

Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Entendimento como os profissionais de atenção primária percebem uma intervenção online para o manejo da hipertensão. *Informática médica e decisão BMC fazer*, 17 (1). 5-. ISSN 1472-6947 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0397-x>

Baixado de: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/4650458/>

DOI: [10.1186/s12911-016-0397-x](https://doi.org/10.1186/s12911-016-0397-x)

Diretrizes de uso

Consulte as diretrizes de uso em <http://researchonline.lshtm.ac.uk/policies.html> ou alterna entre em contato com researchonline@lshtm.ac.uk.

Disponível sob licença: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/>

Página 2

Bradbury et al. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2017) 17: 5
DOI 10.1186/s12911-016-0397-x

ARTIGO DE PESQUISA Acesso livre

Compreender como os cuidados primários os praticantes percebem um online intervenção para a gestão de hipertensão

Katherine Bradbury ^{1*}, Katherine Morton ¹, Rebecca Band ¹, Carl ² de maio ¹, Richard McManus ³, Paul Little ⁴ e Lucy Yardley ¹

Abstrato

Antecedentes: A fim de alcançar uma implementação bem-sucedida, uma intervenção deve ser aceitável e viável para seus usuários e deve superar as barreiras à mudança de comportamento. A abordagem baseada na pessoa pode ajudar na intervenção desenvolvedores para melhorar suas intervenções para garantir uma implementação mais bem-sucedida. Este estudo fornece um exemplo de uso da Abordagem Baseada na Pessoa para refinar uma intervenção digital para hipertensão (PA HOME).

Métodos: Nossa abordagem baseada na pessoa envolveu a realização de grupos de foco qualitativos com a equipe de prática para explorar suas percepções do HOME BP e para identificar quaisquer barreiras potenciais à implementação dos procedimentos HOME BP. Adotamos uma abordagem iterativa, movendo-nos entre a coleta de dados, análise e modificações no HOME BP intervenção, seguida de nova coleta de dados. Os dados foram analisados por meio de análise temática.

Resultados: Muitos aspectos do HOME BP pareceram ser aceitáveis, persuasivos e viáveis de implementar. Praticantes benéficos percebidos em usar HOME BP, incluindo que poderia capacitar os pacientes para autogerenciar sua saúde, potencialmente superar a inércia clínica em torno da prescrição de medicamentos e economizar tempo do paciente e do médico. No entanto, os praticantes também tiveram algumas preocupações. Alguns médicos estavam preocupados com a precisão dos pacientes leituras de pressão arterial em casa, ou o potencial de monitoramento doméstico para causar ansiedade nos pacientes e, portanto, aumentar as consultas. Alguns GPs não tinham confiança na escolha de várias mudanças de medicação ou tinham preocupações sobre interações medicamentosas imprevistas. Algumas enfermeiras estavam preocupadas que o modelo de suporte ao paciente que eram solicitado a fornecer não era consistente com sua função percebida. Modificações foram feitas para a intervenção com base sobre este feedback, que pareceu ajudar a superar as preocupações dos profissionais e melhorar a aceitabilidade e viabilidade da intervenção.

Conclusões: Este artigo fornece um exemplo detalhado do uso da Abordagem Baseada na Pessoa para refinar o HOME BP, demonstrando como melhoramos a aceitabilidade e viabilidade do HOME BP com base no feedback da prática pessoal. Esta demonstração pode ser útil para outros desenvolvendo intervenções digitais.

Palavras-chave: Abordagem baseada na pessoa, Pesquisa qualitativa, Desenvolvimento de intervenção, Hipertensão

* Correspondência: kjh1e08@soton.ac.uk

¹ Unidade acadêmica de psicologia, University of Southampton, Southampton, Reino Unido

A lista completa de informações sobre o autor está disponível no final do artigo

Fundo

A pressão alta aumenta as chances de doenças

doença cular e acidente vascular cerebral [1] e é o principal fator de risco para a carga global de doenças [2]. Apesar da disponibilidade de um gama de medicamentos eficazes para o tratamento da hipertensão, controle e tratamento no Reino Unido está atualmente abaixo do ideal [3]. Isso ocorre principalmente porque os médicos não intensificam tratamento em resposta ao aumento da pressão arterial [4], e pacientes não aderem à medicação e comportamento autogestão [5].

Auto-monitoramento do paciente da pressão arterial em casa e implementação de mudanças de medicação pré-acordadas é um forma altamente eficaz de controlar a hipertensão, como dem onstrated pelos estudos TASMINH2 e TASMIN-SR que aplicou esses procedimentos em uma Atenção Primária do Reino Unido contexto, empregando treinamento presencial para pacientes e praticantes [6 , 7]. Estes dois tri

manejo da hipertensão: uma teoria, evidência e

Abordagem baseada na pessoa. Submetido]. O princípio orientador os itens identificados na fase de planejamento são usados para orientar o desenvolvimento de um protótipo de intervenção. Uma vez por protótipo está disponível para o desenvolvimento da intervenção fase começa, que envolve obter feedback detalhado

no protótipo. Este artigo apresenta um exemplo detalhado de como usamos a abordagem baseada na pessoa durante um fase de desenvolvimento, para refinar nossa versão de protótipo de HOME BP; isso pode servir como uma demonstração útil de a abordagem para outras pessoas interessadas no desenvolvimento digital intervenções.

Nossa abordagem baseada na pessoa para desenvolver intervenções ment envolveu a realização de trabalho qualitativo iterativo com pacientes [Bradbury, Grist, Morton, Band, McManus, Pequeno, Yardley. Percepções dos pacientes sobre o HOME BP intervenção. Não publicado] e equipe de prática de GP que viu nossa versão protótipo do HOME BP. Este ap

als mostraram que, em comparação com o cuidado usual, automonitoramento

da pressão arterial em casa e implementação de pré as mudanças de medicação acordadas levaram a uma re duções na pressão

arterial em pacientes com hipertensão [6], e doença cardiovascular, diabetes ou rim crônico

proach envolveu a movimentação em ciclos entre a coleta de dados ção, análise das contas dos usuários para identificar possíveis barreiras

para mudança de comportamento e implementação de cedências, modificações no site para ajudar a superar

doença [7]. A entrega online pode fornecer uma boa relação custo-benefício

barreiras identificadas e, em seguida, mais coleta de dados para avaliar

forma de automatizar os procedimentos TASMIN, para que este

o impacto de nossas mudanças. Este artigo relata o quali estudo tativo com a equipe de prática de GP que participou de

intervenção poderia ser implementada de forma mais ampla. Nós recentemente

adaptou a metodologia TASMIN para entrega online

por meio de uma intervenção digital denominada HOME BP [8]. Adicionar opcionalmente, suporte para fazer mudanças de comportamento saudáveis (por exemplo, dieta, atividade física) também foi incluído no HOME

BP, uma vez que tais mudanças também são recomendadas para reduzir pressão arterial [9].

Ao realizar o treinamento presencial, conforme usado no

Estudos TASMIN, o treinador é informado se os pacientes ou

os praticantes não entendem ou não têm preocupações sobre

um procedimento e, portanto, pode adaptar imediatamente o

treinamento no local para superar essas barreiras e implementar

mentação. Obviamente, isso não é possível em sistemas automatizados intervenções online, portanto, deve-se tomar muito cuidado

para garantir que o treinamento online seja aceitável e po

barreiras potenciais para a implementação são superadas em

vância de treinamento de usuários finais. A Abordagem Baseada na Pessoa fornece um método para garantir que as intervenções online

são tão aceitáveis, envolventes, persuasivos e viáveis para

realizar o possível, para ajudar a garantir implementos eficazes

tação [10]. Inicialmente, durante o planejamento da intervenção

fase, a abordagem baseada na pessoa envolve o uso de

trabalho qualitativo explorando as visões e necessidades dos usuários-alvo a fim de formular 'princípios orientadores' que são breves

resumos das formas distintas em que a intervenção

ção abordará questões comportamentais específicas do contexto-chave. O desenvolvimento de princípios orientadores para HOME BP é

relatado em detalhes em outro lugar [Band, Bradbury, Morton,

May, Michie, Mair, Murray, McManus, Little, Yardley.

Planejamento de intervenção para uma intervenção digital para auto

BP, em em particular, estávamos interessados em quão aceitável e viável, a intervenção pode ser para implementar na prática informações e quais modificações adicionais podem ser necessárias para otimizar a intervenção para a equipe de prática.

Métodos

Projeto

Usamos grupos de foco para obter dados qualitativos a fim de para obter uma compreensão rica e profunda da prática de GP Percepções dos funcionários sobre o programa HOME BP. As aprovações de ética foram obtidas do comitê NRES Londres-Fulham (13 / LO / 1502).

Intervenção do profissional de saúde da BP em casa

A intervenção HOME BP para profissionais de saúde

consiste em um guia do prescritor e um guia do torcedor. A Tabela 1 fornece uma visão geral das principais tarefas realizadas por pacientes, prescritores e apoiadores dentro do

Intervenção HOME BP; o conteúdo do HOME BP é

também relatado na íntegra em outro lugar [8]. O Prescritor guia visa capacitar GPs e prescritores de enfermagem para eficientemente prescrever medicamentos para hipertensão com base em leituras caseiras de pressão arterial, com o objetivo de reduzir a inércia clínica.

