

XÂY DỰNG VÀ CHUẨN HÓA BỘ CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ VẾT MỒ

Đỗ Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Huế²✉, Edwards Helen³, Finlayson Kathleen³

¹Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

²Trung tâm Huấn luyện Kỹ năng Lâm sàng - Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

³Trường Đại học Công nghệ Queensland, Australia.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng và chuẩn hóa bộ công cụ đánh giá vết mổ (SWAT) cho Điều dưỡng ở Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp: Bộ công cụ SWAT được xây dựng và chuẩn hóa qua ba giai đoạn. Giai đoạn I: xây dựng bản thảo đầu SWAT dựa vào bằng chứng khoa học, tổng quan tài liệu và ý kiến của bác sĩ ngoại khoa. Giai đoạn II: bản thảo được chuyên gia điều dưỡng về chăm sóc vết thương tham gia rà soát và được tiếp tục điều chỉnh, xây dựng bản thảo cuối thông qua 3 vòng tương tác của quy trình Delphi. Giai đoạn III: thử nghiệm bộ công cụ trên 260 bệnh nhân có phẫu thuật ở Việt Nam để xác định tính giá trị và độ tin cậy.

Kết quả: Giai đoạn I: Chỉ số hiệu lực tổng thể (Content validity index) do bác sĩ lượng giá là 0,98, tổng số 30 tiêu chí được xác định. Giai đoạn II: 6/30 tiêu chí bị loại bỏ khỏi SWAT. Giai đoạn III: kết quả phân tích nhân tố khám phá (Exploratory Factor Analysis) chỉ ra rằng cấu trúc ba phần riêng biệt trong SWAT là hợp lý. Giá trị hệ số tương quan nội bộ (Intraclass Correlation Coefficient) là 0,81 (95%CI 0,68 - 0,89, $p < 0,001$), xác nhận độ tin cậy cao của SWAT.

Kết luận: SWAT là bộ công cụ có tính giá trị và độ tin cậy cao trong việc theo dõi quá trình lành vết mổ và phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ liên quan tới biến chứng vết mổ ở Việt Nam.

Từ khóa: Bộ công cụ đánh giá vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, tính giá trị, độ tin cậy.

ABSTRACT

DEVELOPMENT AND EVALUATION OF A SURGICAL WOUND ASSESSMENT TOOL

Do Thi Thu Hien¹, Nguyen Thi Hue²✉, Edwards Helen³, Finlayson Kathleen³

Ngày nhận bài:

13/01/2022

Ngày chỉnh sửa:

2/5/2022

Chấp thuận đăng:

17/05/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thị Huế

Email:

huenguyennguyen89@gmail.co

m

SĐT: 0396962159

Objective: Develop and validate a surgical wound assessment tool for the Vietnamese nurses.

Material and methods: The SWAT was developed in three phases. Phase I: developed an initial SWAT based on international evidence-based guidelines and a comprehensive literature review, Vietnamese surgeons then evaluated the initial SWAT. Phase II: wound care nurse experts in Vietnam used an interactive Delphi process to refine and develop a final version of the SWAT. Phase III: the final version of the SWAT was then evaluated among 260 surgical patients to validate its construct validity and inter - rater reliability.

Results: Phase I: The overall scale-content validity index was 0.98. The SWAT included 30 items. Phase II: six out of 30 items were excluded from the tool. Phase III: results of the Exploratory Factor Analysis supported a threecomponent structure of the

SWAT. The Intraclass Correlation Coefficient value of the overall scale was 0.81 (95% CI 0.68 - 0.89, $p < 0.001$), confirming excellent inter - rater reliability.

Conclusion: The SWAT is a reliable and valid tool for monitoring and evaluation the status of surgical wound healing and detecting early factors that may increase surgical wound complications.

Key words: Surgical wound assessment tool, surgical site infection, validity, reliability.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 312.9 triệu ca phẫu thuật được thực hiện hàng năm trên toàn thế giới. Phần lớn các ca phẫu thuật là vết mổ khâu kín. Mặc dù vết mổ được khâu kín, nhưng vẫn có nguy cơ biến chứng vết mổ như nhiễm trùng, tụ máu, hay bục/toạc vết mổ [1]. Trong đó nhiễm khuẩn vết mổ là một biến chứng phổ biến nhất của vết mổ. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở các nước có nền kinh tế trung bình hoặc thấp là 11.2% [2], cao hơn so với nước có nền kinh tế phát triển. Tương tự như các nước đang phát triển, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở Việt Nam dao động từ 8.3% tới 27.5% và dự đoán tỷ lệ nhiễm khuẩn tăng từ 2% với vết thương sạch lên 44.6 % với vết thương bẩn [3]. Nhiễm khuẩn vết mổ ảnh hưởng nghiêm trọng như kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, giảm chất lượng cuộc sống. Vì vậy, việc phòng ngừa, phát hiện sớm và quản lý biến chứng vết mổ là vô cùng quan trọng.

