סוג של שרות, בכלל זה: דיור מוגן, סיוע תעסוקתי, שירותי שיקום בתחומים של חברה ופנאי, חונכות ושירותים התומכים בלימודים. מרבית המשתתפות (94% מהן) משתי הקבוצות, דיווחו כי היו בטיפול כלשהו לאחר סיום/ עזיבת תכנית "צידה לדרך". מרביתן נעזרו בטיפול בצוות רב-מקצועי (85%), בעוד שהיתר נעזרו בטיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי בלבד (12%), או בטיפול תזונתי בלבד (3%). בעוד שמרבית המשתתפות שהשלימו את התכנית במלואה המשיכו לדיור מוגן לאחר הסיום (75%), 14% בלבד מהמשתתפות שנשרו מהתכנית עשו זאת, הבדל מובהק. יתר על כן, בעוד שכ-18% בלבד מהמשתתפות שהשלימו את התכנית במלואה אושפזו לאחר סיום התכנית במחלקות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה, 44% מהמשתתפות שנשרו מהתכנית אושפזו לאחר עזיבתן במחלקות שכאלו, הבדל בעל מובהקות סטטיסטית. מעט מהמשתתפות בשתי הקבוצות (כ-12%) אושפזו במחלקות פסיכיאטריות כלליות. לסיום, כ-72% מכלל המשתתפות ציינו כי הן נמצאות בטיפול כלשהו בזמן המעקב, ללא הבדל סטטיסטי מובהק בין הקבוצות.

טבלה מספר 16. התפלגות מאפייני המשתתפות בעת המעקב, לפי קבוצה ( $N = 71$ )

$Z, \chi^2$	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)		
--	32 (88.9)	22 (84.6)	54 (87.1)	רווקה	מצב משפחתי ( $n=62$ )
	3 (8.3)	4 (15.4)	7 (11.3)	נשואה/ גרושה	
$Z = 2.79$ ( $p = .005$ )	12 (33.3)	18 (69.2)	30 (48.4)	כן	שימוש בשירותי שיקום
$Z = 0.61$ ( $p = .543$ )	40 (93.0)	27 (96.4)	67 (94.4)	כן	טיפול לאחר סיום התכנית
$Z = 5.18$ ( $p < .001$ )	6 (14.0)	21 (75.0)	27 (38.0)	כן	דיוור מוגן לאחר סיום התכנית
$Z = 2.29$ ( $p = .022$ )	19 (44.2)	5 (17.9)	24 (33.8)	כן	אשפוז לאחר סיום התכנית במחלקה ייעודית לטיפול בה"א
--	7 (16.3)	2 (7.1)	9 (12.7)	כן	אשפוז לאחר סיום התכנית במחלקה פסיכיאטרית כללית
$Z = 1.02$ ( $p = .308$ )	29 (67.4)	22 (78.6)	51 (71.8)	כן	נמצאת בטיפול בעת המעקב

אירועי חיים לאחר סיום התכנית השיקומית לא נבדלו באופן משמעותי בין הקבוצות (טבלה 2). ממוצע האירועים השליליים הוא כ-8 (ערך החציון = 5), וממוצע האירועים החיוביים הוא כ-9.3 (חציון = 7.5). ממוצע כללי של אירועים חיוביים ושליליים הוא כ-17.5 (חציון = 15.5). הוצאה של משתתפת בעלת ערכי קצה: הסכום הגבוה ביותר של אירועים שליליים והסכום הכללי הגבוה ביותר של אירועים חיוביים ושליליים, כמו גם שימוש בסטטיסטיקה א-פרמטרית, לא הובילו לשינוי בתוצאות.

טבלה מספר 17. התפלגות אירועי חיים של משתתפות המחקר בעת המעקב, לפי קבוצה ( $N = 62$ )

$t(60)$ ( $p$ )	נושרות $M$ ( $SD$ )	מסיימות $M$ ( $SD$ )	סה"כ $M$ ( $SD$ )	טווח	
1.79 ( $p = .078$ )	9.78 (10.32)	5.73 (5.99)	8.08 (8.94)	0-53	אירועים שליליים
0.11 ( $p = .916$ )	9.44 (7.98)	9.23 (7.64)	9.35 (7.78)	0-36	אירועים חיוביים
1.29 ( $p = .202$ )	19.22 (14.43)	14.96 (10.22)	17.44 (12.91)	0-76	סה"כ אירועים

### החלמה קלינית

לפי השערה 1.א. החלמה קלינית צפויה בכ-45% מהמשתתפות שהשלימו את התכנית. החלמה קלינית הוערכה באמצעות ציון מסכם של השאלון לבחינת הפרעת האכילה.

ערך ה-BMI בעת המעקב ( $N = 58$ ) נע בטווח שבין 12.62 ק"ג/מ<sup>2</sup> עד ל-50.31 ק"ג/מ<sup>2</sup>, עם ערך ממוצע של 20.90 ק"ג/מ<sup>2</sup> ( $SD = 5.73$ ). ערך BMI ממוצע עבור משתתפות שסיימו את התכנית השיקומית במלואה היה 21.76 ק"ג/מ<sup>2</sup> ( $SD = 4.60, N = 26$ ), וערך BMI ממוצע של משתתפות שנשרו מהתכנית השיקומית היה 20.19 ק"ג/מ<sup>2</sup> ( $SD = 6.49, N = 32$ ), ללא הבדל מובהק בין הקבוצות ( $t(56) = 1.04, p = .303$ ).

טבלה מספר 18 מציגה את התפלגות מדדים המרכיבים את ההחלמה הקלינית בעת המעקב. ניתן להבחין כי כשליש מהמשתתפות שסיימו את התכנית השיקומית במלואה (כ-35%) היו ברמיסיה מלאה בעת המעקב – ללא הפרעת אכילה, וכן, כ-46% כמעט מחלימות, עם מעט סימפטומים שנותרו. מכאן, כ-80% מתוך המשתתפות שהשלימו את התכנית השיקומית במלואה החלימו מהפרעת האכילה או כמעט החלימו בעת המעקב. לעומת זאת, כ-47% מהמשתתפות שנשרו מהתכנית השיקומית החלימו או כמעט החלימו בעת ביצוע המעקב, וכ-53% עדיין היו עם סימפטומים רבים (25%) או ללא כל שיפור או אף עם החמרה במצב הפרעת האכילה (28%). ההבדל בין הקבוצות מבחינה זו נמצא מובהק ( $\chi^2(2) = 2.59, p = .009$ ).

טבלה מספר 18. התפלגות החלמה קלינית בעת המעקב ( $N = 62$ )

נושרות ( $n = 36$ ) $N$ (%)	מסיימות ( $n = 26$ ) $N$ (%)	
8 (22.2)	9 (34.6)	ללא הפרעת אכילה
9 (25.0)	12 (46.2)	כמעט החלמה, מעט סימפטומים
9 (25.0)	5 (19.2)	שיפור, אך עדיין סימפטומים רבים
10 (27.8)	--	ללא שינוי בסימפטומים, החמרה

לסיכום, השערה 1.א. אוששה במידה רבה. כ-35% מהמשתתפות שהשלימו את התכנית השיקומית במלואה החלימו מבחינה קלינית לגמרי מהפרעת האכילה, וכ-46% מהן כמעט החלימו.

#### החלמה אישית

כאמור, החלמה אישית התבססה על 6 תחומים: תעסוקה, מערכות יחסים בין-אישיות, הצבת מטרות, בריאות נפשית, תפקוד יום-יומי ובריאות גופנית. טבלה מספר 4 מציגה את התפלגות מדדי ההחלמה האישית של המשתתפות בעת המעקב, לפי קבוצה.

#### תעסוקה

התפלגות מצב התעסוקה של המשתתפות בעת המעקב חשף כי כ-2/3 מהן מועסקות, ללא הבדל מובהק בין הקבוצות (טבלה מספר 4). אלו שעבדו לרוב דיווחו על משרה של 5 ימי עבודה בשבוע לפחות ( $N = 23, 54.8\%$ ), או 3-4 ימים בשבוע ( $N = 15, 35.7\%$ ). הן דיווחו כי הן עובדות לפחות 6 שעות ביום ( $N = 21, 50.0\%$ ), או 4-5 שעות ביום ( $N = 17, 40.5\%$ ). מרביתן דיווחו כי הן משתכרות לפחות ב-3000 ₪ לחודש ( $N = 24, 61.5\%$ ). ככלל, הן הביעו שבעות רצון לגבי עבודתן ( $M = 3.55, SD = 0.92, \text{scale } 1-5$ ), ושביעות רצון מתונה מהשכר שלהן ( $M = 3.28, SD = 0.93, \text{scale } 1-5$ ).

מערכות יחסים בין-אישיות בעת המעקב הורכבו מתפוסותיהן של המשתתפות ביחס למערכות היחסים שלהן עם בני המשפחה, ילדים (אם יש להן), יחסים חברתיים, אינטימיות-זוגיות, מגורים ופנאי. כל הפריטים מולאו באופן סובייקטיבי על ידי משתתפות המחקר ודורגו בסולם שנע בין 1 (לא מרוצה כלל) ל-5 (מרוצה מאוד). ציון המדד הורכב ממוצעי הפריטים, כאשר תוצאות גבוהות יותר מצביעות על תפיסה חיובית יותר של מערכות היחסים הבין-אישיות.

#### הצבת מטרות

המשתתפות התבקשו לציין מטרה שהן הציבו לעצמן בשנה החולפת ואת מידת ההשגה של מטרה זו, בסולם שנע בטווח שבין 1-5: 1- לא הוצבה מטרה, 2- מטרה הוצבה, אך לא הושקע מאמץ בהשגתה, 3- מטרה הוצבה ונעשה מאמץ להשגתה, 4- מטרה הוצבה וכמעט הושגה. 5- מטרה הוצבה והושגה. מטרות הוצבו בעיקר בתחומים הבאים: לימודים ( $N = 23, 37.1\%$ ), בריאות גופנית ( $N = 8, 12.9\%$ ), בריאות נפשית ( $N = 8, 12.9\%$ ) ותעסוקה ( $N = 8, 12.9\%$ ). תחומים נוספים בהן הוצבו מטרות היו: יחסים בין-אישיים, אינטימיות, מגורים, פעילות התנדבותית ובתחום הפיננסי. מידת הצבת מטרות והשגתן הוגדר כרכיב אחד, עם סולם דרגות מ-1 עד-5.

#### בריאות נפשית

בריאות נפשית הורכבה מ-5 פריטים. השניים הראשונים עסקו בתפיסת המשתתפות את בריאותן הנפשית ואת המידה שבה ההפרעה מהווה גורם המשבש את חיי היום-יום שלהן. שני הפריטים דורגו בסולם שנע בטווח שבין 1-5, כאשר ציון גבוה יותר מצביע על מצב נפשי טוב יותר. חושב ממוצע של פריטים אלו להערכת התפיסה של כל משתתפת לגבי מצב בריאותה הנפשית. שלושת הפריטים האחרים עסקו במידת השימוש בתרופות לפי הנחיית הרופא – 77% השיבו בחיוב, מידת השימוש בסמים וחומרים ממכרים – 87% השיבו בשלילה, והמידה שבה קרובים משמעותיים מעורבים בדאגה לבריאותן הנפשית (כלל לא- 25%, רק בבעיות משמעותיות- 10%, לעיתים- 31%, רוב הזמן- 21%, ותמיד- 13%). מדד להערכת בריאותן הנפשית של המשתתפות הורכב ממוצע שני הפריטים הראשונים: תפיסת המשתתפות את בריאותן הנפשית והמידה בה הפרעת האכילה משבשת את חיי היום יום שלהן.

#### תפקוד יום יומי

תפקוד יום יומי הוערך באמצעות 9 פריטים המתייחסים לניהול משק הבית, ניהול פיננסי, נידות, יכולת קבלת החלטות, היגיינה אישית והלבשה, שימוש בשירותים פסיכיאטריים, שימוש בשירותים קהילתיים, יחסים חברתיים ותפקוד בעבודה. כולם דורגו בסולם שנע בטווח שבין 1 ל-5, כאשר ציון גבוה יותר מצביע על תפקוד טוב יותר. מכאן, בסולם המורכב ממוצעי הפריטים, ציון גבוה יותר מצביע על תפקוד יום יומי גבוה יותר.

#### בריאות גופנית

התפיסה של הבריאות הגופנית הוערכה באמצעות 3 פריטים המתייחסים לבעיות בריאות, עישון וביצוע פעולות מקדמות בריאות; ביצוע פעילות גופנית/ צריכת מזון בריא. כולם דורגו בסולם שנע בטווח שבין 1 ל-4, כאשר ציון

גבוה יותר מצביע על בריאות גופנית טובה יותר. המשתתפות דיווחו כי בדרך כלל הן אינן סובלות מבעיות בריאותיות (50%), או שבעיות אלו לא משפיעות על תפקודן היומי (23%). עשרים ושבעה אחוזים בלבד מהמשתתפות טענו כי יש להן בעיות בריאותיות המפריעות לתפקודן היומי. מרבית המשתתפות אינן מעשנות (65%), ודיווחו כי הן מבצעות פעילות גופנית או צורכות מזון בריא לפחות פעם אחת בשבוע (53%). לא נמצא מתאם בין שלושה פריטים אלו, ולכן הם הוגדרו באופן דיכוטומי: תפיסת בעיות בריאות (ללא בעיות, או לא משפיעות על התפקוד היומי מול משפיעות על התפקוד היומי), עישון (כן/לא), ביצוע פעילות גופנית או צריכת מזון בריא (לפחות פעם בשבוע מול לעיתים רחוקות יותר). ציינון המדד נערך כסכום הפריטים, בסולם 0-3, כאשר ציון גבוה יותר מצביע על תפיסה של בריאות גופנית טובה יותר.

טבלה מספר 19 מציגה את התפלגות מדדי ההחלמה האישית של המשתתפות בעת המעקב, לפי קבוצה. ניתן לראות כי כשני שלישי מהמשתתפות עובדות, ללא הבדל סטטיסטי מובהק בין הקבוצות, למרות נטייה לפיה אחוז גבוה יותר מקרב המשתתפות שסיימו את התכנית השיקומית במלואה עובדות (77%) בהשוואה למשתתפות שנשרו מהתכנית (61%). ככלל, ממוצע התפקוד היום יומי היה גבוה (ממוצע של 4.30 בסולם שבין 1-5), ללא הבדל מובהק בין הקבוצות. איכות מערכות יחסים בין אישיות, וכן מידת הצבת מטרות והשגתן נמצאו גם כן גבוהות (ערכים ממוצעים של 3.30 ו-3.63 בסולם שבין 1-5), ללא הבדל מובהק בין הקבוצות. יחד עם זאת, ניתן להבחין בנטייה לתוצאות גבוהות יותר עבור משתתפות שסיימו את התכנית במלואה. תפיסת הבריאות הנפשית הייתה גבוהה מהערך האמצעי של הסולם עבור משתתפות שסיימו את התכנית במלואה, ונמוכה מהערך האמצעי של הסולם עבור משתתפות שנשרו ממנה, עם הבדל מובהק בין הקבוצות. בריאות גופנית נתפסה כגבוהה, ללא הבדל מובהק בין הקבוצות. לסיום, הציון הכללי להחלמה אישית נמצא גבוה באופן מובהק עבור משתתפות שסיימו את התכנית השיקומית במלואה בהשוואה למשתתפות שנשרו ממנה. ככלל, התוצאות גבוהות למדי, וההבדלים אינם מובהקים, יחד עם זאת, קיימת נטייה לטובת משתתפות שסיימו את התכנית במלואה.

טבלה מספר 19. התפלגות מדדי ההחלמה האישית של משתתפות המחקר, לפי קבוצה ( $N = 62$ )

	נושרות $N$ (%)	מסיימות $N$ (%)	סה"כ $N$ (%)	ערכים/ טווח	
$Z = 1.31$ ( $p = .189$ )	22 (61.1)	20 (76.9)	42 (67.7)	כן	תעסוקה
	$M$ ( $SD$ )	$M$ ( $SD$ )	$M$ ( $SD$ )		
$t(60) = 1.88$ ( $p = .065$ )	3.15 (0.96)	3.59 (0.86)	3.33 (0.94)	1-5	איכות מערכות יחסים בין- אישיות
$t(60) = 1.25$ ( $p = .214$ )	3.47 (1.21)	3.85 (1.08)	3.63 (1.16)	1-5	מידת הצבת מטרות והשגתן
$t(60) = 2.01$ ( $p = .049$ )	2.67 (1.14)	3.23 (1.02)	2.90 (1.12)	1-5	תפיסה של הבריאות הנפשית
$t(60) = 1.08$ ( $p = .284$ )	4.23 (0.69)	4.41 (0.51)	4.30 (0.63)	1-5	תפקוד יום-יומי
$t(60) = 1.05$ ( $p = .298$ )	1.81 (0.92)	2.04 (0.77)	1.90 (0.86)	0-3	בריאות גופנית
$t(60) = 2.12$ ( $p = .038$ )	-0.92 (4.35)	1.27 (3.46)	0.00 (4.12)	-8.06-7.68	ציון כללי להחלמה אישית



תרשים מספר 5: תיאור גרפי של נקודות הדמיון והשוני בין משתתפות שסיימו את תכנית השיקום "צידה לדרך" במלואה לבין משתתפות שנשרו ממנה



\* בתרשים מופיעים ממצאים בעלי מובהקות סטטיסטית בלבד.

על פי השערת המחקר 1.ב., ימצא מתאם חיובי בין החלמה קלינית לבין החלמה אישית. ראשית, חושבו מתאמי פירסון בין משתנים של החלמה קלינית והחלמה אישית בעת המעקב, לבין משתני הבקרה המייצגים את הזמן שחלף מאז סיום ההשתתפות בתכנית השיקום, כמו גם, אירועי חיים חיוביים ושלייליים שהתרחשו בזמן זה (טבלה מספר 20). מתוך המבחנים שנערכו עולה, כי לא קיימים מתאמים מובהקים עם הזמן שחלף מאז סיום ההשתתפות בתכנית השיקום, אך נמצאו מספר מתאמים שלייליים עם אירועי חיים שלייליים, ומספר מתאמים חיוביים עם אירועי חיים חיוביים. מכאן, השערת המחקר 1.ב. נבחנה תוך בקרה על אירועי חיים חיוביים ושלייליים.

**טבלה מספר 20. מתאמי פירסון בין החלמה קלינית ואישית לבין הזמן שחלף מסיום ההשתתפות בתכנית, ואירועי חיים חיוביים ושלייליים (N = 62)**

אירועי חיים חיוביים	אירועי חיים שלייליים	חודשים לאחר סיום התכנית	
.27*	-.16	.15	החלמה קלינית
.33**	-.15	.14	תעסוקה
.36**	-.30*	.07	איכות מערכות יחסים בין אישיות
.07	-.19	-.07	מידת הצבת מטרות והשגתן
.29*	-.41***	.17	תפיסת הבריאות הנפשית
.17	-.48***	.15	תפקוד יום-יומי
-.01	-.11	.10	בריאות גופנית
.29*	-.40**	.13	ציון כולל להחלמה אישית

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

השערת המחקר 1.ב. נבחנה באמצעות מתאמים חלקיים בין החלמה קלינית לבין החלמה אישית, תוך בקרה על אירועי חיים חיוביים ושלייליים אשר התרחשו מאז סיום ההשתתפות בתכנית השיקום (טבלה מספר 21). מתוך התוצאות, החלמה קלינית נמצאת בקשר חיובי עם תפיסותיהן של המשתתפות בתחומים הבאים: איכות מערכות יחסים בין-אישיות, מידת הצבת מטרות והשגתן, בריאות נפשית ותפקוד יום-יומי. זאת ועוד, נמצא קשר חיובי בין החלמה קלינית לבין הציון הכולל להחלמה אישית. לא נמצא קשר בין החלמה קלינית לבין מצב תעסוקתי ובריאות גופנית.

טבלה מספר 21. קורלציות חלקיות בין החלמה קלינית והחלמה אישית, תוך תקנון לאירועי חיים חיוביים ושליילים ( $N = 62$ )

החלמה קלינית	תעסוקה
.17	
.51***	איכות מערכות יחסים בין-אישיות
.25*	מידת הצבת מטרות והשגתן
.62***	תפיסת הבריאות הנפשית
.47***	תפקוד יום-יומי
.16	בריאות גופנית
.55***	ציון כולל להחלמה אישית

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

לסיכום, ממצאי המחקר מאששים את השערה 1.ב. במידה רבה. ארבעה מתוך 6 המדדים המרכיבים את ההחלמה האישית נמצאו כבעלי קשר חיובי מובהק עם החלמה קלינית.

#### ניבוי החלמה קלינית והחלמה אישית

בהשערת המחקר השנייה של פרק זה, נטען כי החלמה קלינית והחלמה אישית יוסברו באמצעות מדדי רקע קליניים ואישיים; מדדים קליניים, מדדים תזונתיים, מדדי תפקוד ומדדים פסיכולוגיים בעת הכניסה לתכנית השיקומית, מדדי התקדמות המתייחסים לתקופת ההשתתפות בתכנית השיקומית; מדדים תזונתיים ותפקודיים באמצע תקופת ההשתתפות בתכנית ובעת סיום פרק ההשתתפות בתכנית, כמו גם, סיום התכנית השיקומית במלואה לעומת נשירה ממנה.

מכיוון שהמדגם במחקר הינו קטן באופן יחסי, וכן, נוכח ריבוי המשתנים המנבאים האפשריים, קיומם של ערכים חסרים בנתוני המקור ומשתנים שאינם רציפים, חושבו ראשית מתאמים פשוטים בין כל אחת מהתוצאות לבין משתנים מנבאים אפשריים בעלי ערכי צידוד סבירים. מנבאים אשר נמצאו כבעלי מתאמים מובהקים שימשו בהמשך בניתוח הרגרסיה. לפיכך חושבה הרגרסיה בצעדים. בכל המקרים נעשה שימוש באירועי חיים ובמספר החודשים שחלפו מסיום ההשתתפות בתכנית השיקומית כמשתני בקרה. כל המודלים של הרגרסיה מתוארים להלן.

#### החלמה קלינית

כזכור, ישנן 4 קטגוריות להחלמה קלינית (טבלה מספר 18) 'ללא הפרעת אכילה', 'כמעט החלמה, עם מעט סימפטומים', 'שיפור, אך עדיין סימפטומים רבים', ו-'ללא שיפור או החמרה בסימפטומים', עם ערך ממוצע של  $2.73$  ( $SD = 1.04$ ), תוצאה גבוהה יותר מצביעה על מצב טוב יותר). מאחר וערך הצידוד למשתנה זה הוא  $-0.32$  ( $SE = 0.30$ ), ההתייחסות אליו היא כאל משתנה רציף וחושבה רגרסיה ליניארית מרובה (טבלה מספר 22). מנבאים שנמצאו מובהקים הם: גיל (רציף, צידוד =  $1.44$ ,  $SE = 0.30$ ), אירועי חיים

חיוביים לאחר סיום ההשתתפות בתכנית (רציף, צידוד = 1.01,  $SE = 0.30$ ) ורמת העצמאות באכילה בעת סיום התכנית (מדד בעל 3 דרגות; נמוכה, בינונית, גבוהה, צידוד = 0.04,  $SE = 0.32$ ). (מנבאים אפשריים אחרים לא נמצאו מובהקים). ההתייחסות לכלל המנבאים הייתה כאל משתנים רציפים. מתוך הטבלה ניתן לראות כי 36% מן השונות בהחלמה קלינית מוסברים על ידי המנבאים שנמצאו מובהקים. גיל צעיר יותר בעת הכניסה לתכנית השיקומית, התנסות בכמות רבה יותר של אירועי חיים חיוביים לאחר סיום ההשתתפות בתכנית ואכילה עצמאית בעת סיום התכנית, נמצאו כמנבאים לתוצאה טובה יותר מבחינת השגת החלמה קלינית בעת המעקב.

**טבלה מספר 22. רגרסיה מרובה להחלמה קלינית בעת המעקב ( $N = 62$ )**

$\beta$	$SE$	$B$	
-.40***	0.03	-0.12	גיל
.36**	0.01	0.05	אירועי חיים חיוביים לאחר סיום התכנית
.42***	0.13	0.51	מידת העצמאות באכילה בעת סיום התכנית
.36***			Adj $R^2$
11.10***			$F(3, 51)$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

החלמה אישית – תעסוקה

בעת המעקב, 42 משתתפות דיווחו כי הן עובדות (67.7%) (טבלה מספר 23). רגרסיה לוגיסטית חושבה בכדי לנבא את המצב התעסוקתי בעת המעקב (טבלה מספר 8). מנבאים שנמצאו מובהקים: מצב תעסוקה בעת הכניסה לתכנית השיקומית (דיכוטומי), ומספר אחים/ות (רציף, צידוד = 1.65,  $SE = 0.30$ ). (מנבאים אפשריים אחרים לא נמצאו מובהקים). הממצאים המוצגים בטבלה מראים כי כ- 28% מן השונות במצב התעסוקתי בעת המעקב הוסברו באמצעות המנבאים שנמצאו מובהקים. מצב תעסוקתי בעת הכניסה לתכנית השיקומית (משתתפת שהועסקה בצורה מסודרת עם כניסתה לתכנית השיקומית) ומשפחת מוצא גדולה יותר נמצאו כמנבאים לסיכוי גבוה יותר לעבוד בעת המעקב, לאחר סיום התכנית השיקומית.

טבלה מספר 23. החלמה אישית: רגרסיה לוגיסטית למצב תעסוקתי בעת המעקב ( $N = 62$ )

95% CI	OR	SE	B	
1.06, 28.42	5.49*	0.84	1.7	מצב תעסוקתי בעת הכניסה לתכנית
1.05, 2.79	1.71*	0.25	0.54	מספר אחים/ות
.28***				Nagelkerke $R^2$
13.94***				$\chi^2(2)$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

החלמה אישית – איכות מערכות יחסים בין-אישיות

איכות מערכות יחסים בין-אישיות בעת המעקב נעה בטווח שבין 1-5, עם ערך ממוצא של 3.33 ( $SD = 0.94$ , צידוד = 0.01,  $SE = 0.30$ ). חושבה רגרסיה ליניארית מרובה (טבלה מספר 24). מנבאים מובהקים שנמצאו: עיסוק במשקל בעת הכניסה לתכנית השיקומית (דיכוטומי, -1 גבוה, 0- נורמלי), מערכות יחסים בין-אישיות בעת סיום התכנית השיקומית (דיכוטומי, -1 טוב, 0- בינוני ורע), ויחסים עם בני המשפחה בעת סיום התכנית השיקומית (דיכוטומי, 1 – טוב, 0- בינוני ורע). (מנבאים אפשריים אחרים לא נמצאו מובהקים).

הממצאים בטבלה מצביעים על כך ש-25% מן השונות באיכות מערכות יחסים בין-אישיות בעת המעקב מוסברים באמצעות המנבאים שנמצאו מובהקים. דאגה/עיסוק רב יותר במשקל הגוף בעת הכניסה לתכנית, מערכות יחסים בין אישיות טובות וקשרים משפחתיים טובים בעת סיום התכנית השיקומית נמצאו כמנבאים למערכות יחסים טובות יותר בעת המעקב לאחר סיום התכנית השיקומית.

טבלה מספר 24. החלמה אישית: רגרסיה מרובה למערכות יחסים בין אישיות בעת המעקב ( $N = 62$ )

B	SE	B	
.28*	0.25	0.52	עיסוק במשקל הגוף בעת הכניסה לתכנית - משתנה קליני
.34*	0.24	0.63	מערכות יחסים בין-אישיות בעת סיום התכנית
.28*	0.24	0.51	קשרים עם בני המשפחה בעת סיום התכנית
.25**			Adj R <sup>2</sup>
5.90**			F(3, 40)

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

#### החלמה אישית – מידת הצבת מטרות והשגתן

מידת הצבת מטרות והשגתן בעת המעקב נעה בטווח שבין 1-5, עם ערך ממוצע של 3.63 ( $SD = 1.16$ ), צידוד = -0.45,  $SE = 0.30$ ). חושבה רגרסיה ליניארית מרובה (טבלה מספר 25). מנבאים מובהקים שנמצאו: סימפטומים פעילים בכניסה לתכנית השיקומית (דיכוטומי, 1- כן, לא-0), ציון בשאלון דימוי גוף BSQ\_F – קליני (1- נורמלי, 0- שלילי), אכילה לפי תפריט בסיום התכנית השיקומית (1- לא, 2- באופן חלקי, 3- כן, צידוד = -1.04,  $SE = 0.33$ ). (מנבאים אפשריים אחרים לא נמצאו מובהקים).

הממצאים שמוצגים בטבלה מצביעים על כך ש-21% מהשונות של הצבת מטרות והשגתן בעת המעקב מוסברים באמצעות המנבאים שנמצאו מובהקים. סימפטומים פעילים בכניסה לתכנית השיקומית, דימוי גוף שלילי פחות בכניסה לתכנית ואכילה טובה יותר לפי תפריט בסיום התכנית נמצאו כמנבאים לסיכוי גבוה יותר להצבת מטרות והשגתן בעת המעקב, לאחר סיום התכנית השיקומית.

טבלה מספר 25. החלמה אישית: רגרסיה מרובה למידת הצבת מטרות אישיות והשגתן בעת המעקב  
( $N = 62$ )

$\beta$	$SE$	$B$	
.31*	0.31	0.72	סימפטומים פעילים בכניסה לתכנית השיקומית
-.27*	0.44	-0.93	דימוי גוף – קליני
.29*	0.2	0.44	אכילה לפי תפריט בעת סיום התכנית
.21**			Adj $R^2$
5.14**			$F(3, 44)$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

#### החלמה אישית – תפיסת הבריאות הנפשית

תפיסה של הבריאות הנפשית בעת המעקב נעה בטווח שבין 1-5, עם ערך ממוצע של 2.90 ( $SD = 1.12$ ), צידוד ( $SE = 0.30$ ,  $0.28 =$ ), חושבה רגרסיה ליניארית מרובה (טבלה מספר 26). מנבאים מובהקים שנמצאו: גיל (רציף, צידוד = 1.44,  $SE = 0.30$ ), רמת מוטיבציה בכניסה לתכנית השיקומית (1-), ללא מוטיבציה, 5- מוטיבציה גבוהה מאוד, צידוד = -1.13,  $SE = 0.31$ ), רמת התפקוד החברתי בעת סיום התכנית השיקומית (1- רע, 2- בינוני, 3- טוב, צידוד = -1.07,  $SE = 0.34$ ). (מנבאים אפשריים אחרים לא נמצאו מובהקים).

הממצאים שמוצגים בטבלה מצביעים על כך ש-28% מהשונות בתפיסת הבריאות הנפשית בעת המעקב מוסברים באמצעות המנבאים. גיל צעיר יותר בכניסה לתכנית השיקומית, רמת מוטיבציה גבוהה יותר בכניסה ותפקוד חברתי ברמה גבוהה יותר בעת סיום התכנית נמצאו כמנבאים לתפיסה חיובית יותר של המשתתפות את בריאותן הנפשית בעת המעקב.

טבלה מספר 26. החלמה אישית: רגרסיה מרובה לתפיסת הבריאות הנפשית בעת המעקב ( $N = 62$ )

$\beta$	$SE$	$B$	
-.32*	0.04	-0.11	גיל
.35**	0.15	0.42	רמת מוטיבציה בכניסה
.31*	0.2	0.52	רמת תפקוד חברתי בסיום התכנית
.28***			Adj $R^2$
7.09***			$F(3, 44)$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

החלמה אישית – תפקוד יומי

תפקוד יומי בעת המעקב נע בטווח שבין 1-5, עם ערך ממוצע של 4.30 ( $SD = 0.63$ ), צידוד = -1.28,  $SE = 0.30$ ). חושבה רגרסיה ליניארית מרובה (טבלה מספר 27). מנבאים שנמצאו מובהקים: אכילה עצמאית בעת הכניסה לתכנית (דיכוטומי, -1 בינוני, 0- נמוך), היסטוריה של עזיבת טיפולים בניגוד להמלצה (דיכוטומי, -1 כן, 0- לא). (מנבאים אפשריים אחרים לא נמצאו מובהקים).

הממצאים שמוצגים בטבלה מצביעים על כך ש-15% מהשונות בתפקוד היומי מוסברים באמצעות המנבאים שנמצאו מובהקים. רמה בינונית של עצמאות באכילה בכניסה לתכנית (לעומת רמה נמוכה), והעדר היסטוריה של עזיבת טיפולים בניגוד להמלצה, נמצאו כמנבאים לתפקוד יומי טוב יותר בעת המעקב, לאחר סיום התכנית.

**טבלה מספר 27. החלמה אישית: רגרסיה מרובה לתפקוד יומי בעת המעקב ( $N = 62$ )**

B	SE	B	
.28*	0.17	0.38	עצמאות באכילה בעת הכניסה לתכנית
-.27*	0.18	-0.38	היסטוריה של עזיבת טיפולים
.15**			Adj R <sup>2</sup>
6.06**			F(2, 56)

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

החלמה אישית – בריאות גופנית

בריאות גופנית בעת המעקב לאחר התכנית נעה בטווח שבין 0-3, עם ערך ממוצע של 1.90 ( $SD = 0.86$ ), צידוד = -0.60,  $SE = 0.30$ ). חושבה רגרסיה ליניארית מרובה (טבלה מספר 28). מנבאים מובהקים שנמצאו: גיל (רציף, צידוד = 1.44,  $SE = 0.30$ ), שימוש בחומרים ממכרים לפי הכניסה לתכנית כדוגמת עישון סיגריות, צריכת אלכוהול ו/או סמים (דיכוטומי, -1 כן, 0- לא) והיסטוריה של פגיעות עצמיות או ניסיון אובדני (לפני הכניסה לתכנית) (דיכוטומי, -1 כן, 0- לא). (מנבאים אפשריים אחרים לא נמצאו מובהקים).

הממצאים המוצגים בטבלה מצביעים על כך ש-18% מהשונות בבריאות הנפשית מוסברים באמצעות המנבאים שנמצאו. גיל צעיר יותר בעת הכניסה לתכנית, העדר היסטוריה של שימוש בחומרים ממכרים ושל פגיעות עצמיות או ניסיונות אובדניים, נמצאו כמנבאים לבריאות גופנית טובה יותר בעת המעקב, לאחר סיום התכנית.



טבלה מספר 28. החלמה אישית: רגרסיה מרובה לבריאות גופנית בעת המעקב ( $N = 62$ )

B	SE	B	
-.29*	0.03	-0.07	גיל
-.26*	0.2	-0.44	היסטוריה של שימוש בחומרים ממכרים
-.25*	0.22	-0.46	היסטוריה של פגיעה עצמית או ניסיון אובדני
.18**			Adj $R^2$
5.48**			$F(3, 58)$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

#### ציון כולל להחלמה אישית

הציון הכולל להחלמה אישית בעת המעקב לאחר סיום התכנית השיקומית נע בטווח שבין 7.68-1-8.06 עם ערך ממוצע של 0 ( $SD = 4.12$ , צידוד = -0.60,  $SE = 0.30$ ). חושבה רגרסיה ליניארית מרובה (טבלה מספר 29). מנבאים שנמצאו מובהקים: סיום התכנית השיקומית במלואה (דיכוטומי, -1 כן, 0 לא), והיסטוריה של עזיבת טיפול בניגוד להמלצה (דיכוטומי, -1 כן, 0 לא). (מנבאים אפשריים אחרים לא נמצאו מובהקים).

הממצאים שמוצגים בטבלה מצביעים על כך ש-13% מהשונות בציון הכולל של החלמה אישית בעת המעקב מוסברים באמצעות המנבאים שנמצאו מובהקים. סיום התכנית השיקומית במלואה והעדר היסטוריה של עזיבת טיפולים בניגוד להמלצה, מנבאים החלמה אישית במידה רבה יותר בעת המעקב לאחר סיום התכנית השיקומית.

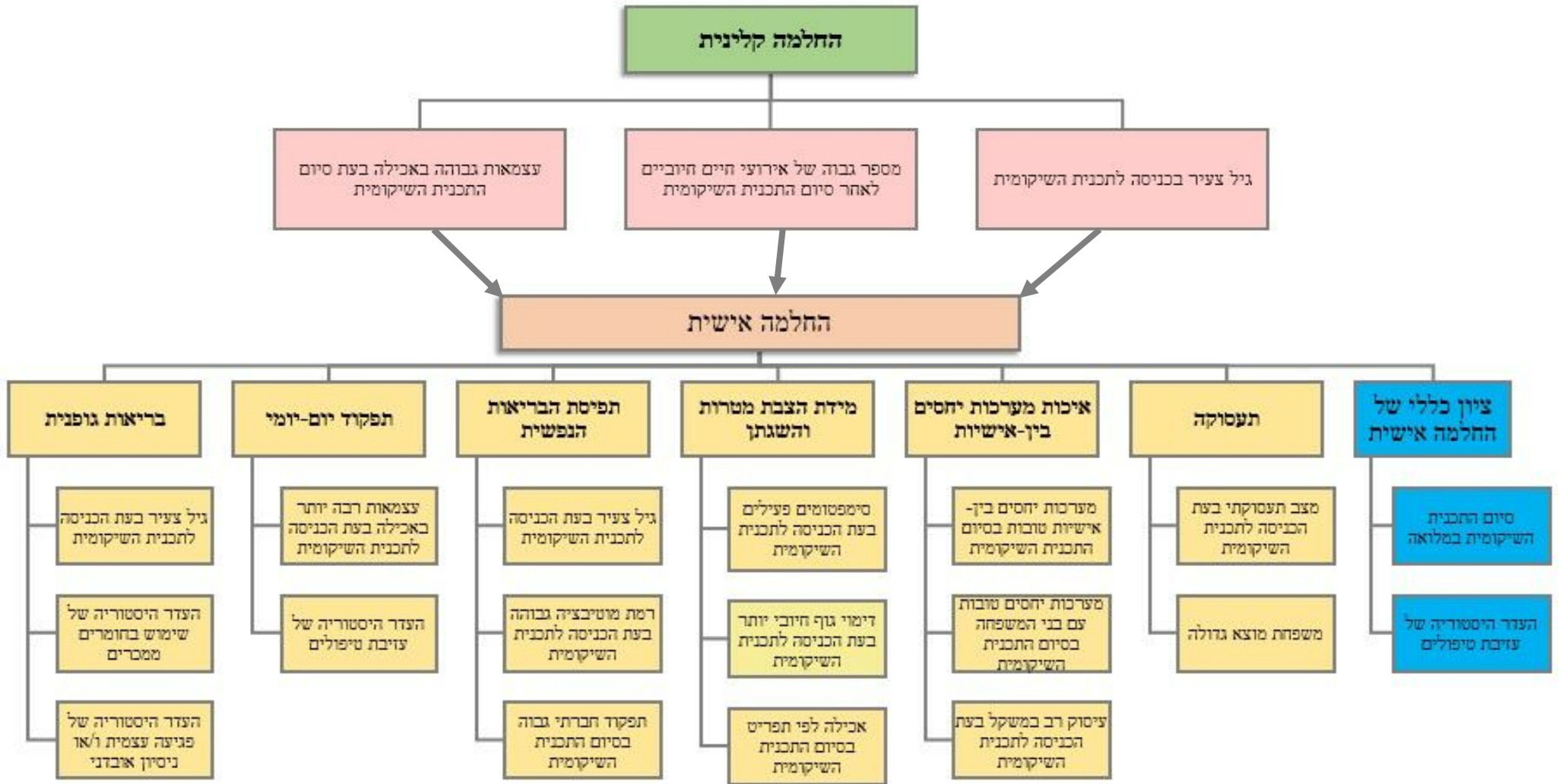
טבלה מספר 29. החלמה אישית: רגרסיה מרובה לציון הכולל של החלמה אישית במעקב ( $N = 62$ )

B	SE	B	
.25*	0.99	1.99	סיום התכנית במלואה
-.28*	1.14	-2.59	היסטוריה של עזיבת טיפול בניגוד להמלצה
.13**			Adj $R^2$
5.61**			$F(2, 58)$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

לסיכום, ההשערה השנייה של פרק מחקר זה אוששה במידה רבה על ידי הממצאים. משתני רקע קליניים ואישיים שונים; מדדים קליניים, תזונתיים, תפקודיים ופסיכולוגיים בכניסה לתכנית השיקומית ולאורכה, מדדים תזונתיים ותפקודיים בסיומה של התכנית, כמו גם, השלמת התכנית במלואה למול נשירה ממנה, נמצאו מנבאים להחלמה קלינית ואישית בעת המעקב, לאחר סיום התכנית. מעניין לציין את המנבאים הייחודיים לכל אחד מממדי ההחלמה בעת המעקב. יודגש כי בין המנבאים המובהקים להחלמה קלינית נמצא המשתנה של עצמאות גבוהה באכילה בעת סיום התכנית השיקומית (משתנה המשקף היצמדות להנחיות ולתכנית התזונתית ומכאן, מצביע כל מידה גבוהה של שיתוף פעולה עם התכנית התזונתית), וכן, בין המדדים המנבאים המובהקים להחלמה אישית נמצא המשתנה של השלמת התכנית השיקומית במלואה (משתנה המשקף עמידה בדרישות התכנית ושיתוף פעולה עם ההנחיות התזונתית וההתנהגותית שלה). מכאן, כפי ששערנו, רמת שיתוף הפעולה עם התוכנית השיקומית (ובפרט עם התכנית התזונתית) נמצאה כמנבא משמעותי להחלמה.