O guia do Prescritor teve como objetivo superar as barreiras conhecidas a prescrição de medicamentos para hipertensão não controlada.

Bradbury et al. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2017) 17: 5 Página 3 de 13

Tabela 1 Eventos dentro do HOME BP para pacientes, prescritores e apoiadores

Evento Ocorrência

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/3/13

16/07/2021 Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Understan

Os pacientes completam a primeira sessão de HOME BP

Projetado para aumentar a motivação dos pacientes para fazer mudanças na medicação

Praticantes e pacientes se encontram para uma revisão da medicação de base

Os médicos escolhem três mudanças de medicação que serão implementadas

mais tarde, se a pressão arterial do paciente permanecer acima da meta.

Os pacientes completam a segunda sessão de HOME BP

O que demonstra como monitorar a pressão arterial em casa.

Os pacientes praticam o monitoramento da pressão arterial em casa por uma semana e

reunir-se com seu apoiador se a ajuda for necessária

Apoiadores revisam as leituras de pressão arterial de prática dos pacientes online e peça aos pacientes para fazerem uma prática adicional se eles tiveram problemas com este processo. Os pacientes podem se reunir com seu apoiador se eles tiverem dúvidas ou preocupações sobre o monitoramento doméstico neste momento.

Os pacientes monitoram sua pressão arterial em casa por 1 semana a cada mês

Se a pressão arterial permanecer acima da meta por dois meses consecutivos, o

paciente necessita de troca de medicação e é informado pelo HOME BP.

Os médicos são alertados por e-mail se os pacientes precisarem de uma mudança de medicação Os médicos criam uma receita para a mudança de medicação pré-acordada,

que os pacientes podem coletar na recepção ou receber pelo correio, sem

exigindo uma consulta com o médico.

Apoiadores enviam aos pacientes um e-mail de apoio

Para encorajar o envolvimento com o HOME BP e monitoramento doméstico ou

Mudanças de estilo de vida.

Os pacientes têm acesso a suporte online para fazer mudanças no estilo de vida

Os pacientes podem obter ajuda para mudar sua dieta, aumentar a atividade física,

reduzir o álcool ou perder peso. Eles têm acesso a este conteúdo 9

semanas depois de começarem a BP EM CASA.

Os pacientes podem se encontrar com seu apoiador

Para discutir as mudanças no estilo de vida que eles gostariam de fazer. Esta

a nomeação é opcional.

Nós nos baseamos na Teoria Cognitiva Social, que vê o comportamento seu conforme determinado pelas expectativas de resultado, autoeficácia e meio ambiente [11]. Barreiras conhecidas para a prescrição

medicação para hipertensão não controlada pode ser principalmente

organizado em expectativas de resultados inúteis (por exemplo, que

a prescrição pode não ser necessária ou segura) e a falta de

autoeficácia para prescrição neste contexto. HOME BP era

portanto, projetado para promover expectativas de resultados mais positivos tações e construir autoeficácia para prescrição. HOME BP

também alterou os ambientes dos praticantes, criando

e-mails associados que alertariam os profissionais sobre a necessidade de prescrever se a hipertensão dos pacientes permanecesse precária

trolled. A Tabela 2 descreve as razões conhecidas para a inércia clínica e uma explicação de como o HOME BP aborda essas barreiras

riers à prescrição.

A segunda parte da intervenção HOME BP para

praticantes é o guia do apoiador. Isso visa en

compromissos de suporte padronizados para os pacientes. O primeiro é ajudar os pacientes com problemas de monitoramento sua pressão arterial em casa. A segunda é discutir

enfermeiras e assistentes de saúde capazes de fornecer dois

potenciais mudanças de estilo de vida que os pacientes gostariam de fazer para ajudar a controlar a hipertensão. Apoiadores também

Página 5

No início do HOME BP

Uma ou duas semanas após o paciente concluir a sessão 1

Após a revisão da linha de base

Após a sessão 2

Após uma semana de prática, o monitoramento foi concluído. Depois mensalmente para o resto da intervenção.

Se a pressão arterial de um paciente permanecer elevada por dois meses consecutivos.

8 semanas após o início da PA EM CASA e, a seguir, a cada 4 semanas.

9 semanas após o início da PA HOME (para dar tempo aos pacientes para obter usado para monitorar a pressão arterial)

10 semanas após o início do HOME BP

enviar aos pacientes um e-mail uma vez por mês para fornecer incentivo agement para monitoramento doméstico e mudanças de estilo de vida. Um problema enfrentado pelos profissionais que fornecem suprimentos porta para intervenções online é que muitas vezes falta a conhecimento ou habilidades de aconselhamento comportamental para fornecer suporte à mudança de comportamento [12]. Nós projetamos o Abordagem CARE (Parabenizar, Perguntar, Tranquilizar, Incentivar idade) para ser fácil de entregar para os profissionais fornecerem cuidados centrados no paciente para apoiar intervenções online. No modelo CARE, os ingredientes de intervenção e técnicas de mudança de comportamento são, portanto, entregues pela intervenção digital (garantindo fidelidade). O papel do apoiador no HOME BP é fornecer o humano suporte que pode aumentar a aderência à intervenções [13,14].

CARE foi desenvolvido usando um Evidence-, Theory- e Abordagem baseada na pessoa [10, 15, 16], com base na auto teoria da determinação [17], evidências da literatura e nosso trabalho qualitativo anterior com profissionais que forneceram abordagens semelhantes em nosso digital intervenção para perda de peso [18]. Os componentes do A abordagem CARE e sua base teórica são delineadas na Tabela 3.

Bradbury et al. BMC Medical Informatics and Decision Making (2017) 17: 5 Página 4 de 13

Tabela 2 Como o HOME BP aborda a inércia clínica na prescrição de medicamentos para hipertensão

Razão para inércia clínica Solução da HOME BP

A inércia clínica pode ocorrer porque os médicos não estão confiantes de que a leitura clínica levantada pelo paciente é uma representação precisa de sua pressão arterial normal do dia a dia (por exemplo, pode ser hipertensão do avental branco) [38] e, portanto, eles esperam que fazer uma mudança de medicação possa ser desnecessário ou inseguro.

A inércia clínica também pode ocorrer porque os médicos estão preocupados que o aumento da medicação pode não ser apreciado pelos pacientes e pode negativamente impacto na relação paciente-médico.

Home BP supera este problema, permitindo que os praticantes baseiem decisões de medicação em evidências mais confiáveis - a média de casa leituras de pressão arterial registradas todos os dias durante uma semana de cada mês. Se as leituras estiverem acima da meta por dois meses consecutivos, então esta é uma forte evidência de que uma

mudança de medicamento é necessária.

No início do programa HOME BP, os pacientes aprendem sobre o benefícios de fazer alterações na medicação se a pressão arterial estiver acima da meta. Depois disso, os pacientes se encontram com o médico para concordar com qual medicamento mudanças seriam mais adequadas se a pressão arterial permanecesse acima alvo. O médico pode, portanto, ter certeza de que os pacientes estão em

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/4/13

16/07/2021 Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Understan

A inércia clínica também pode ocorrer quando os médicos não têm certeza de qual medicamentos para implementar em uma consulta com um paciente cujo sangue a pressão aumenta [38].

Uma última razão importante para a inércia clínica parece ser que os médicos não compreender os alvos do tratamento ou acreditar que o paciente é 'perto o suficiente' quando eles estão acima da meta [3].

Recrutamento e procedimento

Sete treinos de GP do sul da Inglaterra participaram, incluindo práticas de uma mistura de ambiente urbano e rural tings. No total, 55 funcionários da prática participaram do 7 foco grupos, incluindo médicos de clínica geral (GPs; $n = 16$).

Tabela 3 A abordagem CARE: Parabenizar, Perguntar, Tranquilizar, Incentivar concordar com a decisão do médico de prescrever se eles precisam para implementar uma mudança de medicamento.

Decidir as mudanças de medicação antes de sua implementação dá médicos mais tempo para decidir quais mudanças de medicação podem ser mais adequado e assim pode resolver este problema. Os praticantes são mostrados breves exemplos modelados de um Prescriitor escolhendo medicamentos para um paciente em HOME BP, bem como orientações do NICE sobre a escolha de medicamentos para hipertensão [9].

Isso é tratado em HOME BP pelo programa que envia Prescribers para alertá-los quando a pressão arterial de um paciente permanecer acima da meta e mudança de medicação é necessária.

enfermeiras de prática ($n = 9$), assistentes de saúde ($n = 6$), re equipe de recepção ($n = 17$) e gerentes de prática ($n = 7$). Esta permitiu a exploração do que os médicos pensavam nossas intervenções, bem como quaisquer questões mais amplas com a implementação mentação da intervenção que pode impactar,

Orientação dada aos apoiadores sobre CARE Base teórica

Parabenize o paciente por tudo que ele fez bem. Isso pode incluir participando do estudo, entrando no HOME BP, completando o primeiro sessão online, monitorando sua pressão arterial em casa ou fazendo

mudanças saudáveis em seu estilo de vida.