Đánh giá vết mổ dựa vào bằng chứng khoa học là vô cùng cần thiết để xác định sớm yếu tố nguy cơ, hướng dẫn can thiệp điều dưỡng phù hợp để giúp vết mổ chóng liền. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng sử dụng bộ công cụ đánh giá vết thương giúp tăng tính chính xác khi đánh giá tình trạng vết thương từ 35% khi không sử dụng bộ công cụ lên 71% khi có sử dụng bộ công cụ, từ đó đã giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho bệnh nhân [5]. Trên thế giới, qua rà soát tổng quan tài liệu, hiện tại có 14 bộ công cụ đánh giá vết thương trong đó 13 bộ công cụ liên quan tới đánh giá vết thương mãn tính và một bộ công cụ liên quan đến vết mổ nhưng bộ công cụ này được thiết kế để xác định nhiễm khuẩn vết mổ mà không tập trung vào đánh giá cơ bản và toàn diện một vết mổ.

Ở Việt Nam, điều dưỡng thực hiện đánh giá vết mổ dựa vào kinh nghiệm và sự quan sát của cá nhân, không có bộ công cụ chuẩn để hỗ trợ đánh giá và lưu giữ thông tin một cách có hệ thống vì thế dẫn tới bỏ sót nhiều thông tin, thiếu bằng chứng khoa học để xây dựng can thiệp điều dưỡng phù hợp [4, 5]. Vì vậy, xây dựng một bộ công cụ đánh giá vết mổ (surgical wound assessment tool [SWAT]) để

hướng dẫn điều dưỡng đánh giá vết mổ toàn diện và lưu giữ thông tin sau đánh giá một cách có hệ thống là rất cần thiết cho các điều dưỡng ở Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu chính: (1) Xây dựng bộ công cụ đánh giá vết mổ để đo lường quá trình liền vết mổ và phát hiện sớm yếu tố nguy cơ liên quan đến biến chứng vết mổ. (2) Đánh giá tính giá trị về cấu trúc (construct validity) và độ tin cậy về độ đồng nhất giữa nhiều người đánh giá (inter - rater reliability) của SWAT mới xây dựng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành qua 3 giai đoạn. Giai đoạn I và II xây dựng bộ công cụ đánh giá vết mổ (SWAT) bằng quy trình Delphi. Giai đoạn III lượng giá tính giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ SWAT (**Hình 1**).