תרשים מספר 6: סיכום גרפי של המנבאים המשמעותיים להחלמה קלינית ולהחלמה אישית במעקב לאחר סיום תקופת השהות ב-"צידה לדרך"



## 5. דיון ומסקנות

תת-מחקר זה עוסק במעקב אחר המשתתפות שלקחו חלק בתכנית השיקומית "צידה לדרך" בין השנים 2010-2017. במסגרת זו, נעשה ניסיון ליצירת קשר עם כלל המשתתפות והמשתתפים, הן שהשלימו אותה במלואה והן שנשרו ממנה. זאת, בכדי לבחון את מידת ההחלמה הקלינית ומידת ההחלמה האישית בקרב המשתתפות בתכנית, לבחון קשרים בין שני סוגי ההחלמה וכן, לזהות מדדים מנבאים להחלמה קלינית ואישית מהפרעות אכילה בקרב אוכלוסייה זו.

כצעד מקדים לדיון, חשוב לציין ולהדגיש כי מושג ההחלמה בתחום המחקר בהפרעות אכילה עדיין שנוי במחלוקת וכי בספרות המדעית ניתן למצוא מגוון רחב של עמדות והגדרות המאופיינות בשונות משמעותית, חוסר עקביות וחוסר אחידות, מה שמקשה מאוד על עריכת השוואה עם בסיס הידע הקיים, וכן, על הסקת מסקנות ברורות ביחס לשיעורי החלמה והישנות, גורמים מנבאים להחלמה, כמו גם, על פרסום המלצות חד משמעיות ביחס לתכנית טיפול/שיקום ספציפית (Bardone-Cone, Hunt & Watson, 2018; de Vos et al., 2017). יחד עם זאת, בשנים האחרונות, מתגבשת הכרה בכך שהחלמה מהפרעות אכילה אינה נמדדת בהיבטים גופניים והתנהגותיים בלבד (ברור מצב גופני והימצאות סימפטומים), אלא, כי בנוסף לכך, ישנה חשיבות רבה בהתייחסות להיבטים פסיכולוגיים, קוגניטיביים ותפקודיים, בבואנו להעריך את מידת ההחלמה של מתמודדת/ת עם הפרעת אכילה (בתוך כך- איכות חיים, תעסוקה, תפקוד יום יומי ומערכות יחסים). חרף ההכרה בכך שהיבטים אלו חיוניים לביסוסה של הגדרה מקיפה ושלמה יותר להחלמה, עד כה, מעט מחקרים שילבו התייחסות גם להיבטים אלו (Bardone-Cone, Hunt & Watson, 2018; de Vos et al., 2017).

לעניות דעתנו, התבוננות מעמיקה בתהליכי שיקום והחלמה מהפרעות אכילה, בדומה להתבוננות המקובלת בתהליכי שיקום והחלמה בבריאות הנפש ובתחומים רבים נוספים ברפואה, מחייבת שילוב בין התייחסות לממד הגופני-התנהגותי של המחלה, קרי החלמה קלינית, לבין התייחסות לממד הפסיכולוגי-תפקודי-רגשי, קרי החלמה אישית. עניין זה הנחה אותנו בתכנון, ביצוע וניתוח תת-מחקר המעקב.

### החלמה קלינית

ראשית, נתייחס לממד של החלמה קלינית. כאמור, החלמה קלינית במחקר הוגדרה באמצעות סיכום הניקוד שהתקבל ממילוי שאלון להערכת הפרעת אכילה, שכולל בתוכו, כמקובל בספרות, התייחסות לערך ה-BMI בעת מילוי השאלון לצד היבטים התנהגותיים במישורים שונים (Eckert, Halmi, Marchi, Grove, & Crosby, 1995). קביעת הציון בשאלון זה מבוססת על 6 החודשים האחרונים. בשנים האחרונות, מחקרים שעסקו בבחינת החלמה קלינית מהפרעות אכילה הגדירו פרקי זמן שונים לצורך קביעת החלמה; החל מחודש אחד ועד ל-12 חודשים (Baucom et al., 2017; Mekori et al., 2017; Fichter et al., 2017; Boehm et al., 2016; Eddy et al., 2017). ללא ספק, בכוחם של שאלונים המתבססים על פרק זמן ממושך יותר לבחינת החלמה לספק ממצאים מהמנים יותר ולצמצם שגיאה אפשרית של זיהוי מצבי רמיסה

זמנית כהחלמה. יחד עם זאת, שאלונים המתבססים על פרקי זמן ארוכים יותר מועדים יותר להטיות זיכרון (Franko et al., 2018). טרם נערך מחקר לבחינה אמפירית של משך הזמן האידיאלי ללא סימפטומים הדרוש להגדרת החלמה קלינית מהפרעת האכילה. מכאן, במחקרנו, בחרנו להשתמש בשאלון המבוסס על התנהגויות ב-6 החודשים האחרונים. זאת, מתוך ניסיון לאזן בין משך זמן ארוך מספיק ללא סימפטומים לבין פרק זמן סביר לזיכרון אמין ומדויק. כמו כן, כיוון שהמעקב במחקרנו החל מחודש אחד ממועד הסיום/ הנשירה מתכנית השיקום "צידה לדרך", הדבר בעייתי, לפחות עבור חלק מהמשתתפות, לבחון החלמה המתבססת על פרק זמן של שנה (תקופה בה חלק מהמשתתפות היו באמצע התהליך השיקומי או אף לפני הכניסה אליו). זאת ועוד, כיוון שבמחקרנו התבקשו המשתתפות להשיב גם על שאלון שמעריך החלמה אישית, שמושגת לאחר החלמה קלינית, ניתן להתבסס על שאלון להערכת החלמה קלינית המסתמך על פרק זמן קצר יותר עם סכנה מופחתת להטיות.

מתוך ממצאי תת מחקר המעקב מסתמנת יעילות רבה של התכנית השיקומית בגיבושה של החלמה קלינית- כ-80% מתוך המשתתפות שהשלימו את התכנית במלואה החלימו באופן מלא או כמעט החלימו בעת המעקב, נתון מרשים ביותר נוכח מורכבותה של אוכלוסייה זו. כמו כן, שיעורי החלמה אלו גבוהים משיעורי ההחלמה הרווחים בספרות עבור חולות בוגרות עם הפרעת אכילה מורכבת וממושכת. בהמשך לכך, החלמה קלינית מלאה או כמעט מלאה נרשמה בקרב כ-47% מהשתתפות שנשרו מן התכנית, נתון זה דומה בערכו לשיעורי ההחלמה המוכרים על פי הספרות (Walsh et al., 2006; McIntosh et al., 2005; Keel & Brown, 2010; Gowers et al., 2007). ממצאים אלו תומכים בכך שאוכלוסיית המחקר שלנו מתאימה לייצוג אוכלוסייה של חולות בוגרות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות וממושכות וכן, ממחיש את יעילותו של המודל השיקומי – "הבית השיקומי – צידה לדרך" בקידום מיגור סימפטומים בקרב חולות עם הפרעות אכילה קשות. יודגש, כי יעילותו של הבית אומנם בולטת עבור משתתפות שסיימו את התכנית השיקומית במלואה, אך בהחלט ראויה לציון גם עבור משתתפות שנשרו מממנה – מתוך הממצאים ניתן להעריך כי הזמן היחסי ששהו בתכנית הינו בעל משמעות בקידום החלמה קלינית מהפרעות אכילה.

### **החלמה אישית**

כאמור, בתת מחקר המעקב נבחן ממד משלים להערכת החלמה בקרב המשתתפות בתכנית השיקומית – החלמה אישית, ליצירת תמונה מקיפה אודות מצבן של המשתתפות. חשיבות תוספת ההתייחסות לממדי החלמה אישית נידונה כבר בספרות (Bardone-Cone, Hunt & Watson, 2018; de Vos et al., 2012; Emanuelli et al., 2011; Noordenbos, 2011). החלמה אישית במחקרנו התבססה על 6 תחומי מפתח; תעסוקה, מערכות יחסים בין-אישיות, הצבת מטרות, בריאות נפשית, תפקוד יום-יומי ובריאות גופנית, אשר יחד מספקים תמונה מקיפה ביחס להשגת החלמה אישית – הקשורה באיכות חיים חיובית, חיים בעלי משמעות, צמיחה אל עבר תפקוד מיטבי והגשמה עצמית. במחקרנו נמצא ציון כללי גבוה יותר באופן מובהק להחלמה אישית עבור משתתפות שסיימו את התכנית השיקומית במלואה, בהשוואה

למשתתפות שנשרו ממנה. ממצא זה יחד עם שיעורי ההחלמה הקלינית הגבוהים יותר בקרב המשתתפות שסיימו את התכנית במלואה מחזק את ההכרה ביעילותה של תכנית השיקום "צידה לדרך" ומדגיש את חשיבותו של טיפול הוליסטי בהפרעות אכילה העוסק, מעבר לטיפול בסימפטומים ומשקל גוף, גם בגורמים הנמצאים בבסיס הפרעת האכילה, בהתאם לגישה הרווחת בשנים האחרונות (Fogarty & Ramjan, 2016).

תת מחקר זה בחן גם את הימצאותו של מתאם חיובי בין החלמה קלינית לבין החלמה אישית. בהתאם להשערותנו, נמצא קשר חיובי מובהק בין החלמה קלינית להחלמה אישית. ללא ספק, מיגור סימפטומים פעילים של הפרעת האכילה, שיפור האכילה והמצב הגופני מהווים תנאי הכרחי להתקדמות אל עבר מימוש עצמי. אכילה תקינה והימנעות מסימפטומים פעילים של הפרעת האכילה מהווים סמן להתמודדות אמיתית עם הקשיים שבבסיס המחלה. בהעדר סימפטומים פעילים של הפרעת אכילה מתחילה ההתמודדות עם אתגרי החיים מעוררי הדחק אשר קודם לכן ההתמודדות עימם נמנעה באמצעות העיסוק בהפרעת האכילה. הכרה בחשיבות השילוב בין טיפול תזונתי שמטרתו הזנה, ייצוב המצב הגופני ומיגור סימפטומים של הפרעת האכילה לבין טיפול פסיכולוגי-רגשי קיימת כבר מראשית שנות השבעים של המאה הקודמת; ברוך (1973) וגודסיט (1985) הצביעו על חיוניות שילוב זה לקידום הטיפול והשגת החלמה (Goodsitt, Bruch, 1973). בספרו "הפחד לתפוס מקום" ציין בכר (2001), כי בהפרעות אכילה אין לקיים טיפול פסיכולוגי ללא ליווי דיאטני-מטאבולי. וכן, כי מעבר לתרומה ההכרחית של הטיפול התזונתי לבריאות הגופנית, יש בו בכדי לסייע לפסיכולוג להקדיש משאבים מופחתים למעקב ישיר אחר הסימפטום הגופני.

בהעדר קריטריונים אחידים בספרות להערכת החלמה קלינית ונוכח מיעוט המחקרים העוסקים בהערכתה של החלמה אישית בקרב מתמודדות עם הפרעות אכילה, ומתוך ניסיון לתקף את תוצאות השאלונים לדיווח עצמי שמילאו המשתתפות, השתמשנו בדרך נוספת להערכת החלמה ויעילותה של תכנית שיקומית זו; מעבר להתבססות על ציוני השאלונים אשר עוסקים בהתנהגויות סימפטומטיות ובוחנים חזרה לטווח הנורמה ביחס למדדי תפקוד שונים, בדקנו את שיעורי הישגות של סימפטומים פעילים של הפרעת האכילה בקרב המשתתפות בתכנית השיקומית. בקרב אוכלוסייה זו, ניתן להעריך אחוזי הישגות בצורה טובה באמצעות בחינת שיעורי האשפוזים החוזרים ושיעורי השימוש בשירותי שיקום (בישראל, על פי רוב, שירותי שיקום מסופקים למתמודדות שאינן בשלבים האקוטיים של מחלתם, אלא במצבי רמיסיה חלקית או מלאה). מעניין לציין כי בעוד שלא נמצאו הבדלים מובהקים ביחס לאחוזי ההשתתפות בטיפול כלשהו לאחר סיום תכנית "צידה לדרך" (מרבית המשתתפות במחקר דיווחו כי הן נמצאות בטיפול כלשהו בעת ההשתתפות במעקב), כ-18% בלבד מן המשתתפות שסיימו את התכנית השיקומית במלואה אושפזו במחלקות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה לאחר סיום התכנית, בהשוואה לכ-44% מהמשתתפות שנשרו ממנה וכ-70% מהמשתתפות שהשלימו את התכנית השתמשו בשירותי שיקום כלשהם, בהשוואה לכשליש בלבד מן המשתתפות שנשרו מן התכנית. למעשה, מתוך הנתונים, מסתמן כי סיום התכנית באופן מלא הביא לצמצום משמעותי של כמחצית מאחוז האשפוזים החוזרים ועלייה משמעותית בפנייה לשירותי שיקום. יוזכר, כי

אחת המטרות המרכזיות של מודל "הבית השיקומי" היא לסייע בצמצום תסמונת "הדלת המסתובבת" המאפיינת את אוכלוסיית המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות ומתבטאת באשפוזים חוזרים. הממצאים מצביעים על כך שהתכנית מגשימה מטרה זו. בהתבוננות פרטנית, אשפוזים חוזרים רבים ללא יעילות ארוכת-טווח מחריפים את הפרוגנוזה, מכבידים על המטופלות עצמן, קרוביהן וצוות הטיפול, ובהסתכלות רחבה יותר אשפוזים חוזרים מכבידים על מערכת הבריאות בישראל. מכאן, צמצום תופעה זו הינה בעלת חשיבות רבה הן במרחב המצומצם של הפרט וסביבתו והן במרחב הרחב הציבורי.

זאת ועוד, אחוזים גבוהים של הימצאות בטיפול, לאחר סיום ההשתתפות בתכנית, בעת המעקב, גם בקרב משתתפות מחלימות או כמעט מחלימות מחדדת את ההכרה בצורך במסגרת תמיכה ארוכת טווח לצורך ביסוס וקידומו של תהליך ההחלמה והשיקום מהפרעות אכילה קשות. מדובר בתהליך ממושך הדורש מסגרת טיפולית ארוכת-טווח, לצורך שימור ההישגים וביסוסם. ראייה זו מדגישה את ההתייחסות להחלמה כאל תהליך שיש לפעול בכדי להשיגו ובכדי לשמרו לאורך זמן, ולא כאל מצב סטטי הנותר ללא שינוי מרגע השגתו.

בין מטרותיו של המחקר הנוכחי לזהות גורמים מנבאים להחלמה קלינית ואישית מהפרעות אכילה. ככלל, תהליכי טיפול ושיקום בהפרעות אכילה קשות וממושכות הם תהליכים אינטנסיביים, ממושכים, הדורשים משאבים רבים (נפשיים, רגשיים וכלכליים כאחד). ומכאן, ישנה חשיבות רבה לזיהוי מדדים מנבאים לשיעורי החלמה גבוהים יותר. ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על: גיל צעיר יותר בכניסה לתכנית, מספר גבוה יותר של אירועי חיים חיוביים לאחר סיום התכנית השיקומית ורמה גבוהה יותר של עצמאות באכילה בסיום התכנית השיקומית כמנבאים להחלמה קלינית בקרב המשתתפות במחקר. בדומה, מחקרים קודמים הצביעו על כך, שגיל צעיר יותר בעת הפניה לטיפול ומשך קצר יותר של מחלה קשורים עם פרוגנוזה חיובית יותר (Keski-Rahkonen et al., 2014). ככלל, ככל שהטיפול ניתן מוקדם יותר והפרעת האכילה נמשכת זמן קצר יותר, סביר להניח כי עוצמת הפרעת האכילה תהיה חמורה פחות וכן, היא עדיין לא תתגבש כחלק מהזהות/האישיות של המטופלת ומכאן, סיכויי ההחלמה יהיו גבוהים יותר. יתר על כן, כפי ששערנו, בין המנבאים המשמעותיים להחלמה קלינית נמצאה גם רמה גבוהה יותר של אכילה עצמאית בסיום התכנית. במודל הבית השיקומי, רמה גבוהה של עצמאות באכילה הניתנת למשתתפת בתכנית מבטאת חיזוק חיובי לשיתוף פעולה נרחב של המשתתפת עם התכנית התזונתית וההנחיות התזונתיות. לפיכך, בין הגורמים המנבאים החלמה ניתן למנות היענות להנחיות התזונתיות; אכילה לפי תפריט, שמירה על משקל גוף תקין, ניהול יומן אכילה, הימנעות מסימפטומים פעילים של הפרעת האכילה וגיוון באכילה. ללא ספק, שיתוף פעולה עם ההנחיות התזונתיות הוא בין הקשיים המשמעותיים בהתגברות על הפרעת האכילה. אכילה לפי תפריט, שמירה על משקל תקין והימנעות מהתנהגויות מפצות שונות מהווה עבור המתמודדות עם הפרעות אכילה נקודת קושי מרכזית המאופיינת באמביוולנטיות רבה וצורך לשחרור שליטה מדומה. זאת ועוד, כפי שצוין קודם לכן, אכילה תקינה עשויה לנבא החלמה קלינית ואישית מהפרעת אכילה כיוון שהיא מצביעה

על התמודדות יסודית עם הקשיים שבבסיס המחלה. שכן, הפרעת אכילה היא סימפטום המעיד על מצוקה - קיים קושי להתמודד עם אתגרי החיים מעוררי הדחק, ולכן נאחזים בסימפטום.

בין המנבאים המשמעותיים להחלמה אישית שנמצאו במחקרנו נציין גיל צעיר יותר ורמת מוטיבציה גבוהה בעת הכניסה לתכנית השיקומית, תפקוד חברתי ברמה גבוהה; מערכות יחסים בין אישיות טובות וקשרים משפחתיים טובים בסיום התכנית השיקומית, רמה גבוהה יותר של עצמאות באכילה ואכילה לפי תפריט בעת סיום התכנית השיקומית וסיום התכנית השיקומית במלואה. ממצאים אלו נמצאים בהתאמה למחקרים קודמים שבחנו מנבאים לתוצאות טיפול חיוביות יותר בהפרעות אכילה (Bardone-Cone, Hunt & Watson, 2018), ומעשירים את הספרות בהדגשת חשיבותו של הטיפול התזונתי, ההיענות אליו והשלמת התכנית השיקומית הנבדקת – "צידה לדרך" כמנבאים להחלמה מהפרעת אכילה קשה וממושכת. ממצאים אלו מחזקים את הסברה כי ההחלמה שהושגה אינה ספונטאנית, אלא קשורה לתכנית השיקומית בה לקחו חלק המשתתפות ולהשלמתה.

בין חוזקותיו של מחקר זה ניתן לציין את העובדה שהוא כולל משתתפות עם סוגים שונים של הפרעות אכילה, בעוד שהספרות מרבה להתמקד בחקר החלמה מאנורקסיה נרבוזה, חשוב לבחון תהליכי החלמה ושיקום גם מהפרעות אכילה נוספות, בתוך כך - בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית, אשר שכיחותן באוכלוסייה גבוהה באופן יחסי.

### מגבלות המחקר

אחת ממגבלותיו של פרק מחקר זה טמונה באחוזי ההשתתפות במעקב; כאמור, מרבית המשתתפות אשר השלימו את תכנית "צידה לדרך" במלואה הסכימו להשתתף במעקב (ראיון ומילוי שאלונים), אך, מקרב קבוצת המשתתפות שנשרו מהתכנית בשלבים שונים נרשמה היענות של 57% בלבד (היתר סרבו להשתתף או לא אותרו). אומנם, ניתוח סטטיסטי העלה כי המשתתפות שאינן נכללות במעקב לא נבדלות באופן מובהק מבחינת מאפייני הרקע שלהן והנתונים שלהן בעת הכניסה לתכנית השיקומית מהמשתתפות שנכללו במעקב, יחד עם זאת, בהחלט ייתכן שלפחות חלק מהמשתתפות שסירבו להשתתף במעקב עשו זאת נוכח העובדה שהן עדיין מתמודדות עם סימפטומים פעילים משמעותיים של הפרעת האכילה ונמצאות במצב גופני ונפשי ירוד. מכאן, סביר לשער כי אחוז השתתפות גבוה יותר במעקב היה תורם לחיזוק מגמת ממצאי המחקר או לכל הפחות לא משנה אותה, פחות סביר כי אחוזי השתתפות גבוהים יותר במעקב היו מביאים להיפוך במגמת הממצאים. כמו כן, ניתן לשער כי הממצאים החיוביים שהתקבלו ביחס לקבוצת המשתתפות במחקר שנשרו מהתכנית מצביעים כל כך שגם פרק קצר יחסית של שהות בתכנית שיקום זו היטיב עמן ולכן מצבן בעת המעקב אינו חמור מאוד, וכי נבדקות שסירבו להשתתף במחקר המעקב הן אלו שלא חלה הטבה במצבן.

מילוי עצמי של שאלוני ההחלמה – מלבד דיווח עצמי על משקל הגוף שעשוי להיות בעייתי בקרב אוכלוסייה זו (אך לא בהכרח בעל הטיה דיפרנציאלית בין קבוצות המחקר), בראייתנו, מהווה עניין הדיווח העצמי סוגיה מתודולוגית במחקר זה, אולי דווקא מהימן ונכון יותר? בדומה לבריאות הנפש, נראה כי נכון להתייחס



גם להחלמה אישית בקרב המתמודדות עם הפרעות אכילה כמושג סובייקטיבי המוגדר בראש ובראשונה על ידי המתמודדת/עצמו/ה. ומכאן, חשוב לאמוד אותו מתוך דיווח עצמי של המתמודדת/ת. מה גם שבספרות קיימת התייחסות לכך שנחקרים עשויים לספק מענה מהימן יותר ביחס לפתולוגיות אכילה במילוי שאלונים בהשוואה לריאיון פנים מול פנים, נוכח תחושה גבוהה יותר של אנונימיות שמאפשרת מתן מענה כנה יותר והטיית ריצוי מופחתת (Keel, Crow, Davis & Mitchell, 2002).

לצד הסיכון בהטיית מידע, הדיווח העצמי של המשתתפות חשוב גם להטיית זיכרון אפשרית. מכל מקום, בסבירות גבוהה מי שהוגדרה כמחלימה/ כמעט מחלימה אינה מתמודדת עם סימפטומים פעילים של הפרעת האכילה מאחר ובשאלון ישנה התייחסות למשקל עדכני וסימפטומים בתקופה האחרונה (התייחסות ל-6 החודשים האחרונים).

עוד ביחס לשאלוני המחקר, כפי שפורט בפרק השיטות, חלק מהמדדים לבחינת החלמה אישית בשאלון של רועה ועמיתיו הינם בעלי ערכים גבוליים ו/או נמוכים של מהימנות פנימית (בעיקר המשתנים של בריאות פיזית, פנאי והשתתפות קהילתית). ככלל, מהימנות פנימית רגישה למיעוט פריטים. כלומר, סקלות בעלות מעט פריטים הן מראש בעלות סיכוי גבוה יותר למהימנות פנימית נמוכה. הסבר נוסף לערכים נמוכים של מהימנות פנימית בשאלון זה נעוץ באופי המיוחד של אוכלוסיית המחקר. מכאן, יש לנקוט בזהירות בפרוש הממצאים הקשורים במשתנים אלו וכן, להמשיך ולחקור אותם.

מגבלה נוספת ומשמעותית במחקר נתונה בשונות הרבה מבחינת משך הזמן שחלף בין מועד הסיום/ הנשירה מהתכנית השיקומית לבין עריכת המעקב (החל מחודש אחד ועד 100 חודשים). למרות שפערי הזמן אינם אידיאליים, הכללת כל המשתתפות בתכנית אפשרה הגדלה של המדגם וקבלת תוצאות מקיפות ביחס לתכנית לאורך השנים וכן, בחינת החלמה לאורך זמן – החלמה היא תהליך ממושך. בכדי להתגבר על מגבלה זו, הניתוח הסטטיסטי נעשה תוך שימוש באירועי חיים ובמספר החודשים שחלפו מסיום ההשתתפות בתכנית כמשתני בקרה, וכן, חושבה הרגרסיה בצעדים.

### **סיכום והמלצה למחקרי המשך**

בהתבסס על ממצאי פרק המעקב, ניתן לקבוע כי תכנית השיקום "צידה לדרך" הנה בעלת תרומה רבה לשיפור ההתמודדות עם הפרעת האכילה, צמצום שיעורי ההישנות והגדלת אחוזי ההחלמה מהפרעות אכילה קשות וממושכות. ישנה חשיבות רבה בהתייחסות הוליסטית לתהליכי שיקום והחלמה מהפרעות אכילה, הן ברמת היישום בשטח והן ברמת הערכת התוצאות. לא די במיגור סימפטומים ובשמירה על משקל גוף תקין, יש לתת חשיבות מכרעת גם לתפיסות הסובייקטיביות של המתמודדות ביחס לאיכות חייהן ויכולתן למימוש עצמי. זאת ועוד, ממצאי המחקר מציעים כי החלמה קלינית והחלמה אישית קשורות זו לזו, כאשר החלמה קלינית מהווה רכיב חיוני לגיבושה של החלמה אישית. בין המדדים המנבאים החלמה והצלחה בתהליכי שיקום, יש לתת חשיבות רבה למידת המוטיבציה של המתמודדת, גיל ומשך המחלה, תפקוד חברתי ורמת שיתוף הפעולה עם ההנחיות התזונתיות.

לדעתנו, כיווני מחקר עתידיים צריכים לכלול המשך מעקב אחר משתתפות שהשלימו את התכנית השיקומית, בכדי להמשיך ולהעריך יעילות ארוכת-טווח של תכנית שיקומית זו.

יש לערוך מחקרים נוספים, שייבחנו תכניות שיקום נוספות, בעלות מאפיינים שונים לאוכלוסיות אחרות. כמו כן, מחקר איכותני לבחינת פרספקטיבת המשתקמות והלא משתקמות עשוי להיות בעל ערך רב.

ישנה חשיבות רבה בגיבוש עמדה מחקרית אחידה ביחס להגדרת החלמה מהפרעות אכילה ואופן הערכתה.

תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת  
יישום עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים  
להחלמה

---

## תת-מחקר III

מחקר איכותני: פרספקטיבת הצוות המוביל

## תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה

### תת-מחקר III: מחקר איכותני – פרספקטיבת הצוות המוביל

#### 1. מטרה עיקרית

מטרתו העיקרית של מחקר זה היא – לבחון את מידת ואופן היישום של עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש, בתהליך השיקום של מטופלות עם הפרעות אכילה קשות בישראל, מנקודת ראות חווית המטפלים והוגי התוכנית.

#### 2. שיטה

מחקר זה הינו מחקר איכותני חלוצי לבחינת עקרונות מרכזיים בתכנית "צידה לדרך"; תכנית שיקומית ייחודית המיועדת למטופלות עם הפרעות אכילה קשות בישראל. הבחירה במחקר איכותני באה במטרה לאפשר חקירה עמוקה של המודל השיקומי הקיים ובחינתו לאור תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש מנקודת ראות הוגי התכנית ואנשי הצוות המפעילים אותה.

#### 2.1 משתתפים והליך המחקר

בכדי לקבל תמונה מקיפה ככל שניתן אודות התכנית השיקומית "צידה לדרך", נערכו 10 ראיונות אישיים מעמיקים, חצי מובנים, פנים מול פנים; ראיונות עם שני הוגי תכנית הבתים השיקומיים בישראל (פרופ' יעל לצר וד"ר איתן גור), וכן, עם כלל אנשי הצוות שמפעילים אותה בשנים האחרונות; אנשי הצוות הבכיר (מנהלת, אם הבית, דיאטנית, עובדת סוציאלית) ומדריכות שיקומיות (נבחרו 4 מדריכות שיקומיות מנוסות שעבדו בבית השיקומי במשך שנה אחת לפחות – 2 מדריכות עבר ו-2 מדריכות בהווה). הוגי תכנית הבתים השיקומיים בישראל מעורבים בתכנית "צידה לדרך" עוד משלבי התכנון שלה. שניהם בעלי ידע רב וניסיון עשיר בתחום הטיפול בהפרעות אכילה. אנשי הצוות הבכיר של הבית השיקומי "צידה לדרך" ממלאים את תפקידם במסגרת זו בממוצע כ-7 שנים (עם ערך מינימום של 4 שנים וערך מקסימום של 9 שנים). כלל המרואיינים הינם בוגרי תואר אקדמי ראשון לפחות במקצוע טיפולי (מדעי התזונה/ רפואה/ פסיכולוגיה/ עבודה סוציאלית), מרביתם המשיכו לתארים מתקדמים. 6 מתוך המרואיינים הינם בעלי הכשרה ספציפית בתחום השיקום (מלבד הכשרה בתחום הטיפול בהפרעות אכילה) ו-4 מהם ללא הכשרה בהתערבויות שיקומיות טרם כניסתם לתפקיד.

יצוין, כי כל המרואיינים שנבחרו לקחת חלק במחקר זה הביעו את הסכמתם המלאה להשתתף בו. החוקרת יצרה קשר טלפוני עם המרואיינים, אשר בחרו את המיקום והמועד של הריאיון על פי נוחותם. כמחצית מהראיונות התקיימו בבית השיקומי "צידה לדרך" וכמחצית במקומות אחרים לפי בחירת המרואיינים (בית/ משרד). יודגש כי כל הראיונות התקיימו בסביבה שקטה, ללא גירויים ו/או רעשים ו/או נוכחים נוספים, מה שאפשר ריאיון פרטי ואינטימי. כל הראיונות בוצעו על ידי החוקרת ועל פי אותו פרוטוקול. הראיונות

הוקלטו והועלו על הכתב. המחקר אושר על ידי ועדת אתיקה של הפקולטה וכל המשתתפים חתמו על הסכמה מדעת להשתתפות במחקר.

## **2.2 כלים**

ראיון עומק המתבסס על שאלון חצי מובנה.

מטרת הראיון הפנומנולוגי היא להשיג תיאורים משמעותיים, פתוחים ועשירים של התנסויות יומיות, כפי שהן נחוות על ידי המרואינים ובאופן בו הן מתוארות בשפה שלהם (Denzin, 1989; Rubin & Rubin, 1984; Taylor & Bogdan, 1984; 1995). ראיון עומק מספק דיווח מנקודת מבט אישית לגבי התופעה הנחקרת, ומאפשר קבלת תמונה מפורטת ורחבה של אירועים, פעילויות ומצבים חברתיים, שאינם ניתנים לצפייה ישירה (Creswell, 1998). הראיון גם מאפשר היכרות ולמידה של המשמעויות הסובייקטיביות שמעניקים המרואינים להתנהגות, לרגשות, לעמדות ולתפיסות העולם שלהם (Fontana & Frey, 1994; Patton, 1990).

שאלון המחקר התבסס על סקירת ספרות נרחבת שנערכה לצורך המחקר ובראשיתו שאלות פתוחות רחבות ביחס לתפיסת תהליכי שיקום, שיקום פסיכיאטרי ושיקום בהפרעות אכילה, מושג ההחלמה, חזון ההחלמה, הפרעות אכילה קשות ודרכי הטיפול בהן. בהמשך, שאלות ממוקדות יותר הדנות בתכנית השיקום הייחודית (בתוך כך- ההתנהלות היום-יומית, שלבי התכנית, אופן מדידת ההתקדמות בתכנית, אנשי הצוות הרב-מקצועי והכשרתם, תמיכה בצוות, האווירה בבית השיקומי, נקודות החוזק והחולשה של התכנית), מנבאים להתאמה לתכנית שיקום שכזו ותכנון תכנית שיקום אידיאלית.

## **2.3 ניתוח הנתונים**

תחילה, נקרא כל ראיון מספר פעמים בניסיון לזהות תמות עיקריות שעולות ממנו. לאחר סיום קריאת כל הראיונות מספר פעמים, נערכה השוואה בין הראיונות לזיהוי תמות מרכזיות ומשניות משותפות (Charmaz, 2003).

## **3. ממצאים עיקריים**

### **3.1 כללי**

איסוף החומר נמשך כחודש וחצי. הראיונות נמשכו בין 40 דקות ל-75 דקות. יודגש, כי כל הראיונות שנערכו במסגרת פרק מחקר זה אופיינו באווירה נעימה, פתיחות רבה ושיתוף פעולה מלא. כל המרואינים הביעו נכונות רבה לחלוק מניסיונם ולשתף בידע ובתפיסות האישיות שלהם. וכן, הביעו תמיכה ועניין רב במחקר. מכאן, התקבל נפח עשיר ומעניין של חומר לניתוח.

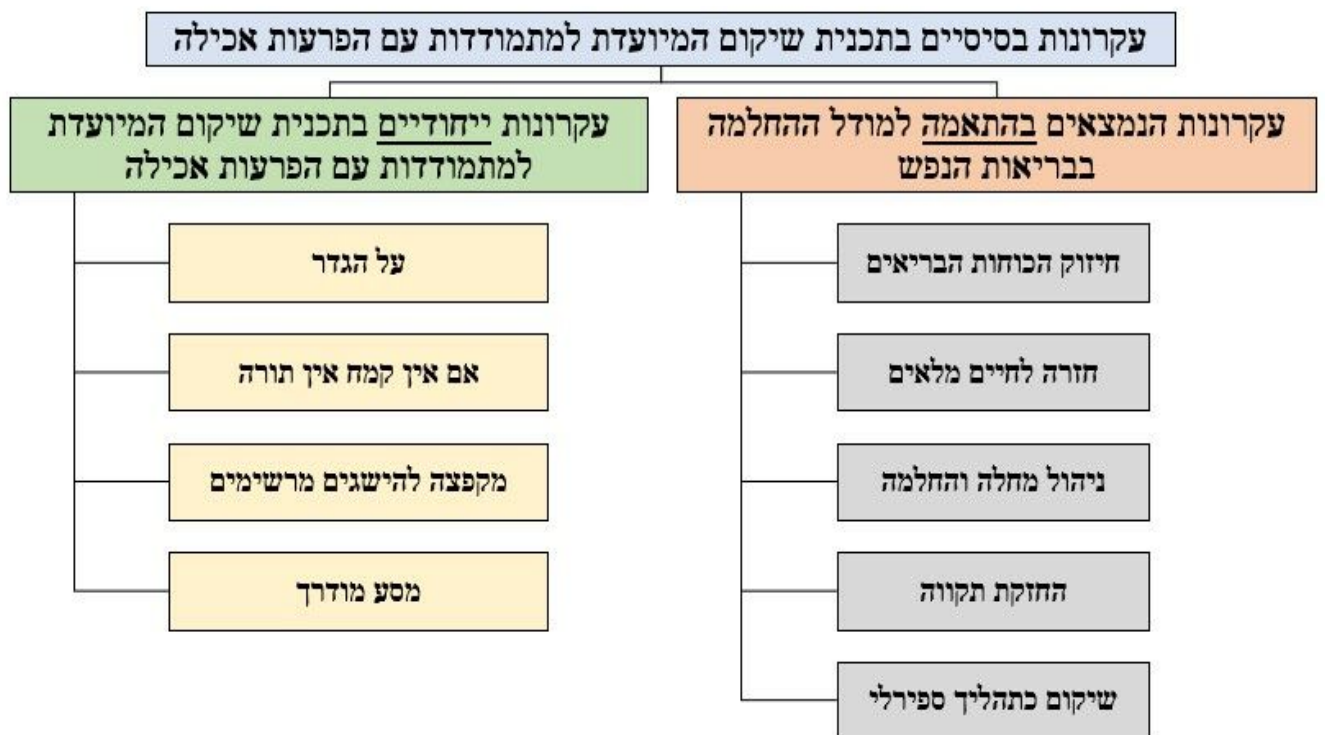
תרשים מספר 7 מציג באופן חזותי את ממצאי ניתוח הראיונות; כפי שניתן לראות, מניתוח הראיונות עלו שתי תמות מרכזיות העוסקות בתפיסת המרואיינים את העקרונות הבסיסיים בתכנית שיקום המיועדת למתמודדות עם ה"א קשות;

1. עקרונות הנמצאים בהתאמה למודל ההחלמה בבריאות הנפש.

2. עקרונות ייחודיים בתכנית שיקום המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה.

מתוך כל אחת מהתמות המרכזיות נגזרו תמות משניות אשר יוצגו ויוסברו בהרחבה בפרק זה (ראה תרשים מספר 7).

**תרשים מספר 7: תיאור חזותי של התמות המרכזיות שעלו מתוך ניתוח הראיונות**



נרחיב על כל אחת מתוך 2 התמות המרכזיות שעלו בראיונות.

3.2.1 התמה המרכזית הראשונה – עקרונות הנמצאים בהתאמה למודל ההחלמה בבריאות הנפש (ראה תרשים מספר 8).

א. "חיזוק הכוחות הבריאים" - חזון ההחלמה; שיקום כתהליך הוליסטי מבוסס כוחות.

תהליכי שיקום בבריאות הנפש נועדו לתמוך ולסייע למטופלים בוגרים המאובחנים עם מחלות נפשיות חמורות בהשגת תפקיד בעל ערך בחברה ותפקוד בתחומי החיים השונים, כגון- דיור, תעסוקה, לימודים ויחסים חברתיים (Corrigan et al., 2005; Anthony et al., 2002) ולהביא להשתלבות חברתית עם איכות חיים מיטבית (Davidson et al., 2009). בהתאם לגישות הרווחות בתחום בריאות הנפש,

המרואינים התייחסו לתהליך השיקום הפסיכיאטרי בכלל ולתהליך השיקום בהפרעות אכילה בפרט **כתהליך הוליסטי ממושך, רב-ממדי ומבוסס כוחות שמטרת העל שלו היא - החזרת המתמודדים לחיים מלאים בקהילה, בהתאם למחלתם ויכולתם האישית.** בתוך כך, תפקוד אופטימאלי, השתלבות קהילתית, השתלבות במסגרת תעסוקתית/לימודית, חיים חברתיים, פיתוח קשרים בין-אישיים.

"[...] שיקום זה בעצם לחזק את הכוחות הבריאים ולשפר תפקוד ככל התחומים. גם בתחומים הקוגניטיביים, גם בתחומים החברתיים, גם בתחומי יחסים בין-אישיים, גם בתחום העבודה. כלומר, שיקום הוא משהו מאוד רב-גוני אבל בגדול, הכוונה היא לחזק כוחות [...]" (7)

"[...] נקודת החזקת זה שהמקום נותן את מכלול הטיפול, כלומר, הבית את מה שהבית נותן, ושיש להן את התמיכה של רמב"ם, ששם ניתנת התמיכה של הטיפול. שזאת בעיני נקודת חוזק עצומה. בעצם, יש להן כאן את כל אנשי המקצוע שהן צריכות, כלומר, גם בבית וגם ברמב"ם [...]" (6)

**ב. "חזרה לחיים מלאים" – חשיבותו של תהליך שיקומי מותאם אישית המבוסס על עקרונות של העצמה.**

הגישה המבוססת על תיאוריית ההחלמה מדגישה התמודדות וכוחות, משקפת הבנה טובה יותר של המחלות ומהלכן ההטרוגני ומייחסת חשיבות לשינוי מדיניות ואספקת שירותים מתאימים למתמודדים עם תחלואה פסיכיאטרית. בכוחו של תהליך שיקומי מותאם אישית להביא להשתלבות קהילתית ואיכות חיים מיטבית, כמו גם, לסגירת מוסדות פסיכיאטריים וקיצור משך תקופות האשפוז (Anthony & Farkas, 2009); רועה ועמיתים, 2005, 2011).

