

REPREZENTAREA TERORIILOR COMPORTAMENTALE DIN CADRUL DOMENIILOR TEORETICE ÎN STUDIILE DE IMPLEMENTARE CONDUSE DE ASISTENȚI MEDICALI

Craig LOCKWOOD, RN, PhD, The Joanna Briggs Institute, Faculty of Health and Medical Sciences, Universitatea din Adelaide, Australia
Anna PEARCE, The Graduate School of Medicine, The University of Wollongong, Wollongong NSW 2500

Raluca SFETCU, PhD, Universitatea Spiru Haret, Departamentul de Psihologie și Științe Educaționale, București; Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, București

Zoe JORDAN, The Joanna Briggs Institute, Faculty of Health and Medical Sciences, Universitatea din Adelaide, Australia

OBIECTIVE: Scopul acestui studiu a fost de a evalua dacă, cadrul domeniilor teoretice (CDT) poate fi identificat în rapoartele de implementare și de a explora dacă auditul și feedback-ul clinic bazat pe dovezi au o bază conceptuală implicită în teoria comportamentului. **ISTORIC:** Auditul clinic și feedback-ul reprezintă o abordare recunoscută în știința implementării. Deși utilizată pe scară largă, s-au înregistrat puține progrese în ceea ce privește înțelegerea mecanismelor de acțiune („ingrediente-cheie”) ale acesteia. O mai bună conceptualizare a auditului clinic prin teorii ale comportamentului poate susține identificarea caracteristicilor care influențează sistematic eficiența intervențiilor. **Design:** analiza rapoartelor de implementare a bunelor practici în rândul asistenților medicali. **METODELE:** Rapoartele de implementare publicate de Joanna Briggs Institute (JBI) au fost testate cu definițiile de bază pentru fiecare domeniu CDT sau sub-dimensiuni ale acestora. Asocierile dintre nivelele de credibilitate și datele textuale au fost, de asemenea, evaluate. **REZULTATE:** Există dovezi clare ale utilizării domeniilor CDT în rapoartele de implementare publicate de JBI. Cele mai frecvent identificate domenii și concepte au părut să se încadreze în limitele operaționale din domeniul unui clinician. În schimb, domeniile și conceptele cel mai puțin identificate au fost clasificate ca subiective și mai puțin tangibile cu practicile de zi cu zi ale clinicienilor.

Cuvinte-cheie: Cadrul domeniilor teoretice (CDT), audit clinic, implementare, asistență medicală bazată pe dovezi

INTRODUCERE

Auditul clinic și feedback-ul (A&F) este o abordare clasică în știința implementării, cu potențial demonstrat de impact asupra practicilor clinice [1]. Introdusă în Marea Britanie în anii 80, practica auditului clinic este acum o parte stabilită a sistemului de sănătate din Marea Britanie (NHS) și o componentă cheie a cadrului de guvernare clinică, toți profesioniștii din domeniul sănătății urmând să participe la lucrările de audit clinic [2]. În alte țări, adoptarea abordării A&F s-a realizat prin integrarea în abordări standardizate de implementare a dovezilor, așa cum este cazul Programului de burse pentru clinica bazată pe dovezi a Institutului Joanna Briggs (JBI), originar din Australia, dar care este în prezent implementat în alte cinci țări (Brazilia, Danemarca, Singapore, Elveția și SUA). În doar câteva decenii, A&F s-a răspândit pe scară largă și este în prezent una dintre cele mai studiate intervenții de îmbunătățire a calității asistenței medicale (QI), cu peste 140 de studii randomizate publicate și patru revizii sistematice care evaluează metoda până la această dată [3–6].

În ciuda interesului continuu pentru abordarea A&F, demonstrată atât de clinicieni, cât și de cercetători, nu s-au înregistrat progrese în ceea ce privește înțelegerea mecanismelor de acțiune (așa-numitele „ingrediente active”) pentru această intervenție [1]. Un motiv ar putea fi complexitatea intervenției și numeroșii factori individuali și organizaționali care pot inhiba schimbarea de practică condusă de clinician [7, 8]. Un studiu recent atribuie acest progres limitat faptului că multe intervenții A&F sunt dezvoltate și testate fără o încercare explicită de a lua în considerare teorii de schimbare comportamentală relevante [9]. Prin urmare, calea de urmat sugerată rezidă în conceptualizarea A&F într-un cadru teoretic care poate susține identificarea caracteristicilor ce influențează sistematic eficacitatea intervențiilor [10].

