



29.6.2025

סקירת מודלים למעבר של ארגון בריאות להתנהלות מותאמת טראומה

קרן גת, ד"ר יערה שדה, פרופ' אפרת שדמי, ד"ר דפנה ערמון, שרון ליבנה, יפעת בן דוד-דרור, ד"ר תמר זילברג

רקע

טראומה

טראומה היא חוויה סובייקטיבית שבה אדם מתמודד עם אירוע או מצב המהווה איום מוחשי על חייו או שלמותו הגופנית, או על חיי אדם אהוב, באופן שמערער את יכולת ההתמודדות שלו וגורם לתחושות של חוסר אונים, פחד עז ואובדן שליטה (American Psychiatric Association, 2013). בין אם חווה האדם את האירוע הטראומטי באופן ישיר, היה עד לו, או שהאירוע התרחש לאדם קרוב, עלולה להיות לאירוע פגיעה משמעותית בתפקודו של האדם במגוון תחומים ולהשפיע באופן משמעותי על מסלול חייו^{1,2}. טראומה היא תופעה נפוצה יחסית, כאשר כ-70% מהאוכלוסייה הכללית העולמית חווים אירוע טראומטי אחד לפחות במהלך חייהם³. טראומה משפיעה משמעותית על חיי הפרט והחברה כולה. שישה עד שמונה אחוזים מהאוכלוסייה מפתחים הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) לאחר חשיפה לטראומה⁴ וזו עלולה להביא לירידה באיכות חייו של הפרט^{5,6}. מחקרים מראים כי אנשים שחוו טראומה מדווחים גם על רמות גבוהות יותר של דיכאון וחרדה, עם שיעורי תחלואה נלווית של עד 50%^{7,8}. השפעות הטראומה חורגות מעבר למצב הנפשי ומשפיעות על התפקוד היומיומי, כאשר כ-30% מנפגעי טראומה מדווחים על ירידה משמעותית בתפקוד התעסוקתי והחברתי⁹. מבחינת בריאות פיזית, קיים קשר מובהק בין חשיפה לטראומה לבין מחלות כרוניות, כאשר נפגעי טראומה נמצאים בסיכון גבוה ב-45% לפתח מחלות לב וכלי דם ו-90% יותר סיכוי לפתח תסמונות כאב כרוניות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית¹⁰. ממצאים אלו מקבלים חיזוק נוסף מהמחקר הגדול שנעשה בסוף שנות ה-90' על חוויות ילדות שליליות (ACEs- Adverse Childhood Experiences) על ידי המרכז לבקרה על מחלות ילדים וחברת קייזר^{8,11}. מהמחקר עולה כי חשיפה לאירועים טראומטיים בילדות קשורה לשיעורי תחלואה פיזית ונפשית בבגרות. לדוגמה, נמצא שאנשים שחוו חוויות טראומטיות בילדות נמצאים בסיכון מוגבר עד פי עשרה להתמכרויות ועד פי 12 לאובדנות בהשוואה לאנשים ללא חוויות אלה⁸. בנוסף, חוויות שליליות אלה מעלות את הסיכון עד פי 2.2 למחלות לב, פי 2.4 לסרטן, ופי 3.9 למחלות ריאה כרוניות, כאשר כל חוויה שלילית נוספת בילדות מגדילה את הסיכון למחלות פיזיות בכ-37%¹¹.

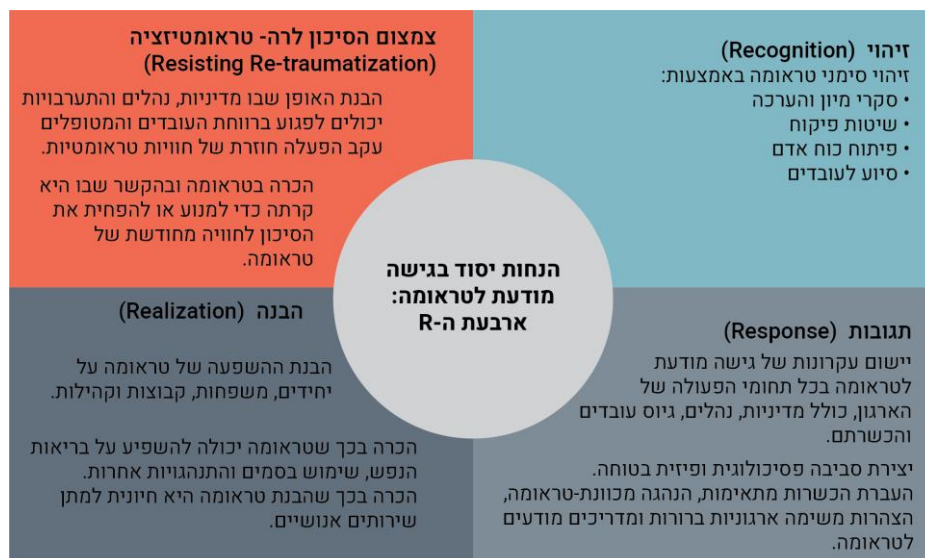
ברמה הארגונית, טראומה לא מטופלת יוצרת תרבות ארגונית לא בטוחה המאופיינת בעוררות מתמדת, יחסי חוסר אמון וקשיים בהתמודדות עם חיי היומיום של המטופלים והצוות¹². ללא התייחסות הולמת לטראומה, ארגוני בריאות עלולים לפתח סביבות עבודה בעייתיות שמחמירות את הטרומה במקום להקל עליה¹². הטיפול המותאם טראומה מהווה מסגרת מקיפה שיכולה למתן השלכות שליליות אלו ולשפר את איכות הטיפול והשירות.

טיפול מותאם טראומה

גישה מותאמת טראומה מניחה כי רוב בני האדם חוו אירועים טראומטיים במהלך חייהם ולוקחת בחשבון את השפעתם של אירועים אלו על הפרט ברמה הפיזית, הנפשית וההתנהגותית. המפגש הרפואי, המערב יחסים היררכיים וחוסר ודאות, עלול לעורר רגשות כמו פחד וחוסר אונים וחוויות טראומטיות מהעבר. טיפול מותאם טראומה (Trauma-Informed Care - TIC) נועד לתת מסגרת טיפולית עבור מוסדות בריאות המפחיתה היבטים טראומטיים פוטנציאליים של מתן שירותי הבריאות, כדי לסייע במניעת תגובות דחק מתמשכות בקרב מטופלים שחוו אירוע טראומטי¹³ וכדי למנוע רה-טראומטיזציה של מטופלים ושל הצוותים המטפלים¹⁴. גישה מותאמת טראומה כוללת את האופנים שבהם ארגונים מבינים ונותנים מענה למטופלים שחוו או עלולים להיות בסיכון לחוות אירועים טראומטיים^{14,15}.

טיפול מותאם טראומה, מבוסס על יישום של ארבע הנחות יסוד, "ארבעת ה-R's", אשר מהוות בסיס ליישום הגישה^{14,16}:

1. הבנה (Realization) - הבנה של השפעת הטרומה על הפרט, בני המשפחה, קבוצות וקהילות.
2. זיהוי (Recognition) - הכשרת נותני השירות בארגון לזיהוי סימנים מעידים לטראומה.
3. תגובות (Response) - תגובות הצוות המטפל מכירות בהשפעתם של אירועים טראומטיים פוטנציאליים (PTEs) על חיי המטופלים ומותאמות לכך.
4. צמצום הסיכון לרה-טראומטיזציה (Resisting re-traumatization) - כל זאת במטרה לצמצום הסיכון הן עבור המטופלים והן עבור הצוות הטיפולי.



גישה מותאמת טראומה היא גישה מערכתית וקלינית להתמודדות עם השלכות הטראומה על הבריאות והתנהגות הפרט והמערכת. גישה זו מתייחסת גם אל האופן שבו טראומה משפיעה על כל אחד מהשותפים במרחב הטיפולי, כולל אנשי הצוות, המנהלה ולמעשה כל מי שבא במגע עם מטופלים.¹⁴

חשיבות היישום של גישה מותאמת טראומה במערכת הבריאות

יישום מוצלח של TIC הוכח כמשפר תוצאות קליניות, מפחית תסמיני דחק פוסט-טראומטיים, ומגביר את שביעות הרצון של המטופלים והיענותם לטיפול^{17,18}. בנוסף, ארגוני בריאות שאימצו פרקטיקות TIC דיווחו על שיפור בתרבות הארגונית, העלאת המודעות לטראומה משנית, ירידה בשיעורי השחיקה בקרב הצוות, ועלייה במחויבות העובדים¹⁹⁻²¹. למרות יתרונותיו הברורים של המודל, הן למטופלים והן לנותני השירות במערכת הבריאות, היישום בפועל של פרקטיקות TIC נותר חלקי וחסר במסגרות בריאות²². מסקירת הספרות עולה כי למרות העלייה במודעות לחשיבות הגישה, קיימים אתגרים משמעותיים ביישום המלא שלה, במיוחד במחלקות עמוסות כמו מיון ורפואה דחופה²³. בישראל, על רקע האתגרים הביטחוניים המתמשכים והמציאות הטראומטית הלאומית, היישום של גישות TIC במערכת הבריאות הוא אף אתגר גדול יותר וטרם הוטמע באופן מלא ברוב המוסדות.²⁴

מחקרים מראים כי נותני שירות במערכת הבריאות העובדים עם מטופלים שחוו אירוע טראומטי, חשים לעיתים שחסרים להם הידע, הזמן והמשאבים הנדרשים כדי להתמודד עם ההשלכות הפסיכולוגיות של האירועים הטראומטיים²⁵, כמו גם חווים רמות גבוהות של מצוקה, עייפות ושחיקה בשל החשיפה לטראומה במסגרות הרפואיות^{26,27}. כל אלה, יכולים להביא לירידה באיכות הטיפול ועשויים להשפיע לרעה על היענות המטופל, שביעות רצונו והאמון שנותן בצוותי הבריאות²⁸. בנוסף, בהתחשב בשכיחות החשיפה לטראומה בחיי היומיום, במיוחד בישראל בה בולטת טראומה קולקטיבית, רבים מאנשי מקצועות הבריאות, עשויים גם לחוות בעצמם אירועים טראומטיים פוטנציאליים מחוץ לעבודה. כך, ללא גישה הנותנת מענה ומקום לקשיים אלו, הם נמצאים בסיכון מוגבר לטראומטיזציה משנית בעקבות אינטראקציה עם מטופלים ולפגיעה באיכות הטיפול²⁴. לאור זאת, ישנה חשיבות גבוהה להטמעה של טיפול מותאם טראומה במערכות הבריאות בישראל.

