MHJ
مجلات لومورا

المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية

المجلد 1، العدد 8 (2025) · e-ISSN 3152-8775

مقالة أصلية · DOI: غير مسجل

النهج المراعية للصدمات في لقاءات الرعاية الصحية للبالغين: مراجعة سردية مركّزة للممارسة الأخلاقية والأدلة السريرية وضمانات التطبيق

عبدالرحمن شديد المطيري[1,*]، أحمد خالد الخطيب[2]، أحمد سعيد المالكي[3]، علاء يحيى الهلالي[4]

تاريخ النشر	تاريخ القبول	تاريخ التقديم
31 أغسطس 2025	25 أغسطس 2025	20 أغسطس 2025

[1] جامعة القصيم، المملكة العربية السعودية
[2] جامعة الملك فيصل، الأحساء، المملكة العربية السعودية
[3] جامعة الملك فيصل، الأحساء، المملكة العربية السعودية
[4] جامعة حائل، المملكة العربية السعودية

* **المراسلة:** عبدالرحمن شديد المطيري، fatemalumora@gmail.com

ملخص



الملخص الرسومي

الخلفية: تصف الرعاية المراعية للصدمات (TIC) نهجًا علائقيًا وتنظيميًا يختلف عن العلاج الموجّه للصدمات.

الهدف: دراسة ضمانات لقاءات البالغين والأدلة على نتائج المرضى وحدود التطبيق.

المنهجية: اقتصر استكشاف مركّز بالكلمات المفتاحية في عنوان وملخص PubMed بتاريخ 6 أكتوبر 2026 على 45 سجلًا، مع مصادر تكميلية مستهدفة ومتحقق منها. وكان الاختيار والقراءة بالإنجليزية قصديين. وحُفظت ست نسخ متاحة قانونيًا من PMC واستُشيرت المقاطع المتاحة؛ وقُيّمت السجلات الأخرى على مستوى الملخص المفهرس والبيانات الوصفية. ولم يُجر بحث شامل أو فحص بشري مزدوج أو تسجيل بروتوكول أو تحليل تلوي جديد أو تقييم رسمي لليقين.

التوليف: شملت مراجعة AHRQ لعام 2025 عدد 12 دراسة في 16 منشورًا، جميعها عالية خطر التحيز، ووجدت أدلة غير كافية لنتائج المرضى أو المستفيدين؛ ولم تجمع دراساتها بيانات عن الأضرار [1]. وسبق آخر موعد بحثها في يوليو 2024 التجربة العنقودية التشيلية التي ضمت 214 مريضًا عبر 16 فريقًا وأبلغت عن درجات اكتئاب أقل بعد ستة أشهر لنموذج حزمة محدد؛ وقُيّم 81/115 و60/99 من المشاركين بعد ستة أشهر [2]. وضمت دراسة تجريبية في نيو أورلينز 42 شخصًا، وحُلّل 40 عند خط الأساس وبقي 36 بعد تسعة أشهر؛ ولم تبلغ مقارنات اضطراب ما بعد الصدمة بين المجموعات الدلالة الإحصائية [3]. وتتعلق نتائج التدريب بمقدمي الرعاية أو باللقاءات المعيارية ولا تثبت فائدة للمرضى في الرعاية المعتادة [4]. وتشمل أدلة AHRQ بيئات البالغين والأطفال والخدمات الاجتماعية، بما فيها دراستان طبيتان للبالغين ودراسة واحدة للصحة النفسية للبالغين فقط. ويحد هذا النطاق المختلط من مباشرة استنتاجها للقاءات البالغين.

لا تزال الخيارات، والخصوصية، والقدرة على الاستجابة بمثابة إجراءات وقائية مقترحة وليست مكونات علاجية مثبتة.

الخلاصة: يوفّر الاختيار والخصوصية والقدرة على الاستجابة مبررًا أخلاقيًا للتطبيق. وتتطلب ادعاءات الفعالية للمرضى أدلة تخص النموذج والسكان والنتيجة؛ ولم يثبت أثر محلي أو تفوق للفحص الشامل.

الشكل 1. ملخص رسومي لسؤال المراجعة، ومنهجية الأدلة، وتفسيرها.

مصدر وتفسير للشكل 1. ملخص المؤلف للأدلة المقدمة في النص والاقتباسات الخاصة بالمصدر الموجودة في جداول المخطوطة. الرسوم التوضيحية والأسهم هي مفاهيمية ولا تصور نتائج مقاسة أو بيانات جديدة للمرضى أو فوائد محلية مثبتة.

الكلمات المفتاحية: الرعاية المراعية للصدمات؛ الأخلاقيات؛ الرعاية المتمحورة حول المريض؛ التطبيق؛ الرعاية الصحية للبالغين؛ مراجعة سردية.

للاستشهاد: عبدالرحمن شديد المطيري، أحمد خالد الخطيب، أحمد سعيد المالكي، علاء يحيى الهلالي. النهج المراعية للصدمات في لقاءات الرعاية الصحية للبالغين: مراجعة سردية مركزة للممارسة الأخلاقية والأدلة السريرية وضمانات التطبيق. المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية. 2025;1(8):MHJ-2026-000384. © المؤلفون. منشور بنظام الوصول المفتوح بموجب رخصة المشاع الإبداعي نَسب المُصنَّف 4.0 الدولية (CC BY 4.0)، https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

مقدمة

تشيع الصدمات بين البالغين في بيئات متنوعة، ويحمل عدد كبير ممن يرتادون خدمات الرعاية الروتينية تاريخًا يؤثر في تجربتهم للقاء السريري [5, 6]. ونشأت الرعاية المراعية للصدمات (TIC) في الولايات المتحدة، ولا سيما في خدمات الصحة النفسية واضطرابات تعاطي المواد، وأُطّرت دوليًا عبر إطار «4 Rs» لإدارة خدمات تعاطي المواد والصحة النفسية (SAMHSA): إدراك أثر الصدمة، والتعرف على علاماتها، والاستجابة بدمج تلك المعرفة، ومقاومة إعادة التعرض للصدمة [5, 6, 7, 8, 9]. وتختلف الرعاية المراعية للصدمات مفاهيميًا عن العلاج الموجّه للصدمات: فالأولى تعيد تنظيم الخدمات لتقليل الضرر وتعزيز السلامة للجميع، بمن فيهم من لم يفصحوا عن تاريخ صدمة، بينما يعالج الثاني أعراضًا مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بعلاجات نفسية ودوائية محددة قائمة على الأدلة [6, 10]. وقد يؤدي الخلط بين المجالين إلى المبالغة في الأدلة على الاحتياطات الشاملة وإساءة تطبيق الأدلة القوية للعلاجات الموجّهة للصدمات.

تدفع هذه المراجعة ثلاثة اعتبارات. أولًا، يستند المبرر الأخلاقي للممارسة المراعية للصدمات إلى الإحسان وعدم الإيذاء واحترام الاستقلالية والعدالة، خصوصًا لمن قُيّدت استقلاليتهم بعنف سابق أو مستمر [7, 11, 12]. ثانيًا، تتفاوت الأدلة السريرية؛ إذ تظهر الرعاية المراعية للصدمات بوصفها احتياطًا شاملًا ونماذج الرعاية التعاونية المجمّعة أنماط أثر مختلفة باختلاف النتائج والبيئات [1, 2, 3, 4, 5, 6]. ثالثًا، ضمانات التطبيق أساسية: فالتدريب المحسن لثقة مقدمي الرعاية لا يثبت وحده فائدة للمريض؛ وقد يضر الفحص بلا قدرة على الاستجابة؛ وقد تتعزز أوجه عدم المساواة الهيكلية إذا قُدمت الرعاية المراعية للصدمات كقائمة تحقق بدل تغيير تنظيمي [5, 6, 9, 13]. وينبغي لأي مناقشة للبالغين تجنب تعميم نتائج فئات الأمومة والاتجار واللاجئين على جميع لقاءات البالغين أو تحويلها إلى قوالب ثقافية نمطية [5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21].

تهدف المراجعة إلى (أ) وصف الآليات المفترضة لتأثير الرعاية المراعية للصدمات في اللقاءات السريرية؛ و(ب) تلخيص الأدلة الحالية على فعاليتها وأضرارها لدى البالغين؛ و(ج) تحديد ضمانات التطبيق والأمثلة المضادة؛ و(د) التمييز بين الاحتياطات الشاملة المراعية للصدمات والعلاج الموجّه للصدمات؛ و(هـ) مناقشة إطار مقترح للتكييف المحلي. وتُربط الادعاءات بمصادر محددة، وتظل نقاط الممارسة السريرية مرتبطة بأدلتها مع الحفاظ على الحاجة إلى الحكم السريري الفردي. وتُقدم مساهمة سردية مركزة دون ادعاء الشمول.