Exemplo: "Parabéns por participar deste estudo, acho ótimo que você quer aprender mais sobre automonitoramento de sua pressão arterial e

ter aquele controle extra sobre a sua saúde ".

Pergunte ao paciente como ele está, pergunte se ele tem alguma dúvida ou preocupações. Se eles tiverem alguma dúvida, você pode perguntar a eles o que soluções que gostariam de tentar - lembre-se de que o objetivo é que as pessoas torne-se seu próprio treinador de saúde, para não depender dos outros.

Exemplo: "Como você está monitorando seu sangue

pressão em casa? Como você tem achado isso ao inserir suas leituras

no programa HOME BP? "

Tranquilize o paciente sobre quaisquer preocupações que ele tenha.

Exemplo: "É realmente normal que suas leituras de pressão arterial variem de dia para dia hoje, é por isso que monitorar sua pressão arterial regularmente em casa é

tão útil, pois dá uma indicação muito melhor de sua média de sangue

pressão do que uma leitura na cirurgia ".

Incentive o paciente a continuar monitorando sua pressão arterial, entrando suas leituras de pressão arterial em HOME BP, tomando seus medicamentos e fazer todas as mudanças no estilo de vida que discutirem com você.

Exemplo: "Seria ótimo se você pudesse continuar monitorando seu sangue

pressão quando o HOME BP lhe envia um lembrete para fazê-lo. Isso vai realmente

ajudar a garantir que podemos encontrar o medicamento certo para você e, com sorte, controlar melhor a pressão arterial ".

Página 6

O elogio é focado no processo de mudança de comportamento (por exemplo, "muito bem por monitorar sua pressão arterial em casa ", ou" ótimo trabalho em manter seu objetivo de atividade física "), em vez da pessoa como um todo (por exemplo "Você é tão bom em reduzir o sal"). O elogio focado no processo pode aumentar a motivação autônoma [39, 40], bem como os sentimentos de competência e relacionamento [40]

O elogio também é informativo ("Que bom que você se conectou e teve um olhe para HOME BP "), em vez de controlar ("Muito bem, você se conectou para HOME BP, como você deve"), que também apóia a autonomia [32, 39]

Os participantes que não se envolveram com mudanças de comportamento não são pressionado, pois minimizar a pressão dá suporte à autonomia [41]

Eliciar barreiras potenciais e explorar soluções possíveis com

os pacientes podem construir uma motivação mais autônoma [42] Isso também deve ajudar os pacientes a se sentirem compreendidos e cuidados, o que pode melhorar parentesco [42].

A ênfase é colocada na discussão do paciente (ao invés do médico)

ideias de possíveis soluções para desafios, para ajudar a construir seus sentimentos de competência e ajudá-los a confiar em si mesmos, ao invés de praticante, para soluções.

Reconhecer os sentimentos do paciente pode ajudar a apoiar a autonomia [40.] Evidências de revisão sistemática indicam que a garantia cognitiva (fornecer explicações e educação) está associado a pacientes superiores satisfação, capacitação e melhora dos sintomas [43].

A tranquilidade também está associada a um atendimento mais centrado no paciente [44]

Aqui, os profissionais fornecem feedback não controlador, o que pode ajudar autonomia de apoio [40]. Os praticantes fornecem uma justificativa para encorajar pacientes continuem com uma mudança de comportamento (por exemplo, o quanto isso vai ajudar sua saúde), pois isso pode apoiar a autonomia [42]

O incentivo também está associado a um atendimento mais centrado no paciente [44]

Bradbury et al. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2017) 17: 5 Página 5 de 13

ou ser influenciado pela equipe de recepção e pelo homem da prática agers. Cada grupo de foco consistia de funcionários em um único prática. A Tabela 4 fornece uma visão geral da equipe em envolvidos em cada grupo de foco.

Antes dos grupos de foco, a equipe teve acesso a

HOME BP. O consentimento por escrito foi coletado no início de cada grupo de foco. Grupos focais foram realizados por KB (psicólogo de saúde) e KM (assistente de pesquisa formiga). Os grupos focais começaram explorando como cada prática atualmente gerenciada de hipertensão, seguida por o que a equipe de prática achou da ideia do HOME BP intervenção de apoio aos pacientes no monitoramento de seus pressão arterial em casa e mudanças no estilo de vida. A equipe de prática foi questionada sobre o que eles achavam do Guias do Prescritor e do Apoiador, perguntas abertas exploraram o que gostaram ou não gostaram nesses

guias e como eles se sentiriam sobre a implementação do procedimentos em sua prática usual. Os grupos de foco alcançado porque a equipe não levantou novas preocupações importantes ou desafios para a aceitabilidade ou viabilidade do intervenção em grupos de foco posteriores.

A análise foi inicialmente realizada por KB, um experi pesquisador qualitativo enced. Primeiro o pesquisador ouviu para, ler e releer as transcrições dos grupos focais. Todos os dados relacionadas à questão de pesquisa ('como praticar a equipe perceber a intervenção do HOME BP?') foi codificado. Embora isso significasse que a grande maioria dos dados era codificados, dados que não eram relevantes para as questões de pesquisa (por exemplo, discussão de procedimentos de estudo, como participação folhas de informações sobre calças ou especulação sobre o estudo captação) não foi codificado. Um manual de codificação foi criado com base na codificação inicial. Comparação constante foi usada e o manual de codificação foi continuamente refinado e atualizado datado para garantir que os códigos foram usados de forma consistente e refletiu com precisão os dados [20]. Códigos que identificaram aspectos semelhantes dos dados foram agrupados em

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/5/13

16/07/2021 Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Understan foram gravados em áudio (duração média de 45 min) e trans escrito literalmente.

Análise de dados

Uma análise temática indutiva [19.] foi conduzida, para explorar as percepções das equipes de prática sobre o HOME BP. Nosso A abordagem baseada na pessoa envolveu o pagamento de

temas. Uma trilha de auditoria e memorandos foram mantidos ao longo da análise. Os códigos finais, temas e modificações no HOME BP foram acordadas entre o KB, KM e LY. Casos desviantes, que divergiram do

tendências dominantes, foram identificadas para ajudar a considerar o limites da análise e para garantir que nenhum dado foi esquecido.

atenção a quaisquer barreiras às mudanças comportamentais (por exemplo, pré

escrever, fornecer suporte) ou implementação potencial dos procedimentos HOME BP. Os dados habilitados modifi catações a serem feitas para melhorar o HOME BP para abordar preocupações com o objetivo de tornar a intervenção mais persua sive, aceitável e viável de implementar.

Este foi um

processo iterativo movendo-se entre a coleta de dados, ana lise, modificações na intervenção e, em seguida,

coleção de dados. Ocasionalmente, esperávamos para coletar alimentos - de volta em vários grupos de foco antes de fazer uma mudança para a intervenção, em outros casos, era claro que ver depois de um único grupo de foco que uma mudança era necessária. As vezes achamos útil discutir uma possível modificação para

a intervenção com profissionais nos grupos focais

antes de implementá-lo no HOME BP, para ajudar a avaliar se pode ser aceitável. Saturação foi considerada

Tabela 4 Equipe participando de grupos focais

Resultados

Três temas foram identificados: 'Gerenciando a pressão arterial em casa ', ' Combinar mudanças de medicação com antecedência 'e 'Apoiari pacientes com PA HOME'. Estes são dis

discutidos em detalhes abaixo e uma visão geral dos temas

e os códigos são fornecidos na tabela 5 _Feedback dos praticantes também foi usado para fazer modificações no HOME BP

intervenção para melhorar sua aceitabilidade e viabilidade

implementar na prática; essas mudanças são descritas

abaixo e uma visão geral é fornecida na Tabela 6.