מודלים להטמעת TIC

מהספרות בעולם עולים מספר מודלים מרכזיים להטמעת טיפול מותאם טראומה במערכות בריאות. המודל המוביל והמבוסס ביותר הוא המודל של Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)^{14,16}, אשר יידון בהרחבה בהמשך הסקירה.

לצדו קיימים מודלים מקובלים נוספים:

- מודל NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) מתמקד ביצירת מערכת שירותים מותאמת טראומה לילדים ומשפחות²⁹. המודל מדגיש את הצורך בהתאמות לגיל ולשלב ההתפתחותי ומציע מסגרת ליישום עקרונות מותאמי טראומה בשירותים לילדים.

- מודל ששת עקרונות הליבה של National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD)³⁰, מציע מסגרת שיטתית הממוקדת במנהיגות ארגונית, איסוף נתונים, פיתוח כוח אדם, שימוש בכלים מבוססי-טראומה, מעורבות מטופלים ומשפחות וסביבת טיפול תומכת³¹. הייחודיות של מודל זה היא בדגש על איסוף נתונים וניטור שיטתי של התוצאות.
 - מודל Sanctuary לטיפול מותאם-טראומה מדגיש את חשיבות יצירת תרבות ארגונית המקדמת בטיחות ורווחה בכל הרמות, תוך שינוי האופן בו הצוות חושב, מרגיש ומתקשר בנוגע לטראומה³². המודל מבוסס על ארבעה עמודי תווך:
 - ידע מדעי על טראומה והתקשרות
 - מחויבויות ארגוניות
 - שפה משותפת
 - ארגז כלים מעשי להטמעת התרבות הארגונית.
- ייחודיותו של מודל זה היא בהתייחסות לתרבות הארגונית כמכלול ולהשפעות ההדדיות בין הצוות המטפל למטופלים.
- מודל הפירמידה של Sanctuary, המציע מסגרת ארגונית מקיפה להטמעה מערכתית של גישה מותאמת טראומה³³. המודל ייחודי בהתייחסותו לתהליך שינוי ארגוני שלם הכולל את כל בעלי העניין בארגון.
- למרות ההבדלים בין המודלים, הם חולקים מספר עקרונות מרכזיים, ביניהם: הכרה בהשפעות הנרחבות של טראומה, הדגשת הבטיחות הפיזית והרגשית, חשיבות ההכשרה של אנשי צוות, וההבנה כי הטמעת TIC דורשת שינוי ארגוני מקיף ולא רק שינויים בגישות טיפוליות בודדות.

טיפול מותאם טראומה ויישומו לפי-SAMHSA

לפי SAMHSA, טיפול מותאם טראומה מושתת על שישה עקרונות מפתח^{14.16}. העיקרון הראשון מתמקד בביטחון, תוך הקפדה על יצירת סביבה בטוחה פיזית ורגשית הן למטופלים והן לצוות המטפל. העיקרון השני עוסק באמון ושקיפות ומדגיש את חשיבות מתן המידע המלא, תיאום ציפיות ועדכון שוטף לגבי שינויים, תוך יצירת אווירה של קבלה וסובלנות. תמיכת עמיתים, העיקרון השלישי, מכיר בחשיבות הסביבה הקרובה כמשאב להבנת צרכי המטופל והרקע הרפואי והנפשי שלו. העיקרון הרביעי מתמקד בשיתוף פעולה, תוך התחשבות בהעדפות המטופל והכרה בתפקידו בתהליך ההחלמה, כמו גם בדינמיקות של כוח והיררכיה. העצמה ובחירה, העיקרון החמישי, מדגיש את חשיבות מתן הבחירה והשליטה למטופל, שיקוף האפשרויות העומדות בפניו, והכרה בחוזקותיו, תוך שימוש בשפה מכילה, ממוקדת אדם ומעוררת תקווה מציאותית. לבסוף, העיקרון השישי עוסק ברגישות תרבותית ומגדרית, ומדגיש את החשיבות של התאמת הטיפול לצרכים התרבותיים והמגדריים של המטופל, תוך הימנעות מהנחות סטריאוטיפיות.

טיפול מותאם טראומה ויישומו לפי - SAMHSA

יצירת סביבה פיזית ורגשית בטוחה למטופלים ולצוות, מתוך הבנה שביטחון הוא תנאי בסיסי לריפוי.	ביטחון
מתן מידע מלא, תיאום ציפיות ועדכונים שוטפים, כדי לבנות אמון וליצור אווירה סובלנית ומקבלת.	אמון ושקיפות
הכרה במשמעות של הסביבה הקרובה ובני משפחה כמשאב להבנת צרכי המטופל ורקעו הנפשי והבריאותי.	תמיכת עמיתים
שותפות פעילה עם המטופל, כיבוד העדפותיו, והכרה בדינמיקות של כוח כדי לאזן את מערך היחסים.	שיתוף פעולה
חיזוק תחושת השליטה של המטופל, הצגת אפשרויות טיפול והכרה בכוחותיו, תוך שימוש בשפה מכילה ומעודדת.	העצמה ובחירה
התאמת הטיפול לרקע התרבותי והמגדרי של המטופל, תוך הימנעות מהנחות וסטריאוטיפים.	רגישות תרבותית ומגדרית

המודל של SAMHSA להטמעה ארגונית של גישה מותאמת טראומה נחלק לעשר קטגוריות עיקריות ^{14,16}: (1) מנהיגות תומכת המעורבת באופן פעיל בתהליך; (2) הכשרה ופיתוח כוח האדם באמצעות הדרכות ייעודיות בנושא טראומה וחוסן; (3) שיתוף פעולה בין-מגזרי הכולל את המשטרה, גורמי ממשל וארגוני טראומה; (4) מימון והקצאת משאבים מתאימים לתוכנית; (5) התאמת הסביבה הפיזית לצרכי אנשים שחוו טראומה; (6) מעורבות ושיתוף של ארגונים קהילתיים העובדים עם נפגעי טראומה; (7) שירותי איתור, הערכה וטיפול הכוללים תמיכה וצוותי חוסן; (8) ניטור התקדמות והבטחת איכות עם יעדים ומדדים ברורים; (9) מדיניות המשלבת נהלים מותאמי טראומה; ו- (10) הערכה חיצונית של יעילות והשפעת התוכנית. עקרונות אלו מהווים מסגרת מקיפה להטמעת גישה מותאמת טראומה בארגון. המסמך הנוכחי יעסוק באופן שבו עקרונות אלו באים לידי ביטוי בספרות במחקרים אשר עסקו בהטמעת תכניות לטיפול מותאם טראומה במערכות בריאות.

שיטה

הסקירה הנוכחית מתבססת על עשרה מחקרים מרכזיים מסוג סקירה שיטתית (systematic review) וסקירת מיפוי (scoping review) שפורסמו בספרות המדעית בתחום בעשר השנים האחרונות. בשלב הבא, בחרנו 22 מאמרים נוספים שפורסמו בין השנים 2014-2024, תוך הקפדה על גיוון מבחינת אוכלוסיות היעד וסוגי הארגונים הנחקרים. לאחר מכן, ביצענו ניתוח תוכן מובנה של הממצאים באמצעות מודל עשרת העקרונות של SAMHSA אשר שימש כמסגרת לארגון ולכתיבת המסמך הנוכחי. בחרנו להתמקד בעקרונות המרכזיים של SAMHSA משום שאלו העקרונות הבולטים ביותר בספרות המחקרית בתחום. ¹²

הטמעת טיפול מותאם טראומה בהתאם לעשרת עקרונות ההטמעה של SAMHSA:

1. מנהיגות תומכת

מנהיגות תומכת מהווה גורם משמעותי בהטמעה מוצלחת של טיפול מותאם טראומה. מחקרים מראים כי מחויבות ומעורבות פעילה של ההנהלה הבכירה מהווים תנאי הכרחי להצלחת תהליך השינוי הארגוני בתחום של טיפול מותאם טראומה.^{34,35}

גורמים מקדמים

1. מחויבות והשתתפות פעילה של ההנהלה הבכירה. זמינות גבוהה של המנהלים ביחידות השונות, והובלת שינוי תרבותי^{19,31,34}. דוגמא לכך ניתן לראות במחקר שנמשך עשר שנים בבית חולים פסיכיאטרי לילדים. במחקר נמצא שמעורבות אינטנסיבית של ההנהלה הבכירה, שכללה זמינות גבוהה ביחידות ושימוש בנתונים בזמן אמת, הובילה להפחתה של 100% בריסונים פיזיים³¹. ריסונים פיזיים (כגון קשירות, אחיזות או בידוד) עלולים לגרום לטראומה או לרה-טראומטיזציה, ולכן שינוי מדיניות ההנהלה שהביא להפחתתם, משקף מעבר חיוני לגישות מותאמות-טראומה הכוללות טכניקות דה-אסקלציה ואסטרטגיות ויסות רגשי המכירות בהשפעת הטראומה על התנהגות המטופל.³¹
2. מינוי והכשרה של מובילי תחום (**Champions**). מחקרים מראים כי מינוי וטיפול מובילי תחום (champions) הוא מרכיב קריטי בהצלחת הטמעת TIC. מובילי השינוי הם אנשי מקצוע מתוך הארגון המקבלים הכשרה ייעודית ומשמשים כסוכני שינוי בשטח.^{36,37} בניגוד לדעה הרווחת, מובילים אלו לא חייבים להיות בהכרח אנשי בריאות הנפש, אלא בעיקר אנשים מדיסציפלינות שונות בארגוני בריאות שנושא הטראומה יקר לליבם והם מעוניינים לקדם אותו. במחקר שנערך במסצ'וסטס, צוותי מנהיגות מודעי טראומה (TILT- Trauma-Informed Leadership Teams) הוקמו בכל מחלקה והובילו לשיפור משמעותי בפרקטיקות מודעות טראומה ברמת הפרט והארגון¹⁸. המחקר של קורי ועמיתיו (2017) פירט את מאפייני ההכשרה של מובילי התחום שנמשכה חצי שנה³⁶. ההכשרה כללה שני מפגשים פרונטליים ארוכים להקניית הידע, מפגשי ליווי וייעוץ אחת לחודש לתמיכה בתהליך וכלי העשרה דיגיטליים.
3. פיתוח מודל למידה שיתופית. יישום מודל למידה שיתופית של שישה חודשים לפיתוח צוות של מובילי שינוי (champions) בתחום הטיפול מותאם הטראומה, הראה תוצאות חיוביות בהטמעת הגישה בארגון³⁶. הלמידה השיתופית במחקר של קורי ועמיתיו כללה דיונים קבוצתיים, מפגשי ייעוץ עמיתים חודשיים, עזרה הדדית בין המפגשים וכן יצירת אתר שיתופי עבור מובילי השינוי שכלל חומרים מקצועיים ובו הם יכלו להעלות רעיונות ודילמות ולקבל משוב ומענה מעמיתיהם.

