



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים  
ירושלים, סיוון התשע"ג, יוני 2013



## תכנית הבתים השיקומיים לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה

ד"ר טלי היוש  
מיכל היישריק  
עינת יצחק-מונסונגו  
פרופ' רבקה לזובסקי

מפעלים מיוחדים **152**





המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים

## תכנית הבתים השיקומיים לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה

ד"ר טלי היוש

מיכל היישריק

עינת יצחק-מונסונגו

פרופ' רבקה לזובסקי

מפעלים מיוחדים 152

ירושלים, סיוון התשע"ג, יוני 2013

[www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)



## פתח דבר

אנו שמחים להציג לפניכם דוח מחקר המסכם הפעלת שני בתים שיקומיים לצעירות הסובלות מהפרעות אכילה בנות 18-32, פרי יוזמתם של ד"ר איתן גור, מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא, ופרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה להפרעות אכילה שליד בית החולים רמב"ם.

הקמת שני הבתים השיקומיים בקהילה נבעה מהעדר מענים שיקומיים בקהילה במימון ציבורי לצעירות הסובלות מהפרעות אכילה. הצורך בהקמת הבתים עלה בעקבות ההבנה שצעירות הסובלות מהפרעות אכילה אינן מצליחות לנהל חיים נורמטיביים ללא מסגרת תומכת בקהילה וללא סיוע של צוות מקצועי. הבתים השיקומיים הוקמו כדי למנוע נסיגה של המטופלות, לאחר הניסיונות הרבים לשקמן במהלך האשפוזים החוזרים ובטיפול במרפאה, כדי לסייע להן לשלוט בחייהן ולבנות חיים המשלבים תזונה נכונה עם כל שאר האספקטים של החיים הנורמטיביים, וכדי לחסוך בהוצאות המושקעות באשפוזים החוזרים במהלך חייהן בדמות "הדלת המסתובבת".

הבית הראשון הוקם בהוד השרון ופעל בין השנים 2008-2010 והבית השני הוקם ברמת ישי ופעל בשנים 2009-2012 במימון הקרן למפעלים מיוחדים. שני הבתים מופעלים באמצעות עמותות – עמותת נופית בהוד השרון ועמותת "תעסוקת השני" ברמת ישי. קיים מדרג בין שני הבתים ולצורך כך הוגדרו קריטריונים שונים לקבלה. שני הבתים נמצאים בקשר מקצועי הדוק ביניהם ועם הצוותים במרפאות להפרעות אכילה של בתי החולים. הבתים מהווים תוספת של ממש למגוון ולרצף השירותים בקהילה.

בית "אמצע הדרך" בהוד השרון מיועד לחולים ולחולות ללא סימפטומים פעילים, בעוד "צידה לדרך", הבית ברמת ישי, מיועד לחולות חלשות יותר (כולל סימפטומים פעילים). לכן המטרות הקליניות ורמת הפיקוח והאכיפה משתנים מבית לבית. במהלך התקופה הניסיונית גובשו נוהלי הפניה ועבודה, נוסחו תקנונים ותפיסת טיפול ושיקום, ונוצר והועמק שיתוף פעולה בין המשרדים – עם אגף השיקום ואגף הנכות בביטוח הלאומי ועם משרד הבריאות, אשר במהלך התקופה נערך לקליטת שני הבתים ולתקצובם.

אכלוס הבתים השיקומיים לווה בשנה הראשונה בקשיים רבים, אך באמצעות תהליכים של בירור והפקת לקחים, הוכנסו שינויים שהביאו לתפוסה מלאה בהם וליצירת רשימת המתנה. הציפיות של הדיירות ושל מפעילי התוכנית נגעו לכל היבטי החיים – הפיזי, הרגשי, ההתנהגותי, הבין אישי, הזוגי, הלימודים והתעסוקה.

המניעים של הדיירות להצטרף לבתים היו הרצון להחלים מהפרעת אכילה ולהשתקם, הצורך לקבל עזרה ותמיכה, והמצב בבית המשפחה שהקשה על שיקום. הדיירות רצו לפתוח "דף חדש" שיש בו אופק תעסוקתי ואישי. פרק הזמן שהוגדר לשהות בבית היה שנה עם אפשרות להוסיף עוד רבעון והוא נתפס כהזדמנות וכגשר לחיים נורמטיביים בקרב הדיירות.

52 צעירות התקבלו לבתים – 25 בהוד השרון ו-27 ברמת ישי. 16 צעירות עברו שיקום תעסוקתי בהוד השרון, כולן עובדות ובמקביל עוסקות בלימודים. לאחר שהות של שישה חודשים ויותר בהוד השרון, הדיירות מדווחות על אופטימיות ועל מסוגלות רבה יותר להתמודד עם קשיים. הבתים צברו מוניטין והביקוש גדל. במהלך התקופה התברר שמבין הדיירות נמצאו צעירות שזקוקות למסגרת נוספת – מסגרת המשך של דיור מוגן בקהילה.

למרות ההבדלים בין הבתים, המטרה הקלינית בשניהם היתה זהה: לאפשר לבוגרות "לחצות את הגשר" בין אשפוז לחיים עצמאיים, שבהם הן יוכלו ללמוד ולשלב בין טיפול במחלה לבין ההחלמה וניהול חיים תקינים, קרי לנהל את המחלה. עם זאת, הדרך להשיג את המטרה משתנה בשל ההבדלים במאפייני הדיירות. הוגי התוכניות הגדירו מדדים להצלחה של הבתים השיקומיים: מיגור הסימפטומים של הפרעות האכילה; רכישת כלים להתמודדות עם הנפילות והקשיים ביומיום במקום לפנות לאוכל ולהתעסקות עם משקל; ניהול תקין של המעקב הרפואי והתזונתי; שיפור התפקוד – בעבודה, בלימודים ובניהול כספים; השתלבות בתעסוקה בשוק הפתוח או בתעסוקה מוגנת; שיפור ההתנהגות החברתית; ויציאה למגורים עצמאיים או לדיור מוגן לאלה שזקוקות למסגרת תומכת ומלווה. בהוד השרון התפקוד העצמאי נמדד ביכולת התמודדות עם הקשיים באכילה בזמנים ובמקומות שונים.

התרומה המרכזית של הבתים השיקומיים נוגעת לשליטה בהפרעות האכילה וליכולת לנהל חיים עצמאיים לצד המחלה. ערכי ה-BMI ויציבותם משמשים סממן מרכזי להתקדמות בשיקום של הפרעות האכילה. במהלך השהות בבית בהוד השרון הדיירות הצליחו שלא לרדת במשקל ואף הצליחו שלא לחזור לאשפוז ואף לשפר את התפקוד בתחום הבית, הקהילה, בתחום החברתי ובתחום התזונה. בבית ברמת ישי, תחת ההנהלה החדשה, מתוך 14 הדיירות אף לא אחת ירדה מתחת למשקל לערך של 18 BMI.

אחד ממדדי הצלחה הבולטים בתהליך השיקום הוא השתלבות הדיירות בלימודים או בעבודה. בשני הבתים כל הדיירות עובדות ובמקביל עוסקות בלימודים, חלקן עובדות במשרה חלקית, חלקן משלימות בחינות בגרות. במקרים חריגים שבהם הן מתקשות במציאת עבודה, הן משתלבות בפעילות התנדבות, בעיקר במוסדות חינוך. יזמי התוכנית וחברי ועדת ההיגוי חשים שביעות רצון ניכרת ביחס להתנהלות שני הבתים, התקדמות הדיירים בתהליך השיקומי והתמקצעות הצוות המפעיל בתחום הפרעות האכילה.

תרומת הבתים מתבטאת במשובים של הדיירות, בהם: הבית נתן מענה פיזי ותחושת ביטחון; הבית איפשר מעקב ופגישות עם מגוון אנשי מקצוע שמסייעים בהתמודדות עם הפרעת האכילה; הבית העניק תחושת שייכות; הבית פיתח מיומנויות תקשורת ושיפר יחסים בינאישיים; נוצרו קשרים משמעותיים בתוך הבתים; חלה התקדמות בתחומי הלימודים, העבודה והאכילה; והבנות יצאו מהבית למסגרת עצמאית.

תודתנו נתונה למנהלי העמותות המפעילות – חיה גרינברג, מנכ"לית עמותת נופית בהוד השרון, ובני שני, מנכ"ל עמותת תעסוקת השני, אשר היו המנהלים האדמיניסטרטיביים של הפרויקט לפני המעבר לחסות משרד הבריאות ומוסיפים לנהל לאחר מעבר זה במקצועיות ובמסירות.

אנו רוצים להודות גם לד"ר איתן גור, אשר בזכות אמונתו ועמידתו העיקשת לאורך השנים קם הבית השיקומי הראשון בקהילה במימון ציבורי. אנו מודים למעורבותו בכל היבטי ההקמה וההפעלה, בתהליכי ההעברה למשרד הבריאות, ולסיוע שלו בבחירת צוות מיומן ומחויב שתרת רבות להצלחת הבית בהוד השרון.

תודתנו נתונה לפרופ' יעל לצר על דבקותה במטרה, על עמידתה האיתנה באתגרים שהציב הבית ברמת ישי, באיתור צורכי המשתקמות להמשך ובקידום מטרותיו מול המשרדים ומול הכנסת.

אנו רוצים להודות לשרית חומה שניהלה את שני הבתים במקביל שנה אחת ומנהלת עתה את הבית בהוד השרון בהצלחה רבה. גב' חומה סייעה בפיתוח ובהפעלת שני הבתים בשיתוף פעולה הדוק עם המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים תל השומר ועם המרפאה בבית חולים רמב"ם, חידדה נהלים, הנחתה את הצוותים והעניקה תחושת ביטחון בקרב הדיירות.

אנו מלאי הערכה לצוותים המקצועיים שהשתתפו באופן פעיל בליווי הדיירות במהלך שהותן בבתי ועשו את מלאכתם מעבר לשעות העבודה הרגילות במסירות ובאהבה רבה.

אנו רוצים לברך את בוגרות הבתים והשוהות בבתי, שנדרשות לתעצומות נפש על כדי להתמודד עם הפרעת האכילה, והן ממשיכות במסע כדי להשתקם ולנהל חיים תקינים.

תודה גם לטניה ליף, שליוותה את שני הבתים במקצועיות רבה מטעם הקרן למפעלים מיוחדים. תודה לצוות המחקר – לפרופ' רבקה לזובסקי, לד"ר טלי היוש, לעינת יצחק-מונסונגו ולמיכל היישריק, אשר השכילו להעריך במקצועיות את שני הבתים במטרה לסייע בפיתוחם.

בתום שלוש שנים של הפעלת שני הבתים אנו מקווים שנוצרו התנאים הדרושים להקמת בית שיקומי בדרום, שייתן מענה לצעירות נוספות המצטרפות לרשימה ההולכת וגדלה של הזקוקות לשיקום. רק מעקב לטווח ארוך אחר המשתתפות בשני הבתים יאפשר להעריך את האפקטיביות של המודל השיקומי בצמצום תופעת הדלת המסתובבת ובהשגת מטרות השיקום.

שרית בייץ-מוראי  
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

## חברי ועדת ההיגוי

### הבית השיקומי "אמצע הדרך" בהוד השרון

מנהל מחלקה להפרעות אכילה, בית החולים ע"ש שיבא	ד"ר איתן גור
אחראית השירות הארצי לעו"ס משרד הבריאות, תחום בריאות הנפש	מרים זינגר
מנכ"לית עמותת "נופית" – העמותה הפעילה	חיה גרינברג
מנהלת השירות לנערות וצעירות, משרד הרווחה	חיותה שנבל
מפקחת ארצית, השירות לנערות וצעירות, משרד הרווחה	מרים ויך
מנכ"ל דרך הלוטוס בע"מ	קובי ויזל
לשעבר עובדת סוציאלית במחלקה להפרעות אכילה, חברה בשנה א'	מירטה דוד
מנהלת השירות הסוציאלי, בית החולים ע"ש שיבא	ד"ר ורדה שטנגר
מנהלת בשנה ראשונה	אירית קליין
מנהלת בשנה ראשונה	חיה לאונוב
מנהלת הבית השיקומי בשנה ב ו-ג	שרית חומה-לנצ'יצקי
מרכזת, הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי	טניה ליף
חוקרת, המכללה האקדמית בית ברל בתשע"א	פרופ' רבקה לזובסקי
חוקרת, המכללה האקדמית בית ברל	מיכל היישריק
חוקרת, המכללה האקדמית בית ברל	ד"ר טלי היוש
חוקרת, המכללה האקדמית בית ברל	עינת יצחק-מונסונגו

### הבית השיקומי "צידה לדרך" ברמת ישי

מנהלת המרפאה להפרעות אכילה, המרכז הרפואי רמב"ם	פרופ' יעל לצר
מנכ"ל עמותת "תעסוקת השני" – העמותה המפעילה	בני שני
אחראית השירות הארצי לעו"ס משרד הבריאות, תחום בריאות הנפש	מרים זינגר
רכזת שיקום במחוז צפון, משרד הבריאות	יעל ברוך
אחראית לדיור והוסטלים, משרד הבריאות	בתיה ליידנר
מנהל המחלקה להפרעות אכילה, בית החולים ע"ש שיבא	ד"ר איתן גור
מנהלת קלינית, המרפאה להפרעות אכילה, המרכז הרפואי רמב"ם	מירי גבעון
מפקחת, השירות לנערות וצעירות, משרד הרווחה	אתי פסי
מרכזת, הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי	טניה ליף
מנהלת הבית השיקומי בשנה א	מירה פרבשטיין
מנהלת הבית השיקומי בשנה ב	שרית חומה לנצ'יצקי
חוקרת, המכללה האקדמית בית ברל בתשע"א	פרופ' רבקה לזובסקי
חוקרת, המכללה האקדמית בית ברל	מיכל היישריק
חוקרת, המכללה האקדמית בית ברל	ד"ר טלי היוש
חוקרת, המכללה האקדמית בית ברל	עינת יצחק-מונסונגו



## תמצית

שכיחותן של הפרעות אכילה (eating disorders), המושפעות מתהליכים חברתיים, פסיכולוגיים וביולוגיים, גוברת עם השנים וכיום אף הגיעה לממדי אפידמיה. אבחון החולים במחלה (בעיקר חולות) והטיפול בהם מתבצעים על ידי צוות רב מקצועי של מומחים וכוללים שיקום נפשי, גופני ותזונתי במסגרת מרפאות ובתי החולים. אולם מכיוון שחולות היוצאות מאשפוז אינן מקבלות מהמדינה סיוע בשיקום, מרביתן לא מצליחות לנהל שגרת חיים נורמאלית וחוזרות לאשפוזים שוב ושוב. עלויות האשפוזים האלה גבוהות במיוחד. בעקבות כך פנו מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא ומנהלת המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם לקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי, וביקשו תמיכה בהקמת בתים שיקומיים לצעירות בשלבי החלמה שונים מהפרעות אכילה, צעירות שאינן מסוגלות להשתלב בחיי הקהילה בכוחות עצמן.

דוח הערכה זה בוחן את הפעלתם של שני בתים שיקומיים שהוקמו עבור אוכלוסייה זו: בית "אמצע הדרך", שהוקם בהוד השרון במאי 2008 עבור חולות ללא תסמינים פעילים של המחלה, בחסות המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא, ובית "צידה לדרך", שהוקם ביולי 2009 ברמת ישי עבור חולות במצב חלש יותר מהחולות בהוד השרון (עם תסמינים פעילים), בחסות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם. בתחילת דרכם מומנו הבתים בעיקר על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי ובשנה השלישית עברו לחסות משרד הבריאות.

מטרת מחקר ההערכה הייתה לספק למפעילי התכנית נתונים במהלך התקופה הניסיונית; לאמוד את מידת התקדמותה של התכנית בהיבטים בריאותיים, אינטלקטואליים, חברתיים ובין אישיים; לאתר נקודות חוזק וחולשה; להעלות הצעות להמשך פיתוח השירות ושיפורו. הנתונים נאספו במגוון כלי הערכה וביניהם ניתוח מסמכים; עריכת תצפיות; קיום ראיונות; העברת שאלונים בקרב כל בעלי העניין שכללו את מפעילי התכנית (יוזמי התכנית, מנהלות הבתים, העובדות הסוציאליות, הדיאטניות, אימהות הבית ומנהלי העמותות שהפעילו את הבתים) ואת המשתתפים בתכנית (דיירים, דיירות ובוגרים). נעשה שימוש במאגר נתונים ממוחשב שפותח במיוחד למחקר זה.

מניתוח הנתונים שהתקבלו מהערכת בית "אמצע הדרך" (הוד השרון) עולה כי מאוקטובר 2009 חל שיפור ניכר בהתנהלות הבית. הבית השיג את יעדיו ואת מטרותיו בתחומים של הפעלת התכנית, אופן התנהלות הבית והישגי הבוגרות. ממרץ 2010 הבית נמצא לרוב בתפוסה מלאה. רוב הדיירות ששהו בבית עבדו במשרה מלאה ובמקביל גם למדו. מניתוח הנתונים שהתקבלו מהערכת בית "צידה לדרך" (רמת ישי) עולה כי אף שהפעלת הבית בשנה הראשונה לוותה בתפוסה, בתום שנתיים להפעלת התכנית לא חלו שינויים לרעה בתוצאות המדדים שמגדירים את הצלחתם של דיירי הבית. בפברואר 2011 הגיע הבית לתפוסה מלאה. מרבית הדיירים עבדו במשרה חלקית (חצי משרה ומטה) ומתוכם ארבעה גם למדו.

אחד הקשיים המרכזיים בהפעלת שני הבתים הוא זמן ההמתנה הארוך עד להכרת הביטוח הלאומי בדיירות כזכאיות לקצבת נכות ולאבחונים תעסוקתיים. קשיים בהפעלת בית "אמצע הדרך": מרחב פיזי מצומצם של הבית, קושי לקבוע את משך השהייה המיטבית בבית, היקפי המשרות של מפעילי התכנית, המעבר לקהילה וחוסר במסגרות המשך ומעקב אחר הבוגרות. קשיים בהפעלת בית "צידה

לדרך": הקצאת זמן השהייה המיטבי בבית, שמירה על גבולות ועל כללי התנהגות בבית ומחוצה לו, המעבר חזרה לקהילה ומסגרות המשך.

לאור כל זאת מומלץ להמשיך להפעיל את המודל המקצועי הקיים בבתים השיקומיים על ידי חברי צוות בכירים (מנהלת, דיאטנית ועובדת סוציאלית) בעלי ניסיון בתחום הפרעות אכילה. יש להשקיע בהדרכת הצוות בנושא הפרעות אכילה ובבחינת התגמול הכספי הראוי על מנת שתובטח יציבות בהפעלת המודל ובמתן שירות מיטבי. יש להמשיך לפעול להכנת הדיירות באופן המיטבי לקראת סיום השהות בבתים השיקומיים, במטרה לרכז ככל האפשר את המעבר מהבית התומך למגורים עצמאיים. עבור המסיימות את התכנית, יש לבחון הקמת מסגרות המשך מגוונות שייתנו מענה למגוון הרחב של הדיירות שמסיימות את התכנית, אך עדיין זקוקות למסגרות תומכות בהמשך (כמו דירות לווין או דירות עצמאיות שיימצאו בסמוך לבתים השיקומיים). עבור האחרונות, מומלץ לפתוח "מועדון בוגרים" בהנחיית אחד מבעלי התפקידים בבתים השיקומיים (מנהלת, עובדת סוציאלית או דיאטנית), שבמסגרתו ייערכו מפגשים בתדירות קבועה ויאפשרו מעקב לאורך זמן, ובמקביל מרחב ללמידה שיאפשר שיפור וייעול מתמיד של התכנית.

## תקציר מנהלים<sup>1</sup>

דו"ח הערכה זה, המבוסס על נתונים שנאספו בשנים 2009-2011, עוסק בתכנית הפעלתם של שני בתים שיקומיים עבור נשים צעירות עם הפרעות אכילה. מדובר בפרויקט חדשני שכלל שלב ניסיוני למשך שנתיים שמומן ברובו על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי, ובשנה השלישית עבר לחסותו של משרד הבריאות. בית "אמצע הדרך" בהוד השרון החל לפעול במאי 2008 בחסות המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא, ובית "צידה לדרך" החל לפעול ביולי 2009 בחסות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם. שני הבתים לוו בהערכה שנמשכה שנתיים, מספטמבר 2009 עד ספטמבר 2011.

התכנית לשיקום נשים צעירות עם הפרעות אכילה נועדה ללוות נשים עם הפרעות אכילה במעבר מאשפוז בבית חולים לחיים עצמאיים בקהילה, תוך התמקדות בצרכיהן ובמאפייניהן הייחודיים של נשים צעירות. התכנית היא מענה שיקומי חדשני בקהילה, ומטרתה לסייע לדיירות להתמודד עם המעבר משלב של מחלה עם תסמינים פעילים לשלב ההחלמה (ללא תסמינים פעילים), ולנהל חיים נורמטיביים ככל האפשר. כל זאת תוך מתן דגש על התפתחותן האישית, החברתית והמקצועית של הנשים. הנחת היסוד של התכנית היא ההכרה ההולכת וגוברת בכך שאין די במתן מענה טיפולי לנשים עם הפרעות אכילה בבתי חולים, ובכך שדרוש רצף טיפולי-שיקומי אשר יביא לחזרתן לחיים תקינים ולהשתלבותן בחברה ובקהילה. ללא מסגרת שיקומית מוסדרת לא יהיה ניתן לסייע לנשים המעוניינות בשיקום ובשינוי, שכן נשים המתמודדות עם הפרעות אכילה עלולות להיכנס למצב כרוני, הכרוך באשפוזים תכופים ובתחלואה גופנית ונפשית קשה.

שני הבתים השיקומיים נותנים מענה לנשים עם הפרעות אכילה אך קיים מדרג בין הבתים, והקריטריונים לקבלה לכל אחד מהם שונים. לבית השיקומי "אמצע הדרך" בהוד השרון מתקבלות נשים במצב טוב יותר בהשוואה לאלה המתקבלות לבית "צידה לדרך" ברמת ישי, מבחינת רמת ההפרעה (BMI), שליטה בתסמינים, הפרעות אישיות, גיל, כוחות נפשיים, דימוי עצמי וכדומה).

**בית "אמצע הדרך"** הוא תכנית ניסיונית לשיקומן של צעירות המצויות בשלבי החלמה מהפרעות אכילה. זה הבית השיקומי הציבורי הראשון שהחל להציע תכנית שיקום לנשים עם הפרעות אכילה. הבית הוקם בשנת 2008 ביזמת בית חולים שיבא, בראשות ד"ר איתן גור, העומד בראש המחלקה להפרעות אכילה. עמותת "נופית" נבחרה להפעיל את הבית מבחינה אדמיניסטרטיבית.

**בית "צידה לדרך"** ברמת ישי הוא הבית השיקומי הציבורי השני שהוקם בישראל. הבית הוקם שנה לאחר פתיחתו של בית "אמצע הדרך" ביזמת המרכז הרפואי רמב"ם, בראשות פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה להפרעות אכילה. עמותת "תעסוקת השני" נבחרה להפעיל את הבית מבחינה אדמיניסטרטיבית.

<sup>1</sup> מאחר שמרבית החולים הם נשים, אנו משתמשות לרוב בלשון נקבה עבור שני המינים, ומשתמשות בלשון זכר ספציפית באשר לבית "צידה לדרך" שבו שהו גם דיירים.

בתקופות ההפעלה של כל אחד מהבתים חלו תנודות ושינויים בהרכבי כוח האדם של מפעילי התכניות, והדבר הביא לשינויים גם בהפעלה בשטח. השינוי התחולל בעקבות החלפתן של מנהלות הבתים במנהלת בעלת ידע וניסיון רבים בטיפול באנשים עם הפרעות אכילה. המנהלת הזו ניהלה למעשה את שני הבתים, תחילה ניהלה את בית "אמצע הדרך" ולאחר מכן גם את בית "צידה לדרך". השינוי שהתרחש בבית "צידה לדרך" בא לידי ביטוי בעיקר בשנה השלישית להפעלתו, עם סיום הערכת התכנית, ויש לציין שדו"ח זה אינו כולל נתונים שהתקבלו לאחר סיום ההערכה.

**מטרת מחקר ההערכה** היא, בראש ובראשונה, לספק משוב לתכנית השיקומית המיועדת לנשים צעירות עם הפרעות אכילה: לאתר את נקודות החוזק ואת נקודות החולשה, למפות גורמים מקדמים וגורמים מעכבים ולספק נתונים למפעילי התכנית וליוזמיה. להערכה הוגדרו מראש שלוש מטרות:

- א. לספק משוב על העשייה בתקופת ההקמה של הבית השיקומי ובתקופת הפעלתו הניסיונית.
- ב. לזהות נקודות חוזק ונקודות חולשה בהקמה של הבית השיקומי ובהפעלתו, ולהעלות הצעות להמשך פיתוח ולשיפור השירות.
- ג. לאמוד את מידת קידום המטרות של הבית השיקומי בכל הנוגע להיבטים הבריאותיים (פיזיים ונפשיים), האינטלקטואליים, החברתיים והבין-אישיים של דיירות הבית השיקומי ותרומתם לשיקום הדיירות ולשילובן העצמאי בחיי היומיום בקהילה.

מוקדי ההערכה מתייחסים לתנאים המוקדמים של התכנית (רציונל ומטרות, הגדרת אוכלוסיית היעד, מדדי הצלחה, פרופיל הדיירות, הכנה לקראת הפעלת הבית, צרכים, מניעים, רגשות וציפיותיהן של הדיירות ושל הגורמים המעורבים); לתהליכי הפעלת התכנית (תרגום המטרות לעשייה, שינויים והתפתחויות בהפעלת התכנית); ולתוצרים שהתקבלו (תפוסת הבית, התקדמות הדיירות, תרומה, שביעות רצון, השגת מטרות ומימוש ציפיות וגם קשיים ולבטים שעלו).

**בבית "אמצע הדרך"** שהו 16 דיירות מתחילת הערכת התכנית ועד נובמבר 2010, כולן היו רווקות, מהן 15 יהודיות ואחת נוצרייה. כל הדיירות הגדירו את עצמן חילוניות, ורובן התגוררו באזור המרכז. מרבית הדיירות סבלו מאנורקסיה, מעטות מבולימיה ואחת מהפרעת אכילה לא ספציפית (Eating Disorder Not Otherwise Specified – EDNOS). בעת הקבלה לבית סבלו מרביתן מתסמינים שכללו עיסוק יתר באוכל ובמשקל, חרדה ודיכאון. כולן אושפזו בעבר במחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא, לרוב לתקופה שבין חודש לשלושה חודשים, וחלקן אושפזו אף יותר מפעם אחת. באשר להשכלה, דיירת אחת סיימה לימודי תואר ראשון ודיירת נוספת בעלת תעודה מקצועית. הדיירות האחרות בעלות תעודת בגרות או שיש להן תעודת בגרות חלקית.

**בבית "צידה לדרך"**, מאז הקמתו ועד לסיום תקופת ההערכה, שהו 31 דיירים, שני גברים והשאר נשים בנות 19 עד 29. כולם, למעט דיירת אחת, רווקים ויהודים. רובם נולדו בישראל, מיעוטם בברית המועצות לשעבר, אחדים בצפון אפריקה ודיירת אחת באתיופיה; שני שלישים מן מהדיירים חילוניים והשאר מסורתיים; שליש מהדיירים שירתו צבאי מלא, שליש שירתו בשירות הלאומי ושליש לא שירתו כלל בצבא. כשני שלישים מהדיירים סבלו מאנורקסיה ושליש מבולימיה.

למעט שני דיירים, כל הדיירים אושפזו במחלקה להפרעות אכילה, כשני שלישים פעם אחת וכל השאר בין פעמיים לחמש פעמים. משך האשפוז נע בין חודשיים לחצי שנה. כשליש מהדיירים בעלי תעודת בגרות מלאה, וקצת יותר משליש כלל לא זכאים לתעודת בגרות. דייר אחד למד בישיבה, דייר אחד במכינה אוניברסיטאית, דיירת אחת סיימה תואר ראשון ודיירת אחת בעלת תעודה מקצועית בתחום הרפואה הסינית.

**כלי ההערכה** שבהם נעשה שימוש במחקר זה הם: תיעוד (מסמכים, פרוטוקולים, סיכומים ותכתובות); תצפיות; ראיונות (עם יוזמי התכנית, עם בעלי תפקידים, עם הצוות ועם הדיירות); שאלונים (שאלון ציפיות לדיירות ולמדריכים, דיווח על פעילויות ושאלון משוב לדיירות ולמדריכים). כמו כן נעשה שימוש במאגר נתונים ממוחשב שפיתח צוות ההערכה בתיאום עם יוזמי התכנית ועם בעלי התפקידים. מאגר הנתונים הממוחשב נועד לשמש מקור מידע מרכזי על מאפייני הדיירות, על תפקודן ועל התקדמותן בבית. המאגר כולל מאפייני רקע, כגון גיל, השכלה, סוג הפרעת האכילה, אשפוזים, BMI, תסמינים, ציפיות מהבית השיקומי, לימודים ועבודה, התנדבות, יחסי אנוש ומערכות תמיכה. נתונים אלה יוכלו לשרת בעתיד את מפעילי התכנית בהיותם כלי שימושי ויעיל שיספק תמונה מלאה ואינטגרטיבית על כל מטופלת. עם זאת, במהלך המחקר התברר כי איסוף הנתונים יהיה מורכב בשל סיבות אחדות:

- ייחודיותה של האוכלוסייה, והרגישות שקיימת אצלה למתרחש בעת איסוף הנתונים האיכותניים (ראיונות ותצפיות). לפיכך, מרבית הנתונים המשמשים בסיס לדו"ח זה התקבלו משאלונים שמילאו הדיירות והמדריכים, ומדיווחים של מפעילי הבתים.
- תחלופה של דיירות הבתים, דבר שהקשה על מעקב אורך משמעותי אחר תהליכים של שינוי והתפתחות.
- שינויים בהרכב כוח האדם של הצוותים המפעילים, שלוו בשינויים בגישה המקצועית ודרשו פרק זמן ארוך של הסתגלות והטמעה עד שהייתה שוב אפשרות לצפות לתוצרים.
- מידת נכונותם של מפעילי התכנית לשתף אותנו ולחשוף בפנינו מידע מלא ושיטתי.

מן **הממצאים** עולה כי בית "אמצע הדרך" נמצא לרוב בתפוסה מלאה ויש לו רשימת המתנה. גם בית "צידה לדרך" החל להתמלא מאז כניסתה של המנהלת הנוכחית לתפקיד, ובפברואר 2011 הוא הגיע לתפוסה מלאה, דהיינו ל-14 דיירות.

נעשתה המשגה של **אבני הדרך** של התהליך שהתרחש בבתי השיקומיים: החל בשלב הפנייה או ההפניה של המועמדות לבית השיקומי, לאחר מכן הכניסה לבית, התשומות בתוך הבית השיקומי ומחוצה לו הן בבית החולים והן בקהילה, וכלה בהכנה ליציאה מהבית ובליטוי בשלבים הראשונים אחרי היציאה מהבית.

באשר לתוצרים בנוגע **לשילוב בתעסוקה או בלימודים**, נמצא כי כל הדיירות ששהו בבית "אמצע הדרך" עד למועד מסירת הנתונים (נובמבר 2011) עבדו במשרה חלקית (מלבד דיירת אחת שעבדה במשרה מלאה), ולמדו במקביל לעבודתן. המקצועות של דיירות הבית הם מקצועות "נשיים"

מסורתיים, כגון מזכירה, קופאית, נציגה טלפונית, מדריכה של אנשים עם צרכים מיוחדים, חונכת של אנשים עם מוגבלויות, מעטרת תכשיטים, מורה ושמרטפית. מהנתונים שהתקבלו מבית "צידה לדרך" לגבי 20 דיירות מתוך 31 ששהו בבית השיקומי בפרק הזמן שהוערך, נמצא כי מרביתן (16) עבדו במשרה חלקית, ומהן רבע גם למדו במקביל. מיעוטן (4) רק למדו. כל הדיירות העובדות הועסקו בהיקף של חצי משרה ומטה, בין יומיים לשישה ימים בשבוע, בין שעה לשבע שעות עבודה ביום ושכרן נע בין 400-ל-1,700 ₪ לחודש.

באשר לציפיות, מן הראיונות ומן השאלות הפתוחות בשאלונים עולה כי הדיירות **בשני הבתים** ציפו "לפתוח דף חדש" שיש בו אופק תעסוקתי ואישי. הבית השיקומי נתפס כהזדמנות וכגשר לחיים נורמטיביים. לדיירות היו ציפיות הן משהותן בבית והן מעתידן לאחר שיסיימו את תקופת השיקום. מן הבית ציפו כי יספק להן ביטחון פיזי וסביבה חמה ותומכת. באשר לעתיד – ציפיתן היא לבנות חיים נורמטיביים הכוללים עבודה ומשפחה.

השוואה בין ציפיותיהן של הדיירות בעת כניסתן לבית לבין המימוש בפועל של ציפיות אלה כחצי שנה לאחר כניסתן לבית, העלתה כי באופן עקבי הציפיות היו גבוהות ממימושן בפועל. שתי הציפיות שדורגו בראש הסולם (בסולם 1-5) היו: בבית "אמצע הדרך" ההיגדים "לשלוט בהפרעת האכילה" ו"רצון לרקום חלום ולמצוא משמעות לחיים" (ממוצע: 4.84, 4.75; ס.ת: 0.37, 0.62, בהתאמה). לעומת זאת, בבית "צידה לדרך" ההיגדים "למצוא תעסוקה", ו"להתכונן לחיים עצמאיים" (ממוצע: 5.00, 4.80; ס.ת: 0.00, 0.42, בהתאמה). ניתן לומר כי ההבדלים בדירוג בין דיירות שני הבתים יכולים ללמד גם על המדרג בין הבתים. הדיירות בבית "אמצע הדרך" ביטאו מודעות גבוהה יותר למצבן, ולצורך שלהן להתמודד עם הפרעת האכילה על-ידי טוויית חלום ומציאת משמעות לחיים. לעומת זאת, הדיירות בבית "צידה לדרך" ביטאו ציפיות אינסטרומנטליות של תעסוקה וחיים עצמאיים, ובעצם הדחיקו את הצורך להתמודד עם הפרעת האכילה. הציפייה לשלוט בהפרעת אכילה דורגה שביעית מתוך עשרה היגדים. עם זאת, מעניין לציין כי בשני הבתים הציפייה שדורגה במקום הנמוך ביותר הייתה זהה – "לבנות זוגיות ומשפחה משלי".

1. עם הקשיים המרכזיים שבלטו המהלך הפעלת **שני הבתים** נמנים: זמן ההמתנה הארוך עד שהכיר הביטוח הלאומי בדיירות כזכאיות לקצבת נכות ולאבחונים תעסוקתיים; המרחב הפיזי המצומצם של הבית; הקושי לקבוע את משך השחייה המיטבי בבית; שמירה על גבולות ועל כללי ההתנהגות בבית ומחוצה לו; היקפי המשרות של מפעילי התכנית; החזרה אל הקהילה והחוסר במסגרת המשך; מעקב אחר בוגרות.

## המלצות

נוכח העלייה הדרמטית בשכיחותן של הפרעות אכילה בעשרות השנים האחרונות, בעולם בכלל ובישראל בפרט, ונוכח הפוטנציאל הטמון בבתיים השיקומיים הנדונים במחקר הערכה זה, על ההבדלים שביניהם, אנו ממליצות על הקמת מסגרות נוספות שייתנו מענה לאוכלוסייה זו. על יסוד ממצאי ההערכה שלהלן נבקש להציג המלצות בהיבטים שונים: המלצות כלליות, המלצות הנוגעות למבנה התכנית, המלצות הנוגעות לכוח אדם והמלצות הנוגעות לאיתור הפרעות אכילה ולצמצום שכיחותן וחומרתן.

### המלצות כלליות

- העמותות המפעילות נתקלות בקשיים תקציביים, ולא ברור כמה זמן יוכלו לממן את ההוצאות של הבתים. קשיים אלה מכבידים על מתן מענה הולם למספרן הגדל והולך של הדיירות, בעוד היקף המשרות של בעלי התפקידים הצטמצם. יתר על כן, התקציב שאושר לא הועבר במלואו והדבר מכביד על ניהול הבתים. מומלץ לקיים דיון עם כל הנוגעים בדבר כדי לתת מענה לקושי זה.
- מנהלת הבתים הצליחה לפתח מודלים מוצלחים להפעלתם, בשיתוף הדוק עם המחלקה להפרעות אכילה בשיבא ועם המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם. מומלץ להמשיך להפעיל את הבתים על פי אותם מודלים, תוך התייחסות למדרג ביניהם.
- הצלחתו של הבית השיקומי "אמצע הדרך" בהוד השרון, והעברתו לחסות משרד הבריאות, מציינות נקודת מפנה בשיקום אנשים עם הפרעות אכילה. מומלץ ליישם את הניסיון שנרכש בהפעלה של בתים שיקומיים ולהקים בתים שיקומיים נוספים ברחבי הארץ, כדי לתת מענה לעלייה הדרמטית בשיעור הסובלים מהפרעות אכילה.
- מומלץ כי הקמתם של בתים שיקומיים נוספים תיעשה תוך התייעצות רצופה ושיטתית של מנהליהם עם מנהלת הבתים הנוכחית.
- בשל האופי הייחודי והקשה של הפרעת אכילה, שהיא מחלה מטעה ומתעתעת, מומלץ לקבוע כי אכלוס מלא של בית שיקומי (100%) לא יעלה על 14 דיירות (בניגוד למערכות שיקום אחרות שבהן מספר הדיירות גדול יותר).
- יש לשקול הקמה של מסגרות שיקומיות מדורגות נוספות, שייתנו מענה רחב לדיירות שמסיימות את התכנית בבית השיקומי, אך עדיין זקוקות למסגרות תומכות בטרם יעברו לחיים עצמאיים בקהילה. מדובר למשל בדירות לוויין או בדירות עצמאיות הממוקמות בסמוך לבית השיקומי.

### מבנה התכנית

- יש לקיים אבחון תעסוקתי של המועמדות לבית לא יאוחר מסוף החודש הראשון לשהייתן בבית. כך לא ייגרם עיכוב בתהליך השיקום, והן תוכלנה לקבל סל שיקום בשלב מוקדם.
- משך הזמן המיטבי לשהות של דיירות בבית הוא בין שנה וחצי לשנתיים. הדבר ייבחן עבור כל דיירת בנפרד בהתאם למצבה, וייקבע לא יאוחר מתשעה חודשים מתחילת שהותה בבית, זאת

כדי לעודד את הדיירת לקבוע מטרות ולעמוד בהן. חשוב לגלות גמישות ולהביא בחשבון את צורכי הדיירות ואת שיקול הדעת המקצועי של מפעילי התכנית.

- מומלץ להמשיך במדיניות של הצבת גבולות ברורים, לצד בחינתם באופן מתמיד בהתאם לשינויים בזמן, במקום, בתנאים ובאנשים השותפים לתהליך.
- מומלץ להתאים לכל דיירת את המסגרת התעסוקתית או הלימודית המתאימה לה ביותר מבחינת התחום וההיקף. האפשרויות יכולות להיות על הטווח שבין התנדבות לבין עבודה בשכר, ועל הטווח שבין עבודה נתמכת לבין עבודה שנבחרה באופן עצמאי (למשל: התנדבות, תעסוקה נתמכת, שילוב בתכניות ייעודיות (כמו פלי"א וזינוק), יזמות אישית, יזמות קבוצתית או עיסוק לבחירת הדיירת ללא תמיכה של מסגרות חיצוניות).
- מומלץ להמשיך בפיתוח הכנה מותאמת יותר של הדיירות לקראת סיום השעות בבית והמעבר לקהילה, בהיבטים אינסטרומנטליים, רגשיים, חברתיים וכדומה. זאת על מנת לרכז את המעבר מהבית העוטף והתומך למגורים עצמאיים. חשוב לתרגל ניהול תקציב, כלכלת בית וביצוע סידורים שגרתיים (בנק, דואר), וכן ללמוד להתמודד עם מצבים של "היות לבד".
- מומלץ להקים "מועדון בוגרות" (שעם הזמן ילך ויגדל) עבור בוגרות התכנית, בניהולה של לפחות אחת מבעלות התפקידים בבית (מנהלת, עובדת סוציאלית, דיאטנית). במועדון ייערכו מפגשים בתדירות קבועה שתיקבע על ידי אנשי מקצוע, כך יתאפשר לעקוב אחר הבוגרות לאורך זמן, לתמוך בהן ולמנוע נסיגות. הצוות אף יוכל ללמוד מניסיוןן של הבוגרות כדי לשפר את התכנית ולייעלה. מומלץ לקיים מעקב גם אחר בוגרות שיבחרו שלא להשתתף במפגשים אלה, בתדירות שתקבע על ידי אנשי המקצוע ובהתאם לניסיון המצטבר.
- יש לשקול אפשרות לפתוח קבוצת תמיכה עבור בני משפחה, אם תהיה פנייה מצד הדיירות, הבוגרות או בני המשפחה, בדומה לזו שנפתחה במרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם לאחר סיום איסוף הנתונים של דו"ח זה.

## כוח אדם

- יש חשיבות מכרעת לכך שחברי הצוות הבכירים המפעילים את הבית (מנהלת, דיאטנית ועובדת סוציאלית) יהיו בעלי ניסיון בתחום הפרעות האכילה.
- מומלץ להגדיל את היקף שעות העבודה ואת התגמול הכספי של בעלי התפקידים (מנהלת הבית, עובדת סוציאלית ודיאטנית), ובכך ליצור יציבות תעסוקתית שתבטיח מתן שירות מיטבי למשתקמות.
- רצוי לגבש עבור המדריכים תכנית מלווה שתכלול הכשרה, למידה והדרכה (ימי עיון, השתלמויות, הנחיה אישית וקבוצתית). כמו כן, רצוי לבחון את האפשרות לתקצב ישיבות צוות שנערכות ברמב"ם בהשתתפות המדריכים.

## איתור הפרעות אכילה וצמצום שכיחותן וחומרתן

- בשל הגידול המתמיד בשיעור האנשים עם הפרעות אכילה, מומלץ להגביר את מאמצי הפרסום והיידוע בקרב הציבור הרחב (פרסום בעיתונות, באינטרנט). אפשר גם להפעיל קו מידע טלפוני



שישמש "קו פתוח לציבור". הכוונה לשירות שיספק מידע ומענה לפניית הציבור, כך שנערות עם הפרעות אכילה יוכלו לפנות בעצמן או באמצעות בני משפחותיהן בגיל צעיר, כאשר סיכויי ההחלמה טובים יותר.

- כדי להגביר את המודעות למניעה של הפרעות אכילה, או לאיתורן בשלבים הראשונים להופעתן, מומלץ ליזום קשרים עם גורמים בקהילה ועם גורמים ציבוריים, כגון רופאי ילדים ומשפחה, רופאי שיניים, תנועות נוער, עובדים עם נוער בסיכון, בתי ספר, משרד החינוך, צה"ל.
- על משרד הבריאות להכשיר בכל רחבי הארץ צוותים שיוכלו לסייע באיתור התופעה בשלביה הראשונים, בטרם הפיכתה לכרונית.
- מומלץ לפנות למדען הראשי של משרד הבריאות או משרד הרווחה או משרד החינוך בהצעה לערוך סקר מקיף ועדכני על ממדי התופעה בארץ, ועל פיזור בקרב קבוצות שונות, כדי לבנות בהמשך תכניות מניעה הולמות.



## תוכן העניינים

### עמוד

	<b>הפרעות אכילה (eating disorders) – סוגים, סיבוכים, גורמים, טיפול ומסגרות שיקום</b>
1	
2	סוגים של הפרעות אכילה
8	הגורמים להפרעות אכילה (אטיולוגיה)
13	שיטות לטיפול בהפרעות אכילה
17	<b>מערך ההערכה</b>
17	מטרות ההערכה
17	שאלות הערכה
18	אוכלוסיית היעד של התכנית
19	מקורות איסוף הנתונים
23	
	<b>רציונל, מטרות ומדדי הצלחה של הבתים השיקומיים</b>
29	<b>שער ראשון:</b>
	<b>הערכת הבית השיקומי "אמצע הדרך" – הוד השרון</b>
31	<b>תקציר</b>
33	<b>ממצאים</b>
33	אוכלוסיית היעד
34	מדדים לבחינת ההצלחה של הבית השיקומי
37	פרופיל הדיירות בבית השיקומי
42	<b>הפעלת תשתיות הבית ופיתוחן</b>
43	צרכים, מניעים, רגשות וציפיות
47	<b>הפעלת התכנית ואבני הדרך</b>
49	אבני הדרך של המודל
50	תיאור התפקידים
53	תשומות
56	<b>תוצרים</b>
56	נתונים על תפוסת הבית
60	הערכה של תרומת הבית ושל שביעות רצון הדיירות
62	מידת השגת המטרות ומימוש הציפיות
64	<b>קשיים ולבטים</b>
67	<b>סיכום המלצות</b>

	<b>שער שני:</b>
	<b>הערכת הבית השיקומי "צידה לדרך" – רמת ישי</b>
71	
73	<b>תקציר</b>
76	<b>ממצאים</b>
76	אוכלוסיית היעד
77	מדדים לבחינת ההצלחה של הבית השיקומי
78	פרופיל הדיירים בבית השיקומי
82	הפעלת תשתיות הבית ופיתוחן
83	צרכים, מניעים, רגשות וציפיות
89	<b>הפעלת התכנית</b>
91	אבני הדרך של המודל
92	תיאור התפקידים
95	תשומות
98	<b>תוצרים</b>
103	הערכת התרומה ושביעות הרצון
105	מידת השגת המטרות ומימוש הציפיות
107	<b>קשיים ולבטים</b>
108	<b>סיכום והמלצות</b>
	<b>רשימת מקורות</b>
110	

## רשימת לוחות ותרשימים

### עמוד

22	לוח 1 : שאלות ההערכה והכלים למתן התשובות
	<b>שער ראשון: הערכת הבית השיקומי "אמצע הדרך" – הוד השרון</b>
	לוח 2 : הדיירות על פי מצב משפחתי, ארץ מוצא, דת, רמת דתיות,
38	אזור מגורים ושירות צבאי
39	לוח 3 : השכלתן של הדיירות
39	לוח 4 : התסמינים של הדיירות בעת הקבלה לבית
40	לוח 5 : מספר אשפוזים במחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא
40	לוח 6 : משך האשפוז האחרון במחלקה להפרעות אכילה (בחודשים)
41	לוח 7 : מערכות תמיכה בעת הקבלה לבית השיקומי
56	לוח 8 : התפלגות פניות, מתקבלות, מסיימות ועוזבות מאוקטובר 2009 ועד מאי 2011
57	לוח 9 : BMI בעת הקבלה לבית, ובעת מסירת הנתונים (מאי 2011)
	לוח 10 : מצב הדיירות בעת הכניסה לבית ולאחר שהות של שישה חודשים ויותר,
58	על פי מדדי ההצלחה שהוגדרו לתהליך השיקומי
59	לוח 11 : הדיירות על פי השתלבותן בעבודה ובלמודים
	לוח 12 : מבחן t לבדיקת הבדלים בין הציפיות של הדיירות מהבית השיקומי לבין
62	מידת מימושן
	<b>שער שני: הערכת הבית השיקומי "צידה לדרך" - רמת ישי</b>
	לוח 13 : הדיירים על פי מגדר, מצב משפחתי, ארץ מוצא, דת, רמת דתיות
79	ושירות צבאי
79	לוח 14 : רמת השכלתם של הדיירים
80	לוח 15 : מספר אשפוזים במחלקה להפרעת אכילה
81	לוח 16 : משך האשפוז האחרון במחלקה להפרעות אכילה (בימים)
81	לוח 17 : מערכות תמיכה ושל אופיין בעת הקבלה לבית השיקומי
98	לוח 18 : תפוסת הבית מאז כניסתה של המנהלת החדשה לתפקיד, באוקטובר 2010
99	לוח 19 : ערכי BMI של הדיירים בעת הקבלה לבית, ובעת מסירת הנתונים
101	לוח 20 : התפלגות הדיירים (על פי קודים) לפי עיסוק : עבודה, לימודים או התנדבות
	לוח 21 : מבחן t לבדיקת הבדלים בין הציפיות של הדיירים מן הבית השיקומי לבין
105	מידת מימושם
	<b>תרשימים</b>
37	תרשים 1 : מודל הצרכים של מאסלו
48	תרשים 2 : מודל הפעלה של הבית השיקומי "אמצע הדרך" – הוד השרון, לאחר המעבר לחסות משרד הבריאות.
90	תרשים 3 : מודל הפעלה של בית "צידה לדרך" – רמת ישי



## הפרעות אכילה (eating disorders) –

סוגים, סיבוכים, גורמים, טיפול ומסגרות שיקום<sup>1</sup>

פרק זה נכתב עם פרופ' יעל לצר

מנהלת המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם

בעשורים האחרונים גבר העיסוק של נערות ונשים צעירות במראה החיצוני שלהן, ולכך מצטרפים בהדרגה גם הגברים. מגמה זו הולכת וגוברת, ובאה לידי ביטוי בעיקר באימוץ תרבות הרזון כמודל ליופי, להצלחה, לכוח ולשליטה (מאפיין בעיקר את החברה המערבית המודרנית). הסיבות להיווצרות הפרעות אכילה אינן ברורות, ונראה כי תהליכים חברתיים, פסיכולוגיים וביולוגיים ממלאים תפקיד מהותי בהיווצרותה.