בהתאם לכך, כלל המרואינים ייחסו **חשיבות רבה** לתהליכי שיקום, תוך הצגת התפיסה כי תהליך שיקומי **מותאם אישית** מאפשר למתמודד/ת **לזכות בחיים מחודשים ומלאים**. מתוך הראיונות, תהליך שיקומי מוצלח בהפרעות אכילה צריך לכלול – סיוע בשיקום תעסוקתי, הצפה בגירויים במידתיות ובהתאם ליכולות, סיפוק טכניקות התמודדות במצבי דחק, חיזוק הרובד הבין אישי. כל אלו במטרה **להעלות את הערך העצמי של המטופל ולסייע לו לחזור למסלול החיים המקובל ביחס לקבוצת הגיל שלו.**

"השיקום הוא בעצם החזרה לחיים וההתמודדות היום-יומית עם ההבנה שיש לי קושי ואיך אני מתמודד אתו ומהם הכלים שאני צריך בכדי להתמודד אתו. ללא תהליך השיקום, הקפיצה אל תוך החיים תהיה קפיצה שהיא מוצפת... זה אותו דבר אם תיקחי לא בעיות נפשיות, אם תיקחי למשל בן אדם ששבר את הרגל. בן אדם שבר את הרגל, טיפלו לו, ניתחו אותו, עשו את הכול. עכשיו, הוא צריך להתחיל לחזור לחיים, ללכת. לא יגידו לו לרוץ, כי אם יגידו לו לרוץ הרגל תישבר שוב פעם, אז אומרים לו: "בוא, תלך קודם על קביים, אחרי שתלך על קביים תלך לאט, אח"כ תדרוך על דברים רכים..." יש משהו בשיקום שהוא הדרך הנכונה לחזור לחיים תקינים במסגרת המגבלות. גם אם מישהו שובר את הרגל, הרגל שלו לא חוזרת להיות אותו הדבר. הוא צריך לקבל את זה שבתנאים מסוימים הוא לא יוכל לעשות את מה שהוא עשה קודם [...]" (5)

"אז אני חושבת שתהליך החלמה טוב הוא כזה שאנחנו מזיזים הצידה, לפחות חלקית, את הפרעת האכילה ומצליחים למלא את החיים בתכנים שונים מהפרעת אכילה. בתכנים אחרים שכל אחת בוחרת לעצמה מה הם התכנים שהיא הייתה רוצה למלא איתם את החיים, אבל שהם לא קשורים ל-משקל, לאכילה וכל הנלווים [...]" (7)

ג. "ניהול מחלה והחלמה" – החלמה כתהליך אינדיבידואלי המבוסס על עקרונות של אחריות ויוזמה.

בהתייחס למושג החלמה הדגישו המרואיינים בעיקר מדדים של החלמה אישית (החלמה הניתנת להערכה בשינויים פסיכולוגיים/ רגשיים/ תפקודיים), אך ציינו גם היבטים של החלמה קלינית מהפרעות אכילה (הכרוכה בהעדר סימפטומים פעילים של המחלה). המרואיינים התייחסו באופן דומה למושג כללי של החלמה (החלמה ממחלות נפשיות) והחלמה ספציפית מהפרעות אכילה. המרואיינים הציגו את תהליך ההחלמה כתהליך ארוך טווח ומתמשך, ספציפי לכל אדם (מתייחס לנקודת הפתיחה של כל מתמודד/ת, יכולות אישיות ורצונות), הדורש לקיחת אחריות ויוזמה מצד המטופלת, כשבמרכזו חזרה לשגרת חיים מותאמת גיל (שגרה הכוללת- תפקוד נורמטיבי, זוגיות, נישואים, לימודים, פיתוח קריירה ועוד), גיבוש יכולת לניהול המחלה והתאוששות ממשברים, לצד הפחתת/ מיגור סימפטומים. יתר על כן, המרואיינים התייחסו באופן שונה למושג של הבראה שנתפס על ידם כמושג מוחלט ודיכוטומי – לאחר קבלת טיפול מתאים הבעיה נעלמת. מושג שמתוך הראיונות פחות מתאים לתחום של שיקום ובריאות הנפש.

"[...] טוב, אני חושבת שזו סמנטיקה שבאה לעזור לנו לא להיות מתוסכלים מידי. כי המחלות שאנחנו מתעסקים איתם – הפרעות אכילה, הן בעצם מחלות שרובן נורא נורא קשות, ורובן לא מגיעות לכדי הבראה מלאה. אז, המינוח הזה של החלמה מאפשר לנו אופטימיות, אבל, עדיין להיות מעוגנים במציאות. אז, כשאנחנו מגדירים החלמה אנחנו מגדירים איזשהו שינוי ביחס בין הכוחות הבריאים לכוחות החולים לכיוון הכוחות הבריאים, שמאפשרים תפקוד יותר טוב. הבראה זה משהו קצת יותר דיכוטומי, ולכן זנחו אותו, כי קשה מאוד להגדיר הבראה בהפרעות אכילה. מה? לא לחשוב בכלל על אכילה, משקל וזה... זה משהו שאני לא חושבת שהוא קיים [...]" (7)

"[...] הבראה היא עניין פיזי בעיניי [...] זאת אומרת, כמו דלקת ריאות, או דלקת בדרכי השתן, או כל דבר אחר. זה עניין פיזי. באים, מקבלים טיפול, לצורך העניין "אוגמנטין", או כל דבר אחר, פותרים את הבעיה, היא נגמרת, אפשר לחזור למסלול חיינו הרגיל. בהחלמה אין את הדבר הזה, אין להעלים את מקור הבעיה, יש ללמוד לצמצם את ההגבלות שלה, ועדיין לחיות עם זה, לא בהתעלמות מזה, לא בהכחשה, ממש אפילו בצורה סימביוטית עם המחלה, לתת לה מקום, אבל, מקום מצומצם, כזה שהיא לא מנהלת, אלא המטופל עצמו, המתמודד יותר נכון, מנהל את המחלה [...]" (8)

ד. "החזקת תקווה" – שמירה על גישה אופטימית.

תיאוריית ההחלמה מדגישה מספר מרכיבי מפתח בתהליך ההחלמה ובתוכם תקווה. תקווה מתוארת כאמונה של המתמודד עצמו ושל הצוות המטפל כי החלמה או שינוי הם אפשריים, או כנחישות להשתפר. התקווה



מהווה טריגר לתהליך ההחלמה ומתחזקת אותו. רכיב התקווה כולל בתוכו; הכרה וקבלה בקיומה של בעיה, מחויבות לשינוי, ארגון מחדש של סדר העדיפויות, התמקדות בכוחות, ציפייה לעתיד ועידוד אופטימיזם, אמונה בעצמי (Le Boutillier et al., 2011).

בהקשר זה, נקודה משותפת נוספת שעלתה בראיונות המחקר היא **הצורך בהחזקת תקווה/ שמירה על גישה אופטימית** עבור המשתתפות בתכנית שיקומית המיועדת למטופלות עם הפרעות אכילה. נקודה זו עלתה כמענה לשאלה בדבר תכונות או כישורים הדרושים מאנשי הצוות בתכנית שיקומית וכן, בשאלה הבוחנת עמדות אישיות ביחס להפרעות אכילה. אחת ממדריכות השיקום אף ציינה את החזקת התקווה כמדד להתקדמות בתהליך השיקומי; כאשר, בראשיתו, הצוות המטפל אמון בעיקר על החזקת האמונה והתקווה עבור המטופלת, וככל שמתקדם התהליך, החזקת התקווה והאמונה בתהליך צריכה לעבור לידי המטופלת, כחלק חיוני מתהליך ההתקדמות בשיקום.

"[...] אני חושבת שבהתחלה אנחנו (צוות הבית השיקומי) יותר מחזיקים את התקווה, את האמונה, אנחנו יותר מחזיקים את זה, ובערך אחרי שנה, הדיירת-המשתקמת צריכה להחזיק את זה, כי אם זה לא עובר לזה שהיא מחזיקה את זה, את הרצון, היא מחזיקה את התקווה [...]. אז אני פחות רואה את זה עובד לטווח ארוך. וכן, יש הרבה החזקה שלנו את הדבר בהתחלה [...]" (3)

**ה. "שיקום כתהליך ספירלי – שני צעדים קדימה ואחד אחורה" – תהליך שאינו ליניארי.**

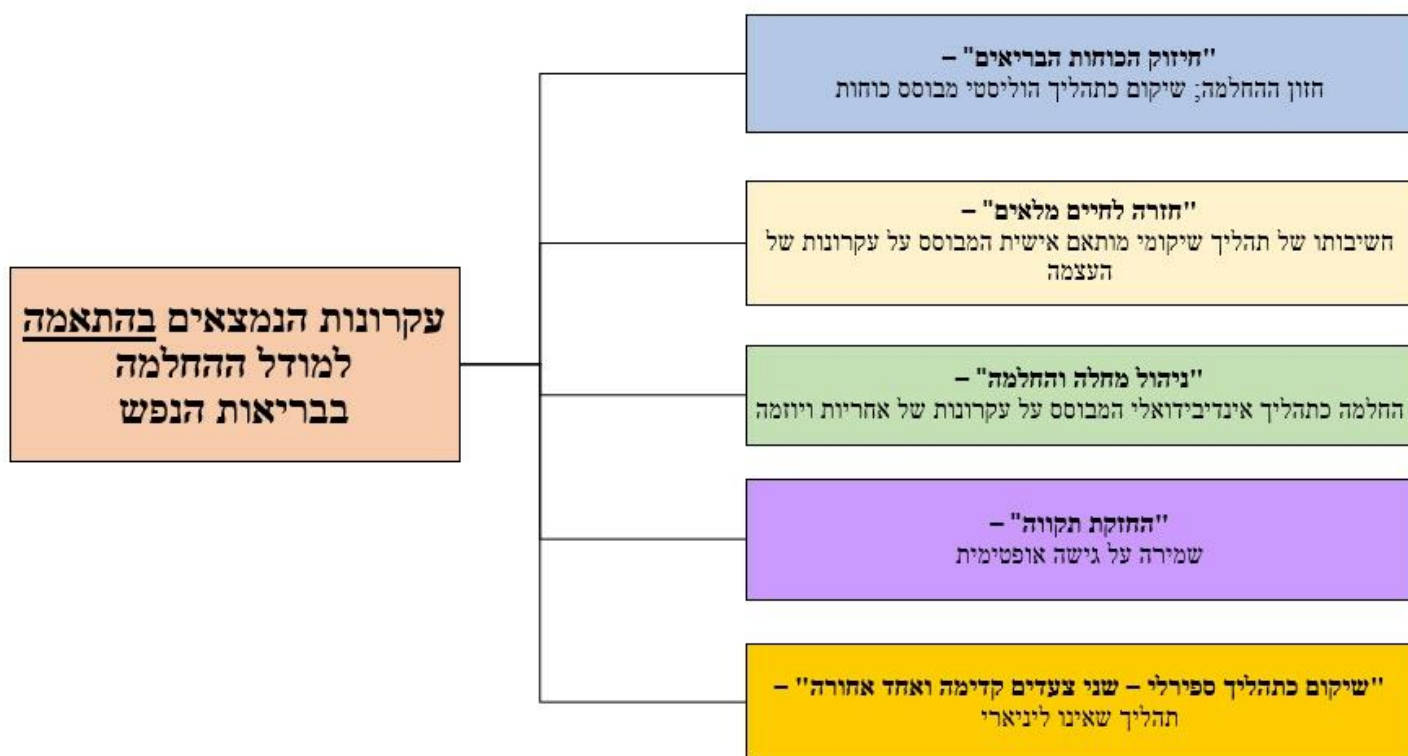
אחד מהעקרונות הנוספים של תהליך שיקום ברוח תיאוריית ההחלמה הוא – תהליך השיקום אינו תהליך רציף וליניארי. המרואיינים התייחסו לכך בתיאורם את תהליך השיקום וההחלמה בקרב המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות. המרואיינים הדגישו כי לאורך תהליך השיקום צפויות נקודות קושי ומשבר משמעותיות, שלא פעם מובילות לנפילה ואף להישנות סימפטומים. ומכאן, על תהליך שיקומי מוצלח לספק למשתקמות כלים להתמודדות עם משברים ומבחינת מפעילי תכניות שיקום, חשוב לגייס אנשים בעלי יכולת הכלה ואורך רוח.

"אני תמיד אומרת לבנות, זאת עקומה שהיא מאוד מבלבלת; עולה ויורדת, עולה ויורדת, וזה התהליך. שהוא באמת צעד קדימה ושניים אחורה, ושלוש קדימה ואחד אחורה... כשיש את המקום שמאוד מאוד רוצה, ויש שיתוף פעולה והבנה שזה התהליך, שיש עליות ומורדות, זה בעיני נחשב לטיפול טוב. טוב, כי זו הדרך, והדרך היא עקלקלה ופתלתלה. אבל, כשיש את הרצון הזה, מקום שבאמת החליט ובוחר ורוצה, עם זה אפשר לעבוד, וזו בעיני הדרך. זה התהליך". (6)

"החלמה בעיני זה היכולת להרגיש בריאותית ונפשית באופן תקין. אולי אני מקישה ממה שאני מכירה מהבנות כאן (מתייחסת לבנות במסגרת "צידה לדרך"), יכולת להיות בלי סימפטומים, יכולת לקום ממשברים, כי יהיו משברים. בתהליך ההחלמה יהיו משברים איך שלא נהפוך את זה. אבל, עיקר העניין הוא היכולת הזאת לקום מהמשבר ולהמשיך הלאה". (6)

תרשים מספר 8 מסכם באופן חזותי את התמה המשנית הראשונה שעלתה מניתוח הראיונות.

**תרשים מספר 8: עקרונות הנמצאים בהתאמה למודל ההחלמה בבריאות הנפש**



התמה המרכזית השנייה אשר נגזרה מתוך הראיונות הציגה את העקרונות הייחודיים לתוכנית השיקום המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה.

**3.2.2 עקרונות ייחודיים בתכנית שיקום המיועדת להפרעות אכילה.**

**א. "על הגדר" - אמביוולנטיות כנקודות קושי ייחודיות בתהליך השיקום וההחלמה מהפרעות אכילה.**

אחד האתגרים המשמעותיים והייחודיים בטיפול בהפרעות אכילה (שאינו שכיח במחלות/ הפרעות פסיכיאטריות אחרות) קשור בנטייה של חולות עם הפרעות אכילה קשות, ובמיוחד אלו עם אנורקסיה נרבוזה, לגלות אמביוולנטיות ואף התנגדות כלפי שינוי מצבן, טיפול והחלמה. זאת, בעיקר על רקע אופייה האגו-סינטוני של אנורקסיה נרבוזה. מכאן, בקרב אוכלוסייה זו שכיחים שיעורים גבוהים של הימנעות מטיפול, נשירה, הישנות סימפטומים וקושי בהשגת התקדמות משמעותית בטיפול (Nordbo et al., 2012); (Wiseman et al., 2001).

מתוך ניסיונם המקצועי, הציגו המרואיינים נקודות קושי שונות שעלולות להפריע לתהליך השיקום וההחלמה מהפרעות אכילה (בתוך כך- נוקשות מחשבתית, בדידות, תחלואה פסיכיאטרית נלווית והרקע המשפחתי של המשתקמת). נקודת קושי בולטת שחזרה בכל הראיונות והינה כאמור ייחודית למטופלות עם

הפרעות אכילה היא **האמביוולנטיות** שחשות המטופלות ביחס לשיקום וההחלמה. אמביוולנטיות מהווה מאפיין מרכזי בהפרעות אכילה ואת אחד ההבדלים הבולטים בהשוואה ליתר המחלות ו/או ההפרעות הפסיכיאטריות. יודגש, כי האמביוולנטיות נובעת בעיקר מהקושי להתמודד עם המציאות של חיי היום יום, מה שמחזק את הרציונל למסגרת שיקומית מחבקת ובטוחה המלווה את המתמודדות בתהליך של החשיפה למציאות. על פי תפיסת המרואיינים, פתרון לנקודת קושי משמעותית זו טמון בביסוסו של קשר טיפולי משמעותי במסגרתו תעשה השוואה חוזרת של נקודות הרווח למול נקודות ההפסד בתהליך השיקום וההחלמה מהפרעות אכילה. שיח זה עשוי להוביל את המטופלת להסכים "לשלם את מחיר הפרידה מהפרעת אכילה", מתוך הבנה שההפסד בשימור הפרעת האכילה גבוה מהרווח המשני שהיא מספקת.

"[...] נקודות הקושי הן כמה, ראשית, זו האמביוולנטיות, כלומר, יש את המקום שבחר והחליט והבין שהוא רוצה את זה, ויש את המקום שכבר מתחיל את התהליך ואת ההבנה של כאילו – מה? אני הולכת להשתחרר מה-*title* הזה שלי? אני באמת הולכת להחלים מהפרעת האכילה? מי אני בלי זה? מה אני בלי זה? זו נקודת קושי מאוד מאוד גדולה שפוקדת אותן ואת הצוות בהמון פרקי זמן בתהליך, בעיקר בבית השיקומי [...]" (6).

"[...] כשהן (מטופלות עם הפרעות אכילה) מבינות שחלק ממה שהן צריכות, שחלק מהמחיר שהן צריכות לשלם זה באמת שהן יעלו במשקל [...] יש הרבה רווח בלהיות חולה ומסכנה, ופתאום כשהן מתחילות להחלים והסביבה מתחילה לדרוש מהן, אז זו גם נקודת קושי. יש גם את השאלה אם אני רוצה להיות מסכנה ומטופלת, או אם אני באמת אקח על עצמי אחריות? הרבה באמת קשה להן כשנוצר הקטע של – אני רוצה להחלים, אבל, אני גם רוצה להישאר נורא נורא רזה, זה קטע שמאוד קשה שם, להבין שאני אשחרר את האכילה, אני יעלה 2 ק"ג. זה יקרה. [...] לפעמים פתאום מורידים להן כאן קצת את הקצבה (קצבת נכות) וקשה להן, כי זה כיף לקבל קצבה [...] קשה לוותר על היתרונות האלו לפעמים." (3)

**ב. "אם אין קמח אין תורה" - התמקדות בהפרעת האכילה ובהרגלי האכילה, תוך הקפדה על גבולות ברורים ונוקשים.**

**בשונה ממחלות/הפרעות פסיכיאטריות אחרות, ישנה חשיבות מכרעת לשילובו של טיפול תזונתי בליווי תהליכי השינוי הפסיכולוגיים והחברתיים שעוברות המטופלות.** תנאי בסיסי להחלמה (קלינית ואישית) מהפרעות אכילה הוא שמירה על משקל מינימום תקין ותזונה יציבה. כאשר שומרים על תזונה מאוזנת ומשקל יציב, המתמודדות חשופות לחרדה הכרוכה בהתמודדות עם המציאות, הסימפטומים אינם יכולים להוות עוד דרך מפלט עבורן, ומכאן החשיבות המכרעת של הטיפול התזונתי בתהליך. מכאן, דיאטנים מהווים חלק אינטגרלי ומשמעותי ביותר מצוות הטיפול בכל שלבי רמות הטיפול (Reiter & Graves, 2010).

ברוח זו, מתוך הראיונות עולה, כי אומנם ישנם עקרונות בסיסיים חופפים בין תכניות שיקום בבריאות הנפש לבין תכניות שיקום המיועדות למטופלות עם הפרעות אכילה, אך, חלק בסיסי ועקרוני אותו יש להוסיף לתכניות הקיימות בבריאות הנפש לצורך התאמתן למטופלות עם הפרעות אכילה הוא **התמקדות**

**בנושא האכילה וסיגול הרגלי אכילה תקינים, תוך הדגשת חשיבותם של גבולות ברורים ונוקשים.** ההתמקדות בנושא האכילה מתבטאת בכל אחד ממדי התכנית השיקומית; אכילת כל הארוחות בזמנים קבועים ועל פי תכנית מהווה מסגרת בסיסית לסדר היום, למעשה, כל ההתנהלות בבית השיקומי סבה סביב הארוחות. אחת מנשות הצוות המשמעותיות ביותר בצוות הבכיר של הבית השיקומי היא דיאטנית הבית, אשר אמונה על ניטור צמוד של תכנית האכילה של הבנות ויישומה, מעקב אחר הרגלי האכילה, סימפטומים פעילים של הפרעת האכילה ומשקלן. מעבר בין השלבים השונים בתכנית השיקומית כרוך בשינויים גם מבחינת האכילה. הערכת ההתקדמות של הדיירות בבית השיקומי נעשית במגוון מישורים (בהם – תפקוד, יחסים בין-אישיים, תעסוקה, משפחה וכו') ובנוסף לכך, ניתן מקום נכבד להערכת ההתקדמות במישור האכילה והרגלי האכילה. להלן מספר ציטוטים לצורך המחשה:

"[...] קודם כל, קיים שוני בהתמודדות עם הפרעת האכילה עצמה, כלומר, הניטור הדיאטטי המאוד מאוד נוקשה שיש פה. הגבולות המאוד מאוד ברורים, מאוד ברורים! ומאוד נוקשים, מאוד נוקשים! נוקשים ברמה שאפילו אני בהתחלה לא הבנתי כמה הם חשובים, כמה חשוב להקפיד על הפתית האחרון, כי זה באמת נראה לי קטנוני בהתחלה כל ההתעקשויות האלה [...] המסגרת כולה פה היא הרבה יותר נוקשה והרבה יותר דורשנית [...] היא נוקשה לא רק בתחום של הפרעת האכילה, גם בתחום התפקודי, אנחנו דורשים דרישות מאוד גבוהות ביחס להוסטלים של נפגעי נפש [...] אם מישוהו לא קם בבוקר כי הוא בדיכאון, בהוסטל של נפגעי נפש זה אפילו דבר שכית, פה אין מצב! פה אין מישוהי שלא ב-7:30 תתייצב לאכול, זה אולי יקרה לה פעם או פעמיים ואחר כך היא תצטרך ללכת הביתה [...]". (7)

"[...] קודם כל, הדגש אצלנו הוא באמת מאוד על העניין של האכילה, שלא קיים במקומות שיקומיים אחרים. שמבחינתנו, זה ה-first priority, וכל יתר הדברים הם בשרות של תהליך ההחלמה מהפרעת האכילה. זאת אומרת, גם השיקום התעסוקתי שלהן הוא תחת הצל וההנחיה של מה שקורה להן עם הפרעת האכילה [...] כל מה שמתנהל פה ביום-יום הוא סביב המוקדים של הארוחות, של האוכל, של ההתנהלות סביב האכילה [...] כשהן יוצאות לעבודה, הדבר הראשון שישאלו אותן כשהן יחזרו זה "איך הסתדרת עם האוכל בעבודה?", ואחר כך "איך היה בעבודה?" ו"איך תפקדת?" [...] הכול הוא דרך הפריזמה של האכילה [...]". (4)

"קודם כל יש איזושהי תחושה שההתנהלות היא סביב הארוחות (מחיכת). יש לחווייתי 800 ארוחות ביום; בוקר, עשר, צהריים, ארבע, ערב ולילה. וכל מה שקורה קורה בבין לבין, זאת אומרת, קודם כל זו דרישה של הבית לקום ולהגיע לארוחות [...]". (10)

### ג. "מקפצה להישגים מרשימים" – פוטנציאל שיקומי גבוה.

כשהתבקשו המרואיינים להציג את ההבדלים המרכזיים לתפיסתם בין תכניות שיקום כלליות בבריאות הנפש לתכניות שיקום ייחודיות למטופלות עם הפרעות אכילה, כולם ציינו כהבדל משמעותי את **הפוטנציאל השיקומי הגבוה של אוכלוסיית המטופלות עם הפרעות אכילה בהשוואה לאוכלוסיית המשתקמים במרבית ההוסטלים ותכניות השיקום בבריאות הנפש.** על פי המרואיינים, הדיירות בבית השיקומי הינן

בעלות יכולות קוגניטיביות גבוהות ומכאן בהתאמה הציפיות מהן גבוהות. רובן המוחלט של המשתקמות מהפרעות אכילה מסוגלות, לאחר תהליך שיקומי מוצלח, להשתלב בחיי קהילה נורמטיביים, ללמוד ו/או לעבוד, לנהל קשרים חברתיים, לתפקד באופן תקין ועצמאי ולהגיע להישגים מרשימים.

"[...] אנחנו פעלנו להחריג את ההוסטלים שלנו, כשאנחנו קוראים להם בתים שיקומיים, כי היה ברור לנו שמה שהן יכולות לקבל בהוסטל פסיכיאטרי רגיל לא יענה על הצרכים שלהן [...] בחירת חולה לבית השיקומי; זו חולה בעלת פוטנציאל שיקומי משמעותי. מבחינתנו זה לא חולה שתסדר, תלמד לחיות עם המחלה שלה ותלך לעבודה שיקומית. מבחינתנו, זו חולה שיכולה להחלים לחלוטין ממחלתה ולהגיע לתפקוד רגיל בקהילה בכל תחומי החיים. זה לא דבר שמאפיין את ההוסטלים, שבעצם חלק גדול מהם הוקמו כחלופות אשפוזיות. [...] ראינו בבית בחורות שעשו תהליכי החלמה מדהימים ורכשו מקצועות יוקרתיים והתמודדו עם לימודים מאתגרים, והדבר הזה נובע, בין השאר, מזה שהצוות מאמין ביכולות האלה [...]". (9)

"[...] יש הבדל מהותי. דבר ראשון, בהסתמך על המטופלות שראיתי ב"צידה", בדרך כלל המטופלות הן כאלה שמבחינת תפקוד הרמה התפקודית שלהן היא מאוד גבוהה. יש מסוגלות. לפעמים, עם הפרעת האכילה זה מתנגש, אבל, המסוגלות היא יותר גבוהה (בהשוואה לשיקום בבריאות הנפש), ועל כן, מבחינתי, בבסיס חייב להיות תפקוד מינימאלי, מבחינתי מינימאלי זה 15 שעות עבודה שבועיות, ובאותה נשימה, גם הגבלה של שעות העבודה [...]". (8)

**ד. "מסע מודרך" – שיקום כתהליך שיש לבצע בהדרכה וליווי צוות רב-מקצועי של מומחים להפרעות אכילה.**

על פי רוב, הטיפול במתמודדות עם הפרעות אכילה מתבצע על ידי צוות רב-מקצועי של מומחים לטיפול בהפרעות אכילה. הטיפול כולל שיקום תזונתי, גופני ונפשי. (Reiter & Graves, 2010).

נושא לגביו נרשמה תמימות דעים בקרב אנשי המקצוע שהשתתפו בראיונות המחקר הוא – הרכב אנשי הצוות הנדרש לתכנית שיקומית המיועדת למטופלות עם הפרעות אכילה. כולם הסכימו כי ישנה חשיבות עליונה לעבודה בצוות רב-מקצועי וציינו את חיוניותם של כלל אנשי הצוות אשר פועלים בתכנית כיום, בתוך כך – 1. מנהל/ת הבית השיקומי, בראיונות ניתן דגש מיוחד לחשיבותו של ניסיון וידע בתחום הניהולי, מעבר לניסיון וידע בתחום של הפרעות אכילה. 2. עובדת סוציאלית, 3. דיאטנית, 4. אם-בית, 5. מדריכות שיקום. בהמשך לכך, 6. פסיכותרפיסטים והפסיכיאטר/ית תחת קורת הגג של הבית השיקומי, או לחילופין להשאירם במסגרת מרפאה חיצונית (כפי שמתקיים בתכנית כיום), אך תוך שמירת קשר הדוק ושיתוף פעולה. בנוסף לכך, המרואיינים הדגישו את חשיבותה של הדרכה חיצונית לכלל אנשי הצוות שעובדים בבית השיקומי.

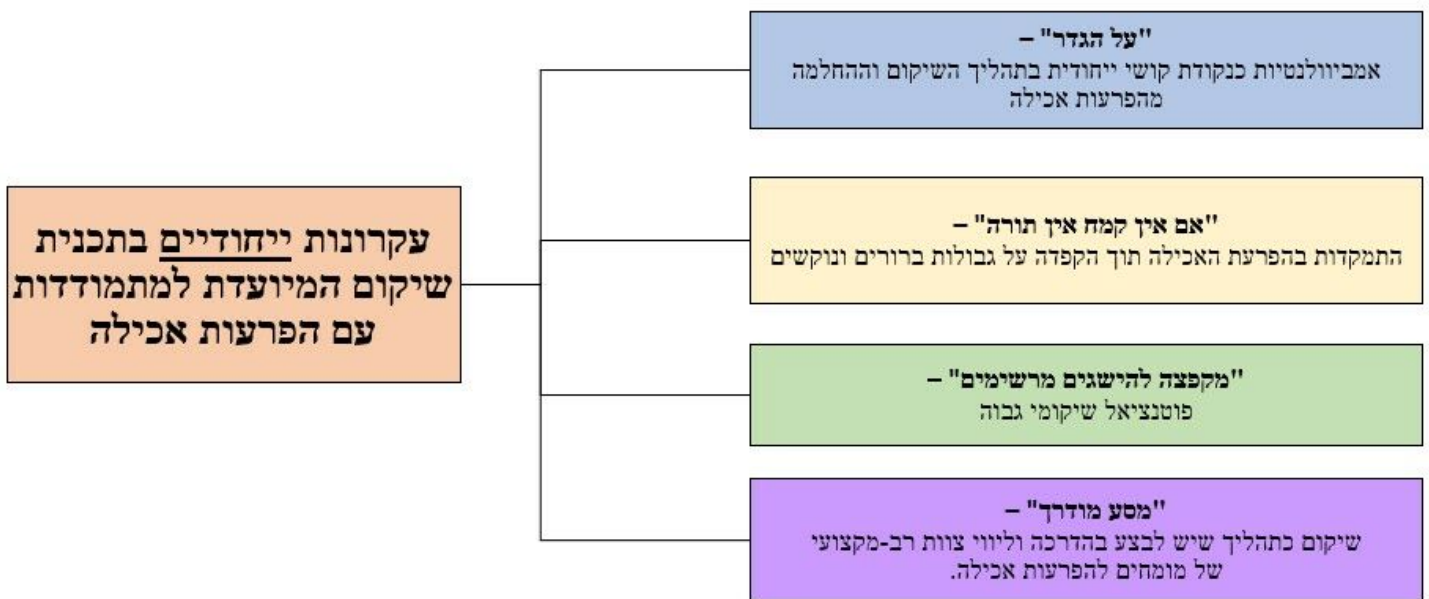
"[...] דיאטנית ברור! זה החלק הכי... בעיניי אגב, כל איש צוות שקיים בבית הוא הכרחי, זאת אומרת, מדריכה היא גם חלק מהותי לא פחות מדיאטנית לתכנית שיקום, כי היא חייה עם אותה דיירת, היא רואה אותה בשעות

שאף אחד מאתנו לא רואה אותה [...] והקשר האישי הזה, יש לה input הרבה יותר עמוק ממה שאני יכולה לפעמים להביא על דיירת [...]". (8)

"אני חושבת שכל הצוות שיש היום בבית הוא מאוד מאוד קריטי לתכנית. אני לא חושבת שאפשר לוותר על אף אחד ממנו [...] טוב, אם-בית זה בגלל שזו רינה, אם זו הייתה אם-בית אחרת אז יכול להיות שאפשר היה להסתדר בלעדיה, אבל, רינה פשוט כל כך משמעותית בבית הזה [...] היא הייתה מההתחלה ועברה את כל הדורות של הבית, את כל המנהלים של הבית, את כל הדיירים בבית, אז יש לה באמת איזו נקודת מבט של תמונה גדולה שלאף אחד בבית הזה אין [...] היא מתעסקת בהמון דברים שמדריכות לא היו מתעסקות בהן: קופה קטנה, קניות וכו' [...] יש בדיוק את התפקידים שצריך; מדריכות, עובדת סוציאלית, דיאטנית, כי מן הסתם אי אפשר בבית שיקומי כזה בלי דיאטנית זו נקודת ליבה בבית ומנהלת, אי אפשר בלי הדברים האלה". (1)

תרשים מספר 9 מציג באופן חזותי את התמה המשנית השנייה שעלתה מניתוח הראיונות.

**תרשים מספר 9: עקרונות ייחודיים בתכנית המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה**



4. דיון ומסקנות

מטרת המחקר הייתה להעריך את מידת התאמתם ואופן יישומם של עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מתמודדות עם הפרעות אכילה, מפרספקטיבת הוגי התוכנית ואנשי הצוות המפעילים אותה.

ממצאי המחקר **תומכים בהתאמתם** של עקרונות תיאוריית ההחלמה **וביישומם** בתכנית שיקום המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות מנקודת ראות מפעילי התוכנית והצוות הרב מקצועי המוביל אותה. עם זאת, הצביעו הממצאים על מודל ייחודי של תיאוריית ההחלמה בשיקום חולות עם הפרעות אכילה, תוך

הדגשת התאמות ייחודיות לאוכלוסייה זו. על פי ממצאי המחקר, נראה כי הרעיון התיאורטי העומד בבסיס מודל ההחלמה מתאים בבסיסו לאוכלוסיית המתמודדות עם הפרעות אכילה, אך נדרשת התאמה ייחודית על מנת ליישמו באוכלוסייה זו.

מתוך הראיונות, התגבש מודל חדש אשר התבסס על שתי תמות מרכזיות. מודל זה מייצג את תכנית השיקום הייחודית למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות וממושכות; **התמה הראשונה תיארה** עקרונות מפתח כלליים המבוססים על מודל ההחלמה בבריאות הנפש ואילו **התמה השנייה** ציינה את העקרונות הייחודיים לשיקומן של המתמודדות עם הפרעות אכילה.

התמה הראשונה הראתה כי התייחסותם של המרואיינים **למטרות תהליך השיקום וחשיבותו** עולה בקנה אחד עם תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש, לפיה החלמה היא אפשרית וניתן לשוב לתפקוד במידה המאפשרת שליטה בסימפטומים, תפקוד והשתלבות מלאה בקהילה, קרי ניהול המחלה.

בהתאם לתיאוריה המיושמת בתחום בריאות הנפש, עקרונות המפתח בתכנית שיקומית מכוונת החלמה הם **התייחסות להחלמה כתהליך אינדיבידואלי, ארוך-טווח, שאינו ליניארי, רב ממדי, הכולל גילוי עצמי, התחדשות, שינוי ותקווה** (עדן-ברוך ועמיתים, 2015), מניחה הממצאים עולה, כי **ערכי יסוד אלו מהווים בסיס גם בתכנית שיקום המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה.**

התמה השנייה הדגישה את ההתאמות הייחודיות בתכנית שיקום המיועדת למטופלות עם הפרעות אכילה קשות שמקורן באופיין המיוחד של הפרעות אלו. בתוך כך- התמקדות בתחומים של **שיקום גופני, שמירה על משקל גוף וסיגול הרגלי אכילה תקינים**. וכן, כיוון שעל פי רוב, הפרעת אכילה אינה כרוכה בפגיעה קוגניטיבית, ניתן לייחס **פוטנציאל שיקומי גבוה** יותר לאוכלוסיית זו בהשוואה לנפגעי נפש אחרים. מה שמתבטא הן בתכנון תכנית השיקום ובציפיות מן המשתקמות והן בתוצאות השתלבותן בחיי קהילה נורמטיביים.

כמו כן נמצא כי ייחודן של הפרעות אכילה מחייב התמודדות עם נקודת קושי מהותית בדרך להשגת שינוי והחלמה והיא האמביוולנטיות שמאפיינת את המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות ביחס לקבלת טיפול והחלמה (Nordbo et al., 2012; Wiseman et al., 2001). מכאן, בתכנית שיקום המיועדת למטופלות עם הפרעות אכילה צפויים אחוזי נשירה גבוהים בהשוואה לתכניות מקבילות בבריאות הנפש ולכן, **יש להשקיע מאמצים רבים בחיזוק המוטיבציה של המטופלות לשינוי.**

למיטב הידיעה, עד כה, מחקר אחד בלבד ניסה להתמודד עם שאלה זו, וממצאיו תומכים בממצאי המחקר הנוכחי. דוסון, רודס וטויו, פרסמו בשנת 2014 מחקר איכותני שבחן את התאמת תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש למתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה, על בסיס סקירה של מחקרים איכותניים שבחנו עמדות

ותפיסות של מטופלות המתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה. על פי ממצאי מחקרם, מודל ההחלמה עשוי להיות רלוונטי גם לשיקומן של המתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה, במיוחד למתמודדות עם מחלה כרונית (Dawson, Rhodes & Touyz, 2014). ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים מסקנה זאת ומרחיבים אותה לשיקומן של מתמודדות עם הפרעות אכילה נוספות מלבד אנורקסיה נרבוזה. כמו כן, בהתבסס על ניתוח ממצאי המחקר הנוכחי, מוצע מודל תאורטי ויישומי חדש וייחודי לשיקומן של המתמודדות עם הפרעות אכילה – "חזרה לחיים מלאים לאחר הפרעת אכילה קשה". מודל זה משלב בתוכו עקרונות בסיסיים ממודל ההחלמה בבריאות הנפש בתוספת התאמות ייחודיות למתמודדות עם הפרעות אכילה, בו ניתן לעשות שימוש בבניית תכניות שיקום המיועדות לאוכלוסייה זו. המודל החדש שעולה מתוך התמות שנגזרו מראיונות העומק במחקר נשען על שני צירים משלימים, אשר שילובם לכדי מודל אחד חיוני לגיבושה וביסוסה של תכנית שיקום המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות וממושכות;

### ציר 1 – שיקום תזונתי כעוגן ראשוני, בסיסי וחיוני לתהליך השיקום.

הטיפול והשיקום בהפרעות אכילה מחייב, לצד היבטים שיקומיים כלליים דוגמת היבטים תפקודיים, חברתיים, בין-אישיים, רגשיים ומשפחתיים, התמקדות בתחומים של שיקום גופני, שמירה על משקל גוף וסיגול הרגלי אכילה תקינים (Reiter & Graves, 2010). מתוך הניתוח עולה, כי האכילה מהווה את המסגרת הבסיסית של תכנית השיקום בהפרעות אכילה, וישנה חשיבות רבה בהקפדה על הצבת גבולות ברורים בנושא זה. בעוד שטיפול בצוות רב מקצועי הוא רכיב חשוב גם בתכניות שיקום כלליות בבריאות הנפש, תכניות שיקום בהפרעות אכילה מחייבת תוספת של דיאטנית הלוקחת חלק משמעותי בצוות השיקום, ומהווה את אבן היסוד עליה נשענת תכנית השיקום הרגשית החברתית הבין אישית והתפקודית. כפי שציין אחד המראיינים; "[...] קודם כל, הדגש אצלנו הוא באמת מאוד על העניין של האכילה, שלא קיים במקומות שיקומיים אחרים. שמבחינתנו, זה ה-*first priority*, וכל יתר הדברים הם בשרות של תהליך ההחלמה מהפרעת האכילה. זאת אומרת, גם השיקום התעסוקתי שלהן הוא תחת הצל וההנחיה של מה שקורה להן עם הפרעת האכילה [...]" (4).

ציר 2 – "אור בקצה המנהרה"; תהליך שיקומי אשר בכוחו להוביל את המתמודדת חזרה לחיים נורמטיביים מלאים.