منهجية المراجعة

أُجريت مراجعة سردية مُركّزة بدلاً من مراجعة منهجية أو تحليل تجميعي. البحث الفعلي الذي أُجري لهذا النص كان عبارة عن بحث في قاعدة بيانات PubMed باستخدام كلمات مفتاحية في عنوان/ملخص النص، وذلك في تاريخ 6 أكتوبر 2026، مع تحديد عدد النتائج بـ 45، باستخدام مجموعات من المصطلحات المتعلقة بـ "الرعاية القائمة على إدراك الصدمات"، و"الاحتياطات الشاملة"،

و"التجارب السلبية في مرحلة الطفولة"، و"الرعاية الأولية"، و"التمريض"، و"الصحة الإنجابية"، و"الاتجار بالبشر"، و"صحة اللاجئين"، و"التشرد"، و"الأخلاقيات"، و"التطبيق". أُضيفت مصادر PubMed تكميلية مستهدفة، بما في ذلك تقرير الأدلة الصادر عن AHRQ 2025، واسترجاع مُستهدف لسجلات PubMed الخاصة بالدراسات الأولية المحددة. لم يتم البحث في قواعد البيانات التي تم البحث فيها من خلال مراجعات المصادر المنشورة لهذا النص. إن القراءة باللغة الإنجليزية والاختيار الهادف لا يعنيان وجود فحص رسمي لمعايير الأهلية.

كان الاختيار قصديًا بحسب الصلة. وفُضّلت الدراسات المركزة على البالغين والتحليلات المفاهيمية والأخلاقية وتوليفات التطبيق؛ وأُبقيت أدبيات الأمومة والاتجار واللاجئين أمثلة سياقية محددة لا أساسًا للتعميم. ولم يُنشأ فحص رسمي للاستبعاد أو حصر شامل للسجلات غير المؤهلة؛ بل وجهت صلة الأدبيات بلقاءات البالغين القراءة القصدية. ولم يُجر فحص بشري مزدوج أو تسجيل بروتوكول أو تقييم رسمي لليقين مثل .GRADE وكان القصد تجميع توليف مترابط بالمصادر لا ادعاء التغطية الشاملة.

تُحقق من الملخصات المفهرسة والبيانات الوصفية لجميع المصادر المحتفظ بها عبر سجلات PubMed؛ وخضع تقرير AHRQ أيضًا لفحص ملخصه المنظم الرسمي. واستُشيرت النصوص الكاملة المتاحة في PMC حيث توفرت؛ واحتُفظ بست نسخ كاملة للاستخدام السردي (Goldstein وHuo وGrossman وHart وGreen وMeredith)، واستُخدمت المقاطع المقدمة والمتاحة فقط، دون تقييم ببليوغرافي كامل لكل مرجع. واستُمد تقرير AHRQ لعام [1] 2025 والتجربة العنقودية التشيلية [2] من الملخصات المفهرسة ومصادر تكميلية متحقق منها، لا من نص كامل محفوظ. ولا يعني سقف الاستكشاف البالغ 45 سجلًا في PubMed إدراج 45 دراسة؛ فالأعداد الأدبية مثل «12 دراسة مؤهلة» أو «16 منشورًا» تخص مراجعات المصادر نفسها لا الفحص الحالي. ولم يثبت هذا البحث استنتاجًا بوجود فجوة أدلة سعودية.

نُظّم توليف الأدلة حول آليات اتخاذ القرار، والاختلافات بين الدراسات، والأضرار التي تركز على المريض، وقيود الأدلة، والبيانات المفقودة، والقياس العملي، والمسؤوليات والأمثلة المضادة. تلخّص ثلاثة جداول عمليات التوليف الرئيسية.

تعريفات، ونطاق، والتمييز عن العلاج المرتكز على الصدمات.

يحدد تعريف SAMHSA المفاهيمي الصدمة على أنها حدث أو سلسلة من الأحداث أو مجموعة من الظروف التي يمر بها الفرد وتكون ضارة جسديًا أو عاطفيًا أو تهدد حياته، مع آثار سلبية دائمة على الأداء والرفاهية [5, 6]. يوسع نموذج TIC هذا التعريف ليشمل المستويات الفردية والشخصية والجماعية أو الهيكلية، مع الاعتراف بالعنصرية والفقر والوصم كمصادر للصدمة التي تؤثر على المشاركة في الرعاية الصحية [9, 13]. تم صياغة التمريض القائم على الوعي بالصدمات حول مبادئ السلامة والجدارة بالثقة والاختيار والتعاون والاحترام، مع تحديد الفحص وجودة العلاقة وتقليل الضيق والتعاون متعدد التخصصات وتعزيز نموذج TIC كموضوعات شاملة [10, 11, 12].

من المهم التمييز بين الرعاية المراعية للصدمات بوصفها احتياطًا شاملًا وعلاجات اضطراب ما بعد الصدمة والحالات الأخرى ذات الصلة والموجّهة للصدمات. تستهدف العلاجات الموجّهة للصدمات، مثل العلاج المعرفي السلوكي الموجه للصدمات وEMDR والتعرض المطول، الأعراض ولها أدلتها المميزة؛ وهي تتطلب مسارات إحالة يجب أن تتيحها برامج الرعاية المراعية للصدمات دون أن تحل محلها [6, 10]. ووزع التوليف الواقعي لـ Goldstein وزملائه عام 2024 عدد 16 مراجعة على مجالات تطبيق SAMHSA الـ10، فوجد المشاركة والإشراك (10 دراسات)، والتدريب وتطوير القوى العاملة (9)، والتعاون بين القطاعات (8)، وخدمات الفحص والتقييم والعلاج (7) أكثر المجالات تناولًا، في حين ندر تناول البيئة المادية والتمويل [5]. ولخصت مراجعة Huo وزملائه المنهجية لعدد 27 دراسة في 28 منشورًا العوائق والميسرات عبر الإطار الموحد لأبحاث التطبيق، مبرزة أهمية تأييد القيادة والموارد والبروتوكولات المرنة [6].

أجرى تحليل مفاهيمي لنموذج التمريض القائم على إدراك الصدمات، وطرح الحاجة إلى اتباع نهج شامل ومتعدد التخصصات من خلال الاعتراف والفحص الشاملين، مع تدخلات مستهدفة لخلق نظام للشفاء من خلال تمكين المرضى وبناء علاقات قوية [12]. يؤدي هذا التركيز على الاعتراف الشامل إلى إثارة سؤال منفصل: متى يعني الاعتراف الشامل الفحص الشامل، ومتى يعني الاحتياطات الشاملة دون البحث النشط عن الحالات؟ الأدبيات ليست متسقة. دافع مؤلفو الأبحاث المتعلقة بالصحة الإنجابية عن الفحص الشامل لتاريخ الاعتداء الجنسي في الممارسة التوليدية [14, 15, 21]، في حين أشارت برامج التدريب على الرعاية الطبية القائمة على إدراك الصدمات (TI-Med) صراحةً إلى أن الفحص الشامل ليس هدفها، ووصفوا أساليب حساسة للكشف عن المعلومات بدلاً من البحث الإلزامي عن الحالات [4]. لم تجمع مراجعة AHRQ 2025 بيانات حول الأضرار؛ حيث يركز نطاقها على مناهج TIC غير المتجانسة في بيئات متنوعة، وليس على مقارنة مباشرة بين الفحص الشامل والاحتياطات الشاملة، مما يعني أن مقارنة المخاطر والفوائد بين الفحص الشامل والاحتياطات الشاملة لا تزال غير محلولة.

يعرض الجدول 1 العناصر المفاهيمية والعملية للرعاية القائمة على فهم الصدمات في مجال الرعاية الصحية للبالغين.

الجدول 1. العناصر المفاهيمية والعملية للرعاية الحساسة للصدمات في الرعاية الصحية للبالغين.

عنصر	الوصف	المصدر
تعريف الصدمة.	الأحداث الفردية، والشخصية، والجماعية/الهيكلية التي لها آثار سلبية دائمة.	[5, 6, 9]
SAMHSA 4 Rs	الإدراك، والتعرف، والاستجابة، ومقاومة إعادة الصدمة	[7, 8, 13]
مجالات تطبيق SAMHSA الـ10	المشاركة؛ التدريب؛ التعاون؛ الفحص/الخدمات؛ الحوكمة؛ السياسة؛ التقييم؛ المراقبة؛ التمويل؛ البيئة المادية	[5]
وضع الاحتياطات الشاملة	بافتراض التعرض لصدمة نفسية، يجب تصميم كل لقاء لتجنب إلحاق الضرر.	[6, 7, 9]
العلاج المرتكز على الصدمات (بالمقارنة مع)	علاجات محددة قائمة على الأدلة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة والحالات ذات الصلة.	[6, 10]
الاعتبارات الأخلاقية هي الأساس.	الإحسان، وعدم الإضرار، والاستقلالية، والعدالة.	[7, 11, 12]

ملاحظة في الجدول. تظهر معايير SAMHSA 4 Rs بصيغ مختلفة قليلاً عبر المصادر؛ والصيغة المذكورة أعلاه تعكس النسخة الأكثر اتساقًا التي تم الإبلاغ عنها. تم إدراج العلاج الموجه نحو الصدمات للمقارنة، وليس كمكون من مكونات TIC.

الأسس الأخلاقية والأضرار التي تركز على المريض.

يستند المبرر الأخلاقي للرعاية المراعية للصدمات إلى شيوع التعرض للصدمة وإلى قدرة الرعاية الروتينية الموثقة على إحداث صدمة مجددًا [7, 9, 11, 12]. وحدد تحليل Rudolph لعام 2021 اتساق هذه الرعاية مع الأطر الأخلاقية القائمة، ورأى أنها تخفف خطر إعادة الصدمة خصوصًا في سياقات العلاج غير الطوعي أو التقييد أو العزل، وتعالج أيضًا الصدمة غير المباشرة لدى العاملين [7]. ووصفت التحليلات التمريضية الرعاية المراعية للصدمات بأنها غير مستخدمة بما يكفي لدى الممارسين السريرين، وتعبير عن أخلاقيات التمريض واحترام حقوق الإنسان، مع التركيز على إيجاد بيئات آمنة ومرحبة بمن همشتهم النظم الصحية سابقًا [11, 12]. وأُبرزت اللغة المراعية للصدمات أداة سريرية ملموسة؛ إذ أشارت افتتاحية Hart وزملائه إلى أن اللغة الموصِمة، مثل وصف الشخص بمعاود الانتكاس أو كثير التردد، قد تعزز الوصم وتقوض الثقة؛ والآثار المقترحة في العبء التكيفي أو إعادة الإصابة آليات مفاهيمية لا آثار مقاسة لتدخل لغوي [13].