4. הקצאת משאבים מספקת. תקצוב ייעודי להכשרות, שינויים בסביבה הפיזית, מערכות תמיכה לצוות ותמריצים כספיים כדי לעודד אימוץ של שיטות עבודה מותאמות טראומה.^{19, 38, 39}

5. מדיניות גמישה. נכונות להתאים מדיניות ונהלים בהתאם לצרכים העולים מהשטח.^{34, 40} לדוגמא, מתן אפשרות לצוות להתאים את הפרוטוקולים הטיפוליים לצרכים האינדיבידואליים של המטופלים, כמו התאמת זמני המפגשים הטיפוליים או במתן המענה הטיפולי.³⁴ התאמת גישה זו התאפשרה באמצעות מינוי צוותי הובלה ייעודיים שהיו בעלי סמכות לשינוי הנהלים בזמן אמת כתגובה למשוב מהשטח.^{35, 41}

גורמים מעכבים

1. משאבים כספיים לא מספקים. חלוקה לא שוויונית של משאבים ומחסור בתקציב ייעודי להטמעת טיפול מותאם טראומה.^{34, 42} במחקר של בראון ועמיתיו (2022), נמצא כי היעדר ניתוח עלות-תועלת והיעדר תקצוב ייעודי פגעו משמעותית ביכולת ליישם שינויים נדרשים במחלקת המיון.⁴²
2. מדיניות נוקשה. חוסר גמישות בהתאמת נהלים וקושי בשינוי מדיניות קיימת.^{34, 40}
3. תחלופת הנהלה גבוהה. חוסר יציבות בדרג הניהולי מקשה על המשכיות התהליך.^{18, 39}

המלצות מעשיות להטמעה- מנהיגות תומכת

1. מינוי נאמני נושא (Champions) ייעודיים בכל מחלקה או יחידה המשמשים כגשר בין ההנהלה לצוות השטח.³⁹
2. קיום פגישות חודשיות קבועות לבחינת הנתונים ואפקטיביות ההתערבויות.³⁵
3. פיתוח תוכנית אסטרטגית רב-שנתית (3-5 שנים) עם יעדים ברורים להטמעת השינוי הארגוני.⁴⁰
4. יצירת מנגנוני משוב ותקשורת שוטפת בין ההנהלה לצוות.¹⁹
5. הקמת צוות ייעודי שמטרתו שיפור הביצועים בתחום הטיפול מודע הטראומה.³⁵

2. הכשרה ופיתוח כוח האדם

הכשרת הצוות והתפתחותו המקצועית מהווה נדבך מרכזי בהטמעת טיפול מודע טראומה. מחקרים מראים כי תוכניות הכשרה אפקטיביות צריכות להיות מקיפות, מתמשכות ומותאמות לצרכים הספציפיים של הצוות והמטופלים.^{34, 38} הכשרות אלו צריכות לכלול מגוון שיטות למידה, להתייחס להיבטים תרבותיים וחברתיים, לאופי שירות הבריאות ולאוכלוסייה המטופלת בו, ולספק כלים מעשיים להתמודדות עם אתגרי היומיום בטיפול מודע טראומה.^{39, 40}

גורמים מקדמים

1. הכשרה מקיפה. שילוב של שיטות הדרכה מגוונות הכוללות הרצאות פרונטליות, תרגולים אינטראקטיביים, סימולציות והדרכה קלינית שוטפת.^{31, 38} בסקירת היקף שנערכה, תכניות

- ההכשרה התבססה על שילוב של שיטות הוראה מגוונות, וביניהן הרצאות פרונטליות (78.2%) ותרגילים אינטראקטיביים (69.1%)³⁸. בנוסף, המחקר הדגיש את היתרונות בהכשרה מתמשכת על פני הכשרה חד פעמית, כאשר תשעה מחקרים ביצעו מעקב ארוך טווח של בין חודש לחצי שנה ושלושה מחקרים המשיכו במעקב עד שנה לאחר ההטמעה. למרות האמור לעיל, קיים גם מחקר שהראה כי גם תוכנית הכשרה קצרת טווח יכולת להוביל לשינויים משמעותיים בעמדות ובפרקטיקה, במיוחד כשהן משלבות מגוון שיטות הדרכה ומלוות במעקב ותמיכה מתמשכים.⁴³
2. שילוב מומחים מניסיון בהכשרות. נוכחות והרצאות מפי מומחים מניסיון, במקרה זה אנשים שחווה אירוע טראומטי משמעותי ומתמודדים עם השלכותיו, כחלק מתהליך ההכשרה של הצוותים³⁸. במחקר שבחן הכשרה המשלבת מטופלים שחוו טראומה, נמצאה עלייה משמעותית בידע, ביטחון ומסוגלות של הצוות בהענקת טיפול מותאם טראומה.⁴⁴
3. זמינות מומחים להדרכה. ייעוץ קליני מתמשך וליווי מקצועי של הצוות הטיפולי הבכיר בארגון, נוסף ביטחון ביכולת של צוותים שאינם אנשי בריאות הנפש להרגיש בנוח לזהות ולהגיב בנושאים הקשורים לטראומה^{34,39}. הייעוץ ניתן על ידי מטפלים מומחים מתחום בריאות הנפש הבקאים בתחום הטראומה. בנוסף, ישנה חשיבות גבוהה לכך שההדרכה והמענה הקליני יהיו נגישים לצוות המטפל במסגרת שעות העבודה. במחקר שנערך בפילדלפיה, נעשתה הכשרה דידקטית למטפלים במשך שמונה חודשים, בליווי ייעוץ קליני מתמשך ותמיכה טכנית, בעקבותיו נראתה עלייה משמעותית (מ-4% ל-31%) ביכולת של הצוות לזהות PTSD³⁹. מודל הליווי שיושם במחקר זה כלל פגישות הדרכה קבוצתיות דו-שבועיות עם מדריך מומחה בטיפול בטראומה, הדרכה שבועית פנימית למטפלים על ידי מובילי התחום (Champions) בכל ארגון והשתלמויות שנתיות בנושאים הקשורים לטראומה.³⁹
4. שיטות הכשרה מגוונות. שילוב של סרטוני וידאו, משחקי תפקידים ודיונים פתוחים בהכשרות מגביר את האפקטיביות של הטמעת פרקטיקה מודעת טראומה⁴⁵. היתרון של שילוב סימולציות ספציפיות מתוך עולם התוכן של הארגון מגביר את הנגישות של התכנים ומעלה את הסיכוי שהצוותים ידעו להמיר את הידע התיאורטי למעשי²³. במחקר שבחן התערבות חינוכית בטיפול בילדים, שימוש במגוון שיטות הדרכה הוביל לעלייה מ-47% ל-72% בתפיסת היכולת של המרפאה לתת מענה לצרכי המשפחות סביב טראומה.²¹
5. גיוס אנשי צוות מותאמי-טראומה. העסקת אנשי צוות בעלי השכלה פורמלית בשירותים מותאמי-טראומה ו/או ניסיון חיים אישי של התמודדות עם טראומה והחלמה, מתוך הכרה בערך של הכשרה והתמחות בתחום הטראומה.¹⁴

גורמים מעכבים

1. עומס עבודה וקשיי זמן. מחסור בזמן של הצוות הטיפולי להשתתפות בהכשרות בשל עומס קליני^{42,46}. כך למשל, במחלקת יולדות נמצא כי מחסור בזמן של הצוות הטיפולי היווה חסם משמעותי להשתתפות בהכשרות ולהטמעת הגישה.⁴⁶

2. היעדר מענה לטראומה משנית. התייחסות מעטה לטראומה משנית של הצוות המטפל בעצמו, והיעדר מודעות ומשאבים לפיתוח החוסן בקרב הצוות הרפואי עלולה להוות חסם משמעותי בהטמעה. ^{38,46}
3. תחלופת צוות גבוהה. תחלופת צוות גבוהה והיעדר הכשרה רציפה לעובדים חדשים עשויה לפגוע משמעותית בתהליך ההטמעה ²¹. במחקר בפילדלפיה, 46% מהמטפלים ו-44% מהמפקחים עזבו במהלך תקופת המחקר, מצב שפגע משמעותית בתהליך ההטמעה. ³⁹

המלצות מעשיות- הכשרה ופיתוח כוח האדם

1. פיתוח תוכנית הכשרה מדורגת המותאמת לכל הדרגים בארגון, כולל הכשרות חובה לעובדים חדשים. ³⁸
2. הקמת מערך הדרכה מתמשך הכולל ייעוץ קליני שוטף וקבוצות למידת עמיתים. ³⁹
3. שילוב אנשים שחוו טראומה בתכנון והעברת ההכשרות, תוך מתן תגמול הולם להשתתפותם. ³⁴
4. יצירת מנגנוני תמיכה והדרכה לצוות בהתמודדות עם טראומה משנית. ⁴⁶
5. פיתוח פלטפורמות למידה מקוונות ומשאבי למידה נגישים. ⁴²

3. שיתוף פעולה בין-מגזרי

שיתוף פעולה בין-מגזרי הוא מרכיב חשוב בהטמעה מוצלחת של טיפול מותאם טראומה. מחקרים מראים כי תיאום ושיתוף פעולה בין גורמים שונים במערכת הבריאות, גורמי ממשל, ארגוני טראומה וגורמים קהילתיים מגביר את האפקטיביות של הטיפול ומבטיח רצף טיפולי מיטיב. ^{39,42}