Un astfel de cadru este Theoretical Domains Framework – Cadrul Domeniilor Teoretice (CDT) dezvoltat pentru a identifica aspectele teoretice ale intervențiilor medicale care vizează schimbarea comportamentului [11, 12]. CDT integrează un număr mare de caracteristici comportamentale recunoscute, în 14 domenii validate. CDT evidențiază teorii accesibile oamenilor de știință și profesioniștilor din domeniul sănătății, folosind strategii de schimbare a practicilor care includ schimbarea comportamentului [11].

În perioada 2005 - 2018, peste 350 de profesioniști din domeniul sănătății din 25 de țări (Australia, Brazilia, Camerun, China, Danemarca, Etiopia, Ghana, Hong Kong, Indonezia, Iran, Kenya, Coreea, Malawi, Malaezia, Myanmar, Nairobi, Nepal, Noua Zeelandă, Papua - Noua Guinee, Arabia Saudită, Singapore, Elveția, Tanzania, Uganda și SUA) au finalizat cu succes programul JBI EBCFP și peste 220 de rapoarte de implementare cu metodologie unitară au fost publicate în reviste de specialitate revizuite de către colegii de breaslă.

SCOPUL STUDIULUI

Scopul principal al acestui studiu a fost determinarea gamei de schimbări de comportament vizate și descrise în studiile de implementare JBI prin aplicarea retrospectivă a domeniilor CDT la rapoartele de implementare publicate. Ne-am propus în continuare să identificăm domenii foarte raportate, precum și cele sub raportate, pentru a oferi dovezi de referință a oricărei asocieri între teoria comportamentului și auditul și feedback-ul ca strategie de implementare.

Tabel 1: Niveluri de credibilitate

	Niveluri de credibilitate	Definiție
1.	Fără echivoc (cel mai înalt nivel)	(constatări însoțite de o ilustrație care este în afara oricărui dubiu și, prin urmare, nu este deschis provocării)
2.	Credibil	(constatări însoțite de o ilustrare fără o asociere clară cu aceasta și, prin urmare, deschise provocărilor).
3.	Neacceptate (nivelul cel mai scăzut)	(constatări nu sunt sprijinite de către date).

Tabel 2: Frecvența domeniilor din CDT în rapoartele de implementare selectate

Număr total de studii n=21		
Domeniu	Frecvența studiilor care raportează domeniul specificat (N)	Procentul studiilor care raportează domeniul specificat (%)
1. Cunoștințe	21	100
2. Abilități	14	67
3. Rol și identitate social/profesională	20	95
4. Opinii asupra capacităților	15	71
5. Optimism	5	24
6. Opinii asupra consecințelor	7	33
7. Întărire comportamentală	8	38
8. Intenții	8	38
9. Scopuri	21	100
10. Memorie, atenție & procese decizionale	7	33
11. Contextul de mediu și resurse	20	95
12. Influențe sociale	13	62
13. Emoții	2	10
14. Reguli de comportament	14	67
Total	175	100

CĂUTARE ȘI SELECȚIE

Am căutat în baza de date JBI a reviziilor sistematice și a rapoartelor de implementare pentru proiecte de implementare (JBI SRIR) publicate între anii 2016 și iulie 2017, inclusiv toate subiectele, specialitățile și țările de origine. Observăm că alți autori au adoptat abordări similare [13].

EXTRAGEREA ȘI ANALIZA DATELOR

Extragerea datelor a fost „deschisă” și iterativă. Ne referim, astfel, la faptul că am luat în considerare orice date analitice sau text descriptiv din rapoartele de implementare care s-au aliniat domeniilor CDT sau subcomponentelor lor.

Am folosit cele 14 domenii de la CDTv2 ca bază pentru codificarea domeniilor CDT [11]. Domeniile CDT au fost identificate și codificate independent de doi evaluatori, folosind un formular de extragere a datelor proiectat în acest scop. Am folosit domenii, precum și construite din cadrul domeniilor pentru a informa deciziile de codare. Codificarea fiecărui domeniu a fost susținută de dovezi textuale, care au fost ulterior evaluate din prisma nivelului de credibilitate (raportat mai jos). În urma discuțiilor dintre autori, s-a ajuns la un acord privind codificarea și nivelurile de credibilitate.