Gerenciando a pressão arterial em casa

Muitos profissionais de saúde consideraram o HOME BP como tendo o potencial potencial para capacitar os pacientes a autogerenciarem seus próprios

Foco	Equipe de prática participante
grupo	Fêmea Macho
	1 1 clínico geral, 2 enfermeiras, 1 gerente de prática, 3 administradores de recepção 3 GPs
	2 1 clínico geral, 1 enfermeira, 1 gerente de prática, 1 administrador de recepção 3 GPs
	3 1 clínico geral, 1 enfermeira prescritor, 2 enfermeiras, 2 HCAs, 1 gerente de prática, 3 administradores de recepção
	4 2 GPs, 1 enfermeira, 1 HCA, 1 gerente de prática, 5 administradores de recepção
	5 2 GPs, 1 enfermeira, 1 HCA, 3 administradores de recepção 1 gerente de prática 6 1 GP, 1 HCA, 1 gerente de prática, 1 administrador de recepção 1 GP
	7 1 enfermeira, 1 HCA, 1 gerente de prática, 1 GP, 1 administrador de recepção

Página 7

Bradbury et al. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2017) 17: 5 Página 6 de 13

Tabela 5 Temas e códigos identificados na análise

Tema Códigos

Gerenciando a pressão arterial em casa Monitoramento doméstico é um processo de capacitação

- O monitoramento doméstico supera o problema da inércia clínica
- O monitoramento residencial pode economizar (ou custar) tempo
- Os pacientes podem ficar obcecados em monitorar sua pressão arterial
- O monitoramento doméstico pode causar ansiedade
- Prática usual para controlar a pressão alta
- Atualmente não há sistema para registrar leituras caseiras na prática
- As leituras caseiras são precisas?
- Monitoramento doméstico supera problemas de hipertensão do avental branco
- Útil que as leituras caseiras sejam enviadas por e-mail para os profissionais
- Um sistema para responder a e-mails de HOME BP

Combinar mudanças de medicação com antecedência Compreender as mudanças de medicação com antecedência pode ser empoderador para os pacientes

Preocupações sobre a escolha de mudanças de medicação com antecedência

- Soluções potenciais para problemas com a escolha de mudanças de medicação com antecedência
- A revisão da medicação da linha de base precisa ser mais longa para permitir a explicação das mudanças na medicação?

Apoiando pacientes usando HOME BP Útil que o HOME BP fornece suporte para mudança de comportamento

- Papel dos apoiadores com a mudança de comportamento considerada importante
- Guia do torcedor acessível
- Os médicos valorizam a construção da autonomia do paciente (evitando a dependência dos médicos)
- Percepções de suporte não diretivo usando CARE

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/6/13

16/07/2021 Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Understan

- Percepções de parabenizar pacientes usando CARE
- Percepções de tranquilizar os pacientes usando o CARE
- Desejo de ver a intervenção do paciente
- Falta de tempo para dar suporte

para melhor adesão do paciente.

hipertensão. Alguns praticantes acreditam que isso pode levar

eles estão mais envolvidos, eles veem isso mais como um, você sabe, importante e espero que 'vai ficar melhor controlada

“ Uma ótima ideia e acho que qualquer coisa que possa obter os pacientes que cuidam de suas próprias condições são ser encorajado porque se eles próprios administrarem pressão arterial ”. Enfermeiro prescritor, FG3

pressão arterial em casa pode superar

A análise de caso desviante destacou que um GP sabia que permitir que os pacientes monitorassem seus

ertia, particularmente em situações em que o clínico

falhou em prescrever devido a limitações de tempo

dentro das consultas. Não foi talvez surpreendente

que a maioria dos GPs não falou sobre isso, uma vez que admitem tinger a inércia clínica pode ser considerado sub

“ (A pressão arterial) pode ser corrigida no final de uma consulta longa ... que ' um s das razões pelas quais se ele ' s alguns pips acima do normal, podemos não ser tão pró-ativos

Página 8

como poderíamos ser. E, em seguida, antes que você perceba isso ' s an outros três meses para outro cheque e então nós ' ll veja novamente. Embora eu goste da ideia de que esta é uma vez mês você conhece e (o paciente está) assumindo o comando disso ” . GP FG5

Alguns GPs e enfermeiras acreditavam que o monitor doméstico procedimentos de manipulação lhes pouparia tempo como medicação as mudanças seriam tratadas remotamente, em vez de dentro de uma consulta. No entanto, outros sentiram que aumentou monitoramento domiciliar pode significar que os pacientes " podem entrar entre em contato conosco com mais frequência, o que significa assumir mais do nosso tempo ” . (GP, FG6) . Esses praticantes eram muitas vezes preocupado que os pacientes possam ficar obcecados com monitorar sua pressão arterial, ou ficar ansioso quando eles obtêm leituras altas, o que pode ser um problema processo de alimentação para o paciente e demorado para a prática.

“ Alguns (pacientes) se obcecado com a vigilância, ' s alto, então eles fazem de novo ... eu vi um paciente tomar ele vinte e oito vezes em um dia ... Então eu don ' t pensar obviamente, ' s ideal para todos, mas você ' tenho que

Bradbury et al. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2017) 17: 5 Página 7 de 13

Tabela 6 Modificações feitas no HOME BP com base no feedback do grupo de foco

Feedback do grupo de foco Alterações feitas em HOME BP

- 1 Preocupações de que os pacientes que monitoram sua pressão arterial em casa possam entrar em contato com a prática mais, por causa da preocupação com suas leituras.
- 2 Preocupações sobre a precisão das leituras caseiras de pressão arterial, particularmente leituras muito altas.
- 3 Preocupações sobre a escolha de 3 medicamentos com antecedência. Essa preocupação foi baseada sobre:
 - 1- Não saber quais drogas escolher e uma preocupação de que possa haver não haver drogas suficientes para escolher.
 - 2- Preocupações sobre as interações entre as drogas em combinação regimes de medicação.
- 5 Dois GPs queriam que a revisão da medicação de base fosse mais longa, outros discordou.
- 6 Os enfermeiros do primeiro grupo focal estavam preocupados com a necessidade de dar conselhos dos pacientes, como eles esperariam. TASMINH2 [6] não descobriram que os pacientes monitorando sua pressão arterial em casa consultados com mais frequência do que aqueles sob cuidados habituais. Esta informações foram adicionadas aos guias do Prescritor e do Apoiador para tranquilize os médicos de que é improvável que seja esse o caso.

Foi adicionada uma explicação que descreve os procedimentos empregados para garantir que as leituras dos pacientes sejam precisas. Isso inclui pacientes completando uma semana de prática de monitoramento de sangue pressão antes de começar a monitorá-la de verdade. Os pacientes podem enviar seus praticar leituras para seu apoiador para feedback. Eles também podem se encontrar com seu apoiador se eles tiverem problemas com o monitoramento doméstico, ou tem dúvidas sobre suas leituras. Também foi explicado que poucos os pacientes no estudo TASMINH2 obtiveram leituras muito altas [6], indicando que é improvável que seja uma ocorrência regular.

 - 1- Para abordar a primeira preocupação, adicionamos a explicação de que a medicação mudanças podem incluir aumentos nas doses de drogas, não apenas adicionar mais drogas. Também incluímos um cenário de um paciente complexo tomando 3 medicamentos, mostrando 3 possíveis mudanças de medicação que poderiam ser sugeridas para o paciente na primeira instância e mais 3 que poderiam ser usados se os 3 primeiros eram inadequados.
 - 2- Para abordar a segunda preocupação, mostramos aos prescritores evidências de a segurança e eficácia desta abordagem. Apresentamos as descobertas de o estudo TASMINSR [7], que descobriu que os pacientes com comorbidades que já estavam tomando vários medicamentos não tiveram mais efeitos colaterais (mas reduziu significativamente a pressão arterial) em comparação com aqueles recebendo os cuidados habituais ao monitorar a pressão arterial em casa e implementou mudanças de medicação pré-acordadas quando a

pressão arterial permaneceu levantado.

O guia do prescritor também lembrou os prescritores de verificar os pacientes notas para garantir que uma mudança de medicação pré-acordada ainda era apropriada.

As informações foram atualizadas para sugerir que alguns profissionais podem achar útil usar uma consulta dupla para análises de medicamentos para seu primeiro paciente no grupo de intervenção, para dar tempo para se acostumar com os procedimentos do estudo, mas que após isso uma única consulta deve satisfazer.

Informações foram adicionadas para tranquilizar os apoiadores de que a abordagem CARE (sem dar conselhos) foi usado com sucesso em estudos anteriores.

Foram mostradas citações de pacientes e médicos, que demonstrou a aceitabilidade desta abordagem.

7 Os enfermeiros do primeiro grupo focal também estavam preocupados em não Exemplos detalhados de como felicitar e tranquilizar os pacientes foram

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/7/13

16/07/2021 Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Understan

adesão, ou tranquilize os pacientes sobre suas preocupações, adicionado para modelar esta abordagem. Saiba como parabenizar os pacientes

que demonstraram falta de

8 A maioria dos apoiadores queria poder ver o site do paciente Este foi colocado à disposição dos Apoiadores, com a explicação de que era não é necessário memorizar essas informações, pois sua função seria fornecer suporte usando o modelo CARE, não conselhos específicos.

9 Algumas enfermeiras notaram que a falta de tempo pode ser uma barreira para fornecer

Apoio, suporte.

destaque, encontre aqueles pacientes que ficam extremamente

ansioso se ele 's ligeiramente elevada e quem vai ficar na cama todos dia' . Enfermeira, FG3,

A maioria das clínicas já estava trabalhando com os pacientes

que às vezes monitorava sua pressão arterial em casa,

Página 9

Os pacientes recebem duas consultas opcionais de dez minutos durante o

Estudo de 12 meses. É provável que nem todos os pacientes optem por comparecer esses compromissos (este tem sido o caso em nossos outros

intervenções, por exemplo, [14]). No entanto, algumas práticas podem encontrar este tempo compromisso muito grande. No entanto, decidimos manter este suporte em pontos de vista como intervenções semelhantes têm efeitos maiores se o apoio humano

é fornecido. A maior parte do suporte aos pacientes é fornecida por e-mail,

com e-mails que são pré-escritos e só precisam ser adaptados brevemente para

o paciente, o que significa que este suporte deve ser muito rápido e fácil de

entregar.

mas faltava um sistema robusto para responder às necessidades de casa leituras.