גורמים מקדמים

1. יצירת רשתות שיתוף פעולה. שיתופי פעולה בין ארגונים שונים ויצירת רשת הפניה יעילה בין מגזרית מהותיים להטמעה של פרקטיקה מותאמת טראומה ^{34,38}. תשתית זו רלוונטית הן בתוך הארגון (למשל, בין מחלקה פנימית לשירות הסוציאלי בבית החולים) ובין אם ברמה הבין-ארגונית (למשל במעבר בין בית החולים לקופות החולים) ⁴². יישום מוצלח של שיתופי פעולה בין-ארגוניים כולל הקמת מנגנונים מובנים להעברת המידע, צוותי עבודה משותפים הנפגשים באופן קבוע ^{38,39} ופיתוח מערכת הפניות מובנית לתיאום המשך טיפול בין שירותים שונים ^{39,42}. כך למשל, במחקר בפילדלפיה ³⁹, שיתוף פעולה בין 14 ארגוני בריאות הנפש יצר רשת שירותים מקיפה שהגדילה את נגישות הטיפול מותאם הטראומה והעלתה את השיעור של זיהוי PTSD מ-4% ל-31%.
2. הכשרות משותפות. קיום הכשרות משותפות בין ארגונים שונים ופיתוח שפה מקצועית משותפת ^{18,38,42}. במסצ'וסטס, צוותי מנהיגות מודעי טראומה שכללו מנהלי רווחה, עובדים סוציאליים וספקי שירותים שונים, קיימו פגישות חודשיות לשיתוף הידע והטמעת פרקטיקות משותפות. ¹⁸

3. שיתוף פעולה עם האקדמיה. שיתופי פעולה בין גורמים אקדמיים וקהילתיים מהווים אסטרטגיה חשובה לקידום ולפיתוח פרויקטים בתחום הטיפול מותאם טראומה, לשיפור איכות המחקר וליצירת ראיות מוצקות יותר בתחום. ^{40,42}

גורמים מעכבים

1. מורכבות בתיאום בין מערכות. קשיים בתיאום בין שירותים שונים ומערכות שונות בתוך ובין ארגונים, מהווים גורם מעכב להטמעה ^{18,39}. במחקר של Beidas ועמיתיו (2016), נמצאו אתגרים משמעותיים בתיאום בין שירותים שונים, במיוחד בהקשר של מעקב אחר מטופלים ושיתוף מידע ³⁹.
2. חוסר עקביות בין ארגונים. חוסר עקביות בגישות הטיפוליות ובפרוטוקולים בין ארגונים שונים המטפלים באותם המטופלים. ³⁴
3. מחסור בתמיכה אדמיניסטרטיבית. היעדר תשתיות מנהליות לתיאום ומעקב בין-ארגוני. ³⁴

המלצות מעשיות- שיתוף פעולה בין- מגזרי

1. יצירת מערכת מידע משותפת לתיעוד ומעקב לצורך יעילות מעבר המידע הטיפולי בין הארגונים השונים. ³⁹
2. הקמת פורומים קבועים לשיתוף הידע והתיאום בין הארגונים. ¹⁸
3. פיתוח פרוטוקולים משותפים לתיאום והפניה בין המחלקות השונות בתוך הארגון ובין שירותים שונים בקהילה כמו אשפוז, רווחה, מרפאות בקהילה. ⁴²
4. יצירת שיתופי פעולה עם האקדמיה לשיפור איכות המחקר, בחינת ההטמעה של TIC והתאמה לשדה. ⁴⁰

4. מימון והקצאת משאבים

השקעת משאבים כלכליים מהווה גורם מהותי בהטמעה מוצלחת של טיפול מותאם טראומה. מחקרים מראים כי הקצאת משאבים מספקת אינה רק תקצוב ראשוני, אלא נדרשת תמיכה כלכלית מתמשכת לאורך זמן ⁴⁰ והפיכת המרחב הארגוני למרחב מותאם טראומה. היעדר משאבים מספיקים מהווה אחד החסמים המשמעותיים ביותר להטמעה מוצלחת, בעוד שתמיכה כלכלית מתמשכת מאפשרת שינויים בסביבה הפיזית, הכשרות מקיפות, ופיתוח תוכניות ארוכות טווח. ^{19,34}

גורמים מקדמים

1. תקצוב ייעודי ארוך טווח. הקצאת משאבים כלכליים יעודיים ומשאבי כוח אדם מספקים היא גורם מסייע משמעותי בהטמעת גישת טיפול מותאם טראומה³⁴⁻³⁹. כך לדוגמה, במחקר שבו הוקצה תקציב ייעודי שכלל תמריצים כספיים למטפלים שהוכשרו לטיפול מותאם טראומה, נראה כי התגמול תרם משמעותית להצלחת התוכנית והגדיל את שיעור המטופלים המקבלים טיפול מבוסס ראיות³⁹.
2. תמיכה כלכלית בהכשרות. מימון הכשרות מקיפות והדרכה מתמשכת לצוות³⁸ אשר מגבירות את תחושת המסוגלות והיעילות שלו בעבודה מותאמת טראומה. מהמחקר עולה כי בפרויקט בו הוכשרו צוותים רפואיים, הקצאת משאבים ייעודית אפשרה פיתוח תוכניות הכשרה מקיפות שכללו הרצאות פרונטליות, תרגילים אינטראקטיביים בשילוב מצגות של אנשים שחוו טראומה בתהליך ההכשרה³⁸.
3. משאבים לשינויים סביבתיים. הקצאת תקציב לשינויים בסביבה הפיזית של מרחבי הטיפול והפיכתה לנגישה ורגישה יותר לטראומה^{19,40}. במחקר במחלקת מיון, ניתוח של הסביבה הפיזית הוביל להתאמות שכללו יצירת אזורים שקטים ומופרדים למטופלים בעלי רגישות לגירויים⁴².

גורמים מעכבים

1. חלוקה לא נכונה של משאבים. פערים בהקצאת משאבים בין מחלקות ותוכניות שונות³⁴. במחקר של פרננדס ועמיתיו (2023), נמצא כי במסגרת המונעת מרווח כלכלי ולא מקצה משאבים לטיפול מותאם טראומה, נראו קשיים בשינוי המדיניות ובפיתוח תקנות פורמליות⁴⁰.
2. היעדר תקציב לשינויים סביבתיים. מחסור במשאבים לביצוע התאמות פיזיות נדרשות כמו יצירת סביבה חיובית ובטוחה ומרחבים שקטים למפגשים⁴².
3. מחסור במשאבים להערכה ומדידה. היעדר תקציב למחקר הערכה ומדידת תוצאות פוגע בבחינת היעילות של ההתערבות והתאמתה בזמן אמת לצרכים העולים מן השטח⁴⁰.

המלצות מעשיות- מימון והקצאת משאבים:

1. פיתוח תוכנית תקציבית רב-שנתית עם יעדים ברורים להטמעת טיפול מותאם טראומה⁴⁰.
2. הקצאת משאבים ייעודיים להכשרות והדרכות מתמשכות, כולל תמריצים לצוות המשתתף בתוכניות ההכשרה³⁹.
3. מתן תעודף תקציבי לשינויים בסביבה הפיזית שתומכת בטיפול מותאם טראומה⁴².
4. יצירת מנגנוני מדידה והערכה לבחינת יעילות השימוש במשאבים והחזר ההשקעה⁴⁰.
5. שילוב משאבים מגורמי מימון שונים (ממשלתיים, פילנתרופיים וארגוניים) ליצירת בסיס תקציבי יציב³⁴.

5. התאמת הסביבה הפיזית

התאמת הסביבה הפיזית מהווה היבט משמעותי בטיפול מותאם טראומה, שכן הסביבה הפיזית יכולה להשפיע באופן מהותי על תחושת הביטחון והנוחות של המטופלים והצוות. מחקרים קודמים מראים כי שינויים בסביבה הפיזית יכולים למנוע טריגרים שמזכירים טראומות עבר ועלולים לגרום לרה-טראומטיזציה, ולתרום לתחושת הביטחון והשליטה של המטופלים^{34,42}. למרות חשיבותה, התאמת הסביבה הפיזית היא אחד התחומים שמקבלים את המענה המצומצם ביותר בתהליך ההטמעה של טיפול מותאם טראומה⁴².

גורמים מקדמים

1. סביבה פיזית בטוחה ותומכת- יצירת מוגנות פיזית. יצירת מרחב טיפולי המעניק תחושת ביטחון ופרטיות למטופלים ולבני משפחותיהם⁴⁰. לדוגמא, ארגונים שינו את המרחב הפיזי כדי ליצור סביבה מרגיעה ובטוחה יותר, כמו למשל עיצוב מחדש של משרד הקבלה, שינוי התמונות על הקיר וצביעת את הקירות בצבעים פסטליים מרגיעים¹⁹. בנוסף, הם ארגנו מחדש את החללים כך שמטופלים יוכלו לבחור את כיוון הישיבה שלהם ביחס לדלת, על מנת לתת להם יותר פרטיות, שליטה ותחושת ביטחון במרחב.
2. מרחבים מותאמים לצרכים שונים. התאמת המרחב הפיזי לצרכים ייחודיים של אוכלוסיות שונות⁴². כך למשל מיקום מיטות אשפוז במקום שמאפשר למטופלת לראות את המתרחש סביבה, יצירת חיץ בין מרחבים ציבוריים וכד'. במחקר שנעשה במחלקת המיון, הודגש הצורך בניית סביבתית שיתמקד בהבטחת בטיחות רגשית ופיזית של המטופלים, תוך התייחסות לפוטנציאל של הסביבה הפיזית להוות גורם מפחית או מגביר טראומה⁴².
3. נגישות למשאבים ומידע. הנגשת מידע ומשאבים טיפוליים במרחב הפיזי⁴⁷. מהמחקר עולה כי הטמעת כלים ומשאבים במערכות הרשומה הרפואית האלקטרונית, הצבת חומרי הדרכה בנקודות מרכזיות במרחב הקליני, וכרטיסי כיס למטופלים המכילים את המידע החיוני, מגבירים משמעותית את השימוש בפרקטיקות מבוססות-טראומה בקרב הצוות הטיפולי⁴⁷.