באופן פרדוקסאלי, ההדגשה של מודל הרזון כמדד הכרחי לאושר בחברתנו, דווקא מגבירה את התופעה של עלייה במשקל בקרב האוכלוסייה בכלל, ובקרב הנשים בפרט. כפועל יוצא, הלכה והתפתחה תעשיית הדיאטות ועמה אימוץ הרגלים של אכילה בלתי סדירה ובלתי מאוזנת. נוסף על כך גבר השימוש בחומרים משלשלים, בוויטמינים, בתכשירי הרזיה למיניהם ובספורט כפייתי. גם שכיחותן של הפרעות האכילה עלתה בהדרגה, והחמורות שבהן, המצביעות על אובדן שליטה מלא, הן אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה לא ספציפית.

שכיחותן של הפרעות אלו נמצאת בסימן עלייה מתחילת שנות ה-60 של המאה ה-20, והגיעה היום לממדי אפידמיה. הפרעות אלה פוגעות בעיקר בנערות בגיל ההתבגרות, תקופה מכרעת מבחינה התפתחותית, בשכיחות של 0.3%-2% מהאוכלוסייה, והן כרוכות בתחלואה מרובה, בסיבוכים רפואיים המערבים את כל מערכות הגוף ובאחוזי תמותה גבוהים יחסית של 5%-20% מן החולות בהפרעות (לצר ועמיתים, 2003; Carlton & Pyle, 2007). הפרעות האכילה המוכרות הן אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, הפרעת אכילה בולמוסית והפרעות אכילה לא ספציפיות. ההערכה הקיימת היום היא שמגמת העלייה בשכיחות ההפרעות תמשיך בשנים הקרובות, עד להתייצבות שיעורי תחלואה קבועים.

סוגיית הפרעות האכילה לגווניהן והטיפול בהן זוכה להתעניינות גוברת ולבולטות בספרות המחקרית והמקצועית (ראו למשל: גולן וגוגול-אוסטרובסקי, 2001; גולן, היימן והרדוף, 2007; הוכדורף, לצר, קנטי ובכר, 2008; לצר, גילת וגולן, 2003; לצר, הוכדורף, בכר וקנטי, 2003; Bulik; Berkman, Brownley; Carlton & Pyle, 2007; Martinez et al., 2007 Vanderlinden, Buis, Pieters & Probest, 2006; Williams, Goodie & Motsinger, 2008).

<sup>1</sup> מאחר שמרבית החולים הן נשים, אנו משתמשות לרוב בלשון נקבה עבור שני המגדרים.

הטיפול באנשים עם הפרעות אכילה מתבצע לרוב על-ידי צוות רב מקצועי של מומחים בטיפול בהפרעות אכילה, והוא כולל שיקום נפשי, גופני ותזונתי. לרוב ניתן הטיפול במסגרת המרפאות, וב-15% מהמקרים יש צורך באשפוז מלא או חלקי. מרבית המטופלות מגלות התנגדות רבה לטיפול למרות נחיצותו ומכאן הקושי לסייע להן. הפרוגנוזה להחלמה מלאה מהפרעת אכילה נמוכה ביותר, וקשורה בחלקה להיענות נמוכה לטיפול, לחוסר מעקב לאחר סיום הטיפול ולחוסר בתכניות שיקום בקהילה.

החברה הישראלית, בדומה לחברה המערבית-מודרנית, מתמודדת עם שיעור גבוה של הפרעות אכילה ופרוגנוזה לא טובה, ומנסה למצוא דרכים למנוע הפרעות אכילה ולשפר את הפרוגנוזה. החולות אינן מקבלות מהמדינה סיוע בשיקום, ואינן מסוגלות לעזור לעצמן לחזור ולנהל שיגרת חיים עצמאית נורמאלית. מצב זה הוביל לתסמונת הדלת המסתובבת: אשפוזים חוזרים, חוסר יעילות של הטיפולים הרבים שניתנו במהלכם ופרוגנוזה קשה. נתונים אלו הובילו לפנייה של מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים ע"ש שיבא ומנהלת המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם לקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי בהצעה להקים בתים שיקומיים לצעירות בשלבי החלמה שונים מהפרעות אכילה, שאינן מסוגלות להשתלב בחיים בקהילה בכוחות עצמן.

#### **סוגים של הפרעות אכילה (Eating Disorder – ED)**

הפרעות אכילה הן קבוצה של מחלות נפש המופיעות בסיווג המחלות הפסיכיאטריות ב-DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). הפרעות האכילה מאופיינות בצורך פתולוגי להפחית במשקל, ובהתעסקות כפייתית באוכל, בצורת הגוף ובמשקלו, בעיקר על רקע של דימוי עצמי וערך עצמי נמוכים מאוד. הפסיכופתולוגיה הבסיסית המאפיינת את כל הסובלים מהפרעות אכילה, נשים וגברים כאחד, היא הייחוס המוגזם שהם מעניקים לצורת גופם ולמשקלם כאל המדד היחיד לערך העצמי שלהם. מרבית האנשים מעריכים את עצמם על בסיס כישוריהם וביצועיהם בתחומי חיים שונים, כמו הישגים בלימודים, בעבודה, במערכות יחסים, במימוש כישרון מוזיקלי או אמנותי. הסובלים מהפרעות אכילה נוטים לשפוט את עצמם באופן כמעט מוחלט במונחים של צורת הגוף, משקלו ומידת יכולתם לשלוט עליהם. האוכל מאבד את ערכו כמקור הנאה והזנה והופך לאמצעי להענשה, להיטהרות, ולמדד הערך העצמי ויכולת השליטה. למרבה הצער מדובר באשליה של שליטה, שכן האוכל הופך למרכז החיים ומשתלט לגמרי על התפקוד הרגשי, הקוגניטיבי והגופני בחיי היומיום של הפרט.

קיימים כמה סוגים עיקריים של הפרעות אכילה: אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, הפרעות אכילה לא ספציפיות והפרעת אכילה בולמוסית.

#### **אנורקסיה נרבוזה (Anorexia Nervosa – AN)**

האנורקסיה נרבוזה מתבטאת באבדן משקל קיצוני שנגרם מהרעבה יזומה, בפרד עז מפני עלייה במשקל למרות מצב נתון של תת-משקל, בדימוי גוף מעוות ובהפסקת מחזור הווסת. אף על פי



שהמונח "אנורקסיה" פירושו חוסר תיאבון או אובדן תיאבון, הרי שאיבוד ממשי של תחושת הרעב נדיר ביותר. המחלה נפוצה בעיקר בחברות מערביות, ובעיקר בקרב לבנים. המחלה שכיחה יותר בקרב המעמדות החברתיים הבינוני והגבוה. כ-90% מהחולים במחלה הם נשים, בעיקר מתבגרות ומעט מבוגרות צעירות. השכיחות בקרב נערות מתבגרות היא 0.7% (19 נשים ושני גברים בשנה מ-100,000 תושבים). הופעת המחלה מתרחשת בין הגילים 10-30. לאחר גיל 13 שכיחותה עולה במהירות, ומגיעה לשיא בגילים 16-17, 85% מהחולים בה נמצאים בחתך הגילים 13-18.

קיימים שני סוגים של אנורקסיה:

א) **אנורקסיה מהסוג המגביל** (restricting type) – סוג זה מאופיין בעיקר בהרעבה עצמית ללא אירועים של זלילה והקאה (binge), וללא התנהגויות של טיהור עצמי (ללא הקאה מכוונת, ללא שימוש בחומרים משלשלים או משתנים או בחוקן).

ב) **אנורקסיה מהסוג המטהר** (binge eating/purging type) – סוג זה מאופיין בהתנהגויות חוזרות ונשנות של **התקפי זלילה** (binge eating) ובפעולות של טיהור עצמי (Bowers & Andersen, 2007).

בעולמן של נשים עם אנורקסיה תחושת הרעב הגופני מוכחשת ומודחקת, ואילו משקל הגוף ומצבו הופכים להיות העיסוק העיקרי בעל החשיבות המרבית. רוב ההתנהגות המכוונת להורדת משקל מתרחשת בסתר. החולה נמנעת מלאכול עם שאר בני המשפחה או במקומות ציבוריים. היא מאבדת משקל בעקבות הפחתה קיצונית בכמות המזון. תחילה היא מפסיקה לצרוך מזונות עתירי פחמימות ושומנים. לאחר מכן ההפחתה כוללת את שאר מוצרי המזון, ומתלווה אליה פעילות יתר והתעמלות מופרזת במטרה "לשרוף קלוריות" ולרדת במשקל. בזמן האכילה נוטה הנערה לחתוך את המזון לפיסות קטנות, לסדרו שוב ושוב בצלחת ולאכול באיטיות במשך זמן ארוך מאוד. היא מרבה לחשוב על מזון ולהתעסק בו: אוספת מתכונים, מכינה ארוחות לאחרים ומכוונת את בני משפחתה כיצד לאכול ומה, אך היא אינה טועמת ממעשה ידיה. לעתים היא נוטה להחביא מזון במקומות שונים בבית ואף בכיסים. לרוב היא מסתירה את רזונה על ידי לבוש רחב ורב שכבות. מחזור הווסת נפסק בשלבים הראשונים של הירידה במשקל, עוד לפני שמגיעים לתת-תזונה. נשים עם אנורקסיה מכחישות את קיומה של הבעיה ומתנגדות נחרצות לטיפול. תסמינים שכיחים למחלה: התנהגות כפייתית, דיכאון, חרדה, אי-שקט ונדודי שינה. לרוב צומחת פלומה בהירה על הגפיים (לנוגו). הירידה במשקל מובילה להסתגרות חברתית, לעצבנות ולהתפרצויות זעם שאינן אופייניות לנערה. אובדן התיאבון מתרחש בדרך כלל רק בשלבים המאוחרים של המחלה.

לאישה עם אנורקסיה יש תחושה של שליטה עם הפחתת המשקל, תחושה שהיא עושה את "הדבר הנכון". היא אף עשויה להרגיש אופוריה. "שכרון הצום" הוא תוצאה פיזיולוגית של ירידה בצריכת המזון, והוא מטשטש ומשנה תחושות של דיכאון ובדידות (דנה ולורנס, 1999). הנערה מתעסקת בצורה כפייתית במזון ותופסת אותו כאויב מזיק ומאיים שמפניו יש להישמר. היא עשויה להרגיש כי בעיותיה נעלמו, כיוון שכל תחושותיה ורגשותיה נחווים סביב המזון וממוקדים בו. אצל מחצית מהחולות באנורקסיה פוחתת בשלב מסוים יכולת השליטה על הצמצום באכילה, ואז מופיעים התקפי זלילה המתרחשים בסתר ובעיקר בלילה. התקפי הזלילה מלווים בהקאות יזומות, ולעתים

גם בשימוש במשלשלים או במשתנים (Zerbe, 1996). עיסוק זה באוכל מחליף את העיסוק בקונפליקטים כמו תלות מול עצמאות, מילוי צרכיה מול מילוי צרכי האחר, שליטה ואיבוד שליטה, תפיסת מקום מול צמצום עצמי. האנורקסיה אינה חשה רעב רגשי, כפי שאינה חשה רעב גופני לאוכל (דנה ולורנס, 1999). עם זאת, היא עשויה להרגיש בדידות, להרגיש שאיש אינו מבין אותה. אנשי מקצוע רואים כיום באנורקסיה נרבוזה מגפה חברתית, ורבים מהם מודאגים מהשלכותיה על הפרט, על המשפחה ועל החברה. העובדה ש-90% מהסובלים מהפרעה זו, וגם מהפרעות האכילה האחרות, הם נשים, מקנה להפרעת האכילה אופי מגדרי מובהק, יותר מכל הפרעה ידועה אחרת בפסיכיאטריה (בן-צור שניידר, 2000).

באנורקסיה נרבוזה קיים שילוב של חולי פיזי וחולי נפשי. אפשר לאבחן את המחלה כאשר מתקיימים הקריטריונים הבאים:

1. סירוב לשמור על משקל גוף מינימאלי הנחשב תקין בהתאם לגיל ולגובה, או לעלות מעל למשקל זה. אבדן משקל או כשל להגיע למשקל הנחשב תקין, יביאו למשקל גוף של פחות מ-85% מהמצופה. באמצעות מדד BMI אפשר לחשב את היחס בין המשקל לגובה בלי להיעזר בטבלאות משקל. הערכים התקינים הם מעל 19 ומתחת ל-25.
2. פחד עצום מעליה במשקל ומהשמנה, למרות מצב נתון של תת-משקל.
3. הפרעה בתפיסת משקל הגוף, צורת הגוף או מצבו. הפרעה זו מתבטאת בתפיסת הגוף כשמן למרות הרזון הבולט, בהכחשת החומרה של תת-המשקל ושל צורת הגוף, ובהשפעה מופרזת של ההפרעה על הדימוי העצמי.
4. בקרב נשים או נערות שכבר קיבלו את מחזור הווסת תופיע אל-וסת (amenorrhea) – היעדרם של לפחות שלושה מחזורי וסת רצופים (DSM-IV, 1994).

#### בולימיה נרבוזה (Bulimia Nervosa – BN)

בולימיה נרבוזה הוכרה כמחלה קלינית רק בשנת 1979, ומופיעה כיום ב-DSM. המחלה מאופיינת בהתקפי זלילה חוזרים ובלתי נשלטים של כמות מזון אדירה בפרק זמן מוגבל, ובסופם בהתנהגות מטהרת באמצעות הקאות יזומות, שימוש במשלשלים או במשתנים, צום וספורט כפייתי. המחלה נפוצה בעיקר בחברות המערביות בקרב לבנים ובפיזור אחיד בכל המעמדות החברתיים. כ-80% מהחולים במחלה הם נשים, בעיקר מתבגרות ומעט מבוגרות צעירות. הופעת המחלה מתרחשת בין הגילים 15-60. לאחר גיל 16 שכיחותה עולה והשיא הוא בגילאי 18-19. שכיחות המחלה בקרב נשים בגילים 16-35 היא 1%-2% (29 נשים וגבר אחד בשנה מ-100,000 תושבים).

בניגוד לחולות באנורקסיה, החולות בבולימיה מאופיינות במשקל גוף תקין, לכן במרבית המקרים קשה מאד לזהות את החולות במחלה. עם זאת, משקל הגוף שאליו שואפות החולות להגיע נמוך בהרבה מהמשקל המיטבי שלהן (מי עמי, 2004; Bowers & Andersen, 2007). במרבית המקרים קיימת אצל הנערות החולות בבולימיה נטייה להשמנה קלה טרם הופעת הבעיה. הנערות מדווחות על הרגשה של עודף משקל ורצון להורידו. התופעה הבולימית מתעוררת בדרך כלל לאחר תקופה

קצרה של התנהגות אנורקטית. בשלב מסוים פוחתת היכולת לשלוט על אי-האכילה בשל תחושה חריפה של רעב וכמיהה למאכלים עתירי פחמימות. הנערה אינה עומדת בפיתוי, ונגררת לאכילה בלתי נשלטת שגורמת לה תחושות של שחרור והתפרקות. האכילה הולכת ולובשת אופי התקפי, ומאופיינת בזלילת כמויות גדולות של מזון עתיר קלוריות (עד 10,000 קלוריות בהתקף) בפרק זמן קצר וללא מיון של טעמים, דרגת הבישול, סוג האוכל וצורתו. לאחר ההתקף מורגש פחד עצום מהשמנה, ומופיעים רגשי אשמה. אלו מובילים לספורט כפייתי, להקאות יזומות או לשימוש יתר במשלשלים, במשתנים, בכדורי הרזיה, בחוקנים ובצום, במטרה להיפטר מהקלוריות ולווסת את משקל הגוף. לאחר ה"היטהרות" מופיעות תחושות של גועל ודיכאון, והחלטה להתחיל למחרת מחדש ב"דיאטה".

בשלבים הראשונים ההתקפים אינם חריפים, אך הם הולכים ומתעצמים ככל שמעגל הזלילה-היטהרות תופס תאוצה. נערות אלה שומרות בדרך כלל על משקל תקין ומתפקדות טוב יחסית בחיי היומיום. אצל חלקן בולטים התנהגות אימפולסיבית וקושי לעמוד במצבי לחץ ותסכול, קלפטומניה בשכיחות גבוהה ושימוש באלכוהול ובסמים (Goldblum, 1993). התסמינים השכיחים במחלה הם: חולשה, סחרחורת, כאבי בטן, עצירות, כאבי גרון, בלוטות רוק מודלקות, הקאות דם, דימום רקטלי, בעיות שיניים ועוד. בשונה מהאנורקטית, הבולימית מודעת לבעייתה אך נמנעת מלפנות לעזרה. תחילה משום שהיא חוששת לאבד את "הנוסחה האידיאלית" לאכילה רבה עם שמירה על גזרה נאה, ולאחר מכן בשל הבושה הכרוכה בחשיפה. לאחר שהיא פונה לטיפול היא בדרך כלל אמביוולנטית במהלכו, נוטה לחוסר שיתוף פעולה ולעתים עוזבת את הטיפול בטרם עת.

בבולימיה נרבוזה קיים שילוב של חולי פיזי וחולי נפשי. אפשר לאבחן את המחלה כאשר מתקיימים הקריטריונים הבאים:

1. אירועים חוזרים ונשנים של בולמוסי אכילה;
2. איבוד שליטה על בולמוסי האכילה למרות ההכרה בקיום הבעיה;
3. הקאות יזומות, דיאטות קיצוניות או צום, שימוש בחומרים משלשלים, משתנים או מרזים במטרה לאזן את השפעת בולמוסי האכילה;
4. עיסוק מופרז במראה הגוף ובמשקלו.

#### הפרעות אכילה לא ספציפיות (Eating Disorder Not Other Specified – EDNOS)

הפרעות אכילה לא ספציפיות הן מצבים תת-קליניים של אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה. הפרעות האכילה בקטגוריה זו דומות מאד לאנורקסיה ולבולימיה, וחלקן הגדול כמעט זהה לשתיהן. ההפרעות הבסיסיות ומתאפיינן במצב חמור וממושך, אך אינו עונה על כל הקריטריונים לאבחון מלא. במרבית המקרים קיימת הערכה מעוותת של צורת הגוף ומשקלו, אם כי ההתעסקות העיקרית היא בשליטה קפדנית על האכילה. מרבית החולים עם אבחנה זו סבלו בעבר מאנורקסיה או מבולימיה.

לאחרונה ניתנה תשומת לב מחקרית לתת-אבחנה זו, אולם עדיין אין מספיק ידע על מהלך המחלה. מממצאי מחקר אורך של שלוש שנים עלה כי הפרעת אכילה לא ספציפית נותרה בעינה במרבית

המקרים, ובמחציתם התפתחה לאנורקסיה נרבוזה או לבולימיה נרבוזה. לכן נוטים להסיק כיום כי מרבית החולים הסובלים מהפרעות אכילה נעים בין הקטגוריות האבחנתיות השונות: אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה לא ספציפית.

### הפרעת אכילה בולמוסית (Binge Eating Disorder – BED)

הפרעות אכילה לא טיפוסיות כוללות גם אבחנה נוספת המכונה הפרעת אכילה בולמוסית. הפרעה זו מאופיינת באכילה התקפית בלתי נשלטת ללא התנהגות מטהרת, לרוב עם משקל יתר.

הפרעת אכילה בולמוסית היא קטגוריה אבחנתית נפרדת, המופיעה במדריך האבחנתי הפסיכיאטרי האחרון (DSM-IV), ומוגדרת כתת-קבוצה של הפרעות האכילה הלא ספציפיות. התסמונת מאופיינת בהתקפי אכילה בלתי נשלטים בדומה לבולימיה נרבוזה, אך ללא התנהגות מפצה כלשהי. התסמונת שכיחה בקרב כ-30% מהאוכלוסייה הסובלת מהשמנת יתר הפונה לטיפול. אך למרות שמרבית הסובלים מהפרעה זו סובלים גם ממשקל יתר, ההשמנה אינה קריטריון אבחנתי. התקפי האכילה מתרחשים על רקע נטייה כללית לאכילת יתר, ולא בעקבות הגבלה תזונתית מקדימה. יש לציין שבקרב הסובלים מתסמונת זו שכיחים יותר תחלואה פסיכיאטרית נלווית ודפוסי אכילה פתולוגיים, לעומת מי שסובלים מהשמנת יתר ללא התקפי אכילה. יש הרואים בהתקפי האכילה דרך להתמודדות עם מצבי דחק נפשי. נראה כי התסמונת שכיחה יותר בקרב קבוצת הגיל הבוגרת יותר, אך מחקרים עדכניים מצביעים על תמונת תסמינים דומה גם בקרב ילדים ובקרב מתבגרים. היחס בין גברים לנשים כמעט זהה. השכיחות באוכלוסייה היא בין 5%-10% מקרב הפונים לטיפול בהשמנת יתר, אין נתונים מבוססים יותר. קיים דמיון רב בין התסמינים של הפרעת אכילה בולמוסית לבין התסמינים של השמנת יתר ובולימיה נרבוזה. לכן התעוררה בקרב חוקרים וקלינאים השאלה אם הפרעת אכילה בולמוסית היא תת-קבוצה של תסמונת השמנת יתר או של תסמונת בולימיה נרבוזה, או שמדובר בתת-קבוצה אבחנתית נפרדת הנמצאת על הרצף שבין בולימיה לבין השמנת יתר.

לסיכום, על פי רוב, הפרעות האכילה שצינו לעיל מופיעות לראשונה בין הגילים 9-13; מעל גיל 13 עולה שכיחותן, והשכיחות הגבוהה ביותר מדווחת בגילים 17-18 (ניצן קלוסקי, 2007). שכיחות האנורקסיה באוכלוסייה בעולם נעה בין 0.5% ל-1%; שכיחות הבולימיה נעה בין 1% ל-4% (בכר, 2001) ושכיחות הפרעות האכילה הלא טיפוסיות כ-5%.

בישראל שכיחותן של הפרעות אכילה מסוג אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה באוכלוסייה היא 1%, 90% מהחולות בהן הן נשים. ב-85% מהמקרים ההפרעה מתחילה בין גיל 12 לגיל 20 (מי עמי, 2004) והגיל הממוצע להופעת המחלה הוא 17 (בכר, 2001). המשותף לכלל הפרעות האכילה הוא התעסקות בלתי פוסקת במזון, חשש מפני עלייה במשקל (בקרב נשים עם אנורקסיה וגם אצל נשים עם בולימיה) ואיבוד שליטה על האכילה (ניצן קלוסקי, 2007).

נראה כי בשנים האחרונות הולכת וגוברת התופעה בישראל, וההערכה היא שמגמה זו תימשך. כך למשל, ראש המחלקה להפרעות אכילה בבית חולים שיבא גורס (בריאיון אישי):

*חל שינוי דרמטי בתחום של הפרעות אכילה, גם בהיקף התחלואה וגם בשינוי האופי של המחלה, כי חלק גדול מהחולות במחלה כרונית, חולות 20 שנה, דבר שלא היה בעבר [...] בחברה מסתובבות עשרות אלפי חולות שאינן מטופלות [...] מי שלא החלימו ולא מתו, חיות עם המחלה שהיא קשה ביותר.*

מאחר שמדובר בהפרעה שראשיתה בדרך כלל בגיל ההתבגרות, נחשבות הנערות לקבוצה שבסיכון כרוני. באותו ריאיון, העריך ראש המחלקה להפרעות אכילה בתל השומר שבקבוצת הגיל שבין 25-15 יש בארץ כ-10% חולות, משמע כ-25 אלף. עוד העריך שמספרן של החולות גבוה בהרבה ממספרם של החולים, ביחס של 1 ל-3. כלומר, בסך הכול בקבוצת גיל זו מדובר בכ-35 אלף חולים, ויש לזכור כי יש חולים גם בקבוצות גיל אחרות, כדבריו: "אימא שמתקרבת לגיל 40 ושוקלת 30 קילו!".

### סיבוכים רפואיים

הממצאים הגופניים החריגים בהפרעות אכילה משקפים בעיקר את התזונה ואת הרגלי האכילה הבעייתיים (הרעבה, הקאות, התקפי זלילה, שימוש במשלשלים, במשתנים ובכדורים אחרים). לפיכך, מרבית הסיבוכים הגופניים הפיכים עם החזרה להרגלי אכילה תקינים, למעט ירידה בצפיפות העצם, עצירת צמיחה גופנית, בעיות פוריות ונזק לשיניים. לא ברור עדיין עד כמה חלק מן הסיבוכים משקפים רקע סיבתי להיווצרות המחלות או לשימורן. אצל החולות קיימות הפרעות בחילוף החומרים, במערכת העיכול ובמערכת ההורמונאלית, כמו כן קיימת פגיעה במערכת העצבים המרכזית, ליקויים בתפקוד הלב והכליות ועוד. ידוע היום כי גם למשתנים החברתיים והפסיכולוגיים ולתהליכים ביולוגיים בגוף יש משקל בהיווצרות ההפרעות ובהנצחתן.

### סיבוכי הרעבה

התמונה הקלינית של מצב ההרעבה: החולה נראית צעירה מכפי גילה. בולטת כחישות והצטמקות שדיים, העור יבש, ולעתים בגוון צהבהב. שכיח כיחלון בגפיים, בעיקר בחשיפה לקור. קיימת עלייה בכמות השיער העדין על פני הגוף הקרוי לנוגו. לעתים יש התקרחות. יתכנו בצקת בעיקר ברגליים ואל-וסת. קיימות גם תופעות של אי-סבילות לקור, עצירות, נדודי שינה, סחרחורת, אי-נוחות בטנית ונפיחות. למרות תת-התזונה, האנורקטית מגלה היפראקטיביות ואנרגיה רבה. עייפות מרובה מתרחשת בדרך כלל רק בשלבים הקשים והסופיים של המחלה. תופעות הלוואי הקשות של ההרעבה כוללות בריחת סידן וסיכון מוגבר לשברים בעצמות, הגדלת החדרים במוח הזוחלי נוזל מוחי-שדרתי חיצוניים (פסאודו-אטרופיה), בעיות בתפקוד הלב אשר עלולות להוביל למוות פתאומי וכן בעיות קשות במערכת העיכול ובמערכת הרבייה.

### סיבוכי זלילה-היטהרות

התמונה הקלינית של מצב זלילה-היטהרות היא: חולשה, סחרחורת, התייבשות, כאבים בחזה ובבטן, פגמים בשיניים, בלוטות רוק מוגדלות, קרעים בוושט, התרחבות בקיבה, אי-סדירות במחזור הווסת, נימול ("הירדמות" של הגפיים), עצירות, דימום רקטלי, הקאת דם, הפרעות שינה, צלקת על

גב כף היד ודיכאון. משקל הגוף נשאר תקין ברוב המקרים. השפעות הלוואי של התקפי זלילה על תפקודי הלב הן קשות ביותר ומסכנות חיים. לשימוש במשלשלים יש השפעות שליליות על תפקוד המעי, ואילו השימוש במשתנים עלול להוביל לנזק בכליות. שכיחים גם סיבוכים במערכת העיכול הקשורים להקאות ולשימוש במשלשלים ובמשתנים, דלקות חוזרות ונפיחות בבלוטות הרוק ובגרון וכן עששת שיניים ונסיגת חניכיים. במקרים נדירים מתרחשת קריעה של הוושט או של הקיבה העלולה לגרום למוות.

### תחלואה נלווית

לפי דיווחים קליניים ומחקריים שנעשו לאחרונה, מתברר כי יש קשר בין הפרעות אכילה לבין קטגוריות אבחנתיות אחרות בפסיכיאטריה. כמו כן, במקרים רבים של הפרעות אכילה התקבלו אבחנות כפולות. הספרות מתמקדת בהפרעות הנלוות העיקריות: דיכאון, חרדה, כפייתיות, התמכרות לאלכוהול ולסמים והפרעות אישיות.

בקרב 40%-70% מהחולות באנורקסיה ובבולימיה נמצאו הפרעות במצב הרוח (במיוחד דיכאון) וחרדה (במיוחד הפרעה כפייתית ופוביה חברתית), ובקרב החולות עם התקפי זלילה-היטהרות יש שיעור דומה של שימוש בחומרים ממכרים. אצל מרבית החולות אובחנה חרדה עוד לפני פרוץ המחלה, דבר שיכול להצביע על גורם מקדים להתפתחות הפרעות אכילה. דיכאון הופיע לפני התפרצות המחלות, במהלכן או לאחריהן, משמע שהוא לא בהכרח גורם מקדים להתפתחות הפרעות אכילה. שימוש בחומרים ממכרים הופיע לרוב רק לאחר פרוץ המחלות. אותה תחלואה נלווית נמצאה בשיעור גבוה גם בקרב בני משפחה מדרגה ראשונה של החולות, לעומת שיעורה באוכלוסייה בריאה.

### **הגורמים להפרעות אכילה (אטיולוגיה)**

תיאורטיקנים, חוקרים וקלינאים ניסו להתחקות אחר הגורמים להיווצרות הפרעות האכילה. מנקודת מבט היסטורית ניתן לומר כי בתחילה הודגשו ההיבטים הביו-רפואיים, לאחר מכן הורחבה התפיסה ונוסף גם ההיבט הפסיכולוגי ומאוחר יותר הוגדרה התופעה כמחלה פסיכוסומאטית. מאז נבחנה סוגיה זו מנקודות ראות שונות, ופותחו תיאוריות פסיכו-דינאמיות, סוציולוגיות, התפתחותיות, התנהגויות ומשפחתיות. העובדה כי קיימות גישות שונות המסבירות את התופעה, מעידה על מורכבותה ועל הערפול האופף אותה.

בעבר התמקד המחקר על הגורמים להתפתחות הפרעות אכילה בעיקר באנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה. היום ברור ללא ספק כי מעבר לגורמי הסיכון הסביבתיים, קיימת נטייה גנטית מקדימה. עם זאת, עדיין לא ידוע מהם הגורמים הסיבתיים והאישיים שמעורבים במחלות הללו, מה יחסי הגומלין ביניהם ומהם ההבדלים בתהליכי ההתפתחות של הפרעות האכילה השונות.

אם כן, הגורמים להפרעות אכילה אינם ידועים. ככל הנראה מדובר בשילוב של גורמים סיבתיים רבים: ביולוגיים, פסיכולוגיים, תרבותיים ומשפחתיים (Garner & Garfinkel, 1997). נראה כי כל הגורמים הללו כאחד ממלאים תפקיד כלשהו בהתפתחות המחלה (Bruch, 1973).

#### גורמים גנטיים וביולוגיים

בעשור האחרון ניכר מאמץ לספק נתונים מחקריים התומכים בקיומן של נטיות מוקדמות, מולדות, לאנורקסיה נרבוזה ולבולימיה נרבוזה. נושא התורשתיות מקבל לאחרונה תשומת לב מרובה, במיוחד בשל העובדה ששיעור החולים בהפרעות אכילה ובהפרעות רגשיות, ושיעור המשתמשים בסמים ובאלכוהול, גבוהים פי 7-10 במשפחות של חולי אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה, לעומת שיעורם באוכלוסייה הכללית. יש הטוענים כי הפרעת אכילה, המוגדרת כ"התמכרות לרעב", דומה מאד להתמכרויות לסמים ולאalkוהול (Gura, 2008). בקרב משפחות של חולות אנורקסיה נצפתה גם שכיחות גבוהה של תכונות כפייתיות ונטייה לפרפקציוניזם. גם העובדה שנמצאו יותר הפרעות אכילה בקרב תאומים זהים מאשר בקרב תאומי אחווה, מצביעה על קיום רכיב גנטי.

על פי ההסבר הביולוגי, בזמן דיאטה נוצר במוח חומר המשפיע על שחרור הדופמינים (dopamine), מוליכים עצביים במוח. שחרור הדופמינים גורם לתחושה טובה ובה בעת מדכא תיאבון, ולכן החולים בהפרעות אכילה אינם חשים תחושת רעב (Jean et al., 2007). החוקרים רייגיונין, פרת, פתל וגריידנוס (Reijonen, Pratt, Patel & Greydanus, 2003) הצביעו על ממצאי מחקרים המעידים שהתסמינים של הפרעות אכילה שמופיעים מוקדם בגיל ההתבגרות, קשורים יותר לשינויים הגופניים המתחוללים בגיל זה, ואילו תסמינים המופיעים בשלבים מאוחרים של ההתבגרות, קשורים יותר לנושאים של אינדיבידואליזם ועצמאות.

#### גורמים אישיותיים

גורמים אישיותיים אחדים מאפיינים את החולות באנורקסיה נרבוזה: ביקורת עצמית קשה ושאפה לשלמות, ציפיות גבוהות – לעתים לא מציאותיות – מעצמן וסירוב להתפשר (Jacobs et al., 2009). גם רוגיירו ועמיתים (Rujjiero et al., 2002) עמדו על הקשר בין שאיפה לפרפקציוניזם לבין הפרעות אכילה. שאיפתן של הנשים למצוינות אינה מאפשרת להן להשלים עם גופן, אם הוא אינו עומד בסטנדרטים שהן רואות כנכונים. צעירות המפתחות אנורקסיה נרבוזה נוטות, לעתים קרובות, להישגיות רבה בלימודים, ושיעור החולות באנורקסיה מקרב תלמידות מצטיינות בבית הספר העל-יסודי גבוה למדי (דנה ולורנס, 1999). גיל ההתבגרות מתואר בספרות המקצועית כתקופת סיכון: "לא מיניות, היפרדות או נשיות כשלעצמן הן המפחידות את הנערה האנורקטית, אלא משהו כולל הרבה יותר: חיים מלאים בחברת השפע" (בכר, 2001, עמ' 19).

נוסף על כך, צעירות החולות באנורקסיה מאופיינות לעתים כמי שבתהליך התבגרותן לא רכשו כלים להתמודד עם בעיות בצורה בוגרת. בין השאר, הן משתדלות תמיד למלא אחר ציפיותיהם של הסובבים אותן, ולרוב יש להן קושי בהיפרדות ובאינדיבידואליזם. מדובר בדרך כלל בנערות

הקשובות וזמינות לצורכי ההורים או לצורכי אחרים, ואגב כך הן ממלאות את הצורך ב"רוזון" (Yosef, 1998). גורמים נוספים הם חוסר ידע כיצד לבטא רגשות, בעיות במסגרת המשפחתית, ריבוי מעברים (מעבר בית ספר, מעבר דירה, גירושי הורים ועוד), ועבר של התעללות מינית או פיזית (Eating Disorder Awareness and Prevention [EDAP], 1998). דנה ולורנס (1999) ציינו שאנורקסיה עלולה להתעורר בעקבות כל אירוע בחיים הגורם לתחושת תלות ולחוסר שליטה. אירועים כאלה מעוררים בדרך כלל גם רגשות מוקדמים בלתי פתורים הקשורים בפרדה וביציאה לעצמאות, ומצבי משבר שלא טופלו כראוי.

### גורמים תרבותיים וחברתיים

לצד תיאור המאפיינים של אנורקסיה נרבוזה, התסמינים הקשורים בהם, הממצאים הקליניים ומהלך המחלה, מופיעה בספרות המחקרית גם התייחסות נפרדת למאפיינים ספציפיים של תרבות, גיל ומגדר (גולדין, 2002). גורמים תרבותיים, כגון תפיסה דתית שבה סגפנות, עינוי הגוף ועינוי הנפש נחשבים חיוביים, עלולים לגרום לנערים ולנערות לנקוט פעולות של צום או עינוי גוף אחר כדי להיטהר מבחינה רוחנית (לצר, 2007). בעניין זה טען מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא:

*זהו עידן הרזון, זו מחלה חברתית תרבותית. החברה משתנה. לפני חמישים שנה הילדים אכלו אוכל אחר לגמרי ואנחנו היינו מאוד צנועים ויותר פעילים. יש הרבה דברים חברתיים שמשפיעים. אנורקסיה יש במקום שיש עודף מזון. אין בעולם השלישי אנורקסיה. להיפך, יש מחקרים על מהגרים שעלו מהעולם השלישי ותוך דור פיתחו אנורקסיה. בדור הראשון של נשים שהוריהן עלו מאתיופיה יש חולות בבולימיה. באתיופיה הן היו כחושות כי אכלו מזון לא מזין. כאן יש במחלקה לא מעט חולות אתיופיות.*

מנהל המחלקה הביא דוגמה נוספת המחזקת את העניין התרבותי: סיפורם של תושבי אי באוקיינוס השקט, שהיה מבודד למדי ולא היו בו טלוויזיה ותיירות. ברגע שחדרה לאי התרבות המערבית דרך הטלוויזיה, דרך האינטרנט ודרך התיירים – הופיעה גם אנורקסיה. לדבריו, גם חברות המזון גורמות באופן ישיר להשמנה של ילדים. הן מפתות את הילדים באמצעות פרסומות, אריזה מרשרשת ועוד. ומסתבר שגם הורים ומורים, שאמורים לשמש לילדים מודל לחיקוי, מקדמים את התפשטות התופעה.

לצר (2007) שאלה במחקרה "האם המבנה החברתי והתרבותי הייחודי של מדינת ישראל משפיע על משתנים שונים ובכללם עמדות ומנהגים כלפי אכילה, דימוי גוף, נשיות, מיניות, תפקידי מגדר והפרעות אכילה?" (שם, עמ' 453). גולדין (2002) גורסת "שהשיח התרבותי על הפרעות אכילה תרם תרומה משמעותית לעיצובם של מוקדי הדיון – הן האקדמי והן הציבורי באנורקסיה נרבוזה". לצד היבטים כלליים וגלובליים של הפרעות אכילה יש להתייחס גם להיבטים ייחודיים ומקומיים. כלומר, השפעתו של שיח זה על סדר היום העומד לנגד עיניהם של המומחים להפרעות אכילה בא לידי ביטוי, בין היתר, בהטמעת הרעיון של גורם תרבותי בתוך ה-DSM-IV (מהדורת 1994).



בישראל אפשר למצוא הבדלים תרבותיים בנושא זה בין עולים מארצות שונות. לדוגמה, שיעור החולים בהפרעות אכילה בקרב העולים מאתיופיה נמוך יחסית לשיעורם באוכלוסייה הישראלית; גם שיעור היהודים הדתיים החולים בהפרעות אכילה נמוך. ייתכן כי הסיבה לכך נעוצה בעובדה שהיהדות אינה מעודדת סגפנות אלא דווקא מדגישה את חשיבותן של הארוחות המשפחתיות (למשל בשבתות ובחגים). נוסף על כך, הגוף נתפס ביהדות כאובייקט שראוי לשמור עליו ולהזין אותו, והאוכל נתפס כמרכיב חיובי בחיים (לצר, 2007).

העלייה הדרמטית בשכיחות הפרעות אכילה ב-40 השנים האחרונות היא תוצאה של הלחצים החברתיים הרבים המופעלים בעיקר על נשים, ושל הקונפליקטים שהן חוות. הסביבה החברתית רוויה לחצים סמויים וגלויים שמעבירים מסר שאידיאל הרזון מתקשר עם יופי ועם הצלחה. שינוי מהותי בקרב הנשים חל עם התעצמות התנועה הפמיניסטית. השינוי בתפיסה הברורה באשר לתפקידיה של האישה הביא לבלבול כתוצאה מהמסרים הכפולים. מצד אחד, בחברות מסוימות נפתחו בפני נשים הזדמנויות להתפתחות ולביטוי עצמי ואישי, ומצד שני נותרה בחברות האלה הציפייה שנשים תשרתנה את בני המשפחה. דווקא בחברות הללו גדלה שכיחותן של הפרעות האכילה בקרב נשים (בכר, 2001).

במחקרים שנערכו בנוגע לקשר בין הפרעות אכילה לבין עמדות כלפי תפקידי מגדר, נמצאו קשרים חיוביים רבים בין לחץ הנובע מתפקידי מגדר לבין התפתחות הפרעות אכילה. נשים מושפעות מתהליכי החברות אך גם מהרקע התרבותי ומהערכים שלהן, וכן מאירועי חיים הקשורים לתרבות, לפסיכולוגיה ולשינויים במשמעויות חברתיות (APA, 2007; Posavac & Posavac, 2002). נערויות בגיל ההתבגרות חוות השפעות שונות ולעתים אף סותרות מהחברה הכללית, מחברת השווים ומהמשפחה. נערויות שנמצאות בסיכון לפתח אנורקסיה חשות את הלחצים כמופנים כלפי גופן. בקר ובוסלי (Bekker & Boselie, 2002) מצאו כי נשים עם הפרעות אכילה חוות הן לחץ המתקשר לתפקידי מגדר נשיים, כמו חשש מחוסר אטרקטיביות וחשש מהתנהגות אסרטיבית, והן לחץ המתקשר לתפקידי מגדר גבריים, כמו חשש מחוסר יכולת פיזית ומנחיתות אינטלקטואלית. רמות הלחץ שהן חוו היו גבוהות באופן משמעותי בהשוואה לנשים ללא הפרעות אכילה.

יש חוקרים הטוענים כי נשים חוות את המדיה כמקור לחץ עיקרי לרזון. התקשורת מציבה אמות מידה ליופי ולאטרקטיביות באמצעות דוגמניות על רזות מאוד. ככל שהאישה חשופה יותר לתקשורת, כך נטייתה לפתח תסמינים של הפרעות אכילה גדלה (Posavac & Posavac, 2002). ואכן, הרצון של נערויות להיות יפות הוא בין הסיבות המרכזיות להתפתחות הפרעות אכילה (Plotkin, 2009). בקרב ילדים ובני נוער, גם הרצון להשתייך לקבוצת תדמית יכול להוות גורם להפרעות אכילה. למשל, הרצון להיות דוגמנית, שחקנית, חלק מקבוצת מעודדות ועוד, עלול להוביל להתפתחות של הפרעת אכילה בשל הצורך לעמוד בסטנדרטים נוקשים של יופי (Mackey & La-Greca, 2008).

מנהל המחלקה ציין גם כי התופעה של הפרעות אכילה התגברה לא רק בקרב בנות, כי אם גם בקרב בנים, שחלקם סיגלו לעצמם התנהגויות שנחשבו בדרך כלל לנשיות: הם מתאפרים, עונדים תכשיטים, מורידים שערות, משתמשים בקרמים, מתעסקים בגוף, עוברים ניתוחים פלסטיים אופנתיים ועוד. יש טשטוש בין המינים, בנות מתלבשות כמו בנים וכדומה. הטשטוש הזה הביא גם לכך שבנים חולים יותר מאשר בעבר בהפרעת אכילה. לדבריו, בקרב בנים שעוסקים בפיתוח הגוף אפשר למצוא הפרעות אכילה: "הם מקיאים, מתעסקים עם הגוף שלהם. יש לנו בצבא חיילים שמגיעים עם בולימיה".

### גורמים רגשיים

פופינק (Poppink, 1998) טענה כי החולים בהפרעות אכילה הם אנשים פורצי גבולות, אנשים שגבולות עבורם הם אתגר שיש לפרוץ. לדברי פופינק, הפרעת אכילה מתחילה כהתנהגות שעונה על צורך רגשי, וכאשר צורך זה אינו מקבל מענה מתפתחת ההתנהגות לכדי מחלה. במקרה של אנורקסיה, הרעבה עצמית היא מענה לצורך רגשי, והיא אינה פוסקת עד שמתעורר צורך פיזי בטיפול או עד שהחולה מתה. בבולימיה האכילה המופרזת היא המענה לצורך רגשי, ומאחר שהגוף אינו מסוגל להכיל מזון כה רב, הגבול הוא כאבי בטן עזים והתוצאה היא הקאה לצורך אכילה מחדשת. הצרכים הרגשיים יכולים לנבוע למשל מהערכה עצמית נמוכה, מדימוי גוף שלילי ומתחושת בדידות (EDAP, 1998).

ממצאים מחקריים עלה שחוסר שביעות רצון מהגוף הוא המנבא הטוב ביותר להתנהגות דיאטטית (כלומר להתעסקות בדיאטה). חוסר שביעות רצון מהגוף מתקשר באופן בלעדי להפרעות אכילה, בהשוואה להפרעות פסיכולוגיות אחרות. הגורם המתווך במקרה זה הוא הדימוי העצמי, שיכול להיות גם הוא גורם מנבא להתפתחות הפרעות אכילה (Bekker & Boselie, 2002).

אחוז ניכר מן החולות לא מצליחות להירפא. שיעור ההצלחות במחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא עומד על כ-30% מהחולות, וזה שיעור הצלחות נמוך יחסית למחלות אחרות. מדלקת ריאות, למשל, נרפאים כ-99.9% מהחולים. בעניין זה הסביר מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא (בריאיון אישי), כי הפרעת אכילה היא הפרעה רגשית והיא שונה ממחלות אחרות ואף ייחודית בכך שהחולה רוצה להישאר חולה. לחולה יש קונפליקט רגשי שאינו מאפשר להשתחרר מהמחלה, ולמעשה, יש לחולה תחושה של "רווח" מהמחלה, גם אם לא מודעת.

### שכיחות ופרוגנוזה

השכיחות של אנורקסיה נרבוזה עומדת היום על 0.3% לערך, של בולימיה נרבוזה כ-1% ושל הפרעות אכילה לא ספציפיות כ-22%. שכיחותן של הפרעות האכילה עלתה דרמטית בעשורים האחרונים, אך על פי תוצאות מחקרים עדכניים מסתמנת התייצבות בשיעורי השכיחות.