“ Alguns de nossos pacientes estão fazendo isso essencialmente de qualquer maneira mas há 's nenhuma avenida para feed back para que eles 're fazendo o gravações e, em seguida, eles estão apenas olhando e, em seguida,

Bradbury et al. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2017) 17: 5 Página 8 de 13

entrando em pânico ou não entrando em pânico ou não fazendo nada (HOME BP) vai ser muito bom' . GP, FG5

Alguns GPs, enfermeiras e HCAs se preocuparam com o precisão das leituras caseiras de pressão arterial, particularmente leituras muito altas e se elas são confiáveis.

No entanto, outros médicos estavam acostumados com os pacientes itar em casa e, em seguida, prescrever com base nesses leituras. Outros achavam que as leituras caseiras provavelmente ser mais preciso, principalmente em casos de jaleco branco hipertensão.

Empregamos várias estratégias para garantir que os pacientes as leituras seriam precisas e em resposta à prática preocupações dos usuários sobre isso, adicionamos uma explicação de essas estratégias para o guia do prescritor (ver Tabela 6, ponto 2 para detalhes). Praticantes em grupos de foco posteriores observou que essas estratégias provavelmente garantiriam a precisão cia de leituras caseiras.

Toda a equipe de prática discutiu os alertas de e-mail que ser enviado de HOME BP para alertar os praticantes quando leituras caseiras indicaram que uma mudança de medicação era ne cessário. Alguns médicos estavam preocupados que sua prática tice pode não ter um sistema para lidar com e-mails, mas recepcionistas e gerentes de prática em todas as práticas reas asseguraram os profissionais de que endereços de e-mail genéricos já existiam e eram verificados regularmente, o que permitiria fácil implementação dos prompts de email do HOME BP. Vários

os médicos viram e-mails sobre pacientes que eram autossuficientes

adiantado. Muitas vezes as pessoas se sentem impotentes. Vocês vem ao GP, você tira a pressão. Se

it's elevou eles arrancar sua cabeça e colocá-lo em algum remédio, fala pra você voltar ... Considerando que isso é certo na extremidade oposta do espectro". GP, FG2

Em contraste, alguns GPs estavam preocupados com a escolha de 3 mudanças de medicação com antecedência. Alguns sentiram que eles não teria certeza de quais drogas escolher. Outros eram preocupado que no tempo entre concordar com a medicação mudanças e estas sendo implementadas, o paciente pode receber um medicamento para outra condição de saúde que poderia interagir com as mudanças de medicação previamente acordadas, aumentando o potencial de danos dos efeitos da interação.

"I'd achar que bastante difícil porque ele's bastante para pensar se você' já tenho alguém que's Got

hipertensão pré-existente com alguns agentes para então pensar cerca de três (medicamento muda) - Quer dizer, eu'd pro luta habilmente para pensar em dois para ser honesto". GP, FG6.

"Antecipar quais medicamentos usar é potencialmente cheio de perigo porque eles podem ter sido vistos

para outra coisa e, entretanto, foi dado

outra droga que interage com o que você originalmente disse". GP, FG1

Os GPs sugeriram que uma solução potencial pode ser

monitoramento como uma ferramenta útil para o gerenciamento de pacientes, que

Peça-lhes que verifiquem a lista de medicamentos do paciente quando

economizaria tempo do médico e do paciente.

implementar uma mudança de medicação pré-planejada, para verificar possíveis interações, que foi posteriormente

"Ele' é uma mudança organizacional que' está indo para necessidade de

incorporado em HOME BP. As outras maneiras pelas quais

faça em algum momento em breve de qualquer maneira. I've sido fazê-lo para um

abordamos as preocupações dos profissionais sobre a escolha

número de anos, mas nós haven't tinha um conjunto sistema adequado

três medicamentos com antecedência são descritos no ponto 3 da Tabela 6.

up ... É, sem dívida, muito mais eficiente em termos de tempo". GP, FG2

Essas mudanças pareceram bem-sucedidas, pois os praticantes

em grupos de foco posteriores que viram nosso Prescriber's atualizado

A análise de caso desviante mostrou que uma prática era preocupados com a quantidade de e-mails que eles podem receber,

antecipando que seus GPs receberiam nu

vários e-mails de pacientes, que com base em nossos estudos baseados na web e nosso trabalho piloto inicial com Pensamos que é muito

improvável que seja o caso da HOME BP.

guia não mencionou essas preocupações.

Alguns GPs acreditavam que os pacientes com doenças não controladas hipertensão seria difícil escolher três medicamentos para,

como eles provavelmente teriam experimentado drogas antes e experimentado efeitos colaterais, ou seja, o pool de drogas para escolher

de seria menor.

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/8/13

16/07/2021 Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Understan

Análise de caso desviante destacou que dois GPs foram

ansiosos para que a revisão inicial da medicação seja mais longa, para ex

esclarecer as três mudanças planejadas de medicação para os pacientes.

Outros médicos acharam que precisariam de apenas 10 minutos.

Com base nesta análise de casos desviantes, redesenhamos nosso

procedimentos iniciais de revisão de medicação para garantir a aceitação

capacidade para todos os prescritores (ver tabela 6, ponto 5).

Apoiando pacientes usando HOME BP

Os médicos ficaram satisfeitos com o fato de os pacientes receberem alimentação

porta com mudanças de estilo de vida por meio de HOME BP, como eles

muitas vezes tinha tempo limitado para dar conselhos sobre isso. GPS

Página 10

Combinar mudanças de medicação com antecedência

Alguns praticantes foram muito positivos sobre a perspectiva de escolher medicamentos a serem implementados posteriormente, se a pressão arterial permaneceu descontrolada.

Eles sentiram que concordar esses medicamentos com o paciente em uma linha de base consulta ajudaria a capacitar o paciente para

controlar sua hipertensão.

"É uma ideia brilhante ... As pessoas saberão,

na verdade, por que estou fazendo isso? O que' é a importância? Quais são as etapas? O que acontece depois? Que' é tudo

gostou do fato de que enfermeiras ou HCAs prestariam cuidados em pontos de tempo críticos para apoiar mudanças comportamentais. Enfermeiros e HCAs geralmente responderam positivamente a o guia do torcedor, observando que era " *fácil de entender stand* ". (FG7, HCA), e valorizou sua abordagem de construção autonomia do paciente, ao invés de depender da enfermeira.

"Eu gosto da palavra 'Apoiante', na verdade, não, você sabe, não enfermeira ou você sabe porque (pacientes) esperam que você venha com uma varinha mágica às vezes ". Enfermeira, FG5

O papel do Apoiador em HOME BP visava a

fornecendo cuidados não diretivos para facilitar a construção de motivação autônoma para mudanças comportamentais. E aí os carregadores foram solicitados a não dar conselhos, mas seguir o Abordagem CARE, discutindo as próprias idéias do paciente para soluções para problemas. O primeiro grupo de foco suscitou percepções negativas da CARE como os enfermeiros estavam preocupados que seria difícil não dar conselhos, pois eles eram acostumados a fazer isso em suas funções diárias, e sentiram os pacientes esperaria isso.

Nurse 1: " Acho que ' é o nosso papel, você sabe, dentro de um consulta é dar conselhos e conversar com as pessoas sobre o que estão fazendo e como podem mudar o que eles estão fazendo. E se você está sentado aí dizendo, " Bem, você ' vai fazer isso, oh, eu acho melhor você voltar para o site e dê uma olhada e veja o que ele diz para você fazer " .

Enf. 2: " Pode fazer com que se sintam desamparados " . FGI

Percebemos neste momento que dizer às enfermeiras para vide CARE, sem fornecer uma justificativa clara do porquê esta foi uma abordagem útil provavelmente não foi convincente e talvez um desafio à autonomia do enfermeiro. Nós alterou o guia do apoiador para incluir informações para tranquilizar o Apoiador de que CUIDADO (sem dar publicidade vice) foi usado com sucesso em estudos anteriores. Nós também adicionou citações de pacientes e médicos, que demonstrou a aceitabilidade desta abordagem. Nós esperava que esta evidência ajudasse os profissionais a comprar na CARE, ao invés de sentir que lhes foi dito para fazer isso e que isso ajudaria a persuadir os profissionais a tentar para fora. Depois de fazer essas mudanças, os praticantes mais tarde os grupos focais não levantaram preocupações sobre a CARE ou não ser capaz de dar conselhos. Em vez disso, eles foram muito positivos sobre a abordagem, indicando que nossas mudanças tiveram um bom resultado. Alguns praticantes até sentiram que CUIDADO positiva, do nosso ponto de vista ... ele ' ll reduzir consulta vezes, absolutamente no longo prazo " . Enfermeira FG5

Algumas enfermeiras e HCAs também consideraram a CARE muito semelhante à sua abordagem normal.