גורמים מעכבים

1. מגבלות תקציביות. מחסור במשאבים לביצוע שינויים פיזיים נדרשים מצמצם את יכולת הארגון לתת טיפול המבוסס על תחושת ביטחון ואמון, שהם רכיבי מפתח ביישום פרקטיקה מותאמת טראומה^{34,42}.
2. מבנים מוסדיים נוקשים. מבנים היררכיים נוקשים במערכת הבריאות המקשים על ביצוע שינויים פיזיים⁴⁶.
3. חוסר מודעות לחשיבות הסביבה הפיזית. היעדר הבנה של השפעת הסביבה הפיזית על טראומה וטריגרים שעלולים להתעורר⁴².

המלצות מעשיות- התאמת הסביבה הפיזית

1. ביצוע הערכה שיטתית של הסביבה הפיזית מנקודת המבט של המטופל, בהתאם לעקרונות הטיפול מותאם טראומה.⁴²
2. פיתוח תוכנית שינויים מדורגת המתעדפת שינויים קריטיים בהתאם למשאבים זמינים.⁴⁰
3. שיתוף מטופלים וצוות בתכנון השינויים הפיזיים במרחב,³⁴ והקמת צוות ייעודי להערכה ומעקב אחר השפעת השינויים הפיזיים.³⁵
4. יצירת פרוטוקולים לתחזוקה שוטפת של סביבה תומכת-טראומה.⁴²

6. מעורבות ושיתוף של ארגונים קהילתיים

מעורבות ושיתוף ארגונים קהילתיים מהווים מרכיב חיוני בהטמעת טיפול מותאם טראומה, שכן הם מאפשרים יצירת רשת תמיכה מקיפה ורצף טיפולי. לדוגמא, ארגוני בריאות הציבור, מרכזי בריאות קהילתיים, ארגוני סיוע לנפגעי טראומה או אלימות, מרכזי סיוע לאוכלוסיות מוחלשות, מרכזי טיפול בהתמכרויות ותוכניות אחר הצהריים לילדים ונוער.^{39,42} מחקרים מראים כי שיתופי פעולה עם ארגונים קהילתיים מגדילים את נגישות השירותים, משפרים את המעקב אחר המטופלים, ומאפשרים מענה כוללני יותר לצרכי המטופלים.^{39,42} כמו כן, מודלים מוצלחים להטמעת טיפול מותאם טראומה מדגישים את החשיבות של בניית קשרים חזקים עם הקהילה ושילוב מגוון ארגונים בתהליך.³⁴

גורמים מקדמים

1. שיתופי פעולה בין-מגזריים. יצירת רשת שירותים מקיפה בשיתוף ארגונים קהילתיים מגוונים.³⁹
2. כך למשל, במחקר שנערך בפילדלפיה, שיתוף פעולה בין ארבעה- עשר ארגוני בריאות נפש וארגונים קהילתיים, הוביל להגדלת נגישות הטיפול והעלאת שיעורי זיהוי הטראומה.³⁹
2. מעורבות מנהיגות קהילתית. הקמת פורום קבוע של נציגי ארגונים קהילתיים לתיאום ושיתוף פעולה, ופיתוח פרוטוקולים משותפים להפניה ומעקב בין ארגונים.⁴²
3. תיאום המשך טיפול. יצירת מנגנוני הפניה ומעקב אחר הטיפולים בין שירותים שונים בקהילה, תוך דגש על שמירת סודיות והסכמה לשיתוף מצד המטופלת.¹⁸
4. התמקדות באוכלוסיות מוחלשות. פיתוח תכניות קהילתיות המתמקדות באוכלוסיות פגיעות ומוחלשות הביאו להצלחה בהטמעה. במחקר שבחן טיפול רפואי ממוקד לאימהות מתבגרות וילדיהן, נמצא כי הגישה המותאמת טראומה תרמה לשיפור בתוצאות הבריאותיות והחברתיות.⁴⁸

גורמים מעכבים

1. קשיים בתיאום בין-ארגוני. אתגרים בתיאום בין המערכות השונות ובשיתוף מידע, ובין היתר במידע טראומטי רגיש³⁹. במחקר של ברטלט ועמיתיו (2016), זוהו קשיים משמעותיים בתיאום בין ספקי שירותים שונים, במיוחד באזורים מרוחקים עם מחסור בקלינאים מיומנים¹⁸.
2. חוסר עקביות בין שירותים. שונות בגישות טיפוליות ובפרוטוקולים בין ארגונים שונים³⁴.
3. מגבלות במשאבים. מחסור במשאבים לתיאום ומעקב בין-ארגוני⁴².

המלצות מעשיות- מעורבות ושיתוף של ארגונים קהילתיים

1. הקמת פורום קבוע של נציגי ארגונים קהילתיים לתיאום ושיתוף פעולה³⁹.
2. פיתוח פרוטוקולים משותפים להפניה ומעקב בין ארגונים⁴².
3. יצירת מערכת מידע משותפת לתיעוד ומעקב אחר הטיפול¹⁸.
4. קיום הכשרות משותפות לצוותים מארגונים שונים³⁴.
5. פיתוח מנגנוני משוב והערכה לאפקטיביות שיתופי הפעולה⁴⁰.

7. שירותי איתור, הערכה וטיפול

שירותי איתור, הערכה וטיפול הם מרכיב מרכזי בטיפול מותאם טראומה. מחקרים מראים כי גישה מובנית לאיתור והערכת טראומה, יחד עם מערך טיפול מקיף, משפרת משמעותית את זיהוי הטראומה ואת תוצאות הטיפול^{38,47}. איתור והערכה צריכים להיעשות באופן מותאם, תוך הבנה שחלק מהמטופלים עשויים להיות אמביוולנטיים לגבי שיתוף בחוויות עבר⁴⁶.

גורמים מקדמים

1. כלי איתור והערכה מובנים. הטמעת כלים סטנדרטיים לאיתור והערכת טראומה^{42,47}. אנשי הצוות המקיימים את האיתור הראשוני לטראומה יכולים להיות צוות אחיות, רופאים, מקצועות הבריאות, ברה"נ ואנשי צוות נוספים כתלות בהכשרה שעברו, וכן מובילי התחום (Champions) במקרים מסויימים מעמיקים את ההערכה הראשונית^{36,47}. חשוב שכלים אלו לא יהוו עומס על העבודה השוטפת של הצוותים, וישתמשו עד כמה שניתן בכלים מובנים שכבר קיימים במערכת (למשל תיק רפואי, שאלוני איתור). במחקר במרפאות ילדים, הטמעת שאלון איתור ראשוני לאיתור משפחות הזקוקות לתמיכה נוספת, ביקורי מעקב שגרתיים, יחד עם פיתוח פרוטוקול מובנה לשיחה על חוזקות המשפחה ומצבי דחק, שיפר משמעותית את זיהוי מקרי הטראומה¹⁷.
2. גישה הוליסטית להערכה. ביצוע סקירה פסיכו-סוציאלית מקיפה ומותאמת⁴⁶. במחקר שנערך במחלקות יולדות, פותח פרוטוקול הערכה המאפשר הפסקות במהלך הסקירה, והכולל הסבר ברור על מטרת ההערכה לבקשת המטופלות⁴⁶.

3. טיפול מבוסס מדידה. יישום מערכת טיפול מבוססת מדידה (Measurement-Based Care) בטיפול מותאם טראומה בילדים הראה תוצאות חיוביות במגוון מסגרות טיפוליות.⁴¹
4. נגישות לטיפולים מבוססי ראיות. הכשרה מקיפה בזיהוי טראומה ובפרוטוקולים טיפוליים מבוססי ראיות.³⁹ במחקר של ביידס ועמיתיו (2016) הכשרת הצוות הובילה לעלייה בזיהוי PTSD מ-4% ל-31% מהמטופלים, ו-58% מהמטופלים השלימו את הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי בטרומה שהותאם עבורם (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy).

גורמים מעכבים

1. חוסר ביטחון של הצוות. תחושת חוסר מיומנות בזיהוי והערכת טראומה.⁴⁷ במחקר במרפאות ראשוניות, רופאים דיווחו על חוסר ביטחון בניהול שיחות על טראומה וחשש מתגובות רגשיות של המטופלים.⁴⁷
2. מגבלות זמן. קושי בביצוע הערכה מקיפה במסגרת זמן מוגבלת.⁴²
3. חוסר בכלי הערכה מתוקפים. מחסור בכלי מדידה מותאמים לאוכלוסיות שונות.⁴⁰

המלצות מעשיות- שירותי איתור, הערכה וטיפול

1. פיתוח פרוטוקולים ברורים לתהליכי איתור והערכה.⁴²
2. הטמעת כלי איתור במערכות הרשומה הרפואית האלקטרונית.⁴⁷
3. יצירת מסלולי הפניה ברורים לשירותי טיפול מתאימים.³⁹
4. הכשרת צוות בשימוש בכלי איתור והערכה באופן מותאם.⁴⁶
5. פיתוח מערך תמיכה והדרכה לצוות בניהול שיחות על טראומה.⁴⁷

8. ניטור התקדמות והבטחת איכות

ניטור התקדמות והבטחת איכות מהווים מרכיב חיוני בהטמעת טיפול מותאם טראומה. מחקרים מראים כי איסוף וניטור שיטתי של נתונים, יחד עם הערכה מתמשכת של התוכנית, חיוניים להצלחת ההטמעה ולשיפור מתמיד בשירותים.^{13, 34, 40} תהליכי ניטור אפקטיביים מאפשרים זיהוי מוקדם של אתגרים, התאמת ההתערבויות בזמן אמת, ומדידת ההשפעה של התוכנית על מטופלים וצוות כאחד.³⁵

גורמים מקדמים

1. מערכת הערכה רב-ממדית. שילוב של מדדים כמותיים ואיכותניים לצורך הערכת היישום והיעילות של פרקטיקות מותאמות טראומה. המחקר בתחום טיפול מותאם טראומה מציע מגוון כלי הערכה הנחלקים לשבעה תחומים עיקריים:

- a. שאלוני עמדות ותפיסות המודדים את עמדותיהם של אנשי המקצוע כלפי טיפול מותאם טראומה ^{33,43}.
- b. כלים להערכת חשיפה והשפעות טראומה, המזהים את קיומם של אירועים טראומטיים בעבר והתגובות הנפשיות בעקבותיהם ^{37, 41, 45, 49}.
- c. כלים להערכת כשירות ארגונית, הבוחנים את מוכנות הארגון ליישם גישות מותאמות טראומה ^{37, 41, 45}.
- d. כלים לבחינת תהליכי יישום, המעריכים את האופן בו מוטמעות פרקטיקות מותאמות טראומה בארגון ^{41, 45}.
- e. שאלוני הערכת הכשרה המודדים אפקטיביות של תכניות הכשרה והטמעה ^{43, 45}.
- f. כלים להערכת שיתוף פעולה בין-מערכתי בין ספקי שירותים שונים ³⁷.
- g. שאלונים לבחינת ידע ותפיסות של נותני שירות בתחום הטראומה ¹³.
- כלים אלו מהווים בסיס חיוני לזיהוי, הערכה, והתמודדות עם טראומה במגוון מסגרות טיפוליות וארגוניות. עם זאת, חשוב לציין שישנו מחסור בכלי הערכה מתוקפים שנעשה בהם שימוש חוזר במגוון מחקרים.
2. מדידה רב-שלבית והוליסטית. יישום מערכת מדידה המשלבת מדדי תהליך, תוצאות קצרות טווח, תוצאות ארוכות טווח והשפעה ארגונית. מחקרים מראים כי גישה זו מאפשרת הערכה מדויקת יותר של אפקטיביות התוכנית והשפעתה על כל רמות הארגון ⁵⁰.
3. שיתוף וניתוח נתונים בזמן אמת. שימוש בנתונים לקבלת החלטות מבוססות ראיות ³⁵. במחקר של הייל ועמיתיו (2023), נערכו פגישות חודשיות לבחינת הנתונים ואפקטיביות ההתערבויות, כולל תחקירים מעמיקים לאחר אירועים משמעותיים ³⁵.
4. מעקב ארוך טווח. איסוף הנתונים ומעקב ממושך מאפשר בחינה של השפעת ההטמעה לטווח הארוך. במחקר שבחן תוכנית הכשרה בשירותי בריאות הנפש, נמצא שבמעקב לאחר שנה 81% מהמשתתפים דיווחו על ביצוע סריקה שגרתית לטראומה, ו-80% המשיכו להכשרות מתקדמות ⁴³.

גורמים מעכבים

1. מחסור בכלי מדידה מתוקפים. היעדר כלים סטנדרטיים להערכת טיפול מותאם טראומה ברמה המערכתית ⁵¹. במחקר של פרננדס ועמיתיו (2023), נמצא כי רק 13.3% מהמחקרים דיווחו על גודל אפקט, ורק 60% כללו מדידת בסיס ⁴⁰.
2. קשיים באיסוף נתונים. מורכבות בתיעוד, בין היתר מבחינה אתית, וקושי במדידת התקדמות ³⁵.
3. היעדר משאבים להערכה. מחסור במשאבים לביצוע הערכה מקיפה ⁴².

המלצות מעשיות- ניטור התקדמות והבטחת איכות

1. פיתוח מערכת מדדים ברורה הכוללת מדדי תהליך ותוצאה ⁴⁰.
2. הקמת צוות ייעודי לניטור והערכה שוטפת ³⁵.

3. שילוב מדדי איכות הקשורים לטיפול מותאם טראומה במערכות הערכה קיימות. ^{13,34}
4. יצירת מנגנוני משוב קבועים הן מהצוות והן מהמטופלים. ⁴²
5. קיום תחקירים שוטפים לאירועים משמעותיים ויישום ההמלצות. ³¹

9. מדיניות המשלבת נהלים מותאמי טראומה

פיתוח והטמעת מדיניות ונהלים התומכים בגישה מותאמת טראומה הינם חיוניים להצלחת התוכנית. מחקרים מראים כי מדיניות ארגונית תומכת מהווה בסיס הכרחי לשינוי תרבותי ארוך טווח ^{34,40}. חשוב שהמדיניות תהיה גמישה מספיק כדי לאפשר התאמה לצרכים המשתנים של המטופלים והצוות, תוך שמירה על סטנדרטים גבוהים של טיפול. ¹⁹

גורמים מקדמים

1. מדיניות כתובה וברורה. פיתוח מדיניות מפורשת התומכת בעקרונות טיפול מותאם טראומה ⁴⁰. במחקר שנערך במערכת בריאות הנפש הציבורית, עדכון ושינוי של שלושים ושבעה מסמכי מדיניות ונהלים ארגוניים תרמו להטמעה מוצלחת של התוכנית ולשינוי משמעותי בתרבות הארגונית. ³⁹
2. גמישות בפרוטוקולים. קביעת נהלים המאפשרים התאמה אישית לצרכי המטופלים, תוך יישום עיקרון השיתופיות והשקיפות בטיפול מותאם טראומה ³⁴. לדוגמא, פיתוח פרוטוקולים גמישים שאפשרו התאמת תוכנית הלידה לצרכי הביטחון האישיים של כל יולדת. ⁴⁶
3. שילוב בתהליכים קיימים. הטמעת עקרונות טיפול מותאם טראומה במדיניות ובנהלים קיימים בארגון על מנת להפחית עומס ולהקל ביישום. ³⁸
4. התאמת המערכת לאוכלוסיות ייחודיות. פיתוח מדיניות ייעודית עבור אוכלוסיות מיוחדות, כמו אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, תוך דגש על בטיחות פיזית ורגשית, גבולות בריאים, והגנה על פרטיות וסודיות ⁴⁹. לדוגמא, התאמות של שיטת האיתור לאנשים עם צרכים מיוחדים, התאמה של אופן התקשורת עמם, התמודדות עם הצללה אבחנתית, הנגשה של שירותי התמיכה, שילוב מומחים בתחום הצרכים המיוחדים והתאמת ההכשרה לצוותים ⁴⁹. מהמחקר עולה כי מדיניות מותאמת לאוכלוסייה זו תרמה משמעותית להצלחת הטמעת הגישה. ⁵²

גורמים מעכבים

1. מדיניות נוקשה. חוסר גמישות בהתאמת נהלים לצרכים משתנים ³⁴. במחקר של דמיאן ועמיתיו (2017), נמצא כי מדיניות נוקשה ובירוקרטיה מורכבת מנעו התאמות נדרשות בזמן אמת. ¹⁹
2. קשיים בשינוי מדיניות. אתגרים בפיתוח ועדכון תקנות פורמליות ⁴⁰. היעדר הגדרות ופרמטרים מדויקים למדידת התוצאות, שונות רבה בפרשנות וביישום בין מחלקות שונות, וקושי באיזון בין לחצים ארגוניים לבין עקרונות הטיפול החדשים, עשויים להביא לקשיים בשינוי המדיניות. ⁴⁰

3. התנגדות לשינויים מערכתיים. קושי בשינוי דפוסי עבודה מבוססים¹⁹. הצוותים הביעו חשש משמעותי משינוי שיטות העבודה המוכרות והתנגדות לשינוי בגישה הטיפולית המסורתית, במיוחד כשהדבר מלווה בקושי להפריד בין החיים האישיים לתפקיד המקצועי¹⁹. ההתמודדות עם התנגדויות הצוות לשינוי כללה יצירת אקלים ארגוני תומך והגברת האמפתיה בין עמיתים, לצד מדיניות עבודה גמישה מול המטופלים. במקביל, הוטמעו פרקטיקות של טיפול עצמי לצוותים, התאמת סביבת העבודה הפיזית, ופיתוח אסטרטגיות צוותיות כמו פגישות בפורמט פתוח יותר שאפשרו דיון והפגת מתחים¹⁹.

המלצות מעשיות- מדיניות המשלבת נהלים מותאמי טראומה

1. ביצוע סקירה מקיפה של מדיניות ונהלים קיימים לזיהוי תחומים הדורשים התאמה⁴⁰.
2. פיתוח תהליך מובנה לעדכון ושינוי נהלים בהתאם למשוב העולה מהשטח³⁴.
3. יצירת מנגנוני בקרה להבטחת יישום המדיניות החדשה¹⁹.
4. שיתוף של צוות ומטופלים בפיתוח ועדכון מדיניות³⁸.
5. תיעוד והפצה שיטתית של שינויי מדיניות לכל בעלי העניין³⁹.
6. התאמה של נהלים מותאמי טראומה לאוכלוסיות מיוחדות⁴⁹.

10. הערכה חיצונית של יעילות והשפעת התוכנית

הערכה חיצונית של תוכניות לטיפול מותאם טראומה מהווה מרכיב חיוני להבטחת האפקטיביות והקיימות של התוכנית. מחקרים מראים שהערכה חיצונית מקצועית מספקת מבט אובייקטיבי ומאפשרת זיהוי נקודות חוזק וחולשה בתוכנית^{40,51}. חשוב שההערכה תהיה מקיפה ותכלול מדדים כמותיים ואיכותניים, תוך התייחסות להשפעות על מטופלים, צוות והארגון בכללותו.

גורמים מקדמים

1. שימוש במגוון כלי הערכה. שילוב מדדים כמותיים ואיכותניים בתהליך ההערכה⁴⁰. בתהליכי הערכה חיצונית, החוקרים השתמשו בכלים שמספקים מדדים אובייקטיביים להטמעת השינוי במערכות ארגוניות לדוגמא Trauma-System Readiness Tool (TSRT), Trauma-Informed System Change Instrument (TISC), ו-TICOMETER למדידת רמת הטמעת גישה מותאמת טראומה בארגוני בריאות^{40, 51}. כמו כן, נבחנו התוצאות הקליניות באמצעות שאלונים שבחנו את השינויים בתפקוד כמו (Child Behavior Checklist (CBCL), ובוצעו ראיונות חצי מובנים וקבוצות מיקוד לקבלת מידע איכותני משלים על חוזקות וחולשות היישום.
2. שיתוף פעולה אקדמי-קליני. יצירת שותפויות עם גורמי מחקר אקדמיים³⁹. במחקר של ביידס ועמיתיו (2016), שותפות עם צוות מחקר אוניברסיטאי אפשרה הערכה מקצועית ולמידה מתמשכת³⁹.