تُعدّ الأضرار التي تركز على المريض مصدر قلق أساسي. ذكرت مراجعة AHRQ 2025 بشكل صريح أن الدراسات المشمولة لم تجمع معلومات حول الأضرار أو الأحداث السلبية أو العواقب غير المقصودة لنهج الرعاية المتكيفة مع الصدمات (TIC) - وهو غياب لا يثبت السلامة، ولكنه يعني أن الممارسين والمؤسسات التي تتبنى نهج الرعاية المتكيفة مع الصدمات يجب أن تقوم ببناء آليات حماية محلية خاصة بها [1]. تشمل الأضرار المحتملة الإفراط في الكشف في البيئات غير الداعمة، وإعادة إحداث الصدمة بسبب الاستفسار الذي يحمل نوايا حسنة ولكنه غير مناسب من حيث التوقيت، وتفسير خاطئ للشكاوى المقدمة على أنها مرتبطة بالصدمة، وتعزيز أوجه عدم المساواة الهيكلية عندما يتم تطبيق نهج الرعاية المتكيفة مع الصدمات كتدريب منفصل بدلاً من تغيير تنظيمي [5, 6, 7, 13]. مثال مضاد يستحق الذكر: قد يسأل الطبيب، بعد ورشة عمل قصيرة حول نهج الرعاية المتكيفة مع الصدمات، كل مريض أسئلة مفصلة حول الصدمات في زيارة عيادة الرعاية الأولية المزدحمة دون وجود مسار واضح للاستجابة، مما قد يؤدي إلى إحداث ضيق دون فائدة.

يستحق الفحص تدقيقًا أخلاقيًا خاصًا. ويتسق استنتاج مراجعة AHRQ بعدم كفاية أدلة نتائج المرضى أو المستفيدين عبر البيئات مع الدعوات إلى الفحص فقط عند توفر القدرة على الاستجابة [1, 14, 15, 21]. وفي الرعاية الإنجابية يُستشهد على نطاق واسع بتوصية الكلية الأمريكية لأطباء التوليد وأمراض النساء بالفحص الشامل والتطبيق الشامل لنهج مراعٍ للصدمات، لكن Owens وزملاءه أقروا بأن الفحص الشامل لا يزال بعيدًا عن الممارسة الشاملة، وأكد Cahill وزملاؤه أن رعاية الإجهاض المراعية للصدمات تتطلب السلامة الفردية وتفكيك الحواجز النظامية معًا [14, 15]. واقترح مؤلفون في رعاية الأمومة وما بعد الولادة اعتبارات عملية للتواصل والسلوك والإجراءات لدمج الرعاية المراعية للصدمات في الرعاية الروتينية، مع اهتمام صريح بالفئات المهمشة [21]. وتستند هذه التوصيات، رغم اتساقها الأخلاقي، إلى التوافق والآلية لا إلى أدلة تجارب عشوائية تثبت تحسن النتائج.

يمثل الصدمة النفسية غير المباشرة بين الموظفين مصدر قلق أخلاقي إضافي. وقد تبين أن لدى الأطباء المقيمين في الجراحة معدلات كبيرة من اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض تدل على وجود خطر، مما يشير إلى أن اتباع نهج يراعي الجوانب المتعلقة بالصدمات النفسية في التعامل مع القوى العاملة هو جزء من الصورة الأخلاقية [9]. تتضمن أطر التنفيذ بشكل متزايد رفاهية الموظفين كأحد المجالات [5, 6, 10]. يجب ألا يتم الضغط على المرضى للكشف عن الصدمات النفسية؛ بل يجب على مقدمي الرعاية الصحية تهيئة الظروف التي يكون فيها الكشف آمناً ولكنه اختياري.

الأساس الإكلينيكي للأدلة: الفعالية، والأضرار، والقيود.

يوفر المراجعة المنهجية 2025 الصادرة عن AHRQ ملخصًا حذرًا من الناحية المنهجية للأدلة السريرية [1]. من 4,379 من المراجع الفريدة، حددت المراجعة 12 دراسة مؤهلة تمت مناقشتها في 16 من المنشورات، وتغطي إعدادات مختلفة تشمل الرعاية الطبية للبالغين (دراستان)، والصحة النفسية للبالغين (دراسة واحدة)، والوقاية الأولية للأطفال (دراسة واحدة)، والرعاية الطبية للمراهقين (دراسة واحدة)، ورعاية الأطفال المقيمين (أربع دراسات)، ورعاية الأطفال غير المقيمين (ثلاث دراسات). تم تقييم جميع الدراسات على أنها ذات خطر كبير للتحيز، وكانت الأدلة غير كافية لتحديد تأثيرات TIC على نتائج المرضى/العملاء في جميع الإعدادات والمقارنات، ولم تجمع الدراسات معلومات حول الأضرار أو الأحداث السلبية أو العواقب غير المقصودة. تباينت نماذج TIC بشكل كبير في مكوناتها الاجتماعية البيئية، ووصف عدد قليل فقط عناصر محددة من الكفاءة الثقافية أو التواضع. يقرر AHRQ - مع إعادة صياغة هذا الاستنتاج هنا للحفاظ على الإسناد دون اقتباس مطول - أن هذا النقص لا يعني أن التدخلات الفردية ليست مفيدة؛ بل الأدلة لا تقدم حتى الآن إجابات واضحة، ويتم تطبيق TIC على نطاق واسع على أي حال. تاريخ انتهاء البحث في AHRQ هو 19 يوليو 2024، وبالتالي فإن التجربة التشيلية [2]، التي نُشرت في نوفمبر 2024، هي دراسة لاحقة منفصلة.

توضح دراستان في الرعاية الأولية الموجهة للبالغين إمكانات الأدلة الحالية وحدودها. وزعت التجربة العنقودية التشيلية لـ Vitriol وزملائه عام 2024 عدد 16 فريقًا للرعاية الأولية في منطقة Maule عشوائيًا إلى الرعاية التعاونية المراعية للصدمات (CTIC) أو العلاج المعتاد، وضمت 214 مريضًا (115 في CTIC و99 في المعتاد)؛ وقُيّم 81 و60 على التوالي بعد ستة أشهر [2]. وقُيّمت النتائج عند خط الأساس وبعد ثلاثة وستة أشهر؛ وأبلغ المصدر عن تحليل حساسية يحمل آخر مشاهدة إلى الأمام. وبعد 6 أشهر انخفضت أعراض الاكتئاب بدرجة أكبر وبفارق ذي دلالة إحصائية في مجموعة CTIC وكان فرق المتوسط المعدل سالب 3.09، وفاصل الثقة 95% من سالب 4.94 إلى سالب 1.23، وحجم الأثر d سالب 0.46، وقيمة P هي.001، وكان الالتزام أعلى. وأظهر القلق اتجاهًا لصالح CTIC بقيمة P تساوي.055، لكن لم تظهر فروق دالة في النتائج الثانوية الأخرى. وكانت 85% من مجموعة الدراسة من النساء، وأبلغ 61% عن أربع تجارب طفولة سلبية أو أكثر. وتدعم النتيجة نموذج رعاية تعاونية مجمّعًا للاكتئاب في الرعاية الأولية بهذا السياق، لكن لا ينبغي تعميمها دليلًا شاملًا لجميع فحوص البالغين.

وزعت دراسة Meredith وزملائه التجريبية في نيو أورلينز عام 2022، في مركز صحي مؤهل اتحاديًا، عدد 42 بالغًا أمريكيًا من أصل أفريقي ذوي تشخيص مبدئي لاضطراب ما بعد الصدمة عشوائيًا إلى رعاية تعاونية مراعية للصدمات (TICC) أو رعاية معتادة محسنة؛ وبعد استبعاد تسجيل مكرر وانسحاب عند خط الأساس بلغ أساس التحليل 40 منهم 21 في الرعاية المعتادة المحسنة و19 في TICC، وأكمل 36 متابعة 9 أشهر، منهم 20 في الرعاية المعتادة المحسنة و16 في [3] TICC. وبعد 9 أشهر انخفضت درجات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة 26 نقطة في الرعاية المعتادة المحسنة و36 في TICC بقيمة P تساوي.08، وانخفضت معدلات التشخيص المبدئي 33% و57% على التوالي بقيمة P تساوي.27. ولم يبلغ أي فرق الدلالة الإحصائية. ووصف المؤلفون TICC بحق بأنه «واعد» ودعوا إلى تجربة أكبر. ولا ينبغي الاستشهاد بالدراسة دليلًا على الفعالية بين المجموعتين، كما لا يبرر وصف المصدر «ذي معنى سريري» ادعاء الفعالية في غياب حد أدنى مهم محدد مسبقًا ومقارنة دقيقة بما يكفي بين المجموعتين.