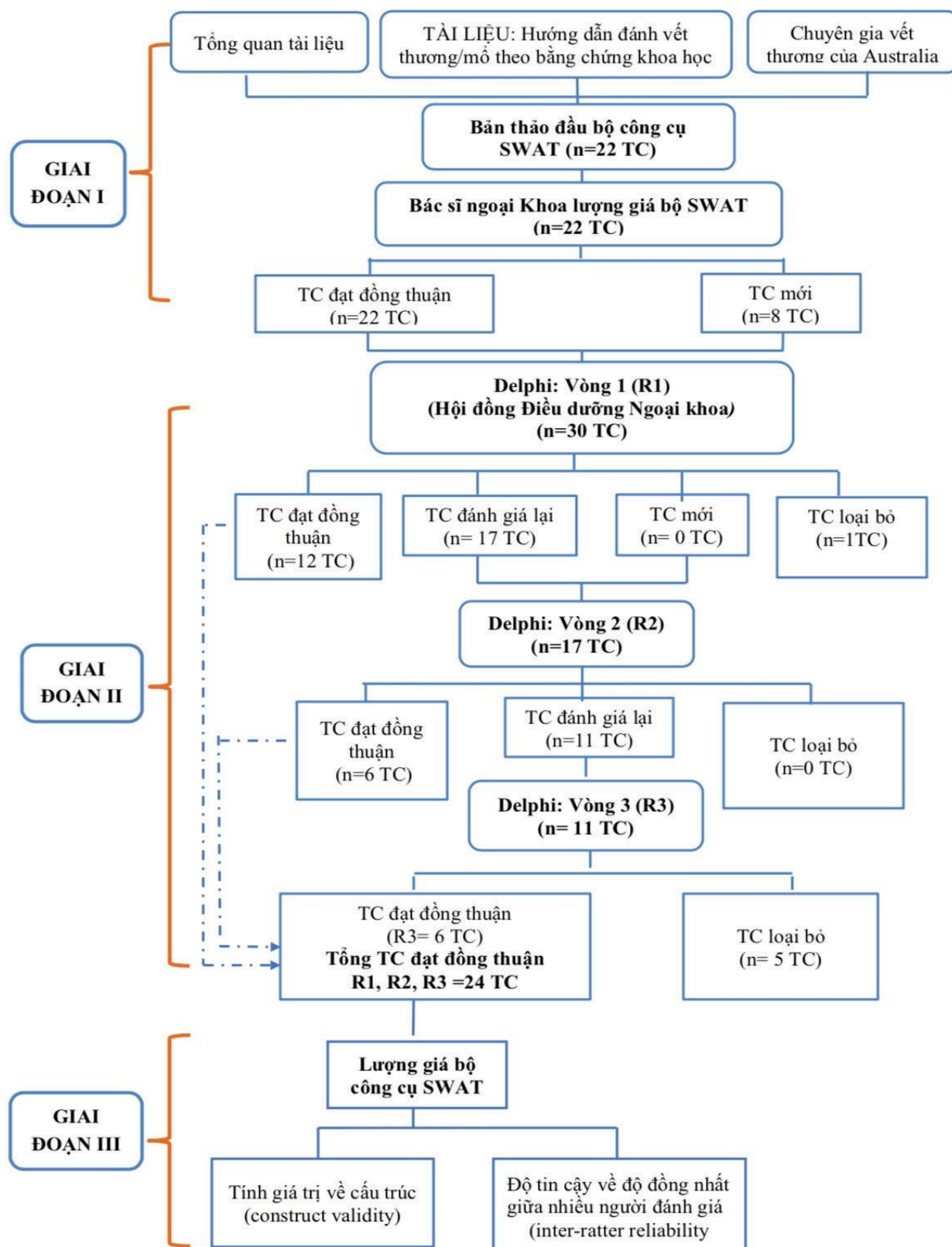
2.2. Địa điểm nghiên cứu

Giai đoạn I và II thực hiện ở 10 bệnh viện tại Việt Nam (bao gồm 3 bệnh viện tuyến trung ương, 2 bệnh viện thành phố và 5 bệnh viện tuyến tỉnh). Giai đoạn III thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

2.3. Đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu

Giai đoạn I: Theo nguyên tắc xác định cỡ mẫu của quy trình Delphi, Hội đồng bác sĩ ngoại khoa gồm ít nhất 15 bác sĩ được xác định thông qua phương pháp lựa chọn mẫu thuận tiện và giới thiệu từ chuyên gia. Tiêu chuẩn lựa chọn bác sĩ: (1) ít nhất trình độ sau đại học; (2) ít nhất 5 năm kinh nghiệm ngoại khoa; (3) đang làm việc tại khoa ngoại ở các bệnh viện và tình nguyện tham gia.

Giai đoạn II: Hội đồng Điều dưỡng ngoại khoa được xác định thông qua lựa chọn mẫu bằng phương pháp thuận tiện và giới thiệu từ chuyên gia. Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) có trình độ từ cử nhân Điều dưỡng trở nên; (2) ít nhất 5 năm kinh nghiệm ngoại khoa; (3) đang làm việc tại bệnh viện và tình nguyện tham gia. Để dễ kiểm soát trong các vòng tương tác của Delphi, ít nhất 35 điều dưỡng được mời tham gia nghiên cứu



Hình 1: Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

Ghi chú: TC: tiêu chí; n: số lượng; R1: Vòng 1; R2: vòng 2; R3: vòng 3; SWAT: bộ công cụ đánh giá vết mổ

Giai đoạn III: Tất cả bệnh nhân có phẫu thuật từ ngày 2/1/2018 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương, loại trừ bệnh nhân: (1) mổ nội soi; (2) có vết thương do vấ da, chân đinh; (3) có vết thương mãn tính (vết thương không liền sau 4 tuần); (4) rối loạn ý thức; không có khả năng giao tiếp.

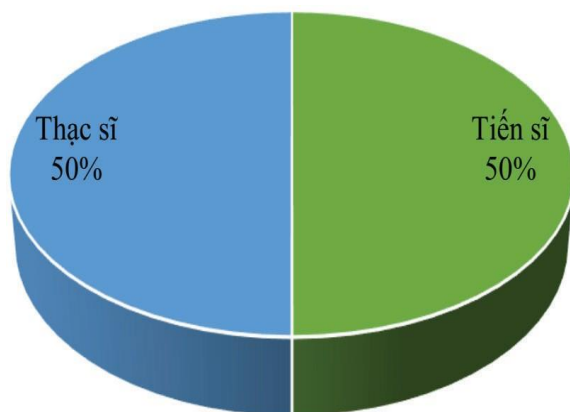
Cỡ mẫu đo lường tính giá trị dựa theo khuyến cáo là 1.10 (1 tiêu chí tương đương 10 bệnh nhân (tổng số 26 tiêu chí trong SWAT tương đương 260 bệnh nhân). Cỡ mẫu đo lường độ tin cậy theo phương pháp là 2 điều dưỡng cùng đánh giá 60 bệnh nhân.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

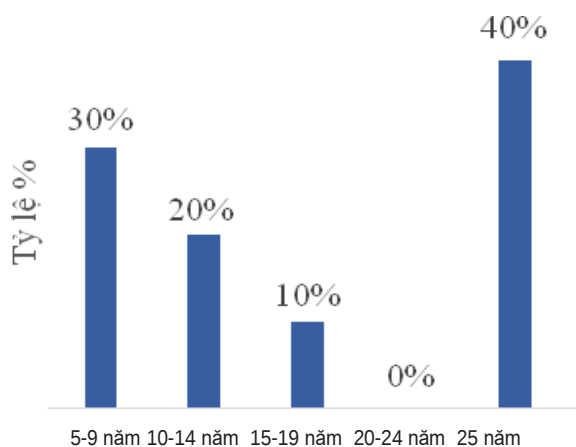
Đề tài được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức của Trường Đại học công nghệ Queensland, Australia và Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Tất cả bác sĩ, điều dưỡng và bệnh nhân tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin mục đích, quy trình, lợi ích và rủi ro có thể xảy ra và đã ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Giai đoạn I: Đặc điểm nhân khẩu học của bác sĩ (n=10)



Biểu đồ 1: Trình độ học vấn



Biểu đồ 2: Năm kinh nghiệm làm việc ngoại khoa

10 bác sĩ từ 5 bệnh viện trả lời nội dung khảo sát. 50% bác sĩ ở trình độ Tiến sĩ và 50% ở trình độ Thạc sĩ. 40% bác sĩ có ít nhất 25 năm kinh nghiệm trọng lĩnh vực ngoại khoa.