כאשר מבצעים תהליך שיקומי הוליסטי, מותאם אישית, המבוסס על שילוב חיוני בין עקרונות מפתח בסיסיים ברוח תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש ועקרונות בסיס ייחודיים למתמודדות עם הפרעות אכילה, ניתן להוביל את המתמודדות חזרה לחיים נורמטיביים מותאמים לגילן ולנתוני הפתיחה האישיים שלהן. בבריאות הנפש מקובל כי תהליך ההחלמה עשוי לאפשר לאדם המתמודד עם מגבלה פסיכיאטרית להשיג איכות חיים, תחושת רווחה ויכולת להגשמת צרכיו ומטרותיו במגוון תחומי חיים חשובים, מתוך ומעבר לגבולות הנכות (Anthony, 1993; Davidson & Roe, 2007; Deegan, 1993; Gill et al., 2007). על פי ממצאי המחקר, נראה כי למרות שהמתמודדות עם הפרעות אכילה בבית השיקומי היו במצב הקשה מאד של המחלה, עם היסטוריה של טראומות קשות, אשפוזים מרובים ומוטיבציה ירודה לטיפול, הצליחו



בתהליך שיקום ייחודי לחזור לתפקוד ביו-פסיכוסוציאלי מלא המותאם ליכולות הראשוניות טרם פרוץ המחלה. כפי שציין אחד המרואיינים; "בחירת חולה לבית השיקומי; זו חולה בעלת פוטנציאל שיקומי משמעותי. מבחינתנו זה לא חולה שתסדר, תלמד לחיות עם המחלה שלה ותלך לעבודה שיקומית. מבחינתנו, זו חולה שיכולה להחלים לחלוטין ממחלתה ולהגיע לתפקוד רגיל בקהילה בכל תחומי החיים. זה לא דבר שמאפיין את ההוסטלים, שבעצם חלק גדול מהם הוקמו כחלופות אשפוזיות. [...]" (9).

לצד זאת, על אנשי הצוות להקפיד על ציפיות ודרישות מותאמות, בקצב נכון, על מנת למנוע נסיגה נוספת, כפי שקרה עד כה לפני ההשתלבות בבית השיקומי.

בנוסף לכך, על פי הממצאים בולט כי למדריכי השיקום תפקיד ייחודי בתהליך השיקום של מתמודדות עם הפרעות אכילה בהשוואה לתפקיד המדריכים בתכניות שיקום בבריאות הנפש; בתכניות המיועדות למתמודדות עם הפרעות אכילה יש צורך בהשגחה וליזוי מצד מדריכי השיקום במשך 24 שעות (ולא לאורך שעות היום בלבד). וכן, השיח עימם ממוקד פחות בפיקוח וניהול המחלה (כמו נטילת הטיפול התרופתי הפסיכיאטרי, שמירה על היגיינה, התעוררות בבקר וכדומה) כפי שנדרש במסגרות שיקומיות בבריאות הנפש. אלא בנוסף כמודל לחיקוי, ויסות מתחים, קריאה נכונה של המציאות בתהליך ההתקדמות אל עבר חיים נורמטיביים מלאים.

מחקר זה מהווה ניסיון ראשון לבחון התאמתם ויישומם של עקרונות משמעותיים בתהליכי קידום החלמה בשירות מכוון החלמה עבור מתמודדות עם הפרעות אכילה קשות – הבית השיקומי "צידה לדרך". ישנה חשיבות רבה לביסוס פרוטוקול שיקומי מקיף עבור צוותי תכנון ויישום של תכניות שיקום המיועדות למטופלות עם הפרעות אכילה, כמו גם, המשך חקירה ופיתוח כלים מתאימים שיאפשרו הערכת מידת נאמנות תכניות השיקום למודלים התיאורטיים שיגובשו לאוכלוסיית המתמודדות עם הפרעות אכילה.

### **מגבלות המחקר והצעות למחקרי המשך**

המחקר הנוכחי בחן את חוויית השיקום מנקודת הראות של הוגי התוכנית והצוות הרב מקצועי המוביל בלבד, מומלץ לערוך מחקר איכותני לבחינת חוויית השיקום של המשתתפות עצמן, בתכנית השיקומית "צידה לדרך", להשלמת התמונה.

כמו כן, המחקר מתמקד בתכנית שיקומית ייחודית וחדשנית, בכדי להרחיב ולהעשיר את הדיון יש להמשיך ולחקור תכניות שיקום נוספות המיועדות למטופלות עם הפרעות אכילה.

עד כה, לא נחקרה יעילותה של תכנית שיקומית זו לאורך השנים וחשוב לערוך בדיקה זו גם באמצעות מחקר כמותי.

**לסיכום**, ממצאי מחקר זה **תומכים בהתאמת** עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות נפש ויישומם בתכנית שיקום המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות, **תחת התאמות ייחודיות לאוכלוסייה זו**. מודל ההחלמה מעשיר את הגישה הטיפולית/שיקומית הרווחת כיום בבריאות נפש בכלל ובהפרעות אכילה בפרט

ועשוי להיות רלוונטי בעיקר למתמודדות עם הפרעות אכילה ממושכות וכרוניות. המחקר מדגיש נקודות חשובות שיש לקחת בחשבון בתכנון תכניות שיקום המיועדות למתמודדות עם הפרעות אכילה ומספק המלצות לעתיד. חשוב להמשיך ולמקד מאמצים בחקר שיקום והחלמה בהפרעות אכילה מתוך שאיפה לשיפור השירותים המוצעים והפרוגנוזה.

תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת  
יישום עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים  
להחלמה

---

## תת-מחקר IV

מחקר איכותני: פרספקטיבת המשתקמות

## תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה

### תת-מחקר IV: מחקר איכותני – פרספקטיבת המשתקמות

#### 1. מטרת המחקר

##### 1.1 מטרה כללית

בחינת מידת ההתאמה ואופן היישום של עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מטופלות עם הפרעות אכילה קשות בישראל.

##### 1.2 מטרת ספציפיות

1. לבחון את מידת ההתאמה של עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש לתהליך השיקום של מתמודדות עם הפרעות אכילה קשות בישראל, מנקודת מבטם של המשתקמים/ות שהשתתפו בתכנית "צידה לדרך" וסיימו אותה בהצלחה.

2. לערוך השוואה בין תפיסת אנשי הצוות המוביל של התכנית השיקומית "צידה לדרך" לבין תפיסת המשתקמים/ות שסיימו את התכנית בהצלחה, ביחס לעקרונות מפתח בתהליכי שיקום והחלמה מהפרעות אכילה קשות.

3. לסקור את חוויית תהליך השיקום וההחלמה של משתקמים מתכנית "צידה לדרך".

4. להציע מודל, אשר נגזר מחוויית המשתקמים/ות, לבניית תכנית התערבות שיקומית מוצלחת עבור מתמודדות עם הפרעות אכילה קשות.

#### 2. שיטה

מחקר זה הינו מחקר איכותני חלוצי לבחינת עקרונות מרכזיים בתכנית "צידה לדרך"; תכנית שיקומית ייחודית המיועדת למטופלות עם הפרעות אכילה קשות בישראל. הבחירה במחקר איכותני באה במטרה לאפשר חקירה עמוקה של המודל השיקומי הקיים ובחינתו לאור תאוריית ההחלמה בבריאות הנפש מנקודת ראות נוספת – פרספקטיבת המשתקמים שלקחו חלק בתכנית וסיימו אותה בהצלחה.

##### 2.1 משתתפים והליך המחקר

בכדי לקבל תמונה מקיפה ככל שניתן אודות התכנית השיקומית "צידה לדרך", בחרנו לערוך ראיונות חצי מובנים מעמיקים עם משתקמים שהשתתפו בה. בחרנו לראיין משתקמים אשר שהו פרק זמן משמעותי בתכנית וסיימו אותה בהצלחה, מתוך שאיפה לגבש עקרונות לתהליך שיקומי מוצלח, המבוסס על עקרונות של התמודדות וכוחות. מכאן, נערכו ראיונות עומק אישיים, מובנים למחצה, פנים מול פנים, עם 20 משתקמים ומשתקמות שהשתתפו בתכנית השיקומית "צידה לדרך" בין השנים 2010-2017, סיימו אותה במלואה ובהצלחה, על פי מדדי ההערכה של התכנית השיקומית, והביעו את הסכמתם לקחת חלק במחקר. יצוין, כי לראיונות הוזמנו 21 משתתפים ומשתתפות שענו על הקריטריונים, משתתפת אחת בלבד סירבה

לקחת חלק בריאיון האישי ומכאן, לא נכללה בפרק זה של המחקר. החוקרת יצרה קשר טלפוני עם המרואיינים, אשר בחרו את המיקום והמועד של הריאיון על פי נוחיותם. כמחצית מהראיונות התקיימו בבתיהם של המרואיינים וכמחצית בבית השיקומי "צידה לדרך". יודגש כי כל הראיונות התקיימו בסביבה שקטה, ללא גירויים ו/או רעשים ו/או נוכחים נוספים, מה שאפשר ריאיון פרטי ואינטימי.

כל הראיונות בוצעו על ידי החוקרת ועל פי אותם קווים מנחים של הריאיון המובנה למחצה. הראיונות הוקלטו באמצעות מכשיר הקלטה, בהסכמת המשתתפים, והועלו על הכתב. המחקר אושר על ידי ועדת אתיקה של הפקולטה וכל המשתתפים בו חתמו על הסכמה מדעת להשתתפות במחקר.

## 2.2 פרופיל המרואיינים שהשתתפו במחקר

כאמור, המחקר הקיף 20 משתתפים ומשתתפות שלקחו חלק בתכנית השיקומית "צידה לדרך" בשנים 2010-2017, ונמצאים בשלבים שונים בתהליך ההחלמה מהפרעת האכילה. במחקר נכללו 18 נשים ו-2 גברים, בגילאי 22 עד 33 שנים (גיל ממוצע בעת קיום הריאיון- 27.3 שנים, סטיית תקן- 3.06), אשר נכנסו לתכנית השיקומית בגילאי 19 עד 28 שנים (גיל ממוצע בעת הכניסה לתכנית- 22.3 שנים, סטיית תקן- 2.97). הזמן מסיום התכנית השיקומית עד להשתתפות בריאיון נע בין כ-חצי שנה לכ-6 שנים, וכן, המשך הממוצע של שהות בתכנית הוא כ-20 חודשים (ערך מינימום – כ-8 חודשים, ערך מקסימום כ-29 חודשים). כל המשתתפים עם היסטורית תחלואה מורכבת; הפרעת האכילה פרצה בממוצע כ-7 שנים לפני כניסתם לתכנית השיקומית ומרביתם (פרט למשתתפת אחת) השתתפו באשפוז אחד לפחות במחלקה ייעודית לטיפול בהפרעות אכילה (עם ערך ממוצע של כ-2 אשפוזים קודמים וערך מקסימום של 7 אשפוזים קודמים). המשתתפים אובחנו עם סוגים שונים של הפרעות אכילה, על פי ה- DSM-4; 35% אובחנו עם אנורקסיה נרבוזה (מן הסוג המצמצם או המטהר), 30% אובחנו עם בולימיה נרבוזה, 5% אובחנו עם הפרעת אכילה בולמוסית, ו-30% עם הפרעות אכילה בלתי ספציפיות. כמו כן, 50% מתוכם בעלי תחלואה פסיכיאטרית נלווית (בתוך כך- דכאון, דיסתימיה, OCD, הפרעת אישיות גבולית והפרעה דו-קוטבית). 85% מן המשתתפים רווקים, ו-15% מהם נשואים. מרואיינת אחת בלבד היא אם לילד. 90% מהם בעלי 12 שנות לימוד ותעודת בגרות מלאה. להרחבה אודות פרופיל משתתפי המחקר ראה טבלה מספר 30.

**טבלה מספר 30: פרופיל המרואיינים שהשתתפו במחקר**

מספר מרואיינת	מין	גיל בזמן הריאיון (שנים)	גיל בעת הכניסה לתכנית השיקומית (שנים)	משך הזמן מסיום התכנית לריאיון (שנים)	מצב משפחתי	מספר ילדים	השכלה	משך השהות בתכנית השיקומית (חודשים)	משך השהות אבחנה עיקרית (הפרעת אכילה) (כן/לא)	תחלואה נלווית פסיכיאטרית (כן/לא)	סוג התחלואה הנלווית	משך הפרעת האכילה (שנים) - לפני הכניסה לתכנית השיקומית	מספר אשפוזים טרם הכניסה לתכנית השיקומית (הפרעות אכילה)
1	נקבה	33	27	3.9	נשואה	0	תואר ראשון ומעלה	20.6	EDNOS AN like	כן	דיסתימיה, OCD	11	1
2	נקבה	28	21	6.0	רווקה	0	תואר ראשון ומעלה	22.3	EDNOS BN like	כן	דכאון, PTSD	5	1
3	נקבה	26	21	3.6	רווקה	0	לימודים אקדמאיים/ לימודי תעודה	20.5	AN-R	לא	ללא	5	1
4	נקבה	23	19	1.7	רווקה	0	9-12 שנות לימוד	29.6	EDNOS AN like	כן	דיסתימיה	6	2
5	נקבה	26	19	5.5	רווקה	0	תואר ראשון ומעלה	10.9	BN	כן	OCD, דכאון	3	2
6	נקבה	23	19	1.7	רווקה	0	12 שנות לימוד ובגרות חלקית	24.0	AN-R	כן	הפרעה דו-קוטבית	7	2
7	נקבה	22	19	1.1	רווקה	0	12 שנות לימוד ובגרות מלאה	18.4	AN-R	כן	הפרעת אישיות גבולית	3	1
8	נקבה	28	20	5.5	נשואה	0	תואר ראשון ומעלה	18.8	BN	כן	דכאון	7	3
9	נקבה	26	19	5.3	רווקה	0	לימודים אקדמאיים/ לימודי תעודה	8.1	BN	לא	ללא	5	1
10	נקבה	31	28	0.8	רווקה	0	לימודים אקדמאיים/ לימודי תעודה	25.5	EDNOS	לא	ללא	16	1
11	זכר	26	21	3.0	רווקה	0	לימודים אקדמאיים/ לימודי תעודה	16.0	BN	לא	ללא	8	2
12	זכר	28	22	2.9	רווקה	0	12 שנות לימוד ובגרות מלאה	29.3	EDNOS	לא	ללא	4	1
13	נקבה	25	22	0.6	רווקה	0	לימודים אקדמאיים/ לימודי תעודה	22.7	BN	לא	ללא	7	1
14	נקבה	27	22	3.2	רווקה	0	לימודים אקדמאיים/ לימודי תעודה	24.7	BED	לא	ללא	12	1
15	נקבה	32	27	2.6	רווקה	0	12 שנות לימוד ובגרות מלאה	27.4	BN	כן	הפרעת אישיות גבולית	3	2
16	נקבה	27	23	1.1	רווקה	0	12 שנות לימוד ובגרות מלאה	23.2	AN-B/P	כן	הפרעת אישיות גבולית	5	1
17	נקבה	32	27	4.4	רווקה	0	תואר ראשון ומעלה	11.6	AN-B/P	לא	ללא	15	7
18	נקבה	29	24	4.2	נשואה	1	לימודים אקדמאיים/ לימודי תעודה	17.4	AN-R	לא	ללא	10	4
19	נקבה	28	23	5.1	רווקה	0	12 שנות לימוד ובגרות מלאה	8.1	EDNOS AN like	כן	דכאון	7	0
20	נקבה	25	22	0.7	רווקה	0	12 שנות לימוד ובגרות מלאה	25.5	AN-B/P	לא	ללא	4	2

## 2.3 כלים

ראיון עומק המתבסס על שאלון חצי מובנה.

מטרת הריאיון הפנומנולוגי היא להשיג תיאורים משמעותיים, פתוחים ועשירים של התנסויות יומיות, כפי שהן נחוות על ידי המרואיינים ובאופן בו הן מתוארות בשפה שלהם (Denzin, 1989; Rubin & Rubin, 1995; Taylor & Bogdan, 1984). ריאיון עומק מספק דיווח מנקודת מבט אישית לגבי התופעה הנחקרת, ומאפשר קבלת תמונה מפורטת ורחבה של אירועים, פעילויות ומצבים חברתיים, שאינם ניתנים לצפייה ישירה (Creswell, 1998). הריאיון גם מאפשר היכרות ולמידה של המשמעויות הסובייקטיביות שמעניקים המרואיינים להתנהגות, לרגשות, לעמדות ולתפיסות העולם שלהם (Fontana & Frey, 1994; Patton, 1990).

שאלון המחקר התבסס על סקירת ספרות נרחבת שנערכה לצורך המחקר. השאלון נפתח בשאלה רחבה-מהי בשבילך הפרעת אכילה? שאלה זו לוותה בשאלות פתוחות רחבות נוספות ביחס להפרעות אכילה קשות, דרכי ההתמודדות עמן והשפעותיהן, כמו גם, שאלות ביחס לתפיסת תהליכי שיקום והחלמה מהפרעות אכילה. בהמשך, נשאלו שאלות ממוקדות יותר הדנות בתהליכי שיקום והחלמה אישיים, תקופת השהות בבית השיקומי "צידה לדרך", אסטרטגיות להתמודדות עם המחלה, מנבאים להתאמה לתכנית שיקום שכזו ותכנון תכנית שיקום אידיאלית.

## 2.4 ניתוח הנתונים

תחילה, נקרא כל ראיון מספר פעמים בניסיון לזהות תמות עיקריות שעולות ממנו. לאחר סיום קריאת כל הראיונות מספר פעמים, נערכה השוואה בין הראיונות לזיהוי תמות מרכזיות ומשניות משותפות (Charmaz, 2003).

## 3. ממצאים עיקריים

### 3.1 כללי

איסוף החומר נערך כ-3 חודשים. הראיונות נמשכו בין 40 דקות ל-90 דקות. יודגש, כי כל המרואיינים הביעו נכונות רבה לחלוק את מחשבותיהם ורגשותיהם לגבי תהליך ההחלמה שלהם מהפרעת האכילה והביעו תמיכה רבה במחקר. מרביתם הביעו צורך רב לבטא עצמם ולשתף, ומכאן, התקבל נפח עשיר של חומר לניתוח. מכל מקום, בודדים השיבו יותר בתמציתיות, אך באופן כנה ומעורר עניין. מעבר לכך, חרף הבדלי הזמן ביחס למשך השהייה בתכנית השיקומית ו/או משך הזמן שחלף ממועד סיום התכנית השיקומית, המרואיינים לא נבדלו ביניהם באופן משמעותי ביכולתם לזכור פרטים מתהליך השיקום שלהם בבית "צידה לדרך" וממסע ההחלמה האישי שלהם, או ביכולתם לחשוב ולנתח תקופה זו.

מניתוח הראיונות, עלו **3 תמות מרכזיות** והן; "הפרעת האכילה עבורי", "תפיסת המסע האישי אל עבר שיקום והחלמה מהפרעת אכילה", ו-"עקרונות מפתח בתכנית שיקום מוצלחת המיועדת למתמודדים עם הפרעות אכילה קשות". מתוך כל אחת מן התמות המרכזיות נגזרו תמות משניות אשר יוצגו ויוסברו בהרחבה בפרק זה. לצורך המחשת התמות, ראה תרשים מספר 10 – תיאור גרפי מסכם של התמות המרכזיות והמשניות.



## שיקום מוצלח מהפרעות אכילה

### 1. הפרעת האכילה עבורי

"תקופה חשוכה"

"מחורץ למסלול"

"אשפוז מלא כגשר לשיקום"

"סביבה שוינת"

### 2. המסע אל השיקום

"הפרעת האכילה כצל"

"לשמור מרחק"

"להתחיל הכול מהתחלה"

"צוות מקדם החלמה"

"שינוי תפיסתי: הפרעת האכילה אינה עוגן"

### 3. תנאי בסיס לתכנית שיקום מוצלחת המיועדת למתמודדים עם הפרעת אכילה קשה

"תנועה קדימה ואחורה"

"התמודדות עם החיים תוך כדי אכילה"

"תהליך לא שבלוני"

"תקווה ואמונה ביכולת להחלים"

"העצמה, אחריות ויוזמה"

"תמיכה והכלה"

"גבולות באכילה לצד חיבוק"

"מוטיבציה אוטונומית"



3.2.1 "תקופה חשוכה" - הכרה בממד השלילי של הפרעת האכילה.

כמענה לשאלה "מהי בשבילך הפרעת אכילה?" כלל המרואיינים, פרט למרואיינת אחת, השתמשו בעיקר במונחים שליליים לתיאור הפרעת האכילה, בהם; קושי, סבל, פגיעה תפקודית ואובססיות. יחד עם זאת, חלקם הביעו עמדה של השלמה כלפי עברם וגרסו כי חרף הקשיים שהפרעת האכילה טמנה בחובה, התמודדותם עמה עיצבה אותם להיות מי שהם היום. מרואיינת אחת בלבד התייחסה להפרעת האכילה באופן חיובי; ותיארה אותה כמי שהייתה "החברה הכי טובה" וסיפקה עבורה הגנה מפני ההתמודדויות שונות.

"זה (הפרעת האכילה) נטל, זו פחות או יותר המילה שמתארת את זה הכי טוב... זה משהו שהולך אתך לא משנה לאן שאתה הולך ולא משנה כמה תנסה לברוח מזה, זה לא נעלם. אני כאילו רואה את זה בתור איזה משהו שנפל עליי משום מקום, ולא כל כך ברור לי למה. אני עדיין מנסה לפענח את זה [...]" (19)

"[...] קושי, תסכול, כאב. זו תקופה יותר חשוכה וגם מלמדת. אני חושב שמצד אחד הייתי רוצה למחוק את הנושא הזה, ומצד שני, זה הפך אותי למי שאני היום, אז יש בי גם הערכה לתקופה הזו בחיים שלי. זה עצוב, היום, כשאני מסתכל על דברים של הפרעת אכילה זה נראה לי מזעזע קצת [...]" (11)

התייחסות דומה ניתן למצוא בשני מחקרים איכותניים קודמים שעוסקים בהחלמה מהפרעות אכילה בשלביה המתקדמים; דוסון, רודס וטויז (2014), עסקו במחקרם בתהליך ההחלמה מאנורקסיה נרבוזה כרונית. קבוצת המטופלות אשר לקחו חלק במחקר; מטופלות שהחלימו לחלוטין מהפרעת אכילה, העלו את הקושי בחייהם בעבר עם הפרעת אכילה ובהחלמה ממנה, אך האמינו כי התמודדות זו חיזקה אותן (Dawson, Rodes and Touyz, 2014a). פטרסן ושות' (2012), במחקרם אודות האתגרים בשלבים המאוחרים של תהליך ההחלמה מהפרעת אכילה, תארו כאחת מהתמות המרכזיות את ההכרה של המחלימות בהשלכות השליליות של הפרעת האכילה. משתתפות המחקר שהינן כאמור בשלבים מתקדמים של תהליך ההחלמה, בדומה למשתתפי מחקרנו, תארו את חייהן עם הפרעת האכילה באופן שלילי והביעו צער על הזדמנויות שהתפספו וחלומות שאבדו (Pettersen, Thune-Larsen, Wynn & Rosenvinge, 2012).

### 3.2.2 "מחוץ למסלול" - הפרעת האכילה מובילה להסטה ממסלול החיים הנורמטיבי.

מבחינת מידת ואופי השפעתה של הפרעת האכילה על החיים, כלל המרואיינים ייחסו להפרעת אכילה פעילה **השפעה רחבה, החולשת על כל התחומים** ומובילה למעשה להסטה ממסלול החיים הנורמטיבי, **הצפוי בהתאם לגיל ולרקע התרבותי**. שש מתוך 20 המרואיינים בלבד הצליחו, לצד השפעותיה השליליות של הפרעת האכילה, לנקוב גם בהשפעות חיוביות הקשורות בבחירות שביצעו במסגרת התמודדותם עם הפרעת האכילה. לדבריהם, בחירות אלו משפיעות לטובה על חייהם עד היום, בתוך כך- עזיבת בית ההורים, שינוי מקום המגורים, שינוי תחום עיסוק, מציאת בן/בת זוג, חזרה בשאלה ועוד. יתר המרואיינים התייחסו **להשפעות שליליות בלבד** – הפרעת אכילה רק בממד הפוגע, בתוך כך- השפעות שליליות נרחבות בתחום החברתי, משפחתי, זוגי, במצב הרוח, ביכולת התפקוד, בבריאות הגופנית והנפשית, בלימודים ובשרות הצבאי.

"[...] זה כמו תיון כזה שמתפשט על מפה לבנה, זה כבר בכל התחומים וזה נהיה שם בכל מקום ובכל פינה, וזה הופך להיות דרך חיים. [...] זה היה בבית הספר, הייתי 5 יחידות בכל, ועם ההפרעה זה פשוט הלך והתדרדר [...] זה היה בפגיעה בקשרים חברתיים, פגיעה במשפחה, אני יצאתי בגיל מאוד צעיר מהבית, פגיעה בזוגיות, אני לא יכולתי באמת לנהל זוגיות, פגיעה בצבא, לא סיימתי שירות מלא, בריאותית, שזה היה כאילו obvious, ובעיקר הרס עצמי, זה היה כאילו הכי משמעותי, ממש הרס עצמי, שזה פגע בכל תחום בחיים [...]" (3)

"זה חלש על כל התחומים. אני לא יודעת איך החיים שלי היו נראים בלי הפרעת האכילה. אני לא הייתי, מן הסתם, עומדת במקום שבו אני נמצאת היום. קודם כל, אם אני מסתכלת על הדברים הפחות חיוביים, אז כמובן הלימודים, התאשפוזי בתחילת כיתה יא', אין לי בגרות מלאה, זה אומר שעכשיו אני צריכה לקראת לימודים גבוהים לעשות הכנה שהיא אחרת משאר האנשים בדרך כלל. זה הצמיח אני חושבת גם דברים טובים בדיעבד, היציאה מהבית. אני לא חושבת שמבחינה דתית הייתי יכולה לאפשר לעצמי לצאת בשאלה אם הייתי עדיין נמצאת בבית של ההורים שלי. אני חושבת שבאיזשהו מקום זה ביגר אותי, כי אתה יודע לאיזה מקומות הרסניים אתה יכול להביא את עצמך [...]" (4)

"אני ממש גאה בתהליך שלי (מחייכת), בחיים לא חשבתי ש... הוא התחיל מאוד מאוד קשה, כי הייתי מאוד, לא הייתי אפילו אנטי לתהליך, זה היה נראה שאני משתפת פעולה, אבל, הייתי כאילו פשוט זה לא עניין אותי, לא הבנתי כל כך מה רוצים ממני. לא הייתה לי איזושהי מוטיבציה פנימית. ואני חושבת שבשלב מסוים זה התפתח דווקא סביב איזשהו רצון גם להוכיח למשפחה. זה היה בתקופה שגם נולדה לי אחיינית וזה פיקס אותי כזה קצת. וזה היה תהליך ארוך וקשה. ה... שאני חושבת שה-נקודת שינוי הכי משמעותית בו, שבאמת התהליך התחיל להתקדם לאנשהו זה שהתחלתי שרות לאומי כשהייתי ב"צידה". גם כי זה הכניס אותי לאיזושהי מסגרת אחרת, גם כי זה היה מפגש עם אנשים בגילי, נורמטיביים לחלוטין, שאין להם שום קשר להפרעות אכילה, וזה ממש ממש פתח אותי וחשף אותי וקידם אותי מאוד מהר. מהנקודה הזאת זה כאילו טס." (7)

### 3.2.3 "אשפוז מלא כגשר לשיקום" – אשפוז כצעד חיוני מקדים לתהליך שיקומי מוצלח.

בהתאם לכך שהפרעת אכילה קשה היא בעלת עוצמה רבה ומשפיעה על כל תחומי החיים, מרבית המרואיינים הדגישו את חשיבות הפנייה לאשפוז במחלקה ייעודית לטיפול בהפרעות אכילה **כצעד חיוני מקדים** תחילתו של תהליך

שיקומי, כאשר מתמודדים עם הפרעת אכילה קשה וממושכת. כלומר, המחלימים מכירים בהתייצבות סימפטומטית כצעד הכרחי מקדים להליך שיקומי מקיף.

"... בעיצומה של הפרעת האכילה, לפנות באמת כמו לתל השומר (מחלקת האשפוז המרכזית בישראל לטיפול בהפרעות אכילה מבוגרים, במרכז הרפואי שיב"א, תה"ש), איזושהי מסגרת אשפוזית, תלוי במצב, ולקבל שם טיפול ומשם לבנות את הדרך קדימה [...]" (7)

מידת השפעה נרחבת להפרעת האכילה וחשיבות פנייה לאשפוז כשלב מקדים לתהליך שיקומי משמעותי, עולים בקנה אחד עם תפיסותיהם של אנשי הצוות כפי שנמצא בפרק המחקר האיכותני במסגרתו נערכו ראיונות עם אנשי הצוות של התכנית השיקומית "צידה לדרך". על פי תפיסת אנשי הצוות, הפרעת אכילה קשה היא כזו שחודרת ומשבשת את כל תחומי החיים והחלמה ממנה איננה פשוטה.

כפי שניסחו זאת שניים מאנשי הצוות המוביל של תכנית השיקום "צידה לדרך";

"הפרעת אכילה היא קשה, נקודה! כל הפרעת אכילה הן מההפרעות היותר קשות ויש לזה הרבה סיבות; היא קשה במובן הזה שקשה להחלים ממנה, ושהיא חודרת כמעט לכל תחומי החיים, חודרת ומשבשת כמעט את כל תחומי החיים [...]" (ג7)

"[...] הקו המשותף למחלות הקשות זה בעיני הפגיעה התפקודית, זה הדבר המדיד ביותר כדי... שעוזר לנו בעצם להגדיר מה זה הפרעה קשה. בהפרעה קשה התפקוד הרב-תחומי נפגע, זה גם תפקוד תעסוקתי, גם תפקוד זוגי, גם תפקוד משפחתי, גם תפקוד אקדמי, גם תפקוד קוגניטיבי, זאת אומרת, אפשר למדוד את זה ברבדים שונים, אבל, בעצם, זה פגיעה קשה בתפקוד ונסוגה מתפקוד קודם לתפקוד שהוא הרבה יותר נמוך, והדבר הזה יכול לקרות בכל שלב של המחלה על ציר הזמן [...]" (א9)

כמו כן, עצם העובדה שהפרעת אכילה היא קשה, ממושכת, משבשת את החיים ומשפיעה באופן שלילי נרחב כל כך, מחזקת את הצורך במסגרות שיקומיות ארוכות טווח בהן הטיפול אינו מתמקד רק בהפוגה סימפטומטית, אלא באספקת סיוע לחזרה לתפקוד מלא והתמודדות מחודשת עם כל תחומי החיים.

#### 3.2.4 "סביבה עוינת" - הפרעת האכילה מעוררת תגובות בעלות אופי שלילי מצד הסביבה הקרובה.

כשהתבקשו לתאר את יחסה של סביבתם הקרובה להפרעת האכילה, פרט ל-3 מרואיינים, ציינו כולם תגובות בעלות אופי שלילי, בכלל זה- הכחשה, הימנעות, חוסר הבנה, חוסר תמיכה, פגיעה ביחסים, ייאוש, ביקורת, זלזול, ניתוק, כעס וחוסר אונים. התגובות השליליות וחוסר ההבנה כלפי הפרעת האכילה, הטיפול וההחלמה ממנה נובעים לתפיסתם של המרואיינים מחוסר הידע הרווח בקרב הסובבים אותם בנושא זה.

"אני חייבת להגיד שהמשפחה שלי לא הצליחו לקבל את זה (את הפרעת האכילה) בשום צורה, הם לא היו שותפים לתהליך בכלל, כל צעד וכל בחירה שעשיתי היו נטו שלי. חזרתי להיות בקשר איתם רק אחרי איזה חצי שנה בבית השיקומי, הם אפילו לא באו איתי (לבית השיקומי). הם בכלל לא הבינו מה קורה, אין להם מושג מה קורה, מבחינתם,

אני כאילו משוגעת והם לא יודעים איך להתמודד עם זה. אז זה המשפחה. מבחינת החברים, כולם כולל כולם התיישו, הם היו שם ברקע, אבל, הם לא היו באמת. [...] "(3)

"... רוב החברים שלי בכלל לא ידעו, או שהם ידעו ואני לא דיברתי איתם על זה [...] המשפחה שלי נורא לא ידעה איך להתמודד עם זה (עם הפרעת האכילה). נראה לי שזה די נורמאלי שהם לא ידעו, כי אף אחד לא לימד אותם איך. הם התמודדו עם זה מאוד גרוע [...] "(5)

"נורא! המשפחה שלי לרגעים ולזלזה, לרגעים לא הבינה, מתחו ביקורת בכל מקום אפשרי. חברים שלי גם לא הבינו את המקום שלי וגם לא הבינו איך אפשר לעזור לי, אז הרבה פעמים זה רק היה גרוע יותר. מורים בבית הספר, מדריכים בתנועה, אף אחד לא באמת הבין לא את המקום שלי ולא איך אפשר לעזור לי. אז בכל מקום זה רק היה יותר גרוע." (6)

יצוין, כי 3 מרואיינים בלבד הציגו תגובה בעלת אופי חיובי מצד סביבתם הקרובה להפרעת האכילה, בתוך כך- דאגה ותמיכה.

ברוח זו, ממחקרים קודמים שבחנו את תפיסותיהן של מטופלות המתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה ביחס להבנת בני משפחותיהן את הליך הטיפול וההחלמה מהפרעת האכילה עולה, כי המטופלות נוטות לחשוב כי בני משפחותיהן אינם מבינים כיצד מחלת האנורקסיה משפיעה על חייהן (Dawson, Rhodes, & Touyz, 2014a) וכי לתפיסתן, למשפחותיהן חסרה הבנה אודות הפרעת האכילה מעצם התמקדותם הבלעדית באכילה ובעליית משקל, חוסר הערכתם לחומרת המחלה ואמונה מצדם כי התנהגויות האכילה הן בשליטתן של המתמודדות עם הפרעות אכילה (Linville, Dimitropoulos & Freeman, ;Federici & Kaplan, 2008 ;Brown, Sturm, & McDougal, 2012, 2016).

בנוסף לכך, ממחקרים קודמים עולה, כי מתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה תופסות את בני משפחותיהן כחסרי הבנה ביחס לאתגרים המשמעותיים הכרוכים בטיפול בהפרעת האכילה, בהחלמה מלאה ממנה ובסיכוי הגבוה להישנות (Quiles Marcos, Weinman, Terol Cantero, & Belendez ;Dimitropoulos & Freeman, 2016). כמו כן, ממחקר שעסק בבחינת החלמה מאנורקסיה נרבוזה מנקודת הראות של הורי החולות, נמצא כי המשפחה בשלב הראשון לרוב תופסת עמדה עוינת, מתכחשת וכועסת, ורק לאחר שמתגבשת הבנה של המחלה, מתחילה ההחלמה (שחר-עייש, 2011).

### 3.3 תרשים מספר 12: תמה מספר 2- תפיסת המסע האישי אל עבר שיקום והחלמה מהפרעת האכילה



### 3.3.1 "הפרעת אכילה כצל" - החלמה אפשרית הבראה אינה קיימת.

כשנשאלו להגדרת החלמה מהפרעת אכילה התייחסו המרואיינים למציאות בה הפרעת האכילה אינה מנהלת עוד את חייהם ותופסת נתח קטן יותר מעולמם.

המרואיינים הדגישו את חשיבותם של אלמנטים הקשורים בהחלמה אישית (החלמה הנמדדת בראש ובראשונה על ידי המתמודד עצמו וניתנת להערכה בשינויים פסיכולוגיים/ רגשיים/ תפקודיים) דוגמת- שיפור רמת התפקוד והשגת חיים מלאים במשמעות, לצד היבטים של החלמה קלינית (החלמה הכרוכה בהעדר סימפטומים של הפרעת האכילה) דוגמת- שמירה על משקל גוף תקין, והימנעות מסימפטומים, גיבוש יכולת להתאוששות מנפילות ופנייה לעזרה מקצועית בעת הצורך.

כלל המרואיינים ציינו כי הם אינם מאמינים בייתכנותה של הבראה מהפרעת אכילה קשה – כלומר, על פי המרואיינים, מצב בו הפרעת האכילה נעלמת לחלוטין ואין לה כל זכר אינו סביר. לעומת זאת, תרחיש חיובי אפשרי, על פי המרואיינים, הוא כזה בו הם מצליחים להימנע מסימפטומים פעילים של הפרעת האכילה, הפרעת האכילה אינה משפיעה עוד באופן משמעותי על התנהלותם ותופסת מקום שולי בחייהם, אך נוכחת במחשבותיהם ובזיכרונם. על פי המרואיינים, גם כאשר משיגים החלמה, ייתכנו נפילות והשנויות. מטופל שסיים תהליך שיקומי מוצלח הוא כזה שמצויד היטב בכלים שמסייעים לו להימנע מנפילות, או אף בעת הצורך, מסוגל לעשות שימוש בכלים שרכש בכדי להתמודד עמן בהצלחה.

"[...] השלב הראשון של ההחלמה הוא לנטרל את הסימפטומים ולנטרל את הדברים הרעים. ואומנם, נשארים עם מחשבות, אבל, שהסדר יום שאתה עושה ואיך שהחיים שלך מתנהלים יהיו נורמטיביים [...] זה גם לוקח הרבה זמן וזה לא שלב קל. שלב עוד יותר קשה מגיע אחרי זה, שזה לקבל ולשחרר את הדברים הקשים ואת המחשבות ואת העיסוק. זה לא משהו שנעלם תמיד ב-100%, אם פתאום יש תקופה יותר קשה, המחשבות כן יכולות לצוץ [...] אבל, זה חלק מהחיים, זה לא תופס מקום. וגם כשזה עולה, אז יש הרבה יותר רפלקציה להסתכל על זה ולתת לזה מענה ולא לפעול למקומות האלה. אני רוצה להאמין, לפחות לעצמי שזה כן אפשרי." (11)

"החלמה זה... זה לא הלעלות במשקל, זה לא הלאכול לפי תפריט, זה לא הדברים האלה. בעיניי, החלמה זה לדעת לחיות בצל הפרעת האכילה. לא לתת לה להשתלט, שהיא תהיה הצל והיא לא תהיה הכול. כי היא שם, היא תמיד שם. [...] אני חושבת שהחלמה זה פשוט לדעת לחיות איתה. לדעת שהיא קיימת ולא לתת לה להשתלט על הכול." (18)

"אני אגיד לך את האמת, אני לא חושבת שאפשר להעלים הפרעת אכילה. אני חושבת שהחלמה זה ללמוד איך לחיות ביחד איתה, לתת לה כמה שפחות לנהל את סדר היום שלך ואת התפקוד שלך, ולא... לא לתת לה למנוע ממך להשיג דברים שאתה רוצה ולעשות דברים שאתה רוצה ו... לא לתת לה להשתלט. [...] אני מאמינה שהיא תמיד תהיה שם ודווקא הניסיון כל הזמן להתעלם ממנה או לסלק אותה, כשבילי זה דווקא עושה הפוך. כל פעם שניסיתי להגיד לעצמי שכבר החלמתי אז זה... אז, זמן קצר אחרי זה הייתה התדרדרות מאוד משמעותית. דווקא ההכרה בזה שהיא תהיה שם וצריך לשים לב אליה, מאפשרת לעשות את ההתאמה בין מה שרוצים למה שאפשר. אז אני חושבת שהחלמה היא להביא את התפקוד שלך לרמה הכי גבוהה שהוא יכול להיות [...] ועדיין לא לעצום את העיניים ולהגיד- היא לא שם." (19)

"אני לא חושבת שהיא (הפרעת האכילה) נעלמת. היא עדיין תופסת אצלי איזשהו מקום. כאילו, היא לא מנהלת אותי, אני מנהלת אותה [...]. אני חושבת שלהגיע למצב שאתה כן יכול לנהל סדר יום נורמאלי. שאין כבר את החרדות מאוכל כמו שהיו. שאתה יכול לנהל סדר יום. היא כן תופסת פחות מקום [...]" (20)

"[...] אני לא חושבת שיש כזה דבר הבראה בהפרעת אכילה, אני לא חושבת שאפשר להגיע ל-100% של נטולת הפרעת אכילה. החלמה זה לדעת לחיות לצד הפרעת האכילה בלי שהיא תנהל אותי ותשלוט בי. שאני אשלוט בה, שאני אחליט מתי יש לה מקום ומתי אין לה מקום, וכמה מקום. שאני אדע להתנהל בלעדיה. אבל, אני חושבת שהיא תמיד תישאר בראש, לטוב ולרע." (6)

"אני באתי לפה (לבית השיקומי) במטרה שזה (הפרעת האכילה) יעלם. שזה כמו חיידק שהולך ונעלם. ובסופו של דבר הבנתי שזה נשאר אתך. וזה אחד הדברים שעוזרים לי גם אחרי זה לקום מנפילות." (14)

ככלל, מרבית המחקרים שעסקו עד כה בחקר תפיסת מושג ההחלמה של המטפלים או המטופלים בהפרעות אכילה, העלו כי בעוד שמטפלים נוטים להדגיש יותר היבטים אובייקטיביים ומדידים להערכת תוצאות הטיפול (היבטים של החלמה קלינית), המטופלים נוטים לגישה מורכבת יותר וסובייקטיבית (היבטים של החלמה אישית) (Jenkins & Ogden, 2012).