أظهرت دراسات التدريب مرارًا تحسنًا في معرفة مقدمي الرعاية ومواقفهم وثقتهم. ووزعت تجربة TI-Med العشوائية لدورة تعليم طبي مستمر لمدة 6 ساعات لمقدمي الرعاية الأولية أربعة مواقع للرعاية الأولية عشوائيًا، وقيّمت 90 لقاءً مع مرضى معياريين شملت 30 ممارسًا سريريًا؛ واتجه التغير لدى التدريب الفوري مقارنة بالمؤجل إلى حجم أثر متوسط (Cohen’s d =.66) دون بلوغ الدلالة التقليدية في المقارنة الأولية المخططة، بينما أظهرت المقارنة المجمّعة قبل وبعد زيادة دالة داخل المجموعة في التمركز حول المريض [4]. وأظهر منهج للمقيمين يضم خمس جلسات تعليمية مدة كل منها 1 ساعة مع التأمل زيادة في المعرفة والمواقف والممارسة المبلّغ عنها ذاتيًا؛ وقدّر المقيمون التمارين التجريبية والمهارية، وشملت الخطوات التالية نتائج المرضى [22]. وأبلغت دورة بين مهنية بالمثل عن تحقيق الطلاب نتائج التعلم وتقدير ممارسة المرونة [23]. وتبلغ هذه الدراسات مجتمعة عن تغيرات داخل المجموعة في اللقاءات المعيارية ومكاسب مبلّغ عنها ذاتيًا؛ ولا تثبت أن التدريب سببها أو غيّر سلوك الممارسة الروتينية مع المرضى الحقيقيين أو حسّن نتائجهم، وهو تمييز لا يحظى بالتقدير الكافي باستمرار في خطاب التطبيق.

يعرض الجدول 2 مصادر أدلة مختارة بشأن الرعاية المراعية للصدمات الموجهة للبالغين والتدريب عليها.

الجدول 2. مصادر أدلة مختارة بشأن الرعاية المراعية للصدمات الموجهة للبالغين والتدريب عليها.

دراسة	التصميم / بيئة الدراسة	الفئة / العدد	النتيجة وعدم اليقين	المصدر
مراجعة AHRQ 2025	مراجعة منهجية؛ تشمل إعدادات متنوعة للبالغين/الأطفال/الخدمات الاجتماعية.	دراسات 12 / منشورات 16	نتائج المرضى/العملاء في مختلف البيئات: أدلة غير كافية؛ خطر كبير للتحيز؛ لم يتم جمع بيانات حول الأضرار.	[1]

دراسة	التصميم / بيئة الدراسة	الفئة / العدد	النتيجة وعدم اليقين	المصدر
فيتريول 2024 (تشيلي)	تجربة عشوائية عنقودية، 16 فريقًا للرعاية الأولية	ضمت 214؛ 115 في CTIC و99 في UT؛ وقُيّم 81 و60 على التوالي بعد ستة أشهر؛ 85% نساء	الاكتئاب بعد 6 أشهر: انخفاض دال إحصائيًا (= P .001)	[2]
ميريديث 2022 (نيو أورلينز)	تجربة عشوائية محكومة تجريبية، مركز صحي مؤهل اتحاديًا واحد	ضمت 42؛ و40 عند أساس التحليل؛ و36 في متابعة 9 أشهر	أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والتشخيص المبدئي: انخفاض أكبر في TICC؛ غير دال إحصائيًا. قيمتا P هما 08. و27.	[3]
جرين 2015 (تي آي-ميد)	تجربة عشوائية محكومة لتعليم طبي مستمر مدته 6 ساعات؛ 90 لقاءً مع مرضى معياريين	30 أطباء الرعاية الأولية	التواصل المتمحور حول المريض: حجم الأثر بين المجموعتين 66. على مقياس d، دون دلالة تقليدية؛ زيادة داخل المجموعة قبل وبعد	[4]
شاماسكين-غاروواي 2020	تقييم المناهج الدراسية	متدربو الطب الباطني والممارسون التمريضيون	المعرفة، والمواقف، والممارسة: تحسن تم الإبلاغ عنه ذاتيًا.	[22]
فيزكي 2021	تقييم الدورة التدريبية	طلاب العلوم الصحية متعددو التخصصات	النتائج التعليمية: تم تحقيقها؛ تم تقدير قيمة ممارسة المرونة.	[23]

ملاحظة في الجدول. يشير مصطلح "معنوي" إلى الأهمية الإحصائية كما ورد في المصدر. لم تحقق التخفيضات التجريبية في نيو أورلينز أهمية إحصائية بين المجموعات. أظهرت المقارنة الأولية بين المجموعات في TI-Med اتجاهًا بحجم أثر.66 وفق مقياس d، ولكنها لم تصل إلى مستوى الأهمية التقليدية؛ وكانت الزيادة داخل المجموعة قبل وبعد ذات دلالة إحصائية. يتم الإبلاغ عن أحجام التأثير كما هو الحال في المصادر الأصلية. تمثل الدراسات نطاقًا متنوعًا (بالغين، وأطفال، وإعدادات للخدمات الاجتماعية في AHRQ)؛ ويعكس العنوان "مصادر الأدلة المختارة" هذا التنوع.

أضاف التحليل الواقعي الذي أجراه غولدشتاين وزملاؤه بُعدًا يتعلق بالتطبيق العملي، حيث حددوا التكوينات المتعلقة بالسياق والآلية والنتائج عبر مراجعات 16، وأكدوا على أن التطبيق الناجح يرتبط بالمشاركة والانخراط، والتدريب وتطوير القوى العاملة، والتعاون بين القطاعات، وخدمات الفحص والتقييم والعلاج، مع إيلاء اهتمام أقل للحوكمة والسياسات والتقييم والمراقبة والتمويل والبيئة المادية [5]. وقد قام هو وزملاؤه بإجراء مراجعة منهجية لدراسات 27، حيث قاموا برسم خريطة للعوائق والمحفزات المتعلقة بالإطار الموحد لبحوث التطبيق العملي، وتحديد خصائص التدخلات والتأثيرات الخارجية والعوامل التنظيمية الداخلية وعمليات التطبيق وخصائص الأفراد كجوانب رئيسية، مع تكرار مشاركة القيادة والموارد والبروتوكولات المرنة والتدريب المصمم خصيصًا كمحفزات [6].

تبلغ هذه المراجعات باستمرار أن أدلة التطبيق أكثر تطورًا من أدلة نتائج المرضى، وهي نتيجة ينبغي أن تحد من الادعاءات التنظيمية. ولا تزال قاعدة الأدلة للاحتياطات الشاملة المراعية للصدمات الموجهة للبالغين، في مجملها، غير كافية؛ وقد أظهرت نماذج مجمّعة ذات مكونات فعالة محددة، مثل الرعاية التعاونية مع المقابلات التحفيزية، فائدة للمرضى في سياقات محددة.

تدابير وضمانات التنفيذ والمسؤوليات.

ضمانات التطبيق آليات تحمي المرضى والعاملين من المخاطر المتوقعة لتبني الرعاية المراعية للصدمات بصورة ناقصة أو سطحية. واستنادًا إلى توليفي Goldstein وHuo [5, 6]، مع أعمال مفاهيمية ومتخصصة إضافية [7, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 22, 24, 25, 26]، يمكن اقتراح الضمانات التالية لبيئات الرعاية الصحية للبالغين.

أولًا، الحوكمة والقيادة. يقلل تعيين قائد سريري وتخصيص وقت محمي والدمج في هياكل تحسين الجودة خطر تحوّل الرعاية المراعية للصدمات إلى تدريب لمرة واحدة. ورصد Goldstein وزملاؤه الحوكمة والقيادة عبر مراجعات متعددة، وحدد Huo وزملاؤه دعم القيادة عاملًا ميسرًا متكررًا [5, 6]. ودون مشاركة القيادة يصعب استدامة استثمارات التدريب.

ثانيًا، التدريب وتطوير القوى العاملة. ينبغي أن يكون التدريب مستمرًا ومدمجًا بدلًا من متقطع، ويشمل مكونات الصدمة غير المباشرة لدى العاملين، ويقترن بالإشراف أو التوجيه [5, 6, 7, 9, 10]. والمثال المضاد جلسة واحدة لنصف يوم بلا تعزيز لاحق؛ فقد تنتج ثقة دون كفاءة.

ثالثًا، خدمات الفحص والتقييم والعلاج. إذا تم إجراء الفحص، فيجب أن يكون مصحوبًا بمسار استجابة محدد: تحويل سلس إلى أخصائي قادر على معالجة الاحتياجات المتعلقة بالصدمات، وقائمة بالإحالات الداخلية أو الخارجية، وسياسة واضحة بشأن

التوثيق والمتابعة [5, 6, 14, 15, 18, 21, 25]. يركز تقييم AHRQ على نماذج TIC غير المتجانسة، وليس على مقارنة معزولة للفحص [1]. إن الجمع بين الاستقصاء الهادف والقدرة على الاستجابة هو ضمان أخلاقي للتنفيذ؛ لا يوضح هذا التحليل وجود فائدة سريرية مقارنة من الفحص الشامل أو الاحتياطات الشاملة.

رابعًا، البيئة المادية. رغم ندرة تناولها في الأدبيات المستعرضة [5] يمكن جعل البيئة المادية أكثر أمانًا بتوفير مساحات فحص خاصة ولافتات واضحة وخيار وجود مرافق أو شخص داعم.