* Bác sĩ lượng giá tầm quan trọng của các tiêu chí trong bộ SWAT

Trong 22 tiêu chí, 17/22 tiêu chí đạt I-CVI bằng 1.00. Năm tiêu chí có I-CVI dao động từ 0.8 - 0.9. Hiệu lực nội dung của cả thang đo (S-CVI) là 0.97 điều đó có nghĩa là 17 trong 22 tiêu chí được đánh giá là quan trọng hoặc rất quan trọng trong bộ công cụ SWAT.

Ngoài ra, bác sĩ khuyến cáo thêm 8 tiêu chí nên được bổ sung vào bộ công cụ nâng tổng số bộ công cụ lên 30 tiêu chí.

3.2. Giai đoạn II

* Đặc điểm nhân khẩu học Hội đồng Điều dưỡng

Trong 35 điều dưỡng được mời tham gia nghiên cứu, có 21 điều dưỡng hoàn thành cả 3 vòng quy trình Delphi. Điều dưỡng làm việc ở 10 bệnh viện (7 bệnh viện miền Bắc và 3 bệnh viện miền Nam) thuộc tuyến trung ương và tuyến tỉnh, trong đó nữ giới chiếm 57%, tuổi dao động từ 30 - 65. Trung bình năm kinh nghiệm 15 năm. Gần 70% là trình độ cử nhân điều dưỡng, 28.6% là trình độ thạc sĩ và 4.8% là trình độ Tiến sĩ. Gần 2/3 điều dưỡng giữ vị trí Điều dưỡng trưởng các khoa Ngoại hoặc Điều dưỡng trưởng bệnh viện.

* Kết quả lượng giá tầm quan trọng của các tiêu chí bởi Hội đồng Điều dưỡng

Tóm tắt kết quả đánh giá sau 3 vòng quy trình Delphi (**Hình 2**): 24/30 tiêu chí đạt được sự đồng thuận của Hội đồng, 6 tiêu chí bao gồm: tình trạng hút thuốc, thời gian phẫu thuật, nhiệt độ, vị trí vết mổ trên vết sẹo cũ, thời gian nằm viện trước phẫu thuật, sự dầm ứ do dịch vết thương (maceration) không đạt được sự đồng thuận. Tuy nhiên, căn cứ vào tổng kết các bằng chứng khoa học cho thấy tình trạng hút thuốc lá và thời gian phẫu thuật là các yếu tố nguy cơ biến chứng vết mổ. Vì vậy, hai tiêu chí này được giữ lại trong bộ công cụ. Như vậy, kết thúc giai đoạn II, SWAT bao gồm 3 lĩnh vực và 26 tiêu chí. Trong đó 14 tiêu chí liên quan đến yếu tố nguy cơ biến chứng vết mổ và 12 tiêu chí liên quan đến đặc điểm lâm sàng vết mổ (**Bảng 1**).

* Xây dựng thang điểm cho bộ công cụ SWAT:

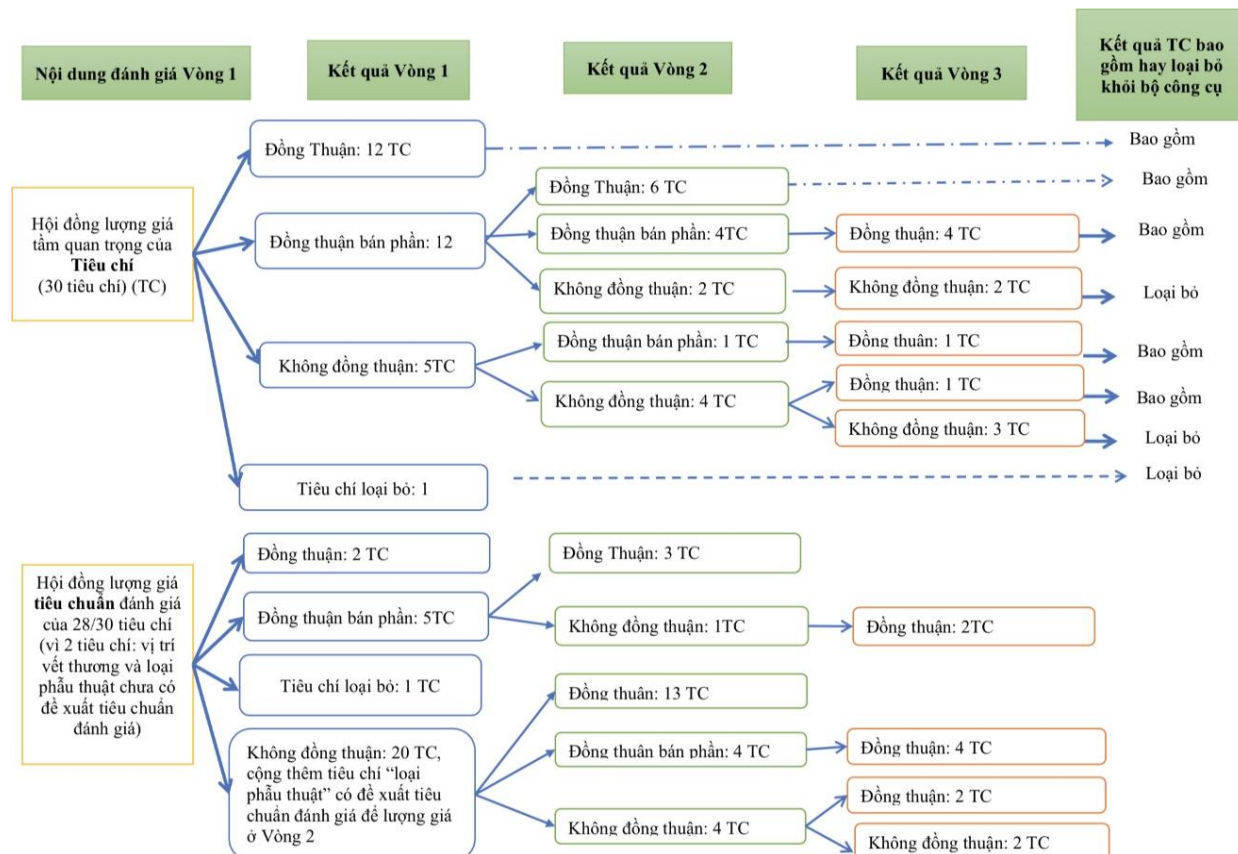
Mỗi tiêu chí có các tiêu chuẩn đánh giá, việc xây dựng điểm cho các tiêu chuẩn đánh giá của 2 lĩnh vực đầu liên quan tới yếu tố nguy cơ được xác định dựa