הדהוד להגדרת המושג החלמה מהפרעת אכילה, כפי שעלה מתשובות המרואיינים במחקרנו, ניתן למצוא במחקרם האיכותני של בורק ואלסטרומ (2008) לבחינת תפיסת ההחלמה של מטופלים מהפרעות אכילה. החוקרים הסיקו כי החלמה מהפרעת אכילה היא עניין סובייקטיבי, וכרוכה בכך שהמטופל רואה בעצמו מחלים באופן כזה שהוא מסוגל להתנהל עם מחשבותיו ורגשותיו מבלי לשוב להתנהגויות של הפרעת האכילה (Bjork & Ahlstrom, 2008).

כמו כן, ממחקרים קודמים נוספים שעסקו בבחינת תפיסותיהם של מחלימים מהפרעות אכילה עולה כי החלמה מלאה היא כזו שמשלבת היבטים פיזיים לצד היבטים פסיכולוגיים-סוציאליים. מן ההיבט הפיזי, מדובר בהשגת שליטה על הסימפטומים של הפרעת האכילה, שיפור בהרגלי האכילה והפחתה בנוקשות – הסימפטומים של הפרעת האכילה אינם שולטים עוד בחיי היום-יום. השיפור הפסיכולוגי-סוציאלי אינו בהכרח מתרחש באופן אוטומטי לאחר השיפור במדדים הפיזיים ומכאן, נדרשת פרספקטיבה רחבה מצד המטפלים, המקנה תמיכה בכל המישורים של החלמה. (Pettersen, Wallin & Bjork, 2016; Lamoureux & Bottorff, 2005; Jenkins & Ogden, 2012).

מעבר לכך, בספרות מוכרים מאפיינים ייחודיים להחלמה מהפרעות אכילה, השונים מאלו המוכרים בהחלמה ממחלות פסיכיאטריות אחרות; בקרב מטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה, החלמה כרוכה בהכרה כי הפרעת האכילה אינה עוד חלק מהזהות שלהן. ההיפך הוא הנכון עבור מחלימים ממחלות פסיכיאטריות אחרות. חלק חיוני מתהליך ההחלמה מהפרעת אכילה כרוך בקבלה עצמית וגיבוש הערכה עצמית, גילוי מחדש של האיכויות האינדיבידואליות ללא הפרעת האכילה, תוך כיבוד צרכיו של הגוף (Bjork & Ahlstrom, 2005; Lamoureux & Bottorff, 2005).

### 3.3.2 "לשמור מרחק" - קידום תהליך ההחלמה דרך התרחקות פיזית ומנטלית מהפרעות האכילה.

כשנשאלו המרואיינים אודות גורמים אשר מניסיונם האישי עשויים לקדם ו/או לעכב תהליכי החלמה מהפרעת אכילה, ציינו המרואיינים מגוון תנאי בסיס שבכוחם לקדם תהליכי החלמה. עקרונות שחזרו בחלק מן הראיונות הם; שיתוף פעולה והתמסרות לטיפול מצד המטופל, כנות, מוטיבציה פנימית לשינוי, מעטפת תומכת, הצבת מטרות קטנות ושמירה על סדר יום. עקרון מפתח שחזר בכלל הראיונות כעקרון משמעותי האחראי על קידום תהליך ההחלמה, או לחילופין, בהעדרו צפוי עיכוב של תהליך החלמה הוא – **התרחקות מסביבת הפרעות אכילה**. המרואיינים התייחסו הן להתרחקות פיזית – הימצאות בסביבה של אנשים שאינם מתמודדים עם הפרעות אכילה, יצירת קשרים עם אנשים ללא הפרעת אכילה וניתוק קשרים קיימים עם מתמודדים אחרים עם הפרעות אכילה, לצד התרחקות מנטלית – הרחבת תחומי העניין, מציאת ערך ומשמעות – השתלבות בתעסוקה, פיתוח חיי פנאי, ניהול שגרת חיים נורמטיבית.

"לקדם החלמה? ... סביבה נורמטיבית האמת, זה מהניסיון שלי בכל זה. לראות פשוט הרגלים של אנשים נורמטיביים יחסית, לכולם יש איזושהי התעסקות, אבל, לא סביב הפרעת האכילה, וללמוד מהם התנהגויות. ומה יכול לעכב? אני חושבת שזה על הצד השני, זה להישאר סביב זה כל הזמן. כמו שהייתה לי תקופה שהייתי בקשר מאוד טוב עם בנות עם הפרעת אכילה וזה תקע אותי ממש במקום. זו תמיד איזושהי תחרות כזה." (7)

"התנהגויות שמקדמות החלמה זה באמת... בעיני, לפחות לי זה עשה טוב, להשתלב בתעסוקה, חיי פנאי, אם זה אומר להיפגש עם חברים שעושים לי טוב, פשוט להעשיר את החיים מעבר לזה (מעבר להפרעת האכילה) ולא לצמצם לדו-ממדיות הזו. התנהגויות שמעכבות החלמה זה כמובן סימפטומים ולו הדקים ביותר. ואני חושבת פשוט להיות אפתי כזה. לאפשר לעצמך להיות אפתי." (4)

"אצלי, מה שמעכב את ההחלמה זה ההסתגרות. זה בעצם ניתוק מכל מה שקורה מחוץ לבית. בתקופות מסוימות זה היה אפילו מכל מה שקורה מחוץ לחדר. זה בעיקר מה שעייב אותי. ומה שמקדם את ההחלמה, אני חושבת שזה התנהגויות יותר של היום-יום, התנהגויות שקשורות לאכילה, נגיד אני משתדלת לצאת מהבית כל יום, כי אחרת אני מרגישה שזה... ושוב, כדי לא להגיע למצב של הסתגרות. אז, מבחינתי, זה מה שעוזר לי להתקדם. אני חושבת שהלימודים זה משהו שנורא עוזר בתהליך של ההחלמה, ממקד אותי במשהו שהוא לא מחשבות חולות. ובמקרה שלי הוא גם מאפשר את היציאה לעולם." (19)

תמיכה לכך ניתן למצוא במחקרם של פאטצ'ינג ולולר (2009), אשר ראינו נשים עם היסטוריה של אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה ודיווחו כי ההחלמה שלהן החלה כאשר הן היו מסוגלות לחזור למעורבות בחיים וגילו מחדש את ההערכה העצמית שלהן (Patching & Lawler, 2009).

### 3.3.3 "להתחיל הכול מהתחלה" – חוויה אישית של תהליך שיקום קשה אך מוצלח.

כלל המרואיינים במחקרנו התייחסו לתהליך השיקום שלהם מהפרעת האכילה כתהליך מוצלח. עם זאת, כולם הדגישו כי תהליך השיקום הוא תהליך קשה, הרצוף לאורכו בנקודות משבר וקושי שונות.

המרואיינים ציינו כי בעקבות תהליך השיקום שעברו חלו בהם שינויים חיוביים משמעותיים ומקיפים **בכל תחומי החיים**, הרבה מעבר לתחום המצומצם של הרגלי האכילה, בתוך כך-גיבוש היכולת להתאושש ממשברים, ביסוס



עצמאות, הכרה ביכולות ובמגבלות האישיות, שיפור במצב הרוח, פיתוח יכולות רגשיות, שיפור בקשרים בין-אישיים, שיפור בתפקוד, השתלבות בתעסוקה, יכולת להיעזר, בקבלת החלטות, לקיחת אחריות, הפחתת אימפולסיביות והפחתת נוקשות. למעשה, על פי המרואיינים, תכנית השיקום אפשרה להם במידה רבה **לשוב לשגרת חיים נורמטיבית, מותאמת לגילם וליכולתם.**

"אני בן-אדם ממש שונה ממה שהייתי. אני הגעתי לבית (השיקומי) כדיכאון נורא קשה. אני הייתי בטוחה שאני בחיים לא אצליח לצאת מהפרעת האכילה הזו, שאני בחיים לא אצליח להתחתן, להכיר מישהו, זוגיות... אני הודעתי להם (לצוות הבית השיקומי "צידה לדרך") מיליון פעם שאני רוצה להתאבד, שאין לי מה לעשות בחיים האלו. ואיכשהו, יום אחרי יום, קמתי ולא נשארתי במיטה ועשיתי צעד ועוד צעד והתגברתי על כל מיני פחדים, ועליתי במשקל [...] ידעתי כל הזמן שאין לי אופציה אחרת [...] אני לא האמנתי שזה אפשרי, באמת שלא האמנתי שזה אפשרי [...] " (1)

"[...] כחלק מזה שסיימתי דיור מוגן עכשיו, יצא לי לסקור את התהליך שלי ובאמת עברתי תהליך של שמים וארץ (מחייכת). אני חצי בצחוק חצי ברצינות, אבל, אני אומרת שהתחלתי את החיים שלי מחדש. מה שהיה לפני זה זה לא היה חיים. [...] זה (תהליך השיקום) נתן לי הזדמנות פשוט לעשות הפסקה, לעשות reset ולהתחיל הכול מחדש. [...] איפה יותר קל להתמודד, איפה יותר קשה לי ועל מה יותר לשים דגש." (6)

התייחסות לתהליך ההחלמה כתהליך ממושך וקשה עולה בקנה אחד עם ממצאים איכותניים קודמים, בתוך כך מחקרים שבחנו עמדות של מחלימות מבולימיה נרבוזה ומחקרים שבחנו עמדות של מחלימות מאנורקסיה נרבוזה; לדברי המחלימות, מדובר בתהליך ארוך וקשה הכרוך בשינוי זהות – מזהות שקשורה במחלה לזהות מתפקדת (Lindgren, 2015; Enmark, Bohman & Lundstrom, 2015; Jenkins & Ogden, 2012; Lamoureux & Bottorf, 2005; Pettersen, Thune-Larsen, Wynn & Rosenvinge, 2012).

### 3.3.4 "צוות מקדם החלמה" - הצוות המטפל כמשאב עיקרי המסייע בהתגברות על הפרעת האכילה.

משתתפי המחקר נשאלו לגבי משאבים מרכזיים בתכנית השיקום אשר לדעתם סייעו להם להתגבר על הפרעת האכילה שלהם. בכל הראיונות עלה צוות התכנית השיקומית כמשאב עיקרי אשר סייע למתמודדים להתגבר על הפרעת האכילה שלהם. המשתתפים פרטו תכונות משמעותיות באנשי הצוות שנתפסות בעיניהם כמקדמות ומסייעות לתהליך ההחלמה, בהן- אורך רוח, הבנה, רגישות, הכלה, הקשבה, חוסר שיפוטיות, אופטימיות והחזקת תקווה. המרואיינים ציינו כי אנשי הצוות שימשו עבורם כ-"קול הבריאה" גם ברגעים הקשים של מסע ההחלמה. מעבר לכך, על פי המרואיינים, הצוות הוא זה שאמון של שמירת המסגרת (הכוללת בתוכה מערכת כללים, גבולות, סדר יום מבנה וקבוע) תוך הקפדה על עקרונות של אחידות ועקביות. שמירת המסגרת על ידי צוות התכנית גם כן עלתה במרבית הראיונות כמשאב בעל חשיבות רבה בקידום תהליך ההחלמה.

"קודם כל צוות! חד משמעית. יכולתי לראות את זה גם כשהייתי בתוך (הבית השיקומי "צידה לדרך") וגם היום. אני חושבת שהצוות התעקש עלי שזה היה מאוד מאוד חשוב. [...] הרבה פעמים הייתי אומרת; מה הם רואים שאני לא רואה? יכולתי לראות איך הם רואים אותי בעיניים שלהם, לא הבנתי את זה, אבל, ראיתי איך אני נראית בעיניים שלהם, וזה קודם כל היה מדהים! [...] אני חושבת שהצוות שם (בתכנית השיקומית "צידה לדרך") מאוד יודע גם לזהות את הצרכים של כל אחת ואחת וגם להיות מסונכרן [...] " (10)

"המעורבות של הצוות [...] בפן של האכילה. אני יכולה להגיד שהייתה תחושה מבחינת הצוות [...] של בית. בסדר, וגם אימא שלי היא לא מושלמת, וכל אימא יש אתה גם רגעים פחות טובים, אז זה כן התחושה שיש איזושהי מעטפת שהיא מאוד מאוד מאפשרת. היא מאפשרת גם רגע להיעזר ולהזדקק ולצחוק ולבכות." [...] (17)

מרכזיותם ותרומתם של מומחים בתחום הפרעות אכילה לתהליך החלמה מוצלח נמצאה גם במחקרם של פטרסן ועמיתים (2016), אשר הדגישו מתוך הראיונות שערכו עם גברים שהחלימו מהפרעת אכילה את חשיבותם של אנשי הצוות אשר תמכו בפעולות וויסות עצמי, דאגה עצמית והכרה מחודשת בצרכים האישיים של המטופלים לאורך תהליך ההחלמה. זאת ועוד, אנשי הצוות היוו עבור חלק מהמחלימים דמויות בלעדיות לשיתוף בהפרעת האכילה ובבעיות הנובעות מההתמודדות עמה (Pettersen, Wallin & Bjork, 2016).

### 3.3.5 "שינוי תפיסתי: הפרעת האכילה אינה עוגן" - שינוי ביחס כלפי הפרעת האכילה במהלך תהליך השיקום וההחלמה מהפרעת האכילה.

כלל המרואיינים שלקחו חלק במחקרנו הדגישו כי חל שינוי ביחסם כלפי הפרעת האכילה לאורך תהליך השיקום שלהם. המרואיינים הזכירו שיפור ביכולתם לשלוט על הפרעת האכילה; שיפור ביכולת ההתמודדות שלהם עם הפרעת האכילה, צמצום המקום שתופסת הפרעת האכילה, לצד שינוי בתפיסתם את הפרעת האכילה; הפרדת הפרעת האכילה מהעצמי, הבנת היקף הנזק שהפרעת האכילה זורעת, ומעבר לתפיסת הפרעת האכילה כמכשול, בניגוד לתפיסתם טרום תהליך ההחלמה, לפיה הפרעת האכילה מהווה עוגן עבורם.

" היא (הפרעת האכילה) הייתה עוגן שלי. עוגן מאוד מאוד גדול. ואני חושבת שגם במחשבה ב-"צידה לדרך" היא הייתה עוגן בשבילי, אומנם, במינוחים שונים, אבל ידעתי שהיא שם. זה היה נכון לאותה תקופה, זה היה נכון לאותה תקופה כדי לעבור אותה. המחשבה של טוב, אם לא אצליח יש לי לאן לחזור במירכאות. [...] היום לא. לא, אין סיכוי. [...] להיפך, זה כבר מכשול. אני לא רואה את זה באופק [...] יש לי יותר מידי מה להפסיד היום." (18)

"היה הרבה שינוי ביחס, כי זה משהו שקורה לאט לאט. כשאתה בתוך הבית השיקומי אתה רואה את עצמך כחולה, במלוא מובן המילה, כי אתה נמצא במסגרת שאתה מחייב טיפול. [...] וזה מין מערכת יחסים כזה יחד עם ההפרעה, זה כל הזמן נע ככה בין כמה שנים אני עם ההפרעה כבר? האם זה מגדיר אותי? או חלק ממני? מי אני בלי זה? האם אני יכול להיפרד מזה ולהיות עדיין אני? או, שאני שזור יחד עם הפרעת האכילה? ואם זה בושה או לא בושה? [...] (11)

"אני חושבת שאני לא מכיליה אותה (את הפרעת האכילה) כחלק ממני יותר. אני מתייחסת לזה שהיא קיימת איפשהו, ושאולי תמיד יישאר איזושהו שבב, ושלפעמים, בתקופות יותר קשות, היא תנסה להרים את הראש, אבל, זה לא אני. זה לא מגדיר אותי וזה לא שום דבר ממני. [...] פעם זה היה חלק ממני." (7)

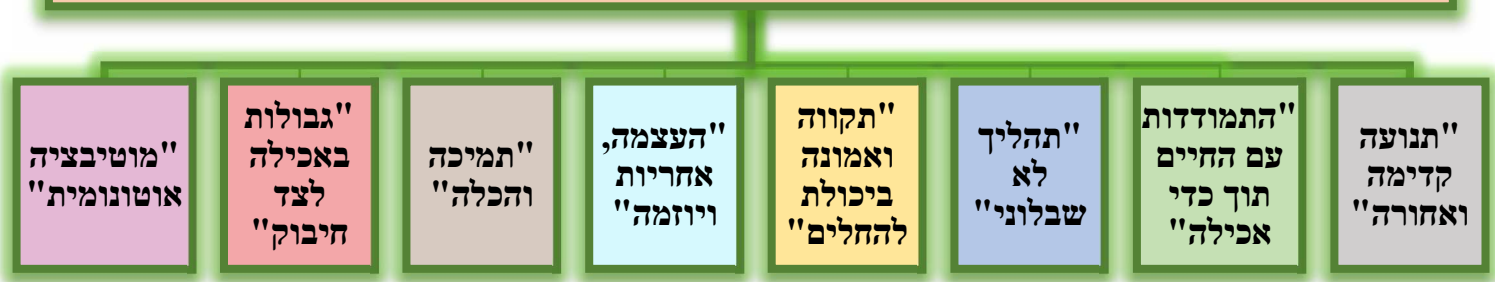
כשנשאלה המרואיינת מה לדעתה הוביל לשינוי ביחס להפרעת האכילה השיבה;

"אני חושבת שבניתי לעצמי אישיות, לא אישיות אחרת, אלא בניתי את עצמי מחדש. הייתה תקופה שהייתי מאוד ריקה וזו הייתה רק הפרעת האכילה, זה מה שהגדיר אותי וזה מה שעניין אותי. התחלתי לגלות על עצמי יותר דברים, לגלות מה אני אוהבת לעשות ומה לא... ו... תחביבים ודעות ו... הרגשתי [...] ברגע שהחיים שלי התמלאו בדברים אחרים כבר לא היה לזה מקום (להפרעת האכילה)." (7)

תמיכה לתמה משנית זו ניתן למצוא במחקרם של דוסון, רודס וטויז (2014), אשר בחנו את הליך ההחלמה מאנורקסיה נרבוזה כרונית. בדומה לממצאי מחקרנו, במחקרם נמצא כי לאורך תהליך ההחלמה חלים שינויים בתפיסת המטופלים את הפרעת האכילה; הפחתה בערכה של המחלה, הרחבת היכולת להתבוננות, החצנה של הפרעת האכילה, התחזקות קשרים ותחושה כי אני מוכן לאחרים. שינויים אלו מהווים גורמים חשובים בדרך אל עבר החלמה מהפרעת האכילה (Dawson, Rodes & Touyz, 2014a).

**3.4 תרשים מספר 13. תמה מספר 3 – תנאי בסיס לתכנית שיקום מוצלחת המיועדת למתמודדים עם הפרעות אכילה קשות**

### 3. תנאי בסיס לתכנית שיקום מוצלחת המיועדת למתמודדים עם הפרעת אכילה קשה



מתוך הראיונות עם המתמודדים שסיימו בהצלחה את התכנית השיקומית "צידה לדרך" ונמצאים בשלבי החלמה מתקדמים מהפרעת האכילה שלהם, עלו מספר תנאים בסיסיים חוזרים אשר על פי המרואיינים ומתוך חווית השיקום האישית שלהם הינם בעלי חשיבות רבה לביסוסה של תכנית שיקום מוצלחת המיועדת למתמודדים עם הפרעות אכילה קשות. חלק מעקרונות אלו הינם אוניברסאליים לשיקום בבריאות הנפש ונמצאים בהתאמה לעקרונות מפתח בשיקום על פי תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש, בתוך כך- שיקום כתהליך שאינו ליניארי, תהליך שיקום הוליסטי רב ממדי וארוך טווח, שיקום כתהליך אינדיבידואלי מותאם אישית, חשיבות החזקת תקווה מצד הצוות עבור המטופל/ת, העצמת המטופל/ת, תמיכה והכלה. לצד עקרונות ייחודיים לתכנית שיקומית המיועדת למתמודדות ולמתמודדים עם הפרעות אכילה קשות; התמודדות עם החיים תוך כדי אכילה - אכילה כתנאי בסיסי ליכולת לגעת בחיים, גבולות באכילה לצד חיבוק וחשיבות מוטיבציה מצד המטופל/ת לשינוי המצב - התמודדות עם האמביוולנטיות ביחס לשיקום והחלמה מהפרעות אכילה, אשר מאפיינת אוכלוסייה זו. נרחיב כעת על כל אחד מן העקרונות שהוזכרו.

#### 3.4.1 "תנועה קדימה ואחורה" - שיקום כתהליך שאינו ליניארי.

המשתתפים בתכנית הדגישו כי מסע השיקום מהפרעות אכילה אינו רציף ואינו ליניארי וכי לאורכו צפויות נקודות קושי ומשבר משמעותיות, שלא פעם מובילות לנפילה ואף להישנות סימפטומים. ומכאן, על תהליך שיקומי מוצלח לספק למשתתפים כלים להתמודדות עם משברים, ומבחינת מפעילי תכניות שיקום, חשוב לגייס אנשים בעלי יכולת הכלה ואורך רוח.

בהקשר זה, אחת המרואיינות ציינה כנקודות קושי משמעותיות בתהליך ההחלמה האישי שלה את ההבנה שהתהליך אינו תמיד מתקדם, וכי חרף המאמצים לעיתים ישנן נסיגות.

"הרבה פעמים לא קיבלתי את זה שאני נופלת. מה? אני באתי לפה (לבית השיקומי), אני עשיתי מעבר חד בשביל שאני אחלים מהפרעת האכילה ויש לי נפילות, אז אני לא מוכנה! אני לא... בנפילה הראשונה שלי לא רציתי לחזור לפה. והיו לי עוד כמה וכמה נפילות כאלה." [...]" (14)

" [...] בעיקר להבין שזה לא כל הזמן מגמת עלייה, שלפעמים יש... קצת מן תקיעות כזאת, שאתה תקוע באותו מקום ומשם יש גם קצת הליכה לאחור. ו... אני כשהייתי הולכת לאחור הייתי מאוד נבהלת מזה ואז קצת נשאבת ממש אחורה, היום, כשאני הולכת קצת אחורה, אני קצת מזהה את זה יותר וקצת פחות נבהלת מזה." (19)

הכרה באופיו הספירלי של תהליך השיקום מהפרעות אכילה הוזכרה בספרות; מחקרים איכותניים קודמים אשר בחנו תהליכי החלמה מהפרעות אכילה, העלו כי החלמה אינה מתקדמת תמיד לכיוון אחד. מטופלים שיתפו בכך שישנם ימים טובים יותר ופחות וכי לעיתים המוטיבציה לתהליך מתפוגגת. החלמה מהפרעת אכילה נעה קדימה ואחורה בין תקווה לייאוש, בין התקדמות להישנות (Lindgren, Enmark, Bohman ;Dawson, Rodes & Touyz, 2014a; Hannon, Eunson & Munro, 2017 ;& Lundstrom, 2015).

עקרון זה נמצא בהתאמה לעקרונות מפתח בתהליך שיקום פסיכיאטרי על פי תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וצוין גם על ידי אנשי הצוות שמובילים את התכנית השיקומית "צידה לדרך" (בהקשר זה, ר' פרק ניתוח ראיונות עומק עם הוגי ומפעילי תכנית השיקום "צידה לדרך").

#### 3.4.2 "התמודדות עם החיים תוך כדי אכילה" - שיקום כתהליך הוליסטי, רב-ממדי, ארוך טווח.

מניתוח כלל הראיונות עם המשתקמים והמשתקמות, נגזרה תמה חוזרת ביחס לתפיסת תהליך השיקום מהפרעת אכילה כתהליך הוליסטי, רב-ממדי, הנוגע בכל תחומי החיים ונמשך לאורך זמן. מתוך הראיונות, כפי שהפרעת האכילה הינה בעלת השפעה נרחבת החולשת על כל תחומי החיים, כך על תהליך שיקום משמעותי ועמוק לגעת בכל רבדי החיים, הרבה מעבר לגבולות האכילה והשגת שליטה על הסימפטומים של הפרעת האכילה. בכלל זה מתן תמיכה וסיוע לאורך זמן בביסוס מערכות יחסים, התמודדות חברתית, תפקוד, תעסוקה ומימוש הפוטנציאל האישי בחזרה לחיים נורמטיביים. תפיסה זאת נמצאת בהתאמה לתפיסה הרווחת על פי תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש, לפיה תהליך השיקום ממחלות פסיכיאטריות הוא תהליך הוליסטי וארוך טווח הנוגע בכל תחומי החיים, שמטרת העל שלו היא - החזרת המתמודדים לחיים מלאים בקהילה, בהתאם למחלתם ויכולתם האישית (Davidson et al., 2009). עקרון מפתח זה הופיע גם בראיונות המחקר עם אנשי הצוות שמובילים את תכנית השיקום "צידה לדרך".

"אני חושבת שהם (הצוות בתכנית השיקומית "צידה לדרך") פשוט הצליחו לגעת בכל! בכל! מהעבודה ועד החברים ומשפחה וזוגיות. הכול היה מדובר, הכול! הם עזרו לי מ-א' ועד ת'. איך אני מתמודדת עם הבת זוג, איך אני מתמודדת עם ה... בכל תחום הייתה נגיעה, לא היה תחום אחד שהתפסס, ברמה הזאת. זה היה הרבה יותר עבודה על החיים ועל המסביב ועל איך אני מתמודדת בתוך החיים, שהפרעת האכילה הייתה שם 'peanuts', זה לא היה המוקד." (3)

אחת המרואיינות אף הדגישה את ההבדל בין תקופת האשפוז שמטרתה ייצוב סימפטומטי בשלב האקוטי של המחלה, לבין תקופת שיקום שמסייעת לאורך זמן ממושך להתמודד עם החזרה לחיים;

"קודם כל אני חושבת שזה בית שהוא מציל חיים. אני יודעת שאם אחרי האשפוז לא הייתי הולכת לשם (לבית השיקומי "צידה לדרך") בוודאות הייתי חוזרת לאשפוז. [...] כי ב-"צידה" אתה מטמיע ולומד להתמודד עם החיים, תוך כדי אכילה. זה משהו שאתה לא לומד לעשות באשפוז. וגם יש את מסגרת ההמשך של הדיור המוגן. [...]" (1)

בספרות קיימת תמיכה לחשיבותו של תהליך החלמה ארוך טווח ורב-ממדי בהפרעות אכילה, שנע בין חוסר מוכנות ו/או חוסר רצון לשינוי, נקודת התחלת השינוי, התקדמות אקטיבית לכיוון החלמה, רפלקציה ושיקום. כאשר משך השהייה בכל שלב ושלב היא אינדיבידואלית כמו גם, מהלך התנועה בין השלבים (Dawson, Rodes & Touyz, 2014a). כמו כן, כבר במחקרים קודמים ניתן דגש לחשיבות שמייחסים המטופלים בהפרעות אכילה לטיפול באדם כמכלול, כחיים שלמים, ולא להתמקד בטיפול באוכל ומשקל גוף באופן בלעדי. זאת ועוד, טיפול שממוקד באופן צר באוכל ומשקל עלול דווקא להוביל להתבססותה של הפרעת האכילה. וכן, טיפולים קצרי מועד פוגעים ביצירת ברית טיפולית משמעותית, שמוכרת כרכיב בעל השפעה מכרעת על תוצאות הטיפול (Rance, Moller & Clarke, 2017; Dawson, Rhodes & Touyz, 2014b; Bjork & Ahlstrom, 2008).

יודגש, כי קיימת הכרה בחיוניותו של הטיפול התזונתי, המיועד לביסוס הרגלי אכילה תקינים, תיקון מצבים של תת-תזונה ולביצוע שינויים פסיכולוגיים. מכאן, הטיפול התזונתי הינו בעל משמעות רבה בליווי תהליכי השינוי הפסיכולוגיים והחברתיים שעוברים המטופלים. תנאי בסיסי להחלמה (קלינית ואישית) מהפרעות אכילה הוא שמירה על משקל מינימום תקין ותזונה יציבה. מכאן, דיאטנים קליניים מהווים חלק אינטגרלי מצוות הטיפול בכל שלבי ורמות הטיפול (Reiter & Graves, 2010).

### 3.4.3 "תהליך לא שבלוני" - שיקום כתהליך אינדיבידואלי, מותאם אישית.

כלל המרואיינים הדגישו, בנקודות שונות לאורך הריאיון, את מרכזיותה של תפיסת המטופל כאינדיבידואל בתהליך השיקום וההחלמה מהפרעת אכילה. על פי המרואיינים, בעוד שישנה מערכת עקרונות כללית אחידה שמותאמת לטיפול בהפרעות אכילה שונות, בכדי להצליח בהליך השיקומי, יש צורך בגילוי גמישות בהתאמת התכנית הכללית באופן שונה ואישי לכל מטופל ומטופלת. תפיסה זו עולה בקנה אחד עם תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש (Anthony & Farkas, 2009; רועה ועמיתים, 2005, 2011) וכן, עם עמדתם של הוגי ומפעילי תכנית "צידה לדרך", אשר לתפיסתם תהליך שיקומי מותאם אישית מאפשר להתמודד/ת לזכות בחיים מחודשים ומלאים.

"התכנית צריכה להיות מותאמת לא למחלה, היא צריכה להיות מותאמת לבן-אדם שחולה במחלה. אנחנו, החולים, הפכנו איפשהו כל השנים, הפכנו את המחלה לזהות, והמלחמה שלנו היא להפריד אותה, אז אנחנו צריכים שגם המטפלים שלנו יפרידו אותה. אז כן, יש דברים מסוימים שנכון, צריך להיות במשקל תקין, ואי אפשר להתעלם מזה. אבל, הדברים האחרים הם שונים אצל כל אדם. יש אדם שצריך חודש רק להיות בתוך הבית (הבית השיקומי) ויש מישהו שצריך כבר לצאת ולחיות את החיים [...]" (17)

" [...] אני רואה שהם (אנשי הצוות בבית השיקומי "צידה לדרך") נורא התאימו את עצמם לצרכים של כל אחד מאתנו, לפחות החבר'ה שאני הייתי איתם בקשר טוב. אז שאפו!" (11)

"אני חושב שזה (תהליך השיקום וההחלמה) לא שבלוני, שכל אחד יש לו צרכים אחרים, ובאמת צריך להתאים את זה באופן מאוד אינדיבידואלי. [...] מה שהייתי אומר זה להסתכל על כל בן-אדם באופן מאוד אינדיבידואלי ולנסות להבין אותו [...] להתאים לו את הטיפול, לא לעשות את זה באופן מאוד שבלוני [...]" (12)

ברוח זו, מחקרים קודמים שעסקו בתפיסת ההחלמה בקרב מחלימות מהפרעות אכילה הציגו את תפיסת המחלימות כי מסע ההחלמה הוא ייחודי ואינדיבידואלי (Jenkins & Lindgren, Enmark, Bohman & Lundstrom, 2015; Ogden, 2012).

#### 3.4.4 "תקווה ואמונה ביכולת להחלים" - חשיבות החזקת תקווה מצד הצוות המטפל.

תמה נוספת שעלתה באופן בולט בניתוח הראיונות היא- **חשיבות החזקת תקווה / שמירה על אופטימיות מצד הצוות המטפל** עבור המטופל בהתמודדות עם הפרעת אכילה קשה וממושכת, במיוחד בשלבים ובמקומות בהם המטופל מתקשה להחזיק בתקווה עבור עצמו. בסופו המוצלח של תהליך השיקום, יהיה מסוגל המטופל לאחוז בתקווה עבור עצמו. עקרון זה עולה כבעל חשיבות רבה גם בתיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש, לפיה התקווה מהווה טריגר לתהליך ההחלמה ומתחזקת אותו (Le Boutillier et al., 2011). החזקת התקווה צוינה גם כאחד מעקרונות המפתח לתכנית שיקומית מוצלחת בראיונות העומק עם הוגי ומפעילי תכנית השיקום "צידה לדרך".

כדוגמא לכך, נביא מדברי אחת המרואיינות שהתייחסה לחשיבות התקווה והאמונה שניתנה בה לאורך מסע ההחלמה שלה, כגורם חיוני והכרחי לדרך שעשתה בחזרה להתמודדות מוצלחת עם החיים;

" [...] היחידה שבאמת האמינה בי זו שרית (מטפלת), אז היא דחפה אותי ל-"צידה לדרך". אני לא האמנתי שאני יצליח שם. זה היה נראה בשבילי, בוא נעבור עוד יום, עוד יומיים ואחרי זה נחזור ל... (סימפטומים של הפרעת האכילה). הייתי זקוקה להרבה אמונה, להרבה כוחות. אני חושבת שיש בי הרבה כוחות, שרק לאחרונה אני מבינה כמה הם חזקים. ממקום של לשרוד, התחלתי לחיות, להפסיק לצפות בחיים מהצד, כי זה מה שעשיתי עם הפרעת האכילה, צפיתי בחיים מהצד. [...]" (18)

בהקשר זה, דוסון, רודס וטויז (2014), ציינו במחקרם כי ייאוש היווה מכשול משמעותי לשינוי בקרב המשתתפות במחקרם. ממצא זה נמצא בהתאמה למחקרים נוספים לפיהם תקווה ואמונה ביכולת להחלים היא חיונית להשגת שיפור וכן, הערכה עצמית נמוכה ותחושת חוסר מסוגלות עצמית היא גורם מנבא לחוסר הצלחה בטיפול (Dawson, Wade, Treasure, & Lindgren, Enmark, Bohman & Lundstrom, 2015; Rodes & Touyz, 2014a; Schmidt, 2011).

### 3.4.5 "העצמה, אחריות ויוזמה" - התבססות על עקרונות של העצמת המטופל/ת תוך עידוד ללקיחת אחריות ויוזמה.

אלמנט נוסף שהודגש על ידי מרבית המרואיינים כמקדם שינוי, שיקום והחלמה בהפרעות אכילה הוא – **העצמת המטופל**; הכרה ביכולותיו של המתמודד, תוך עידוד ללקיחת אחריות ונקיטת יוזמה מצד המטופל במסגרת התהליך האישי שלו. רעיון זה הוא מרכיבי המפתח בתהליכי שיקום מוצלחים על פי תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש, שמטרת העל שלו היא - העלאת הערך העצמי של המטופל וסיוע לחזור למסלול החיים המקובל ביחס לקבוצת הגיל שלו (Anthony & Farkas, 2009; רועה ועמיתים, 2005, 2011). עקרון זה גם כן עלה בראיונות העומק עם מובילי התכנית "צידה לדרך".

"הם מלמדים אותך להיעזר, הם מלמדים אותך להאמין בכוחות שלך. לעצור שנייה, לקחת דברים בפרופורציה. [...]  
גיליתי בעצמי חיים אחרים, גיליתי שאני יכולה דברים שאני שלא חשבתי שאני מסוגלת להם, כמו פשוט לחיות חיים רגילים. [...]  
גיליתי... כביכול, גם תמיד ידעתי שאני חזקה ושיש לי כוחות, אבל, שמה (בבית השיקומי "צידה לדרך") ממש הבנתי את זה, הרגשתי את זה, האמנתי בעצמי מאוד חזק, התחלתי לקחת אחריות על עצמי [...]" (16)

"אני אגיד לך שאחד הדברים שמאוד... הדבר הראשון שגייס אותי, זה באמת אחרי כל כך הרבה שנים (עם הפרעת האכילה) הגעתי לריאיון, גליה (מנהלת הבית השיקומי "צידה לדרך") שאלה אותי הרבה שאלות, היא כזה לקחה את היומן שלה, חיפשה, מצאה דף ריק, פתחה ואמרה לי; "זה שלך!". וזו הפעם הראשונה שמישהו אמר לי דבר כזה, איש טיפול. ואז האחריות היא שלי, כלומר עכשיו האחריות היא שלי וקיבלתי הזדמנות." (17)

"[...] אני חושבת שכשהייתי פה אז גם התחלתי להבין מה זה אומר לתפקד בכוחות עצמך. זה כל העניין של המטלות פה בבית עזר לי להבין את זה. כי כשגרתי בבית עם ההורים, אז פחות יש סדר כזה של מטלות, אנחנו לא מהמשפחות האלה שיש רשימה על המקרר וכל אחד יש לו את התפקיד שלו. אז לא היה לי את זה. פחות הכרתי את זה. ואז... כשהגעתי לפה זה היה לי קצת מוזר ושונה, אבל, זה עזר לי להבין שאם אני לא יעשה את זה אז לא יהיה מי שיעשה את זה. [...]  
גם העניין של הקניות. פעם נתנו לי להיות אחראית על רשימת הקניות, וגם זה היה לי נורא מוזר, פתאום כאילו להבין מה זה באמת לתפקד בתור... לא כל הזמן להסתכל אחורה ולראות שאימא ואבא שם והם עושים בשבילך את הדברים." (19)

מתוך הספרות, גישה מעצימה מצד אנשי הטיפול, עשויה לספק תמיכה לביטחון העצמי ולהערכה העצמית של המטופלים ומכאן, לקדם אותם בתהליכי החזרה לחיים מלאים (Hewitt-Taylor, 2004; Laugharne & Priebe, 2006).

### 3.4.6 "תמיכה והכלה" – עקרונות מפתח לקידום מסע ההחלמה.

בין העקרונות המרכזיים שמסייעים בקידום המטופל, חזרו בכל הראיונות מרכזיותם של עקרונות **התמיכה וההכלה לאורך המסע אל עבר החלמה**. עניין זה תואם לעקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש והודגש גם בראיונות העומק עם הוגי ומפעילי התכנית השיקומית "צידה לדרך" שגרסו כי יכולות תמיכה, הכלה ואורח רוח הם בין הקריטריונים המרכזיים לבחירת אנשי צוות להפעלת תכנית שיקומית המיועדת למתמודדים עם הפרעות אכילה קשות.

"[...] במיוחד המקום הזה של ההכלה; שיש סימפטומים והם (אנשי הצוות) יודעים אותם והם רואים אותם והם לא מעיפים ישר. כל הזמן יש תקשורת. [...] להיות שם גם כשיש נפילות ולא ישר לסגור את הדלת, זה משהו שמאוד הכרחי לבנות עם הפרעות אכילה, שהן כל הזמן בודקות גבולות ומנסות [...]" (3)

"אפילו בעצם זה שהיה מישוהו שמקשיב, ואני אמרתי בקול את הדברים שעוברים לי בפנים, אז היה בזה משהו ש... כאילו עזר לעכל את הדברים. גם אם הם לא היו... גם אם מי שהיה יושב מולי לא היה אומר שום דבר, אז זה היה... הייתה בזה איוושהי הקלה, רק בלהגיד את הדברים. [...]" (19)

"אני חושב שזה כאילו סבלנות בעיקר. גם איתי היו יכולים לחלחל לי את אותם דברים מיליון פעם, והרבה פעמים, נניח בתור איש טיפול, היו יכולים להסתכל ולהגיד וואי, אני מנסה לעזור, מנסה לעזור, מנסה לעזור, וזה לא עובד. עכשיו, יש בזה משהו שכל הדברים שנאמרו וכל הדברים שחוויתי עד אז, זה כן דברים שהשפיעו, זה כן דברים שנשארו. פשוט לקח זמן לכל הדברים להתחבר ו... ולקחת משקל. [...] אבל, לאנשי טיפול הייתי אומר סבלנות. כי באיוושהו שלב הדברים מתגבשים יחד, זה יכול להיות לוקח יותר, זה יכול להיות לוקח פחות [...]" (11)

"בראש ובראשונה התמיכה של אנשי הצוות. [...] התמיכה האינטנסיבית הזאת באיוושהו מקום, אני חושבת שהיא משהו שהוא מאוד חשוב בשלבים הראשונים. זה אחד הדברים הכי מרכזיים לדעתי. [...]" (6)

בהקשר זה, אחת המרואיינות השיבה כי סבלנות היא המסר החשוב ביותר בראייתה עבור אנשי מקצוע האמונים על הקמתן של תכניות שיקום למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות;

"[...] סבלנות, אנחנו לא אנשים פשוטים (צוחקת קלות), באמת... זה לא פשוט, [...] זה דורש הרבה סבלנות" [...]" (14)

ברוח זו, לינדגרן ועמיתיה (2015) הדגישו בממצאי מחקרם את חשיבות התמיכה וההכלה בהתמודדות עם האתגר הקשה של החלמה מהפרעת אכילה (Lindgren, Enmark, Bohman & Lundstrom, 2015).