خامساً، التقييم والمتابعة وضمان الجودة. أفاد غولدشتاين وزملاؤه بأنه لم تتناول سوى مراجعتين التقييم، وتناولت مراجعة واحدة متابعة التقدم وضمان الجودة، مما يشير إلى وجود فجوة في التنفيذ [5]. يجب أن يشمل التقييم المحلي مقاييس العملية (نطاق التدريب، وتوثيق الاختيار والموافقة)، وعند الإمكان، مقاييس تجربة المريض، مع التحذير الصريح بأن نتائج التدريب لا تحل محل نتائج المريض [4, 22, 23].

سادسًا، التمويل. تناولت مراجعة واحدة فقط في توليف Goldstein التمويل [5]. ودون تمويل محمي تميل الرعاية المراعية للصدمات إلى منافسة وقت الرعاية السريرية المباشرة وتصبح عرضة لدورات الميزانية.

سابعًا، صحة الموظفين. تشير بيانات الأطباء المقيمين في الجراحة إلى أن مقدمي الرعاية الصحية ليسوا بمنأى عن الصدمات، وأن هياكل دعم الموظفين (الدعم من الزملاء، والاجتماعات التحليلية، وإمكانية الوصول إلى الاستشارة النفسية) هي عنصر أخلاقي وعملي في نموذج الرعاية المتكيفة للصدمات ([5, 6, 9, 10] (TIC.

ثامنًا، العدالة. يجب أن تولي برامج TIC اهتمامًا بالعوامل الهيكلية المسببة للصدمات، بما في ذلك العنصرية والاستبعاد الاقتصادي، وتتجنب تصوير الصدمات على أنها نقص فردي [5, 9, 13, 17, 19, 24, 25]. مثال مضاد هو برنامج يركز على المرونة الفردية مع ترك العمليات غير العادلة دون تغيير.

تاسعًا، اللغة. اللغة المراعية للصدمات مهارة سريرية ملموسة؛ وينبغي للممارسين تجنب العبارات الموصِمة، مثل «معاود الانتكاس»، واستخدام بدائل تتمحور حول المريض، مع إدراك أن اللغة تشكل تجربة المريض والمنهج الخفي للتعليم الطبي [13]. ويجب قراءة الادعاءات بأن كلمات محددة تزيد العبء التكيفي المقاس أو أن التدخلات اللغوية تقلل إعادة الإصابة السريرية بوصفها آليات مفاهيمية لا آثارًا تجريبية ثابتة.

عاشرًا، التكييف حسب السياق. ينبغي تكييف الرعاية المراعية للصدمات مع مجموعة المرضى والبيئة؛ فللاجئين والأشخاص المشردين والناجين من الاتجار بالبشر ومرضى ما بعد الولادة احتياجات متميزة تتطلب مبادئ مشتركة وتعديلات محددة [17, 18, 19, 20, 21, 24]. وتتطلب الصحة النفسية للاجئين الاهتمام بالاستجابة الثقافية والوصول اللغوي وصدمات ما قبل الهجرة، إلى جانب العوائق النظامية أمام الرعاية [19, 20]. ولرعاية الأمومة وما بعد الولادة اعتبارات محددة للتواصل والسلوك والإجراءات ينبغي تفعيلها لا افتراضها [16, 21]. ويرتبط التشرد بمعدلات مرتفعة للصدمة السابقة خصوصًا لدى النساء، وتستفيد الرعاية الأولية لهذه الفئة من نهج مراعٍ للصدمات يتناول التعرضات البيئية والمحددات الاجتماعية إلى جانب التدبير الطبي [17]. ويتطلب الاتجار بالبشر بروتوكولات للفحص والاستجابة تراعي السلامة وديناميكيات الإفصاح، مع اعتبار الرعاية المراعية للصدمات عنصرًا أساسيًا في التعرف والرعاية [18].

الجدول 3. ضمانات تطبيق الرعاية المراعية للصدمات للبالغين، مع المصادر المرتبطة.

الضمانة	العنصر التشغيلي	المصدر (المصادر) المرتبط (ة).
الحوكمة والقيادة	قائد معين، ووقت محمي، ودمج في تحسين الجودة	[5, 6]
التدريب وتطوير القوى العاملة	مستمر، ومتكامل، مع إشراف.	[5, 6, 7, 10]
عملية الفحص ومسار الاستجابة	فقط مع تحديد القدرة على الاستجابة؛ مع الحفاظ على مبدأ الإفصاح الطوعي.	[1, 5, 6, 14, 15, 21, 25]
البيئة الفيزيائية	مساحة خاصة، خيار وجود مرافق.	[5]
التقييم والمتابعة	مقاييس العملية وتجربة المريض.	[4, 5, 22, 23]
التمويل	ميزانية مُخصَّصة ومُحمية.	[5]
صحة ورفاهية الموظفين	الدعم من الأقران، جلسات مناقشة ما بعد الحدث، إمكانية الحصول على الاستشارة النفسية.	[5, 6, 9, 10]
الإنصاف والوعي الهيكلي	معالجة العنصرية، والتهميش الاقتصادي.	[5, 9, 13, 17, 19, 24]
لغة تراعي الصدمات النفسية	تجنب العبارات الموصِمة وتقديم بدائل نموذجية	[13]

الضمانة	العنصر التشغيلي	المصدر (المصادر) المرتبط (ة).
التكيف الخاص بالسياق.	اللاجئون، التشرد، الاتجار بالبشر، فترة ما بعد الولادة	[16, 17, 18, 19, 20, 21]

ملاحظة حول الجدول. تم تجميع الإجراءات الوقائية من المصادر المذكورة؛ يجب تطوير التفاصيل التشغيلية المحددة (مثل تخطيط الغرفة، ونماذج الوثائق) محليًا. الجدول هو اقتراح للنظر فيه، وليس أمرًا ملزمًا. تُعد إدخالات الأمومة، والاتجار بالبشر، واللاجئين أمثلة على التكيف الخاص بالسياق، ولا ينبغي تعميمها كصور نمطية ثقافية أو كأساس لتطبيقها على جميع الحالات التي تشمل البالغين.

اعتبارات خاصة بالفئات السكانية المختلفة في الرعاية الصحية للبالغين.

تكتسب الاعتبارات الخاصة بالفئات أهمية لأن الصدمات لا تتوزع بالتساوي ولأن لقاءات الرعاية الصحية للبالغين شديدة التنوع. وفي رعاية البالغين تبرز أربعة سياقات توضح ضرورة تكييف الرعاية المراعية للصدمات بدل تطبيقها بصورة موحدة.

أولاً، الرعاية الأولية. تدعم التجربة التشيلية CTIC نموذجًا للرعاية التعاونية المتكاملة لعلاج الاكتئاب في الرعاية الأولية؛ إلا أنها لا تدعم الادعاءات الشاملة حول جميع الفحوصات التي تُجرى على البالغين [2]. يقدم نموذج روبرتس وزملاءه للرعاية الأولية التي تراعي الصدمات النفسية (TIPC) خمسة مكونات: الفحص والتعرف على الصدمات، وفهم الآثار الصحية، والتواصل الذي يركز على المريض، والسلامة العاطفية وتجنب المحفزات، والمعرفة بالعلاجات المفيدة، مما يوفر إطارًا نظريًا لممارسة الرعاية الأولية لم يتم اختباره في تجربة حاسمة [25]. سلطت مقالة إيرلز التحريرية حول الرعاية الأولية التي تراعي الصدمات النفسية الضوء على دور المركز الطبي في الوقاية وتخفيف آثار الصدمات النفسية [24].

ثانيًا، التمريض والرعاية في المستشفى. يؤكد التمريض القائم على مبادئ التعامل مع الصدمات على السلامة، والجدارة بالثقة، والاختيار، والتعاون، والاحترام، مع التركيز على موضوعات مثل الفحص والإفصاح، والعلاقات بين مقدم الرعاية والمريض، وتقليل الضيق، والتعاون متعدد التخصصات، وتعزيز مبادئ التعامل مع الصدمات في بيئات متنوعة [12 ,11 ,10]. أظهرت المراجعة المنهجية السردية الهجينة لدراسات التمريض 16 وجود مواقف إيجابية تجاه مبادئ التعامل مع الصدمات بين الممرضين، ولكن مع مستوى متوسط من المعرفة، مع وجود حواجز كبيرة أمام التنفيذ، بما في ذلك قيود الوقت، والموارد المحدودة، والمخاوف بشأن إعادة إحداث الصدمة [10].

ثالثًا، الرعاية الإنجابية وما بعد الولادة. تتناول الرعاية المراعية للصدمات في الصحة الإنجابية سلامة الفرد واختياره وخصوصيته، والعوامل النظامية مثل عوائق الرعاية والوصم؛ وتتطلب رعاية الإجهاض استجابات فردية ونظامية مراعية للصدمات [15, 16, 21]. وتُطرح رعاية ما بعد الولادة عنصرًا حاسمًا في التعافي الشامل، مع تعديلات عملية مقترحة للتواصل والإجراءات دعمًا للأسر التي مرت بأحداث محزنة في الفترة المحيطة بالولادة [21].

رابعًا، الفئات المهمشة. يواجه اللاجئون عوائق متعددة أمام الرعاية، ويُوصى برعاية أخلاقية مراعية للصدمات ومستجيبة ثقافيًا مع الاهتمام بسياق إعادة التوطين المحدد [20 ,19]. وترتفع معدلات الصدمات لدى المشردين خصوصًا النساء، ويُوصف النهج المراعي للصدمات بأنه ضروري، مع التدبير متعدد التخصصات واستراتيجيات «الإسكان أولًا» ضمن خطة الرعاية [17]. ويحتاج الناجون من الاتجار بالبشر إلى بروتوكولات تعرف واستجابة تراعي السلامة والصدمات، وينبغي للممارسين معرفة عوامل الخطر والموارد [18].