Bệnh viện Trung ương Huế

vào tỷ suất chênh OR (odds ratios) của các nghiên cứu trước đó theo nguyên tắc 1 điểm cho OR từ 1.0 - 1.5; 1.5 điểm nếu OR từ 1.51 - 2; 2 điểm nếu OR từ 2.25 - 3; và 3 điểm nếu OR từ 3.1 - 3.5. Đối với lĩnh vực 3 (đặc điểm lâm sàng vết mổ) điểm số được phân

định theo mức độ diễn biến bình thường 1 điểm, và sẽ cộng thêm 1 điểm nếu diễn biến nặng thêm (**Bảng 1**).

Tổng điểm của SWAT là điểm tổng của từng tiêu chí, điểm càng cao thì nguy cơ chậm liền vết mổ càng cao.



Hình 2: Tóm tắt kết quả đánh giá các tiêu chí trong bộ công cụ SWAT qua 3 vòng Delphi

Xây dựng và chuẩn hóa bộ công cụ đánh giá vết mổ

Bảng 1: Bộ công cụ SWAT hoàn thành sau giai đoạn I và II

BỘ CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ VẾT MỔ			Mã bệnh nhân:Buồng:..... Ngày nhập viện:..... Ngày phẫu thuật:..... Ngày đánh giá:.....	
LẦN ĐÁNH GIÁ ĐẦU TIÊN SAU PHẪU THUẬT				
A. Yếu tố liên quan tới bệnh nhân và bệnh lý kèm theo				Điểm
Tuổi (lớn hơn hoặc bằng 65 tuổi)	Không = 0		Có = 1.5	
2. BMI (Kg/m ²)	Nhỏ hơn 18.5 (thấp cân) = 1	18.5-22.9 (bình thường) = 0	23-27.5 (thừa cân) = 0.5	Lớn hơn 27.5 (béo phì) = 1.5
3. Bệnh lý đái tháo đường : (hiện tại được chuẩn đoán đái tháo đường)	Không = 0		Có, mức độ đường huyết đánh giá bởi HbA1C trước phẫu thuật? • Không rõ = 1 • Nhỏ hơn hoặc bằng 7% =1 • Lớn hơn 7% =2	
4. Tình trạng hút thuốc	Không = 0	Có hút, nhưng đã từ bỏ ít nhất 4 tuần trước phẫu thuật = 1.5		Có hút và tiếp tục hút đến trước khi phẫu thuật = 2
5. Sử dụng Steroid	Không hoặc có, nhưng ít hơn 30 ngày trước khi phẫu thuật = 0		Đã sử dụng thường xuyên và liên tục trên 30 ngày trước khi phẫu thuật = 1	
6. Điều trị hóa chất	Không = 0		Có (hiện tại, hoặc trong 30 ngày trước khi phẫu thuật) = 1	
7. Suy giảm miễn dịch (ví dụ HIV, suy thận, bệnh nhiễm trùng)	Không = 0		Có = 1	
8. Nguy cơ suy dinh dưỡng (hiện tại ăn uống kém và/hoặc giảm cân không chủ ý trong vòng 3 tháng lại đây).	Không = 0		Có = 1	
9. Chấn thương	Không = 0		Có, thời gian từ chấn thương đến khi phẫu thuật ? • Ít hơn 6h = 1 • Lớn hơn 6h = 2	
TỔNG A				
B. Những yếu tố liên quan đến phẫu thuật				
10. Phân loại vết mổ sau phẫu thuật	Sạch = 0	Sạch-nhiễm = 1	Nhiễm = 1.5	Bẩn/nhiễm = 2
11. Phẫu thuật cấp cứu	Không = 0		Có, loại phẫu thuật cấp cứu? • Bệnh lý = 1.5 • Chấn thương = 2	
12. Thời gian phẫu thuật (giờ)	Nhỏ hơn 1h = 0	1 - 3h = 1	Giữa 3 - 6 h = 2	Trên 6 h = 3
13. Kháng sinh dự phòng trước mổ (cho phẫu thuật sạch-nhiễm, nhiễm,và bẩn/nhiễm)	Phẫu thuật sạch, không sử dụng kháng sinh dự phòng = 0	Có sử dụng trong vòng 120 phút trước khi rạch da = 0	Có sử dụng, nhưng lớn hơn 120 phút trước khi rạch ra = 1	Không sử dụng = 2
14. Loại phẫu thuật (bệnh nhân thuộc nhóm phẫu thuật ổ bụng, thay khớp hông, phẫu thuật trực tràng, phẫu thuật tim mạch, và phẫu thuật gãy xương)	Không = 0		Có = 1	
TỔNG B				
TỔNG (A+B)				