ממרבית המחקרים עולה תמונה של פרוגנוזה גרועה. אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה מייצגות מחלות מתמשכות וכרוניות, החלמה מתרחשת אחרי 3-4 שנים מיום פרוץ המחלה, אם בכלל היא מתרחשת.

החלמה מהמחלה מתרחשת רק אצל 40%-45% מהחולות, החלמה חלקית אצל 30%-35% ואצל 20% מהחולות המחלה נשארת כמצב כרוני.

פרוגנוזה קשה באנורקסיה, וסיכון למחלה ממושכת וכרונית, תלויים בפרק הזמן שעובר מפרוץ המחלה ועד פנייה לטיפול, בהתנהגות כפייתית סביב אוכל וספורט, בהתקפי אכילה והיטהרות, בתחלואה פסיכיאטרית נלווית, ביחסים לא טובים עם המשפחה, בקשיים במיומנות חברתית, ובהתעללות מינית בעבר. פרוגנוזה קשה בבולימיה, וסיכון למחלה ממושכת וכרונית, תלויים בפרק הזמן שעובר מפרוץ המחלה ועד פנייה לטיפול, בהתנהגות כפייתית ובמיוחד בנטייה להתנהגות אימפולסיבית, בשימוש לרעה במשלשלים נוסף על התקפי הזלילה-היטהרות, בנטייה לפגיעה עצמית ולהתנהגות אובדנית, בתחלואה נלווית ובמיוחד בשימוש לרעה בחומרים ממכרים, בהפרעה בשליטה בדחפים, באישיות גבולית ובהתעללות מינית בעבר.

אחוזי התמותה מאנורקסיה נרבוזה נעים בין 5%-20%, והם אחוזי התמותה הגבוהים ביותר מכלל המחלות הפסיכיאטריות. אחוזי התמותה מבולימיה נרבוזה הם 0.3%-0.3%.

#### **שיטות לטיפול בהפרעות אכילה**

בספרות המקצועית יש מגוון של שיטות וגישות טיפוליות בקבוצת המחלות הקשורות בהפרעות אכילה (ראו לדוגמה: גולן וגוגול-אוסטרובסקי, 2001; גוטמן, 2007; דנה, 2007; לצר, 2001; לצר, 2007; לצר ועמיתים, 2003; נוסבוים-פלינט, 2007; Williams et al., 2008; Bulik et al., 2007). הטיפול המקובל כולל פסיכותרפיה, טיפול תזונתי, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ולעיתים טיפול תרופתי.

לצר, גילת וטמיר (2001) דיווחו שהחל מתחילת שנות ה-70 נוסתה ויושמה בהצלחה שיטת ה**טיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי** בצעירות עם אנורקסיה או עם בולימיה, במרכזים טיפוליים להפרעות אכילה באנגליה ובארצות הברית. **המודל הקוגניטיבי של בק** (Beck, Steer, & Brown, 1996) מתמקד בלימוד; המטופלת לומדת לזהות את מחשבותיה השליליות ואת התנהגויותיה השליליות ולשלוט בהן, וכן לבחון את המציאות ולפרשה בצורה נכונה ומציאותית יותר. מוקד הטיפול הוא עידוד המטופלת לבנות מחדש את תוכן החשיבה שלה – לחדול ממחשבות שליליות גורפות ביחס לעצמה, ולהעריך את הישגיה בפועל הערכה מציאותית יותר. הטיפול נעשה על ידי חינוך המטופלת במודל קוגניטיבי של רגשות, לעיתים על ידי דברים שהיא מתבקשת לכתוב או על ידי משימות אחרות. המטופלת מתבקשת לבחון באופן מדעי (scientific observer) את מחשבותיה, ולהתחיל להעלות ספק בבסיס הלוגי של מחשבות אלו.

טיפול באנורקסיה כמה יעדים. היעד הראשון הוא הבאת המטופלת למשקל גוף תקין. הדבר נעשה באמצעות האכלה בזונדה במקרים הקשים, ובשכנוע המטופלת לאכול במקרים קלים יותר (לצר, 2007). היעד השני הוא שליטה בתסמינים הנלווים למחלה; יעד זה מושג באמצעות טיפול פסיכולוגי. הטיפול מתמקד בדימוי הגוף, בהכרה בנורמות אכילה מעוותות ובניסיון לתקן, ובניסיון להתחקות אחר הסיבה להופעת המחלה אצל המטופלת ([www.camoni.co.il](http://www.camoni.co.il)). היו גם ניסיונות לטיפול

תרופתי: שימוש בנוגדי דיכאון, כגון פרוזאק, שעוזרים לשלוט בתסמינים. קיימים גם מחקרים שבדקו את יעילותם של הורמונים המכילים חומצות אמינו והורמוני גדילה בחולי אנורקסיה.

הטיפול בבולימיה שונה במעט מהטיפול באנורקסיה. מאחר שבמקרים רבים של בולימיה לא קיימת תופעה של איבוד משקל והגעה למשקל לא תקין, הטיפול מתמקד בצד הפסיכולוגי. ההתערבות היא קוגניטיבית-התנהגותית ומטרתה שליטה בהתקפי הזלילה. בדומה לטיפול באנורקסיה, גם בבולימיה הטיפול הפסיכולוגי עוסק בדימוי גוף, בנורמות מעוותות של אכילה ובשינוי דפוסי חשיבה הקשורים במזון (Williams, et al., 2008).

### מסגרות טיפול

החולות הקשות בהפרעות אכילה מטופלות במחלקות פסיכיאטריות, במחלקות ייחודיות לטיפול בהפרעות אכילה או במרפאות יום בבתי חולים ובמרפאות עירוניות (גולן וגול-אוסטרובסקי, 2001 ; American Psychiatric Association, 2000). הטיפול בהפרעות אכילה נעשה לרוב על ידי צוות רב-מקצועי (רופאים, פסיכולוגים, תזונאים ועוד). לצר (2007) סקרה את המודלים הטיפוליים הקיימים בישראל. לטענתה מרבית אנשי המקצוע מסכימים כי המודל הטיפולי היעיל ביותר הוא "גישת צוות רב-מקצועי מומחה ומיומן בטיפול בהפרעות אכילה, תוך שימוש בטכניקות טיפול מגוונות ורב-ממדיות המותאמות למטופל ולבני משפחתו..." (שם, 471).

להלן נציג את מסגרות הטיפול השונות: מסגרות אשפוז, מרכזים רפואיים בקהילה או אשפוז יום ובתים שיקומיים בקהילה שהם נושא מחקר ההערכה הנוכחית.

### מסגרות אשפוז

נשים עם הפרעות אכילה, בעיקר עם אנורקסיה, מגיעות לעתים למצבים רפואיים המצריכים אשפוז (מרצון או בכפייה). האשפוז נעשה לרוב במחלקות פסיכיאטריות של בתי החולים, ואם קיימת מחלקה המתמחה בהפרעות אכילה היא תפעל לרוב במסגרת המחלקה הפסיכיאטרית. מטרת האשפוז היא ייצוב המצב הגופני של החולה וטיפול בסיבוכים רפואיים שנוצרו בעקבות המחלה (בעיות בלב, בכליות וכדומה). במהלך האשפוז נערך מעקב הדוק אחר המטופלת, ניתנות תרופות נגד דיכאון וחרדה ומבוצעת האכלה מבוקרת באמצעות מעקב אחר המטופלת בעת הארוחה ולאחריה, או באמצעות זונדה במקרים חמורים. כמו כן ניתן טיפול בוויטמין D ובסידן לשיפור צפיפות העצם (מי-עמי, 2004). בעת האשפוז, ולאחר שיוצב המצב הגופני, ניתן גם טיפול פסיכולוגי שהוא לרוב, כאמור, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי. מטרותיו של הטיפול הפסיכולוגי הן, בראש ובראשונה, שינוי דפוסי חשיבה הנוגעים לתפיסה מעוותת של מזון ושינוי דימוי הגוף.

### מרכזים רפואיים בקהילה או אשפוז יום

הטיפול במרכז רפואי בקהילה או במסגרת אשפוז יום בבית חולים מיועד למי שאינה זקוקה לייצוב המצב הגופני. במסגרת זו החולה נשקלת כדי לוודא כי משקלה תקין, והיא נוטלת תרופות אם קיים צורך בכך. הרופא המטפל אינו בהכרח מומחה להפרעות אכילה. נוסף על כך, הטיפול הפסיכולוגי

ניתן אף הוא במסגרת הקהילתית, ומטרתו כאמור להביא לשינוי דפוסי חשיבה ביחס למזון (לצר, 2007; מי-עמי, 2004).

נשים רבות החולות בהפרעות אכילה, בייחוד אלה החולות באנורקסיה נרבוזה, מוגדרות חולות כרוניות. חולות אלו אושפזו בעבר, טופלו ושוחררו לבתייהן, ולאחר תקופה לא ממושכת חזרו למצבן ההתחלתי ונזקקו לאשפוז חוזר (גור, 2008). לדברי מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא (בשיחה אישית, 2010), כשליש מהחולות יישארו חולות כרוניות, כשליש יצליחו להירפא וכשליש ילמדו לתפקד עם המחלה. לכן התעורר צורך במסגרת שיקומית המסייעת לחולה בתקופת המעבר בין שלב האשפוז לשלב החזרה לחיים נורמטיביים וההתערות המלאה בחברה. המסגרת של בית שיקומי בקהילה שתתואר להלן היא מסגרת המיועדת לתת מענה לצורך זה.

### בתים שיקומיים בקהילה

נוסף על השיטות שנסקרו עד כה, קיימים בתים שיקומיים הדומים למגורים בהשגחה או בהוסטל (residential care). זוהי תכנית טיפולית ושיקומית לטווח ארוך. מסגרת זו מיועדת לסייע לדיירות בשלב המעבר מן האשפוז בבית החולים לחיים הנורמטיביים. דיירות הבית השיקומי לומדות כישורי חיים, כגון בישול, ניקיון, יציאה לקניות, תקשורת בין-אישית ועוד, ולומדות גם כיצד להשתלב בתעסוקה, בלימודים ועוד. הפונות והמופנות לבתים השיקומיים הן חולות ששוחררו מאשפוז או כאלה שמחלתן אינה מצריכה אשפוז אך מצריכה מעקב. בבית השיקומי מתבצעים מעקב אחר המשקל, טיפול פסיכו-תרפויטי וטיפול תרופתי במידת הצורך. צורת טיפול ושיקום זו קיימת בעולם לרוב במוסדות פרטיים ולא במוסדות ציבוריים. מסגרות אלה זולות יותר משמעותית מאשפוז בבית חולים, ובמקרים רבים הן מונעות אשפוזים חוזרים ובכך מביאות לחיסכון כלכלי גדול (Kaye, 2009).

בתים שיקומיים מסוג זה ניתן למצוא ברחבי ארצות הברית ( [www.laurelhilinn.com](http://www.laurelhilinn.com), ) Frisch, ) rebeccashouse.com ועוד). במחקר שבו נסקרו 22 בתים שיקומיים בארצות הברית ( Herzog & Franko, 2006) נמצא כי משך השהות הממוצע בבית שיקומי הוא 83 ימים, עבור מטופלת לאחר אשפוז. השהות בבית השיקומי הייתה יעילה שכן היא הובילה להפחתה בתסמינים. הבתים שנסקרו הציעו שירות למטופלים הסובלים מאנורקסיה, מבולימיה ומהפרעות אכילה לא ספציפיות, וכן למתעמלים כפייתיים.

באתר האינטרנט של הבית השיקומי "Monte Nido Treatment Center" במליבו, קליפורניה שבארצות הברית, יש דיווח על תוצאות מחקר (Brewerton, 2007) שבו נבדקו מטופלים שסיימו את שהותם בבית שיקומי זה בתקופה של 1-10 השנים שקדמו לביצוע המחקר. הנבדקים במחקר היו מטופלים שסבלו מאנורקסיה ומבולימיה (N = 172). נבדקו מטופלים ששהו בבית השיקומי לפחות 30 ימים. ממוצע השהייה בבית למטופלים הסובלים מאנורקסיה היה 96 ימים, ולמטופלים הסובלים מבולימיה - 79 ימים. כל המטופלים שאליהם התייחסו במחקר טופלו במסגרות אחרות

טרם שהייתם בבית השיקומי: פסיכיאטר פרטי, דיאטנית, טיפול במרפאה קהילתית או אשפוז. מן הממצאים עלה כי 88% מהמטופלים שסבלו מאנורקסיה דיווחו כי מצבם השתפר או השתפר מאוד לאחר שהותם בבית השיקומי. כך היה המצב גם בקרב המטופלים שסבלו מבולימיה: 88% מהם דיווחו כי מצבם השתפר או השתפר מאוד.

פריש, הרצוג ופרנקו (Frisch, Herzog & Franko, 2006) הצביעו על כך שהפעלת בית שיקומי למטופלים הסובלים מבעיות אכילה היא צעד נכון מבחינה כלכלית, הן לטווח הקצר והן לטווח הארוך, שכן העלויות נמוכות מעלויות אשפוז. עם זאת, המחקר הצביע על **בעיית פיקוח**: הבתים הללו פועלים ברישיון לאומנה או להשגחה, מעטים מהם פועלים ברישיון ספציפי לטיפול בהפרעות אכילה, ולא קיים עליהם פיקוח ראוי. במרבית הבתים השיקומיים שנבדקו במחקר דווח על גישת טיפול משולבת הכוללת טיפול קוגניטיבי-התנהגותי. בבתים התקיימו טיפול קבוצתי וטיפול אישי בתדירות של אחת לשבוע. ביותר ממחצית מהבתים דיווחו על בדיקות להערכת פעילותם, ובכולם דיווחו על תוצאות חיוביות לאחר 12 חודשים או פחות מסיום השהייה בבית השיקומי.

מנתוני המחקר של פריש ועמיתים (Frisch, Herzog & Franko, 2006) עלה כי מרבית המטופלים היו נשים, והגיל הממוצע היה 22 (המטופלת הצעירה ביותר הייתה בת 8 והמבוגרת ביותר הייתה בת 40). בבתים השיקומיים הועסקו אנשי צוות מנהליים לצד אנשי צוות מן התחום הרפואי (רופא, פסיכיאטר), וכן אנשי טיפול נוספים (כגון מטפלים באמנות ועובדים סוציאליים). בבתים השיקומיים שנסקרו ניתנו טיפול אישי לצד טיפול קבוצתי, טיפול משפחתי, טיפולים בשיטות של הרפואה האלטרנטיבית ועוד.

המודעות לצורך לתת מענה ציבורי לשיקום של צעירות עם הפרעות אכילה, הובילה להקמתם של שני בתים שיקומיים ציבוריים בישראל. האחד הוקם במרכז הארץ, בהוד השרון, בחסות בית החולים שיבא (2008 – 2011) והאחר הוקם בצפון הארץ, ברמת ישי, בחסות המרכז הרפואי רמב"ם (2009 – 2011).

## מעריך ההערכה

המטרות העיקריות של מחקר ההערכה הן לספק משוב לתכנית השיקומית המיועדת לנשים צעירות עם הפרעות אכילה, לאתר נקודות חוזק ונקודות חולשה, למפות גורמים מקדמים וגורמים מעכבים ולספק את הממצאים למפעילי התכנית וליוזמיה. מחקר הערכה מתבסס לרוב על הערכת תהליכים, ומשמש גם ביטוי לאחראיות (accountability) וללמידה ארגונית (פרידמן, 2005). באמצעות הערכת תהליכים אפשר לבדוק אם הושגו המטרות שיועדו לתכנית השיקומית, ולבחון את תרומתה להשתלבותן מחדש של הנשים בחברה, להעצמת הנשים ולשיקומן הגופני והנפשי.

להלן נציג את שאלות ההערכה, את אוכלוסיית היעד, את הנחקרים ואת כלי ההערכה שבאמצעותם נאספו הנתונים בשני הבתים השיקומיים, בהוד השרון וברמת ישי. לבסוף נציג את דרכי עיבוד הנתונים.

### מטרות ההערכה

להערכה הוגדרו מראש שלוש מטרות:

- א. לספק משוב במהלך הקמתו של הבית השיקומי ובמהלך הפעלתו הניסיונית;
- ב. לזהות נקודות חוזק ונקודות חולשה בהקמה של הבית השיקומי ובהפעלתו, ולהעלות הצעות להמשך פיתוח ולשיפור;
- ג. להעריך את מידת קידום המטרות של הבית השיקומי, דהיינו את ההתקדמות ואת השיפור הבריאותיים (פיזיים ונפשיים), האינטלקטואליים, החברתיים והבין-אישיים של דיירות הבית השיקומי, ואת תרומתם של כל הללו לשיקום הדיירות ולשילובן העצמאי בחיי היומיום בקהילה.

### שאלות ההערכה

בשאלות ההערכה התייחסנו לתנאים המוקדמים של התכנית ולהיערכות שנעשתה לקראת הפעלתו של הבית השיקומי (הכוונה בעיקר לבית ברמת ישי). עוד ביקשנו לבחון את תהליך הפעלת התכנית ואת השינויים שחלו במהלך הזמן. נוסף על כך נבדקו התוצרים שהתקבלו, ותרומתה של התכנית למשתתפות בה. להלן פירוט שאלות ההערכה שבהן התמקדנו בכל אחת מהתכניות:

### תנאים מוקדמים

1. מהו הרציונל של הבית השיקומי ומהן מטרותיו?
2. מהי ההגדרה של אוכלוסיית היעד?
3. אילו מדדי הצלחה הוגדרו להערכת הבית השיקומי?
4. מהו פרופיל הדיירות בבית השיקומי (מאפייני רקע אישיים, מאפייני רקע על ההפרעה ומערכות התמיכה ואופיין)?
5. אילו פעולות הכנה נעשו לקראת הפעלת הבית, כולל היערכות פיזית, מקצועית, מנהלית ותקציבית?

6. מהם הצרכים של הדיירות, מניעיהן להצטרפות לבית השיקומי, רגשותיהן כלפיו וציפיותיהן ממנו, ומהן הציפיות של יתר הגורמים המעורבים?

### תהליכי הפעלת התכנית

1. כיצד תורגמו מטרות התכנית לעשייה בשטח (מודל ההפעלה ואבני הדרך שלו; תיאור התפקידים, התשומות והשירותים, התנהלות הבית ושינויים והתפתחויות שחלו בהפעלת הבית)?
2. מהם השינויים וההתפתחויות שחלו בהפעלת התכנית?

### תוצרים

1. מהי תפוסת הבית – לכמה דיירות נתן צוות הבית שירות בתקופת ההערכה (כולל פניות, קבלה, נשירה)?
2. מהי מידת התקדמות הדיירות בתהליכי השיקום (נמדדה על פי מידת היציבות של ערכי ה-BMI והתפתחות על פי מדדי הצלחה)?
3. באיזו מידה נתפס הבית השיקומי כתורם בעיני הדיירות, ומהי מידת שביעות רצון ממנו?
4. לתפיסתם של מפעילי התכנית, בעלי התפקידים והדיירות – מהי מידת השגת המטרות ומימוש הצפיות?
5. לתפיסתם של מפעילי התכנית, בעלי התפקידים והדיירות – מהם הקשיים והלבטים העולים בהפעלת הבית השיקומי?

### אוכלוסיית היעד של התכנית

להלן נתאר את אוכלוסיית היעד ואת מדגמי המחקר של כל אחד מהבתים:

### הוד השרון

1. במסמכי ההצעה שהוגשה לביטוח הלאומי (בתאריך 9.7.2007) צוין שהתכנית מיועדת לכעשר נשים בנות 18-30 שישוהו בבית השיקומי בו בזמן. יכולות להתקבל לבית מי שאובחנה אצלן (באחד מהמרכזים המוכרים בארץ) אחת מארבע הפרעות האכילה הבאות: אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, הפרעת אכילה בולמוסית והפרעות אכילה לא טיפוסיות.
2. לרוב הנשים תחלואות פסיכיאטריות נלוות: התמכרויות, הפרעות אישיות, הפרעות חרדה, הפרעות של מצב רוח, הפרעות של דחף.
3. מדובר בנשים בסיכון. נשים שהגיעו פעמים רבות לחדרי מיון ואושפזו ביחידות לטיפול נמרץ, במחלקות פסיכיאטריות וביחידות להפרעות אכילה. תוך זמן קצר בלבד משחרורן מהמסגרות הטיפוליות האלה הן חוזרות למצבן הראשוני.

מדגם המחקר בהוד השרון – בשנה הראשונה להערכת התכנית נכנסו לתכנית 11 נשים, ומרביתן נשארו עד לסיום התהליך. בשנה השנייה (ועד לסיום איסוף הנתונים ביוני 2011) היה הבית בתפוסת



מלאה - שהו בו 14 נשים, וזאת אף על פי שהוא תוכן במקור לשכן עד 10 דיירות. שינוי התרחש לאחר שלוש שנים, בעקבות המעבר לאחריות משרד הבריאות.

#### רמת ישי

על פי מסמכי התכנית, תוכן הבית השיקומי לנשים צעירות, בגילים 18-32, שהשתחררו מאשפוז או שמקבלות בפועל טיפול אמבולטורי, ואשר נמצאות בתהליך של החלמה ממחלתן. מדובר ב-15 צעירות שתשתקמנה בבית השיקומי בכל שנה במסגרת מעבר מובנית, שכוללת לינה וגשר הדרגתי לחיים עצמאיים בקהילה.

מדגם המחקר ברמת ישי – בשנה הראשונה להערכת התכנית נכנסו לתכנית 14 נשים וגברים, אך מרביתן לא התמידו (רק שתיים סיימו את התהליך). בשנה השנייה (ועד לסיום איסוף הנתונים ביוני 2011) שהו בבית 14 נשים.

#### **מקורות איסוף הנתונים**

כלי ההערכה שבהם השתמשנו: תיעוד הנהגה בבית על ידי צוות הבית, על ידי תצפיות, על ידי ראיונות, באמצעות שאלונים ובאמצעות מאגר מידע ממוחשב. יש לציין שהכלים פותחו בשיתוף פעולה עם מפעילי הבית ובתיאום עמם.

#### א. תיעוד

- מסמכים: מסמכי הקמה, מסמכי תכנית;
- פרוטוקולים משיבות;
- סיכומים של מסמכי מעקב;
- תכתובות.

#### ב. תצפיות

- בוועדות היגוי (לכל אורך הערכת התכנית);
- בפעילות קבוצתית של הדיירות עם מנהלת הבית ועם העובדת הסוציאלית (רק ברמת ישי, רק בשנה הראשונה להערכה);
- בישיבות צוות (רק ברמת ישי, רק בשנה הראשונה להערכה).

#### ג. ראיונות

התקיימו ראיונות פורמאליים מובנים למחצה, וראיונות מזדמנים בלתי פורמאליים. לכל ראיון נבנה תדריך ספציפי בהתאם למטרת הראיון, לשלב שבו בוצע ולתפקידו של המראויין. רוב הראיונות נערכו בבתי השיקומיים. הראיונות עם המפעילים היו ממושכים יחסית (בין שעה לשעתיים), לעומת ראיונות עם הדיירות, שהיו קצרים יותר ונמשכו כחצי שעה בלבד. הראיונות הפורמאליים התקיימו עם בעלי התפקידים הבאים:

- מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית חולים שיבא רואיין בכל אחת משתי שנות ההערכה – בתחילת השנה ובסופה; מנהלת המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם רואינה בכל אחת משתי שנות ההערכה – בתחילת השנה ובסופה.
  - מנהלות הבתים. בשנה הראשונה: בהוד השרון – בתחילת השנה ובסופה; ברמת ישי - בתחילת השנה, באמצעה ובסופה. בשנה השנייה התקיימו ראיונות בשני הבתים בתחילת השנה ובסופה.
  - העובדות הסוציאליות בשני הבתים בשתי השנים: בתחילת השנה ובסופה;
  - הדיאטניות בכל אחת משתי שנות ההערכה – בתחילת השנה ובסופה;
  - אם הבית בהוד השרון – בתחילת השנה הראשונה ובסופה; ברמת ישי – בכל אחת משתי שנות ההערכה – בתחילת השנה ובסופה;
  - מנהלת העמותה המפעילה את הבית בהוד השרון – בשנה הראשונה.
- ראיונות שהתקיימו עם הדיירות:

- דיירות הבית רואיניו בשלבים שונים של השהות בבית במהלך שתי שנות ההערכה;
- בוגרת אחת שסיימה את השהות בבית (נעשו ניסיונות רבים לראיין בוגרות נוספות, ללא הצלחה).

**בהוד השרון** התקיימו בשנה הראשונה 16 ראיונות פורמאליים מובנים למחצה. בשנה השנייה התקיימו 9 ראיונות כאלה. סך הכול התקיימו 25 ראיונות פורמאליים, נוסף על ראיונות מזדמנים בלתי פורמאליים.

**ברמת ישי** התקיימו בשנה הראשונה 18 ראיונות פורמאליים מובנים למחצה. בשנה השנייה התקיימו 9 ראיונות כאלה. סך הכול התקיימו 27 ראיונות פורמאליים, נוסף על ראיונות מזדמנים בלתי פורמאליים.

#### ד. שאלונים

נבנו שאלונים ייעודיים לשלבים השונים של הפעלת התכנית ולשלבים השונים של ההערכה. השאלונים נבנו במטרה להעריך ציפיות, עמדות, פעילויות ושירותים, שביעות רצון ותרומות שהתקבלו בשלבים השונים ועל ידי נבדקים שונים. השאלונים נבנו תוך התאמה לייחודיותה של תכנית השיקום בבית. להלן פירוט הנושאים שנכללו בשאלונים:

- **שאלון ציפיות מהתכנית לדיירות הבית.** מטרת השאלון לאתר ציפיות וצרכים. השאלון הועבר בשלבים הראשונים של ההצטרפות לבית.
- **שאלון ציפיות למדריכים.** מטרת השאלון לאתר ציפיות וצרכים. השאלון הועבר בראשית התכנית.
- **שאלון דיווח על פעילות קבוצתית.** מטרתו: לעקוב אחר סוגים שונים של פעילות קבוצתית עם הדיירות. דיווחו: מנהלת הבית, העובדת הסוציאלית, הדיאטנית.
- **שאלון דיווח על פעילות ייחודית.** מטרתו: לעקוב אחר פעילויות ייחודיות בבית. דיווחו: מנהלת הבית.

- **שאלון משוב לדיירות.** מטרתו: לבחון שינויים בעקבות התכנית, ולבחון עמדות כלפי התכנית. השאלון הועבר לקראת תום שהותן של הדיירות בבית השיקומי או לאחר יותר משה חודשים של שהייה בו.
- **שאלון משוב למדריכים.** מטרת השאלון: תיאור מצב ובחינת שינוי אצל הדיירות בעקבות התכנית, ובחינת עמדות המדריכים כלפי התכנית. הוא הועבר בתום כל אחת משנות ההערכה.

#### ה. מאגר נתונים ממוחשב

נבנה מאגר נתונים ממוחשב, כפי שהוצע למפעילים וגובש בתיאום עמם בתחילת מחקר ההערכה. המפעילים עדכנו את המאגר אחת לרבעון. הזנת הנתונים על כל אחת מהדיירות (או מהמועמדות) נעשתה תוך שמירה קפדנית על כללי האתיקה. נתוני הדיירות נרשמו על ידי המפעילים והועברו לצוות המחקר על פי קוד, ולא על פי שם, על מנת לשמור על עקרונות הפרטיות וסודיות המידע. הנתונים במאגר כללו מאפייני רקע, כגון גיל, השכלה, סוג הפרעת האכילה, אשפוזים, BMI, תסמינים, ציפיות מהבית, לימודים ועבודה, התנדבות, יחסי אנוש, מערכות תמיכה ועוד. קבצי נתונים אלה הם מקור מידע מרכזי למאפייני הדיירות, לתפקודן ולהתקדמותן בבית. מאגר נתונים זה עשוי לשרת בעתיד את מפעילי התכנית ככלי שימושי ויעיל שיחסוך עבודת ניירת רבה ויקל על קבלת תמונה משולבת מלאה.

על פי הנתונים שהועברו אלינו ממפעילות שני הבתים, עודכן קובץ הנתונים בקביעות בשנה הראשונה. השנה השנייה אופיינה בשינויים מערכתיים וארגוניים, ובגידול מהיר של הבתים (בעיקר של הבית ברמת ישי). הדבר הטיל עומס כבר על מפעילי הבית, ולכן העדכון במאגר לא היה רצוף.

בלוח 1 מפורטים הכלים שבהם השתמשנו לאיסוף הנתונים בהתאם לשאלות ההערכה.

**לוח 1: שאלות ההערכה והכלים למתן התשובות**

מאגר ממוחשב	תצפיות	שאלונים	ראיונות	מסמכים	שאלות ההערכה
<b>תנאים מוקדמים</b>					
					1. רציונל, מטרות ומדדי הצלחה
+		+	+	+	2. מאפייני אוכלוסיית היעד
+		+	+	+	3. מדדי ההצלחה
			+	+	4. פרופיל הדירות
+			+	+	5. פעולות הכנה לקראת ההפעלה
		+	+	+	6. צרכים, מניעים וציפיות של הדיירות
<b>הפעלת התכנית</b>					
					1. תרגום המטרות לעשייה
+	+	+	+	+	2. שינויים והתפתחויות בהפעלה
+					
<b>תוצרים</b>					
					1. תפוסת הבית
+			+		2. מידת ההתקדמות בתהליך השיקום
+		+	+		3. תרומה לדיירות ולסגל
+		+	+		4. השגת המטרות ומימוש הציפיות
	+	+	+		5. קשיים ולבטים בהפעלת הבית

**מהלך איסוף הנתונים**

בתחילת השנה הראשונה להערכה נאספו מסמכי ההקמה, תקנוני הבתים ומסמכים נוספים שפיתחו המפעילים. צוות המחקר החל להשתתף בישיבות של ועדות ההיגוי השונות. נערכו ראיונות בתחילת השנה ובסופה עם בעלי התפקידים ועם הדיירות בשני הבתים. חולקו שאלוני ציפיות וצרכים לדיירות ולמדריכים למילוי בתחילת השנה. לאחר יותר משישה חודשי שהות בבית חולקו שנית שאלוני משוב, ולקראת סוף השנה הראשונה חולקו שוב שאלוני משוב אלה לדיירות ולמדריכים, וזאת על מנת ללמוד על התהליך השיקומי. השאלונים למדריכים נשלחו בצירוף מעטפה סגורה (כדי שהמדריכים יעבירו את השאלונים המלאים במעטפה זו). נתוני מאגר הנתונים הממוחשב הועברו אלינו בתדירות של אחת לשלושה חודשים בשנה הראשונה, ואילו בשנה השנייה בתדירות נמוכה יותר.

## רציונאל, מטרות ומדדי הצלחה של הבתים השיקומיים: תכנון לפני ביצוע

### רציונל ומטרות

הרעיון להקים את הבתים השיקומיים מושתת על ההכרה ההולכת וגוברת בהתפשטות התחלואה בהפרעות אכילה, ועל מחויבותה של המדינה לתת טיפול הולם לכל אזרח כפי שמוגדר בחוק הבריאות. החולים בהפרעה זו מטופלים לסירוגין במחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא בתל השומר או במרפאה במרכז הרפואי רמב"ם. הוצאות המדינה על אשפוזים חוזרים ונשנים ועל טיפולים גבוהות ביותר, וכל אלה אינם מבטיחים החלמה. יוזם התכנית, מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים תל השומר, טוען כי לאחר האשפוז נחוץ טיפול רפואי ושיקומי מורכב לטווח ארוך, שיקום הכולל שימוש במשאבים משולבים - שירותי רפואה, רווחה ושיקום. כלומר, נמצא כי אין די במתן מענה טיפולי בבית החולים לנערות ולנשים עם הפרעות אכילה, ויש צורך לקיים רצף טיפולי-שיקומי כדי להחזירן לחיים תקינים ולהתערות בחברה ובקהילה. ההנחה היא שללא מסגרת שיקומית מסודרת בקהילה, החולות עלולות להיכנס למצב כרוני שכרוך באשפוזים תכופים ובתחלואה גופנית ונפשית קשה, ואז כבר יהיה קשה מאוד לסייע גם למי מהן שיגלו מוטיבציה להשתקם ולשנות.

עד שנת 2007 לא היו במגזר הציבורי בישראל מסגרות שיקום שמתאימות לנשים עם הפרעות אכילה, הזקוקות למסגרת מובנית שכוללת לינה ומהווה מעבר הדרגתי לחיים עצמאיים בקהילה. הקמת הבית השיקומי "אמצע הדרך" בשנת 2008 בחסות בית החולים שיבא, נועדה לתת מענה לאוכלוסייה הנזקקת לשירות באזור המרכז, בעוד שהבית השיקומי "צידה לדרך", שהוקם בשנת 2009 בחסות המרכז הרפואי רמב"ם, נועד לשרת את אזור הצפון.

בית "אמצע הדרך" נפתח כניסיון הראשון בארץ, וזכה להכרה ממשד הבריאות לאחר שלוש שנות הפעלה מוצלחות. בעקבות ניסיון זה הוכרו צעירות המחלימות מהפרעות אכילה כזכאיות לסל שיקום, ובתום הניסיון הועבר הבית לחסות משרד הבריאות. המרכז הרפואי רמב"ם הציע מודל שיקומי הדומה במתכונתו לזה שמציע משרד הבריאות במסגרת סל השיקום הניתן לאנשים הסובלים ממחלת נפש, אך במתכונת מותאמת לצרכי המשתקמות מהפרעות אכילה. יוזמי התכנית ציפו כי הבתים השיקומיים ישמשו מקום לחיזוק כישורי חיים וכישורים חברתיים, תוך מתן דגש על מיומנויות אישיות לשילוב נורמטיבי בקהילה. מדובר במודל ייחודי וחדש, שאינו קיים בארץ או בחו"ל.

מטרת הבתים, אם כן, היא שיקום תפקודי של נערות ונשים עם הפרעות אכילה לאחר תקופת האשפוז, בהיבט חברתי, השכלתי ותעסוקתי. ההנחה היא כי בכך יתאפשר להכין את הדיירות בהדרגה לחיים עצמאיים בקהילה. מסגרת זו נתפסת כבעלת יכולת לאפשר את הרצף הטיפולי-שיקומי הדרוש בין הטיפול הרפואי בבית החולים לבין השיקום בקהילה, ולקדם התפתחות אישית נורמטיבית מחוץ לבית המוצא (בבית המוצא נחשפות לעתים הנשים הצעירות לאימא עם הפרעת אכילה, לניצול מיני, להורים מסוכסכים ועוד, והדבר עלול לפגוע בתהליך השיקום).

תוכנן כי הבית יקדם שיקום תעסוקתי והכשרה מקצועית, בשיתוף עם הביטוח הלאומי. צעירות אלו זקוקות למסגרת מעבר מובנית שכוללת לינה, שתהווה גשר הדרגתי לחיים תקינים בקהילה. לרוב אין לנשים אלו תמיכה משפחתית וחברתית מספקת, כפי שנדרשת לתהליך שיקומי הדרגתי זה. ההנחה הייתה כי בית "צידה לדרך" יגדיל את מספר המענים הציבוריים בקהילה. השלב הניסויי בשני אזורים בארץ נועד להרחיב את הידע ואת התובנות לגבי שיטות ההתערבות ההולמות את צורכי השיקום של אוכלוסייה זו בקהילה (מתוך מסמך ההצעה שהוגש לביטוח הלאומי, 16.7.2008).

### מטרות כלליות

לתכנית כמה מטרות כלליות:

1. ליצור מסגרת מעבר לחיים עצמאיים – לאפשר חיים מחוץ למסגרת המשפחה, ולהקנות מיומנויות לחיים עצמאיים וללקיחת אחריות;
  2. ליצור רצף טיפולי בקהילה;
  3. להכין את המשתקמות ולכוון אותן לתכנית תעסוקתית-מקצועית המותאמת לכישוריהן וליכולתן. הכוונה לנתב אותן, במידת האפשר, ללימודים לקראת רכישת מקצוע, להשתלבות בהתנדבות בקהילה, או לעבודה בהתאם לשלבי השיקום;
  4. לשקם את היחסים של המשתקמת עם בני משפחתה, ולגייס, ככל האפשר, את בני משפחתה לעזרה בתהליך השיקום ולתמיכה בו;
  5. לעזור למשתקמות בבניית מערכת תמיכה חברתית, במציאת כלים לתקשורת בין-אישית ובפיתוח אסרטיביות, הערכה עצמית ויכולת ביטוי רגשי;
  6. לשמור ולחזק את ה**הפוגה** (remission) בתסמיני הפרעת האכילה.
- מן המסמכים, מן הראיונות ומן השאלונים עולות מטרות הכוללות היבטים שיקומיים, מערכתיים וקליניים שצוינו על ידי משיבים שונים בסדר שונה. כך, למשל, ראה ראש המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא את המטרה הכלכלית כמטרה ראשונה במעלה, ולעומתו ראו מנהלת הבית, העובדת הסוציאלית, המדריכים והדיירות בשני הבתים, את המטרה השיקומית כחשובה ביותר. להלן נפרט את מטרות התכנית בהיבטים השונים, כפי שעולה מן המסמכים, מן הראיונות ומן השאלונים.

### מטרות שיקומיות

לנגד עיניהם של מנהלי התכנית עומד שיקום הכולל רכישת מיומנויות וכישורים פיזיים, רגשיים, אינטלקטואליים, חברתיים ובין-אישיים נחוצים. השיקום נועד גם כדי לאפשר לחולות לזהות ולחזק יכולות וכישורים הקיימים אצלן בתחומים הקוגניטיבי והחברתי, לפתח כישורים חדשים בהתאם ליכולותיהן, לחזק כוחות התמודדות והסתגלות ולרכוש מיומנויות בשטחי חיים יומיומיים מגוונים. מדובר במקום "שיעזור לדיירות וילמד אותן איך להתחיל עבודה, לימודים, כיצד להתכוון לריאיון עבודה, הכנת קורות חיים, כלומר – המרכיב ההתנהגותי שלהן בתוך השיקום. הן מתקשות בזה ולא יודעות איך לעשות את זה" (העובדת הסוציאלית של בית "אמצע הדרך"). כלומר, מפעילי התכנית סבורים שבשיקום צריך לשלב בין פיתוח מיומנויות אישיות לבין שימוש במשאבים חיצוניים.

הוגי התכנית מיקדו מטרות שיקומיות אלה ביעדים המעשיים הבאים:

- הדרכה פסיכו-חינוכית לחיזוק מיומנויות חברתיות ובין-אישיות.
- הדרכה כיצד לממש את זכויותיהן בתחום השיקומי, לרבות גמלת הנכות מהמוסד לביטוח לאומי וסל שיקום ממשרד הבריאות.
- הקניית הרגלי חיים בריאים והדרכה בדבר היגינה אישית וסביבתית, ניהול משק בית (הכנת ארוחות, ניקיון הבית, קניות, כביסה וניהול תקציב אישי) ועריכת קניות בצורה כלכלית ומאוזנת
- דגש על שיקום תעסוקתי הכולל הכנה, הכשרה, השמה ומעקב תומך אחר המעסיקים. הקניית מיומנויות שיאפשרו חיפוש מקום עבודה, ופיתוח כישורים של התנהגות חברתית הולמת בעבודה.

#### מטרה מערכתית

במסמכים שהוגשו לביטוח לאומי על ידי מתכנני הבית צוין, כי מטרות הבית כוללות גם שינוי מערכתי של הסביבה הקרובה של המשתקמות. הדגש הוא על צמצום הדרישות של הסביבה ועל הרחבת מסגרות התמיכה המשפחתיות, החברתיות והכספיות בהתאם ליכולת של המשתקמת.

בהקשר לכך נוסחו מספר יעדים מעשיים: יצירת קשר עם גורמים חברתיים ותעסוקתיים (קרן מפעלי שיקום, מתנ"סים קהילתיים, מקומות עבודה פרטיים) והכוונה לפיתוח ולמציאת עיסוקים לשעות הפנאי.

שתי מטרות מערכתיות נוספות, שרלוונטיות בעיקר לבית השיקומי ברמת ישי בשנתו הראשונה: הדרכה לחיזוק הקשר עם המשפחה ועם החברים, על מנת ליצור מסגרת תמיכה רחבה ככל האפשר, הסברה קהילתית והגברת המודעות להפרעות אכילה על ידי מומחים בתחום.

#### מטרה קלינית

בית "אמצע הדרך" בהוד השרון מיועד לחולות ללא תסמינים פעילים, בעוד בית "צידה לדרך" ברמת ישי מיועד לחולות במצב חלש יותר – בשנה הראשונה הושם דגש על תסמינים פעילים ובשנה השנייה על כוחות אגו. המטרות הקליניות ורמת הפיקוח והאכיפה משתנים אפוא מבית לבית.

בבית "אמצע הדרך" נכללו כמטרות גם צמצום או מיגור של התסמינים הפעילים של הפרעת האכילה, של התגובות האישיות הבלתי הולמות ושל המוגבלות התפקודית. לצורך כך נוסחו שלושה יעדים מעשיים: טיפול תזונתי שבועי, טיפול פסיכו-תרפויטי ומעקב פסיכיאטרי.

הטיפול התזונתי השבועי כולל הדרכה ומעקב אחר אכילה מאוזנת, אכילה על פי תפריט והימנעות מהתנהגויות שליליות הקשורות להפרעת האכילה, כגון שקילה, ספירת קלוריות, הקאות או שימוש במשלשלים. הטיפול הפסיכו-תרפויטי הנלווה מותאם לבעיות הנפשיות והאישיותיות של

המשתקמת. המעקב הפסיכיאטרי נועד לצורך איזון תרופתי ולמתן מענה במצבי משבר.

ברמת ישי, לעומת זאת, המטרה המרכזית בבית היא (בעיקר בשנה הראשונה): "להשיג על הדיירות שיאכלו לפי התפריט, כי לבד הן לא היו עושות את זה. כאן הן מחויבות, וזה חלק מכללי הבית. על זה 'יושב' הבית: להיות בארוחות, לאכול, לא לצמצם" (העובדת הסוציאלית). היבט זה עולה גם מהמסמך שהוגש לביטוח הלאומי: "צמצום ומיגור הסימפטומים הפעילים של הפרעות אכילה ושל התנהגויות לא מסתגלות ברמה תפקודית, בינאישית ומקצועית". ניתן להשיג מטרה זו בטיפול תזונתי שבועי הכולל הדרכה לאכילה מאוזנת על פי תפריט; פיקוח ושמירה על דפוסי אכילה תקינים והימנעות מדפוסים הרסניים שמיועדים לווסת משקל (כמו ספירת קלוריות, שקילה מרובה, אכילה ממושכת וטקסית, הקאות יזומות, משלשלים, משתנים, כדורי הרזייה, ספורט כפייתי, חוקנים); טיפול פסיכותרפויטי, פסיכיאטרי, רפואי ותרופתי נלווה, בהתאמה לצורכי המשתקמת ותוך מעקב קפדני.

אם כן, בשני הבתים, למרות ההבדלים ביניהם, המטרה היא לאפשר לבוגרת "חציית גשר בין אשפוז לחיים עצמאיים". בבתי השיקומיים ניתן ללמוד איך לשלב בין ההתמודדות עם המחלה לבין החלמה וניהול חיים תקינים, קרי, להתנהל בצל המחלה. עם זאת, הדרך להשגת המטרה משתנה, בשל מובחנות במאפייני הדיירות ובמיקומן על רצף הריפוי והשיקום.

#### מטרה כלכלית

הקמת הבתים נבעה גם מהרצון לחסוך משמעותית בהוצאות הטיפול. אחוז האשפוזים החוזרים במחלקה, והטיפול במרפאה, שמתואר בספרות כ"דלת מסתובבת", הביא את המתכננים למסקנה שיש צורך בהמשך טיפול במסגרת שיקומית מתאימה, כדי לנסות ולמנוע את הנסיגות. לעתים החולות מתאשפזות לסירוגין עשרות פעמים במהלך חייהן. על-כך אמר ראש המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים תל השומר: "ראינו שאפשר להשקיע בחולה 5-6 חודשי טיפול אינטנסיביים, בעלויות בסיסיות גדולות מאוד, [שכן] רק השהות שלה במחלקה היא בסביבות 25 אלף שקל לחודש, ולחצי שנה – 150 אלף שקל. מבחינה כלכלית משקיעים סכום [גבוה מאוד] ואחרי חודשיים [או חצי שנה] היא [המטופלת] חוזרת לאותו מצב. באיזה שלב לקחתי חולות שאני מטפל בהן 1-15 שנים. הלכתי למשרד הבריאות והראיתי שבחמש שנים הן עלו [למדינה] 5 מליון שקל". מכל האמור עולה כי במונחי עלות, הטיפול בכל חולה עלה למדינה מאות אלפי שקלים (מאות ימי אשפוז), והוא עלול לעלות סכומים דומים גם בעתיד. מנהלי התכנית אמנם היו מודעים לעלות הלא זניחה שבהקמת מסגרת טיפולית מתאימה, אך הניחו כי לטווח הארוך הבית יחסוך כסף רב למדינה.

**לסיכום**, המטרות שהניעו את יוזמי התכנית להקים את הבתים השיקומיים כללו היבטים שיקומיים, מערכתיים, קליניים וכלכלית, תוך דגש על ההיבטים הקשורים לניהול חיים נורמטיביים. התבוננות במטרות בשני הבתים מצביעה על דמיון רב ביניהן, אף על פי שהבתים יועדו לאוכלוסיות שונות מבחינת חומרת מצבן של החולות בעת הקליטה. מהראיונות עם המפעילים עולה כי במהלך הפעלת התכנית לא חלו שינויים עקרוניים במטרות אלה. עם זאת, כיום, לאחר ההתנסות



בפועל (ונעמוד על כך בפרקים הבאים), עולה מטרה נוספת שלא הובלטה בתחילת הדרך – הצורך ליצור מסגרות המשך לבתים. התברר שבניגוד למצופה, יש דיירות שלא יוכלו להשתלב בקהילה ללא תיווך.

#### **מטרות ורציונאל – מה הלאה?**

בין יוזמי הבתים יש הסכמה גורפת בדבר הצורך ליצור מסגרות עבור הדיירות לאחר סיום תקופת השהות בבית השיקומי. הכוונה לדיור מוגן על סוגיו השונים: דיור מוגן מתוגבר, דיור מוגן ודיור לוויין. גם בבית "אמצע הדרך", שבו שוהות דיירות בעלות כוחות אגו חזקים יותר, מסתבר כיום, לאחר הפעלת הבית במשך שנתיים, כי לדיירות אחדות נדרשת מסגרת ביניים נוספת. במקרים קיצוניים תשמש מסגרת ביניים זו כמסגרת קבועה. כלומר, אפילו חלק מהדיירות בבית הזה, נזקקו לדיור מוגן קבוע כדי לתפקד בקהילה. היבט זה לא הובא בחשבון בראשית התהליך. בבית "צידה לדרך", שבו הקשיים רבים וגדולים יותר בשל מצבן של הדיירות, תפיסה זו נכונה למרבית הדיירות. מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים תל השומר לקח את הרעיון צעד נוסף קדימה וגרס כי: "יש ליצור מרכז יום, בית פתוח, מרכז עירוני קהילתי וכדומה, שבו החולות תקבלנה את הטיפולים ותהיינה פעילות בתוך הבית". לתפיסתו, "זהו המודל המתקדם שאפשר לחשוב עליו. באמריקה המונח הוא "half way out", שזה דיור מוגן שהוא רמה יותר חופשית של חיים בו אין השגחה יום-יומית. יש אם בית שעובדת, יש קבוצות, יש קשר בין הדיירים אבל לא השגחה צמודה 24 שעות".