في كل من هذه السياقات، الأدلة المتاحة هي سياقية وليست قابلة للتعميم. يجب اعتبار أمثلة الأمومة والاتجار بالبشر واللاجئين بمثابة سياقات محددة، وليس كأساس للتعميم على جميع التفاعلات بين البالغين أو للاستدلال على الصور النمطية الثقافية.

آليات اتخاذ القرار والقياس الممكن

تشمل الآليات المفترضة التي يُعتقد أن الرعاية المراعية للصدمات تؤثر عبرها في نتائج المرضى زيادة الشعور بالأمان والثقة والإحساس بالاختيار والسيطرة، وتقليل استثارة الجهاز العصبي اللاإرادي أثناء اللقاءات، وتحسين الإفصاح عندما يختار المرضى المشاركة، وتحسين الانخراط في خطط الرعاية [13 ,12 ,11 ,10 ,9 ,7 ,6 ,5]. وصاغ التوليف الواقعي لـ Goldstein وزملائه صراحةً تكوينات السياق والآلية والنتيجة لتوضيح عمل هذه الآليات عبر البيئات [5]. فمثلًا ارتبطت آلية «زيادة الأمان العاطفي في علاقات المرضى والعاملين» بتحسن تجربة المرضى وانخراطهم؛ وارتبطت آلية «التوجيه والتدريب والإشراف المستمر للعاملين» بتقليل التقييد وتحسين تغير سلوك العاملين [5].

في ضوء عدم كفاية أدلة النتائج التي حددتها AHRQ [1]، ينبغي أن يركز القياس الممكن على المقاييس الوسيطة ومقاييس العملية مع تقييم نتائج المرضى الأطول أمدًا محليًا. وتشمل مقاييس العملية الممكن جمعها روتينيًا توثيق الموافقة والاختيار في اللقاءات السريرية، ومدى وصول التدريب وإكماله، وثقة العاملين المبلّغ عنها ذاتيًا مع التنبيه إلى أنها ليست نتيجة للمريض، ومقاييس تجربة المرضى المبلّغ عنها، ومعدلات الإحالة والمتابعة حيث يُجرى الفحص. واستُخدمت مقاييس يبلّغ عنها المرضى، مثل مقياس الثقة الفرعي في استبيان تقييم الرعاية الأولية، في تجارب الرعاية المراعية للصدمات، واستخدمت دراسات الرعاية

التعاونية المراعية للصدمات أدوات مثل PCL-5 والمقابلة المختصرة لتقييم اضطراب ما بعد الصدمة، لكنها طُبقت في البحث لا الرعاية الروتينية [3]. وقاست التجربة التشيلية أعراض الاكتئاب والالتزام لدى فئة محددة تتلقى رعاية الاكتئاب [2]. وإذا نظرت خدمة محلية في نتائج مماثلة فعليها اختيار مقاييس مناسبة وتجنب تطبيق مقاييس أعراض البحث بلا تمييز على جميع اللقاءات.

التمييز بين نتائج التدريب ونتائج المرضى أمر بالغ الأهمية. أشارت العديد من المراجعات والدراسات الأولية إلى تحسن في المعرفة والمواقف والثقة لدى مقدمي الرعاية بعد التدريب على TIC، حيث أفادت تجربة TI-Med عن تقدير لحجم التأثير معتدل للتواصل المرتكز على المريض في بيئة تستخدم مرضى معياريين، مع مقارنة غير حاسمة بين المجموعات [4]، وأفادت الدورات التدريبية للمقيمين والدورات التدريبية متعددة التخصصات عن مكاسب ذاتية الإبلاغ [22, 23]. لا تثبت التحسينات داخل المجموعة في تجربة TI-Med أن التدريب هو الذي أحدث هذا التغيير، نظرًا للمقارنة العشوائية غير الحاسمة، ولكن حقيقة أن مراجعة AHRQ وجدت أدلة غير كافية لنتائج المرضى تعني أنه لا ينبغي على المؤسسات أن تستنتج فائدة للمرضى بناءً على نطاق التدريب وحده.

البيانات الناقصة في المجال كبيرة. ووجدت مراجعة AHRQ أن أيًا من الدراسات المشمولة لم تجمع بيانات الأضرار، مما يحد من موازنة الفوائد والمخاطر؛ ولم توصف عناصر الكفاءة الثقافية والتواضع إلا في نماذج قليلة؛ ونادرًا ما نوقش التمويل والبيئة المادية؛ كما تندر النتائج الأطول أمدًا بعد 6 إلى 12 شهرًا [1]. وأبلغت التجربة التشيلية عن نتيجة بعد 6 أشهر، ودراسة نيو أورلينز التجريبية عن نتيجة بعد 9 أشهر، واعتمدت تجربة TI-Med على لقاءات مرضى معياريين بدل نتائج مرضى حقيقيين [2, 3, 4]. وتمنع النماذج غير المتجانسة والمقارنات المحدودة تقديرًا كميًا واحدًا لجميع لقاءات البالغين.

أمثلة مضادة وتعارضات

ثمة ثلاثة جوانب تستحق اهتمامًا خاصًا. أولاً، الفحص الشامل مقابل الاحتياطات الشاملة. دعت الأدبيات المتعلقة بالصحة الإنجابية إلى إجراء فحص شامل للكشف عن تاريخ الاعتداء الجنسي في الممارسة التوليدية، في حين تجنبت برامج التدريب على الرعاية الطبية التي تراعي الصدمات بشكل صريح فرض إجراء فحص شامل [4, 14, 15, 21]. لا تحدد نتائج AHRQ المتعلقة بعدم كفاية الأدلة أي استراتيجية فحص هي الأفضل [1]. لذلك، يجب التمييز بين آلية الحماية المقترحة للطاقة الاستجابة وبين الادعاء المتعلق بالنتائج التي تم اختبارها. يجب على المؤسسات التي تختار تطبيق الفحص الشامل أن تحدد مسار الاستجابة مسبقًا، بما في ذلك التحويل الفعال، والإحالة، والمتابعة، ويجب أن تراقب الآثار الضارة غير المقصودة مثل زيادة الضيق أو انخفاض المشاركة.

ثانيًا، التدريب دون تغيير تنظيمي. لاحظت عدة مراجعات أن التدريب وحده دون تعديلات السياسة وسير العمل والبيئة من غير المرجح أن يحدث تغييرًا مستدامًا [5, 6, 10]. والمثال المضاد مستشفى يفرض التدريب على الرعاية المراعية للصدمات لجميع العاملين دون تعديل نماذج الاستقبال أو اللافتات أو سياسات التقييد؛ ومن غير المرجح أن يتحول الاستثمار في التدريب إلى فائدة للمرضى، وقد يحول الاعتقاد بأنه «طبق الرعاية المراعية للصدمات» دون مزيد من التحسين.

ثالثًا، الرعاية المراعية للصدمات بوصفها مرونة فردية مقابل التغيير الهيكلي. لاحظت مراجعة AHRQ أن نماذج قليلة فقط وصفت عناصر محددة للكفاءة الثقافية أو التواضع، ووجد توليف Goldstein ندرة تناول البيئة المادية والتمويل [1, 5]. وقد يعزز النهج الذي يركز على التكيف الفردي دون معالجة المحركات الهيكلية، بما فيها العنصرية والفقر وعوائق الوصول، أوجه عدم المساواة ذاتها التي تشكل التعرض للصدمات [9, 13, 17, 19, 20]. ورأت افتتاحية Grossman وزملائه صراحةً ضرورة فهم الصدمة على المستويات الفردية وبين الأشخاص والجماعية، وأن مسؤولية الصدمة الجماعية جماعية [9]. ورأى Hart وزملاؤه بالمثل أن اللغة المراعية للصدمات تعيد تأطير الإصابة العنيفة نتيجةً لعدم المساواة لا للسلوك الفردي؛ وينبغي قراءة ادعاءاتهم بشأن العبء التكيفي ودورات إعادة الإصابة آلياتٍ مفاهيمية لا آثارًا تجريبية مثبتة مباشرة [13].

يتعلق التوتر الرابع بالحد بين الرعاية المراعية للصدمات والعلاج الموجّه للصدمات. وتشمل بعض النماذج المجمّعة، ومنها CTIC التشيلية وTICC في نيو أورلينز، عناصر تشبه العلاج الموجّه للصدمات أو الرعاية التعاونية لحالات محددة، مثل المقابلات التحفيزية والرعاية القائمة على القياس والإحالة إلى علاج اضطراب ما بعد الصدمة القائم على الأدلة [2, 3]. ومن المهم الحفاظ على هذا التمييز عند الإبلاغ: النتيجة التشيلية نتيجة اكتئاب لنموذج رعاية تعاونية مجمّع وليست أثرًا شاملًا للرعاية المراعية للصدمات؛ والدراسة التجريبية في نيو أورلينز إشارة أولية غير دالة إحصائيًا لنموذج رعاية تعاونية يركز على اضطراب ما بعد الصدمة، وليست أثرًا شاملًا للرعاية المراعية للصدمات.