Nivelurile de credibilitate reprezintă o măsură calitativă care facilitează raportarea relației directe dintre date și interpretările care rezultă din date. Nivelurile de credibilitate au fost aplicate conform definițiilor operaționale standard raportate în tabelul 1; aceasta a fost realizată de unul dintre autori și revizuită în mod independent de un autor secund [8].

Considerații etice

Întrucât această analiză a fost una secundară, nu a

fost nevoie de aprobarea comisiei de etică, deoarece nu au fost raportate date individuale sau agregate ale participanților și nu au fost extrase sau înregistrate date care să poată identifica persoanele din rapoartele de implementare (care sunt, de asemenea, anonimizate înainte de a fi publicate).

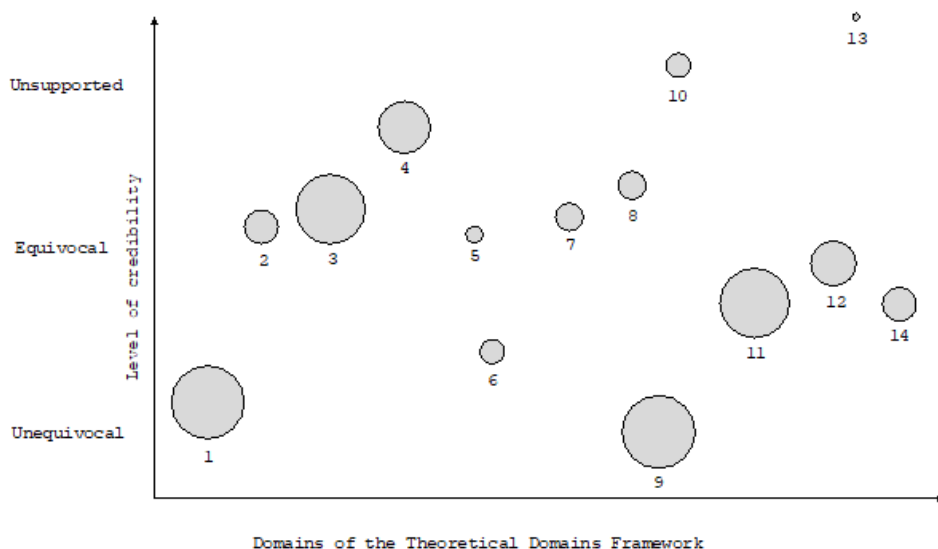
REZULTATE

Obiectivul acestui studiu a fost să întocmim harta domeniilor CDT și să descriem structura componentelor incluse în mod explicit sau implicit în 21 de rapoarte de implementare JBI, publicate în JIR SRIR în perioada ianuarie 2016 - iulie 2017. Din cele 21 de rapoarte de implementare, majoritatea au fost realizate de personal mediu de îngrijire medicală (în 18 unități clinice), asistente medicale și moașe (în 2 unități clinice) și o echipă multidisciplinară de îngrijire a sănătății în mediu rural (într-o singură clinică). Ariile geografice includ China (13), Australia (5), Statele Unite ale Americii (2) și Singapore (1).

Proiectele au vizat aspecte ale practicii clinice generale (4), implementarea intervențiilor chirurgicale și medicale (6) și evaluarea, investigarea sau gestionarea unei boli sau afecțiuni specifice (11). Cu o singură excepție (un centru de asistență primară) toate proiectele de implementare au fost realizate în mediul de îngrijire spitalicesc.

Domeniile CDT cu cea mai mare acoperire (cartografiate în > 95% din rapoarte) includeau obiective, cunoștințe, rolul social / profesional și identitatea, contextul și resursele de mediu. Domeniile cu acoperire moderată (cartografiate în 40-95% din rapoarte) includeau opinii despre capacități, abilități, reguli de comportament și influențe sociale. Domeniile teoretice cu o acoperire joasă (adică cartografiate în <40% din rapoarte) sunt: emoția, optimismul, opiniile despre consecințe, memoria, procesele de atenție și decizie, întărirea comportamen-

Figura 1: Reprezentarea schematică a frecvenței și credibilității celor 14 domenii CDT



fără echivoc (37%), majoritatea fiind echivoce (52%), sau nu au fost susținute (11%). Figura I reprezintă schematic frecvența raportării pe domeniu și nivelul de credibilitate asociat. Cu cât frecvența raportării domeniului este mai mare, cu atât cifra este mai mare, în timp ce cu cât nivelul de credibilitate este mai bun, cu atât fiecare cifră este mai mică spre axa orizontală a graficului. Poziționarea în raport cu accesul orizontal este o măsură a directivității de asociere, care, conform cifrei, nu se corelează direct cu frecvența de reprezentare a domeniilor CDT în rapoartele de implementare.