בפרקים הבאים יתוארו המאפיינים הייחודיים, ההתנהלות, התוצרים, הקשיים והתרומות – עבור כל בית בנפרד.



**שער ראשון:**

**הבית השיקומי  
"אמצע הדרך" – הוד השרון**

(בחסות בית החולים שיבא בתל השומר)

בית "אמצע הדרך" הוקם בארבעה במאי 2008, בחסות בית החולים שיבא. הוא ממוקם בהוד השרון ומטרתו לפעול לשיקומן של צעירות המצויות בשלבי החלמה שונים מהפרעות אכילה. זה הבית הציבורי הראשון שהחל להציע שיקום לצעירות עם הפרעת אכילה.

בשנת 2007 נידונה התכנית הניסיונית, ואושרה הקמתו של בית שיקומי לצעירות המחלימות מהפרעות אכילה במרכז הארץ. הגורם היוזם היה בית חולים שיבא, ביוזמת ד"ר איתן גור העומד בראש המחלקה לפרעות אכילה. עמותת "נופית" נבחרה להפעיל את הבית מבחינה אדמיניסטרטיבית. המפעילים שכרו בית מרווח בהוד השרון, ציידו אותו, וגייסו כוח אדם מקצועי בשיתוף מלא עם בית החולים, עם משרד הרווחה ועם משרד הבריאות. בשלב הבא הופצו איגרות למטפלים בקהילה ואיגרות להורי המטופלות, הוכנו טופסי קבלה וטפסים אחרים, נוסח תקנון המכיל את נוהלי הבית, והוכנה תכנית שבועית עם סדר יום מובנה. ועדת ההיגוי כללה נציגים משיבא, ממשד הבריאות, ממשד הרווחה ומהביטוח הלאומי, ונוסף עליהם את מנהלת הבית ואת מנהלת העמותה המפעילה את הבית. החל מהשנה השנייה נכללו בוועדת ההיגוי גם צוות של חוקרות מהמכללה האקדמית בית ברל, שהחלו ללוות את יישום התכנית באופן שוטף.

## תקציר

דו"ח ההערכה הנוכחי מסכם שנתיים של פעילות בבית השיקומי "אמצע הדרך" בהוד השרון, הפועל בחסותו של בית החולים שיבא. מדובר בפרויקט חדש שכלל שלב ניסיוני למשך 3 שנים, החל ממאי 2008. ב-3 השנים הראשונות מומן הפרויקט ברובו על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי. בשנה השלישית (החל מ-1.1.2011) השתתף במימון גם משרד הבריאות, ובתום שלוש שנים, עם סיום הניסיון, עבר הבית עבר לחסות משרד הבריאות ולמימונו המלא.

בדו"ח הערכה זה נתמקד בנתונים שנאספו בין ספטמבר 2009 לנובמבר 2010. להערכה הוגדרו ארבע מטרות:

1. לספק משוב במהלך ההפעלה הניסיונית של הבית השיקומי;
2. לזהות נקודות חוזק ונקודות חולשה בהפעלה;
3. להעלות הצעות להמשך פיתוח ושיפור;
4. להעריך את קידום המטרות של הבית השיקומי, באמצעות בחינת השיפור שחל אצל הדיירות בכמה מישורים: הבריאותי (פיזי ונפשי), האינטלקטואלי, החברתי והבין-אישי. וכמו כן, להעריך את שיקום הדיירות על פי מידת שילובן העצמאי בחיי היומיום בקהילה.

הוגדרו שני מדדים מרכזיים להצלחת התכנית, על פי תפיסתם של יוזמי התכנית, מפעיליה ודיירות הבית. המדדים מתייחסים לשיקום בנקודות זמן שונות בתהליך. המדד הראשון מתייחס **להחלמה**, וכולל מיגור תסמינים של הפרעות אכילה וניהול תקין של מעקב רפואי ותזונתי. המדד השני מתייחס ל**שיקום**, וכולל את רמת התפקוד האינסטרומנטאלי, את השילוב בתעסוקה, בלימודים ובתחביבים, את שיפור המיומנויות החברתיות והבין-אישיות ואת מידת ניהול חיים עצמאיים תקינים. המדדים לבחינת הצלחה לא השתנו במהלך שנות ההערכה של הבית, והם מדגימים רמות שונות של פעילות הבית השיקומי, התואמות במידה רבה את תפיסתו של מאסלו (Maslow, 1943): החל מסיפוק צרכים פיזיולוגיים בסיסיים (שליטה בנושאי אוכל והפרעות אכילה), ביטחון בקיום הפיזי (בית תומך ומכיל), שייכות, זהות והערכה (השתלבות חברתית, כבוד והערכה (השתלבות תואמת כישורים ויכולות בעבודה ובלמודים) ועד לרמה הגבוהה ביותר של מימוש עצמי (הנאה, אושר, הגשמה).

עם כניסתה של המנהלת הנוכחית לתפקיד באוקטובר 2009, לאחר שנה של הפעלת הבית, ניתן היה להצביע על שיפור משמעותי בהתנהלותו. אנשי הצוות כבר רכשו ניסיון בעבודה עם האוכלוסייה הייחודית, התפקידים של אנשי הצוות היו מוגדרים ומובחנים יותר וכך גם חלוקת העבודה ביניהם. פותחו דפוסי שיתוף פעולה: בין אנשי הצוות בתוך הבית, בינם לבין הצוות בבית החולים ובין אנשי הצוות לדיירות. נוצרה תחושה של ייעוד ושליחות, של עשייה משמעותית ושל אתגר וסיפוק גם יחד בקרב רבים מאנשי הצוות. הצוות דיווח כי שוררת בבית אווירה ביתית ותומכת, וכי הסביבה שהתפתחה מאפשרת לדיירות, על אף קשייהן הרבים, להתקדם לקראת תפקוד תקין. באופן כללי, הובעה שביעות רצון מתפקוד הבית השיקומי, ולצידה מודעות לקשיים ולאתגרים הרבים בעבודה

עם אוכלוסייה זו. התברר כי צרכים נוספים עלו במהלך השנה, ואף חיפוש הדרכים שעשויות לתת להם מענה.

16 הדיירות ששהו בבית עד נובמבר 2010 היו נשים רווקות, מתוכן 15 יהודיות ונוצרייה אחת. כולן הצהירו על עצמן כחילוניות ורובן התגוררו באזור המרכז. רוב הדיירות היו עם אנורקסיה, מעטות עם בולימיה ואחת עם EDNOS. בעת הקבלה לבית היו לרובן תסמינים שכללו עיסוק יתר באוכל ובמשקל, חרדה ודיכאון. כולן אושפזו בעבר, לעתים יותר מפעם אחת, במחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא, לרוב לתקופה שבין חודש לשלושה חודשים. באשר להשכלה, רק דיירת אחת סיימה לימודי תואר ראשון, ודיירת נוספת מחזיקה בתעודה מקצועית. הדיירות האחרות בעלות תעודת בגרות מלאה או חלקית.

מהערכת **פעילות** הבית השיקומי "אמצע הדרך" בחסות בית החולים שיבא עולה כי הבית השיג את יעדיו ואת מטרתו בתחומים של הפעלת התכנית, אופן התנהלות הבית והישגי הבוגרות. מודל ההפעלה ואבני הדרך של הבית השיקומי התייצבו, והצוות המפעיל התייצב ופעל כאמור בשיתוף פעולה עם צוות בית החולים שיבא ועם הדיירות.

אשר ל**תוצרים**, נמצא כי החל ממרץ 2010, הבית נמצא לרוב בתפוסה מלאה, ויש לו אפילו רשימת המתנה. באשר לשילוב בתעסוקה או בלימודים, נמצא כי כל הדיירות ששהו בבית במועד מסירת הנתונים (נובמבר 2010) עבדו במשרה חלקית (למעט אחת שעבדה במשרה מלאה) ובמקביל לעבודתן גם למדו. דיירות הבית עוסקות במקצועות "נשיים" מסורתיים, כגון מזכירה, מעטרת תכשיטים, קופאית, נציגה טלפונית, מדריכה של אנשים עם צרכים מיוחדים, חונכת של אנשים עם מוגבלויות, מורה, שמרטפית.

עם הקשיים המרכזיים שעלו נמנים: זמן ההמתנה הארוך עד שהכיר הביטוח הלאומי בדיירות כזכאיות לקצבת נכות ולאבחונים תעסוקתיים; המרחב הפיזי המצומצם של הבית; קושי לקבוע את משך השהייה המיטבי בבית; היקפי המשרות של מפעילי התכנית; המעבר לקהילה והחוסר במסגרת המשך; מעקב אחר בוגרות.

בעקבות ניתוח ההערכה של התכנית מוצעות המלצות כלליות, המלצות הנוגעות למבנה התכנית והמלצות הנוגעות לכוח האדם.

## ממצאים

בפרק זה נתאר את אוכלוסיית היעד של הבית, ואת המדדים לבחינת הצלחתו של הבית כפי שהם נתפסים על ידי הגורמים השונים. בהמשך נציג את פרופיל הדיירות: הצרכים, המניעים, הרגשות והצפיות שלהן בשלב ההצטרפות לבית. נבחן את הפעלת תשתיות הבית ואת פיתוחן לקראת המעבר לחסותו של משרד הבריאות. בהמשך נבחן את מודל ההפעלה ואת אבני הדרך, ונבדוק את תיאור התפקידים, את התוצרים, את הערכת התרומה ואת שביעות הרצון מהתכנית. נבחן גם את מידת השגת המטרות ומימוש הציפיות, ולבסוף נציג את הקשיים ואת הלבטים שעלו בהפעלת התכנית.

### אוכלוסיית היעד

במסמכי ההצעה שהוגשה לביטוח הלאומי (9.7.2007) צוין שהתכנית מיועדת לכעשר נשים בנות 30-18 שישוהו בבית השיקומי בו בזמן. נשים אלה אובחנו באחד מהמרכזים המוכרים בארץ כחולות באחת מארבע ההפרעות הבאות: אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, הפרעת אכילה בולמוסית והפרעות אכילה לא טיפוסיות.

לרוב הנשים היו תחלואות פסיכיאטריות נלוות: התמכרויות, הפרעות אישיות, הפרעות חרדה, הפרעות של מצב רוח, הפרעות של דחף. לפי יוזמי התכנית, קיים בארץ בכל נקודת זמן גרעין של כמה עשרות נערות ונשים בסיכון העונות על הקריטריונים של סיכון כרוני, חלקן סרבניות טיפול וחלקן מתקשות להשתלב במסגרות הטיפוליות הקיימות. נשים אלו הגיעו פעמים רבות לחדרי מיון, ואושפזו ביחידות לטיפול נמרץ, במחלקות פסיכיאטריות וביחידות להפרעות אכילה, ותוך זמן קצר משחרורן מהמסגרות הטיפוליות חזרו למצבן הראשוני.

ממסמך ההצעה שהוגש לביטוח הלאומי (9.7.2007) עלו ארבעה קריטריונים לקבלה לבית השיקומי:

1. סיום אשפוז במלואו, בטווח BMI תקין (אינדקס של מסת הגוף – נוסחה שבדקת את הטווח של המשקל לעומת האוכלוסייה הכללית);
2. בעת השחרור מהאשפוז – קיימים הרגלי אכילה סבירים, היציאה הביתה היא לפי התכנון של הצוות המטפל, המשך מעקב משולב – תרופתי פרטני ופסיכו-תרפויטי (במחלקה או בקהילה);
3. הביטוח הלאומי הכיר בנכות בשיעור של לפחות 40%;
4. הסכמה לתכנית שיקומית תעסוקתית או לתכנית עבודה חלקית על פי אבחון אישי תעסוקתי, הערכת כוחות, יכולות ומוטיבציה (על סמך שאלון, פרטים אישיים, שאלון קו-מורבידיות).

במסמך ההצעה נקבע אפוא שהבית מיועד לנשים שסיימו טיפול באשפוז או שנמצאות בקהילה, המגלות מוטיבציה להמשך טיפול ומוכיחות יכולת ראשונית להשתלבות בחיי עבודה ולימודים. עם הפעלת התכנית הוחלט שהתכנית תכלול 10 נשים, ותנוהל על ידי עובדת סוציאלית שיקומית בשיתוף צוות של עובדת סוציאלית, מדריכים ואם בית. הוחלט כי עבודת המדריכים תבצע במשמרות – 2 מדריכים בכל משמרת, כולל בימי שישי, שבת וחג. נוסף על כך יהיו מעורבים בתכנית רופא, עובד סוציאלי ודיאטנית מצוות בית החולים שיבא וכן פסיכותרפיסטית - מטפלת אישית.

הוחלט כי לכל אחת מהדיירות תיבנה תכנית שיקומית אישית שתיקבע באופן דיפרנציאלי על פי צרכיה, בשיתוף פעולה מלא בין הצוות המטפל לבין הדיירת.

לאחר שנתיים של הפעלת התכנית הסתבר שהשתלבות חברתית היא קריטריון קבלה מרכזי, ומשמעותי יותר מהאחרים לסיכויי ההחלמה של דיירת. בעת הקבלה הושם דגש בעיקר על המיקום ברצף החומרה של מצב הפרעת האכילה, ועל ההתניה של אי-קיום תסמינים פעילים, אך בסופו של דבר הסתבר שלרוב הדיירות עדיין היו תסמינים במידה זו או אחרת. נמצא כי דיירות שסיימו את התכנית כמצופה היו בעלות יכולת השתלבות חברתית גבוהה יחסית לאחרות. בעקבות תובנה זו נעשתה היכולת להשתלבות חברתית לתנאי המרכזי לקבלת דיירת לבית. כפועל יוצא מכך, זמן ההמתנה לכניסה לבית תלוי במידת ההתאמה של המועמדת לבית השיקומי, וכדברי ראש המחלקה להפרעות אכילה בשיבא: "לבחור בכל נקודת זמן את המועמדת הטובה ביותר". מדבריו (בריאיון אישי) עלה גם כי בבחירת הדיירות המתאימות לבית השיקומי הוא נעזר בגישת ה- cost effectiveness, המכוונת לתהליכים שיעילים לחולה ונכונים עבורה. על הנשים לגלות מוטיבציה לשינוי ומוטיבציה להיעזר, ולהוכיח יכולת ראשונית להשתלבות בעבודה או בלימודים. קבוצת נשים זו מדומה ל"סיירת", שכן הן נתפסות כבעלות הפוטנציאל הגבוה ביותר להשתקם. לדברי המרואייני: "בתחום שלי ההחלמה נסמכת בעיני [כמוטלת] שני שליש על החולה. היא תקבע אם היא תצליח. אני אומר שבגלל הנתונים שלה היא נבחרה להשתתף בבית, אבל אם היא לא תספק את הסחורה [זה לא יקרה]".

#### **מדדים לבחינת ההצלחה של הבית השיקומי**

בחלק זה נבחן את מדדי ההצלחה שהוגדרו לתכנית, כפי שעלו ממסמכים שהוגשו לביטוח הלאומי (9.7.2007), מראיונות ומשאלונים עם מפעיליה ועם הדיירות. במסמכי ההצעה לתכנית הגדירו הוגי התכנית את המדדים הבאים להצלחה של הבית השיקומי ולקידום מטרותיו: 1. אכילה על פי תפריט, שמירה על משקל תקין ומאוזן ומיגור תסמינים של הפרעת אכילה: בולמוסים, הקאות, שימוש במשלשלים, עיסוק יתר באוכל ומשקל; 2. ניהול תקין של מעקב רפואי ודיאטטי במחלקה להפרעות אכילה; 3. שיפור התפקוד האינסטרומנטלי במשק הבית, בעבודה, בלימודים, בסידורי מחיה, בדיוור, בניהול כספים ובקשר עם מוסדות ציבור; 4. רכישת מיומנויות תעסוקתיות, והצלחה בשילוב בתעסוקה בשוק הפתוח או בתעסוקה מוגנת; 5. שיפור התנהגות חברתית והתנהגות בין-אישית; 6. הרחבת פעילות תעסוקתית ופעילות בשעות הפנאי; 7. יציאה מהבית השיקומי ומעבר למגורים עצמאיים. **יש לציין כי בתום שנתיים להפעלת התכנית ולהערכתה, לא חלו שינויים במדדי ההצלחה שהוגדרו על ידי מפעילי התכנית.**

להלן נציג את תפיסותיהם של בעלי התפקידים השונים באשר למדדים להצלחה. לדברי ראש המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים תל השומר ההצלחה תבוא לידי ביטוי על פי שני מדדים – מדד להחלמה ומדד לשיקום:



א) **מדד להחלמה** – שנתיים ללא תסמינים, ובלי לחזור לאשפוז בתמש השנים שלאחר סיום השהות בבית. הגדרה זו מחמירה. לתפיסתנו של מנהל המחלקה, חולה המחלימה מהפרעת אכילה עונה לתיאור הבא:

*יש לה חלום שאין בו התייחסות למשקל או לאוכל, חלום שיש בו בית קטן, בעל, שני ילדים עבודה וכלב. בעולם של נשים עם אנורקסיה חלום שעוסק בבעל, יחסי מין, ילדים, זה דבר מאוד משמעותי, כי יש להן קשיים גדולים בנושא אינטימיות, דימוי גוף, התפשטות, הסתכלות על הגוף במראה, ביקור אצל רופא נשים ועוד.*

לדבריו, כשליש מהנשים יצליחו להחלים, כשליש יצליחו לחיות חיים תקינים ולהשתלב בקהילה למרות ההפרעה ותוך שליטה בה וכשליש לא יצליחו ויהיו חולות כרוניות. יש לציין כי להערכתה של מנהלת הבית, שיעור המחלימות בפועל הוא פחות משליש.

ב) **מדד לשיקום** – רמת תפקוד. הכוונה היא שבוגרות הבית תוכלנה לנהל חיים עצמאיים מכל הבחינות: תזונתית, רגשית, כלכלית, תעסוקתית וחברתית. מאחר שהצלחת השיקום נמדדת על פי רמת התפקוד של הבוגרת, הושם דגש רב על הכנת הדיירות לתפקוד עצמאי לקראת עזיבתן את הבית. התפקוד העצמאי נוגע לניהול משק בית (ניקיון, בישול וכדומה), להתנהלות כלכלית ולהתמודדות עם הקשיים באכילה בזמנים ובמקומות שונים. מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא שיער כי אישה עם אנורקסיה עשויה להפיק תועלת רבה יותר מהשיקום מאשר אישה עם בולימיה. לדידו, נשים עם אנורקסיה יציבות יחסית ובעלות שליטה עצמית. הן חולות קשות, אבל הן מצליחות יותר לשמור על עצמן בתוך מסגרת עם חוקים ברורים. לעומתן, נשים עם בולימיה אימפולסיביות מאוד.

לדעתה של מנהלת הבית השיקומי, הצלחה היא האפשרות שדיירת תוכל להגיד "אני יכולה" ולא רק "אני רוצה". לדבריה: "כמו פרפר שתפרוש כנפיים, שתיפתח ושתינתן לעולם להסתכל עליה ועל גופה". המנהלת מתייחסת למדד תזונתי, תעסוקתי וחברתי. מנהלת הבית אף רואה הצלחה של התכנית בכך שהבית יהיה תמיד מלא, שיתגוררו בו 14 דיירות בעת ובעונה אחת (כאמור, כך היה מאז המעבר לחסות משרד הבריאות). כלומר, שיהיה ביקוש לשירות הזה, ושיהיה מוניתין למקום. בעיני העובדת הסוציאלית, הצלחה תלויה בהתקדמות של התכנית האישית האינסטרומנטלית שנקבעה לכל דיירת. לדעתה יש לחלק, באופן כללי, את שנת השהות בבית כך: 3 חודשים – חיפוש עבודה, כניסה לעולם העבודה וביסוס בתעסוקה; 6 חודשים – התמדה בעבודה ושיפור כישורי חיים בהקשר התעסוקתי; אחרי חצי שנה מתחילתו של התהליך – לימודים או הכשרה מקצועית. לדבריה, היא תראה הצלחה בכך שהדיירות תצאנה מהבית כשהן בעלות דימוי עצמי טוב יותר וביטחון עצמי רב יותר, ובעלות כישורים בתחומים מגוונים: לימודים, עבודה, משפחה, זוגיות, השתלבות חברתית, תחומי עניין ועוד. לדידה, "כל תחום הוא פרח אחד", ובוגרת מצליחה כמוה כ"זר פרחים" או כ"גינה פורחת", ואחרי הפריחה מגיעה היציאה החוצה מהבית.

לתפיסתה של הדיאטנית, הצלחה בתכנית השיקומית מבחינה תזונתית תתבטא בשמירה על משקל תקין ויציב, בשמירה על אורח חיים בריא - אכילה נורמטיבית ופעילות גופנית מתונה, באכילה

מגוונת וחופשית אך גם בשמירה על מסגרת של ארוחות, בהקשבה לתחושות שובע ורעב, באכילה בסיטואציות חברתיות שונות וביכולת זיהוי של "נורות אזהרה" (נקודות ציון בדרך, שמחזקות את החשיבה האופיינית להפרעה ואת התסמינים הפעילים). הדיאטנית ציינה את החשיבות של רכישת כלים להתמודדות עם קשיים ביומיום הקשורים לאוכל ולהתעסקות במשקל: ללמוד לקום מ"נפילות" ולרכוש דיבור פנימי מחזק. לדידה, על הדיירות ללמוד לבקש עזרה בעת הצורך, וללמוד לדבר בשפה אחרת ולא ב"שפת הפרעת האכילה". כל אלה יתבטאו בעצירת "הדלת המסתובבת" ובמניעת הישנות של אשפוזים חוזרים.

מנהלת העמותה המפעילה רואה הצלחה בכניסה של דיירת למעגל החיים, ובהצלחה לנהל אורח חיים נורמאלי. המדריכים התייחסו לסוגיות הקשורות לאוכל ולחיים מלאים. להלן מקצת מדבריהם:

- המדדים האופרטיביים משתנים בין הבנות, כל אחת והמסלול שלה. המדדים המרכזיים הם שילוב של מסגרת האכילה עם תכני הלימודים, עבודה ויחסים בינאישיים (בנוסף ליכולת לפתרון בעיות וכדומה);
- תעסוקה (לימודים או עבודה). שמירה על מסגרת אכילה (על פי תפריט אישי). השתתפות בכל הקבוצות, בפגישות אישיות עם דיאטנית ועם עובדת סוציאלית ובטיפול פסיכולוגי ופסיכיאטרי בתל השומר. חונכות - פגישה אחת לשבוע עם מדריך אישי שהוקצה לכל דיירת ועמידה במטלות הבית (תורנות אוכל וניקיון);
- שתהיה להן תקווה לעתיד – שיוכלו לראות מה הן רוצות לעתיד שלהן, לתכנן אותו ושיהיה ריאלי.

בעיני המדריכים, סובבים המדדים להגדרת ההצלחה של דיירות הבית סביב כמה נושאים: א. ההתמודדות עם הפרעת האכילה, ללא הימנעות מאוכל וללא פחד, גם אם יש נסיגות; ב. מדדים חיצוניים של חיים נורמטיביים כגון: השתלבות והתמדה בלימודים ובעבודה, השתלבות בקהילה, הצבת מטרות לחייהן ופעולה להשגתן, פיתוח מערכות יחסים זוגיות ובין-אישיות; ג. אופק תעסוקתי ואופק אישי, אמונה ותקווה שיש באפשרותן של הדיירות לחולל שינוי ולהתקדם בחיים לעבר החלום שלהן.

הדיירות עצמן (15 משיבות) נשאלו "היכן את רואה את עצמך בעוד 5 שנים?", ומתשובותיהן אפשר ללמוד מהם מבחינתן מדדי ההצלחה של הבית השיקומי. התשובות שהתקבלו:

- עובדת בעבודה שאני לומדת אותה ונהנית ממנה, שוכרת דירה, אולי עם בן זוג, עם חוג חברים גדול, ובלי בעיות בחשבון הבנק;
- מקיימת שגרת לימודים או עבודה, בעלת חיי חברה, שומרת על משקל תקין, ממשיכה טיפול אבל כבר 6 שנים לא באשפוז;
- עם תואר, שמחה ומאושרת, כל הרע מאחורי;
- אני מקווה בעיקר שאהיה אדם בריא ומאושר בחלקו, שלא חושב שהאושר הפנימי תלוי במשקל ובדברים חיצוניים;

- חיים עצמאיים לגמרי, אחרי תואר בלימודים שאני רוצה, עם בן זוג שאני חולמת עליו;
- אני רואה את עצמי אחרי תואר, עובדת בעבודה שאני באמת אוהבת ורוצה, אולי מתחתנת;
- מקווה שאתנהל באורח חיים נורמאלי - הווה אומר: עבודה מסודרת, לומדת או מסיימת ללמוד מה שאני אוהבת, ממשיכה לאכול ולהקנות לעצמי הרגלי אכילה נכונים ובריאים, משתלבת בחברה ומוצאת לעצמי את המעגל החברתי שנוח לי בו במקום שאהיה. ולהמשיך לשמור על קשר עם חברות טובות.

מהתבוננות במדדי ההצלחה שציינו בעלי התפקידים והדיירות עולה, כאמור, כי הם לא השתנו במהלך שנות ההערכה של הבית. מדדים אלו מדגימים את תחומי העבודה השונים שבבית השיקומי. נראה כי מדדים אלה מבטאים את כל תחומי החיים, וניתן לראות חפיפה בינם לבין גישתו של מאסלו (Maslow, 1943): החל מסיפוק צרכים פיזיולוגיים בסיסיים (שליטה באוכל ובהפרעות האכילה), ביטחון בקיום הפיזי (בית תומך ומכיל), שייכות, זהות ואהבה (השתלבות חברתית וזוגיות), כבוד והערכה (השתלבות תואמת כישורים ויכולות בעבודה ובלמודים) ועד לרמה הגבוהה ביותר של מימוש עצמי (הנאה, אושר, הגשמה ומימוש עצמי). בתרשים הבא מוצג מודל הצרכים על פי מאסלו:

#### **תרשים 1: מודל הצרכים של מאסלו**



#### **פרופיל הדיירות בבית השיקומי**

כדי להכיר את פרופיל הדיירות בבית השיקומי ואת צרכיהן, נציג תחילה את התפלגות הדיירות לפי משתני רקע אישיים: מגדר, ארץ מוצא, דת, רמת דתיות, אזור מגורים, שירות צבאי, גיל והשכלה. לאחר מכן נתאר נתוני רקע שמתייחסים להפרעה: סוג הפרעת האכילה, הגיל שבו אובחנה ההפרעה, מועד הופעתה (על פי דיווח של הדיירות לצוות), תסמינים, אשפוזים קודמים וטיפול תרופתי. לבסוף

נציג את מערכות התמיכה של הדיירות ואת אופיין. כל הנתונים מבוססים על נתונים שהתקבלו מתחילת הערכת הבית בספטמבר 2009 ועד לנובמבר 2010.

#### מאפייני רקע אישיים

מהנתונים שהתקבלו לגבי הדיירות בעת הקבלה לבית השיקומי ניתן ללמוד פרטי רקע ונתונים אישיים. עד לתאריך קבלת הנתונים (נובמבר 2010) שהו בבית השיקומי 16 דיירות. הדיירות היו בנות 18-34. בלוח 2 מוצגת התפלגות הדיירות על פי המשתנים הבאים: מגדר, מצב משפחתי, ארץ מוצא, דת, רמת דתיות, אזור מגורים ושירות צבאי.

#### לוח 2: הדיירות על פי מצב משפחתי, ארץ מוצא, דת, רמת דתיות, אזור מגורים ושירות צבאי (N = 16)

משתנה הרקע	שכיחות	שכיחות באחוזים
מגדר	אישה	100.0
מצב משפחתי	רווקה	100.0
ארץ מוצא	ישראל	81.2
	אוקראינה	12.5
	אתיופיה	6.2
דת	יהודיה	93.7
	נוצרייה	6.2
רמת דתיות	חילונית	87.5
	מסורתית	6.2
	אין נתונים	6.2
אזור מגורים	צפון	6.2
	מרכז	81.2
	לא קבוע	6.2
	אין נתונים	6.2
שירות צבאי	לא שירתה כלל	12.5
	שרות לאומי	6.2
	שרות צבאי חלקי	18.7
	שרות צבאי מלא	31.2
	אין נתונים	31.2

מלוח 2 עולה כי כל הדיירות היו נשים רווקות, מתוכן 15 יהודיות ונוצרייה אחת. מרביתן מצהירות על עצמן כחילוניות. רוב הדיירות (13) התגוררו באזור המרכז, אחת באזור הצפון ולאחת לא הייתה כתובת קבועה.

השכלתן של הדיירות: בלוח 3 מוצגת התפלגות ההשכלה של הדיירות.

**לוח 3: השכלתן של הדיירות (N = 16)**

דיירות		השכלה
אחוזים	מספרים	
18.7	3	12 שנות לימוד ללא בגרות
18.7	3	בגרות חלקית
25.0	4	בגרות מלאה
12.5	2	תעודה מקצועית
12.5	2	תואר ראשון
6.2	1	תואר שני
6.2	1	לא ידוע
100	16	סך הכול

מלוח 3 אפשר ללמוד כי 2 מהדיירות סיימו לימודי תואר ראשון, אחת סיימה לימודי תואר שני ו-2 דיירות מחזיקות בתעודה מקצועית. 4 דיירות דיווחו שהשלימו בגרות, ו-3 דיווחו שיש להן בגרות חלקית. לגבי דיירת אחת אין נתונים על רמת ההשכלה.

**מאפייני רקע של ההפרעה**

להלן נתאר מקצת מנתוני הרקע של הדיירות הקשורים להפרעה.

**סוג ההפרעה:** מתוך 16 דיירות, 12 דיירות עם אנורקסיה, 3 דיירות עם בולימיה ודיירת נוספת עם הפרעת אכילה לא טיפוסית. הגיל שבו הופיעה הפרעת האכילה והגיל שבו אובחנה: מדיווחי הדיירות לצוות עולה כי הפרעת האכילה הופיעה בין הגילים 15-20. הפרעת האכילה אובחנה בין הגילים 15-21.

**תסמינים:** בלוח 4 מוצגת התפלגות התסמינים של הדיירות בעת הקבלה לבית, לפי דיווחי בעלי התפקידים.

**לוח 4: התסמינים של הדיירות בעת הקבלה לבית (N = 16)\***

דיירות שאצלן הופיע התסמין		התסמין
אחוזים	מספרים	
63.6	7	אובססיביות לגבי מזון
54.5	6	חרדה
36.4	4	דיכאון
27.3	3	התבודדות חברתית
18.2	2	ניסיונות אבדניים

\* סך התסמינים גדול מסך הדיירות, כיוון שיש דיירות עם כמה תסמינים.

מלוח 4 עולה כי התסמין השכיח הוא אובססיביות לגבי מזון, ועליו דווח בנוגע ל-7 מדיירות הבית; בנוגע ל-6 דיירות דווח על חרדה, ובנוגע ל-4 דיירות על דיכאון. התבודדות חברתית דווחה בשיעור נמוך יותר יחסית, בנוגע ל-3 דיירות, וניסיונות אובדניים דווחו בנוגע ל-2 דיירות. מדיווחי הדיירות עלה כי לא קיימת בעברן התמכרות כלשהי (אלכוהול, סמים), וכי הן מקבלות טיפול תרופתי כחלק מהתהליך השיקומי. רק דיירת אחת דיווחה כי בעברה התעללות מינית, פיזית ונפשית.

אשפוזים: בלוח 5 מוצגת התפלגות הדיירות לפי מספר האשפוזים במחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא.

**לוח 5: מספר אשפוזים במחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא (N = 16)**

דיירות		מספר אשפוזים
אחוזים	מספרים	
37.5	6	אשפוז אחד
31.2	5	2 אשפוזים
6.2	1	3 אשפוזים
18.7	3	4 אשפוזים
6.2	1	5 אשפוזים
100	16	סך הכול

כל הדיירות ששהו בבית השיקומי אושפזו במחלקה להפרעת אכילה בשיבא, ואחת מן הדיירות אושפזה גם במחלקה פסיכיאטרית. תקופת האשפוז שונה מדיירת לדיירת. בלוח 6 מוצג משך האשפוז האחרון במחלקה להפרעות אכילה, לפי דיווחי הצוות המפעיל.

**לוח 6: משך האשפוז האחרון במחלקה להפרעות אכילה (בחודשים) (N = 16)**

דיירות		משך אשפוז אחרון
אחוזים	מספרים	
6.25	1	חודש
12.5	2	חודשיים
12.5	2	חודשיים וחצי
6.25	1	חודשיים ושלושה שבועות
37.5	6	שלושה חודשים
6.25	1	ארבעה וחצי חודשים
6.25	1	שישה חודשים
12.5	2	לא ידוע
100	16	סך הכול

מלוח 6 עולה כי משך האשפוז האחרון במחלקה להפרעות אכילה בשיבא נע בין חודש לשישה חודשים. מרבית הדיירות (שש) אושפזו למשך שלושה חודשים.

### מערכות תמיכה

הדיירות נדרשות לתעצומות נפש רבות על מנת להתמודד עם הפרעת האכילה, להצליח להשתקם ולנהל חיים תקינים. מערכות התמיכה העומדות לרשותן הן: משפחתית, חברתית וזוגית. חשיבותן של מערכות אלה בקידום התהליך ובהצלחתו רבה. בלוח 7 מוצגת שכיחות קיומה או אי-קיומה של תמיכה ממערכות השונות בעת הקבלה לבית השיקומי, כפי שנמסר על ידי הצוות המפעיל.

#### **לוח 7: מערכות תמיכה בעת הקבלה לבית השיקומי (N = 16) (אחוזים)**

מקור	תומכת	לא תומכת	לא קיימת	לא נמסר
משפחה	25.0	25.0	18.7	31.3
	(4)	(4)	(3)	(5)
קשרים חברתיים	56.3	12.4		31.3
	(9)	(2)		(5)
קשר זוגי	18.7		50.0	31.3
	(3)		(8)	(5)

בלוח 7 ניתן לראות כי רק ל-4 מהדיירות הייתה מערכת משפחתית תומכת. לגבי שאר הדיירות, דווח שהמערכת המשפחתית אינה תומכת בהן או שהיא אינה קיימת (4 דיירות ו-3 דיירות בהתאמה). באשר לתמיכה החברתית מצטיירת תמונה שונה. מרבית הדיירות דווחו על תמיכה חברתית, ורק 2 דיירות ציינו חוסר תמיכה. באשר לתמיכה מבני זוג, נראה שמרבית הדיירות אינן נמצאות בקשר מסוג זה, והבודדות שהיה להן קשר זוגי דווחו על קשר תומך. חשוב להזכיר שקשר זוגי הוא אחד הדברים המרכזיים שהדיירות מעוניינות להגשים בעתיד.

## הפעלת תשתיות הבית ופיתוחן

בחלק זה נתייחס לשינויים פיזיים, תקציביים, מקצועיים ומנהליים שחלו בבית לקראת המעבר לחסות משרד הבריאות בינואר 2011.

בתאריך 1.1.2011 עבר הבית למימון משרד הבריאות, ואחד התנאים היה כי עליו לשכן 14 דיירות, ולא 10 דיירות כפי שנקבע עד לאותה עת. החל ממרץ 2010 היה הבית בתפוסה מלאה והייתה אף רשימת המתנה. היה צורך לבחון כיצד להיערך לקראת הגידול במספר הדיירות בתחילת 2011, והועלו הצעות אחדות: 1. מעבר למבנה אחר, שכן המבנה הנוכחי אינו גדול דיו; 2. הוצע לחפש מבנה קרוב יותר לתל אביב; 3. הועלו רעיונות על מודל של הוסטל שיש לו מרכז יום פתוח, מעין בית פתוח לכל החולים בהפרעות אכילה בהתאם לצרכים של כל אחד. הדבר יכול לעזור הן לחולות והן למימון ההוצאות של הרחבת הבית. בסופו של דבר הוחלט על שיפוץ המבנה הנוכחי ועל רכישת ציוד נוסף, כדי להתאים את הבית ל-14 דיירות.

הבית תוקצב בסכום של שני מיליון שקלים וחצי לשלוש השנים הראשונות (ינואר 2008 - דצמבר 2010), שהן תקופת הניסוי. מקורו של תקציב מהקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי. עם סיום השנה השלישית עבר הבית כאמור למימון של משרד הבריאות. יש לציין כי המימון ממשרד הבריאות קטן במחצית מהסכום שמימנה הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי, עובדה שחייבה להגדיר מחדש את היקפי המשרות ואת השכר של בעלי התפקידים השונים: "המנהלת צריכה להיות [במקום] יותר שעות, צומצמו שעות ההדרכה, הופסקה החפיפה של בעלי התפקידים בבית, צומצמו שעות המדריכים". הדבר גרם לכך שהעובדת הסוציאלית והדיאטנית החלו לעבוד 3-5 שעות מעבר להגדרת המשרה (והשכר) שלהן בכל שבוע. שינויים אלה הביאו להיווצרות לוח זמנים שבו יש שעות שבהן אין בבית בעל תפקיד שייתן מענה לדיירות בעת הצורך. צמצום התקציב השפיע גם על רמת החיים בבית. היה צורך בהתנהלות כלכלית חדשה:

*לכן נקבע כי לבית יהיו שלוש גזבריות, אחת תהיה אחראית על המכולת, אחת על הירקן ואחת על החשבונות הכלליים, כמו חשמל, מים וארנונה. עשינו רשימת אקסל כמה עולה כל דבר [...] מה קונים אחת לשלושה ימים [...] מה קונים אחת לשבועיים [...] אנחנו מוציאים הזמנות של מצרכים שצריכים, אחראית הקניות מוציאה רשימה, הגזברית אומרת אם זה אפשרי מבחינת תנאי התשלום ואני [מנהלת הבית] מאשרת.*



### **צרכים, מניעים, רגשות וציפיות**

בסעיף זה נציג בהרחבה את צרכי הדיירות, את המניעים להצטרפותן לבית השיקומי, את רגשותיהן עם הצטרפותן לבית ואת ציפיותיהן (בשלב ההצטרפות ובנקודות זמן שונות בתהליך), מנקודת מבטם של מפעילי התכנית והדיירות.

#### איתור צרכים

בתחילת התכנית זיהו המדריכים אצל הדיירות שני סוגים עיקריים של צרכים: מעשיים ורגשיים. צרכים מעשיים הם הצורך בהדרכה, בעזרה ובקביעת גבולות ברורים בכל הנוגע להתנהגויות הקשורות בתזונה, וכן הצורך בסיוע במציאת עבודה, בהתמדה בלימודים וברכישת כישורי חיים מגוונים לקראת חיים עצמאיים. צרכים רגשיים הם הצורך בחום, באהבה (לדעת שמישהו אחר אכן אוהב אותן), בתמיכה (הרגשה שמישהו דואג להן). המדריכים העלו גם את הצורך בתקווה לעתיד טוב יותר, בחיזוק דימוי עצמי נמוך, בהעלאת תחושת הערך העצמי ובנראות של ההצלחות וההישגים שלהן. לאחר זמן התחדדו צרכים נוספים המבטאים את ההתפתחות התהליכית. כך למשל עלה הצורך בהשתלבות בפעילויות פנאי כלל ביתיות, ועלה הצורך בחידוד הנהלים בעקבות הדינאמיקה המשתנה בבית. הייתה גם התייחסות לשלב שבו הדיירות מסיימות את שהותן בבית: "אני חושבת שצריך להשקיע יותר במעבר של הבנות מהבית השיקומי לחיים האמיתיים. לאפשר אולי איזו דירת מעבר בה הן ינהלו את המטבח בעצמן, אך עם פיקוח והדרכה שוטפת של דיאטנית".

מפעילי התכנית סבורים כי הצורך העיקרי של הדיירות הוא תחושת ביטחון בתחומים הרגשי, התזונתי והפיזי. לדידם, "גבולות הם חלק משמעותי בתחושת הביטחון". לאחר שנתיים של הערכת התכנית הייתה תמימות דעים בקרב המפעילים כי:

*הצרכים והמטרות נשארו אותו דבר. הבנות הן אלה שמשתנות. הנהלים אותם נהלים, החוקים אותם חוקים, הקבוצות אותן קבוצות והצוות אותו צוות, הוא לא משתנה וזה חשוב. מה שצריך להשתנות זה היציאה מהבית. [אנו...] חושבים שבעזרת התנהלות עצמאית כלכלית הן יהיו מוכנות יותר.*

מדברים אלה ניכר, כי בשנה האחרונה החל להישמע יותר ויותר הצורך ליצור עבור חלק מהדיירות מסגרות המשך. הכוונה לשלבן בדיוור מוגן, שכן יש מביניהן שצריכות גם בהמשך מסגרת תומכת ומלווה.

#### המניעים להצטרפות לבית השיקומי

הדיירות ומפעילי התכנית נשאלו לגבי המניעים של הדיירות להצטרף לבית השיקומי. ניכרת הלימה בין דיווחי הדיירות על מניעיהן להצטרף לבית השיקומי, לבין תפיסתם של מפעילי התכנית את המניעים הללו. להלן המניעים שהתקבלו מהראיונות ומהשאלונים:

הרצון להחלים מהפרעת האכילה ולהשתקם:

- רציתי לעשות את הדברים אחרת, לתת צ'אנס אמיתי להחלמה, להיות בסביבה תומכת ועוזרת, לשלב את האכילה הנורמטיבית עם החיים ולבנות את החיים בלי הפרעת אכילה;
- הייתי במצב של חוסר איזון בכל תחומי החיים ובמיוחד בנוגע להפרעת האכילה. ידעתי שהסיכוי היחיד לצאת מהפרעת האכילה היא על ידי מסגרת לטווח ארוך כמו הבית השיקומי;
- הצורך בליווי בתהליך ההחלמה:
- חליתי במחלה מאוד קשה הרבה שנים ולא ראיתי את עצמי מתמודדת איתה לבד. גם אחרי האשפוז במחלקה להפרעות האכילה ראיתי שתסמינים חוזרים בלי ליווי ותמיכה של צוות מקצועי;
- המצב בבית המשפחה שאינו תורם לשיקום ואף גורם לנסיגות:
- אחרי האשפוז חזרתי לבית ההורים וההתמודדות הייתה קשה מידי;
- אין לי בית שיכול לעזור לי, אם אחזור הביתה, אני חוזרת למחלה.

#### רגשות הדיירות עם הצטרפותן לבית

הדיירות נשאלו לגבי רגשותיהן עם הצטרפותן לבית, ורובן ציינו רגשות חיוביים:

*קיבלתי הזדמנות; גלגל הצלה; עשיתי בחירה נכונה; אני מרגישה בטוחה בבית; הרגשתי חום, אהבה ודאגה; אני מרגישה כמו פרפר שמתחילה לעוף ולינוק קצת צוף; אני מרגישה שלאנשים אכפת ממני, שמתעניינים בשלומי ומאמינים בי; פתאום אני מתחילה לפתוח את העיניים לגבי הדברים החשובים של החיים ולהבין אותם.*

עם זאת, חלק מהדיירות ציינו שבהתחלה היה להן קשה, הן לעמוד בתפריט ובהגבלת העיסוק בספורט, והן בנוגע ליחסים עם הדיירות האחרות. יש גם מי שהדגישה שהתקשתה בהתחלה לבקש עזרה, ויש מי שדיברה על אמביוולנטיות: "ניצחון חמוץ מתוק, כי אני לא לגמרי מצליחה עדיין". דיירת נוספת ציינה שלעתים קשה לה להיות רחוקה מהמשפחה. לאחר שהות של שישה חודשים ויותר בבית השיקומי דיווחו הדיירות על הרגשת אופטימיות ועל תחושה של מסוגלות רבה יותר להתמודד עם הקשיים: "מרגישה שינוי מאוד גדול, דרמטי מבחינת הרבה אנשים והרבה אופטימיות. תחושת מסוגלות ורצון להמשיך להתמודד עם הקשיים שעדיין קיימים ושיובילו להתחזקות ועצמאות".

#### ציפיות

נציג להלן, ברוח מודל הצרכים על פי מאסלו (Maslow, 1943) שמופיע בתרשים 1, את הציפיות של הדיירות ושל מפעילי התכנית המשיקות לכל היבטי החיים: הפיזי, הרגשי, ההתנהגותי, הבין-אישי, הזוגי, הלימודי והתעסוקתי.

### צרכים פיזיולוגיים בסיסיים ובטחון בקיום הפיזי

אלו הם הצרכים הבסיסיים והראשוניים, שבאים לידי ביטוי בדברים הבאים: דיירת אחת הצביעה על כך שלפני הצטרפותה לבית השיקומי לוו חייה בחוסר ביטחון: "לא קל להיות בסיטואציה שבה אתה מחפש את הבית שלך, ומגלה שאין לך לא בית ולא משפחה תומכת ולא כל מה שחשבת כל השנים שיש לך, וברגע אחד הבנת שאתה לבד. כבר די הרבה שנים". עבור דיירת אחרת שהות בבית היוותה לדבריה את "האופציה היחידה שלי לשמור על הישגי האשפוז ולהתחיל לבנות חיים בריאים מתפקדים ומתמודדים". נראה כי תפיסה זו, הרואה בבית השיקומי מענה לצרכים בסיסיים, באה לידי ביטוי בעובדה שבשיבא שמים דגש בעיקר על תפקוד.

### שייכות, זהות ואהבה

לכל אדם צורך פסיכולוגי בהשתייכות, בזהות ובאהבה. צורך זה מהותי, ונמנה עם מניעיהן של הדיירות להצטרף לבית השיקומי ועם ציפיותיהן מהצלחת התהליך. להלן ציטוטים המבטאים זאת: "בדירה משלי, עם בן זוג"; "מקווה לראות אותי [...] מטפחת חיי חברה בין-אישית וזוגית"; "חיים עצמאיים לגמרי [...] עם בן זוג שאני חולמת עליו"; "עובדת, שוכרת דירה, אולי עם בן זוג. עם חוג חברים גדול".

### כבוד והערכה

צורך זה אינו שכיח בתשובותיהן של הדיירות, ובכל זאת היו לו כמה ביטויים: "אני בריאה, מעריכה את מה שהצלחתי לעשות בחיים"; "כמו שסינדרלה מגיעה לנשף הערב והופכת מלכלוכית לסינדרלה, אלא שהזמן שהיה קצוב לה עד חצות, נמשך יותר זמן (שנה)".

### מימוש עצמי

מימוש עצמי הוא הצורך העליון בסולם הצרכים של מאסלו והוא בא לידי ביטוי בשאלה ישירה שהופנתה לדיירות ("היכן את רואה את עצמך בעוד חמש שנים?") ולמפעילים (שהתבקשו לתאר מיהי בוגרת מצליחה של התכנית). מהתבוננות בתשובות המשיבים עולה הרצון להגיע למימוש אישי, תעסוקתי, זוגי וחברתי, ולתחושת עצמאות. במילים אחרות, להגיע ליכולת לחיות חיים נורמטיביים של הגשמה וסיפוק. להלן מדבריהם של המשיבים לפי שני תחומים:

תעסוקתי-לימודי: "למצוא עבודה שאני אוהבת, להתחיל ללמוד יותר מאוחר למקצוע, אולי הוראה או עבודה עם בעלי חיים".