" *Eu acho que ' s provavelmente o trabalho que toda a gente sentou rodada a mesa já está fazendo " . Enfermeira, FG2*

Outra preocupação sobre o CARE levantada pelas enfermeiras em o grupo de foco 1 foi que eles não podiam parabenizar facilmente pacientes que não tiveram bom progresso. Eles também sentiram eles lutariam para tranquilizar os pacientes sem ter mais informações sobre como fazer isso.

" *Quando as pessoas vêm em e você ' re dizendo, " Oh bem feito, " Eu só, eu não ' t sentir muito confortável fazendo isso. Ele ' s apenas, ele ' s tipo de também, para mim, ' é apenas muito, " Ah, certo, agora eu ' tenho que parabenizá-lo e eu ' tenho que fazer isso ... " Eu só, eu prefiro apenas ser fácil de dizer o que eu quero dizer ... Ele ' s assumindo que não é algo positivo " . FGI*

Exemplos detalhados de como parabenizar e tranquilizar

os pacientes foram, portanto, adicionados ao guia do apoiador para modelar esta abordagem. Apoiadores em grupos de discussão posteriores não parecia preocupado em parabenizar ou re assegurando os pacientes, indicando que essa mudança era provável ter tido sucesso.

Algumas enfermeiras queriam ver as páginas que o paciente viu a fim de fornecer segurança adequada aos pacientes. Estas páginas foram, portanto, disponibilizadas para Superintendentes, com uma explicação de que não era necessário fornecer essas informações, já que sua função seria fornecer suporte usando CARE, não conselhos específicos.

" *Podemos dar uma olhada no site (do paciente)? Porque apenas se as pessoas estão vindo em dizer " Oh, bem, eu ' ve leia este " E ufa, eu ' nunca vi ele assim que eu don ' t saber " . HCA FG7*

Algumas enfermeiras e HCAs discutiram essa falta de tempo era uma barreira para fornecer atendimento presencial ou por telefone porta. Uma descrição de como respondemos a essa preocupação é descrito no ponto 9 da Tabela 6.

Discussão

No geral, a equipe de atenção primária indicou que o HOME A intervenção da BP parecia aceitável, envolvente e

foram capazes de resolver essas preocupações com modificações
ções para HOME BP. Abaixo nossas descobertas são discutidas
em relação à literatura mais ampla.

Página 11

poderia reduzir o tempo de consulta.

“ Eu gosto da idéia de que nós ' re não suposto dar-lhes tudo as respostas, para que eles ' re significou, nós apenas redirecioná-los e apoiá-los na verdade, acho que ' s realmente, realmente

Relacionando as descobertas com a literatura mais ampla

Gerenciando a pressão arterial em CASA

Os praticantes observaram que o HOME BP capacitaria o pa tientes para desempenhar um papel mais ativo na autogestão de seus pressão sanguínea. No entanto, um problema percebido era que os pacientes podem ficar obcecados em monitorar seus pressão arterial, ou excessivamente ansioso com suas leituras. Os praticantes expressaram essas preocupações em outro lugar [21, 22], mas as evidências sugerem que os pacientes não vem preocupado em monitorar sua pressão arterial [23], ou exibem aumentos na ansiedade ao monitorar sua pressão arterial em casa [6 1]. No contexto de extensos profissionais de serviços de atenção primária no estudo atual também estava preocupado que as leituras altas pode levar a consultas adicionais, mas as evidências de TASMINH2 indica que poucos pacientes têm muito leituras altas e que os procedimentos de estudo não conduzem a mais consultas do que os cuidados habituais [6]. Esta informação ção foi adicionada ao guia do Prescritor para fornecer resseguro.

Combinar mudanças de medicação com antecedência

Alguns médicos consideraram concordar com mudanças de medicação antecipadamente como capacitando o paciente, informando de como seu futuro tratamento de pressão arterial trabalharia. No entanto, outros se preocuparam com isso abordagem, incluindo falta de confiança na escolha de vários medicamentos e preocupações que a medicação pré-acordada mudanças podem ser perigosas. Teoria da implementação, como como a Teoria do Processo de Normalização (NPT), sugeriria essas percepções podem ser uma barreira para a execução do procedimento ure para intensificação do tratamento (ou seja, um desafio para col ação coletiva) se não for abordada [24, 25]. Estudos anteriores também descobriram que às vezes os GPs podem não ter as habilidades necessário combinar vários medicamentos e que eles têm preocupações de que a combinação de medicamentos pode ser perigosa [26], particularmente em pacientes com comorbidades [27, 28]. No entanto, a terapia de combinação apropriada (combinando vários medicamentos) é recomendado no guia nacional linhas para o manejo da hipertensão [29] e controle A hipertensão arterial costuma ser particularmente importante em pacientes com comorbidades (como diabetes e rim crônico Doença) [29]. Modificações no guia do prescritor, em incluindo garantias sobre a eficácia e segurança destes procedimentos (conforme comprovado nos estudos TASMINH) [6] e exemplos de modelagem de como escolher medicamentos para pacientes plex, deve fornecer garantias para a prática mentores de que a terapia de combinação apropriada pode ser alcançável e seguro. Entrevistas de processo com profissionais usuários que escolheram medicamentos com antecedência no TAS O estudo MINH2 não destacou a falta de confiança em escolher várias drogas, ou percepções que combinam terapia de ação pode ser perigosa [30], por isso pode ser que quando os profissionais implementam os procedimentos em prática eles superam suas preocupações iniciais. Será importante explorar essas questões mais adiante no processo em entrevistas quando os profissionais tiveram tempo para experimentar os procedimentos no ensaio HOME BP.

Apoiando pacientes com PA HOME

As enfermeiras no grupo focal 1 achavam que os apoiadores deveriam promover vide conselhos durante as sessões de suporte do HOME BP, como pa os clientes esperariam isso. Essas enfermeiras pareciam ver isso como sua função de fornecer conselhos, em vez de não diretivos Apoio, suporte. Esta era uma barreira potencial importante para a im implantação desde o NPT [24, 25] e evidências de uma revisão de comentários [31 1] indica que, a fim de profissionais de saúde para comprar uma nova intervenção eles precisam ver seu papel na intervenção como gruento com seu papel percebido em seu trabalho mais amplo. Nós percebi que as enfermeiras podem estar mais dispostas a experimentar um nova prática se sentissem que estavam escolhendo fazer

então, em vez de apenas receber ordens. Desde o fornecimento de um ra profissional para mudança de comportamento pode apoiar a autonomia [32.] adicionamos evidências de aceitabilidade e eficácia de CARE para HOME BP, incluindo citações de enfermeiras e pacientes que usaram ou receberam uma versão anterior desta abordagem em nossos estudos anteriores [13 , 18, 33]. Apoiar a autonomia das enfermeiras desta forma parecia funcionar bem, pois em grupos de foco posteriores nenhum enfermeiro levantou con preocupa-se em não ser capaz de dar conselhos e muitos sentem que a abordagem estava próxima de como eles já funcionou, ou uma forma valiosa de capacitar os pacientes para obter mais envolvidos em seus próprios cuidados de saúde. A maioria da equipe de prática viu os procedimentos envolvidos em a abordagem CARE é potencialmente fácil de colocar em ação. No entanto, também houve alguns desafios, por exemplo, enfermeiras no primeiro grupo focal não estavam confiantes em como para tranquilizar ou parabenizar os pacientes que usam o CARE. Isto parecia provável que a adição de mais exemplos de como para implementar a abordagem CARE, que foram adicionados ao Guia do torcedor, superou essa barreira para implementar ção, como nenhum praticante em grupos de foco posteriores mencionou preocupações semelhantes e todos consideraram a CARE fácil de implementar mento. O apoio humano é frequentemente visto como importante dentro intervenções digitais, pois podem aumentar a motivação e en gagement [14.]. A abordagem CARE pode ser útil em outras intervenções que fornecem suporte humano ao longo de lado uma ferramenta digital, como CARE permite que o apoio humano seja fornecido sem comprometer a fidelidade do conselho ou técnicas de mudança de comportamento que são entregues exclusivamente por meio da ferramenta digital. CARE também significa que os cuidados de saúde os praticantes não precisam ser qualificados em aconselhamento comportamental técnicas de venda, o que permite uma gama mais ampla de funcionários para fornecer suporte humano. Nosso trabalho inicial com pacientes indica que a abordagem CARE é apreciada pelos pacientes [33], no entanto, pesquisas adicionais confirmando a aceitabilidade e eficácia da abordagem CARE seria útil.