Bệnh viện Trung ương Huế

C. Đánh giá đặc điểm lâm sàng vết mổ				Ngày đánh giá sau phẫu thuật:		Điểm
15. Vị trí vết mổ: = 0						
	Vết mổ khâu kín <i>(Xin vui lòng điền thông tin cho tiêu chí 16,17, 18 vào cột bên dưới)</i>		Vết mổ hở <i>(Xin vui lòng điền thông tin cho tiêu chí 16,17, 18 vào cột bên dưới)</i>			
16. Kích thước vết mổ	Chiều dài = 0		Chiều dài.....cm Khoảng cách rộng nhất của vết mổ:...cm Điểm sâu nhất vết mổ:.....cm			
17. Mép vết mổ	Vết mổ khâu kín tốt = 0		Vết mổ phẳng = 0			
	Vết mổ khâu kín, nhưng căng tại đường mổ = 1		Vết mổ lồi lên hoặc cuộn lại = 1			
	Vết mổ khâu, nhưng không kín và căng tại đường mổ = 2		Có đường hầm/lỗ rò tại vết mổ = 2			
18. Nền vết mổ	Vết mổ khâu kín = 0		Phần lớn biểu mô hóa = 0			
	Phần lớn biểu mô hóa = 0		Phần lớn tổ chức hạt = 1			
	Phần lớn tổ chức hạt = 1		Phần lớn tổ chức giả mạc = 2			
	Phần lớn tổ chức giả mạc = 2		Phần lớn tổ chức hoại tử = 3			
	Phần lớn tổ chức hoại tử = 3					
19. Sưng nề <i>(tại vị trí vết mổ và vùng xung quanh vết mổ)</i>	Không = 0		Có = 1			
20. Da tẩy đỏ <i>(tại vị trí vết mổ hoặc trong bán kính 4 cm từ mép vết mổ)</i>	Không = 0		Có = 1			
21. Dấu hiệu tụ máu tại vị trí mổ <i>(ví dụ: da nổi phồng nên thành một cục chắc, ấn bùng nhùng, bầm tím, và đau.</i>	Không có bất cứ dấu hiệu của tụ máu = 0		Có ít nhất một dấu hiệu tụ máu = 1			
22. Màu sắc và tính chất dịch	Không dịch = 0	Phần lớn dịch vàng, trong = 0	Phần lớn lẫn máu = 1	Phần lớn dịch màu trắng đục = 2	Phần lớn dịch xanh hoặc vàng đậm = 3	
23. Số lượng dịch	Khô <i>(Không có dịch thấm băng)</i> = 0	Ám <i>(Ít hơn 50% dịch thấm qua lớp một của băng)</i> = 0	Uớt <i>(50-75% dịch thấm qua lớp một của băng)</i> = 1	Thấm đậm <i>(lớn hơn 75% dịch thấm qua lớp một của băng, tràn sang lớp hai của băng, hoặc tăng số lượng dịch trong ống dẫn lưu)</i> = 2		
24. Mùi	Không mùi = 0	Xuất hiện sau khi tháo bỏ băng = 1		Xuất hiện trước khi thay băng = 2		
25. Dung dịch thay băng rửa vết mổ	Iodine = 0	Nước muối sinh lý 0.9% = 1		Cả hai = 0		
26. Đau tại vết mổ theo thang điểm 0-10	0 <i>(không đau)</i> =0	1-3 <i>(đau nhẹ)</i> =0	4-6 <i>(đau trung bình)</i> =0	7-10 <i>(đau dữ dội)</i> =1		
TỔNG C						
TỔNG ĐIỂM (A+B+C)						

3.3. Giai đoạn III: Tính giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ SWAT

* Đặc điểm nhân khẩu học

260 bệnh nhân với vết mổ khâu kín, tuổi trung bình dao động 18 - 92 tuổi, (giá trị trung bình 49, SD: 18.63). 176 bệnh nhân là nam giới (67.7%), và 74 nữ giới (32.3%). Tổng số 131 (50.4%) bệnh nhân phẫu thuật gãy xương, 89 bệnh nhân (34.2%) phẫu thuật ở bụng, phẫu thuật thận tiết niệu và lồng ngực là 40 bệnh nhân chiếm 15.4%.