עצמאות: "לקבל החלטות בעצמי ופחות להזדקק לאישורים כל הזמן מכולם על איך שאני מתלבשת וכל דבר קטן"; "אני רואה את עצמי במצב אחר - עצמאית, דירה משלי, עבודה, מטיילת בחו"ל, חברים. ושהמחלה כבר לא חלק ממני".

ניתן לסכם היבט זה בדבריו של מנהל המחלקה להפרעות אכילה, שהגדיר דיירת מתאימה להצטרפות לבית השיקומי ככזו שמציבה לעצמה חלום ומסמנת יעד עתידי לחייה. לדבריו: "אם אין לה חלום או אם אני צריך להשתיל לה את החלום – אז היא לא מתאימה".

לסיכום, לדיירות ציפיות הן משהותן בבית, והן באשר לעתידן לאחר שיסיימו את תקופת השיקום. מן הבית הן מצפות לספק להן ביטחון פיזי וסביבה חמה ותומכת. בעתיד הן מצפות לבנות חיים נורמטיביים של עבודה ומשפחה.

## **הפעלת התכנית ואבני הדרך**

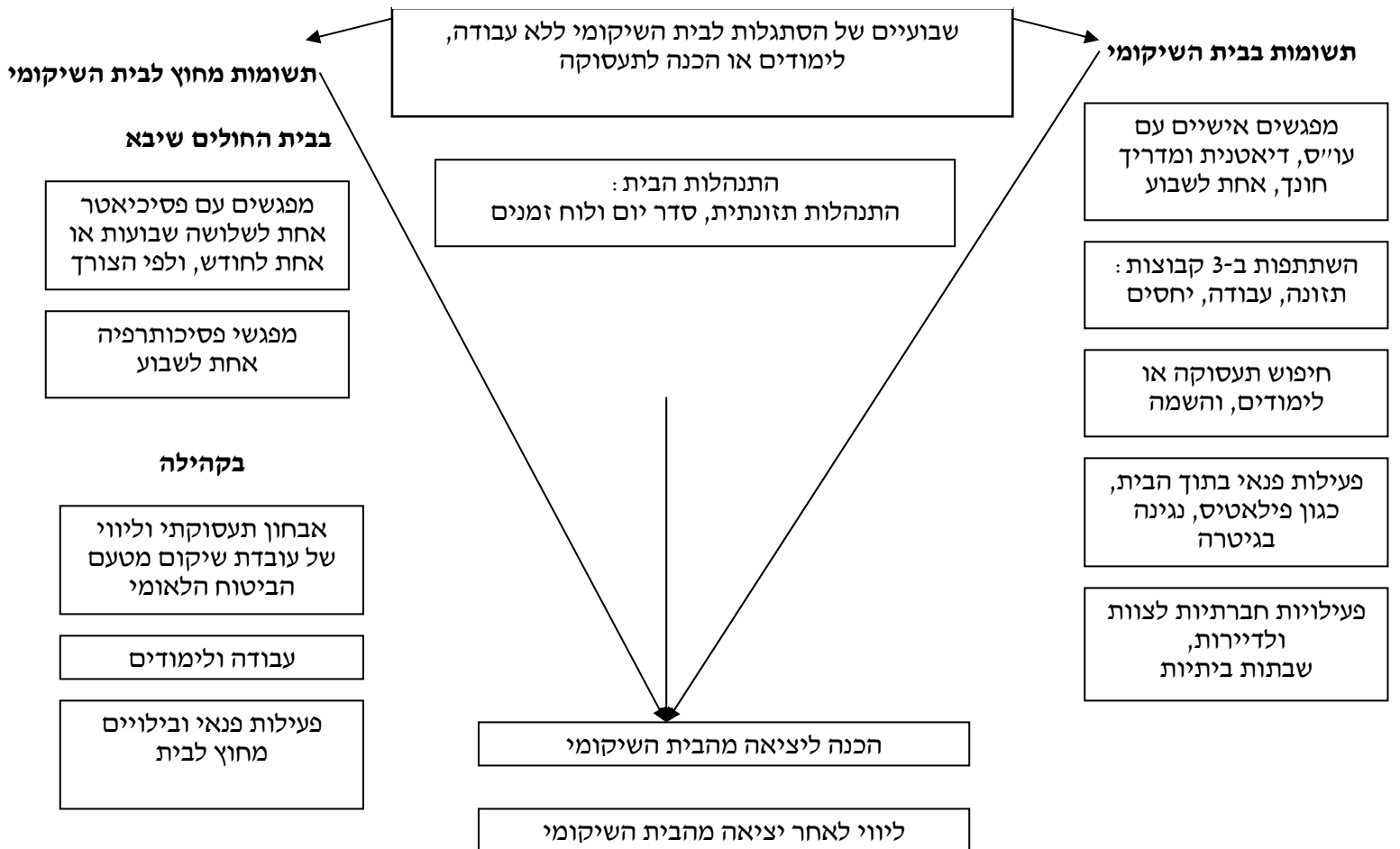
בחלק זה נציג את מודל ההפעלה של הבית, ונתאר את אבני הדרך שלו, את התנהלות הבית, את הכנת הדיירות ליציאה ממנו, את התפקידים, את התשומות ואת השירותים. בתרשים 2 מוצג מודל ההפעלה של הבית. מטרת המודל להמחיש בדרך גראפית את התהליך שעוברות הדיירות ואת התשומות והשירותים שהן מקבלות. יש לציין כי מודל הפעלה זה גובש טרם מעבר הבית השיקומי לחסות משרד הבריאות, ולא חלו בו שינויים בעקבות המעבר.

**תרשים 2: מודל ההפעלה של הבית השיקומי "אמצע הדרך"**

**פנייה או הפנייה של מועמדות לבית השיקומי  
(מבתי חולים, ממרפאות או באופן עצמאי)**



**כניסה לבית השיקומי**



## אבני הדרך של המודל

לתהליך השיקומי שלבים אחדים, אך שלוש אבני דרך מרכזיות: פנייה או ההפניה של מועמדות לבית השיקומי, התשומות המתקבלות בבית השיקומי והתשומות המתקבלות מחוץ לבית השיקומי.

### פנייה או הפנייה של מועמדות לבית השיקומי

הגורם העיקרי שמפנה נשים לבית השיקומי הוא המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא. גם ממרפאת "הנוטרים" ברמת השרון מפנים מועמדות. יתר הנשים פונות ביזמתן האישית ובעקבות המלצות של חברות או של מטפלים. כיום שוהות בבית רק דיירות שהופנו מהמחלקה בשיבא – הן ביקשו לעבור לבית השיקומי או אותרו במחלקה. לאחר שנמצאו מתאימות לתהליך השיקומי הן עוברות הכנה לקראת השתלבותן בבית.

מועמדת להשתתפות בתהליך השיקומי בבית שאינה מגיעה מהמחלקה, מופנית לריאיון בשיבא. המראיינים הם: פסיכיאטר (מנהל המחלקה להפרעות אכילה), פסיכולוגית מהמחלקה ודיאטנית. לאחר הריאיון מתקבלת החלטה אם המועמדת מתאימה לשיקום במסגרת הבית אם לאו. לעתים מועמדת נמצאת מתאימה אך מוחלט שתצורף בשלב מאוחר יותר. מועמדת שרואינה ונמצאה מתאימה מופנית לבית השיקומי.

מועמדת לבית השיקומי מגיעה אליו לריאיון עם המנהלת ועם העובדת הסוציאלית. הללו גם עורכות לה סיור בבית. בביקור מלווה את המועמדת בן משפחה מהמשפחה הגרעינית (הורים, אחים), והמטרה היא להתרשם מהמקום ומהאווירה. המועמדת מקבלת הסבר ממנהלת הבית, בנוכחות בן המשפחה, על מטרות הבית ועל נהליו. לאחר מכן מספרת המועמדת על רצונותיה. נבחנת המוטיבציה שלה לשינוי ולקבלת עזרה, ועליה להחליט אם היא מעוניינת להשתלב בבית השיקומי. נוכחותו של בן המשפחה נועדה ליצור מעורבות ונוכחות של המשפחה בחיי המועמדת גם אחרי קליטתה בבית, בהנחה שהשיתוף יקל עליה.

### כניסה לבית השיקומי

מי שנמצאה מתאימה לבית השיקומי והחליטה שהיא מעוניינת להשתלב בו, עוברת אליו ומקבלת חדר שמיועד למגורים עם שותפה. הקבלה לבית מתרחשת ביום קבוע, שבו נמצאות בבית מנהלת הבית, אם הבית, והחל משעות הצהריים - גם העובדת הסוציאלית, לשם ליווי, הנחייה ותמיכה. כבר ביומה השני בבית נפגשת הדיירת החדשה עם דיאטנית הבית, ובמהלך השבועיים הראשונים לשהייתה היא אינה מורשית לעבוד או לצאת ללימודים, אלא מתבקשת לשהות בבית כדי להסתגל אליו. בשבוע הראשון על הדיירת החדשה לאכול בבית את כל חמש הארוחות שבתפריט, ובשבוע השני עליה לאכול בבית את שלוש הארוחות המרכזיות, והיא רשאית לאכול ארוחות ביניים מחוץ לבית. במשך תקופת ההסתגלות מלווה דיירת ותיקה את הדיירת החדשה, על מנת להקל את ההתמצאות ואת הכרת הנהלים. במקביל נערכות שיחות על כיוון תעסוקתי או לימודי; הדיירת החדשה נשאלת על מחשבותיה ועל רצונותיה, כדי להציב מטרות פרטניות ראשוניות לתהליך השיקומי.

## התנהלות הבית

לוח הזמנים תוכנן לתקופת שהות של שנה, וחולק לרבעונים: רבעון ראשון – אבחון, הסתגלות ומציאת תעסוקה; רבעון שני – הסתגלות ללימודים או למקום העבודה החדש; רבעון שלישי – התבססות; רבעון רביעי – הכנה ליציאה מהבית. אמנם תקופת השהות שהוגדרה היא שנה, אך עם זאת נקבע שתיתכן הארכה של השהות, והיא תיעשה על פי שיקול דעתה של מנהלת הבית בהתאם לשיתוף הפעולה עם הדיירת, בהתאם להישגיה ובתיאום עם מנהל המחלקה בשיבא. לתפיסתם של המנהלים, השהות בבית צריכה לארוך שנה, עם אפשרות להוסיף רבעון. זאת לאחר שלמדו כי מטופלות רבות מגיעות לבית מיד אחרי שלושה חודשים של אשפוז, ואז התהליך אטי מהמתוכנן. בתום כל שלושה חודשים נערכת שיחת רבעון בהשתתפות מנהל המחלקה בתל השומר, מנהלת הבית, העובדת הסוציאלית, הדיאטנית והחונך (מדריך החונך את הדיירת, להרחבה ראו בסעיף תיאור בתפקידים). בשיחת הרבעון מסכמים את התקופה שחלפה, בודקים מה הושג ומה לא הושג ולמה, ובודקים מה היו המכשולים. לסיכום מציבים מטרות חדשות לתקופה הקרובה, ומרעננים מטרות ישנות.

לאחר שבועיים של הסתגלות, הדיירות החדשות נדרשות לצאת לעבודה או ללימודים, ורשאיות לצאת לבלות. מותר לצאת לבלות במהלך השבוע וכן בסופי שבוע, למעט בשבת הביתית, ושעות החזרה מעוגנת בנהלים (כל השבוע עד לשעה 23:00 למעט יום אחד עד לשעה 01:00 ובימי חמישי ושישי עד השעה 03:00). כל אחת מהדיירות מקבלת מפתח של הבית. הן מנקות בתורנויות את כל הבית, לפי הדרישות שנקבעו בנהלי הבית. בסיום המטלה חותם ראש הצוות על ביצועה.

בבית מוגשות חמש ארוחות: שלוש ארוחות עיקריות ושתי ארוחות ביניים. בכל ארוחה נוכח איש צוות (החל מאם הבית ועד המנהלת), בשל הרצון להעניק סביבה תומכת. נהלי האכילה, שהם חלק בלתי נפרד מנהלי הבית, מאפשרים לצוות להקפיד על גבולות של אכילה נורמטיבית. את ארוחות הבוקר והערב מכינות הדיירות, ואת ארוחות הצהריים מכינה אם הבית בסיוען של הדיירות. משך הארוחה - רבע שעה עד חצי שעה. מי שמסיימת לאכול קודם ממתינה ליד השולחן. לכל דיירת יש את תכנית האכילה האישית שלה, ובאחריותה לדאוג לאכול לפיה. תכניות האכילה האישיות לא נמצאות בידי המדריכים. כל הדיירות מנהלות יומן אכילה שנתון למעקב הדיאטנית. אי-עמידה בנוהלי הבית הקשורים לתזונה, נדונה בפגישה השבועית עם הדיאטנית, ובמידת הצורך תזומן הדיירת לשיחה עם המנהלת. חובה לשמור בבית על משקל תקין של לפחות BMI=19, לקיים פעילות גופנית רק על פי תכנית אישית מובנית ולאכול באופן בבית ובחוץ.

אחת לחודש חובה על הדיירות להישאר בבית השיקומי לשבת ביתית. בשאר השבתות ההישארות בבית היא רשות. בערב השבת הביתית מתקיימת ארוחת ערב חגיגית בהשתתפות מנהלת הבית.

## **תיאור התפקידים**

בסעיף זה נציג את בעלי התפקידים בתכנית, וביניהם יוזם התכנית, מנהלת הבית, עובדת סוציאלית, דיאטנית, המדריכים, אם בית, מנהלת העמותה והדיירות.



### יזום התכנית ומנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים ע"ש שיבא

מנהל המחלקה להפרעות אכילה בשיבא ב-7 השנים האחרונות הוא פסיכיאטר העוסק בהפרעות אכילה זה 20 שנה. הוא יזם את הקמתו של בית "אמצע הדרך". יזום התכנית לא היה מעורב בבחירת המנהלת הראשונה של הבית, ולדידו, רק לאחר שנבחרה בהמלצתו המנהלת הנוכחית, עלה הבית על דרך המלך.

### מנהלת הבית

מנהלת הבית היא פסיכותרפיסטית מן המחלקה להפרעות אכילה בשיבא. היא עובדת במחלקה מאז שהוקמה לפני 13 שנים. לפיכך, היא מכירה את כל הדיירות מתקופת אשפוזן במחלקה. החל מחודש אוקטובר 2010 מונתה מנהלת הבית לנהל גם את הבית השיקומי ברמת ישי.

היקף עבודתה של מנהלת הבית הוא חצי משרה (20 שעות שבועיות). היא מייחסת חשיבות רבה ליידועה בכל המתרחש בבית, והיא נגישה בכל עת לכל השוהים בו (דיירות, מדריכים, עובדת סוציאלית, אם בית, דיאטנית). היא מקיימת פגישות אחת לשבועיים עם כל אחת מהדיירות לשיחה על התהליך, על אירועים מיוחדים, על קשיים וכדומה. מנהלת הבית מקיימת קשר מתמיד ובלתי אמצעי עם מנהל המחלקה להפרעות אכילה בשיבא, ובהתאם לצורך הם מקיימים גם פגישות פנים אל פנים. עם שאר בעלי התפקידים (הדיאטנית, העובדת הסוציאלית, אם הבית והמדריכים) נפגשת המנהלת אחת לשבוע לצורכי הדרכה. בפגישות עולים לדיון לבטים ומתקבלות החלטות. למדריכים ניתנת הדרכה בתדירות של פעם בשבועיים או שלושה. מנהלת הבית מעורבת גם בעיצובו של הבית, ורואה באסתטיקה של הבית העברת מסר משמעותי ומחנך, הרבה מעבר לעיצוב עצמו.

### העובדת הסוציאלית

העובדת הסוציאלית הנוכחית, המתמחה בטיפול משפחתי, החלה את עבודתה בבית בתאריך 19.2.2010. היא עובדת בבית השיקומי בהיקף של חצי משרה, גם לאחר המעבר לחסות משרד הבריאות, וזאת אף על פי שמספר הדיירות גדל מ-10 ל-14. עבודתה כוללת פגישות אישיות שבועיות עם כל דיירת, הממוקדות בנושאים כגון: עבודה, לימודים, כל הסידורים הקשורים בביטוח הלאומי (לצורך כך היא נמצאת בקשר עם מחלקת השיקום של הביטוח הלאומי בכפר סבא), מעקב אחר חשבון הבנק. בפגישות האישיות הדיירות מעלות גם נושאים אישיים, כמו קשר עם חבר וסוגיות בהקשרים שונים של החיים. העובדת הסוציאלית מנחה את הדיירות אחת לשבוע במפגש קבוצתי, הממוקד בכל מה שקורה מחוץ לבית, וכן מנחה קבוצת יחסים (בתוך הבית) עם מנהלת הבית. העובדת הסוציאלית מקבלת הדרכה ממנהלת הבית אחת לשבוע.

### הדיאטנית

הדיאטנית היא דיאטנית קלינית העובדת במחלקה להפרעות אכילה בשיבא זה ארבע שנים. היא החלה לעבוד בבית השיקומי ב-11/2009 ומשמשת כדיאטנית הבית. הדיאטנית נפגשת אחת לשבוע עם כל אחת מהדיירות בבית. נוסף על כך היא מקיימת אחת לשבוע מפגש קבוצתי עם הדיירות, ובו היא נוטה להכניס תכנים מובנים, כמו מהי אכילה נורמטיבית, שיחות על דימויי גוף ועל מיתוסים שונים. עם זאת, לטענתה, מפאת חוסר הזמן קשה לפתח תכנית מסודרת בנושא. הדיאטנית מקבלת

הדרכה אחת לשבוע ממנהלת הבית. עוד טרם המעבר לחסות משרד הבריאות התברר כי היקף המשורה שהוגדר לדיאטנית קטן מדי (10 ש"ש) ביחס לתפקידים המוטלים עליה. בפועל היא עובדת בכל שבוע בין שעתיים לשלוש שעות מעבר לשעות שהוגדרו לה.

### המדריכים

בבית השיקומי התגבש צוות של מדריכים איכותיים. הושם דגש על גיוס מדריכים שאין להם רקע הכשרתי בהפרעות אכילה, ושיהיו מחויבים לגישה שעל פיה פועלים במחלקה בשיבא ובבית השיקומי. תחילה מנה צוות המדריכים שישה מדריכים, אך שניים עזבו עקב לימודים ועבודה. לאחר מכן התקבלה מדריכה חדשה, כך שהחל מפברואר 2010 יש בבית חמישה מדריכים. המדריכים עובדים במשמרות, מדריך אחד בכל משמרת. מאז שעבר הבית לחסות משרד הבריאות המדריכים מתחילים לעבוד רק משעות אחר הצהריים, כלומר בשעות מסוימות אין כלל נוכחות של איש צוות בבית. הציטוט הבא מדגים את עיקר תפקידם של המדריכים: "מצד אחד, תמיכה רגשית, עזרה, הדרכה, הכלה של הבנות. מצד שני, שמירה על גבולות ועזרה בשמירה על מסגרת אכילה".

כל מדריך עובד עם שתי דיירות לפחות. תחילה התקיימו פגישות קבועות, אחת לשבוע, בין הדיירות לבין המדריכים שלהן. עם הזמן הן המדריכים והן הדיירות חשו שהפגישות מאולצות. עם זאת הם הכירו בחשיבות ההדרכה, ונבנתה תכנית גמישה יותר על פיה בתחילת הקשר קובעים החונך והדיירת את אופי התקשורת המתאימה להם.

### אם הבית

אם הבית דואגת לתחזוקת הבית, לארוחת הצהריים ולהדרכת הדיירות בבישול, בקניות. בעת הצורך הדיירות מוצאות אצלה אוזן קשבת. היא עובדת בבקרים, כל יום עד השעה 13:00. לעתים היא איש הצוות היחיד הנמצא בבית.

### מנהלת העמותה המפעילה ("נופית")

עמותת "נופית" הוקמה ב-1998. מדובר במרפאה לטיפול בהפרעות אכילה, מרפאה פרטית ללא מטרת רווח, השוכנת ברחוב מקביל לרחוב שבו שוכן הבית השיקומי. לפני 11 שנים הגיעה מנהלת העמותה לבית חולים שיבא והציעה להקים מרפאה ייעודית להפרעות אכילה. עד אז מרבית הטיפולים ניתנו בבתי חולים פסיכיאטריים. עמותה זו ניהלה את הבית מבחינה אדמיניסטרטיבית לפני המעבר לחסות משרד הבריאות, וממשיכה לנהלו גם לאחר המעבר.

### הדיירות

על הדיירות למלא אחר נוהלי הבית. הנהלים נועדו כדי שאפשר יהיה לשמור על אורח חיים נעים ולהציב גבולות ברורים. כל דיירת מקבלת עם כניסתה לבית עותק מודפס של הנהלים. נוהלי הבית מקיפים היבטים שונים שעליהם מחויבות הדיירות להקפיד ולשמור: ריסון תסמינים ופגיעה עצמית, שמירה על התנהגות מתחשבת ומכבדת, הקפדה על מיקום הארוחות, הימצאות בבית בזמני הארוחות, נהלי סופי שבוע וביקורים, השתתפות בקבוצות ובמפגשים אישיים, בקשה ליציאות מיוחדות והקפדה על נוהלי עזיבת הבית, מילוי יומן עדכונים, הימנעות מאיחורים, יציאה לעבודה

וללימודים, תשלום עבור השהות בבית, כניסה לחדרים ולמשרד הצוות, טלפונים ניידים, עישון, שימוש בחומרים אסורים. אי-עמידה בחוקי הבית הביאה במקרים קיצוניים בודדים אף להרחקה מהבית.

## תשומות

### תשומות בבית השיקומי

מפגשים אישיים: כל אחת מדיירות הבית מחויבת לקיים שיחה אישית שבועית עם העובדת הסוציאלית, עם הדיאטנית ועם המדריך האישי שלה. נוסף על כך מתקיימות פגישות עם מנהלת הבית על פי הצורך.

השתתפות בשלוש קבוצות:

1. קבוצת יחסים. בקבוצה זו דנים ביחסים בין-אישיים בתוך הבית; יחסים בין הדיירות לבין הצוות ובין הדיירות לבין עצמן. 10 הדקות האחרונות בכל פגישה מוקדשות להודעות הקשורות להתנהלות הבית, כגון נהלים, ימי הולדת, חגים או כניסת דיירת חדשה. את הקבוצה מנחות מנהלת הבית והעובדת הסוציאלית. נושא לדוגמה: שיח סביב עלבון של אחת הדיירות, שהייתה חולה בבית הוריה ודיירות הבית לא התקשרו לשאול בשלומה. הנושא נדון תוך התייחסות לציפייה שתהיה אכפתיות של הדיירות, זו כלפי זו.
2. קבוצת "מן הבית אל החוץ". בקבוצה זו עוסקים בכל המתרחש מחוץ לבית (משפחה, חברים, עבודה, לימודים ועוד). בקבוצה ונדונים גם נושאים פרקטיים הקשורים לתעסוקה, קרי כיצד להתארגן בעבודה וכיצד לנהוג במצבים ספציפיים. את הקבוצה מנחה העובדת הסוציאלית.
3. קבוצת תזונה. קבוצה זו מונחת על ידי הדיאטנית, ודנים בה בפורום קבוצתי בנושאים שקשורים לאכילה בבית ומחוצה לו, תוך התייחסות להתנהגות סימפטומטית ולקשיים. חלק מהנושאים מועלים על ידי הדיירות וחלקם מועלים על ידי הדיאטנית. הדיירות מספרות על התנסויות שונות שקשורות לאוכל, כגון אכילה בחוץ, אכילה בפגישה עם בחור, קשיים באשר למשקל הגוף והשפעתם על מצב הרוח, קבלת החלטות והתמודדויות מוצלחות. הדיירות גם מעלות התלבטויות לגבי שיתוף אחרים (חברים) בהפרעת האכילה.

חיפוש עבודה, השמה בעבודה ולימודים: כחלק מההליך השיקומי הדיירות קובעות לעצמן מטרות הכוללות אופק לימודי ותעסוקתי בליווי העובדת הסוציאלית ועובדת השיקום של הביטוח הלאומי. הן נמצאות בקשר עם מחלקת השיקום של הביטוח הלאומי בכפר סבא לצורך קבלת זכאות למימון הכשרה, לימודים ואבחון תעסוקתי או דידקטי. העובדת הסוציאלית מלווה אותן בפעם הראשונה, ולאחר מכן הקשר מתנהל בטלפון ובמפגשים. הדיירות כותבות קורות חיים, יוצאות לראיונות עבודה ומנסות להתקבל למקומות עבודה ולימודים. לאחר השתלבותן בתעסוקה או בלימודים, הן מלוות על ידי העובדת הסוציאלית כשהמטרה היא התמדה בעבודה ובלמודים, והתמודדות במסגרתם עם הפרעות האכילה.

פעילויות פנאי בתוך הבית: קיימות יוזמות לפעילויות פנאי בתוך הבית. למשל, אחת הדיירות יזמה חוג פילאטיס, והיא עצמה מעבירה אותו פעם בשבוע. מטרת החוג לאפשר לדיירות להתנסות בספורט הזה בבחינת פעילות ספורטיבית מוגנת.

פעילויות חברתיות לצוות ולדיירות: באשר לצוות – אחת לתקופה המדריכים מארגנים ערב צוות, יציאות חברתיות לבאולינג ומפגש בפאב לערב של גבינות ויין. באשר לדיירות – מתקיימים טיולים ברחבי הארץ שמטרתיהם גיבוש חברתי, התנסות באכילה מחוץ לבית במהלך טיול ואהבת הארץ. נוסף על כך יש צפייה מודרכת בסרטים ופעילות חברתית שמנחים המדריכים בשבת הביתית.

### תשומות מחוץ לבית השיקומי

בבית החולים שיבא – מפגשים עם פסיכיאטר: הדיירות מחויבות במעקב בבית החולים שיבא. במסגרת המעקב הן נפגשות אחת לשלושה שבועות או חודש, בהתאם לצורך, עם פסיכיאטר.

מפגשי פסיכותרפיה: כחלק מהטיפול הדיירות מחויבות במפגש פסיכותרפויטי שבועי במחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא.

בקהילה – המוסד לביטוח לאומי: דיירות הזקוקות לכך עוברות אבחון תעסוקתי ומלוות על ידי עובדת שיקום מטעם המוסד לביטוח לאומי.

פעילות פנאי: הדיירות משתתפות בפעילויות פנאי בקהילה. המדובר בהשתתפות בחוגים, בחדר כושר, בבילוי מחוץ לבית ובפעילויות פנאי בעבודה או בלימודים.

### הכנה ליציאה מהבית השיקומי

בשלושת החודשים האחרונים לשהותה של הדיירת בבית השיקומי היא עוברת תהליך הכנה לקראת יציאתה מן הבית. כל דיירת מלווה על ידי מדריך חונך העוזר לה להתארגן לקראת היציאה. העזרה כוללת חיפוש חלופת דיור, קניית ציוד לבית, עזרה בניהול תקציב (למשל בקניות בסופרמרקט). כמו כן, הדיאטנית מדריכה את הדיירת כיצד לבקש מקופת החולים להמשיך את הטיפול במחלקה להפרעות אכילה בשיבא, או במרפאות אחרות (באמצעות דיאטנית, באמצעות פסיכיאטר וכדומה), במטרה לשמור על הרצף הטיפולי. לכל דיירת יש תכנית כלכלית שהעובדת הסוציאלית בונה אתה. הדיירת מחויבת להפריש לחיסכון מדמי הביטוח ומשכרה, כדי שתוכל לשכור דירה לאחר שתעזוב את הבית. למרות כל ההכנה הקפדנית הזו נראה כי עזיבת הבית השיקומי, "כמו צמתים רבים בחיים, מלווה ב'רעידת אדמה' מסוימת, מבחינת הפרעת האכילה והסימפטומים. כאשר דיירת לומדת במהלך השהות בבית לשתף בקשיים שלה ולהיעזר, כך גדלים הסיכויים שתיעזר בבית או במסגרת טיפולית אחרת או בגורמי תמיכה אחרים גם ביציאה מהבית, ותוכל לעבור את 'רעידת האדמה' הזו בשלום" (מדברי הדיאטנית).

### ליווי לאחר עזיבת הבית השיקומי

המדריך האישי יוזם קשר עם דיירת שיצאה מן הבית השיקומי בשלושת החודשים הראשונים. הקשר כולל שיחות טלפון, ביקורים ועוד. הדיירות שיצאו מן הבית השיקומי מוזמנות לבקר בו, ולהשתתף בשלוש ארוחות במשך השבוע ובארוחת ערב שבת. גם לאחר שלושה חודשים הבוגרות מוזמנות להתקשר ולהתייעץ, וחלקן אכן שומרות על קשר רציף עם הבית השיקומי ואף מבקרות בו. עד לכתיבת דו"ח זה סיימו את תהליך השיקום שבע דיירות.

### סיכום

בית "אמצע הדרך" נועד להמשיך את הגישה הטיפולית שמיושמת במחלקה להפרעות אכילה בשיבא, בשלב המעבר שבין האשפוז ליציאה לחיים עצמאיים, ולדאוג לשיקום בהשגחה מחוץ לבית החולים. כפועל יוצא מכך היה ברור שהקשר בין מנהלת הבית לבין בית החולים חיוני. ואכן, אנו עדים לקשר צמוד בין מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים לבין מנהלת הבית. למנהלת הבית אוטונומיה מלאה לפעול לפי דרכה, ומנהל המחלקה מיודע בכל המתרחש בבית.

תפיסת התפקיד מנקודת ראותם של בעלי התפקידים ברורה, וניכר כי קיימים ייחוד לכל תפקיד ושיתוף פעולה בין הנפשות הפועלות. קיים קשר הדוק בין המנהלת לבין שאר בעלי התפקידים בבית. הצוות הבכיר משקיע הרבה מעבר לשעות שנקבעו לו בהגדרת התפקיד.

## תוצרים

בפרק זה נציג נתונים על תפוסת הבית (מדד להצלחת התכנית) ועל ההתקדמות בתהליך השיקום האישי של כל אחת מהדיירות, לפי שלושה היבטים:

1. מדד יציבות של ערכי BMI כמדד הצלחה;
  2. מצב הדיירות על פי שישה מדדי הצלחה שהוגדרו במסמכי התכנית: תזונתי, מעקב בשיבא, תפקוד בבית, שילוב בקהילה, מצב חברתי, יציאה מהבית;
  3. השתלבותן של הדיירות בעבודה או בלימודים.
- הממצאים מבוססים על נתונים שנמסרו עד מאי 2011.

### נתונים על תפוסת הבית

התפלגות הדיירות לפי מספר הפונות, מספר המתקבלות, מספר המסיימות ומספר העוזבות, בתקופה שבין אוקטובר 2009 ועד ינואר 2011, מוצגת בלוח 8.

**לוח 8: פניות, מתקבלות, מסיימות ועוזבות מאוקטובר 2009 ועד מאי 2011**

סך הכול דיירות בבית	הערות	מספר עוזבות	מספר מסיימות	מספר מתקבלות	מספר פונות	חודש
8	היו 7 דיירות בבית			1	5	אוקטובר
9				1		נובמבר
10				1		דצמבר
10						ינואר (2010)
10	עזבה אחרי חודש, אי-עמידה בנוהלי הבית	1	1	2		פברואר
10			1	1	6	מרץ
9	עזבה אחרי חודשיים, אי-עמידה בנוהלי הבית	1				אפריל
10				1		מאי
10			1	1	5	יוני
10						יולי
10						אוגוסט
10			1	1		ספטמבר
10		1		1		אוקטובר
9		1	2	2		נובמבר
10				1		דצמבר
11	עזבו אחרי 6 ימים בשל קושי	2		3		ינואר (2011)
13				2		פברואר
14				1		מרץ
14	עזבה בשל קושי שנבע מלחץ של ההורים	1		1		אפריל
14	הועזבה לאחר פעילות סימפטומאטית	1	1	2		מאי

מלוח 8 עולה כי מאז חודש אוקטובר 2009 נמצא הבית רוב הזמן בתפוסה מלאה (10 דיירות). כך גם עם המעבר לחסות משרד הבריאות, אז הוגדלה מכסת הדיירות מ-10 ל-14. בסך הכול פנו לבית 22 דיירות, 6 מהן עזבו לפני סיום הטיפול, ולרוב קרוב למדי למועד כניסתן לבית (בדרך כלל בשל אי-עמידה בנוהלי הבית). בסך הכול מדובר בדו"ח זה ב-16 דיירות, ומהן 7 סיימו את התהליך בהצלחה והאחרות נמצאות בעיצומו של התהליך.

#### מידת היציבות של ערכי BMI כמדד הצלחה

ערכי ה-BMI ויציבותם משמשים סמן מרכזי להתקדמות או לנסיגה בשיקום חולים בהפרעת אכילה. בלוח 9 מוצגים הערכים בעת הקבלה לבית ובשלבם אחרים של התהליך (בעת קבלת הנתונים נמצאו הדיירות בשלבים שונים של התהליך - בתחילתו, באמצעו או בסופו).

#### לוח 9: BMI בעת הקבלה לבית ובעת מסירת הנתונים (מאי 2011)

BMI בעת מסירת הנתונים	BMI בעת הקבלה לבית
18.6	18.0
20.0	19.4
18.6	18.0
21.0	19.5
18.8	18.8
19.0	19.0
20.8	20.8
21.1	21.8
18.9	19.6
18.9	19.4
18.9	19.1
19.6	19.0
19.9	19.9
22.3	19.6
19.9	20.3
19.3	19.3

מנהל המחלקה התבקש להגיב על ממצאים אלה, ואמר כי BMI הוא, כאמור, נוסחה המאפשרת לחשב את היחס בין המשקל לגובה מבלי להיעזר בטבלאות משקל. הערך התקין הוא מעל 19 ומתחת ל-25. כמו שניתן לראות בלוח 10, רוב הדיירות נמצאות סביב הערך התקין הנמוך, ומיעוטן מעט מתחתיו. הפרשנות המעשית היא שהדיירות הצליחו שלא לרדת במשקל במהלך תקופת שהותן בבית. ירידה במשקל לאחר סיום האשפוז היא הגורם המרכזי לאשפוז חוזר, ובמובן זה התכנית עמדה במטרות שהוגדרו מראש.

שלוש חולות ירדו ל-BMI 18.9 במהלך שהותן בבית. מנהל המחלקה הסביר כי מדובר בירידה שולית, ובדרך כלל הדרישה מבנות אלו הייתה לעלות חזרה למשקל תקין. שלוש חולות התקבלו לבית ב-BMI נמוך מ-19 (שנקבע שהוא הסף התחתון המאפשר כניסה לבית). לדברי מנהל המחלקה, מדובר בנתון שאינו עולה בקנה אחד עם תנאי הקבלה לבית, וחשוב לברר כיצד התקבלו החולות בניגוד למדיניות הקבלה.

יוזמי התכנית הגדירו בתחילתה שישה תחומים המהווים, לתפיסתם, מדדים להצלחת הדיירות בתהליך השיקום. מנהלת הבית התבקשה להעריך את מצבן של הדיירות בעת כניסתן לבית, ואת השינוי שחל אצלן לאחר שהות של שישה חודשים ויותר בבית. ההערכה נעשתה לפי ששת המדדים: תזונתי, מעקב בשיבא, תפקוד בבית, שילוב בקהילה, מצב חברתי ויציאה מהבית, ועל פי שלושה פרמטרים: נסיגה, ללא שינוי ושיפור. בלוח 10 מוצג הסיכום של מצב הדיירות בשתי המדידות, לפי חוות דעתה של מנהלת הבית.

**לוח 10: מצב הדיירות בעת הכניסה לבית, ולאחר שהות של שישה חודשים ויותר, על פי מדדי ההצלחה שהוגדרו לתהליך השיקומי \***

המדד	בעת הכניסה לבית (N = 11)			לאחר שישה חודשים ויותר (N = 9)		
	נסיגה	ללא שינוי	שיפור	נסיגה	ללא שינוי	שיפור
תזונתי	2	9	0	1	2	6
מעקב בשיבא	2	9	0	0	6	3
תפקוד בבית	3	8	0	0	2	7
שילוב בקהילה	1	7	0	0	2	7
מצב חברתי	0	10	1	2	0	7
יציאה מהבית	לא רלוונטי			1	0	1

\* יש לשים לב לכך שבעת הקבלה לבית יש 11 דיירות (חוץ מאשר בממד של שילוב בקהילה שבו יש 8), ולאחר 6 חודשים יש 9 דיירות. הפער נובע מכך ששתי דיירות התקבלו במאי-יוני, ובעת סיכום הנתונים הן עדיין לא שהו בבית שישה חודשים.

נקודת המוצא להערכת מצב הדיירות היא הכניסה לבית. מלוח 10 מצביע כי במהלך השבועיים הראשונים של הכניסה לבית השיקומי הופיעה נסיגה במצבן של חלק מן הדיירות בהשוואה לנקודת המוצא. ממצא זה אינו שכיח לאחר שהות בת שישה חודשים ויותר. כלומר, כמעט שאין בקרב הדיירות נסיגות במדדים במהלך השהות בבית. לאחר שהות של כמה חודשים בבית השיקומי ניתן לראות שיפור במרבית המדדים שדווחו. השיפור בולט בעיקר בתחומים הבאים: תפקוד בבית, שילוב בקהילה, מצב חברתי ותזונה.



השתלבות בעבודה ובלמודים

אחד ממדדי ההצלחה המרכזיים בתהליך שיקום הוא השתלבותן של הדיירות בלימודים ובעבודה. בלוח 11 נציג את התפלגות הדיירות על פי השתלבותן בתחומים אלה.

**לוח 11: הדיירות על פי השתלבותן בעבודה ובלמודים (N = 14)\***

מספר דיירת	היקף משרה בעבודה/לימודים/התנדבות	מקום עבודה/לימודים	תפקיד בעבודה/תחום לימודים	מספר ימי עבודה בשבוע	מספר שעות עבודה ביום	שכר ממוצע לחודש
1	משרה חלקית	מרפאה וטרינרית	מזכירה	5	בין 3 ל-7 שעות	מינימום
2	לומדת	רום פרט	השלמת בגרות			
3	משרה חלקית	מפעל לעבודות יד	מעטרת תכשיטים	5	בין 5 ל-7 שעות	מינימום
4	משרה חלקית	טלמרקטינג	השלמת בגרות	4	8	מינימום
4	לומדת	לימוד עצמי	השלמת בגרות			
5	משרה חלקית	סופר פארם	קופאית	4	8	מינימום
5	לומדת	וול סטריט	אנגלית			
6	משרה חלקית	הוט	נציגה טלפונית	4	8	מינימום
6	לומדת	רום פרט	השלמת בגרות מדריכה של			
7	משרה חלקית		אנשים עם צרכים מיוחדים	5	3	מינימום
7	לומדת	אוניברסיטה פתוחה	פסיכופתולוגיה וסטטיסטיקה			
8	משרה חלקית	סלע סיעוד	חונכת של אנשים עם מוגבלויות	3	3.3	מינימום
8	לומדת	וול סטריט	אנגלית			
9	משרה חלקית	קידום אישי	מורה פרטית ושמרטפית	5	4	מינימום
9	מתנדבת	בית ספר תיכון	מורה	1	שעתיים	מניע להתנדבות: סיפוק
12	משרה מלאה		אחות			
13	משרה חלקית		מזכירה רפואית		20 שעות שבועיות	
14	משרה חלקית	בית מרקחת הומיאופתי	אחראית על רוקחות		24 שעות שבועיות	
15	משרה מלאה	חדר כושר	מנהלת			התפטרה
16	משרה חלקית	חנות	מוכרת		24 שעות שבועיות	

\* מתוך 16 הדיירות ששהו בבית בתקופת ההערכה, שתי דיירות היו חדשות ונכנסו לבית בחודש יוני. הן עדיין לא עבדו ולא למדו. על כן הנתונים מתייחסים ל-14 הדיירות שכן עבדו או למדו.

מהתבוננות בלוח 11 ניתן לראות ש-11 מדיירות הבית עבדו במשרה חלקית, ומתוכן 5 דיירות גם עבדו וגם למדו; 2 מהן במטרה להשלים בגרות, 2 אחרות לומדות את השפה האנגלית ואחת היא סטודנטית לתואר ראשון. דיירת נוספת מתנדבת במקביל לעבודתה. המקצועות שבהם עוסקות דיירות הבית הם מקצועות "נשיים" שונים, כגון מזכירה, מעטרת תכשיטים, קופאית, נציגה טלפונית, מדריכה של אנשים עם צרכים מיוחדים, חונכת של אנשים עם מוגבלויות, מורה ושמרטפית. כל הללו עובדות במשרה חלקית ומשתכרות משכורת מינימום. שתי דיירות אחרות עובדות במשרה מלאה, האחת אחות והאחרת מנהלת בחדר כושר.

### **הערכה של תרומת הבית ושל שביעות רצון הדיירות**

#### הערכת התרומה

בסעיף זה נציג את תפיסתן של הדיירות באשר לתרומה של הבית, כפי שעולה ממשוברים שהתקבלו מהדיירות, מהמדריכים ומבעלי התפקידים. התרומה המרכזית מתייחסת לשליטה בהפרעת האכילה וליכולת לנהל חיים עצמאיים לצד המחלה. מהתבוננות בנתונים עולה כי גם כאן, בדומה למניעים ולצפיות, ניתן לראות מדרג החל מהשלב הנמוך ביותר – מימוש צרכים פיזיולוגיים בסיסיים – ועד לשלב הגבוה ביותר – מימוש עצמי. להלן נציג ציטוטים המדגימים ממצא זה:

צרכים פיזיולוגיים בסיסיים:

- הזדמנות לחיות את חייהן בשילוב עם אכילה מסודרת גם במצבי קושי ומצוקה;
- לומדת להתמודד עם הקשיים בנוגע לאכילה;
- החוקים של הבית שומרים עלי ועוזרים לשמור על משקל תקין ולא להקיא;
- הבית אפשר לי להיות יותר רגועה (...). בבית החולים אין זמן לרוגע כי עסוקים במלחמת הישרדות.

ביטחון בקיום הפיזי:

- הצלחתי להתחיל לשנות הרגלי אכילה והתנהגויות סביב האוכל, וגם אם אני עדיין מתקשה – בבית עוזרים לי לשמור על ההישגים שלי;
- אני פחות מעסיקה את עצמי בנושא האוכל ומתנסה בסיטואציות מגוונות בחיים הקשורות לאוכל ומרגישה בטוחה בהם;
- זו הצלת חיים לכולן. שייכות, זהות ואהבה:

- הבית מאפשר לבנות קשרים בריאים ותומכים שרבות מהן לא זכו להכיר קודם;
- הקשר עם הדיירות האחרות מאפשר תמיכה הדדית ויצירת רשת חברתית; בעבר בזמן המחלה הייתי חסומה לכל הרגשות ובזמן שהותי בבית אני מוצאת את עצמי נפתחת ליותר ויותר רגשות, בעיקר רגשות טובים;
- אני הרבה יותר עצמאית ופחות תלותית בסביבה, מאמינה בעצמי ויודעת שאני מסוגלת לדאוג לעצמי.

מימוש עצמי :

- עם השהות בבית ראיתי שאני כן יכולה להרשות לעצמי לבנות תכניות ארוכות טווח כי הן ניתנות למימוש ;
- הבית עזר לי לתת ביטוי לשאיפות שלי ;
- הבית חיזק אותי – לימדו אותי לשמור על גבולות ולקחת אחריות על עצמי בכל התחומים.

מעניין לציין כי לא מצאנו באף אחד מהשאלונים או מהראיונות, תרומה שקשורה לכבוד ולהערכה. המדריכים והדיירות מסתכלים על התרומות של הבית דרך פריזמה טיפולית ושיקומית, ונראה כי כדי לבטא תרומה הקשורה לכבוד ולהערכה כלפי הדיירות יש לעבור עוד כברת דרך, ולהתרחק משלב ה"החלמה".

תחושת התרומה המתקבלת מהשהות בבית השיקומי היא פרי ההשקעה של כל השותפים לעשייה בבית, ומשמעותה מובנת ביתר שאת מדבריו של מנהל המחלקה להפרעות אכילה: "כל דיירת שהייתה והצליחה זכתה בפיס. זו זכייה שאין שני לה. יש מעט מאוד מדינות שמשקיעות כל כך הרבה בדיירות כאלה".

### שביעות רצון

הדיירות הביעו שביעות רצון רבה מצוות הבית :

*אני מאוד מרוצה כמעט מכולם, כמובן שיש כאלה שאני יותר מתחברת אליהם וכאלה שפחות. המנהלת היא כמו האימא של כולם ואני יודעת שתמיד מותר לפנות אליה ולקבל עצות טובות. כמו כן, גם העובדת הסוציאלית והדיאטנית, שלטעמי היא דיאטנית מושלמת. כפי שאמרתי, מבחינת המדריכים יש כאלה שיותר מתחברים ויש כאלה שפחות.*

שביעות הרצון קשורה להיבטים שונים של החיים ולהתמודדויות שונות של הדיירות, כפי שביטאה זאת אחת מהן: "יש לי קשר מיוחד עם המדריכים, אני משתפת אותם ונעזרת בהם רבות בכל התחומים: אוכל, לימודים, זוגיות, משפחה וכדומה". המדריכים הביעו אף הם שביעות רצון מעבודתם בבית השיקומי: "עבורי זו הזדמנות לטעום חוויה טיפולית שיקומית, לרכוש ידע רב, ללמוד על עצמי במצבי קושי מול הבנות".

הדיאטנית הדגישה שההרכב האנושי של הצוות ותפקודו הם גורמים משמעותיים המשפיעים על שביעות הרצון. לדידה, נוצרה בבית סביבה תומכת ומקצועית המאפשרת עבודה מיטבית: "עבודת הצוות ממשיכה להיות טובה, פתוחה ובשיתוף פעולה מלא". עם זאת, היא ציינה כי העבודה עם הדיירות נושאת אופי של אורות וצללים: "העבודה מאתגרת מאוד, ולא עובר יום ללא אירוע נוסף שיש לתת עליו את הדעת".

ראש המחלקה להפרעות אכילה בתל השומר שבע רצון גם הוא מהתנהלות הבית. לדבריו, עובדה היא שבשנות פעילותו צבר הבית מוניטין והביקוש אליו גדל. הוא סבור שמודל העבודה של הבית נכון:

*כשבוחנים את הדרך – היא לא הייתה פשוטה. המטרה הנוספת הייתה לבנות מודל יש מאין. לא כל הבנות סיימו את הפרויקט, אבל אף אחת לא חזרה לאשפוז, וזה היה המניע הראשוני [...] גם אם יש הפרעת אכילה פעילה [הן] אינן צריכות להתאשפז. כך שהמטרה האינדיבידואלית מבחינת החולה גם הושגה.*

עם זאת, לתפיסתו, ניתן ליעל את התנהלות הבית ולקדם את מטרותיו.