3.4.7 "גבולות באכילה לצד חיבוק" – חשיבות הקפדה על חוקים ברורים ונוקשים ביחס לתכנית האכילה וסימפטומים של הפרעת האכילה, תוך נקיטת גישה מכילה ותומכת.

בהתאם לעמדתם של מובילי תכנית השיקום "צידה לדרך", כפי שהשתקפה בראיונות העומק עימם, גם המשתקמים בתכנית הדגישו את חשיבות ההקפדה על גבולות ברורים ונוקשים, ללא פשרות, בכל הנוגע לתכנית האכילה וההימנעות מסימפטומים של הפרעת האכילה. חרף הקושי בעמידה בגבולות ובחוקים והאמביוולנטיות הרבה ביחס לאכילה, על פי המרואיינים, גבולות אחידים אלו הם שמאפשרים צמיחה, הגנה, חיזוק והתקדמות אל עבר החלמה. למעשה, זהו צעד הכרחי לשיקום בהפרעות אכילה. לצד זאת, המרואיינים ציינו כי בכדי לאפשר התמודדות עם הגבולות הנוקשים, חשוב שהצבתם על ידי אנשי הצוות תעשה תוך שמירה על גילוי הבנה, תמיכה והכלה לקשיים ולנקודות המשבר.



"היה גבולות לצד חיבוק. וזה מה שהיה לי מאוד מאוד חסר בחיים שלי. כאילו, בחיים שלי היה או רק גבולות, או רק חיבוק. אז אני חושבת שזה הגדולה באמת של "צידה" היכולת הזו לקבל ולהכיל בכל מצב. היו להם קווים אדומים מאוד ברורים." (3)

"[...] יש שם (בבית השיקומי "צידה לדרך") סדר יום מאוד מאוד מובנה בהתחלה, שזה מאוד מרתיע למי שנכנס לשם, מן הסתם, אבל, זה מאוד מאוד עוזר. זה מאוד מייצב. קמים בבוקר, יש ארוחת בוקר בשעה מסוימת, צריך להיות מאורגנים בשעה מסוימת עם האוכל. יש את כל הנוהל הזה של המזיגות, שמפקחים עליך במזיגות לתקופה מסוימת, עד שרואים שאפשר לבד, וגם אז עדיין בודקים מידי פעם, שזה ממש חשוב." [...]" (7)

"[...] אני באמת חושבת שהחוקים פה (בבית השיקומי "צידה לדרך"), בשבילי, היו מאוד מאוד חשובים. המסגרת המאוד מאוד ברורה של ה- מה מותר ומה אסור, מה קורה אם אתה עושה משהו שאסור [...] יש לזה משהו שמאוד שומר עליך. ואני ממש הרגשתי שזה שומר עליי. הצוות, שאתה יוצר אתו באמת קשר שהוא מאוד קרוב. אני באתי גם באמת ממקום של – אני יודעת שרוצים לעזור לי ואני רוצה להיעזר. אז, גם אם עולים קשיים, בסופו של דבר, יש מטרה משותפת [...]". (13)

הצורך בהקפדה על חוקים נוקשים באכילה כשלב הראשון לקידום החלמה מהפרעות אכילה, עלה במחקר איכותני נוסף אשר עסק באתגרי תהליך ההחלמה מהפרעת אכילה, מנקודת מבטן של המחלימות (Pettersen, Thune-) (Larsen, Wynn & Rosenvinge, 2012).

#### 3.4.8 "מוטיבציה אוטונומית" - תהליך שיקום מבוסס על רצון פנימי של המתמודד/ת.

כמענה לשאלה שעסקה בגורמים המנבאים להתאמה/ הצלחה בתהליך שיקומי, מרבית המרואיינים הדגישו את **חשיבותה של מוטיבציה ו/או רצון פנימי מצד המתמודד/ת לשינוי**. על פי המרואיינים, מתמודדים שפונים לתהליך שיקומי בהשפעת לחץ חיצוני בלבד (דוגמת- משפחה/ מטפלים), והינם חסרי בסיס מוטיבציוני פנימי, בסבירות גבוהה לא יצלחו את התהליך. המרואיינים הדגישו כי אומנם, אמביוולנטיות וקושי מלווה אותם בשלבים רבים לאורך תהליך השיקום וההחלמה מהפרעת אכילה, אך כדי להתגבר על הפרעת האכילה, חייב להיות בסיס איתן מספיק שמעוניין בשינוי ומבין שחיים לצד הפרעת אכילה פעילה אינם מספקים.

"[...] אני חושבת שצריך לבוא לכאן (לבית השיקומי) באמת עם המון המון רצון, אני חושבת, ממש להילחם על המקום שלך כאן. זה לא בהכרח אומר שיהיה לך כאן כיף, או שאתה תגיד – אני רוצה להיות כאן, אבל, אתה מבין שאין לך ברירה. אני חושבת שאתה צריך להגיע למצב כזה שאתה מבין שאין לך ברירה [...] שזה המוצא האחרון". (13)

"[...] אם אתה לא מביא את עצמך לתהליך ואתה מתנגד לכל דבר, אז אין לך מה לעשות פה (בבית השיקומי), זה לא באמת יעזור. [...] זה פשוט להביא (את עצמך), לרצות להשתקם מכל הבחינות" (14)

"אני חושבת שרוב הבנות שאני מכירה, שסיימו תהליך, זה מי שהגיעו להחלטה, שהגיעו להחלטה חלקית או שלמה שהן רוצות להחלים. בדרך כלל זה מישהי שחוטפת כאפה רצינית ואז היא מתעוררת ונוכרת שהיא צריכה לקחת את עצמה, צריכה להיאחז במה שנשאר מהחיים שלה. כאילו, נגיד, בנות שמגיעות לכאן כי ההורים דחפו אותן, כי מטפלים דחפו אותן, והן לא באמת מוכנות לזה. מאוד רואים את ההבדל גם בהתנהלות בבית בין הבנות [...]". (6)

"איזה מסר הייתי מעבירה? אני חושבת שלא כל אחד מתאים לבית השיקומי. אני חושבת שלהרבה אנשים נוח להיות בבית השיקומי. ו... לפעמים יש תחושה שהצוות רוצה את זה יותר מהמטופל עצמו, וזה הגבול בעיניי. זאת אומרת, אתה לא יכול לרצות שמישהו יחיה יותר ממה שהוא ירצה. ואם הגעת לנקודה כזאת אז לדעתי... זה לא יעבוד." (18)

החשיבות הקריטית של המוכנות לשינוי בהקשר של תוצאות הטיפול מוכרת היטב בספרות. בתוך כך, מוטיבציה אוטונומית של המטופל מהווה גורם מנבא משמעותי לשינוי במידת החומרה של הסימפטומים, לעומת זאת, פניה לטיפול מתוך ניסיון לרצות אחרים נקשרה להישנות סימפטומים (Musolino et al., ;Jenkins & Ogden, 2012; 2016; Hannon, Eunson & Munro, 2017). בהקשר זה, יצוין גם מודל השינוי אשר פותח על ידי הפסיכולוגים פרוצ'סקה ודיקלמנטה. על פי מודל זה, שינוי אינו תהליך ליניארי כי אם מעגלי המחולק ל-6 שלבי ביניים ומכיל חזרות לאחור. שלבי השינוי מבטאים מוטיבציה פנימית של האדם שהינה חיונית לביצוע שינוי קונקרטי כלשהו בחייו (פרוצ'סקה ודיקלמנטה, 2006).

#### 4. דיון ומסקנות

פרק המחקר הנוכחי עוסק בבחינת תהליך השיקום וההחלמה מהפרעת אכילה מתוך פרספקטיבת המטופלים הנמצאים בשלבי החלמה מתקדמים מהפרעת אכילה קשה וממושכת, במסגרת תכנית שיקום ייחודית בבית "צידה לדרך". הדיון נערך לאחר גיבוש הממצאים, גזירת התמות המרכזיות והמשניות ולאורן של השאלות המחקריות של פרק זה.

ראשית, אתייחס למבנה המחקר; מחקר זה דומה במבנהו למחקרים איכותניים מתחומי בריאות אחרים הבוחנים "סיפורי הצלחה" של מתמודדים, זאת, מתוך שאיפה לזהות כיצד המתמודדים עצמם מגדירים שיפור בריאותי ומהם גורמי המפתח שסייעו להם בהשגת השיפור המיוחל מנקודת ראותם, בתוך כך מחקרים העוסקים בשימור הישגי ירידת משקל, הפסקת עישון, התמודדות עם מחלות נפשיות קשות וכרוניות, פסיכוזא ודכאון (Williams, Davey, ; Klock-Powell, 2003; Gold, 2007; Jensen & Wadkins, 2007; Ogden & Hills, 2008; Epiphaniou & Ogden, 2010). בהתאם לכך, גם המחקר הנוכחי מבקש לבחון את תהליך ההחלמה מהפרעות אכילה שונות, מנקודת מבטם של המחלימים, מתוך שאיפה לבסס הבנה טובה יותר אודות עמדותיהם של המטופלים ביחס לתכנית השיקום בה הם לקחו חלק, הגורמים אשר בראיתם הניעו את תהליכי השיקום האישיים שלהם וסייעו לקידום החלמתם. במקרה זה, השימוש בגישת מחקר איכותנית הינה בעלת חשיבות רבה שכן דרכה ניתן להבין באופן מעמיק כיצד נחוות החלמה מנקודת ראות המשתקמים, אשר קשה מאוד להגיע אליה דרך שימוש בשיטות מחקר כמותניות. (Petry, Costa & Vasconcelos, 2017).

כפי שהוצג בפרק הממצאים, באמצעות ראיונות המחקר ביטאו המחלימים את תפיסותיהם ב-3 ממדים עיקריים; 1. **הגדרה עצמית:** "הפרעת האכילה עבורי" – תפיסת הפרעת האכילה בשלבי המתקדמים של תהליך ההחלמה. 2. **סיפור התהליך האישי:** "המסע אל השיקום". 3. **תובנות והמלצות ביחס לתהליכי שיקום בהפרעות אכילה:** "תנאי בסיס לתכנית שיקום מוצלחת המיועדת למתמודדים עם הפרעת אכילה קשה" - עקרונות כלליים ביחס לתהליכי שיקום והחלמה הניתנים ליישום בתכניות שיקום נוספות. כאשר, בכל אחד מ-3 הממדים ניכרים המאפיינים הייחודיים בחוויית השיקום של המחלימים מהפרעות אכילה.

בממד הראשון – **הגדרה עצמית**, עולים רעיונות מרכזיים בדבר התרחקות מהפרעת האכילה, הכרה בפוטנציאל ההרסני של הפרעת האכילה החולשת על כל תחומי החיים ומביאה לפגיעה ביכולת הבסיסית לניהול אורח חיים נורמטיבי, כמו גם, התייחסות שלילית מצד הסביבה כלפי הפרעת האכילה, בעיקר על רקע חוסר ידע. חווית האניגמה של המחלה ייחודית בהפרעות אכילה. מחד היא מובילה לקושי מצד הסביבה לקבל ולתמוך ומאידך, עלולה לגרום לקיבוע של המחלה. עמדות אלו מתאימות לאוכלוסיית מחקרנו – ראיונות המחקר נערכו, כאמור, עם מטופלים ומטופלות הנמצאים אומנם בשלבים שונים, אך מתקדמים בתהליך ההחלמה שלהם מהפרעת אכילה ארוכת שנים. בשלבים אלו הפרעת האכילה אינה מהווה עוד חלק מרכזי בהגדרת זהותם, המחלימים מסוגלים להתבונן מנקודת מבט ביקורתית כלפי מחלתם ולהעריך את מידת הנוק ו/או התועלת שהסבה לחייהם. עמדות דומות לאלו ניתן למצוא במחקרים קודמים שעסקו בבחינת שלבים מתקדמים בהחלמה מהפרעות אכילה ( Dawson, Rodes and Touyz, 2014a; 2012; Pettersen, Thune-Larsen, Wynn & Rosenvinge, 2012). הכרה בהפרעת האכילה כבעלת השפעה בהיקף כה נרחב, מדגישה את חיוניותו של **טיפול ארוך טווח הנוגע באופן הוליסטי בכל תחומי חייו של המטופל**; הן בהיבט הקוגניטיבי והן בהיבט ההתנהגותי, בניגוד לגישת טיפול צרה המתמקדת באופן בלעדי בסימפטומים של הפרעת האכילה.

מעבר לכך, הדגשת חוסר ההבנה מצד סביבתו הקרובה של המטופל ביחס להפרעת האכילה; חומרת המחלה, קשיי הטיפול, אתגרים משמעותיים במסע ההחלמה והסיכוי להישנות, ומכאן, חוסר התמיכה בעיקר מצדם של בני המשפחה, מאירה לאנשי הטיפול **מוקד חשוב להשקעת מאמצים לאורך תהליך הטיפול**, גם בקרב מטופלים בוגרים ועצמאיים יותר, והיא- התערבות הדרכתית והסברתית משמעותית בסביבתו הקרובה של המטופל. בהקשר זה, בספרות מוכרת חשיבותה הרבה של סביבה תומכת לקידום החלמה מהפרעת אכילה (Dawson, Rodes and Touyz, 2014a). מדברי המרואיינים במחקר, הנמצאים בהתאמה לדבריהם של מחלימים במחקר קודם, ניכר כי הנקודות העיקריות בהן יש למקד את ההדרכה הסביבתית הן - גיבוש ההבנה כי אין להטיל אשמה על המטופל בשל התנהגויותיו החולות, וכן, להימנע מהגדרת המחלה כבעיה עם אוכל בלבד (Dimitropoulos & Freeman, 2016).

בממד השני – **סיפור התהליך האישי**, בשונה ממחלות פסיכיאטריות אחרות, בסיומו של תהליך שיקום מוצלח ניתן לחזור לתפקוד ברמה טובה ולמסלול חיים נורמטיבי, לצד ההתמודדויות היום-יומיות. המרואיינים התייחסו למסע השיקום וההחלמה שלהם כמסע קשה אך מוצלח, הכרוך בתפיסת מרחק פיזי ומנטלי מהפרעת האכילה, בשינוי היחס שלהם כלפי הפרעת האכילה ובהישענות על צוות מוביל מכיל ותומך. תמימות דעים מעניינת נרשמה בקרב המרואיינים ביחס לפוטנציאל ההבראה מהפרעת אכילה קשה וממושכת; המרואיינים הסכימו כי **החלמה היא אפשרית** וכי ניתן לחזור לחיים מלאים, מותאמים לגילם ולתרבותם, בהם הפרעת האכילה תופסת מקום שולי, אינה מהווה חלק מזהותם ואינה משבשת עוד את תפקודם. אך יחד עם זאת, הביעו **פסימיות רבה לגבי אפשרות להבראה מלאה מהפרעת האכילה** – מצב בו הפרעת האכילה אינה קיימת עוד, אף לא בתודעתם, והם חסינים מכל סכנה להישנות. עמדה זו נמצאת בהתאמה למחקרים איכותניים קודמים ( Bjork & Ahlstrom, 2008; Lamoureux & Bottorff, 2005), ומדגישה את חשיבותן של מסגרות טיפול ארוכות טווח, המשתנות במידת האינטנסיביות שלהן לאורך השלבים השונים של תהליך ההחלמה. ישנה חשיבות רבה בגיבוש ההבנה בקרב אנשי הטיפול, כמו גם בקרב האמונים על תכנון תכניות לקידום שיקום והחלמה, כי **הפרעת אכילה קשה וממושכת, בדומה למחלה פסיכיאטרית**

משמעותית אחרת, אינה נעלמת. אף מטופלים המשכילים לנהל היטב את מחלתם ואת חייהם זקוקים לליווי כלשהו למניעת הישנות.

בהקשר זה, יצוין, כי מרבית המחקרים האיכותניים שנערכו עד כה ביחס להחלמה מהפרעות אכילה מתמקדים בהחלמה בקרב מתמודדות עם הפרעת אכילה מסוג אנורקסיה נרבוזה. המחקר הנוכחי עירב מתמודדים עם הפרעות אכילה מסוגים שונים (בתוך כך - 35% אובחנו עם אנורקסיה נרבוזה, 30% אובחנו עם בולימיה נרבוזה, 5% אובחנו עם הפרעת אכילה בולמוסית, ו-30% עם הפרעות אכילה בלתי ספציפיות). המחקר מדגיש כי חרף העובדה שהפרעות האכילה השונות מאופיינות בסימפטומים התנהגותיים שונים, קיים דמיון רב ביחס לתהליכי השיקום וההחלמה מהן, במקרה של מחלה קשה. למעשה, בראיונות המחקר נרשמה עקביות בהתייחסות למסע השיקום וההחלמה בקרב מתמודדים עם הפרעות אכילה מסוגים שונים. חיזוק לדמיון זה ניתן למצוא במחקרים קודמים לפיהם שונות ביחס לתפיסת המטופלים את מושג ההחלמה אינה תלויה באבחנתם, אלא קשורה בתפיסות אינדיבידואליות של מושג ההחלמה (Bjork & Ahlstrom, 2008; Lindgren, Enmark, Bohman & Lundstrom, 2015). יש בכך חיזוק לגישה השיקומית המתקיימת בתכנית "צידה לדרך", המשלבת תחת קורת גג אחת מתמודדים ומתמודדות המאובחנים עם הפרעות אכילה שונות.

מעבר לכך, במחקר זה, בשונה ממרבית המחקרים הקודמים, נעשה ניתוח משותף של עמדות גברים ונשים הנמצאים בשלבי החלמה מהפרעות אכילה. אומנם, מטבע הדברים, כיוון ששכיחותן של הפרעות האכילה גבוהה יותר בקרב נשים, כך גם במחקרנו ישנו רוב של מרואיינות, אך יחד עם זאת, קיים ייצוג לשני גברים אשר לקחו חלק בתכנית השיקום וסיימו אותה בהצלחה. מתוך הניתוח המשותף מסתמן מהלך אוניברסאלי של שינוי והחלמה בקרב גברים ונשים המתמודדים עם הפרעות אכילה. זאת, בהמשך למחקרם של פטרסן ושות' (2016), אשר בחנו את תהליך ההחלמה של גברים מהפרעות אכילה ומצאו התאמה רבה לתהליך המוכר בקרב נשים (Pettersen, Wallin & Bjork, 2016). יצוין, כי על פי הגברים שלקחו חלק במחקרנו, עיקר ההבדל בינם לבין נשים עם הפרעות אכילה טמון בקושי רב יותר מצדם של הגברים בחשיפת המחלה, בפנייה לעזרה ובהתמודדות עם הסביבה, מאחר ועדיין רווחת התפיסה כי הפרעת אכילה היא מחלה נשית, וכן, מעצם העובדה שאפשרויות הטיפול עבור גברים מוגבלות יותר בהשוואה לאפשרויות הקיימות עבור נשים (בתוך כך, כיום בישראל, מוקצים לגברים מספר מצומצם יחסית של מקומות אשפוז ושיקום, ומכאן, לעיתים נדרשת המתנה ממושכת יחסית).

בממד השלישי - תובנות והמלצות ביחס לתהליכי שיקום בהפרעות אכילה, ציינו המרואיינים תנאי בסיס חשובים בתכנית שיקום מוצלחת המיועדת למתמודדים עם הפרעות אכילה - התייחסות לייחודיות תהליך השיקום עצמו בהפרעות אכילה. בהתאם לראיונות שנערכו עם אנשי הצוות המוביל את תכנית השיקום "צידה לדרך", גם המחלימים הדגישו עקרונות משתי קבוצות עיקריות; עקרונות אוניברסאליים - עקרונות מפתח כלליים המתאימים למודל ההחלמה בבריאות הנפש, לצד עקרונות ייחודיים לשיקומם של המתמודדים עם הפרעות אכילה.

קבוצת העקרונות האוניברסאליים כוללת בתוכה את ההכרה בתהליך ההחלמה כתהליך שאינו ליניארי, אלא מאופיין בתנועתיות קדימה ואחורה. חשיבותו של תהליך שיקומי הוליסטי וממושך, הנוגע בכל תחומי החיים ומאפשר חזרה לחיים מלאים. תכנית שיקומית אינדיבידואלית, מותאמת אישית לצרכי המתמודד/ת. חשיבות החזקת תקווה וגישה אופטימית לאורך התהליך מצד אנשי הצוות. עקרונות של העצמת המתמודד, אחריות ויוזמה שלו לקידום התהליך.

תמיכה והכלה לאורך התהליך מצד אנשי הצוות. עקרונות אלו כאמור עלו כבעלי חשיבות גם בראיונות העומק שנערכו עם מובילי התכנית ומוכרים כעקרונות מפתח לתכניות שיקום ברוח תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש (Anthony & Farkas, 2009; רועה ועמיתים, 2005, 2011).

לצד העקרונות האוניברסאליים, ציינו המרואיינים שתי נקודות ייחודיות לתהליך ההחלמה מהפרעות אכילה; "גבולות באכילה לצד חיבוק" – חשיבות רבה בהקפדה על כללים ברורים ונוקשים ביחס להפרעת האכילה, לצד תמיכה והכלה בנקודות הקושי. וכן, חיוניותה של מוטיבציה אוטונומית להצלחת תהליך השיקום וההחלמה מהפרעת אכילה – בשונה ממחלות אחרות ובתוכן גם מחלות פסיכיאטריות, החלמה מהפרעת אכילה כרוכה באמביוולנטיות רבה מצד המתמודדים, מה שמדגיש ביתר שאת את ערכה של מוטיבציה אוטונומית מצד המתמודד/ת לשינוי. עקרונות אלו עלו גם בראיונות העומק שנערכו במסגרת המחקר עם אנשי הצוות שמובילים את תכנית השיקום "צידה לדרך". למעשה, מתוך ניתוח ממצאי המחקר, קיימת התאמה רבה בין עמדותיהם של אנשי הצוות ועמדותיהם של המחלימים ביחס לתהליכי שיקום והחלמה מהפרעות אכילה קשות. בהקשר זה, יצוין, כי מחקר קודם אשר ערך השוואה בין תפיסותיהם של המטפלים לתפיסותיהם של המטופלים ביחס להחלמה מהפרעת אכילה הצביע על מידה רבה של קונצנזוס בין הקבוצות ביחס לתפיסת החלמה מהפרעות אכילה (Noordenbos & Seubring, 2006). במחקר הנוכחי, ממצאי ניתוח הראיונות עם בוגרי התכנית השיקומית "צידה לדרך" תומכים ומחזקים את ממצאי ניתוח הראיונות עם הוגי ומפעילי התכנית, בדבר התאמתם של עקרונות תיאוריית ההחלמה לתכנית שיקום המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות, בתוספת התאמות ייחודיות לאוכלוסייה זו. הראיונות עם המשתקמים מהפרעות אכילה קשות חשפו בפנינו את תפיסותיהם לגבי מושגים של מחלה והחלמה וחווית התהליך האישי שלהם. משילוב שתי נקודות הראות; פרספקטיבת מובילי התכנית ופרספקטיבת המסיימים אותה בהצלחה, מתגבש מודל שיקומי חדש עבור המתמודדים עם הפרעות אכילה קשות וממושכות הכולל בתוכו ערכי יסוד הנמצאים בהתאמה לערכי יסוד בתיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש, בתוך כך- תהליך שיקום אינדיבידואלי, ארוך טווח, שאינו ליניארי, הוליסטי, מבוסס כוחות, עם עקרונות של תמיכה, הכלה, אחריות ותקווה, לצד עקרונות ייחודיים למתמודדים עם הפרעות אכילה קשות, בתוך כך- שיקום גופני כשלב ראשון והכרחי בתהליך, חשיבותם של גבולות ברורים ונוקשים מבחינת תכנית האכילה והימנעות מסימפטומים, פוטנציאל שיקומי גבוה וחשיבות חיזוק המוטיבציה של המטופל לשינוי ככלי להתמודדות עם האמביוולנטיות הרבה אשר, על פי רוב, מלווה את תהליך ההחלמה מהפרעות אכילה.

ברקע יוזכר, כי דוסון, רודס וטויז, פרסמו בשנת 2014 מחקר איכותני שבחן את התאמת תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש למתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה, על בסיס סקירה של מחקרים איכותניים שבחנו עמדות ותפיסות של מטופלות המתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה. על פי ממצאי מחקרם, מודל ההחלמה עשוי להיות רלוונטי גם לשיקומן של המתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה, במיוחד למתמודדות עם מחלה כרונית (Dawson, Rhodes & Touyz, 2014b). ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים מסקנה זאת ומרחיבים אותה לשיקומן של מתמודדות עם הפרעות אכילה נוספות מלבד אנורקסיה נרבוזה. כאשר, מתוך המחקר מסתמן כי עיקר השוני בין תהליכי שיקום בבריאות הנפש לתהליכי שיקום בהפרעות אכילה נתון בהקפדה עקבית רבה על גבולות בתכנית התזונתית, ובהימנעות מסימפטומים, התמודדות עם ההטעיה של הפרעת האכילה, האמביוולנטיות כלפי החלמה, חשיבותה של ההחלטה האישית והיתכנותו של השיקום. זאת ועוד, ממצאי מחקרנו מדגישים את חשיבות נוכחותם ושילובם של

גורמים הייצוניים (גבולות ותמיכה) לצד גורמים פנימיים (מוטיבציה ותובנה) להצלחתו של תהליך השיקום והחלמה מהפרעות אכילה.

### מגבלות המחקר והמלצה למחקרי המשך

כאמור, ראיונות המחקר נערכו עם מטופלים ומטופלות הנמצאים בשלבים שונים, אך מתקדמים, בתהליך ההחלמה שלהם מהפרעת האכילה. מכאן, ייתכן ותשובותיהם שונות ממה שהיו משיבות בשלבים מוקדמים יותר של תהליך ההחלמה (בעת ההשתתפות בתכנית השיקומית, ולא באופן רטרוספקטיבי). מעבר לכך, דיווח רטרוספקטיבי שכזה, מטבע הדברים, מועד להטיות זיכרון.

להרחבת ההבנה אודות תכניות שיקום המיועדות למתמודדות עם הפרעות אכילה, חשוב להמשיך ולערוך מחקרים נוספים שייבחנו מטופלים ומטופלות המגיעים מרקע תרבותי שונה וכן, תכניות שיקום נוספות שונות. כמו כן, לערוך ראיונות עם מתמודדים שנשרו מתהליך השיקום, לצורך זיהוי ובחינת מאפייני הקושי בתהליך ולפתח דרכי התמודדות עימם.

לסיום, בכדי להמחיש את השפעתו הפוטנציאלית של תהליך שיקומי מוצלח, בחרנו להביא ציטוטים מקוריים ומרגשים של שתיים ממשתתפות המחקר, המחלימות מהפרעת אכילה קשה וממושכת, ביחס לשינוי שעברו בעקבות השתתפות בתכנית השיקומית "צידה לדרך";

"הרווחתי את החיים שלי בחזרה. אני חושבת שזו הסיבה שבאמת אני יושבת אתך בריאיון הזה. כי באמת אני, זה משהו שאני לא... אני לא אוהבת את כל החפירות בזה, ואני גם לא אוהבת להתגאות בזה, כי מבחינתי זה... זה לחלוטין שלי. אבל, זה באמת באמת חשוב לי, כי הם (צוות הבית השיקומי) באמת החזירו אותי לחיות. אני חושבת שבלי המסגרת הזו, אני לעולם לא הייתי מצליחה להחלים. כי יש שם משהו ש... ש... שלוקח את האוכל כאמצעי ולא כ-המרכז, שזה עושה באמת את השינוי, אתה לומד לחיות. אתה לא שורד, אתה לא מעביר את הזמן, אתה חי! אני לא מתחרטת לרגע. אני חושבת שלא הייתי מצליחה, בשום צורה לחזור לחיים "האמתיים" אם לא הייתי עוברת לבית השיקומי. זה החזיר לי את האמון באנשים, זה החזיר לי את האמון בחיים. זה נתן לי יכולת באמת למצוא משמעות, ליצור דברים, לראות שיש עוד דברים בעולם חוץ מהפרעת אכילה. [...]" (3)

"הכול! (השתנה) אני לא חושבת שתקשרתי לפני. לא הכלתי אף אחד אחר לפני. כי הייתי מאוד עסוקה ב-"shit" שלי, בחרא שלי, כאילו, אני הייתי זאת שמכילים אותה כל הזמן. אף אחד לא ציפה ממני לכלום, אף אחד לא שיתף אותי או... אני בן אדם חברתי, אוהבים אותי חברתית היום. מה השתנה? וואו! הכול! התחנתני, קניתי בית, הבאתי ילד שהוא השינוי הכי גדול שעשיתי, אני בהריון, הולך להיות לי עוד ילד (מחייכת)... אני בשגרת חיים, בשגרת חיים של אנשים בגיל שלי. בגיל 20 לא הייתי כמו החבר'ה בגיל 20 והיום אני כמו מישהי בגיל שלי [...]" (18)

תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום  
עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה

---

## דיון אינטגרטיבי

מחקר זה, המבוסס על 4 תתי-מחקר, בגישות מחקריות שונות (איכותניות וכמותיות), מספק תמונה עשירה ומעמיקה אודות תכנית הבית השיקומי "צידה לדרך" - מודל שיקום ייחודי המיועד למטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות בישראל. הדיון המסכם למחקר כולו נכתב תוך היצמדות לקו המנחה אותו הגדרנו עוד בראשית הדרך - מטרותיו הכלליות של המחקר, לצד התייחסות לבחירה המתודולוגית לשלב שתי גישות מחקר. מטרותיו העיקריות של מחקר זה הן; בחינת מידת ואופן היישום של עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מטופלות עם הפרעות אכילה קשות בישראל, ובחינת גורמים מנבאים להחלמה מהפרעות אכילה קשות, בדגש על תפקידו של השיקום התזונתי.

### **תתי-מחקר כמותניים: בחינת מנבאים להחלמה קלינית ואישית מהפרעות אכילה**

ראשית, תת-המחקר הראשון שהינו מסוג כמותני-רטרוספקטיבי מדגיש כי תכנית שיקומית זו מגשימה את חזונו; "צידה לדרך" מהווה מסגרת טיפולית ממושכת המכוונת למשתקמות צעירות, המתמודדות עם הפרעת אכילה מורכבת וארוכת שנים. מרבית המשתקמות פונות למסגרת זו לאחר פרקי אשפוז, אשר מיועדים לייצוב סימפטומטי.

לדאבונו, הפרעות אכילה הן הפרעות קשות ועמידות לטיפול, בעלות נטייה להיכנס למהלך מחלה ממושך/כרוני, ומאופיינת בשיעורים גבוהים של נשירה מטיפול והישנות. על פי הספרות, שיעור הנשירה מטיפול בקרב המתמודדות עם הפרעות אכילה גבוה בהשוואה ליתר המחלות הפסיכיאטריות ונע בין 20%-51% במסגרת אשפוז ובין 29%-73% במסגרת מרפאה (Dejong, Broadbent & Schmidt, 2012; Watson, Fursland & Byrne, 2013). שיעורים אלו דומים לשיעורי הנשירה הגבוהים שנמצאו במחקרנו; כ-33% מהמשתתפות בתכנית השלימו אותה במלואה והיתר נשרו ממנה בשלבים שונים, כאשר עיקר הנשירה התרחשה לאחר פרק זמן קצר יחסית (במוצע בחצי השנה הראשונה לכניסה לתכנית). יחד עם זאת, בהתחשב במורכבות אוכלוסיית המטופלות שמופנות לתכנית זו; מבחינת מדדי הפרעת אכילה, התחלואה הנלווית וההיסטוריה האישית והטיפולית, מדובר בהישג לא מבוטל. יודגש כי תכנית השיקום "צידה לדרך" הינה תכנית המיועדת למטופלות המתמודדות עם הפרעת אכילה קשה וממושכת המתקשות להשלים את תהליך ההחלמה שלהן לאחר אשפוז במסגרת מרפאה – עניין המבהיר את אחוזי הנשירה הגבוהים שנרשמו לאורך השנים. מקובל להעריך, כי ההיענות הנמוכה יחסית לטיפול בהפרעות אכילה בכלל ובקרב המתמודדות עם אנורקסיה נרבוזה בפרט, נובעת בחלקה ממוטיבציה נמוכה לשינוי ההרגלים הקשורים בהפרעת האכילה, חוסר שיתוף פעולה, התנגדות לטיפול וקושי משמעותי להתמודד עם קשיי היום-יום (Ameller et al., 2017; Vansteenkiste, Soenens & Vandereycken, 2005; Sansfacon et al., 2017).

יתר על כן, ניתוח ממצאי הפרק העלו 5 מנבאים עיקריים להתאמה למודל שיקומי זה, הניתנים להערכה עוד טרם ההצטרפות לתכנית והם; רמת מוטיבציה גבוהה, תפקוד חברתי תקין, הערכה עצמית גבוהה (מסוגלות וכוחות), יכולת לגוון באכילה (יותר גמישות ופחות נוקשות ביחס לאכילה) ועיסוק מופחת בצורת הגוף. בפרק הדיון של תת המחקר הראשון הרחבנו אודות התמיכה הקיימת בספרות ביחס לכל אחד מן המנבאים שזוהו במחקר (Jones et al., 2015; Pauli et al., 2017; Vall & Wade, 2015; Schebendach et al., 2008 Ung et al., 2017). ללא ספק, הכרה בקריטריונים שעשויים לנבא התאמה לתכנית שיקומית מסוג זה היא בעלת חשיבות רבה עבור הצוות



המוביל בבית השיקומי, האחראי על בחירת המתמודדות המתאימות לתכנית, כמו גם עבור גורמי טיפול ממסגרות שונות, המפנים מתמודדות לתכנית. מתוך שאיפה להגדיל את אחוז המשתתפות המצליחות לסיים את התכנית ולצמצם את אחוזי הנשירה, חשוב להכין את המטופלות, אשר לא עומדות במדדים אלו, טרום כניסתן לתכנית השיקומית. הכנה שכזו צריכה לשלב התייחסות לתחומים שנמצאו כמנבאים התאמה. לחילופין, ניתן להקים בית שיקומי שיתאים למשתקמות הנמצאות בשלב מחלה אחר ורמת מוטיבציה ירודה יותר. חשוב לבסס קריטריונים מתאימים לקבלה לתכנית שיקומית שכזו.

יוזכר, כי מודל "הבית השיקומי" התהווה בישראל על רקע המציאות המוכרת בתחום הטיפול בהפרעות אכילה קשות- מטופלות שלא מקבלות כל סיוע שיקומי, לרוב מתקשות לשמר את הישגי הטיפול ולחזור לנהל שגרת חיים עצמאית ונורמאלית בכוחות עצמן. מרביתן מתדרדרות מיד לאחר האשפוז ונאלצות לפנות לאשפוז חוזר. מצב היוצר את "תסמונת הדלת המסתובבת"; אשפוזים חוזרים, חוסר יעילות של טיפולים מרובים ופרוגנוזה קשה (Gowers et al., 2007; Keel & Brown, 2010; McIntosh et al., 2005; Walsh et al., 2006). שני פרקי המחקר המבוססים על מתודולוגיית מחקר כמותנית מספקים מידע אודות יעילותה של התכנית השיקומית ומדגישים את כוחה הפוטנציאלי בצמצום תופעה זו. ממצאי שני הפרקים תומכים ומחזקים זה את זה, כאשר מתוך הפרק הראשון שעוסק בניתוח רטרוספקטיבי ובוחר את תקופת השהות בתכנית השיקומית עולה, כי **שהייה ממושכת בתכנית נמצאה קשורה בשיפור משמעותי הן מבחינה תזונתית והן מבחינה תפקודית, בקרב המשתקמות שהשלימו את התכנית במלואה**. וכן, בפרק המחקר השני, שעוסק במעקב אחר המשתתפות בתכנית (הנושרות והמסיימות) בפרקי זמן שונים לאחר סיום התכנית, מסתמן יתרון למשתקמות שהשלימו את התכנית במלואה בהשגת החלמה קלינית; כ-80% מתוך המשתתפות שהשלימו את התכנית במלואה החלימו באופן מלא או כמעט החלימו בעת המעקב, שיעורים גבוהים מהמוכר בספרות (Gowers et al., 2007; Keel & Brown, 2010; McIntosh et al., 2005; Walsh et al., 2006) לעומת, כ-47% מהמשתתפות שנשרו מן התכנית. יודגש, כי גם בקרב המשתתפות שנשרו מן התכנית מדובר בשיעור החלמה גבוה ביחס לספרות. מכאן, ניתן לשער כי התכנית אולי אף היטיבה במידה מסוימת גם עם הנושרות. זאת ועוד, במחקר המעקב נמצא ציון כללי גבוה באופן מובהק להחלמה אישית עבור משתתפות שסיימו את התכנית השיקומית במלואה, בהשוואה למשתתפות שנשרו ממנה. תמיכה נוספת ביעילותה של התכנית לקידום החלמה ניתן למצוא בצמצום משמעותי בשיעורי האשפוזים החוזרים לאחר סיום התכנית; כ-18% בלבד מן המשתתפות אשר סיימו את התכנית במלואה אושפזו במחלקות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה בהשוואה לכ-44% מהמשתתפות שנשרו ממנה, בהמשך לכך, מן ההיבט החיובי – נמצאה עלייה משמעותית בפנייה לשירותי שיקום; כ-70% מהמשתתפות שהשלימו את התכנית השתמשו לאחר הסיום בשירותי שיקום כלשהם (בהשוואה לכשליש בלבד מן המשתתפות שנשרו מן התכנית). לסיכום, ממצאי שני הפרקים הכמותיים תומכים ביעילותו של מודל הבית השיקומי לשיפור הפרוגנוזה בהפרעות אכילה; השגת החלמה קלינית ואישית וצמצום תסמונת "הדלת המסתובבת".