Optimismul, întărirea comportamentală, intențiile, procesele de memorie și atenție și emoția se numără printre domeniile care au fost cel mai rar cartografiate și despre care evaluatorii au considerat că au fost abordate în mod inconsistent (adică cu evaluări echivoce sau neacceptate pe nivelurile măsurilor de credibilitate). În schimb, cunoștințele și scopurile au fost cartografiate cu frecvență ridicată și, de asemenea, au fost evaluate de către evaluatori ca fiind fără echivoc.

DISCUȚII

Scopul acestui studiu a fost cartografierea domeniilor CDT în rapoartele de implementare generate ca urmare a abordării JBI. Am evaluat 18 luni de publicare a studiilor de implementare din patru țări diferite și am inclus toate studiile, indiferent de tipul unității, subiect sau profesiile de sănătate implicate. A existat o diversitate substanțială a subiectelor în unități clinice și regiuni geografice, ceea ce ne-a dat încredere că rezultatele vor demonstra un nivel de variație de eșantionare care ar evita o eroare bazată pe regiune geografică, cultură, unitate clinică sau subiect. Observăm că principalii profesioniști implicați au fost asistenții medicali; procesul de nursing are congruență în evaluarea îngrijirii clinice [14, 15].

Studii și revizii sistematice au descoperit că auditul cu

feedback permite punerea în aplicare a celor mai bune practici și poate fi utilizat eficient fie la nivelul unității, fie în programe de activitate cu mai multe site-uri, unde sunt indicate evaluările structurilor și proceselor de îngrijire [8]. Acest studiu sugerează că proiectele de audit clinic sunt intervenții cu mai multe fațete, care includ între 5 și 12 domenii de schimbare comportamentală (cu o medie de 8 domenii pe raport de implementare), precum și parametrii de bază Donnabedian pentru îmbunătățirea calității structurii și procesului de evaluare.

Studiile de implementare diferă de studiile de intervenție prin faptul că tind să se concentreze pe ceea ce putem învăța despre teoria sau procesele implementării, mai degrabă decât pe măsurarea dimensiunilor efectelor [16, 17]. O revizie sistematică a auditului și feedbackului electronic (un proiect de implementare similar cu studiile de implemen-

tare JBI) a constatat că doar două din cele șapte studii incluse au folosit îndrumare teoretică explicită într-un subset limitat al domeniilor CDT [17]. Această constatare este în contradicție cu concluziile noastre, în studiul nostru, fiecare domeniu CDT fiind identificat în cel puțin un raport de implementare JBI, ceea ce sugerează că programul JBI Clinical Fellowship poate avea atribute pe care alte programe de audit și feedback nu le au.

Întrucât scopul acestui studiu a fost identificarea domeniilor CDT în rapoartele de implementare ale JBI, rezultatele noastre sunt supuse, de asemenea, la o serie de limitări. În primul rând, am folosit o metodologie de codificare generică, cartografierea făcându-se numai dacă rapoartele s-au adresat în mod explicit unuia dintre domeniile CDT și ne-făcându-se dacă acțiunile implementate erau în concordanță cu cele propuse în studiile de validare [11]. În al doilea rând, este posibil ca rapoartele să fie concentrate pe câteva domenii, în timp ce, în realitate, au fost abordate mai multe alte domenii pentru ca implementarea să aibă succes.

CONCLUZII

Concluziile acestui studiu au demonstrat că Rapoartele de implementare EBCFP ale JBI au o bază conceptuală, inclusiv elemente de comportament în CDT. Domeniile și categoriile care au o acoperire bună includ obiective, cunoștințe, rol social și profesional și identitate și contextul și resursele de mediu. Nu toate domeniile CDT au fost identificate în fiecare raport de implementare, cu toate acestea, fiecare raport a arătat schimbări pozitive, bazate pe dovezi în practica clinică, ceea ce sugerează că acoperirea tuturor domeniilor poate să nu fie necesară pentru implementarea cu succes a practicii bazate pe dovezi. Schimbarea cu succes a comportamentului poate fi realizată cu o gamă limitată de domenii sau concepte CDT relevante [18].