3. הערכה רב-ממדית. בחינת השפעת התוכנית על מגוון היבטים ועל בעלי עניין שונים. ³⁸

גורמים מעכבים

1. מגבלות מתודולוגיות. קשיים במדידה והערכה של גישות מותאמות-טראומה ⁵¹. לדוגמא, במחקר של פרננדס ועמיתיו (2023), זוהו מגבלות משמעותיות כגון היעדר קבוצות ביקורת ומחסור במדדים מתוקפים. ⁴⁰
2. חוסר במשאבים להערכה. מחסור בתקציב ומשאבים לביצוע הערכה מקיפה. ⁴²
3. קשיים באיסוף נתונים. אתגרים בתיעוד ומעקב שיטתי. ³⁵

המלצות מעשיות- הערכה חיצונית של יעילות והשפעת התוכנית

1. פיתוח תוכנית הערכה מקיפה בשיתוף מומחים חיצוניים. ⁴⁰
2. יצירת שותפויות עם מוסדות אקדמיים למחקר והערכה. ³⁹
3. הקצאת משאבים ייעודיים להערכה חיצונית כחלק מתקציב התוכנית. ⁴²
4. שילוב מגוון בעלי עניין בתכנון ויישום ההערכה. ³⁸
5. פיתוח מערכת לשיתוף ממצאי ההערכה עם כל בעלי העניין. ⁵¹

סיכום

טיפול מותאם טראומה (TIC) מהווה גישה מקיפה המיועדת לשפר את איכות הטיפול ולמנוע טראומטיזציה משנית במערכות בריאות¹³. מהסקירה עולה כי הטמעה מוצלחת של טיפול מותאם טראומה דורשת גישה שיטתית, ארוכת טווח ורב-ממדית.

תובנות מרכזיות וגורמי מפתח להצלחה

1. מחויבות ההנהלה והקצאת משאבים.^{31, 34, 35}
2. גישה מערכתית וכוללנית- התייחסות למכלול ההיבטים הארגוניים: הכשרות הצוותים, התאמת הסביבה הפיזית, פיתוח מדיניות ופרוטוקולים ותרבות ארגונית.⁴⁰
3. שיתוף פעולה רב-מגזרי- יצירת רשת שירותים מקיפה ומנגנוני תיאום טיפול בין ארגונים שונים מרחיבה את היקף ההשפעה ומבטיחה רצף טיפולי.^{39, 42}
4. מדידה והערכה שיטתית- זיהוי אתגרים, התאמת התוכנית בזמן אמת, למידה מתמשכת והצגת האפקטיביות.^{35, 51}
5. ראייה ארוכת טווח- שינוי תרבותי ומערכתי משמעותי דורש זמן של 3 עד 5 שנים והתמדה: מדובר בתהליך מתמשך ולא באירוע חד-פעמי.^{39, 40}
6. גמישות והתאמה מתמדת -התאמה לתוכנית בהתבסס על משוב מהשטח, למשאבים המשתנים ולצרכים המתעדכנים של אוכלוסיית היעד.^{19, 34}

הצעה ליישום

להלן הצעה למודל יישום פרקטי המחולק לשלבים מדורגים, המבוסס על הספרות המחקרית שנסקרה:

שלב 1- הכנה והקמת התשתית הארגונית (3-6 חודשים)

1. גיוס מחויבות ההנהלה הבכירה- הצגת נתונים מבוססי מחקר על תרומתו של טיפול מותאם טראומה על המטופלים והצוות³⁴, קיום מפגשי חשיפה והכרות עם עקרונות הטיפול מותאם טראומה להנהלה הבכירה³¹ והגדרת מדדי הצלחה ראשוניים ברמת הארגון, הצוות והמטופלים.¹⁸
2. הקמת ועדת היגוי וצוות מוביל- הקמת ועדת היגוי רב- מקצועית¹⁸, מינוי רכז התוכנית בעל הכשרה בתחום הטראומה במשרה ייעודית³⁹ ואיתור ומינוי מובילי שינוי (Champions) באגפים השונים בארגון.³⁶
3. פיתוח תכנית עבודה רב שנתית- פיתוח תוכנית עבודה מפורטת הכוללת אבני דרך, לוחות זמנים ומדדי תוצאה.³⁵

4. תכנון תקציב רב שנתי- יצירת בסיס יציב לתכנית באמצעות הקצאת תקציב ייעודי רב-שנתי (3-5 שנים)⁴⁰. כמו כן, הקצאת משאבים להכשרות צוות, התאמות סביבתיות, מערכות מדידה ותמריצים לצוות.³⁸

שלב 2- הערכת מצב ועיצוב התוכנית (3-6 חודשים)

1. ביצוע מיפוי ארגוני- הערכה של המצב הקיים וצרכי הארגון באמצעות סקרי עמדות ותפיסות בקרב הצוות בנושא טראומה וטיפול מותאם טראומה³³, ניתוח הסביבה הפיזית והתאמתה לטיפול מותאם טראומה⁴² ומיפוי תהליכי העבודה הקיימים בארגון.³⁴
2. התאמת התוכנית לצרכי הארגון- התאמת עקרונות טיפול מותאם טראומה לסוג הארגון, אוכלוסיית המטופלים וההקשר התרבותי^{14,16}, פיתוח פרוטוקולים מובנים וגמישים המותאמים לצרכים הייחודיים של המחלקות השונות⁴⁰ וגיבוש תוכנית הטמעה מדורגת המתחשבת במשאבים, אתגרים וחוזקות של הארגון.¹⁹
3. פיתוח מערכת איתור, הערכה ומענה קליני- בחירה והתאמה של כלי איתור מתוקפים לטראומה⁴⁷, שילוב כלי האיתור במערכות המידע הקיימות בארגון¹⁷, בניית מסלולי טיפול מותאמים בהתאם לממצאי האיתור⁴¹ ושיתוף פעולה עם גורמים אקדמיים למחקר והערכה.⁴⁰

שלב 3- הכשרה והטמעה ראשונית (6-12 חודשים)

1. הכשרה רב- שלבית- הכשרה מקיפה ומתמשכת למובילי השינוי (Champions) למשך שישה חודשים³⁶, הכשרה בסיסית למשך יומיים בתחום הטראומה וטיפול מותאם טראומה לכל עובדי הארגון³⁸, הכשרה מתקדמת ייעודית לאנשי מקצוע לפי תפקידים²¹ ושילוב מומחים מניסיון בתהליך ההכשרה.⁴⁴
2. הקמת מערכי תמיכה והדרכה לצוות- הקמת מערך הדרכה קליני קבוע עם מומחים בתחום הטראומה³⁹, פיתוח מענים לטיפול בטראומה משנית ושחיקה בקרב הצוות⁴⁶, קיום מפגשי למידה שיתופית חודשיים למובילי השינוי³⁶ ופיתוח מאגר מידע מקוון לחומרי למידה והעשרה.³⁸
3. יישום ראשוני והתאמת הסביבה- הטמעה הדרגתית של פרוטוקולים לאיתור והערכת טראומה⁴⁷, התנסות ביישום עקרונות טיפול מותאם טראומה במחלקות פיילוט³⁵, שינויים ראשוניים בסביבה הפיזית¹⁹ ואיסוף משוב שוטף מהצוות והמטופלים לזיהוי אתגרים וחסמים.⁴²
4. מדידה והערכה ראשונית- קביעת מדדי בסיס לפני תחילת ההטמעה המלאה³⁵, איסוף נתונים שוטף בשלבי הפיילוט⁵¹, ניתוח תוצאות ראשוניות⁵⁰ והתאמת התכנית בהתאם לממצאים לפני המעבר ליישום מלא.^{40,42}

שלב 4- יישום מלא וביסוס התכנית (2-1 שנים)

1. הרחבת היישום לכלל הארגון- פריסה הדרגתית של התוכנית לכל המחלקות והיחידות בארגון¹⁸, התאמת פרוטוקולים ונהלים בכל רמות הארגון לעקרונות טיפול מותאם טראומה⁴⁰, יישום מלא

- של כלי איתור והערכת טראומה בכל יחידות הארגון ³⁹ וביצוע הכשרות רענון לצוות והכשרה שוטפת לעובדים חדשים ⁴³.
2. בניית שותפויות ורשת הפניות ותמיכה- פיתוח שיתופי פעולה עם ארגונים קהילתיים ושירותי טיפול משלימים ³⁹, יצירת מנגנוני הפניה ותיאום טיפול בין שירותים שונים ⁴² וקיום מפגשי תיאום בין-ארגוניים לשיפור הרצף הטיפולי ¹⁸.
3. מדידה והערכה שיטתית- איסוף נתונים שיטתי ורציף למען ניטור ושיפור מתמיד ³⁵, קיום תחקירים לאחר אירועים משמעותיים ללמידה והפקת לקחים ⁵⁰, ניתוח נתונים והתאמת התכנית לממצאים ולצרכים המשתנים בארגון ⁴⁰.

שלב 5- הטמעה עמוקה ושימור (3 שנים ואילך)

1. הטמעה בתרבות הארגונית- שילוב התפיסה של ארגון מותאם טראומה בחזון ובערכי הארגון ³⁴, הטמעת עקרונות טיפול מותאם טראומה בכל מסמכי המדיניות והנהלים ³⁹ וביסוס פרקטיקות מותאמות טראומה כחלק בלתי נפרד מזהות הארגון ⁴⁰.
2. פיתוח מתמשך והעמקת המומחיות- פיתוח מומחיות פנים-ארגונית באמצעות הכשרות מתקדמות ותוכניות התמחות ³⁸, פיתוח פרוטוקולים טיפוליים חדשניים המותאמים לאוכלוסיות ייחודיות ⁴⁹ ועדכון התוכנית בהתאם למחקרים ופרקטיקות חדשות ³⁹.
3. הערכה ארוכת טווח והפצת הידע- ביצוע הערכה חיצונית מקיפה של התוכנית אחת לשנה ⁵¹, פיתוח מדדי תוצאה ארוכי טווח להערכת האפקטיביות ⁵⁰, הפצת ידע וניסיון באמצעות פרסומים מקצועיים וכנסים ⁴⁰ והפיכת הארגון למרכז ידע והכשרה בתחום ¹⁸.

מודל היישום המוצג מספק מסגרת פרקטית שניתנת להתאמה לארגוני בריאות מסוגים שונים. יישום שיטתי של המודל, תוך הקפדה על השלבים השונים והתחשבות בהקשר הספציפי של כל ארגון, יסייע בהטמעה מוצלחת של טיפול מותאם טראומה בארגון.