* Tính giá trị

Phân tích nhân tố khám phá (Exploratory Factor Analysis [EFA]) với 1, 2, và 3 nhóm (factor) được thực hiện để lượng giá tính giá trị của cấu trúc của SWAT, kết quả chỉ ra rằng, cấu trúc 3 nhóm của SWAT là phù hợp với với $\chi^2/df = 2.00$, $p = 0.005$, CFI = 0.98, TLI = 0.97, và RMSEA = 0.06. Nhóm 1 gồm các yếu tố liên quan tới bệnh nhân với hệ số cấu trúc (structure coefficient) dao động từ 0.34 - 0.41. Nhóm 2 gồm yếu tố liên quan tới quá trình phẫu thuật, với hệ số cấu trúc dao động từ 0.91 - 0.95. Nhóm 3 bao gồm các yếu tố liên quan đến đặc điểm của vết mổ (**Bảng 2**). Mặc dù “độ dài vết mổ” và “vị trí vết mổ” có liên quan yếu với các thành phần khác trong nhóm, nhưng vẫn được giữ lại trong bộ công cụ vì hai tiêu chí này mô tả đặc điểm cơ bản của vết mổ. Riêng tiêu chí “dung dịch rửa vết mổ” có liên quan thấp với các tiêu chí trong nhóm vì vậy được loại ra khỏi bộ công cụ.

Bảng 2: Kết quả EFA liên quan tới cấu trúc tiêu chí đặc điểm vết mổ của SWAT

Đặc điểm vết mổ	Hệ số cấu trúc
Vị trí vết mổ	0.06
Độ dài	0.03
Mép vết mổ	0.94
Nền vết mổ	0.30
Sung nề	0.90
Ban đỏ	0.74
Dấu hiệu tụ máu tại vị trí vết mổ	0.58
Màu sắc và tính chất dịch	0.97
Số lượng dịch	0.84
Mùi	0.63
Đau tại vị trí vết mổ	0.62
Dung dịch rửa vết mổ	0.03

* Độ tin cậy của bộ công cụ SWAT

Độ tin cậy (ICC) của SWAT được đo lường giữa 2 điều dưỡng và 60 bệnh nhân có vết mổ khâu kín. Giá trị ICC của lĩnh vực “đặc điểm vết mổ” là 0.77 (95% CI: 0.62 - 0.86, $p < 0.001$), lĩnh vực “yếu tố liên quan đến quá trình phẫu thuật” là 0.94 (95 % CI: 0.90 - 0.96) và 0.95 (95 % CI: 0.91 - 0.97, $p < 0.001$) đối với lĩnh vực “yếu tố liên quan tới người bệnh”. Đối với toàn thang đo, giá trị tổng điểm ICC trung bình đánh giá bởi 2 điều dưỡng là 12.31 (SD = 1.63), và 12.53 (SD = 1.94), ICC là 0.81 (95% CI: 0.68 - 0.89, $p < 0.001$), xác minh độ tin cậy rất cao của SWAT.

Đối với từng tiêu chí, Cohen’s kappa thể hiện kết quả đồng thuận từ trung bình tới tuyệt đối (giá trị k dao động từ 0.66 đến 1, $p < 0.001$), trừ tiêu chí “đau tại vị trí vết mổ” không đạt được sự đồng thuận với $k = 0.006$, $p > 0.5$

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá vết mổ chính xác đóng vai trò rất quan trọng trong việc định hướng xây dựng kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp [6]. Việc đánh giá cần thực hiện trước, trong và sau phẫu thuật để xác định sớm yếu tố nguy cơ, phòng tránh biến chứng vết mổ sau phẫu thuật. Bộ công cụ SWAT xây dựng dựa trên bằng chứng khoa học về đánh giá vết thương của thể giới [6, 7], phối hợp liên chuyên ngành giữa bác sĩ và điều dưỡng để cùng xây dựng và cung cấp một bản hướng dẫn đánh giá vết mổ chi tiết, liệt kê tất cả yếu tố nguy cơ liên quan đến trước, trong phẫu thuật và chi tiết tiêu chí đánh giá đặc điểm vết mổ. Vì vậy, với độ chi tiết, SWAT đã khắc phục được những điểm yếu liên quan tới việc bỏ sót thông tin quan trọng khi đánh giá. Trong khi đó, các bộ công cụ khác (ví dụ ASPSIS) chưa cung cấp được một hướng dẫn đánh giá vết mổ toàn diện. Vì thế khi so sánh với các tiêu chí của một bộ công cụ lý tưởng trong một nghiên cứu khảo sát quan điểm của điều dưỡng, SWAT đã bao phủ phần lớn những tiêu chí của điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu của giai đoạn I và II đã khẳng định tính giá trị về nội dung của SWAT sử dụng cho Điều dưỡng ở Việt Nam, và bộ công cụ này cũng có thể mở rộng và sử dụng quốc tế.

Bên cạnh khẳng định giá trị về nội dung của SWAT, bộ công cụ còn được lượng giá tính giá trị và độ tin cậy trong giai đoạn III. Kết quả nghiên cứu ở giai đoạn III chỉ ra rằng, SWAT bước đầu khẳng định tính giá trị về mặt cấu trúc và độ tin cậy. Kết quả EFA xác nhận cấu trúc 3 lĩnh vực của bộ công cụ là phù hợp. Lĩnh vực 1 (yếu tố liên quan tới người

bệnh) gồm 6 tiêu chí: tuổi, đái tháo đường, hút thuốc, nguy cơ suy dinh dưỡng, sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ và loại phẫu thuật. Kết quả EFA này phù hợp với những khuyến cáo trong tài liệu “Tiêu chuẩn phòng ngừa và quản lý vết thương” của Úc [7].