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/10/13

16/07/2021 Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Understan

Página 12

Bradbury et al. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2017) 17: 5 Página 11 de 13

Algumas enfermeiras relataram que podem não ter tempo para oferecer aos pacientes do HOME BP dois (opcionais) atendimento de suporte mentos por ano. Em termos de impacto real na equipe tempo, mesmo se todos os pacientes comparecerem a esses dois opcionais consultas, além de sua revisão de medicação de base ap ponto, eles ainda receberiam apenas três hipertensos nomeações por ano. Isso é comparável ao média atual vista no cuidado usual [6], e se o procedimento durações levam às mesmas melhorias na pressão arterial como no estudo TASMIND2, então a intervenção seria respostas socialmente desejáveis. No entanto, isso parecia menos provavelmente, uma vez que os funcionários estavam dispostos a expressar opiniões negativas. Fomos capazes de provar um equilíbrio uniforme entre homens e mulheres GPs do sexo masculino, mas a maioria da equipe de recepção e prá gerentes de departamento e todos os departamentos de enfermagem e saúde assistentes eram mulheres. Embora isso reflita a realidade de prática normal para a maioria desses grupos de funcionários, é pos sível que as opiniões dos homens possam diferir de alguma forma, tudo muito provavelmente será eficaz em termos de custos. Ainda assim, o atual financeiro embora seja útil notar que as visualizações não variam com base pressões sobre os cuidados primários podem significar que algumas práticas pode se sentir incapaz de fornecer esta pequena quantidade de suporte para os pacientes.

Implicações para o desenvolvimento da intervenção

Adotando uma abordagem baseada na pessoa para a intervenção de desenvolvimento neste estudo ajudou a identificar e aparentemente superar barreiras potenciais para a implementação futura de a intervenção HOME BP, aumentando a aceitabilidade e persuasão desta intervenção Identificando o As principais barreiras específicas do contexto para a implementação é im importante dada a literatura mais ampla, o que indica grande variação na eficácia das intervenções projetadas sobre gênero dentro dos GPs da amostra.

Conclusão

Este artigo fornece uma demonstração de como usar o Person Abordagem baseada para desenvolver uma intervenção digital, que pode ser útil para outras pessoas no desenvolvimento de intervenções. O estudo fornece insights detalhados sobre a percepção dos profissionais da intervenção HOME BP e como tal intervenção pode ser modificada para atender às preocupações. Alguns potenciais desafios para a implementação foram identificados, em incluindo preocupações sobre a precisão da casa dos pacientes leituras de pressão arterial, uma falta de confiança em torno de prescrição de medicamentos e percepções de que o CARE ap para alterar o comportamento dos profissionais de cuidados primários (e subse

resultados de saúde do paciente frequentes) [34.]. Muitas intervenções têm apenas efeitos modestos e alguns nenhum efeito [35, 36]. As evidências indicam que esses efeitos ruins são muitas vezes devido a uma série de problemas encontrados no primário ambiente de cuidado; barreiras para a implementação incluem profissionais

proach não era congruente com a percepção dos profissionais papéis. As modificações na intervenção pareceram ter ajudado a superar essas preocupações e melhorou o ac aceitabilidade e viabilidade de implementação do HOME BP em prática. A pesquisa agora é necessária para explorar a ness de HOME BP, bem como para explorar ex profissional (por exemplo, definição restrita de função como apenas biomédica), experiência de implementação dos procedimentos HOME BP em organizacional (por exemplo, recursos limitados) e contextual (por exemplo, incentivo financeiro de alguns comportamentos e não outros) [31, 37]. Enquanto teoria e pesquisa anterior nos ajudou a prever muitos fatores que podem influenciar implementação da nossa intervenção, o indutivo

abordagem usada neste estudo destacou as questões de importância especial para nossos usuários-alvo, que éramos

análises de processo, que fornecerão uma visão mais aprofundada sobre se a intervenção HOME BP será fácil de implementar na prática.

Abreviações

NPT: Teoria do processo de normalização

Reconhecimentos

incapaz de prever a partir de nossas análises comportamentais anteriores. Isto

é por esta razão que a Abordagem Baseada na Pessoa usa pesquisa qualitativa indutiva iterativamente, no desenvolvimento

Os autores gostariam de agradecer a todos os funcionários da Atenção Básica que participaram do grupos focais para este estudo.

planejamento, bem como o estágio de planejamento, permitindo modificações para

Financiamento

ser feito para otimizar uma intervenção de protótipo antes que seja implementado.

Página 13 **Limitações**

Este estudo foi capaz de explorar as percepções dos profissionais da intervenção do HOME BP, mas não suas experiências de implementar os procedimentos HOME BP na prática. Explorar essas experiências em estudos de processo qualitativos incorporado no teste piloto do HOME BP irá fornecer uma próxima etapa vital para garantir o sucesso implementação desta intervenção. Outra limitação deste estudo foi que as entrevistas foram realizadas por

Esta pesquisa foi financiada pelo National Institute of Health Research. O o financiador não estava envolvido na concepção do estudo, coleta de dados, análise, interpretação dos dados ou redação do manuscrito.

Disponibilidade de dados e materiais

O conjunto de dados usado neste estudo está disponível no site correspondente autor a pedido razoável.

Contribuições dos autores

KB, KM, RB, CM, RM, PL e LY desenharam o estudo. Os dados foram coletados por KB e KM. KB, KM e LY contribuíram para a análise dos dados e todos os autores contribuíram para a interpretação dos dados. RM e PL forneceram clínica experiência e uma perspectiva do profissional de saúde. KB escreveu o manuscrito. KB, KM, RB, CM, RM, PL e LY contribuíram com ideias para o manuscrito final e leu e aprovou. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito final.

Bradbury et al. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2017) 17: 5 Página 12 de 13

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/11/13

16/07/2021 Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Understan

Interesses competitivos

RM recebeu equipamento de monitoramento BP da Omron e Lloyds

Farmácias para fins de pesquisa e financiamento para viagens. Todos os outros autores declaram que não têm interesses conflitantes.

Consentimento para publicação

Não aplicável.

Aprovação ética e consentimento para participar

As aprovações de ética foram obtidas do comitê NRES London-Fulham

(13 / LO / 1502). O consentimento por escrito foi obtido de todos os funcionários que participaram nos grupos focais.

Detalhes do autor

1. Unidade acadêmica de psicologia, University of Southampton, Southampton, Reino Unido. 2. Faculdade de Ciências da Saúde, University of Southampton, Southampton, Reino Unido. 3. Departamento Nuffield de Ciências da Saúde de Atenção Primária, Universidade de Oxford, Oxford, Reino Unido. 4. Cuidados Primários e Ciências da População, Faculdade de Medicina, Universidade de Southampton, Southampton, Reino Unido.