**תתי-מחקר איכותניים: בחינת מידת ואופן היישום של עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מטופלות עם הפרעות אכילה קשות בישראל**

שני תתי-המחקר האיכותניים, אפשרו בחינה עמוקה של תפיסות, עמדות ותהליכים ביחס למודל השיקומי "ציידה לדרך" ותהליכי שיקום והחלמה מהפרעות אכילה. למעשה, פרקים אלו סללו עבורנו את הדרך לגיבוש מענה

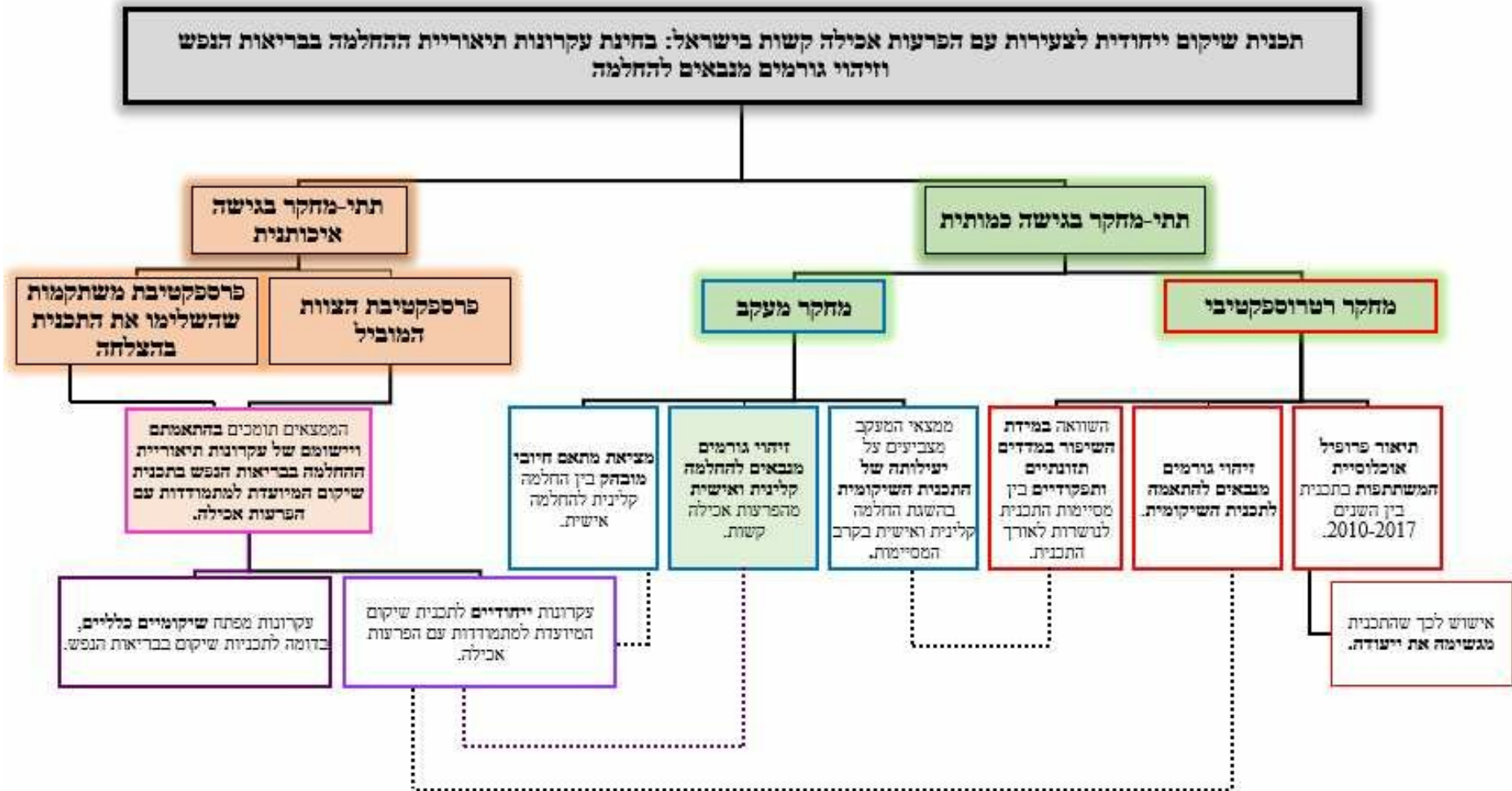
למטרתו הכללית הראשונה של מחקרנו – "בחינת מידת ואופן היישום של עקרונות תיאוריית החלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מטופלות עם הפרעות אכילה קשות בישראל". מתוך שאיפה ליצירת תמונה שלמה ומקיפה, כל אחד מן הפרקים הוקדש לזווית ראייה שונה; הראשון בחן את תפיסותיהם של אנשי הצוות המוביל את התכנית, בעוד שהשני עסק בתפיסותיהן של משתקמות שלקחו חלק בתכנית וסיימו אותה בהצלחה. מטבע הדברים, עומק שכזה הינו ייחודי למתודולוגית מחקר איכותנית. מעניין לציין, כי נמצאה התאמה רבה בין עמדותיהם ותפיסותיהם של צוות התכנית לזו שעלתה מניתוח ראיונות עם המשתקמות שהשלימו אותה. עיקר השוני בין הפרקים טמון בחוויה האישית שהציגו המשתקמות בראיונות עמן בדבר החיים לצד הפרעת האכילה וחווית השיקום הייחודית שלהן. ככלל, שני הפרקים, המציגים כאמור התייחסות משתי נקודות מבט שונות, תומכים בהתאמתם של עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וביישומם בתכנית שיקום המיועדת למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות וממושכות, תוך הדגשת התאמות ייחודיות לאוכלוסייה זו. מתוך שני הפרקים האיכותניים, גיבשנו מודל שיקומי חדש ייחודי למתמודדות עם הפרעות אכילה קשות וממושכות. המודל מושתת על שני צירים מרכזיים; הציר הראשון מבוסס על עקרונות שיקומיים כלליים המוכרים כעקרונות מפתח לתכניות שיקום ברוח תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש, בתוך כך- תהליך החלמה כתהליך אינדיבידואלי, ארוך טווח שאינו ליניארי, רב-ממדי הכולל גילוי עצמי התחדשות, שינוי ותקווה. העצמת המתמודד, אחריות ויוזמה שלו לקידום התהליך, יחד עם תמיכה והכלה לאורך התהליך מצד אנשי הצוות (עדן-ברוך ועמיתים, 2015; רועה ועמיתים, 2005, 2011; Anthony & Farkas, 2009). הציר השני מדגיש עקרונות ייחודיים החיוניים לשיקומן של מתמודדות עם הפרעות אכילה, בתוך כך- חשיבות השיקום הגופני ושמירה על משקל גוף בטווח התקין, סיגול הרגלי אכילה תקינים, חיזוק המוטיבציה ופוטנציאל שיקומי גבוה בקרב אוכלוסייה זו (רובן המוחלט של המשתקמות מהפרעות אכילה מסוגלות, לאחר תהליך שיקומי מוצלח, להשתלב בחיי קהילה נורמטיביים, ללמוד ו/או לעבוד, לנהל קשרים חברתיים, לתפקד באופן תקין ועצמאי ולהגיע להישגים מרשימים). לעניות דעתנו, שני פרקי מחקר אלו מרחיבים, תומכים ומשלימים את ממצאי המחקר שהושגו תוך שימוש במתודולוגיה כמותית.

בהמשך לכך, שני תתי-המחקר הכמותניים, סללו עבורנו נתיב לגיבוש מענה למטרתו הכללית השנייה של מחקרנו – "בחינת גורמים מנבאים להחלמה מהפרעות אכילה קשות, בדגש על תפקידו של השיקום התזונתי". מתוך הממצאים עולה, כי הגורמים העיקריים שזוהו כמנבאים להחלמה קלינית ואישית מהפרעות אכילה הם גיל צעיר יותר ורמת מוטיבציה גבוהה בעת הכניסה לתכנית השיקומית, סיום התכנית השיקומית במלואה, רמה גבוהה של תפקוד חברתי ועצמאות באכילה בסיום התכנית ומספר גבוה של אירועי חיים חיוביים לאחר סיום ההשתתפות בתכנית. כפי שהוצג בהרחבה בפרקי הדיון של כל תת-מחקר, ניתן למצוא תמיכה וחיזוק לממצאים אלו בספרות (Bardone-Keski-Rahkonen et al., 2014; Cone, Hunt & Watson, 2018). בראייתנו, ממצאים אלו מדגישים את הצורך במתן טיפול ואספקת שירותי שיקום מוקדם ככל שניתן, עוד לפני שהפרעת האכילה מעמיקה, מחריפה והופכת להיות הזדהות האחרת הצרובה כחלק מהאישיות. זאת, לצד הכרה בתרומתם המשמעותית של אירועי חיים חיוביים – אירועים המספקים למשתקמות חיזוק חיובי, תחושת משמעות ומשמשים עבורן כמקור לאופטימיות ותקווה. יוזכר, כי ערכים אלו מהווים חלק מערכי היסוד לתהליך שיקומי מוצלח על פי תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש (רועה ועמיתים, 2005, 2011; Anthony & Farkas, 2009). יצוין, כי אף על פי שמרבית המשתקמות במחקר הינן בעלות היסטוריה של אירועי חיים שליליים וקשים, מה שחזק אותן הן חוויות החיים החיוביות. בהחלט ניתן לשער כי

השיקום עצמו הוא שאפשר להן לצבור אירועי חיים חיוביים. בנוסף לכך, בהתאמה לממצאי תתי-המחקר האיכותניים, מדגישים ממצאי תתי-המחקר הכמותניים את חשיבותה של מוטיבציה אישית מצד המשתקמת לשינוי והחלמה כתנאי מרכזי להצלחת התהליך. זאת ועוד, ברוח עקרונות היסוד שמוכרים מזה שנים כקווים מנחים בטיפול במתמודדות עם הפרעות אכילה (Bruch, 1973; Goodsitt, 1985; בכר, 2001), הממצאים הכמותניים במחקרנו מפנים זרקור אל עבר מרכזיותו של הטיפול התזונתי וההיענות אליו כמנבאים החלמה מהפרעת אכילה קשה וממושכת. יצוין, כי מרכזיותו וחיוניותו של טיפול תזונתי בעל גבולות ברורים לשיקומן של מתמודדות עם הפרעות אכילה עלה כתמה מרכזית גם בממצאי תתי-המחקר האיכותניים שערכנו ומהווה תרומה משמעותית למחקר הן מן ההיבט התיאורטי-הבנתי והן מן ההיבט המעשי-יישומי.

ללא ספק, שילוב מתודולוגיות מחקר שונות תרם להעשרת והרחבת הניתוח שערכנו אודות תהליכי שיקום והחלמה בקרב מתמודדות עם הפרעות אכילה קשות וממושכות בישראל, תוך התמקדות בתכנית הבית השיקומי "צידה לדרך". המעקב האיכותני סייע לנו בחקר, הבנת והשלמת הממצאים הכמותניים ביתר פירוט והעמקה. הדיון משלב התייחסות לממצאים הנשענים על נתונים מספריים וניתוחים סטטיסטיים לצד ממצאים המאפשרים מקום גם לחוויה ומשמעות אישית – שילוב אשר לעניות דעתנו הינו בעל חשיבות רבה כאשר עוסקים בתחומי בריאות ושיקום. ממצאי תתי-המחקר השונים מתקפים זה את זה ותורמים לחיזוקו הכללי של המחקר. מן הממצאים המשולבים התגבש מודל (ראה תרשים מספר 14) המתאר את התרומה המרכזית של כל אחת מהשיטות המתודולוגיות, המשתנים התומכים והקשרים ביניהם.

תרשים מספר 14: התרומה המרכזית של כל אחת מהשיטות המתודולוגיות בהן נעשה שימוש במסגרת המחקר



תוך התבססות על ממצאי 4 תתי-המחקר, להלן המלצות לצעדים יישומיים ביחס לתהליכי שיקום המיועדים למתמודדות עם הפרעות אכילה;

1. רצוי להפנות לשיקום מטופלות צעירות כבר מהיחידה האשפוזית המיועדת לטיפול בבני נוער. כמו כן, להקים בתים שיקומיים לצעירות למניעת החמרת המחלה, תסמונת "הדלת המסתובבת" ומתן סיכוי משמעותי לשיקום ולחזרה לחיים עצמאיים מלאים.

2. מומלץ להקדיש שלב בטיפול להכנה לתהליך השיקומי, טרם הכניסה לתכנית שיקומית. שלב זה יתמקד בהגברת המוטיבציה וכן, יאפשר תאום ציפיות והבנת דרישות המסגרת.

3. חשוב לתת מרכזיות בתהליכי הטיפול והשיקום מהפרעות אכילה לאיזון גופני ותזונתי. יש לראות בטיפול התזונתי רכיב בסיסי וחיוני בתהליכי שיקום והחלמה מהפרעות אכילה. הטיפול התזונתי מיועד לסייע בייצוב הגופני של המטופלת, הקניית הרגלי אכילה תקינים, סיוע במניעת סימפטומים וכן, מאפשר התקדמות בטיפול הרגשי.

4. בתכנון תכניות שיקום המיועדות למתמודדות עם הפרעות אכילה, מלבד מתן חשיבות מרכזית להיבטים התזונתיים, יש לתת תשומת לב מרובה, לעבודה על מיומנויות בין אישיות, להגברת התפקוד החברתי ולהרחבת מסגרת התמיכה.

5. יש לבסס מסגרת תמיכה ארוכות-טווח, ברמות שונות, עבור משתקמות מהפרעות אכילה קשות וממושכות. חשוב לזכור, כי התהליך הטיפולי-שיקומי אינו מסתיים בתום תקופת השהות בבית השיקומי. יש צורך במסגרת המשך שתסייע בשימור ושיפור הישגי התהליך השיקומי הראשוני, עד להשגה של כלים מספקים לעצמאות וחזרה למסלול חיים נורמטיביים.

6. הכרחי לפתח מסגרת טיפולית-שיקומית עבור מטופלות המאובחנות כחולות ממושכות/כרוניות או בעלות תחלואה נלווית משמעותית רפואית/נפשית אשר אינן עומדות בתנאים הנוכחיים לקבלה לבית השיקומי ואינן מסוגלות להשתלב במסגרת השיקומיות הקיימות כיום בישראל.

### המגבלות העיקריות של המחקר

התייחסות למגבלות המחקר ודרכי ההתמודדות עמן מפורטות בדיון של כל אחד מתתי-המחקר. ככלל, ניתן לשייך את מגבלות המחקר ל-3 תחומים עיקריים;

1. מגבלות הנובעות מהבחירה באוכלוסיית המחקר. מחקרנו מתמקד בתכנית שיקום ייחודית ובאוכלוסיית מטופלות מצומצמת יחסית שטופלה במסגרתה.

2. מגבלות הנובעות מיכולת הנגישות לנתונים ומידע. בעיקר בחלקו הרטרוספקטיבי של המחקר, הנשען על מידע ארכיוני קיים, בהיקף מוגבל ולעיתים חסר. כמו גם, בתת-מחקר המעקב, בו נרשמה היענות חלקית בלבד להשתתפות במחקר (בעיקר מקבוצת המשתתפות שנשרו מהתכנית).

3. מגבלות הנובעות משיטות המחקר והכלים בהם נעשה שימוש. בעיקר בתת-מחקר המעקב, שימוש בשאלונים לדיווח עצמי החשופים להטיות מידע וזיכרון, מדדי שאלון מסוימים בעלי מהימנות פנימית גבולית/ נמוכה, שונות רבה מבחינת משך הזמן שחלף בין מועד הסיום/ הנשירה מהתכנית השיקומית לבין עריכת המעקב

## המלצות למחקרי המשך

לעניות דעתנו, מחקר זה הניב תוצאות חשובות, המעשירות את בסיס הידע הקיים אודות תהליכי שיקום והחלמה בקרב מתמודדות עם הפרעות אכילה קשות וממושכות ויישום ההמלצות הפרקטיות שנגזרות ממצאיו עשוי לסייע בשיפור הפרוגנוזה עבור מטופלות אלו. יחד עם זאת, מגבלות המחקר; בכלל זה - ההתמקדות באוכלוסייה ספציפית, מידע חסר וסירובן/אי-איתורן של חלק מהמשתתפות שלקחו חלק בתכנית השיקום "צידה לדרך", מחייבות אותנו להתייחס לממצאי המחקר במידה מסוימת של זהירות ומדגישות את הצורך בהמשך מחקר בנושא.

לדעתנו, כיווני מחקר עתידיים צריכים לכלול המשך מעקב אחר משתתפות שהשלימו את התכנית השיקומית, בכדי להמשיך ולהעריך יעילות ארוכת-טווח של תכנית שיקומית זו.

יש לערוך מחקרים נוספים, שיבחנו תכניות שיקום נוספות, בעלות מאפיינים שונים לאוכלוסיות אחרות. כמו כן, מחקר איכותני לבחינת פרספקטיבת הנושרות מן התכנית עשוי להיות בעל ערך רב.

ישנה חשיבות רבה בגיבוש עמדה מחקרית אחידה ביחס להגדרת החלמה מהפרעות אכילה ואופן הערכתה ובביסוס פרוטוקול אחיד לקבלה לתכנית, להערכה תקופתית של תכניות שיקום המיועדות לאוכלוסייה זו ולבחינת הצלחתן ויעילותן.

יש מקום לערוך השוואה בין מטופלות במצב נפשי וגופני דומה אשר עמדו בקריטריונים הדרושים לכניסה לתכנית השיקומית "הבית השיקומי", אך סרבו להצטרף אליה. השוואה בכל המדדים; קליניים, תפקודיים, חברתיים ובין-אישיים.

תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום  
עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה

---

## רשימה ביבליוגרפית

- ארקין, נ' (1986). **L.E.S- LIFE EXPERIENCES SURVEY**. ככלי ניבוי למעורבות נהגים בתאונות דרכים. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן.
- בכר, י' (2001). **הפחד לתפוס מקום. אנורקסיה ובולימיה: טיפול לפי גישת הפסיכולוגיה של העצמי**. ירושלים: מאגנס.
- גולן, מ' וגוגול-אוסטרובסקי, ט' (2001). חונכות קלינית כגשר לחיים בטיפול בהפרעות אכילה. **הרפואה**, 140 (1), 494-487.
- היוש, ט', היישריק, מ', יצחק-מונסונגו, ע', לזובסקי, ר' (2013). **תכנית הבתים השיקומיים לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה**. מפעלים מיוחדים - המוסד לביטוח לאומי. ירושלים.
- וינטר, ר' (1998). **אספקטים פסיכולוגיים התורמים לניבוי הצלחת תכנית שיקום אקטיבית לחולים אחרי אוטם שריר הלב**. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן.
- יגן, ח' (2006). **הקשר בין אירועי חיים לתסמונת טורט בקרב ילדים ומתבגרים ותרומת דפוס האישיות כמשתנה מתווך**. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן.
- לצר, י', גילת וגולן ג' (2003). מאפייני חיפוש עזרה בקרב סובלים מהפרעות אכילה הפונים לער"ן. **מגמות, מב** (3), 527-514.
- פרוצ'סקה ג.א., דיקלמנטה ג.נ.ק. (2006). **להשתנות לתמיד, תוכנית מהפכנית בשישה שלבים להיפטרות מהרגלים רעים**. ירושלים: כרמל.
- רועה, ד', צ'ופרה, מ', חסון-אוחיון, א', שור, ש', לכמן, מ', ורודניק, א' (2005). התפתחויות מחקריות והמשגתיות בתחום מחלות הנפש הקשות והשלכותיהן על טיפול ומדיניות. **חברה ורווחה, כה** (2), 207-223.
- רועה, ד', טל, א', בלוש-קליינמן, ו', שרשבסקי, י', הדס-לידור, נ', תלם, ע', לכמן, מ' (2011). השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה. **ביטחון סוציאלי**, 86, 105-85.
- רועה ד', גלוקופף מ, אפשטיין-גרבר פ, רוהאנא ע. (אין תאריך). הפרויקט הלאומי להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום הפסיכיאטרי. אוהזר מתוך <http://psroutcomes.haifa.ac.il/index.php/he/2013-05-09-09-05-56/2013-05-09-09-10-57>
- שחר-עייש, מ. (2011). **להחלים מאנורקסיה נרבוזה: נקודת הראות של ההורים**. עבודת גמר לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת חיפה.
- שמואל-ברוך, ש' (2012). **תרומת אירועי החיים ומאפייני האישיות להתפתחות טיקים והפרעות נלוות בתסמונת טורט**. חיבור לשם קבלת התואר דוקטור, אוניברסיטת בר-אילן.
- Ameller, L., Castro, J., Serrano, M., Maryinez, E., Toro, J. (2005). Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: prediction of hospital admission. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 46, 394-400.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2000). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision)*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.



- Anthony, W., Cohen, M., & Gange, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2 edition ed.). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *A primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.
- Anthony, W. A. (1993). Managed care: A misnomer? *Hospital & Community Psychiatry*, *44*(8), 794-795.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, *33*(1), 156-167.
- Armstrong, N. P., Steffen, J. J. (2009). The Recovery Promotion Fidelity Scale: Assessing The Organizational Promotion of Recovery. *Community Mental Health Journal*, *45*, 163-170.
- Aviram, U. (2010). Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *47*(3), 171-83; discussion 183-94.
- Bardone-Cone, A. M., Hunt, R. A., Watson, H. J. (2018). An Overview of Conceptualization of Eating Disorders Recovery, Recent Findings, and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, *20*(9), [79].
- Bardone-Cone, A., Fitzsimmons-Craft, E., Maldonado, C., Lawson, M., Smith, R., Robinson, D. (2012). The inter-relationships between vegetarianism and eating disorders among females. *Journal of Academic Nutrition and Diet*, *112*(8), 1247-1252.
- Beresin, E. V., Gordon, C., & Herzog, D.B. (1989). The process of recovering from anorexia nervosa. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, *17*(1), 103-130.
- Bjork, T., Ahlstrom, G. (2008) The Patient's Perception of Having Recovered From an Eating Disorder. *Health Care for Women International*, *29*(8-9), 926-944.
- Boehm, I., Geisler, D., Tam, F., King, J. A., Ritschel, F., Seidel, M., et al. (2016). Partially restored resting-state functional connectivity in women recovered from anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, *41*(6), 377-385.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bulik, C. M. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, *30*(5), 335-339.
- Carlton, P., & Pyle, R. (2007). A program for parents of teens with anorexia nervosa and eating disorder not otherwise specified. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *11*(1), 9-15.
- Carter, J. C., Kelly A. C., Norwood, S. J. (2012). Interpersonal problems in anorexia nervosa: Social inhibition as defining and detrimental. *Personality and Individual Differences*, *53*, 169-174.

- Charmaz, K. (2003). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In NK Denzin & YS Lincoln (Eds.), *Strategies for qualitative inquiry* (2nd ed., pp. 249-291). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chen, E. C., Mallinckrodt, B. (2002). Attachment, group attraction, and self-other agreement in interpersonal circumplex problems and perceptions of group members. *Group Dynamic*, 6, 311-324.
- Clinton, D., Bjark, C., Sohlberg, S., Norring, C. (2004). Patient satisfaction with treatment in eating disorders: Cause for complacency or concern? *European Eating Disorders Review*, 12, 240-246.
- Connan, F., Troop N., Lamdau, S., Campbell, I. C., Treasure, J. (2007). Poor social comparison and the tendency to submissive behavior in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 733-739.
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioural and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal Consult Clinical Psychology*, 73, 203-211.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Byrne, P., & Davis, K. E. (2005). Mental illness stigma: Problem of public health or social justice? *Social Work*, 50(4), 363-368.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186, 132-135.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 35-46.
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., Kangas, K. (2006). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645.
- Dawson, L., Rhodes, P., Touyz, S. (2014)a. "Doing the Impossible": The Process of Recovery From Chronic Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 24(4), 494-505.
- Dawson, L., Rhodes, P., Touyz, S. (2014)b. The recovery model and anorexia nervosa. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 1009-1016.
- de-Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systemic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5(34), 1-14.

- Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), 7-11.
- Dejong, H., Broadbent, H., Schmidt, U. (2012). A systemic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 635-47
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive interactionism*. Newbury Park, CA: Sage.
- Department of Health and Human Services. Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US Department of Health and Human Services, Rockville, MD 2003, President's New Freedom Commission on Mental Health. Final Report.
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E. (2016). The perceptions of individuals with anorexia nervosa regarding their family's understanding of their illness, treatment, and recovery. *Eating Disorders*, 24(4), 375-382.
- Drake, R. E., Green, A. I., Mueser, K. T., & Goldman, H. H. (2003). The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39(5), 427-440.
- Eckert, E. D., Halmi, K.A., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: Clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25(1), 143-156.
- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., et al. (2017). Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 184-189.
- Eisen, S. V., Normand, S. L., Belanger, A. J., Spiro, A., & Esch, D. (2004). The revised behavior and symptom identification scale (BASIS-R): Reliability and validity. *Medical Care*, 42(12), 1230-1241.
- Eisen, S. V., Wilcox, M., Leff, H. S., Schaefer, E., & Culhane, M. A. (1999). Assessing behavioral health outcomes in outpatient programs: Reliability and validity of the BASIS-32. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 26(1), 5-17.
- Emanuelli, F., Waller, G., Jones-Chester, M., & Ostuzzi, R. (2012). Recovery from disordered eating: Sufferers' and clinicians' perspectives. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 363-372.
- Epiphaniou, E., Ogden, J. (2010). Successful weight loss maintenance: From a restricted to liberated self. *International Journal of Health Psychology*, 15, 887-896.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158.
- Federici, A., Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1-10.

- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Crosby, R. D., Koch, S. (2017). Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 50*(9), 1018-1030.
- Fogarty, S., Ramjan, L. M. (2016). Factors impacting treatment and recovery in Anorexia Nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. *Journal of Eating Disorders, 4*(18), 1-9.
- Fontana, A., & Frey, J. H. (1994). Interviewing: The art of science. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 361-376). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Franko, D. L., Tabri, N., Keshaviah, A., Murray, H. B., Herzog, D. B., Thomas, J. J., et al. (2018). Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: data from a 22-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research, 96*, 183-188.
- Frisch, M. J., Herzog, D. B., & Franko, D. L. (2006). Residential treatment for eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders, 39*(5), 434-442.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders, 37 Suppl*, S26-30; discussion S41-2.
- Garner, D. M., & Needleman, L. D. (1997). Sequencing and integration of treatments. (pp. 50-63) New York: The Guilford Press.
- Geller, J., Drab-Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., Srikameswaran, S. (2004). Readiness to change dietary restriction predicts outcomes in eating disorders. *Eating Disorders, 12*, 209-224.
- Gelkopf, M., & Roe, D. (2014). Evaluating outcome domains assessing caregivers of individuals with mental illness: A review. *Family Process, 53*(1), 150-174.
- Gill, S., Butterworth, P., Rodgers, B., & Mackinnon, A. (2007). Validity of the mental health component scale of the 12-item short-form health survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population. *Psychiatry Research, 152*(1), 63-71.
- Gold, E. (2007). From narrative wreckage to islands of clarity: Stories of recovery from psychosis. *Canadian Family Physician, 58*, 1271-1275.
- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the stressful life events screening questionnaire. *Journal of Traumatic Stress, 11*(3), 521-542.
- Goodsitt, A. (1985). Self psychology and the treatment of anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp.55-82). New York: The Guilford Press.
- Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 191*, 427-435.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 48*, 712-718.

Hadigan, C., Anderson, E., Miller, K., Hubbard, J., Herzog, D., Klibanski, A., et al. (2000). Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 284-292.

Hannon, J., Eunson, L., Munro, C. (2017). The patient experience of illness, treatment, and change, during intensive community treatment for severe anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 25(4), 279-296.

Hardin, P. K. (2003). Social and cultural considerations in recovery from anorexia nervosa: A critical poststructuralist analysis. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 5-16.

Hewitt-Taylor, J. (2004). Challenging the balance of power: patient empowerment. *Nursing Standard*, 18, 33-37.

Hoek, H. W., Van Harten, P. N., Hermans, K. M., Katzman, M. A., Matroos, G. E., & Susser, E. S. (2005). The incidence of anorexia nervosa on curacao. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 748-752.

Hornik-Lurie, T., Zilber, N., & Lerner, Y. (2012). Trends in the use of rehabilitation services in the community by people with mental disabilities in Israel; the factors involved. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1(1), 1-24.

Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 248-256.

Jenkins, J., Ogden, J. (2012). Becoming 'Whole' Again: A Qualitative Study of Women's Views of Recovering From Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, e23-e31.

Jensen, L. W., Wadkins, T. A. (2007). Mental health success stories: Finding paths to recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 325-340.

Jones, A., Lindekilde, N., Lubeck, M., Clausen, L. (2015). The association between interpersonal problems and treatment outcome in the eating disorders: A systemic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 563-573.

Kaye, W. H., Kaplan, A. S., & Zucker, M. L. (1996). Treating eating-disorder patients in a managed care environment. contemporary American issues and Canadian response. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 793-810.

Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204.

Keel, P. K., Crow, S., Davis, T. L., & Mitchell, J. E. (2002). Assessment of eating disorders: Comparison of interview and questionnaire data from a long-term follow-up study of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1043-1047.

Kernhof, K., Kaufhold, J., Grabhorn, R. (2008). Object relations and inter-personal problems in sexually abused female patients: An empirical study with the SCORS and the IIP. *Journal of Personal Assessment*, 90, 44-51.

- Kordy, H., Kramer, B., Palmer, R.L., Papezova, H., Pellet, J., Richard, M., & Treasure, J. (2002). Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: Conceptualization and illustration of a validation strategy. *Journal of Clinical Psychology, 58*(7), 833-846.
- Lamoureux, M. M. H., Bottorf, J. L. (2005). "Becoming the real me": Recovering from anorexia nervosa. *Health Care for Women International, 26*, 170-188.
- Latzer, Y., Zohar-Beja, A., Adatto, R., & Gur, E. (2015). Compulsory treatment for anorexia nervosa in Israel: Clinical outcomes and compliance. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health, 3*(1), 20-30.
- Latzer, Y., & Zohar-Beja, A. (2014). Compulsory treatment in anorexia nervosa: The case of Israel. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health, 2*(2), 131-140.
- Latzer, Y., Vander, S., & Gilat, I. (2008). Socio-demographic characteristics of eating disorder patients in an outpatient clinic: A descriptive epidemiological study. *European Eating Disorders Review, 16*(2), 139-146.
- Laugharne, R., Priebe, S. (2006). Trust, choice and power in mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 843-852.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 62*(12), 1470-1476.
- Lindgren, B. M., Enmark, A., Bohman, A., Lundstrom, M. (2015). A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa. *Journal of Advanced Nursing, 71*(4), 860-869.
- Linville, D., Brown, T., Sturm, K., McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspective of recovered individuals. *Eating Disorders, 20*, 216-231.
- McIntosh, V. V., Bulik, C. M., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Jordan, J. (2000). Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 125-139.
- McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., Joyce, P. R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 162*, 741-747.
- Melamed Y., Mester R., Margolin J., Kalian M. (2003). Involuntary treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry, 26*(c), 617-626.
- Mekori, E., Halevy, L., Ziv, S. I., Moreno, A., Enoch-Levy, A., Weizman, A., et al. (2017). Predictors of short-term outcome variables in hospitalized female adolescents with eating disorders. *International Journal of Psychiatry Clinical Practice, 21*(1), 41-49.
- Mueser, K. T., Aalto, S., Becker, D. R., Ogden, J. S., Wolfe, R. S., Schiavo, D., Xie, H. (2005). The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatric Services, 56*(10), 1254-1260.

- Musolino, C., Warin, M., Wade, T., Glichrist, P. (2016). Developing shared understandings of recovery and care: a qualitative study of women with eating disorders who resist therapeutic care. *Journal of Eating Disorders*, 4(36), 1-10.
- Noordenbos, G. (2011). Which criteria for recovery are relevant according to eating disorder patients and therapists? *Eating Disorders Journal of Treatment and Prevention*, 19, 441-451.
- Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eating Disorders*, 14(1), 14-54.
- Ogden, J., Hills, L. (2008). Understanding sustained changes in behavior: The role of life events and the process of reinvention. *Health: An International Journal*, 12, 419-437.
- Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *European Eating Disorders Review*, 19(6), 462-74.
- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 738-43.
- Patching, J., Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, 16, 10-21.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pauli, D., Aebi, M., Metzke, C. W., Steinhausen, H. C. (2017). Motivation to change, coping, and self-esteem in adolescent anorexia nervosa: a validation study of the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ). *Journal of Eating Disorders*, 5(11), 3-11.
- Petry, N., Costa, L. C. F., Vasconcelos, F. A. G. (2017). Feelings and perceptions of women recovering from anorexia nervosa regarding their eating behavior. *Reports in Public Health*, 33(9), 1-11.
- Pettersen, G., Wallin, K., Bjork, T. (2016). How do males recover from eating disorders? An interview study. *The British Medical Journal Open*, 6(8): e010760.
- Pettersen, G., Thune-Larsen, K. B., Wynn, R., Rosenvinge, J. H. (2013). Eating disorders: challenges in the later phases of the recovery process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27, 92-98.
- Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective. *Eating Disorders*, 10(1), 61-71.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *The International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12.

- Quiles Marcos, Y., Weinman, J., Terol Cantero, M. C., Belendez Vazquez, M. (2009). The dissimilarity between patient's and relatives' perception of eating disorders and its relation to patient adjustment. *Journal of Health Psychology, 14*, 306-312.
- Rance, N., Moller, N. P., Clarke, V. (2017). 'Eating disorders are not about food, they're about life': Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of Health Psychology, 22*(5), 582-594.
- Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Russell, J., Clarke, S., et al. Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 387-396.
- Reiter, C., & Graves, L. (2010). Nutrition therapy for eating disorders. *Nutrition in Clinical Practice, 25*(2), 122-136.
- Robert, L. (2011). Meeting the physical needs of mental health clients. *Nursing Times, 107*(25), 16.
- Rodriguez-Cano, T., Beato-Fernandez, L. (2005). Attitudes towards change and treatment outcome in eating disorders. *Eating and Weight Disorders, 10*, 59-65.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage.
- Sansfacon, J., Steiger, H., Gauvin, L., Fletcher, E., Israel, M. (2017). Does level of motivation for change impact post-treatment outcomes in eating disorders? Protocol for systemic review with quantitative analysis. *Journal of Eating Disorders, 5*(17), 1-9.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 932-946.
- Sassaroli, S., Gallucci, M., Ruggiero, G. M. (2008). Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *Journal of Behavior Treatment and Experimental Psychiatry, 39*, 467-488.
- Schebendach, J., Mayer, L., Devlin, M., Attia, E., Cotento, I., Wolf, R., et al. (2008). Dietary energy density and diet variety as predictors of outcome in anorexia nervosa. *The American Journal of Clinical Nutrition, 87*(4), 810-816.
- Schork, E. J., Eckert, E. D. & Halmi, K. A. (1994). The relationship between psychopathology, eating disorders diagnosis and clinical outcome at 10 year follow-up in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry* 35, 113-123.
- Silverstein, S. M., Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1108-1124.
- Slade, M., Adams, N., O'Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry, 24*(1), 1-4.



- Slade M. (2009). 100 ways to support recovery: a guide for mental health professionals. London: Rethink
- Stein D., Latzer Y. (2012) Treatment and recovery from Eating Disorders - An Overview. In Y. Latzer, & D. Stein (Eds), *Treatment and Recovery of Eating Disorder (pp. 1-14)* New York: Nova Science Publishers.
- Steinausen, H. C., Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1331-1341.
- Sunday, S., Halmi, K. (2003). Energy intake and body composition in anorexia and bulimia nervosa. *Physiology and behavior, 78(1)*, 11-17.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods*. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Telch, C. F., Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders, 15*, 53-61.
- Treasure, J. L., Katzman, M., Shmidt, U., Troop, N., Todd, G., de Silva, P. (1993). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioral therapy. *Behavior Research and Therapy, 37*, 405-418.
- Troop, N. A., Allan, S., Treasure, J., Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behavior in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice, 76*, 237-249.
- Turton, P., Wright, C., White, S., Killaspy, H., & DEMoBinc Group. (2010). Promoting recovery in long-term institutional mental health care: An international delphi study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 61(3)*, 293-299.
- Ung, E. M., Erichsen, C. B., Poulsen, S., Lau, M. E., Simonsen, S., & Davidsen, A. H. (2017). The association between interpersonal problems and treatment outcome in patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 5(53)*, 3-9.
- Vall, E., Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systemic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 48*, 946-971.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: a conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 207-219.
- Von Holle, A., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Klump, K. L., Berrettini, W. H., Brandt, H., et al. (2008). Temporal patterns of recovery across eating disorder subtypes. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42(2)*, 108-117.
- Wade, T. D., Treasure, J., Schmidt, U. (2011). A case series evaluation of the Maudsley model for treatment of adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 19*, 382-389.

- Walsh, B. T., Kaplan, A. S., Attia, E., Olmsted, M., Parides, M., Carter, J. C., Rockert, W. (2006). Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295(22), 2605-2612.
- Watson, H. J., Fursland, A., Byrne, S. (2013). Treatment Engagement in Eating Disorders: Who Exits Before Treatment? *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 553-559.
- Williams, N. R., Davey, M., Klock-Powell, K. (2003). Rising from the ashes: stories of recovery, adaptation and resiliency in burn survivors. *Social Work in Health Care*, 36, 53-77.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 67-93) Guilford Press.
- Wiseman, C. V., Sunday, S. R., Klapper, F., Harris, W. A., & Halmi, K. A. (2001). Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *The International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 69-74.
- Young, S., Schactman, L., & Snyder, M. (2014). Early report on the effectiveness of a recovery model oriented therapeutic community for individuals with complex and persistent recovery challenges. *The Psychiatric Quarterly*, 85(3), 329-343.
- Zubery E., Latzer Y., Stein D. (2016). Women with Eating Disorders and a History of Sexual Abuse: An Integrative Treatment Approach. In Y. Latzer, & D. Stein (Eds), *Bio-Psycho-Social Contributions to Understanding Eating Disorders* (pp. 105-124) Springer International Publishing.

תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום  
עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה

---

## נספחים

## נספח א'

### פירוט רשימת הנתונים ברשות מפעילי תכנית הבית השיקומי

#### "צידה לדרך"

##### א. נתונים ארכיונים ברשות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם

- רקע אישי ופרטים דמוגרפים בקבלה לתוכנית (גיל, מין, מצב משפחתי, רקע תרבותי ומשפחתי, השתייכות דתית, שירות צבאי).
- נתונים תפקודיים (תעסוקה, השכלה, קשרים בין אישיים ומשפחתיים).
- היסטוריה פסיכיאטרית ואבחנות (מידע אודות הפרעת האכילה: סוג הפרעת האכילה, גיל תחילת המחלה ומשך ההפרעה, טיפולים בעבר, פרופיל פסיכולוגי, סימפטומים פעילים, תחלואה נלווית).

##### נתוני שאלונים (מתוקפים ובעלי מהימנות גבוהה) אותן מילאו המטופלות בעת כניסתן לתוכנית השיקומית:

- שאלון BDI (Beck Depression Inventory) - שאלון להערכת דיכאון (מהימנות פנימית -  $\alpha = 0.95$ ).
- שאלון EDI (Eating Disorder Inventory) - שאלון היבטים פסיכולוגיים של הפרעות אכילה (מהימנות פנימית -  $\alpha = 0.88$ ).
- שאלון Spil.S (Spilberg State) - שאלון הערכת חרדה מצבית (מהימנות פנימית -  $\alpha = 0.96$ ).
- שאלון Spil. T (Spilberg State) - שאלון הערכת חרדה כתכונה (מהימנות פנימית -  $\alpha = 0.96$ ).
- שאלון EAT-26 (The Eating Attitudes Test) - שאלון הבוחן יחס לאוכל ולאכילה (בעל מהימנות, תוקף ניבוי ועקיבות פנימית גבוהים. מהימנות פנימית -  $\alpha = 0.96$ ).
- שאלון Rosenberg-79 - שאלון הערכה עצמית (מהימנות פנימית -  $\alpha = 0.89$ ).
- שאלון IMP/PICS - שאלון להערכת אימפולסיביות ( $R = 0.76, \alpha = 0.71$ ).
- שאלון PHI - שאלון להערכת פוביה חברתית.
- שאלון Moci (The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire) - שאלון להערכת אובססיביות-קומפולסיביות ( $R = 0.87, \alpha = 0.93$ ).
- שאלון BSQ\_F - שאלון דימוי גוף ( $\alpha = 0.93$ ).

##### ב. נתונים ברשות הבית השיקומי "צידה לדרך"

##### נתונים כלליים

- מספר מטופלות.
- משך שהות בבית השיקומי.
- סיבת עזיבת התוכנית.
- תכנית תעסוקה (עבודה/ לימודים/ שירות לאומי וכו').
- דוחות פעילות שוטפים.