לסיום, הטמעת טיפול מותאם טראומה היא תהליך הדורש מחויבות ותכנון ארוך טווח, משאבים מתאימים, ושיתוף פעולה מלא בין כל בעלי העניין בארגון ומחוצה לו ^{34,40}. המחקרים מראים כי כאשר התהליך מיושם באופן עקבי ושיטתי, התוצאות משמעותיות עבור המטופלים, הצוות, הארגון והקהילה ⁵⁰. בישראל, לאור שיעורי הטראומה הגבוהים בקרב האוכלוסייה והצוות הרפואי והמציאות הטראומטית המשותפת, הצורך וההכרח של הטמעת פרקטיקות מודעות טראומה אף מתעצם ²⁴. יישום ההמלצות המפורטות במסמך זה, תוך התאמתן להקשר הספציפי של כל ארגון, יכול לסייע בהטמעה מוצלחת של גישה זו ובשיפור איכות הטיפול במערכת הבריאות.

1. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K. & Domino, J. L. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress* 28, 489–498 (2015).
2. Zatzick, D. et al. Enhancing the population impact of collaborative care interventions: Mixed method development and implementation of stepped care targeting posttraumatic stress disorder and related comorbidities after acute trauma. *Gen Hosp Psychiatry* 33, 123–134 (2011).
3. Benjet, C. et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med* 46, 327–343 (2016).
4. Kessler, R. C. et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology* vol. 8 Preprint at <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383> (2017).
5. Holbrook, T. L. et al. Long-term posttraumatic stress disorder persists after major trauma in adolescents: New data on risk factors and functional outcome. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care* 58, 764–771 (2005).
6. Landolt, M. A., Vollrath, M. E., Gnehm, H. E. & Sennhauser, F. H. Post-Traumatic Stress Impacts on Quality of Life in Children after Road Traffic Accidents: Prospective Study.
7. Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C. & Youngstrom, E. A. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *J Trauma Stress* 26, 299–309 (2013).
8. Felitti, V. J. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 14, 245–258 (1998).
9. Magruder, K. M. et al. Long-Term Trajectories of PTSD in Vietnam-Era Veterans: The Course and Consequences of PTSD in Twins. *J Trauma Stress* 29, 5–16 (2016).
10. Scott, K. M. et al. Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: A cross-national, cross-sectional study. *PLoS One* 8, (2013).
11. Hughes, K. et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2, e356–e366 (2017).
12. Berring, L. L. et al. Implementing Trauma-Informed Care—Settings, Definitions, Interventions, Measures, and Implementation across Settings: A Scoping Review.

- Healthcare (Switzerland) vol. 12 Preprint at <https://doi.org/10.3390/healthcare12090908> (2024).
13. Bruce, M. M. et al. Trauma Providers' Knowledge, Views, and Practice of Trauma-Informed Care. *Journal of Trauma Nursing* 25, 131–138 (2018).
 14. Samhsa. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services TIP 57 A TREATMENT IMPROVEMENT PROTOCOL. Behavioral Health Services TIP vol. 57 <http://store.samhsa.gov>.
 15. Marsac, M. L. et al. Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks. *JAMA Pediatrics* vol. 170 70–77 Preprint at <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2206> (2016).
 16. Abuse, S. & Health Services Administration, M. Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach I Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach Acknowledgments Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. <http://store.samhsa.gov>. (2014).
 17. Sala-Hamrick, K. J. et al. Trauma-Informed Pediatric Primary Care: Facilitators and Challenges to the Implementation Process. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 48, 363–381 (2021).
 18. Bartlett, J. D. et al. Trauma-Informed Care in the Massachusetts Child Trauma Project. *Child Maltreat* 21, 101–112 (2016).
 19. Damian, A. J., Gallo, J., Leaf, P. & Mendelson, T. Organizational and provider level factors in implementation of trauma-informed care after a city-wide training: An explanatory mixed methods assessment. *BMC Health Serv Res* 17, (2017).
 20. Loomis, B., Epstein, K., Dauria, E. F. & Dolce, L. Implementing a Trauma-Informed Public Health System in San Francisco, California. *Health Education and Behavior* 46, 251–259 (2019).
 21. Jee, S. H. et al. Providing trauma-informed pediatric care for underserved populations: Reflections on a teaching intervention. *Dev Child Welf* 2, 21–36 (2020).
 22. Ziegler, M. F., Greenwald, M. H., DeGuzman, M. A. & Simon, H. K. Posttraumatic stress responses in children: Awareness and practice among a sample of pediatric emergency care providers. *Pediatrics* 115, 1261–1267 (2005).
 23. Hall, A. et al. Educating emergency department nurses about trauma informed care for people presenting with mental health crisis: A pilot study. *BMC Nurs* 15, (2016).
 24. Levi-Belz, Y., Groweiss, Y., Blank, C. & Neria, Y. PTSD, depression, and anxiety after the October 7, 2023 attack in Israel: a nationwide prospective study. *EClinicalMedicine* 68, (2024).

25. Kassam-Adams, N. et al. Nurses' Views and Current Practice of Trauma-Informed Pediatric Nursing Care. *J Pediatr Nurs* 30, 478–484 (2015).
26. Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K. & Carney Doebbeling, C. Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology* vol. 14 267–277 Preprint at <https://doi.org/10.1177/1359105308100211> (2009).
27. Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A. & Reimels, E. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *J Emerg Nurs* 36, 420–427 (2010).
28. Robins, P. M., Meltzer, L. & Zelikovsky, N. The Experience of Secondary Traumatic Stress Upon Care Providers Working Within a Children's Hospital. *J Pediatr Nurs* 24, 270–279 (2009).
29. Hanson, R. F. & Lang, J. A Critical Look At Trauma-Informed Care Among Agencies and Systems Serving Maltreated Youth and Their Families. *Child Maltreat* 21, 95–100 (2016).
30. Blanch, A. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), under Contract with the Center for Mental Health Services (CMHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
31. Azeem, M. W. et al. Restraint Reduction at a Pediatric Psychiatric Hospital: A Ten-Year Journey. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 28, 180–184 (2015).
32. Esaki, N. et al. The sanctuary model: Theoretical framework. *Families in Society* 94, 87–95 (2013).
33. Galvin, E., O'Donnell, R., Mousa, A., Halfpenny, N. & Skouteris, H. Attitudes towards trauma-informed care in residential out-of-home care. *Child Youth Serv Rev* 117, (2020).
34. Huo, Y. et al. Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: a systematic review. *Implementation Science Communications* vol. 4 Preprint at <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00428-0> (2023).
35. Hale, R. & Wendler, M. C. Evidence-Based Practice: Implementing Trauma-Informed Care of Children and Adolescents in the Inpatient Psychiatric Setting. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 29, 161–170 (2023).
36. Koury, S. P. & Green, S. A. Developing Trauma-Informed Care Champions: A Six-Month Learning Collaborative Training Model. *Adv Soc Work* 18, 145–166 (2017).

37. Connell, C. M., Lang, J. M., Zorba, B. & Stevens, K. Enhancing Capacity for Trauma-informed Care in Child Welfare: Impact of a Statewide Systems Change Initiative. *Am J Community Psychol* 64, 467–480 (2019).
38. Burns, C. J. et al. Trauma-Informed Care Curricula for the Health Professions: A Scoping Review of Best Practices for Design, Implementation, and Evaluation. *Academic Medicine* vol. 98 401–409 Preprint at <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005046> (2023).
39. Beidas, R. S. et al. Lessons learned while building a trauma-informed public behavioral health system in the City of Philadelphia. *Eval Program Plann* 59, 21–32 (2016).
40. Fernández, V., Gausereide-Corral, M., Valiente, C. & Sánchez-Iglesias, I. Effectiveness of Trauma-Informed Care Interventions at the Organizational Level: A Systematic Review. *Psychological Services* vol. 20 849–862 Preprint at <https://doi.org/10.1037/ser0000737> (2023).
41. Purbeck, C. A. et al. Trauma-informed measurement-based care for children: Implementation in diverse treatment settings. *Psychol Serv* 17, 311–322 (2020).
42. Brown, T. et al. Trauma-informed Care Interventions in Emergency Medicine: A Systematic Review. *Western Journal of Emergency Medicine* vol. 23 334–344 Preprint at <https://doi.org/10.5811/westjem.2022.1.53674> (2022).
43. Palfrey, N. et al. Achieving Service Change Through the Implementation of a Trauma-Informed Care Training Program Within a Mental Health Service. *Community Ment Health J* 55, 467–475 (2019).
44. McNamara, M. et al. Training Hospital Personnel in Trauma-Informed Care: Assessing an Interprofessional Workshop With Patients as Teachers. in *Academic Pediatrics* vol. 21 158–164 (Elsevier Inc., 2021).
45. Tuck, S. G. et al. B'More Fit for Healthy Babies: Using Trauma-Informed Care Policies to Improve Maternal Health in Baltimore City. *Women's Health Issues* 27, S38–S45 (2017).
46. Isobel, S. Trauma and the perinatal period: A review of the theory and practice of trauma-sensitive interactions for nurses and midwives. *Nurs Open* 10, 7585–7595 (2023).
47. Dueweke, A. R., Hanson, R. F., Wallis, E., Fanguy, E. & Newman, C. Training Pediatric Primary Care Residents in Trauma-Informed Care: A Feasibility Trial. *Clin Pediatr (Phila)* 58, 1239–1249 (2019).

48. Ashby, B. D., Ehmer, A. C. & Scott, S. M. Trauma-informed care in a patient-centered medical home for adolescent mothers and their children. *Psychol Serv* 16, 67–74 (2019).
49. Rich, A. J., DiGregorio, N. & Strassle, C. Trauma-informed care in the context of intellectual and developmental disability services: Perceptions of service providers. *Journal of Intellectual Disabilities* 25, 603–618 (2021).
50. Goldstein, E. et al. Effectiveness of Trauma-Informed Care Implementation in Health Care Settings: Systematic Review of Reviews and Realist Synthesis. (2024).
51. Champine, R. B., Lang, J. M., Nelson, A. M., Hanson, R. F. & Tebes, J. K. Systems Measures of a Trauma-Informed Approach: A Systematic Review. *Am J Community Psychol* 64, 418–437 (2019).
52. Houck, E. J. & Dracobly, J. D. Trauma-Informed Care for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities: From Disparity to Policies for Effective Action. *Perspect Behav Sci* 46, 67–87 (2023).