### מידת השגת המטרות ומימוש הציפיות

ביקשנו ללמוד כיצד תופסות הדיירות את מידת השגת המטרות שהציבו לעצמן עם הכניסה לבית, ואת מידת מימוש צפיותיהן, וזאת באמצעות שאלון שהועבר למי ששהו בבית שישה חודשים ויותר. הדיירות התבקשו לדרג על גבי סולם של חמש דרגות (1-כמעט ולא עד 5-במידה רבה מאוד) את מידת הסכמתן עם כל אחת מהציפיות שהוצגו לפנייהן, וכמו כן לציין את מידת המימוש של כל ציפיה. בלוח 12 מוצגים ההבדלים בין הציפיות בעת הכניסה לבית לבין מידת מימושן.

**לוח 12: מבחן t לבדיקת הבדלים בין הציפיות של הדיירות מהבית השיקומי לבין מידת מימושן בסולם זירוג 1-כמעט ולא עד 5-במידה רבה מאוד (N = 13)**

p	מימוש בפועל		בעת הכניסה לבית		ציפיות
	סטטיית תקן	ממוצע	סטטיית תקן	ממוצע	
0.01	0.75	4.07	0.37	4.84	א. לשלוט בהפרעת האכילה
0.82	0.86	4.25	0.62	4.75	ט. לרקום חלום ולמצוא משמעות לחיי
0.15	0.89	4.15	0.63	4.69	ד. להתכונן לחיים עצמאיים
0.10	0.9	4.30	0.76	4.61	ב. לצאת ללימודים
0.05	0.92	3.76	0.77	4.53	ה. להרגיש נורמטיבית, כמו כולם
1.00	0.87	4.53	0.77	4.53	י. לשפר את התקשורת הבין-אישית עם אחרים
0.27	1.14	4.15	1.12	4.38	ג. למצוא תעסוקה
0.08	0.80	3.84	0.96	4.38	ו. להרגיש טוב פיזית ונפשית
0.21	0.77	3.46	0.92	3.76	ח. להדק את הקשר עם המשפחה שלי
0.65	0.96	2.53	1.11	2.83	ז. לבנות זוגיות ומשפחה משלי

מלוח 12 עולה כי הציפיה שדורגה במקום הגבוה ביותר היא הציפיה לשלוט בהפרעת האכילה. הדיירות מגיעות לבית השיקומי "ממוקדות מטרה", וזוהי מטרתן המוצהרת והראשונה. ממצא זה קיבל חיזוק מתשובותיהן של הדיירות ביחס למימוש ציפיותיהן. רובן סימנו: "לשלוט בהפרעת האכילה הייתה הציפיה המרכזית ואני מרגישה שהיא הושגה". ניתן לראות כי בהיגד זה קיים

הבדל מובהק בין הרצון לבין מידת מימושו. בעוד הציפייה לשלוט בהפרעת האכילה הייתה, כאמור, גבוהה מאד מימושה בפועל היה נמוך יותר באופן מובהק.

הציפייה שדורגה במקום השני הייתה "לרקום חלום ולמצוא משמעות בחיים" וזו שדורגה שלישית הייתה "להתכונן לחיים עצמאיים". הן מבטאות שאיפה להיפטר מהפרעת האכילה, המהווה גורם מעכב בניהול חיים נורמטיביים ועצמאיים שבהם אפשר לרקום חלומות ולמצוא משמעות. נמצא פער מובהק בין הציפייה "להרגיש נורמטיבית, כמו כולם" שדורגה גבוה, לבין מידת מימושה, שדורגה נמוך יותר. ממצא זה יכול ללמד על כך שמדובר בתהליך מורכב הדורש השקעת משאבים רבים (זמן, נכונות, מוטיבציה, מאמץ וכדומה).

הציפיות שקשורות לתחומים המשפחתי והזוגי דורגו במקום הנמוך ביותר. יש להניח כי נושאים אלה מעסיקים את הדיירות. אלא שהם, כפי הנראה, יכולים להתממש גם בשלב מתקדם יותר של התהליך, וכפי שביטאה אחת מהדיירות: "יש ציפיות שהתממשו, אלה שיותר נוגעות לאכילה [...]" [הציפייה ל] זוגיות [היא] בתכנון – [אבל] אני עדיין בבית".

## קשיים ולבטים

הקשיים המדווחים כאן מבוססים על נתונים שהתקבלו מראיונות ומשאלונים. הראיונות נערכו עם דיירות, עם מפעילי התכנית ועם מנהל המחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא. השאלונים הועברו לדיירות ולמדריכים בבית השיקומי, בתחילת השנה השנייה ולקראת סופה. להלן פירוט הקשיים העיקריים שעלו:

- **קשיים תקציביים.** מפעילי הבית נתקלו בקשיים תקציביים בשל כמה גורמים:
  - בשנתיים הראשונות, בשלב הניסוי של הפעלת הבית, העביר משרד הבריאות בעבור ניהול הבית סכום כספי נמוך מזה שהוקצה על ידי הביטוח הלאומי.
  - התקציב המועבר ממשרד הבריאות מיועד עבור מספר גדול יותר של דיירות.
  - חלק מתקציב הבית שאמור להתקבל ממשרד הבריאות, מותנה בסל שיקום של הדיירות מהביטוח הלאומי. אך סל השיקום אינו מועבר לחלק מן הדיירות. דיירות שלמרות מחלתן מסוגלות לעבוד בהיקף משרה סביר, נתפסות על ידי הביטוח הלאומי כמי שאינן זכאיות לקבל החזר על אבדן כושר עבודה, ולכן לא יכולות לקבל סל שיקום.
  - כיוון שאינן מקבלות סל שיקום, לא מתקבל כאמור חלק מהתקציב עבורן.
- **מועד ההכרה של הביטוח הלאומי בדיירות כזכאיות לקצבת נכות ולאבחונים תעסוקתיים.** עד לתחילת השנה השנייה התקדם באטיות רבה תהליך ההכרה בדיירות על ידי הביטוח הלאומי, והדבר גזל זמן ומשאבים רבים ועיכב את השיקום. קושי זה הביא להסדר עם הביטוח הלאומי. במפגש שנערך בתאריך 7.1.2010 סוכם כי כל המועמדות לבית השיקומי תגשנה טופס תביעה לקצבת נכות עוד בזמן שהותן בבית החולים, ולקראת כניסתן לבית השיקומי. עוד הוחלט כי כל המועמדות לבית השיקומי יקבלו זכאות זמנית בכפוף לנכות שתיקבע. עם זאת, העובדת הסוציאלית מדווחת שעדיין יש צעירות המגיעות לבית ללא הקצבה מהביטוח הלאומי.
- **המרחב הפיזי של הבית.** בעלי התפקידים ציינו כי עם המעבר לחסות משרד הבריאות גדל מספר הדיירות בבית מ-10 ל-14. גידול זה מחייב ביצוע של התאמות במבנה. חדר המדריכים וחדר המחשב בוטלו, והוסבו לחדרי מגורים. בסך הכול גדלה הצפיפות בבית, וכתוצאה מכך הופרעה ההתנהלות השגרתית: "שש [דיירות] על שירותים אחד, מדריך על שירותים עם כולם, וזה לא פשוט כשצריך להיות מוכנים לארוחת בוקר או לצאת לעבודה. אבל הדיירות יודעות, מתמודדות, רוצות את הבית".
- **קושי בהקצאת זמן השהייה המיטבי בבית.** בסוגיה זו אין תמימות דעים בין בעלי התפקידים, ולא ברור מתי צריכה להיות נקודת הסיום של התהליך: אם השהיה חייבת להיתחסם בזמן (שנה, כפי שצוין במסמכי ההקמה) או להיות גמישה בהתאם להתקדמותה של הדיירת. מרבית בעלי התפקידים חושבים ששנה היא פרק זמן סביר, אם כי צריך לדעתם גם להתגמש בהתאם לצרכים. מנהל המחלקה סבור, כי יש לנצל את השנה בצורה יעילה יותר. לתפיסתו, "יותר מדי זמן עלול להזיק יותר מאשר להועיל, ולהכניס אנשים לרגרסיה. אם הם יודעים שהזמן בלתי מוגבל הם לא מתקדמים באותה צורה". צוות הבית, לעומת זאת, חושב שלרוב פרק זמן של שנה אינו מספיק לצורך התהליך השיקומי.

- היקף המשרות של מפעילי התכנית.** היקף המשרות של מנהלת הבית, העובדת הסוציאלית והדיאטנית לא השתנה, והיקף המשרות של המדריכים אף צומצם, עם המעבר לחסות משרד הבריאות. עם זאת מספר הדיירות גדל, ועל כן הצטמצם הזמן שמוקדש לכל דיירת. מנהלת הבית, הדיאטנית והעובדת הסוציאלית עובדות בפועל שעות נוספות על אלה שהן מתוגמלות עבורן, וכפי שמתארת הדיאטנית: "עם המעבר והתרחבות הבית ל-14 בנות, עולה הקושי המשמעותי של מחסור בזמן. הקושי יתבטא גם בקוצר או בחוסר של זמן לראות את הבנות במפגשים אישיים". לדידה, צמצומן של היקפי המשרות פוגע גם ביכולת "לפתח את התכנית השיקומית הכללית בבית בדגש על הפן התזונתי". על פי דברי העובדת הסוציאלית, צמצום היקף המשרות של המדריכים הביא לכך שבשעות שבהן מנהלת הבית או העובדת הסוציאלית נמצאות בבית, לא נמצאים בבית מדריכים. בשעות מסוימות אין כלל אנשי צוות בבית. לדבריה: "אין מדריכים בין 16:30 ל-19:00 בערב, וביום שישי בין 8:00 ל-12:00 [...] וזה גורר לא מעט בעיות". המשמעות של אי-נוכחות איש צוות בבית בשעות מסוימות בעייתית, שכן אין מענה במקרה שמתעורר קושי:

הבנות מרגישות מאד לא מוגנות, וכשבת בהפרעת אכילה מרגישה לא מוגנת היא ישר תלך החוצה ותקיא שם, או שהיא תצמצם בארוחת ערב. בנות שנמצאות שנה לא יעשו את זה אבל אלה שנמצאות כאן חודש והבית לא מוטמע אצלן, הן יעשו את זה.

- קושי בשמירה על גבולות.** קושי נוסף שעליו דיווח הצוות קשור לעמידה של הדיירות בנהלים, במיוחד בנושא האוכל. במקביל מתעוררים לעתים קשיים גם סביב התנהגויות סימפטומטיות שהעבודה עליהן דורשת התערבות בפן התזונתי, בפן ההתנהגותי ובפן הרגשי.
- קשר עם הצוות המפעיל.** חלק מן הדיירות מתקשות לשתף את הצוות המפעיל (מנהלת, עובדת סוציאלית, דיאטנית, מדריכים) בקשיים. לדברי העובדת הסוציאלית:

חשוב להעביר להן את האחריות ואת הביטחון לפנות עם כל דבר [...] התמיכה של הבית היא בכל נושא ולא רק סביב האוכל. למשל, החזרה לשוק העבודה. לדיירת הייתה חרדה גדולה עקב החוויות הלא טובות במקום העבודה הקודם. היא יכולה להתקשר גם באמצע העבודה אם קשה לה. כשהיא התפלאה על האפשרות להסתייע בכל נושא הוסבר לה שזה בית שיקומי הזמין 24 שעות ביממה.

- המעבר לקהילה.** סוגיה זו הפכה מרכזית עם העלייה במספר הדיירות המסיימות את שהותן בבית השיקומי. התעוררה שאלה כיצד לבצע את המעבר מהבית השיקומי לקהילה בצורה חלקה יותר, הן בשלב ההכנה כשהדיירות עדיין גרות בבית, והן לאחר שיצאו לקהילה. מנהלת הבית, העובדת הסוציאלית והדיאטנית סוברות, כי "היציאה מהבית לא מספיק טובה. אנחנו לא מספיק מוכינות אותן, לא מספיק יודעות איך לעשות את זה, לדעתי. משהו שם לא מספיק". הוקדשה מחשבה להכנה נכונה יותר ליציאה מהבית, והוחלט להגדיר את הרבעון האחרון כרבעון שמתמקדים בו בהכנה ליציאה. הכנה זו חשובה כיוון שיש, כדברי "פער בין להיות בבית

כל כך עוטף לבין היציאה. הן לא ממש רואות את הנולד". אם כן, הוחלט ששלושה חודשים לפני העזיבה ילמדו הדיירות "עם אם הבית במטבח. ללכת לקנות במכולת עם מדריך, לבנק, לדואר, איך מקבלים חשבונות, להתמודד עם זמנים של לבד בבית. הן נורא מתקשות. כולן מתקשות מאוד".

- **מעקב אחר בוגרות.** אנשי צוות הבית מתלבטים למשך כמה זמן רצוי לנהל מעקב אחר הבוגרות. בוגרות הבית השיקומי נמצאות בקשר עם הבית באמצעות שיחות טלפון בהתאם לצורך. נוסף על כך הן מוזמנות לביקורים ומצטרפות לארוחות במועדים שנקבעו מראש. עם זאת, הליכים אלה אינם מעוגנים בנהלים קבועים, ומנהל המחלקה להפרעות אכילה בשיבא תוהה אם יש לעגן אותן. לדבריו, אין ספק באשר לחשיבות המעקב, אולם יש קושי להטילו על מנהלת הבית ועל יתר הצוות: "ברמה של ניהול הבית זה לא אפשרי, זה לא צריך להיות מוטל על אנשי הבית".

- **מסגרת המשך.** אנשי צוות הבית סבורים כי נחוץ ליצור מסגרות המשך לבית השיקומי, שיהוו חוליה בין המסגרת המטפלת לבין החיים העצמאיים. הכוונה ליצור מגוון מסגרות שיענו על צרכיהן המגוונים של הדיירות, ובעיקר להתייחס למשך השהות ולאינטנסיביות של הליווי הדרושים לכל אחת. דוגמאות למסגרות אפשריות:

דיור לווין, שבו הגורמים המקצועיים מבקרים בדירה פעם או פעמיים בשבוע;  
דיור מוגן, שבו הגורמים המקצועיים מבקרים בדירה בין שלוש לחמש פעמים בשבוע; דיור מוגן מתוגבר, שבו יש כשישה ביקורים בשבוע, והוא מתאים בעיקר לדיירות שפוטנציאל השיקום שלהן נמוך ויש סיכון שהן לא יגיעו לתפקוד עצמאי.



## סיכום והמלצות

בית "אמצע הדרך" הוא בית שיקומי הנותן מענה לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה. בית זה מתקיים בזיקה לבית השיקומי "צידה לדרך" ברמת ישי. בין הבתים קיים מדרג, והקריטריונים לקבלה לכל אחד מהם שונים. לבית השיקומי "אמצע הדרך" בהוד השרון מתקבלות נשים במצב טוב יותר מבחינת ההפרעה ומבחינת כוחות האגו (BMI, שליטה בתסמינים, הפרעות אישיות, גיל, כוחות אגו וכדומה) בהשוואה לאלה המתקבלות לבית "צידה לדרך" ברמת ישי.

בבואנו לסכם את הערכת הפעילות של הבית השיקומי "אמצע הדרך" בחסות בית החולים שיבא, נציין שהבית, לאחר שנתו הראשונה ועם שינוי צוות הניהול, משיג את יעדיו בהפעלת התכנית, באופן התנהלות הבית ובהישגי הדיירות. בתקופת ההערכה חלו בבית התפתחויות ושינויים. נוכל להכליל ולומר שמטרות הבית ברורות וממוקדות, יש הקפדה על הצבת ציפיות גבוהות מהדיירות, יש שמירה על כללי הבית ועל הגבולות תוך דגש על העצמה ועל פיתוח עצמאות של הדיירות. לקראת היציאה מן הבית השיקומי מכינים את הדיירות, והאחריות על השיקום מועברת אליהן.

מודל ההפעלה ואבני הדרך של הבית השיקומי התייבבו, הצוות המפעיל יציב ופועל בשיתוף פעולה עם צוות בית החולים שיבא ועם הדיירות. ככלל, יש תחושה של ייעוד ושליחות, של עשייה משמעותית. רבים מאנשי הצוות מוצאים אתגר וסיפוק בעבודתם, ובבית שוררת אווירה ביתית ותומכת. נוצרה סביבה המאפשרת לדיירות להתמודד עם קשייהן הרבים, ומכינה אותן לקראת תפקוד תקין יותר בתחומי החיים השונים, החל משליטה בהפרעת האכילה ועד לניהול חיים עצמאיים בקהילה.

אחד הביטויים להצלחתו של הבית השיקומי הוא תפוסתו המלאה וקיומה של רשימת המתנה. הדבר מצביע הן על המוניטין שצבר הבית, והן על היותו מענה לצורך קיים. הצלחת הבית נמדדת גם בכך שהדיירות ששהו בו בתקופתה של המנהלת הנוכחית וסיימו את התהליך, כולן עובדות או לומדות (מדובר בשבע דיירות, בעת סיום איסוף הנתונים); שש מהן משולבות בקהילה, נמצאות בקשר טלפוני עם הבית השיקומי ומבקרות בו. דיירת אחת ניתקה קשר ולכן מצבה לא ידוע. נכון למועד כתיבת דו"ח זה, כל הדיירות שגרות בבית השיקומי עובדות (עד 24 שעות בממוצע לשבוע, למעט דיירת אחת, שעובדת מספר רב יותר של שעות) או עובדות ולומדות. כל הדיירות חושבות על המשך לימודים. נראה, אם כך, כי הבית מממש את יעדיו, וכפי שמתאר זאת מנהל המחלקה: "ברמה האינדיבידואלית ברור שכל בת שעברה בבית קיבלה מתנה שקשה לקבל אותה. ברמה האישית היא עברה תקופה מאוד מאוד משמעותית שתיזכר ותיחרט בחייה כנקודת מפנה לחיים". אף לא אחת מבוגרות הבית חזרה לאשפוז, נכון למועד כתיבת דו"ח זה. ממצא זה קשור למטרה העיקרית שלשמה הוקם הבית – הפסקת "הדלת המסתובבת" של אשפוזים חוזרים. בשלב זה עדיין מוקדם להעריך אם מטרה זו הושגה במלואה.

### המלצות כלליות

- מומלץ לקיים דיון עם כל הנוגעים בדבר על הקשיים התקציביים המלווים את התנהלותו של הבית, ולחפש פתרון לקושי זה.
- מנהלת הבית הצליחה לפתח מודל מוצלח להפעלתו, בשיתוף הדוק עם המחלקה להפרעות אכילה בשיבא. לאור זאת מומלץ להמשיך ולהפעיל את הבית על פי אותו מודל. מומלץ שמנהלת הבית הנוכחית תמשיך לבצע את תפקידה.
- מומלץ ליישם את הניסיון שנרכש בהפעלת הבית השיקומי, ולהקים בתים שיקומיים דומים ברחבי הארץ. זאת בעיקר בשל העלייה הדרמטית בשיעור החולים בהפרעות אכילה.
- יש לשקול הקמה של מסגרות המשך מגוונות, שיתנו מענה רחב לדיירות שמסיימות את התכנית בבית ועדיין זקוקות למסגרות תומכות בטרם המעבר לחיים עצמאיים בקהילה. מדובר, למשל, בדיירות לווין או בדיירות עצמאיות שיימצאו בסמוך לבית השיקומי.

### המלצות לגבי מבנה התכנית

- חשוב מאוד לבצע אבחון תעסוקתי לדיירות, לא יאוחר מסוף החודש הראשון לשהייתן בבית. כך הן תוכלנה לקבל סל שיקום ולא ייגרם עיכוב בתהליך השיקום.
- משך הזמן המיטבי לשהותה של דיירת בבית הוא בין שנה וחצי לשנתיים. לכל דיירת ייבנה מדרג בהתאם למצבה, לא יאוחר מתשעה חודשים מתחילת שהותה בבית, וזאת על מנת לדרבן אותה לקבוע מטרות ולעמוד בהן. בעת הצבת המטרות חשוב לנקוט גמישות, ולהתחשב בצורכי הדיירת ובשיקול דעתם המקצועי של מפעילי התכנית.
- מומלץ להמשיך במדיניות של הצבת גבולות ברורים ובחינתם באופן מתמיד, בהתאם לשינויים בזמן, במקום, בתנאים ובדמויות.
- מומלץ להמשיך ולפתח הכנה מותאמת של הדיירות לקראת סיום השהות בבית והמעבר לקהילה. חשוב שההכנה תכלול הקשרים אינסטרומנטאליים, רגשיים, חברתיים וכדומה, על מנת לרכז את המעבר מבית עוטף ותומך למגורים עצמאיים. חשוב לתרגל עם הדיירות ניהול תקציב, כלכלת בית, סידורים בבנק ובדואר, וכן ללמד אותן להתמודד עם זמנים של "היות לבד".
- מומלץ לפתוח "מועדון בוגרות" עבור בוגרות התכנית, בהובלה של לפחות אחד מבעלי התפקידים בבית (מנהלת, עובדת סוציאלית או דיאטנית). מועדון מסוג זה יאפשר לעקוב אחר הבוגרות לאורך זמן, וישמש עבורן כתובת לתמיכה ולמניעת נסיגות. למפעילי הבית תהיה זו התנסות שתסייע בשיפור ובייעול מתמידים של התכנית.
- אם עולה צורך מצד הדיירות, הבוגרות או בני משפחה, יש לשקול את האפשרות לפתוח קבוצת תמיכה עבור בני משפחה.

## המלצות באשר לכוח אדם

יש חשיבות עליונה לכך שחברי הצוות הבכירים של הבית (מנהלת, דיאטנית ועובדת סוציאלית) יהיו בעלי ניסיון בתחום הפרעות האכילה. מומלץ להמשיך להשקיע בצוות, הן בתגבור הלימוד וההדרכה (ימי עיון, השתלמויות) בנושא הפרעות אכילה, והן מבחינת היקף שעות העבודה והתגמול הכספי. בכך תובטח יציבות שתאפשר מתן שירות מיטבי לדיירות המשתקמות. רצוי לבנות תכנית הכשרה למדריכים חדשים, וכמו כן, רצוי לבחון את האפשרות לתקצב ישיבות צוות בשיבא בהשתתפות המדריכים.



## **שער שני:**

### **הבית השיקומי "צידה לדרך" – רמת ישי**

(בחסות המרפאה להפרעות אכילה, המרכז הרפואי רמב"ם)

בית "ציצה לדרך" הוקם ביולי 2009, בחסות המרכז הרפואי רמב"ם. זהו בית שיקומי לצעירות ולצעירים בשלבי החלמה שונים מהפרעות אכילה. הבית ממוקם ברמת ישי, בסמוך למוקדים של שירותי קהילה חיוניים.

בשנת 2009 נידונה ואושרה על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי תכנית ניסיונית – בית שיקומי לצעירות עם הפרעות אכילה בצפון הארץ. מדובר בבית השיקומי הציבורי השני שהוקם בישראל, שנה לאחר פתיחתו של הבית הראשון, בית "אמצע הדרך" הפועל במרכז הארץ. הגורם היוזם היה המרכז הרפואי רמב"ם, ברשות פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה להפרעות אכילה. עמותת "תעסוקת השני" נבחרה להפעיל את הבית מבחינה אדמיניסטרטיבית. המפעילים שכרו בית מרווח ברמת ישי, ציידו אותו, וגייסו כוח אדם מקצועי, בשיתוף מלא עם בית החולים, עם משרד הרווחה ועם משרד הבריאות. בשלב הבא הופצו איגרות למטפלים בקהילה ואיגרות להורים, הוכנו טופסי קבלה וטפסים אחרים, נוסח תקנון המכיל את נוהלי הבית, והוכנה תכנית שבועית עם סדר יום מובנה. ועדת ההיגוי הורכבה מנציגים מבית החולים רמב"ם, ממשרד הבריאות, ממשרד הרווחה ומהביטוח הלאומי, ונוסף עליהם כללה את מנהלת הבית ואת מנהלת העמותה המפעילה את הבית. צוות של חוקרות מהמכללה האקדמית בית ברל ליווה את יישום הפרויקט באופן שוטף.

## תקציר

דו"ח ההערכה הנוכחי מסכם שנתיים של פעילות בבית השיקומי "צידה לדרך" ברמת ישי, הפועל בחסות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם. מדובר בפרויקט חדשני שכלל שלב ניסיוני למשך שנתיים, החל מיולי 2009<sup>2</sup>. בשנתיים אלה מומנה התכנית ברובה על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי, ובשנה השלישית הייתה אמורה לעבור לחסותו של משרד הבריאות.

בדו"ח הערכה זה נתמקד בשנתיים הראשונות להפעלת הבית, ובנתונים שנאספו בין ספטמבר 2009 למאי 2011. לצוות שביצע את ההערכה הוגדרו ארבע מטרות:

1. לספק משוב במהלך ההפעלה הניסיונית של הבית השיקומי;
2. לזהות הצלחות, קשיים ולבטים בהפעלתו;
3. להעלות הצעות להמשך פיתוחו של הבית ולשיפורו;
4. להעריך את קידום המטרות של הבית השיקומי, באמצעות בחינת השיפור שחל אצל הדיירות בכמה מישורים: הבריאותי (פיזי ונפשי), האינטלקטואלי, החברתי והבין-אישי. וכמו כן, להעריך את שיקום הדיירות על פי מידת שילובן העצמאי בחיי היומיום בקהילה.

המטרה בתכנית היא ליצור מעבר הדרגתי של אנשים עם הפרעות אכילה מאשפוז בבית חולים לחיים עצמאיים בקהילה, תוך התמקדות בצרכים ובמאפיינים הייחודיים להם. מדובר במענה שיקומי חדשני בקהילה, שנועד לאפשר לדיירות להתמודד עם המעבר ממחלה עם תסמינים פעילים למחלימים (ללא תסמינים פעילים) בתנאי ליווי מותאמים, ולחיות חיים נורמטיביים ככל האפשר, תוך התפתחות אישית, חברתית ומקצועית. הנחת היסוד של התכנית מושתתת על ההכרה ההולכת וגוברת שאין די במתן מענה טיפולי לאנשים עם הפרעות אכילה בבית החולים, ויש לקיים רצף טיפולי-שיקומי כדי להחזירם לחיים תקינים ולשלבם בחברה ובקהילה. ללא מסגרת שיקומית מסודרת עלולים החולים להיכנס למצב כרוני, הכולל אשפוזים תכופים ותחלואה גופנית ונפשית קשה. במצב כרוני כבר קשה מאוד לסייע, אפילו למי שמגלים מוטיבציה לשיקום ולשינוי.

מניתוח הנתונים עולה, כי להקמת הבית היו מטרות אחדות, ביניהן מטרות שיקומיות, מערכתיות, קליניות וכלכליות. בתום שנתיים להפעלת התכנית נמצא כי לא חלו שינויים לרעה בתוצאות המדדים שמגדירים את הצלחתם של דיירי הבית, כפי שנתפסו על ידי יוזמי התכנית ומפעיליה. המדדים קשורים לשני היבטים עיקריים: היבט תזונתי וההתנהגות הנלווית אליו, וההיבט של התפקוד היומיומי בתחומי החיים השונים, כגון בעבודה, בלימודים, בתחום האישי ובתחום הבין-אישי. גם מנקודת מבטן של הדיירות, לא חלו שינויים במדדים לבחינת ההצלחה במהלך שנות ההערכה של התכנית. המדדים מדגימים את תחומי הסיוע בבית השיקומי ברמות שונות, התואמות במידה רבה את תפיסתו של מאסלו (Maslow, 1943), החל מסיפוק צרכים פיזיולוגיים בסיסיים (שליטה באוכל ובהפרעות אכילה), ביטחון בקיום הפיזי (בית תומך ומכיל), שייכות, זהות ואהבה

<sup>2</sup> ההסכם בין המוסד לביטוח לאומי לבין עמותת "תעסוקת השני" נחתם לקראת סוף שנת 2008.

(השתלבות חברתית וזוגיות), כבוד והערכה (השתלבות תואמת כישורים ויכולות בעבודה ובלימודים) ועד לרמה הגבוהה ביותר של מימוש עצמי (הנאה, אושר, הגשמה).

השנה הראשונה להפעלת הבית הייתה רבת תהפוכות. בסוף השנה, עקב אי-עמידה במטרות התכנית, החליטו בביטוח הלאומי להפסיק את התמיכה הכלכלית בתכנית ולסגור את הבית. בעלי התפקידים הבכירים בבית פנו לביטוח הלאומי, הציגו תכנית להבראת הבית, וקיבלו ארכה של חצי שנה. בסופו של דבר הוחלט על המשך הפעלת הבית. כחלק מתכנית ההבראה הוחלפה מנהלת הבית, ובעקבות זאת הוחלפו גם חלק מבעלי התפקידים האחרים, תוך מתן דגש לניסיון ולידע מקצועי בטיפול באנשים עם הפרעות אכילה. החל מכניסתה של המנהלת החדשה לתפקיד באוקטובר 2010, ועד לסיום כתיבת הדו"ח הנוכחי, ניתן להצביע על התקדמות ניכרת בהפעלת הבית. המנהלת החדשה הובילה שינוי תפיסתי, הממוקד בשיקום אנשים צעירים המחלימים מהפרעות אכילה; מלבד השינוי בהרכב בעלי התפקידים, חוללה המנהלת שינויים בהגדרת התפקידים ובליויי הניתן על ידי אנשי הצוות, וכן הגדירה תחומי אחריות ברורים יותר לבעלי התפקידים. העבודה של הצוות השתנתה, וכך גם ההדרכה.

31 דיירות סך הכול שהו בבית השיקומי מאז הקמתו. בתקופת ההערכה היו כל הדיירים רווקים, למעט דיירת אחת גרושה; שניים היו גברים והיתר נשים; כולם יהודים. רובם נולדו בישראל, מיעוטם בברית המועצות לשעבר, בודדים ילידי צפון אפריקה ודיירת אחת ילידת אתיופיה; שני שלישים מהדיירים חילוניים והשאר מסורתיים; באשר לשירות צבאי, שליש מהדיירים סיימו שירות צבאי מלא, שליש שירתו בשירות הלאומי ושליש לא שרתו כלל בצבא. הדיירים היו בני 29-19. כשני שלישים מהדיירים היו עם אנוורקסיה, ושליש מהדיירים היו עם בולמיה. למעט שני דיירים, כל הדיירים אושפזו במחלקה להפרעות אכילה; כשני שלישים אושפזו פעם אחת וכל השאר אושפזו בין פעמיים לחמש פעמים. משך האשפוזים נע בין חודשיים לחצי שנה.

באשר להשכלה, כשליש מהדיירים מחזיקים בתעודת בגרות מלאה, ויותר משליש כלל לא זכאים לתעודת בגרות. דייר אחד למד בישיבה, דיירת אחת במכינה אוניברסיטאית, דיירת אחת סיימה תואר ראשון ודיירת נוספת בעלת תעודה מקצועית בתחום הרפואה הסינית.

באשר לתוצרים, נמצא כי עם כניסתה של המנהלת הנוכחית לתפקיד החל הבית השיקומי להתמלא, ובפברואר 2011 הגיע לתפוסה מלאה, דהיינו ל-14 דיירים. יש לציין כי ההדרגתיות בקבלת הדיירים לבית הייתה מכוונת, במטרה להתכונן בצורה מיטבית למתן מענה טיפולי ושיקומי לכל אחד מן הדיירים. מהנתונים שהתקבלו לגבי שילוב בעבודה או בלימודים (עבור 20 דיירים מתוך 31 ששהו בבית השיקומי בפרק הזמן שהוערך) נמצא כי מרבית הדיירים (16) עבדו במשרה חלקית, ומתוכם 4 גם למדו. 4 דיירים רק למדו. כל הדיירים שעבדו הועסקו בהיקף של חצי משרה ומטה, בין יומיים לשישה ימים בשבוע, בין שעה לשבע שעות ביום, ושכרם נע בין 400 ₪ ל-1700 ₪ בחודש.



עם הקשיים העיקריים שעלו נמנים : מועד ההכרה בדיירים על ידי הביטוח הלאומי כזכאים לקצבת נכות ולאבחונים תעסוקתיים ; הקצאת זמן השהייה המיטבי בבית ; שמירה על גבולות ועל כללי ההתנהגות בבית ומחוצה לו ; המעבר חזרה לקהילה ומסגרות המשך.

מדו"ח זה עולות כמה המלצות בהיבטים שונים : המלצות כלליות, המלצות הנוגעות למבנה התכנית והמלצות הנוגעות לכוח האדם.

## ממצאים

בפרק זה נתאר את אוכלוסיית היעד, ואת המדדים לבחינת הצלחתו של הבית כפי שהם נתפסים על ידי הגורמים השונים. בהמשך נציג את פרופיל הדיירים, את הצרכים, את המניעים, את הרגשות ואת הציפיות שלהם בשלב ההצטרפות לבית. נבחן את מודל ההפעלה, את אבני הדרך ואת תיאור התפקידים, וכן את התוצרים, את הערכת התרומה ואת שביעות הרצון מהתכנית. נבדוק את מידת השגת המטרות ואת מימוש הציפיות, ולבסוף נציג את הקשיים ואת הלבטים שעלו בהפעלת התכנית.

### אוכלוסיית היעד

במסמכי התכנית צוין שהבית השיקומי יהיה מיועד לנשים צעירות, בגילים 18-32 שהשתחררו מאשפוז או שמקבלות בפועל טיפול אמבולטורי, ואשר נמצאות בתהליך של החלמה ממחלתן. הבית השיקומי יועד להיות מסגרת מעבר מובנית, וגשר הדרגתי לחיים עצמאיים בקהילה.

לרוב דיירות הבית היו תחלואות פסיכיאטריות נלוות: הפרעות אישיות, הפרעות חרדה, הפרעות במצב הרוח, הפרעות של דחף והתמכרויות. לפי יוזמי התכנית, קיים בארץ בכל נקודת זמן גרעין של כמה עשרות נשים שבסיכון להפרעת אכילה כרונית, חלקן סרבניות טיפול וחלקן מתקשות להשתלב במסגרות הטיפוליות הקיימות. רוב התמותה של נשים בסיכון עם הפרעות אכילה (3%-5% מהנשים עם אנורקסיה, ושיעור נמוך יותר של נשים עם בולימיה) באה מגרעין קשה זה. מדובר בנשים שהגיעו פעמים רבות לחדרי מיון, ואושפזו ביחידות לטיפול נמרץ, במחלקות פסיכיאטריות, וביחידות להפרעות אכילה, וזמן קצר לאחר שחרורן מהמסגרות הטיפוליות הן חזרו למצבן הראשוני.

הקריטריונים לקבלה לבית (על פי ההצעה שהוגשה מוסד לביטוח הלאומי, 16.7.2008): צעירות שהצליחו לשמור על משקל היעד שלהן במשך חצי שנה לפני הקבלה לבית, מי שקיבלו הכרה של המוסד לביטוח לאומי בלפחות 40% נכות נפשית, מי שחסרות תמיכה משפחתית, בעלות מוטיבציה גבוהה להחלים, מי שמסכימות לקיים את כללי הבית השיקומי ומוכנות להתחיל לעבוד או ללמוד, מי שמסוגלות לקחת אחריות על צרכיהן הרפואיים ולאכול ארוחות ללא השגחה.

כבר בתחילת הדרך הוחלט שלא לקבל דיירות בעלות BMI נמוך מ-18. בפועל, התקבלו בשנה הראשונה דיירים שערך ה-BMI שלהם נמוך מכך. לאחר שהתברר שדיירים אלה התקשו לעמוד בתכנית (חלקם פרשו ואחרים התבקשו לעזוב עקב אי-עמידה בנהלי הבית) הוחלט להקפיד על קריטריון זה בעת הקבלה לבית. עם החילופים בהנהלת הבית (באוקטובר 2010) נקבע שיתקבלו דיירות בעלות BMI 19 ולא נמוך מכך. כמו כן, על המועמדות להביע הסכמה לקבלת טיפול תרופתי. אף שהוחלט שלא לקבל מועמדות שאובחנו אצלן הפרעות אישיות קשות או תסמינים פעילים, בפועל, בשנה הראשונה להפעלת הבית השיקומי שהו בו כמה דיירים עם הפרעות אישיות.

מוטיבציה ושיתוף פעולה הם תנאי קבלה משמעותיים ביותר. על המועמדת לגלות מחויבות לתהליך

ואחריות. "לא מגיעה לכאן מי שלא רוצה להיות כאן, זה משהו מאוד חשוב", טוענים בעלי התפקידים בתכנית, שכן שיתוף הפעולה והרצון חיוניים לשיקום. מסיבה זו נעשה מבדק מדוקדק טרם הקבלה לבית.

### מדדים לבחינת ההצלחה של הבית השיקומי

בחלק זה נבחן את מדדי ההצלחה שהוגדרו לתכנית, כפי שעלו ממסמכים, מראיונות ומשאלונים שנעשו עם צוות הבית ועם הדיירים. במסמכי ההצעה לתכנית הגדירו מפעילי התכנית את המדדים הבאים לבחינת ההצלחה של הבית השיקומי ולקידום מטרותיו: 1. אכילה מאוזנת על פי תפריט מובנה, שמירה על משקל תקין והפסקת התסמינים הנלווים להפרעות אכילה, כגון הקאות, שימוש במשלשלים, עיסוק יתר באוכל ומשקל; 2. המשך מעקב טיפולי מסודר במחלקה להפרעות אכילה; 3. יכולת לנהל משק בית, לשמור על היגיינה אישית, לנהל תקציב חודשי; 4. השתלבות במעגל העבודה או בלימודים או בהתנדבות; 5. שיפור התנהגות חברתית ובין-אישית; 6. פעילות בשעות הפנאי; 7. יציאה מהבית השיקומי ומעבר למגורים עצמאיים.

מדדי ההצלחה נותרו בעינם גם עם השינוי בהנהלת הבית השיקומי, וגם בתום השנתיים שבהן בוצעה ההערכה. לדברי מנהלת המרפאה להפרעות אכילה בבית החולים רמב"ם, בוגרת מצליחה תהיה זו ש"תגיד מה היא רוצה להיות כשהיא תהיה גדולה, כי זה לא מובן מאליו". הכוונה שיהיו לה שאיפות ומשמעות בחיים, שתדע לאן היא פוסעת. כל עוד אין לחולות משמעות "המחלה היא המשמעות". אם החולה תרקום חלום, ותתחיל לבצע פסיעות קטנות לעבר הגשמתו (ללמוד, לרכוש הרגלי עבודה ועוד), זו התקדמות, והיא תוערך יחסית למצבה הקודם. הדיאטנית הגדירה זאת כך: "המדדים נשארו יכולתן [של הדיירות] לשמור על משקל גוף תקין ועל דפוס אכילה תקין, ללא סימפטומים של הפרעת אכילה ותוך כדי השתלבות בחיי הקהילה". מנהלת הבית מחזקת את דבריה: "מצב בריא [הוא כשהדיירות] עובדות ולומדות, כשהחיים משולבים וכשהן יוכלו לעבור להוד השרון או לדוור מוגן".

המדריכים רואים הצלחה של דיירי הבית בשליטה בהפרעת האכילה ובתפקוד כללי טוב יותר. להלן חלק מדבריהם:

- הצלחה תחשב בעיני כאשר יחול שיפור הדרגתי גם סביב הארוחות (עלייה במשקל, פחדים ממאכלים מסוימים וכדומה), וגם שיפור באיכות החיים של הדיירת;
- אם דיירת יוצאת לאכול בחוץ – זו כבר הצלחה בעיני! כל דבר בעיני זו הצלחה כאשר מדובר במשהו שהיא לא הייתה מסוגלת לעשות במשך שנים: להסתכל במראה, לאכול בסופי שבוע עם המשפחה... אמנם אלה הצלחות קטנות אך מאוד משמעותיות;
- הצלחה מבחינה גופנית ובריאותית כולל אכילת מגוון מוצרים, משקל תקין, בריאות גופנית, ניתוק ההקשר הרגשי לאוכל. מלבד עניין האכילה, קיימים קשיים נוספים (חברתיים, אישיים) שאותם קשה לכמת מבחינת הצלחה.

הדיירות עצמן נשאלו "היכן את רואה את עצמך בעוד 5 שנים?", ומתשובותיהן אפשר ללמוד מהם מבחינתן מדדי ההצלחה של הבית השיקומי. התשובות שהתקבלו:

- חוזרת מהעבודה ב-15:30, בדרך לגן אוספת את הבן שלי ונוסעת לבית הקטן. פוגשת שם את בעלי ומבלה איתו אחר צהריים שקט ונעים;
- עם תואר ראשון, גרה בדירה עם שותפים או בן זוג או לבד, עם עבודה מסודרת, רישיון ואוטו, מוקפת חברים;
- אני בריאה, מעריכה את מה שהצלחתי לעשות בחיים. עובדת עם ילדים או עם בעלי חיים. מצליחה גם לעסוק בספורט במידה וגם לצאת עם חברים שאני אוהבת ומרגישה בטחון איתם והם איתי. לא פוחדת מכל דבר שקורה אלא ממשיכה לחיות למרות קשיים. נעזרת וגם עוזרת לאנשים קרובים;
- לומדת, אולי נשואה עם ילד, בעלי חיים, עובדת בעבודה שאני רוצה, יותר דתייה;
- יש לי ציפייה שארכוש יותר הישגים חיוביים והצלחות;
- אני רואה את עצמי במצב אחר – עצמאית, דירה משלי, עבודה, מטיילת בחוץ לארץ, חברים. ושהמחלה כבר לא חלק ממני.

בתום שנתיים של הפעלת התכנית לא חלו שינויים במדדים להגדרת ההצלחה של דיירי הבית, והם סובבים סביב שני מוטיבים מרכזיים: המוטיב התזונתי וההתנהגויות הנלוות אליו, והמוטיב של התפקוד בחיי היומיום בבית השיקומי ובתחומי חיים שונים, כגון בעבודה, בלימודים, בתחום האישי ובתחום הבין-אישי. נראה כי מדדים אלה מבטאים את כל תחומי החיים, וניתן לראות חפיפה בינם לבין גישתו של מאסלו (Maslow, 1943) כפי שמוצגת בתרשים 1: החל בסיפוק צרכים פיזיולוגיים בסיסיים (שליטה באוכל ובהפרעות אכילה), ביטחון בקיום הפיזי (בית תומך ומכיל), שייכות זהות ואהבה (השתלבות חברתית וזוגיות), כבוד והערכה (השתלבות תואמת כישורים ויכולות בעבודה ובלימודים) ועד לרמה הגבוהה ביותר של מימוש עצמי (הנאה, אושר, הגשמה).

### **פרופיל הדיירים בבית השיקומי**

הפרופיל מבוסס על נתונים שהתקבלו מתחילת הערכת התכנית ועד לסיום ההערכה, בסוף מאי 2011. במטרה להכיר את פרופיל הדיירים בבית השיקומי ואת צורכיהם, נציג תחילה את התפלגות הדיירים לפי משתני רקע אישיים: מגדר, ארץ מוצא, דת, רמת דתיות, שירות צבאי, גיל והשכלה. כל הנתונים נאספו מדיווחי הצוות בבית השיקומי.

### **מאפייני רקע אישיים**

מהנתונים שהתקבלו לגבי הדיירים בעת הקבלה לבית השיקומי, ניתן ללמוד פרטי רקע ונתונים אישיים. עד לתאריך מסירת הנתונים גרו בבית השיקומי 31 דיירים (התגוררו בבית 2-14 דיירים בכל זמן נתון). בלוח 13 מוצגת התפלגות הדיירים על פי מגדר, מצב משפחתי, ארץ מוצא, דת, רמת דתיות ושירות צבאי.

**לוח 13: הדיירים על פי מגדר, מצב משפחתי, ארץ מוצא, דת, רמת דתיות ושירות צבאי (N = 31)**

שכיחות		משתנה הרקע	
אחוזים	מספרים		
90.3	28	אישה	מגדר
9.7	3	גבר	
96.8	30	רווק/ה	מצב משפחתי
3.2	1	גרש/ה	
58.0	18	ישראל	ארץ מוצא
25.8	8	ברה"מ לשעבר	
9.6	3	צפון אפריקה	
3.2	1	אתיופיה	
100.0	31	יהודי/ה	דת
32.2	10	מסורתית	רמת דתיות
67.8	21	חילונית	
35.5	11	לא שרת/ה כלל	שרות צבאי
35.5	11	שרות לאומי	
29.0	9	שרות צבאי מלא	

מהנתונים בלוח 13 עולה כי בבית שהו במהלך התקופה 28 נשים ו-3 גברים, כולם רווקים למעט דיירת אחת גרושה. מבין הדיירים, 18 נולדו בישראל, 8 בברית המועצות לשעבר, 3 בצפון אפריקה, אחת ילידת אתיופיה ולגבי דיירת נוספת – לא ידוע. לגבי רמת הדתיות, 21 דיירים הצהירו על עצמם כחילוניים ו-10 כמסורתיים. באשר לשירות צבאי, 9 דיירים סיימו שירות צבאי מלא, 11 שירתו בשירות הלאומי ו-11 דיירים לא שרתו בצבא או בשירות לאומי. הדיירים היו בני 19-29 ורמת השכלתם מוצגת בלוח 14.

**לוח 14: רמת השכלתם של הדיירים (N = 31)**

השכלה	מספר דיירים	אחוז דיירים
12 שנות לימוד ללא תעודת בגרות	5	16.1
תעודת בגרות חלקית	8	25.8
תעודת בגרות מלאה	10	32.2
תעודה מקצועית (4 שנים של לימודי רפואה סינית)	1	3.2
בישיבה עד גיל 19	1	3.2
במכינה אוניברסיטאית	1	3.2
תואר ראשון	1	3.2
לא נמסר	4	12.9
סך הכול	31	100

מהנתונים שבלוח 14 ניתן ללמוד כי למרבית הדיירים אין השכלה גבוהה. כשליש מהדיירים החזיקו בתעודת בגרות מלאה, בעוד שכמעט חצי מהדיירים לא החזיקו בתעודת בגרות מלאה בעת כניסתם לבית השיקומי. דיירת אחת הייתה בעלת תואר ראשון, ולגבי 4 דיירים לא נמסר מידע על אודות השכלתם.

על פי המפעילות, 14 מהדיירים היו בעלי מוטיבציה בינונית וגילו אמביוולנטיות לגבי הצטרפותם לבית, ולעומתם 16 דיירים היו בעלי מוטיבציה גבוהה. לגבי דייר אחד לא נמסר נתון זה.

הדיירים הופנו לבית השיקומי מבית חולים שיבא (20 דיירים), מהמרכז הרפואי רמב"ם (5 דיירים), מהבית השיקומי בהוד השרון (2 דיירות), מבית החולים הדסה (2 דיירות), ממרפאת הנוטרים (דיירת אחת) ופניות עצמאיות (דיירת אחת).

#### מאפייני רקע של ההפרעה

להלן נתאר נתוני רקע באשר להפרעת האכילה: סוג הפרעת האכילה, גיל האבחנה של ההפרעה, מועד הופעתה (על פי הדיירים), אשפוזים קודמים וטיפול תרופתי.

מתוך 31 דיירים, 21 דיירים היו עם אנורקסיה ו-10 דיירים היו עם בולימיה. ההפרעה הובחנה בין הגילים 12-32. מדיווחי הדיירים עלה כי הפרעת האכילה הופיע בין הגילים 7-31.

מנתוני הדיירים עולה ש-5 דיירים עברו התעללות מינית, 5 עברו התעללות פיזית, ו-2 דיירים עברו התעללות נפשית. 3 דיירים היו מכורים בעבר לחומרים משלשלים, דיירת אחת הייתה מכורה לספורט, דיירת אחת גילתה אובססיביות למזון ודיירת אחרת גילתה אובססיביות לקניות. 29 דיירים קיבלו טיפול תרופתי. בלוח 15 מוצגת התפלגות האשפוזים במחלקה להפרעת אכילה בעת הקבלה לבית.