إطار عمل مقترح للتكيف المحلي

ينبغي تأطير إطار التكييف المحلي المقترح للرعاية المراعية للصدمات لدى البالغين صراحةً بوصفه جهدًا لتقييم الخدمة وتكييفها، لا ادعاءً بآثار محلية مقاسة. فالإطار مقترح؛ ولا تصف هذه المراجعة نتائج سعودية مقاسة، ولم يثبت هذا البحث فجوة أدلة سعودية. ويمكن استمداد مكوناته من أدبيات التطبيق [5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13]، على أن تطوّر الفرق المحلية العناصر التشغيلية المحددة.

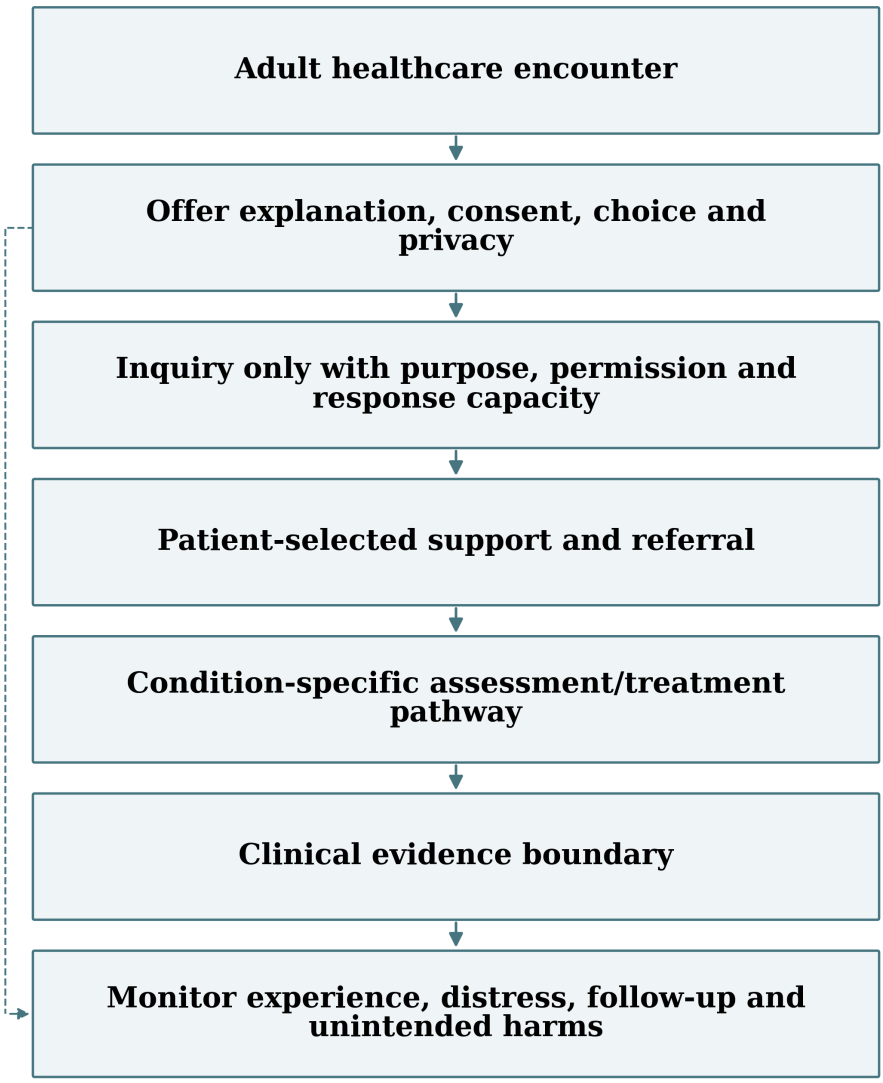
يشمل الإطار المقترح: هيكل حوكمة يتضمن مسؤولاً سريرياً معيّناً ولجنة توجيهية؛ واستراتيجية تدريبية متعددة التخصصات، ومستمرة، وتشمل مكونات تتعلق بالصدمات النفسية غير المباشرة؛ وموقف وقائي شامل في جميع حالات التعامل مع البالغين، مع توثيق الموافقة والاختيار واتخاذ القرارات المشتركة؛ وسياسة فحص تتطلب القدرة على الاستجابة قبل تنفيذ أي إجراء للكشف عن الحالات؛ ومسار إحالة إلى علاجات قائمة على الأدلة تركز على الصدمات النفسية للمرضى الذين يكشفون عن معاناتهم أو يتم تحديدهم؛ وتعديلات في البيئة المادية لدعم الخصوصية والسلامة؛ ومعايير اللغة والتوثيق المتوافقة مع مبادئ التعامل مع الصدمات النفسية؛ وخطة قياس تتضمن مقاييس تتعلق بالعملية وتجارب المرضى المبلّغ عنها من المرضى، مع إضافة نتائج المرضى كمقاييس طويلة الأجل؛ وهياكل لتعزيز صحة الموظفين؛ ومراجعة للإنصاف تعالج العوامل الهيكلية المسببة للصدمات النفسية في المجتمع المحلي. يجب تكييف الإطار مع السياق المحلي، بما في ذلك مجموعة المرضى والتخصصات المتاحة والبيئة التنظيمية، ويجب أن يحافظ على المبدأ القائل بأن النقاط المتعلقة بالممارسة السريرية يجب أن تكون مرتبطة بالأدلة الأساسية وأن تحتفظ بالحاجة إلى التقدير السريري الفردي.

القيود

يحتوي هذا الاستعراض على عدة قيود. إنه مراجعة سردية مُركّزة، وليس استعراضًا منهجيًا أو تحليلًا تجميعيًا، ولا يتضمن تقييمًا رسميًا لدرجة اليقين، أو فحصًا بشريًا مزدوجًا، أو فحصًا رسميًا لمعايير الأهلية، أو بروتوكولًا مُسجلاً. كان البحث الفعلي في قاعدة بيانات PubMed يعتمد على الكلمات المفتاحية في العنوان/الملخص، وتم تحديده بـ 45 من النتائج، بالإضافة إلى سجلات مصادر PubMed تكميلية مُستهدفة؛ ولم يتم البحث في قواعد البيانات التي تم البحث فيها في المراجعات المصدرية المنشورة لهذا النص. إن القراءة باللغة الإنجليزية والاختيار الهادف لا يعنيان وجود فحص رسمي لمعايير الأهلية. تعكس أعداد الدراسات مثل "12 دراسة مؤهلة" أو "16 منشور" المراجعات المصدرية نفسها، وليس الفحص الحالي. لم يتم استشارة سوى مقتطفات PMC المتاحة، وليس تقييمًا كاملاً للمراجع، وتم الاحتفاظ بست نسخ كاملة فقط (Goldstein, Huo, Grossman, Hart, Green and Meredith). تم استخلاص مراجعة AHRQ 2025 والتجربة العنقودية التشيليانية من الملخصات المفهرسة والمصادر التكميلية الموثقة، وليس من النسخ الكاملة المحفوظة. تغطي الدراسات المضمنة مجموعة متنوعة من البيئات والسكان ونماذج التدخل، مما يحد من إمكانية المقارنة المباشرة. يعني التركيز على البالغين أن الأدبيات المتعلقة بالأطفال، ورعاية الأمومة، والاتجار بالبشر، واللاجئين تُستخدم لتوضيح السياق، وليس للتعميم على جميع الحالات التي تشمل البالغين؛ يجب على القراء تجنب التعامل مع هذه السياقات على أنها عالمية أو على أنها قوالب نمطية ثقافية. تتم مناقشة إمكانية التطبيق في المملكة العربية السعودية كإطار مقترح للتقييم والتكيف للخدمات المحلية، وليس كوصف للتأثيرات السعودية التي تم قياسها، ولم يتم التوصل إلى أي استنتاج بشأن الفجوة في الأدلة السعودية من خلال هذا البحث. لا يتم تقديم أي بيانات تجريبية جديدة، والاستعراض هو تجميع للمصادر الموجودة. تم استخدام المساعدة الذكية الاصطناعية في الصياغة والتنظيم والتقييم النقدي. تم إعادة صياغة العديد من العبارات المقتبسة للحفاظ على الإسناد مع الحد من طول الاقتباس الحرفي؛ تظل سجلات المصدر الأساسية هي المرجع الأساسي للصياغة الدقيقة.

مسار مقترح للتعامل مع الحالات بناءً على مبادئ التعامل الحساس للصدمات.

يوضح الشكل 2 مسارًا مقترحًا للتفاعل مع المرضى مع مراعاة الصدمات النفسية، بما في ذلك التقييم أو العلاج الخاص بكل حالة.



الشكل 2. مسار مقترح للتفاعل مع المرضى مع مراعاة الصدمات النفسية، مع وجود مسار منفصل للعلاج الخاص بكل حالة. يُعد الاختيار والخصوصية والقدرة على الاستجابة بمثابة ضمانات للتنفيذ، وليست تأثيرات سريرية عالمية مثبتة. وجدت مراجعة AHRQ أدلة غير كافية حول النتائج في الدراسات التي شملتها؛ وتتناول التجارب المعرّفة للرعاية التعاونية مجموعات سكانية أضيق. تشير الأسهم إلى المسؤوليات المقترحة، دون وجود أحجام تأثيرات أو نتائج محلية مُقاسة.

مصدر وتفسير للشكل 2. لا توجد تأثيرات جديدة مُقاسة، أو نتائج محلية، أو درجات مُبتكرة، أو تجميع كمي للتأثيرات. تُنسب النتائج النوعية الخاصة بالدراسة إلى مصادر مُؤكدة. المصادر: [1,2,3,4,5,6,7,9,11,25]؛ احتياطات علائقية شاملة، وضمانات الإفصاح، والإحالة الخاصة بالحالة (الجدول 3).