Recebido: 7 de setembro de 2016 Aceito: 9 de dezembro de 2016

Referências

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global carga da hipertensão: análise de dados mundiais. *Lanceta*. 2005; 365 (9455): 217–23.
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, AlMazroo MA, Amann M, Anderson HR, Andrews KG, Aryee M. Um risco comparativo avaliação da carga de doença e lesão atribuível a 67 fatores de risco e grupos de fatores de risco em 21 regiões, 1990-2010: uma análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013; 380 (9859): 2224–60. 3. Falaschetti E, Mindell J, Knott C, Poulter N. Hypertension management in Inglaterra: um estudo transversal serial de 1994 a 2011. *Lancet*. 2014; 383 (9932): 1912–9.
4. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. A inércia terapêutica é um impedimento para o alcance do Healthy People 2010 objetivos de controle da pressão arterial. *Hipertensão*. 2006; 47 (3): 345–51.
5. Ogedegbe G. Barreiras para o controle ideal da hipertensão. *J Clin Hypertens*. 2008; 10 (8): 644–6.
 6. McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, Kaambwa B, Banting M, Bryan S, Little P, Williams B. Telemonitoring and self gestão no controle da hipertensão (TASMINH2): um estudo randomizado ensaio controlado. *Lanceta*. 2010; 376 (9736): 163–72.
7. McManus RJ, Mant J, Haque M, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, Jones MI, Jowett S, Little P, Penaloza C, Schwartz C. Efeito do automonitoramento e auto-titulação de medicação na pressão arterial sistólica em pacientes hipertensos em alto risco de doença cardiovascular: o TASMIN-SR clínico randomizado tentativas. *Jama*. 2014; 312 (8): 799–808.
 8. Banda R, Morton K, Stuart B, Raftery J, Bradbury K, Yao GL, Zhu S, Little P, Yardley L, McManus RJ. A gestão e avaliação home e online de intervenção digital de pressão arterial (PA HOME) para autogerenciamento de hipertensão essencial não controlada: um protocolo para o randomizado ensaio controlado de BP em CASA. *BMJ Open*. 2016; 6: e012684.
9. Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica. Hipertensão: clínica gestão da hipertensão primária em adultos. CG127. 2011. <http://guidance.nice.org.uk/CG127/Guidance/pdf/English>. Acessado em abril de 2016.
10. Yardley L, Morrison L, Bradbury K, Muller I. A abordagem baseada na pessoa para desenvolvimento de intervenção: aplicação ao comportamento digital relacionado à saúde intervenções de mudança. *Jornal de pesquisa médica na Internet*. 2015; 17 (1): e30. 11. Bandura A. Fundamentos Sociais de Pensamento e Ação: Um Cognitivo Social Teoria. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
12. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Avaliando cuidados primários
14. Yardley L, Spring BJ, Riper H, Morrison LG, Crane DH, Curtis K, Merchant GC, Naughton F, Blanford A. Compreensão e promoção eficaz engajamento com intervenções de mudança de comportamento digital. *American Journal of Medicina Preventiva*. 2016; 1-28.
15. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Desenvolvendo e avaliando intervenções complexas: o novo Orientação do Conselho de Pesquisa. *Bmj*. 2008; 337: a1655.
16. Kok G, Schaalma H. Usando a teoria em intervenções psicológicas. Dentro: Michie S, Abraham C, editores. *Psicologia da saúde na prática*. Oxford: Blackwell; 2004. p. 203–9.
17. Ryan RM, Deci EL. Teoria da autodeterminação e a facilitação do intrínseco motivação, desenvolvimento social e bem-estar. *Am Psychol*. 2000; 55 (1): 68. 18. Little P, Stuart B, Hobbs R, Kelly J, Smith ER, Bradbury KJ, Hughes S, Smith P, Moore MV, Lean MEJ, Margetts B, Bryne CD, Griffin S, Davoudinfar M, Hooper J, Yao G, Zhu S, Raftery J, Yardley L. Um ensaio clínico randomizado de uma intervenção baseada na web (POWeR+) com breve apoio de enfermagem para gerenciar obesidade na atenção primária. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016; 4 (10): 1–34.
19. Braun V, Clarke V. Usando análise temática em psicologia. *Qual Res Psychol*. 2006; 3 (2): 77–101.
 20. Glaser BG, Strauss AL. A descoberta da teoria fundamentada: estratégias para Pesquisa qualitativa. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.
 21. Bostock Y, Hanley J, McGown D, Pinnock H, Padfield P, McKinstry B. The aceitabilidade para pacientes e profissionais de pressão arterial remota monitoramento usando telefones celulares. *Pesquisa de Atenção Primária à Saúde e Desenvolvimento*. 2009; 10 (04): 299–308.
22. Hanley J, Ure J, Pagliari C, Sheikh A, McKinstry B. Experiências de pacientes e profissionais que participam do telemonitoramento de pressão arterial domiciliar HITS ensaio: um estudo qualitativo. *BMJ Open*. 2013; 3 (5): e002671.
23. Jones MI, Greenfield SM, Bray EP, Baral-Grant S, Hobbs FR, Holder R, Little P, Mant J, Virdee SK, Williams B, McManus RJ. Experiências dos pacientes de si mesmos monitoramento da pressão arterial e autotitulação de medicamentos: o TASMINH2 estudo qualitativo experimental. *Br J Gen Pract*. 2012; 62 (595): e135–42.
24. Maio CR, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Tweek S, Rapley T, Ballini L, Ong BN, Rogers A, Murray E. Desenvolvimento de uma teoria de implementação e integração: Teoria do Processo de Normalização. *Implemento Sci*. 2009; 4 (29): 29.
25. May C, Finch T. Implementando, incorporando e integrando práticas: um esboço da teoria do processo de normalização. *Sociologia*. 2009; 43 (3): 535–54. 26. Antheriens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Insights qualitativos sobre pontos de vista de clínicos gerais sobre polifarmácia. *BMC Fam Pract*. 2010; 11 (1): 65. 27. Smith SM, O’Kelly S, O’Dowd T. GPs’ e experiências dos farmacêuticos de gestão da multimorbidade: uma ‘caixa de Pandora’. *Br J Gen Pract*. 2010; 60 (576): e285–94.
 28. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, as perspectivas de Bradley C. GPs sobre o gestão de pacientes com multimorbidade: revisão sistemática e síntese da pesquisa qualitativa. *BMJ Open*. 2013; 3 (9): e003610.
29. Ritchie LD, Campbell NC, Murchie P. Novas diretrizes do NICE para hipertensão. *BMJ*. 2011; 343: d5644.
30. Jones MI, Greenfield SM, Bray EP, Hobbs FR, Holder R, Little P, Mant J, Williams B, McManus RJ. Paciente, automonitoramento da pressão arterial e autotitulação de medicamento na atenção primária: o estudo TASMINH2 estudo qualitativo de saúde experiências dos profissionais. *Br J Gen Pract*. 2013; 63 (611): e378–85.
31. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Tweek S, Eldridge S, Everitt H, Kennedy A, Qureshi N, Rogers A, Peacock R. Achieving change in primary cuidado - causas da evidência para a lacuna prática: revisões sistemáticas de avaliações. *Implement Sci*. 2016; 11 (1): 1.
32. Ryan RM, Mims V, Koestner R. Relação de contingência de recompensa e contexto interpessoal para motivação intrínseca: uma revisão e teste usando teoria da avaliação cognitiva. *J Pers Soc Psychol*. 1983; 45 (4): 736–50.
33. Renouf S, Bradbury K, Yardley L, Little P. O papel do enfermeiro de apoio dentro de um intervenção de controle de peso fornecida pela Internet: um estudo qualitativo. *Psicologia, Saúde e Medicina*. 2015; 20 (8): 963–71.
34. Johnson MJ, CR de maio. Promover a mudança de comportamento profissional em saúde: quais intervenções funcionam e por quê? Uma visão geral baseada na teoria de intervenções de aconselhamento comportamental: uma abordagem baseada em evidências. *Sou J revisões sistemáticas*. *BMJ Open*. 2015; 5 (9): e008592.
35. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Tweek S, Eldridge S, Everitt H, Kennedy A, Qureshi N, Rogers A, Peacock R. Achieving change in primary cuidado — eficácia das estratégias para melhorar a implementação de complexos intervenções: revisão sistemática de revisões. *BMJ Open*. 2015; 5 (12): e009993.
36. Kennedy A, Bower P, Reeves D, Blakeman T, Bowen R, Chew-Graham C, Eden M, Fullwood C, Gaffney H, Gardner C, Lee V. Implementation of self

Página 14

Prev Med. 2002; 22 (4): 267–84.

13. Yardley L, Ware LJ, Smith ER, Williams S, Bradbury KJ, Arden-Close EJ, Mullee MA, Moore MV, Peacock JL, Lean ME, Margetts BM. Randomizado ensaio de viabilidade controlada de um gerenciamento de peso baseado na web intervenção com apoio de enfermagem para pacientes obesos na atenção primária. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014; 11 (67): 1–1.

- apoio de gestão para condições de longo prazo na atenção primária de rotina
configurações: ensaio controlado randomizado de cluster. *BMJ*. 2013; 346: f2882.
37. Kennedy A, Rogers A, Bowen R, Lee V, Blakeman T, Gardner C, Morris R, Protheroe J, Chew-Graham C. Implementação, incorporação e integração ferramentas de suporte de autogestão para pessoas com condições de longo prazo em enfermagem na atenção básica: um estudo qualitativo. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51 (8): 1103–13.
38. Huebschmann AG, Mizrahi T, Soenksen A, Beaty BL, Denberg TD. Reduzindo inércia clínica no tratamento da hipertensão: um estudo pragmático randomizado ensaio controlado. *J Clin Hypertens*. 2012; 14 (5): 322–9.
39. Henderlong J, Lepper MR. Os efeitos do elogio na intrínseca das crianças

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/12/13

16/07/2021 Bradbury, Katherine; Morton, Katherine; Band, Rebecca; May, Carl; McManus, Richard; Little, Paul; Yardley, Lucy (2017) Understan

- motivação: uma revisão e síntese. *Psychol Bull*. 2002; 128 (5): 774.
40. Coatsworth JD, Conroy DE. Os efeitos do coaching de apoio à autonomia, necessidade de satisfação e autopercepções sobre iniciativa e identidade na juventude nadadores. *Dev Psychol*. 2009; 45 (2): 320.
41. Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivacional preditores de perda de peso e manutenção da perda de peso. *J Pers Soc Psychol*. 1996; 70 (1): 115.
42. Ryan RM, Patrick H, Deci EL, Williams GC. Facilitando o comportamento de saúde mudança e sua manutenção: intervenções baseadas na autodeterminação teoria. *Psicólogo da Saúde Europeu*. 2008; 10 (1): 2–5.
43. Pincus T, Holt N, Vogel S, Underwood M, Savage R, Walsh DA, Taylor SJ. Reafirmação cognitiva e afetiva e resultados do paciente na atenção primária: uma revisão sistemática. *DOR*. 2013; 154 (11): 2407–16.
44. Muller I, Kirby S, Yardley L. A relação terapêutica em telefone forneceu suporte para pessoas em reabilitação: um método misto análise de interação. *Disabil Rehabil*. 2015; 37 (12): 1060–5.

Envie seu próximo manuscrito para BioMed Central e nós o ajudaremos em cada etapa:

- Aceitamos consultas de pré-envio
- Nossa ferramenta de seleção ajuda você a encontrar o jornal mais relevante • Oferecemos suporte ao cliente 24 horas por dia
- Envio online conveniente
- Revisão por pares completa
- Inclusão no PubMed e em todos os principais serviços de indexação • Máxima visibilidade para sua pesquisa

Envie seu manuscrito em
www.biomedcentral.com/submit

https://translate.googleusercontent.com/translate_f 13/13