#### לוח 15: מספר אשפוזים במחלקה להפרעת אכילה (N = 31)

דיירים		מספר אשפוזים
אחוזים	מספרים	
58.0	18	אשפוז אחד
13.0	4	2 אשפוזים
13.0	4	3 אשפוזים
6.4	2	4 אשפוזים
3.2	1	5 אשפוזים
6.4	2	לא אושפזו כלל
100	31	סך הכול

מהנתונים שבלוח 15 למדים כי מרבית הדיירים (29) אושפזו במחלקה להפרעות אכילה. למעט 2 דיירות, אושפזו כולם במחלקה להפרעת אכילה בין פעם אחת לארבע פעמים. בלוח 16 מתואר משך האשפוז האחרון במחלקה להפרעות אכילה בשיבא.

**לוח 16: משך האשפוז האחרון במחלקה להפרעות אכילה (בימים) (N = 31)**

דיירים		מספר ימי אשפוז אחרון
אחוזים	מספרים	
16.1	5	60
6.4	2	70
19.3	6	90
25.8	8	120
6.4	2	130
9.8	3	180
6.4	2	מעל 180 ימים
9.8	3*	לא אושפזו
100	31	סך הכול

\* הפער בין מספר הדיירים שלא אושפזו לפי המדווח בלוח זה לאותו נתון בלוח הקודם (2), נובע מדיירת שאושפזה ויצאה מאשפוז לאחר מספר שעות ועל כן בלוח 16 היא מופיעה כאילו לא אושפזה כלל.

מעיון בלוח 16 עולה כי משך האשפוז האחרון מ- 60 ימים ועד למעל 180 ימים. 21 דיירים אושפזו ל- 90 ימים (שלושה חודשים) ומעלה.

**מערכות תמיכה**

הדיירים נדרשים לתעצמות נפש רבות על מנת להתמודד עם הפרעת האכילה ולהצליח להשתקם ולנהל חיים תקינים. למערכות התמיכה חשיבות בקידום התהליך ובהצלחתו. בלוח 17 מוצגים נתונים לגבי מערכות תמיכה משפחתיות, חברתיות וזוגיות שעמדו לרשות הדיירים, ולגבי אופיין של מערכות התמיכה הללו.

**לוח 17: מערכות תמיכה ואופיין בעת הקבלה לבית השיקומי (אחוזים) (N = 31)**

אופי הקשר	תומכת	אינה תומכת	לא קיימת
משפחה	92.85	7.14	0
	(25)	(6)	(0)
קשרים חברתיים	57.14	7.14	35.71
	(19)	(1)	(5)
קשר זוגי	0	0	100
	(0)	(0)	(31)

מהלוח עולה, כי רוב דיירי הבית השיקומי זכו למערכת משפחתית תומכת. באשר למערכות התמיכה החברתיות, ניתן לראות כי 7.14% דיווחו כי אין להם מערכת חברתית תומכת, או שאין להם כלל מערכת חברתית (35.71%). ממצא חד-משמעי הוא היעדרו של קשר זוגי. אף לא אחד מהדיירים דיווח כי בעת הקבלה לבית הייתה לו מערכת יחסים זוגית כלשהי.

לסיכום, מעיון במאפייני הרקע שהצגנו לעיל עולה כי מדובר בקבוצה עם רקע קשה בכל הנוגע להתעללות בעבר, למספר האשפוזים במחלקה להפרעות אכילה, להתמכרויות ולמערכת תמיכה חברתית מוגבלת. בפני מפעילי בית שיש בו דיירים עם קשיים כאלה עומדים אתגרים רבים, ודרושים לכך גם משאבים. יש לציין כי בעוד שיעורי הפרישה, ההרחקה והאשפוז במהלך השנות בבית היו גבוהים בשנה הראשונה להפעלתו, הרי שבשנה השנייה, עם החילופים בהנהלת הבית, השתנתה התמונה. הדיירים שהצטרפו לבית בשנה השנייה היו בעלי ערכי BMI גבוהים יותר מבעבר, והתמידו יותר. ולראיה, מספר הדיירים בבית בשנתו הראשונה היה נמוך עד שנשקלה סגירתו, ואילו כיום מאכלס הבית את מספר הדיירים המרבי ואף קיימת רשימת המתנה.

#### **הפעלת תשתיות הבית ופיתוחן**

לאחר שנה של הפעלת התכנית, וכשהסתבר שהמפעילים לא הצליחו לעמוד במטרותיה, הודיעה נציגת הביטוח הלאומי על הפסקת התמיכה הכלכלית ועל סגירתו של הבית. בעלי התפקידים הבכירים, שהיו שותפים בוועדת ההיגוי ובהפעלת התכנית, פנו אל הביטוח הלאומי ובידם הצעה להבראת הבית. כתוצאה מכך הוחלט לתת לבית ארכה של חצי שנה, ובסופה להחליט על המשך הפעלתו. השינוי שהוצע כלל בעיקר חילופים פרסונאליים, תוך מתן דגש לניסיון ולידע מקצועי בטיפול באנשים עם הפרעות אכילה. בחלק זה נתייחס לשינויים שחלו בהפעלת התכנית לאחר השינויים הפרסונאליים, דהיינו לאחר כניסתה של המנהלת הנוכחית לתפקידה באוקטובר 2010.

#### **תשתית פיזית, תקציבית, מקצועית ומנהלית**

**תשתית פיזית:** הבית מורכב פיזית משלושה חלקים, שני מבני מגורים וביניהם משרד. החל מאוקטובר 2010 הלך והתמלא הבית, עד שהגיע לתפוסה מלאה בפברואר 2011. כאמור, כיום יש אפילו רשימת המתנה. הדרגתיות זו נבעה מהצורך "שכל אחד יתפוס מקום. הייתה דינאמיקה מאד טבעית שהוחזקה מאד יפה [...] אחת לשבוע שבועיים הצטרפה דיירת חדשה". בעבר התנהלה עיקר הפעילות במבנה אחד (שכן לא היו מספיק דיירים להפעלת המבנה השני), ואילו כיום, כדי להכיל את מספר הדיירים המרבי (14), פועלים בשני המבנים בתפוסה מלאה ואין ביניהם מדרג כלשהו. בהתאם לתפיסה הניהולית החדשה הדוגלת בהצבת גבולות ברורים ועם זאת תחושת "ביחד" ומשפחתיות.

**תשתית תקציבית:** הבית ממומן על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי. נוסף על כך, על כל דייר לשלם מקצבת הנכות שלו סך של 1,050 ₪ לחודש, עבור מזון, ארנונה, מים, חשמל, גז וכדומה, ועוד 100 ₪ לכיסוי אחזקה וכהשלמה לשכר דירה (מעבר לתמיכה שהוא זכאי לה ממשרד השיכון). תשלומי הדיירים מועברים בהוראת קבע מראש. יש גיוס משאבים גם מגורמים בקהילה, אשר תורמים בדרך כלל חפצים ורהיטים.



**תשתית מקצועית ומנהלית:** המנהלת החדשה מומחית בתחום הפרעות האכילה, ובעלת ניסיון בהפעלת בית שיקומי מסוג זה (היא מנהלת במקביל את הבית בהוד השרון). השינויים העיקריים שחלו בבית נבעו מהעובדה שכניסתה לתפקיד לוותה בשינוי תפיסתי, שמיקד את העשייה בשיקום אנשים עם הפרעות אכילה (דגש על כוחות אגו במקום על הפרעות האכילה). וכפי שהתבטאה מנהלת הבית: "הרגשתי שבאופן דרמטי שיניתי את הכול". חיזקה את הדברים העובדת הסוציאלית, כשאמרה: "הקו המנחה של הבית השתנה". מדובר על שינויים בכל התחומים בבית: בארוחות, בנהלים, בהגדרת התפקידים, ביומן היציאות, בתפריט השבועי, בתורנויות וכדומה. נוכחותה של הפסיכיאטרית בבית בוטלה, וכך גם הדרכות שהועברו על ידה ועל ידי מנהלת התכנית; במקום זאת מועברת ההדרכה על ידי מנהלת הבית. כניסתה של המנהלת לתפקיד הביאה להגדרת תפקידים ותחומי אחריות ברורים יותר בקרב כל נושאי התפקידים, וצורת העבודה בצוות השתנתה. אחת הדיירות אמרה על כך: "כל אחד מאנשי הצוות יודע היום במה עליו לעסוק ומהם הנושאים שרק הוא מטפל בהם". ההרכב האנושי של צוות ההדרכה השתנה. חלק מן המדריכים עזבו, ובמקומם הועסקו מדריכים חדשים. כיום עובדות בבית חמש מדריכות (לפרק זמן מסוים הועסק גם מדריך לתקופת ניסיון).

#### **צרכים, מניעים, רגשות וציפיות**

##### איתור צרכים

ממאפייני הרקע שפורטו בפרק הקודם עולים צרכים, קשיים ומצוקות של הדיירים. בחלק זה נציג את צרכיהם של הדיירים בשלב ההצטרפות לתכנית, כפי שצוינו על ידי מפעיליה. בהמשך נציג את מניעי הדיירים להצטרפות לבית השיקומי, את רגשותיהם עם ההצטרפות, את הציפיות שלהם ואת הציפיות של כל הגורמים המעורבים בהפעלת הבית בנקודות זמן שונות.

בתחילת התכנית זיהו המדריכים אצל הדיירים שני סוגים עיקריים של צרכים: מעשיים ורגשיים.

צרכים מעשיים: השגחה על התזונה והקפדה על שינוי התנהגותי, הדרכה ועזרה בהיצמדות לכללי הבית ולגבולות ברורים, סיוע במציאת כיוון בעבודה או בלימודים, הקניית כישורי חיים מגוונים לקראת חיים עצמאיים ועוד.

צרכים רגשיים: הצורך בחום ובחיבוק, במילה טובה, באהבה, בתמיכה, בהכלה ובהקשבה. גם בתום שנתיים של הפעלת התכנית, עולים אותם הצרכים המעשיים והרגשיים. להלן דברים שאמרו המדריכים:

- הצרכים והקשיים של כל דיירת ודיירת שונים, הקושי שלדעתי קיים אצל כולן הוא סביב נושא האכילה והארוחות, אך מלבד זה קיימים קשיים נוספים;
- הצרכים הם כמובן חום וחיבוק, מילה טובה, חיזוק הביטחון - כל אלה יותר מהכול. מובן שצריך גם להיות עם יד חזקה בכל הקשור למשמעת האוכל שלהן. לדעתי הבעיה

של הבנות שהן לא כל כך מבינות שזה בית המשך ולא כמו באשפוז, כלומר מפה יש רק קדימה ולא אחורה.

המדריכים הצביעו על הצורך של הדיירים בפיתוח מיומנויות חברתיות-תקשורתיות: "קושי במישור האישי והחברתי, חלקן מביעות חוסר אמון קולקטיבי שמקשה עליהן במעמד החברתי, תעסוקתי והבין אישי, והדרך להחלמה משם הרבה יותר קשה והרבה יותר ארוכה". חשוב לזכור כי מדובר בדיירים שלחלקם תסמינים פעילים של המחלה ולחלקם, כפי שצוין בהצגת פרופיל הדיירים, רקע קשה בכל הנוגע להתעללות בעבר, למספר האשפוזים במחלקה להפרעות אכילה, להתמכרויות ולמערכת תמיכה חברתית מוגבלת.

#### המניעים להצטרפות לבית השיקומי

הדיירים נשאלו מה היו המניעים שלהם להצטרף לבית השיקומי. תשובותיהם מעידות על מספר מניעים:

הרצון להחלים מהפרעת האכילה ולהשתקם:

- אני רוצה להתחיל חיים חדשים, ללמוד לאהוב את עצמי ולהצליח ללמוד, לעבוד להיות עם אנשים וחברים ולא לפחד להיות ולאכול;
- כדי ללמוד איך לנהל אורח חיים נורמטיבי בלי להשתמש בהפרעת אכילה החלטתי להצטרף, בגלל שהאמת היא שרציתי לצאת מהמחלה ולהשתקם;
- כדי שיהיה לי שלב ביניים בין האשפוז לחיים האמתיים;
- משום שזוהי מסגרת שיקומית אשר משלבת את האיזון בין ארוחות (לפי תפריט בריא ומאוזן) לבין השילוב לחיים נורמטיביים (כגון: לימודים, עבודה, יציאות, חברים);
- רציתי לשמור על הישגי באשפוז בתל השומר ובנוסף להפוך לאדם העצמאי והבריא שתמיד רציתי להיות.

הצורך בקבלת עזרה ותמיכה:

- הרגשתי שאני זקוקה למסגרת תומכת כדי לשמור את העבודה שעשיתי באשפוז;
- ניסיתי לבד ולא הצלחתי.

המצב בבית המשפחה, ומצבים שאינם תורמים לשיקום ואף גורמים לנסיגות:

- האופציה להישאר בבית הוריי היא אופציה טריגרית ושואבת כוחות מבחינתי ואינה טובה לתחילת תהליך החלמתי, ולכן חשוב היה לי למצוא מקום בטוח לעשות בו את הצעדים הראשוניים;
- אני צריך מקום בטוח לשהות בו, דבר שלא היה לי. כשאני עובד ומטפל בבעיות שלי;
- יש לי קושי גדול להיות לבד ולהיות בסביבת המשפחה רק מקשה יותר.

מניעי הדיירים להצטרף לבית השיקומי לא השתנו, ואותם מניעים צוינו על ידי הדיירים המצטרפים בשלבים השונים של הפעלת התכנית.

#### רגשות הדיירים עם הצטרפותם לבית

כאשר נשאלו הדיירים לגבי רגשותיהם עם הצטרפותם לבית, הם הביעו קשת של רגשות: בקצה האחד הובע חשש מהלא ידוע באמצעות מטפורות כמו: "נטע זר" ו"זו שאין לה בית אמיתי להיות בו". הסברים לרגשות אלה היו:

- הרגשתי שאני לא ממש שייכת. שאני לא דומה לבנות האחרות, כאילו הלכתי לאיבוד;
- אני מרגישה חרדה לכך שאני חייבת להתנהג כמו שצריך, אולם אני יודעת שזה הצעד הנכון בשבילי, זה מקום טוב בשבילי וכל ההתחלות קשות, למרות שהמקום נהדר וכולם ממש נחמדים הוא פשוט מאוד אחר ולא מוכר. באופן מפתיע. חוץ מזה - צריך להתחיל את החיים איפשהו;
- לא קל להיות בסיטואציה שבה אתה מחפש את הבית שלך, ומגלה שאין לך לא בית ולא משפחה תומכת ולא כל מה שחשבת כל השנים שיש לך, וברגע אחד הבנת שאתה לבד. כבר די הרבה שנים.

בתוך, קיימת תחושת עמימות הנובעת מאי-ודאות לקראת התהליך הצפוי, וזו באה לידי ביטוי במטפורות הבאות:

- כמו שסינדרלה מגיעה לנשף הערב והופכת מלכלוכית לסינדרלה, אלא שהזמן שהיה קצוב לה עד חצות, נמשך יותר זמן (שנה);
- זה כמו להיות במים – לא ידעתי בהתחלה איך לשחות, באיזה קצב ומה יש במים. בבית מלמדים אותי להיעזר בגלגלי הצלה בשחייה טובה.

ההסברים לתחושות הללו:

- כשנכנסתי לבית הרגשתי שהתחלתי חיים אחרים, חדשים, טובים, נקיים - פיזית ורגשית. אני רוצה לשים את העבר שלי בצד (למרות שאני בספק אם אפשר לעשות זאת), ואני רוצה להתקדם יפה לעתיד;
- אני מאמינה שהבית השיקומי ייתן לי את הכלים להתמודד נכון עם החיים בקצב הנכון, עם יכולת לבקש עזרה ולהשתמש בה בבית וגם בחוץ.

ואילו בקצה האחר, יש מי שמבטאים התרגשות וציפייה לקראת המעבר לבית באמצעות מטפורות כמו: "צייר שמתחיל בציור חדש על דף חלק" ו"אדם העובר לחיות במקום חדש". ההסברים לרגשות אלו היו:

- התחלה חדשה, חיפוש רעיון, מוזה, התרגשות וגם לחץ שלא אצליח לצייר או לבנות חיים חדשים - לצייר ציור יפה;

- אני הולך לחיות פה תקופה, והגעתי לפה בתקווה שפה יהיה ביתי וארגיש בנוח לתקופה הבאה.

לאחר שהות של חמישה חודשים ויותר בבית השיקומי דיווחו הדיירים על תחושות שונות, שנעו בין אופטימיות לייאוש. מרביתם ביטאו תחושה אמביוולנטית לגבי התהליך. רגשות אופטימיים נובעים מתחושת התקדמות בתהליך: "אני מרגישה שחל שיפור אך יש לי עוד הרבה דברים לעבוד עליהם"; "יש דברים שלמדתי על עצמי"; "שהתקדמתי המון, שאם לא הייתי פה הכול היה נראה אחרת".

תחושת הייאוש באה לידי ביטוי בדברי חלק קטן מן הדיירים, כמו: "מתוסכלת, מפוחדת ומדוכאת"; "אני לא מצליחה [להבין] מה אני מרגישה, מאיפה אני אמורה לשאוב את הכוחות להילחם ולהתמודד מול הקשיים שלי".

הרגשות האמביוולנטיים מבטאים תחושה חיובית לצד קושי, ועולים מדברי רוב הדיירים, למשל:

- לעתים מיואשת מעצמי, מהטיפול, מהבית השיקומי, מהמצב התקוע ולעתים אני שמחה שאני כאן;
- אני מרגישה שחל שיפור מבחינת הפרעת האכילה אך יש לי עוד הרבה דברים לעבוד עליהם [...] קשה לי לקבל שאחרי ארבעה חודשים וחצי אין שיפור משמעותי ואף יש רגרסיה, כיום אני במקום קשה וכואב [...] נורא קשה לי;
- יש הרבה מצבי רוח, קשה לי עם העלייה במשקל אך יש הרבה התקדמות בדברים אחרים שלמדתי לעשות ולשפר.

### ציפיות

אנשי הצוות מצפים לראות את הדיירים בתהליך של "גדילה וצמיחה אישית, עצמאות ופרידה, וחזרה לחיים נורמטיביים בדגש מיוחד על ההווה והעתיד". הצפיות של הדיירים ושל מפעילות התכנית משיקות לכל היבטי החיים: הפיזי, הרגשי, ההתנהגותי, החברתי, הזוגי, הלימודי והתעסוקתי.

צרכים פיזיולוגיים בסיסיים וביטחון בקיום הפיזי – ציפיות אלה נוגעות ברובן ליחסים של הדיירים לאוכל, לשליטתו על חייהם ולשאיפתם להשתחרר מהעיסוק המתמיד בנושא. הדיירים מודעים לעובדה שללא מסגרת תומכת הם לא יצליחו לעמוד במשימה, בקרב הגדול של חייהם, והם מצפים לעזרה בבניית חיים המשלבים את האוכל עם כל שאר ההיבטים של החיים. להלן מקצת מדבריהם:

- לעבור את התקופה בהפרדה אל מול סימפטומים של האכילה והנפש;
- לעבוד ולשלב אכילה נכונה ומאוזנת;
- שאמצא את האיזון בין לשלב נכון תפריט לבין הפעילויות והחיים עצמם;
- בלי הפרעת אכילה או לפחות לחיות עם יותר שליטה עליה;
- רציתי לעשות שינוי ולשבור את ההרגל...

הצורך הפיזיולוגי לשלוט בהפרעת האכילה בא לידי ביטוי ביתר שאת בציטוט הבא: "המחלה היא כמו סרטן של הנשמה. אין גם חיים חברתיים. יש פה אמביוולנטיות מאוד גדולה. מצד אחד, אני רוצה להחלים ומצד שני, אני צריכה את המחלה הזו ונאחזת בה, זה נותן אשליה של שליטה". אמירה זו משקפת את עוצמתה של ההפרעה ואת היות החולה מנוהלת על ידה.

שייכות, זהות ואהבה – הצורך הפסיכולוגי בשייכות ובזהות הוא צורך מהותי שעולה הן במניעיהם של הדיירים להצטרף לבית השיקומי, והן בציפיותיהם מהצלחת התהליך. להלן ציטוטים המבטאים זאת: "לשתף [...] לשמור על קשרים עם חברים קרובים"; "לשחרר מהתלות במשפחה ומהקושי להיות בלעדיהם להאמין שאני יכולה ליצור משפחה משלי"; "גרה בדירה עם שותפים או בן זוג או לבד, עם עבודה מסודרת, רישיון ואוטו, מוקפת חברים"; "אולי נשואה עם ילד בעזרת ה'".

כבוד והערכה – ציפייה לכבוד ולהערכה לא באה לידי ביטוי בתשובות הדיירים. המשמעות האפשרית של ממצא זה היא שלמרות שהדיירים מרחיקים לכת ומצפים להישגים מסוימים, כפי שניתן לראות בהיבט הבא 'מימוש עצמי', הרי שהם אינם מצליחים לדמיין מצב שבו הם מעריכים את עצמם או מוערכים על ידי הסביבה.

מימוש עצמי – ציפייה זו בא לידי ביטוי בשאלה ישירה שנשאלו הדיירים: "היכן אתה רואה את עצמך בעוד חמש שנים?". המפעילים התבקשו לתאר מי הם בוגרים מצליחים של התכנית. מהתבוננות בתשובותיהם של אלה וגם של אלה עלו ההיבט התעסוקתי ותחושת העצמאות, שמשמעם היכולת לחיות חיים נורמטיביים של הגשמה וסיפוק. להלן מדבריהם לפי שני תחומים:

תעסוקתי-לימודי:

- שיהיה עיסוק - עבודה זמנית;
- שאצליח לשמור על משרה קבועה;
- להשיג מטרות לעשות רישיון, להחזיק עבודה ולעשות כמה קורסים;
- שאוכל למצוא תעסוקה-עבודה טובה, אולי גם לימודים בהמשך.

עצמאות:

- לסיים בגרויות, לעבוד, שרות לאומי (ומה שבראש שלי);
- שאוכל להתנתק מההורים ולחיות בצורה עצמאית;
- לשחרר מהתלות במשפחה ומהקושי להיות בלעדיה, להאמין שאני יכולה ליצור משפחה משלי;
- לדעת לחיות בלי התלות בהורים והרצון לעזור להם, בלי לחיות בשבילם כל הזמן;
- לקבל החלטות בעצמי ופחות להזדקק לאישורים כל הזמן מכולם על איך שאני מתלבשת וכל דבר קטן;

- מצליחה גם לעסוק בספורט במידה וגם לצאת עם חברים שאני אוהבת ומרגישה בטחון איתם והם איתי. לא פוחדת מכל דבר שקורה אלא ממשיכה לחיות למרות קשיים. נעזרת וגם עוזרת לאנשים קרובים.

ניתן לסכם היבט זה בדבריה של מנהלת המרפאה להפרעות אכילה בבית חולים רמב"ם, הגורסת שחשוב שלדיירי הבית יהיה חלום ותהיה משמעות לחיים: "כל עוד לא הייתה משמעות, המחלה הייתה המשמעות. מותר שחלום יהיה לא ריאלי אבל שהפסיעות לקראת החלום יהיו ריאליות וצריכה להיות התקדמות בכל הרמות התפקודיות".

לסיכום, ניתן לומר כי הדיירים מצפים שהבית יאפשר להם לצייר את חייהם מחדש "כמו צייר שמתחיל בציור חדש על דף חלק". כלומר, שהם יוכלו לחיות חיים מלאים, נורמטיביים ועצמאיים, שיש בהם אופק תעסוקתי ואישי, תוך קבלת תמיכה, ביטחון והגנה מפני הקשיים: "מפני לחץ ופחדים שפגעו בנו בעבר. תמיכה נפשית לקראת יציאה לחיים שבחוץ, לעזור למצוא עבודה ולימודים קבועים".

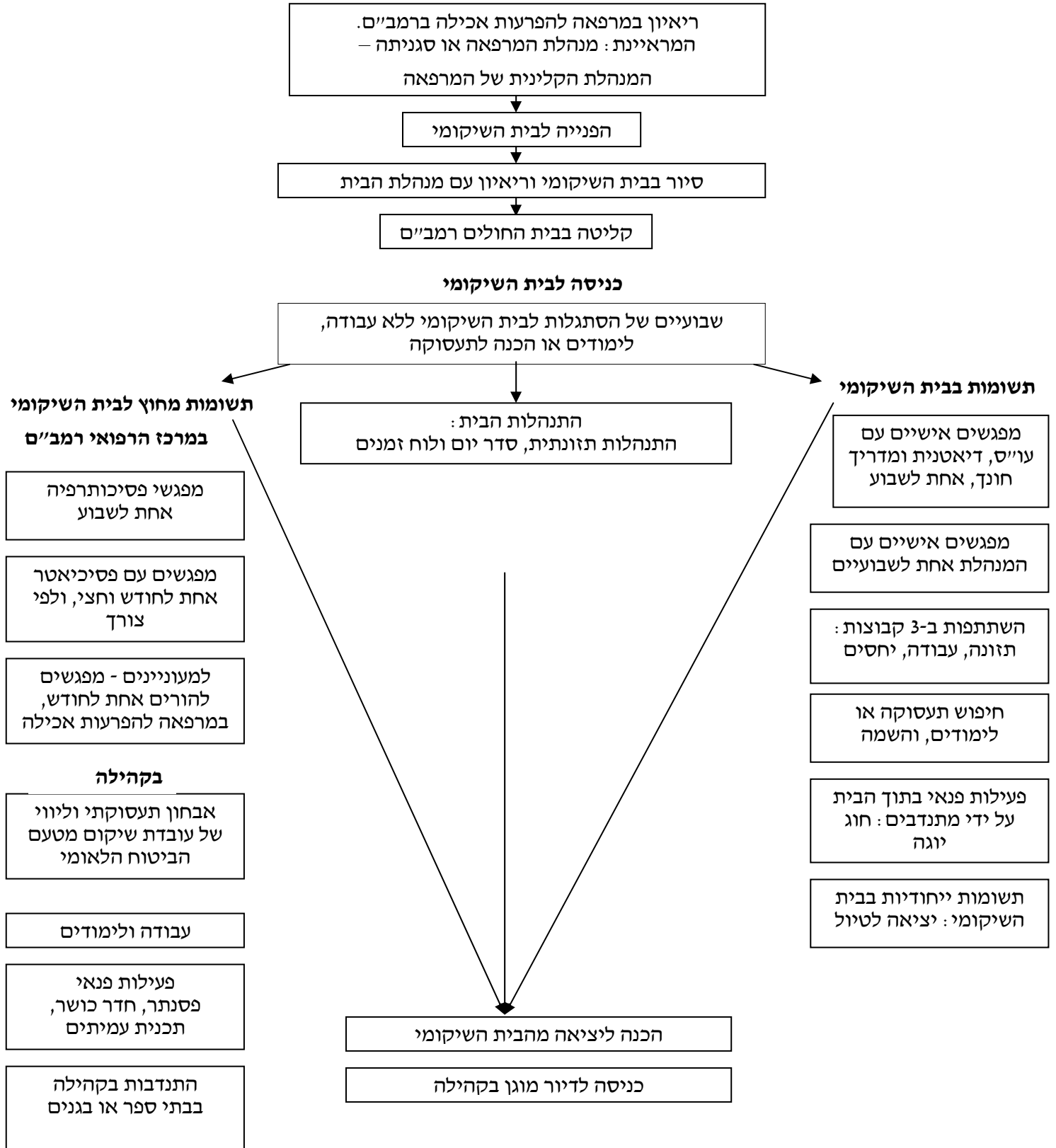
## הפעלת התכנית

### מודל ההפעלה ואבני הדרך

בחלק זה נציג את מודל ההפעלה של התכנית, נתאר את אבני הדרך של תהליך השיקום, את התנהלות הבית ואת הכנת הדיירות ליציאה ממנו. נתאר גם את התפקידים של מפעילי התכנית, את התשומות ואת השירותים. בתרשים 3 מוצג מודל ההפעלה של הבית, במטרה להמחיש בדרך גרפית את התהליך שעוברים הדיירים ואת התשומות והשירותים שהם מקבלים. יש לציין כי מודל ההפעלה המוצג להלן מבטא את השינויים שחלו עם כניסתה של מנהלת הבית הנוכחית לתפקיד.

**תרשים 3: מודל הפעלה של בית "צידה לדרך", רמת ישי**

**פנייה או הפנייה של מועמדים לבית השיקומי  
(מבתי חולים, ממרפאות או באופן עצמאי)**





## **אבני הדרך של המודל**

לתהליך השיקומי שלבים אחדים, אך שלוש אבני דרך מרכזיות: פנייה או הפניה של מועמדים לבית השיקומי, התשומות המתקבלות בבית השיקומי והתשומות המתקבלות מחוץ לבית השיקומי. מהתבוננות במודל עולה חשיבות השילוב, הדיאלוג והשמירה על רצף הטיפול-שיקומי.

### פנייה או הפנייה של מועמדות לבית השיקומי

ההפניות לבית השיקומי יכולות להיעשות מבתי חולים וממרפאות אמבולטוריות. מלבד זאת אפשר לפנות לבית עצמאית. על הגורם המפנה לשלוח חומר מקדים לריאיון. עד כה הגיעו רוב ההפניות מהמחלקה להפרעות אכילה בבית החולים שיבא. המועמדות אותרו במחלקה, ולאחר שנמצאו מתאימות לתהליך השיקומי נעשתה איתן עבודת הכנה לקראת השתלבותן בבית.

לאחר מכן מתבצע ריאיון במרפאה להפרעת אכילה בבית החולים רמב"ם. את המועמדים מראיינת מנהלת המרפאה או סגניתה. אם המועמדת נמצאה מתאימה על פי הקריטריונים (BMI תקין, מוטיבציה לתהליך שיקומי), היא מופנית לבית השיקומי.

מתבצע גם ריאיון עם מנהלת הבית השיקומי. המועמדים מגיעים לבית השיקומי לריאיון ולסיום. מטרת הריאיון להעריך את הפוטנציאל השיקומי של המועמדת, את מצבה ואת מצב הפרעת האכילה. המטרה בסיור היא לאפשר למועמדת להתרשם מהמבנה, לחוש את האווירה בבית, לפגוש את אם הבית ואת הדיירים.

הקליטה מתבצעת בבית החולים רמב"ם. מועמדת שנמצאה מתאימה, החליטה כי היא מעוניינת להשתלב בבית השיקומי ויש בבית מקום לקלוט אותה, מגיעה לבית החולים רמב"ם לצורך קבלה. שלב זה כולל: אבחון תזונתי, אבחון פסיכיאטרי ואבחון רפואי. כל מועמדת המתקבלת לבית השיקומי גם מטופלת במקביל במרפאה להפרעות אכילה ברמב"ם.

### כניסה לבית השיקומי

דייר שהופנה לבית מקבל חדר שבו ישהה עם שותף. בעת הקבלה לבית נוכחות מנהלת הבית, העובדת הסוציאלית ואם הבית, שמלוות, מנחות ותומכות. השבועיים הראשונים מוגדרים תקופת הסתגלות, והדייר החדש מתחייב להימצא בהם בבית בכל שעות היממה. בתקופת ההסתגלות מלווה דייר ותיק את הדייר החדש כדי להקל עליו את ההתמצאות ולסייע לו להכיר את הנהלים. כמו כן, נערך אינטייק (ריאיון אבחוני) לקראת בניית תכנית אישית. האינטייק כולל בירור של כיוון תעסוקתי או לימודי, ושל ציפיות ורצונות, כדי להגדיר ולהציב עם הדייר את המטרות ואת היעדים של התהליך השיקומי.

### התנהלות הבית

לוח הזמנים תוכנן לפי תקופת שהות של שנה המחולקת לרבעונים: הרבעון הראשון - מוקדש לאבחון ולהסתגלות לבית; ברבעון השני – מתמקדים בחיפוש לימודים ועבודה ובהסתגלות אליהם; ברבעון השלישי – מתמקדים בחיי היומיום, בשיפור מיומנויות, בליבון בעיות וכדומה; ברבעון

הרביעי – עוסקים בהכנה לקראת סיום התכנית והיציאה מן הבית. בכל שלושה חודשים נערכת שיחת רבעון שבה נוכחים: מנהלת המרפאה, מנהלת הבית, העובדת הסוציאלית, הדיאטנית, המדריכים החונכים וכל הדיירים. בשיחה מסכמים את התקופה שהייתה, מציינים מה הושג בה ומה הוחמץ, קובעים יעדים חדשים ומחדדים יעדים שלא הושגו במלואם כדי לנסות ולהשיגם ברבעון הבא.

לאחר שהות של שבועיים שבהם הדיירים עסוקים בהיכרות עם הבית ובהסתגלות אליו, הם נדרשים לצאת מדי בוקר לעבוד, ללמוד או להתנדב. הדיירים רשאים לצאת לבלות מחוץ לבית, אך עליהם לשוב עד השעה 23:30.

בכל יום מוגשות בבית שלוש ארוחות עיקריות ושלוש ארוחות ביניים. אם הבית מכינה את ארוחת הצהריים ואת ארוחת הערב והדיירים מעורבים בהכנה. כל דייר מנהל יומן אכילה, שנתון למעקב הדיאטנית. לכל דייר יש מסגרת אכילה אישית משלו, ובאחריותו לדאוג לאכול לפיה (למדריכים אין את התפריטים של הדיירים). בשל הרצון להעניק סביבה תומכת, יש הקפדה על נוכחות של מדריכים בשעות הארוחה ולאחריה "כי אחרי שמסיימים ארוחת בוקר, שהיא ארוחה קשה, זה [אם אין השגחה] נותן פתח להגיע לשירותים ולהקיא את הארוחה". ההשגחה אחידה לגבי כל הדיירים. בעבר היו דרגות השגחה אך הן בוטלו עם כניסתה לתפקיד של המנהלת החדשה. עם זאת, כפי שהתבטא, "יש פה השגחה ולא החזקה". משך האכילה שנאסף הוגדר בין רבע שעה לחצי שעה. אי-עמידה בנוהלי הבית נדונה בפגישה השבועית, ובמידת הצורך הדייר יוזמן לשיחה עם המנהלת. חובה לשמור בבית על משקל תקין ועל לפחות BMI=19, לקיים פעילות גופנית רק על פי תכנית אישית שנבנתה עם המורה לספורט במחלקה ולאכול בצורה נורמטיבית בבית ובחוץ. הדיירים מנקים בתורנויות את כל הבית, לפי הדרישות שנקבעו בנהלי הבית ובפיקוח הצוות. בסיום המטלה עליהם לחתום על ביצועה.

לכל דייר יש מדריך אישי שמלווה אותו בשהות בבית ובשלבם הראשונים של היציאה מהבית וההשתלבות במסגרת חדשה. בין היתר המדריך תומך, מייעץ ועוזר בלימודים. המדריכים מקבלים ליווי, הנחייה והדרכה של העובדת הסוציאלית.

### **תיאור התפקידים**

בסעיף זה נפרט על בעלי התפקידים בתכנית, כפי שהתקבל מן החומר שנאסף בהערכת התכנית. איסוף הנתונים נעשה באמצעות ראיונות שקיימנו עם בעלי תפקידים, באמצעות שאלונים שהועברו למדריכים ולדיירים, ועל פי מסמכי התכנית (כללי הבית, מסמכים מוועדות היגוי ועוד).

### יוזמת התכנית ומנהלת המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם

יוזמת התכנית היא מנהלת המרפאה להפרעות אכילה בחטיבה הפסיכיאטרית במרכז הרפואי רמב"ם. היא הקימה את המרפאה להפרעות אכילה בשנת 1992, ומנהלת אותה מאז. מנהלת המרפאה מקיימת קשר רציף עם מנהלת הבית, ומדריכה אחת לשבוע את הצוות הבכיר בבית

השיקומי. היא רואה בעבודתה שליחות: "יש לי שליחות והיא לתת הדרכה להורים ולילדים שהם לפני גיל ההתבגרות". מנהלת המרפאה רוצה "שהבית יפעל ממקום של שיקום ולא שיבוא לפתור הפרעות אכילה" ולכך כיוונה כשהיה צריך לבחור בעלי התפקידים לבית.

### מנהלת הבית

המנהלת הקודמת הייתה מומחית בשיקום של חולי נפש בקהילה. מנהלת הבית הנוכחית היא מנחת פסיכודרמה במחלקה להפרעות אכילה בבית חולים שיבא זה כ-11 שנים. היא מנהלת גם את הבית השיקומי בהוד השרון זה כשנתיים, ובעלת ניסיון בתחום. היא נגישה בכל עת לכל הנפשות הפועלות בבית (דיירים, מדריכים, עובדת הסוציאלית, אם בית, דיאטנית) ומעורבת בכל הנעשה בו. מנהלת הבית נפגשת אחת לשבוע עם כל בעלי התפקידים. במפגשים אלה דנים בנושאים שונים, מועלים לבטים ומתקבלות החלטות בהתאם לצרכים.

### העובדת הסוציאלית

בעוד שבעבר הוגדר תפקידה של העובדת הסוציאלית בעיקר כ"ניהול תכנית השיקום", והוא לא היה מובחן באופן מובהק מתפקידה של מנהלת הבית, כיום השתנה תפקידה והוא מוגדר וברור יותר. נושאת התפקיד עצמה סיפרה:

אני כעובדת סוציאלית עוסקת בהכנת תכנית אישית לכל דייר, בחיפוש עבודה מתאימה, בלימודים, בקשר עם הביטוח הלאומי, עם משרד הבריאות. אני לא מתעסקת בכלל בתחום הדיאטטי-תזונתי. העבודה שלי יותר ברורה. אני יודעת מה אני צריכה לעשות, איך אני יכולה לעזור לדיירים להשיג מטרות מבחינת הכישורים, רכישת מיומנויות, חיפוש עבודה, לימודים, ניהול תקציב. קודם ההגדרה לא הייתה ברורה.

בסך הכול נראה כי היקף המשרה של העובדת הסוציאלית אינו עונה על הצרכים הייחודיים של הדיירות ועל מידת גידולה של אוכלוסיית הבית. פעמים רבות היא עובדת בבית מעבר לשעות שהוקצו לה.

### הדיאטנית

הדיאטנית של בית "צידה לדרך" עובדת בשש השנים האחרונות כאחראית על צוות הדיאטניות במרפאה להפרעות אכילה ברמב"ם. דיאטנית זו מלווה את בית "צידה לדרך" עוד משלבי התכנון שלו. היא מגיעה לבית, נתפסת כחלק מהצוות ואף הוקצה לה חדר משלה שבו היא נפגשת עם הדיירים. בעבודתה מדגישה הדיאטנית כמה היבטים: שיקום דפוסי האכילה הלקויים ועבודה על משקל הגוף בהתאם לצורך (בעיקר עבור דיירים הנמצאים בתת משקל); אכילה על פי התכנית התזונתית שנבנתה לכל דייר; שמירה על דפוסי אכילה תקינים תוך כדי השיקום התעסוקתי (יכולת לעמוד בתכנית האכילה גם מחוץ לבית: בעבודה או בלימודים); העברה הדרגתית של האחריות על האכילה לדייר עצמו (מעבר מארוחות בהשגחה צמודה של הצוות לאכילה עצמאית); סיוע לדיירים לסגל לעצמם אכילה נורמטיבית: אכילה בפרק זמן סביר, אכילה ספונטנית, אכילה בחוץ, אכילה

מגוונת – הרחבת מגוון המזונות הנאכל וכדומה. הדיאטנית נפגשת עם הדיירים בבית אחת לשבוע, במסגרת אישית וקבוצתית. נוסף על כך היא נוכחת פעם בשבוע באחת הארוחות בבית (בדרך כלל בצהריים), על מנת להתרשם מהתנהלות הדיירים והצוות בזמן ארוחות. הדיאטנית עובדת עם הדיירים, מבצעת מעקב תזונתי במרפאה ומדווחת לצוות באופן מיידי ושוטף על כל שינוי בתכנית התזונתית.

### אם הבית

תפקידה של אם הבית הוגדר מחדש. היא שותפה בישיבות הצוות והיא חלק מהצוות הבכיר של הבית, וכמו שציינה מנהלת הבית:

היא עסוקה בכל מה שקשור כדי שהמקום יתפקד מבחינה חיצונית, אוכל מטבח, קניות. דיירת שעוזבת את הבית, שלושה חודשים לפני העזיבה היא מלמדת אותה לבשל, קניות, דואר, בנק. היא אחראית על איסוף השעות של המדריכים בסוף החודש [...] היא שולחת הכול לבני [מנהל העמותה], לא אני. היה לי חשוב לתגבר אותה כי היא מעולה. עושה את העבודה בצורה יוצאת דופן. היא מאוד מסורה. מקבלת כל דיירת ומדברת איתה. היא גם מבשלת מצוין”.

### עמותת "תעסוקת השני"

הקשר עם עמותת "תעסוקת השני", מפעילת הבית, קבוע ושוטף. בשנה הראשונה בוצעו תיקונים בבית, שאושרו ומומנו ברוחב לב על ידי המפעילה. התקציב מועבר בכל חודש ובעמותה זמינים ונגישים לכל דבר. לרשות הבית עומד מתנדב שעוזר באחזקת הבית.

### המדריכים

מהשאלון שהועבר למדריכים עולה תיאור התפקיד שלהם בעיני עצמם:

- תמיכה, הכלה של רגשות, תחושות בכלל, ובעיית ארוחות בפרט;
- משמשת כאוזן קשבת לדיירים, מכילה את רגשותיהם ותחושותיהם המורכבים. ובנוסף עניין הגבולות מאד חשוב, בעיקר שזו אוכלוסייה שלא כל כך חונכה על ידי גבולות;
- אוזן קשבת בשעות הצורך לבנות, משב רוח רענן וחיובי, הצבת גבולות שצריך, אך בעיקר עידוד והכוונה לראות את הצד החיובי של החיים;
- תמיכה ועזרה לבנות בכל הקשיים בהן הן נתקלות ובעיקר בתחום הפרעת האכילה.

המדריכים עוזרים לדיירים במשימות היומיומיות שהם רוצים לבצע בבית, ותומכים בהם. הם נמצאים בבית כשהדיירים יוצאים וכשהם חוזרים. בסוף משמרת המדריכים כותבים דיווח ושולחים הודעה בדואר אלקטרוני לכל בעלי התפקידים, כולל ליוזמת התכנית, לעובדת הסוציאלית הראשית במחלקה, לעובדת הסוציאלית של הבית, למנהלת הבית, לכל צוות המדריכים ולאם הבית.

"כל הצוות צריך ומחויב לקרוא את הדו"חות לפני שמגיעים [לעבודה בבית], ובעצם הצוות רואה כל יום מה קורה ואז יש רצף".

### הדיירים

על הדיירים למלא אחר כללי הבית. מי שאינו מקיים את הכללים עלול להידרש לעזוב את הבית. כללי הבית, כפי שמופיעים בתקנון הבית שאותו מחלקים לדיירים החדשים, מקיפים היבטי התנהגות שונים: תסמינים ופגיעה עצמית; שמירה על התנהגות מתחשבת ומכבדת; מיקום הארוחות; הימצאות בבית בזמני הארוחות; סופי שבוע; ביקורים; השתתפות בקבוצות, במפגשי צוות ובמפגשים אישיים; יציאות מיוחדות; יומן עדכונים; איחורים; נוהלי עזיבת הבית; תעסוקה ולימודים; תשלום עבור השהות בבית; כניסה לחדרים, טלפונים ניידים, כניסה למשרד הצוות, עישון וחומרים אסורים. אי-עמידה בחוקי הבית הביאה במקרים קיצוניים ובודדים להרחקה מהבית.

לסיכום, למנהלת הבית יש אוטונומיה מלאה בהפעלת הבית, והיא זוכה לאמון מצד יוזמת התכנית. יש קשר הדוק בין מנהלת הבית לבין העובדת הסוציאלית, ושיתוף פעולה בין המנהלת לבין בעלי התפקידים האחרים בבית. לאחר חילופי ההנהלה, בשנה השנייה להפעלת התכנית, הובהרו הגדרות התפקידים של כל אחד מעובדי התכנית, וחלוקת העבודה ביניהם. שינוי זה שיפר את שיתוף הפעולה ואת הרמה המקצועית, ושידר תחושת ביטחון ורוגע לאנשי הצוות ולדיירים כאחד. לפי מנהלת המרפאה, שיתוף הפעולה עם המרכז הרפואי רמב"ם רצוף, והיא נדרשת לטפל במקרים חריגים בשכיחות נמוכה מבעבר (כשלוש פעמים בחודש, ולא כמה פעמים ביום כפי שהיה בעבר), אף שעדיין קיימים כאלה כל יום. ניתן להסיק מכך שכל בעלי התפקידים, בראשותה של מנהלת הבית שזמינה בכל שעות היממה, מקצועיים מספיק כדי לספק מענה לכל מצב שמתפתח בבית.

### תשומות

#### תשומות בבית השיקומי

כל אחד מדיירי הבית מחויב לקיים שיחה אישית שבועית עם העובדת הסוציאלית, עם הדיאטנית ועם חונך אישי מצוות המדריכים. פגישות עם מנהלת הבית מתקיימות אחת לשבועיים ועל פי הצורך. הדיירים מחויבים להשתתף בכל אחת מהקבוצות הבאות:

1. **קבוצת תזונה.** קבוצה זו מונחת על ידי הדיאטנית, ודנים בה בפורום קבוצתי בנושאים שקשורים לאכילה בבית ומחוצה לו. זאת תוך התייחסות להתנהגות סימפטומטית ולקשיים. הנושאים לדיון מועלים בחלקם על ידי הדיירים ובחלקם על ידי הדיאטנית. הדיירים משתפים בקבוצה התלבטויות והתנסויות הנוגעות לאכילה, כגון אכילה בחוץ, אכילה במפגשים בין-אישיים, תחליפים, קשיים באשר למשקל הגוף והשפעתם על מצב הרוח, קבלת החלטות. נושא נוסף העולה בקבוצה הוא ההתלבטות אם לשתף את הסביבה החברתית והמקצועית בהפרעת האכילה.

2. **קבוצת עבודה**. בקבוצה עוסקים בהתמודדות עם המתרחש מחוץ לבית (משפחה, חברים, עבודה, לימודים). נדונים נושאים הקשורים לחיי היומיום, כמו התארגנות לקראת העבודה ותמודדות עם הצורך לאכול במסגרת העבודה. את הקבוצה מנחה העובדת הסוציאלית.

3. **קבוצת יחסים**. בקבוצה זו דנים ביחסים בין-אישיים, ובבעיות שמתעוררות בין הדיירים לבין אחרים, כמו למשל היחסים בין הדיירים לבין עצמם, בין הדיירים לבין הצוות, בין הדיירים לבין המעסיקים שלהם ובין הדיירים לבין בני המשפחה שלהם. את הקבוצה מנחות מנהלת הבית והעובדת הסוציאלית.