Nivelurile de credibilitate au fost alocate în funcție de directivitatea asocierii și a gradului de încredere în asocieri. Cartografierea domeniului în funcție de frecvență și nivel de credibilitate nu acceptă o legătură între nivelul de credibilitate și frecvența cu care datele au fost raportate în cadrul studiilor incluse.

Spitalele colectează în mod obișnuit date cheie ale indicatorilor de performanță, care sunt adesea încadrate în modelul Donabedian și sunt, prin urmare, o sursă bună de date pentru auditul clinic și studiile de implementare bazate pe feedback.

Predarea programatică actuală și facilitarea studiilor de implementare a JBI rezultă în rate constant ridicate de îmbunătățire și integrare a dovezilor în practică în cadrul diferitelor culturi și contexte, inclusiv în zone economice cu venituri mici și medii [19–21].

Conflicte de interes

Autorii declară că nu au interese financiare directe sau indirecte de declarat.

Bibliografie

1. Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ, et al. No more 'business as usual' with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implement Sci.* 2014;9:14.
2. Scrivener R, Morrell C, Baker R, Redsell S, Shaw E, Stevenson K, et al. Principles for best practice in clinical audit. *Natl Inst Clin Excell Natl Inst Clin Excell Lond Radcliffe Med Press.* 2002.
3. Evans C, Howes D, Pickett W, Dagnone L. Audit filters for improving processes of care and clinical outcomes in trauma systems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;:CD007590.
4. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;:CD000259.
5. Pantoja T, Opiyo N, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Wiysonge CS, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9:CD011086.
6. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;:CD000260.
7. Duncan EM, Francis JJ, Johnston M, Davey P, Maxwell S, McKay GA, et al. Learning curves, taking instructions, and patient safety: using a theoretical domains framework in an interview study to investigate prescribing errors among trainee doctors. *Implement Sci IS.* 2012;7:86.
8. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13:179–87.
9. Colquhoun HL, Brehaut JC, Sales A, Ivers N, Grimshaw J, Michie S, et al. A systematic review of the use of theory in randomized controlled trials of audit and feedback. *Implement Sci.* 2013;8:66.
10. Foy R, Eccles M, Jamtvedt G, Young J, Grimshaw J, Baker R. What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2005;5:50.
11. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci IS.* 2012;7:37.
12. Noar SM, Zimmerman RS. Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Educ Res.* 2005;20:275–90.
13. Lipworth W, Taylor N, Braithwaite J. Can the theoretical domains framework account for the implementation of clinical quality interventions? *BMC Health Serv Res.* 2013;13:530.
14. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. Defining the fundamentals of care. *Int J Nurs Pract.* 2010;16:423–34.
15. Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. Translating evidence into policy and practice. *Nurs Clin North Am.* 2014;49:555–66.
16. Steinmo SH, Michie S, Fuller C, Stanley S, Stapleton C, Stone SP. Bridging the gap between pragmatic intervention design and theory: using behavioural science tools to modify an existing quality improvement programme to implement "Sepsis Six." *Implement Sci.* 2016;11:14.
17. Tuti T, Nzinga J, Njoroge M, Brown B, Peek N, English M, et al. A systematic review of electronic audit and feedback: intervention effectiveness and use of behaviour change theory. *Implement Sci.* 2017;12:61.
18. French SD, Green SE, O'Connor DA, McKenzie JE, Francis JJ, Michie S, et al. Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci IS.* 2012;7:38.
19. Bayuo J, Munn Z, Campbell J. Assessment and management of burn pain at the Komfo Anokye Teaching Hospital: a best practice implementation project. *JBIDatabase Syst Rev Implement Rep.* 2017;15:2398–418.
20. Minn WW. Enhancing patient safety in hemodialysis nursing care practice among nurses in the renal unit at the Defence Services General Hospital: a best practice implementation project. *JBID Evid Synth.* 2014;12:467–488.
21. Shimoda GT, Soares AVN, Aragaki IMM, McArthur A. Preventing nipple trauma in lactating women in the University Hospital of the University of Sao Paulo: a best practice implementation project. *JBIDatabase Syst Rev Implement Rep.* 2015;13:212–32.