الخلاصة

الرعاية المراعية للصدمات نهج احتياطي شامل مبرر أخلاقيًا في لقاءات الرعاية الصحية للبالغين، يستند إلى شيوع التعرض للصدمات والقدرة الموثقة للرعاية الروتينية على إعادة إحداثها. وقد صيغت مبادئها — السلامة والجدارة بالثقة والاختيار والتعاون والاحترام — بوضوح في أدبيات التمريض والرعاية الأولية والصحة الإنجابية والجراحة. لكن الأدلة السريرية لا تزال غير كافية لادعاءات قاطعة عن نتائج المرضى؛ إذ حددت مراجعة AHRQ لعام 2025 عدد 12 دراسة مؤهلة في 16 منشورًا، جميعها عالية خطر التحيز، دون جمع بيانات للأضرار؛ وعدم الكفاية هذا لا يثبت غياب الضرر. وقد أظهرت نماذج مجمّعة محددة، مثل نموذج الرعاية التعاونية التشيلية المراعية للصدمات للاكتئاب في الرعاية الأولية، فائدة في فئات محددة، بينما أسفرت الدراسة التجريبية في نيو أورلينز للرعاية التعاونية المراعية للصدمات لاضطراب ما بعد الصدمة لدى بالغين أمريكيين من أصل أفريقي عن فروق غير دالة بين المجموعات بعد 9 أشهر. وأبلغت دراسة TI-Med عن تغيرات في التواصل داخل المجموعة في لقاءات معيارية، لكن مقارنتها العشوائية لم تكن حاسمة؛ ولا تثبت الأدلة سلوكًا روتينيًا مستدامًا أو فائدة للمريض. الاحتياط الشامل مبرر أخلاقيًا؛ أما الفحص الشامل دون قدرة على الاستجابة فليس كذلك. وضمانات التطبيق — الحوكمة والتدريب المستمر والفحص المقترن بالاستجابة والبيئة المادية والتقييم والتمويل ورفاه العاملين والإنصاف واللغة والتكييف بحسب السياق — ضرورية لترجمة

المبادئ إلى ممارسة. وينبغي تأطير التبني المحلي بوصفه جهدًا لتقييم الخدمة وتكييفها، بقياس ممكن ومتناسب وصريح بشأن حدود الأدلة الحالية.

إقرارات

التحديد المؤسسي: هذه المخطوطة توليف سردي للأدبيات المنشورة. لم يُجند مشاركون ولم تُنشأ مجموعة بيانات جديدة على مستوى المشاركين لهذا العمل. ولا يُدّعى وجود إعفاء أو موافقة. ويتطلب أي تقييم محلي مستقبلي بروتوكوله الخاص وتحديدًا من الجهة المخولة قبل جمع البيانات.

توافر المصادر: يذكر المؤلفون الاحتفاظ بالسجلات الببليوغرافية والملخصات المفهرسة ومقاطع المصادر المتاحة قانونيًا وإيصالات البحث واستدعاء النماذج وبصمات النص والإصدار. ويختلف نطاق الوصول والتقييم بحسب السجل؛ ولا تعني هوية ببليوغرافية محفوظة تقييم كل مصدر كامل. ولم تُبلّغ مجموعة بيانات سريرية أصلية أو نتائج مرضى جديدة.

المراجع

1. Nguyen-Feng VN, Ramirez M, Behrens KL, Usset T, Claussen AM, Parikh RR, et al. Trauma Informed Care: A Systematic Review. AHRQ Evidence Report. 2025:25-EHC007. https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/trauma-informed-care/research https://doi.org/10.23970/AHRQEPCSRTRAUMA

2. Vitriol VG, Cancino A, de la Luz Aylwin M, Ballesteros S, Sciolla AF. Effectiveness of Collaborative, Trauma-Informed Care on Depression Outcomes in Primary Care: A Cluster Randomized Control Trial in Chile. Ann Fam Med. 2024;22(6):467-475. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39586708/ https://doi.org/10.1370/afm.3184

3. Meredith LS, Wong E, Osilla KC, Sanders M, Tebeka MG, Han B, et al. Trauma-informed Collaborative Care for African American Primary Care Patients in Federally Qualified Health Centers: A Pilot Randomized Trial. Med Care. 2022;60(3):232-239. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35157622/ https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001681

4. Green BL, Saunders PA, Power E, Dass-Brailsford P, Schelbert KB, Giller E, et al. Trauma-informed medical care: CME communication training for primary care providers. Fam Med. 2015;47(1):7-14. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25646872/

5. Goldstein E, Chokshi B, Melendez-Torres GJ, Rios A, Jelley M, Lewis-O'Connor A. Effectiveness of Trauma-Informed Care Implementation in Health Care Settings: Systematic Review of Reviews and Realist Synthesis. Perm J. 2024;28(1):135-150. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38444328/ https://doi.org/10.7812/TPP/23.127

6. Huo Y, Couzner L, Windsor T, Laver K, Dissanayaka NN, Cations M. Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: a systematic review. Implement Sci Commun. 2023;4(1):49. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37147695/ https://doi.org/10.1186/s43058-023-00428-0

7. Rudolph K. Ethical Considerations in Trauma-Informed Care. Psychiatr Clin North Am. 2021;44(4):521-535. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34763786/ https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.07.001

8. Goddard A. Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. J Pediatr Health Care. 2021;35(2):145-155. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33129624/ https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001

9. Grossman S, Cooper Z, Buxton H, Hendrickson S, Lewis-O'Connor A, Stevens J, et al. Trauma-informed care: recognizing and resisting re-traumatization in health care. Trauma Surg Acute Care Open. 2021;6(1):e000815. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34993351/ https://doi.org/10.1136/tsaco-2021-000815

10. Qin Q, Cheng L, Wang JJ, Mohd Shariff N. Integrating trauma-informed care in nursing practice and education: A hybrid systematic narrative review. Nurse Educ Pract. 2025;82:104233. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39693945/ https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104233

11. Dowdell EB, Speck PM. CE: Trauma-Informed Care in Nursing Practice. Am J Nurs. 2022;122(4):30-38. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35348516/ https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000827328.25341.1f

12. Goddard A, Jones R, Etcher L. Trauma informed care in nursing: A concept analysis. Nurs Outlook. 2022;70(3):429-439. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35164936/ https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.12.010

13. Hart L, Bliton JN, Castater C, Beard JH, Smith RN. Trauma-informed language as a tool for health equity. Trauma Surg Acute Care Open. 2024;9(1):e001558. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39737145/ https://doi.org/10.1136/tsaco-2024-001558

14. Owens L, Terrell S, Low LK, Loder C, Rhizal D, Scheiman L, et al. Universal precautions: the case for consistently trauma-informed reproductive healthcare. Am J Obstet Gynecol. 2022;226(5):671-677. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34418349/ https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.012

15. Cahill EP, Doyle A. Trauma-informed abortion care. Curr Opin Obstet Gynecol. 2021;33(6):453-457. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34747881/ https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000749

16. Sperlich M, Seng JS, Li Y, Taylor J, Bradbury-Jones C. Integrating Trauma-Informed Care Into Maternity Care Practice: Conceptual and Practical Issues. J Midwifery Womens Health. 2017;62(6):661-672. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29193613/ https://doi.org/10.1111/jmwh.12674

17. Lanham JS, White P, Gaffney B. Care of People Experiencing Homelessness. Am Fam Physician. 2022;106(6):684-693. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36521466/

18. Costa CB, McCoy KT, Early GJ, Deckers CM. Evidence-based Care of the Human Trafficking Patient. Nurs Clin North Am. 2019;54(4):569-584. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31703782/ https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.08.007

19. Mattar S, Gellatly R. Refugee mental health: Culturally relevant considerations. Curr Opin Psychol. 2022;47:101429. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35973355/ https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101429

20. Hunt J, O'Leary J. Understanding the medical needs of migrants, refugees and asylum seekers. Br J Hosp Med (Lond). 2022;83(6):1-5. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35787175/ https://doi.org/10.12968/hmed.2022.0230

21. White A, Saxer K, Raja S, Hall SL. A Trauma-informed Approach to Postpartum Care. Clin Obstet Gynecol. 2022;65(3):550-562. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35708976/ https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000730

22. Shamaskin-Garroway AM, McLaughlin EA, Quinn N, Buono FD. Trauma-informed primary care for medical residents. Clin Teach. 2020;17(2):200-204. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31419026/ https://doi.org/10.1111/tct.13082

23. Fiske E, Reed Ashcraft K, Hege A, Harmon K. An Interprofessional Course on Trauma-Informed Care. Nurse Educ. 2021;46(4):E50-E54. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33234832/ https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000935

24. Earls MF. Trauma-Informed Primary Care: Prevention, Recognition, and Promoting Resilience. N C Med J. 2018;79(2):108-112. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29563305/ https://doi.org/10.18043/ncm.79.2.108

25. Roberts SJ, Chandler GE, Kalmakis K. A model for trauma-informed primary care. J Am Assoc Nurse Pract. 2019;31(2):139-144. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550391/ https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000116

26. Raja S, Hasnain M, Hoersch M, Gove-Yin S, Rajagopalan C. Trauma informed care in medicine: current knowledge and future research directions. Fam Community Health. 2015;38(3):216-26. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26017000/ https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000071