Lĩnh vực 2 kết quả của EFA bao gồm 3 tiêu chí (chấn thương, phân loại vết mổ sau phẫu thuật và mổ cấp cứu) liên quan tới yếu tố trong quá trình phẫu thuật, kết quả này tương đồng với khuyến cáo trong tài liệu “Khuyến cáo thực hành trong phòng ngừa và quản lý biến chứng vết mổ” của Hiệp hội chăm sóc vết thương Canada [6]. Đồng thời ba yếu tố độc lập này được xác định là các yếu tố tăng biến chứng vết mổ trong nhiều nghiên cứu khác nhau [8].

Mặc dù BMI và thời gian phẫu thuật có mối liên kết yếu trong kết quả EFA, nhưng 2 tiêu chí được xác định là yếu tố nguy cơ liên quan biến chứng vết mổ nên được giữ lại trong SWAT. BMI được đặt trong nhóm thuộc yếu tố liên quan tới người bệnh và thời gian phẫu thuật được đặt trong nhóm thuộc yếu tố liên quan đến phẫu thuật để tiếp tục kiểm tra.

Đối với lĩnh vực 3 (đặc điểm vết mổ), kết quả EFA chỉ ra rằng các tiêu chí có mối quan hệ chặt chẽ với nhau để đo lường diễn biến quá trình liên vết mổ, kết quả phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới [6, 7], khung đánh giá TIME framework, khung đánh giá và chăm sóc vết mổ [9]. Mặt khác, khi so sánh với bộ công cụ đánh giá vết thương trên thế giới, phần lớn các tiêu chí đánh giá vết mổ trong SWAT đều được bao gồm trong bộ công cụ bộ công cụ ASEPSIS. Điều này một lần nữa khẳng định tính giá trị về mặt nội dung và cấu trúc của SWAT.

Độ tin cậy, SWAT đã chứng minh độ tin cậy cao với ICC là 0.8. Khi so sánh với các bộ công cụ khác, giá trị ICC của SWAT cao hơn bộ công cụ LUMT (ICC = 0.77), and PWAT (ICC = 0.75), nhưng khi so sánh với ASEPSIS được thiết kế đo lường nhiễm trùng vết mổ, giá trị ICC của SWAT thấp hơn hệ số tương quan của ASEPSIS (0.96). Tuy nhiên, việc so sánh độ tin cậy của SWAT và ASEPSIS là khó vì phương pháp đo lường độ tin cậy của hai bộ công cụ này là khác nhau, nhưng nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng sử dụng ICC để đánh giá độ tin cậy được xem là phương pháp đo lường chính xác và khoa học hơn so với sử dụng hệ số tương quan bởi vì phương pháp tính ICC sẽ cân nhắc và kiểm soát những yếu tố nhiễu một cách hệ thống [10].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã xây dựng được bộ công cụ vết mổ có độ tin cậy cao dùng trong lĩnh vực

chăm sóc vết thương ở Việt Nam. Bộ công cụ SWAT không chỉ hướng dẫn điều dưỡng trong đánh giá vết mổ một cách toàn diện, từ đó định hướng kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp, mà còn hỗ trợ điều dưỡng lưu giữ thông tin sau đánh giá một cách có hệ thống để từ đó nâng cao hiệu quả và an toàn trong chăm sóc người bệnh. Bộ công cụ được xây dựng phản ánh kết quả của sự phối hợp liên ngành và chuyên ngành một cách chặt chẽ trong chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Union of Wound Healing Societies. Consensus Document. Closed surgical incision management: understanding the role of NPWT. Wounds International 2016 [cited 2016 September]; Available from: http://www.wuwhs2016.com/files/WUWHS_SI_consensus_Web.pdf.
2. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. 2016; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250680/1/9789241549882-eng.pdf?ua=1>.
3. Thu LTA, Hung NV, Quang NN et al. A point-prevalence study on healthcare-associated infections in Vietnam: Public health implications. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2011. 32(10): 1039-1041.
4. Do HTT, Finlayson K, Edwards H. Surgical wound assessment in Vietnam: a think-aloud technique and interview analysis. Journal of Wound Care. 2020. 29(4): 4-13.
5. Do TTH, Development and validation of a surgical wound assessment tool for use in Vietnam. 2019, Queensland University of Technology.
6. Canadian Association of Wound Care. Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Surgical Wound Complications. 2017 2017/02/14; Available from: <https://www.woundscanada.ca/docman/public/554-bpr-prevention-and-management-of-surgical-wound-complications/file>.
7. Wounds Australia, Standards for Wound Prevention and Management. 2016, Cambridge Media: Osborne Park, WA.
8. Korol E, Johnston K, Waser N, et al. A systematic review of risk factors associated with surgical site infections among surgical patients. PloS one. 2013. 8(12): e83743.
9. Han JY, Choi-Kwon S. Adaptation of evidence-based surgical wound care algorithm. Journal of Korean Academy of Nursing. 2011. 41(6): 768-79.
10. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. Journal of Chiropractic Medicine. 2016. 15(2): 155-163.