כחלק מהתהליך השיקומי הדיירים קובעים לעצמם מטרות, הכוללות אופק לימודי או תעסוקתי. קביעת המטרות מלווה על ידי העובדת הסוציאלית ועל ידי עובדת השיקום של הביטוח הלאומי. הדיירים כותבים קורות חיים, יוצאים לראיונות עבודה ומנסים להתקבל לעבודה או ללימודים. לאחר השתלבותם הם מלווים על ידי העובדת הסוציאלית. יש לציין כי דיירי הבית חווים קשיים גדולים שנובעים מהפרעת האכילה, ולכן הוחלט כי יש לאפשר להם לעבוד באופן חלקי בלבד. בשל הקושי למצוא עבודה במשרה חלקית, המפעילים מאפשרים במקרים מסוימים גם פעילות התנדבותית, כדי לאפשר לדיירים להתנסות במצבים מעולם התעסוקה.

הדיירים והצוות מקיימים פעילויות חברתיות. נערך למשל טיול, שמטרותיו היו גיבוש חברתי, התנסות באכילה מחוץ לבית והקניית אהבת הארץ.

#### תשומות מחוץ לבית השיקומי

**במרכז הרפואי רמב"ם** – כחלק מהטיפול מתקיימים ברמב"ם מפגשי פסיכותרפיה. הדיירים מחויבים להיפגש בתדירות של אחת לשבועיים עם פסיכותרפיסטית. נוסף על כך מתקיים מפגש עם פסיכיאטר אחת לחודש וחצי ועל פי צורך. לאחרונה, בשל צורך שהעלו הורי הדיירים, התנהלו פגישות אישיות בין צוות המרפאה ברמב"ם לבין הורים, ואף החלה להתגבש קבוצת הורים שנפגשת עם הצוות אחת לחודש. לפי מנהלת המרפאה, כיוון שהדיירים בבית השיקומי ברובם צעירים בסביבות גיל 19, ההורים חשים צורך להיות חלק מהתהליך. לדבריה, הקבוצה מאפשרת להורים "לשתף בדאגותיהם, לקבל הדרכה, לחזק אותם ולתמוך בהם". עם זאת, יש לציין שאין תמימות דעים בין המפעילים בדבר הצורך לערב את ההורים. יתכן שלעובדה שמנהלת המרפאה ויוזמת התכנית באה מתחום העבודה הסוציאלית, יש חלק מכריע בהחלטתה לקיים קבוצה זו.

**בקהילה** – הדיירים עוברים אבחון תעסוקתי ומלווים על ידי עובדת שיקום מטעם הביטוח הלאומי. כל הדיירים עובדים או לומדים מחוץ לבית (ראו פירוט בהמשך, בפרק "תוצרים"). הדיירים משתתפים בפעילויות פנאי שונות, כמו יוגה, נגינה על פסנתר וחדר כושר. במקרים חריגים שבהם מתקשים הדיירים במציאת עבודה, הם משתלבים בפעילות התנדבותית, בעיקר במוסדות חינוך.

### הכנה ליציאה מהבית השיקומי

היציאה מהבית השיקומי נתפסת כאחת המשימות החשובות של הבית. בשלושת החודשים האחרונים לשהותו של דייר בבית השיקומי מתקיים עמו תהליך הכנה לקראת יציאתו. המדריך החונך מלווה ת הדייר ועוזר לו להתארגן לקראת היציאה. העזרה כוללת חיפוש חלופת דיור, קניית ציוד, עזרה בניהול תקציב (למשל בקניות בסופרמרקט). נוסף על כך ניתנת הדרכה של הדיאטנית לגבי התנהלות עצמאית בנושא התזונה, וכן לגבי המשך טיפול בקופת חולים, במרפאה להפרעות אכילה ברמב"ם או במרפאות אחרות. העובדת הסוציאלית בונה עם כל דייר תכנית כלכלית. הדייר מחויב להפריש לחיסכון מדמי הביטוח הלאומי וממשכורתו, כדי שיוכל לשכור דירה לאחר שיצא מהבית. לאחר עזיבת הבית, המדריך החונך עומד בקשר עם הדיירים לפרק זמן קצוב של שלושה חודשים. דיירים שיוצאים מן הבית השיקומי מוזמנים לבקר בו ולשמור על קשר רצוף.

## תוצרים

בפרק זה נציג ממצאים על תפוסת הבית ועל ערכי ה-BMI של הדיירים בעת הקבלה לבית ולאחר שהות של שישה חודשים ויותר. נציג גם את התפלגות הדיירים לפי עיסוקם בלימודים או בעבודה. הממצאים מבוססים על נתונים שנאספו מיום פתיחת הבית השיקומי ביולי 2009 ועד למאי 2011.

בלוח 18 שלהלן מוצגת התפלגות הדיירים לפי מספר המתקבלים, מספר המסיימים ומספר העוזבים, בתקופה שבין אוקטובר 2010 למאי 2011, מאז כניסתה של המנהלת הנוכחית לתפקידה.

### לוח 18: תפוסת הבית מאז כניסתה של המנהלת החדשה לתפקיד באוקטובר 2010

סך כל הדיירות בבית	מספר דיירות שסיימו שהייה מלאה בבית	מספר דיירות שעזבו (לפני תום שהייה מלאה)	מספר דיירות חדשות	מספר שוהות בבית	חודש
4			2	2	אוקטובר (2010)
7			3		נובמבר
10		1 אי-התאמה גילית	4		דצמבר
12	1 עזבה לבית בהוד השרון	1 אי-עמידה בתנאי הבית	2		ינואר (2011)
14			3		פברואר מרץ אפריל
14	1 עברה לדיור מוגן		1		מאי
14					יוני

ניתן לראות שמאז שנכנסה המנהלת החדשה לתפקיד, חלה עלייה מתמדת בתפוסת הבית, ונכון למועד סיום איסוף הנתונים הבית בתפוסה מלאה. רק שני דיירים עזבו את הבית לפני סיום התהליך.

ערכי ה-BMI ויציבותם הם סממן מרכזי להתקדמות או לנסיגה בעת שיקום מהפרעת האכילה. בלוח 19 מוצגים ערכי BMI בעת הקבלה לבית ובעת מסירת הנתונים.



**לוח 19: ערכי BMI של הדיירים בעת הקבלה לבית ובעת מסירת הנתונים\* (N = 31)**

BMI בעת מילוי אחרון בקובץ	BMI בעת הקבלה לבית	נבדק
<b>נתוני דיירים ששהו בבית בתקופת ההנהלה הקודמת</b>		
	16.5	12
20.2	17.9	6
	18.2	5
20.2	19.0	13
19.7	19.1	1
23.3	19.6	2
17.1	19.6	3
	20.0	11
	20.2	8
19.4	20.3	14
20.6	20.6	7
	20.8	10
	21.0	9
19.5	21.0	15
22.1	23.5	4
	לא נמסר	16
	לא נמסר	17
<b>נתוני דיירים ששהו בבית בתקופת ההנהלה הנוכחית</b>		
19.0	18.0	24
24.3	19.0	21
19.7	19.1	31
	19.2	19
20.8	19.3	27
19.1	19.3	28
18.9	19.5	20
19.5	19.5	22
19.3	19.9	30
19.0	20.2	26
21.4	20.9	29
24.6	22.7	23
	23.6	18
33.4	35.8	25

\* עבור חלק מהדיירים לא מולאו הפרטים בשל הסיבות הבאות: הדיירים חדשים וטרם עבר חודש לשהותם בבית, חלקם לא נמצאו בבית עקב אשפוז או עקב פרישה

מעיון בלוח 19 עולה כי בתקופת ההנהלה הקודמת התקבלו לבית דיירים עם ערכי BMI נמוכים מאוד (16.5, 17.9), ואילו בתקופת ההנהלה החדשה התקבלו דיירים עם ערכי BMI גבוהים יותר, דיירת אחת עם BMI 18 והשאר – 19 ומעלה. כיום לא מתקבלים דיירים הנמצאים ברמת BMI נמוכה מ-18, משום שהניסיון הראה שנקודת התחלה נמוכה מכך אינה מאפשרת להצליח בשיקום.

17 דיירים שהו בבית בתקופת ההנהלה הקודמת, ודווחו ערכי BMI לאחר שהות ממושכת בבית רק לגבי 9 דיירים. מתוכם, אצל דייר אחד ירד ערך ה-BMI אל מתחת ל-18. עם זאת, ידוע לנו כי היו מקרים נוספים שבהם ירד ערך ה-BMI והדבר הביא לאשפוזם של הדיירים או לפרישתם מהבית. 14 דיירים שהו בבית בתקופת ההנהלה הנוכחית, ודווחו ערכי BMI לאחר שהות ממושכת בבית רק לגבי 12 דיירים. אצל אף אחד מהם לא ירד ערך ה-BMI אל מתחת ל-18. למעשה מבחינת רמת ה-BMI ניתן להצביע על הצלחה.

#### השתלבות הדיירים בעבודה או בלימודים

אחד ממדדי ההצלחה הבולטים בתהליך השיקום הוא השתלבות הדיירים בלימודים או בעבודה. בלוח 20 מוצגת התפלגות הדיירים על פי עיסוקם: לימודים, עבודה או התנדבות.

לוח 20: הדיירים (על פי קודים) לפי עיסוק: עבודה, לימודים או התנדבות (N = 20)

מספר דייר	היקף משרה / לימודים / התנדבות	מקום עבודה / לימודים / התנדבות	תפקיד בעבודה	מספר ימי עבודה בשבוע	מספר שעות עבודה ביום	שכר ממוצע לחודש	הערות
<b>נתוני דיירות ששהו בבית בתקופת ההנהלה הקודמת</b>							
1	לימודים	סדנת יישומי מחשב		3	3		
	התנדבות	בית קפה	מלצרות	3	4		המניע הוא מילוי זמן פנוי עד שתתקבל לעבודה
2	משרה חלקית	חנות לחפצי נוי לבית	מכירות	3	5	1600	
3	התנדבות	בית קפה	מלצרות	3	4		המניע הוא מילוי זמן פנוי עד שתתקבל לעבודה. עזבה בשל התחלת עבודה
	משרה חלקית	חנות טבע	מכירות	4	6	1600	עזבה בשל אשפוז
	התנדבות	בית ספר יסודי	סייעת למורה	3	3		המניע הוא מילוי זמן פנוי עד שתתקבל לעבודה
	לימודים	המכללה למנהל	מוכירות רפואית				
	משרה חלקית	מחלקת רווחה ברמת ישי	חונכת	2	2	400	
4	התנדבות	בית ספר	סייעת בכיתה	3	3		המניע הוא מילוי זמן פנוי עד שתתקבל לעבודה. עזבה בשל התחלת עבודה
	משרה חלקית	סופרמרקט	מכירות	3	5	1200	
6	משרה חלקית	גן לחי"מ	סייעת	4	7	1600	עזבה
	משרה חלקית	גן לחי"מ	גננת מחליפה	5	5	1700	עזבה
	התנדבות	גן לחי"מ	סייעת	3	3		עד שתחזור לעבוד
	לימודים	ניסיון להתקבל לתואר שני בחינוך מיוחד (אוני' חיפה)					החלה בתשי"ע
7	משרה חלקית	חנות נעלים	מכירות	5	4	1600	
13	משרה חלקית	בית קפה	מלצרות	3	5	1500	

מספר דייר	היקף משרה / לימודים / התנדבות	מקום עבודה / לימודים / התנדבות	תפקיד בעבודה	מספר ימי עבודה בשבוע	מספר שעות עבודה ביום	שכר ממוצע לחודש	הערות
15	משרה חלקית	סופרמרקט	אריזת מצרכים	2	5	500	
	התנדבות	קפה נגיש	מלצרות	2	5		מילוי זמן
	משרה חלקית	איריס ישראל	מוכרת	3	6	1800	
	לימודים	לחמן	השלמת בגרות				
<b>נתוני דיירות ששהו בבית בתקופת ההנהלה הנוכחית</b>							
20	משרה חלקית	מחלקת רווחה ברמת ישי	חונכות לילד בכיתה ז'	2	4	400	
	משרה חלקית	גן ילדים	סייעת מחליפה	2	7	400	
21	משרה חלקית	מחלקת רווחה ברמת ישי	חונכות לילד	6	1	600	
	לימודים	סמארט	קורס פסיכומטרי				
22	שרות לאומי	מועצה מקומית רמת ישי				728	
23	משרה חלקית	גן ברמת דוד	סייעת	לעתים 2 ולעתי 3	7	1000	
24	משרה חלקית	גן ילדים	סייעת מחליפה	2	7	400	
25	לימודים	תיכון תל אביב	השלמת בגרות				
	משרה חלקית	תקשוב	עבודה טלפונית דרך חברת תקשוב בבתי משפט	4	5	1500	
26			מסייעת לבעלת עסק פרטי בבית להחלפת מכתבים בין ילדים מחו"ל ומהארץ	3	3	800	
27	לימודים	סמארט	קורס פסיכומטרי				
28	שרות לאומי	בית חולים העמק, מחלקה אונקולוגית				728	
29	לימודים	חוג תפירה					
30	לימודים	היי-קיו	קורס פסיכומטרי				
31	משרה חלקית	משרד פרסום	מעצבת אתרים באינטרנט	4	5	1500	

נתונים על עבודה, לימודים והתנדבות התקבלו עבור 20 דיירים מתוך 31 ששהו בבית השיקומי בפרק הזמן שהוערך. מרבית הדיירים (16) עבדו במשרה חלקית, מהם 4 גם לומדים (2 להשלמת בגרות,

דיירת אחת לקראת הבחינה הפסיכומטרית ודיירת אחת להשמה מקצועית). 4 דיירים אינם עובדים כלל אלא לומדים, 2 לומדים לקראת הבחינה הפסיכומטרית ושתיים דיירות לקראת השמה מקצועית (יישומי מחשב, תפירה). בתקופת המנהלת הראשונה דווח גם כי 5 דיירים התנדבו בבתי קפה או במסגרות חינוכיות. חשוב לציין שעם כניסתה של המנהלת החדשה לתפקיד הופסקה ההתנדבות והעבודה של הדיירים בבתי קפה, כחלק מתפיסת עולמה בנוגע לשילוב אנשים עם הפרעות אכילה בתעסוקה הקשורה למזון. יש לציין שישנם מקרים שבהם דייר אחד הושם ביותר מעבודה אחת. לכן, סך התעסוקות גדול מסך הדיירים. התפקידים שאיישו הדיירים הם בתחום החינוך (10 דיירים), מכירות (7 דיירים) ומלצרות (3), דיירת אחת המסייעת לאשת עסקים ודיירת אחת מעצבת אתרים באינטרנט. כל הדיירים העובדים הועסקו בהיקף של חצי משרה ומטה, בין יומיים לשישה ימים בשבוע, בין שעה לשבע שעות ביום. שכרם נע בין 400 ₪ ל-1700 ₪ בחודש.

### **הערכת התרומה ושביעות רצון**

בסעיף זה נציג את תפיסת התרומה של הבית לדיירים כפי שעולה מדברי הדיירים ואנשי הצוות. התרומה המרכזית שעלתה ממשוברים שהתקבלו מן הדיירים, מהמדריכים ומבעלי התפקידים קשורה לשליטה בהפרעת האכילה וביכולת לנהל חיים עצמאיים לצד המחלה.

### תרומה

מהתבוננות בנתונים עולה שוב מדרג של תרומות, החל מהשלב הראשון - מימוש צרכים פיזיולוגיים בסיסיים ועד לשלב החמישי, הגבוה ביותר - מימוש עצמי.

**צרכים פיזיולוגיים בסיסיים וביטחון בקיום הפיזי.** להלן ציטוטים המבטאים תפיסת תרומה של הבית מן הבחינה הפיזיולוגית וביטחון בקיום הפיזי של הדיירים:

- השהות בבית החזיקה אותי במצב טוב פיזי בתקופת השהות פה;
- קבוצות טיפול שמאד עזרו לי בתחילת השהות שלי פה, גם המעקבים ברמב"ם ופגישות עם המדריכות נתנו לי כוח להמשיך להילחם במחלה;
- סביבה שאני בטוחה בה;
- אכילה בחוץ בפרהסיה – במידה רבה;
- איזון במשקל – כרגע זה בתהליך.

**שייכות, זהות ואהבה.** תרומה נוספת שאליה התייחסו המשיבים קשורה באינטראקציות הבין-אישיות, בפיתוח מיומנויות תקשורתיות וביצירת קשרים משמעותיים: "אני מרגישה כי עשיתי צעדים מאוד משמעותיים עבורי [...] בתחום העבודה, התקדמות באכילה, יציאות מהבית, ביחסים הבין-אישיים ובהתנהלות חיי היומיום"; "תקשורת בין-אישית - במידה רבה מאוד"; "להכיר אנשים חדשים - גם כן בתהליך".

**מימוש עצמי.** זהו שלב גבוה בסולם הצרכים של האדם. מדברי המשיבים עולה שתחושת התרומה קשורה לתחושות של הגשמה וסיפוק עצמי בהווה, וביכולת להגדיר לעצמן תכניות עתידיות. מדברי הדיירים:

- אני יודעת שאני נתרמת רבות מהבית. בזכות הבית הזה אני יודעת מה אני רוצה להשיג, מה התכנית שלי, ואני יודעת להתנהל היום כפי שמעולם לא ידעתי;
- נהייתי יותר אחראית ויותר מנוסה בענייני אכילה, תקשורת עם אנשים ואחריות עצמית;
- בנוגע לתעסוקה, הבית הקנה לי ביטחון שאני יכולה להתחייב לעבודה תובענית בה אני עובדת;
- להתחיל ללמוד ואני אתחיל בקרוב.

לסיכום, תחושת התרומה שמקבלים הדיירים מהשהות בבית השיקומי, היא תוצר של עבודה מורכבת של כל השותפים לדרך, וכפי שביטאה זאת יוזמת התכנית: "התרומה העיקרית שהוא מספק תקווה לחיים נורמאליים בקהילה, ועתיד טוב יותר לבנות שהגולל כמעט נסתם עליהן".

#### שביעות רצון

גיבוש של הצוות בבית שהלך והתייצב, וכך גם נהלי העבודה והגדרות התפקידים, הביאו לשביעות רצון ולשיתוף פעולה של כלל השותפים לתהליך (מנהלת, עובדת סוציאלית, דיאטנית, אם בית, מדריכים ודיירים). הדבר בא לידי ביטוי גם בהקפדה על הקריטריונים לקבלת דיירים לבית, ובאכיפת הנהלים.

הדיירים הביעו שביעות רצון מהבית השיקומי, כפי שביטאו זאת חלקם: "[...] אני חושבת שלולא הבית הזה לא הייתי יכולה לקום על הרגליים"; "כיף לי להיות בבית, אני מרגישה מוגנת פה"; "אני מאוד מרוצה מצוות הבית, אני מאוד מאמינה בעבודה שלהם, אני מאוד מעריכה אותם ואת יכולתם להעניק ללא תנאי".

המדריכים הביעו אף הם שביעות רצון מעבודתם בבית השיקומי:

- אני אוהבת את העבודה בבית השיקומי. ניתן לי המון סיפוק וניסיון בתחום זה. תפקיד המדריכה מאוד חשוב וקריטי לבנות. הבנות מרגישות פתוחות עם המדריכות ומשתפות אותן בקשיים שלהן";
- אוזן קשבת בשעות הצורך לבנות, משב רוח רענן וחיובי, הצבת גבולות שצריך, אך בעיקר עידוד והכוונה לראות את הצד החיובי של החיים.

המדריכים הביעו שביעות רצון מהעבודה עם הדיירים וגם מהשינוי שחל בהנהלת הבית וממשמעויותיו: "[...] מורגשת כרגע האחידות של הצוות. הדברים יותר ברורים ונכונים. לגבי ההדרכה – אני שבעת רצון מההתנהלות בישיבות צוות"; "[...] ישנה הכלה, יש מי שמקשיב ומבין, יש מי שעושה דברים אחרי שמביאים לדיון. בנוסף ישנה הרגשה טובה של גיבוי שלם את הצוות

והמדריכים בפרט". סיכמה את הדברים אחת מהמדריכות: "אני חושבת שאנו עושות היום בדיוק מה שצריך לעשות – מתעסקות בעיקר ולא בטפל".

לסיכום, שביעות רצון ניכרה ביחס להתנהלות הבית (סוג הדיירים שהתקבלו לבית), להתקדמות הדיירים בתהליך השיקומי, ולהתמקצעות הצוות המפעיל בתחום הפרעות האכילה.

#### מידת השגת המטרות ומימוש הציפיות

במטרה לקבל מידע מפורט יותר נשאלו הדיירים (בשאלון שהועבר למי ששהו בבית שישה חודשים ויותר), על ציפיותיהם לגבי כמה ממדים. הם התבקשו לדרג על גבי סולם בן חמש דרגות (1-כמעט ולא, עד 5-במידה רבה מאד) את מידת הסכמתם עם כל אחת מהציפיות שהוצגו לפנייהם. נוסף על כך התבקשו לציין את מידת המימוש של כל ציפיה. בלוח 21 מוצגים ממוצעים וסטיות תקן כמו גם הבדלים בין הציפיה לבין מידת מימושה, כפי שהתקבלו מתשובות הדיירים.

**לוח 21: מבחן t לבדיקת הבדלים בין הציפיות של הדיירים מן הבית השיקומי לבין מידת מימושו, בסולם דירוג 1-כמעט ולא עד 5-במידה רבה מאד (N = 10)**

p	מימוש בפועל		בעת הכניסה לבית		ציפיות
	סטיות תקן	ממוצע	סטיות תקן	ממוצע	
.00	1.50	3.40	0.00	5.00	ג. למצוא תעסוקה
.00	1.05	3.00	0.42	4.80	ד. להתכונן לחיים עצמאיים
.00	1.50	2.50	0.67	4.70	ו. להרגיש טוב פיזית ונפשית
.00	1.16	2.70	1.08	4.50	ה. להרגיש נורמטיבית, כמו כולם
.00	1.37	2.90	0.84	4.40	ט. הרצון לרקום חלום ולמצוא משמעות לחיי
.00	1.03	3.20	0.84	4.40	י. הרצון לשפר את התקשורת הבין אישית עם אחרים
.00	0.99	2.90	0.82	4.30	א. לשלוט בהפרעת האכילה
.04	1.39	2.80	0.99	4.10	ב. לצאת ללימודים
.24	1.17	3.60	0.99	4.10	ח. הרצון להדק את הקשר עם המשפחה שלי
.00	0.42	1.20	1.35	2.50	ז. לבנות זוגיות ומשפחה משלי

מהממצאים בלוח 21 עולה כי באופן עקבי הציפיות גבוהות ממימושו בפועל. ההבדלים בין הציפיות לבין מימושו מובהק למעט ציפיה אחת, המתייחסת להידוק הקשר עם המשפחה. כלומר, הדיירים ביטאו רצון להידוק קשרים עם המשפחה (4.10) ואלו אכן מתקיימים, גם אם לא במידה שציפו לה (3.60). מעניין לציין, כי הציפיה העוסקת בבניית זוגיות ומשפחה דורגה בציון הנמוך ביותר, ומידת מימושה בפועל דורגה אף נמוך יותר באופן מובהק. יש להניח כי נושא זה העסיק פחות את הדיירים

בעת השיקום, בהשוואה לציפיות בתחומים אחרים, כמו תעסוקה, חיים עצמאיים והרגשה פיזית ונפשית; זאת בשל חוסר יכולתם, בשלב זה, להרחיב ציפיות למעגלים נוספים. מעניין לציין כי הרצון לשלוט בהפרעת האכילה דורג בין ארבעת הציפיות האחרונות, ומימושה של ציפייה זו בפועל נמוך באופן מובהק. מכאן ניתן אולי לראות את החשיבות הרבה של ליווי הדיירים גם לאחר סיום התכנית.



## קשיים ולבטים

הקשיים המדווחים כאן מבוססים על נתונים שהתקבלו מראיונות עם כמה דיירים, עם מפעילי התכנית ועם מנהלת המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם, וכמו כן משאלונים שהועברו לדיירים ולמדריכים העובדים בבית השיקומי במהלך הפעלת התכנית. להלן פירוט הקשיים העיקריים שעלו בהפעלת התכנית:

- **מועד ההכרה של הביטוח הלאומי בדיירים כזכאיות לקצבת נכות ולאבחונים תעסוקתיים.** עד לתחילת השנה השנייה היה התהליך אטי מאוד, גזל זמן ומשאבים רבים ועיכב את התהליך השיקומי. קושי זה הביא להסדר עם הביטוח הלאומי. כל המועמדים לבית השיקומי אמורים להגיש טופס תביעה לנכות עוד בעת שהותם בבית החולים, ולקראת כניסתם לבית השיקומי. כל המועמדים לבית השיקומי יקבלו זכאות זמנית בכפוף לנכות שתיקבע ולא פחות מ-40% נכות נפשית, שאם לא כן יהיה קושי להכיר בהם כזכאיות לסל שיקום. עם זאת, העובדת הסוציאלית דיווחה שעדיין יש מי שמגיעים לבית ללא הקצבה מהביטוח הלאומי.
- **זמן שהייה המיטבי בבית.** בסוגיה זו קיימת כיום תמימות דעים של בעלי התפקידים ומפעילי הבית לגבי נקודת הסיום של השיקום. אם בעבר דובר על שנה כמשך הזמן המיטבי, הרי כיום, בעקבות הניסיון שנצבר, מדובר על תקופת שהייה של בין שנה וחצי לשנתיים.
- **קושי בשמירה על גבולות.** מעצם אופייה של הפרעת האכילה, יש צורך להקפיד באופן מתמיד על התנהלות הדיירים בהתאם לכללי הבית, במיוחד בנושא התזונתי. לעתים מתעוררים קשיים והתנהגויות סימפטומטיות, והעבודה עליהן דורשת התערבות.
- **המעבר לקהילה.** סוגיה זו נעשתה מרכזית לאור העובדה שיש כיום דיירים העומדים בפני סיום התכנית ויציאה מן הבית. השאלה היא כיצד לבצע את המעבר מהבית השיקומי לקהילה בצורה חלקה, הן בשלב ההכנה כשהדיירים עדיין גרים בבית, והן לאחר שיצאו לקהילה. הוקדשה מחשבה באשר להכנה הנכונה לקראת יציאה מהבית, והוחלט להגדיר את הרבעון האחרון כרבעון שמתמקדים בו ביציאה מן הבית.
- **מסגרות המשך.** כיום אנשי הצוות המפעיל מבינים יותר את הצורך ליצור מסגרות המשך מגוונות לבית השיקומי, שיענו על צרכיהם של מירב הדיירים. הוצע להקים מסגרות שיהיו חוליה מקשרת בין המסגרת המטפלת לבין החיים העצמאיים. מסגרת אחת כזו היא דיור מוגן: "בדיור מוגן יש יותר עצמאות, שוכרים דירה ויש צוות שמלווה". מסגרת אחרת היא דיור מוגן ללא הגבלת זמן שהייה.

## סיכום והמלצות

בית "צידה לדרך" מתקיים בזיקה לבית השיקומי "אמצע הדרך" בהוד השרון. בשני הבתים השיקומיים נותנים מענה לאנשים עם הפרעות אכילה, אך קיים מדרג בין הבתים, והקריטריונים לקבלה לכל אחד מהם שונים. לבית השיקומי "אמצע הדרך" בהוד השרון מתקבלות נשים במצב טוב יותר מבחינת ההפרעה בהשוואה למי שמתקבלות לבית "צידה לדרך" ברמת ישי (BMI), שליטה בתסמינים, הפרעות אישיות, גיל, כוחות אגו וכדומה).

בבואנו לסכם את הערכת פעילות הבית השיקומי "צידה לדרך" בחסות המרכז הרפואי רמב"ם, נציין שצוות הבית השיקומי נתקל בקשיים רבים בהפעלתו בשנה הראשונה, אולם כיום נראה כי הוא משיג את יעדיו בתחום הפעלת התכנית ובאופן התנהלות הבית. בתקופת ההערכה של הבית חלו בו התפתחויות ושינויים. נוכל להכליל ולומר שכיום מטרות הבית ברורות וממוקדות, יש הקפדה על הצבת ציפיות גבוהות מהדיירים, יש שמירה על כללי הבית ועל הגבולות, תוך דגש על העצמה ופיתוח עצמאות של הדיירים. האחריות על השיקום מועברת לדיירים עצמם, ומתקיימת הכנתה לקראת היציאה מן הבית השיקומי.

לאחר השנה הראשונה ועם החלפת המנהלת, התייצבו מודל ההפעלה ואבני הדרך של הבית השיקומי. הצוות המפעיל יציב, הגדרת התפקידים בו ברורה והוא פועל בשיתוף פעולה עם צוות המרכז הרפואי רמב"ם ועם הדיירים. ככלל, יש תחושות של ייעוד ושליחות, של עשייה משמעותית. רבים מאנשי הצוות חשים אתגר וסיפוק, ובבית שוררת אווירה ביתית ותומכת. נוצרה סביבה המאפשרת לדיירים להשתקם, על אף הקשיים הרבים. זאת לקראת תפקוד תקין יותר בחיי היומיום: שליטה בהפרעת האכילה וניהול חיים עצמאיים בקהילה.

### המלצות כלליות

- העמותה המפעילה נתקלת בקשיים תקציביים, ולא ברור כמה זמן עוד תוכל לממן את הוצאות הבית. הדבר מקשה על מתן מענה הולם משום שמספר הדיירים גדל אך היקף המשרות של בעלי התפקידים הצטמצם. יתר על כן, התקציב אינו מועבר במלואו וכך מחריף הקושי בניהול הבית. מומלץ לקיים דיון עם כל הנוגעים בדבר כדי לתת מענה לקושי זה.
- לאור הצלחתה של מנהלת הבית לפתח מודל מוצלח להפעלתו, בשיתוף הדוק עם המרפאה להפרעות אכילה ברמב"ם, מומלץ להמשיך להפעיל את הבית על פי אותו מודל. מומלץ שמנהלת הבית הנוכחית (בעת איסוף הנתונים) תמשיך לבצע את תפקידה.
- בשל אופייה הייחודי והקשה של הפרעת האכילה, שהיא מחלה מטעה ומתעתעת, מומלץ לקבוע כי אכלוס מלא של בית שיקומי (100%) יהיה 14 דיירים ולא יותר (בניגוד למערכות שיקום אחרות שבהן מספר הדיירים גדול יותר).
- יש לשקול הקמת מסגרות שיקומיות מדורגות נוספות שיתנו מענה רחב לדיירים המסיימים את התכנית בבית, ועדיין זקוקים למסגרות תומכות בטרם המעבר לחיים עצמאיים בקהילה.

פתרונות כאלה הם, למשל, קהילה תומכת, דירות לווין או דירות עצמאיות בסמוך לבית השיקומי.

#### המלצות לגבי מבנה התכנית

- מומלץ לקיים אבחון תעסוקתי לדיירים לא יאוחר מסוף החודש הראשון לשהייתם בבית, כדי שלא ייגרם עיכוב בתהליך השיקום וכדי שיוכלו לקבל סל שיקום.
- משך הזמן המיטבי לשהות של דייר בבית הוא בין שנה וחצי לשנתיים. לכל דייר ייבנה מדרג בהתאם למצבו, לא יאוחר מתשעה חודשים מתחילת השהות בבית, וזאת על מנת לדרבן את הדיירים לקבוע מטרות ולעמוד בהן. בהקשר זה חשוב לנקוט גמישות ולהתחשב בצורכי הדייר ובשיקול דעתם המקצועי של מפעילי התכנית.
- מומלץ להמשיך במדיניות של הצבת גבולות ברורים ושל בחינתם באופן מתמיד, בהתאם לשינויים בזמן, במקום, בתנאים ובדמויות.
- מומלץ להתאים לכל דייר את המסגרת התעסוקתית או הלימודית המתאימה לו ביותר בתחום, בהיקף ועל פני הרצף שבין התנדבות לעבודה בשכר ובין עבודה נתמכת לעבודה שנבחרה באופן עצמאי (למשל: התנדבות, תעסוקה נתמכת, שילוב בתכניות ייעודיות כמו פל"א וזינוק, יזמות אישית, יזמות קבוצתית וכן עיסוק שבוחרת הדיירת ללא תמיכה חיצונית).
- מומלץ להמשיך ולפתח הכנה מותאמת יותר של הדיירים לקראת סיום השהות בבית והמעבר לקהילה, בהקשרים אינסטרומנטאליים, רגשיים, חברתיים וכדומה. זאת כדי לרכך את המעבר מבית עוטף ותומך למגורים עצמאיים. חשוב למשל ללמוד ניהול תקציב, כלכלת בית, ביצוע סידורים בבנק או בדואר ודרכי התמודדות עם זמנים של "היות לבד".
- מומלץ לפתוח "מועדון בוגרים" עבור בוגרי התכנית, בהובלה של לפחות אחד מבעלי התפקידים בבית (מנהלת, עובדת סוציאלית או דיאטנית). בעזרת מועדון מסוג זה, שמפגשיו יערכו בתדירות קבועה שתקבע על ידי בעלי המקצוע, יתאפשר לעקוב אחר הבוגרים לאורך זמן, להוות עבורם כתובת לתמיכה ולמניעת נסיגות וכן כדי ללמוד מהתנסותם לצורך שיפור וייעול מתמיד של התכנית. נוסף על כך מומלץ לקיים מעקב גם אחר בוגרים שיבחרו שלא לקחת חלק במפגשים אלה, בתדירות שתקבע על ידי בעלי המקצוע ובהתאם לניסיון המצטבר.
- אם יעלה צורך של הדיירים, של הבוגרים או של בני משפחה, יש לשקול אפשרות לפתוח קבוצת תמיכה עבור בני משפחה, בדומה לזו שנפתחה במרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם לאחר סיום איסוף הנתונים לדו"ח זה.

#### המלצות לגבי כוח אדם

- יש חשיבות עליונה לכך שחברי הצוות הבכירים המפעילים את הבית (מנהלת, דיאטנית ועובדת סוציאלית) יהיו בעלי ניסיון בתחום הפרעות אכילה. רצוי לבנות תכנית הכשרה, למידה והדרכה למדריכים (ימי עיון, השתלמויות). כמו כן, רצוי לבחון את האפשרות לתקצב ישיבות צוות ברמב"ם בהשתתפות המדריכים.
- מומלץ להגדיל את היקף שעות העבודה של צוות הבית (מנהלת הבית, עובדת סוציאלית ודיאטנית) ואת התגמול הכספי. כך אפשר יהיה להבטיח יציבות, ובעיקר מתן שירות מיטבי למשתקמים.

## רשימת מקורות

- בכר, א' (2001). **הפחד לתפוס מקום**. ירושלים: מאגנס.
- בן-צור שניידר, ר' (2000). **הקשר בין חוסר אונים נלמד לבין חומרת הסימפטומים של מחלת האנורקסיה נרבוזה**. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן.
- גולדין, ס' (2002). אנורקסיה בישראל או 'אנורקסיה ישראלית'? כמה הערות על תסמונת תלוית תרבות בהקשר גלובלי. **סוציולוגיה ישראלית**, ד (1), 105-141.
- גולן, מ' וגוגול-אוסטרובסקי, ט' (2001). חונכות קלינית כגשר לחיים בטיפול בהפרעות אכילה. **הרפואה**, 140 (ז), 487-494.
- גולן, מ', היימן, ד' והרדוף, צ' (2007). מדדים לאשפוז בני-נוער הלוקים בהפרעות אכילה על-פי הגישה הבתר פוסט-מודרנית. **הרפואה**, 146 (ז), 554-559.
- גור, א' (2008). **הפרעות אכילה בישראל – קצה הקרחון?** מתוך האתר: [www.camoni.co.il](http://www.camoni.co.il).
- גלוטמן, ת' (2007). השימוש באומנות בעבודה קבוצתית במחלקה להפרעות אכילה. **מקבץ**, 12 (2), 75-84.
- דנה, מ' (2007). טיפול קבוצתי בהפרעות אכילה. **מקבץ**, 12 (2), 17-34.
- דנה, מ' ולורנס, מ' (1999). **נשים אוכלות את עצמן**. תל אביב: מודן.
- הוכדורף, צ', לצר, י', קנטי, ל', ובכר, א' (2008). למות בשביל לחיות: דפוסי התקשרות ודחף לחיים ולמוות בהפרעות אכילה. **חברה ורווחה**, כח (2-3), 293-310.
- לצר, י. (1999). **הפרעות אכילה**. ירושלים: מכון סאלד.
- לצר, י' (2007). הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירת מחקר וטיפול. **חברה ורווחה**, כז (3), 453-477.
- לצר, י', גילת י' וטמיר, א' (2001). מסרים ותגובות: שירות ער"ן כמקור עזרה לאנשים הסובלים מהפרעות אכילה. **מגמות**, מא (3), 452-463.
- לצר, י', גילת י' וגולן, ג' (2003). מאפייני חיפוש עזרה בקרב סובלים מהפרעות אכילה הפונים לער"ן. **מגמות**, מב (3), 514-527.
- לצר, י', הוכדורף, צ', בכר, א' וקנטי, ל' (2003). הטיפול כ'מקום בטוח' – טיפול משפחתי כבסיס התקשרות בטוח בהפרעות אכילה. **שיחות**, יז (3), 237-245.
- לצר, י', פרץ, ת' וקרואצ'ר, ש' (2005). טיפול התנהגותי קוגניטיבי ממוקד בקונפליקט בחולות בולימיה נרבוזה. **שיחות**, יט, 143-151.
- מי-עמי, נ' (2004). **הפרעות אכילה בקרב ילדים ובני-נוער: מוגש לוועדה לזכויות הילד**. ירושלים: הכנסת, מרכז מחקר ומידע. [www.health.gov.il](http://www.health.gov.il).
- נוסבוים-פלינט, ס' (2007). 'רשום בגוף': טיפול באמצעות פסיכודרמה ואנליזה קבוצתית. **מקבץ**, 12 (2), 35-59.
- ניצן קלוסקי, ד' (2007). **הפרעות אכילה**. אתר האינטרנט של משרד הבריאות: [www.health.gov.il](http://www.health.gov.il).
- פרידמן, י' (2005). **מדידה והערכה של תכניות חברתיות וחינוכיות**. ירושלים: מכון הנרייטה סאלד.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnosis and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition (DSM IV)*. Washington, DC: Author. \*
- American Psychiatric Association (2000). Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 175, 1-39.
- American Psychological Association (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist*, 1-9.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory-II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bekker, M. H. J. & Boselie, K. A. M. (2002). Gender and stress: Is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders. *Stress and Health*, 18, 141-149.
- Bowers, W. A. & Andersen, A. E. (2007). Cognitive-behavior therapy with eating disorders: The role of medications in treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21 (1), 16-27.
- Brewerton, T. (2007). Treatment outcome research at the Monte Nido Treatment Center: 1 to 10 year follow-up study. Retrieved at 15/2/2010 from: [www.montenido.com](http://www.montenido.com)
- Bruch, H (1974). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. London: Taylor & Francis.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A. & Lohr, K. N. (2007). Anorexia Nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (4), 310-320.
- Carlton, P., & Pyle, R. A (2007). A program for parents of teens with anorexia nervosa and eating disorder not otherwise. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11 (1), 9-15.
- DSM-IV (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Eating Disorder Awareness and Prevention [EDAP] (1998). *Handout, causes of eating disorders*. from: [www.edap.org](http://www.edap.org)
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Frisch, M. J., Herzog, D. B. & Franko, D. L. (2006). Residential treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (5), 434-442.

- Garner, D.M & Garfinkel, P.E (Eds.) (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New-York: Guilford Press.
- Gura, T. (2008). Addicted to starvation. *Scientific American Mind*, 19 (3), 60-67.
- Hart, S., Abraham, S, Luscombe, G., & Russell, J. (2008). Eating disorder management in hospital patients: Current practice among dietitians in Australia. *Nutrition & Dietetics*, 65, 16-22.
- Jacobs, M. J., Roesch, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R., Thornton, L., Wilfley, D. E., et al. (2009). Anorexia nervosa trios: Behavioral profiles of individuals with anorexia nervosa and their parents. *Psychological Medicine*, 39, 451-461.
- Kaye, W. (2009). Treating eating disorder patients in a managed care environment. *Contemporary American Issue and a Canadian Response Psychiatric Clinics of North America*. 19 (4), 793-810.
- Jean, A., Conductier, G., Manrique, C., Bouras, C., Berta, P., Hen, R., et al. (2007). *Anorexia induced by activation of serotonin 5-HT4 receptors is mediated by increases in CART in the nucleus accumbens..* Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 104 (41), 16335-16340.
- Mackey, E. R. & La-Greca, A. N. (2008). Does this make me look fat? Peer crowd and peer contributions to adolescent girls weight control behavior. *Journal of Youth & Adolescence*, 37 (9), 1097-1110.
- Martinez, E., Castro, J., Bigorra, A., Morer, A., Calvo, R., Vila, M., et al. (2007). Assessing motivation to change in bulimia nervosa: The bulimia nervosa stages of change questionnaire. *European Eating Disorders Review*, 15 (1), 13-23.
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Monte Nido Treatment Center, *The Eating Disorder Center of California*, Malibu, California. from: [www.informaworld.com](http://www.informaworld.com)
- Latzer, Y. (2008). Eating Disorders; the family role. In R. Rayfen & G. Rozen (Eds.). *The nutritino's intelligence*. (Pp. 160-173), Ramat-Gan: Impress. (Hebrew).
- Latzer, Y. Merrick, J. & Stein, D.(2011). Eating Disorders:diagnosis, epidemiology, ethiology and prevention. In Yael Latzer, Joav Merrick and Danny Stein (Eds.) *Understanding Eating Disorders: integrating culture, psychology and biology (introduction)*. (pp: 11-21). New-York, NY: Nova science publishers.

- Plotkin, J. (2009). *Body image and beauty: The media's negative influence on self esteem*. from:  
[http://body-image.suite101.com/article.cfm/body\\_image\\_and\\_beauty](http://body-image.suite101.com/article.cfm/body_image_and_beauty)
- Poppink, J. (1998). *Number one reason for developing an eating disorder*. from:  
[http://www.psychnet-uk.com/clinical\\_psychology/clinical\\_psychology\\_eating\\_disorders](http://www.psychnet-uk.com/clinical_psychology/clinical_psychology_eating_disorders)
- Posavac, S.S., & Posavac, H.D. (2002). Predictors of women's concern with body weight: The roles of perceived self-media ideal discrepancies and self-esteem. *Eating Disorders, 10*, 153-160.
- Reijonen, J. H., Pratt, H. D., Patel, D. R. & Greydanus, D. E. (2003). Eating Disorders in the Adolescent Population: An Overview. *Journal of Adolescent Research, 18*, 209-222.
- Stein, D., & Latzer, Y. (2012) Introduction: Treatment Strategies in Eating Disorders: An Overview In Danny Stein, & Y. Latzer (Eds.) *Treatment and recovery of eating disorders*. (pp. xi-xvi) New-York, NY: USA: Nova science publishers.
- Williams, P.M, Goodi, J. & Motsinger, C.D. (2008). Treating eating disorders in primary care. *American Family Physician, 77*(2), 187-195.
- Witztum, E., Stein, D., & Latzer, Y. (2005). Anorexia Nervosa as a cultural related syndrome in the age of globalization. In R. Lev-Wizal, J. Tzvikal, & N. Barak (Eds.) *Women's mental health in Israel: Save your soul*. (Pp. 205-228 ) Jerusalem: Brookdale Institute.(Hebrew)
- Zereb, K.J. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. When the pursuit of bodily 'perfection' becomes a killer. *Postgraduate Medicine, 1996, 99*(1):161-164.





worked full-time and in tandem attended school. Analysis of the data obtained from the "Ready for the Road" center elicited that despite some upheavals in the first year, after a two-year period there were no adverse changes in the success indicators of the occupants. In February 2011, the house reached full capacity. Most residents worked in part-time jobs (50% or less) and four of them attended school as well.

Some of the major difficulties in running the centers are the long waiting-time until the NII recognizes residents as entitled to disability pension and occupational diagnoses. Among the difficulties in running "Halfway There" were the limited physical area of the house; difficulty in determining the optimal length of stay at the center; the job-scopes of those operating the program; the transition back into the community; and lack of follow-up frameworks on leaving the center. Difficulties in running "Ready for the Road" included the optimal allocation of for living in the center; maintaining boundaries and behavior rules in the center and outside; the transition back to the community, and follow-up frameworks.

In light of this we recommend continuing to operate the present professional model applied in the rehab centers – and employing senior staff (a director, dietician, and a social worker) who are experienced in eating disorder field. The staff should be trained in eating disorders, and receive the appropriate financial compensation to insure the model's stable operation and provision of the best services. The boarders should be properly prepared to stay in the centers towards their leaving, to mitigate as far as possible the transition from residence at the center to independent life. Further examination is needed concerning setting up frameworks for the wide variety of program graduates who still need further support frameworks (such as satellite- apartments, or independent apartments located near the centers). For the latter we recommend opening an "alumni club" facilitated by a position-holder in each center (such as the director, social worker or dietitian), who will hold regular meetings that allow follow-up over time. The club at the same time will provide a learning space for continuous improvement and streamlining of the program.

## Abstract

The prevalence of eating disorders, affected by social, psychological, and biological processes, is constantly increasing over the years and has now reached epidemic proportions. A multidisciplinary team of experts diagnoses and treats people (generally women) affected with the disorder. This entails mental, physical, and nutritional rehabilitation in clinics and hospitals. However, since the state does not provide released patients with rehabilitation aid, most of them fail to conduct normal routine and are constantly rehospitalized. The costs of these recurring hospitalizations are particularly high. As a result, the Head of the Eating Disorders department at Sheba Hospital, and the Director of the Eating Disorders Clinic at Rambam Medical Center submitted a proposal to the Fund for Demonstration Projects at Israel's National Insurance Institute (NII). The proposal concerned the establishing of rehab homes for young women at different stages of overcoming eating disorders, and who cannot integrate into community life on their own.

This evaluation report examines the operation of two such homes treating this population. One is "*Emtza Ha'derech*" ("Halfway There") founded in Hod Hasharon in May 2008, for young women patients without active symptoms of the disorder; it is sponsored by the Eating Disorders Department at Sheba Hospital. The second center is "*Tzeida la'Derech*" ("Ready for the Road") established in Ramat Yishai in July 2009, targeting patients in a weaker condition (with active symptoms) than those in Hod Hasharon; it is sponsored by the Eating Disorders Clinic at Rambam Medical Center. Initially, both centers were chiefly funded by the NII's Fund for Demonstration Projects and from the third year by the Health Ministry.

The evaluation study was aimed at providing the programs' operators with data during the trial period; assessing the programs' progress in intellectual, health, social and personal terms; pinpointing strengths and weaknesses; and presenting proposals to develop and improve the services provided. Data were collected via several assessment tools: they included document analysis, conducting observations, interviews, and administering questionnaires to all stakeholders. The latter included the program's operators (its visionaries, the centers' managers, the social workers, dieticians, house-mothers, and the managers of the NGOs that run the centers) as well as the program participants (boarders, and graduates). Moreover, we made use of a computerized database, which was especially developed for this specific study.

Analysis of the data obtained from "Halfway There" elicited that in October 2009 a significant improvement occurred in endeavors at the center. It achieved its goals and objectives in aspects of running the program, how it is conducted, and its graduates' achievements. Since March 2010 the center has been usually fully occupied. Most residents





**The National Insurance Institute**

**Research and Planning Administration**

**Division for Service Development**

**Rehab Centers for Young Women Recovering from Eating  
Disorders**

by

**Dr. Tali Hayosh, Michal Heisrik, Einat Yitzhak-Monsonego, Prof. Rebecca  
Lazovski**

**Jerusalem, June 2013**