## **נתונים אישיים**

- גיל
- מין
- אבחנה

## **מעקב תזונתי**

- משקל ו-BMI בעת הכניסה לבית.
- מעקב משקלים לאורך תקופת השעות בבית.
- משקל ו-BMI בסיום התוכנית.
- ערך קלורי ממוצע של התוכנית התזונתית.
- מידע אודות מגבלות תזונתיות מיוחדות (כגון- צמחונות/ טבעונות).
- יומני אכילה.
- מעקב טיפול תזונתי שוטף.
- מגמת המצב התזונתי לאורך השהות בבית (שיפור/ ללא שינוי/ החמרה).

## נספח ב'

### שאלוני מחקר מעקב

#### 1. שאלון קנה מידה להערכת טיפול בהפרעות אכילה

(Eckert et al, 1995)

		1	משקל נוכחי (ק"ג)
		2	גובה נוכחי (מטר)
למילוי החוקרות		3	משקל רצוי (נקודת אמצע על סולם המטרופוליטן)
למילוי החוקרות			% מתחת למשקל הרצוי
למילוי החוקרות	BMI	3.1	BMI (ק"ג/מ <sup>2</sup> )

#### הפריטים הבאים ידורנו באופן הבא:

0	לעולם לא
1	אחת לחודש או פחות
2	מספר פעמים בחודש
3	מדי שבוע
4	מס' פעמים בשבוע
5	מדי יום
6	מספר פעמים ביום

#### המנהגיות אנורקסיות

תשובות	מספר פעמים ביום	מדי יום	מס' פעמים בשבוע	מדי שבוע	מספר פעמים בחודש	אחת לחודש או פחות	לעולם לא	
4	6	5	4	3	2	1	0	הרבה
5	6	5	4	3	2	1	0	התקפי זילילה
6	6	5	4	3	2	1	0	הקאות
7	6	5	4	3	2	1	0	שימוש במשלשלים
8	6	5	4	3	2	1	0	שימוש במשתנים
9	6	5	4	3	2	1	0	דרכים אחרות להורדה במשקל

תשובות	אינ	לפעמים	מתון	קיצוני	
10	0	1	2	3	פחד מהשמנה
11	0	1	2	3	תפיסת הגוף

תשובות	סדיר	לא סדיר	מופיע לעיתים רחוקות	אין	
12	0	1	2	3	מחזור

תשובות	בישה נורמאלית והתנהגות מתאימה לגיל	הפרעה התפתחותית בגישה למין או התנהגות מעוכבת לגיל	הן התפתחותית בגישה למין והן התנהגות מעוכבת לגיל	התפתחותית קשה ובהתנהגות המינית	
13	0	1	2	3	מיניות (התנהגות ובישה)

תשובות	קושרת קושרים, זוגיים, משפחתיים ובמצבים חברתיים אחרים	קושרת קושרים רק באחד מתוך 3 המצבים המוזכרים	קושרת קושרים ברובם בכל המצבים		
14	0	1	2	3	התאמה חברתית

תשובות	מופיע בבית ספר ו/או בעבודה ביעילות	מגיע לבית הספר או לעבודה אך מתפקדת באופן פחות מהפוטנציאל	לעיתים קרובות נעדרת ו/או בעלת ביצועים ירודים	לא עובדת ולא הולכת לבית ספר	
15	0	1	2	3	תאמה חינוכית ו/או תעסוקתית

תשובות	הפרעה קשה לתפקוד	הפרעה בינונית לתפקוד	מעטה, כמעט ולא מפרעה לתפקוד	חסרה	
	3	2	1	0	16 התאמה פסיכולוגית: סימפטומים של דיכאון, חרדה, אובססיות וספירתיות, הנהגות המסכרות/לאו הנהגות אנטי-סברתיות

תשובות	אין שני או שיש הרעה במצב הסימפטומים	יש שיפור, אך עדיין עם הרבה סימפטומים	כמעט בריאה, יש עדיין מעט סימפטומים	אין הפרעת אכילה	
	3	2	1	0	17 דרגה כללית לתוצאות הקליניות

**2. שאלון להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום הפסיכיאטרי בקהילה**  
(רועה ועמיתיו, 2014)

שם פרטי:	
שם משפחה:	
מספר ת.ז.:	
תאריך מילוי השאלון (DD/MM/YY):	

\* האמור בשאלון מתייחס באופן שווה לבני שני המינים, השימוש בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד.

**סוג שירות:** אנא ציין את סוג השירות אותו אתה צורך:

#	סוג השירות	פירוט
1	דיוור (הוסטל/ קהילה תומכת/ דיוור סגור/ אחר)	
2	תעסוקה (מועדון תעסוקתי/ מפעל סגור/ תעסוקה נתמכת/ מיום תעסוקתי/ יומות עסקית/ אחר)	
3	פנאי וחברה (מועדון חברים/ יאללה מבלים/ אחרת/ תכנית נעמיתים/ אחר)	
4	חיככות/ סומכות	
5	השכלה (השכלה אקדמית נתמכת/ לימודי השכלה/ מכינה לקראת לימודים גבוהים/ אחר)	
6	אחר, אנא פרט	

שם מסגרת השיקום בה אתה ממלא את השאלון:	
--	--

**א. רקע אינפורמטיבי**

#	רקע	פירוט
1	מצב משפחתי (רווק/ נשוי/ גרוש/ אלמן)	
2	השכלה (עד 6 שנות לימוד/ בין 9-12 שנות לימוד/ לימודי תעודת בגרות/ לימודי תעודה מקצועית/ לימודים אקדמיים - תואר ראשון ומעלה/ אחר)	
3	שנת לידה (DD/MM/YY)	
4	ארץ לידת האם	



**ב. איכות חיים**

**ב.1 תחום התעסוקה**

אנא קרא כל משפט וענה התשובה המתאימה לך ביותר והקלודי את מספרה במשבצת הצהובה

	ק	לא	תשובה
1	1	2	האם אתה עובד במסגרת מסוימת? (במידה וענית "לא", אנא עבור לשאלה 4)
2	1	2	אני עובד בממוצע,
3	1	2	במהלך יום עבודה, אני עובד בממוצע,

לגבי כל אחד מהמשפטים הבאים, בחר באפשרות שראית לך כמתאימה ביותר להרגשתך, והקלודי את מספרה במשבצת הצהובה

	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	לא רלוונטי	תשובה
4	1	2	3	4	5	6	עד כמה אתה מרוצה ממצבך הכלכלי
5	1	2	3	4	5	6	עד כמה אתה מרוצה מהמצב התעסוקתי שלך
	לא מקבל שטר	עד 599 ₪	בין 600-1,200 ₪	בין 1,201-3,000 ₪	מעל 3,000 ₪	אני מעוניין לענות	תשובה
6	1	2	3	4	5	6	בעבור העבודה שאני מבצע, אני מקבל

**ב.2 תחום בילוי אישי**

	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	אין לי קשר עם בני המשפחה	אין לי בני משפחה	תשובה
7	1	2	3	4	5	6	7	עד כמה אתה מרוצה מהקשר שלך עם בני משפחת המוצא שלך (הורים/אחים)?

	ק	לא	תשובה
8	1	2	האם יש לך ילדים (במידה וענית "לא", אנא עבור לשאלה מספר 10)

	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	תשובה
9	1	2	3	4	5	עד כמה אתה מרוצה ממערכת היחסים שלך עם ילדיך?

	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	לא רלוונטי	תשובה
10	1	2	3	4	5	6	עד כמה אתה מרוצה מהמצב החברתי שלך
11	1	2	3	4	5	6	עד כמה אתה מרוצה ממצבך בתחום הזוגיות
12	1	2	3	4	5	6	עד כמה אתה מרוצה מהמגורים שלך
13	1	2	3	4	5	6	עד כמה אתה מרוצה מהפעילויות שלך בשעות הפנאי

**ב.3 מטרות ויעדים**

	1	2	3	4	5	תשובה
1	1	2	3	4	5	התקדמות לקראת מטרה - במהלך 3 החודשים האחרונים, הצבתי לעצמי

מהם התחומים בהם הצבת לעצמך מטרה, בשנה האחרונה והמידה בה המטרה הושגה?  
מטרה ראשונה בתחום אנא בחר מטרה אחת בלבד (התחומים כתובים לפי סדר ה-א-ב)

מטרה	המטרה לא	המטרה	המטרה לא	המטרה	תשובה
מטרה	המטרה לא	המטרה	המטרה לא	המטרה	תשובה
2.1	1	2	3	4	

**מטרה בתחום (פירוט):**

- 1 בריאות גופנית – (להפחית בנישון, לעשות פעילות גופנית, לרדת במשקל, ללכת לרופא כשצריך)
- 2 בריאות נפשית
- 3 זוגיות – (לדוגמה: מציאת בן/בת זוג, שמירה על קשר זוגי)
- 4 כלכלי / כסף – (להרוויח יותר כסף, להיות עצמאי כלכלית)
- 5 לימודים – (לדוגמה: התחלת לימודים / קורס, השלמת בגרות, רכישת תעודה מקצועית / תואר / שפה...)
- 6 מגורים – (לדוגמה: שינוי מקום מגורים, מעבר לדור עצמאי יותר, ביצוע שינויים בבית כמו שיפוץ, צביעה, החלפת צילוד...)
- 7 משפחה – (לדוגמה: חידוש קשרים משפחתיים, שמירה על קשר עם משפחה...)
- 8 פנאי / זמן חופשי – (השתתפות בחוגים, פעילות ספורטיבית, ליהנות מהזמן הפנוי שלו)
- 9 פעילות התנדבותית
- 10 קשרים חברתיים – (לדוגמה: יצירת קשרים עם חברים, שמירה על קשרים עם חברים...)
- 11 תעסוקה / עבודה – (לדוגמה: מציאת עבודה, שינוי עבודה, שיפור תנאים...)
- 12 לא רלוונטי / לא יודע
- 13 אחר

**ד. בריאות נפשית**

תשובה	כלל לא מרוצה	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	תשובה
1	1	2	3	4	5	
1	עד כמה אתה מרוצה ממבנך הנפשי?					

תשובה	המחלה/ מגבלה לא מפריעה בכלל	המחלה/ מגבלה מפריעה במידה מועטה	המחלה/ מגבלה מפריעה במידה בינונית	המחלה/ מגבלה מפריעה במידה רבה	המחלה/ מגבלה מפריעה במידה רבה מאוד	אין מחלה/ מגבלה	תשובה
2	1	2	3	4	5	6	
2	עד כמה אתה מרגיש שהקושי / המחלה / המגבלה הנפשית מפריעה לך בחיי היום יום?						

תשובה	כלל לא	רק כאשר ישנה בעיה רצינית	לפעמים לדוגמה כאשר דברים מתחילים להשתבש	רוב הזמן	תמיד ובנוסף הם באמת עוזרים לי בעניין בריאותי הנפשית	תשובה
3	1	2	3	4	5	
3	באיזו מידה אנשים קרובים כמו בני משפחה, חברים, בן / בת זוג ואחרים החשובים לך (מחוץ למסגרת של בריאות הנפש) מעורבים בטיפול בבריאותך הנפשית?					

תשובה	אני כלל לא לוקח את התרופות	אני לוקח את התרופות מדי פעם	אני לוקח את התרופות בערך חצי מהזמן	אני לוקח את התרופות רוב הזמן	אני לוקח את התרופות כל יום	הרופא המטפל בהסכמת ובתאום איתי, תרופות אני לא לוקח	תשובה
4	1	2	3	4	5	6	
4	שימוש יעיל בתרופות - באיזו תדירות אתה לוקח את התרופות כפי שכתב לך במרשם?						

תשובה	שימוש בסם הפריע הרבה מאד	שימוש בסם הפריע די הרבה	שימוש בסם הפריע במידת בינונית	הפריע מעט בסם מאד	שימוש בסם אינו מהווה גורם לתפקודי	אני משתמש בסמים	תשובה
5	1	2	3	4	5	6	
5	במהלך שלוש החודשים האחרונים, עד כמה שימוש בסמים וחומרים ממכרים הפריע לתפקודך?						

ה. תפקוד

תשובה	לא רלוונטי	במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	כלל לא	
	6	5	4	3	2	1	1 אני מצליח בתפקוד בבית (משק בית), ניקיון הבית, סדר בבית, כביסה, הכנת אוכל
	6	5	4	3	2	1	2 אני מצליח להחליט בעצמי מה לעשות עם הכסף שלי (אני קונה דברים בטעמי, משלם חשבונות בזמן, אני משתדל לא להיות חייב כסף לאנשים...)
	6	5	4	3	2	1	3 אני מצליח להגיע ממקום למקום בעצמי (אוטובוס או במונית או ברכב), בלי ליווי של איש צוות
	6	5	4	3	2	1	4 אני מצליח להסתדר עם בעיות (קשיים) שעולות ביום יום
	6	5	4	3	2	1	5 אני מצליח במה שקשור ללבוש ורחצה (אני שומר על ניקיון הגוף, אני שומר על ניקיון הבגדים)
	6	5	4	3	2	1	6 אני מצליח להשתמש בשירותים פסיכיאטריים (כשאני צריך אני הולך לפסיכיאטר, כשאני צריך אני לוקח תרופות)
	6	5	4	3	2	1	7 אני מצליח לשמור על קשר או להיפגש עם חברים שלי כמו שאני רוצה
	6	5	4	3	2	1	8 אני מצליח להשתמש בשירותים בקהילה (כמו: חוגים, גן ציבורי, בית כנסת, כנסיה, מסגד, חילווה, בתי קפה, בית קולנוע, קופת חולים, ביטוח לאומי...)
	6	5	4	3	2	1	9 אני מצליח בתפקוד בעבודה

ו. בריאות נפשית

תשובה	לא	במידה שאינה פוגעת בתפקודי	במידה שפוגעת מדי פעם בתפקודי	במידה שפוגעת באופן חמור בתפקודי	
	1	2	3	4	1 האם אתה טובל מבעיות בריאותיות?

תשובה	לא מעטן	מעטן עד חצי קופסה ביום	מעטן עד קופסה ביום	מעטן מעל לקופסה ביום	
	1	2	3	4	2 הרגלי עישון - בשנה האחרונה, אני:

תשובה	אף לא פעם אחת	פעם או פעמים בחודש	כל שבוע לפחות	מספר פעמים בשבוע	
	1	2	3	4	3 בחודש האחרון אני עושה פעולות שעוזרות לבריאות הנפשית שלי (ננישה ספורט, אוכל בריא)

תשובה	לא	כן	
	2	1	4 בחודש האחרון אנשי הצוות עוזרים לי לשפר את הבריאות הנפשית שלי (לדוגמא: אנשי הצוות מסבירים לי על נושאים שונים, כמו: אכילה נכונה, שינה, ספורט, עישון ועוד)

תשובה	לא	כן	
	2	1	5 האם אתה זקוק לטיפול שיניים?
לא (עבור לשאלה 8)	2	1	6 האם קבלת / אתה מקבל טיפול שיניים מטעם סל שיקום?

תשובה	במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	כלל לא	
	5	4	3	2	1	7. עד כמה אתה מרוצה מטיפול השיניים אותו אתה מקבל/קבלת?

תשובה	לא יודע מה זה	לא	ק	
	3	2	1	8. האם פנית ל"סיוע פרטני" (לשעבר "קרן שיקום")?

תשובה	במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	כלל לא	
	5	4	3	2	1	9. במידה וענית כן על שאלה 8, עד כמה אתה מרוצה מהשירות של "סיוע פרטני" (לשעבר קרן שיקום)?

### 3. שאלון אירועי חיים - LES – The Life Experiences Survey

(Sarason et al., 1978)

#### הנחיות:

לפניך רשימת אירועים שאנשים חווים לעיתים במשך חייהם. הנך מתבקש/ת להתייחס לכל אירוע ברשימה אותו חווית. **אנא התייחס/י רק לאירועים רלוונטיים לך.** אין צורך להתייחס לאירועים שלא חווית. **בטור הראשון – "האירוע"**, מפורטים האירועים האפשריים. **בטור השני – "קרה/ לא קרה"**, סמן/ני  $\sqrt{\quad}$  במידה והתנסית באירוע שכזה. אם לא, דלג/י לאירוע הבא. הטורים הבאים מתייחסים רק לאירועים שחווית ושהקפת את מספרם בעיגול: **בטור הרביעי – "תאריך התרחשות האירוע"**, הנך מתבקש/ת לציין את המועד בו התרחש האירוע. **בטור החמישי – "סוג האירוע"**, הקף/פי בעיגול כיצד את/ה מגדיר/ה את האירוע (כחיובי/ כשלילי). **בטור השישי – "השפעת האירוע על חייך"**, הקף/פי בעיגול את מידת ההשפעה של האירוע על חייך (חיובית מאוד/ חיובית בינונית/ מעט חיובית/ ללא השפעה/ מעט שלילית/ שלילית בינונית/ שלילית מאוד).

השפעת האירוע על חייך											
#	האירוע	קרה / לא קרה	תאריך התרחשות האירוע	חיובית מאוד	חיובית בינונית	מעט חיובית	ללא השפעה	מעט שלילית	שלילית בינונית	שלילית מאוד	תשובות
1	נישואים			1	2	3	4	5	6	7	
2	מאסר			1	2	3	4	5	6	7	
3	מות של בן/ בת זוג			1	2	3	4	5	6	7	
4	שינוי משמעותי בהרגלי השינה (הרבה יותר או הרבה פחות שינה)			1	2	3	4	5	6	7	
5	מות של בן משפחה קרוב			1	2	3	4	5	6	7	
6	שינוי משמעותי בהרגלי האכילה (צריכת הרבה יותר או הרבה פחות מזון)			1	2	3	4	5	6	7	
7	עיקול רכוש בשל הלואה או משכנתא			1	2	3	4	5	6	7	
8	מות של חבר קרוב			1	2	3	4	5	6	7	
9	הישג אישי יוצא דופן			1	2	3	4	5	6	7	
10	הסתבכות עם המשטרה			1	2	3	4	5	6	7	
11	לידה: בת הזוג נכנסה להריון			1	2	3	4	5	6	7	
12	לידה: נכנסת להריון			1	2	3	4	5	6	7	

	7	6	5	4	3	2	1		13	שינוי משמעותי בעבודה (שעות עבודה/ תנאים/ תפקיד וכו')
	7	6	5	4	3	2	1		14	עבודה חדשה
	7	6	5	4	3	2	1		15	מחלה או פציעה רצינית של בן משפחה קרוב
	7	6	5	4	3	2	1		16	קשיים הקשורים במיניות
	7	6	5	4	3	2	1		17	בעיות עם המעסיק
	7	6	5	4	3	2	1		18	שינוי משמעותי במצב הכלכלי (הטבה או הרעה)
	7	6	5	4	3	2	1		19	בעיות עם הוריו של בן/בת הווג
	7	6	5	4	3	2	1		20	שינוי משמעותי במידת הקרבה לבן משפחה (התקרבות/ התרחקות)
	7	6	5	4	3	2	1		21	בן משפחה חדש (דרך לידה/ אימוץ וכו')
	7	6	5	4	3	2	1		22	גירושים
	7	6	5	4	3	2	1		23	שינוי משמעותי במידת הדתיות (התקרבות או התרחקות מן הדת)
	7	6	5	4	3	2	1		24	מעבר דירה
	7	6	5	4	3	2	1		25	עליה בכמות היבדורים עם בן/ בת הווג
	7	6	5	4	3	2	1		26	שינוי משמעותי בתחומי העניין
	7	6	5	4	3	2	1		27	הלוואת סכום כסף גדול (יותר מ-10,000 ₪)
	7	6	5	4	3	2	1		28	הלוואת סכום כסף קטן (פחות מ-10,000 ₪)
	7	6	5	4	3	2	1		29	פישורים
	7	6	5	4	3	2	1		30	לזכר: בת הווג עברה הפלה
	7	6	5	4	3	2	1		31	לקיבה: עברת הפלה
	7	6	5	4	3	2	1		32	מחלה / פציעה אישית חמורה / ניתוח
	7	6	5	4	3	2	1		33	הצטרפות למועדון חדש
	7	6	5	4	3	2	1		34	שינוי משמעותי בתנאי המחיה של המשפחה (בניית בית חדש/ שינוי אזור מגורים וכו')
	7	6	5	4	3	2	1		35	מחלה או פציעה רצינית של חבר
	7	6	5	4	3	2	1		36	עזיבת מקום העבודה
	7	6	5	4	3	2	1		37	עזיבת בית ההורים לראשונה
	7	6	5	4	3	2	1		38	סיום לימודים
	7	6	5	4	3	2	1		39	פרידה מבן/ בת הווג
	7	6	5	4	3	2	1		40	טריבה עם בן/ בת הווג
	7	6	5	4	3	2	1		41	אירוסים
	7	6	5	4	3	2	1		42	חזרה לבן/ בת הווג
	7	6	5	4	3	2	1		43	גיוס לצבא
	7	6	5	4	3	2	1		44	גיוס של אה לצבא
	7	6	5	4	3	2	1		45	פגיעה בפעילות סרוד/ פיגוע חבלני
	7	6	5	4	3	2	1		46	קרוב נפגע בפעילות סרוד
	7	6	5	4	3	2	1		47	קרבה לסביבה בה התרחש פיגוע
	7	6	5	4	3	2	1		48	עליה ארצה
	7	6	5	4	3	2	1		49	התעללות גופנית
	7	6	5	4	3	2	1		50	אירוע משמעותי אחר שהיה בעל השפעה על חייך פרט

## נספח ג'

### טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר רפואי

#### טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר רפואי

אני החתומה<sup>4</sup> מטה:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

(1) מצהירה בזה כי אני מסכימה להשתתף במחקר רפואי, כמפורט במסמך זה.

(2) מצהירה בזה כי הוסבר לי על-ידי

שם החוקר המסביר: \_\_\_\_\_

1. כי החוקרת הראשית: פרופ' יעל לצר קיבלה ממנהל המוסד הרפואי המרכז הרפואי רמב"ם אישור לביצוע המחקר, כמשמעותו בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם תשמ"א – 1980).

2. כי המחקר הרפואי נערך בנושא: **תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה.**

3. כי אני חופשיה לבחור שלא להשתתף במחקר הרפואי, וכי אני חופשיה להפסיק בכל עת את השתתפותי במחקר, כל זאת מבלי לפגוע בזכותי לקבל טיפול כמקובל.

4. כי במקרה של מילוי שאלון – אני רשאית שלא לענות על כל השאלות שבשאלון או על חלק מהן.

5. כי מובטח לי שזהותי האישית תשמר סודית על-ידי העוסקים והמעורבים במחקר ולא תפורסם בכל פרסום, כולל פרסומים מדעיים.

(3) מצהירה כי נמסר לי מידע מפורט על המחקר הרפואי, על פי הנושאים המפורטים להלן:

1. רקע כללי וחשיבות המחקר.

רקע כללי:

במהלך העשורים האחרונים, חל שינוי משמעותי בטיפול המוצע למטופלים המתמודדים עם מחלות נפש, בארץ ובעולם, מתוך שאיפה לקצר את משך האשפוז ולסייע למטופלים להשיג מידה מרבית של איכות חיים ועצמאות

<sup>4</sup> הטופס נכתב בלשון נקבה מטעמי נוחות בלבד ומיועד לשני המינים.

תפקודית. קבוצה ייחודית של מטופלים פסיכיאטריים אשר זכו לאחרונה בהכרה כזקוקים במידה רבה לשירותי שיקום הם מטופלים המתמודדים עם הפרעות אכילה (מאחר ומרביתם נשים, נתייחס בהמשך בלשון נקבה). הפרעות אכילה הן הפרעות פסיכיאטריות בעלות שכיחות גבוהה (0.3%-2% מהאוכלוסייה), הכרוכות בתחלואה פסיכיאטרית מרובה, סיבוכים רפואיים, פרוגנוזה קשה ואחוזי תמותה גבוהים העומדים על כ-5%-20% מן החולות (אחוזים גבוהים בהשוואה לכל יתר המחלות הפסיכיאטריות). מתוך רצון לשפר את הפרוגנוזה של מטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות בישראל, תוך הישענות על נקודות דמיון מעולם השיקום הפסיכיאטרי, הוקמו בישראל (החל משנת 2008) שלושה בתים שיקומיים המיועדים לצעירות בשלבי החלמה שונים מהפרעות אכילה, אשר אינן מסוגלות להשתלב בחיי הקהילה בכוחות עצמן. כאשר, המטרה הקלינית של שלושת הבתים זהה – לאפשר למטופלות בוגרות הבית "לחצות את הגשר" בין אשפוז לחיים עצמאיים, בהם ישכילו לשלב בין טיפול במחלה לבין החלמה וניהול חיים תקינים, קרי לנהל את המחלה.

חשיבות: מחקר זה יבחן לראשונה את מידת ואופן היישום של עקרונות מודל ההחלמה הפסיכיאטרי לאוכלוסיית הסובלות מהפרעות אכילה, תוך הדגשת ההנחיות התזונתיות הייחודיות בבסיס תהליך השיקום מהפרעות אכילה. בנוסף לכך, המחקר יתייחס למושג רחב מהמקובל בספרות להחלמה מהפרעות אכילה; הערכת פרמטרים פסיכו סוציאליים בנוסף לבחינת סטאטוס סימפטומים קליני. וכן, ייבחנו גורמים המנבאים החלמה מהפרעות אכילה.

## 2. מטרת המחקר.

מטרות המחקר הן לבחון את מידת ואופן היישום של עקרונות תיאורית ההחלמה בבריאות הנפש בתהליך השיקום של מטופלות הסובלות מהפרעות אכילה קשות בישראל. וכן, לבחון גורמים מנבאים להחלמה מהפרעות אכילה קשות, בדגש על בחינת תפקידו של השיקום התזונתי.

## 3. הנדרש מהמשתתפת במסגרת המחקר.

על הנחקרות במחקר להשתתף בראיון אישי, חד-פעמי, שיבוצע על ידי דיאטנית קלינית ויימשך כ-60 דקות, במסגרתו יבוצעו מדידות של גובה ומשקל וכן, ימולאו 3 שאלונים אישיים מובנים.

אם נדגמת בקבוצת המשתתפות בראיונות עומק, יהיה עליך בנוסף למפורט לעיל, להשיב על שאלון מובנה למחצה שאורכו כ-30 דקות נוספות.

## 4. התקופה הצפויה למשך ההשתתפות במחקר.

משך ההשתתפות במחקר הינה משך זמן מילוי השאלונים וביצוע מדדים אנתרופומטריים.

## 5. היתרונות הצפויים למשתתפת או לאחרים, כתוצאה מהמחקר:

לא צפויים יתרונות למשתתפת כתוצאה מהשתתפות במחקר.

## 6. אי-נוחות העלולה להיגרם כתוצאה מהשתתפות במחקר.

אי-נוחות האפשרית הינה הקדשת משך זמן למילוי השאלונים.

## 7. אם המחקר כולל איסוף מידע מזוהה / מקודד, יש להוסיף את הנושאים הבאים:

- מקור המידע: תיק רפואי של המרכז הרפואי רמב"ם וכן, רשומות הבית השיקומי "צידה לדרך".

- מקום שמירת הנתונים ואופן הקידוד (אם נעשה). במידה והמידע מזוהה, המשתתפת רשאית בכל עת למשוך את הסכמתה לשימוש בנתונים: כל נחקרת תקבל מספר נחקרת לשמירת סודיות. שם הנחקרת יהיה ידוע אך ורק לחוקרת



האחראית שתיתן לכל נחקרת מספר נחקרת. ניתוח הנתונים יבוצע באמצעות מספר הנחקרת בלבד. שמירת הנתונים תעשה על גבי כונן קשיח מופרד למטרת המחקר, שמור ונעול בארון במשרד במרכז הרפואי רמב"ם, כאשר לחוקרת הראשית בלבד תהיה גישה אל כונן הנתונים.

- משך שמירת הנתונים: הנתונים ישמרו בארכיון של המרכז הרפואי רמב"ם למשך 7 שנים, על פי הנחיות משרד הבריאות.

אני \_\_\_\_\_ מסכימה / לא מסכימה לכך שישמשו בנתונים שנלקחו למחקרים עתידיים שיאשרו על פי כל דין.

8. מידע רלוונטי אחר (כפי שנמסר על-ידי יזם המחקר)

השלכות פרטיות:

בחינת תכנית שיקומית ייחודית המיועדת למטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות עשויה לסייע בפיתוח והפעלה של תכניות שיקומיות נוספות עבור אוכלוסייה זו, תוך עמידה על נקודות חוזק וחולשה של התוכנית הקיימת. כמו כן, ממצאי המחקר עשויים לסייע בניבוי התאמה למודל השיקומי, מה שיאפשר שיפור בהתאמת מטופלות לתוכנית והגדלת מידת האפקטיביות שלה.

4) מצהירה בזה כי את הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי וכי הבינתי את כל האמור לעיל. כמו-כן, קיבלתי עותק של טופס הסכמה מדעת זה, נושא תאריך וחתום כדן.

5) עם חתימתי על טופס הסכמה זה, אני מתירה ליזם המחקר הרפואי (באמצעות החוקרת הראשית) גישה לתיקי הרפואי, וכן לוועדת הלסינקי המוסדית, לגוף המבקר במוסד הרפואי ולמשרד הבריאות גישה ישירה לתיקי הרפואי, לשם אימות שיטות המחקר הרפואי והנתונים הקליניים. גישה זו למידע הרפואי שלי תבוצע תוך שמירת סודיות, בהתאם לחוקים ולנהלים של שמירת סודיות.

שם המשתתפת במחקר הרפואי	חתימת המשתתפת במחקר	תאריך

הצהרת החוקרת / חוקרת המשנה

ההסכמה הנ"ל נתקבלה על-ידי, וזאת לאחר שהסברתי למשתתפת במחקר הרפואי כל האמור לעיל וכן וידאתי שכל הסבריי הובנו על-ידה.

שם החוקרת המסבירה	חתימה, חותמת ומס' רישיון	תאריך

## נספח ד'

### תבנית ראיון חצי מובנה המיועד להוגי התוכנית

### השיקומית ומפעיליה

תאריך קיום הריאיון: \_\_\_\_\_ (יום/ חודש/ שנה)

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_

מין: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

מקום לידה: \_\_\_\_\_ שנת עלייה: \_\_\_\_\_

השכלה והכשרה מקצועית: \_\_\_\_\_

תחום עיסוק: \_\_\_\_\_

האם הוכשרת בהתערבויות שיקומיות? \_\_\_\_\_, אם כן, פירוט \_\_\_\_\_

ניסיון תעסוקתי בתחום השיקום: \_\_\_\_\_

תפקיד במסגרת תכנית "צידה לדרך": \_\_\_\_\_

מועד התחלת מילוי התפקיד במסגרת "צידה לדרך": \_\_\_\_\_

משך זמן מילוי התפקיד במסגרת "צידה לדרך": \_\_\_\_\_

שאלות פתיחה – שיקום פסיכיאטרי והחלמה:

- מה פירושו של הליך שיקום פסיכיאטרי לדעתך? מהן האסוציאציות העולות אצלך בהקשר למושג זה?
- בראייתך, מהי חשיבותו של הליך שיקומי בקרב המתמודדים עם מחלה או הפרעה פסיכיאטרית?
- תוכל בבקשה להגדיר על פי תפיסתך את המושגים – החלמה והבראה?

טיפול במטופלות עם הפרעות אכילה קשות וממושכות:

- כיצד היית מגדיר הפרעות אכילה קשות? תוך התייחסות קלינית, משך, תפקוד, טיפול והחלמה.
- מהו לדעתך טיפול מוצלח בהפרעות אכילה? מהלכו, תוצאותיו.

החלמה מהפרעות אכילה:

- כיצד היית מתאר את תהליך ההחלמה מהפרעת אכילה?
- מהם נקודות הקושי בתהליך ההחלמה? תוכל לתת דוגמא מניסיונך הטיפולי?
- כיצד ניתן להתגבר על נקודות קושי אלו? מה עשוי לסייע?
- האם עמדתכם ביחס להפרעות אכילה, הטיפול בהן ותוצאות הטיפול השתנו לאורך שנות עבודתכם? אם כן, באיזה אופן? מה גרם לשינוי?

תכנית שיקומית המיועדת למטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות:

התוכנית השיקומית הקיימת בהשוואה לשיקום פסיכיאטרי כללי

- מניסיונך, מהם העקרונות המרכזיים בתוכנית שיקומית למטופלות עם הפרעות אכילה? האם קיים שוני, על פי הידוע לך, מתוכניות שיקום המיועדות למטופלים המתמודדים עם מחלות והפרעות פסיכיאטריות אחרות? אם כן, באיזה אופן?

תיאור התוכנית השיקומית הקיימת

- תאר את ההתנהלות היום-יומית במסגרת הבית השיקומי, כפי שאתה רואה אותה.
- כיצד היית מגדיר את תפקיד הבית השיקומי בתהליך ההחלמה מהפרעת אכילה?
- באיזה אופן נמדדים השינויים שעוברות המטופלות בבית השיקומי? (פן הפיזי, תפקודי, בין-אישי, אישי-רגשי).

אפיון האוכלוסייה

- כיצד היית מאפיין את אוכלוסיית המטופלות המתאימות להשתלב במסגרת שיקומית המיועדת למטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות?

### צוות רב-מקצועי בתכנית השיקומית והכשרתו

- אילו אנשי מקצוע חשוב להכליל כאשר מתכננים תכנית שיקומית שכזו? מהו תפקידם?
- מהם העקרונות המנחים לבחירת אנשי הצוות לבית השיקומי? מה חשוב לבדוק?
- איזו הכשרה נדרשת בכדי לעבוד במסגרת הבית השיקומי? האם יש לדעתך מקום לשינוי?
- כיצד נכון לדעתך לקיים קשר עם המטפלים הפסיכותרפויטים של הדיירות? והאם כך נעשה?

### תמיכה בצוות

- מניסיונך, האם וכיצד מתאפשרת תמיכה באנשי הצוות העובדים במסגרת הבית השיקומי?

### האווירה השוררת בבית השיקומי

- אם התבקשת לתת כותרת לאווירה השוררת בבית השיקומי, איזה שם היית בוחר לתת? מדוע בחרת בשם זה?
- האם יש הבדל לדעתך באווירה השוררת בבית השיקומי מבחינת תפיסת הצוות הטיפולי לעומת תפיסת המטופלות? אם כן, מהו?

### שילבי התוכנית השיקומית "צידה לדרך"

- מהם השלבים אותם עוברות המטופלות בתוכנית השיקומית? כיצד היית מאפיין כל שלב?

### נקודות החוזק והחולשה של התוכנית

- אילו עצות היית נותן למומחים אחרים מתחום הפרעות האכילה שהיו מביעים רצון לפתח תכנית שיקומית למטופלות עם הפרעות אכילה קשות?
- מהן נקודות החוזק של התוכנית? מהן נקודות החולשה שלה?
- אם הייתם יכולים לשנות דבר מה בתוכנית הקיימת, מה הייתם בוחרים לשנות?

שאלות סיכום:

### תכנית שיקום אידיאלית

- אם היית יכול לכתוב מדריך לבניית תכנית שיקומית המיועדת למטופלות המתמודדות עם הפרעות אכילה קשות, מה היית כותב בו? אילו תחומים חשוב לכלול בו?

### מבט לעתיד

- כיצד היית רוצה לראות את מסגרות השיקום למטופלות עם הפרעות אכילה בעתיד?

### סיכום

- כיצד אתה מרגיש ביחס לראיון שקיימנו? האם ברצונך להוסיף משהו?

## נספח ה'

# תבנית ראיון חצי מובנה עם משתקמות שסיימו את תכנית "צידה לדרך" בהצלחה

תאריך קיום הריאיון: \_\_\_\_\_ (יום/ חודש/ שנה)

מספר נחקרת: \_\_\_\_\_

מדריך ראיון

שאלות פתיחה – הגדרת הפרעת אכילה:

1. מה היא בשבילך הפרעת אכילה? כיצד היית מגדירה אותה? מהן האסוציאציות העולות בך בהקשר למחלה זו?
2. אם תפנה אליך בחזרה המתמודדת עם הפרעת אכילה קשה וממושכת, מה תגידי לה? אילו עצות תתני לה? כיצד עצות אלו קשורות לניסיוןך האישי?

השפעת המחלה על תפקוד בתחומי החיים השונים:

3. כיצד הפרעת האכילה השפיעה על חייך? מהם התחומים בהם הרגשת את ההשפעה המשמעותית ביותר של הפרעת האכילה ובאיזה אופן? (השפעות שליליות וחיוביות).
4. כיצד התייחסה סביבתך החברתית הקרובה למחלתך? תארי בבקשה יחס חיובי ושלילי.

תהליך שיקום והחלמה:

5. בתפיסתך, מהי החלמה מהפרעת אכילה? ומהי הבראה? האם קיים הבדל?
6. כיצד היית מגדירה הצלחה בהתמודדות עם הפרעת אכילה קשה?
7. מניסיוןך, מהן התנהגויות שמקדמות החלמה ומהן התנהגויות שמעכבות אותה?
8. כיצד היית מתארת את תהליך השיקום וההחלמה האישי שלך מהפרעת אכילה? האם את רואה את תהליך ההחלמה שלך כהצלחה?

השתתפות בתוכנית השיקומית "צידה לדרך":

9. אם היית מנהלת יומן אישי במהלך תקופת שהותך בבית השיקומי "צידה לדרך", מהי הכותרת שהיית נותנת לו? מה היית כותבת בו?
10. ספרי מנקודת מבטך על תכנית הבית השיקומי "צידה לדרך"; כיצד היא בנויה? אופי התוכנית?
11. מה הייתה האווירה בבית השיקומי? כיצד הרגשת במהלך תקופת השתתפותך בתוכנית זו?
12. כיצד התייחסה סביבתך הקרובה לתקופת שהותך בבית השיקומי?

תרומתו של הבית השיקומי לתהליך ההחלמה:

13. מהם המשאבים המרכזיים בתוכנית הבית השיקומי שסייעו לך להתגבר על הפרעת האכילה? באיזה אופן הם סייעו לך?
14. כיצד את רואה את הטיפול המקצועי והתמיכה האישית שניתנים בבית השיקומי? ממה היית מרוצה יותר? ממה היית פחות מרוצה?
15. לו יכולת, איזה מסר היית רוצה להעביר לאנשי מקצוע העוסקים בתכנון תכניות שיקום למטופלות עם הפרעות אכילה?
16. מה היית משנה בתוכנית? מה היית משאירה כפי שהוא?
17. האם ישנו תחום חיים כלשהו (חברתי/ נפשי/ כלכלי/ רפואי וכו') אשר חשת שלא קיבל מענה מספק במהלך שהותך בבית השיקומי?
18. מה לדעתך עשוי להיות מכשול עבור מטופלות עם הפרעות אכילה שנכנסות לתוכנית הבית השיקומי?

#### אסטרטגיות התמודדות עם המחלה:

19. מהן נקודות המשבר/ הקושי בתהליך ההחלמה? את יכולה לתת דוגמא לכך מניסיוןך האישי?
20. באיזה אופן התגברת על נקודות משבר אלו? מה נתן לך כוח?
21. האם יחסך להפרעת האכילה השתנה במהלך שהותך בבית השיקומי? אם כן, כיצד? מה הוביל לשינוי?
22. כיצד את רואה את תפקיד הבית השיקומי (עקרונות התוכנית והצוות) בתהליך ההחלמה?
23. אם היית יכולה לחזור לאחור בזמן, האם היית משנה את החלטתך להצטרף לתוכנית הבית השיקומי? האם היית משנה משהו בהתמודדותך במהלך תקופת השהות בבית?

#### שאלות סיכום:

24. נסי לאפיין את המטופלות אשר לדעתך עשויות להתאים לתוכנית הבית השיקומי. מה חשוב לבחון לפני הכניסה לבית השיקומי? מהן הנקודות שחשוב לבחון לאורך תקופת השהות בתוכנית? מה עשוי לסייע להשלמה מוצלחת של התוכנית?
25. כיצד את רואה את השינויים שחלו בך מבחינות שונות (יחסים בין אישיים/ תפקוד/ ערכים וכו') בעקבות התהליך שעברת בבית השיקומי? מהם?
26. במבט כולל, מה הרווחת ומה הפסדת כתוצאה מהשתתפותך בתוכנית הבית השיקומי?
27. כיצד את מרגישה כלפי הריאיון שקיימנו? האם תרצי להוסיף דבר מה?